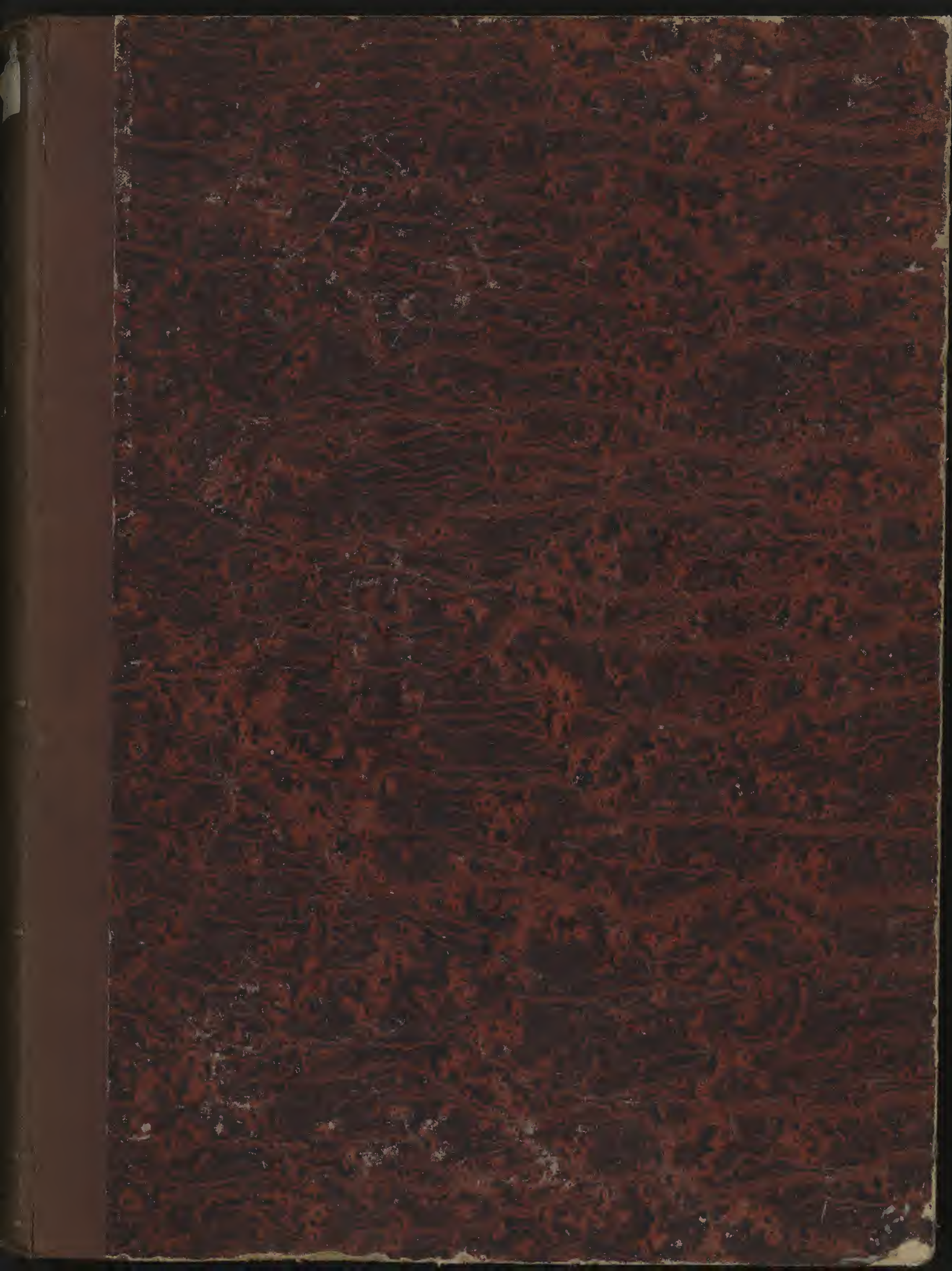


Cancer vésicant — 156

L'UNION MÉDICALE,

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES,

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

Rédacteur en chef : M. le Dr AMÉDÉE LATOUR.

Gérant : M. le Dr RICHELOT.

NEUVIÈME ANNÉE.

TOME IX.



1855.

PARIS,

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE DU FAUBOURG-MONTMARTRE, 56.

Tome IX.—N° 1. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 4 Janvier 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An..............	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois..............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 JANVIER 1855.

MORT ET OBSÈQUES DE M. LE PROFESSEUR REQUIN.

Un homme excellent, confrère d'une dignité austère, savant médecin et professeur aimé, M. Requin vient de nous être enlevé. Il meurt à peine âgé de cinquante et un ans, ayant à peine joui de la position distinguée qu'il avait conquise par une vie laborieuse et qu'il était si heureux d'avoir obtenue. Qui eût pensé que cette forte et puissante organisation eût pu être si facilement et si vite abattue? M. Requin a succombé à une affection typhoïde, maladie rare à cette période de la vie, et qui, dès le début, a présenté les caractères les plus graves. Les soins les plus dévoués et les plus affectueux de ses amis et savans collègues, MM. Chomel, Grisolle et Nélaton, n'ont pu conjurer la terminaison fatale, qui a en lieu, après trois semaines de maladie, dimanche 31 décembre, à cinq heures et demie du soir.

M. Requin était professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion d'Honneur et membre d'un grand nombre de Sociétés savantes. Sa chaire de professeur il l'avait conquise au concours, ainsi que sa place de médecin des hôpitaux, comme sa croix de la Légion d'Honneur avait été la récompense de son zèle et de son dévouement pendant le choléra de Vaucluse, en 1835, où il avait été envoyé en mission.

M. Requin a composé divers ouvrages; le plus considérable, que malheureusement il laisse inachevé, est son *Traité de pathologie interne*, dont trois volumes ont été publiés.

Un caractère droit et sincère, un esprit fin, original, mais tempéré par une grande bienveillance, un dévouement très franchement et en toutes circonstances avoué pour ses amis, une instruction littéraire très variée, une obligeance extrême, un grand zèle pour la défense des intérêts honnêtes de la profession, telles étaient les principales qualités du confrère que nous venons de perdre et qui donnaient à ses relations beaucoup de charme et de sûreté. Aimé d'un grand nombre de confrères, il était estimé de tous.

M. Requin devait tout ce qu'il était au travail. Né dans une position sociale médiocre et sans fortune, il comprit vite que la vie, dans de pareilles conditions, n'est qu'une longue lutte et il l'accepta courageusement. Doué d'un grand sens et d'une excellente philosophie pratique, ne s'exagérant ni les difficultés du combat, ni les honneurs de la victoire, il suivit fermement pendant vingt ans la carrière du concours et jouit franchement de ses succès. C'est au moment où la vie avait perdu pour lui ses amertumes et ses épines que la mort vient le surprendre dans la force de l'âge et de ses facultés, comme A. Bérard, comme Blandin, de si regrettable mémoire.

C'était le souvenir qui se présentait à tous les esprits pendant la triste cérémonie qui vient de s'accomplir. Au milieu des professeurs de la Faculté, si cruellement éprouvée depuis quelques années, l'œil ne pouvait se détourner de la tête blanche et vénérable de M. Duméril, qui a vu se succéder plusieurs générations de professeurs et qui, seul debout, comme un vieux chêne, a conduit à leur dernière demeure tous ses collègues morts depuis plus d'un demi-siècle.

Après la Faculté, qui était presque au grand complet, venait une députation nombreuse de l'Académie impériale de médecine, de la Société médicale des hôpitaux, de la Société médicale d'émulation, de la Société médicale du 2e arrondissement, un grand nombre de médecins, d'élèves et d'amis, parmi lesquels des hommes de lettres, des artistes, une députation d'infirmiers et d'infirmières de l'Hôtel-Dieu, etc.

Après la cérémonie religieuse, le corps a été porté au cimetière du Père-Lachaise, et plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe, au nom de la Faculté, par M. le professeur Grisolle, au nom de l'Académie de médecine, par M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, au nom de la Société médicale des hôpitaux, par M. H. Roger, secrétaire général de cette Société.

L'heure trop avancée où la cérémonie a été terminée ne nous permet pas de publier ces discours dans ce numéro; nous les publierons dans le numéro prochain.

Amédée LATOUR.

Nous sommes obligé de renvoyer aussi au prochain numéro nos réflexions sur la dernière séance de l'Académie de médecine, dans laquelle la discussion sur le cancer a été reprise, et qui a été occupée par un discours de M. Hervez de Chégoin et par un discours de M. Robert.

Plusieurs communications intéressantes ont été faites aussi par MM. Maisonneuve, Jobert et Bonnafont.

M. Jobert de Lamballe a inauguré sa présidence par une allocution simple et de bon goût, et M. Depaul a remercié l'Académie en très bons termes de lui avoir conféré les honneurs de secrétaire annuel.

SOUSCRIPTION OUVERTE EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

L'accueil fait à la proposition que nous avons avons adressée à nos confrères nous touche profondément. Dès hier, 2 janvier, nous avons pu faire parvenir à notre malheureux confrère une somme de 300 francs, qui aura porté l'espérance et la consolation au sein d'une famille désolée. Nous pourrons faire demain un second envoi, et ainsi de suite, des sommes qui nous parviendront.

Nous publions avec empressement la première liste suivante :

MM. Amédée Latour, 10 fr.; Richelot, 10 fr.; Becourt, 10 fr.; Paris, 5 fr.; Danyau, 12 fr.; Boutigny (d'Évreux), 10 fr.; Brierre de Boismont, 40 fr.; D......, 5 fr.; Herpin (de Genève), 20 fr.; Amussat grand-père, 5 fr.; Amussat père, 20 fr.; Amussat fils, 5 fr., Anonyme (de Marly-le-Roi), 20 fr.; Gorlier, de Rosny, 10 fr.; Goupil, de Paris, 30 fr.; Parmentier, id., 5 fr.; un abonné, 5 fr.; Cerise, de Paris, 20 fr.; H. Roger, professeur agrégé, id., 20 fr.; Marrotte, id., 10 fr.; Bédor, à Troyes, 5 fr.; Muller, à Mulhouse, 5 fr.; Steiner, à Bouxwiller, 20 fr.; Anonyme, à Soultz (Haut-Rhin), 10 fr.; Anonyme, à Besançon, 2 fr.; Roubier, à Grancey-le-Château, 5 fr.; Crousse, à Épinal, 10 f.; Luc Bridou, pharmacien à Villeneuve-sur-Yonne, 5 f.; Courtin, à Valenciennes, 5 fr.; Quinet, à Valenciennes, 5 fr; Nicolas, à Vichy, 20 fr.; Chevance, à Wassy, 5 fr.; Mourgues-Carrère, à Paris, 20 fr.; Barret, id., 5 fr.; Mouzard, id., 5 fr.; Vosseur, id., 5 fr.; Trèves, id., 5 fr.; le baron Larrey, 20 fr.; un professeur de la Faculté, 20 fr.; Cazeaux, à Paris, 10 fr.; Boinet, id., 10 fr.; Berthet, à Cercoux, 10 fr.; Dutois, à Dunkerque, 5 fr.; Arsouneaux, à Mirambeau, 5 fr. — Total de la 1re liste : 489 fr.

PROMOTIONS DANS LA LÉGION D'HONNEUR.

Par suite de plusieurs décrets et sur la présentation de plusieurs ministres, les nominations suivantes ont eu lieu dans la Légion d'Honneur :

Au grade d'officier.

M. Malgaigne, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chevalier depuis le 29 avril 1841.

M. Scoutetten (Robert-Henri-Joseph), médecin principal de 1re classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient; chevalier le 22 février 1842 : 38 ans de services, 2 campagnes.

M. Dufour (Guillaume-Théodore), second chirurgien en chef, président du conseil de santé de Cherbourg; chevalier le 19 décembre 1847 : 38 ans de services.

M. De Laporte (Louis-Jean-Baptiste-François-Catherine), chirurgien de 1re classe de *la Forte*; chevalier le 3 septembre 1833; fait de guerre : 28 ans de services, dont 11 à la mer.

M. Dutrouleau (Auguste-Frédéric), premier médecin en chef à la Guadeloupe; chevalier le 4 novembre 1841 : 27 ans de services.

Au grade de chevalier.

M. Simonin, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

M. Duchesne-Duparc, docteur en médecine.

M. le docteur Aubin Desfougerais.

M. Béving (Jules), médecin major de 1re classe au 2e régiment du génie : 27 ans de services, 1 campagne.

M. Berthemot (Joachim-Louis-Émile), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Marseille : 21 ans de services, 6 campagnes.

M. Tourny (Jean-Hippolyte), médecin-major de 1re classe au 23e de ligne : 28 ans de services, 5 campagnes.

M. Herbin (Louis-Philippe-Camille), médecin-major de 2e classe au 3e régiment de chasseurs : 23 ans de services, 15 campagnes.

M. Rolinger (Pierre), médecin-major de 2e classe au 10e léger (en mission au Maroc) : 24 ans de services, 10 campagnes.

M. Choulette (Sébastien), pharmacien major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine : 24 ans de services, 9 campagnes.

Bonnemaison (Jean), sergent infirmier-major à l'hôpital militaire de Toulon : 25 ans de services, 10 campagnes; belle conduite pendant la durée du choléra.

M. Doury (Sincère), chirurgien aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine : expédition de la Baltique.

M. Jossic (Henri-André-Jean), médecin professeur : 16 ans de services dont 9 à la mer.

M. Besnou (Léon), pharmacien de 1re classe : 21 ans de services.

M. Hubac (François-Marie), ancien chirurgien de 2e classe de la marine : services signalés à bord des bâtimens de la flotte; dévouement lors des épidémies de choléra à Marseille en 1849 et 1854 ; services rendus à la population maritime de cette ville.

Poumeau (Jean-Alexandre), chirurgien de 2e classe de la marine à la Guadeloupe : 30 ans de services.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES DE CHLOROFORME ET SON ADMINISTRATION A L'INTÉRIEUR, ET DE LA VALEUR COMPARATIVE DES DIVERS TRAITEMENS RECOMMANDÉS CONTRE CETTE AFFECTION;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

On est si généralement habitué à considérer la médication purgative comme le traitement le plus efficace et le mieux éprouvé de la colique de plomb, que toute tentative de changement ou d'amélioration dans le domaine thérapeutique de cette affection doit rencontrer bien des obstacles et des résistances. En venant appeler pour la seconde fois l'attention des médecins sur le traitement de la colique saturnine par le chloroforme à l'intérieur et à l'extérieur, j'obéis donc plutôt à ce que je considère comme un devoir, que je n'ai l'espérance de voir ce traitement prendre une très large place dans la thérapeutique de cette affection. Néanmoins, lorsque quatre années d'expériences suivies avec soin n'ont fait que me confirmer dans mon opinion relativement à l'efficacité, j'ajouterai même à la supériorité de ce traitement; lorsque l'observation attentive de ses effets m'a permis d'en poser rigoureusement les bases et de déterminer nettement les conditions de son mode d'action, il me sera peut-être permis d'insister de nouveau sur les avantages qu'il présente, soit d'une manière générale, soit relativement à la médication purgative dont je reconnais d'ailleurs l'efficacité, et surtout relativement à quelques autres traitemens, qui, malgré les éloges que leur ont prodigués leurs auteurs, n'ont jamais pris domicile dans la science. Sous ce dernier point de vue, je me trouve même dans une position exceptionnelle; car dans mon passage comme interne à l'hôpital de la Pitié et à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gendrin et de M. Martin-Solon, j'ai pu suivre les effets de diverses médications employées par ces médecins distingués; j'ai publié il y a déjà quelques années un petit travail sur l'emploi de la limonade sulfurique, et j'ai depuis mis à profit la situation que j'occupe dans les hôpitaux pour essayer quelques autres médications, de manière à me former une conviction touchant la valeur des principaux traitements recommandés contre la colique saturnine.

Ainsi que je l'ai dit il y a quatre ans dans le *Bulletin de thérapeutique*(1), l'idée de l'administration du chloroforme dans les coliques de plomb, comme moyen de calmer la douleur, est si naturelle, qu'il n'est pas étonnant qu'elle se soit présentée à beaucoup de personnes. MM. Blanchet (de Tours), Pointé (de Lyon), Gassier (de Marseille) et moi-même en avons fait usage presque en même temps. Seulement, tandis que MM. Blanchet et Pointe se sont bornés à l'administrer à l'intérieur, et encore à petite dose; tandis que M. Gassier s'en est servi seulement à l'extérieur dans le but de débarrasser un malade de douleurs abdominales très vives, j'ai combiné ces médications et j'ai cherché par l'emploi assez large du chloroforme *intùs* et *extrà* à calmer les douleurs et à *guérir* les malades atteints de coliques de plomb. En outre, tandis que ces honorables confrères se sont bornés à quelques indications sur les premiers résultats qu'ils avaient obtenus, j'ai continué ces recherches avec persévérance pendant plusieurs années, de

(1) *Note sur le traitement de la colique de plomb par les applications topiques de chloroforme et son administration à l'intérieur.* In *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXIX, p. 296, 1850.

manière à déterminer la valeur et le meilleur mode d'application de ce traitement.

A l'époque où j'ai publié mes premières recherches, je me suis montré disposé à faire une plus large part dans les résultats obtenus aux applications extérieures du chloroforme qu'à son administration à l'intérieur. Une expérience plus grande de la puissance de ces deux modes d'administration m'a convaincu que j'étais dans l'erreur, de sorte que l'administration du chloroforme *à l'intérieur* me paraît aujourd'hui devoir être la base de ce traitement de la colique saturnine, tandis que les applications extérieures du chloroforme ne sont indispensables que dans les premiers jours, et encore dans les cas les plus graves et les plus intenses.

Dans mon premier mémoire, j'ai également présenté une formule de traitement presque inflexible, se composant, le premier jour, d'une application de chloroforme sur le ventre, d'une potion avec 40 gouttes de chloroforme et d'un lavement simple, suivi immédiatement d'un quart de lavement avec 20 gouttes de chloroforme; le second jour, des mêmes moyens; le troisième, de la potion, du lavement simple et du quart de lavement de chloroforme, ainsi de suite jusqu'au rétablissement spontané des garde-robes, les malades prenant presque tous les jours et alternativement des bains sulfureux et des bains alcalins savonneux destinés à débarrasser la peau du plomb qui pouvait être à sa surface. De nouvelles observations m'ont appris qu'il est impossible de préciser la dose *maximum* à laquelle doit être portée dans certains cas la quantité de chloroforme. Tout dépend de l'intensité des douleurs et des autres accidens. Si, dans certains cas d'une intensité moyenne, 60 gouttes de chloroforme par jour ont suffi pour calmer les malades et pour enrayer l'affection, il est des cas dans lesquels la dose de chloroforme a dû être portée à 100, 150, 200 et même 300 gouttes (4, 6, 8 et 12 grammes), dont l'administration était, bien entendu, distribuée dans les vingt-quatre heures.

Ici se place une remarque de la plus haute importance pour le succès du traitement, remarque qui m'a été suggérée par les malades, les meilleurs juges en pareille matière; c'est que l'action du chloroforme se dissipe rapidement, et que, par conséquent, pour enrayer, pour arrêter définitivement les accidens, le malade doit être tenu continuellement, pendant un certain nombre de jours, sous l'influence de l'agent anesthésique par l'administration répétée et à doses fractionnées du chloroforme en potion ou en lavemens. Le premier cas qui m'a donné l'idée de ce traitement continu de la colique saturnine par le chloroforme est si intéressant, que je le publierai ici avec quelques détails :

OBSERVATION I. — *Colique de plomb intense. Traitement par le chloroforme* intùs *et* extrà. *Soulagement rapide à partir de l'administration continue du chloroforme. Rétablissement des garde-robes au septième jour. Empoisonnement accidentel par le chloroforme. Accidens très graves. Guérison rapide.*

Hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul, n° 47. Morel (François-Désiré), âgé de 31 ans, peintre en bâtimens, entré le 9 mars 1852, sorti le 25 mars. Cet homme, d'une constitution forte et robuste, d'une santé habituellement bonne, n'avait eu, depuis vingt ans qu'il exerçait la profession de peintre, qu'une seule colique de plomb deux ans auparavant; et encore cette colique avait été due à ce qu'il avait travaillé pendant neuf semaines à la fabrication de la céruse. Traité à l'hôpital de la Pitié, très probablement par les purgatifs, il en était sorti guéri après trois semaines. Depuis cette époque, il avait joui d'une bonne santé, lorsque, après avoir broyé des couleurs pendant un mois, il s'aperçut, le 5 mars, qu'il n'avait pas d'appétit et qu'il ressentait une barre à la région épigastrique; il alla à la garde-robe ce jour-là; mais le lendemain la constipation se montra, et elle ne céda pas à l'administration de l'huile de ricin. Les coliques parurent immédiatement et le malade fut pris de vomissemens bilieux. Tous ces accidens persistant et s'aggravant même de jour en jour, le malade se décida à entrer à l'hôpital, et je le reçus dans mon service le 9 mars.

Son état était le suivant, le lendemain 10 mars : Face anxieuse exprimant la douleur; coloration d'un jaune pâle avec légère teinte ictérique des sclérotiques; langue blanche, humide; dents couvertes d'un enduit jaunâtre; léger liseré bleuâtre à la base de quelques dents, avec boursouflement des gencives; goût amer dans la bouche; soif vive; perte complète d'appétit; nausées presque continuelles; l'ingestion des boissons est suivie immédiatement de vomissemens bilieux (le malade a rempli depuis hier cinq grandes cuvettes de ces vomissemens); ventre un peu rétracté à sa partie supérieure; sensation de barre à la région épigastrique; douleurs tormineuses dans les mêmes points, que la pression soulage; constipation absolue depuis le 5 mars; pas de difficulté pour uriner; mais les urines sont rares; douleurs de brisement dans les membres avec crampes et tremblement; raideur douloureuse dans les jointures, dans les membres inférieurs surtout; insensibilité de la peau et de quelques muqueuses à la douleur et au contact. Au milieu de tous ces désordres, la circulation restait calme; il y a plus, le pouls était tombé à 44 ou 48 pulsations par minute, tandis que le nombre des respirations s'était élevé à 28 ou 32 par minute.

Avant tout, il importait de calmer les douleurs atroces éprouvées par le malade. Pour cela, j'appliquai sur l'ombilic et je maintins en contact avec le ventre, pendant quelques minutes, une compresse sur laquelle j'avais versé 2 ou 3 grammes de chloroforme. Malgré la sensation de chaleur et de brûlure occasionnée par cette application, le malade se trouva soulagé immédiatement, et le soulagement se continua pendant une demi-heure. Je lui prescrivis, en outre, un bain sulfureux, un julep avec 30 gouttes de chloroforme, un lavement simple immédiatement suivi de l'administration d'un quart de lavement contenant 20 gouttes de chloroforme.

Le 11 mars, le malade avait la peau fortement colorée par une couche de sulfure de plomb, et le bain avait calmé les douleurs des membres. La potion chloroformée avait apporté du soulagement; néanmoins, il y avait encore eu quelques vomissemens dans la journée et dans la nuit. La douleur de la région épigastrique était calmée; mais il y avait encore de la douleur à la région hypogastrique avec dysurie. Aucun des lavemens n'avait été suivi de garde-robe. En somme, il y avait cependant de l'amélioration; l'anxiété avait disparu et le pouls s'était relevé à 56 pulsations. Je lui fis prendre *illicò* 10 gouttes de chloroforme dans une cuillerée d'eau sucrée, je revins à une application de chloroforme sur la région hypogastrique, et je lui prescrivis un julep avec 40 gouttes de chloroforme, un lavement simple et un quart de lavement avec 30 gouttes de chloroforme, plus un bain alcalin avec 250 gram. de carbonate de potasse.

12 mars. Soulagement pendant cinq quarts d'heure à la suite de l'application de chloroforme. La potion et les lavemens avaient apporté du calme dans les douleurs jusqu'à cinq heures du soir; mais les coliques avaient reparu à l'épigastre, irradiant de là vers l'hypogastre, et il n'y avait pas eu de sommeil la nuit. Un seul vomissement; pas de garde-robes. La peau était bien nettoyée.

Le malade, qui était fort intelligent et qui se trouvait mieux, me fit part de cette circonstance, qu'il n'avait souffert qu'à partir du moment où il avait cessé de prendre du chloroforme. Il avait pris la potion et les lavemens dans le jour, et la nuit il n'avait plus rien à prendre. Ce fut pour moi un avertissement d'augmenter la dose de chloroforme, en la répartissant dans les vingt-quatre heures. Je lui prescrivis en conséquence un julep pour la journée et un pour la nuit, contenant chacun 30 gouttes de chloroforme, deux lavemens simples et deux quarts de lavement, chacun avec 30 gouttes de chloroforme, un pour la journée et un pour le soir, un bain sulfureux, et je lui fis une nouvelle application de chloroforme sur le ventre.

13 mars. Les lavemens et les potions avaient été administrés régulièrement; aussi le résultat avait-il été très satisfaisant. Le malade avait eu deux garde-robes liquides peu abondantes; il n'avait pas souffert dans le ventre jusqu'à dix heures du soir, avait uriné abondamment. Néanmoins, à la visite, il avait quelques nausées, une douleur légère à la partie supérieure du ventre, plus intense à la partie inférieure. Le pouls était remonté à 64; l'appétit reparaissait. (Même prescription, sauf l'administration de 10 gouttes de chloroforme de plus dans chaque lavement, et un bain alcalin. Une portion d'alimens.)

14 mars. Pas de garde-robes après les potions et les lavemens; mais aussi pas de douleurs dans la journée et seulement quelques coliques à minuit et à quatre heures du matin, pendant une demi-heure environ. Pas de nausées ni de vomissemens. Même prescription. Bain sulfureux. Application extérieure de chloroforme sur l'abdomen et sur la base de la poitrine, où le malade accusait quelques picotemens.

Le 25 mars, l'état était à peu près le même; à peine quelques coliques dans le ventre. Le pouls était à 68, la langue blanche et humide; le malade commençait à manger avec appétit, mais les garde-robes n'étaient pas encore rétablies. Même prescription. Bain alcalin.

Le 16 mars. Les coliques avaient complètement disparu. Appétit excellent; mais pas de garderobes. Quelques douleurs dans les jointures et un peu de douleur à la pression de l'hypogastre. Même traitement. Bain sulfureux. Deux portions.

Le 17 mars, le malade m'annonça avec satisfaction que, depuis la veille et à la suite de son premier lavement, il avait rendu des matières en très grande abondance, dans lesquelles il y avait beaucoup de fragmens très durs. Le soulagement avait été immédiat. Le pouls était à 72, la face naturelle, la langue humide, un peu de sensibilité dans le ventre, mais très supportable. Il ne lui restait plus que quelques douleurs vagues dans les membres. Même prescription. Bain sulfureux.

18 mars. La journée d'hier avait été calme, pas de coliques; le malade, qui n'avait pris qu'une seule potion et que deux lavemens, dont un au chloroforme, avait eu quatre selles faciles et très abondantes; il s'était promené toute la journée, lorsqu'en se couchant il saisit, pour l'approcher de ses lèvres, ce qu'il croyait être le flacon contenant sa potion pour la nuit. Par malheur, c'était le flacon de chloroforme pur qui avait été oublié sur le dossier de son lit, et il avala à la régalade une gorgée de ce liquide. Il ne s'en préoccupa pas beaucoup et n'appela personne; mais deux minutes après commençaient les phénomènes d'un empoisonnement par le chloroforme, dont les détails ont été publiés dans ce journal (V. UNION MÉDICALE, t. VI, p. 237, année 1852), et que je crois par conséquent inutile de relater ici. Qu'il me suffise de dire que, une fois revenu des phénomènes de narcotisme occasionnés par le chloroforme, le malade n'en resta pas moins complètement guéri de sa colique de plomb.

Le 18, il avait eu sept ou huit selles composées de matières épaisses noires; quatre selles dans la journée du 19, toujours suivies de quelques coliques. Je revins à la potion au choloroforme le 20, dans le but de calmer les coliques qui suivaient les garde-robes. Je lui fis prendre encore quelques bains sulfureux pour achever de convertir le plomb en sulfure; et à partir du 23 je commençai chez lui l'emploi des bains de vapeur, dans le but d'achever de détacher ce qui pouvait rester de préparations plombiques à la surface de la peau. Mais le malade, se sentant guéri, désirant reprendre ses travaux, quitta l'hôpital en parfaite santé le 25 mars.

J'ai rapporté ce fait comme exemple des bons effets du traitement de la colique de plomb par l'administration continue du chloroforme; mais, en même temps, il est bien de nature à rassurer les personnes qui seraient disposées à s'effrayer de l'administration à l'intérieur d'une aussi forte dose de cet anesthésique, le malade ayant échappé aux accidens de narcotisme occasionnés par l'ingestion accidentelle et en une seule fois d'une quantité de chloroforme qu'on peut évaluer sans exagération à 30 grammes. On verra, du reste, par le fait suivant, postérieur à celui que je viens de rapporter, que la dose de chloroforme peut être élevée plus haut sans inconvénient, et même avec grands avantages pour le malade.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Janvier 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit les lettres d'invitation reçues pour les visites officielles de l'Académie à l'occasion du nouvel an.

— La correspondance manuscrite comprend plusieurs communications transmises à l'Académie par M. le ministre du commerce, relatives à plusieurs remèdes secrets, dirigés la plupart contre le choléra.

Elle comprend également un premier mémoire pour le prix à décerner à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'influence que les changemens de lieu et les voyages exercent sur le développement et les progrès de la phthisie pulmonaire. (Renvoi à la commission.)

Deux médecins dont les travaux ont été couronnés par l'Académie lui adressent des lettres de remercîemens.

— M. BÉRARD fait hommage à l'Académie du discours qu'il a prononcé dans la dernière séance de rentrée de la Faculté de médecine et qui est consacré à l'éloge d'Orfila. (Remercîemens.)

— M. JOBERT DE LAMBALLE, en montant au fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

Je remercie l'Académie de l'honneur qu'elle m'a fait en me nommant président pour l'année 1855. Je ne saurais avoir la prétention de diriger ses séances avec le talent et l'habileté de l'honorable collègue qui vient de quitter ce fauteuil; mais j'aurai du moins le zèle et l'exactitude qui conviennent à une assemblée aussi active et aussi amie de ses devoirs.

Je réclame donc la bienveillance de la savante compagnie.

J'adresse au nom de l'Académie des remercîemens au savant professeur qui a su pendant sa présidence associer la fermeté à des manières distinguées, lesquelles ne sont pour lui ni un effort ni une étude.

Je prie aussi le spirituel M. Gibert de recevoir les remercîemens de l'Académie pour la manière dont il a rempli pendant sept ans les fonctions pénibles de secrétaire.

J'ai à rendre compte de la mission dont l'Académie a chargé son bureau et sa députation.

S. M. l'empereur a reçu l'Académie avec bienveillance et bonté.

L'empereur accorde toute sa sympathie à l'Académie pour ses utiles et importans travaux.

S. M. sait apprécier tout le bien que fait l'Académie, comme elle sait reconnaître les services qui se rattachent à la cause de l'humanité, qui est l'objet de ses constantes préoccupations.

— M. DEPAUL, nouveau secrétaire annuel : En prenant possession des fonctions auxquelles m'ont porté les suffrages de l'Académie, je regarde comme un devoir de remercier mon prédécesseur du zèle et de l'exactitude qu'il a montrés ici pendant sept années successives. S'il suffisait, pour égaler ses qualités, d'un zèle sans bornes et du désir le plus vif de satisfaire aux exigences de ces fonctions, j'aurais l'espoir de m'acquitter envers vous. Mais mon collègue vous a habitués, dans ses procès-verbaux, à une netteté, à une précision si grande de rédaction, que j'aurai besoin de toute votre bienveillance.

— L'ordre du jour rappelle la discussion sur le cancer.

M. PIORRY propose à l'Académie, dans le but de reposer l'attention trop longtemps captivée par les communications sur le cancer, de lire un mémoire sur le traitement de la variole. Cette proposition est mise aux voix et rejetée.

M. Fr. DUBOIS, secrétaire perpétuel, lit un discours de M. HERVEZ DE CHÉGOIN. (Nous reproduirons dans notre prochain numéro cette intéressante communication.)

M. ROBERT : Messieurs, je prie l'Académie de vouloir bien m'excuser d'avoir pris de nouveau la parole dans cette discussion. Mais il s'agit, ici, d'une question nouvelle et qui n'avait pas été encore solennellement discutée, d'une question qui intéresse au plus haut degré la chirurgie pratique; il s'agit de juger des travaux consciencieux et persévérans, de leur donner une impulsion nouvelle, ou de les condamner peut-être à un fâcheux discrédit. Je croirais donc manquer à mon devoir si je ne venais réfuter diverses assertions émises à cette tribune, et vous soumettre quelques élémens nouveaux d'appréciation. Veuillez, d'ailleurs, vous rassurer, Messieurs, sur la longueur future de ces débats. La discussion qui, au début, s'était montrée timide et incertaine, s'est aujourd'hui concentrée sur un petit nombre de points doctrinaux qui paraissent la dominer; de telle sorte que je pourrai à la fois ménager vos instans, et atteindre mon but, en me bornant à l'examen de ces questions fondamentales.

Une des premières est assurément celle de savoir si, au point de vue anatomique, les élémens cancéreux admis par les micrographes sont doués de caractères spécifiques; j'entends par là des caractères de forme, de structure et de composition chimique qui les distinguent des autres élémens normaux ou pathologiques.

Au nombre des adversaires de cette spécificité je trouve, en première ligne, M. Delafond, dont les argumens spécieux et présentés avec art ont produit dans cette enceinte une sensation marquée. C'est donc de son discours que je vais d'abord m'occuper.

Notre collègue est partisan de la doctrine de Schwan sur la cellule unitaire, bien que cette doctrine ait été victorieusement combattue, et que, suivant l'expression même de M. Velpeau (*Bul.* de l'Ac., p. 160), *elle menace de disparaître de la science sérieuse.* Donc, suivant lui, toute l'organisation procède d'un seul et même élément, la cellule; et celle-ci se ressemble partout à elle-même. La seule différence qui la distingue dans les divers tissus tient à la nature de la substance qu'elle contient, substance qu'elle a puisée dans le blastème ou liquide amorphe qui l'environne.

D'après cette théorie, M. Delafond cherche à établir que la cellule dite cancéreuse n'a rien de spécifique dans ses attributs extérieurs; mais comme, en définitive, il ne peut contester la spécificité du cancer, il avance que cette cellule ne doit ses propriétés qu'au liquide ou suc cancéreux qu'elle renferme. De ces deux propositions, la dernière est une simple vue de l'esprit sans démonstration, et dont je laisserai la responsabilité à notre collègue. Quant à la première, je vais la combattre, en me plaçant sur le terrain même que notre adversaire a choisi.

D'après M. Delafond, la forme de la cellule n'a rien de spécial et de

constant; elle tient aux conditions diverses auxquelles elle est soumise de la part des tissus qui l'environnent. Ainsi, qu'elle se développe dans une trame organique molle et non comprimée par les tissus voisins, elle aura la forme sphérique ou ovoïde : qu'elle se trouve dans des conditions opposées, elle s'allongera plus ou moins et prendra l'aspect d'un corps fusiforme, d'une fibre; ou bien elle s'aplatira et se convertira en une lame très mince.

Cette hypothèse, Messieurs, peut séduire au premier abord, mais à coup sûr elle ne saurait soutenir le contrôle des faits. Qu'il me suffise de vous rappeler que, dans le squirrhe le plus dense, on trouve souvent la cellule cancéreuse avec la forme type, c'est-à-dire ovoïde ou sphérique, tandis que, dans l'encéphaloïde ramolli et même ulcéré, il n'est pas rare de voir des cellules allongées : dans les tumeurs épithéliales libres de toute espèce d'entrave, telles qu'on les voit aux lèvres ou au col de l'utérus, on trouve des cellules aplaties; enfin, dans des tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées et exemptes de compression, on voit des corps fusiformes. Tous ces faits sont évidens, incontestés, ils sont connus de tous les micrographes, et je ne conçois pas que M. Delafond ait pu n'en pas tenir compte.

Notre collègue prétend aussi que le volume des cellules varie suivant les phases de leur développement, et qu'on ne saurait, par conséquent, l'invoquer pour caractériser les diverses espèces de produits pathologiques. Or, voulez-vous savoir jusqu'où peut conduire cette théorie, du reste entièrement dénuée de preuves? Tous les micrographes savent que les globules de pus sont beaucoup plus petits que les cellules du cancer; M. Delafond le reconnaît aussi. Mais comme, d'après lui, ces deux élémens doivent présenter la même organisation, il admet tout simplement que la cellule de pus *n'a pas eu le temps de se développer*.

Notre honorable collègue a fait passer sous vos yeux une série de dessins représentant des cellules cancéreuses, fibro-plastiques et des globules de pus; puis, par un artifice que j'expliquerai tout à l'heure, il vous a démontré l'analogie de ces divers produits. Je ne réfuterai pas en détail cette partie de son argumentation, mais je vous présenterai, à mon tour, divers dessins où sont représentées les formes types des élémens cancéreux, fibro-plastiques, épithéliaux et les globules de pus. Ces dessins, exécutés par M. Lackerbauer, sous l'habile direction de M. Robin, sont l'expression la plus exacte de la vérité.

1° Je commence par les noyaux libres du cancer : c'est là, en effet, l'élément le plus constant de ce produit morbide. A eux seuls, ces noyaux constituent un assez grand nombre de tumeurs désignées, à cause de cela, sous le nom de cancers nucléaires; et les cellules, quand elles existent, sont toujours associées à une plus ou moins grande proportion de noyaux libres. Ils sont volumineux, ovoïdes, constamment pourvus de un à trois nucléoles larges et brillans, quand on les étudie avec un grossissement de 500 ou 600 diamètres.

2° A côté des noyaux cancéreux, je vous montre les noyaux fibro-plastiques. Ceux-ci sont plus allongés, moins volumineux; rarement ils sont pourvus de nucléoles; on les rencontre moins souvent à l'état libre que les noyaux du cancer.

3° Voici maintenant la cellule cancéreuse. Elle est caractérisée par son grand volume, par sa forme obronde, et surtout parce qu'elle contient toujours au moins un noyau volumineux, pourvu lui-même de un à trois nucléoles.

4° Veuillez lui comparer la cellule fibro-plastique que je lui mets en regard. Celle-ci n'en diffère-t-elle pas, de la manière la plus évidente, par son petit volume, par sa forme très allongée, renflée au fuseau, à sa partie moyenne, terminée en pointe fine à ses deux extrémités, et enfin par la petitesse et la forme allongée de ses noyaux?

5° Jetez les yeux sur la cellule épithéliale que M. Delafond a, je ne sais pourquoi, passée sous silence. Celle-ci n'est-elle pas facile à reconnaître à sa forme polygonale et à la petitesse de son noyau, dont l'existence n'est même pas constante?

6° Enfin, voici les globules de pus, caractérisés par leur forme exactement globuleuse, leur petit volume, leur aspect chagriné, leurs noyaux volumineux et l'absence de nucléoles. Ici sont les globules de pyoïdes, ou globules sans noyaux que fournit le pus des surfaces séreuses. Voici deux dessins destinés à montrer l'action de l'acide acétique sur les globules du pus : elle est caractéristique. Cet agent, en faisant pâlir la cellule, met les noyaux plus en évidence.

Après ce rapide examen, supposez, Messieurs, tous ces élémens placés à la fois sur l'objectif d'un microscope, et veuillez me dire s'il est possible de les méconnaître.

Mais, Messieurs, les êtres organisés ne sont pas assujettis à des formes constantes. Si, parmi ces dernières, il en est qu'ils affectent le plus souvent, il en est aussi d'exceptionnelles. Cette loi de variabilité des formes se retrouve non seulement dans les grandes divisions des espèces animales, mais encore dans chaque être en particulier; elle se retrouve dans sa conformation extérieure, aussi bien que dans ses élémens les plus intimes. Aussi les naturalistes qui étudient ces corps ont-ils pour principe de rechercher d'abord les formes les plus constantes, qu'ils prennent pour types; puis ils placent les autres au second rang, et les considèrent comme des anomalies ou des aberrations.

Or, que penseriez-vous d'un anatomiste qui, voulant vous initier à la connaissance de l'organisation de l'homme, négligerait complétement les formes types, et ne s'occuperait que des anomalies? C'est cependant ce qu'a fait M. Delafond; et c'est au moyen de cet artifice qu'il a cru pouvoir établir l'identité des cellules cancéreuses et fibro-plastiques, voire même des globules de pus.

Du reste, ce mode singulier de démonstration, loin de porter atteinte à la spécificité de la cellule du cancer, ne fait au contraire que la confirmer davantage. Si l'on étudie, en effet, cette cellule dans les conditions mêmes où M. Delafond l'a supposée, on y trouvera encore, soit dans la forme, soit dans la structure, des caractères spéciaux qui, pour des yeux exercés, ne permettront pas de la méconnaître.

Pour vous convaincre, à cet égard, je vais faire passer sous vos yeux divers dessins représentant la cellule du cancer sous des formes insolites.

Voici des cellules très allongées : l'une d'elles est fusiforme, à un seul noyau; celle-ci contient deux noyaux; cette autre est irrégulièrement bifurquée. Et cependant est-il possible d'assimiler aucune d'elles à la cellule fibro-plastique? Sa vraie nature ne vous est-elle pas révélée par le volume des cellules et la proportion relative de leurs noyaux?

Je vous présente maintenant une large cellule de cancer contenant plusieurs noyaux, et qu'on a désignée sous le nom de plaque à noyaux multiples, une cellule mère qui emboîte une autre cellule, deux cellules se comprimant l'une l'autre, enfin une vieille cellule infiltrée de graisse. Voyez aussi des cellules de cancer ou d'épithélioma que le hasard a fait présenter de face et de profil sur le champ du microscope, et jugez, par vous-mêmes, s'il est possible de ne pas les reconnaître.

Mais j'admets que, dans un cas donné, quelques cellules de cancer aient présenté des caractères douteux ou équivoques; ira-t-on pour cela contester à cet élément la spécificité de sa forme? A-t-on jamais avancé que l'examen isolé d'une cellule pût suffire au diagnostic d'une tumeur?

Si l'on rencontre de prime-abord des formes insolites, il faut multiplier les recherches, examiner la pièce pathologique dans tous les points de son étendue, et, à coup sûr, on y découvrira des formes types qui mettront en évidence la nature vraie de l'altération.

J'arrive maintenant, Messieurs, à l'objection la plus sérieuse qu'on ait adressée à la spécificité anatomique des élémens du cancer. On a dit que, dans plusieurs tissus normaux de l'économie, il se trouve des cellules ayant avec celles du cancer la plus grande analogie, si ce n'est une similitude complète. Produit d'abord par M. Virchow, cet argument jouit d'une certaine faveur en Allemagne. On le retrouve dans le *Manuel d'anatomie pathologique* de M. Forster, dans le *Traité d'histologie pathologique* publié très récemment par M. Wedl (*Grundzüge der pathologischen histologie*, Von Carl Wedl, Fienne, 1854). Enfin, il a été reproduit, dans le cours de cette discussion, par MM. Delafond et Velpeau.

Suivant M. Virchow, les épithélium pavimenteux de la membrane muqueuse des bassinets, de la vessie, des poumons, de la conjonctive, etc., ressembleraient beaucoup à la cellule du cancer; et il y a un an à peine, M. Michel (de Strasbourg) adressait à la Société de chirurgie un travail où il disait avoir trouvé la même analogie aux cellules de la moelle des os chez les jeunes enfans.

Ces faits m'ont d'abord paru graves; et j'ai eu à cœur de les vérifier tous par moi-même, afin d'en apprécier plus exactement la valeur. J'ai donc eu recours à l'obligeance bien connue de nos micrographes; et j'ai pu ainsi étudier avec eux un très grand nombre de préparations.

Je ne veux pas entrer ici dans les détails minutieux de ce diagnostic anatomique. Je me bornerai à dire qu'après avoir examiné comparativement, et à plusieurs reprises, des élémens recueillis sur des tumeurs cancéreuses, et sur les organes sains mentionnés plus haut, je n'ai pu conserver aucun doute sur la possibilité de les distinguer. Je reconnais, il est vrai, que si, dans cet examen, on se borne à constater les différences de *forme*, on peut quelquefois rester incertain. Mais si l'on prend aussi en considération le volume, la structure et les caractères chimiques, il est très rare que l'on ne parvienne pas à une détermination précise et rigoureuse.

Après ce travail, je me suis demandé comment il se fait que des savans distingués, que des hommes versés dans les études histologiques, soient parvenus à des résultats si différens de ceux qu'on a signalés dans notre pays.

Cela ne tiendrait-il pas à la différence même des instrumens qu'ils emploient et à la faiblesse de leurs grossissemens? N'est-il pas évident qu'un puissant microscope peut nous faire saisir des détails importans, quoique très délicats, qui échapperont à des grossissemens moins considérables? Et, pour ne pas nous éloigner du cancer, qui n'a pu constater une différence très notable dans l'aspect des cellules étudiées à 300 ou à 500 diamètres?

Je conclus donc, et je dis que les objections élevées contre la spécificité anatomique des élémens du cancer sont moins fondées que spécieuses; et que, dans l'état actuel de la science, et pour des yeux exercés, ils peuvent toujours être distingués des autres élémens de l'organisation soit normaux, soit pathologiques.

M. Velpeau, dans sa brillante improvisation, n'a que faiblement contesté ce point; mais il n'en a pas agi de même à l'égard de la spécificité de ces mêmes élémens, au point de vue de la pathologie et de la clinique; c'est de ce côté qu'il a le plus spécialement dirigé son attaque. La grande autorité dont jouit, à bon droit, notre savant collègue, me fait un devoir d'examiner avec détail cette partie de son argumentation.

M. Velpeau dit qu'il a trouvé la cellule cancéreuse dans des tumeurs qui n'étaient pas du cancer, et dont l'ablation a été suivie de la guérison sans récidive. J'ai objecté à notre collègue que, puisqu'il admet la curabilité du cancer vrai par l'opération, l'absence de récidive ne prouve pas que les tumeurs en question ne soient pas cancéreuses. Aussi, a-t-il répliqué que ce n'est point sur l'absence de récidive qu'il a fondé son diagnostic, mais bien sur la physionomie de la maladie, prise dans son ensemble.

Je réponds à mon tour que, si l'on analyse un à un tous les symptômes assignés par les cliniciens aux tumeurs cancéreuses, il n'en est pas un seul qui soit pathognomonique, pas un seul qui ne puisse tromper, surtout lorsque la cachexie manque, et que la généralisation ne s'est point encore manifestée. Les recherches microscopiques modernes, nous apprenant à mieux distinguer la nature des tumeurs qu'on ne le faisait il y a douze ou quinze ans, nous montrent chaque jour que des symptômes réputés comme caractéristiques du cancer ne doivent plus être considérés comme tels, et qu'on les rencontre parfois dans des productions d'une tout autre nature.

Je vais vous en citer deux exemples des plus frappans. On a dit de temps immémorial, et tous les praticiens l'ont admis, que la rétraction du mamelon, dans les tumeurs du sein, est un signe pathognomonique de l'existence du squirrhe. Or, voici que M. Robin a décrit récemment une forme d'hypertrophie de la mamelle dans laquelle cette rétraction du mamelon est très marquée, et qui consiste dans le développement exagéré des culs-de-sac glandulaires, avec atrophie des conduits excréteurs, ce qui rend bien compte de l'aspect que prend alors la glande malade. Deux faits de cette nature, constatés en peu de temps, feraient supposer que cette variété n'est pas très rare.

Autre exemple : Lorsqu'une tumeur du sein est largement ulcérée, que les bords en sont fongueux, végétans, que le fond en est gris-âtre, sanieux, la suppuration abondante, fétide, et qu'enfin elle s'accompagne d'hémorrhagies et d'épuisement, on est bien disposé à affirmer qu'il s'agit d'un cancer des plus graves. Or, à ma connaissance, une pareille réunion de symptômes alarmans s'est rencontrée dans deux cas où il ne s'agissait que de tumeurs hypertrophiques; un de ces cas m'est personnel : j'en ai déjà entretenu l'Académie. J'enlevai la tumeur sans beaucoup d'espoir et pensant n'obtenir qu'une cure palliative. Mais le microscope consulté me rassura : et, en effet, la malade, rétablie des suites de cette grave opération, vit, depuis cinq ans, dans la santé la plus parfaite.

Je tiens le second d'une source qui m'inspire toute confiance : Une dame portait une tumeur de la mamelle d'une physionomie aussi sinistre que la précédente. Une de nos célébrités chirurgicales résolut d'enlever, non pas tout le mal, mais les parties exubérantes seulement, opération également palliative.

Un de nos micrographes les plus distingués examina les portions retranchées, et n'y trouva que les traces d'une hypertrophie mammaire. Le chirurgien, revenant alors sur son diagnostic primitif, tenta une seconde opération, et enleva toute la tumeur. La guérison a été radicale et se maintient depuis plusieurs années.

Je n'insisterai pas davantage sur ces faits, dont il me serait facile de grossir le nombre. Si je les ai cités, c'est qu'ils sont singulièrement aptes à faire réfléchir les cliniciens sur l'incertitude trop commune des symptômes propres aux tumeurs.

M. Velpeau ne s'est pas arrêté là; dans une seconde proposition opposée à la spécificité clinique des élémens cancéreux, il a avancé que ces derniers n'avaient point été trouvés dans des tumeurs réellement cancéreuses; il a cité des faits que nous devons discuter.

Je trouve en premier lieu cette fameuse tumeur du sein examinée par cinq micrographes, dans laquelle on n'a point trouvé d'élément cancéreux, et qui, cependant, s'est comportée comme un cancer véritable. Mais quelle était donc la structure de cette tumeur? Quelle était la structure des tumeurs secondaires, s'il y en avait? Cela méritait bien d'être mentionné, et je cherche en vain, dans le livre et dans les discours de M. Velpeau, ces renseignemens indispensables. Notre savant collègue dit qu'il possède encore quatre faits tout semblables. Pourquoi donc, dans une question si importante, ne les publie-t-il pas avec tous les détails? la chose en vaudrait bien la peine. Une indication aussi sommaire ne peut entrer en ligne de compte.

M. Velpeau s'attache également à démontrer que des tumeurs, qui primitivement ne renfermaient pas de cellules cancéreuses, ont récidivé après l'opération, et que les tumeurs secondaires étaient abondamment fournies de ces cellules. Il cite deux faits de M. Mayor de Genève, et c'est sans doute par mégarde; car il s'agit, dans la thèse de ce jeune confrère (1846, n° 8, pages 48 et suivantes), de tumeurs de la verge ou des lèvres qui ont récidivé et amené la mort. On a trouvé des cellules cancéreuses dans les tumeurs secondaires; mais les tumeurs primitives qui avaient été enlevées pendant la vie n'avaient pas été examinées; par conséquent, rien ne prouve qu'elles n'étaient pas cancéreuses elles-mêmes. Du reste, l'auteur le reconnaît aussi, car il dit expressément (page 50) que ce n'est que par induction qu'il admet la nature épidermique de ces tumeurs primitives. Ne sait-on pas que le cancer vrai est loin d'être rare soit à la lèvre inférieure, soit au gland?

M. Velpeau rapporte plus loin une observation de M. Richet qui lui paraît très concluante. C'est celle d'un marchand de bois affecté d'une tumeur des fosses nasales. Pour ma part, je la trouve si incomplète que mes convictions n'en sont nullement ébranlées. Un fragment *superficiel* de la tumeur ayant été examiné ne renfermait pas de cellule cancéreuse : on opère; la maladie récidive et se comporte comme un véritable cancer. Quelle était la structure de la tumeur enlevée? On l'ignore; M. Velpeau dit seulement que les tumeurs nasales examinées se trouvèrent remplies d'élémens cancéreux.

Notre éminent collègue réserve pour la fin une observation qui lui semble la plus décisive. C'est celle de la double tumeur des mamelles, cancéreuse d'un côté, non cancéreuse de l'autre. Le récit s'en trouve à la fois dans le second discours de M. Velpeau et dans son *Traité des maladies du sein*, auquel il nous renvoie. Mais il y a des différences si notables entre les deux versions de ce fait que, sans l'affirmation de l'auteur, on aurait vraiment de la peine à croire qu'il s'agit du même. Et d'ailleurs, y trouve-t-on la preuve de ce que M. Velpeau avance? On y voit : 1° au sein gauche une tumeur que notre collègue a regardée comme non cancéreuse, et qui, examinée après la mort, contenait les élémens du cancer; 2° au sein droit, au contraire, une tumeur qu'il regardait comme squirrheuse, et qu'on a trouvée libre de tout élément cancéreux. Mais, en vérité, qu'est-ce que cela prouve, si ce n'est l'incertitude des enseignemens fournis par la seule observation clinique?

Jusqu'ici, Messieurs, j'ai fait porter uniquement mon argumentation sur le double terrain de l'anatomie et de la critique; j'ai combattu des faits anatomiques inexacts ou mal interprétés; j'ai examiné, comme elles devaient l'être, c'est-à-dire sérieusement, peut-être même sévèrement, quelques observations trop discutables pour tenir en échec toutes les recherches modernes. J'abandonne ce sujet, sans l'avoir épuisé certainement, mais pour aborder des questions plus immédiatement applicables à la pratique, but final de tous nos efforts.

Je vais faire intervenir deux mots que je n'ai pas encore prononcés, et qui constituent le point culminant de cette discussion : je veux parler de la bénignité et de la malignité des tumeurs. La détermination de ces deux manières d'être, aidée par les notions de structure intime et d'histologie, ne leur est point rigoureusement subordonnée; et, d'une autre part, elle domine de si haut la pratique, qu'on aurait bien vite à se demander si, au lieu de chercher à classer les productions morbides très scientifiquement et suivant les principes de la méthode naturelle, il ne vaudrait pas mieux les distinguer tout simplement en bénignes et malignes, c'est-à-dire se préoccuper beaucoup plus de leur évolution et de leur pronostic que de leur structure. Si j'étais mis en demeure de choisir entre ces deux manières d'envisager les faits qui nous occupent, je pourrais regretter assurément la classification anatomique; mais j'accepterais sans hésiter la base clinique. Vous me verriez me rallier franchement à la division proposée par notre savant collègue, M. Malgaigne, et, à l'exemple de M. Velpeau, chercher mon salut dans l'examen au lit du malade.

Par bonheur, une telle alternative n'est rien moins que nécessaire, à la condition expresse qu'on introduise dans les mots et dans leur emploi une réforme impérieusement commandée. Il ne faut plus associer,

comme l'ont fait jusqu'à ce jour partisans et adversaires du microscope, il ne faut plus associer, dis-je, les idées de bénignité et d'homéomorphisme, de malignité et d'hétéromorphisme. Je l'affirme, c'est là qu'est la source de la confusion, la barrière malencontreuse qui sépare les anatomistes et les cliniciens, barrière qui s'est élevée, sans doute, pour le fait d'une observation prématurée de la part des micrographes, mais que les chirurgiens ont laissée se consolider, en adoptant aussi de leur côté la même synonymie vicieuse.

On ne saurait trop le répéter : toutes les tumeurs peuvent être bénignes ou malignes relativement. Un squirrhe vrai qui reste huit ou dix ans et plus sans s'ulcérer, sans engorger les ganglions, sans causer ni douleur, ni cachexie, qui, après avoir été enlevé, ne reparaît plus ou ne récidive qu'après plusieurs années, est extrêmement benin, si on le compare à certain encéphaloïde qui parcourt toutes ses phases, et fait périr le malade en moins d'une année.

Le même raisonnement est applicable aux tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, et à d'autres tumeurs, peut-être encore peu connues, qui jouissent du funeste privilége de repulluler après l'ablation. Un *noli me tangere* de la joue ou de l'aile du nez est cent fois plus benin qu'un épithélioma de la lèvre inférieure, du rectum et du col de l'utérus.

Je vais plus loin : un squirrhe, tel que je viens de le décrire, est beaucoup moins malin, sans contredit, qu'une simple tumeur adénoïde, d'un volume considérable, ulcérée et fournissant une suppuration abondante et fétide.

Ainsi donc, si les caractères tirés de la structure sont stables et faciles constater dans la majorité des cas, rien n'est, au contraire, plus ariable et plus incertain que la notion puisée dans la seule évolution des produits morbides ; et chaque jour nous recevons des démentis quand nous cherchons à prévoir si une tumeur sera bénigne ou maligne, guérissable ou mortelle.

Nous devons donc poser deux problèmes, résoudre deux questions : la structure, le pronostic.

N'allez pas croire qu'il y ait antagonisme entre ces deux solutions importantes, et que la première exclue la seconde. A mon avis, on ne serait nullement excusable de n'en chercher qu'une. Faut-il davantage se préoccuper de savoir celle qui doit avoir la suppréматie sur l'autre, et s'enorgueillir de ce qu'on aura plus facilement démêlé la composition élémentaire, que prévu l'issue ultérieure, ou réciproquement? Point du tout. Il ne s'agit pas d'établir la prééminence, mais uniquement la priorité à l'une de ces deux idées dans la série d'actes intellectuels que suscite l'observation d'une maladie.

Or, Messieurs, il ne saurait y avoir doute à cet égard ; la science du présent doit passer avant celle du futur, le diagnostic anatomique avant le pronostic. Cette manière de voir, que j'expose ici en toute assurance, parce qu'elle me paraît vraiment scientifique et pratique tout à la fois, me rallie, d'une part, aux anatomistes, dont je défends la cause à cette tribune, et aux cliniciens, dans les rangs desquels je crois devoir toujours être compté. Et d'ailleurs, quel que soit le point départ que l'on ait adopté, que l'on soit partisan du microscope, ou que l'on en soit le contempteur, où aboutissent, en définitive, les efforts de l'anatomiste et du clinicien ? Que font-ils l'un et l'autre au lit du malade ? La même chose ou à peu près.

Le premier divise les tumeurs en cancéreuses, épithéliales, fibro-plastiques, vasculaires, glandulaires, etc., etc. Instruit par de patientes études, et appréciant mieux que personne des caractères délicats, longtemps passés inaperçus, il cherche à reconnaître à quelle variété de tumeurs il a affaire, et souvent il établit son diagnostic avec bonheur. Il sait que telle production peut impunément rester longtemps en place sans porter une atteinte grave à l'organisme ; que telle autre ne peut point guérir spontanément ; que la première est généralement plus bénigne que la seconde, etc., etc. Il constitue mentalement ainsi toute l'histoire de la maladie, pose les chances bonnes ou mauvaises, puis, en définitive, quand vient le moment de prendre un parti, il opère ou s'abstient.

Que fait donc de plus le clinicien pur ? En quoi pose-t-il mieux les indications ? Son jugement est-il, par hasard, mieux assis sur des traditions d'une valeur douteuse et sur l'empirisme, qu'il ne le serait sur des notions plus complètes, plus exactes ? Mis en demeure de traiter une tumeur, s'il lui trouve un mauvais aspect, une sorte de physionomie sinistre, il l'enlève tout comme l'anatomiste. Mais, tandis que ce dernier cherche avec le scalpel et le microscope à confirmer ou à infirmer son jugement primitif, à affermir sa pratique, s'il a eu raison, à la modifier s'il s'est trompé, le premier, limitant le cercle de ses recherches, laisse le diagnostic sans contrôle et le pronostic incertain.

On a reproché aux travaux modernes d'avoir engendré les idées les plus décourageantes sur le cancer et sur sa curabilité. D'abord, si le fait d'incurabilité existait, il faudrait bien l'accepter ; j'aime à croire qu'il en est autrement. Mais, d'ailleurs, où a-t-on vu que les micrographes aient jamais proscrit et les soins et les opérations de tout genre ? Le précepte de ne pas toucher au cancer, n'est-ce pas dans les anciens, dans Hippocrate, dans Celse, que vous le voyez poindre ? Puis, n'est-ce pas Boyer, Marjolin, et la plupart de ceux qui ont été nos maîtres, qui, dans leur vieillesse, l'ont sanctionné ?

En résumé : choisir pour base de la classification des tumeurs la composition anatomique et la structure, est à la fois plus philosophique et conforme à la vraie science.

Ce point de départ est le plus propre, en certains cas, à éclairer le pronostic et à guider la pratique. Dans les cas douteux, il n'entraîne avec lui aucun inconvénient, et ne saurait jamais conduire dans une voie périlleuse.

Si, pour la plupart d'entre nous, le microscope a détruit bien des illusions sur la curabilité du cancer vrai, il nous a révélé la possibilité de guérir des maladies que, souvent, autrefois, on abandonnait à leur marche funeste.

Le microscope, pas plus que l'anatomie pathologique en général, ne peut trancher toujours la question de la bénignité ou de la malignité possibles d'une production morbide ; mais il nous fait, mieux que l'examen clinique seul, prévoir la terminaison. Il nous prescrit, dans certains cas, une réserve motivée ; dans d'autres, une hardiesse qui semblerait téméraire.

Les recherches faites au moyen de cet instrument ont réalisé un immense progrès dans l'étude des productions accidentelles ; et si la lumière doit un jour devenir complète sur ce point si important, une grande part de gloire en reviendra à ceux qui ont apporté à ces travaux difficiles une louable ardeur et une persévérance digne d'encouragement.

(La suite de la discussion sur le cancer est renvoyée à la séance prochaine.)

— M. MAISONNEUVE montre une jeune malade à laquelle il a extirpé un *kyste butyreux des fosses nasales*.

— M. JOBERT DE LAMBALLE montre un énorme lipôme enlevé chez une femme de son service à l'Hôtel-Dieu. Cette tumeur, qui occupait la région brachiale, datait de plus de vingt ans ; elle s'était en quelque sorte roulée sur elle-même en s'accroissant ; dans un point sa surface était gangrenée. En examinant le tissu de cette production anormale, on voit qu'elle offre la composition ordinaire des lipômes ; seulement, quelques-unes de ses portions présentent l'apparence du stéatome. M. Jobert considère les stéatomes comme une modification des tumeurs lipomateuses.

— M. BONNAFONT montre un jeune soldat guéri d'une tumeur lacrymale par l'application d'un appareil compresseur du sac lacrymal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 1er ARRONDISSEMENT DE PARIS.

Compte-rendu des travaux de la Société pendant l'année 1854.

Par M. le dr DESPAULX-ADER, secrétaire général.

Messieurs,

Condillac a dit, dans son *Essai sur l'origine des connaissances humaines* : en composant un ouvrage on doit éviter les longueurs, parce qu'elles lassent l'esprit, les digressions parce qu'elles le distraient, les divisions parce qu'elles l'embarrassent. Mme de Staël Holstein conseille également, dans tout écrit, une concision à la fois éloquente et énergique, et elle donne pour modèle l'immortel Tacite.

Ce conseil des deux grands écrivains est excellent sans doute ; chacun de nous le comprend à merveille ; mais, Messieurs, avouons qu'il n'est pas aussi facile de le suivre que de le concevoir.

L'art de se faire écouter, d'intéresser son auditoire, est en général très difficile ; mais combien ces difficultés augmentent lorsque cet auditoire est composé de médecins! Personne n'est plus exigeant que l'homme de science ; pour captiver son attention, il faut traiter un sujet neuf, le présenter avec adresse, avec esprit, en faire ressortir le côté saillant. Il faut lui apprendre quelque chose de nouveau ou du moins lui découvrir un point caché de la science à méditer, à étudier. Il faut enfin que le style soit correct et pur, la diction facile et entraînante.

Aussi très peu d'orateurs ont le privilége de se faire écouter dans nos Sociétés savantes. Pour peu que le sujet ne réponde pas au désir de l'auditoire, il fuit l'orateur pour des occupations plus agréables ; et le pauvre auteur, déjà fortement émotionné, qui a commencé sa lecture devant un nombre imposant de confrères, est interrompu à chaque instant par le bruit des conversations, par le fracas des portes, et ne parle bientôt plus que devant quelques amis dévoués, qui se sacrifient pour épargner une blessure trop profonde à son amour-propre. N'est-ce pas là, Messieurs, le tableau fidèle de ce qui se passe ordinairement dans nos Sociétés de médecine ? Aurai-je le sort de ces pauvres auteurs dont je viens de montrer la piteuse mine ? J'espère que non, Messieurs, car mon intention n'est nullement de vous occuper de moi, mais de retracer aussi fidèlement que possible le résumé des travaux auxquels vous vous êtes livrés dans le courant de cette année.

Mais, me direz-vous alors, pourquoi donc ce hors-d'œuvre ? C'est, mon cher auditoire, vous l'avouerai-je, pour me servir d'introduction, et puis, dans votre intérêt même, pour me bien pénétrer des conseils que donnent les deux illustres écrivains que j'ai cités en commençant. Car, je le confesse en toute humilité, je ne sais rien de plus difficile que d'être court. Si cependant, Messieurs, malgré mes efforts, malgré ces précautions, vous trouviez que je n'aie pas tenu à mes promesses, pour éviter vos reproches je me retrancherai derrière ce que disait le cardinal du Perron, après Pascal toutefois, en parlant d'une réponse de l'historien Coeffeteau : Il l'aurait faite plus courte s'il avait eu plus de temps.

Le médecin est l'homme de qui la société demande le plus et auquel elle accorde le moins.

Messieurs,

Il est dit quelque part, dans Hippocrate, que le vrai médecin est semblable à la divinité ; c'est-à-dire, à mon sens, qu'il doit être au-dessus des autres hommes par ses qualités morales, par son savoir.

En effet, de toutes les sciences, la médecine est sans contredit celle qui demande, pour l'approfondir, le plus grand nombre de connaissances, pour la pratiquer le plus de vertus. A ce compte, tous les médecins sont-ils à la hauteur de leur tâche? me demandera-t-on. Je n'hésite pas à répondre affirmativement pour la très grande majorité ; mais je suis malheureusement obligé de convenir que le corps médical compte encore dans son sein quelques membres indignes.

Je ne chercherai pas ici quelles en sont les causes ; je les ai indiquées en d'autres temps ; je signalerai seulement entre toutes le peu de vocation des jeunes gens qui se destinent à la pratique de notre art. Le plus souvent, c'est le hasard qui décide du choix que l'on fait d'une profession. On se fait médecin, comme on se ferait avocat, militaire ou commerçant ; les uns parce qu'ils ont un père, un parent, un ami médecin ; les autres, au contraire, parce qu'ils ont des frères, des parens dans les autres carrières. Presque jamais le goût, la vocation du jeune homme n'est consulté ; aussi qu'arrive-t-il lorsqu'il a reçu son diplôme de docteur ? Il se trouve lancé dans une société dont le principal mobile est la vanité, qui estime moins le savant consciencieux, le vrai philanthrope, que l'homme de la vogue, l'homme à réputation. Qu'importe au public si cette réputation est bien acquise ? Il prend un médecin, il adopte un système, parce que c'est la mode. Il s'inquiète peu si l'homme est honorable, si le système est rationnel ; il demande seulement si le médecin soigne beaucoup de gens riches. Si, chez le jeune praticien, le sentiment du devoir ne l'emporte pas sur l'amour de la fortune, et de cette célébrité acquise à tout prix ; s'il n'est pas soutenu par l'amour de l'humanité et surtout par une croyance robuste dans l'utilité, dans la puissance de son art, il déviera bientôt de la voie ardue de l'honnêteté et s'élancera dans les sentiers plus faciles du charlatanisme.

Mais hélas ! Messieurs, comment en serait-il autrement, lorsque nous réfléchissons aux difficultés sans nombre de notre profession ? La pratique de la médecine exige de celui qui s'y destine, avant tout, une probité à toute épreuve. Probité de conscience, c'est-à-dire foi scientifique ; probité envers ses confrères ; probité envers la société, c'est-à-dire moralité, humanité. Celui qui étudie suffisamment pour savoir, qui agit selon sa conscience, avec l'intégrité de ses sens, de sa raison, celui-là est l'homme probe par excellence. Il peut marcher la tête haute au milieu des déboires, des injustices, de l'ingratitude dont l'abreuve l'exercice de sa profession ; il ne sera jamais confondu avec ces gens dont toute la science est dans le savoir-faire, et qui, substituant un charlatanisme de zèle, de talent et d'humanité à l'accomplissement de leurs devoirs, spéculent sans cesse sur la sottise humaine ; mais aussi celui-là n'acquerra que très rarement de la célébrité.

En outre de cette probité qui doit être avant tout l'apanage du médecin et que je viens de définir en trois mots, foi scientifique, moralité, humanité, il doit encore posséder toutes les vertus qui caractérisent l'homme de bien ; car, disons-le, Messieurs, autant un honnête médecin peut faire de bien à la société, autant celui qui ne l'est pas peut faire de mal.

Il doit aussi connaître à fond le cœur humain. « Il est étonnant, dit Zimmermann, combien un médecin peut contribuer au bien-être du malade, s'il a étudié le cœur humain. » En effet, Messieurs, le plus souvent il devient l'ami, le confident de la famille ; c'est à lui que sont dévoilés les secrets les plus intimes, les souffrances les plus cachées ; et partout où il va il emporte avec lui un peu de la douleur d'autrui. « Le médecin ne touche à rien, dit Hippocrate, qui ne soit un sujet de déplaisir, et semble n'avoir à moissonner que des peines parmi les maux de ses semblables. Par son art, il délivre les malades des peines, des douleurs, des maladies, des dangers, de la mort. Mais cet art a des difficultés qu'il n'est pas aisé de reconnaître ; elles sont au-delà de la portée du commun des hommes, car ce n'est que par un jugement sain et de la pénétration qu'on peut les apercevoir. » — Par ce passage, il est facile de voir, Messieurs, que le père de la médecine ne faisait pas seulement consister la pratique de son art dans le soulagement des douleurs physiques, mais qu'il se donnait la mission encore plus pénible de traiter les souffrances morales. Le médecin doit encore posséder toutes les qualités qui constituent l'homme supérieur, le vrai philosophe. Ainsi il lui faut, avant tout, l'esprit d'observation, un jugement sain, une attention continuelle ; il lui faut être toujours calme et maître de lui-même. Il faut qu'il soit prudent quoique résolu, hardi quoique réservé, toutes qualités qui sont autant de dons de la nature, que l'éducation développe bien quelquefois, mais qu'elle n'engendre jamais. Sa vie, comme celle du prêtre, doit être une vie de sacrifices, d'abnégation et de charité. Il ne s'appartient pas. Il s'est donné volontairement à la société et la société en use à son gré.

Si nous complétons ce tableau par l'énumération des qualités, non plus naturelles, mais acquises, que doit posséder le médecin véritablement homme de bien, nous ajouterons que, pour être à la hauteur de sa mission, il doit, en outre de la connaissance de la médecine proprement dite, être instruit dans toutes les autres branches des sciences. La bonne éducation première est un des élémens de réussite dans toutes les carrières ; mais combien elle est plus utile au médecin qui se trouve continuellement dans les positions les plus difficiles, en rapport avec les hommes le plus haut placés de la société ! Toujours et partout il doit être à la hauteur des circonstances, et ne doit jamais se laisser dominer par le malade quel qu'il soit, fût-il dans les premiers rangs de la hiérarchie sociale. — Ses études scolastiques doivent être en rapport avec le rôle qu'il est appelé à jouer dans le monde. La manie de quelques cliens est de chercher à mettre en défaut le savoir de leur médecin sur une branche quelconque des sciences humaines, le plus souvent dans la pensée d'affaiblir la domination qu'il exerce sur eux. Il ne doit donc rien ignorer de ce que les autres peuvent approfondir, ou du moins il doit avoir une notion de chaque chose. Si, comme nous venons de le dire, pour réussir dans le monde, le médecin doit beaucoup savoir, pour arriver au but vers lequel doivent tendre tous ses efforts, la prophylaxie et la guérison des maladies, il est une foule de sciences, dites sciences accessoires, sciences naturelles, qu'il doit étudier plus attentivement, telles sont : la chimie, la physique, la botanique, la matière médicale, la zoologie, la minéralogie, qui, avec l'anatomie, la physiologie et la pathologie, constituent, par leur ensemble, l'encyclopédie médicale.

Enfin, la vie du médecin est un labeur continuel. En dehors de ses occupations habituelles, des soucis, des préoccupations de la clientèle, il doit encore se tenir au courant des nouvelles conquêtes de chacune de ces diverses branches de la science.

Ce champ de travail du médecin est-il assez vaste, Messieurs ? et lorsque la société se trouve en face de l'homme de bien qui possède ces connaissances, ou du moins qui passe sa vie à les acquérir, ne devrait-elle pas le considérer comme le bienfaiteur de l'humanité, comme un être digne de la plus haute estime. Bien au contraire, que lui donne-t-elle le plus souvent, en compensation de pareils labeurs, de pareils sacrifices ? De l'indifférence, de l'oubli, de l'ingratitude. Tous les jours nous voyons le malade attribuer au hasard une guérison obtenue à force de savoir et de soins! Que dire dans de telles circonstances et que faire ? Rien à coup sûr ; car le raisonnement ne guérit pas de l'ingratitude. « Il y a bien des gens, dit Zimmermann, qui attribuent au hasard cet ordre de faits qui existent dans la nature. » Du reste, consolons-nous, Messieurs, cette ingratitude n'est pas seulement un vice de notre époque, car on trouve dans Hippocrate (*De arte*, sect. Ire) ce passage très explicite : « Je ne disconviens pas, dit-il, que ceux qui ont été guéris n'aient eu du bonheur ; mais comment rapporter la guérison à d'autres causes qu'à l'art, puisque ceux qui se sont guéris par ce secours n'ont recouvré la santé qu'en se conformant à ce que le médecin leur avait prescrit ? Ces gens ont donc regardé le hasard comme un vain fantôme. En effet, tout ce qui a lieu suppose une raison suffisante et une fin déterminée ; mais le hasard ne suppose rien ; donc il n'en peut rien résulter. Ce hasard n'est donc qu'un vain nom. La médecine, au contraire, loin de se conduire ainsi, suppose toujours certaine prévoyance, et prouve la réalité de ses principes par les effets résultant de ses opérations. »

Je pourrais, Messieurs, développer indéfiniment cette thèse ; mais je retomberais certainement dans ce que vous a dit, il y a deux ans, dans un si beau langage, notre honorable et savant confrère M. Foissac, dans son discours sur les devoirs professionnels du médecin. Mon intention a été de prouver seulement, en quelques lignes, que le médecin est l'homme de qui la société demande le plus, et auquel elle accorde le moins.

Messieurs, quoique cette digression soit étrangère aux sujets de vos délibérations de cette année, j'ai pensé qu'elle trouverait naturellement sa place dans le compte-rendu des travaux d'une Société qui a pour but les intérêts moraux et matériels aussi bien que les intérêts scientifiques du corps médical, et qu'il n'était pas inutile de rappeler, en ce moment où quelques membres de notre corporation demandent à l'autorité supérieure une organisation nouvelle, que vous vous êtes déjà longuement occupés de ces questions, notamment à l'occasion d'un travail de M. Boulu et d'un rapport que je vous fis à ce sujet, et que vous vous intéressez toujours à tout ce qui, en dévoilant aux médecins leur propre mérite, peut relever leur courage et leur confiance dans l'avenir de la profession.

De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme et principalement avec la médecine et l'hygiène publique.

J'énumérais tout à l'heure, Messieurs, les sciences accessoires que le médecin doit particulièrement étudier pour comprendre et approfondir son art ; j'oubliais bien à tort cependant de mentionner la météorologie et la géologie.

M. Foissac, dans un ouvrage en deux volumes, intitulé : *De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme et principa-*

(*Voir le supplément.*)

lement avec la médecine et l'hygiène publique, vient de révéler au monde médical une science nouvelle que jusqu'ici on soupçonnait à peine, malgré les quelques travaux d'Aristote, d'Hippocrate, de Sénèque et de quelques auteurs moins anciens qui ne sont connus que d'un très petit nombre de médecins, et qui du reste ne pourraient être d'aucune utilité à celui qui, de nos jours, y chercherait autre chose que de simples renseignemens historiques.

La physiologie et la pathologie, comme toutes les autres branches des sciences médicales, s'enrichissent chaque jour de nouvelles découvertes; chaque jour elles dévoilent au profit de l'humanité un des mystères de la nature; chaque jour aussi l'étiologie mieux étudiée nous fait reconnaître dans les divers changemens de l'atmosphère des causes ignorées jusqu'ici des nombreuses modifications qui se manifestent dans le cours des maladies.

Est-ce à dire cependant, qu'avec Hippocrate nous devions expliquer leurs différens modes de production par les nombres harmoniques, avec Jackson, Gillespi, Balfour et Méad, par l'influence lunaire, ou bien, avec d'autres, par les mouvemens périodiques du globe? Non, sans doute! mais de ce que ces explications ne peuvent aujourd'hui satisfaire l'esprit le moins exigeant, il ne résulte pas nécessairement que la météorologie soit étrangère à la médecine et ne puisse lui être fréquemment appliquée.

Ce sont les preuves de cette proposition que M. Foissac développe dans son excellent et très curieux ouvrage. « Pour se convaincre de cette vérité, dit-il, il suffit d'examiner l'électricité atmosphérique, l'hygrométrie, l'histoire de l'air, de la température, etc., qui forment dans cette science autant de chapitres importans dont aucun n'est étranger à l'art de guérir. »

Je ne m'étendrai pas, Messieurs, sur les qualités du livre de notre confrère; d'autres l'ont fait dans une foule de journaux, dans plusieurs sociétés savantes, beaucoup mieux que je ne pourrais le faire ici. D'ailleurs vous connaissez la haute intelligence de l'auteur, et vous avez été maintes fois à même d'apprécier son érudition et le charme de ses écrits. Je ne pourrai donc que répéter, en amplifiant toutefois, ce que j'ai déjà eu l'occasion de dire de lui, lorsque j'ai dû vous parler de quelques uns de ses travaux. « Je me suis efforcé, dit-il en terminant son introduction, de suivre l'exemple et le précepte donnés par M. de Humboldt, dans sa dernière publication (*Cosmos*), et de réunir à l'intérêt scientifique celui de la forme littéraire. » C'est vous dévoiler, Messieurs, toute l'importance que l'auteur attache à cette œuvre capiale, et, en même temps, donner à ceux d'entre vous, qui ne le connaissent pas encore, une haute idée de sa portée scientifique.

Vous aviez chargé M. le docteur Cerise, à qui revient de droit toute œuvre de haute philosophie, de vous en rendre compte; vous trouverez bon que je lui cède un moment la parole.

« Les sciences tendent tous les jours à se diviser et à se spécialiser, dit-il. A des observations qui se multiplient indéfiniment, il faut des coordinations nouvelles. Cet ordre de faits, auquel un paragraphe suffisait hier, réclame aujourd'hui un chapitre et demain exigera un traité particulier. C'est la loi du progrès qui amène ainsi la division du travail, non seulement dans l'industrie et les arts, mais encore dans la science. Il est bon que les horizons infinis, où l'observation cesserait d'être possible, se limitent et se circonscrivent, afin que les explorateurs de la nature puissent mieux accomplir leur œuvre, en se prêtant un mutuel appui.

» Le savoir humain était encyclopédique, lorsque, embrassant un très petit nombre de faits, il consistait en généralités indispensables à la direction des sociétés et au gouvernement des intelligences. Il était encyclopédique dans le sanctuaire des prêtres de l'Inde, de la Chaldée, de l'Egypte; il l'était dans les premières écoles philosophiques de la Grèce, qui ne furent autre chose que les échos indiscrets, souvent indociles de l'enseignement sacerdotal. Il s'agissait chez les uns et chez les autres d'étudier l'homme dans ses rapports avec Dieu, la nature, la société et lui-même. C'est ainsi que la science antique a brillé successivement à Memphis et à Athènes, qu'elle a pu se résumer en Moïse et en Platon comme s'est résumée la science moderne en Thomas d'Aquin et en Descartes, le théologien et le philosophe, l'encyclopédiste de l'autorité et l'encyclopédiste de la liberté : tels sont les précurseurs de toute science, de tonte division, de toute spécialité scientifique.

» En vain m'objectera-t-on que la météorologie a eu une existence propre dès l'antiquité la plus reculée. Certes, je ne contesterai pas que le mot est de date ancienne; qu'Aristote a écrit sur les météores; qu'Hippocrate a laissé un beau travail sur les airs, les eaux et les lieux; que Sénèque, cité par M. Foissac a donné pour domaine à la météorologie « les corps placés entre le ciel et la terre, » comme les nuages, la pluie, la neige et la foudre, qui fait la terreur des mortels, en un mot tous les phénomènes dont l'air est l'objet et la cause. Je ne conteste point tout cela. Le moyen, dans une société policée, de se soustraire à la nécessité de s'occuper un peu des phénomènes de l'atmosphère dans laquelle l'homme vit, respire, au gré de laquelle l'homme cultive la terre, parcourt les mers, récolte et échange les produits du sol? Mais pour de si nombreux phénomènes, que de faibles ébauches, quelles déplorables hypothèses, que de superstitions, que de puérilités!

» Pour les Grecs et les Romains, les météores étaient, avec les accidents survenant dans le vol des oiseaux, dans les entrailles des victimes, des révélations surnaturelles, des avertissements qu'il fallait respecter au moment des hardies entreprises et souvent avant de faire les choses les plus simples. Ce serait un curieux chapitre que celui où serait racontée l'influence d'un vent ou d'un nuage sur les événements historiques de l'antiquité. En dehors des applications les plus étranges ou les plus indispensables, où est la météorologie ancienne? Où est la météorologie moderne elle-même au commencement de ce siècle? Il y a toujours un peu d'astrologie dans cette météorologie des anciens, si bien continuée par les almanachs de Liége et de Mathieu Lænsberg.

» Dans la grande encyclopédie du dix-huitième siècle, on classait encore l'éclair, distinct du tonnerre et de la foudre, parmi les météores lumineux avec l'arc-en-ciel, les étoiles filantes, les aurores boréales, etc. Il a fallu que les lois de l'électricité, de la lumière, du magnétisme et du calorique, après celles de la pesanteur et de la pression atmosphérique, fussent découvertes, pour que la météorologie prît son essor et occupât dans les traités élémentaires de physiques une place honorable mais encore subordonnée. Aujourd'hui, riche surtout des découvertes accomplies pendant la première moitié de ce siècle, elle s'élance à la conquête d'une existence propre, en quelque sorte personnelle. Elle devient une science spéciale, et, plus que personne, M. Foissac, par le succès du livre remarquable qu'il vient de publier, l'aura élevée à cette hauteur dans l'esprit des savants.

» Désormais la météorologie est une science distincte, bien qu'elle se tienne par des liens nombreux et étroits à presque toutes. Ce qui, pour le dire en passant, implique chez celui qui la cultive avec succès une sorte d'initiation à l'ensemble des connaissances humaines. A ce titre, cette science de nouvelle création, que des voyageurs, des géographes, des agriculteurs, des marins, des chroniqueurs, des physiciens, des astronomes, des médecins, avaient préparée, que des savants doués d'une capacité encyclopédique, comme Arago et M. Alexandre de Humboldt, ont inaugurée, est accessible plus particulièrement à celui, qui, par l'universalité de ses études professionnelles, est de nos jours, comme du temps de Galien, l'héritier naturel du savoir réservé autrefois au prêtre et au philosophe. Je veux parler du médecin qui, comme ces derniers, a pour mission d'étudier l'homme dans ses rapports avec le monde physique et avec le monde moral. Aussi M. Foissac a-t-il été bien inspiré en commençant son livre par le tableau des joies et des grandeurs qu'apportent à l'intelligence médicale la contemplation de la nature, une noble et constante prédilection pour les études diverses qui ont illustré les Boerhaave, les Haller, les Locke, les Barthez, les Stahl, les Linné, les Cuvier et tant d'autres médecins qu'il propose à l'admiration de ses confrères. Il était impossible de plus dignement orner le péristyle de son bel édifice, qu'en y plaçant les statues des grands hommes qui ont honoré la médecine par l'universalité de leur savoir et la variété de leurs œuvres immortelles.

» Qu'est-ce donc que cette science qui touche à tout, à l'astrologie et à la géologie; à la pratique et à l'histoire; à la science agricole et à la science nautique; à la géographie et à l'anthropologie? Elle est tout simplement (admirez la modestie de la définition) cette partie des sciences physiques qui traite de l'état de l'atmosphère et des phénomènes qui s'y développent. Or, ces phénomènes ne sont ni plus ni moins que les infinies modifications de la lumière, de l'électricité, du calorique, du magnétisme, de l'eau, de l'air, du sol qui se succèdent sans interruption *entre le ciel et la terre*, comme dit Sénèque. Il serait réellement difficile de dire où la météorologie commence et où elle finit, grâce à la complication extrême des élémens nombreux et souvent mystérieux de chaque phénomène. Tous les agens de l'atmosphère s'influencent, se modifient, se confondent tellement que la confusion et la répétition des détails semblent inévitables.

» M. Foissac a su, par un prodige d'habileté littéraire, éviter ces deux écueils. Il n'a eu pour cela qu'à décomposer les phénomènes météorologiques dans leurs cinq élémens généraux, qui sont : 1° Les fluides impondérables; 2° l'eau; 3° l'atmosphère; 4° la température; 5° l'état du sol; dépendant soit des révolutions du globe, soit des changemens survenus à sa surface. A ces cinq élémens généraux correspondent cinq parties s'enchaînant logiquement et comprenant tous les phénomènes qui appartiennent plus particulièrement à chacun d'eux. Se plaçant au point de vue des relations de l'atmosphère avec l'homme de tous les temps et de tous les lieux, il est parvenu à donner à son exposition une forme attrayante, une allure facile que nul, dans une science si encombrée de faits et d'hypothèses, n'avait encore trouvées avant lui. »

Ici, Messieurs, votre rapporteur analyse séparément chacune des parties, chacun des chapitres du livre de M. Foissac, fait ressortir la hauteur des idées, la multiplicité des connaissances, l'érudition de l'auteur, et termine son remarquable travail par une discussion des plus savantes des problèmes philosophiques de l'ordre le plus élevé que M. Foissac a soulevés sur sa route; il en est un surtout, le plus abstrait à coup sûr, sur lequel M. Cerise s'appesantit particulièrement, c'est celui-ci : La vie est-elle d'origine cosmique, universelle, ou bien est-elle d'origine spécifique? En d'autres termes, les êtres qui naissent, croissent, se propagent et meurent, ont-ils été le produit spontané des combinaisons de la matière, sous l'empire des fluides impondérables qui la pénètrent et qui la meuvent, ou bien sont-ils nés d'un acte créateur de Dieu, avec les conditions de vie et de reproduction pour chaque espèce? Après avoir longuement développé cette thèse, M. Cerise, comme M. Foissac, proclame la supériorité et l'indépendance du principe initial conservateur et propagateur de la vie, qui assujettit les forces générale du monde plutôt qu'il ne les subit.

De l'hypocondrie et de la mélancolie.

J'ai dit en commençant ce compte-rendu que le médecin doit étudier et connaître à fond le cœur humain, que sa mission n'est pas seulement de soulager les souffrances physiques, mais encore de traiter les souffrances morales; je suis heureux, Messieurs, de corroborer mon opinion de celle d'un membre des plus capables de notre Société.

« Les soins et l'art du médecin, dit M. le docteur Eugène Duvivier dans l'avant-propos de son livre intitulé : *De l'hypocondrie et de la mélancolie*, se rapportent surtout à son corps; mais ne doit-il s'occuper que de son corps? L'homme malade n'est-il qu'une machine détraquée, qu'une masse mal organisée, qu'un animal souffrant? Son corps vit-il par lui et par lui seul? L'homme n'a-t-il ni âme, ni esprit? Les causes des maladies ne sont-elles que physiques, jamais morales, spirituelles, intellectuelles? Et si la maladie n'est que la vie entravée, ne faut-il pas, pour le secourir efficacement, connaître l'homme tout entier, l'homme dans toutes ses formes d'existence, et dans leurs rapports intimes entre elles, depuis le fond de l'âme jusqu'à l'épiderme, depuis le foyer de la vie jusqu'à la dernière fonction organique?... » Et plus loin... « Appelé souvent à calmer des maux qui prennent leur source dans quelque trouble de l'âme, le médecin doit avoir une sorte de faculté intuitive et divinatoire, qui est à elle seule une science et qui apprécie la maladie par la connaissance de certains symptômes extérieurs. »

Telles sont, Messieurs, les pensées qui ont présidé à la naissance du livre que notre confrère a publié l'année dernière; telles sont les idées de haute philosophie que l'auteur y développe avec talent et dans un style plein de charmes et d'érudition.

Le titre que M. Duvivier a donné à son ouvrage n'est qu'un canevas sur lequel il étale complaisamment les richesses de sa féconde imagination, un marche-pied duquel il s'élève aux considérations philosophiques de l'ordre le plus abstrait.

Vous aviez également chargé M. le docteur Cerise de vous en rendre compte; je ne puis mieux faire que de lui donner encore une fois la parole.

« Ce travail a un défaut, dit-il, et signaler ce défaut c'est faire l'éloge du laborieux et intelligent collègue qui l'a écrit. Ce travail est trop court. Il est rare que la critique ait à exprimer ce regret. Dans l'espoir qu'il développera plus à son aise dans un nouvel écrit les idées qu'il a émises dans celui-ci, je me bornerai à applaudir à ses intentions, à sa doctrine, à ses principes.

» Dans les maladies mentales avec prédominance des émotions, des idées tristes, le spectacle le plus douloureux est sans cesse offert au spectacteur, à celui surtout qui est appelé à les soulager, à les guérir. Car, quelle faiblesse dans nos moyens d'action, j'allais dire quelle impuissance! C'est en présence de ces maladies que le matérialisme anatomo-pathologique et le matérialisme thérapeutique restent sans démonstration. A nulle lésion appréciable, nul médicament rationnel. Et cependant, le médecin doit-il rester indifférent et désarmé? Non. Seulement en présence de maux exceptionnels, il faut une médication exceptionnelle; aux troubles de l'ordre affectif, il faut des remèdes de l'ordre moral; pour cela il ne faut être ni sceptique, ni systématique. Il faut recourir aux ressources que suggère le cœur, ce foyer qui rayonne toujours avec avantage sur nos idées. Tantôt ce sont des surprises, des émotions inespérées, des passions suscitées et opposées à une passion, de tendres émulations, des soins variés; tantôt ce sont des moyens hygiéniques généraux et externes, tels que la médication hydrothérapique, et souvent ce sont tous ces moyens réunis qui peuvent amener le soulagement des mélancoliques et des hypocondriaques, satisfaire le cœur et alléger la conscience du médecin qui est attaché à son devoir. Tel est le résumé pâle et décoloré de cette œuvre d'inspiration, peut-être plus que de science, trop courte, je le répète, et que terminent ces lignes.

» La vie du médecin peut se résumer par ces trois mots : *Charité, justice, résignation.* »

Traitement par le collodion.

Messieurs, lorsqu'il y a une vingtaine d'années M. Robert-Latour proposait un nouveau mode de traitement des maladies inflammatoires par les enduits imperméables, ses idées faisaient peu de sensation dans le monde médical, tant elles étaient en contradiction avec les connaissances acquises. Depuis, grâce aux travaux incessans de notre savant confrère, ce fait, que l'on croyait empirique, sans raison, sans explication, est devenu une des conquêtes les plus remarquables de la médecine pratique.

Aujourd'hui nous pouvons dire que ce n'est pas seulement une application thérapeutique que M. Robert-Latour a imaginée, que c'est tout un système, toute une doctrine qu'il appuie sur des expériences physiologiques du plus haut intérêt.

Renversant du même coup la doctrine d'Harvey qui fait cheminer toute la masse sanguine par les seules contractions du cœur, celle de M. Magendie qui, de même que celle de Weitbrecht et de Gorter, ajoute aux contractions du cœur une certaine rétraction élastique des artères, celle de la contractilité organique de l'école de Bichat, celle de Dœlinger, de Munizdh et de Kaltenbrunner, son élève, qui suppose aux globules sanguins des mouvemens propres et spontanés, celle non moins curieuse de Bonordin qui admet une attraction du sang par les organes qui le repoussent ensuite lorsqu'il a été électrisé de la même manière, notre confrère en a créé une nouvelle qu'il base sur la chaleur animalle. « Observez au microscope, dit-il, dans son livre intitulé : *De la chaleur animale comme principe de l'inflammation et de l'emploi des enduits imperméables comme application du dogme*, observez la circulation capillaire de la grenouille; observez-la dans les conditions diverses de la température, vous verrez la progression du sang subir une multitude de variations; et thermomètre vivant, l'animal vous exprimera par la marche plus ou moins rapide des globules sanguins le degré de la chaleur atmosphérique (1). » Dans cette doctrine, la chaleur animale a donc pour destination première la progression, la marche du sang dans les vaisseaux capillaires, et l'exagération de cette fonction sera tout naturellement l'inflammation. « Pour s'en convaincre, dit-il, il suffit d'approcher de la patte d'une grenouille disposée au foyer du microscope un fer incandescent; à l'instant même, on verra les globules du sang qui cheminaient avec calme et par mouvemens saccadés précipiter leur marche, non plus par saccades, comme sous la seule influence des contractions du cœur, mais d'un mouvement de progression régulière et continue; et par cet artifice imprimant à la circulation capillaire d'un animal sans chaleur, le mécanisme de la circulation capillaire d'un animal à température propre, on fera ressortir les rapports de la chaleur organique avec le mouvement du sang. » Si maintenant poursuivant toujours l'expérience, on élève à un certain degré l'action du calorique, on voit alors le sang s'ouvrir un passage dans des vaisseaux qui par leur ténuité même se dérobaient d'abord à la vue, les dilater outre mesure et se répandre bientôt après dans les tissus par suite de leur désorganisation.

Admettons maintenant que ce qui se passe dans une partie du corps sous l'influence d'un calorique artificiel puisse se passer également dans l'intérieur de nos organes, sous l'influence de l'exagération par une cause quelconque de la chaleur qui, dans l'état physiologique, doit se maintenir en équilibre dans tous les organes, et nous concevrons facilement que les vaisseaux qui s'y trouvent se dilatent sous la pression plus grande de l'afflux du liquide, qu'ils se distendent outre mesure, qu'ils se désorganisent même, la chaleur augmentant; qu'ils se déchirent enfin, et laissent échapper le sang dans la trame des tissus. Tel est, selon les idées de M. Robert-Latour, le mécanisme de l'inflammation, depuis la simple congestion, jusqu'à la désorganisation complète. Ainsi dans une partie enflammée, il n'y a pas chaleur parce qu'il y a inflammation, mais il y a inflammation parce qu'il y a exagération de chaleur. Mais, dit M. Robert-Latour, si le sang circule plus sous l'influence de la chaleur animale que sous celle des contractions du cœur, et du mouvement de rétraction des artères, il faut nécessairement qu'il y ait un organe productif de cette chaleur; et c'est dans les nerfs ganglionnaires, que les animaux à sang chaud seuls possèdent, qu'il place cette propriété.

Je n'ai pas pour mission, vous le concevez, Messieurs, d'approuver ou de combattre la doctrine de M. Robert-Latour; j'ai dû me contenter, dans l'intérêt de la science, de la reprodnire en abrégé, et par amour du progrès de lui donner la publicité dont peut disposer notre Société, afin d'engager d'autres confrères à recourir avec confiance à la médication qui est la conséquence de cette doctrine, lorsqu'ils auront des doutes sur le succès des traitemens préconisés jusqu'ici. Je rapporterai tout à l'heure quelques-uns des cas dont je vous ai entretenus dans le cours de cette année, et qui viendront s'ajouter honorablement à ceux dont M. Robert-Latour a donné la relation dans son grand ouvrage; à celui de notre confrère M. Blache, consigné dans l'UNION MÉDICALE, tome VII, page 367; à ceux que M. Piachaud, de Genève, a publiés dans les *Archives générales de médecine*, enfin à tous ceux que vous avez été à même d'observer dans votre propre pratique.

Mais avant, voyons les conséquences que notre confrère a tirées du principe, disons avec lui du dogme qu'il a établi.

Si, d'un côté, l'accélération de la circulation dans une partie du corps, sous l'influence de l'augmentation de la chaleur physiologique, est une des principales causes d'inflammation; si l'ascension de cette chalenr locale en est le fait principal; si d'un autre côté l'action immédiate de l'oxygène de l'air sur la peau et dans les vésicules du poumon est un des élémens essentiels de la température animale, comme le reconnaît la physiologie, il était naturel de penser, qu'en soustrayant la partie échauffée, congestionnée au contact de l'air, en empêchant cette sorte de combustion locale de l'oxygène, on devait arrêter ou du moins affaiblir, dès son origine même, ce travail morbide.

Il s'agissait donc de trouver une substance facile à manier, dont le contact sur la peau ne fût pas trop irritant, qui remplît enfin les conditions que nous venons d'énumérer, et c'est à la solution dans l'éther sulfurique du fulmi-coton additionné d'une légère quantité de térébenthine de Venise et d'huile de ricin pour la rendre souple et élastique, que notre confrère s'est arrêté. Pour s'en servir, il suffit d'étendre sur la partie malade, au moyen d'un pinceau, d'un linge roulé ou d'un peu de coton, deux ou trois couches de ce collodion ainsi préparé, en ayant soin toutefois de dépasser de quelques lignes le point enflammé. Voici les quelques cas de ma pratique, dans lesquels j'ai eu recours à la médication par les enduits imperméables, qui m'a fourni des résultats que je ne crains pas de qualifier de merveilleux.

Mme L..., de la Villette, d'une constitution très délicate, accouche le 27 septembre 1853; après avoir cherché inutilement à nourrir son enfant, à cause de l'absence de mamelons et de la faiblesse de l'enfant, elle est prise le 28 octobre de fièvre, de courbature, de douleurs vives dans le sein gauche et de gonflement de cette partie du corps. J'essaie tous les moyens connus pour combattre cette inflammation : cataplasmes, frictions mercurielles, sangsues, purgations, rien n'y fait. Loin de diminuer, le mal augmente, les douleurs de sourdes deviennent lancinantes, la peau rougit, prend une teinte bleuâtre, la fièvre monte à 130 pulsations; il survient enfin tous les signes d'un abcès imminent. Je vois avec chagrin que je suis impuissant à le réprimer, lorsque le 7 octobre il me vient dans la pensée d'employer le collodion, dont M. Blache venait d'obtenir un si heureux résultat sur sa propre fille. Plusieurs couches de cet enduit sont immédiatement appliquées sur la mamelle gauche. La sensation qu'éprouve la malade est d'abord celle d'un froid agréable, puis d'une légère brûlure, par suite de l'action de l'éther sur la peau irritée. Le soir je revois Mme L..., les douleurs ont cessé comme par enchantement, la rougeur de la peau a disparu, la fièvre est descendue à 90 pulsations : j'augmente encore l'épaisseur de l'enduit imperméable. Le lendemain le mieux continue. Il existe entre la peau et la couche de collodion un espace libre qui indique que le sein a beaucoup diminué. Je coupe la partie qui ne comprime plus la peau, et je la remplace par une nouvelle couche de cet enduit. Le 9, même opération; le 15, tout le collodion est détaché et le sein a repris sa forme et son volume ordinaire. Il ne reste plus qu'une légère excoriation à la peau, là où la couche de collodion cessait d'exister. Mais ce résultat, que depuis j'ai eu soin d'éviter, tenait à ce que j'avais employé une simple solution éthérée de fulmi-coton, sans y ajouter, selon la formule de M. Robert-Latour, la térébenthine et l'huile de ricin.

A la même époque, la sœur de cette dame, Mlle C..., est piquée à la figure par un insecte. Les deux premiers jours, il survient un peu de rougeur et de gonflement, mais sans la moindre souffrance. Dans la nuit du deuxième ou troisième jour, qui est très agitée, la figure enfle, et il s'établit autour du point malade un érysipèle qui envahit peu à peu toute la partie gauche de la figure, ainsi que l'oreille du même côté, et qui ne

(1) Voyez l'ouvrage de M. Robert-Latour, et le compte-rendu qu'en a fait M. Am. Latour dans l'UNION MÉDICALE, année 1853.

s'arrête qu'à la naissance des cheveux. Les paupières sont gonflées, œdématiées, à tel point qu'il y a impossibilité absolue d'ouvrir l'œil. Il existe en même temps de la fièvre et des envies de vomir. J'étais encore trop enthousiasmé du succès que je venais d'obtenir chez Mme L..., pour que je ne recourusse pas de suite à la même médication. Je prescris donc un purgatif salin, et j'applique successivement plusieurs couches de colladion. Le lendemain, il y a un mieux sensible de ce côté ; mais l'érysipèle a envahi tout le côté droit de la face. Même médication; l'érysipèle gagne le front, le cou. Même médication. Enfin le quatrième jour, il n'y a plus de fièvre, la marche de l'érysipèle est arrêtée. Lé cinquième jour, l'amélioration est complète. Le septième, le collodion est enlevé et la malade se rend le soir à un concert où elle chante.

Mlle B..., âgée de 14 ans, d'une constitution essentiellement scrofuleuse, ayant conservé dans son enfance pendant plusieurs années une carie des os d'un des tarses, est prise, au mois de janvier 1854, d'oreillon d'un seul côté, avec fièvre, érythème de la peau du cou et de la figure. Je conseille des frictions d'huile laudanisée, des cataplasmes émolliens, des bains de pieds, etc. Mais deux jours après, toutes les glandes lymphatiques du cou se tuméfient, s'engorgent et donnent à la figure de cette enfant un aspect effrayant, qui tourmente beaucoup ses parens. Malgré cette complication, qui tient assurément au tempérament scrofuleux de Mlle B..., j'enduis toute la partie malade avec du collodion élastique, que je fais prendre chez M. Mialhe. Quelques heures après, la fièvre avait disparu. Le lendemain, le gonflement avait diminué d'un quart, et il y avait à peine de la rougeur à la peau. Mais deux jours après, la maladie reparaît de l'autre côté du cou avec le même cortége de symptômes. Même traitement. Cette fois le succès se fait attendre, et ce n'est que le quatrième jour qu'une amélioration sensible se montre dans la parotidite. Quant à l'engorgement des glandes lymphatiques, il ne diminue et ne disparaît qu'après un mois de traitement par les pommades iodurées et par les pilules d'iodure de fer.

Mlle L..., passage Puteaux, âgée de 21 ans, a été affectée pendant plusieurs années d'une maladie qui m'a semblé être le kéloïde, et pour laquelle elle est restée près de deux ans à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave. Quoique guérie de cette affection, Mlle L... est prise très sonvent, à l'époque de ses règles, d'un érysipèle de la joue sur laquelle a existé la maladie, avec phlyctène et réaction générale intense. Appelé plusieurs fois à lui donner des soins à ce moment, je la traitais par les embrocations d'huile, par la poudre d'amidon, par l'eau de sureau saturée, par la pommade au sulfate de fer, etc.; et chaque fois l'érysipèle durait de huit à dix jours. La dernière fois que je la vis, en juin de cette année, pour cette même affection, je piquai chaque phlyctène avec la pointe d'une aiguille pour faire écouler la sérosité dont elle était remplie, et je recouvris toute la partie malade de plusieurs couches de collodion élastique. Trois jours après, la malade venait chez moi me demander si elle pouvait arracher les portions de l'enduit qui tenaient encore à la peau. Il n'y avait plus ni rougeur, ni gonflement à la joue ; Mlle L..., était complétement guérie. Et, chose bizarre, depuis cette époque, ses règles sont revenues régulièrement sans occasionner d'accidens analogues.

Mlle Th..., fille d'une garde-malade, rue de la Madeleine, 11, âgée de 11 ans, est également prise d'un érysipèle qui se manifeste d'abord sur le nez et qui envahit successivement la figure et toute la tête. Il survient de la fièvre, du délire. En même temps que je prescris des sangsues à l'anus, du calomel à l'intérieur, j'enduis toute la figure de collodion, et tout le cuir chevelu d'huile d'amandes douces. Le lendemain à ma visite, la fièvre de 140 pulsations est tombée à 100. La nuit a été assez calme, il y a eu un peu de sommeil, la figure est bien dégonflée; on voit dans certains endroits que l'enduit ne touche plus à la peau, et, comme dans le premier cas, je coupe le collodion et je le remplace par plusieurs couches nouvelles. La tête est cependant encore sensible au toucher. Je continue les embrocations d'huile d'amandes douces. Sept jours après, la jeune fille buvait du bouillon, assise dans son lit, n'ayant plus ni fièvre ni douleurs de tête.

Mme D..., rue Saint-Georges, est affectée depuis de longues années de varices à l'une des jambes. Au moins de janvier, elle est prise de doulenrs vives dans le milieu de cette jambe, à la place où existent les varices, sans rougeur ni chaleur à la peau, et sans gonflement autre que celui occasionné par la dilatation des veines. Son médecin, notre regrettable ami Cherest, considérant justement cette douleur comme une simple névralgie, avait épuisé toute la série des linimens et des pommades narcotiques connus, lorsque je vis cette dame pour lui au mois de mars. J'essayai également diverses autres pommades et une compression modérée au moyen d'une bande. Il y eut bien une légère amélioration, mais qui ne persista pas, la bande se dérangeant au moindre mouvement. J'employai alors le collodion afin d'obtenir une compression plus méthodique et plus stable. Depuis ce moment la douleur a disparu et n'est plus revenue ; la marche, qui était impossible, est aujourd'hui facile ; et quoique Mme D... ait cessé depuis longtemps l'emploi de ce moyen, elle ne souffre plus de sa jambe.

Tels sont, Messieurs, quelques uns des cas dans lesquels j'ai eu l'occasion d'employer le traitement de M. Robert Latour, et, comme vous le voyez, le succès a toujours couronné mon espérance.

Je pourrais facilement, Messieurs, multiplier ces observations et faire suivre chacune d'elles de nombreuses réflexions ; mais je ne dois pas oublier que je ne fais pas ici un travail ex-professo, que je ne suis que l'interprète des travaux de la Société et que je dois à chacun de vous une place dans ce compte-rendu. Cependant, tout en abandonnant ce qui a rapport à chacun de ces faits, je ne puis omettre de faire une observation générale sur le mode d'action du traitement de M. Robert Latour. Pour notre confrère, le collodion agit exclusivement en soustrayant la partie malade au contact de l'air; je suis loin de nier l'action délétère de l'oxygène sur la peau enflammée ; je l'admets au contraire volontiers; mais il m'a semblé, dans tous les cas où j'ai eu l'occasion d'employer ce traitement, que l'enduit imperméable agissait encore d'autres manières. D'abord, par l'évaporation de l'éther qui le tient en dissolution, en refroidissant la partie échauffée, et en refoulant les liquides qui s'y portent; puis en comprimant la partie malade par suite de la réaction qu'il éprouve en se desséchant. C'est pourquoi j'avais soin de couper le collodion aux places où il cessait de toucher à la peau, et de le remplacer par de nouvelles couches afin d'augmenter la compression. Toutefois, j'ai besoin de le répéter pour qu'on ne se méprenne pas sur ma pensée: tout en admettant ces divers modes d'action, je suis loin de ne voir dans l'emploi des enduits imperméables qu'un moyen purement mécanique, purement compressif. Cette opinion, que je vous soumettais, Messieurs, au commencement de cette année, fut partagée par un grand nombre d'entre vous, qui ont été à même de se servir de cet agent, parmi lesquels je citerai particulièrement MM. Bonnafont, Grimaud, Mouzard, etc.

J'ajouterai, en terminant, que l'emploi de cette médication, dans les parotidites et dans certaines névralgies, est nouvelle, et que ces tentatives doivent encourager les médecins à l'essayer dans une foule de maladies où les ressources ordinaires de la thérapeutique sont impuissantes.

De la luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil et de son traitement.

Messieurs, M. Magne nous a lu cette année un rapport remarquable que vous l'aviez chargé de faire sur une brochure de notre confrère de la Société, M. Compérat, intitulée : *De la luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil et de son traitement.*

Ce sujet est trop intéressant et trop peu connu, et le travail de votre rapporteur trop bien fait, trop consciencieusement discuté, pour que je ne me fasse pas un devoir de vous en donner une analyse détaillée.

Le 6 juin 1846, M. Compérat est consulté par une femme, âgée de 43 ans, d'une robuste constitution, et n'ayant jamais eu mal aux yeux. Quatre jours auparavant, étant occupée à vernir une chaise et dans une position penchée, elle avait éprouvé tout à coup une certaine perturbation dans la vision de l'œil gauche. Notre habile confrère constata en avant de l'iris la présence du cristallin d'une transparence parfaite. Toute la partie de l'iris, au devant de laquelle ce corps était placé, se trouvait refoulée en arrière, d'où résultaient de la gêne dans les mouvemens de cet organe, et une certaine déformation de la pupille.

De légères pressions exercées sur le globe oculaire démontraient que le cristallin était très mobile, et que le corps vitré avait subi un commencement de ramollissement (synchysis), et peut-être d'atrophie partielle. Du reste, aucune trace d'inflammation oculaire ne se remarquait, et il y avait absence complète de douleurs. Notre confrère, bien que sans beaucoup d'espoir, essaya quelques tentatives de réduction et mit en usage un traitement doux dont il augmenta graduellement l'énergie à mesure de l'apparition des symptômes graves. Ainsi, il employa d'abord le repos, le decubitus dorsal, des applications froides sur l'œil, les purgations, puis les sangsues, la glace, les drastiques, les frictions mercurielles belladonées, les saignées, etc., mais ce fut en vain; le mal augmentait chaque jour considérablement, la fièvre était très violente, les douleurs de tête devenaient excessives; enfin, il survint dans l'œil des élancemens tellement douloureux que notre confrère, jugeant le phlegmon de cet organe imminent, et craignant des accidens cérébraux graves, se décida à débarrasser l'œil de ce corps devenu étranger par son changement de position. L'opération fut des plus simples ; une incision détermina la sortie brusque du cristallin opaque et boursouflé par suite de son contact avec l'humeur aqueuse. A partir de ce moment, tous les accidents cessèrent et la malade recouvra le repos. Quatre jours après, la cicatrisation de la cornée était parfaite et la fonction visuelle rétablie en partie. Cette première partie du travail de M. Compérat, dit votre honorable rapporteur, présente dans tous ses détails une observation d'autant plus intéressante qu'elle est plus rare. Sa conduite, en cette circonstance, a été celle d'un sage praticien, qui cherche par tous les moyens possibles, à éviter une opération, qui ne la pratique qu'au dernier moment et comme ressource ultime. Le résultat d'ailleurs a donné pleinement raison à son habileté.

Les réflexions pratiques qui forment la seconde partie du travail de notre collègue sont relatives à l'étude de la luxation spontanée du cristallin et au traitement qu'il convient d'employer en pareil cas.

M. Compérat, dit M. Magne, n'admet pas qu'un cristallin puisse se luxer spontanément ; il pense que cet accident doit être attribué à une cause directe. Ainsi, chez sa malade, la tête avait été heurtée violemment peu de jours avant l'accident. On a bien remarqué, il est vrai, la luxation de ce corps dans les fièvres graves ; mais il est facile de l'expliquer par les mouvemens désordonnés qui accompagnent ordinairement le délire, et cette cause nous paraît plus rationnelle que la débilité générale. La synchysis prédispose également à cet accident. Enfin, comme cause indirecte, il admet que le cristallin se luxe en suivant la hernie d'une portion du corps vitré à travers l'ouverture pupillaire. Le traitement à opposer à cet accident variera, on le comprend, suivant que la luxation est simple ou compliquée du déplacement du corps vitré. Dans ce dernier cas, on devra essayer de réduire le cristallin par le decubitus dorsal, par une compression douce et méthodique, et par l'usage des toniques. Ces moyens sont-ils insuffisants, et s'agit-il d'un enfant, on devra pratiquer la scléroticonyxis, ou l'extraction si le malade est une grande personne.

Je professe les mêmes opinions que notre honorable collègue, continue votre rapporteur, sur la nature de l'affection dont il est question. La luxation spontanée du cristallin n'existe pas. Ainsi la malade, qu'a observée M. Compérat, avait reçu un coup à la tête. Un jeune enfant, dans les mêmes conditions, présenté par M. Larrey à la Société de chirurgie, avait eu des convulsions pendant lesquelles la capsule cristalline a pu se rompre. M. Recordon de Lausanne a signalé également deux faits de déplacement de cet organe; mais ses observations sont trop peu détaillées pour qu'on puisse reconnaître la nature de la cause. Pour MM. Denonvilliers et Gosselin, la solidité des adhérences de la capsule cristalline fait penser que les déplacemens ont lieu à travers une déchirure de cette membrane, produite soit par une contraction spasmodique, soit par une commotion ou une plaie. Dans cette hypothèse, il semble à M. Magne que l'expression de luxation spontanée devrait être remplacée par celle de déplacement du cristallin. Quant au déplacement d'une partie du corps vitré et du cristallin, il ne partage pas l'avis de notre confrère, eu égard à la scléroticonyxis, et en voici la raison. C'est qu'il est arrivé souvent, qu'à la suite de l'abaissement, la cataracte ait reparu. Il y a quelques années on appelait cet accident une cataracte remontée. Or, il a expliqué, en 1847, qu'une cataracte ne remontait jamais, dans le sens attribué à cette réascension. Un cristallin abaissé, qui reparaît dans le champ de la pupille, est tout simplement un cristallin qui a été déplacé en entraînant avec lui une portion du corps vitré qui, par son élasticité, est revenu à sa place et l'a ramené à l'aide de ses attaches qui n'avaient pas été rompues.

En résumé, dit M. Magne, ce travail très remarquable et sagement pensé, tend à élucider une partie de l'ophthalmologie encore peu connue et dénote dans M. Compérat un praticien aussi savant qu'habile et sage.

Qu'ai-je à ajouter, Messieurs, à de pareils éloges si justement mérités, sinon que vous avez adopté à l'unanimité les conclusions du rapport et qu'associant dans un même sentiment le rapporteur à l'auteur du mémoire, vous leur avez voté à l'unanimité les remercîments les plus vifs ?

Du crétinisme.

M. Rotureau vous a lu un mémoire très bien fait sur le crétinisme. J'en donnerai une analyse succincte.

Après avoir examiné les divers travaux qui ont été publiés depuis quelques années sur cette question, après avoir cité les noms des auteurs qui s'en sont le plus occupés et avoir fait remarquer les dissidences importantes qui les divisent sous le rapport de la pathologie et surtout de l'étiologie de cette affection, l'auteur du mémoire déclare que la première question à étudier est celle-ci : Le crétinisme est-il un état spécial, une maladie, ou bien n'est-il qu'une variété de l'idiotisme, que les auteurs ont jusqu'à présent désigné sous le nom d'idiotie endémique ? Passant alors en revue les diverses classifications qui ont été faites, et combattant au fur et à mesure les argumens sur lesquels elles reposent, M. Rotureau adopte celle qui consiste à classer les faits en deux catégories : les uns appartenant à l'idiotie endémique, les autres au crétinisme proprement dit. « Je désigne sous le nom d'idiots, dit-il, les individus chez lesquels le développement incomplet de l'intelligence se trouve réuni au développement complet du corps, et je réserve le nom de crétin, au contraire, à l'individu chez lequel l'arrêt de développement porte simultanément sur l'intelligence et l'ensemble de la constitution. » Notre collègue développe longuement cette proposition et appuie ses argumens sur de nombreuses observations où l'on trouve en effet les différences les plus tranchées qui légitiment sa théorie.

Dans la seconde partie de son travail, M. Rotureau aborde franchement cette autre question si souvent débattue et encore si obscure : Qu'est-ce que le crétinisme au point de vue étiologique ? Il commence d'abord par constater avec divers médecins des plus honorables du département des Hautes-Pyrénées où il a été à même d'étudier le crétinisme, que cette affection tend de jour en jour à diminuer ; puis combattant les travaux de MM. Chatin, Grange, de monseigneur Billiet, etc., et corroborant son opinion de celles de MM. Sénac, Bazin et Serez d'Argellez, Bourget de Bagnères de Bigorre, et Barrière d'Artagnan, il rejette comme cause du goître et du crétinisme l'influence résultant de l'absence de l'iode ou de la présence de phosphates calcaires dans les eaux ; enfin, Messieurs, notre confrère termine son mémoire par plusieurs conclusions dont voici les principales :

1° La logomachie qui existe lorsque l'on parle du crétinisme et de l'idiotie cesserait, si l'on voulait adopter les définitions que nous avons données de ces deux affections ;

2° Le crétin est un être à développement intellectuel et physique incomplet;

3° L'idiot est un être à développement intellectuel incomplet aussi, mais dont le développement physique est en harmonie avec son âge;

4° Les qualités de l'air, de l'eau, du sel de cuisine, par conséquent la présence ou l'absence de l'iode, du sulfate et du phosphate de chaux, etc., dans les produits de la nature, l'insalubrité d'habitations isolées ou humides, ne peuvent expliquer seules la présence du crétinisme dans les Pyrénées ;

5° Cette affection est occasionnée et entretenue par des causes multiples qui disparaissent de jour en jour. Les progrès de la civilisation, résultat de la facilité toujours plus grande des communications, suffisent pour arrêter dans son développement cette dégradation de l'espèce humaine, qui a reçu le nom de crétinisme.

M. Chatin, en répondant à M. Rotureau, est revenu sur les preuves qu'il a maintes fois fournies à l'appui de sa théorie du goître et du crétinisme, et a promis de vous communiquer bientôt une série d'observations qui devront définitivement éclairer cette question. D'ailleurs il n'a jamais nié qu'une bonne hygiène, des communications plus faciles avec le monde extérieur, et le bien-être qui en est la conséquence ne jouent un rôle important dans l'étiologie de cette affection.

Fracture de la rotule compliquée de la rupture du ligament rotulien.

Parmi les communications verbales qui vous furent faites, je mentionnerai encore une observation de M. Bonnafont, d'un cas de rupture du ligament rotulien coïncidant avec la fracture de la rotule elle-même, cas très rare dont on trouve très peu d'exemples dans les auteurs.

Lorsque notre confrère vit son malade, peu d'heures après l'accident qui avait occasionné ces désordres, le genou était tellement volumineux qu'il était difficile d'y rien connaître. Il employa d'une manière continue des irrigations d'eau froide pendant vingt-cinq jours, après lesquels le malade accusa, pour la première fois seulement, une sensation de froid. Ce fut un indice pour M. Bonnafont que la période inflammatoire était passée et qu'il était temps d'appliquer un bandage contentif. Il donna la préférence à la planche de Mayor, et plaça le membre sur un plan incliné, de telle manière que le pied fût plus élevé que le genou et que les muscles extenseurs de la jambe fussent dans le relâchement le plus complet. Deux mois après, la guérison était très avancée, car le malade pouvait marcher en s'aidant de béquilles.

Cette observation est importante, Messieurs, sous un double point de vue. Elle consacre d'une manière bien évidente la puissante action des irrigations froides continues; indique nettement le moment où elles cessent d'être utiles, et où elles peuvent même devenir nuisibles, et puis elle ajoute un fait nouveau au petit nombre de ceux terminés par la guérison, qui existent déjà dans la science. Dans les cas de simple fracture transversale de la rotule, il se fait le plus ordinairement entre les deux fragmens de l'os, à défaut d'une réunion osseuse qui est excessivement rare, une sécrétion plastique, qui, avec le temps, se transforme en substance fibreuse, capable de transmettre à la jambe l'action des muscles triceps et droit antérieur de la cuisse. Mais ici, où la fracture était compliquée de la rupture du ligament rotulien, il y avait à craindre que le tissu cellulaire venant à s'interposer entre les extrémités de l'une des deux solutions de continuité, n'empêchât la formation de ce double ligament, et la parfaite réunion des parties divisées. C'est ce que M. Bonnafont redoutait chez son malade, et nous venons de dire que ses inquiétudes avaient été heureusement trompées.

Dans le traitement des fractures de la rotule avec ou sans complication, il existe pour le chirurgien une seule indication : maintenir le plus rapprochées possible les deux extrémités de la fracture. Au premier abord, il semblerait que ce but dût être atteint facilement, et cependant il nous serait difficile d'énumérer tous les appareils qui ont été proposés à cet effet, même dans ces derniers temps, depuis Valentin, Sabatier, Richerand par exemple, qui, rejetant toute application d'appareils comme chose inutile et même dangereuse, se contentaient de maintenir la jambe étendue sur la cuisse, de fléchir la cuisse sur le bassin, afin de relâcher les muscles, jusqu'aux crochets de M. Malgaigne et à la section sous-cutanée du tendon du triceps de M. Constant. Mais parmi toutes ces innovations plus ou moins heureuses, l'appareil que Mayor (de Lausanne) a proposé l'emporte sur tous les autres par sa simplicité et la facilité que l'on a de se le procurer et de l'appliquer. C'était naturellement à cet appareil que M. Bonnafont devait donner la préférence, et nous venons de voir que le résultat avait été au-dessus de son attente.

A mon sens, Messieurs, pas plus en chirurgie qu'en médecine, il n'est sage d'adopter exclusivement un système, de préconiser un appareil à l'exclusion de tous les autres ; il faut toujours se laisser guider par les indications individuelles qui ressortent de chaque cas ; mais il est possible cependant d'accorder une préférence à tel ou tel système, à telle ou telle méthode, à tel ou tel appareil. Ma tendance générale en chirurgie est d'accepter toujours et avec bonheur tout ce qui doit la simplifier et rendre la pratique de notre art le moins pénible possible pour le patient ; aussi ai-je accordé de tout mon cœur, l'année dernière, des éloges au nouvel appareil que M. Morel-Lavallée a inventé pour les fractures de la mâchoire inférieure, à cause de sa simplicité et du peu de gêne qu'il occasionne au malade; et cette fois-ci louerai-je notre confrère, M. Bonnafont, d'avoir donné la préférence à l'appareil de Mayor sur tous les autres, même sur celui de Boyer, dont l'application ajoute des souffrances plus ou moins vives à celles déjà produites par l'accident qu'il est appelé à combattre.

Sous ce rapport, l'hyponarthécie de Mayor, en affranchissant le malade de cette douloureuse immobilité qui était la principale condition de succès des appareils anciens, aura rendu les plus grands services à la chirurgie moderne.

Des adénites cervicales.

Messieurs, M. Bonnafont a soulevé cette année une discussion très importante sur un sujet qui, bien que traité souvent, fait cependant encore le désespoir des praticiens, et sur lequel il est difficile même aujourd'hui, à cause de la diversité d'opinions des chirurgiens les plus recommandables, de rien dire de positif, de concluant. Je veux parler du traitement des adénites en général, et en particulier de l'adénite cervicale.

En effet, Messieurs, s'il est une affection fréquente, simple à son début, mais compliquée dans sa marche, son développement; variée dans ses causes et ses altérations pathologiques; d'un diagnostic souvent obscur, plus ou moins grave pour le pronostic, et par conséquent difficile à guérir; c'est assurément la maladie que constituent les engorgemens lymphatiques du cou.

L'opinion de la plupart des auteurs anciens, Hippocrate, Galien, celle plus moderne de Boyer sur l'adénite cervicale, sont basées sur l'influence des scrofules. Suivant d'autres, tels que Hufeland, Stoll, Portal, cette affection dépendrait essentiellement d'une dégénérescence du virus vénérien. De nos jours, les chirurgiens ne sont pas si exclusifs que leurs devanciers; car, tout en admettant les influences signalées par ces auteurs, ils reconnaissent encore certaines causes externes qui, en agis-

sant localement, peuvent occasionner des désordres aussi grands que ceux produits par ces virus. Parmi cenx-ci, je signalerai MM. Velpeau, Nélaton, Vidal (de Cassis) et Larrey. Ce dernier, dans un excellent mémoire sur l'adénite cervicale des soldats, qu'il a lu à l'Académie de médecine, a même démontré que le vice scrofuleux n'est le plus souvent pour rien dans la manifestation primitive de cette affection chez les militaires, et sans nier absolument l'influence des causes générales, il a prouvé que chez eux l'adénite cervicale était produite le plus ordinairement par des causes locales, parmi lesquelles il compte la compression, les contusions, les plaies, le froid, et surtout le passage à travers les lucarnes des guérites, d'un air froid et humide. Quoi qu'il en soit, il résulte de tout ceci, qu'on ne peut se dissimuler qu'envisagée sous le point de vue du pronostic, l'adénite cervicale ne soit une maladie grave par sa fréquence, le siége qu'elle occupe, ses causes, ses complications, ses terminaisons incertaines et la chance de ses récidives.

La thérapeutique de cette affection, on le conçoit, a dû se ressentir de cette divergence d'opinions. En effet, si de nos jours il est possible de dire que tous les médecins sont d'accord sur le traitement hygiénique et médical qu'il faut lui opposer, on est malheureusement obligé de reconnaître que les chirurgiens sont bien loin d'avoir une opinion uniforme lorsqu'il s'agit d'appliquer le traitement local. Ainsi, M. Baudens conseille les réfrigérans ; M. Laugier, les saignées interstitielles ; M. Bégin, la compression ; M. Malgaigne, l'écrasement ; MM. Velpeau. Larrey, l'extirpation ; M. Huguier, l'énucléation ; M. Bonnafont, le séton. C'est sur ce dernier mode de procéder que notre collègue a arrêté votre attention, en portant à votre connaissance les résultats de sa pratique. Après avoir apprécié en détail les avantages et les inconvéniens des traitemens des chirurgiens modernes, après avoir fait connaître les résultats qu'a fournis dans ses mains chacun de ces traitemens, il a déclaré que les succès obtenus par sa méthode sont supérieurs à ceux des autres chirurgiens, et il vous a cité à l'appui plusieurs observations, dans lesquelles la guérison a été aussi prompte que radicale. Le dernier cas qu'il a eu à traiter est celui-ci : Un militaire entre dans son service à l'hôpital du Roule, portant au cou une tumeur de la grosseur d'un œuf, formée par l'engorgement de plusieurs ganglions et datant de plusieurs mois. Notre confrère, après s'être assuré de sa nature purement lymphatique, emploie son traitement, y passe deux sétons ; et douze jours après, ce militaire sortait complétement guéri. Voici comment il procède : Il enfile trois ou quatre fils dans une longue aiguille, et après avoir assujetti la tumeur, il la perce de part en part, une ou plusieurs fois, suivant son volume, en ayant soin d'y laisser les fils. Trois ou quatre jours après, il survient une légère inflammation qui amène bientôt la suppuration et par suite la fonte de la glande. Ce traitement dure dix, douze ou quinze jours, et a sur les autres cet avantage qu'il laisse à peine sur la peau de légères traces.

Dans la discussion qui s'engagea à la suite de cette communication, M. Grimaud s'est déclaré le partisan de l'acupuncture qui lui a procuré très souvent la résolution de glandes lymphatiques indurées, lorsqu'il avait vu échouer tous les autres traitemens ; et il croit cette méthode supérieure à celle de M. Bonnafont, puisqu'on arrive promptement au même résultat, sans occasionner la moindre suppuration.

M. Andrieux donne la préférence à la galvano-puncture qui a réussi fréquemment dans ses mains.

C'est à ce sujet, Messieurs, qu'en l'absence de notre honorable collègue, M. Boulu, je vous parlai de sa méthode de traitement des adénites et je vous racontai le fait suivant, que j'ai été à même d'observer plusieurs fois : M. B..., des environs de Lyon, d'une robuste et saine constitution, d'un tempérament sanguin, âgé de 32 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, jusqu'au jour où, par suite de refroidissemens successifs gagnés à la chasse, il éprouva de violentes douleurs rhumatismales. Après avoir longtemps souffert de cette affection qui s'était localisée à la tête et au cou, M. B... vit apparaître, dès le commencement de l'année 1851, dans la région parotidienne du côté gauche, une tumeur qui, d'abord petite, ne tarda pas à prendre graduellement des proportions considérables. Les principaux chirurgiens de Lyon furent consultés, et pendant plus de deux ans on le soumit à des traitemens variés qui, malgré leur énergie, n'amenèrent cependant aucune amélioration. Ainsi, il prit à l'intérieur des fondans de toutes sortes, les amers les plus concentrés ; il employa localement les pommades, les onctions les plus actives, des bains, des douches d'eaux minérales de diverse nature, mais sans obtenir le plus petit résultat satisfaisant. Loin de là, la tumeur augmentait de volume de jour en jour. Il se décida alors à venir à Paris, où il eut à recommencer les mêmes médications avec les même insuccès. Enfin il fut adressé à M. Boulu, qui à l'examen constata l'état suivant : à la région parotidienne du côté gauche il existe une tumeur lymphatique du volume d'une forte orange, aplatie, entourée d'une foule de petites glandes engorgées, globuleuses, à convexité inégale, bosselée ; la peau est partout saine et de couleur naturelle. Il reconnut facilement à la dureté, à l'insensibilité de la tumeur, à l'absence de pulsations, de douleurs lancinantes dans la masse engorgée, qu'il avait affaire à une adénite simple, sans dégénérescence. Ne jugeant pas une opération praticable, à cause de la multiplicité des petites glandes, et en présence de l'insuccès des traitemens déjà tentés, notre confrère résolut de recourir à l'emploi de l'électricité, dont il avait déjà obtenu plusieurs fois de remarquables résultats dans des cas semblables, mais cependant moins graves. Il fit d'abord de légères frictions électriques sur la tumeur principale et sur les petites glandes pendant quinze et vingt minutes chaque jour ; puis il augmenta graduellement la force électrique et la durée de l'application du fluide, en le concentrant sur la tumeur principale. Chaque fois, il s'y développait une chaleur assez intense qui constituait la seule impression désagréable que le malade ressentît de ce traitement. Une condition essentielle de réussite, dit M. Boulu, est de ne jamais intervertir les pôles du courant électro-magnétique. Enfin, après quinze jours de l'emploi de cet agent, la tumeur avait déjà subi un changement notable ; elle avait perdu sa dureté, et pouvait être facilement déplacée sous la peau. Quinze jours plus tard, toutes les petites glandes avaient disparu, et deux mois après le commencement de ce traitement, M. B... retournait chez lui, débarrassé complétement d'une affection qui faisait depuis plusieurs années le malheur de sa vie.

Voilà sans doute, Messieurs, un beau succès, et voilà encore un mode de traitement des adénites à ajouter à tous ceux employés jusqu'à ce jour. Quoiqu'il ne soit pas aussi nouveau que le croit M. Boulu, il m'a semblé qu'il ne devait point être laissé dans l'ombre, puisque dans les cas même d'insuccès, il n'expose le malade à aucun danger, comme l'extirpation par exemple ; à aucun des inconvénients des autres méthodes, tels que l'inflammation et la suppuration ; enfin qu'il n'occasionne aucune souffrance, et ne laisse jamais après lui de cicatrices. Par les nombreuses applications qu'il en a faites jusqu'ici, M. Boulu pense que sa méthode devra réussir toutes les fois que l'adénite cervicale ne sera pas sous l'influence d'un état diathésique général, toutes les fois qu'elle sera produite par une cause purement locale.

Je dois ajouter, Messieurs, que ce n'est pas la première fois que notre honorable confrère s'occupe d'électricité ; qu'il a fait de nombreuses expériences à l'Hôtel-Dieu et à la Clinique dans les services de MM. les professeurs Jobert de Lamballe et Nélaton ; et que les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cet agent, ainsi que les nombreux instrumens qu'il a inventés pour le traitement spécial des adénites, sont en ce moment soumis à l'appréciation de l'Académie impériale de médecine, dont la commission nommée à cet effet n'a pas encore prononcé son jugement. Comme il ne peut m'appartenir, Messieurs, de préjuger la décision qu'elle portera, je dois m'abstenir de m'étendre plus longuement sur ce sujet ; mais il me sera permis, toutefois, de remercier notre confrère de l'obligeance qu'il a eue d'initier votre secrétaire général à ses travaux, et de l'avoir mis à même de suivre et de constater les heureux résultats de sa pratique. Il m'est agréable, Messieurs, en terminant, de pouvoir vous annoncer qu'il se propose, dès que sa position vis-à-vis de l'Académie le lui permettra, de vous les faire connaître en entier, de vous exposer ses idées sur cet agent et les nombreuses et nouvelles applications qu'il compte en faire.

Hypertrophie de la glande thyroïde guérie par une opération.

Messieurs, M. le docteur Huguier, en soumettant à votre observation un malade traité par lui et guéri d'une hypertrophie du corps thyroïde, vous a fait l'historique suivant :

Breuillard (Eugène), âgé de 22 ans, forgeron, demeurant Allée-des-Veuves, entre le 3 avril à l'hôpital Beaujon, pour une tumeur du cou. Questionné sur ses antécédents, il déclare avoir été atteint, il y a six ans, d'une fièvre rémittente qui dura six semaines, pendant lesquelles il prit seulement pour toute médication deux vomitifs. C'est à cette époque qu'il remarqua pour la première fois la présence d'une grosseur à la base du cou, à droite, en dehors de la ligne médiane, et immédiatement au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule. Peu de temps après apparut une autre grosseur au-dessous de l'angle de la mâchoire du même côté. En trois mois, ces deux tumeurs s'accrurent de telle sorte qu'elles purent se joindre, sans pourtant se confondre entièrement. Trois semaines après la première apparition de ces grosseurs de droite, il s'en développa une autre à gauche, indolente comme elle, et suivant à peu près la même marche dans son développement.

Au moment de l'examen de M. Huguier, la tumeur de gauche présente le volume d'un très gros œuf de dinde, et celle de droite le volume d'une noix de coco de dimension ordinaire. La saillie du bord supérieur du cartilage thyroïde a fait place à une dépression, par suite du développement de cette énorme masse glandulaire. La palpation ne fait reconnaître nulle part de la fluctuation ; elle donne partout la sensation d'un corps dur et rénitent.

Pendant les deux premiers mois de son entrée à l'hôpital, M. Huguier soumit son malade à un traitement très énergique par l'iode et l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur ; mais n'obtenant aucune amélioration, il se décida à demander à la chirurgie d'autres moyens de guérison. Il passa, au moyen d'une aiguille très fine, longue, tranchante seulement à son extrémité, un séton dans chacune des tumeurs, dans le sens de leur plus grand diamètre. Trois semaines après, il survint un érysipèle qui envahit toute la région du cou et la partie antérieure du tronc, mais qui céda bientôt à un traitement antiphlogistique et révulsif des plus actifs. Quarante jours après cette première opération, notre confrère passa de nouveau d'autres sétons plus volumineux, en comprenant cette fois les deux tumeurs dans une même anse de fils. Comme la première fois, il se déclara de la fièvre et il survint un érysipèle qui céda aux révulsifs simples et à un purgatif salin. Depuis lors, les tumeurs diminuèrent graduellement et d'une manière sensible. Cette diminution fut cependant plus rapide dans celle de gauche ; aussi put-on en retirer la mèche dès la fin de juillet, sans que pour cela il y eût un moment d'arrêt dans la guérison. Dans le courant du mois d'août et de septembre, on retira également celle de la partie droite du cou, et, au moment de la présentation du malade à la Société, la diminution continuait encore. La mensuration du cou, qui donnait au commencement du traitement un minimum de 45 centimètres, n'offrait plus alors que 40 centimètres. Ce traitement avait donc obtenu une diminution de 5 centimètres. Le ganglion sous-maxillaire était encore volumineux, quoiqu'il eût beaucoup diminué, mais il était moins dur, et avait acquis une mobilité très grande sous la peau. La céphalalgie et la gêne de la déglutition, qui existaient depuis plusieurs années, avaient presque complétement disparu.

Parmi les moyens chirurgicaux proposés contre le goître, il a été souvent question de la compression, mais elle a toujours été abandonnée, à cause de la gêne qu'elle apporte à la respiration. Celse, Heister, ont conseillé les caustiques minéraux et même le feu ; mais il suffit d'indiquer ce moyen pour en démontrer de suite les inconvéniens. Puis est venu le séton qui a compté beaucoup de succès, mais qui n'est pas cependant sans présenter aussi des dangers, car en outre du risque que l'on court de couper les nombreux vaisseaux dilatés qui parcourent la glande, et de déterminer ainsi des hémorrhagies plus ou moins sérieuses, on a à craindre encore des suppurations, des résorptions de pus, des érysipèles, des accidens cérébraux, etc.

Parmi les auteurs qui ont le plus préconisé ce moyen, je citerai Quadri, Dupuytren, etc. Desault, Bruninghausen et Mayor de Lausanne ont donné la préférence à la ligature en masse ; d'autres encore, Walther, Sacchi, Costes, Earle, etc., ont conseillé la ligature des quatre artères thyroïdiennes, et M. Velpeau, dans sa *Médecine opératoire*, cite le cas de guérison d'un goître par la ligature de la carotide. Des chirurgiens allemands surtout ont pratiqué l'extirpation de cette glande, mais les résultats sont loin d'avoir été favorables. Parmi eux, on compte Vogel, Schemkel, Graëfe, etc.

Après avoir passé en revue ces divers moyens, M. Huguier s'appesantit plus particulièrement sur celui auquel il a donné la préférence. Il ne s'y décida, dit-il, qu'avec peine, dans la crainte où il était de déterminer des accidens cérébraux, comme il en avait vu survenir chez un malade opéré par Dupuytren, d'occasionner une phlébite, ou de couper quelques vaisseaux dilatés dans le sens de leur longueur.

Pour éviter, autant que possible, ce dernier inconvénient, il fit faire des aiguilles fines et longues, ne coupant qu'à leur extrémité, et présentant des châs assez grands pour contenir des mèches de même grosseur qu'elles, qui pussent comprimer les parties divisées et au besoin remédier aux accidens produits par l'instrument, en servant de tampon. L'attente de notre confrère, comme vous avez pu le voir, Messieurs, n'a pas été trompée ; et sauf deux érysipèles secondaires combattus facilement, l'opération, dont le résultat a été des plus favorables, n'a été suivie d'aucun accident.

C'est un beau succès à enregistrer dans la science, qui prouve, une fois de plus, que cette hideuse infirmité ne restera pas toujours au-dessus des ressources de notre art.

Vous me saurez gré, j'en suis convaincu, Messieurs, d'avoir consigné dans le compte-rendu de nos travaux une observation inédite aussi remarquable, et qui prouve encore une fois l'habileté et le savoir de notre collègue.

Coxalgie congénitale.

M. Morel-Lavallée vous a fait une communication des plus intéressantes, qui est appelé à éclairer un point encore obscur de l'histoire des coxalgies dites congénitales.

Cette communication a donné lieu à une longue et savante discussion que je me vois forcé de passer sous silence par défaut d'espace. Je me contenterai d'indiquer succinctement le fait et d'y joindre les quelques réflexions dont notre confrère l'a fait suivre, sans les apprécier au point de vue de la critique. Toutefois elles suffiront pour éveiller votre attention sur un sujet encore aussi peu étudié.

Il s'agit de deux cas de coxalgie congénitale observés dans le service de notre confrère, sur deux enfans âgés à peine de quinze jours, présentant les signes, les lésions d'une affection déjà ancienne, et devant remonter à un temps plus éloigné que celui de leur naissance. Dans les deux cas, la cuisse restait ordinairement étendue et le genou fléchi. La longueur du membre était normale ; la direction du pied naturelle, mais on remarquait une exagération très grande dans la mobilité du fémur, dont la tête pouvait parcourir une large zone autour de la cavité cotyloïde, sans déterminer cependant la moindre crépitation. Dans les deux cas, la constitution des enfans était débile, chétive ; et il existait un large abcès phlegmoneux de la hanche, s'étendant à une grande partie de la cuisse. A l'autopsie, notre confrère constata que le ligament capsulaire était complétement détruit de même que le bourrelet cotyloïdien, qui n'était représenté que par quelques débris informes. Le ligament rond était à l'état rudimentaire, et la tête du fémur, incomplétement formée n'existait que dans son tiers externe ; l'acétabulum, en partie effacé, offrait l'aspect d'une surface presque plane ; les trois pièces qui le constituent étaient mobiles et deux d'entre elles étaient fortement carriées ; enfin, pour compléter la parfaite identité, dans les deux cas il y avait luxation directe en dehors, par simple refoulement de la tête du fémur.

La lésion remontait-elle à la vie fœtale ? Notre confrère n'en doute pas un instant. Sa raison se refuse à admettre que le début d'une affection aussi grave, ayant occasionné des désordres aussi profonds, date de la naissance de ces enfans, c'est-à-dire de quinze jours ; lorsque chez l'adulte il faut des mois et souvent même des années pour que des lésions analogues se manifestent. D'ailleurs l'état rudimentaire du ligament rond et de la tête fémorale est pour lui un argument décisif, en faveur de l'existence intra-utérine de ces coxalgies ; car, dit-il avec raison, ou il y avait chez ces enfans une articulation mal conformée que l'inflammation a envahie, ou bien il y avait une articulation qui a été surprise dans sa formation, jusque là régulière, par une maladie qui a entravé son évolution normale. Or, on ignore encore l'influence d'un arrêt de développement sur la production d'une inflammation, tandis que l'on comprend très bien l'influence d'une inflammation sur un arrêt de développement. Enfin, M. Morel-Lavallée tire de ces faits plusieurs conclusions dont la dernière et la plus importante est celle-ci : A moins d'anomalies, à moins d'exceptions extrêmement rares, la luxation congénitale du fémur reconnaît pour cause une affection de la hanche chez le fœtus, coxalgie, arthrite, hydarthrose, etc.

Injections iodées dans le traitement des fistules à l'anus.

Messieurs, dans l'impossibilité où je suis d'analyser tous les travaux qui ont occupé vos séances, je me contenterai d'indiquer sommairement le titre et l'objet de quelques-uns d'entre eux. Je mentionnerai particulièrement le rapport que nous a fait M. Grimaud (d'Angers) sur un travail de M. Boinet intitulé : *Du Traitement des fistules à l'anus par les injections iodées.*

La longue discussion qui s'est engagée à sa suite a établi ce point : Que tout en félicitant l'auteur de ce mémoire sur l'importance de ses travaux, la Société désire être éclairée davantage avant de déclarer la supériorité de ce traitement sur les moyens chirurgicaux employés jusqu'ici.

Atrophie musculaire progressive.

M. Duchenne de Boulogne dont les savantes communications ont rempli si fréquemment vos séances, nous a raconté cette année le fait suivant :

Sur un individu mort dans le service de M. Cruveilhier, et qui avait été pendant sa vie affecté d'atrophie musculaire, il constata les lésions suivantes : le grand pectoral, dans ses deux tiers internes, avait subi complétement la transformation graisseuse ; pas une seule fibre musculaire ne restait apparente ; mais sa portion externe, c'est-à-dire les fibres qui vont du sternum à l'humérus étaient restées musculaires ; ce qui lui expliquait comment il avait pu, sous l'influence de l'électricité, obtenir des contractions, quelques mouvements limités, en arrière, dans le bras de ce malade. Désirant s'assurer si cette affection est purement locale ou si le siége anatomique de cette lésion est dans les racines de la moelle, il fit l'expérience suivante : il enleva soigneusement le cerveau, la moelle et les racines de la moelle de cet individu, les plaça au milieu d'autres organes analogues d'autres individus n'ayant jamais présenté d'atrophies musculaires, et personne ne put distinguer ceux qui avaient appartenu à l'homme affecté de dégénérescence graisseuse. Notre confrère tire de cette expérience cette conclusion : Que l'atrophie progressive est une affection purement locale, une sorte de phthisie musculaire, ne dépendant nullement de l'état de la moelle épinière.

Discours sur les droits du médecin.

Notre savant président vous a lu, en prenant place au fauteuil, un discours très remarquable que j'intitulerai : *Des droits du médecin.* Comme toujours, vous avez applaudi à la verve spirituelle et caustique de notre confrère.

Cas de calculs rénaux ayant occasionné des accidens graves pendant la vie du malade et reconnus seulement à l'autopsie.

Vous me permettrez de passer sous silence un travail plus littéraire que scientifique, qui du reste a déjà obtenu les honneurs de la publicité, pour vous relater en abrégé, l'observation curieuse qu'il vous a lue de plusieurs calculs rénaux, volumineux dont l'un offrait jusqu'à sept centimètres de diamètre, n'ayant occasionné durant la vie du malade aucun phénomène qui pût faire reconnaître leur présence, ni servir au diagnostic d'une affection des reins. Un vaste abcès consécutif, qui se forma dans le ventre du malade et qui en remplit toute la capacité, donna à la ponction que l'on fut obligé de faire quatre litres et demi de pus ; mais après une amélioration passagère, le pus se reforma en aussi grande quantité, il survint des sueurs et une diarhée colliquative qui enlevèrent le malade le cinquante-cinquième jour après la ponction. L'autopsie qui fut faite par notre confrère lui-même révéla et la présence des calculs rénaux et une désorganisation complète du rein gauche ; la rate et les autres organes de l'abdomen dans lesquels on pensait trouver la cause de ces désordre, étaient en très bon état.

Mode nouveau d'ensevelissement des cadavres.

Je citerai également avec distinction le rapport que vous a fait M. Berryer-Fontaine sur un travail de M. Tavernier (de la Nièvre) dans lequel cet honorable confrère propose un nouveau mode d'ensevelissement des cadavres, devant retarder la putréfaction, en soustrayant le corps à l'action de l'air, et devant obvier aussi aux inconvéniens qui résultent du mode d'ensevelissement usité de nos jours. Il s'agirait d'enduire la bière d'une couche mince de gutta-percha, et de souder ensuite, au moyen d'un fer chaud, les divers feuillets de cette enveloppe, de manière que le corps se trouve dans un sac imperméable. Votre rapporteur, Messieurs, après avoir rendu pleine justice aux motifs qui ont guidé les recherches de M. Tavernier, discute les avantages et les inconvéniens qui résulteraient de l'adoption de ce moyen ; et sans le rejeter complétement, lui oppose cet argument qui serait capital si cette coutume se généralisait : d'agrandir indéfiniment les cimetières en retardant la putréfaction et la disparition des corps. Ce rapport de M. Berryer-Fontaine, fait avec un soin tout particulier, est plein de bonnes et saines réflexions sur l'hygiène publique.

Bulletin de la Société médico-pratique.

Je ne dois pas oublier non plus de consigner ici que M. Poumet vous a fait un rapport des plus consciencieux sur les bulletins dont la Société médico-pratique de Paris vous a fait hommage. Dans ce travail, notre confrère, prenant chaque fait en particulier, l'analyse, le compare à d'autres faits analogues connus dans la science et l'accompagne de réflexions critiques des plus judicieuses.

Communications sur le choléra.

Messieurs, vous vous rappelez sans doute les communications qui vous furent faites sur le choléra ; il me faudrait écrire un volume entier si je voulais seulement vous donner l'analyse des travaux qui vous ont été lus sur ce sujet, des discussions qui les ont suivis, et cependant, je suis obligé de l'avouer, je n'avancerais pas de beaucoup la science. Chacun de vous, Messieurs, est venu tour à tour porter à la connaissance de ses confrères le résultat de sa pratique et demander à leur expérience des moyens plus certains de guérison, une connaissance plus grande du mal que nous combattons avec aussi peu de succès. Mais, vains efforts ! on apprenait bien de nouvelles formules, de nouvelles théories ; mais en même temps, par le vague de la discussion, on

acquérait la triste certitude que, jusqu'ici, la science est restée muette sur la nature de cette affection.

En effet, qu'est-ce que ce mal pestilentiel ? Est-ce un empoisonnement miasmatique, une altération du sang (Rocboux) ; est-il dû à une modification de la moelle épinière (Foy); à une altération du nerf grand sympathique (Scipion Pinel, Delpech, Barbier d'Amiens) ; est-il le résultat d'une irritation particulière du tube digestif (Broussais, M. Bouillaud); est-ce une fièvre algide (Alibert, MM. Jolly, Coster); est-une altération profonde de l'innervation générale (Double)? Qu'en savons-nous ? Que nous nous ralIions à l'opinion de Rochoux, ou à celle de Foy comme étant les plus raisonnables, qui dira la nature de cet agent délétère qui empoisonne le sang ou qui trouble la circulation de l'influx nerveux ? Où le trouver ? S'il est dans l'atmosphère, comment expliquer la marche bizarre de ce fléau, puisque, dans une même région, de deux villes situées complétement dans les mêmes conditions géologiques, exposées aux mêmes vents, l'une est frappée cruellement, l'autre jouit d'une immunité complète; puisque dans une même ville, dans une même rue, le fléau fait des ravages considérables dans un quartier, dans un côté de rue, et épargne les autres quartiers, l'autre côté de la rue. Sommes-nous donc réduits à déclarer, avec M. Tardieu, que les maladies pestilentielles ne sont pas de celles dont il soit donné à l'homme de pénétrer l'origine ni de connaître le principe? Hélas ! avouons-le, cette conclusion quoique peu satisfaisante, est malheureusement encore la seule vraie à cette heure.

Parmi les communications qui vous furent faites sur ce sujet, je citerai particulièrement celles de M. Thomas. Notre confrère s'est donné la mission de suivre le fléau dans sa marche, de l'étudier sous toutes ses formes, dans toutes ses modifications, sous toutes les latitudes ; d'essayer contre lui toutes les médications qui ont été proposées jusqu'à ce jour, et enfin, d'éclairer, s'il est possible, à l'aide d'une expérience laborieusement acquise, les profondes ténèbres qui environnent encore ce point de la thérapeutique.

Dans son premier mémoire sur un voyage qu'il fit en Russie, M. Thomas rapporte l'opinion des médecins les plus célèbres de l'Autriche, de la Prusse, de la Russie, de la Hollande, et admet, avec la majorité d'entre eux, que le choléra est dû à un empoisonnement miasmatique dont l'action porte primitivement et spécialement sur le système nerveux; puis il rejette, d'accord avec eux, et de toute son énergie, la transmissibilité de cette affection par la contagion, séparant avec grand soin ce mode de propagation de l'infection. La plus grande partie de ce travail, écrit avec soin et conscience, est employée à rapporter et à discuter les opinions de MM. les docteurs Jaëger de Berlin, Stosch de Prusse, Auvert de Moscou, et Vrolik d'Amsterdam et de Rotterdam ; puis, abordant la thérapeutique employée dans ces différens pays, énumérant les moyens mis en usage par chacun de ces honorables praticiens, il compare le résultat de leur pratique, qui donne toujours à peu près la même proportion de succès, et une mortalité de moitié du nombre des cas, et il arrive à se déclarer le partisan de la médecine des symptômes.

Mais là ne s'arrête pas la tâche qu'il s'est donnée ; il s'occupe encore et longuement des moyens préventifs, et conclut son intéressant travail, en faisant la proposition de construire, sur les hauteurs qui environnent les grandes villes, de vastes établissemens, tenant le milieu entre l'hôpital et le lieu de refuge, dans lesquels, en temps d'épidémie, la classe nécessiteuse de la société qui habite les quartiers bas et humides, où l'épidémie sévit le plus cruellement, trouverait un bon gîte, une aération suffisante, les commodités de la vie, enfin des soins hygiéniques, prophylactiques et médicaux éclairés.

Dans un deuxième mémoire, fait avec le même soin, M. Thomas vous a donné la relation d'une mission qu'il vient de remplir dans le département de la Haute-Marne, où il a été envoyé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, pour continuer à étudier la marche, l'étiologie et la pathologie de cette maladie. Quoique sur un autre théâtre, notre confrère arrive aux mêmes conclusions, et combattant chaque traitement en tant qu'exclusif, en tant que spécifique, il admet que chaque individu doit être traité selon l'étiologie apparente de sa maladie, selon ses antécédens, son tempérament, son idiosyncrasie, son genre de vie, etc.

A cette occasion, Messieurs, je mentionnerai honorablement les rapports que MM. Tavernier et Rochard vous ont faits sur ces mémoires, dans lesquels nos confrères ont prouvé qu'eux aussi se sont déjà occupés longuement de ces questions.

Messieurs, si, comme je le disais en commençant, nous ne connaissons rien de la nature de ce mal, si nous en sommes encore aux conjectures sur ses causes, nous sommes obligés d'avouer que nous ne savons rien non plus de sa thérapeutique. Ici on le combat par les narcotiques à hautes doses, là par les excitans, les diffusibles les plus actifs ; les uns l'attaquent par les purgatifs salins, les drastiques, les autres par les délayans ; ceux-ci par la chaleur, ceux-là par le froid ; quelques-uns par les acides, d'autres par les alcalins ; celui-ci par la strychnine, celui-là par le foie de soufre ; un autre par l'électricité, un autre encore par le sesqui-chlorure de fer; d'autres, etc..., beaucoup par la combinaison de plusieurs de ces moyens, et, chose triste à dire, c'est que la proportion des succès est presque toujours constante, et la mortalité presque toujours pour moitié dans les cas traités, par quelque moyen qu'ils le soient. Est-ce à dire qu'il faille désespérer de l'avenir ? Non sans doute, Messieurs; loin de moi cette pensée. On a ignoré longtemps la nature, le siége de la fièvre typhoïde, et aujourd'hui on sait que les élémens principaux de cette fièvre essentielle sont une altération du sang et une modification du système nerveux ; et si tout le monde n'est pas encore complétement d'accord sur la préexistence de l'un de ces élémens sur l'autre, on sait du moins, à n'en pas douter, que la détermination morbide essentielle de cette affection est une éruption spéciale, dont le siége est dans les follicules agminés de l'intestin grêle.

Eh bien, ce que le temps a appris de la fièvre typhoïde, il nous l'apprendra également du choléra, soyons-en sûrs ; mais en attendant, dans l'état actuel de la science, disons franchement que nous en sommes encore aux suppositions, aux essais; et contentons nous de féliciter les confrères qui, libres d'idées préconçues, de théories faites d'avance, étudient le mal lui-même, cherchent à tirer des déductions de l'observation attentive, non pas de quelques malades, mais d'un très grand nombre, au lieu de faire servir quelques cas isolés, quelques résultats favorables, dus peut-être à des conditions indépendantes de toute médication, à la démonstration de théories fausses et spéculatives.

Pour me résumer, Messieurs, je dirai, avec M. Thomas, que la médication symptomatique est encore aujourd'hui la seule rationnelle, la seule raisonnable.

Poème de M. Piorry intitulé: Dieu, l'âme, la nature.

Messieurs, j'aurais bien encore à vous parler du poème de M. Piorry, intitulé : *Dieu, l'âme, la nature*, et de de l'excellent rapport que vous en a fait M. Bessières ; mais, vous le comprenez, un poème qui porte ce titre ne peut être un livre ordinaire où toutes les idées s'enchaînent, se suivent, se coordonnent pour arriver à la démonstration d'un fait; une simple analyse ne peut donc lui suffire. Il faut, comme l'a fait avec bonheur notre collègue, suivre l'auteur pas à pas, parcourir avec lui les nombreux méandres où son imagination le conduit, remplacer souvent par de longues citations ce qui prendrait trop à être raconté ; enfin, pour rester digne de l'auteur, se faire poète soi même, et, je le sens, je remplirais mal cette tâche, n'ayant pas assez de place devant moi, pour louer comme je le voudrais l'œuvre poétique de notre confrère. J'avouerai cependant que je le regrette d'autant plus, que cette œuvre pleine de sagesse, et je dirai de sentimens religieux, répond aux secrètes pensées de chacun de nous, et vient enfin détruire un reproche que l'on a toujours fait au corps médical, de ne croire à rien, de rapporter tout à la matière, enfin de nier Dieu, reproche évidemment absurde! Comme si, en étudiant les admirables rouages de notre organisation, le jeu de ses fonctions, en contemplant les merveilles de la création, en analysant les grands phénomènes de la nature, l'homme de science pouvait rester aveugle à ce point de tout rapporter au hasard, au lieu de reconnaître, au contraire, en toutes choses, le doigt, la présence d'un Dieu créateur et organisateur ; comme si la divinité ne se révélait pas encore plus au médecin qu'à tous les autres hommes.

Sans vouloir, Messieurs, discuter la valeur et l'opportunité de ce livre, il me sera permis de dire, je l'espère, que le poème intitulé : *Dieu, l'âme, la nature*, dénote chez son auteur les sentimens les meilleurs et les plus élevés, une foi profonde et un amour des plus vifs pour la science que ses travaux ont enrichie de découvertes importantes.

Le rapport de M. Bessières, comme tout ce qui sort de la plume de notre confrère, poète lui-même et auteur de pièces de vers qui depuis plusieurs années charment nos banquets, est fait avec soin et esprit, et prouve encore une fois ce qu'a démontré suffisamment M. Piorry, que la poésie est loin d'être l'ennemie de notre science, et qu'Apollon, le dieu du Parnasse, était aussi le dieu de la médecine et le père d'Esculape.

Membres nouveaux de la Société.

Messieurs, notre Société se compose aujourd'hui de 98 membres résidens, par l'adjonction de MM. Gauthier, Huguier, Rochard et Leroy-Dupré, qui, cette année, ont sollicité l'honneur d'en faire partie. C'est dire suffisamment, Messieurs, que sa prospérité est toujours croissante, et que bientôt elle aura réuni dans son sein tous les hommes honorables de l'arrondissement. L'importance qu'elle acquiert chaque jour par la variété des discussions qui y sont soutenues, par l'intérêt qui s'attache aux sujets qui y sont traités, par la valeur des membres qui la composent, ou qui s'y rallient chaque jour, en aura fait bientôt une Société scientifique d'un avenir certain, qui marchera de pair avec les plus anciennes, avec les plus savantes.

Bibliographie.

Messieurs, vous avez reçu l'hommage de plusieurs ouvrages dont quelques-uns ont été l'objet de rapports ; parmi eux je citerai principalement :

1° Le poème de M. Piorry, intitulé : *Dieu, l'âme, la nature*;

2° Une brochure de M. Labarraque, intitulée : *Rapport sur le service médical des dispensaires de la Société philanthropique* pendant l'année 1853;

3° Une brochure de M. Vingtrinier (de Rouen), ayant pour titre : *Société de secours mutuels et de retraite, l'Alliance*, fondée à Rouen le 1er janvier 1850;

4° *Du goître endémique dans le département de la Seine-Inférieure et de l'étiologie de cette maladie*, également de M. Vingtrinier (de Rouen) ;

5° *Du traitement des fistules à l'anus par les injections iodées*, par M. le docteur Boinet;

6° Un volume de MM. Homolle et Quevenne, *Sur la digitaline*;

7° *De la réforme du traitement des aliénés*, par M. Pinel neveu;

8° Plusieurs mémoires *Sur le choléra asiatique*, par M. Thomas;

9° *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers;*

10° Un ouvrage de M. Josat, intitulé : *De la mort et de ses caractères;*

11° *De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance*, brochure de M. Duchenne de Boulogne;

12° *Un souffle amphorique observé dans deux cas de pleurésie purulente simple du côté droit*, brochure de M. Béhier;

13° *Exposé des titres scientifiques* de M. Leroy d'Étiolles, à l'appui de sa candidature à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie de l'Académie de médecine;

14° *De la gutta-percha et de son application aux dentures artificielles, en remplacement des plaques métalliques et des substances osseuses corruptibles*, par M. Delabarre;

15° *Des fièvres intermittentes en général et en particulier de celles qui ravagent la partie du département de l'Indre appelée Brenne*, par M. Rigodin.

Biographie de M. Jules-Omer Cherest.

Messieurs, j'ai fini mon compte-rendu, et cependant je vous demanderai encore quelques instans d'attention avant de nous séparer.

Depuis que j'exerce dans cette Société les fonctions de secrétaire-général, c'est la première fois que je suis appelé à remplir une mission pénible. Vous avez tous compris qu'il s'agit de notre ami commun, de Jules Cherest, dont l'année dernière les travaux occupaient une place importante dans mon compte-rendu, et dont aujourd'hui je viens avec vous déplorer la mort. C'est un devoir pénible et doux à la fois pour mon cœur, que celui de vous parler de lui; mais cet honneur qui m'est dévolu par ma position au milieu de vous, je l'eusse sollicité, je l'avoue, s'il m'eût manqué, tant je tiens à cœur de rendre un dernier hommage à celui dont la présence me fait faute à cette heure, à celui qui fut pour moi le compagnon le plus fidèle, le plus sincèrement attaché, et pour vous tous, Messieurs, le collègue le plus dévoué, le plus profondément affectionné.

Liés de l'amitié la plus tendre, dès nos plus jeunes années, nous avons appris ensemble, côte à côte, cette science dont les connaissances sont si vastes et si profondes, mais dont les ressources sont si bornées lorsque la vie est frappée dans son essence, dans sa source même. Reçus tous les deux docteurs, dans la même année, dans le même mois, je dirai presque le même jour, nous nous sommes suivis, nous nous sommes aimés jusqu'au jour où la mort, l'enlevant à sa brillante carrière, à ses nombreux amis, à sa nombreuse clientèle, nous a séparés pour jamais. Né à Paris de parents des plus honorables, Jules-Omer Cherest a été élevé au milieu de sa famille au collége d'Abbeville dont son père était le proviseur. C'est vous dire, Messieurs, combien sa jeunesse fut heureuse, combien son éducation première fut soignée. Aussi Cherest, dont l'intelligence avait acquis de bonne heure un très grand développement, possédait-il des connaissances très approfondies en toutes choses.

Destiné dès son berceau à la pratique de notre art par son père et surtout par son oncle, le docteur Termonia, médecin des plus honorables et des plus instruits de Sedan, il grandit dans cette idée et se l'appropria à tel point, que le jour d'embrasser une profession arrivant, il ne se demanda même pas s'il en existait d'autres. « La beauté de la carrière médicale, la noblesse de son but, les jouissances qu'y rencontre à chaque pas celui qui la parcourt avec succès, m'avaient depuis longtemps séduit, dit-il, dans la dédicace à son père et à sa mère de sa thèse inaugurale. J'y suis entré plein de bonheur, et pourtant que mes prévisions étaient loin de la réalité ! Il faut avoir vécu dans l'intimité de la science pour en comprendre tout le charme. »

Aussi, Messieurs, apporta-t-il dans ses études médicales une aptitude sans égale, et dans ses examens une assurance qui était basée, non sur une vaine présomption, mais sur la conviction qu'il avait puisée dans sa famille qu'un travail assidu, aidé d'une volonté ferme, est constamment couronné de succès.

Toutes ses épreuves médicales furent des plus brillantes, et, le 17 juillet 1841, il recevait à la Faculté de Médecine de Paris, avec le titre de docteur, la mission qu'il a accomplie jusqu'à sa mort avec talent et bonheur, de soulager l'humanité souffrante.

De tous les hommes de sa génération, Cherest était peut-être celui qui réunissait en lui-même le plus d'élémens de succès. Beau, bien fait de sa personne, ayant un air noble et distingué, des manières agréables, une physionomie spirituelle, une conversation facile et attachante, Cherest, au premier abord, témoignait par ces avantages la beauté de son intelligence et inspirait facilement de la confiance dans son savoir.

Médecin de l'âme autant que du corps, il trouvait toujours dans son cœur des consolations, de douces paroles qui, souvent, il faut le dire, soulagent plus le malade que toutes les médications du monde. Aussi était-il aimé et recherché par tous ceux qui l'approchaient non seulement comme médecin, mais encore comme homme de cœur et d'esprit.

Dans nos Sociétés de médecine, dans les discussions scientifiques, sa diction nette et facile donnait un charme indicible, un poids considérable à son argumentation toujours fine et serrée, et les ressources de son esprit étaient telles que, souvent, par une concession légère faite à propos, par un mot heureux, il s'attirait la bienveillance de ceux dont il combattait les opinions.

Le premier travail qu'il publia, avant même qu'il fût reçu docteur, il le fit en collaboration de M. le docteur Bouvaist sur les fibres élémentaires animales. Ce travail de longue haleine, qui fut lu à l'Académie des sciences dans sa séance du 10 août 1840, et dans lequel il cherche à déterminer, à l'aide du microscope, la nature intime du tissu musculaire, du tissu cellulaire, du tissu cartilagineux, des os, du système nerveux, enfin du tissu épidermeux, posa déjà avantageusement son nom dans la science. Moins d'un an après, il soutenait avec honneur sa thèse inaugurale sur un sujet qui dénotait déjà les tendances de son esprit, et qui depuis ouvrit devant lui cette brillante carrière que nous lui avons vu parcourir avec tant de succès. Ce travail, d'une haute portée scientifique, est intitulé : *Des Engorgemens inflammatoires de la fosse iliaque après l'accouchement.* Pour vous en donner un léger aperçu, je le laisserai parler : « Mon but étant essentiellement pratique, dit-il dans son avant-propos, je me suis surtout appliqué à tracer les symptômes, la marche, les terminaisons, le diagnostic et le traitement de cette affection. L'étiologie et la nature intime du mal dans lesquelles rentre tout entière la théorie des dépôts laiteux ont été soigneusement discutées. Véritables bases de la thérapeutique, elles me parurent devoir de toute nécessité trouver place dans une monographie que je cherchais à rendre complète ; la même remarque s'applique aux considérations exposées en tête. L'histoire est une abondante source d'instruction ; j'ai tâché d'en tirer quelques enseignemens. Quant au traitement, je l'ai formulé avec toute l'énergie de la conviction, me préoccupant peu de la pensée, que si l'on prenait la peine de lire cette thèse, je serais peut-être moi-même appelé exclusif : injure absurde qui est venue tomber aux pieds de l'illustre maître contre lequel elle fut lancée par la nullité déguisée en prudence. »

Tel est le plan de cette remarquable monographie qui, jusqu'ici, est restée encore la plus complète que nous ayons sur les engorgemens inflammatoires de la fosse iliaque après l'accouchement. Telles sont aussi, Messieurs, les idées que ce jeune homme de vingt-trois ans ne craignait pas d'émettre devant ses maîtres, dont les opinions sont quelquefois opposées, tant ses convictions étaient déjà arrêtées, tant sa foi scientifique était grande.

En 1845, il ouvrit à l'école pratique un cours sur la pathologie de la femme, que ses occupations déjà nombreuses ne lui permirent pas de continuer longtemps, mais qui prouva suffisamment à son auditoire qu'il aurait pu prétendre à une brillante carrière, s'il s'était destiné à l'enseignement.

Nommé médecin des bureaux de bienfaisance dès l'année 1846, il fut chargé en 1847, par ses confrères du premier arrondissement, de faire un rapport au conseil d'administration sur les réformes à introduire dans leur organisation. Ce travail, que Cherest fit avec soin, surtout avec ce tact et cette justesse de vue qui le caractérisaient, indiquait déjà divers changemens que le gouvernement vient d'introduire dans cette institution.

En 1849, après s'être dévoué à Paris, comme chacun de vous, Messieurs, au soulagement de la classe pauvre que l'épidémie cholérique décimait, il reçut du ministre de l'agriculture et du commerce la mission de porter, dans un des départemens les plus maltraités par le fléau, le fruit de ses lumières et de son expérience, aux confrères dont le zèle ne pouvait suffire à la multiplicité des occupations. Il accepta avec joie ce nouveau devoir qui lui était imposé, tant il était dans sa nature de mépriser le danger partout où il pouvait être utile. A son retour, il fit un très long mémoire dans lequel, après avoir examiné toutes les causes d'insalubrité du département infecté, il signalait à l'attention du ministre les moyens d'améliorer le bien être et la santé de ses habitans. La décoration de la Légion d'Honneur, qui lui fut accordée à cette occasion, récompensa en lui le mérite réel uni au profond savoir.

Je ne finirais pas, Messieurs, si je voulais énumérer tous les travaux de notre ami qui ont paru dans les journaux et particulièrement dans l'UNION MÉDICALE dont il était un des membres les plus assidus et les plus éclairés du conseil de rédaction. Il me suffira de citer, entre tous, son *Rapport sur l'emploi du chlorure de sodium*, et l'action de cet agent sur la rate dans les fièvres intermittentes ; rapport qui alimenta en grande partie, à l'Académie de médecine, la discussion qui fut soulevée sur ce sujet par M. le professeur Piorry, et son travail sur le traitement des scrofules par les eaux de Forges.

Médecin-adjoint des eaux de Bourbon-l'Archambault, il ne laissait jamais échapper l'occasion de prouver ses profondes études sur l'hydrologie. L'UNION MÉDICALE a publié dans ses colonnes divers articles de lui sur ce sujet, parmi lesquels j'indiquerai seulement le compte-rendu qu'il fit de l'ouvrage de notre collègue, M. Petit, sur les eaux de Vichy.

Secrétaire général de la Société médicale d'émulation depuis de longues années, Cherest venait de recommencer la publication de ses travaux et avait déjà fait paraître un très remarquable fascicule intitulé : *Études historiques de la Société, son origine, ses travaux*, qui devait servir d'introduction à ce nouveau recueil.

La Société médicale d'émulation, par l'organe de son nouveau secrétaire-général, lui a déjà payé le tribut d'éloges et de remercîments qu'elle devait à sa mémoire, pour sa puissante et active coopération pendant plus de quatorze ans.

Aujourd'hui, Messieurs, de cet homme si jeune, si pleinement en possession de la vie, qu'à le voir on souriait de plaisir ; de ce cœur chaud, de cette belle imagination, il ne reste plus rien. Je me trompe, Messieurs, il reste dans la science un nom déjà connu, auquel le temps a manqué pour devenir célèbre; et, dans nos cœurs, un doux et triste souvenir qui, j'en suis certain, ne s'effacera jamais.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 2. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 6 Janvier 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi . CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 JANVIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Après plusieurs semaines d'interruption, la discussion sur le diagnostic et la curabilité du cancer a été reprise mardi dernier. M. Piorry a demandé une chose raisonnable qui lui a été refusée, sans doute parce que l'Académie ne l'a pas bien comprise. L'honorable professeur a sollicité un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire sur le traitement de la variole, lecture pour laquelle il est inscrit depuis plusieurs mois. Cette lecture faite, la discussion sur le cancer eût pu être reprise, le mémoire de M. Piorry eût été imprimé, et l'Académie eût pu se préparer pour sa discussion, s'il y avait eu lieu. Cette combinaison était très acceptable, et cependant elle a été repoussée à une immense majorité.

C'est par un discours de M. Hervez de Chégoin que la discussion sur le cancer a été rouverte. Nous n'avons eu sous les yeux qu'une version trop peu étendue de ce discours pour qu'une appréciation nous soit possible. Les opinions en médecine pratique de cet honorable académicien méritent grande considération ; car M. Hervez est un des médecins de notre époque qui ont le plus vu et qui savent le mieux voir. Nous craindrions d'avoir mal saisi sa doctrine sur la curabilité du cancer témoignée par la récidive, opinion hardie dont nous nous réservons de lire les développemens dans le *Bulletin* de l'Académie.

A M. Hervez a succédé M. Robert. C'est M. Robert qui a enfanté cette discussion. Ce sont les quelques mots qu'il prononça après le rapport de M. Jobert sur une observation de cancer du testicule communiquée par M. Pamard, d'Avignon, qui ont soulevé cette grande tempête académique. Un moment apaisée, elle menace de reprendre avec une énergie nouvelle, et le dernier discours de l'honorable chirurgien ne semble pas de nature à l'apaiser.

Voilà trois fois que M. Robert monte à la tribune pendant cette discussion, et, il faut lui rendre cette justice, toujours, à part quelques légères nuances que l'on peut laisser dans l'ombre, M. Robert a soutenu les mêmes idées, a témoigné des mêmes convictions. Parfaite de convenance et de courtoisie dans la forme, l'argumentation de M. Robert est grave et incisive au fond. Les deux orateurs que M. Robert a eus surtout en vue dans sa dernière oraison, MM. Velpeau et Delafond, semblent l'avoir ainsi comprise, et la vivacité avec laquelle ils ont demandé l'un et l'autre la parole annonce de nouveaux orages.

On peut reconnaître trois parties distinctes dans le discours de M. Robert : une partie que l'on appellera, avec raison, graphique ou d'exhibition de dessins et de figures ; une partie critique, et une partie doctrinale.

Nous avons peu de chose à dire sur la première partie. Les dessins exhibés par M. Robert sont assurément fort beaux ; ils doivent être exacts ; les différences d'aspect qu'ils représentent sont facilement saisissables quand on les examine ainsi comparativement, et dans ce sens est légitime l'exclamation de M. Robert : Supposez tous ces élémens placés *à la fois* sur l'objectif d'un microscope, et veuillez me dire s'il est possible de les méconnaître. Oui, sans doute, mais cette supposition est toute gratuite, et la difficulté est précisément de savoir si ces objets examinés *isolément* comme cela se fait toujours, et non pas *tous à la fois*, comme cela ne doit jamais arriver, présentent un aspect et des formes tellement tranchés qu'il soit impossible de les méconnaître. L'exhibition même faite par M. Robert pourrait fournir des argumens aux partisans de la non-spécificité des formes ; car, en vérité, sur plusieurs dessins qui ont passé sous nos yeux et sous ceux de nos voisins, nous cherchions en vain, avec bonne foi et loyauté, ces *différences caractéristiques* signalées loyalement aussi par M. Robert. Mais ce n'est pas d'ailleurs seulement sur des dessins que nous avons cherché à faire notre éducation micrographique ; nous dirons plus tard et quand nous serons plus sûr de nous-même ce que l'observation directe nous aura appris à cet égard.

M. Robert n'a pu constater par lui-même cette identité de formes invoquée par Wirchow, Forster et quelques autres micrographes, entre la cellule de plusieurs tissus normaux et la cellule cancéreuse. Cet argument a donc beaucoup perdu pour lui de sa gravité, et il attribue la différence des résultats à la différence du pouvoir amplifiant des microscopes employés par les divers observateurs. Qui n'a pu constater, a-t-il dit, une différence d'aspect très sensible dans les cellules du cancer examinées à 300 ou 500 diamètres ? C'est précisément là ce qui, à notre sens, devrait rendre M. Robert un peu plus réservé et circonspect sur les résultats obtenus aujourd'hui par l'observation microscopique. Oserait-il assurer que le microscope a dit son dernier mot ? que la théorie physique de cet instrument soit immuable ? que l'on soit arrivé à son dernier degré de perfection dans sa fabrication ? Et partant, qui pourrait affirmer que les images que nous voyons aujourd'hui soient la représentation réelle, absolue, définitive des objets et que nous ne verrons peut-être pas demain autre chose et différemment ? Or, n'est-il pas téméraire d'établir des caractères diagnostiques sur des bases aussi mouvantes ?

La partie critique du discours de M. Robert doit être abandonnée à l'appréciation de M. Velpeau qui y est surtout mis en cause. Cette critique, il en faut convenir, est incisive et pénétrante. L'orateur y discute les faits invoqués par son savant confrère et cherche à en diminuer la valeur en y signalant plusieurs lacunes sur des détails importans. Il y oppose M. Velpeau à M. Velpeau lui-même qui aurait donné deux versions différentes d'un même fait. Tout cela s'expliquera sans doute dans la prochaine oraison de M. Velpeau qui, provoqué d'une manière aussi directe, est impatient de répondre.

Quant à la partie doctrinale du discours de M. Robert, nous devons reconnaître qu'elle nous a paru très acceptable, quoique peut-être pas très sévèrement déduite de ses opinions sur la valeur du microscope. M. Robert y a fait au diagnostic clinique des concessions importantes, et nous devons en féliciter son bon esprit. Il ne faut plus associer, a-t-il dit, les idées de bénignité et d'homéomorphisme, de malignité et d'hétéromorphisme. Bravo ! c'est ainsi que nous l'entendons avec M. Velpeau, qui est précisément le grand patron de cette idée.

Mais alors à quoi bon cette division micrographique, si ce n'est au point de vue de la classification histologique contre laquelle personne ne peut raisonnablement s'élever ? Il est bien vrai qu'après avoir posé ces prémisses si légitimes, M. Robert, tout en ne voulant donner aucune prééminence au diagnostic anatomique sur le pronostic, lui a accordé la *priorité* comme acte intellectuel. Il est certain qu'en présence d'une tumeur le premier acte de l'esprit est de se demander quelle est sa nature. Mais en quoi le microscope peut-il actuellement fournir réponse à cette question ? Nous n'avons pas très bien compris quelles conséquences pratiques M. Robert pouvait tirer de cette priorité.

Feuilleton.

M. REQUIN.

Nous publions aujourd'hui les discours prononcés sur la tombe de M. Requin.

Voici le discours prononcé au nom de la Faculté par M. le professeur Grisolle :

Messieurs,

Nos pertes se multiplient avec une effrayante rapidité. Que de deuils depuis cinq ans n'avons-nous pas conduits ! Blandin, Marjolin, Fouquier, Royer-Collard, Richard, Orfila, ne sont plus. Il y a peu de mois nous accompagnions les restes mortels d'un de nos plus illustres vétérans, ceux du professeur Roux, et aujourd'hui nous adressons de suprêmes adieux à l'un des plus jeunes, à l'un des derniers venus parmi nous, à Pierre-Achille Requin, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, l'un des médecins de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie impériale de médecine, chevalier de la Légion d'Honneur.

Requin nous est ravi dans la vigueur de l'âge, à l'apogée du talent et presque au moment où la fortune, si longtemps marâtre pour lui, avait enfin récompensé une vie toute de travail, de persévérance et d'honneur.

Requin, Messieurs, ne naquit point sous une étoile favorable. Fils d'un glorieux soldat qui avait conquis l'épée de général sur les champs de bataille de la République et de l'Empire, il perd prématurément son père et, encore enfant, il tombe de l'opulence dans un état voisin de la misère. Mais le travail et d'heureuses dispositions l'avaient déjà signalé à ses maîtres qui l'adoptent et développent chez lui ce goût, cette passion qu'il eut toujours pour ces grands modèles que l'antiquité grecque et l'antiquité latine ont légués à notre admiration. Un invincible attrait le poussait pourtant vers la médecine ; mais son indigence semblait devoir lui fermer à jamais l'accès d'une science aussi difficile que la nôtre et si longue à apprendre. Son énergie le fit triompher de cet obstacle. Requin, quittant à peine les bancs du collége, presque encore élève, se fait maître à son tour. Il devient le seul instituteur d'une de ses sœurs et il lui ouvre une honorable carrière ; il donne des répétitions de grammaire, et c'est avec le modique produit de ses leçons qu'il vient en aide à sa nombreuse famille, qu'il commence et achève des études qui doivent plus tard lui donner sinon la fortune, du moins l'indépendance et la gloire. Touchante ressemblance de Requin avec plusieurs des hommes qui ont illustré notre Faculté, avec plusieurs de nos anciens maîtres, Boyer, Antoine Dubois, Dupuytren, Marjolin et tant d'autres qui, nés pauvres aussi, mais infatigables pour le travail, sont parvenus à la célébrité. Comme ses illustres devanciers Requin n'est sorti de la misère que par le travail ; il n'a rien dû au hasard, rien à l'intrigue, rien à la faveur. Les positions élevées qu'il a occupées dans l'enseignement et dans les hôpitaux, il les a conquises au concours ; le libre choix de ses collègues, dicté par l'éclat de services rendus, l'a appelé à siéger à l'Académie de médecine, et la croix de la Légion d'Honneur a été une distinction sollicitée par le conseil général de Vaucluse qui, interprète des vœux de toute une population reconnaissante, obtint cette récompense pour le médecin courageux qui avait couru affronter l'épidémie cholérique de 1835.

L'année 1829 marque pour Requin le début de ses travaux, de ses luttes, de ses succès. A peine est-il reçu docteur, qu'un brillant concours le place au nombre des agrégés de notre Faculté. Ce précoce triomphe excite son courage et on le voit aussitôt commencer cette lutte que j'appellerai volontiers héroïque, car elle n'a pas duré moins de vingt-deux ans, et qui, après de nombreuses vicissitudes, a abouti à une victoire décisive et méritée. Les connaissances de Requin étaient si vastes, si variées, son ardeur pour le travail si infatigable, qu'on l'a vu disputer avec honneur les chaires de physiologie, de thérapeutique et de matière médicale, de pathologie interne, et même d'hygiène, c'est-à-dire l'enseignement d'une science qui est l'application de toutes les sciences médicales, naturelles et physiques. Si dans ses quatre premiers concours Requin n'a pas atteint le but que son courage se proposait, sa réputation pourtant a grandi après chacune de ses luttes ; plusieurs fois l'opinion le désigna d'avance au choix de ses juges et plusieurs suffrages obtenus le jour du scrutin avaient donné une sorte de sanction à ce témoignage public. Tant d'efforts, tant de constance furent, enfin, couronnés d'un éclatant triomphe ; en 1851, Requin fut appelé à combler le vide que la mort de M. Fouquier avait laissé au sein de la Faculté.

Les luttes de concours n'ont pas suffi à cette âme ardente, à cet esprit actif ; mais par ses nombreuses publications Requin a mérité aussi d'être compté parmi les représentans les plus distingués de la littérature médicale contemporaine. Mémoires originaux, monographie, traité didactique, articles de critique et de biographie et jusqu'à des impressions de voyage, Requin a abordé tous les genres, et si (chose inévitable) il n'a pu exceller dans tous, on trouve du moins, dans toutes ses productions, cet esprit d'originalité, ce cachet que les intelligences d'élite impriment à toutes leurs œuvres. Son livre sur le rhumatisme et la goutte, rédigé d'après les leçons d'un maître illustre et vénéré, et son *Traité de pathologie médicale*, se distinguent par une érudition de bon aloi, par des descriptions souvent remarquables, par des principes thérapeutiques rigoureux, par une critique ferme, spirituelle, judicieuse.

L'homme éminent que nous pleurons ne se recommandait pas seulement par sa science et par ses services ; mais la fermeté et l'indépendance de son caractère, la noblesse de ses sentimens lui avaient acquis une universelle estime et la sympathie de tous. Requin nous a donné l'exemple des plus solides qualités qui honorent l'homme et surtout le médecin : courage, dévoûment, désintéressement, loyauté parfaite, amour tendre de l'humanité, amour du devoir. A toutes les périodes de sa noble vie, et mort presque pauvre malgré ses mérites et ses services, il a honoré la profession par une intégrité qu'on ne saurait surpasser ; pervenu tard et après des luttes nombreuses aux positions qu'il ambitionnait si légitimement, on l'a vu toujours supporter avec une résignation stoïque même les échecs dont il pouvait accuser l'injustice des hommes. Son cœur généreux lui faisait accepter sans murmure le triomphe d'émules plus jeunes que lui ; et les luttes des concours qui ont brisé

En somme, le discours de M. Robert, habile et sagement composé, s'il est comme un nouveau manifeste et l'*ultimatum* des micrographes, peut être considéré, du moins dans sa partie doctrinale, comme une tentative sérieuse vers la conciliation d'idées et de doctrines dans lesquelles les esprits non prévenus peuvent également puiser des notions vraies et utiles.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES DE CHLOROFORME ET SON ADMINISTRATION A L'INTÉRIEUR, ET DE LA VALEUR COMPARATIVE DES DIVERS TRAITEMENS RECOMMANDÉS CONTRE CETTE AFFECTION;

Par le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite. — Voir le numéro du 4 Janvier 1855.)

Observation II. — *Colique de plomb intense. Traitement par le chloroforme* intùs *et* extrà. *Calme presque immédiat des accidens. Rétablissement des garde-robes au sixième jour. Cessation prématurée du traitement. Retour de la constipation. Reprise du traitement. Guérison rapide.*

Hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, n° 46. Poiret (Henry), âgé de 38 ans, peintre en bâtimens, entré le 29 janvier 1853, sorti le 4 mars. Cet homme, d'une constitution médiocrement forte, avait eu à l'âge de 16 ans une première colique pour avoir commis l'imprudence de manger de la céruse, colique traitée par les vomi-purgatifs, et depuis cette époque il avait eu encore deux ou trois atteintes de colique saturnine, traitées de la même manière. Il avait encore eu le choléra, ou du moins des accidens cholériformes en 1848; et depuis cette époque il était sujet à des crampes dans les membres. Les accidens actuels remontaient à près de huit jours; il avait commencé par perdre l'appétit, puis il avait été pris de constipation et de coliques.

Le 30 janvier, nous le trouvâmes dans l'état suivant: face assez colorée exprimant la souffrance; nausées provoquées principalement par les boissons; vomissemens bilieux assez abondans depuis la veille; agitation; inquiétude; crampes dans les jambes, dans les bras et dans la mâchoire; peau chaude; pouls battant 80 ou 84 fois par minute, assez développé; soif vive; langue rosée, légèrement blanchâtre; pas d'appétit; gencives gonflées d'un rouge assez vif, ainsi que la muqueuse buccale, offrant un liseré bleuâtre au niveau des dents de la mâchoire supérieure, qui étaient couvertes d'un enduit jaune sale; douleur entre l'ombilic et l'épigastre, avec rétraction de cette partie de l'abdomen; pas de sensibilité à la pression, mais plutôt du soulagement; pas de garde-robes depuis quatre ou cinq jours; sensation d'arrachement dans le ventre qui, partant de l'hypogastre, s'arrêtait à la région épigastrique; anesthésie disséminée sur plusieurs points du corps. Le malade présentait un peu de trouble dans les idées, de la céphalalgie et quelques étourdissemens, des mouvemens convulsifs de temps en temps dans les muscles de la face et des membres. Pour calmer cette agitation, je lui fis prendre immédiatement 20 gouttes de chloroforme dans une cuillerée d'eau sucrée, et lui fis une application de chloroforme sur la région épigastrique. Je lui prescrivis, en outre, deux juleps, un pour la journée, un pour la nuit, chacun avec 30 gouttes de chloroforme, et quatre lavemens, deux pour la journée, deux pour le soir, dont deux avec de l'eau simple et deux quarts, chacun avec 30 gouttes de chloroforme.

31 janvier. Les vomissemens ont été arrêtés et le malade a pris ses potions sans les rendre. Ce matin seulement il a bu abondamment, et à la suite il a vomi; mais il n'a pas été à la garde-robe. Dans la journée, il a souffert et assez vivement pour avoir été obligé, à plusieurs reprises, de placer son oreiller sur son ventre pour se soulager; néanmoins, il est aujourd'hui plus calme qu'hier. Les douleurs ont été un peu calmées. Sommeil agité; l'agitation persiste encore ce matin; parole brusque; quelques mouvemens dans les muscles du visage; pouls assez développé, un peu dur, à 96; langue blanche, humide, soif vive; peu d'appétit; encore de la douleur dans l'abdomen, soulagée par la pression; cette douleur a été calmée hier par l'application du chloroforme. Nouvelle application de chloroforme. Administration *illicò* de 20 gouttes de chloroforme dans une cuillerée d'eau. Deux potions de chloroforme; deux lavemens simples et deux quarts de lavemens de chloroforme, comme la veille. Bain sulfureux.

1er février. Journée d'hier très calme; pas de crampes ni d'agitation; nuit bonne; assez bon sommeil. Ce matin, calme très marqué; face naturelle; langue blanche, humide; pouls à 96; peau un peu chaude, fortement brunie par le bain sulfureux; encore un peu de douleur autour de l'ombilic. Les lavemens simples ont été rendus par le malade tels qu'il les a pris; il a gardé au contraire les quarts de lavement au chloroforme; mais les évacuations intestinales ne sont pas rétablies. Un peu d'appétit. (Deux potions, chacune avec 30 gouttes de chloroforme; deux lavemens d'eau simple et deux quarts de lavemens, chacun avec 50 gouttes de chloroforme. Bain alcalin savonneux. Une portion d'alimens.)

2 février. Journée d'hier assez bonne; mais dans la nuit il a été un peu souffrant. Pas de nausées, de vomissemens, ni de garde-robes. Encore de la douleur entre l'ombilic et l'épigastre, diminuant par la pression. Pas de garde-robes. Le bain n'a pas été pris par erreur. (Même prescription.)

3 février. La journée d'hier a encore été calme, ainsi que la nuit; mais le malade a rendu quelques matières après son troisième lavement. Ce matin, la face est calme et naturelle; le malade éprouve un peu d'assoupissement, qu'il attribue au chloroforme. Quelques douleurs à la région épigastrique, mais bien moindres que la veille; le ventre s'assouplit. Le pouls reste toujours fréquent à 92 ou 98. (Même prescription.)

4 février. Le troisième lavement a encore amené quelques matières dures. La journée d'hier a été bonne, ainsi que la nuit; et à part un peu de mal d'estomac, quelques envies de vomir, que le malade attribue au chloroforme, et un reste de douleur, très supportable, à la région épigastrique, son état est très satisfaisant. Face calme, naturelle; peu de chaleur à la peau; pouls à 76; appétit. (Je supprime les potions et je fais ajouter aux quarts de lavemens 60 gouttes de chloroforme dans chacun. Bain de vapeur; deux portions d'alimens.)

5 février. Garde-robe très abondante dans la matinée d'hier, immédiatement après le déjeuner. Soulagement très marqué à la suite. Journée et nuit bonnes. Ce matin, face calme et naturelle; appétit; ventre souple, complétement indolent. Pas de chaleur à la peau. Pouls médiocrement développé à 78 ou 72. (Deux quarts de lavement avec 50 gouttes de chloroforme chacun; deux lavemens simples; bain de vapeur. Trois portions d'alimens.)

6 février. Deux garde-robes dans la journée d'hier, après chaque repas, un peu en dévoiement, et cette nuit, trois autres garde-robes également en dévoiement, avec quelques douleurs de ventre. Ce matin, le ventre est souple et indolent, l'appétit très bon, la face naturelle, la langue humide; pas de chaleur à la peau; 72 pulsations. (Même prescription. Bain sulfureux.)

7 février. Cinq ou six garde-robes en dévoiement dans les vingt-quatre heures. Même état que la veille. (Deux quarts de lavement, chacun avec 40 gouttes de chloroforme; bain de vapeur. Trois portions.)

8 février. Deux garde-robes liquides depuis hier; bon appétit; face calme, naturelle; bon sommeil; pas de douleur dans le ventre. Le malade commence à se dégoûter des lavemens; il se trouve au contraire fort bien des bains de vapeur. (Bain de vapeur. Trois portions.)

En cédant aux instances du malade, qui était dégoûté du chloroforme, j'avais un but: je voulais savoir si la guérison était définitive, et si, en particulier, le rétablissement des garde-robes était complet. Le 9 février, c'est-à-dire le lendemain, le malade m'annonça qu'il n'avait pas été à la garde-robe et qu'il avait ressenti quelques douleurs vagues dans le ventre. Je lui prescrivis un quart de lavement avec 60 gouttes de chloroforme. Comme il n'avait pas encore été à la selle, le 10 au matin, je lui rendis, avec le quart de lavement, son julep au chloroforme (50 gouttes). Mais sa potion n'était pas encore arrivée de la pharmacie qu'il allait spontanément à la garde-robe, et à la suite de la potion il eut encore deux selles. Je continuai la potion jusqu'au 15 février, que je m'en tins à un quart de lavement au chloroforme; le malade allait à la garde-robe tous les deux jours, ne souffrait plus dans le ventre, mais y ressentait cependant un léger embarras. Aussi je persistai à donner tous les deux jours un quart de lavement avec 30 ou 40 gouttes de chloroforme; et le malade prenait alternativement des bains sulfureux et des bains de vapeur. Tout traitement actif fut interrompu à partir du 20 février, sauf les bains de vapeur, et lorsque le malade quitta l'hôpital, en pleine santé, le 4 mars, il y avait près de douze jours que les évacuations intestinales étaient parfaitement régularisées.

Je n'insiste pas, pour le moment, sur ce que cette observation offre d'instructif relativement à la durée à donner au traitement dans certains cas. Le fait suivant est encore plus remarquable sous le rapport de la dose à laquelle il a fallu porter le médicament pour se rendre maître des accidens.

Observation III. — *Colique saturnine très intense. Traitement par les applications de chloroforme et son administration à haute dose à l'intérieur. Calme presque immédiat. Rétablissement des garde-robes au cinquième jour. Guérison rapide.*

Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 54, Cazolo (Joseph), 30 ans, peintre en bâtimens, entré le 30 octobre, sorti le 10 novembre 1853. Cet homme, d'une constitution forte et robuste, d'une santé excellente, n'exerce que depuis trois ans la profession de peintre. Il a beaucoup travaillé dans ces derniers temps, particulièrement à poncer et à boucher avec du mastic au blanc de céruse. Depuis une huitaine de jours il éprouvait de temps en temps des douleurs lancinantes dans le ventre; il avait perdu l'appétit, avait de l'amertume à la bouche et de la faiblesse dans les jambes. La constipation s'était montrée il y a trois jours; mais c'est seulement dans la soirée du 29 qu'il a été pris tout d'un coup de coliques très violentes qui l'ont fait tomber par terre de douleur, et au milieu desquelles il se roulait en se débattant. Depuis ce moment, il n'a pas cessé un instant d'éprouver des douleurs vives dans l'abdomen, n'a pas dormi et n'a pas uriné. Pas de garde-robes non plus depuis trois jours.

A son entrée à l'hôpital, tel était son état de souffrance que l'interne crut devoir lui faire une application de chloroforme sur le ventre et lui administrer 50 gouttes de chloroforme dans un demi-verre d'eau sucrée. Soulagement immédiat, un peu de sommeil; mais une heure après les douleurs ont reparu aussi vives et le malade a vomi d'abord une potion purgative qui lui avait été donnée le matin par un pharmacien, ensuite de la bile en abondance; il a été très souffrant dans la soirée, et la nuit il n'a pas eu un instant de sommeil.

Le lendemain, le 31 octobre, le malade était encore dans un état d'agitation et de souffrance excessives; il se tordait de temps en temps sur son lit et grinçait des dents; la face exprimait une anxiété profonde. Nausées; vomissemens bilieux; respiration précipitée; douleurs vives ayant leur siége autour de l'ombilic, avec tortillemens exaspérés par une pression légère, soulagés par une pression forte; constipation absolue; liseré bleuâtre des gencives supérieures; dents brunâtres dans leur moitié la plus rapprochée des gencives; soif vive; perte d'appétit; pouls à 72, médiocrement développé.

Pas de chaleur à la peau; pas de douleur dans les membres; la peau est couverte de céruse; la sensibilité est émoussée sur les avant-bras et sur les mains.

Pour calmer les douleurs atroces éprouvées par le malade, j'appliquai immédiatement, sur la région ombilicale, une compresse sur laquelle j'avais versé quelques grammes de chloroforme; je lui fis prendre, en outre, par la bouche, 30 gouttes de chloroforme dans un demi-verre d'eau, et je lui prescrivis deux potions gommeuses, l'une pour la journée, l'autre pour la nuit, contenant chacune 50 gouttes de chloro-

---

tant de vieilles amitiés ont cimenté les siennes. Quel plus bel éloge peut-on faire de son esprit et de son cœur?

En jetant, Messieurs, un regard sur cette vie si courte et pourtant si remplie, on aime à la fois dans Requin le pathologiste érudit et profond, au savoir étendu, presque encyclopédique, l'homme courageux et persévérant qui a conquis par un travail des plus opiniâtres les positions les plus élevées de la hiérarchie médicale; on aime peut-être plus encore ce cœur si complétement honnête, cette âme sympathique à tout ce qui est bien, cet ami dévoué, fidèle, d'un commerce si sûr. Aussi Requin, qui n'appartenait à la Faculté que depuis trois ans, avait su exciter parmi nous cette affection vive qui ne s'acquiert d'ordinaire que par une longue habitude. En exprimant ici les regrets de tous mes collègues pour une perte aussi cruelle qu'imprévue, qu'il me soit permis d'y joindre aussi l'expression de ma propre douleur, douleur bien vive, car je perds en ce jour dans Requin un ancien maître, et je vois se briser pour jamais une amitié de plus de vingt ans, que ne troubla jamais aucun nuage.

Voici le discours prononcé par M. Fr. Dubois, au nom de l'Académie impériale de médecine :

Messieurs,

S'il est une mort à laquelle l'Académie était loin de s'attendre et qui devait la frapper d'une profonde consternation, c'est assurément celle du laborieux et honnête confrère qui vient de nous être si cruellement enlevé.

M. Requin était, en effet, un de nos plus jeunes collègues; c'est récemment qu'il était à l'Académie, et tout devait nous faire croire que, pendant de longues années, il serait un des plus fermes soutiens de notre compagnie.

M. Requin, cependant, n'était pas un homme nouveau dans la science; on vient de vous rappeler ses débuts heureux dans la carrière médicale; dès 1829, il avait paru avec un remarquable éclat dans les concours de la Faculté; c'était un des élèves les plus distingués de l'Université; comme tant d'hommes de talent et d'avenir, il avait commencé par l'enseignement privé; admis dans le sein d'une grande famille et honoré de sa confiance, il s'était chargé d'une éducation particulière; et c'est par d'estimables services qu'il s'était concilié un de ces patronages qui font autant d'honneur à ceux qui en sont l'objet qu'à ceux qui les exercent.

M. Requin avait conservé le goût des lettres, et ce goût n'en donnait que plus de valeur et de distinction à ses travaux scientifiques.

M. Requin devait tout à lui-même; fils d'un général mort sans fortune, la vie devait être pour lui comme un long combat. Un premier concours l'avait attaché à la Faculté en qualité d'agrégé; une seconde lutte l'avait fait entrer dans le service des hôpitaux; puis, et après plusieurs tentatives, un suprême effort l'avait élevé au rang de professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Ce n'est qu'après avoir obtenu toutes ces distinctions que M. Requin s'était présenté aux suffrages de l'Académie; outre les souvenirs si honorables des luttes qu'il avait soutenues, M. Requin pouvait invoquer ses longs services dans les hôpitaux et des publications d'un mérite incontestable; il avait commencé par publier les leçons d'un maître qui s'applaudissait d'avoir trouvé en lui un habile interprète. Puis il avait publié en son propre nom le grand ouvrage de médecine pratique qui se trouve aujourd'hui entre les mains de tous les élèves.

Tels étaient, Messieurs, les titres que M. Requin avait pu faire valoir quand l'Académie l'accueillit dans son sein; et elle devait d'autant plus se féliciter de cette acquisition, que M. Requin était encore dans la force de l'âge et dans la plénitude de brillantes facultés, plein d'amour pour son art, doué d'une facile élocution et exercé à toutes les formes de la dialectique; en outre, un cœur excellent et un généreux caractère; tout entier au sentiment de ses devoirs; encore quelques années, et M. Requin serait devenu, comme ses maîtres, MM. Andral, Chomel, Louis et Rostan, l'honneur de la médecine française. Hélas! Messieurs, tout cela s'est évanoui en un moment! un peu de terre va couvrir la froide dépouille de l'homme sur qui reposaient tant d'espérances!

Qui m'aurait dit que le triste et douloureux devoir de prononcer ce suprême adieu me serait sitôt imposé; moi qui depuis tant d'années avais cultivé la plus étroite amitié avec cet estimable confrère.

Après un coup si cruel et si inattendu, que pourrais-je dire de plus? Comment recueillir mes idées au bord de cette tombe? et comment pourrais-je parler dignement d'un ancien élève et d'un constant ami, quand je ne sens que le trouble où me jette cette mort si imprévue?

Un jour, je l'espère, il me sera donné de rendre un plus digne hommage à sa mémoire; aujourd'hui, au milieu de cette sainte et funèbre cérémonie, à l'aspect de monumens qui, tous, nous rappellent le néant des grandeurs humaines, l'hommage le plus éloquent et le plus vrai, c'est cette profonde affliction que je vois sur tous les visages qui m'entourent, et cette explosion à peine contenue de tant de douleurs et de regrets.

M. Henri Roger, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, s'exprime ainsi au nom de cette Société :

Lorsque le confrère éminent que nous pleurons était secrétaire général de la Société des médecins des hôpitaux, que j'ai l'honneur de représenter dans cette triste cérémonie, il avait spontanément ajouté à ses devoirs celui de payer un dernier hommage aux collègues qui nous étaient ravis, celui de parler sur ces tombes où sont précipités les meilleurs et les plus glorieux. C'est donc faire chose agréable à la mémoire de Requin, que d'ajouter à la douleur commune, au deuil que doivent ressentir tous les membres de la profession, l'expression des regrets que sa perte inspire plus particulièrement à la *Société médicale des hôpitaux*, et de lui adresser solennellement l'adieu suprême de ses collègues affligés.

Des voix amies, des voix éloquentes viennent de vous retracer les différentes phases de la carrière laborieuse de Requin: on vous a dit ses commencemens humbles et pénibles; ce qu'il lui fallut tout de suite avoir de persévérance et déployer d'efforts, lui quatrième enfant d'un général mort sans fortune; son admission gratuite dans une institution de Paris, où il payait en prix au grand concours; son professorat dans cette même pension et simultanément ses études médicales (le matin,

forme, plus quatre lavemens distribués de même, dont deux d'eau simple et deux contenant chacun 30 gouttes de chloroforme; enfin un bain sulfureux.

1er novembre. Calme après les potions et les lavemens. Le malade s'est trouvé également bien de son bain sulfureux. Très peu de vomissemens dans la journée d'hier. Il en a eu quelques-uns ce matin, mais il y a quelques heures que la potion est achevée. Néanmoins, l'amélioration est évidente. La face est calme; les douleurs de ventre beaucoup moins vives; la miction facile; la sensibilité a reparu, ainsi que l'appétit. Pas de soif. Mais le malade n'a pas été à la garde-robe et n'a nullement éprouvé le besoin d'y aller. La peau a fortement bruni. Pouls à 60. (30 gouttes de chloroforme *illico;* deux potions avec 50 gouttes de chloroforme, deux lavemens simples; deux quarts de lavement avec 30 gouttes de chloroforme. Bain alcalin. Potages.)

2 novembre. Le malade se trouve très bien; la journée et la nuit d'hier ont été excellentes; pas de nausées ni de vomissemens dans la journée d'hier; un vomissement bilieux ce matin; pas de coliques; pas de garde-robes; un peu de gonflement dans l'abdomen; 60 pulsations. (Même prescription. Bain sulfureux. Lait pour nourriture.)

3 novembre. Le malade continue à se trouver très bien; mais il éprouve une sensation de gonflement à la région épigastrique, un peu de gargouillement dans le ventre qui est souple et indolent dans toute son étendue. Le malade a rendu quelques gaz après les lavemens. Appétit. (Même traitement. Bain alcalin. Une portion.)

4 novembre. Même état que la veille. Le malade n'a pas encore été à la garde-robe; mais il ne s'en préoccupe nullement parce qu'il ne souffre plus dans le ventre et que l'évacuation de quelques gaz par l'anus lui fait espérer le rétablissement prochain du cours des matières. L'appétit est toujours très bon. (Même prescription. Bain sulfureux. Deux portions.)

5 novembre. Le malade a été pour la première fois hier à la garde-robe. Il a eu trois selles abondantes, composées en grande partie de matières dures. Ventre souple, indolent. Bon appétit. (Même prescription. Bain alcalin; seulement la quantité de chloroforme est réduite à 30 gouttes dans le julep.)

6 novembre. Encore deux garde-robes dans la journée d'hier, dont une sans lavement. Pas de douleur dans le ventre. Bon appétit. (Julep avec 30 gouttes de chloroforme. Deux lavemens, dont un d'eau simple, l'autre avec 30 gouttes de chloroforme. Trois portions.)

Les jours suivans, le malade va de mieux en mieux; seulement, comme il présentait le 7 un peu de gonflement de l'estomac, la dose de chloroforme a été portée à 100 gouttes pour les vingt-quatre heures et continuée ainsi jusqu'au 9. J'ai continué également les bains alcalins et sulfureux alternativement. Le 9, bain de vapeur; le 10, le malade sort en bon état. Les garde-robes étaient redevenues spontanées. Depuis trois jours le malade mangeait quatre portions d'alimens.

Voici donc comment me paraît devoir être institué aujourd'hui le traitement de la colique de plomb par le chloroforme, afin de lui assurer toute l'efficacité convenable, mais en laissant, bien entendu, à la formule que je vais donner une certaine latitude en rapport avec les besoins de chaque cas particulier:

Le premier jour, pour peu que les douleurs soient intenses, il faut faire immédiatement sur le ventre et au niveau des points douloureux une application topique de chloroforme; j'ai complétement renoncé aujourd'hui dans le traitement de la colique de plomb, comme pour toute autre affection, à verser le chloroforme sur une compresse mouillée et exprimée avec soin: l'humidité de la compresse ramollit la peau si fine de l'abdomen et facilite l'action agressive et vésicante de l'agent anesthésique. Le chloroforme doit être versé goutte à goutte sur une compresse fine et sèche placée sur l'abdomen, et celle-ci doit être imprégnée modérément dans l'étendue que le malade assigne à la douleur (la dose est de 2 à 4 grammes); puis le médecin doit appliquer une ou deux compresses sèches sur la première et maintenir le tout en contact avec l'abdomen ou faire maintenir les compresses par une personne étrangère; car certains malades peu raisonnables s'empresseraient de les enlever dès que le chloroforme commence son action. Une, deux, trois ou cinq minutes au plus suffisent, suivant les cas, pour arriver à l'effet désiré.

Dans les cas fort intenses, en attendant que la potion et le lavement aient pu être préparés, il est souvent nécessaire de faire prendre immédiatement à l'intérieur, dans une cuillerée ou dans un quart de verre d'eau sucrée, une certaine quantité de chloroforme qui varie entre 20 et 50 gouttes.

Puis commence le véritable traitement qui comprend:

1° Pour la journée: une potion qu'on fait prendre par cuillerées à café aux malades et dont voici la formule:

Pr. Chloroforme	de	20 à 50 gouttes.
Gomme adragante		4 grammes.
Sirop de sucre.		30 grammes.
Eau.		100 grammes.

(La gomme adragante, qui a pour but de suspendre le chloroforme, n'est pas indispensable; il suffit d'agiter la potion dans laquelle on a versé l'anesthésique avant d'en faire prendre une cuillerée au malade pour que la division et la suspension soient convenables. Le flacon doit être conservé dans un endroit frais et bouché avec soin.)

Un lavement simple, qui a pour but de laver le gros intestin;

Un quart de lavement, administré immédiatement après que le malade a rendu le lavement simple et dont voici la composition:

R. Chloroforme.	de	30 à 50 gouttes.
Gomme adragante.		8 grammes.
Jaune d'œuf.		N° 1.
Eau.		125 grammes.

(Ce lavement doit être conservé aussi dans un flacon bouché et dans un endroit frais.)

Le malade doit résister au besoin de rendre le dernier lavement et le garder le plus longtemps possible.

2° Pour la soirée et pour la nuit: une potion exactement semblable à la première, un lavement simple et un quart de lavement au chloroforme à la même dose que le matin, administré immédiatement après que le malade a rendu le lavement simple et qui doit être gardé comme celui du matin.

Le deuxième jour, si la douleur n'a pas entièrement quitté l'abdomen, et surtout si elle est encore vive, nouvelle application topique, mais avec une dose moindre de chloroforme, et pendant une ou deux minutes au plus. Très rarement il est nécessaire de faire prendre *illico* une dose de chloroforme (20 ou 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée). On continue dans la journée la potion au chloroforme à la même dose que la veille; le lavement simple et le quart de lavement de chloroforme comme celui du jour précédent. Dans la soirée, la prescription est répétée exactement comme dans la journée, et le malade garde précieusement pour la nuit la potion qui doit l'empêcher de souffrir.

Le troisième jour, l'application topique est rarement utile, et on peut généralement réduire, comme cela peut se faire quelquefois dès le deuxième jour, la quantité de chloroforme, tout en continuant les deux potions pour le jour et la nuit, le lavement simple et le quart de lavement de chloroforme pour la journée ainsi que pour la soirée (la dose de chloroforme peut être souvent réduite à 20 gouttes pour chaque potion et à 30 gouttes par quart de lavement). Le médecin doit déjà s'informer auprès du malade s'il a de l'appétit et l'engager, lors même que l'appétit fait entièrement défaut, à prendre quelques potages légers.

Même traitement presque sans changement le quatrième et le cinquième jour; seulement si le malade se fatigue des potions de chloroforme, on n'en prescrit qu'une pour les vingt-quatre heures, dont on répartit l'administration dans cet espace de temps, en reportant sur les lavemens une plus grande quantité de l'agent anesthésique. L'alimentation doit être rapidement augmentée si les malades la supportent bien.

Dès le sixième jour, et à plus forte raison le septième, la quantité de chloroforme peut être réduite encore un peu: une seule potion avec 20 ou 30 gouttes, quelquefois même pas de potion, mais seulement les deux lavemens simples et les deux quarts de lavement, le matin et le soir.

On continue encore le traitement par prudence jusqu'au huitième, neuvième, dixième, onzième et même douzième jour, mais seulement dans les cas graves et en lavemens, dont on réduit le nombre à deux par jour, un lavement simple et un quart de lavement de chloroforme avec 30, 40 ou 50 gouttes.

En outre, dans l'intervalle et dès le premier jour, les malades doivent prendre un bain sulfureux, et ce bain, indispensable lorsqu'on a affaire à des personnes dont la peau s'est trouvée en rapport avec des préparations saturnines, est encore avantageux dans les autres cas, parce qu'il calme les douleurs arthralgiques si communes dans les intoxications plombiques. On peut faire alterner le bain sulfureux avec un bain alcalin savonneux destiné à nettoyer la peau du sulfure de plomb laissé par le bain précédent. Mais aussitôt que le malade est un peu plus calme, il faut remplacer ces bains, ainsi que je le fais avec succès depuis quelque temps, par les bains de vapeur qui débarrassent les pores de la peau d'une manière plus efficace que les moyens précédens.

(La suite à un prochain numéro.)

SYPHILOGRAPHIE.

SUR LE CHANCROIDE SYPHILITIQUE.

Très honoré confrère.

M. le docteur Clerc vient de publier dans les nos 151 et 152 de votre journal un mémoire sur ce qu'il appelle le chancroïde syphilitique. Le but de ce travail est d'établir qu'il existe deux variétés de chancres syphilitiques, dont l'une est le chancre induré et infectant, et l'autre le chancre non induré, non infectant, ou chancre simple. A l'appui de sa théorie, M. Clerc cite treize faits dont le dernier a trait à une malade qu'il est venu voir dans mon service à l'hôpital de Lourcine et dont il avait soigné l'amant affecté de chancres simples non indurés.

Je ne puis ni ne veux discuter actuellement la théorie; mais je dois à la vérité de faire connaître l'observation entière de cette malade. La voici telle qu'elle a été rédigée par M. Henry, interne du service:

La nommée Elise P..., 18 ans, couturière, entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis, n° 5, le 3 août 1854. A son entrée on constate, à la partie postérieure de la vulve, cinq ulcérations rangées en forme de croissant. Elles siégent sur de petites élevures mamelonnées; elles ont un fond grisâtre, sanieux, déprimé en godet et des bords taillés à pic. Le vagin est le siége d'une inflammation intense avec sécrétion muco-purulente; le col utérin est intact.

---

simple élève des hôpitaux, mais élève distingué par Dupuytren, et, le soir, brillant professeur ès-lettres latines et grecques); plusieurs années passées comme précepteur dans une honorable famille, où il gagna de hautes amitiés de toute la vie; puis son retour à la médecine qui, cette fois, fut définitif; deux concours heureux, à l'agrégation, au Bureau central des hôpitaux; et désormais, des luttes incessantes, pour la chaire de physiologie, pour celle de thérapeutique, pour celle d'hygiène, pour celle de pathologie médicale, luttes où il fut toujours le plus redouté des vaincus, où ses revers étaient presque « triomphans à l'envi des victoires » selon l'expression de Montaigne; et enfin ce dernier combat dont le prix, disputé si vaillamment, si ardemment souhaité, fut le titre de professeur dans la première Faculté du monde, dans la Faculté de Paris.

Mais je ne veux ici que rappeler brièvement ce que Requin fut dans la Société médicale des hôpitaux: dès le principe, il avait été chargé, par le suffrage unanime de ses confrères, des fonctions de secrétaire général; ces fonctions, dont l'importance est grande alors que les Associations se constituent et se livrent à leurs premiers travaux, il les remplit avec le zèle le plus louable et le plus incontestable talent. Quand la compagnie perdit Fouquier, son illustre président, il fit l'*Eloge* de ce maître vénéré; et la Société, qui goûta les mérites de cette œuvre véritablement littéraire, n'eut qu'à se féliciter de s'être donné un secrétaire qui savait écrire.

Plus tard, Requin fut appelé aux honneurs de la vice-présidence et de la présidence, et, dans ces fonctions nouvelles, il ne rendit pas de moindres services: d'une intelligence nette et prompte, d'un esprit vif et juste, servis par une parole facile, colorée, incisive, il excellait à diriger les discussions scientifiques, à les éclaircir, à les tempérer, à les animer au besoin.

Dans les questions professionnelles, il apportait à la Société le secours de ses lumières, l'autorité d'un caractère ferme et conciliant à la fois; il élevait ces questions au niveau le plus haut de la dignité médicale.

Chez l'excellent confrère qui vient de nous être enlevé, l'homme valait plus encore que le savant.

Requin avait tous les courages: le courage guerrier, il l'avait par héritage paternel, et il le fit bien voir dans les sinistres journées de juin 1848, alors que sans armes, et portant le drapeau de l'ordre dans sa compagnie de gardes nationales, il marchait résolûment au devant du danger.

Il avait un autre courage, parfois plus difficile, celui de ses convictions scientifiques; et il ne craignit pas, dans un article de l'*Encyclopédie du XIXme siècle*, de verser à pleines mains le ridicule et le blâme sur la doctrine des infiniment petits.

C'était un confrère plein de cœur et de dévoûment; aimable avec les bons et redoutable aux méchans par les traits de sa verve caustique.

C'était un véritable philosophe pratique; il trouvait des consolations aux traverses de cette vie et en lui-même, dans un fonds inépuisable d'égale humeur, et dans ses livres chéris de linguistique et de philosophie, dans ses vieux auteurs de littérature et de médecine.

Toujours il s'était trouvé heureux, même au temps de ses plus modestes commencemens, même dans ses longues heures de lutte. Aussi, comme il savoura le bonheur du succès! Comme il jouissait de cette position honorable et glorieuse de professeur et de praticien, position qu'il avait si péniblement conquise!

Il était dans la maturité et dans la plénitude de son talent; il semblait dans toute la force de la santé, et voici qu'une maladie impitoyable vint abattre cette constitution robuste et détruire ces joies éphémères.

Requin sentit cette cruelle atteinte, et son âme n'en fut pas ébranlée; il avait su vivre ferme et tranquille; il sut mourir de même. L'amertume de la séparation fut tempérée par la douce conviction qu'il emportait avec lui l'estime, les regrets, l'affection de tous. Il a dû aussi entrer paisiblement dans le repos éternel, en se rappelant ces dernières paroles de Socrate: « Les honnêtes gens, ni vivans ni morts, n'ont rien à craindre des dieux. »

— Nous publions avec intérêt l'extrait suivant du *Mauritius Reporter* du 27 septembre, qui paye un juste tribut de reconnaissance à deux estimables médecins de la Réunion, MM. Lejeunne et Mathieu:

« La population de Maurice apprendra avec un sincère regret que le docteur Lejeunne, l'un des deux médecins de l'île Sœur qui, lorsque le choléra était à son apogée, se sont empressés de quitter la Réunion pour venir offrir leurs services au gouvernement d'une façon si noble et si désintéressée, quitte notre ville ce soir à bord du navire *la Ville de Granville*.

» Il nous est bien agréable de répéter ce que nous avons dit, que tous les médecins de la colonie ont fait leur devoir au moment du danger. Mais si notre reconnaissance pour leurs efforts surhumains, dans le but d'arrêter les progrès de la maladie, ne peut être exprimée, comment pourrions-nous dire l'admiration que nous ressentons pour ces volontaires dont le seul aiguillon a été un sentiment de charité chrétienne, dont la seule ambition a été d'arracher leurs semblables à une mort prématurée?

» Nos lecteurs savent que MM. les docteurs Mathieu et Lejeunne, à leur arrivée dans cette colonie, se sont mis à la disposition du gouvernement; ils ont été envoyés successivement dans différens districts de l'île, où leurs noms sont restés gravés dans les cœurs des malheureux dont ils ont allégé les souffrances.

» Après la disparition du fléau, le gouvernement local a offert à MM. Lejeunne et Mathieu une belle rémunération pour leurs services, et ils l'ont refusée.

» On nous a informé que le docteur Clerichew, médecin en chef de cette colonie, a envoyé au gouvernement un rapport qui rend pleine justice au caractère et aux services des deux médecins en question, et que l'intention de S. H. le général Sutherland est d'envoyer ce rapport au gouvernement de la métropole, avec une dépêche confirmant sur tous les points les termes flatteurs du docteur Clerichew. »

Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement engorgés, indolens; ils forment une pléïade manifeste, surtout dans les plus internes. Traitement, pansement simple, bains entiers, injections vaginales avec l'eau aluminée, quatre portions.

M. le docteur Clerc, qui vient visiter la malade, nous dit que cette jeune fille a été infectée par un jeune homme atteint de plusieurs chancres au prépuce, non indurés et n'ayant pas déterminé d'accidens secondaires, et qu'ensuite elle a eu commerce avec un individu sain auquel elle a, à son tour, communiqué des chancres simples. M. Clerc pense, d'après cela, que notre malade n'aura pas de symptômes secondaires.

Le 21 août, aucun traitement spécifique n'ayant été fait, les chancres existent toujours. les ganglions inguinaux sont dans le même état d'engorgement indolent, la malade se plaint de perdre ses cheveux; cependant on ne voit rien dans le cuir chevelu.

Le 28, les chancres tendent vers la cicatrisation, il y a sur les grandes lèvres quelques ulcérations blanchâtres. On constate sur toute l'étendue de la peau du ventre et sur celle de la poitrine des taches de roséole. La chute des cheveux persiste et l'on sent distinctement plusieurs ganglions occipitaux cervicaux. La malade est mise en traitement par la liqueur de Van Swieten.

Le 4 septembre, les chancres sont presque entièrement cicatrisés. Quelques condylomes, dont l'un ulcéré, existent à l'anus.

Le 8, cicatrisation complète des chancres, même état général.

Le 18, rougeur vive du pharynx, mais sans ulcérations. La roséole disparaît, les cheveux continuent à tomber; même traitement mercuriel. De plus, le vagin est touché deux fois par semaine avec la solution d'azotate d'argent.

Le 1er octobre tout a disparu à peu près; mais le traitement mercuriel est considéré comme insuffisant, puisqu'il n'a été commencé que longtemps après l'entrée de la malade à l'hôpital, lorsque les symptômes constitutionnels se sont manifestés.

Le 30, sortie dans un état parfait de guérison.

Telle est, Monsieur le rédacteur en chef, l'observation dont le commencement seulement a été publié par M. Clerc; il est fâcheux que cet honorable confrère n'ait pas pu la compléter, car elle prouve précisément le contraire de ce qu'il avance, puisque des chancres simples, considérés comme non infectans, contractés avec un homme ayant le même symptôme, puis communiqués, sous la même forme, à un autre homme, ont été suivis, chez cette femme, de roséole, d'alopécie, d'engorgemens cervicaux, de condylomes à l'anus, symptômes qui ont nécessité un traitement mercuriel de deux mois et un séjour de 88 jours à l'hôpital.

Agréez, etc. CULLERIER.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Décembre 1854. — Présidence de M. COMBES.

M. BILLIARD adresse, comme faisant suite à de précédentes communications qui, bien que diverses par les sujets traités, avaient toutes un but commun, la recherche des causes du *choléra-morbus*, un nouveau mémoire intitulé : *Première étude sur les manifestations électriques des plantes*.

Les expériences qui font l'objet de ce mémoire ont été entreprises dans l'idée que leurs résultats confirmeraient ce que l'auteur tenait déjà pour probable d'après les conclusions auxquelles il était arrivé relativement aux animaux, savoir, que les plantes possédaient une électricité propre, différente de celle que manifestent les êtres vivans appartenant à l'autre règne et également distincte de celle qui se manifeste dans les corps inorganiques.

Son système d'expérimentation consiste à approcher une plante vivante d'une aiguille en gomme laque librement suspendue par un fil sans torsion, et à voir si cette aiguille reste immobile ou si elle dévie; et, dans ce dernier cas, si la déviation est forte ou faible, si elle s'opère vers la droite ou vers la gauche de l'opérateur.

Il fait remarquer, à cette occasion, que des plantes qui prennent promptement la température du milieu dans lequel on opère offrent pour ces expériences une difficulté de moins que les animaux qui, doués d'une chaleur propre, peuvent par cela seul influencer l'aiguille. Comme, dans le cas qui nous occupe, une action de ce genre aurait pu être exercée par l'observateur lui-même, M. Billiard a eu soin de se tenir toujours à une distance qui lui a paru suffisante, se servant, pour porter le corps essayé à proximité de l'aiguille, d'une tige de chanvre sec d'un mètre de longueur. L'aiguille elle-même est suspendue dans l'intérieur d'un bocal de verre bouché supérieurement, de manière à ce que ses mouvemens ne puissent être attribués à des courans d'air généraux.

Les essais ont été faits avec diverses plantes : pour les unes, c'était un bouton floral, pour d'autres une fleur développée ; dans d'autres cas, un fruit vert ou mûr, ou déjà gâté, une racine, un bulbe, un tubercule.

Pour le tubercule sain de pomme de terre il y a eu, dans trois expériences, une forte déviation à gauche. Pour chacune des autres plantes, dont les unes déviaient plus ou moins à gauche et les autres laissaient l'aiguille en repos, il n'y a jamais eu plus de deux expériences, et souvent il n'y en a eu qu'une seule. Pour un tubercule de pomme de terre malade, il n'y a pas eu de déviation, et l'effet a été également nul pour les fruits déjà gâtés. L'auteur insiste sur ce point comme concourant, avec les résultats analogues obtenus par lui sur les animaux malades, à confirmer sa théorie sur les causes du *choléra-morbus*.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission du concours pour le prix du legs Bréant.

— M. GUÉRIN, à l'occasion des recherches sur les *mouvemens du cœur* récemment présentées à l'Académie, adresse de Mézières une portion d'un travail qu'il préparait sur ce sujet, et dont il avait déjà présenté quelques résultats dans une thèse inaugurale soutenue en 1849.— (Commissaires, MM. Magendie, Rayer, Bernard, déjà désignés pour les communications de M. Hiffelsheim et de M. Faton.)

— M. DESCHAMPS, d'Avalon, adresse une note sur la préparation de *l'huile de foie de morue*, et des échantillons de l'huile préparée suivant le procédé qu'il indique. — (Renvoi à l'examen des commissaires déjà désignés pour deux communications relatives à la même substance : MM. Dumas et Balard, auxquels est invité à s'adjoindre M. Bussy.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 3 Janvier 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Sommaire. — Fracture du rebord alvéolaire des deux mâchoires par un éclat d'obus devant Sébastopol. — Adénite inguinale avec épithélium infiltré dans la glande. — Production cornée de la main. — Discussion sur la nature de cette altération morbide.

Fracture du rebord alvéolaire par un éclat d'obus.

M. LARREY a reçu ces jours derniers, dans son service de l'hôpital militaire d'instruction, un officier qui a été blessé devant Sébastopol par un éclat d'obus. Le projectile a rencontré la face, au côté gauche du menton; le premier effet produit a été une plaie à lambeau de la lèvre supérieure, lambeau qui a été poussé vers la cavité orbitaire, que l'on a remis en place et qui a contracté des adhérences avec les parties subjacentes, bien que la base en fût étroite. Le projectile, doué sans doute d'une impulsion médiocre, a fracturé ensuite le rebord alvéolaire de chacun des os maxillaires depuis la ligne médiane jusqu'au côté droit de la face. Ce rebord a été détaché d'une manière très nette, sans esquilles. Inutile d'ajouter que les dents correspondantes ont été complétement enlevées du même coup. M. Larrey se préoccupe, conjointement avec M. Toirac, de trouver pour ce blessé un moyen de prothèse dentaire.

M. Cloquet fait remarquer que la fracture de la mâchoire, dans le cas qui vient d'être rapporté, rentre dans la classe des fractures par contre-coup, fractures sur lesquelles il a lui-même appelé l'attention, il y a une vingtaine d'années. Nous avons eu l'occasion de rappeler l'opinion de M. Cloquet, en rendant compte d'une des précédentes séances de la Société dans lesquelles M. Prestat a donné la relation d'un cas fort remarquable de fracture du maxillaire supérieur.

Adénite inguinale avec épithélium infiltré dans la glande.

Le titre précédent est relatif à une pièce d'anatomie pathologique présentée par M. FOLLIN. C'est un ganglion de la région inguinale enlevé sur une femme atteinte d'une ulcération de nature cancroïde de la grande lèvre. Ce ganglion était infiltré d'épithélium et contenait un kyste séreux.

Production cornée de la main. — Discussion sur la nature de cette altération morbide.

M. HOUEL fait part de l'observation suivante, qui a été recueillie par un médecin dont il a oublié de prononcer le nom. Une femme de 68 ans présentait, en juin 1851, une ulcération de la main droite, située sur le milieu de la face dorsale du membre. Elle avait une forme étoilée; les bords en étaient taillés à pic; il n'existait alentour ni inflammation, ni ulcération. On traita l'ulcération par l'excision des bords et la cautérisation du fond; la cicatrisation se fit au bout de deux mois. La cicatrice s'épaissit; elle ne fut le siége ni de douleur, ni de démangeaison. Six mois après, il se manifesta une excroissance ayant la forme d'un cône tronqué, qui atteignit dans le cours du mois d'octobre 1853 une hauteur de 5 centimètres. La production morbide ressemblait assez bien à une corne de jeune chevreau. M. Houël se demande si ces productions cornées rentrent dans la classe des cancroïdes de la peau.

Avant de rapporter les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet par plusieurs membres de la Société de chirurgie, il ne sera pas dépourvu d'intérêt de rappeler l'état de la science sur le sujet en question.

Les productions cornées anomales ont été décrites d'une manière très nette par M. Rayer (*Traité des maladies de la peau*, t. III, page 640), qui les considère comme étant formées par une *substance analogue à celle des ongles et de l'épiderme*. Ce que M. Rayer a avancé dès l'année 1835 s'est trouvé complétement confirmé depuis par les recherches microscopiques. Plus tard, en 1845, M. Lebert (*Physiologie pathologique*, t. II, p. 53), en décrivant les tumeurs enkystées d'origine crypteuse (*loupes* des anciens auteurs), signala la présence, dans l'intérieur de ces kystes, d'une *substance cornée* qui s'y amasse quelquefois, et qui peut même traverser l'enveloppe au point de former des excroissances cornées à la peau. Cette substance cornée, dit l'auteur, ne doit son origine qu'à des amas d'épiderme. Le rédacteur de ce compte-rendu a fait connaître en détail, il y a deux ans, dans l'UNION MÉDICALE, l'observation d'une malade de l'hôpital Saint-Louis, à laquelle M. le professeur Denonvilliers enleva une loupe de la tête renfermant une production cornée multiple, qui, examinée par lui-même et par d'autres personnes au microscope, n'était constituée que par des lamelles d'épithélium. Jusqu'ici, il n'est question que de tumeurs bénignes ; mais le cancroïde de la peau peut, à son tour, présenter de ces productions cornées que M. Lebert a signalées (*Traité des maladies cancéreuses*, p. 618. Paris, 1851). Voici comment s'exprime à ce sujet notre savant confrère :

« Lorsque le cancroïde est superficiellement ulcéré, avec hypertrophie notable de la couche papillaire, les croûtes, qui sont toujours composées d'un mélange d'épiderme, de pus et de matière sébacée, peuvent affecter la forme de *cornes* en offrant une surface externe assez lisse, et en représentant, par leur surface interne et adhérente, le moule, pour ainsi dire, des éminences papillaires sous-jacentes. On distinguera toujours ces croûtes cornées des véritables cornes cutanées *par l'absence de tout tassement dense, régulier et horizontal, et par leur siége même, car on sait que les vraies cornes prennent leur origine ordinairement dans un follicule malade de la peau.* »

M. CLOQUET rappelle l'observation d'une malade qui est entrée à l'hôpital des Cliniques pour une production cornée ayant cinq à six pouces de haut, occupant le frontal et une portion des pariétaux, de couleur jaunâtre, présentant des stries analogues à celles de la corne d'un taureau, solidement implantée, avec une ulcération de la peau environnante. C'est à la suite d'une brûlure de la peau du crâne que l'affection s'est développée sur la cicatrice même qui a succédé à la plaie. A l'autopsie, faite par M. Cloquet, on reconnut une mollesse extrême des pariétaux, une dégénérescence en cartilage mou et blanc du coronal et d'une portion des pariétaux. Il existait, en d'autres termes, une sorte de cancer cartilagineux des os du crâne, et la production cornée n'était qu'une végétation de la lame cartilagineuse.

Pour M. BROCA, il y a une différence entre les productions cornées de la peau et le cancroïde du même tissu. Il y a bien entre ces deux produits morbides une analogie réelle au point de vue de la structure : c'est la cellule épithéliale ; mais il y a cette différence entre les deux, à savoir que, dans le cas de production cornée proprement dite, il y a simplement superposition d'épithélium; tandis que dans le cas de cancroïde, l'épithélium est infiltré dans les tissus.

M. VERNEUIL rappelle deux observations de production cornée ; l'une est relative au fait que nous avons rapporté nous-même et que nous avons signalé précédemment ; l'autre a été vue par lui à l'hôpital de Lariboisière; il s'agissait d'une petite tumeur grisâtre, striée en long, occupant la surface extérieure du prépuce. Or, comme dans cette partie il n'existe aucun follicule sébacé, on ne saurait rapporter le développement de la corne à un dépôt d'épiderme dans la cavité d'une tumeur crypteuse.

M. DENONVILLIERS a opéré en 1852, à l'hôpital Saint-Louis, une malade qui avait une loupe de la tête ; il existait dans la tumeur plusieurs masses cornées dont il avait parfaitement reconnu la présence et précisé la nature intime avant même de procéder à l'extirpation du kyste.

M. BROCA a enlevé sur un malade qui s'est présenté à la consultation du Bureau central une tumeur cornée de la région sourcilière. La peau qui recouvrait la tumeur était soulevée et amincie ; il fut facile de mettre à découvert la production morbide qui présentait les mêmes caractères que chez la malade opérée par M. Denonvilliers. Cette corne était formée par des écailles d'épithélium.

M. GIRALDÈS mentionne ce fait, que l'on rencontre souvent dans l'intérieur de kystes renfermant de la matière cornée des follicules sébacés et pileux en nombre plus ou moins considérable; et M. CLOQUET confirme l'opinion précédente, en rapportant l'histoire d'une jeune fille qui portait sur le sternum une tumeur renfermant dans son intérieur un liquide mélangé de flocons albumineux et des poils pelotonnés les uns sur les autres. Les parois du kyste étaient recouverts d'un tissu corné.

M. HUGUIER a vu des productions cornées sur la face coïncider avec une ulcération cancroïde qui occupait la partie latérale des ailes du nez et qui s'étendit plus tard jusqu'à la sous-cloison.

M. DENONVILLIERS fait ressortir toute l'analogie qui existe entre le cancroïde et les productions cornées. Il a enlevé avec succès, il y a quelques mois, sur un homme de la campagne, un cancroïde du nez. Il existait en même temps, sur plusieurs points de la face, de petites tumeurs cornées présentant un caractère benin et que le malade écorchait facilement quand il les grattait.

Dr FANO,
Prosecteur de la Faculté.

COURRIER.

— Nos souscripteurs recevront avec ce numéro le *Titre* et la *Table des matières* du 8me volume de l'UNION MÉDICALE.

— A partir du 1er janvier 1855, le traitement fixe des professeurs de la Faculté de médecine est reporté de 6,000 à 7,000 francs.

— A partir du 1er janvier 1855, le droit de présence aux examens alloué aux professeurs des Facultés des lettres et des sciences est porté de 5 à 7 francs.

— Par suite de la retraite de MM. Moreau et Bricheteau, nommés médecins honoraires des hôpitaux, diverses mutations ont eu lieu dans le service médical de ces établissements :

M. Bouley, de Beaujon est passé à Necker, à la place de M. Bricheteau ;
M. Hip. Bourdon, de Saint-Antoine à Beaujon ;
M. Gubler, des Nourrices à Saint-Antoine;
M. Oulmont, de la Rochefoucault aux Nourrices ;
M. Moutard-Martin, du Bureau central à la Rochefoucault.
M. Moreau n'est pas remplacé à la Maternité.

— Dans une notice que le président du comice agricole de Château-Salins (Meurthe) vient de communiquer à la Société impériale et centrale d'agriculture, il appelle toute l'attention de ses collègues sur une question d'assainissement qui intéresse au plus haut point les populations rurales. Il s'agit, en effet, du transport immédiat, hors des communes, des engrais d'étable, et de la conservation des purins dans les fosses.

Dans presque toutes les communes, dit-il, on voit dans les rues une multitude de foyers d'infection formés par les eaux stagnantes, mêlées avec le purin qui coule constamment des écuries, avec les égouts des fumiers et avec la vase. Il s'élève de ces petits marais, continuellement remués par le piétinement des animaux, des émanations fétides qui deviennent souvent des causes d'épidémies et d'épizooties, et qui, en tout cas, détériorent la santé des hommes et celle des animaux en les maintenant souvent dans un état voisin de la maladie.

M. de Schaken est convaincu, d'après l'expérience qu'il en a faite, qu'on pourrait éviter ces causes d'insalubrité : 1° en entretenant en bon état de propreté les rues des villages ; 2° en plaçant les engrais d'étable à une distance de 150 mètres des dernières habitations agglomérées, sinon pour toute l'année, au moins pendant les neuf mois de printemps, d'été et d'automne ; 3° en retenant dans les fosses le purin des écuries et les égouts des engrais d'étable ; 4° enfin, en ne laissant jamais d'eaux croupies autour des habitations.

Ces moyens, il faut bien le remarquer, sont ceux que le président du comice a mis en usage à Château-Salins même, commune qui, on le sait, est presque exclusivement agricole. Précédemment, elle était presque toujours couverte de tas de fumiers placés au-devant des maisons, et dont les parties liquides s'écoulaient avec les eaux de pluie dans les caniveaux des rues, où ils répandaient une odeur infecte. Aujourd'hui, il n'en existe plus un seul, même dans les cours et dans les jardins ; les écoulemens des écuries sont retenus dans des fosses creusées à cet effet, et tout le monde s'en trouve très bien.

Ces moyens d'assainissement sont également ceux que la Société d'agriculture du Doubs vient de recommander tout récemment dans un dernier concours tenu à Besançon. Le vice-secrétaire, M. Marlet, a cité aux cultivateurs l'exemple de la Suisse, où les fumiers et leurs égouts n'encombrent pas les rues ni les places publiques, et où l'on retire des matières animales, qui, trop souvent, sont perdues en France, un profit immense par la confection d'un engrais puissant, le lizier.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 3. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 9 Janvier 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
—
On s'abonne aussi
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des
Messageries Impériales et Générales

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
—
Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.
—

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE PLEURÉSIE PURULENTE GUÉRIE PAR L'EMPYÈME.

M. le docteur Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, lit à la Société médicale des hôpitaux une observation de pleurésie purulente guérie par l'empyème, recueillie par M. Lefort, interne du service :

Pozez (Napoléon), âgé de 6 ans, entra le 29 mai 1854 à l'hôpital Sainte-Eugénie, et fut placé dans le service de M. Barthez.

Cet enfant, d'une constitution assez robuste, jouit habituellement d'une bonne santé; il n'a, jusqu'à cette époque, jamais été malade.

Il fait remonter à quatre jours la date du début de la maladie qui l'amène à l'hôpital.

Le 25 mai, il ressentit dans la journée un frisson violent accompagné d'une sensation de froid intense et de douleurs de ventre. Le soir, au dire de ses parens, il eut beaucoup de fièvre, et le lendemain il fut pris de diarrhée, d'une vive douleur au côté gauche, et commença à tousser, mais sans expectoration.

Tels sont les seuls renseignemens que nous pûmes nous procurer.

Le 30, à la visite du matin, nous trouvâmes le malade dans le décubitus dorsal, la figure animée, la peau chaude, le pouls petit et serré, à 120.

La pression, exercée même légèrement sur le côté gauche du thorax, occasionne une assez vive douleur, ce qui n'existe pas à droite. La respiration est courte et fréquente (le nombre des inspirations n'a pas été noté).

La percussion donne un son normal du côté droit; en arrière et à gauche existe de la matité dans la moitié inférieure de la poitrine. La percussion donne le même résultat à la partie antérieure.

La respiration est normale à droite.

A gauche et en arrière on entend dans la moitié supérieure de la respiration bronchique; à la base, dans la partie occupée par la matité, le bruit respiratoire est très faible; égophonie très marquée.

Le côté malade ne semble pas dilaté; les espaces intercostaux n'offrent rien de particulier.

Les vibrations que la parole imprime aux parois thoraciques sont moins sensibles à gauche que du côté sain.

M. Barthez donne pour diagnostic : pleurésie gauche avec épanchement. Il prescrit une saignée de 150 grammes, 5 centigrammes d'émétique et la diète.

Le lendemain, le malade est à peu près dans le même état. La matité a un peu remonté en arrière. Dans les trois quarts inférieurs en arrière, le bruit respiratoire ne peut être perçu.

(Saignée de 100 grammes; émétique, 5 centigrammes.)

Les jours suivans la maladie fait de nouveaux progrès.

Le bruit respiratoire manque complètement dans toute la hauteur, à gauche et en arrière. La matité de ce côté est absolue. Cependant, le cœur ne semble pas déplacé, les battemens se perçoivent, à la palpation et à l'auscultation, à leur place ordinaire.

Le 4 juin, la matité présente quelques modifications.

Absolue dans toute la hauteur en avant; à la base seulement en arrière; elle offre de ce côté, à la partie supérieure, une résonnance singulière, qui est bien de la matité, mais avec un timbre particulier, creux pour ainsi dire. Cette sonorité persiste pendant quelques jours, puis la matité redevient absolue.

L'épanchement continue à augmenter. Le 7 juin, la matité est absolue dans tout le côté gauche. Le bruit respiratoire ne s'entend nulle part. A droite, au contraire, la percussion et l'auscultation ne donnent rien de remarquable. Les battemens du cœur ne se sentent plus à leur place ordinaire, on ne les perçoit que dans le creux épigastrique. La matité s'étend jusqu'au bord droit du sternum.

Jusqu'au 11 juin, les symptômes augmentent d'intensité; le malade s'affaibli notablement; les nuits se passent sans sommeil, la respiration est d'une difficulté extrême; la figure est pâle, amaigrie; des sueurs fréquentes et abondantes épuisent le malade; il tombe assez souvent dans un assoupissement profond dont on ne le fait sortir qu'avec peine; l'amaigrissement est extrême; le pouls a augmenté de fréquence 130; il est devenu beaucoup plus faible, tremblotant.

La matité existe toujours absolue dans tout le côté gauche, s'étendant jusqu'au bord droit du sternum.

En présence de ces symptômes alarmans, dont la gravité augmente chaque jour, MM. Barthez et Legendre décident de recourir à la thoracentèse.

Un trocart garni d'un cylindre de baudruche est enfoncé dans le septième espace intercostal, en dehors du bord externe du muscle grand dorsal. Il pénètre facilement, et l'on sent qu'il est arrivé dans une vaste cavité. On peut, sans rencontrer le poumon, l'enfoncer de toute sa longueur et le mouvoir en tous sens. Il ne s'écoule rien d'abord. Un stylet introduit dans la canule avec les précautions convenables fait sortir quelques gouttes de pus; mais une secousse de toux entraîne bientôt l'obstacle et détermine la sortie d'un litre de pus verdâtre, non grumeleux, et sans fétidité.

Au fur et à mesure que le liquide s'écoule, la respiration s'entend du côté gauche, dans les deux tiers supérieurs. Un violent accès de toux accompagne l'évacuation du pus. Un morceau de diachylon et un pansement à plat sont appliqués sur la piqûre.

La sonorité est un peu revenue dans les trois quarts supérieurs du côté gauche, mais elle est peu considérable.

Le cœur n'est pas revenu à sa place; on ne sent toujours ses battemens qu'à l'épigastre.

La respiration, quoique très faible à gauche, est facilement perçue; pas de râle, pas de respiration bronchique; seulement un léger murmure vésiculaire.

Quelques jours de calme suivent l'opération; cependant les signes stéthoscopiques indiquent la reproduction de l'épanchement. La matité a reparu en arrière dans la moitié inférieure gauche, en avant jusqu'au mamelon.

La respiration manque en arrière dans toute la partie inférieure.

Les battemens du cœur sont perçus maintenant vers le bord gauche du sternum. La petite plaie résultant de l'opération est complètement cicatrisée. (Purgatif avec jalap et gomme gutte.)

Le 15 juin, quatre jours après l'opération, l'oppression reparaît. La fièvre a été vive toute la nuit; le pouls est à 120; la peau est chaude et sèche. Les phénomènes stéthoscopiques n'ont pas changé, si ce n'est que cette espèce de matité creuse, signalée déjà avant l'opération, est revenue au sommet du poumon gauche.

Le lendemain, cette sorte de matité s'entend dans toute la hauteur en arrière; en avant, au contraire, la sonorité est plus considérable que du côté sain; en même temps existe dans tout le poumon gauche une respiration amphorique très marquée.

Le 17, les phénomènes signalés la veille augmentent d'intensité et ne peuvent plus laisser de doutes sur l'existence d'un pneumo-thorax. On perçoit pour la première fois, le 18 juin, le bruit de flot par la succussion du thorax. Pas de tintement métallique.

La respiration amphorique diminue d'intensité les jours suivans, et disparaît totalement le 20 juin, après avoir duré quatre jours. On ne perçoit plus dès lors aucun bruit respiratoire dans tout le côté gauche. En avant, la sonorité est toujours considérable. Quant à la succussion hippocratique, elle a persisté plus longtemps que la respiration amphorique et n'a disparu que le 22 juin, après avoir été assez marquée pour qu'on pût l'entendre à distance.

La diarrhée a persisté malgré tous les traitemens qu'on lui a opposés; ni potions au tannin, ni lavemens au ratanhia ou au nitrate d'argent, n'ont pu même la modérer. Les forces du malade diminuent chaque jour, l'amaigrissement est extrême, l'appétit nul, les sueurs sont fréquentes et abondantes, la fièvre a reparu très vive, la respiration est redevenue presque aussi gênée que les premiers jours; tout fait craindre une issue funeste.

Le 24 juin, on s'aperçoit qu'il existe au côté gauche du thorax, à l'endroit de la piqûre faite par la thoracenthèse, une petite tumeur rouge, fluctuante, se gonflant à l'inspiration, s'affaissant à l'expiration, non entièrement réductible et donnant par le toucher la sensation de gaz mêlé à du liquide.

L'amincissement, la rougeur des tégumens, annoncent que la tumeur ne tardera pas à s'ouvrir d'elle-même. MM. Barthez et Legendre décident de pratiquer, au niveau de la tumeur, l'opération de l'empyème. Une ouverture d'environ 4 centimètres est faite aux parois thoraciques. Il s'écoule 96 centilitres de pus verdâtre, bien lié, non fétide. Un accès de toux accompagne sa sortie. A mesure que le pus s'écoule, la respiration reparaît en arrière du côté malade. On injecte successivement par l'ouverture trois litres d'eau pour nettoyer le foyer purulent, puis une mèche est introduite dans la plaie.

Le lendemain (25 juin) le malade a moins de fièvre. La sonorité est un peu plus faible du côté malade; la respiration s'entend très bien en avant et en arrière, quoique plus faible que du côté sain. Deux litres d'eau tiède injectés dans la cavité pleurale font sortir une notable quantité de pus non fétide, mais rendu brunâtre par du sang qui s'y trouve mélangé.

Pas de respiration amphorique, pas de bruit de flot par la succussion de la poitrine.

Tous les symptômes s'améliorent; la diarrhée seule continue avec une persistance désespérante. Elle s'arrête enfin le 4 juillet, après vingt jours de durée.

Dans l'intervalle des pansemens on entend, du côté malade, le bruit respiratoire normal, mais un peu faible; la sonorité est un peu moindre que du côté sain; il n'y a pas d'air dans la cavité pleurale.

Quand on entr'ouvre la plaie, il s'écoule du pus non mélangé d'air. Quand on introduit la sonde de femme, pour faciliter l'injection, on rencontre immédiatement le poumon, et il s'établit alors un mouvement alternatif coïncidant avec les mouvemens respiratoires, par lequel l'air rentre et sort par l'ouverture. On entend alors par l'auscultation une respiration amphorique excessivement intense, et l'on trouve par la percussion de la sonorité exagérée.

Mais quand l'on retire la sonde, l'air, s'il en existait encore dans la cavité pleurale, sort et ne rentre plus. Il en est de même des liquides injectés. On a cherché à laisser dans la poitrine, pour modifier le foyer, de la teinture d'iode; elle était expulsée à l'expiration, et le lendemain il n'en restait pas traces dans le pus qui sortait non altéré ou coloré, si avec le doigt on cherchait à s'opposer à la sortie du liquide; le doigt retiré, le liquide s'échappait aussitôt.

Les symptômes stéthoscopiques n'ont plus rien offert de remarquable jusqu'à la guérison; la respiration s'entend très bien en avant et en arrière; le cœur est revenu à sa place.

La sonorité est presque normale.

L'état général seul a présenté des alternatives en bien et en mal qui ont inspiré parfois des craintes très vives.

Les injections iodées ont d'abord été faites chaque jour, puis tous les deux jours, et enfin remplacées le 15 juillet par des injections au chlorure de chaux.

La quantité de pus évacué a d'abord été chaque jour de 100 grammes, puis elle a diminué peu à peu. Elle était de 75 grammes le 10 juillet, de 30 grammes le 15, puis elle devint insignifiante. Enfin, le 25 août, la plaie se ferme définitivement. En même temps l'état général s'améliore. Le 5 août, le malade se lève sans trop de fatigue et reste chaque jour un peu plus longtemps levé. Une légère incurvation latérale gauche, qui s'était manifestée, disparaît peu à peu. Enfin l'enfant sort de l'hôpital le 21 septembre, parfaitement guéri.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

NOTE SUR LA CONTAGION DU CHOLÉRA;

Par M. le docteur CANDELON, de Mauvezin (Gers).

Voici d'abord la proposition que je veux essayer de développer. Le choléra n'appartient pas à la classe des maladies contagieuses; cependant il peut, dans certaines circonstances, se communiquer d'une personne malade à une personne saine.

On définit en général une maladie contagieuse une maladie qui a la propriété de se communiquer d'un individu malade à un individu sain. Cette définition, je ne saurais l'admettre parce que je crois qu'il y a des maladies non contagieuses qui peuvent, dans certains cas, jouir de cette propriété. Le choléra est de ce nombre, comme je l'ai déjà dit, et comme j'espère le démontrer.

Je crois qu'il vaut mieux définir les maladies contagieuses des maladies qui ont la propriété de former dans l'organisme de l'individu affecté un principe qui, introduit dans l'organisme d'un individu sain, reproduit la même maladie.

Cette définition s'applique à une classe de maladies excessivement naturelles, et dont il n'est pas difficile d'établir les caractères généraux, et je crois qu'il me sera facile de montrer que le choléra est loin d'offrir ces caractères.

Les maladies contagieuses ont toutes pour cause essentielle un virus qui, pour un grand nombre d'elles, peut se répandre dans l'air, et, dans ce cas, les maladies sont aussi épidémiques.

Le choléra a pour cause essentielle un miasme, probablement végétal, analogue, mais non semblable, au miasme de la fièvre paludéenne.

Il y a cette différence entre un virus et un miasme, qu'un virus est le produit et le principe d'une maladie, tandis qu'un miasme est bien le principe d'une maladie, mais il n'en est jamais le produit.

Lorsqu'un virus entre dans un organisme sain, ou bien il pénètre directement dans l'organisme et l'envahit tout entier, ou bien il reste dans la partie où il a été déposé et donne lieu à un travail spécial, à une inflammation spécifique qui s'accompagne de suppuration et de reproduction du virus. Dans ce cas, le virus peut ne pas pénétrer dans l'organisme, et alors il n'y a pas de maladie générale, ou bien il pénètre et alors l'organisme en entier subit son influence. De là deux classes de maladies contagieuses : les maladies contagieuses générales et les maladies contagieuses locales, classes qui offrent entre elles certaines différences.

La syphilis est la transition entre ces deux classes, puisqu'elle peut quelquefois consister dans de simples accidens locaux, et quelquefois devenir maladie générale.

Les miasmes ne donnent jamais lieu à des maladies locales. Ils sont toujours le principe de maladies générales.

Le choléra est une maladie générale. Je pense que ce fait est admis par tous les médecins et n'a pas besoin de démonstration. Si donc il est une maladie contagieuse, il appartient à la classe des maladies contagieuses générales.

Occupons-nous donc de cette classe de maladies.

Les maladies contagieuses générales ne se produisent qu'une seule fois chez les mêmes individus. Cette loi est vraie pour toutes les maladies contagieuses générales. Elle est si vraie qu'elle n'a plus besoin d'être démontrée pour les maladies contagieuses au premier chef. La syphilis fait-elle exception à cette règle générale ? Oui, tant qu'elle n'est que locale ; car, comme je le dirai, cette règle n'est vraie que pour les maladies contagieuses générales. Mais, devient-elle générale, je pense qu'on peut, sans se compromettre, croire avec M. Ricord qu'on ne peut avoir un chancre induré qu'une seule fois, n'avoir qu'une seule fois la vérole constitutionnelle. La vérole donc rentre dans la loi générale. Et c'est encore là une preuve en faveur de M. Ricord; car, il faut le dire, les erreurs engendrent bien souvent les exceptions.

Mais quelquefois aussi l'exception vient confirmer la règle. Il peut arriver, en effet, que certains individus aient deux fois la même maladie contagieuse générale. Mais dans ces cas la seconde attaque est toujours influencée par la première, les symptômes en sont dénaturés, et l'on n'a plus affaire qu'à une maladie dégénérée. D'ailleurs, cette seconde attaque ne se produit généralement que longues années après la première, et lorsque la modification imprimée à l'organisme par celle-ci a disparu complétement ou du moins s'est beaucoup affaiblie. Ce caractère a pour moi une grande importance, à ce point que je considérerai facilement comme contagieuse une maladie générale nouvelle qui l'aurait, et que, malgré de fortes présomptions, j'éloignerai de cette classe les maladies générales qui ne l'offrent pas.

Or, le choléra est loin d'offrir ce caractère. En effet, cette maladie peut survenir plusieurs fois chez le même individu. Cette observation a été faite par un grand nombre de médecins. Des personnes ont pu même être atteintes de cette maladie plusieurs fois pendant la même épidémie. Les rechutes de choléra sont fréquentes, et je n'ai pas besoin de citer de faits à l'appui de ce que j'avance : on peut en trouver plusieurs exemples dans les articles qui ont été publiés dans votre estimable journal à propos de la dernière épidémie.

Les maladies contagieuses générales sont toutes aiguës, à l'exception de la syphilis. Je vais plus loin, je dis que toutes les maladies contagieuses générales ont une marche aiguë à leur début, même la syphilis. En effet, un chancre induré livré à lui-même n'a-t-il pas une marche aiguë, et ne parcourt-il pas ordinairement ses périodes dans un temps déterminé qui n'est pas trop long?.... Et elles passent toutes à l'état chronique. Expliquons-nous, car il paraît singulier au premier abord de dire, par exemple, que la variole passe à l'état chronique comme la syphilis. Oui, sans doute...., elle s'implante dans l'organisme, et elle y montre sa présence précisément en le rendant réfractaire à son virus, de même que la vérole ; mais, de plus, la syphilis montre aussi sa présence par certaines altérations qu'elle provoque, accidens secondaires, tertiaires, etc.

Le choléra est aussi une maladie à marche aiguë; sa marche même est très aiguë, et ce n'est pas sans motif qu'il a été gratifié de l'épithète de foudroyant. Mais, comme nous l'avons dit, il ne rend pas l'organisme réfractaire, et, par conséquent, cet état aigu n'est pas remplacé par un état chronique. On ne comparera pas, je le pense, l'état typhoïde qui succède à la période aiguë du choléra à l'état chronique des maladies contagieuses. Mais dans cette marche aiguë nous trouverons des différences capitales entre le choléra et les maladies contagieuses générales.

En effet, cette marche offre une régularité remarquable dans les maladies contagieuses générales. A peine un virus a-t-il pénétré dans l'organisme, qu'il donne lieu à une série de phénomènes toujours les mêmes, et qu'aucune puissance ne peut empêcher. Ces phénomènes sont divisés en périodes, toujours les mêmes dans tous les cas, et dont la durée, pour certaines maladies contagieuses du moins, en jours, presque en heures, est toujours la même. Ces périodes se succèdent nécessairement les unes aux autres, toujours dans le même ordre. Aucun moyen ne peut ni les supprimer, ni les intercaler.

Le choléra présente aussi des périodes. L'une de ces périodes est constituée par les effets que produit le miasme sur l'organisme ; l'autre est la période de réaction de l'organisme contre le poison. Mais la durée de ces périodes est indéterminée, et il est possible d'influer sur leur marche. En effet, bien souvent on a pu tirer un cholérique de l'état algide où il se trouvait et amener la période de réaction. Combien de fois aussi n'a-t-on pas vu la période algide reparaître après un commencement de réaction !

Dans les maladies contagieuses générales, à la suite de symptômes généraux, on voit survenir des symptômes ayant leur siége de prédilection sur la peau ou les membranes muqueuses. Le virus introduit dans l'organisme se reproduit aux dépens de celui-ci; il devient nécessaire qu'il soit éliminé.

Ordinairement les poisons sont éliminés par les voies naturelles. Il semblerait que les poisons créés dans l'organisme ne peuvent en sortir que par une voie pathologique, de même qu'ils ne peuvent pénétrer par la voie ordinaire de l'estomac. Il y a donc dans les maladies contagieuses une période où le virus est expulsé de l'organisme, et c'est pendant cette période seulement, on le conçoit, qu'elles sont contagieuses.

Dans le choléra, au contraire, et je l'ai déjà dit, je ne vois que deux choses : les effets d'un poison terrible et l'organisme luttant contre ce poison. Aucun symptôme, aucune lésion qui indique cette élimination du virus. Quelques maladies contagieuses n'ont pas cette période bien nettement tranchée. Cette élimination du virus n'est pas clairement indiquée, soit par les symptômes, soit par les lésions. Mais c'est que la science n'a pas dit son dernier mot; et sur ce point comme sur bien d'autres la lumière se fera.

Le choléra est une maladie qui tend essentiellement à détruire l'organisme. Ce n'est que la quantité de poison trop petite, ou la résistance grande de l'individu affecté, ou des soins hygiéniques bien et à temps administrés, qui peuvent empêcher une terminaison fatale. Le choléra est peut-être la maladie qui détruit l'organisme avec la plus grande facilité.

Telle n'est pas la manière d'agir des maladies contagieuses. Elles ne tendent pas essentiellement à la destruction de l'organisme ; elles le modifient simplement. Sans doute, cette modification peut entraîner quelquefois, souvent pour quelques-unes d'entre elles, des effets désastreux. Mais ce n'est pas là le but final de la maladie. Les maladies contagieuses peuvent être considérées comme des crises. Crises, par conséquent danger ; quelques-uns y succombent, quelques-uns y acquièrent des infirmités ; mais bénéfice de santé pour un grand nombre : « Le sang ayant besoin, comme le dit Sydenham, de changer de diathèse. *Ut sanguis in novam aliquam diathesim immutetur.* »

Si le choléra était une maladie contagieuse, c'est en vain que nous chercherions un traitement. Les soins hygiéniques et la médecine des symptômes, voilà ce que l'on pourrait faire. Tout au plus pourrait-on chercher un préservatif; mais il n'en est pas ainsi. Aussi, peut-on espérer de trouver un médicament, un contre-poison qui, pris à temps, pourra arrêter à peu près à coup sûr les effets du miasme cholérique. Et d'ailleurs, ne voyons-nous pas certains traitemens rationnels arrêter assez facilement le mal quand il n'est encore que diarrhée prémonitoire, point qui sépare encore le choléra des maladies contagieuses? Qu'on aille, en effet, arrêter dans leur marche la variole ou la scarlatine pendant la période d'incubation.

Je crois que, de tout ce que j'ai dit, je peux conclure que le choléra n'est pas une maladie contagieuse générale. Il serait absurde d'en faire une maladie contagieuse locale.

Nous avons dit, en effet, comment un virus occasionnait une maladie contagieuse locale. Ces maladies, d'ailleurs, ressemblent aux maladies contagieuses générales; seulement elles n'affectent qu'un seul tissu, un seul organe, et peuvent récidiver un grand nombre de fois. Ces maladies sont aussi épidémiques. Je crois, d'ailleurs, qu'il est inutile d'insister sur ce sujet.

Le choléra n'est donc pas une maladie contagieuse; et pourtant il est vrai qu'il peut se communiquer d'une personne malade à une personne saine.

Si vous mangez d'un animal empoisonné, qu'y a-t-il d'étonnant que vous soyez empoisonné? Si vous respirez l'haleine d'un cholérique, qu'y a-t-il d'étonnant que vous absorbiez le miasme cholérique dont cet air est chargé? Un cholérique ne devient foyer d'infection que parce qu'il est un vase plein de miasmes cholériques. C'est de cette manière qu'un fébricitant peut, dans quelques cas, devenir un foyer d'infection de fièvre paludéenne. Les cholériques sont foyer d'infection au même titre que leurs habits, leurs bagages, etc. Voilà comment on peut expliquer le fait de ces armées qui traînent avec elles le choléra, ces faits de deux ou trois personnes infectées par un cholérique dépaysé dont parlait M. Roche.

Je conclus donc en disant que le choléra n'est pas une maladie contagieuse, mais qu'il peut, dans certains cas, se communiquer d'une personne malade à une personne saine.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

(Nous continuons à donner place, dans ces colonnes, aux savantes leçons où M. Flourens traite des plus hautes questions de physiologie et d'histoire naturelle. Les lecteurs de l'UNION ont pu voir de quelle clarté M. Flourens fait briller toutes ces questions qui, jusqu'alors, étaient pleines d'obscurités. C'est qu'il a su porter dans un domaine qui semblait réservé à l'abstraction et à la spéculation pure le flambeau de la méthode expérimentale; et aucun physiologiste n'a tenu ce flambeau d'une main plus ferme que le professeur du Muséum.

M. Flourens ne s'est pas borné à des travaux de physiologie spéculative. Dans la leçon que nous publions aujourd'hui, le célèbre professeur donne la théorie de la nouvelle méthode chirurgicale des *extirpations sous-périostées*. Nous appelons l'attention des praticiens sur cette méthode qui a déjà reçu d'heureuses applications et qui nous paraît appelée à un grand avenir.

Ce n'est pas là, d'ailleurs, le premier service que M. Flourens aura rendu à la chirurgie. On sait que c'est à lui que l'on doit la connaissance des propriétés anesthésiques du chloroforme ; et, à cette occasion, nous aimons à rappeler que l'UNION MÉDICALE a, la première, revendiqué pour un savant français cette admirable découverte que nous disputaient les étrangers, et qu'ils ne peuvent plus aujourd'hui que nous envier.)

Quinzième Leçon.

SOMMAIRE. — Théorie de la formation des os. — Extirpations sous-périostées. — Le système des *germes accumulés* réfuté.

Vous connaissez le système des germes accumulés : je vous ai dit qu'il était en contradiction avec la théorie de la formation des os. C'est à l'exposé de cette théorie que je consacrerai cette leçon.

Je me sers à dessein, et par opposition, des mots *système* et *théorie*.

La différence qui existe entre ces deux expressions est facile à marquer: la théorie est une réunion de faits d'où l'on déduit une loi ; le système représente un ensemble de doctrines où l'on fait intervenir l'hypothèse. Même en dehors du langage scientifique, le mot *théorie* représente quelque chose de sérieux, de solide; le mot *système* s'applique à des idées téméraires. Nous avons un exemple mémorable de l'emploi de ces deux termes : quand Buffon s'occupe de la formation du globe, il dit : *théorie* de la terre ; c'est qu'il n'y sort pas des faits. Au contraire, il appelle *systèmes* ses idées sur l'origine des planètes et ses idées sur la génération des êtres, parce qu'elles ne sont fondées, les unes et les autres, que sur des hypothèses.

L'esprit théorique est proprement l'esprit scientifique : il ne sort pas des faits, mais il tire des faits tout ce qu'ils contiennent.

Je définis l'esprit théorique *la recherche des causes*. Ainsi, et pour prendre un exemple dans des matières que nous aurons bientôt à étudier, on trouve des lits de coquilles marines à une grande distance de la mer. L'esprit humain ne s'en tient pas à ce fait, il en recherche la cause; il la découvre : — C'est que la mer s'est retirée des lieux où l'on trouve des coquilles. — Cette découverte amène une autre recherche : pourquoi la mer s'est-elle déplacée ? — Par suite des révolutions du globe. — Mais à quoi tiennent ces révolutions? — Au soulèvement des montagnes. — L'esprit humain ne s'en tient pas encore là. Il se demande : quelle est la cause du soulèvement des montagnes ? — Et il arrive à la découverte du feu intérieur, du feu ardent et caché, qui, aujourd'hui encore, subsiste au centre du globe.

Voilà par quelle admirable chaîne d'idées l'on arrive à ce fait qui est le fondement de la géologie actuelle : le centre de la terre est un foyer incandescent. C'est à l'esprit théorique que nous devons cette découverte (1).

Aussi, ne blâmé-je point Bonnet d'avoir recherché la cause des faits de reproduction qui se manifestent dans l'économie animale : je dis seulement qu'il s'est égaré dans sa recherche et qu'il n'a bâti qu'un système. Pour faire comprendre le peu de fondement de ce système, je vais exposer, aussi brièvement que possible, le mécanisme de la formation des os.

Belchier, chirurgien de Londres, étant à dîner chez un teinturier en toiles peintes, remarqua sur la table un morceau de porc frais dont les os étaient rouges. Il voulut savoir à quoi pouvait tenir cette coloration des os. On lui répondit que l'animal avait été nourri avec du son chargé de l'infusion de garance, employée pour la teinture des toiles peintes.

Belchier fit aussitôt des expériences (1736) : il mêla de la racine de garance en poudre aux alimens dont il nourrit un coq. Au bout de seize jours, le coq mourut. *Tous ses os se trouvèrent rouges*, et *les os seuls* : les muscles, les membranes, les cartilages, toutes les autres parties conservaient leur couleur ordinaire.

Duhamel, qui eut connaissance de ces faits, répéta l'expérience de Belchier sur des poulets, sur des pigeons, sur des cochons (1739). Il vit constamment la garance rougir les os et ne rougir que les os.

Duhamel mit au service de la physiologie cette précieuse propriété de la garance. Il continua ses expériences. Il remit au régime ordinaire un cochon dont les os étaient déjà devenus rouges par le régime de la garance; six semaines après il le tua, et, ayant scié ses os, il observa ceci : la couleur rouge n'avait pas disparu; seulement, la couche rouge de l'os se trouvait recouverte par une couche blanche.

Un autre cochon, que Duhamel avait alternativement soumis, soustrait et de nouveau soumis au régime de la garance, présentait dans ses os des couches alternativement rouges et blanches.

Duhamel tira de ses expériences cette conclusion fondamentale et complétement vraie : *Les os croissent en grosseur par couches successives et superposées.*

Ce n'est pas là tout ce qui se passe pendant l'accroissement des os. Les expériences de Duhamel étaient oubliées lorsque je les ai reprises, il y a douze ou quinze ans. J'en ai institué de plus décisives encore, et j'ai vu qu'à mesure que les parois des os s'accroissent par la *suraddition* des couches externes, leur canal médullaire s'accroît par la *résorption* des couches internes. Je ne puis, faute de temps, entrer dans le détail des expériences qui démontrent ce second fait physiologique. Voici le résumé de ces expériences : le cercle rouge produit par la garance est d'abord extérieur; puis il est placé entre deux cercles blancs; puis il devient tout à fait interne, et le cercle blanc qu'il recouvrait a disparu; puis il disparaît à son tour.

Un autre procédé qui donne la même conclusion est celui-ci : on entoure d'un fil de platine l'os d'un jeune animal. Au bout de quelque temps, l'anneau de fil de platine, qui d'abord entourait l'os, se trouve entouré par l'os et contenu dans le canal médullaire.

A mesure donc que l'os se recouvre de nouvelles couches par sa face externe, par celle qui répond au périoste externe, il en perd d'autres par sa face interne, par celle qui répond au périoste interne ; et c'est dans ce double travail de *suraddition externe* et de *résorption interne* que consiste le mécanisme de l'accroissement des os en grosseur.

Je suis arrivé aussi à démontrer expérimentalement que, de même que les os croissent en grosseur par couches qui *se superposent*, ils croissent en longueur par couches qui *se juxta-posent.*

Je me borne à indiquer ces conclusions ; je suis forcé de négliger les expériences, quelque importantes qu'elles soient; et j'arrive à une autre partie de notre sujet.

L'os, nous l'avons vu, *se forme* par couches, et *il est résorbé* par couches. Demandons-nous maintenant quels sont les appareils qui servent à cette *formation* et à cette *résorption.*

L'appareil de *formation* est le périoste.

Duhamel avait dit : « Les os commencent par n'être que du périoste, car je regarde les cartilages comme un périoste fort épais. » Oui, le fait est vrai; mais les expériences de Duhamel, destinées à le prouver, manquaient de clarté : il fracturait l'os. Or, il ne pouvait rompre l'os sans rompre le périoste et par conséquent les vaisseaux de ce périoste et, très souvent aussi, les vaisseaux des parties voisines. Les phénomènes pathologiques voilaient les phénomènes physiologiques.

Troja s'y prit mieux (1775), et ses expériences confirmèrent la théorie de Duhamel.

Il sciait un os long en travers, un os des membres, par exemple ; et puis, portant un stylet dans le canal médullaire de cet os, il en détruisait toute la membrane ou *périoste interne*. Au bout de quelque temps, l'os, dont la membrane médullaire (*périoste interne*) avait été détruite, tombait en nécrose ; et tout autour de cet os nécrosé, le périoste, qui n'avait point été blessé, reproduisait un os nouveau.

Dans ce curieux phénomène de reproduction organique, voici comment les choses se passent : immédiatement après la destruction de la membrane médullaire, le périoste se gonfle et l'os meurt ; le périoste tuméfié se divise en un nombre presque infini de lames; de ces lames, les plus intimes prennent bientôt une consistance fibro-gélatineuse; les couches fibro-gélatineuses se séparent des autres et se transforment en cartilage ; enfin, le cartilage se transforme en os. En résumé, l'ossification est la transformation graduelle du périoste en os.

Mais Troja, dans ses expériences, commençait par pratiquer l'amputation du membre. Il n'y avait donc qu'une portion d'os qui fût con-

(1) « Magni omninò res est rerum naturæ latebras dimovere, nec contentum exteriori ejus conspectu, introspicere et in divina secreta descendere. » (Sénèque.)

servée, qui fût soumise à l'expérience, et qui, par conséquent, pût se reproduire. Le reste de l'os et du membre était perdu.

J'ai voulu faire davantage, j'ai voulu conserver l'os entier :

J'ai pratiqué un trou sur le radius d'un bouc ; et puis, portant un stylet, par ce trou, dans le canal médullaire, j'en ai détruit toute la membrane. Le radius, conservé tout entier, *s'est reproduit tout entier.*

Quant à l'os ancien, qui restait enfermé de toute part dans l'os nouveau, il a été peu à peu résorbé par le nouveau périoste interne.

L'os nouveau (que voici) est absolument semblable à l'os ancien : il en reproduit la forme, la structure et jusqu'aux plus petits détails de forme et de structure.

J'appelle toute votre attention sur ce résultat expérimental, sur la faculté que possède le périoste de reproduire l'os, fait qui intéresse, à un haut degré, la pratique, et qui sera le point de départ d'une nouvelle méthode chirurgicale. Le périoste pouvant reproduire l'os, n'est-il pas évident qu'il faut mettre, avant tout, son attention à le conserver ? Par suite, les amputations proprement dites seront plus rares. On y substituera peu à peu, et de plus en plus, les *extirpations* de l'*os* seul, séparé de son *périoste*. Déjà même d'habiles chirurgiens, M. Blandin entr'autres, ont pratiqué avec succès l'*extirpation sous-périostée.*

M. Blandin a enlevé, sur un jeune homme, une clavicule tout entière, en conservant le périoste ; et cette clavicule s'est reproduite complétement. Il a enlevé sur un autre jeune homme, toujours en conservant le périoste, l'extrémité supérieure de l'humérus ; le périoste a rendu presque complétement cette extrémité (1).

Je ne crois pas me tromper en disant qu'il y a dans ces faits tout un champ nouveau pour la chirurgie ; et, à cette occasion, permettez-moi de vous rappeler que les expériences que j'ai faites, le premier, sur les propriétés anesthésiques du chloroforme ont passé, comme je l'avais prévu, de mon laboratoire dans la pratique chirurgicale. Ce succès me fait espérer que mes prévisions se réaliseront également pour les *extirpations sous périostées.*

Je reviens au sujet principal de notre leçon.

L'appareil de formation des os est, comme nous l'avons vu, le périoste externe.

Il n'est pas moins incontestable que l'appareil de *résorption* est le périoste interne. En effet, autour d'un os, nécrosé par le procédé que je vous ai exposé, il se forme un périoste interne qui appartient à l'os nouveau ; à la surface de ce nouveau périoste interne on remarque un tissu d'un aspect singulier, ou plutôt une surface toute parsemée de petits mamelons et de petits creux. C'est par cette surface, tour à tour creuse et mamelonnée, que le périoste interne nouveau agit sur l'os ancien, le saisit, le ronge et finit par le résorber. Et ce qui démontre cette action résorbante, c'est qu'en examinant l'os ancien par sa face externe, on voit que cette face, usée et corrodée, s'adapte exactement au périoste interne, c'est-à-dire que partout à chaque creux de l'os répond un mamelon du périoste interne, et à chaque creux du périoste interne une saillie de l'os.

Le périoste interne des os est donc l'appareil de leur résorption.

J'en ai dit assez pour faire comprendre que le mécanisme du développement des os consiste dans une mutation continuelle de toutes les parties qui les composent. La forme seule est permanente. Mutation de la matière, permanence de la forme, ces deux faits, dans leur existence simultanée, semblent avoir été pressentis par Buffon ; il les avait tirés de ses méditations : « Ce qu'il y a, dit-il, de plus constant, de plus invariable dans la nature, c'est l'empreinte ou le moule de chaque espèce ; ce qu'il y a de plus variable et de plus corruptible, c'est la substance. »

La mutation de la matière, que Buffon avait conçue d'une manière abstraite, est aujourd'hui constatée, démontrée par mes expériences. Comment accorder ce fait avec le système des germes accumulés ?

Bonnet croyait, avec tous les physiologistes de son temps, que l'accroissement de l'os se faisait par l'interposition de molécules nouvelles entre les molécules anciennes. Suivant ce système, c'était le *même os* qui s'étendait. Or, dans cet os que Bonnet suppose *constant* et *fixe*, l'observation fait reconnaître une succession de couches superposées et résorbées. Cet os que je considère sur le vivant n'a plus, en ce moment, aucune des parties qu'il avait il y a quelque temps ; et bientôt, il n'aura plus aucune de celles qu'il a aujourd'hui. Il faudrait donc, en admettant l'idée des germes accumulés dans chaque partie, qu'il y eût autant de germes que de particules organiques qui se succèdent ! Et puisque ces particules sont résorbées, les germes le seraient donc avec elles !

La doctrine de Bonnet est incompatible avec les faits.

(*La suite du cours prochainement.*)

---

(1) Sur la première de ces opérations, M. le docteur Philipeaux a recueilli l'observation suivante :

Un jeune homme de 25 à 30 ans, élève en pharmacie, entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin, pour une plaie fistuleuse de la région antérieure et supérieure de la poitrine, sur le trajet de la clavicule gauche. M. Blandin sonda cette plaie, et il reconnut qu'elle provenait d'une carie de presque toute la moitié interne de l'os. Avant de se décider à faire une opération, il essaya de l'action des émolliens et des pommades fondantes ; mais la maladie résista, et le malade, qui maigrissait, voulut en finir avec sa position. M. Blandin se détermina à faire l'extirpation de la partie malade de l'os, espérant ainsi voir cette partie se reproduire, comme il l'avait vu dans les résultats obtenus par M. le professeur Flourens de ses expériences physiologiques. Il pratiqua une incision sur la face supérieure de la clavicule, depuis la partie moyenne jusqu'à la partie interne ou sternale ; il comprit dans cette incision le périoste, qui devait jouer, d'après la doctrine de M. Flourens, le rôle capital dans la reproduction de l'os. A chaque extrémité de cette incision, il en pratiqua une autre à angle droit, de manière à représenter un T à deux branches ; puis il dénuda la clavicule en dehors et en dedans, et passa entr'elle et le périoste un instrument fait exprès pour ce genre d'opération, afin de protéger contre la scie le périoste et les parties molles environnantes. Il put ainsi scier, sans crainte, l'os à sa partie moyenne, le désarticuler à son extrémité sternale, l'extirper en un mot.

Lorsque M. Blandin eut terminé cette opération avec l'habileté qu'on lui connaît, le malade, homme de courage et de sang-froid, le pria de regarder avec soin la moitié de clavicule qui lui restait, aimant mieux se la voir enlever sur le champ si la carie l'avait déjà attaquée, que d'être forcé de subir plus tard une nouvelle opération. M. Blandin reconnut la nécessité d'extirper l'autre moitié de la clavicule et le fit avec les mêmes précautions et le même succès. Le malade guérit en peu de temps et sortit de l'hôpital.

Il en était sorti depuis huit mois, lorsqu'il revint voir M. Blandin pour une autre maladie. Tous les élèves purent examiner cet individu. La clavicule était reformée et presque parfaite ; le bras pouvait exécuter tous les mouvemens presque aussi bien qu'auparavant. — (*Gazette médicale* du 14 avril 1847, n° 14.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 25 Octobre 1854. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Sommaire. — Nomination. — Observation de pleurésie purulente guérie par l'empyème. Discussion : MM. Bouchut, Barthez, Hérard, Marrotte, Legendre.

M. FORGET, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé membre correspondant.

— M. BARTHEZ lit l'observation suivante, rédigée par son interne, M. Lefort. (Voir plus haut article *Clinique médicale.*)

Après cette lecture, M. Barthez présente le petit malade sur lequel elle a été recueillie, et fait remarquer sa parfaite guérison, le retour de la respiration, l'aplatissement peu prononcé de la poitrine, le redressement déjà notable de la colonne vertébrale.

M. BOUCHUT regrette que l'observation de M. Barthez ne soit pas suivie de quelques réflexions propres à en élucider quelques points. Ainsi, par exemple, il ne sait s'il s'agit d'une pleurésie purulente avec existence de gaz dans la cavité thoracique, ou d'un pneumo-thorax avec perforation du poumon. Dans ce second cas, la lésion du poumon serait-elle due à la première ponction, ou serait-elle le résultat de l'épanchement purulent qui se serait pratiqué une issue ? Dans le premier cas, les gaz existant dans la poitrine proviennent-ils de leur production dans cette cavité par suite de la putréfaction du liquide ? ou est-ce simplement de l'air introduit dans la cavité pleurale au moment de la première ponction ? M. Bouchut serait tenté de croire à cette seconde supposition, car il est bien rare que des gaz se développent spontanément dans une cavité close. Enfin, M. Bouchut prie M. Barthez de donner son opinion sur la valeur du trocart ordinaire employé dans la ponction de la poitrine pour la pleurésie simple chez les enfans en bas-âge. Ne craint-il pas que le trocart, étant trop gros, ne blesse les vaisseaux intercostaux, et ne préfère-t-il pas l'opération de l'empyème ?

M. BARTHEZ conserve le titre de pleurésie purulente simple qu'il a donné à son observation. On a constaté la présence de gaz dans la poitrine plusieurs jours après la première opération ; la plaie était cicatrisée, les accidens avaient reparu, le pus s'était reformé, puis sont survenus des symptômes de pneumo-thorax. L'air était-il resté latent dans la poitrine depuis la ponction ? Je ne le suppose pas. Il est plus probable que les gaz se sont formés de toutes pièces. Du reste, il n'y a pas eu de tintement métallique ; seulement, le bruit de flot et la respiration amphorique avaient été constatés avant l'opération de l'empyème. Quant à l'introduction d'un trocart, M. Barthez n'y voit pas d'inconvénient. On emploie un trocart de petit calibre ; si l'épanchement est simple, la ponction suffit pour le vider ; s'il est purulent, c'est une ponction exploratrice qui permet de pratiquer immédiatement et en toute sécurité l'opération de l'empyème.

M. HÉRARD : M. Bouchut attache trop d'importance au tintement métallique ; il y a quelque temps j'ai lu à la Société une observation dans laquelle, à la suite d'une ponction, étaient survenus de la respiration amphorique et du tintement métallique sans perforation du poumon ; cette observation a soulevé une discussion dans laquelle quelques membres de la Société ont cité des faits semblables.

M. BOUCHUT déclare que, dans son opinion, l'on ne peut se fonder sur des faits exceptionnels pour détruire ainsi des résultats incontestables fournis par l'auscultation ; on pourrait de même, en cherchant des exceptions, renverser tous les faits acquis dans la science.

M. MARROTTE trouve dans cette observation la confirmation des conclusions qu'il a tirées de la lecture et de la méditation des faits qu'il a consultés pour faire son rapport sur la thoracentèse. Il est sage de faire toujours une ponction exploratrice ; mais une fois la nature purulente de l'épanchement parfaitement constatée, il préfère l'opération de l'empyème à la thoracentèse. Dans la thoracentèse, après la ponction, il s'accumule de nouveau du pus qui empêche le poumon de se dilater et la poitrine de revenir sur elle-même. Après l'empyème, le pus s'écoule continuellement ; et en effet, M. Marrotte a obtenu une guérison en six semaines, M. Barthez en trois mois ; par la thoracentèse, au contraire, la durée a été au moins d'un an. L'opération de l'empyème est donc préférable à la thoracentèse.

M. LEGENDRE : M. Bouchut a demandé si l'on avait entendu du tintement métallique et si l'on ne devait pas rapporter la présence de l'air dans la poitrine à la perforation du poumon. Mais c'est quelques jours après la première ponction que le souffle amphorique et le bruit de flot se sont manifestés ; ces phénomènes sont le résultat soit du développement de gaz dans la cavité thoracique, soit de l'introduction de l'air par la canule lors de la ponction, car on ne peut les attribuer à la perforation du poumon. A aucune époque l'enfant n'a eu de vomique qui caractérise en pareil cas la perforation du poumon.

M. BOUCHUT, laissant de côté la vomique, qui aurait pu déterminer la perforation du poumon, et qui, d'après le témoignage de MM. Legendre et Barthez, n'aurait jamais existé, se demande si, au moment de la thoracentèse, on n'aurait pas touché le poumon avec la canule, de manière à permettre le passage de l'air.

M. BARTHEZ n'admet pas la possibilité de cette lésion du poumon, car il s'est écoulé six jours entre la ponction et le moment où l'on a commencé à constater l'existence de l'air dans la poitrine.

Le secrétaire, E. MOUTARD-MARTIN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Séance du 8 Juin 1854. — Présidence de M. le docteur MARROTTE.

Sommaire. — Des constitutions médicales régnantes. — Dangers des émissions sanguines dans les cas d'angines pseudo-membraneuses. — Différences qui existent entre la fièvre muqueuse et la fièvre typhoïde. — Corps étranger ayant perforé l'œsophage et ayant pénétré dans la cavité de la poitrine. — Du dragonneau et de quelques détails nouveaux sur ce parasite.

M. DEVERGIE prend la parole pour appeler l'attention de la Société sur l'espèce de perturbation qu'on remarque, depuis huit ans environ, dans le cours ordinaire des saisons et spécialement sur l'excès d'humidité dont elles s'accompagnent. Il ne doute pas qu'on ne doive rapporter à cet excès dans l'élément liquide, joint aux modifications qu'il apporte nécessairement dans la calorification et l'état électrique de l'atmosphère, les maladies des végétaux eux-mêmes observées depuis quelque temps seulement et surtout le caractère particulier des épidémies et des constitutions médicales que nous avons subies pendant cette longue période. Il fait remarquer, en outre, qu'indépendamment du choléra, la fièvre typhoïde fait, depuis trois mois, des ravages exceptionnels et qu'il en est de même des angines couenneuses et œdémateuses. Il cite à l'appui de cette opinion plusieurs exemples de ces dernières affections qu'il a eu l'occasion d'observer, tant en ville qu'à l'hôpital, et qui, toutes, se sont terminées par la mort. Il croit, toutefois, devoir prévenir que, dans tous ces cas, on avait employé un traitement antiphlogistique, consistant particulièrement en une ou plusieurs applications de sangsues ; or, selon lui, ce traitement n'avait pas peu contribué au résultat funeste, et il ne doute pas qu'on n'eût mieux réussi, si on avait eu recours tout d'abord à l'émétique, aux révulsifs et aux cautérisations directes ; il se demande, en terminant, si la plus grande fréquence des opérations de trachéotomie dont parlait naguères M. Guersant ne devait pas exclusivement être rapportée aux tristes effets du traitement débilitant.

M. THÉALLIER partage, sans réserve, l'opinion de M. Devergie touchant l'opportunité de l'émétique dans les angines pseudo-membraneuses, mais à la condition qu'on l'emploiera à hautes doses et pendant plusieurs jours consécutifs : plusieurs fois il l'a administré à de jeunes enfans, jusqu'à 1 gramme en vingt-quatre heures, et jamais il n'a eu qu'à se féliciter de cette apparente exagération.

M. CHARRIER pense que, depuis vingt ans environ, la presque unanimité des médecins a renoncé aux évacuations sanguines dans les cas dont il s'agit, et il s'étonne des protestations de M. Devergie : il partage complétement la manière de voir de M. Théallier touchant l'émétique employé à hautes doses, sans croire pourtant qu'il soit nécessaire d'aller jusqu'à 1 gramme dans les vingt-quatre heures. Il pense, en outre, que c'est particulièrement à lui qu'on doit rapporter les guérisons remarquables qu'on a, à tort, mises sur le compte de l'alun et du calomel administrés concurremment. Quant au vésicatoire que quelques praticiens appliquent au cou dans les cas de croup, il lui conteste également les bons effets qu'on lui a attribués, attendu que, pour son compte, il ne lui a jamais vu produire qu'une aggravation des symptômes et particulièrement l'augmentation de la dyspnée, déjà si grande, et de l'excitation nerveuse plus grande encore. M. Charrier proteste, enfin, contre l'opinion de ceux qui ont soutenu que le croup procède généralement de haut en bas : selon lui, en effet, ce serait, au contraire, dans la proportion de huit fois sur neuf qu'il procéderait de bas en haut ; aussi n'ajoute-t-il aux cautérisations qu'une importance fort secondaire.

M. DEVERGIE persiste à croire qu'on emploie encore de nos jours, et plus souvent que ne le pense M. Charrier, les émissions sanguines contre les affections pseudo-membraneuses, et il en cite plusieurs exemples remarquables qu'il a eu l'occasion d'observer tout récemment.

M. ARCHAMBAULT, à l'appui de cette dernière opinion de M. Devergie, affirme que, lorsqu'il était interne à l'hôpital des Enfans, il a pu constater, en effet, que la plupart des jeunes malades atteints de croup qu'on apportait pour leur faire subir l'opération de la trachéotomie avaient déjà eu une ou plusieurs applications de sangsues. Il pense aussi que M. Charrier a commis une erreur démentie par les faits, en affirmant que huit fois sur neuf le croup se développe de bas en haut et que la proposition directement inverse se rapprocherait plus de la vérité. Indépendamment de l'affaiblissement dangereux que produisent les sangsues, il reproche encore à leurs morsures de devenir le siége d'ulcérations pseudo-membraneuses ; il en dit autant des vésicatoires qu'il confond dans la même proscription.

M. MARROTTE a vu, lui aussi, cette année, un plus grand nombre d'affections pseudo-membraneuses que d'habitude, et il cite, à cette occasion deux exemples remarquables de bronchites de même nature qu'il a eu l'occasion d'observer dans son hôpital, sur deux femmes adultes. Il croit, en outre, comme M. Archambault, que, le plus souvent, le croup débute dans le pharynx ou sur l'isthme du gosier, et que c'est même là une circonstance heureuse, puisqu'elle permet d'attaquer l'affection sur place et d'empêcher son extension, si souvent funeste, aux voies aériennes proprement dites. Il cite, à ce sujet, le fait suivant : Un enfant de Grenelle subit l'opération de la trachéotomie pour un cas de croup ; le surlendemain son frère, jusqu'alors bien portant, se plaint de mal de gorge : on l'examine et on constate sur les deux amygdales des plaques membraneuses déjà larges et épaisses ; séance tenante, l'enfant est vigoureusement cautérisé et tous les symptômes cessent. M. Marrotte ne doute pas que, sans ce traitement tout local, l'affection ne se fût étendue au larynx, comme chez le frère, et n'eût été suivie des mêmes accidens. Quant au traitement général des angines pseudo-membraneuses, il pense qu'on ne peut l'établir *à priori* et qu'il doit être subordonné aux constitutions médicales régnantes qui donnent si souvent des démentis aux médications toujours les mêmes et arrêtées à l'avance. Tel traitement, en effet, réussit aujourd'hui qui échoue complétement quelques mois plus tard, dans des conditions en apparence les mêmes. Pourquoi cela ? Évidemment parce que le génie épidémique varie à l'une et l'autre époque et modifie différemment les mêmes affections. M. Marrotte déclare, en terminant, qu'il n'a pas, cette année, observé un plus grand nombre de fièvres typhoïdes graves que les années précédentes, mais que, par contre, il a eu à soigner une longue série de fièvres muqueuses si bien décrites par Rœderer et Wagler.

M. CHARRIER s'élève contre cette distinction, selon lui fausse, que quelques praticiens distingués cherchent encore à établir entre la fièvre muqueuse et la fièvre typhoïde. Il soutient, lui, que leurs lésions anatomiques sont les mêmes, que leur physionomie générale est identique, qu'elles ne varient que par leur intensité différente ou par l'extension de l'altération spéciale à une plus ou moins grande étendue des membranes muqueuses, bref, par quelques épiphénomènes peu importans qui, à eux seuls, ne peuvent constituer un genre à part, encore moins une espèce.

M. MARROTTE répond que, dans les deux affections, les phénomènes généraux ont, en effet, une grande analogie, mais qu'examinés de plus près et dans tous leurs détails, on y découvre aisément des diffé-

rences tranchées qui les séparent. Ainsi, dans la fièvre muqueuse, la marche est continue ou rémittente, la langue est blanche, en même temps qu'il y a dyspepsie nidoreuse, sueurs acides, absence de sudamina, absence de taches rosées et de pétéchies, etc. ; les lésions anatomiques sont, en outre, différentes, car, si dans la fièvre muqueuse on trouve souvent les follicules isolés rouges et hypertrophiés, on n'y observe jamais les altérations si caractéristiques des plaques de Payer qui appartiennent exclusivement à la fièvre typhoïde.

M. Renouard pense que ces prétendues différences des lésions organiques ne suffisent pas pour distinguer les deux maladies, parce que les follicules isolés sont de même nature que ceux qui constituent les plaques de Payer, parce que leurs altérations sont les mêmes dans les deux cas, et, partant, qu'il n'y a véritablement qu'une différence de siége et d'intensité. Quant aux constitutions médicales, M. Renouard est loin d'en contester l'existence, mais il est d'avis qu'il ne faut pas en exagérer l'importance, et que si, dans d'autres temps déjà loin de nous, on s'en préoccupait plus que de nos jours, cela dépendait moins des faits que des théories alors existantes. Il s'étonne, d'un autre côté, qu'on ose aujourd'hui conclure à la nature non inflammatoire des angines couenneuses, parce qu'on les combat souvent avec succès par les toniques : selon lui la conséquence est peu logique. Tous les jours, ajoute-t-il, les chirurgiens guérissent des ophthalmies aiguës par des cautérisations avec le nitrate d'argent et pourtant personne ne songe, par le seul fait de leur guérison, à contester la véritable nature de ces affections : pourquoi en est-il autrement pour les angines pseudo-membraneuses ?

M. Marrotte réplique que ce n'est pas comme toniques qu'agissent les cautérisations dont parle M. Renouard, mais à titre de substitution, et qu'il faudrait dans tous les cas, et avant tout, bien s'entendre sur la signification réelle du mot inflammation. Or, de nos jours encore, un bon nombre de pathologistes ne considèrent sous ce nom que la réaction locale des organes, sans tenir compte de l'état général. Pour M. Marrotte, au contraire, cet état est le fait capital qui doit particulièrement diriger le praticien dans le choix de ses moyens thérapeutiques, même locaux; et pour rentrer dans l'ordre des faits choisi par M. Renouard, il ajoute qu'il fait trop grand cas de son tact médical pour n'être pas certain, à l'avance, qu'il traitera différemment l'ophthalmie purulente et l'ophthalmie traumatique, et que si, dans le premier cas, il emploie le nitrate d'argent à dose caustique, à coup sûr il s'en abstiendra dans le second. Enfin, M. Marrotte termine en maintenant la distinction qu'il vient d'établir entre la fièvre muqueuse et la fièvre typhoïde, et il ajoute que, pour lui, la fièvre synoque et la fièvre gastrique putride constituent elles-mêmes deux affections distinctes et ayant chacune leur physionomie propre et caractéristique.

Séance du 13 Juillet 1854.

M. Demarquay rapporte le fait suivant : Un enfant, en jouant avec des camarades, lance un sou en l'air et le reçoit dans sa bouche largement ouverte. Il fait immédiatement des efforts pour le rendre, mais le corps étranger lui échappe et pénètre dans le pharynx. Bientôt une gêne douloureuse se fait sentir et nécessite l'appel du médecin le plus voisin, qui conseille un vomitif. Les efforts de vomissement n'amènent aucun résultat appréciable, et pourtant peu de temps après ce jeune malade avale plus facilement et éprouve moins de douleur. Le lendemain, la douleur étant devenue plus vive et s'accompagnant de dysphagie, on mande le médecin de la famille, M. Tassy, qui, lui-même, s'adjoint M. Demarquay. Ce dernier introduit le crochet de Græffe jusque dans l'estomac, et n'éprouve un peu de résistance qu'en le retirant, et cela au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage. L'enfant, du reste, se sent mieux après cette petite opération et peut avaler sans douleur plusieurs verres d'eau sucrée. M. Demarquay suppose alors que le corps étranger, déplacé par le crochet, est descendu dans l'estomac. Cependant six heures sont à peine écoulées qu'une douleur plus vive se fait sentir au cou ; la respiration s'embarrasse subitement ; une grande anxiété se déclare; les yeux se congestionnent et la face se tuméfie sous l'influence d'un emphysème qui envahit bientôt la moitié supérieure du corps. Ce dernier symptôme fait craindre à M. Demarquay une perforation de la trachée, bien qu'il puisse difficilement s'en rendre compte *à priori*. Le quatrième jour de l'accident, diminution notable de l'emphysème, mais augmentation croissante de la dyspnée et de la dysphagie; toux rare et sèche; tuméfaction circonscrite au côté droit du cou. Le lendemain, cinquième jour de l'accident, on constate à la visite du matin un amendement sensible de tous les symptômes; mais, vers midi, l'enfant est pris tout à coup d'une suffocation extrême et meurt avec tous les symptômes de l'asphyxie.

A l'autopsie, on trouve une perforation du pharynx au niveau de sa jonction avec l'œsophage, et un décollement de ce dernier jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale ; à ce point, le corps étranger avait perforé la plèvre droite ; un peu au-dessous, la plèvre gauche était elle-même perforée, mais par ulcération inflammatoire ; d'où il résulte que les liquides avalés pénétraient en même temps dans l'intérieur de ces deux membranes séreuses.

M. Demarquay considère, avec raison, ce fait comme exceptionnel et digne de figurer, dans la science, à côté de ceux qui ont offert le plus de difficultés au point de vue du diagnostic et du choix d'un traitement approprié. Il suppose que ces efforts du vomissement du premier jour ont, pour ainsi dire, enclavé le corps étranger dans les parois de l'œsophage au niveau de sa réunion avec le pharynx ; que l'instrument de Græffe l'a fait pénétrer plus avant à travers ces parois à demi gangrenées et que, dès ce moment, il a cheminé le long de la colonne vertébrale jusque dans la cavité thoracique.

M. Arnal félicite M. Demarquay de son intéressante communication, mais il ne s'explique pas qu'il ait pu un instant croire à la perforation de la trachée, car si elle avait eu lieu, elle se serait annoncée par des symptômes pour ainsi dire pathognomoniques et tout autres que ceux qui ont existé, tant sous le rapport de la toux et de l'expectoration, que sous celui de l'emphysème lui-même.

M. Demarquay réplique que l'emphysème particulièrement lui avait fait craindre cette perforation, mais qu'il n'avait exprimé cette crainte que sous la forme du doute, les symptômes essentiels manquant, en effet.

M. Cloquet appelle ensuite l'attention de la Société sur le dragonneau, ou ver de Médine, dont il existe actuellement un beau cas dans le service de M. Malgaigne. L'honorable professeur déclare n'avoir eu l'occasion d'en observer que trois exemples, pendant tout le cours de sa longue pratique, mais il avoue ne les avoir étudiés qu'au point de vue pathologique. Chaque fois ce singulier parasite s'est montré à lui le long de la veine saphène, entre la peau et l'aponévrose, sous forme d'une petite tumeur allongée, légèrement rouge et sensible au toucher : le plus souvent, dit-il, ces symptômes qui, comme on le voit, appartiennent à d'autres lésions, rendent le diagnostic difficile et il n'est pas rare, ainsi que cela a eu lieu dans le cas de M. Malgaigne, que les malades s'aperçoivent les premiers qu'un ver est la véritable cause de leur mal. Ce ver, du reste, se reproduit avec une grande rapidité et parfois on voit son extrémité rompue s'allonger en 24 heures de 1 à 2 centimètres. Il offre deux extrémités distinctes; l'une, plus grosse, est munie d'une ouverture qui constitue la bouche; l'autre, plus effilée, mais tout aussi longue, représente la queue. C'est au point de réunion de ces deux parties, c'est-à-dire vers le milieu de l'animal, qu'on remarque une autre ouverture qui est la fin de l'appareil digestif. Le corps tout entier est composé de petits anneaux réunis les uns aux autres, ceux du corps étant plus larges et plus épais que ceux de la queue. Enfin, M. Cloquet ajoute, en terminant, ce fait remarquable, que, par une légère pression, on voit s'écouler du corps une espèce de liquide transparent qui, examiné au microscope, offre une infinité d'animalcules filiformes, s'agitant d'un mouvement qui leur est propre ; ce sont de petits dragonneaux en tout semblables à celui qui les renfermait.

M. Boucher de la Ville-Jossy réclame la priorité de cette dernière découverte en faveur de M. Deville, qui eut l'occasion de la faire, il y a déjà plusieurs années, à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Bérard, dont il était alors l'interne.

M. Cloquet répond qu'il ne connaissait pas le fait de M. Deville, et qu'il n'entend nullement lui ôter le bénéfice de sa découverte. Il profite de l'occasion pour ajouter quelques nouveaux détails sur l'organisation du dragonneau, et rappelle particulièrement qu'on n'a pu encore, jusqu'à ce jour, distinguer le mâle de la femelle. Il pense que cela tient probablement à ce que le premier est beaucoup plus rare, et il cite, à ce sujet, les ascarides lombricoïdes, parmi lesquels on ne rencontre environ qu'un mâle pour douze femelles.

M. Bourguignon fait remarquer que l'acarus femelle du mouton, avant d'arriver à une organisation complète qui lui permette de se reproduire, passe par trois transformations successives, et il se demande si ce n'est pas à des transformations de ce genre, dont le mâle est affranchi, qu'il faut rapporter, tout au moins en partie, chez le dragonneau, la différence, au point de vue des sexes, dont vient de parler M. Cloquet.

M. Denonvilliers, qui a vu le dragonneau observé dans le service de M. Malgaigne, confirme les détails qui précèdent; il ajoute qu'il ressemble à une chanterelle de violon; qu'il a de 1 à 15 millimètres de diamètre; qu'en général il attaque presque exclusivement les membres inférieurs, et que, s'il est rare en France, on l'observe, par contre, assez souvent en Afrique et en Russie, dans le voisinage des marais qui longent le cours de la Newa.

Le secrétaire général, Arnal.

SYPHILIOGRAPHIE.

SUR LE CHANCROÏDE SYPHILITIQUE.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

6 janvier 1855.

Monsieur le rédacteur,

Mon mémoire sur le chancroïde syphilitique n'a pas seulement pour but, comme le dit notre honorable confrère M. le docteur Cullerier, « d'établir qu'il existe deux variétés de chancres syphilitiques primitifs, » ce que tous les syphiliographes savent et admettent, mais surtout de démontrer que chacune de ces variés se transmet comme espèce pathologique, et que l'une d'elles, le chancre simple, est un produit hybride analogue à la varioloïde et à la fausse vaccine.

A l'appui de ces opinions, que M. Cullerier nous fait l'honneur d'appeler une théorie, j'ai cité 17 faits. Les 13 premiers sont relatifs à cette partie de notre travail qui a pour objet la transmission du chancre dans sa variété. Ils peuvent se résumer en cette simple proposition: un malade qui n'a pas eu la syphilis constitutionnelle a un chancre infectant ou un chancre simple, non à cause d'une prédisposition inconnue, mais parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même espèce.

Cette interprétation des faits, qui est la négation de l'identité du virus syphilitique dans le chancre simple et dans le chancre induré, est, nous le savons, contraire aux idées de M. Cullerier. Nous pensons donc qu'un jour, comme il vous le fait espérer, il *pourra et voudra* bien discuter notre théorie. En attendant, et comme infiniment plus simple, M. Cullerier vous donne l'*observation entière* de la malade de son service dont j'ai parlé dans mon 13me fait, comme pouvant suffire pour mettre à néant ce que j'ai avancé, puisque cette observation serait, suivant lui, un très bel exemple de chancres infectans communiqués par un malade n'ayant que des chancres simples.

Pourquoi notre honorable contradicteur veut-il ajouter à la valeur de ce fait, en disant que sa malade a, en outre, communiqué des chancres simples à un autre individu sain ?

Où M. Cullerier voit-il cela dans mon observation ? Il suffit, pour éliminer du débat cette assertion, de rappeler en quelques mots cette observation treizième :

Un malade se présente à notre dispensaire avec des chancres non infectans, pris il ne sait où. Pendant leur durée il a des rapports sexuels avec une femme qui nous est restée inconnue ;

Cette femme cohabite avec un ami de ce premier malade et lui communique sept chancres non infectans ;

Ce second malade, malgré ces sept chancres du prépuce et du gland, voit une autre femme, la nommée Élise P..., couturière, et nous apprend plus tard que cette malade est à Lourcine, salle Saint-Louis, n° 5 ;

Nous trouvons sur cette femme des chancres multiples, non indurés, et nous en concluons que *très probablement* (ce sont nos expressions) ils lui ont été communiqués par notre malade.

Voilà toute l'observation. Y trouvez-vous, Monsieur le rédacteur, un troisième malade qui aurait contracté des chancres non infectans avec cette même Élise P..., atteinte de chancres infectans, comme le veut M. Cullerier ?

Examinons donc si, tel qu'il reste, le fait de cette malade de Lourcine est aussi probant que paraît le croire M. Cullerier.

Une chose m'étonne profondément, Monsieur le rédacteur, c'est l'assurance, et pourquoi ne le dirais-je pas? le laisser-aller avec lesquels M. Cullerier donne cette observation de sa malade « comme prouvant précisément le contraire de ce que j'ai avancé. » M. Cullerier croit-il donc que pour vous et vos lecteurs son autorité en syphilis peut suppléer à l'insuffisance des preuves. Qu'ai-je avancé? Que le chancre se transmettait dans sa variété. Que m'oppose M. Cullerier? Une observation d'où il résulterait qu'un malade, porteur de chancres non infectans, aurait communiqué à une malade des chancres infectans.

Mais, pour donner quelque valeur à cette observation, il fallait, ce me semble, établir :

1° Que les chancres de la malade qui est le sujet de l'observation procédaient des chancees de notre malade ;

2° Que les chancres de cette même malade étaient bien des chancres infectans, c'est-à-dire des chancres d'une autre variété que ceux dont ils provenaient.

Où sont les preuves que les chancres d'Élise P... lui avaient été communiqués par notre malade ? Est-ce parce qu'il a eu des rapports sexuels avec elle ? M. Cullerier s'est-il donc assuré que cette femme n'a pas cohabité avec d'autres individus, supposition qui n'aurait rien d'offensant, je crois, pour une cliente de Lourcine?

La preuve scientifique de l'origine des chancres d'Élise P... manque donc complétement.

Sur le second point, celui de la nature de ces chancres, M. Cullerier ne vous paraît-il pas conclure un peu trop facilement « que ces cinq ulcérations rangées en forme de croissant, siégeant sur de petites élevures mamelonées, » non indurées, étaient des chancres infectans? Plus d'un syphiliographe trouverait dans ces ulcérations les caractères du chancre non infectant. Mais ils ont été suivis d'accidens constitutionnels. M. Cullerier s'est-il assuré, par les antécédens de la malade, que ces chancres étaient les premiers accidens primitifs de cette femme? Est-il donc si rare de voir une femme avoir plusieurs fois des chancres dans l'espace de quelques mois, et surtout de voir des accidens constitutionnels qui ne sont pas rapportés à leur véritable origine ?

Je borne là ma réponse, Monsieur le rédacteur, ne voulant lui donner ni la forme ni l'étendue d'une discussion, et je vous laisse, après ces quelques réflexions sur l'observation de M. Cullerier, le soin de juger si elle « prouve précisément le contraire de ce que j'ai avancé. »

Recevez, etc. F. Clerc.

COURRIER.

SOUSCRIPTION OUVERTE EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

2me liste.

Un anonyme, 2 fr.; M. Charruau, de Paris, 20 fr.; un anonyme d'Argueil (Seine-Inférieure), 5 fr.; MM. Maisonneuve, méd. de 1re classe de la marine, à Guérigny (Nièvre), 10 fr.; Piogey, de Paris, 5 fr.; Schuster, id., 10 fr.; Gallard, id., 5 fr.; Bigelow, id., 5 fr.; Cabanellas, id., 5 fr.; Becquet, id., 10 fr.; Coqueret, id., 10 fr., Sandras, id., 10 fr.; Foissac, id., 10 fr.; Delcroix, id., 5 fr.; Fauconneau-Dufresne, id., 5 fr.; Amédée Forget, id., 10 fr.; Despaulx-Ader, id., 5 fr.; Nicolas (de Louhans), id., 5 fr.; Blache, id., 20 fr.; Tessereau, id., 20 fr.; Frère, id., 10 fr.; B..., à Batignolles, 10 fr.; Massy, à Habas (Landes), 10 fr.; Dumont, au mont Saint-Michel, 3 fr.; Gérard, à Chagny (Saône-et-Loire), 2 fr.; Leroy-Dupré, à Paris, 10 fr.; A. Pennes, id., 10 fr.; Clerc, id., 10 fr.; Dufraisse, à Blanzac, 10 fr.; Volzain, au Luc, 2 fr.; Chrétien, à Thann, 5 fr.; Maizel, à id., 5 fr.; Amercin, id., 5 fr.; Coureaux, id., 5 fr.; Trastour, à Nantes, 5 fr.; Tardieu, à Paris, 10 fr.; Dupuis, à Lusignan, 5 fr.; Lebreton, à Pleyben (Finistère), 5 fr.; Aubert, à Macon, 10 fr.; Caillat, à Aix, 5 fr.; Thomas, à Genlis, 5 fr.; Molé, à Laignes, 5 fr.; M. L., à Limoges, 20 fr.; Hérard, à Paris, 5 fr.; Moynier, id., 10 fr.

Total de la 2me liste. . .	392 fr.
Id. de la 1re liste. . .	489 fr.
Total général.	881 fr.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Nous croyons pouvoir nous dispenser aujourd'hui, et nous espérons pour l'avenir, de donner les chiffres des cas de choléra qui ont été observés à Paris depuis notre dernier bulletin, c'est-à-dire depuis le 27 décembre dernier. Depuis ce jour, en effet, le nombre des cas nouveaux a été en déclinant, et pendant les cinq derniers jours aucun cas nouveau n'a été observé. Il est donc permis d'espérer que l'épidémie est éteinte à Paris et dans ses environs.

Les plus récentes nouvelles annoncent l'explosion du choléra à Brest, où il a fait déjà plus de 100 victimes sur moins de 200 malades.

On signale aussi l'apparition du choléra dans la ville et dans l'arrondissement de Montluçon (Allier).

— Le ministère de l'instruction publique et des cultes vient de publier un règlement sur la réception des officiers de santé, des pharmaciens, herboristes et sages-femmes de deuxième classe, suivi d'un arrêté fixant les droits de présence des examinateurs.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 4. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 11 Janvier 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 JANVIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La question du cancer jouit de ce singulier et non moins heureux privilége qu'alors qu'on la croit épuisée elle prend sinon des aspects nouveaux, du moins un nouvel intérêt. C'est ce qui est arrivé dans la séance d'hier, où nous étions venus tous avec cette pensée que nous n'entendrions que des deuxièmes ou des troisièmes versions de discours affaiblis et amoindris par la répétition.

C'était un préjugé, hâtons-nous de le dire, et des belles séances auxquelles cette discussion a donné lieu, celle d'hier est une des plus belles.

Elle a été occupée par MM. Leblanc, Delafond et Velpeau. A ce dernier l'heure avancée n'a pas permis de terminer son discours, dont nous n'entendrons la fin que mardi prochain ; et il est probable que c'est à M. Velpeau que sera réservé l'honneur de clore cette longue et importante discussion.

M. Leblanc a limité sa nouvelle intervention dans le débat à la question de la fréquence relative du cancer chez les animaux herbivores et chez les carnivores. L'honorable vétérinaire soutient la thèse que le cancer est beaucoup plus fréquent chez les carnivores que chez les herbivores. M. Delafond, sans nier précisément la proposition de son confrère, la trouvait seulement un peu exagérée. C'est là une question qu'il sera, ce semble, facile d'éclaircir en consultant, comme l'indique M. Leblanc, les registres et les cahiers cliniques de l'École d'Alfort.

Un vif intérêt de curiosité s'est manifesté quand M. Delafond est monté à la tribune. L'Académie et l'assistance étaient encore sous l'impression de la position un peu équivoque prise dans le débat par le savant professeur d'Alfort, dont le premier discours, scindé en deux séances, avait été moitié pour, moitié contre les prétentions des micrographes, qui, après avoir battu en brèche la spécificité de la cellule cancéreuse dans sa première partie, semblait avoir voulu, dans sa seconde, réparer les dommages que son argumentation avait faits à la doctrine ; position difficile et périlleuse pour laquelle les micrographes, d'ailleurs, n'avaient eu aucun égard, car aucun discours n'a plus excité leur critique. M. Robert ayant porté à la tribune cette critique du dehors, M. Delafond a senti le besoin d'une explication nette, claire, catégorique, et il l'a donnée hier, à la vive satisfaction de l'assemblée.

Nous avons lu avec une grande attention, et toujours avec plaisir, tout ce que les micrographes ont écrit à l'occasion de cette discussion ; quelquefois, nous l'avouons sans peine, leur argumentation pressante nous a rendu incertain et hésitant ; souvent nous nous sommes demandé s'il était possible que tant de recherches, tant d'études, tant de talent, une conviction si sincère et si vive, n'eussent abouti qu'à de pures illusions ou à l'erreur ; et nous, qui aimons la jeunesse, le progrès et le travail, nous faisions des vœux secrets pour que l'autorité de nos maîtres en clinique n'écrasât pas de son poids les manifestations de la jeune école.

Nous avons vu hier, non sans quelque regret, que M. Delafond fermait toute issue aux espérances et aux prétentions actuelles des micrographes. Le discours de cet honorable savant est la plus puissante argumentation que nous ayons entendue : puissante par les faits, par l'observation, par la logique, par les résultats, par le nombre des preuves, par l'autorité des citations, par l'ensemble enfin d'une démonstration précise et lumineuse.

Nous nous garderons bien de gâter par une sèche analyse, impossible d'ailleurs après la simple audition d'une œuvre aussi étendue, la savante oraison de M. Delafond. Disons seulement qu'il n'a pas laissé sans réponse victorieuse un seul argument de M. Robert, dont le discours habilement construit avait produit une certaine impression. Nous ne pouvons qu'appeler l'attention de nos lecteurs sur toute la discussion de M. Delafond relative à la non-spécificité d'aspect, de forme, de contours, de volume, de dimension, de structure et de composition chimique de la cellule cancéreuse. Aujourd'hui plus de tergiversations dans l'esprit de l'honorable professeur d'Alfort, et aussi plus de contradictions dans l'expression de la pensée. Tout y est ferme et nettement accentué. Partout où M. Robert, l'organe, l'interprète, le mandataire des micrographes, affirme, M. Delafond nie résolûment, sans moyens termes, sans tempéramens, de sorte que jamais dissidence plus complète et plus profonde ne s'est produite entre les deux écoles du microscope, l'école positive, représentée par M. Robert, l'école négative, représentée par M. Delafond.

Voilà où en sont arrivées les choses relativement à la spécificité des cellules microscopiques : affirmation obstinée d'un côté, négation non moins tenace de l'autre. On voit que, lorsque dès le début de cette discussion nous prévoyions ce qui arrive, nous ne méritions pas les railleries, innocentes d'ailleurs, qui accueillirent cette prophétie.

Mais dans l'école positive des micrographes trouve-t-on au moins unité de vues, de doctrines, concordance de faits, similitude de résultats ? Hélas ! non ; M. Delafond a montré par de nombreuses citations que la doctrine de la spécificité cellulaire n'était pas encore tellement arrêtée dans l'esprit de ceux qui la soutiennent que l'on ne pût rencontrer des réticences, des réserves, quelques concessions même, prudentes d'ailleurs, et loyales assurément, mais qui jettent de l'incertitude sur les faits annoncés comme les plus positifs.

L'objection qui avait paru la plus sérieuse à M. Robert et sur laquelle il avait voulu s'édifier par l'observation directe, a savoir la similitude de la cellule de plusieurs tissus normaux et de la cellule dite cancéreuse, cette objection a été reprise avec vigueur par M. Delafond, qui en a de nouveau affirmé la valeur et l'importance. Plusieurs micrographes allemands, M. Virchow en tête, M. Michel (de Strasbourg), qui a adressé un très beau travail sur ce sujet à la Société de chirurgie, ont donc trouvé un puissant adhérent dans l'honorable professeur d'Alfort.

L'échappatoire dont s'est servi M. Robert pour expliquer cette différence énorme de résultats par la puissance amplifiante différente des instrumens n'a pas trouvé grâce devant M. Delafond, qui ne veut, qui ne peut admettre que les savans micrographes étrangers soient en arrière sur ce point des micrographes français. C'est là, d'ailleurs, une question de fait qu'il est facile d'éclaircir et qu'il est étonnant de voir laissée à l'état d'assertion.

M. Robert avait reproché à M. Delafond de n'avoir produit, dans son exhibition iconographique, que des anomalies de la cellule. M. Delafond a accepté le fait, tout en disant que ces anomalies étaient si nombreuses et si fréquentes que la normalité disparaissait au milieu de cette confusion.

Les conclusions par lesquelles M. Delafond a terminé son discours, conclusions qu'il ne faut considérer, d'ailleurs, que comme l'expression des opinions individuelles de l'auteur, brillent par une grande franchise et deviendront probablement le thème, dans la presse ou ailleurs, de longues discussions. Nous aurons aussi l'occasion d'y revenir.

M. Velpeau ne pouvait, pas plus que M. Delafond, rester sous le coup des critiques de M. Robert. Le savant professeur, après s'être félicité de ce que son honorable collègue d'Alfort venait d'abréger et de simplifier sa tâche en traitant avec étendue et pertinence les questions techniques relatives au microscope, a cherché à ramener la discussion à son véritable point de départ, qui était le diagnostic et la curabilité du cancer. On avait contesté ces deux points : 1° Que le diagnostic du cancer fût possible sans le secours du microscope ; 2° que le cancer fût jamais susceptible de guérison. Eh bien, la discussion actuelle a eu déjà, selon M. Velpeau, ce grand résultat, d'avoir établi ce qui n'est plus guère contesté par personne, que l'on peut diagnostiquer le cancer sans le secours du microscope et que l'on peut quelquefois guérir cette affreuse maladie.

Mais les faits, les preuves que M. Velpeau avait invoqués pour établir ces deux propositions, ont été appréciés, critiqués, infirmés. Il s'agit de savoir jusqu'à quel point ces critiques et ces infirmations sont fondées, et tel est le sujet de la première partie du discours de M. Velpeau.

Cette première partie, la seule que M. Velpeau ait prononcée, est véritablement accablante.

Avec plus de courage peut-être que de prudence, M. Robert avait touché directement ou indirectement à tous les faits produits par M. Velpeau, et les avait trouvés les uns incomplets, les autres insuffisans, presque tous sans valeur. La réponse de M. Velpeau a été péremptoire et décisive. Ne l'affaiblissons pas par l'analyse ; le lecteur la trouvera complète à notre compte-rendu de la séance. Il est bien difficile, après cette réfutation, de conserver le moindre doute sur l'importance et la valeur des faits produits par M. Velpeau pour prouver les propositions par lui émises et qui sont le fond de cette discussion :

Que l'investigation clinique suffit presque toujours pour le diagnostic du cancer ;

Que le microscope n'a pas trouvé les cellules spécifiques dans de vrais cancers ;

Qu'il en a trouvé dans des tumeurs non cancéreuses.

Parmi les signes cliniques que M. Velpeau tient en si grande estime, il en est un surtout que M. Robert avait cherché à affaiblir, la rétraction du mamelon dans le cancer du sein, et dont il avait signalé la présence dans deux cas qu'il avait qualifiés d'hypertrophie mammaire. Or, il est arrivé que, de ces deux cas, l'un avait été pris dans la pratique même de M. Velpeau, et sur lequel, par conséquent, il est plus en mesure que qui que ce soit de donner des renseignemens exacts. Eh bien, la malade dont il est question se trouve, à cette heure, sous l'imminence d'une récidive, et cette tumeur, dite hypertrophique et reconnue telle par le microscope, va repulluler à l'instar d'un vrai cancer.

M. Velpeau a présenté d'excellentes considérations sur le danger d'isoler les signes diagnosiques, pour les soumettre à une critique dissolvante. C'est par un artifice de ce genre et par cette sorte de jeu de l'esprit qu'il lui était arrivé à lui-même, dans un concours, de détruire l'un après l'autre tous les signes de la phthisie pulmonaire. Cette critique, a dit l'éminent professeur, n'est pas sérieuse ; c'est par l'ensemble des signes et par la physionomie des maladies que le clinicien arrive au diagnostic ; et quant au diagnostic du cancer en particulier, le clinicien attentif et exercé parviendra, dans la plus grande majorité des cas, à l'établir par une réunion de signes cliniques très appréciables.

Interrompu par l'heure, M. Velpeau terminera, mardi prochain, un discours admirablement commencé, et dans lequel il entrera sans doute maintenant dans la partie doctrinale de la question.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APIOL (PRINCIPE IMMÉDIAT DU PERSIL), CONSIDÉRÉ COMME SUCCÉDANÉ DE LA QUININE ;

Par MM. JORET et HOMOLLE, docteurs en médecine.

> S'il se trouve un homme qui, par une méthode sûre ou par un remède spécifique, sache non seulement arrêter le cours des fièvres intermittentes, mais encore les déraciner entièrement, je crois cet homme obligé par toute sorte de raisons de faire part au public d'un secret aussi important, et s'il manque à ce devoir, j'ose dire qu'il ne mérite ni le nom d'un bon citoyen, ni d'un homme prudent.
>
> (*OEuvres de Sydenham*, traduction française, Montpellier, 1816, tome I, page 78.)

La découverte de la quinine par MM. Pelletier et Caventou, en 1818, en substituant au quinquina un produit toujours identique dans ses élémens comme dans son action, avait enrichi la thérapeutique d'un agent énergique et sûr. Bientôt des fièvres intermittentes son usage s'est étendu à beaucoup d'autres maladies et la consommation du quinquina a augmenté dans des proportions considérables.

« On se demande avec inquiétude et non sans quelque apparence de raison, dit M. le professeur Bouchardat (1) dans presque tous ses annuaires, si l'exploitation des quinquinas telle qu'elle est pratiquée par les habitans du pays, c'est-à-dire d'une manière fort peu intelligente, pourra longtemps suffire à nos besoins, et même si elle ne finira pas par faire disparaître ces arbres précieux. On craint que telle éventualité, que l'on peut bien prévoir, n'empêche un jour l'importation du quinquina. »

Déjà une société anglaise a fait de l'exploitation des quinquinas de la province de Calysaya, les plus riches en quinine, l'objet d'un monopole ruineux pour nos fabricans. Elle a porté le prix du quinquina à un taux tel que ceux-ci ne peuvent

(1) Le seul ministère de la guerre a consommé dans ces dernières années jusqu'à 400 kilogrammes de sulfate de quinine pour le service de l'armée d'Afrique seulement.

plus l'employer pour leur fabrication, à moins d'augmenter d'un tiers ou même de moitié le prix de leur produit. Il en est résulté pour eux la nécessité de remplacer ce quinquina par toutes les espèces qui ont avec celle-ci le plus d'analogie : Les quinquinas *du Pérou* très pauvres en quinine; les *Carthagènes*, qui contiennent plus spécialement de la cinchonine, et les *Carabayas*, dans lesquels on rencontre à peine des traces de quinine, une quantité notable de cinchonine, et, en proportion prédominante, un alcaloïde nouveau qui n'est ni la quinine, ni la cinchonine, et auquel, à cause de la ressemblance purement physique de son sulfate avec le sulfate de quinine, on a donné le nom de quinidine.

De cette substitution fâcheuse, mais, pour ainsi dire, forcée, des quinquinas de qualité inférieure au quinquina Calysaya dans la fabrication du sulfate de quinine, est résultée l'introduction dans le commerce de produits très variables dans leur composition ; les cachets même les plus recommandables n'ont pas été à l'abri de ces variations. Malgré cela, le sulfate de quinine coûte 400 à 450 francs le kilogramme; il est vendu dans les officines 10 centimes les 5 centigrammes, soit 2 fr. le gramme ou 2,000 francs le kilogramme. Ce prix, déjà excessif, conséquence inévitable de sa consommation progressive, s'arrêtera-t-il à ce chiffre? Nous devons craindre le contraire.

Nos craintes ne sont pas exagérées : elles ont frappé les esprits les moins timorés; les Sociétés savantes s'en sont émues, et chacun a cherché, dans le cercle de ses attributions, à prévenir la disette qui nous menace. Aujourd'hui plus que jamais, la question des succédanés de la quinine est à l'ordre du jour. Mais ce qui ne laissera pas que de surprendre, c'est, il faut bien le dire, cette sorte de répulsion que provoque la seule annonce de la découverte d'un fébrifuge, comme si ce problème était insoluble : et, pourtant, on a proposé de faire de la quinine de toutes pièces (1)! Singulière contradiction : on demande avec ardeur un remède à un état de choses reconnu des plus fâcheux par tous, et avec plus d'ardeur on semble s'appliquer à annihiler les découvertes qui peuvent y conduire !

Règle générale : quand on expérimente un médicament nouveau, on ne l'essaie que dans les cas les plus graves; et si les premières expériences ne réussissent pas d'emblée, le médicament préconisé est condamné sans appel : parce qu'il n'a pas toute la valeur possible, il n'en a aucune. Cette manière de procéder n'est pas rationnelle, elle ne peut aboutir qu'à désenchanter les adeptes les plus zélés de la science. Pourquoi, dans l'espèce, au lieu d'avoir toujours en vue le sulfate de quinine, n'étudierait-on pas le succédané en lui-même avec persévérance et sans parti pris pour déterminer d'une manière exacte sa valeur thérapeutique, dont on établirait ultérieurement le rapport avec celle du quinquina et des sels de quinine? Et si, en fin de compte, on arrivait à prouver qu'au lieu d'agir comme 10, valeur supposée de la quinine (nous prenons des nombres pour faire mieux comprendre notre pensée), le moyen employé agissait comme 9, 8 et même 6, n'aurait-on produit rien de bon? Tel remède ne réussit qu'à modifier dans leur intensité les accès de fièvre des pays chauds qui coupera la fièvre dans la Bresse, dans la Bretagne, en Sologne, ou dans telle autre contrée. Si le fait est acquis, n'est-ce pas un succès? Qu'importe au pauvre fiévreux de notre pays que le sulfate de quinine seul puisse triompher des fièvres de Rome et de la Corse, si le prix de ce puissant antipériodique lui est inaccessible, et si, pour un prix deux ou trois fois moindre, il peut se procurer un fébrifuge qui suffise à couper sa fièvre?

Nous ne saurions trop le faire remarquer, il s'agit moins peut-être de trouver un remède qui remplace en tout et partout la quinine, ce qui serait le *nec plus ultrà* de la science, que de découvrir un produit organique ou autre, comme l'a dit M. le professeur Bussy, dans un de ses rapports à la Société de pharmacie, qui puisse, *sinon remplacer complétement le quinquina, du moins le suppléer de manière à en réduire beaucoup la consommation*. Dans la pensée du savant directeur de l'École de pharmacie, extraire en assez grande quantité et avec assez d'économie le principe immédiat de l'une de nos plantes indigènes reconnues fébrifuges, pour remplacer le quinquina *dans des cas déterminés*, c'était un progrès digne d'être encouragé.

L'apiol, principe immédiat des semences de persil, dont la valeur vénale est incomparablement moindre que celle de l'écorce du Pérou, réussit à couper les fièvres intermittentes de nos contrées aussi bien à peu près que la quinine elle-même, comme nous l'avons suffisamment prouvé dans notre mémoire adressé à la Société de pharmacie pour le concours de 1850; mais il n'agit pas avec la même efficacité sur les fièvres des pays chauds, qui sont beaucoup plus rebelles. Doit-on en conclure que ce soit un fébrifuge à rejeter? Non. Il nous paraît plus sage de penser qu'il est appelé à réaliser le progrès thérapeutique signalé par M. Bussy, et que réclament avec lui tous les hommes sérieux de notre époque.

Dans ce nouveau mémoire, après avoir rappelé en quelques mots l'historique de l'apiol et donné son procédé d'extraction, nous exposerons ses caractères physiques et chimiques et ses propriétés physiologiques. Nous indiquerons avec soin son mode d'administration, puis nous établirons par des faits cliniques sa valeur antipériodique réelle dans les fièvres intermittentes de nos contrées, et sa valeur relative par rapport au sulfate de quinine dans les fièvres des pays chauds.

Historique. — Longtemps avant que la Société de pharmacie de Paris eût mis au concours la question qui fait l'objet de ce mémoire, nous avions eu l'idée de rechercher un succédané du sulfate de quinine. En 1834 et 1835, nous avons essayé successivement les plantes les plus vantées comme fébrifuges : la petite centaurée, l'armoise, la gentiane, le houx, l'olivier, le plantain, la feuille d'artichaut, etc., etc. Nous les avions employées sous toutes les formes : en poudre, en décoction, en extrait et en teinture; aucune de ces préparations n'arrivait à couper la fièvre; seulement quelques-unes en modifiaient plus ou moins les accès et nous dûmes y renoncer. Douze ans après, en 1847, une circonstance fortuite nous fit découvrir, dans la graine du persil, le fébrifuge que nous cherchions. Nous nous trouvions alors en Bretagne; un sieur J..., cultivateur au village de Baden, situé sur les bords de la mer, où régnait une épidémie de fièvres intermittentes, nous fit appeler pour lui donner des soins. Cet homme était atteint de fièvre quotidienne depuis quatre jours. Les trois stades, frisson, chaleur et sueur se succédaient invariablement, et, de plus, il avait remarqué que l'accès du jour devançait habituellement de deux heures celui de la veille. La rate présentait une intumescence notable. Nous nous trouvions conséquemment en présence d'une fièvre intermittente bien caractérisée. Le cinquième accès devait reparaître à six heures du soir, il en était trois; n'ayant pas à notre disposition la quantité de sulfate de quinine qui nous était nécessaire, et étant trop éloigné de la ville pour nous la procurer en temps utile, nous avisâmes dans la chambre du malade des sommités de persil qu'il conservait pour graines. Nous prenons une poignée de ces graines que nous faisons bouillir pendant un quart d'heure, dans une bouteille d'eau ; on passe le tout à travers un linge et le malade prend cette décoction en trois doses très rapprochées l'une de l'autre.

Le lendemain on nous fait savoir que le malade n'avait pas eu de fièvre ; qu'il avait passé une nuit fort tranquille. Au lieu de sulfate de quinine que nous nous proposions d'administrer en cas d'insuccès de la graine de persil, nous prescrivons, pour ce jour et les deux suivans, une décoction semblable à celle de la veille. Le sieur J... a pris en tout 300 à 350 grammes de graines de persil en décoction, sa fièvre n'a pas reparu, ses forces se sont bien vite rétablies, et, au bout de peu de temps, il est venu nous remercier et nous complimenter sur l'efficacité de notre remède.

Cette guérison inespérée éveilla singulièrement notre attention. Nous avions hâte de répéter cette expérience. Pour cela, nous nous mîmes à la complète disposition de Mme la supérieure des sœurs de St-Vincent-de-Paul, chargées du service du bureau de charité de Vannes, dont nous ne saurions taire plus longtemps et le dévouement qu'elle apportait au soulagement de ses pauvres malades et le zèle empressé qu'elle a toujours mis à seconder nos efforts pour arriver à la découverte de la vérité. Pendant les deux années qui suivirent, cent fois nous avons administré la décoction de la graine de persil à nos fébricitans, et presqu'autant de fois nous nous sommes convaincu de la valeur antipériodique dont elle jouissait. Mais il ne suffisait pas de savoir que la graine de persil, à l'exclusion des autres parties de la plante que nous avions données autrefois sans succès, possédait la propriété fébrifuge : il fallait isoler ce produit organique, dans lequel réside cette propriété, et ce n'est qu'après des essais sans nombre et tous les tâtonnemens inséparables de semblables recherches, que nous avons obtenu le principe immédiat que nous désignons sous le nom d'*apiol*. Nous dirons plus loin les résultats qu'il a eus entre nos mains, et ceux non moins remarquables obtenus par les honorables confrères qui l'ont essayé dans des climats et sous des latitudes différens.

Bibliographie. — Si, les premiers, nous avons employé la graine de persil pour remplacer les préparations de quinquina, d'autres avant nous avaient préconisé cette plante pour combattre les fièvres d'accès.

On ne trouve rien dans les auteurs anciens qui ait rapport à la valeur antipériodique du persil; mais Dioscoride indique comme très propre à combattre les fièvres la *livèche*, le *smyrnium olusatrum*, l'*impératoire*, plantes appartenant à la même famille.

Peyrilhe et Haller citent l'*apium graveolens* et l'*apium palustre* comme antipyrétiques. De tous les fébrifuges appartenant à la famille des ombellifères, aucun n'a été plus vanté que le *phellandrium*. Peyrilhe, Hunstingius, Kramer, Villars et Withering lui ont tous assigné cette vertu. C'est particulièrement dans le duché de Brunswick, où les fièvres intermittentes sont communes, que le *phellandrium* a été essayé.

Au rapport de Perrein (*Matière médicale*, t. I, p. 360), Tournefort dit avoir vu en Provence des personnes prendre de 4 à 6 onces de suc de persil, comme fébrifuge, au moment du paroxysme.

Bonhoure, dans un livre intitulé : *La science de purger, détruire les vers intestinaux et couper la fièvre sans danger*, Montpellier, 1835, indique, entre autres panacées, la formule suivante :

R. Eau-de-vie à 20°. . . . 2 cuillerées.
Eau de roses. . . . . . 2 d°.
Suc de persil. . . . . . 2 d°.

A faire prendre au milieu de l'accès.

Le docteur Potot, médecin à Saulieu, a fait en août 1836 une communication à l'Académie de médecine, dans laquelle il vante le suc de persil à la dose de 3 onces pour combattre la fièvre intermittente.

Plus récemment, en 1841 et 1842, le docteur Péraire a fait usage du persil dans les fièvres d'accès. Il préconise plus particulièrement les préparations suivantes (Voir le *Bulletin médical de Bordeaux* et le *Journal de chimie médicale*, t. VIII, 2me série, page 588) :

1° La poudre de feuilles desséchées, à la dose de 2 grammes par jour ;

2° Le suc exprimé à la dose de 100 à 125 grammes;

3° Un hydroolat à la même dose ;

4° L'alcoolé de persil (2 parties de suc, 1 partie d'alcool à 33°) ;

5° Le vin et le sirop de persil ;

6° L'huile de persil par coction ;

7° L'extrait de persil à la dose de 60 centig. à 1 gramme ;

8° La gelée de persil (1 partie de sucre, soit 2 parties de sucre).

Enfin, M. le docteur Cazin, dans son *Traité des plantes médicinales indigènes* (1850), dit avoir administré comme fébrifuge le suc de persil dans six cas de fièvre intermittente, dont trois fois avec succès.

On voit par cette énumération, que nous croyons complète, des observations sur l'emploi thérapeutique du persil, que pas un auteur avant nous n'avait signalé la graine de l'*opium petrosalinum* comme jouissant d'une valeur antipériodique supérieure à celle des autres parties de la plante.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Janvier 1855. — Présidence de M. Jobert de Lamballe.

La correspondance comprend deux lettres émanées du cabinet de l'Empereur, par lesquelles l'Académie est invitée à donner son avis sur deux remèdes secrets : 1° Une composition de M. Hartogs, pour *guérir en deux jours les membres gelés ou atteints par des engelures;* l'inventeur met un certain nombre de flacons contenant ce remède à la disposition du gouvernement pour être expédiés à l'armée d'Orient; 2° une eau de M. Brocchieri, pour *guérir rapidement les blessures d'instrumens tranchans ou acérés ;* l'inventeur en offre également un certain nombre de flacons pour être envoyés en Orient. (Une commission, composée de MM. Bussy, Jobert de Lamballe et Robert, se réunira d'urgence pour faire un rapport à ce sujet.)

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce communique à l'Académie :

1° Un rapport de M. Lebon, officier de santé à Conflans, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune d'Oley de mars à septembre 1853. (Comm. des épidémies.)

2° L'échantillon et la formule de l'*iodure de gluten* de M. Gagnage, remède spécialement destiné à la guérison des affections scrofuleuses. Ce pharmacien réclame pour sa recette l'application du décret du 3 mai 1850. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

3° L'échantillon et la formule d'une pommade de M. Maume, de Lyon, pour le traitement des ulcères. (Même commission.)

4° L'échantillon et la formule de l'*alcool de menthe perfectionné*, par M. Jacques de Ricqlès, de Lyon. (Même commission.)

— M. Dubois, de Tournay, remercie l'Académie de la mention honorable accordée à son travail sur l'*huile de foie de morue*. Il lui fait hommage de plusieurs ouvrages de sa composition.

— M. Imbert-Gombeyre, de Clermont-Ferrand, écrit à l'Académie une lettre de remerciemens pour le prix accordé à son mémoire sur l'*albuminurie dans l'état puerpéral.*

— M. le docteur Élie communique dans une lettre ses idées sur le cancer. (M. Barth est chargé de faire un rapport sur cette communication.)

— M. le docteur Alfred Sidney Droz, à la Chaux-de-Fonds, envoie un paquet cacheté sur la thérapeutique de la variole. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Marx communique un traitement nouveau des maladies de poitrine. (Même commission.)

— Le docteur Bidreau, médecin aide-major de l'armée d'Orient, envoie à l'Académie un mémoire sur *les sangsues considérées comme corps étrangers vivans des voies aériennes et particulièrement du larynx.* (Comm. MM. Soubeiran et Desportes.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

La parole est à M. Leblanc.

M. Leblanc : Avant d'aborder la question du cancer, notre honorable collègue, M. Delafond, vous a exposé quels avaient été ses nombreux travaux sur divers points de la science; il vous a dit les circonstances favorables qui lui avaient fourni l'occasion, comme médecin et comme chirurgien, d'observer un très grand nombre de malades parmi toutes les espèces d'animaux domestiques, et même dans l'espèce humaine. Il vous a énuméré ces espèces ; il vous a cité le cheval, le mulet, l'âne, le bœuf, le mouton, le cochon, le chien, le chat, les oiseaux domestiques et le perroquet. Il voulait consolider d'avance la base sur laquelle il allait appuyer les argumens scientifiques qu'il allait vous communiquer, et vous faire entendre que ceux qui avaient moins examiné que lui, que ceux qui avaient vu moins de malades des diverses espèces d'animaux domestiques, avaient pu commettre des erreurs, parce que les moyens d'études leur avaient manqué.

C'est ainsi, par exemple, qu'il a cherché à expliquer la dissidence qu'il a tout d'abord dit exister entre lui et moi sur deux questions capitales, relatives aux maladies cancéreuses des animaux.

J'avais énoncé, dans une précédente séance, que le cancer était

(1) La Société de pharmacie de Paris, dans son programme de 1849, a posé la question suivante : « Découvrir les moyens de préparer artificiellemens la quinine, » c'est-à-dire sans employer à cette préparation ni quinquina, ni aucune autre ma- » tière contenant de la quinine toute formée. A défaut, faire connaître un produit » organique nouveau, naturel ou artificiel, ayant des propriétés équivalentes à la » quinine et qu'il serait possible de mettre commercialement en concurrence avec » elle. »

beaucoup plus fréquent chez les carnivores que chez les herbivores, et que le régime végétal, combiné avec le régime animal, était un moyen préventif contre le développement du cancer chez les chiens et chez les chats. Les premiers mots de M. Delafond ont été prononcés pour combattre ces opinions. Il a cherché, avant tout, à expliquer mon erreur, en avançant qu'ayant eu l'occasion d'examiner beaucoup plus d'animaux carnivores que d'animaux herbivores, j'avais dû constater une plus grande fréquence du cancer chez les carnivores. C'était une simple supposition de la part de M. Delafond qui a commis à son tour dans cette circonstance une grave erreur. Depuis que je professe la médecine vétérinaire, j'ai vu bien plus d'herbivores que de carnivores, la différence est au moins comme 40 est à 1. Et, parmi les herbivores, j'ai eu de nombreuses occasions d'observer toutes les espèces et beaucoup de variétés : le cheval, le mulet, l'âne, le bœuf, le mouton, la chèvre et les oiseaux. M. Delafond a dit notamment que je n'avais guère pu comparer la fréquence du cancer chez les carnivores et chez le bœuf, le mulet, l'âne, le mouton, le cochon, parce que ces derniers animaux sont rares à Paris, où j'exerce ma profession.

M. Delafond ignore sans doute que j'ai pratiqué la médecine vétérinaire pendant quatre années dans le Poitou; que là les bœufs, les mulets, les ânes, les moutons, les cochons pullulent. Donc, sans crainte de me tromper, je puis dire que j'ai examiné, et suivi surtout, autant d'animaux herbivores que M. Delafond en a observé. Par contre, je suis convaincu qu'il a eu l'occasion d'étudier moins de chiens et de chats que moi. Tout bien considéré, je ne trouve pas fondé le motif allégué par M. Delafond. Je continue donc à soutenir ma proposition comme vraie.

Ce qu'il y a d'assez singulier dans les objections faites à cette proposition par M. Delafond, c'est qu'il a fini par admettre mon opinion, un peu mitigée, il est vrai. Il pense que la plus grande fréquence que j'avais dit exister chez les carnivores est réelle, mais qu'elle est moins grande que je ne l'avais annoncé. La manière dont il a présenté sa réfutation a été la cause de fausses interprétations de la part de quelques personnes qui m'ont dit après la séance dans laquelle M. Delafond a prononcé son discours : Mais il n'est donc pas bien démontré que le cancer est plus fréquent chez les carnivores que chez les herbivores, puisque M. Delafond a constaté le contraire? Évidemment ces personnes n'avaient pas entendu les conclusions de M. Delafond. Comme l'honorable professeur doit être très logique, il ne peut nécessairement pas s'empêcher de recommander une modification de régime telle que les végétaux devront entrer en grande proportion dans la nourriture des carnivores cancéreux.

D'après les développemens dans lesquels est entré M. Delafond sur le cancer des herbivores, je suis convaincu qu'il a regardé comme lésions cancéreuses des maladies qui n'ont certainement pas les caractères que M. Velpeau avait considérés comme appartenant au cancer, et qui n'ont pas, non plus, ceux admis par les micrographes. Je ne parle pas, bien entendu, des micrographes de l'école de M. Delafond.

Je citerai, entre autres lésions, ces tumeurs si fréquentes qui surviennent aux mâchoires des bœufs, appelées par le vulgaire des noms de suros, d'os de graisse, etc., etc., et désignées par les vétérinaires sous les dénominations de sarcôme, carcinôme, ostéo-sarcôme, etc. J'ai observé et excisé un grand nombre de ces tumeurs. Je les ai décrites; j'en ai même fait le sujet d'un mémoire alors que j'habitais le Poitou, mémoire que j'ai communiqué à la société impériale et centrale d'agriculture. J'ai même vu de ces lésions depuis que je suis à Paris. Je les ai étudiées avec le docteur Trousseau il y a vingt-cinq ans, et tout récemment avec le docteur Follin, qui n'y a trouvé que du tissu fibro-plastique et de la graisse. Ce n'est pas parce que je n'y ai vu que du tissu fibro-plastique que je dis qu'elles ne sont pas cancéreuses (on sait que dans le groupe générique des affections cancéreuses j'admets des espèces sans la cellule cancéreuse type), mais bien parce que ces tumeurs ne se généralisent jamais, qu'elles coexistent pendant très longtemps avec un état de santé général parfait, avec un embonpoint tel qu'on trouve assez souvent de ces tumeurs chez les bœufs gras de boucherie amenés à Paris. Si elles repullulent, ce n'est que sur place, à la manière de beaucoup de tumeurs qu'il n'est venu à l'idée de personne de considérer comme des cancers, à la manière des lipômes, des indurations cellulaires, des poireaux, des polypes, des végétations hypertrophiques, des eaux-aux-jambes, des crapauds, etc. L'extrême fréquence, seule, des ostéo-sarcômes des mâchoires du bœuf devrait, d'ailleurs, exclure l'idé du cancer qui, fort heureusement, ne court pas les rues, pas plus chez le bœuf que chez les autres espèces d'animaux. Ces tumeurs sont produites par les coups de sabots et d'aiguillons, seuls moyens qu'emploient les bouviers pour faire reculer leurs bœufs pendant le travail.

Je ferai les mêmes observations pour la plupart des tumeurs testiculaires des chevaux, que M. Delafond dit être si souvent cancéreuses. Les tumeurs, quelquefois de volume énorme, des enveloppes testiculaires, rarement du testicule et du cordon testiculaire, sont très peu souvent cancéreuses chez les herbivores. Ce sont simplement des indurations des tissus des diverses régions dont je viens de parler. Quand on les excise complétement, elles guérissent toujours radicalement; elles guérissent même quelquefois lorsque l'excision n'est pas complète. Ce dernier caractère suffirait aussi, à lui seul, pour les faire différencier du cancer. Il arrive à cet égard pour elles ce que l'on observe dans le cas de ces indurations cellulaires végétatives des cordons testiculaires que les vétérinaires appellent *champignons*, et qui se développent à la suite de l'opération de la castration par l'excision des testicules ou par l'étranglement des cordons testiculaires.

Avec ces engorgemens non cancéreux, et qui sont toujours dus à des violences extérieures, on observe très fréquemment le gonflement des organes testiculaires, enveloppes et glande, que j'appellerai morveux, parce qu'il est une manifestation de cette maladie. Ce ne sont point encore là des lésions cancéreuses.

Je ne nie pas pour cela le cancer du testicule chez les herbivores ; je dis seulement qu'il est très rare. Il y a des caractères cliniques particuliers dont un des principaux est une disposition en bosselures, une limitation assez marquée dans un point du testicule. Ce n'est pas le lieu de m'étendre ici plus longuement sur les diverses nuances de ces caractères différentiels.

Les tumeurs des mamelles sont beaucoup plus rares chez la jument et l'ânesse que chez la chienne; j'ai constaté qu'elles étaient le plus souvent bénignes, c'est-à-dire hypertrophiques.

Je ne nie pas davantage le cancer chez les herbivores autres que le cheval. J'en ai observé, comme M. Delafond, chez le mulet, l'âne, le cochon, le mouton et les oiseaux. J'ai même décrit et publié peut-être le seul fait de cancer chez le cochon, qui se trouve dans les *Annales vétérinaires*. C'était un encéphaloïde énorme trouvé dans les poumons. J'ai trouvé des cancers épithéliaux chez les poules et chez les perroquets; j'en ai opéré ; ils ont récidivé assez souvent; mais je dois faire remarquer qu'il est très difficile de les exciser complétement, parce qu'ils existent ordinairement aux yeux, aux paupières, autour des oreilles, et que les grandes plaies se cicatrisent difficilement chez ces animaux, qui ne secrètent pas ou du moins presque pas de pus. J'ai enfin rencontré de vrais cancers et des cancers fibro-plastiques dans diverses régions des différens herbivores ; je l'ai dit dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire, il y a deux ans, à l'Académie de médecine ; mais j'ai constaté qu'il y avait une différence énorme entre leur fréquence et celle des cancers des carnivores, du chien et du chat domestiques.

Ce qui m'avait fait penser aussi que le régime, en grande partie végétal, était un moyen préventif pour le chien, c'était parce que j'avais observé une bien plus grande fréquence du cancer chez les chiens des gens riches qui peuvent nourrir abondamment leurs animaux avec de la viande, que chez les chiens de la campagne qui ne mangent guère que de très mauvais pain ou des pommes de terre.

Je le répète, je maintiens ma proposition et je conserverai mon opinion jusqu'à ce que M. Delafond m'ait prouvé, par des faits nombreux et bien circonstanciés, qu'elle n'est pas fondée. Sa position, comme professeur à l'École d'Alfort, pourra lui être d'un grand secours pour résoudre ce problème dont les élémens sont infailliblement tout prêts. Il ne s'agirait que de consulter les registres des hôpitaux d'Alfort et des autres écoles vétérinaires pour savoir dans quelle proportion on a trouvé le cancer et chez les herbivores et chez les carnivores. De fréquens examens, faits au clos d'équarrissage où se trouvent tous les jours tant de chevaux, de chiens et de chats, pourraient aussi facilement résoudre la question. On élaguerait les cas douteux, bien entendu ; on élaguerait surtout les engorgemens testiculaires et certaines tumeurs mammaires chez la jument, l'ânesse et la truie, qui, je le crains du moins, ont été confondues par M. Delafond avec des tumeurs cancéreuses. J'ai bien souvent rencontré de ces tumeurs, mais elles étaient en tout semblables aux tumeurs adénoïdes de M. Velpeau. Je ne les voyais jamais récidiver quand je les opérais complétement : elles étaient formées en grande partie par le tissu de la mamelle hypertrophiée.

Les dispositions au cancer sont tellement grandes chez le chien et chez le chat que, chez ces animaux, les tumeurs hypertrophiques que je viens de rappeler sont assez souvent mixtes, c'est-à-dire qu'elles sont à la fois hypertrophiques et cancéreuses. Là, non seulement l'observation clinique l'indique par la manière dont se comportent ces tumeurs, qui récidivent presque toujours, quand elles sont volumineuses surtout, qui se répètent et se généralisent; mais les recherches microscopiques viennent encore confirmer ce que l'examen ordinaire avait fait présumer.

J'avais préparé une réponse à l'opinion hypothétique développée par M. Delafond sur l'histologie du cancer; mais vous comprendrez, Messieurs, que je me donnerai bien de garde de traiter de nouveau une question qui a été si bien élucidée par notre honorable collègue M. Robert.

M. Delafond. (L'heure trop avancée à laquelle nous avons pu nous procurer le discours de M. Delafond nous force à en renvoyer la publication au numéro prochain.)

M. Velpeau : Messieurs, notre discussion se prolonge beaucoup, et j'ai peur qu'elle ne finisse par vous lasser; cependant elle touche à des points si importans de pratique qu'il ne faudrait peut-être pas l'abandonner avant de l'avoir en quelque sorte épuisée, et voilà pourquoi je reviens encore à cette tribune. Il a été dit ici, à propos du cancer, beaucoup de choses; les unes touchaient directement à la question en litige; d'autres y semblent plus ou moins étrangères. Il serait important, je crois, d'élaguer celles-ci, de nous en tenir à celles-là, et de rentrer dans le cœur même de la question. Ce que vient de dire M. Delafond abrégera de beaucoup ma tâche; avec un talent auquel tout le monde rendra justice, il a réduit à leur véritable valeur les objections de messieurs les micrographes.

Mais avant d'entrer en matière, permettez-moi de vous rappeler encore le point de départ de ce débat. On semble l'avoir oublié, et c'est surtout à M. Robert que ce reproche peut être adressé. A l'entendre, à en croire plusieurs autres orateurs qui se sont succédé à cette place, on dirait vraiment que j'ai été le provocateur de cette lutte.

Ce n'est pas qu'il y ait à se reprocher d'avoir inauguré une discussion comme celle-ci, mais enfin je tiens à rétablir les faits dans leur exactitude. Le véritable provocateur, c'est M. Robert. Quant à moi, voici quelle était ma position : j'avais fait un livre sur les maladies du sein où j'avais traité la question du cancer et discuté, à propos du diagnostic, la valeur des recherches microscopiques dans leur application à ce genre de recherches. Dans ce livre j'avais essayé d'établir : 1° que le cancer pouvait guérir par l'opération; 2° que le cancer pouvait être reconnu sans le secours du microscope; que ce secours n'était pas indispensable. Et lorsque j'ai entendu M. Robert nier ces deux propositions, lorsque je lui ai entendu dire que la tumeur envoyée par M. Pamard et présentée par M. Jobert n'était pas un véritable cancer, et cela parce qu'elle n'avait pas été soumise au contrôle de la micrographie, alors j'ai dû prendre ces paroles de M. Robert pour une attaque, pour une objection aux propositions que j'avais émises dans mon ouvrage, et ces propositions, il m'importait infiniment de les défendre. C'est alors que je les ai soutenues de nouveau et que j'ai essayé de démontrer dans cette assemblée, d'abord :

Que la nature cancéreuse d'une production morbide pouvait, dans certains cas, être reconnue à coup sûr par ses seuls caractères cliniques. Ce qui ne veut pas dire que je compte pour rien les travaux des micrographes, remarquez-le bien, cela est loin d'être synonyme;

Que l'on pouvait guérir, que l'on avait guéri, que j'avais guéri par l'opération de véritables cancers.

Eh bien ! que vous a dit l'autre jour M. Robert ? Qu'il s'agissait d'un grand fait, qu'il s'agissait ou d'encourager des travaux profitables au progrès de la science, ou de jeter sur eux un discrédit définitif. Non, vraiment, il n'est nullement question de cela; ce qu'il faut décider, c'est de savoir si le diagnostic des tumeurs n'est pas possible sans microscope, si ce diagnostic doit ou non dépendre de la constatation d'un élément spécial, spécifique, la cellule. Quand il serait démontré que cette cellule n'est pas caractéristique, qu'elle n'est pas constante, que le diagnostic peut être établi sans la présence de cet élément, cela ne prouverait pas que le microscope soit un mauvais instrument, qu'il n'y ait plus qu'à le briser, comme cela a été dit ici, comme cela a été surtout répété dans la presse. Pas le moins du monde. De ce que le microscope aura été convaincu d'erreur dans un cas particulier, il ne s'ensuit pas, Messieurs, qu'il faille le mettre de côté. Condamnerait-on le stéthoscope, si, ayant perçu avec son aide je ne sais quel râle dont on aurait fait la base du diagnostic de la phthisie, on se serait assuré plus tard qu'on s'était trompé, et que ce râle n'avait pas la valeur qu'on lui avait d'abord attribuée ?

Ainsi, encore une fois, il ne s'agit pas de rejeter en masse les travaux des micrographes; il n'y a que trois points qui soient réellement en question, ce sont ceux que j'ai indiqués en commençant.

Premier point : le diagnostic du cancer sans le contrôle de la micrographie est possible et même facile dans certains cas bien tranchés. Ce point n'est plus guère contesté aujourd'hui.

Deuxième point : le cancer est susceptible de guérir par l'opération.

Je ne pense pas encore que des doutes puissent être élevés. — Voilà donc deux points bien établis, bien acquis; je n'entreprendrai pas de les discuter de nouveau.

Reste le troisième, la spécificité de la cellule cancéreuse, spécificité admise par les uns, niée par les autres (je parle des micrographes eux-mêmes), et vous venez de voir ce qu'elle est devenue entre les mains de M. Delafond ; voyez à présent s'il est possible de l'admettre encore ! Je suis heureux que ce soit notre savant et compétent collègue qui s'est chargé de cette réfutation. Si je l'avais entreprise, je n'aurais pu le faire sans soulever aussitôt une foule de contradicteurs qui m'eussent reproché mon incompétence. Et cela avec raison, car malgré les études que j'ai pu faire en micrographie, je suis encore bien peu savant, je l'avoue, et je ne saurais admirer assez les rapides progrès de M. Robert : il y a trois semaines il était presque commençant comme moi, et déjà il en sait assez pour juger les travaux des maîtres les plus consommés dans cet art difficile !

Voilà donc la spécificité de la cellule détruite, et cela par la micrographie elle-même, comme j'avais cherché, moi, à le faire par la clinique. Pourquoi l'ai-je fait, Messieurs? Le fait est bien simple. Remontons à l'origine de ce procès. Comment les micrographes se sont-ils avisés de trouver dans le cancer cette cellule qu'ils regardent aujourd'hui comme spécifique ? Voici comment : Les chirurgiens extirpaient des tumeurs qu'ils appelaient, eux, des cancers, parce qu'ils les reconnaissaient pour tels; ils en donnaient à un micrographe qui met cette production sur l'objectif, et qui, en l'examinant, croit y reconnaître un élément spécial, un corpuscule caractéristique. C'est donc le diagnostic clinique qui a existé d'abord et dès avant la découverte de la cellule. Pour ma part, quand j'ai entendu affirmer qu'on trouvait dans le cancer une cellule d'une espèce à part, je m'en suis félicité, j'ai dit : Tant mieux, cela fera un caractère de plus. Mais plus tard, quand dans des tumeurs cancéreuses les micrographes ne trouvaient pas de cellules, et que, malgré cette absence, ce n'en étaient pas moins des cancers, alors, alors, j'ai douté. C'est un cancer, disait la clinique; c'est une tumeur sans cellules cancéreuses, répondait la micrographie. Or, le cancer est une maladie dont la marche, l'évolution, la physionomie est si connue, si régulière souvent, que le désaccord de la clinique et de la micrographie devait me rendre celle-ci un peu suspecte. Grand était mon embarras. En effet, comment affirmer que ces tumeurs sans cellules étaient cependant bien des cancers, comme je le pensais? A quel caractère se fier? A l'absence de récidive? Mais de vrais cancers peuvent ne pas récidiver..... L'événement n'a que trop vite levé mes scrupules à cet endroit : ces tumeurs sans cellules, ces tumeurs non-cancéreuses pour le microscope, ont récidivé et se sont multipliées à l'égal des autres. Vous voyez, Messieurs, qu'il y avait là de quoi m'inspirer au moins des doutes.

Ayant vu d'un autre côté des tumeurs où les micrographes trouvaient leur cellule et qui n'étaient pas cancéreuses, mon embarras en a augmenté encore. Cette cellule, ai-je dit, n'est donc pas le caractère spécifique, le *sine quâ non* du cancer. J'avais bien vu par moi-même différentes fois cette cellule, mais je ne l'avais pas comparée aux autres élémens normaux et anormaux ; je n'avais pas l'expérience et l'habileté de M. Delafond; je n'étais pas micrographe de profession ; en présence des erreurs faciles, des nuances aisément confondues, de toutes les difficultés, enfin, d'une observation aussi délicate, je demeurai dans le doute, sachant bien qu'il y avait des cancers sans cellules, et de prétendues cellules cancéreuses là où il n'existait pas de cancer.

Tel a été le thème de ma première argumentation. Les objections qui y ont été faites et que je croyais avoir réfutées, je les ai retrouvées l'autre jour dans le discours de M. Robert, sous une forme plus brillante, mais sans changement réel, quant au fond ; les mêmes argumens ont été reproduits par les micrographes dans les trois journaux où ils discutent cette question.

D'abord on conteste la valeur de mes faits. « Vous dites avoir vu des tumeurs non cancéreuses, au sein desquelles on a cependant trouvé les cellules caractéristiques, — me demande M. Robert pour la seconde fois; sur quoi vous fondez-vous pour croire que ce n'étaient pas réellement des cancers ? Ce n'est sans doute pas sur le fait de la non récidive, puisque vous admettez que le vrai cancer peut ne pas repulluler après extirpation ? » J'ai déjà répondu à M. Robert que ce sur quoi je m'appuie pour dire que ces tumeurs, bien que pleines de cellules, ne sont pas des cancers, c'est que ce n'est pas un fait isolé, mais l'ensemble des caractères présentés par la tumeur, la physionomie générale de la maladie. Ne nous hâtons cependant pas trop; ne faisons pas trop bon marché de ce fait négatif, l'absence de récidive; je veux bien qu'à lui

seul il ne suffise pas pour faire dénier à une tumeur le caractère du cancer; mais, quand il est associé à d'autres preuves, il acquiert, ne nous y trompons pas, une grande valeur. Lorsque j'ai cité vingt cas de guérison radicale de cancer, j'ai pris ces vingt cas sur plusieurs centaines de faits observés pendant un espace de trente années environ; et sur ce nombre, il m'est arrivé huit fois de dire à l'avance : Ceci n'est pas du cancer, ceci ne repoussera pas, alors que le microscope diagnostiquait : cancer, et prédisait : récidive, et huit fois j'ai eu raison. Huit fois, quand, en prenant toutes les opérations non suivies de repullulation, je n'ai vu que vingt fois en tout cette heureuse immunité. Remarquez l'énorme disproportion !

Voulez-vous examiner les faits en particulier? Les voici : Une demoiselle porte au sein une tumeur marronée, arrondie, mobile, sans adhérence avec la peau, indolente, développée lentement, adénoïde, en un mot; je mets en fait que personne n'eût songé au cancer en présence de tous ces caractères. J'enlève la tumeur, je la donne à un micrographe, en lui disant que ce n'est pas du cancer; il examine et il trouve des cellules. Eh bien, depuis huit ou dix ans la malade ne s'est jamais aperçue de la malignité de sa tumeur; elle est devenue femme et mère; elle a la fraîcheur, l'embonpoint, tous les attributs d'une santé excellente.

Dans le livre que voici, j'ai cité 60 faits absolument pareils d'opérations faites pour des tumeurs bénignes. Y a-t-il eu récidive dans ces 60 cas? Pas une seule fois. Chez notre jeune malade il s'agissait donc bien d'une tumeur bénigne, quoiqu'avec cellules cancéreuses.

Deuxième observation, c'est celle de la tumeur fongueuse du talon. Certes, si le micrographe qui a examiné ce fongus, fongus semblable en tout à ceux qu'on rencontre au voisinage des os malades, si ce micrographe avait vu le malade, la pensée ne lui serait même pas venue de chercher des cellules cancéreuses. Il en a vu cependant dans cette production toute bénigne !

Dans l'observation de la jeune fille qui portait un kyste hématique de la mâchoire, il y avait amincissement de l'os qui était comme parcheminé, et dans sa cavité on trouvait du sang, de la fibrine. J'avais dit que ce n'était pas un cancer, le microscope a dit le contraire; l'opérée a parfaitement guéri.

J'ai cité aussi des tumeurs des os, de celles qui sont vaguement rangées parmi les cancers : ce sont des ostéo-sarcômes hématodes. Il y a ici deux catégories de faits à établir. Dans la première on trouve une sorte de sac osseux, une caverne anfractueuse remplie par une pulpe qui ressemble à du sang altéré ou à une substance cérébroïde; dans la deuxième, l'os lui-même est transformé, vasculaire, fongueux. Pour moi, cette dernière lésion est seule cancéreuse. Et cependant le microscope trouve des cellules dans les deux. Je possède deux observations de guérison de ces tumeurs non cancéreuses selon moi, cancéreuses selon e microscope. L'une est de 1839... Mais on objecte qu'en 1839 on ne savait pas encore la micrographie du cancer. Ceci est une erreur : c'est en 1839 que Müller a découvert les cellules du cancer, et déjà, dès 1837, M. Gluge s'était occupé de ce sujet. Quant au deuxième fait, il a été vérifié par M. Lebert lui-même.

Je m'étonne vraiment que M. Robert n'ait pas été frappé de la gravité de toutes ces choses; un jour peut-être regrettera-t-il de s'être avancé de la sorte, et d'avoir donné aux caractères microscopiques une prééminence si grande et si peu méritée sur les faits cliniques.

Ainsi, Messieurs, sur ce premier point, vous voyez que les objections qui m'ont été adressées ne peuvent être maintenues, et que l'absence de récidive dans tous les cas dont il vient d'être question prouve suffisamment la bénignité de ces tumeurs où le microscope avait pourtant constaté la présence des cellules caractéristiques pour lui.

Mais, encore une fois, pour reconnaître la bénignité, je ne me suis pas fondé sur ce fait seul, j'ai pris en considération la physionomie de la maladie tout entière. M. Robert, qui tient à cœur de prouver combien les signes cliniques sont peu concluans, dit à cela que les symptômes d'une affection ne sauraient suffire pour la faire reconnaître; que tel phénomène, regardé comme pathognomonique, peut induire en erreur. C'est là, j'ose le dire, une singulière façon d'argumenter. M. Robert prend pour exemple la rétraction du mamelon, signe qui, depuis tant de siècles, est considéré comme spécial au cancer. Eh bien, cette rétraction, dit M. Robert, n'est pas un signe infaillible; elle a été constatée dans des tumeurs qui n'étaient nullement cancéreuses. Et, comme preuve, il cite deux cas observés depuis quelques mois où le tissu morbide a été examiné par un micrographe célèbre, par le chef en second de la micrographie, par M. Robin. A mon tour, je demanderai à M. Robert comment il sait que ces tumeurs n'étaient pas des cancers. Et je ferai aussi la réponse : C'est que M. Robin n'y a pas trouvé de cellules... Eh bien, j'ai, moi, des raisons pour dire le contraire, des raisons plus graves, plus concluantes. L'un des faits allégués par M. Robert m'appartient. Ayant extirpé une tumeur du sein, je demandai à M. Robin quel était son diagnostic. Voici la réponse écrite de ce savant micrographe : « *Tumeur non cancéreuse décrite sous le nom de cancer.* » Or, la malheureuse dame affligée de cette « tumeur non cancéreuse décrite sous le nom de cancer » en est déjà à la récidive ! Et voilà comment nous pouvons avoir foi aux lumières du microscope; voilà comment, lorsque cet oracle a prononcé, nous pouvons demeurer sans crainte sur les suites de l'opération ! Quant à la deuxième malade, vraiment j'hésite à en parler; si elle savait qu'il s'agit d'elle ici, si quelque chose transpirait à cet égard hors de cette enceinte, et allait donner l'éveil à sa famille, ce serait cruel.... C'est là, pour moi, une question bien délicate; cependant, si l'Académie le désire, je ferai soumettre à l'examen de quelques-uns de ses membres la tumeur dont cette dame est atteinte.

Vous voyez, Messieurs, à quoi se réduit cet argument de mon honorable collègue touchant la rétraction du mamelon. Mais d'ailleurs est-ce que M. Robert ou les micrographes dont il est l'interprète et le mandataire ont jamais vu, dans aucun ouvrage, le diagnostic du cancer du sein fondé sur ce seul signe, la rétraction du mamelon ? Cette manière de prendre un à un les caractères d'une maladie pour contester la valeur de chacun d'eux, séparément, n'a vraiment rien de sérieux. Essayez d'en faire autant pour les symptômes d'une maladie quelconque, et vous verrez quel sera le résultat. L'hémoptysie est bien un signe important de la phthisie pulmonaire, cela ne peut être mis en doute. Mais envisagez ce phénomène tout seul, faites abstraction de tous ceux qui le précèdent ou l'accompagnent, vous arriverez à le regarder comme dénué de toute valeur. J'ai eu autrefois cette faiblesse (heureusement que ce temps est bien loin) : dans une thèse pour l'agrégation en médecine, ayant à traiter du diagnostic de la phthisie, je m'amusai à attaquer l'un après l'autre les caractères enseignés par les auteurs; ma conclusion fut qu'il était impossible de reconnaître les tubercules du poumon... Etait-ce vrai cela ? Si je voulais user de cette tactique envers la cellule dite cancéreuse, je m'attacherais à démontrer que sa forme n'est pas toujours arrondie, que sa surface peut n'être pas régulière, que le nombre de ses noyaux, leur distance de l'enveloppe cellulaire, que le nombre et l'aspect des nucléoles, que tout cela est variable, inconstant. Ce travail ne me coûterait même pas beaucoup de peine. Pour en revenir à la rétraction du mamelon, je maintiens que ce signe a une grande importance quand il est associé à certains autres, quand il se rencontre avec une tumeur dure, ligneuse, lentement développée, siége de douleurs spontanées, quand en même temps la peau est collée par cette tumeur, qu'elle est pointillée, ridée, creusée de rigoles. Je veux bien d'ailleurs qu'à elle seule la rétraction du mamelon ne soit pas un caractère suffisant.

M. Robert continue : non seulement, ajoute-t-il, ce signe-là, mais tous les autres signes les plus concluans en apparence peuvent se rencontrer dans des tumeurs non cancéreuses.

Des deux faits qu'il cite à l'appui de cette opinion l'un lui appartient, l'autre appartient — je sais bien à qui. Voyons le premier : il s'agit d'un gros champignon largement pédiculé, renversé, sécrétant un pus ichoreux. C'est un cancer, croit-on; mais le micographe dont j'ai déjà cité le nom justement célèbre n'y trouve pas de cellules. La malade est opérée, et elle guérit. Je rapporte ce fait tel qu'il est; mon collègue me permettra cependant de le critiquer (il use bien de ce droit à l'égard de mes observations qu'il ne laisse pas toujours sans les modifier un peu). Dans cette description on trouve sans doute plusieurs caractères des tumeurs cancéreuses, mais il me semble que notre collègue n'a pas tenu compte d'une particularité que je considère comme très digne d'attention, je veux dire de la consistance de ce champignon qui est dur, ferme, élastique quand il s'agit de tissu fibreux, et qui est tout autre dans l'encéphaloïde. —J'arrive au second fait allégué par notre savant collègue, et ici je ne puis m'empêcher de constater que M. Robert n'est pas heureux quand il touche à mes observations.

Déjà dans son premier discours il avait daté de 1852 une de mes guérisons qui remontait à 1849; dans la dernière séance il interprète également d'une manière inexacte le fait auquel il fait allusion. Suivant M. Robert, j'aurais enlevé une petite portion d'une tumeur qui ressemblait à de l'encéphaloïde et soumis ce spécimen à un micographe pour m'éclairer sur la nature du produit pathologique; le micographe ayant constaté qu'il n'y avait pas dans ce tissu de cellules cancéreuses, je me serais décidé à enlever la tumeur... Comme cette observation est rapportée tout au long dans mon livre, je m'étonne que M. Robert ait été chercher des renseignemens à une autre source que je connais. Voici les faits tels qu'ils se sont passés : une vaste tumeur occupait presque tout le côté droit du thorax, c'était un champagnon largement épanoui, que j'avais déjà opéré incomplètement par le caustique, craignant de l'attaquer plus vigoureusement à cause de l'état d'épuisement et de faiblesse extrême où se trouvait la malade.

Cependant, sollicité par cette malheureuse femme qui dépérissait rapidement dans l'atmosphère fétide qu'elle exhalait, je crus qu'il y avait pitié à la débarrasser au moins partiellement de ce vaste foyer d'infection. J'enlevai donc, non pas une fongosité isolée, une portion, comme l'a dit notre collègue, mais *la moitié* de cette énorme tumeur, dont le seul pédicule avait la largeur de la main. Cela saigna si peu que je m'enhardis à retrancher la seconde moitié. La tumeur avait tous les caractères de l'adénoïde, je n'avais pas attendu la sanction du microscope pour poser ce diagnostic; je n'avais pas attendu l'avis du micrographe pour enlever la seconde partie quatre jours après la première. Jamais je n'ai pensé que cette tumeur fût cancéreuse.

M. Robert, passant à un autre ordre de considérations, revient aux cas de cancer, regardé comme tel par moi, où le microscope n'a pas vu les cellules dites spécifiques. Il croit réfuter mes observations en y signalant des omissions de détail. Tel est ce fait où, sur cinq micrographes, quatre nient la cellule, tandis qu'un seul en constate la présence. (En vous le racontant, je vous ai fait rire; je le regrette, parce que rien n'est plus sérieux.) Déjà M. Malgaigne m'a posé cette question que M. Robert vient renouveler : Vous nous avez dit que la tumeur n'était pas cancéreuse aux yeux des micrographes, mais alors que ne nous apprenez-vous quelle était sa composition ? J'aurais pu sans doute ajouter ce renseignement, mais j'étais assez embarrassé pour le faire, ces messieurs eux-mêmes ne s'étant pas expliqués en termes très clairs. Ainsi, l'un d'eux a trouvé à la tumeur une structure complexe, à la fois phymatoïde, fibro-plastique et épithéliale; vous savez qu'on trouve de tout cela dans presque toutes les tumeurs.... Ce à quoi je tenais, c'était surtout à savoir non ce qu'était cette tumeur, — pour moi c'était un cancer, — mais *ce qu'elle n'était pas* pour les micrographes. Et quatre sur cinq m'ont dit qu'elle n'était pas cancéreuse ! Or, voici la suite de cette lamentable histoire : Au bout de deux mois environ, la cicatrice était presque complète, mais alors des bosselures se sont formées en dehors d'elle, d'abord au voisinage, ensuite un peu plus loin, dans l'aisselle, puis des masses volumineuses qui se sont ulcérées; d'autres bosselures rouges se sont montrées encore : il y en avait près de cinquante. La pauvre malade, pendant six semaines, venait à la consultation publique implorer de nous des secours que nous étions impuissans à lui donner désormais; en dernier lieu, elle avait le thorax pris dans une sorte de cuirasse; elle suffoquait. Où est-elle allée mourir ? Je ne sais. Que M. Robert se donne la peine de visiter le n° 31 de ma salle de femmes, il y verra une malade qui présente absolument la même affection, développée dans le même espace de temps : c'est le même plastron qui lui étreint la poitrine. Si quelqu'autre membre de cette assemblée voulait la visiter, il sera le bien-venu; la malheureuse ne demande pas mieux que de montrer son mal; dans son désespoir, elle supplie tout le monde de la soulager; elle a déjà tenté de se détruire en se jetant à l'eau. Si en voyant cette tumeur-là M. Robert doutait encore que ce fût du cancer, je ne discuterais plus avec lui, parce qu'ici douter serait nier l'évidence.

Vous voyez bien Messieurs, qu'il y a des cancers sans cellules, des cancers sans cancer. Remarquez que j'ai vu un grand nombre de faits semblables. J'en ai observé trois dans le courant d'une seule année. Si je ne les produis pas avec tous les détails, c'est qu'il faudrait apporter ici des liasses de papier. Il y a deux ans, pour un cancer de cet ordre-là, je me décide, presque malgré moi, à faire l'opération; pas de cellule, dit le microscope; mais la récidive, et le reste, montrent que c'était bien du cancer. Encore si cela était rare, exceptionnel !

On dit que ce sont là les tumeurs fibro-plastiques. Mais alors, Messieurs, je déclare que le fibro-plastique est le pire de tous les cancers, celui qui repullule le plus sûrement et avec le plus d'intensité, celui qui renaît à toutes les périodes de la maladie, aussi bien au début qu'à la fin, quand la diathèse devrait être épuisée, comme le croit M. Hervez de Chégoin. Ces tumeurs fibro-plastiques, je n'y veux plus toucher depuis 1829; depuis vingt-cinq ans je ne les opère que lorque j'ai la main forcée par la famille, par les élèves, tant je suis convaincu qu'elles repoussent constamment et avec une effroyable rapidité.

C'est ici que j'invoque les lumières du diagnostic clinique, en opposition directe avec le diagnostic micrographique, et je divise les cancers en ceux qui récidivent toujours, souvent, rarement. Une jeune femme fraîche, superbe se présente dans mon service; elle porte au sein une tumeur. On me dit : c'est un cas simple, opérez-la; et moi je dis : voilà une espèce perfide; voilà un cancer détestable; j'aurai beau enlever tout, le mal récidivera. J'opérerai cependant la malade, puisqu'elle le désire ardemment. Alors j'enlève la tumeur; les micrographes présents se la partagent entre eux par gros fragmens, à leur guise (je ne leur tendais aucun piège). Ils reviennent m'annoncer que ce n'est pas du cancer, qu'il y a grande chance d'obtenir une guérison permanente (car à cette époque-là on n'admettait pas que cela pût récidiver). Tout cela se passe en présence d'une centaine de personnes. Pendant deux mois les micrographes sont ravis d'avoir diagnostiqué juste, et j'espère presque avoir le bonheur de m'être trompé. Mais au bout de deux mois il y a déjà près de la cicatrice une petite tumeur. La malade quitte l'hôpital. Elle reviendra, dis-je, à mes élèves, et un mois après elle revient en effet; cette fois, elle a sept, huit tumeurs, auxquelles s'en ajoute bientôt une demi-douzaine d'autres.

Tels sont les faits dont M. Robert a cherché à atténuer la valeur!

Pour ce qui est de la spécificité de la cellule, qu'en reste-t-il aujourd'hui, après le discours de M. Delafond ? A moi on aurait toujours pu faire des objections en pareille matière; mais que dire quand l'homme qui ruine cette hypothèse est un micrographe aussi exercé et aussi habile que notre collègue ?

M. Robert a encore attaqué un autre point de mon argumentation. J'avais dit que les cellules d'abord absentes dans une tumeur y avaient été trouvées ensuite, ou bien avaient été constatées dans des tumeurs secondaires. Reprenant les faits que j'ai cités à ce sujet, M. Robert rejette d'abord celui de M. Mayor; sans vouloir épiloguer sur ce point, ce qui me serait facile, j'accorde que j'ai été trop loin en regardant ce fait comme probant. Mais je ne suis pas embarrassé pour trouver d'autres. En voici deux, consignés dans la *Physiologie Pathologique* de M. Lebert, pages 26 et 29 : deux tumeurs épithéliales enlevées dans mon service à la Charité. L'auteur dit que dans leur tissu il n'y avait pas la moindre apparence de cellules cancéreuses. Chose singulière, dans l'espace d'un mois j'ai vu se succéder dans le même lit trois hommes atteints de tumeurs épithéliales de la lèvre inférieure. Dans les deux cas cités par M. Lebert, dans son livre, il y a eu récidive : chez l'un des malades, dans les ganglions maxillaires et dans la mâchoire; chez l'autre, dans la parotide. C'est dans la mâchoire et dans la parotide que la cellule cancéreuse a été reconnue. Pour le malade dont le cancer a récidivé dans le maxillaire, on pourrait peut-être regarder l'affection de l'os comme une nouvelle tumeur; mais chez celui qui présente une série non interrompue des engorgemens successifs des ganglionss lymphatiques et de la parotide, une pareille interprétation n'est même pas possible.

Il y a aussi le fait de M. Richet; celui-là également a été contesté par M. Robert.

D'après la version de notre honorable collègue, on n'avait soumis à l'examen des micrographes qu'une petite portion superficielle de la tumeur. Mais ce n'est pas ainsi que la chose s'est faite : il a été enlevé une portion de la tumeur qui proéminait dans les fosses nasales, et qui avait la grosseur du doigt. Ce n'est pas un fragment de membrane muqueuse, comme l'insinue M. Robert (qui met volontiers dans les observations des mots qui n'y sont pas), ce fragment faisait corps avec la tumeur. On me demande quel fut le résultat de l'examen microscopique. Le voici : tumeur bénigne, structure fibro-plastique; telle fut la réponse de MM. Lebert et Follin. Plus tard, le reste de la tumeur ayant été examiné, on y trouva des cellules. Qu'est-il besoin de chercher si loin l'explication de ce fait? Et n'est-il pas évidemment le pendant de ceux que j'ai cités tout à l'heure où le cancer a succédé à l'épithélium ?

M. Robert ou plutôt les micrographes dont il s'est fait le mandataire ont l'air de considérer comme douteuse la cachexie épithéliale. M. Virchow, dont les faits ont été surtout contestés, est un des savans les plus laborieux et les plus estimés de l'Allemagne; c'est, de plus, un homme très impressionnable, il se fâche quand on l'attaque sans de bonnes raisons. Eh bien, M. Virchow m'a fait l'honneur de m'adresser le paquet que voici et qui renferme trois observations de tumeurs épithéliales récidivées et généralisées. Pour ceux qui l'accusent de ne pas observer avec assez de soin, à des grossissemens suffisans, il a des épithètes un peu vives et que je ne répéterai pas. Dans l'une des observations de M. Virchow, une tumeur épithéliale ayant existé à la lèvre, on en retrouve d'autres dans les glandes sous-maxillaires, dans les côtés dans le foie, le cœur, dans la plupart des ganglions profonds ! Le même micrographe a eu l'obligeance de joindre à son envoi ce flacon où sont contenues des portions d'organes ainsi altérés, à l'usage des saint Thomas qui demandent à toucher pour croire.

Vous faut-il des faits plus concluans ? En imaginez-vous de plus démonstratifs? Prenez garde qu'à notre tour nous n'examinions vos observations au microscope !

(L'heure étant trop avancée, M. Velpeau est prié de remettre à mardi prochain la suite de son discours. — La séance est levée.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 5. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 13 Janvier 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES DE CHLOROFORME ET SON ADMINISTRATION A L'INTÉRIEUR, ET DE LA VALEUR COMPARATIVE DES DIVERS TRAITEMENS RECOMMANDÉS CONTRE CETTE AFFECTION;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite. — Voir les numéros des 4 et 6 Janvier 1855.)

J'ai dit plus haut que la dose de chloroforme qui doit être administrée à l'intérieur varie suivant les cas et dépend de l'intensité des douleurs et des autres accidens. Ce sont effectivement les douleurs qui constituent le symptôme le plus important, celui dont il convient de débarrasser le malade aussitôt que possible; mais je ne parle pas ici seulement des douleurs abdominales caractéristiques de la colique saturnine, mais de la douleur en général, quel que soit son siége, à la région ombilicale comme à l'hypogastre, dans la région rénale comme à l'anus, comme dans les organes génitaux, comme dans la poitrine. Les nausées et les vomissemens constituent aussi une indication d'intervenir d'une manière plus énergique; et je crois, comme M. le professeur Grisolle l'a fait remarquer dans la thèse inaugurale, que Stoll est dans l'erreur lorsqu'il considère les malades qui ont des vomissemens comme devant guérir d'une manière plus prompte et plus rapide.

Mais les phénomènes qui me paraissent devoir guider principalement le médecin dans l'emploi plus ou moins large qu'il doit faire du chloroforme, ce sont les symptômes qui se montrent vers le système nerveux, l'anxiété, l'agitation, le trouble des idées, les convulsions surtout, qui, si elles appartiennent le plus souvent à un degré plus élevé de l'intoxication saturnine, peuvent se montrer passagèrement dans la colique de plomb, soit comme phénomène sympathique et liées à des douleurs très intenses, soit en dehors de ces dernières circonstances et par le fait d'une susceptibilité plus grande du système nerveux des sujets affectés (c'est dans un cas de ce genre que j'ai porté récemment la dose de chloroforme à 12 grammes dans les vingt-quatre heures).

Comme on le comprend aisément et comme on a pu le voir dans les observations précédentes, ce qui caractérise surtout les effets thérapeutiques du chloroforme dans la colique de plomb, c'est le calme, le soulagement qu'il apporte aux phénomènes les plus fâcheux et les plus inquiétans de la maladie. A peine la sensation de cuisson et de brûlure qui suit toute application de chloroforme faite sur la peau a-t-elle cessé, les malades éprouvent un bien-être remarquable, tel, dans quelques cas, que certains malades, se croyant guéris, voulaient sortir de l'hôpital malgré nos avis; et tantôt les douleurs disparaissent pour ne plus reparaître, ce qui n'a guère lieu que dans des cas de moyenne ou de légère intensité; tantôt, après avoir été calmées pendant un intervalle qui varie entre quatre et quinze heures, elles reparaissent, bien que moins fortes. L'ingestion d'une certaine quantité de chloroforme, avant ou après l'application topique, ajoute encore à ce calme; et il suffit d'avoir été témoin une seule fois du changement qui se produit immédiatement dans l'état des malades pour comprendre les services que cette médication est appelée à rendre dans la colique de plomb. L'anxiété, l'agitation, l'incohérence des idées, les mouvemens convulsifs se calment presque comme par enchantement. Ainsi, chez le malade dont j'ai parlé plus haut, et à qui j'ai fait prendre dans les vingt-quatre heures 12 grammes de chloroforme, le calme le plus parfait avait succédé en trente-six heures à l'agitation la plus effrayante et aux mouvemens convulsifs. Les douleurs de ventre s'apaisent ou disparaissent entièrement, et avec elles la plupart des autres douleurs. Les nausées et les vomissemens s'arrêtent aussi presque immédiatement, ou s'ils ne sont pas entièrement suspendus, ils s'éloignent et ne tardent pas à cesser complétement.

Les lavemens simples ne ramènent pas ordinairement dans les premiers jours de matières stercorales; mais, en revanche, les quarts de lavement au chloroforme, que les malades gardent sans difficulté, complètent le calme général qui résulte de la médication, de sorte que si l'administration du chloroforme est répartie d'une manière convenable dans les vingt-quatre heures; si, autrement dit, on ne laisse pas l'anesthésique épuiser complétement son action, l'une des affections les plus douloureuses qui peuvent atteindre l'humanité se trouve transformée en une affection véritablement supportable et dont le malade peut attendre la terminaison sans trop d'inquiétude.

Cessation presque immédiate des troubles du système nerveux, des nausées et des vomissemens, diminution et disparition rapide des douleurs, tels sont les premiers résultats du traitement de la colique de plomb par le chloroforme *intùs* et *extrà*. Du deuxième au troisième jour, et très rarement au quatrième ou au cinquième jour, les phénomènes de la colique proprement dits ont entièrement disparu. Seul, le rétablissement des évacuations stercorales se fait attendre un peu plus longtemps, et c'est ici que je dois faire remarquer une circonstance très curieuse dans l'histoire de ce traitement. Une fois la colique guérie, les garde-robes se rétablissent en quelque sorte spontanément, et d'autant plus tôt que le malade est revenu plus rapidement à son alimentation de l'état de santé. Il ne faut donc nullement se préoccuper de la constipation, mais insister auprès du malade pour qu'il prenne des alimens : constamment deux ou trois jours après la cessation des douleurs, le malade va à la garde-robe très abondamment, avec ou sans coliques, Je me préoccupais beaucoup, dans les premiers temps, de cette persistance de la constipation, et, à plusieurs reprises, j'ai été tenté de donner un purgatif doux; mais depuis que l'expérience m'a appris que le malade est en voie de guérison prochaine à partir du moment où l'appétit a reparu et où l'alimentation a été reprise, je me borne seulement, comme je l'ai dit plus haut, à continuer le traitement par mesure de prudence.

Je crois, en effet, ainsi que j'en avais déjà fait la remarque dans mon premier mémoire, que ce serait à tort que l'on considérerait comme guéris les malades dont les garde-robes n'ont pas été régularisées et ne sont pas encore redevenues spontanées. Le traitement ne doit donc pas être abandonné avant le rétablissement complet des évacuations intestinales: tant qu'il reste de la tendance à la constipation, un peu d'embarras dans l'abdomen, la médication doit être continuée, à faible dose bien entendu, et c'est ainsi que j'ai cru devoir persister dans ce traitement pendant quinze et vingt jours dans certains cas. (La moyenne est de huit à douze jours.) Mais le trait le plus curieux de ce traitement, celui qui devrait lui assurer une large place dans la thérapeutique de la colique saturnine, c'est que la maladie n'existe réellement plus depuis le quatrième ou le cinquième jour : les malades se lèvent, se promènent, mangent avec appétit, ne souffrent nulle part, et se croient si bien guéris, qu'il faut souvent lutter avec eux soit pour leur faire continuer le traitement, soit pour les faire rester à l'hôpital.

Ce traitement réussit-il dans tous les cas? Les faits que j'ai recueillis dans ces quatre dernières années ne sont, il est vrai,

---

Feuilleton.

CAUSERIES.

QUESTION PROFESSIONNELLE.

A l'occasion de l'acte confraternel qu'avec le concours généreux de nos lecteurs nous accomplissons dans l'UNION MÉDICALE, j'ai reçu beaucoup de lettres dont je remercie vivement mes confrères, et dont un très grand nombre expriment les mêmes vœux et les mêmes sentimens. Je les résume dans la pensée suivante qui ne varie que par la forme :

Faculté pour les médecins des départemens d'être admis dans l'Association de prévoyance des médecins de la Seine. Transformation de cette Association particulière en Association générale des médecins de France.

On a la bonté de m'exciter à développer et à propager cette idée, et l'on m'assure qu'elle rencontrerait une grande et générale sympathie parmi nos confrères des départemens.

Mes honorés correspondans réveillent en moi des idées que j'ai beaucoup et longtemps caressées, pour le succès desquelles j'ai fait de grands mais stériles efforts, des idées qui me sont encore chères et que je crois toujours réalisables, mais dans un avenir qui ne me paraît pas prochain. Les volumes de l'UNION MÉDICALE des années 1848 et 1849 témoignent de l'ancienneté de mes convictions à cet égard ; ils apprennent aussi par quelles circonstances, dont je voudrais effacer le souvenir, ces idées que l'on réveille aujourd'hui échouèrent alors.

Ces idées sont plus anciennes encore; elles figurent dans le programme des questions du *Congrès médical* et y devinrent le sujet d'un très beau rapport fait par M. le docteur Camille Bernard (d'Apt), dont l'assemblée adopta les conclusions.

Sous différentes formes elles se sont traduites depuis; j'ai reçu plusieurs communications à cet égard, et il ne se passe pas d'année que je n'en reçoive encore ; la plus récente tentative faite à Paris pour l'exécution de ces idées a été celle connue sous le nom de *Cercle médical de France*.

Pour répondre autant qu'il est en moi aux bienveillantes excitations qui me sont adressées, je demande au lecteur la permission de lui parler avec franchise et liberté.

Le dépouillement de la correspondance à laquelle je viens de faire allusion m'aurait donné cette conviction, si je ne l'avais eue déjà, que l'Association locale, par départemens ou par arrondissemens, trouve de très grands obstacles. C'est un fait évident, c'est un fait très malheureux.

Sans Associations locales, l'Association générale est impossible. Ce sont deux faits connexes, et cependant la réciproque n'est pas vraie, car les Associations locales peuvent exister sans Association générale.

L'Association médicale, la seule possible aujourd'hui, la seule que nous puissions avoir en vue dans cet article, est l'Association professionnelle de bienfaisance, de secours et d'assistance confraternelle. Or, comment concevoir une Association générale de ce genre sans l'organisation et le fonctionnement préalables des Associations locales? Comment imprimer sans cela à une institution semblable un mouvement régulier, uniforme, harmonique, conditions indispensables d'ordre et de durée? Une Association générale de prévoyance ne peut pas avoir de *correspondans*, elle ne peut avoir que des *succursales*. Ce n'est pas à des individus qu'elle peut avoir affaire, mais à des corps, à des institutions analogues, identiques à l'institution mère et fonctionnant d'après les mêmes principes et sur les mêmes bases.

Les motifs de la nécessité de ces conditions surabondent; je n'en citerai qu'un seul, mais il est de nature à frapper tous les lecteurs.

Supposons que l'Association de prévoyance actuelle de Paris admette comme sociétaires les médecins des départemens qui lui en feront la demande. Un de ces sociétaires se trouve dans la nécessité de solliciter les secours de l'Association. Comment l'Association pourra-t-elle s'y prendre pour savoir si cette demande est fondée et légitime, si le malheur est réel et sa cause avouable? Auprès de qui prendra-t-elle ces renseignemens, renseignemens qui, de leur nature, doivent être discrets, confraternellement pris et transmis? Évidemment, vous le voyez, l'Association, à Paris, se trouverait dans le plus grand embarras pour répondre à une demande isolée qui lui viendrait des départemens; elle se trouverait continuellement placée dans cette pénible alternative : ou de ne pas secourir une infortune réelle et honorable, ou de jeter ses fonds à l'aventure et peut-être mal à propos.

Avec l'organisation préalable des Associations locales, tout change de face. Le fonctionnement peut se faire de Strasbourg à Brest et de Lille à Toulouse avec la même uniformité et la même régularité qu'il se fait aujourd'hui dans les quatorze arrondissemens du département de la Seine. Comment se passent les choses, en effet, dans notre Association? Une commission générale, composée de deux membres associés par arrondissement, se réunit tous les mois avec le bureau et examine les demandes formées. La commission ne se trouve-t-elle pas suffisamment édifiée ; les deux membres de l'arrondissement sur lequel habite le pétitionnaire sont chargés de faire une enquête et d'en transmettre les résultats à la commission générale, qui décide sur leur rapport. Voilà donc des garanties sérieuses d'une bonne administration et d'une distribution équitable des fonds de secours de l'Association.

Eh bien, les Associations locales des départemens rempliraient l'office de la commission générale à Paris, dont elles ne seraient pour ainsi dire que l'extension. Ce ne serait qu'avec elles que le bureau de Paris pourrait avoir des rapports; c'est à elles que devraient aboutir les demandes d'admission et de secours; c'est elles, enfin, qui devraient être chargées de l'administration intérieure et extérieure de leur institution.

Donc, premier point, nécessité indispensable de l'organisation et du fonctionnement des Associations locales, avant de songer sérieusement à l'extension de l'Association de prévoyance de Paris aux médecins des départemens.

Mais, il ne faut pas se faire illusion, cette première difficulté n'est pas la seule. En voici une autre que je dois indiquer puisque j'ai demandé la permission de tout dire avec liberté. L'Association de prévoyance de la Seine compte aujourd'hui vingt-deux ans d'existence. Dans ce laps de temps elle a pu se créer un capital de réserve et inaliénable qui s'élève

qu'au nombre de 21, et peut-être pensera-t-on qu'ils ne sont pas suffisans pour juger définitivement cette question. Mais, ainsi que l'a fait remarquer mon savant collègue M. Ambroise Tardieu, dans un rapport justement estimé, les perfectionnemens introduits dans la fabrication des préparations saturnines, et en particulier de la céruse, en ont beaucoup réduit l'insalubrité et les dangers. Le nombre des coliques saturnines est donc plus restreint aujourd'hui qu'autrefois, et ce n'est pas chose facile que de réunir un certain nombre de ces affections. Je ne sais si je me trompe cependant : 21 cas de cette affection, recueillis avec soin et choisis surtout parmi des cas graves ou de moyenne intensité, doivent correspondre aux principales variétés des cas que l'on peut rencontrer dans la pratique. Or, sur ces 21 cas, il n'en est que 3 dans lesquels le traitement ait laissé à désirer. Dans deux de ces cas le rétablissement des garde-robes se faisant attendre après quelques jours, alors que les accidens douloureux étaient à peu près calmés, il a fallu donner un purgatif; et dans le troisième cas, dans lequel les douleurs étaient très faibles, la constipation a réclamé aussi l'administration d'un évacuant. Mais de ces trois cas, il n'en est véritablement qu'un dans lequel le chloroforme ait échoué; encore est-ce chez un malade qui en était au moins à sa douzième colique, chez lequel les phénomènes spasmodiques avaient évidemment fait place à de véritables phénomènes de torpeur du tube digestif. Dans le second cas, celui que j'ai rapporté dans mon premier mémoire, la colique de plomb était consécutive à un empoisonnement par l'acétate de plomb; et rien ne prouve que la guérison n'eût pas été obtenue par l'emploi continu et plus large du chloroforme. Il en est de même du troisième.

Ce dernier cas est d'ailleurs assez intéressant, en ce que l'emploi du chloroforme, repris après le purgatif, a déterminé un dévoiement très abondant avec des coliques, de la sensibilité du ventre et de la fièvre; bref, quelques phénomènes d'entérite. C'est là un fait assez étrange pour que je le consigne ici avec quelques détails.

Observation IV. — *Colique saturnine de moyenne intensité. Traitement par le chloroforme* intùs *et* extrà. *Amélioration rapide. Rétablissement lent des garde-robes. Purgatif. Reprise du traitement par le chloroforme. Phénomènes d'entérite. Guérison.*

Hôpital Sainte-Marguerite, salle Saint-Augustin n° 11. Chiespièse, 48 ans, journalier, entré le 27 août, sorti le 9 septembre 1853. Cet homme, d'une constitution assez faible et un peu détériorée, mais néanmoins n'ayant jamais été malade, avait travaillé à trois reprises différentes à la fabrique de céruse de Clichy : la première fois pendant vingt jours, la seconde pendant dix-neuf jours et la troisième pendant huit jours. Les deux premières fois, il avait quitté l'établissement par mesure réglementaire, et la troisième il y était depuis quatre à cinq jours, lorsqu'il commença à ressentir un poids à la région épigastrique, à perdre son appétit et ses forces, à pâlir, et bientôt il fut pris de violentes coliques. La constipation datait de trois jours.

Le 28 août, nous trouvâmes ce malade dans l'état suivant :

Coloration jaunâtre, cachectique de tout le corps, principalement de la face; aspect de souffrance; contraction des traits; gencives violacées et un peu boursouflées; liseré bleuâtre à la racine des dents; moiteur générale, sans chaleur à la peau; pouls très faible : 56 à 60 pulsations; perte d'appétit; peu de soif; pas de nausées ni de vomissemens; ventre rétracté; douleur au pourtour de la région ombilicale, augmentant par la pression ; épigastre et hypogastre également douloureux; constriction très forte de l'anus et du rectum constatée par le toucher; constipation depuis trois jours; pas de sommeil depuis sept à huit jours. Application de chloroforme sur le ventre. Deux potions, chacune avec 30 gouttes de chloroforme, une pour le jour, l'autre pour la nuit. Un lavement simple et un lavement avec 30 gouttes de chloroforme. Bain sulfureux. Limonade tartrique. Deux bouillons.

29 août. Le malade a pris ses deux potions et gardé son deuxième lavement; le premier a été rendu avec quelques matières dures, assez rares; soulagement à la suite. Ce matin, face plus calme; pouls un peu relevé, 68 à 72 pulsations. Ventre toujours rétracté, sensible à la pression, au niveau de l'ombilic. Deux juleps, chacun avec 40 gouttes de chloroforme. Deux lavemens simples et deux quarts de lavement avec 40 gouttes de chloroforme. Bain alcalin. Bouillons.

30 août. Les deux lavemens d'eau simple ont amené quelques matières; les deux lavemens de chloroforme ont été gardés; le malade se trouve mieux. Même prescription. Bain sulfureux.

31 août. Encore quelques douleurs dans le ventre; pouls à 76; la constipation persiste; pas de sommeil la nuit. Même prescription. Bain de vapeur.

1er septembre. Le malade se trouve très bien ; il souffre très peu du ventre ; la face est calme ; appétit; 72 pulsations. Une potion avec 40 gouttes de chloroforme. Un lavement simple. Un quart de lavement de chloroforme. Une portion. Bain de vapeur.

2 septembre. Encore quelques douleurs dans le ventre ; peu d'appétit; les garde-robes ne sont pas rétablies. Deux juleps avec 40 gouttes de chloroforme. Administration de 20 grammes d'huile d'amandes douces, avec addition de résine de scammonée 0gr,50 et savon médicinal 0gr,15. Lavement simple. Une portion.

3 septembre. Trois ou quatre garde-robes après la potion purgative ; soulagement très marqué; peu de douleur dans le ventre; appétit. Deux juleps avec 30 gouttes de chloroforme. Lavement simple. Un quart de lavement avec 30 gouttes de chloroforme. Deux portions.

4 septembre. Le malade a été bien dans la journée d'hier jusqu'à midi. A partir de ce moment, il a commencé à souffrir vers l'ombilic, et il a eu plusieurs garde-robes en dévoiement; pas de sommeil; accablement; peau chaude couverte de moiteur; face animée; pouls faible, à 104-108; 44 respirations ; langue humide couverte d'un enduit blanchâtre épais; ventre sensible à la pression.

Pr. Conserve de roses. 1,50
Extrait aqueux thébaïque. . . 0,10

Pour dix pilules. Une pilule toutes les deux heures. Un quart de lavement avec douze gouttes de laudanum.

A partir de ce moment le malade a été de mieux en mieux : le dévoiement s'est arrêté; les garde-robes se sont régularisées, et le 6 septembre le malade pouvait être considéré comme en convalescence. A sa sortie, le 9, il était en très bon état.

(La suite à un prochain numéro.)

SYPHILIOGRAPHIE.

NOTE SUR L'EFFICACITÉ D'UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE;

Par le docteur Levrat-Perroton, ancien médecin titulaire de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc..

Depuis plus de quarante ans que je fais de la médecine pratique, j'ai mis à contribution, tour à tour, toutes les recettes empiriques ou rationnelles vantées dans le traitement de la gonorrhée, et, après cette longue période d'essais, j'ai enfin trouvé une formule à laquelle je me suis exclusivement arrêté parce qu'elle me réussit au moins dix fois sur douze.

Fidèle aux habitudes de toute ma vie et dans l'espoir d'être utile à mes semblables, je me fais un devoir de donner de la publicité à cette nouvelle médication d'une des variétés de la syphilis qui, soit dit en passant, se présente très fréquemment dans nos cabinets et qui bien souvent est désespérante par sa durée, et, partant, ennuyeuse, autant pour le malade que pour le médecin appelé à la traiter.

Je n'irai pas fouiller de nouveau dans les auteurs anciens ou modernes tout ce qui a été dit sur la blennorrhagie depuis son apparition en Europe jusqu'à nos jours, envisagée sous le point de vue de son étiologie et de sa thérapeutique. Un travail pareil ne peut entrer dans le cadre d'une simple note; il m'entraînerait trop loin. Je me réserve d'y revenir plus tard, si Dieu m'en donne le temps et la force, dans un ouvrage que je compte publier sur la syphilis, et qui sera un recueil de faits pratiques sur cette maladie, si bizarre dans ses accidens consécutifs par la variété des lésions morbides qui plus d'une fois en ont imposé à des hommes de l'art très habiles. Si ce travail n'ajoute pas grand chose à la syphiliographie, il prouvera du moins mon amour pour ses progrès.

Aujourd'hui je me bornerai donc à soumettre à l'appréciation de mes confrères les quelques formules qui forment maintenant la base presque définitive de mon traitement de la gonorrhée:

1o Prendre trois bols le matin et autant le soir de ceux ci-après (ou bien encore deux le matin deux à midi et deux le soir).

Copahu.	16 grammes.
Extrait alcoolique de cubèbe. . . .	8 grammes.
Camphre.	12 décigrammes.
Poudre de cubèbe.	q. s.

F. S. L. 48 bols. Les rouler dans la magnésie afin d'empêcher leur agglomération. Ces bols peuvent être administrés à toutes les périodes de la maladie, même à l'état le plus aigu. Le malade ne change rien à son régime de vie habituel, seulement il convient qu'il boive peu pendant ce traitement. Quelquefois, au bout de deux ou trois jours, les douleurs, qui étaient excessives pendant l'émission de l'urine, cessent presque entièrement; il est bien rare qu'elles dépassent le huitième jour, et, dans la plupart des cas, l'écoulement a disparu complétement, et si la blennorrhagie s'est présentée sans complication, la guérison ne se fait pas attendre plus de quinze jours.

Lorsque la gonorrhée se montre avec d'autres symptômes syphilitiques tels que chancres ou bubons, je fais entrer dans la composition de mes bols 19 ou 24 et même 32 centigram., suivant l'indication et l'idiosyncrasie du malade, de protoiodure de mercure, de telle façon que le malade prendra ainsi chaque jour 2, 3 ou 4 centigrammes de ce sel mercuriel, puis je fais boire par dessus chaque prise de bols une verrée de tisane de salsepareille et de réglisse. Si ce sont des chancres qui se sont développés dans le cours de la blennorrhagie, je les fais panser avec une dissolution de 5 centigrammes d'azotate d'argent par gramme d'eau distillée d'abord, et, si ce topique échoue, je le remplace par le cérat mercuriel ou l'onguent napolitain. Dans les cas où des ganglions lymphatiques de l'aine se mettent de la partie, s'engorgent et deviennent douloureux, je les attaque par des frictions pratiquées quatre ou cinq fois par jour avec la pommade d'albano, composée de 44 grammes d'axonge lavée et 4 grammes de deuto-phosphate de mercure, à laquelle j'associe, depuis quelque temps, et avec avantage, 2 grammes de phellandrine. Depuis que j'emploie ces frictions, je ne vois plus dans ma pratique de ces bubons énormes de l'aine qui soulèvent souvent une grande étendue de tégumens de cette région. Lorsque je n'ai pu les résoudre complétement, je n'ai le plus ordinairement qu'une fort petite tumeur à ouvrir et qui guérit assez rapidement; c'est presque toujours avec le caustique de Vienne que je pratique cette opération, de manière à faire une escarrhe très exiguë que je fends avec la

---

aujourd'hui à près de cent mille francs. Ce sont les associés de Paris qui ont seuls contribué à fonder ce capital. Il est donc à eux, à eux seuls. C'est en vue des infortunes particulières aux membres de leur Association qu'ils l'ont fondé. C'est à son augmentation progressive qu'est consacrée en partie la contribution annuelle qu'ils versent à la caisse de la Société. Or, sera-t-il jamais possible, sera-t-il jamais équitable de proposer seulement à l'Association parisienne de confondre son fonds social avec telle autre Association départementale qui n'apporterait pas un fonds social proportionnel? Voilà, certes, une des plus graves difficultés d'exécution qui puissent se présenter, et remarquez que celle-ci s'aggrave tous les jours; car, tandis que la plupart des départemens restent dans l'inaction, l'Association parisienne progresse tous les jours, son fonds social augmente sans cesse et il devient de plus en plus difficile aux Associations non encore réalisées d'équilibrer les ressources de celles qui existent.

Ce que je viens d'indiquer ne résident pas tous les obstacles. Les pouvoirs publics accepteraient-ils l'Association générale, même limitée à l'assistance confraternelle, des médecins de France? Il est au moins permis de croire que cette proposition ne passerait pas sans un long et minutieux examen. Cette Association serait-elle autorisée comme institution d'utilité publique, c'est-à-dire avec la condition qui puisse lui donner un pouvoir et des facultés sans lesquels ce ne serait qu'une institution précaire?

Voilà de grandes difficultés, hélas! Que dire de celles que le projet rencontrerait dans le corps médical lui-même, par l'indifférence et la tiédeur de ses membres?.... Car je ne m'abuse pas sur les lettres que je viens de recevoir; si nombreuses soient-elles, puis-je les considérer autrement que comme l'expression d'une minorité généreuse, assurément, très dévouée au succès de l'Association, mais dont l'ardeur et le zèle seront bien plus utilement employés à l'organisation des Associations locales qu'à la généralisation, encore impossible, de l'Association parisienne?

Cette généralisation est dans un futur contingent possible et réalisable, c'est ma conviction et mon espérance. C'étaient aussi celles de l'illustre fondateur de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine ; plusieurs fois, et notamment quelques jours avant sa mort, Orfila s'est entretenu de ce sujet avec moi dont il connaissait les aspirations à cet égard : « Prêchez, prêchez, me disait-il dans son langage précis et » technique, les Associations locales ; plus elles seront riches, plus elles » auront de chances d'être affiliées à la nôtre ; mais nous ne pouvons » faire qu'un mariage de raison ; et si Paris porte de quoi dîner, il faut » que les départemens portent de quoi souper. »

Il n'y a rien à répondre à ce gros et pratique bon sens.

Il y a donc lieu pour nos zélés correspondans de tenter dans leurs départemens respectifs ce qui a déjà réussi dans quelques-uns, comme le Rhône, la Haute-Garonne, la Sarthe, le Bas-Rhin. Les statuts de l'une de ces Associations peuvent servir à toutes les autres, et rien n'est plus facile que de se les procurer en s'adressant aux secrétaires généraux de ces Sociétés, par exemple, à M. le docteur Cabanellas, à Paris, à M. le docteur Diday, à Lyon, qui se feront assurément un plaisir de les transmettre à qui les leur demandera. Une Association professionnelle de cette nature ne peut être qu'encouragée et protégée par les autorités locales.

A l'œuvre donc ; les besoins sont grands et urgens, les périls professionnels de plus en plus menaçans; du courage et de l'initiative.

Amédée Latour.

P. S. J'aurais voulu répondre quelques mots à deux articles de deux journaux qui se sont donné le tort de mal commencer l'année à notre égard.

L'un de ces articles émane de la *Gazette hebdomadaire*; ce journal, plus sévère que la loi qui couvre de la prescription les délits de presse après six mois de date, récrimine dans un de ses derniers numéros contre quelques lignes fort discrètes publiées par nous il y a plus d'une demi-année, c'est-à-dire il y a un siècle. Ce journal daigne donner aujourd'hui quelques explications sur le caractère officiel dont il est revêtu, qu'il entend et prétend vouloir soustraire à toute discussion. Taisez-vous, ou je parle! dit-il avec courroux à ceux qui font mine de chercher à voir clair dans cette affaire.

Ce langage comminatoire et menaçant ne nous a pas paru digne de l'esprit fin, délicat et distingué qui préside aux destinées de ce journal. Nous regrettons d'être obligé de lui répondre que nous ne voulons pas imiter ce mauvais goût, laissant au temps et à l'occasion le soin de lui prouver le cas que nous faisons de toute critique par intimidation.

L'autre article est parti de la *Gazette des hôpitaux*, de ce journal qui, après son étrange affaire du bienfaiteur anonyme et de ses médailles, ose donner aux autres des leçons de dignité littéraire. C'est trop fort! En vérité, pour ne pas répondre, j'ai besoin de me souvenir des souhaits de bonne année que je me suis faits à moi-même et que je prie le lecteur de se rappeler aussi.

Par décret impérial, en date du 31 décembre, M. le docteur Tenain, médecin par quartier de S. M. l'Empereur, a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'Honneur.

Erratum. — Une erreur s'est glissée dans notre compte-rendu du discours prononcé par M. Velpeau dans la dernière séance de l'Académie de médecine :

A la page 20 (4me du journal), 1re colonne, 9me alinéa, lignes 16 et 17, *en bas, au lieu de :* « Quant à la deuxième malade, vraiment j'hésite à vous en parler. » — *Lisez :* « Quant à la deuxième malade, je ne la connais pas. Vraiment j'hésite à vous parler de la mienne. »

---

pointe d'une lancette; de cette manière on n'a pas le désagrément de voir les lèvres de la plaie se recoller comme cela arrive quelquefois lorsqu'on a ouvert ces abcès avec une lancette ou un bistouri.

Aussitôt que la blennorrhagie a cessé de couler, j'abandonne les bols et poursuis le traitement spécifique de la vérole jusqu'à l'extinction de tous les symptômes qui s'étaient montrés dans le cours de la gonorrhée. Dans quelques cas, rares à la vérité, j'ai vu la blennorrhagie et ces mêmes symptômes s'évanouir simultanément.

Le traitement de la blennorrhagie est secondé par l'injection suivante faite trois ou quatre fois par jour. Et si parfois quelques malades refusent de s'y soumettre et ne veulent prendre que les bols, ils guérissent également très bien, mais moins promptement :

Eau distillée de roses.	250 grammes.
Sulfate de zinc.	1 gramme.
Laudanum liquide de Sydenham. .	80 gouttes.
Extrait de Saturne	60 gouttes.

Mêlez.

Si des érections pénibles et douloureuses pendant la nuit fatiguent trop le malade, je lui prescris, à prendre au moment de se coucher, quatre pilules composées avec 75 centigrammes de lupuline, 3 centigrammes d'extrait gommeux d'opium et 5 centigrammes de camphre et un lavement d'eau presque froide s'il y a constipation.

Si, contre mon attente, des symptômes inflammatoires par trop intenses se manifestaient sous l'influence de cette médication, chose que j'ai vue toutefois très rarement survenir, il conviendrait alors de les combattre par l'emploi des boissons émollientes, la saignée du bras si le sujet est pléthorique, les sangsues au périnée, les injections mucilagineuses laudanisées, les bains domestiques et locaux, et, dans les cas où cet état se compliquerait d'orchite, faire sur les bourses des applications froides fréquemment renouvelées avec une compresse, pliée à plusieurs doubles, et imbibée du mélange suivant :

Eau de Goulard très saturée. . . .	250 grammes.
Laudanum liquide de Sydenham. .	30 grammes.

Mêlez.

Ces applications, faites au début de l'orchite, calment toujours promptement les douleurs excessives auxquelles ce fâcheux accident de la blennorrhagie donne lieu. Puis, lorsque ces douleurs ont à peu près disparu, je fais recouvrir le testicule malade d'un emplâtre de *Vigo cum mercurio* qui le ramène à son état normal; telle est, en quelques mots, la marche que j'ai suivie depuis plusieurs années dans le traitement de la blennorrhagie exempte de toute complication, et à laquelle je dois de nombreuses guérisons; mais si cette médication échoue et que la maladie traîne en longueur, il est prudent alors, ainsi que je l'ai déjà dit, de s'adresser aux modificateurs spécifiques de la syphilis et appropriés aux symptômes si variés de cette maladie, dont le point de départ a bien souvent été un chancre dans le canal de l'urètre, dont le diagnostic n'a pas démontré l'existence en temps opportun.

Un des grands avantages du traitement que je viens de faire connaître, est de pouvoir être fait clandestinement, attendu que le malade n'est pas obligé de suivre un régime particulier, surtout lorsqu'on a affaire à une simple gonorrhée.

Quand le moment viendra, ainsi que je l'ai dit plus haut, où je pourrai traiter cette importante question dans tous ses détails, je ferai ressortir aussi l'inutilité, sinon les inconvéniens qu'il y a de faire boire abondamment les malades atteints de blennorrhagie; les médecins qui donnent cette prescription oublient que, les boissons rendant le volume des urines plus considérable, la fréquence et leur passage à travers le canal de l'urètre devient un surcroît d'irritation; et ici on doit se rappeler cette loi générale admise en pathologie, que le repos d'un organe malade est une des premières conditions du traitement auquel on l'a soumis.

Enfin, je termine en affirmant que pas un de mes malades traités d'après ma méthode ne m'a présenté de ces rétrécissemens de l'urètre si fâcheux et qui réclament souvent des opérations qui n'ont pas toujours été sans danger pour les malades sur lesquels on les a pratiquées.

Je n'ai parlé que de la blennorrhagie chez l'homme. Cette maladie chez la femme a ordinairement son siége dans le vagin ; mais il arrive néanmoins quelquefois que la muqueuse de l'urètre est simultanément prise. Lorsque la chose se passe ainsi, des douleurs assez vives en urinant se font sentir. Si, au contraire, le vagin seul est atteint, ce qui a lieu dans le plus grand nombre des cas, ces douleurs sont nulles ou peu intenses; c'est malheureusement à cause de l'absence de ces douleurs que cette affection, le plus souvent négligée et mal traitée chez la femme, passe à l'état chronique et devient l'origine d'une foule d'accidens, tels que ces hypersarcoses de l'utérus si rares dans nos campagnes et si communes dans nos grandes villes, auxquelles succombent tant de femmes souvent aussi malheureusement après avoir donné le jour à des enfans chétifs, et qui, bientôt après leur naissance, présentent des stigmates de l'inconduite des auteurs de leurs jours.

Hors le cas d'urétrite, le copahu ainsi que tous les térébenthinés et le cubèbe lui-même n'ont pas ou presque pas de prise sur la gonorrhée chez la femme. Les boissons adoucissantes émulsionnées et nitrées, les injections émollientes laudanisées, ces dernières rendues progressivement astringentes par l'addition de l'extrait de Saturne, du zinc, du tannin, de l'alun, etc., sont d'abord indiquées; si ces premiers moyens échouaient, on aurait encore recours à une dissolution d'azotate d'argent à la dose de 25 à 50 centigrammes sur un litre d'eau administrée en injections ou bien portée à travers un spéculum, au fond du vagin, au moyen d'une petite éponge retenue par un fil.

Enfin si, sous l'influence de cette médication énergique et variée, la blennorrhagie ne guérissait pas et que des symptômes de la vérole se manifestassent, la conduite du médecin serait ici la même que chez l'homme, c'est-à-dire qu'il aurait alors recours aux spécifiques de cette maladie, tels que les mercuriaux, l'iodure de potassium, suivant le degré de la maladie et la nature de ses symptômes. Il est des cas qui, rebelles aux médications hydrargiriques et iodurées, ont cédé ensuite à l'emploi de l'oxyde d'or précipité par la potasse à la dose de 3 à 5 centigr. par jour en frictions sur la langue. C'est surtout dans quelques cas d'hypersarcose de l'utérus que feu J.-A. Chrestien, de Montpellier, a obtenu d'admirables succès de l'emploi de ce dernier médicament, peut-être trop délaissé par les praticiens de nos jours.

Pour mon compte, j'avoue lui devoir quelques guérisons de syphilis constitutionnelles, devant lesquelles étaient venus échouer les mercuriaux, l'iodure de potassium et tous les dépuratifs possibles. Lorsque ces cas exceptionnels se présentent dans ma pratique, j'associe à l'usage de l'oxyde d'or une décoction concentrée de racine d'astragale (*astragalus exscapus*) à la dose d'un litre par jour, décoction à laquelle j'accorde depuis longtemps une confiance très grande, parce que je lui ai attribué des propriétés supérieures à celle de la salsepareille dans les affections chroniques de la vérole (1).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Janvier 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

M. DELAFOND : Messieurs, lorsque j'ai pris la parole pour faire connaître ce que l'observation m'avait appris en pathologie comparée sur l'organisation microscopique du cancer et sur la spécifité de la cellule, dite cancéreuse, je m'attendais bien à rencontrer une vive opposition, non seulement dans cette savante assemblée, mais encore parmi les médecins et les micrographes distingués, dont notre honorable collègue M. Robert s'est fait le très habile interprète et défenseur. Que sais-je toutes les récriminations que mes idées ont soulevées? Pour les unes, je suis un confusioniste radical; pour les autres, un unitaire arriéré; pour celui-ci, j'ai créé de toutes pièces une cellule romantique, et pour notre honorable et très spirituel collègue, M. Bouillaud, la cellule qu'il veut bien m'attribuer est plus *philosophale* que *philosophique*.

J'attendais donc avec impatience, pour ne pas dire avec anxiété, la réfutation de mes recherches et de mes opinions par M. Robert. Je croyais rencontrer dans l'œuvre de notre collègue de nouveaux argumens tendant à démontrer d'une manière positive et bien définitive que la cellule cancéreuse était l'élément constant et spécifique du cancer. J'avoue que je me serais humilié, et que, mettant tout amour-propre de côté, je me serais empressé d'en témoigner ma vive satisfaction à l'Académie. Je m'attendais donc que M. Robert allait nous démontrer, sans réplique, que, par sa forme, sa structure, son contenu et l'emploi de certains réactifs chimiques, il ne serait plus possible de confondre la cellule cancéreuse avec toute autre cellule, et notamment avec les cellules épithéliale et fibro-plastique.

J'ai donc écouté avec la plus religieuse attention le discours que nous a fait notre savant collègue; mais j'avoue que ma surprise a été grande lorsque j'ai entendu répéter à cette tribune tout ce que j'avais déjà lu dans les ouvrages micrographiques publiés sur les tumeurs fibro-plastiques épithéliales et cancéreuses, et que je me suis aperçu que tous les faits, les recherches pratiques, les argumens dont je m'étais servi pour chercher à démontrer que la présence de la cellule, dite cancéreuse, telle qu'on l'a caractérisée, n'était point l'élément spécial du cancer, n'avaient pas été victorieusement réfutés.

Le discours de M. Robert a donc eu le mérite de fortifier la conviction que je m'étais faite sur la non-spécificité de la cellule du cancer.

M. Robert vous a dit que j'étais partisan de la doctrine de Schwann sur la cellule unitaire, bien que cette doctrine ait été victorieusement combattue, et que, suivant l'expression même de M. Velpeau, elle fût menacée de disparaître de la science sérieuse. Selon lui, j'ai donc eu tort de vouloir rajeunir une idée vieille et usée, pour chercher à prouver que la cellule cancéreuse n'avait rien de spécial dans ses attributs.

Malgré toute l'admiration que je professe pour les travaux micrographiques modernes; malgré aussi tout le respect que m'inspire le sentiment de M. Velpeau sur la doctrine unitaire des cellules présidant à la formation primordiale des tissus; et bien que je doive admettre que cette doctrine mérite d'être modifiée en ce qui regarde la formation primitive de certains tissus fibreux et étendus en membranes, je n'en persiste pas moins à dire qu'une cellule organisatrice préside à la formation primordiale du plus grand nombre des tissus qui entrent dans la composition de l'organisation végétale et animale.

Croyez-le bien, Messieurs, la doctrine cellulaire, qui repose en définitive sur l'observation de faits incontestables, et qui a été proclamée comme vraie par les plus savans botanistes contemporains, tels que Dutrochet, Brown, Kiéser, Mirbel, Amici, Dujardin, Mohl, Richard, etc., et adoptée, confirmée par les anatomistes, les physiologistes et les micrographes les plus renommés de notre époque, tels que Purkinje, Turpin, Valentin, Schlutz, Vagner, Bischoff, Martin Barry, Guttemburg, Vogel, J. Muller, Henle et autres, n'est pas menacée, quoiqu'on l'ait dit, d'être de sitôt rayée de la science sérieuse.

Si la doctrine que je soutiens, de ma bien faible autorité assurément, avec les hommes éminens dont je viens de rappeler les noms est fausse, c'est à notre collègue M. Robert à le prouver beaucoup mieux qu'il ne l'a fait à l'Académie, et dans le cas où il parviendrait à démontrer qu'elle est positivement erronée, je dirais alors que je me suis trompé avec les micrographes les plus renommés de notre époque.

Pour chercher à convaincre que la doctrine des cellules primordiales n'est pas encore rayée de la science moderne, veuillez me permettre, Messieurs, de vous lire un court passage du livre d'un des plus savans physiologistes de notre époque, de notre très honorable collègue M. Bérard. Voici ce passage : « Pour démontrer que la théorie cellulaire a pour point de départ *des faits bien avérés* et *des observations nombreuses*, je vais débuter par une sorte d'inventaire de ce qui *est acquis à la science* sur cette matière. » Poursuivant, notre collègue ajoute : « Il ne faut pas confondre dans le même scepticisme la *théorie cellulaire* et les *faits d'anatomie* qui s'y rapportent. L'existence des cellules à noyau, *dans un grand nombre de parties, ne peut être contestée*. Les doutes ne peuvent naître que relativement à leur évolution ultérieure. C'est ce que n'ont pas compris ceux qui ont frappé du même discrédit et la théorie cellulaire et les faits d'histologie que le microscope nous a révélés. »

Plus loin, M. Bérard dit en poursuivant : « L'application du microscope à l'étude des produits pathologiques a donné une importance nouvelle et inattendue à la théorie cellulaire. Les tissus de nouvelle formation, dont quelques-uns subissent une évolution si fâcheuse pour l'économie, peuvent être considérés comme des embryons qui prennent naissance au sein d'un autre corps plus ou moins avancé en âge. Ne serait-il pas digne de constater que, comme les embryons normaux, ils débutent par des cellules? Or cela est *parfaitement démontré aujourd'hui*; il y a seulement cette différence que, dans le développement des animaux, l'état cellulaire est transitoire, les cellules étant remplacées par les différens tissus, tandis que les cellules persistent, en général, dans les tissus pathologiques dont l'accroissement se fait par une production incessante de nouvelles cellules. » (Bérard, *Cours de physiologie*, t. I, p. 207, 209 et 210.)

L'Académie désire-t-elle connaître aussi l'opinion d'un des micrographes habiles de notre époque, d'un des lauréats de l'Académie et l'un de nos plus ardens adversaires en dehors de cette enceinte? Je veux parler de M. Broca. Que dit en effet M. Broca dans son traité anatomique du cancer (*Mémoires de l'Académie*, t. XVI, p. 473, 1852). « Il est incontestable, dit ce médecin micrographe, qu'à une certaine époque de la vie embryonnaire, le blastoderme tout entier est composé de cellules à noyaux; il est incontestable encore que divers tissus s'y développent ensuite en prenant la place des cellules, et que parfois celles-ci disparaissent complétement. »

Puis, après avoir fait connaître comment ces cellules se transforment en fibres normales ou pathologiques, ou bien en *restant constamment cellules normales* ou *anormales*, M. Broca termine par les conclusions très remarquables que voici :

« 1° Tous les tissus de l'économie succèdent aux cellules embryonnaires.

» 2° Les surfaces libres de l'économie conservent à toutes les époques la propriété de sécréter des cellules à noyaux.

» 3° Les productions accidentelles dont la structure est analogue à celle des tissus normaux sont souvent, comme eux, précédées de formations cellulaires. »

Henle et M. Mandl ont apporté à la doctrine des cellules quelques restrictions en ce qui touche le développement de certaines fibres et de quelques tissus étalés en lames minces; mais je ferai remarquer à l'Académie que ce mode de développement, qui n'est peut-être que secondaire à la formation de la cellule primitive, n'est pas encore positivement démontré dans la science.

Pour moi donc, la doctrine cellulaire, que notre honorable adversaire M. Robert a dédaigné de combattre, existe réellement comme démontrée dans la science par les plus célèbres micrographes, et même par ceux d'entre eux qui admettent la spécificité de la cellule cancéreuse.

M. Velpeau avait allégué, et après lui j'avais dit aussi que certains tissus normaux conservent leur forme cellulaire, même chez les adultes.

Parmi ces cellules, je puis citer aujourd'hui les épithéliums de beaucoup de surfaces libres, les cellules pigmentaires, les cellules simples et surtout les cellules mères des cartilages, écrites et figurées par Henle, les cellules de la moelle des os dans le jeune âge, les cellules de la partie antérieure du cristallin, les corpuscules ganglionnaires et même les cellules blanches de la lymphe et du sang. Et nous avons ajouté, pour démontrer le peu de spécificité de la cellule cancéreuse, que certaines cellules normales avaient une analogie si parfaite avec la cellule cancéreuse, qu'il devenait impossible de les distinguer.

Ces faits ont paru graves à M. Robert, et, ainsi qu'il le déclare, il a eu à cœur de les vérifier tous par lui-même, afin d'en apprécier la valeur. Pour cela, notre collègue dit avoir eu recours à l'obligeance bien connue de micrographes fameux de la capitale, avec lesquels il a pu étudier un très grand nombre de préparations. Or, dit M. Robert, d'après l'examen comparatif que j'ai fait, à plusieurs reprises, des élémens recueillis sur des tumeurs cancéreuses et sur des cellules normales, je n'ai pu conserver aucun doute sur la possibilité de les distinguer des cellules cancéreuses.

J'ai assurément la plus grande confiance en l'habileté des micrographes qui ont bien voulu éclairer notre collègue sur la grave question dont il s'agit; mais qu'il me soit cependant permis de dire à l'Académie que les résultats de son examen se trouvent dans un désaccord complet avec les études approfondies qui ont été faites à ce sujet par les hommes les plus compétens pour juger cette question.

Voyons d'abord ce que dit Vogel qui, avec juste raison, est considéré comme un des meilleurs pathologistes micrographes de l'Allemagne, et dont les travaux sur le cancer sont très estimés.

« Les cellules cancéreuses proprement dites, dit Vogel (*Anatom. patholog.*, 1847, p. 267-269), varient à l'infini depuis la forme de simples cystoblastes jusqu'à celle de cellule parfaite, en passant par la plupart des modifications dont celle-ci est susceptible. Cependant, ces diffé-

(1) Extrait de la *Gazette médicale de Lyon*, décembre 1854.

rences dépendent en grande partie du degré de développement qu'acquièrent les *cellules primaires, de sorte qu'elles représentent des états dont les uns sont purement transitoires et les autres fixes ou permanens.* »Il ajoute : « Les formes primaires de ces cellules n'offrent rien de particulier; les noyaux ont 1/450e à 1/250e de ligne de diamètre, sont *munis* ou *dépourvus* de nucléoles et ne se dissolvent pas dans l'acide acétique. Les cellules arrondies ou ovales ont un diamètre de 1/300e à 1/100e de ligne. L'acide acétique les fait disparaître, à l'exception des noyaux, et les alcalis caustiques les dissolvent complètement (p. 267-268). »

Après avoir fait connaître et décrit les différentes configurations des cellules, Vogel ajoute :

« Ces diverses formes de cellules passent de l'une à l'autre par un grand nombre de transitions, *de sorte qu'on doit les considérer comme des degrés de développement des cellules primaires.* » Puis il ajoute : « Il résulte de là que le nom de *cellule cancéreuse ne peut être appliqué à une forme déterminée différente de toutes les autres, et qu'en contemplant une cellule au microscope on ne pourrait généralement dire si elle appartient ou non à un cancer.* »

Wirchow, professeur à l'Université de Vurtzbourg, considéré par M. Lebert lui-même comme le premier anatomo-pathologiste actuel de l'Allemagne, combat la *valeur des mesures micrométriques des cellules et des noyaux cancéreux.* « Il y a, dit Wirchow, *des cellules normales qui ont une ressemblance frappante avec celles du cancer,* » et il cite les élémens de l'épiderme et des épithéliums. Il combat ensuite *la valeur de la particularité des cellules mères* comme existant aussi dans le cartilage. Quant aux cellules cancéreuses pigmentées, il leur trouve l'analogie la plus positive avec les cellules pigmentées de la choroïde et des poumons, d'où il résulte, dit Wirchow, que *les cellules cancéreuses n'offrent aucun élément de spécificité.* (Wirchow, *Arch. fur pathologie*, etc.; *Anatomie méd. physiologie*, t. III.)

Ces opinions, fondées sur l'observation et l'expérience, on les retrouve encore très nettement exprimées, ainsi que s'en est convaincu, d'ailleurs, M. Robert, dans le *Manuel d'anatomie* de M. Forster, et dans le très bon *Traité d'histologie pathologique*, publié en 1854 par M. Weld. (*Grudzüge der pathologischen histologie;* Vienne, 1854.)

Müller lui-même, le grand Müller, l'auteur de la découverte des cellules dites cancéreuses, *n'admettait pas*, au dire de M. Velpeau, *le spécifique de la cellule dont il s'agit.*

M. Robert est donc, Messieurs, en complète contradiction avec les célèbres pathologistes micrographes que je viens de citer. Or, dans cette situation très embarrassante, notre collègue s'étant demandé comment il se faisait que des hommes versés dans les études histologiques soient parvenus à des résultats si différens que ceux qui ont été signalés par les micrographes de l'école de M. Lebert, voici comment il s'en retire : ce passage de l'argumentation de M. Robert mérite, assurément, d'être remarqué.

« Si, dit M. Robert, dans l'examen comparatif des cellules naturelles et des cellules cancéreuses on se borne à constater les différences de forme, on peut *quelquefois rester incertain;* mais si l'on prend aussi en considération le *volume*, la *structure* et *les caractères chimiques*, il *est très rare* que l'on ne parvienne pas à une détermination précise et rigoureuse. »

Mais, circonstance remarquable, après avoir ainsi énoncé cette proposition, M. Robert ne fait point connaître ces différences fondamentales de volume, de structure et de réaction chimique. Je le demande à M. Robert : pourquoi, dans une discussion aussi importante et aussi palpitante d'intérêt et d'actualité que celle qui se débat au sein de l'Académie; pourquoi, lorsqu'on a été éclairé par des rayons de lumière aussi puissans et aussi purs que ceux auxquels a eu recours notre collègue; pourquoi M. Robert n'a-t-il pas démontré d'une manière nette et irrécusable que les micrographes les plus experts de l'Allemagne se sont trompés; pourquoi, enfin, ne pas chercher à me convaincre, moi qui serais heureux, *dans l'intérêt de la science,* de reconnaître mon erreur, si erreur il y a; moi qui serais le premier à m'humilier et à applaudir aux succès mérités de notre collègue? Voilà ce que M. Robert aurait dû faire pour convaincre l'Académie, puisque, jusqu'à ce jour, aucun micrographe n'a pu trancher la question en litige d'une manière complète, définitive.

J'arrive, Messieurs, à un autre argument de M. Robert, et qui me paraît adressé personnellement. Mon honorable adversaire a allégué, Messieurs, que *c'est au moyen d'un* ARTIFICE ADROIT que j'ai voulu établir l'identité des cellules cancéreuse et fibro-plastique. Selon M. Robert, et contrairement à tout ce qui se fait en histoire naturelle, j'aurais négligé des formes constantes, des formes types, des cellules cancéreuses, pour ne m'occuper que des anomalies.

J'en demande bien pardon à M. Robert; mais je dois lui rappeler que dans mon discours j'ai commencé précisément par faire connaître ce que les micrographes ont nommé la cellule type simple et la cellule type mère, et que j'en ai décrit les principaux caractères. Il y a plus, j'ai montré des figures de ces deux cellules; j'ai dû ensuite passer en revue les anomalies.

Ici, je dois l'avouer, j'ai longuement insisté sur les formes exceptionnelles des cellules jeunes, adultes, vieilles, vierges ou mères, rondes, ovales, elliptiques, allongées, comme aussi sur les cellules gonflées, aplaties, ridées, unies, ponctuées, lisses, granulées, graisseuses, pigmentaires, concentriques, endogènes, bicornes, unicornes, unipares, multipares, sans noyaux ou avec noyaux, et, dans ce dernier cas, avec un, deux, trois, quatre noyaux ovales, elliptiques, irréguliers, avec ou sans nucléoles, grands ou petits, ternes ou brillans; que sais-je encore? formes toutes irrégulières, incomparables les unes aux autres, que M. Robert a fait aussi passer à son tour sous les yeux de l'Académie et que l'on voit figurer, d'ailleurs, depuis Müller, dans tous les traités qui traitent des caractères microscopiques du cancer.

A cette occasion j'ai déjà dit à l'Académie, et je le répète encore, que ces très nombreuses exceptions ou anomalies, comparées à la rareté des formes types, s'opposent à la possibilité d'attribuer des caractères spécifiques à la cellule que l'on a appelée cancéreuse, bien à tort, assurément.

Or, ce sont précisément ces très nombreuses formes insolites qui font planer la plus grande incertitude sur le diagnostic microscopique du cancer et le rendent erroné, même par les micrographes les plus expérimentés.

Je n'ai donc point, comme vous le voyez, Messieurs, *employé d'artifice* pour démontrer que la cellule dite cancéreuse, en raison de l'inconstance, de l'irrégularité de ses formes, de son diamètre, de ses noyaux, pouvait être confondue, dans un grand nombre de cas, avec les formes assez fréquemment diversifiées, le diamètre et le contenu de la cellule fibro-plastique et de la cellule épithéliale de certaines surfaces libres. En ceci, j'ai vu les choses comme elles sont et les ai appréciées comme elles devaient l'être au point de vue pratique, but auquel doivent tendre tous les efforts du pathologiste observateur, ami de la vérité et jaloux de concourir aux progrès de la science.

M. Robert avait annoncé dans son argumentation qu'il démontrerait, par des réactions chimiques, la possibilité de distinguer la cellule fibro-plastique de la cellule épithéliale, et celle-ci de la vraie cellule cancéreuse.

J'attendais pour mon compte avec la plus vive impatience cette démonstration, puisque j'avais avancé que les micrographes ne possédaient point encore de réactifs capables de faire distinguer les trois fameuses cellules qui ont amené cette longue discussion; mais, à mon grand étonnement, M. Robert a négligé entièrement de traiter cet important sujet.

Puisque notre collègue ne nous a rien dit à cet égard, permettez-moi, Messieurs, de vous entretenir des travaux de MM. Broca et Lebert sur ce point.

M. Broca a fait réagir sur les cellules du cancer l'eau, l'alcool, la teinture d'iode, l'acide acétique, l'acide nitrique, la potasse, l'ammoniaque, l'éther, etc., etc., et l'action de tous ces agens chimiques l'a conduit à savoir : « Que les parois des cellules n'ont pas la même composition que le noyau. » (*Mém. de l'Acad.*, t. XVI, p. 489.)

Eh bien, Messieurs, je puis vous déclarer que l'on arrive aux mêmes conclusions, si l'on fait agir les mêmes réactifs sur les cellules purulente, épithéliale, fibro-plastique et cancéreuse.

M. Lebert, lui aussi, a essayé un très grand nombre de réactifs et il vous paraîtra sans doute intéressant de connaître son opinion sur ce mode d'interroger la nature des cellules qui nous occupent. Voici donc ce que dit ce grand maître en micrographie pathologique.

« *Nous ne pouvons tirer de conclusions des réactions chimiques que nous avons essayées.* Nous ne les donnons que comme de simples faits d'observation qui, entre les mains de quelqu'un qui s'occuperait spécialement de chimie pathologique, pourraient acquérir par la suite quelque valeur. » (*Traité du cancer*, p. 27, 1852.)

J'étais donc dans le vrai, Messieurs, lorsque je vous disais que, contrairement à l'énoncé affirmatif de M. Robert, les réactifs chimiques s'étaient montrés impuissans jusqu'à présent à faire reconnaître et distinguer entre elles les trois cellules fibro-plastique, épithéliale et cancéreuse.

L'Académie voudra bien me permettre de lui dire maintenant en terminant qu'un grand fait, dominant le débat, vient prouver, d'une manière indéniable, la non-spécificité de la cellule cancéreuse : je veux parler de l'existence du cancer en l'absence de cette cellule. M. Leblanc, M. Mandl, en ont rapporté des exemples que M. Robert n'a pas commentés. J'en ai, pour ma part, cité plusieurs faits que je crois remarquables et que notre collègue n'a pas contestés. Le savant pathologiste Vogel (1) et le célèbre professeur Wirchow (2) n'ont-ils pas aussi consigné des faits semblables dans leurs très remarquables travaux sur le cancer?

J'ai dit à l'Académie, en cherchant à élucider la question de savoir où et comment naissent les cellules purulente, épithéliale, fibro-plastique et cancéreuse, que j'admettais, quant à présent, avec M. Lebert lui-même et beaucoup d'autres micrographes distingués, que la cellule morbide se formait comme la cellule primitive au sein d'un liquide amorphe ou dans un blastème; mais avec cette différence fondamentale que ce liquide amorphe ou blastème était de nature morbide.

Dans ce blastème, en effet, se montrent de fines granulations moléculaires, et des noyaux, puis ces noyaux s'entourent d'une enveloppe ou cellule, cellule d'abord très petite, qui ne tarde pas à s'accroître en se pénétrant par endosmose et par exosmose des principes organiques du blastème anormal; puis, ai-je dit, la cellule grandit et subit diverses modifications, selon la nature du blastème où elle se produit et l'organisation de la matière pathologique où elle se développe.

A cette occasion, j'ai cherché à prouver que la cellule fibro-plastique, la cellule épithéliale et la cellule cancéreuse affectaient une forme arrondie ou très légèrement ovale peu de temps après leur formation, et que toutes ces cellules offraient souvent aussi une enveloppe, un noyau et même un ou plusieurs nucléoles. C'est là un fait exact que j'ai vérifié et que je donne comme incontestable. Or, c'est précisément la ressemblance de ces cellules qui peut les faire prendre les unes pour les autres et faire commettre des erreurs de diagnostic.

Voilà ce que j'ai dit, ce que je maintiens comme important, et ce que M. Robert s'est bien gardé de contester.

J'ai avancé que, selon les conditions d'organisation fibreuse, dense, dure, molle ou pulpeuse, la cellule dite cancéreuse pouvait offrir, selon qu'elle absorbait par endosmose ou exosmose, plus ou moins de suc ou d'eau, des formes et un volume différens.

Notre collègue, M. Robert, *prétend que ceci est une* HYPOTHÈSE *qui peut séduire au premier abord, mais qui, à coup sûr, ne saurait soutenir le contrôle des faits.* Or, je crains bien que notre estimable collègue n'ait point cherché à faire vérifier ce fait, que j'affirme être exact, et qui peut être vérifié par une expérience bien facile à répéter. Que M. Robert veuille bien placer sur la lentille grossissante plusieurs *jeunes cellules* prises dans une tumeur fibro-plastique affectant une forme allongée et presque fusiforme et les baigner avec de l'eau distillée tiède pendant quinze à vingt minutes, et il ne tardera pas à s'apercevoir que l'enveloppe et le noyau allongé de ces cellules ne tarderont pas à prendre la forme ovalaire allongée, puis complétement ovalaire et enfin ronde.

Or, les mêmes effets seront produits si l'on opère sur des cellules cancéreuses affectant une forme allongée, comme on en voit si souvent dans le cancer squirrheux. Les cellules cancéreuses, dit M. Lebert, se gonflent par l'eau et acquièrent un diamètre trois à quatre fois plus grand que le noyau (*Traité de phys. pathologique*, t. II, page 307). Que l'on consulte, d'ailleurs, les dessins de Henle, de M. Lebert et de ses élèves, MM. Broca et Verneuil, et l'on restera convaincu que, dans leurs premiers degrés de formation, les formes qu'affectent les cellules épithéliale, fibro-plastique et cancéreuse, ne peuvent être facilement distinguées.

Mais à un âge plus avancé de ces trois cellules est-il possible et facile de les reconnaître les unes des autres d'une manière bien certaine, ainsi que l'on prétend le démontrer par des descriptions et des dessins? J'ai cherché à prouver à l'Académie par des raisons anatomiques, des faits et des figures, que la structure ferme ou molle, fibreuse ou pulpeuse, l'abondance ou la rareté du suc cancéreux et surtout la quantité de sérosité ou d'eau que peut renfermer ce suc, déterminaient, dans l'immense majorité des cas, des différences de formes et de volume chez les cellules fibro-plastiques et cancéreuses, et que c'était à ces formes et à ce volume, si variables, que devaient, sans doute, être rattachées les nombreuses erreurs de diagnostic commises par les micrographes dans l'inspection des tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses, qui ne sont réellement, en définitive, que deux formes différentes qu'affecte le cancer.

Pour M. Robert « *ceci est une hypothèse qui peut séduire au premier abord, qui, à coup sûr, ne peut soutenir le contrôle des faits, et qui, d'ailleurs, est dénuée de preuves.* »

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) Vogel, *Traité d'anat. pathol.*, p. 266.

(2) Wirchow, *Archiv. fur pathol. und physiol.*, p. 116.

COURRIER.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1854 PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Sur quatre-vingts ouvrages de médecine et de chirurgie reçus par la commission, aucun *prix* n'a été accordé; neuf ont obtenu des *récompenses*, et treize des *encouragemens*.

1° *Récompenses*. — M. Briquet, pour un traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations, 2,000 francs; M. Trousseau, pour un mémoire sur la ponction de la poitrine dans les épanchemens pleurétiques aigus, 2,000 francs; M. Robin, pour une histoire naturelle des végétaux parasites de l'homme et des animaux, 2,000 francs; MM. Wilhem Bœck et Danielssen, pour leurs recherches sur l'éléphantiasis des Grecs, 2,000 francs; M. Berthelot, pour son travail sur les corps gras, 2,000 francs; M. Schiff, pour son travail relativement à l'influence des nerfs sur la nutrition des os, 2,000 francs; M. Blanchard, pour ses études sur l'organisation des vers, 2,000 francs; M. Aran, pour ses recherches sur l'atrophie musculaire progressive, 1,500 francs; M. Gratiolet, pour son mémoire sur les plis du cerveau de l'homme et des primates, 1,500 francs.

2° *Encouragemens*. — MM. Bourguignon et Delafond, pour leur ouvrage sur la gale du mouton, en attendant qu'ils aient appliqué le même genre d'étude à d'autres animaux domestiques; M. Roux, pour la continuation de ses expériences sur un nouveau mode de conservation des pièces anatomiques; MM. Giraldès et Goubeaux, pour leurs injections de perchlorure de fer dans les artères; M. Gosselin, pour son mémoire sur les kystes du poignet et de la main; M. Morel-Lavallée, pour son mémoire sur les épanchemens séreux traumatiques; M. Perdrigeon, pour son mémoire sur les accidens fébriles à forme intermittente causés par le cathétérisme de l'urètre; MM. Philippeau et Vulpian, pour leur recherche sur l'origine des nerfs crâniens; M. Flandin, pour ses recherches sur les poisons consignées dans son *Traité de médecine légale*; M. Broca, pour ses recherches sur le rachitisme; M. Verneuil, pour ses recherches sur le pancréas; M. Chevallier, pour ses travaux en hygiène; M. Triquet, pour ses études sur les maladies de l'oreille; M. Loir, pour ses mémoires sur l'hygiène appliquée à l'état civil des nouveau-nés.

— Nous trouvons dans l'*Annuaire du bureau des longitudes pour* 1855 quelques chiffres curieux.

La fabrication des pièces d'or et d'argent en France, depuis l'application du système décimal, a été de 6 milliards 471 millions 648,544 fr. 20 c.

Paris a bu en 1853 : 1 million 241,062 hectolitres de vins en cercles, 11,603 hectolitres en bouteilles; il a mangé 2 millions 297,575 kilogrammes de raisin, 51 millions 366,193 kilogrammes de viande de boucherie, sortis des abattoirs, et 13 millions 876,501 kilogrammes provenant de l'extérieur; 4 millions 1,134 kilogr. de porc; pour 7 millions 874,030 fr. de marée; pour 1 million 641,359 fr. d'huîtres; pour 14 millions 933,564 fr. de volaille et gibier; pour 15 millions de francs de beurre; pour 7 millions 157,044 fr. d'œufs. Il a brûlé pour 8 millions de francs de combustibles.

Paris a vu naître, en 1853, 34,049 enfans, dont 16,603 filles et 17,446 garçons, dont 10,833 enfans naturels.

Il a vu mourir 38,262 individus, dont 16,792 du sexe masculin, et 17,470 du sexe féminin.

Il y a eu dans la capitale 11,574 mariages.

Un individu a atteint 105 ans et 9 mois.

Il est mort 495 individus de la petite vérole.

Il est né en France, en 1852, 965,080 enfans, dont 70,000 enfans naturels. Il est mort 810,695 individus. L'accroissement de la population a été de 154,385 individus.

La durée moyenne de la vie est actuellement de trente-six ans et sept mois.

La population de la France, qui était, d'après les recensemens officiels, en :

1820 de	30,451,187	individus,
1831	32,560,934	—
1836	33,540,910	—
1841	34,230,178	—

était, en 1851, de 35,783,000, et est actuellement d'au moins 36 millions, non compris l'Algérie et les colonies.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............	32 Fr.
6 Mois...........	17
3 Mois...........	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital du Midi. — Clinique de M. RICORD.

D'UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT POUR LES ADÉNOPATHIES STRUMEUSES.

Parmi les affections chirurgicales qui ont de tout temps mis à l'épreuve la patience des hommes de l'art, on peut certainement ranger celle connue sous le nom scientifique d'adénopathie strumeuse, bubon strumeux. Cette forme d'engorgement ganglionnaire, liée quelquefois comme complication à la syphilis, mais plus ordinairement consécutive à l'adénite qui accompagne les chancres non infectans, prédomine chez les individus d'un tempérament lymphatique, à disposition scrofuleuse. L'adénopathie strumeuse est surtout remarquable par sa longue durée et sa résistance à tous les modes de traitement qu'on avait employés jusqu'à ce jour.

M. Ricord a eu l'heureuse idée d'essayer d'un mode de traitement déjà employé avec succès par M. Jules Guérin dans un autre genre de maladies : c'est la cautérisation ponctuée multiple à l'aide d'un fer chauffé à blanc. Il a employé dans ces premiers essais, comme le conseille M. Jules Guérin, une tringle de petits rideaux, recourbée à angle droit à l'une de ses extrémités : c'est celle que l'on chauffe. Au moyen de cet instrument on touche superficiellement, dans un nombre de points variables suivant l'étendue, la partie malade; cette opération est répétée, à intervalles de cinq à six jours, jusqu'à la guérison radicale. Aucune application locale ne succède à l'opération; à dater du lendemain seulement on applique des compresses imbibées soit d'eau blanche, soit de chlorhydrate d'ammoniaque en solution, de teinture d'iode, etc., etc. Deux choses importantes à noter dans cette opération sont :

1° L'absence presque constante de douleur vive pendant l'opération, que quelques malades supportent sans sourciller;

2° La cicatrisation rapide des points cautérisés, ce qui permet de recommencer presqu'au gré du chirurgien.

Depuis le mois de février 1854, plus de trente malades ont été soumis à ce mode de traitement; chez plus de la moitié, trois ou quatre cautérisations, c'est-à-dire quinze à vingt jours de traitement ont suffi à la guérison; rarement il a fallu arriver à six ou sept. Un seul cas a exigé neuf applications du cautère : c'est la seule observation que je donnerai résumée.

OBSERVATION. — Le nommé Fayolle (Jean-Pierre), 36 ans, entré dans le service de M. Ricord, salle 4me, lit 23, le 14 avril 1854, présente dans la région inguinale gauche une tumeur du volume du poing, formée par un engorgement ganglionnaire qui se prolonge jusque dans la fosse iliaque du même côté. Le début remonte à dix-huit mois, époque où le malade eut un chancre non infectant accompagné d'adénite suppurée. Depuis cette époque tous les modes de traitement connus ont été employés sans succès dans plusieurs hôpitaux de Paris. En dernier lieu, on a eu recours à une application de potasse caustique qui a seulement enlevé la partie superficielle de la tumeur et dénudé les ganglions dans une étendue de 4 centimètres de diamètre à peu près.

A son entrée à l'hôpital, le malade nous dit que son mal augmente au lieu de diminuer. M. Ricord fait une forte application de pâte de Vienne sur toute la partie dénudée; il s'ensuit une violente inflammation de toute la paroi abdominale inférieure suivie d'une suppuration abondante; la vie du malade est sérieusement compromise pendant quelques jours.

Échappé à ce danger, le malade reste en repos pendant quelque temps, et ce n'est que dans les premiers jours de juin qu'on se décide à employer la cautérisation ponctuée.

Pendant deux mois on lui fait successivement neuf cautérisations dont aucune n'amène de complication; pendant ce temps la tumeur a toujours suivi une marche décroissante, et le 12 août 1854 Fayolle sort guéri, conservant seulement une induration qui tient aux premières cautérisations par la potasse caustique et la pâte de Vienne.

Encouragé par ces succès, M. Ricord a essayé de ce procédé dans les cas de tubercules du testicule. Les observations sont encore trop peu nombreuses pour être concluantes; néanmoins, les premiers essais permettent d'espérer au moins une amélioration dans une maladie du reste incurable.

NASSANS, interne du service.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APIOL (PRINCIPE IMMÉDIAT DU PERSIL), CONSIDÉRÉ COMME SUCCÉDANÉ DE LA QUININE (1);

Par MM. JORET et HOMOLLE, docteurs en médecine.

PARTIE PHARMACEUTIQUE. — La semence du persil officinal (*apium petroselinum*), dure, cornée, imprégnée d'une matière huileuse, ne contient pas d'amidon. Elle est d'une pulvérisation difficile, et doit être broyée au moulin plutôt que pilée au mortier. Douée d'une odeur spéciale que tout le monde connaît, elle a une saveur piquante aromatique particulière qui se développe lorsqu'on la broie entre les dents. L'eau froide n'en extrait qu'une proportion très faible de matière soluble légèrement âcre et amère. L'eau à 100°, versée sur la semence grossièrement pulvérisée, donne une infusion colorée, aromatique, à saveur piquante, âcre et un peu amère qui se prend en gelée par le refroidissement.

Par l'ébullition on obtient une décoction plus chargée de principes sapides et colorans qui se troublent par le refroidissement et se prend en gelée.

L'alcool, de 50 à 90 degrés centésimaux, est le dissolvant par excellence des principes actifs de la semence de persil. Il fournit une teinture d'autant moins chargée de matière colorante qu'il est plus concentré.

L'éther versé sur la graine de persil dissout, outre la chlorophyle, plusieurs corps gras que nous examinerons ultérieurement.

La distillation de la graine avec l'eau donne une huile essentielle, jaune citron, très fluide, d'une densité à peine supérieure à celle de l'eau.

Depuis la fin de 1847 jusqu'au commencement de 1850, nous nous étions servis presqu'exclusivement de la décoction de la graine de l'*apium petroselinum* pour guérir les fièvres intermittentes, et nous la donnions à assez haute dose. L'expérience nous a appris que la quantité de graines, portée d'abord à 100 et 125 grammes pour un litre d'eau, pouvait être abaissée à 80, 60, 50 grammes et même 30 pour les enfans. Cette décoction ne doit être préparée qu'au moment du besoin, en raison de sa très prompte altérabilité, surtout en été. Elle se prend en gelée par le refroidissement, et tourne ensuite à l'aigre pour peu qu'on cherche à la liquéfier par la chaleur. Dans ce cas, nous l'avons toujours rejetée.

Son odeur est nauséabonde, vireuse, tenace et rappelle celle de la graine pulvérisée; sa saveur est amère et piquante tout à la fois, elle devient ensuite douceâtre. Les malades s'en dégoûtent très promptement. Aromatisée avec l'eau de menthe poivrée et édulcorée avec le sirop de sucre, elle est tout aussi désagréable à prendre.

Nous n'avons reconnu aucune valeur antipériodique à l'extrait aqueux de graines de persil.

Nous ne reproduirons pas ici toutes nos observations sur l'emploi thérapeutique de la décoction de graines de persil; elles sont rapportées en détail dans notre mémoire adressé à la Société de pharmacie en 1850.

(1) Voir le numéro du 11 Janvier.

Feuilleton.

TRAITÉ DE GYMNASTIQUE RAISONNÉE, AU POINT DE VUE ORTHOPÉDIQUE, HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL,

ou Cours d'exercices appropriés à l'éducation physique des deux sexes et applicables à tous les âges; avec l'exposé des moyens propres à redresser les déviations et à guérir les paralysies et d'autres infirmités; ouvrage dédié aux médecins, aux familles, aux établissemens d'éducation; par Ch. HEISER, professeur de gymnastique médicale à l'hôpital civil et aux écoles communales de Strasbourg, directeur d'un établissement de gymnastique médicale et orthopédique. — Un volume in-8°, Paris et Strasbourg.

J'ai reproduit ce titre, quoique un peu long, parce qu'il est comme une esquisse fidèle de l'ouvrage lui-même, et qu'il indique assez exactement les prétentions souvent légitimes, quelquefois exagérées et un peu ambitieuses de l'auteur.

On peut y considérer deux parties distinctes : une partie technique, comprenant la description des exercices divers enseignés par M. Heiser et presque tous figurés dans des dessins, et une partie théorique.

Je ne pense pas devoir m'occuper de la partie technique sur laquelle, d'ailleurs, je serais obligé d'avouer mon incompétence. Comparativement à ce que j'ai pu apprendre par mes lectures, ou voir dans quelques gymnases en réputation dans la capitale, il m'a semblé que M. Heiser a eu pour but de simplifier beaucoup et de rendre surtout plus pratiques les exercices gymnastiques. Par ces mots plus pratiques j'entends d'adapter les exercices du gymnase aux conditions vraies, réelles et usuelles de la vie, plutôt que de les consacrer, comme je l'ai vu faire, à des tours de force très périlleux ou à des manœuvres d'équilibriste parfaitement stériles. M. Heiser insiste et avec raison, selon nous, sur les exercices propres à être utilisés, la marche, le saut, l'action de grimper, la natation, les attitudes normales et gracieuses, etc., tous exercices qu'il s'est efforcé de faire concorder avec des notions que je voudrais trouver toujours exactes sur l'anatomie et la physiologie des mouvemens.

Quant à la partie théorique, elle présente des opinions raisonnables et acceptables à côté de quelques assertions qui paraîtront, sans doute, bien hasardées. Une courte analyse peut en faire juger.

L'auteur signale d'abord une tendance générale à faire au corps une plus large part dans l'éducation, et cette tendance est, dit-il, l'expression d'un besoin réel, car on dirait que nous sommes arrivés à l'une de ces époques caractérisées par un affaiblissement sensible de l'espèce humaine. L'introduction de la gymnastique dans l'éducation peut se justifier par des motifs moins contestables. Cette prétendue dégénération de l'espèce humaine n'est rien moins que prouvée. Dans toutes les civilisations il y a eu deux classes à établir parmi les hommes : ceux qui exercent l'intelligence plus que le corps, ceux au contraire qui exercent plus le corps que l'intelligence. Il est possible que dans les civilisations antiques on tînt plus en estime que de nos jours la force musculaire; mais j'ai idée qu'Hérodote, Sophocle, Socrate ou Platon auraient difficilement disputé la palme aux athlètes des jeux olympiques. Il en est de cet argument comme de celui tiré des pesantes armures des guerriers d'autrefois qui ne trouveraient pas, dit-on, aujourd'hui des hommes de taille et de force à les porter. Nos beaux régimens de carabiniers, pour ne pas sortir de notre pays de France, sont une protestation vivante contre cette opinion. Sans doute, il existe des causes de dégénération et d'affaiblissement de certaines classes de la population actuelle; notre savant confrère M. Villermé les a éloquemment signalées; mais ces causes sont toutes locales, presque individuelles, indépendantes de l'Espèce qui a conservé toute sa puissance et toute sa virtualité d'organisme; car, s'il en était autrement, l'Espèce serait bientôt perdue et toute la gymnastique du monde n'y ferait absolument rien.

Partant de ce principe très contesté et très contestable de la dégénérescence de l'humanité, l'auteur en recherche les causes.

La première et la plus funeste est, sans contredit, dit-il, la corruption précoce des jeunes générations. Mais ce sujet n'étant pas de sa compétence, il l'abandonne aux pères de famille, aux ministres de la religion et aux instituteurs. Faisons comme l'auteur et passons outre sans rechercher si les mœurs de la jeunesse du temps d'Alcibiade, par exemple, ou celles décrites par Pétrone ou par Juvénal étaient beaucoup plus pures que celles de nos jeunes générations actuelles.

Puis, M. Heiser s'en prend aux vices de notre système d'éducation intellectuelle et physique. Ici tirade virulente contre le dernier règne, « l'un des plus funestes à la France, qui, s'appuyant uniquement sur les » intérêts matériels, a dégradé le caractère national, en fouillant les » profondeurs les plus impures du cœur humain, pour y chercher et y » féconder les moindres germes de la plus sordide des passions. »

Citer de pareilles exagérations doit suffire. Elles gâtent un passage sérieux et vrai sur la disproportion énorme entre le travail et la récréation, sur un encyclopédisme impossible exigé des enfans de nos colléges et sur les conséquences fâcheuses qu'une pareille exubérance de besogne intellectuelle peut avoir sur la santé. « En nous élevant contre ces » écarts, » ajoute l'auteur, dont je me plais à citer ce court passage pour faire oublier le précédent, « nous ne plaidons point la cause de l'igno- » rance, pas plus que nous ne prétendons déprécier les conquêtes de » l'esprit sur la matière, ni mettre en doute ce que les hommes gagnent » à être gouvernés par l'intelligence plutôt que par la force brute. Mais » nous demandons un juste partage de soins entre l'esprit et le corps. » La prédominance de l'un tue l'autre; la proposition est réciproque. »

L'auteur rend justice, d'ailleurs, aux modifications apportées depuis peu soit dans le programme des études, soit dans l'éducation gymnasiaque des colléges, tout en signalant les nombreuses lacunes qui, selon lui, restent à combler.

Une troisième cause, selon l'auteur, du mal qu'il signale, c'est-à-dire la dégénérescence de l'espèce humaine, est l'usage d'emprisonner les bustes délicats des jeunes filles dans des vêtemens trop étroits et dans des corsets inflexibles. De là les perturbations graves et si souvent signalées sur les fonctions importantes de la respiration, de la circulation et de la digestion; de là des femmes qui n'engendrent que des enfans maladifs ou qui ne peuvent remplir tous les devoirs de la maternité. Il y a du vrai dans tout cela, mais ce vrai est trop mêlé d'exagérations et d'erreurs. Pour les corsets, par exemple, il est bien certain que les trois cinquièmes au moins des petites filles de France ne portent pas ce vêtement. Voilà donc une cause prétendue générale et qui n'est que très exceptionnelle.

La dernière cause signalée par l'auteur est le mariage trop précoce. Je ne sais sur quels renseignemens, sur quelles statistiques l'auteur se fonde pour établir ce fait. Il ne les indique pas.

Voilà donc le mal; quel est le remède ? Pour M. Heiser, il faut le combattre dans les causes et dans les effets.

On pressent déjà que ce remède étiologique ou curatif c'est la gymnastique, et l'on trouvera sans doute que le chemin a été un peu long pour arriver là. Quoi qu'il en soit, M. Heiser, après avoir exclu de l'éducation gymnique, comme il dit, les travaux de la terre et manuels auxquels il trouve plus d'inconvéniens que d'avantages, recommande la gymnastique, qu'il considère au point de vue de la pédagogie, au point de vue de l'hygiène, et au point de vue de la thérapeutique.

Comme procédé pédagogique et hygiénique, il lui assigne la mission :

1° D'entretenir la santé;

2° De développer harmoniquement toutes les parties du système organique;

En voici le résumé succinct :

Sur 100 fébricitans, nous avons eu :

35 atteintes de fièvre intermittente quotidienne ;
59 — tierce;
6 — quarte.

Le plus ordinairement c'est après le troisième ou le quatrième accès que nous avons donné la décoction de graines de persil.

La dose employée pour couper :

Une fièvre intermittente quotidienne a été de 75 gram.
— tierce, a été de. . . 78 gram.
— quarte, a été de. . . 116 gram.

Encore n'avons-nous réussi dans les fièvres quartes que dans la moitié des cas, puisque les trois insuccès que nous comptons sont précisément ceux de fièvres appartenant à ce type.

Les époques de la disparition de la fièvre ont été :

1° Dans les fièvres intermittentes quotidiennes :

16 fois après la première dose ;
15 fois après la deuxième ;
4 fois après la troisième.

2° Dans les fièvres intermittentes tierces :

8 fois après la première dose ;
33 fois après la deuxième ;
7 fois après la troisième ;
1 fois après la quatrième.

3° Dans les fièvres intermittentes quartes :

1 fois après la première dose ;
1 fois après la deuxième ;
1 fois après la quatrième ;
3 fois n'a pas été coupée.

La poudre de graines de persil, à la dose de 30 grammes, a réussi dans deux cas à couper une fièvre quotidienne qui avait résisté à l'emploi de 4 grammes d'extrait aqueux.

Enfin, sur 100 fiévreux traités par cette médication, nous comptons :

Succès 97
Insuccès 3
Total. 100

Partie chimique. — Avant d'aborder l'examen chimique de la graine de persil et du principe immédiat que nous en avons retiré, nous croyons utile de faire notre profession de foi à l'égard des idées admises généralement sur la valeur des principes immédiats organiques, la chimie ne regardant comme tels que ceux qui présentent un des caractères suivans : propriété de cristalliser ou de se volatiliser sans altération ; acidité ou alcalinité, et, comme conséquence, aptitude à former des combinaisons salines.

Nous croyons qu'en dehors de ce cercle trop étroit, même au point de vue exclusivement chimique, on peut rencontrer des principes immédiats organiques offrant un ensemble de caractères, un cachet, si l'on peut ainsi dire, assez marqué pour établir leur individualité. Que sera-ce si l'on se place au point de vue médical, c'est-à-dire de leur application à la thérapeutique? S'il fallait citer des exemples à l'appui, nous n'aurions que l'embarras du choix.

La chimie véritablement organique a, selon nous, pour but de séparer et d'isoler les divers principes coexistant dans les corps organisés qu'elle étudie. Conséquemment, elle ne doit employer que des menstrues incapables de changer l'état moléculaire, ou d'altérer la composition primordiale des élémens organiques divers combinés ou simplement juxta-posés dans les substances qu'elle veut analyser. En agissant autrement, en modifiant par ses réactions les élémens organiques dont nous parlons, elle rentre dans la chimie synthétique générale et doit perdre le nom de chimie organique.

On se préoccupe trop dans l'analyse des principes immédiats végétaux des caractères propres aux corps appartenant à la chimie organique. L'on oublie que l'état globuleux ou amorphe appartient essentiellement aux principes immédiats organiques, créés sous l'influence de la vie, comme l'état polyédrique et cristallin appartient aux corps anorganiques ; et que ce n'est souvent que par des réactions ultérieures que les premiers deviennent susceptibles d'affecter la forme cristalline. N'oublions pas que l'instabilité est un caractère essentiel des corps organisés, et que la logique doit faire repousser du domaine de la chimie organique les corps que l'on peut produire de toutes pièces.

Ces réserves faites, nous arrivons à l'étude des produits organiques retirés de la graine du persil. Ces produits sont les suivans :

1° L'*apiol*, principe immédiat du persil. Par ce nom, nous avons voulu rappeler l'espèce botanique qui l'a fourni et les caractères physiques qui le rapprochent des huiles (1), sans préjuger, d'ailleurs, la classe des corps parmi lesquels il pourra plus tard prendre définitivement place en chimie (2).

2° Une huile essentielle volatile ;

3° Une matière grasse cristallisable, solide à la température ordinaire, fusible à + 23°, que l'on pourrait appeler beurre de persil ;

4° De la pectine, gelée végétale susceptible de former de l'acide pectique et des pectates sous l'influence des alcalis ; c'est sans doute l'apiine de Braconnot ;

5° De la chlorophyle ;

6° Du tannin ; une matière colorante jaune ; de la matière extractive ; du ligneux ; des sels anorganiques que nous n'avons pas cherché à isoler, etc.

Nos recherches sur les travaux dont le persil et sa graine ont été l'objet nous ont fourni les indications suivantes : Murray (*Apparatus medicaminum*) rapporte que la distillation de la plante avec l'eau fournit une huile essentielle dont une partie surnage, tandis que la plus forte portion gagne le fond du vase. Cette huile peut, après un temps plus ou moins long, cristalliser sous forme d'une huile concrète.

M. Braconnot a extrait de la semence du persil une substance à laquelle il donne le nom d'apiine, et qui nous paraît analogue à la pectine.

Dans un mémoire de MM. Blanchet et Sell (*Annales de pharmacie*, t. vi, cahier 3), on lit : En distillant avec de l'eau les semences de l'*apium petroselinum*, on obtient une huile volatile légère et une huile plus lourde qui contient du camphre.

Enfin M. Bolle, pharmacien à Angermunde (*Journal de pharmacie*, t. xv, p. 580) aurait trouvé parmi d'autres huiles essentielles une masse concrète formée de cristaux blancs aciculaires (Stéaropton, *De l'huile de persil*), qui ne serait que le résultat de l'altération de l'huile essentielle du persil sous l'influence des rayons solaires.

Procédé d'extraction de l'apiol. — L'apiol s'obtient en traitant la graine de persil pulvérisée par l'alcool de 70 à 80 degrés centésimaux. On met la poudre suffisamment tassée dans des appareils à déplacement. Quand elle est convenablement épuisée, les liqueurs réunies sont décolorées par la filtration à travers le charbon animal lavé, puis distillée au bain-marie pour retirer les trois quarts de l'alcool. Le résidu est repris par l'éther ou le chloroforme qu'on en sépare par une seconde distillation. On porte à l'étuve pour faire disparaître jusqu'aux moindres traces de ces menstrues ; enfin, on mêle par trituration le produit au huitième de son poids de litharge, et on laisse déposer pendant quarante-huit heures ; après quoi on filtre encore une fois à travers une légère couche de charbon et l'apiol s'écoule presque incolore et parfaitement pur.

Caractères physiques. — L'apiol se présente sous l'apparence d'un liquide jaunâtre, oléagineux, tachant le papier à la manière des corps gras, sans que la chaleur fasse disparaître cette tache qui brunit avant les parties voisines et perd sa transparence. D'une odeur spéciale et tenace qui rappelle un peu celle de la graine pulvérisée, elle diffère de celle de l'huile essentielle qui a quelque chose de thérébintacé, d'une saveur piquante et âcre qui se développe surtout dans l'arrière-bouche. D'une densité de 1,078 à + 12° centigrades, l'apiol se trouble légèrement sans se solidifier à + 12° et reprend sa transparence à mesure que la température s'élève. Chauffé au bain de sable, l'apiol laisse dégager quelques bulles gazeuses qui viennent faire chapelet à la surface du liquide pour disparaître vers + 150° à + 175° ; l'apiol commence à se colorer et présente un changement sensible d'odeur sans dégagement apparent de vapeur et sans ébullition, même en portant la température à + 220° ; après cet essai la saveur n'a pas été bien sensiblement modifiée. Ainsi, l'apiol s'altère à une température inférieure à celle de la vaporisation et n'est pas volatil. Mis sur une lame de platine, l'apiol brûle avec flamme sans faire de charbon volumineux et sans laisser de résidu.

L'apiol jouit d'un pouvoir rotatoire manifeste : il dévie de 15°, à gauche, la lumière polorisée.

Caractères chimiques. — Soluble dans l'alcool de 50 à 90°, dans l'éther et dans le chloroforme en toute proportion l'apiol ne cède rien à l'eau par l'ébullition. — Le chlore gazeux dégagé à travers l'apiol le brunit et y forme un dépôt pulvérulent noirâtre très peu abondant, sans altérer sensiblement son odeur ni sa saveur. — Le potassium immergé dans l'apiol s'y recouvre rapidement d'une multitude de petites bulles gazeuses en se désagrégeant sensiblement, ce qui nous fait penser que l'apiol n'est pas un simple carbure d'hydrogène, et qu'il entre de l'oxygène dans sa composition. — Chauffé à la flamme d'une lampe à l'esprit de vin, ce mélange brunit, laisse dégager une vapeur susceptible de brûler avec flamme, et le résidu porté au rouge obscur ne fournit pas de trace de cyanure, ce qui nous porte à croire que l'apiol ne contient pas d'azote. — L'acide sulfurique versé sur l'apiol le colore immédiatement en un beau rouge foncé et le solidifie en lui donnant l'apparence d'un corps résinoïde brun-noirâtre soluble dans l'alcool, et ne présentant plus l'odeur ni la saveur caractéristiques. — L'acide azotique mo-

(1) Un botaniste distingué, M. F. Plée, dans un ouvrage intitulé : *Types des familles des plantes de France*, a proposé d'adjoindre au mot *apiol* l'épithète de *pro-quinine* pour désigner l'emploi que l'on peut en faire en médecine.

(2) Ce groupe chimique naturel ne pourrait-il pas être constitué définitivement par les différens produits organiques immédiats que nous avons extraits des semences de plusieurs ombellifères, et qui tous se rapprochent de l'apiol par leurs caractères physiques et chimiques : l'anisol, le cariol, le cuminol, le phellandrol, etc., etc., retirés des semences de l'anis, du carvi, du cumin, de la phellandre, etc., etc. ?

3° D'augmenter les forces du corps ;

4° De lui faire acquérir, non seulement grâce et beauté, mais la souplesse, l'agilité, la vigueur et l'adresse nécessaires dans mille et mille circonstances !

Comme méthode de traitement, il la croit en état.

1° De redresser les déviations ;

2° De guérir les paralysies (*sic*), et quelques autres affections, même internes.

Suivre l'auteur dans le développement de ces diverses propositions serait fatiguer l'attention sans résultat utile. Je me bornerai à reproduire un passage de l'ouvrage de M. Heiser, dans lequel il me semble avoir exposé avec bonheur et justesse les conditions que doivent présenter l'enseignement et la pratique de la gymnastique :

« Quel doit être, en effet, le but de ces exercices? dit-il. Ne nous » lassons pas de le répéter : ce ne peut être de développer le corps » humain d'une manière telle quelle ; c'est principalement d'équilibrer » les forces dont la nature l'a doué, d'en régulariser l'épanouissement, » d'établir l'harmonie entre les divers systèmes et les divers appareils » qui constituent l'organisme ; en un mot, de faire parvenir l'être » humain au plus haut point de force, de santé, de beauté dont il soit » susceptible. Or, pour atteindre ce but, il ne suffit pas d'exercices » quelconques ; il s'en faut que toute espèce de mouvemens soient également convenables ; les applications de l'art gymnastique doivent être » aussi variées que peut l'être l'état de développement, normal ou » anormal, des forces individuelles ; chaque genre de déviations, d'in» firmités, chaque besoin, en un mot, réclame une direction particu» lière, un traitement spécial. La vitalité n'est pas toujours uniformé» ment répartie dans nos corps : un muscle, par exemple, se sera » développé plus rapidement qu'un autre ; des circonstances particu» lières, les autres extérieures et accidentelles, comme certaines occu» pations, certaines habitudes vicieuses, auront influé sur la croissance » de certaines parties au préjudice de quelques autres. Il est donc » essentiel que les procédés de la gymnastique, pour rendre tous les » services que l'on peut attendre de leur emploi, soient mis dans un » rapport direct et spécial avec les organisations diverses, conformé» ment aux lois qui régissent le développement de l'homme matériel. »

Ce programme est assurément très beau, il prouve que M. Heiser a conscience de l'étendue et de la tâche qui incombe au véritable gymnasiarque dont M. le professeur Bérard, dans son rapport à M. le ministre de l'instruction publique, a tracé une sorte de portrait idéal par ces mots ; « Ce serait, sans aucun doute, une démonstration savante que » celle où, à l'occasion de chaque mouvement, soit simple, soit com» posé, on ferait connaître tous les muscles ou les portions de muscles » qui ont pris part à l'action. »

Il est vrai que M. Bérard ajoute aussitôt « qu'un homme qui pourrait » entrer dans de tels détails sur tous les mouvemens du corps aurait » quelque chose de mieux à faire que de se constituer moniteur de » gymnastique dans un lycée. »

C'est aussi l'avis de M. Heiser, qui voudrait que l'on fît de cet homme le professeur des moniteurs. Mais où le trouver? Dans l'auteur même de cet ouvrage, qui déclare sans fausse modestie que le but qu'il a voulu atteindre est précisément de montrer qu'il est à la hauteur de cette mission. Je n'ai point à le contester, et je le croirais plus volontiers encore, si l'auteur ne se montrait pas critique un peu âpre envers ses devanciers et ses émules d'aujourd'hui, envers un homme surtout, M. Napoléon Laisné, dont nous avons entendu faire l'éloge par une bouche compétente et autorisée, celle du respectable directeur de l'assistance publique.

M. Heiser expose tout un plan de réorganisation de l'enseignement et de l'application de la gymnastique non seulement dans les colléges et pensionnats, mais encore dans la plupart des municipalités, plan dans lequel il serait trop long de le suivre et que je me borne à indiquer sommairement. M. Heiser propose donc les douze mesures suivantes :

1° Choix plus rationnel d'exercices gymnastiques pour les lycées ;

2° Application de ce qu'il appelle la gymnastique spéciale dans ces mêmes établissemens ;

3° Plus de temps accordé à la pratique de ces exercices ;

4° Formation de moniteurs capables ;

5° Fondations d'établissemens gymnastiques dans toutes les grandes villes ;

6° Obligation pour la jeunesse des écoles publiques de les fréquenter ;

7° Dépôt dans les petites communes des appareils les plus utiles aux besoins de chaque localité ;

8° Extension aux salles d'asile des exercices gymnastiques les plus élémentaires ;

9° Surveillance exacte de la tenue des enfans dans les écoles ;

10° Organisation d'une inspection générale de la gymnastique ;

11° Encouragement tendant à répandre l'usage du même art ;

12° Concours unanime de toutes les autorités constituées et de toutes les influences à sa propagation.

Je n'ai pas heureusement à me prononcer sur la valeur de ces propositions nombreuses, et il me suffit de les avoir indiquées. M. Heiser plaisante agréablement quelque part un de ses prédécesseurs qui raconte sérieusement avoir guéri un cas de fièvre jaune par la gymnastique vocale, en faisant chanter au malade un air en *fa* mineur ; il trouve aussi tant soit peu exagérée la prétention d'un autre de ses prédécesseurs, qui, non moins sérieusement, proposait d'appliquer les exercices gynastiques aux enfans dès l'âge de trois mois ; eh bien, je crains que son œuvre ne soit aussi légèrement entachée d'exagération, et que, par excès de zèle et de conviction, il n'ait élevé trop haut la valeur et l'importance de la gymnastique. On gâte les meilleures choses en les faisant trop belles. Les applications que M. Heiser propose de faire de la gymnastique aux maladies internes, telles que la paralysie, les hémoptysies et même les maladies du cœur, sont probablement de pures illusions produites par une observation incomplète ou inexacte.

Cependant, il est impossible de ne pas reconnaître que ce travail est l'œuvre d'un esprit distingué, qu'il dénote des études sérieuses, qu'il trahit des aspirations scientifiques dignes d'encouragement. Les exercices pratiques devraient être examinés par un homme compétent et du métier ; autant que j'en puisse juger, ils m'ont paru simples, faciles, physiologiques, c'est-à-dire rationnels et propres à donner au corps grâce et souplesse. Cette partie de l'œuvre de M. Heiser mériterait peut-être d'être signalée à l'attention de M. le ministre de l'instruction publique, à cause même de l'examen appréciatif auquel M. Heiser s'est livré des méthodes généralement suivies dans les établissemens d'instruction publique dans l'application de la gymnastique.

Amédée Latour.

M. Scoutetten, médecin principal des hôpitaux militaires français de Constantinople, M. Mounier, médecin en chef de Dolma-Bagtché, ont entrepris, malgré leurs nombreuses et importantes occupations, de faire chaque jour un cours de médecine opératoire aux vingt élèves de l'École de médecine ottomane qui ont été attachés comme aides au grand hôpital de Péra et à celui de Dolma-Bagtché, et de les exercer au manuel opératoire. Grâce à ces excellentes leçons, la Turquie possédera bientôt de bons médecins opérateurs formés par l'expérience, et qui pourront à leur tour former des praticiens. Ces vingt élèves savent, du reste, par leur studieuse application, se montrer dignes des soins que ces deux membres si distingués du corps médical français prennent pour leur instruction.

no-hydraté le décompose instantanément avec explosion. — L'acide azotique ordinaire l'altère profondément avec dégagement de gaz et le transforme en une sorte de résine jaunâtre complétement différente du corps primitif. — L'acide chlorhydrique gazeux ou liquide ne paraît nullement le modifier à froid, non plus que l'acide perchlorique. Ce dernier, chauffé avec l'apiol, le trouble, le colore et en modifie l'odeur qui acquiert quelque chose d'alcoolique ou d'éthéré. — L'acide phosphorique sirupeux s'y mêle assez bien à froid en formant un liquide brun trouble, sans en modifier l'odeur. — Chauffé, ce mélange se sépare en deux couches : l'une inférieure plus dense, brune, opaque; l'autre supérieure, jaune trouble. — L'acide acétique pur dissout complétement l'apiol. — La potasse caustique et l'ammoniaque l'émulsionnent ; mais par l'évaporation spontanée de cette dernière la majeure partie de l'apiol se sépare sans être altérée.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Janvier 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

M. DELAFOND continue ainsi :

Pourtant M. Robert, armé, selon lui, de puissans moyens d'attaque, a fait quelques pas en avant ; mais tout en se tenant sur une défensive douteuse, il vous dit : « Mais cette dissidence ne tiendrait-elle pas à la *différence même des microscopes que les adversaires de la spécificité de la cellule cancéreuse emploient, et à la faiblesse de leurs grossissemens? N'est-il pas évident qu'un puissant microscope peut nous faire saisir des détails importans, quoique très délicats, qui échappent à des grossissemens moins considérables?* Et, pour ne pas nous éloigner du cancer, qui n'a pu constater une différence très notable dans l'aspect des cellules étudiées à 300 ou à 500 diamètres ? »

Certes, j'étais loin de m'attendre à voir ainsi réfuter les si beaux travaux de Wirchow et de Vogel. Eh quoi ! les habiles et très expérimentés micrographes que je viens de citer se seraient servis d'instrumens non convenables pour faire leurs recherches, et ils auraient négligé de grossir les objets jusqu'à 500 diamètres ? Non, cela n'est pas possible.

M. Robert n'a pas réfléchi au reproche bien immérité, assurément, qu'il adresse aux micrographes d'outre-Rhin.

Mais ce ne serait pas seulement les Allemands qui se seraient servis d'instrumens différens, et d'un plus faible grossissement que ceux dont disposent les micrographes qui ont éclairé M. Robert; ce serait aussi les micrographes anglais et français.

Veuillez donc me permettre, Messieurs, de vous rapporter le sentiment de Bennett, micrographe anglais, auteur d'un des plus beaux travaux qui aient été produits sur le cancer et les cancroïdes, et publié à Édimbourg en 1849 (p. 148 et 149).

Ainsi que le célèbre professeur de Vurtzbourg, Bennett repousse la *spécificité de la cellule cancéreuse*; il ne trouve pas de différence *entre les cellules du cancer et celles de la formation épithéliale cartilagineuse, et les cellules embryonaires.*

Lorsque le cancer existe dans le foie, dit ce judicieux observateur, on est en droit de demander *si les cellules morbides ne sont pas les cellules normales du foie simplement altérées.* Telle est l'opinion bien positivement exprimée de Bennett, et ici je prie bien l'Académie de remarquer que les conclusions du célèbre auteur anglais sont appuyées sur la description des caractères particuliers et comparatifs des cellules cancéreuses et des cellules normales.

Paget, autre pathologiste et micrographe habile, dont le travail a été consulté par M. Velpeau, professait la même opinion que M. Bennett sur la non-spécificité de la cellule du cancer.

Les deux pathologistes micrographes anglais que je viens de nommer, qni ont ainsi nettement formulé leur opinion sur la valeur de la spécificité de la cellule cancéreuse, se seraient-ils donc servis, eux aussi, d'un instrument différent de celui de M. Robert, ou de ceux des micrographes qui ont bien voulu lui prêter leur obligeant concours?

On serait tenté de croire, d'après M. Robert, que notre spirituel collègue M. Bouillaud a eu tort de n'accuser que les micrographes sur la cause de leur dissidence et qu'il faudrait encore y joindre les très innocens instrumens microscopiques allemands et anglais.

Mais ce n'est pas tout : voici venir, il y a un an à peine, M. Michel de Strasbourg, qui s'avise d'adresser à la Société de chirurgie, et c'est M. Robert lui-même qui l'a dit à l'Académie, un travail dans lequel il démontre que la cellule naturelle de la moelle des os des jeunes enfans est analogue à la cellule cancéreuse. M. Michel s'est-il donc, lui aussi, servi d'un microscope différent des autres, et a-t-il donc fait des recherches comparatives à un faible grossissement ? Non, encore une fois non, Messieurs, la supposition de M. Robert est entièrement gratuite.

Enfin, Messieurs, pour en finir sur ce point avec l'argumentation de notre collègue, veuillez me permettre de vous citer un passage d'une autorité imposante, du maître de la jeune école micrographe française, de l'homme dont les travaux micrographiques sont très justement appréciés, comme ils méritent de l'être, de M. Lebert.

Voici comment il s'exprime dans l'introduction de son très remarquable *Traité sur les maladies cancéreuses*, publié en 1851 :

« Je me suis bien gardé de dire, dit M. Lebert, que les cellules cancéreuses avaient des caractères chimiques, physiques ou autres, tels qu'on ne pourrait les rencontrer nulle part dans la nature ailleurs que dans le cancer. Loin de mon esprit cette étrange hyperbole. Mais ce que je puis dire et affirmer, c'est qu'un produit morbide étant donné, le pathologiste clinicien suffisamment versé dans les études microscopiques peut, dans la grande majorité des cas, déterminer, d'après l'examen au microscope, s'il s'agit d'un cancer ou non. »

Les élèves de M. Lebert auraient-ils donc surpassé leur maître dans l'étude comparative des cellules naturelles et de la cellule cancéreuse? M. Lebert se serait-il donc servi jusqu'en l'année 1851 d'un microscope différent, et aurait-il employé des grossissemens plus faibles que MM. les micrographes dont M. Robert se fait l'interprète ?

Je termine ici ces citations pour dire à l'Académie, et à mon grand regret assurément, que M. Robert, contrairement aux opinions de Wirchow, de Vogel, de Forster, de Weld, de Bennett, de Michel, de M. Velpeau, et de la mienne, si je puis me nommer, bien que d'un très faible poids dans la balance, *ne nous a rien appris de positif touchant les caractères distinctifs de dissemblance entre les cellules normales et la cellule cancéreuse.*

Cette première et grave question élucidée, voyons si M. Robert a été plus heureux en ce qui touche les attributs différentiels existant, selon lui, entre les trois cellules épithéliales, fibro-plastiques, qui n'appartiendraient point au tissu cancéreux, et la véritable cellule du cancer.

C'était là un point capital diversement attaqué à armes égales depuis plusieurs années et sur lequel M. Robert devait pointer toutes ses batteries, afin de raser les défenses de la place, et de l'emporter d'assaut. Placé en première ligne sur la brèche, le feu devait s'ouvrir sur moi et bientôt je devais disparaître avec mon unique et ma philosophale cellule.

M. Robert a cherché à démontrer que, contrairement à ce que j'al eu l'honneur de dire à l'Académie, la cellule fibro-plastique et les cellules cancéreuses, simples et multiples, offraient des *différences tranchées*, en ce qui touche la *forme*, la *structure*, les *noyaux*, les *nucléoles* et les *réactions chimiques*, qui ne pouvaient les faire méconnaître. Et pour mieux atteindre son but, et à mon imitation, notre collègue a eu recours à des dessins.

Permettez-moi donc, Messieurs, en raison de l'importance de la question, de vous dire si les observations de M. Robert ont le mérite de la nouveauté, si elles sont fondées et justifient complétement ces assertions.

Bien que j'aie dit à l'Académie que j'avais mesuré des cellules appartenant au cancer fibro-plastique, au cancer dit squirrheux et au cancer encéphaloïde des animaux, et que j'avais généralement rencontré des différences très grandes dans le volume et la forme des cellules ; bien que j'aie montré des dessins copiés d'après nature pour étayer mon opinion, M. Robert, je le dis avec regret, n'a pas daigné en tenir compte. Je me vois donc forcé aujourd'hui de combattre son argumentation par de nouveaux faits, et cette fois, afin que M. Robert ait plus de confiance en mes assertions, je lui fournirai des preuves puisées dans les ouvrages de M. Lebert. L'Académie voudra donc bien me permettre de lui faire connaître les mesures moyennes et comparatives prises chez l'homme et les animaux de la cellule simple et multiple, du noyau et des nucléoles, des produits fibro-plastiques, squirrheux et encéphaloïdes, et de chercher à lui démontrer, à l'aide de ces mesures, que la texture de ces deux produits cancéreux apporte des modifications dans le diamètre de leurs cellules. Ces mesures comparatives, je les ai réunies et mises en regard dans le tableau suivant :

TABLEAU COMPARATIF

des mesures micrométriques moyennes des cellules simples et multiples des tumeurs fibro-plastiques, squirrheuses et encéphaloïdes de l'homme et des animaux domestiques.

ALTÉRATIONS.	CELLULES simples ou multiples.	HOMMES. — DIAMÈTRE. DES CELLULES.	DES NOYAUX.	DES NUCLÉOLES.	ANIMAUX. — DIAMÈTRE. DES CELLULES.	DES NOYAUX.	DES NUCLÉOLES.
Fibro-plastique.....	Simples......	0mm.01	0mm.004	0mm.001.2	0mm.01 à 02	0mm.004	0mm.001 à 001.3
Cancer squirrheux..	Id.........	0 .01 à 02	0 .005	0 .001	0 .01 à 03	0 .004.5	0 .001.9
Cancer encéphaloïde.	Id.........	0 .04 à 04	0 .006	0 .002.5	0 .02 à 04	0 .011	0 .002.5
Fibro-plastique.....	Multiples ou mères.	0 .05 à 06	0 .001 à 005	0 .001.2 à 0.001.5	0 .04 à 05	0 .001 à 006	0 .001.5 à 0.002
Cancer	Id.........	0 .04 à 05	0 .001 à 004	0 .002.6 à 0.002.5	0 .04 à 06	0 .002 à 004	0 .002.4 à 0.002.6

Les mesures micrométriques comparatives inscrites dans ce tableau démontrent donc d'une manière indéniable que, chez l'homme aussi bien que chez les animaux, les enveloppes, les noyaux et les nucléoles des cellules ordinaires, du tissu fibro-plastique, qui n'est autre chose, je le répète, qu'un cancer fibreux, ont donc un diamètre moins considérable que celles du cancer squirrheux, dont la texture est un peu moins fibreuse et dure que le cancer fibro-plastique, et que, à leur tour, les cellules de ce dernier cancer, les noyaux et leurs nucléoles ont un diamètre moins considérable que les enveloppes, les noyaux et les nucléoles du cancer encéphaloïde, dont la structure est molle, pulpeuse et pénétrée d'un suc contenant une plus grande proportion de sérosité ou d'eau.

Contrairement aux assertions de M. Robert, la texture plus ou moins fibreuse et surtout dure influe donc d'une manière incontestable sur la forme et le diamètre des élémens cancéreux, et, par conséquent, sur leur évolution morbide et leurs attributs pathologiques.

M. Robert a beaucoup insisté sur l'existence au sein des tumeurs de noyaux libres et nageant dans le blastème cancéreux comme étant un des élémens les plus constans du cancer. A eux seuls, dit-il, ces noyaux constituent un assez grand nombre de tumeurs désignées, à cause de cela, sous le nom de *cancers nucléaires*. Ces noyaux sont *volumineux, ovoïdes, constamment pourvus de un à trois nucléoles larges et brillans*, lorsqu'on les étudie avec un grossissement de 500 à 600 diamètres.

Est-il donc facile, et surtout lorsque les cancers sont très jeunes, de bien pouvoir constater ces noyaux libres dans le suc ou blastème cancéreux ? J'ai examiné un grand nombre de jeunes cancers nucléaires chez les animaux, mais il m'a toujours été très difficile, à cause du très petit diamètre de ces noyaux, de les constater aisément et de pouvoir les distinguer parfaitement des nombreuses granulations qui se montrent toujours dans le blastème cancéreux.

Beaucoup d'autres micrographes ont éprouvé le même embarras, et si l'Académie veut bien me le permettre, je lui rappellerai ce que lui a dit M. Mandl à cet égard, dans une lettre qu'il lui a écrite le 14 novembre dernier. M. Robert ne reprochera pas, sans doute, à ce micrographe distingué de ne s'être pas servi d'un bon microscope et de n'avoir pas employé un grossissement assez considérable, pour faire l'étude des noyaux cancéreux.

« Suivant M. Lebert (*Traité des malad. cancér.*, p. 30), dit M. Mandl, le noyau de la cellule cancéreuse offre partout un diamètre moyen caractéristique de 10 à 15 millièmes de millimètre. Cependant, dans les tumeurs encéphaloïdes, souvent les noyaux ne dépassent guère 5 à 8 millièmes, et dans ce cas *il est impossible de les distinguer d'autres noyaux de tissus anormaux. Le caractère des nucléoles fait même quelquefois défaut.* ».

On trouve dans l'ouvrage de M. Lebert, ajoute M. Mandl, de nombreux exemples de ces dimensions inférieures dans les cancers des os, de l'estomac (Lebert, *Traité cité*, p. 20, 422, 480, 717), etc. Aussi bien des observateurs, et des meilleurs encore, croient-ils nécessaire de considérer l'ensemble des élémens et de connaître l'histoire de la maladie pour se permettre d'énoncer un jugement. Cela ne veut-il pas dire, ajoute M. Mandl, « *que la cellule et ses attributs ne sont pas suffisamment caractéristiques.* »

Ainsi, pour M. Mandl, comme d'ailleurs pour beaucoup d'autres micrographes, comme pour moi, les jeunes cellules d'un très petit diamètre et la présence de noyaux libres dans le suc cancéreux ne sont pas des signes suffisans pour faire reconnaître d'une manière certaine la nature du cancer.

Quant aux caractères différentiels des tissus fibro-plastique et cancéreux fournis par les noyaux et les nucléoles, M. Robert assure que ces corpuscules sont *ovoïdes* et constamment pourvus de un à trois nucléoles *larges et brillans* dans ce cancer ; tandis qu'ils sont allongés, moins volumineux et rarement pourvus des nucléoles dans le tissu fibro-plastique. On les rencontre aussi *moins souvent* à l'état libre. M. Robert vous a exhibé, Messieurs, des dessins démontrant qu'il en était ainsi.

L'Académie voudra bien me permettre de ne plus l'entretenir des opinions que j'ai soumises à son jugement sur l'importance des caractères dont il s'agit. Je préfère que les remarques de M. Robert soient jugées par MM. Lebert et Broca.

Que dit M. Lebert, page 20, de son remarquable *Traité sur le cancer* : « Le type prédominant du noyau est *ovoïde* ou *elliptique*, » et plus loin : « il va sans dire que lorsque ce corps est elliptique, il est en moyenne » d'un tiers à un quart plus long que large. Quant au nucléole qui frappe » les observateurs les moins attentifs, il est *grand*, TERNE et *homogène.* » (*Phys. path.*, t. II, p. 257.)

Que disait M. Broca, autre micrographe non moins distingué et lauréat de l'Académie, en 1852 : « Les *noyaux sont arrondis ou elliptiques.* » (*Mém. de l'Acad.*, t. XVI.) En 1854, M. Broca se borne à dire : « Les noyaux sont remarquables par *leur uniformité et la largeur de leur nucléole.* » (*Monit. des hôp.*, 9 décembre, p. 1163.)

En 1852, M. Broca avait avancé « que le nucléole *était large* et BRILLANT. » (*Mém. cité*, p. 479.) En 1854, il ne dit pas un mot de ces importans caractères. (*Monit. cité*, p. 1163.)

Comme vous le voyez, Messieurs, M. Robert, M. Lebert, M. Broca et bien d'autres encore que je pourrais citer, sont en *désaccord complet* sur les caractères distinctifs d'une grande valeur que peuvent offrir les *noyaux* et les *nucléoles cancéreux.* Et pourtant, je le ferai bien remarquer à l'Académie, c'est sur l'ensemble de signes aussi peu tranchés, donnés par ces très petits corps, que notre collègue M. Robert s'est appuyé pour venir déclarer, au nom des micrographes dont il s'est fait l'interprète, que l'on pouvait constater qu'une tumeur est cancéreuse ou fibro-plastique, qu'elle récidivera ou qu'elle guérira sans retour.

M. Robert a donc bien fait d'abord de vous déclarer, Messieurs, qu'il avait peu manié le microscope, car s'il avait eu plus l'habitude de cet instrument, il aurait su, bien certainement, que, par une lumière plus ou moins claire, l'éloignement ou le rapprochement du noyau de la lentille objective, il est possible de rendre les nucléoles ternes ou brillans, et il n'aurait pas eu autant de confiance dans les caractères qu'il a rattachés à ces très petits corps.

L'Académie voudra bien me permettre de lui dire maintenant en terminant qu'un grand fait, dominant le débat, vient prouver, d'une manière indéniable, la non-spécificité de la cellule cancérense : je veux parler de l'existence du cancer en l'absence de cette cellule.

Que dit par exemple Vogel, autorité très compétente à cet égard? Le voici : « Une difficulté de diagnostic survient pour la distinction

d'une tumeur véritablement cancéreuse, dit ce très habile micrographe pathologiste, c'est principalement lorsque la tumeur est composée encore de cystoblastème solide et amorphe. Celui-ci ne se distingue pas du cystoblastème solide de toute autre tumeur bénigne, et l'on ne réussit à établir un diagnostic certain que quand une portion de la tumeur a déjà pris l'aspect d'un squirrhe bien caractérisé. D'où il résulte, ajoute Vogel, que décider si une tumeur est ou non de nature squirrheuse, présente parfois de grandes difficultés, et que, même avec les meilleurs secours, on ne peut arriver qu'à de simples conjectures, ou se trouver dans *l'impossibilité absolue de prendre un parti quelconque.* » (Page 300.)

D'un autre côté M. Velpeau n'est-il pas venu déclarer que quatre tumeurs, dans lesquelles MM. Robin, Follin et Lebert avaient constaté d'une manière positive et par écrit la non-existence du cancer et promis une guérison positive, après avoir été complétement extirpées, s'étaient multipliées, étendues, ulcérées et comportées à la manière de véritables cancers (1) ? Je suis profondément convaincu que des faits semblables à ceux-ci se multiplieront de plus en plus.

D'ailleurs, les récidives, les repullulations sur place dans les voisinages, environ et même au loin des tumeurs fibro-plastiques ; la reproduction des tumeurs épithéliales *dans l'épaisseur de la peau, des muscles, du corps du pénis et même dans le centre des os ;* leur manifestation dans les ganglions lymphatiques voisins et les *ganglions intérieurs ;* les viscères importans à la vie tels que les *poumons*, le *foie*, le *cœur* même, faits des plus curieux et des plus importans, recueillis par des micrographes sérieux, tels que MM. Paget, Rositanski, Wirchow et autres, ne démontrent-ils pas déjà, jusqu'à l'évidence, que cette altération est cancéreuse ?

Tous ces faits, Messieurs, qui ne manqueront pas de se multiplier, j'en suis persuadé, prouvent donc bien positivement que la cellule dite cancéreuse n'est pas d'une manière exclusive le caractère spécial ou toujours vrai du cancer.

Je suis donc profondément convaincu qu'en dehors des cellules fibro-plastique, épithéliale, et les cellules que l'on a improprement appelées cancéreuses, existe un principe, un blastème, un liquide cancéreux amorphe, encore insaisissable à nos moyens d'investigation, et que c'est ce principe morbide qui constitue le cancer.

Des considérations nouvelles dans lesquelles je viens d'entrer et de la réfutation que je viens de faire des objections et observations de M. Robert, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe dans l'organisme, indépendamment des cellules primaires embryonnaires, des cellules normales ayant une si parfaite analogie dans leurs caractères microscopiques avec les cellules que l'on a nommées cancéreuses, qu'il n'est pas possible de distinguer d'une manière positive ces deux espèces de cellules les unes des autres, en se servant des microscopes les mieux perfectionnés et portant les grossissemens jusqu'à 500 et 600 diamètres ;

2° Dans l'origine de leur formation primordiale, les trois cellules fibro-plastique, épithéliale et cancéreuse n'offrent aucune dissemblance tranchée quant à leurs formes, leurs noyeaux, leurs nucléoles et leurs caractères chimiques ;

3° Si plus tard ces trois cellules, et notamment la cellule fibro-plastique et la cellule cancéreuse, offrent des différences dans leur forme, leur volume, leurs noyaux et leurs nucléoles, ces anomalies se rattachent à la nature plus ou moins dense, fibreuse, molle ou pulpeuse des tumeurs. Les mesures micrométriques des cellules fibro-plastiques squirrheuses et encéphaloïdes démontrent d'une manière irréfutable qu'il en véritablement ainsi ;

4° L'état libre ou inclus, la forme, le volume, les réactions chimiques et les attributs variables, inconstans des noyaux et des nucléoles de la cellule dite cancéreuse, ne sont point des caractères tranchés capables de faire reconnaître cette cellule d'une manière positive de la cellule fibro-plastique ;

5° La grande diversité de volume, de forme, de contenant et de contenu des cellules cancéreuses, comparée à la rareté des cellules types, s'oppose à ce que l'on puisse reconnaître à cette cellule des caractères propres ou spéciaux à l'aide desquels il soit possible de pouvoir diagnostiquer d'une manière facile et précise la présence ou l'absence du cancer ;

6° Les réactifs chimiques se montrent impuissans à faire constater d'une manière certaine si la cellule mise en contact avec eux est épithéliale, fibro-plastique ou cancéreuse ;

7° Des faits, déjà nombreux, recueillis par des micrographes habiles et des chirurgiens très expérimentés, démontrent que des cancers véritables n'ont point offert la cellule du cancer, tandis que des tumeurs positivement non cancéreuses ont présenté des cellules ;

8° Des faits également indéniables et déjà nombreux ont appris que les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques sont de vrais cancers capables de repulluler sur place, au loin, dans les ganglions lymphatiques externes, les ganglions internes, la peau, les muscles, le corps du pénis, les os, les poumons, le foie, le cœur même ;

9° Ces faits démontrent que le blastème, le principe morbide du cancer, réside dans un principe amorphe insaisissable par les moyens d'investigation que nous possédons aujourd'hui et indépendant des cellules fibro-plastiques et épithéliales et de la cellule improprement nommée cancérense.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 10 Janvier 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Sommaire. — Plaie transversale de la trachée artère. — Canule spéciale. — Difformités des orteils.

Un homme d'environ 28 ans se porte un coup de rasoir sur la partie antérieure du cou. La plaie divise complétement la trachée, au niveau de l'intervalle compris entre le troisième et le quatrième anneau, et les deux bouts s'écartent immédiatement de 6 centimètres ; le bout inférieur se rétracte dans le médiastin antérieur, et des accidens de suffocation conduisent le malade à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Richet. On parvient à attirer le bout inférieur en haut et à le maintenir par des ligatures.

(1) Velpeau. Discours, *Bulletin de l'Acad.*, t. xx, p. 163 et 164.

Le lendemain matin, M. RICHET essaie de pratiquer la suture des deux bouts ; mais, vingt-quatre heures après, il existe un nouvel écartement, et la suffocation est devenue tellement menaçante, qu'il faut se décider à construire un appareil prothétique spécial. M. Charrière fils a réalisé ce problème d'une façon très heureuse, et la figure ci-jointe donnera une idée nette de la canule qui a été employée.

La pièce *A* est introduite la première ; les pièces *B* et *C* ne diffèrent pas de celles qui appartiennent à la canule ordinaire. Il faut y ajouter la soupape *D* que l'on monte sur la pièce *A*.

La figure *E* représente la canule remontée et le tout fixé et maintenu ensemble au moyen d'un touret ordinaire.

En résumé, on voit que cet appareil se compose d'une première canule (*A*) qu'on introduit dans le bout supérieur ; cette canule va prendre l'air à l'extérieur. Une seconde canule (*B*) s'introduit dans la précédente et va se rendre dans le bout inférieur. Enfin, la soupape adaptée à la pièce *A* s'ouvre pendant l'inspiration et se ferme pendant l'expiration ; d'où il résulte que dans ce temps de l'inspiration l'air peut venir ébranler les cordes vocales, ce qui permet au malade de parler.

Depuis le moment de l'accident, le canal existant entre les deux bouts de la trachée s'est peu à peu comblé, l'œsophage a fait hernie entre ces deux bouts. M. Richet a enlevé la canule pendant une journée. Des accidens de suffocation se sont manifestés et il a fallu replacer l'instrument. Un second essai analogue au précédent, pratiqué quelques jours après, n'a pas donné de résultat plus favorable. Le malade qui fait le sujet de l'observation précédente a été présenté à la Société de chirurgie. Nous avons constaté qu'il parle lorsque la canule est en place ; cependant la voix est un peu enrouée. M. Richet soulève une question du plus haut intérêt au point de vue pratique. Pourra-t-on recourir plus tard à une broncho-plastie ? De grandes difficultés se rencontrent pour l'exécution de cette opération, à cause de l'écartement qui existe entre les deux bouts séparés, comme nous l'avons dit, par un canal. Que si on tente de fermer l'ouverture, le canal intermédiaire se rétrécira et le patient est exposé à une suffocation.

M. CLOQUET croit que l'autoplastie aurait, dans le cas dont il s'agite un résultat fâcheux. Il serait nécessaire, avant d'entreprendre toute espèce d'opération, de s'assurer si le malade peut respirer, l'ouverture extérieure du cou étant obturée par une plaque de gutta-percha, par exemple. M. Cloquet trouve l'appareil de M. Charrière fort ingénieux, mais il croit qu'il est possible de le modifier, c'est-à-dire de le rendre plus simple.

M. BOINET fait remarquer que l'autoplastie peut entraîner un inconvénient beaucoup plus sérieux encore pour le malade : c'est la saillie de l'œsophage entre les deux bouts de la trachée ; accident qui ne manquerait pas d'être suivi de suffocation.

L'opinion précédente sur l'inopportunité de l'autoplastie dans le cas actuel n'a pas été partagée par tous les membres de la Société, et l'un d'eux a fait valoir en faveur d'une opération de ce genre une circonstance qui joue en chirurgie un grand rôle : la rétraction du tissu inodulaire. Cette rétraction pourrait avoir pour effet de rapprocher le bout inférieur du bout supérieur. Ce rapprochement obtenu, on pourrait songer alors à l'autoplastie.

M. RICHET ne croit pas qu'il soit possible de trouver un appareil plus simple que celui qui a été mis en usage. Il ne pense pas que la rétraction du tissu inodulaire puisse faire remonter le bout inférieur de la trachée. C'est l'action du diaphragme qui tient sous sa dépendance cette rétraction du bout inférieur.

Suivant M. CLOQUET, il y a deux causes qui éloignent les bouts de la trachée : d'une part, l'action du diaphragme, pour le bout inférieur ; de l'autre, l'élévation du larynx par le fait de la section des muscles du cou pour le bout supérieur. Le tissu inodulaire aura bien plus pour effet de rétrécir le canal que de faire remonter le bout supérieur.

M. HUGUIER ajoute aux motifs précédemment allégués contre une autoplastie le suivant : les conduits traumatiques accidentels se rétrécissent et ne se raccourcissent pas par la rétraction du tissu inodulaire. De plus, l'autoplastie ne donnerait pas à la trachée son organisation primitive. On aurait au-devant de l'organe un lambeau de peau qui serait refoulé en dedans pendant l'inspiration par la pression atmosphérique, ce qui exposerait le malade à être suffoqué.

Difformité des orteils.

M. FANO appelle l'attention de la Société sur un vice de conformation des orteils extrêmement fréquent. Il consiste dans une flexion plus ou moins prononcée de la seconde phalange sur la première.

M. Fano montre deux pièces d'anatomie pathologique ; l'une est le second orteil enlevé sur un malade qui présentait cette difformité à un haut degré. Les deux phalanges se rencontrent sous un angle obtus. L'articulation est parfaitement saine ; le tendon de l'extenseur contient, au niveau de la face dorsale de la jointure, un *noyau cartilagineux*, sorte d'os sésamoïde. Entre le tendon extenseur et la peau se trouve une petite bourse muqueuse enflammée, qui communique avec l'extérieur par une ouverture fistuleuse entourée d'un épiderme épais. La seconde pièce a été recueillie sur un cadavre ; ici la flexion est un peu moins prononcée ; la peau qui recouvre la face dorsale de l'articulation présente un épaississement notable de l'épiderme. Les surfaces articulaires sont dépourvues de cartilages dans les portions de leur surface qui ont cessé d'être en rapport immédiat.

M. LARREY fait ressortir tout ce que la communication de M. Fano offre d'intéressant. Ce vice de conformation est, suivant lui, très fréquent et constitue un motif de réforme pour les militaires.

MM. CLOQUET et HERVEZ DE CHÉGOIN envisagent la question, au point de vue de la pratique, comme méritant d'être discutée d'une manière spéciale. Faut-il, dans les cas de ce genre, faire l'ablation de l'orteil ? M. Hervez a vu cette opération, pratiquée par Dupuytren, être suivie de mort.

Dr FANO,
Prosecteur de la Faculté.

MORT DE M. LE DOCTEUR VIGUERIE, DE TOULOUSE.

Une grande renommée médicale vient de s'éteindre à Toulouse. M. le docteur Viguerie, qui pendant cinquante ans a tenu le sceptre de la médecine et de la chirurgie dans cette grande cité, est mort jeudi dernier, à l'âge de 76 ans.

Nous trouvons dans le *Journal de Toulouse* quelques lignes bien senties dues à la plume amie de M. le docteur Noulet, et que nous nous empressons de reproduire comme un tribut à la mémoire du médecin et du chirurgien célèbre, qui fut notre premier maître :

« Héritier d'un nom honoré dans la science, fils d'un père mort en grande estime à Toulouse, Charles Viguerie eut le bonheur de trouver sa place non seulement marquée, mais toute faite au début de sa carrière ; son talent fit le reste.

» Sa vie entière fut consacrée à la pratique de l'art de guérir. Esprit net et précis, doué au suprême degré du don précieux d'observation, il apporta dans la détermination des infirmités humaines une sagacité hors ligne, qui s'accrut jusqu'à sa mort par un continuel exercice. C'est là ce qui faisait de Viguerie le médecin consultant par excellence, et ce qui porta si haut et si loin sa popularité ; c'est là ce qui formera le plus grand vide laissé par sa mort. Il n'était pas seulement l'éminent médecin à Toulouse, mais aussi dans toute une vaste contrée où son nom avait le même prestige que parmi nous et sa saine pratique la même valeur. Cette haute position qu'il tenait de son savoir, qu'il ne rendait blessante à personne, nul n'a le droit de la revendiquer après lui ; et voilà pourquoi en Viguerie s'éteint plus qu'un grand médecin, plus qu'un grand chirurgien : un principe.

» Ce principe était celui d'une autorité devenue depuis longues années toute paternelle de confrère à confrère, toute d'humanité vis-à-vis ses malades. Homme rare ! d'une expression complète dans les trop courts momens qu'il consacra à l'enseignement ; plus complète, ce semblait encore, dans ses rapports avec ses confrères. Il manquera à sa réputation d'avoir recueilli ou fait recueillir les résultats de tant d'expérience. Mais il ne consentit jamais à quitter le titre de praticien qui avait fait sa réputation dès son début. Comme un arbre pliant sous des fruits mûrs, il livra à tous les trésors de son vaste savoir, ne réservant pour lui que cette douce conviction que son passage ici-bas n'aurait pas été inutile à l'humanité.

» Ainsi vécut, dans d'incessantes occupations, au milieu de la considération et de l'estime publiques, cet homme qui ne donna aux distractions, en aucun temps de sa vie, que de rares instans, qu'il considérait comme autant de larcins faits à la mission qu'il avait été appelé à remplir. Il vécut de longs jours, et, n'ayant rien perdu de ses aptitudes, il ne cessa point son labeur, échelonnant ses journées, comme ses heures, de manière à trouver le temps de rester au courant de tout ce qui agrandissait les sciences, de tout ce qui honorait les lettres, de tout ce qui améliorait les hommes.

» Appelé à représenter plusieurs fois la cité dans les conseils du département ou de la ville, il apporta à ces choses son esprit lucide et pratique, et s'y fit encore admirer.

» Dans ces derniers temps, se sentant mortellement frappé par une affection ancienne qui se ravivait, il se sépara de sa clientèle, comme malgré lui, et se retira dans le sanctuaire de la famille et de l'intimité, ne voulant mettre entre sa vie si bien remplie et l'éternité qui allait s'ouvrir pour lui que Dieu et ses plus douces affections.

» Dr J.-B. NOULET. »

Nous empruntons au même journal les lignes qui suivent :

« Les obsèques de M. le docteur Viguerie ont eu lieu aujourd'hui, à dix heures, sur la paroisse St-Etienne.

» Le deuil était conduit par M. Charles-Etienne Viguerie, fils du défunt, et par M. le docteur Charles-Guillaume Viguerie, son neveu.

» Une foule immense suivait le cercueil du défunt, témoignage de regrets rendu au savant médecin et à l'homme bienfaisant qui fut, à Toulouse, le plus populaire dans la noble acception du mot.

» On remarquait au convoi M. le premier président, M. le général Reveu, M. le préfet, les professeurs de l'École de médecine, en robe, et un grand nombre de personnes appartenant à la magistrature, à l'administration, à l'armée, au commerce, aux sciences à l'industrie, etc

» Le cortége était accompagné par un détachement des troupes de la garnison, qui a rendu au défunt les honneurs auxquels le titre d'officier de la Légion d'Honneur lui donnait droit. »

COURRIER.

SOUSCRIPTION OUVERTE EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

3me LISTE.

MM. Jobert de Lamballe, à Paris, 15 fr. ; Josat, id., 10 fr. ; Passement, à Behobie, 20 fr. ; Blatin, à Paris, 10 fr. ; Lucien Boyer, id., 5 fr. ; Mialhe, id., 10 fr. ; Lemesle à Bourgueil, 10 fr. ; J. Colson, à Gournay, en Braye, 10 fr. ; Willemin, à Paris, 5 fr. ; Bauche, id., 5 fr. ; anonyme, à Nice, 20 fr. ; un médecin des hôpitaux de Paris, 10 fr. ; Perdrix, à Paris, 5 fr. ; Collomb, id., 5 fr. ; Lerma, id., 5 fr. ; Bouyer, à Fursac, 5 fr. ; anonyme, à Paris, 5 fr. ; Hervez de Chégoin, id., 20 fr. ; Valleix, id., 20 fr.

Total de la 3me liste. . .	195 fr.
Listes précédentes . . .	881 fr.
Total général.	1,076 fr.

— M. le docteur Deval continue ses consultations gratuites et ses conférences cliniques, *sur les maladies des yeux*, à son dispensaire, rue des Marais-Saint-Germain, 18, les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 7. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 18 Janvier 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 JANVIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Comme Antée, M. Velpeau acquiert des forces nouvelles en touchant la terre, c'est-à-dire en touchant la tribune. La seconde partie de son discours est le digne couronnement de l'œuvre prodigieuse qu'il a accomplie dans cette discussion, qui lui devra la plus grande part de son éclat. Malheur aux opinions et aux doctrines qui rencontrent M. Velpeau pour adversaire! Hier, il a porté les derniers coups, des coups terribles, aux prétentions des micrographes. Tout ce que la discussion de faits a de plus péremptoire, tout ce que la critique a de plus pénétrant, tout ce que la logique a de plus inexorable, tout ce que la raillerie a de plus fin et l'ironie de plus mordant, tout ce que la philosophie médicale a de plus élevé, tout ce que lui permettait l'autorité de son âge et de sa position, M. Velpeau a tout employé et avec un bonheur inouï de forme et de langage, qui, pendant près de deux heures, a tenu l'assistance attentive et charmée.

Dans ce discours admirable tout est si bien à sa place, les faits et le raisonnement, la doctrine et la critique, les propositions et les preuves, l'énoncé et la démonstration, que nous éprouvons un embarras extrême à en signaler seulement quelques parties; car il n'en est aucune qui ne mérite une égale attention.

Nous avons le bonheur de pouvoir reproduire cette longue, savante et spirituelle improvisation avec la même fidélité que pour les précédens discours de M. Velpeau, et à laquelle il a bien voulu rendre hommage lui-même. Notre honoré collaborateur M. le docteur Axenfeld, qui rédige nos comptes-rendus de l'Académie de médecine, s'est efforcé de rendre avec exactitude cette belle oraison qui, vraisemblablement, servira de clôture à cette grande discussion. Nous essaierons de la résumer dans un prochain article pour lequel l'espace nous manque aujourd'hui, et que nos lecteurs trouveront mieux employé par le discours même de M. Velpeau.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

ESSAI COMPARATIF SUR LES DIVERSES MÉTHODES EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA VAGINITE;

Par MM. les docteurs A. BECQUEREL et RODIER.

Lu à la Société médicale des hôpitaux.

Ce mémoire, ainsi que son titre l'indique, est l'exposé des résultats que nous avons obtenus dans quelques essais tentés à l'hôpital de Lourcine, non pas dans l'intention de découvrir quelques méthodes nouvelles, mais uniquement dans le but d'essayer comparativement quelques-unes de celles que l'on préconise actuellement contre la vaginite aiguë et chronique.

Nous avouons toutefois que ce n'est pas sans quelque hésitation que nous avons pris la plume pour faire connaître ces résultats. Depuis quelque temps, en effet, on a prétendu exercer une espèce de monopole scientifique sur l'iode d'une part, et de l'autre sur l'emploi des caustiques dans la blennorrhagie de la femme, et il en est résulté que, toutes les fois que l'on veut faire connaître quelques travaux relatifs à l'emploi de ces agens thérapeutiques, il semble que l'on touche à une arche sainte et qu'on attente à une propriété scientifique.

Avant, donc, de faire connaître le résultat de nos observations, nous voulons rassurer ces Messieurs et leur déclarer que nous n'avons fait qu'employer des médications qui sont dans le domaine public et à la découverte desquelles nous n'avons absolument aucune prétention.

Voici les agens que nous avons successivement employés dans la vaginite aiguë et dans la vaginite chronique.

1° La solution concentrée de nitrate d'argent, 100 grammes de nitrate pour 100 grammes d'eau distillée.

2° Une solution plus étendue, 16 grammes de nitrate d'argent, pour 120 grammes d'eau distillée.

3° Le crayon de nitrate d'argent solide.

4° La teinture d'iode au 12me.

5° Une pommade composée d'axonge et d'alun pulvérisé, appliquée dans le vagin à l'aide de mèches épaisses de charpie longue.

6° Une solution concentrée de tannin. 100 grammes de tannin pour 100 grammes d'eau.

7° La benzine Collas à l'intérieur et en application.

Nous examinerons successivement ces sept modes d'application et nous apprécierons les conséquences auxquelles ils nous ont conduits sur des résultats statistiques recueillis sur 102 malades.

1° SOLUTION CONCENTRÉE DE NITRATE D'ARGENT.

Nitrate d'argent....... 100 grammes.
Eau distillée......... 100 grammes.

Ce mode d'application de la solution caustique est fort douloureux; il arrive souvent que des femmes, chez lesquelles on l'a tenté une fois ou deux, ne consentent pas en laisser continuer l'usage.

L'application en est faite à l'aide d'un petit spéculum en porcelaine introduit très doucement, et d'un pinceau de charpie imbibée de la solution, et qu'on promène successivement sur tous les points du vagin enflammé.

Nous signalerons les inconvéniens suivans comme étant la conséquence de cette méthode.

D'abord, elle est souvent fort douloureuse, ainsi que nous l'avons dit; ensuite, elle amène constamment une exagération momentanée de la maladie, qu'il faut presque toujours combattre par des bains, le repos et des injections d'eau froide.

De plus, cette exagération momentanée exige quelquefois un intervalle assez long entre chaque application.

Enfin il arrive quelquefois qu'après plusieurs applications, alors qu'on vient à cesser l'emploi de la solution caustique et à attendre quelques jours pour constater l'état de la membrane muqueuse du vagin, la blennorrhagie n'est en aucune manière guérie.

Voici, du reste, des résultats statistiques devant lesquels tous les raisonnemens sont superflus :

13 femmes ont été traitées par la solution de nitrate d'argent concentrée.

Toutes ces femmes étaient atteintes d'une vaginite aiguë ou sub-aiguë, qualifiée d'*intense*, sauf une qui était chronique, et au dire de la malade paraissait remonter à une époque assez éloignée.

Sur ces 13 femmes, le traitement a exigé de 6 jours de durée à 3 mois, et il a fallu de 3 à 15 applications; c'est-à-dire en moyenne 48 jours de traitement et 9 applications. Nous attachons, du reste, peu d'importance à ces moyennes, nous constatons seulement les extrêmes.

Sur ces 13 malades, *six* ont été guéries, et le traitement a exigé les durées suivantes :

6 jours, — 10 jours, — 31 jours, — 45 jours, — 60 jours.

Il a fallu 3, 4, 5, 8, 10, 11 applications de la solution.

Voici maintenant ce qui est arrivé aux 7 non guéries : le traitement a duré chez elles de 22 jours à 90 jours.

Une a été traitée sans succès pendant 3 mois par la solution. On l'a laissée un certain temps sans rien faire, puis elle a été guérie par 6 applications de teinture d'iode, faites en 11 jours.

Deux ont été traitées pendant 16 jours et 26 jours par la solution. Elles ont supplié qu'on changeât le traitement. Après un repos de plusieurs jours, elles ont été guéries par des applications de nitrate d'argent solide faites, l'*une*, 2 fois en 6 jours, et l'autre, 5 fois en 18 jours.

Quant aux dernières, elles n'ont pu ou bien elles ont refusé de rester à l'hôpital, préférant garder une aussi fâcheuse affection, que d'endurer les souffrances attachées à ce mode de traitement.

Nous conclurons de ces résultats, que si la solution concentrée de nitrate d'argent solide appliquée sur la muqueuse vaginale enflammée peut la guérir, il n'en est pas toujours ainsi, et que les inconvéniens signalés, c'est-à-dire la douleur, l'exagération momentanée de l'inflammation, le temps qu'il faut mettre dans les applications, la longueur du traitement dans quelques cas, son insuccès à peu près complet dans d'autres, doivent y faire renoncer.

Ces résultats sont probablement la conséquence de la cautérisation trop énergique que détermine la solution concentrée, avec quelque légèreté du reste qu'elle soit pratiquée.

Voilà des chiffres incontestables relevés par l'un de nous (M. Rodier) sur des observations recueillies jour par jour; il nous importe donc peu qu'on cherche à les atténuer.

2° EMPLOI DE LA SOLUTION ÉTENDUE DE NITRATE D'ARGENT.

Nitrate d'argent....... 16 grammes.
Eau distillée........ 120 grammes.

Deux enfans âgées l'une de 8, l'autre de 11 ans, y ont été seules soumises, et toutes deux ont guéri.

Chez l'*une*, il a fallu 9 cautérisations en 45 jours; chez l'*autre*, 11 cautérisation en 52 jours.

Une femme atteinte d'une vaginite intense a été traitée par cette solution, absolument sans aucun succès pendant 37 jours. On l'a soumise à une autre médication.

3° EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT SOLIDE.

L'un de nous ayant déjà fait connaître quelques résultats obtenus par lui, et ces résultats ayant été contestés ou discutés, nous avons dû reprendre *a novo* ces expériences, et voici les résultats statistiques qu'elles nous ont donnés :

21 femmes ont été traitées par le nitrate d'argent solide, 16 sont sorties complétement guéries. Le traitement a duré en moyenne 25 à 30 jours, et comme extrêmes 4 jours dans un cas, 50 dans un autre.

On a fait une moyenne de 5 à 7 cautérisations; dans un cas (50 jours) on a été à 13.

Sur ces 16 vaginites, 10 étaient très intenses, 6 de médiocre intensité. Les 10 vaginites intenses ont duré de 10 jours à 54 jours, et il a fallu de 3 à 10 cautérisations. Les 6 moins intenses ont duré de 4 à 34 jours, et il fallu de 4 à 7 cautérisations.

Nous ferons observer que, sur ces 16 cas, *deux* étaient compliqués de catarrhe de la membrane muqueuse du col; *deux* de plaques muqueuses; *une* de végétations.

Six malades, avons-nous dit, n'ont pas été guéries. Sur ces 6 malades, 2 n'ont eu que 3 applications du caustique et ont voulu partir; *une* était sortie après 50 jours et était comprise dans les 16 précédentes. Elle est rentrée quelque temps après, avec une nouvelle vaginite qui a été de nouveau guérie après cinq cautérisations faites en 15 jours.

Deux étaient compliquées de catarrhe du col, et, après 25 à 37 jours de traitement, nous y avons renoncé pour les soumettre à une nouvelle médication.

Relativement au nitrate d'argent solide, nous dirons que les applications, tout en étant parfois bien douloureuse, le sont cependant à un moindre degré que celle de la solution concentrée.

L'exacerbation momentanée qu'elles déterminent est également moins vive; mais elle est quelquefois assez forte pour nécessiter un certain intervalle entre les cautérisations. Enfin, elles ne réussissent pas toujours.

Somme toute, cependant, c'est un bon moyen, et, sans avoir d'aussi grands avantages que l'un de nous avait cru d'abord pouvoir leur attribuer, nous pensons qu'elles ne méritent aucune défaveur et qu'elles doivent être préférées à la solution concentrée.

La préférence à lui accorder sur la solution concentrée sera surtout motivée, si on fait attention que cette solution, après avoir été introduite dans le vagin, coule sur les parties inférieures, et produit des cautérisations là où le besoin n'en existait nullement, et des désordres dont les femmes se plaignent à juste titre.

4° EMPLOI DE LA TEINTURE D'IODE.

Nous avons employé la teinture d'iode de même que la solution concentrée de nitrate d'argent, pour satisfaire aux réclamations qui assaillirent la presse lors de notre première publication, et aussi pour avoir le cœur net de ce genre de médication, appliqué depuis longtemps et avec succès dans bien des cas pathologiques.

Après avoir introduit le spéculum, la muqueuse vaginale enflammée était badigeonnée avec soin et à deux reprises avec une solution de *teinture d'iode* au *douzième*.

A part un peu de cuisson que l'on négligeait et que, dans deux cas, on combattit dans la journée par quelques injections froides, la teinture d'iode n'est pas en général un moyen douloureux. Il modifie assez rapidement les sécrétions; mais

nous ne pouvons nous empêcher de lui reconnaître un inconvénient : c'est qu'après une guérison apparente la maladie récidive facilement, et cela sans que les malades se soient exposées à un nouveau coït impur.

De plus, quand la teinture d'iode réussit, il faut un grand nombre d'applications.

Onze femmes atteintes de vaginite de médiocre intensité ont été traitées par la teinture d'iode. 6 ont guéri. Il a fallu 21, 23, 27, 32, 36 et 57 jours de traitement, et 5, 8, 9, 14, 16 et 19 applications de la teinture.

C'est-à-dire en moyenne 32 à 33 jours de traitement et 11 à 12 cautérisations.

Cinq n'ont pas guéri.

Une, traitée pendant 17 jours, a voulu sortir avant la guérison.

Une, traitée pendant 18 jours sans succès, a été soumise au crayon solide de nitrate d'argent et a guéri par quelques applications.

Une, traitée pendant 24 jours sans modification et laissée en repos pendant quelques jours, a été soumise à une autre médication (solution liquide).

Une, après un traitement de 31 jours, a été aussi abandonnée pour être soumise au traitement par le tannin.

Enfin, la dernière présentait une complication de tubercules plats, et elle était simultanément traitée par les mercuriaux. Après 37 jours de l'emploi de la teinture d'iode et un certain temps de repos, elle a guéri par trois applications de tannin en dissolution.

De ce qui précède nous conclurons que si la teinture d'iode présente quelques avantages, tels que la bénignité du traitement, la marche progressive, quoique fort lente, vers une amélioration également progressive, et si enfin elle ne produit pas les exacerbations parfois assez violentes qui suivent les applications caustiques, on ne peut s'empêcher de signaler la longueur du traitement chez quelques malades, l'insuccès absolu dans une bonne partie des cas.

Si nous ne préférons pas ce mode de traitement pour la vaginite, nous lui accordons certes la préférence pour combattre la leucorrhée vaginale simple et sans trace d'inflammation de la membrane muqueuse.

Cinq leucorrhées ainsi caractérisées ont été traitées par nous, et elles ont guéri en un temps qui a varié de 3 à 22 jours, et il a fallu de 2 à 7 applications.

Le traitement, à part la cuisson parfois assez vive que nous avons signalée, a été en général assez doux, et la guérison a été progressive et sans repasser par un état aigu bien caractérisé.

5° Solution concentrée de tannin.

Tannin.	100 grammes.
Eau distillée.	100 grammes.

Le liquide produit de cette solution est visqueux, gluant et d'un vert sale. Son application ne produit absolument aucune douleur, aucune cuisson, et on peut le répéter plus fréquemment que les solutions précédentes. Sans doute, chaque application est suivie d'une exacerbation momentanée de la maladie, mais cette exacerbation est toujours modérée et sans aucune importance.

Voici, du reste, nos chiffres :

40 femmes ont été traitées par la solution de tannin, appliquée à l'aide d'un pinceau chargé de ce liquide.

Sur ces 40 femmes, 12 étaient encore en traitement quand nous avons quitté l'hôpital de Lourcine.

Les huit jours qui ont précédé notre départ nous nous étions bornés à des injections d'eau froide, afin de les laisser sans traitement à notre successeur et qu'il pût adopter celui qui lui conviendrait.

28 sont sorties guéries. Leur traitement a duré de 13 jours à 40 jours, et il a fallu de 4 à 11 applications, c'est-à-dire en moyenne 26 à 27 jours et à 7 à 8 applications.

Sur ces 28, 22 n'avaient subi antérieurement aucun traitement; 6 au contraire sont consignées dans les relevés précédens, et elles avaient été traitées sans succès.

On avait eu le soin, ainsi que nous l'avons déjà répété plusieurs fois, de les laisser un certain temps sans médication, afin de constater que la médication antérieure ne les avait certainement pas améliorées.

Toutes ces vaginites étaient très aiguës, et sur les 28 qui ont guéri, 5 étaient compliquées de tubercules plats.

En présence de ces résultats, nous avouons que nous ne saurions nous empêcher d'admettre que ce mode de traitement est le plus bénin, le plus inoffensif et qu'il guérit parfaitement la blennorrhagie dans un espace de temps et avec un nombre d'applications tout au plus égales au traitement considéré par nous comme le meilleur, c'est-à-dire le nitrate d'argent solide. Si maintenant nous le préférons à ce dernier, c'est qu'il est moins pénible, moins douloureux pour les femmes, et qu'il ne s'accompagne pas de ces exacerbations aiguës qui, parfois, viennent momentanément entraver le traitement à l'aide du nitrate d'argent solide ou de la solution. Enfin, et ce qui est peut-être plus important que tout le reste, il n'y a eu aucun insuccès. Il est bien évident que nous ne pouvons considérer comme tels les 12 cas que nous avons laissés non guéris à Lourcine, après une moyenne de traitement de 16 jours.

Emploi d'une pommade composée.

Axonge.	100 gram.
Alun pulvérisé et cristallisé . .	50 gram.

Lorsque M. Becquerel arriva à Lourcine, M. Noël Guéneau de Mussy lui avait parlé de succès qu'il avait obtenus dans un certain nombre de cas de vaginite, à l'aide de mèches enduites d'une pommade analogue à celle que nous venons de mentionner et placées à demeure dans le vagin tous les trois jours. Peut-être n'avons-nous pas bien saisi les indications qui nous ont été fournies par notre ami, M. Guéneau; peut-être avons-nous procédé d'une autre manière que lui; ce qui est positif, c'est que nous avons été loin d'obtenir les mêmes résultats.

8 femmes ont été soumises à l'emploi de ces mèches, et voici quel a été le résultat :

Aucune n'a guéri, et, dans un espace de temps qui a varié de 7 à 17 jours, nous avons dû y renoncer pour toutes. Voici, en effet, ce qui arriva :

D'abord on avait beaucoup de peine à décider les malades à les conserver; il fallait les laisser au lit vingt-quatre heures, pour que la mèche séjournât au moins ce temps dans le vagin.

Ce séjour était fatigant, pénible, douloureux; puis, si on voulait examiner le lendemain le vagin, on le trouvait rétréci et les petits spéculums y entraient avec beaucoup de peine. Enfin, cet examen démontrait que toute la muqueuse vaginale était tapissée d'une fausse membrane blanchâtre, caséeuse, très analogue, pour les caractères physiques, aux fausses membranes de la diphtérite. Toute autre sécrétion était supprimée. La muqueuse vaginale était rouge et sèche, et, pendant quarante-huit heures environ après qu'on avait enlevé les mèches, elle produisait des pseudo-membranes de moins en moins épaisses, de moins en moins abondantes, et enfin, au bout de ce temps, elle cessait d'en produire, mais la muqueuse avait repris son aspect habituel, et la même sécrétion qui existait avant reparaissait. Nous avons dû renoncer rapidement à ce moyen.

Benzine.

Nous avons fait usage chez 4 femmes de la benzine. Elle était appliquée tous les matins avec le spéculum et le pinceau de charpie imbibé de ce liquide.

Chez ces 4 femmes, l'application continuée un espace de temps, variant de 8 à 11 jours, fut absolument sans aucune efficacité; elle n'eut d'autre effet que de déterminer une vive cuisson pendant vingt minutes environ.

Conclusions générales.

Nous allons reproduire ici brièvement les conclusions particulières que nous avons mises à la fin de chaque section. Elles expriment bien le résultat d'expériences faites consciencieusement, non pas dans le but de découvrir les moyens nouveaux, mais d'apporter des matériaux et des documens qui pourront être de quelque utilité pour le traitement de la vaginite.

L'emploi d'une solution concentrée de nitrate d'argent (100 grammes nitrate d'argent pour 100 grammes eau distillée) est une méthode douloureuse qui détermine une exacerbation parfois très vive de la maladie, et qui, par l'intervalle qu'elle nécessite entre chaque application, exige un temps assez long pour amener une guérison parfaite.

Sur 13 malades, 6 guéries après un traitement moyen de 48 jours et un nombre moyen de cautérisations montant à 9; 4 sorties, non guéries, après un temps très long; 3 insuccès complets.

Le traitement par l'application du nitrate d'argent solide sur la muqueuse vaginale enflammée est de beaucoup préférable au précédent. Mais il a des inconvéniens et des avantages.

Il est douloureux, détermine une exacerbation parfois assez vive, exige un temps quelquefois assez long entre les applications; mais tout cela à un degré beaucoup moins élevé qu'avec la méthode précédente.

Sur 21 malades, 16 guéries, et avec un nombre moyen d'applications de 6 à 7. 5 insuccès.

La teinture d'iode est peu avantageuse pour combattre la vaginite; si son application est peu douloureuse; si elle peut être répétée à des intervalles peu éloignés; si enfin elle ne détermine que de légères exacerbations momentanées et sans importance, il faut reconnaître aussi que son efficacité est souvent très faible.

Sur 11 malades, 6 guérisons obtenues en 32 ou 33 jours en moyenne, avec un nombre moyen d'applications de 11 à 12. Cinq insuccès complets.

La teinture d'iode est un excellent moyen à employer pour combattre et faire disparaître avec certitude et en un temps assez court les leucorrhées vaginales anciennes et nouvelles non accompagnées d'un état inflammatoire de la muqueuse vaginale.

Sur 5 malades, 5 guérisons obtenues en moyenne en 12 ou 13 jours et avec 4 ou 5 applications.

La plupart de ces malades observées dans la pratique civile, et revues quelque temps après.

L'emploi d'une solution concentrée de tannin,

Tannin.	100 grammes,
Eau distillée.	100 grammes,

appliqué directement sur la membrane muqueuse vaginale enflammée est le moyen le meilleur, et que nous n'hésitons pas à préférer aux précédens pour les raisons que nous avons mentionnées plus haut.

Sur 28 malades, 28 guérisons obtenues après une moyenne de traitement de 26 à 27 jours, et un nombre moyen de 7 à 8 applications faites sans douleur et sans exacerbations notables de la vaginite.

La pommade alunisée et la benzine Collas ne nous ont pas donné de résultat avantageux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

Académie impériale de médecine.

Séance du 16 Janvier 1855. — Présidence de M. Jobert de Lamballe.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Mellez, médecin à Raon-l'Étape, sur la fièvre typhoïde observée l'an dernier dans les communes de Celles et d'Alarmont. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport du docteur Boussaky, médecin à Athènes, sur le choléra observé au Pirée. (Commission du choléra de 1854.)

3° Une série de rapports rédigés par les médecins et élèves envoyés en mission dans le département de la Haute-Saône pendant le choléra de 1854. (Même commission.)

4° Un travail de M. le docteur Ourgaud, contenant de nouvelles observations sur l'efficacité du valérianate de zinc contre le choléra. (Même commission.)

5° La recette d'une *pommade végétale contre les maux d'yeux*, par le sieur Cartier. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

6° La recette d'un remède contre les blessures de toute nature et les fortes contusions, par le sieur Pietro Bossi, artiste à Trieste. (Même commission.)

La correspondance non officielle comprend :

Une série de brochures contenant les *comptes-rendus* de la Maternité d'Erlangen, etc., destinés à la bibliotheque de l'Académie, et d'un mémoire manuscrit sur le mouvement du choléra en Bavière en 1854, par le docteur Heyfelder.

(Ce dernier travail est renvoyé à la commission du choléra de 1854.)

— Un mémoire de M. Barruel, chimiste, sur les savons de zinc, et leur substitution à ceux de plomb dans la composition des emplâtres. (Comm. MM. Malgaigne, Bouchardat et Chevallier.)

— Une communication du docteur A.-F. Inglott, sur le choléra observé à Malte en juillet, août et septembre 1854. (Comm. du choléra.)

— Un tableau des vaccinations faites dans le département de la Gironde, par le docteur Charles Dubreuilh, de Bordeaux. (Commission de vaccine.)

— Une communication de M. Dufrênoy, médecin vaccinateur à Ressons-sur-le-Mœtz, relativement à la vaccine et à la variole des communes de Beaulieu, Ecuvilly, Avricourt, Margny-aux-Cerises, et Candor. (Même commission.)

— Un travail de M. Leroy-d'Étiolles sur le cancer. L'auteur y présente la statistique de trois mille cas de cancer observés par lui. (Commission dont M. Barth est rapporteur.)

— Nouveaux renseignemens sur un remède de M. Vogel de Dandes, contre le choléra. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— Remarques sur le choléra, par M. Vacher de Lagrave, chirurgien auxiliaire de la marine. (Commission du choléra.)

— Observations du docteur Niobey, sur le choléra dans la commune d'Aubepierre (Haute-Marne). (Même commission.)

— Observations sur le choléra, par M. Bauden père, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Clermont. (Même commission.)

— M. Robert a la parole comme rapporteur de la commission qui a été nommée d'urgence dans la précédente séance de l'Académie pour examiner, par ordre de l'Empereur, la valeur de deux remèdes secrets, l'eau hémostatique du sieur Brocchieri et le remède de M. Hartogs contre les engelures et la congélation.

Relativement à l'eau de Brocchieri, la commission fait observer que ce médicament a été déjà soumis, il y a bien des années, au jugement de l'Académie, et que son inventeur ayant refusé d'en faire connaître la composition, la commission nommée à cette époque a dû ajourner indéfiniment son rapport. Des expériences furent faites sur des moutons, auxquels on avait coupé les carotides, et l'eau de Brocchieri, à l'aide de laquelle on prétendait arrêter l'hémorrhagie, se montra d'une inefficacité absolue. La commission fait remarquer en outre que cette *eau*, qui n'est que de l'eau additionnée de quelques substances résineuses, n'a aucune vertu particulière et qui la rende supérieure à la plupart des liquides hémostatiques connus en matière médicale et destinés à arrêter l'écoulement du sang qui prend sa source dans des vaisseaux capillaires ou d'un petit calibre; que, dans les hémorrhagies dues à la lésion d'un vaisseau important, il est indispensable de recourir aux moyens chirurgicaux et de ne pas fonder un espoir chimérique sur un remède dont l'emploi, sans efficacité en lui-même, ferait de plus perdre un temps précieux et mettre dans les opérations réclamées en pareil cas un retard souvent funeste; qu'enfin la proposition faite par M. Brocchieri semble n'avoir d'autre but que d'exalter la crédulité du public, déjà alimentée par des annonces et des prospectus sans nombre, en affichant que ce remède a acquis le patronage du gouvernement et l'approbation d'un corps savant; qu'en conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande du sieur Brocchieri.

M. Gerdy raconte qu'il y a huit à dix ans le sieur Brocchieri vint le trouver et insista longtemps auprès de lui pour lui faire expérimenter son remède. Fatigué de cette insistance, j'y consentis, ajoute M. Gerdy. Deux beaux moutons furent amenés à l'École pratique; l'envoyé de M. Brocchieri (car l'auteur de la découverte n'était pas présent), ignorant complètement la chirurgie, m'invita de mettre à nu une carotide et de la couper; je m'y refusai, sachant bien qu'il ne manquerait pas de m'imputer l'insuccès auquel je m'attendais, et qui fut complet. En effet, le représentant du sieur Brocchieri, étant arrivé avec bien de la peine à

couper la carotide, eut beau inonder la plaie de sa prétendue eau hémostatique et en vider plusieurs bouteilles, l'animal ne tarda pas à mourir d'hémorrhagie. Je lui conseillai alors d'économiser le deuxième mouton.

M. LONDE prie M. Robert de supprimer dans son rapport le nom des auteurs auxquels sont dus les liquides hémostatiques indiqués dans nos formulaires. Des personnes ignorantes ou intéressées pourraient y voir ou affecter d'y découvrir l'intention de mettre les recettes de nos confrères au-dessus de celles que produisent les inventeurs étrangers à l'Académie ou au corps médical.

M. LARREY : Plusieurs officiers de santé et pharmaciens de l'armée d'Orient, préoccupés des intérêts de nos soldats, ont eux-mêmes composé plusieurs liquides hémostatiques sans chercher à attirer l'attention du public sur leurs inventions. Peut-être serait-il bon de mentionner ce fait dans le rapport.

M. JOBERT DE LAMBALLE : Il ne doit être question dans le rapport que de l'eau de Brocchieri.

M. BÉGIN : Chaque fois que ces prétendus spécifiques ont été proposés au conseil de santé ils ont été refusés, et il est essentiel qu'ils le soient ; car si leur emploi recevait sa sanction, cela pourrait porter aux blessés le plus grave préjudice, favorisant chez les chirurgiens la paresse des uns, et, s'il faut le dire, l'ignorance des autres.

Le rapport est mis aux voix et adopté avec la modification demandée par M. Londe.

M. ROBERT, au nom de la même commission, lit un rapport sur le remède proposé par le sieur Hartogs, pharmacien, contre les engelures, remède dû, paraîtrait-il, à un pharmacien allemand, et qui guérirait aussi les membres *gelés*. M. Bussy, l'un des membres de la commission, ayant soumis ce liquide à une analyse sommaire, y a reconnu la présence de l'alcool, du camphre, de l'ammoniaque et d'une huile végétale indéterminée. Par sa composition, ce remède se rapproche donc d'une foule d'autres parfaitement connus et ne semble ni plus ni moins propre à guérir les engelures. Pour ce qui est du traitement de la congélation, ce traitement, fort complexe, offre plusieurs indications spéciales qui seraient fort mal remplies par un liquide comme celui-ci : on peut même prévoir que son emploi dans les premiers instans aurait de graves inconvéniens et serait capable de produire la mortification des tissus ; en effet, les topiques irritans ne conviennent que lorsque les parties ayant recouvré une portion de leur chaleur, la circulation y reste encore languissante. Mais, dans ce cas, beaucoup de médicamens, d'une composition parfaitement connue, remplissent le même but. La commission conclut donc qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande du sieur Hartogs.

Cette conclusion est adoptée.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

M. Velpeau a la parole.

M. VELPEAU : J'en étais resté, dans la dernière séance, à l'examen de ces faits, graves selon moi, où le microscope, n'ayant pas constaté de cellules spéciales dans une première tumeur, en a trouvé dans celles qui y ont succédé, dans les tumeurs secondaires, venues par récidive. Comme ces faits ont été contestés, j'ai tenu à les rétablir dans toute leur exactitude.

Si messieurs les micrographes n'allaient pas si vite, s'ils étaient moins pressés de trancher les questions et plus patiens pour les étudier, je leur signalerais ce point de l'histoire du cancer comme un important sujet d'étude. En se plaçant même à leur point de vue, en admettant même que la cellule soit spécifique, qu'y aurait-il de si extraordinaire à croire qu'elle n'existe pas encore dans le cancer au moment de sa formation, à sa première période ? à admettre que cette maladie présente plusieurs phases et qu'à son début elle ne possède pas tous les élémens qui la composeront plus tard ? Remarquons que l'absence des cellules prétendues caractéristiques a été souvent constatée dans le cancer des lèvres, qui, on le sait, est généralement opéré de bonne heure ; tandis que la présence de ces mêmes élémens est un fait ordinaire pour le cancer du sein et d'autres organes, que, par plusieurs raisons, on ne se décide à enlever que lorsque le mal a déjà eu le temps de se développer. Encore une fois, il y a là une question à étudier, question toute nouvelle, qui n'a pas encore été sérieusement abordée. Les faits de ce genre existent; en vain essaierait-on de leur opposer des dénégations gratuites et sans valeur. Parmi ceux que j'ai cités, il en est deux où l'attestation de M. Lebert ne laisse aucun doute sur l'absence de la cellule dans la tumeur primitive, sur sa présence dans les tumeurs secondaires.

Voici un autre côté de la même question : La tumeur primitive offre des cellules, les tumeurs secondaires n'en contiennent pas. C'est encore un sujet d'étude. J'ai cité quelques cas de cette espèce ; l'un d'eux, que j'ai rapporté dans mon livre et à cette tribune, m'a paru très remarquable, à moi, mais non à ces messieurs, qui l'ont contesté à plusieurs reprises. Vous vous rappelez, Messieurs, l'histoire de cette femme, atteinte d'une double tumeur des mamelles ; l'une d'elles, située à gauche, présentait tous les caractères du cancer; l'autre n'en offrait que quelques-uns et sa véritable nature paraissait douteuse. Or, après la mort des cellules ont été trouvées dans la tumeur du sein droit; et c'est dans celle du sein gauche qu'on n'en a pas trouvé trace ! Voilà donc, ai-je dit, deux maladies, l'une évidemment cancéreuse, et vous n'y trouvez pas l'élément du cancer ; l'autre douteuse, et vous y constatez cet élément. Ainsi, chez le même individu le cancer peut exister avec les cellules et sans elles.

Cette interprétation, que je trouvais très naturelle, très légitime, a essuyé une vive attaque de la part des micrographes dans les journaux où ils discutent ces questions, et de M. Robert, d'après leur autorité. Je m'en étonne vraiment. M. Robert trouve que la relation de ce fait n'est pas assez circonstanciée ; il me demande des éclaircissemens. Se faisant l'écho des journaux dont je viens de parler, il dit que j'ai donné de ce fait deux versions différentes dans mon livre et à l'Académie, et qu'en les comparant on demande si c'est bien de la même malade qu'il s'agit. Je prierai M. Robert de vouloir bien me signaler ces dissemblances.

M. ROBERT : J'ai dit seulement que les deux versions différaient tellement, qu'on doutait presque si c'est bien au même cas qu'elles s'appliquent. Ainsi, dans l'édition de l'Académie, il est question d'un tubercule extirpé pendant la vie et soumis à l'examen d'un micrographe ; dans le livre de M. Velpeau, cette circonstance n'est même pas mentionnée. Dans l'édition de l'Académie, la malade est morte d'un cancer du foie ; dans le livre, elle succombe à une pleurésie.

M. VELPEAU : L'Académie jugera de la valeur de cet argument. L'observation consignée dans mon livre n'a pas été rédigée par moi, mais par M. Labé, externe de mon service, et par M. Duménil, interne à l'hôpital St-Louis ; je n'en suis donc pas responsable. En outre, le fait de l'ablation pendant la vie d'une fongosité que j'ai remise à un micrographe est réel, bien que ce détail n'ait pas été noté par l'élève chargé de prendre les notes sur les accidens présentés par la malade ; et pour ce qui concerne le genre de mort, il m'importe peu de savoir si une pleurésie ou d'autres lésions ont été constatées sur le cadavre : ce que j'avais à faire ressortir, c'est la présence de tumeurs cancéreuses dans le foie, et cette circonstance se retrouve et dans mon livre et dans mon discours à l'Académie.

Je reviens donc à l'histoire de cette malade :

Elle portait au sein gauche une plaque violacée ; tout autour il y avait de l'épaississement, de l'induration, mais rien de bien caractérisé. Pendant son séjour à l'hôpital, la plaque s'agrandit, et un jour, à la visite, j'enlève une fongosité que je donne à un micrographe pour qu'il l'examine ; il n'y trouve pas de cellules. Cela ne prouve rien ; j'en demeure d'accord, parce que l'examen n'a porté que sur une minime partie de la tumeur ; aussi n'ai-je fondé mon dire que sur le résultat de l'examen complet qui a été fait après la mort. En effet, sortie de mon service, la malade s'en fut mourir à l'hôpital St-Louis, d'une pleurésie, soit. Mais l'important, c'est qu'à l'ouverture du corps, du cancer a été trouvé dans le foie. Dans ce cancer, M. Robin a trouvé des cellules ; il en a trouvé aussi dans la tumeur que je viens de vous décrire, dans cette tumeur douteuse du sein gauche. Mais dans la mamelle droite, où il s'était développé une autre tumeur, il n'en a pas vu trace. C'est là un fait étrange, car voici ce qui existait dans le sein droit : rétraction du centre de l'organe ; le mamelon et l'auréole sont déprimés, indurés ; cette induration semble se propager du centre vers la périphérie ; les tégumens, le tissu cellulaire superficiel et profond et la glande elle-même ne forment plus qu'une seule masse immobile, collée contre les parois du thorax ; la peau est sèche, d'une dureté presque ligneuse...

A cette description je dis qu'il s'agit évidemment d'un cancer, et que si vous n'en convenez pas, je ne sais comment discuter avec vous. Quoi ! une tumeur présente ces caractères-là, et vous hésiteriez à reconnaître un cancer, alors que le sein de l'autre côté en contient un qui n'est pas douteux pour vous ? De bonne foi, cela n'est pas possible.

Relativement à la tumeur du sein gauche, j'avais dit que sa nature ne m'avait pas paru bien déterminée, mais jamais je n'ai nié qu'elle fût cancéreuse, comme on me l'a fait dire.

Veuillez remarquer aussi que ce n'est pas moi qui ai donné tous ces détails ; que j'ai perdu cette femme de vue ; que l'observation et l'autopsie ont été rédigées par M. Labé à la Charité et par M. Duménil à Saint-Louis ; que le résultat de l'examen microscopique m'a été communiqué par M. Robin. Vous le voyez, ce fait est aussi authentique et aussi complet qu'on peut le désirer. Que la micrographie ne le repousse donc pas ; qu'elle s'en empare au contraire pour étudier un nouveau point de l'évolution du cancer, cela vaudra mieux.

Passons à d'autres faits. En voici un.... pardon, il vient d'Allemagne, il a été recueilli à la Clinique de Langenbeck et a été publié dans le journal la *Clinique allemande*. On enlève un *cystosarcôme* (c'est ce que nous appelons à Paris une hypertrophie mammaire) ; la malade guérit. Mais voici qu'au bout de plusieurs mois il survient une nouvelle tumeur à un doigt, puis d'autres dans une foule de points ; la malade meurt, et à l'autopsie on en trouve dans la plupart des viscères. Dans toutes ces productions secondaires on trouve *des cellules en masse !*

Je le dis encore à MM. les micrographes : étudiez tout cela ; ne le niez pas d'abord. Eh ! quel intérêt croyez-vous donc que j'aie à repousser votre cellule plutôt qu'à l'admettre ? Que m'importent à moi, clinicien, votre cellule et vos noyaux ? Je ne demande pas mieux que d'y croire ; mais quand je trouve votre science en défaut, je suis bien forcé de reconnaître que les résultats de vos recherches sont inexacts.

Une autre et très grande difficulté qui s'élève entre les micrographes et moi, c'est la question des tumeurs fibro-plastique et épithéliale. Mais déjà ces messieurs ont fait quelques pas en avant, et je ne désespère pas de les voir se rapprocher de moi de plus en plus par la suite.

Tout d'abord, ils avaient déclaré que ces tumeurs-là étaient bénignes et que leur composition, comme leurs symptômes, les séparaient nettement des vraies cancers. Aujourd'hui, je le sais, quand on leur rappelle cette opinion, ils se récrient vivement ; à les entendre, jamais ils n'auraient rien dit de semblable. Mais alors, je le demande, qu'est-ce donc qu'ils ont dit ? Qu'est-ce donc qu'ils ont prétendu distinguer, si ce n'est, d'une part, les tumeurs mauvaises, dangereuses, celles qui repullulent, qui font mourir, et, d'une autre part, les tumeurs qui ne tendent pas envahir les tissus au loin, qui ne récidivent pas, à moins qu'on ne les ait enlevées incomplètement ? C'était si bien leur doctrine qu'à chaque coup que lui portait l'expérience clinique, ils faisaient de nouvelles hypothèses. Ils auraient bien mieux fait, je pense, de reconnaître la vérité tout d'abord, et d'en convenir franchement. Ainsi, ils ont dit successivement que les tumeurs épithéliales ne récidivaient que sur place ; ils ont accordé ensuite qu'elles pouvaient récidiver ailleurs, mais sans dépasser l'atmosphère lymphatique de la région malade ; puis ils leur ont concédé la faculté de se reproduire dans les ganglions, mais non celle de se multiplier dans les organes profonds ; enfin, lorsque sont venus les faits de généralisation, ils ont élevé de grands doutes, ils ont critiqué les observations, ont demandé des éclaircissemens, des détails, et conclu qu'il n'y avait qu'un seul fait de généralisation qui semblait bien avéré, et encore !... Ils sont plusieurs fois revenus sur cet argument : M. Velpeau, qui est à la recherche de ces cas-là, en a réuni *péniblement* cinq. Mais non, Messieurs, ces faits-là existent par centaines ; seulement on ne publie pas tous ceux qu'on observe.

En nous en tenant à ceux qui me sont connus, vous en aurez déjà un nombre assez rond, en additionnant les faits du mémoire de M. Chaumet, de Bordeaux, du mémoire de M. Bignoli, de Florence, du livre de M. Forster (tumeurs épithéliales de l'œsophage et du foie), de la lettre de M. Virchow (un cas d'épithéliome de l'utérus de l'ovaire, du péritoine ! un autre cas de cancroïde du rectum se répétant dans le rein !). Vous pouvez y ajouter une observation qui m'a été adressée par M. Alquié, de Montpellier.

La même chose a lieu pour les tumeurs fibro-plastiques. Ces messieurs me demandent si je n'ai vu que des exemples de repullulation de cette variété. Non, mais c'est ceux-là surtout que je tiens à signaler. Et je ne suis pas le seul qui en ait vu. Il y a peu de temps encore on a montré à la Société anatomique un ostéosarcôme de la partie inférieure du fémur qui avait été amputé chez un jeune homme soigné par M. Cruveilhier. C'était une tumeur fibro-plastique. Eh bien, aujourd'hui des tumeurs se sont développées au crâne, au cou, de tous côtés, la cachexie cancéreuse existe et le malade va succomber.

Autre fait : Dans l'hypertrophie mammaire, le microscope ne découvre pas les cellules spéciales ; jamais cette tumeur-là n'est cancéreuse, suivant les micrographes. Eh bien, ils se trompent : quelquefois l'hypertrophie mammaire se comporte comme un cancer. Une femme porte au sein une tumeur qu'on enlève et où M. Robin ne trouve pas de cellules cancéreuses ; cela est consigné dans une note écrite de la main de ce micrographe dont l'obligeance égale la profonde instruction : tumeur hypertrophique. La tumeur récidive, on opère de nouveau ; nouvelle récidive. Actuellement la malade est sur le point d'étouffer, tant les tumeurs se sont multipliées. Je tiens ce fait de M. Bayle, bibliothécaire de l'École de médecine, qui m'a autorisé à vous le communiquer. Voilà donc l'hypertrophie mammaire, cette tumeur qui, pour les micrographes, n'est jamais maligne, et qui présente la physionomie du cancer absolument comme les épithéliomes et les fibro-plastiques.

Pour les tumeurs fibro-plastiques, on accorde aujourd'hui qu'elles récidivent et se généralisent. Ceci est un rapprochement. Mais on ne veut pas encore convenir qu'elles soient des cancers comme les autres cancers, bien qu'elles récidivent, bien qu'elles tuent les malades. Voyons, encore un léger effort, encore un pas en avant, et vous allez vous retrouver avec moi dans le giron de la clinique. Accordez-moi donc que ce sont des cancers, puisque vous leur en trouvez tous les attributs, et si cela vous oblige, je dirai cancer épithélial et cancer fibro-plastique, je vous accorderai que ce sont là des nuances.

M. Robert a repris à ce propos la question de la malignité. Il a dit : « Il y a telle tumeur hétéromorphe, un squirrhe qui, *relativement*, a moins de malignité qu'un autre, un encéphaloïde par exemple (il aurait pu ajouter que l'encéphaloïde lui-même peut être relativement benin). Bien plus, il y a telle tumeur adénoïde qui, par les hémorrhagies, la suppuration qui l'accompagnent, est plus maligne qu'un squirrhe. » Ces considérations ont été reproduites par notre collègue d'après les micrographes, qui, dans les journaux, discutent la question du cancer avec infiniment de talent et même d'esprit. Ils ont pris l'idée de malignité dans un sens général, et en ont fait le synonyme du préjudice causé à l'économie par une maladie quelconque. Ainsi, ils ont dit qu'une loupe qui s'enflamme et suppure peut entraîner la mort... Je crois à la bonne foi de ces messieurs, mais une telle argumentation a de quoi me surprendre ; car ils n'ignorent pas que la malignité du cancer consiste en cela même qu'il est cancer. Ils savent bien que cette petite tumeur qui commence à poindre, qu'on la laisse grandir et marcher, et elle tuera le malade. Du moment qu'un cancer existe, on peut prédire tous les accidens qui vont survenir. Et ce n'est pas par son extension, ce n'est pas par l'abondance de la suppuration qui l'accompagne, ce n'est pas par la lésion des organes voisins dont elle se complique, que cette tumeur est dangereuse ; c'est par elle-même. On a bien cité des cas de tumeurs érectiles et hématiques, qui ont entraîné la cachexie et la mort des malades. Mais de ces tumeurs, combien y en a-t-il qui existent pendant toute la vie, combien qui guérissent par des moyens très simples ou même qui disparaissent spontanément ! Comparez à cela les tumeurs cancéreuses ! Maintenant cette malignité inhérente au cancer n'est pas toujours également prononcée ; elle admet des nuances, des degrés. Ainsi comprise, elle existe aussi bien dans l'enchondrôme, dans l'épithéliome, que dans le cancer ordinaire. Un petit bouton se développe à la lèvre ; ce n'est presque rien en apparence ; cela a 2 millimètres d'épaisseur et ne dépasse pas la largeur d'une pièce de dix sous. Eh bien, ce bouton insignifiant s'agrandira, s'ulcérera et finira par tuer le malade si vous ne vous hâtez de combattre le mal ; et ici vous n'avez d'autre remède à employer que le fer et le feu ! De même pour la tumeur fibro-plastique. Bénigne en apparence, elle va cependant croissant sans cesse et elle entraînera la perte du malade si vous ne lui opposez pas le même remède ; hélas ! heureux encore si vous réussissez !

C'est dans cette marche en quelque sorte, dans cette tendance innée et essentielle à marcher toujours, à récidiver, à tuer, c'est là que réside la malignité du cancer.

Il est une idée qui semble liée à celle de la malignité, c'est l'idée d'hétéromorphisme. A une époque où la lumière commençait seulement à se faire sur l'histoire des productions accidentelles, Laënnec avait appelé le cancer un tissu *hétérologue*, c'est-à-dire tel qu'on n'en trouve pas dans l'organisation normale. Les micrographes de nos jours ayant constaté, dans une certaine classe de maladies, un tissu hétéromorphe, en ont conclu que c'était là le cancer ; partout où ils ne trouvaient pas ce tissu, ils niaient qu'il y eût cancer. C'est là le point de départ malheureux de leurs recherches ; malheureux, parce qu'ayant admis cela en principe, ils ont conclu tout d'abord avant d'avoir examiné suffisamment.

Cependant voici un pas que les micrographes viennent de faire pour se rapprocher de la clinique. L'un d'eux, M. Follin, en parlant de cette distinction des tissus morbides en hétéromorphes et en homœomorphes, dit que c'est là une barrière qu'il faut abattre, attendu que l'épithélium et le fibro-plastique sont également hétéromorphes. Il admet trois sortes de pseudo-plasmes, l'épithélial, le fibro-plastique, le cancéreux. A merveille ; mais puisque tout cela est hétéromorphe, que ne laissez-vous l'épithélium et le fibro-plastique dans la classe des cancers ? Ah ! tenez, renoncez à la fin à cette malheureuse cellule !

Toutes ces dissidences ont amené les micrographes à commettre une grande faute : elles les ont rendus ingrats envers la clinique. Lorsqu'ils eurent découvert la cellule, ils ont voulu réformer les classifications existantes, qui leur ont aussitôt paru antiques, usées. Quel chaos ! se sont-ils exclamés. Dans une même classe, vous faites figurer des tumeurs les

unes dures, les autres molles; celles-ci transparentes, celles-là opaques et noires; les rouges à côté des blanches, etc.

A notre tour, voyons ce que c'est que la classification micrographique; voyons jusqu'à quelle profondeur ont pénétré ces flots de lumières qui menaçaient d'embraser le monde.

Examinons d'abord la catégorie fibro-plastique.

Dans la même semaine, j'enlève une kéloïde, tumeur dure, cornée, indolente, qui ne s'ulcère jamais. On me dit : c'est du fibro-plastique, type.

Puis j'extirpe un ganglion lymphatique au cou ;

Puis un enchondrôme ramolli en partie;

Puis une grosse tumeur gélatineuse du jarret; elle contenait par endroits des masses blanchâtres qui ressemblaient aux concrétions fibrineuses qu'on trouve dans le cœur de certains cadavres, — fibro-plastique, toujours fibro-plastique.

Les fongosités d'une tumeur blanche, la base d'un chancre induré : fibro-plastique!

Or, parmi ces tumeurs. les unes sont molles, les autres dures, les unes bénignes et inoffensives, les autres mortelles, mais le tissu est toujours le même : fibro-plastique!

Nous étions dans le chaos; voilà la lumière, enfin!

Prenons maintenant l'épithélium.

S'agit-il d'un petit bouton, d'un oignon au pied, d'un condylôme syphilitique, d'un ptérygion, d'une tumeur pulpeuse de la lèvre, d'un cancer dur de la langue, d'un utérus réduit en bouillie, d'une callosité de la peau, — c'est toujours et invariablement de l'épithélium !

Franchement, si ces messieurs nous ont tirés du chaos, c'est pour nous replonger dans le gâchis... Il y a cent fois plus de différences entre les choses qu'ils confondent qu'il n'y a de similitude entre celles qu'ils nous reprochent de distinguer.

On se demande d'où vient chez les micrographes le besoin de faire une classification et de la substituer à celles qui existaient (et qui n'étaient pas merveilleuses, j'en conviens tout le premier). C'est qu'ils ont trouvé une cellule à part, et qu'avec cette cellule, nouveau levier d'Archimède, si elle avait un point d'appui, ils veulent soulever le monde. Mais cette cellule pourrait être spéciale à une seule variété de cancers, et si vous ne la trouvez pas dans les autres, cela ne les empêcherait nullement d'être des cancers!

D'ailleurs, qu'est-ce que cette cellule? Vous croyez peut-être, Messieurs, qu'il s'agit d'un objet gigantesque... On prend gros comme une tête d'épingle du tissu d'une tumeur. On met cela sous le microscope, et on y voit... une population entière : des cellules enfans qui viennent de naître; puis des cellules vierges (M. Delafond vous en a parlé); puis viennent les adultes, grosses et belles personnes; seulement quelques-unes se terminent en se bifurquant en queue de poisson (c'est le cas de dire : *desinit in piscem mulier formosa supernè*). Plus loin s'avancent les cellules-mères contenant dans leur sein un ou plusieurs petits; là vous apercevez les vieillards, les cellules fléchies, ridées; d'autres sont toutes frangées, traînant les lambeaux de leurs robes déchirées; et les noyaux, et les nucléoles, et les granules; tout cela ensemble est gros comme une tête d'épingle!

Messieurs, j'arrive à la question de philosophie médicale. Par goût, j'aime peu ces sortes de questions; nous avons déjà tant de peine à marcher terre à terre ! En nous élançant dans les nuages, ne risquons-nous pas de faire de lourdes chutes ?

Cependant on ne peut pas s'empêcher de raisonner. Ici la question est de savoir où l'on doit prendre son point de départ; si c'est dans l'anatomie pathologique ou dans la symptomatologie. M. Bouillaud, qui a développé cette question dans son discours, m'a fort embarrassé, tant à cause des éloges qu'il m'a prodigués et que je ne mérite guère, qu'à raison de la peine que j'ai à savoir s'il est avec les cliniciens ou avec les micrographes. Il a dit de moi que j'avais fait chanter des *Te Deum* dans les deux camps; je ne sais auquel il appartient. Il est des micrographes qui le comptent parmi les leurs; l'un d'eux possède même une lettre dans laquelle M. Bouillaud accepte tous leurs résultats. Quoi qu'il en soit, je me rallie à la philosophie de M. Bouillaud et j'admets avec lui l'importance qu'il y a à étudier les maladies au double point de vue des lésions et des troubles fonctionnels.

On a dit, et M. Robert s'est fait l'écho de ce reproche, on a dit que je rejetais l'importance de l'anatomie. Mais je n'ai fait que de l'anatomie toute ma vie; seulement je crois qu'on y arrive et qu'on n'en part pas.

La médecine a existé avant que l'anatomie pathologique fût découverte; on trouve dans Hippocrate la description de la fièvre typhoïde et de la plupart des maladies que nous connaissons, description incomplète sans doute, mais qui n'en est pas moins le résultat d'une observation attentive. A mesure que la science a marché, les moyens d'investigation se sont multipliés. C'est alors que l'on a commencé à ouvrir les cadavres et à examiner les organes malades pour se rendre compte de la lésion morbide, et pour établir le rapport qui existe entr'elle et ce qui avait été observé pendant la vie. C'est de la même façon qu'après que la clinique eut observé avec soin la marche du cancer, les micrographes ont commencé à emporter des fragmens de tumeurs pour les examiner. Si vous ne saviez pas quels symptômes le malade a éprouvés, pourriez-vous les deviner souvent d'après la lésion que vous constatez? Cette lésion est-elle toujours primitive? N'est-elle pas bien souvent la conséquence de la maladie, non son point de départ? N'y a-t-il pas des maladies générales où l'altération primitive vous échappe complétement, où les seules que vous trouvez sont les lésions secondaires ?

Pour en revenir à notre sujet, l'observation apprend qu'il existe un certain ordre de produits morbides qui, une fois établis, se substituent aux tissus normaux, les rongent, les détruisent; qui s'étendent, qui se multiplient, qui tuent. Ces produits, nous les appelons cancers. Et vous ne les empêcherez pas de mériter ce nom, à moins que votre découverte anatomo-pathologique ne s'oppose à ce qu'ils aient cette évolution particulière et cette funeste terminaison.

Ainsi, je vais de la clinique à l'anatomie pathologique. Cela ne veut pas dire, ce me semble, que je rejette l'importance de cette dernière. Je nie seulement qu'elle doive servir de base à la classification. A la bonne heure, si vous aviez trouvé un élément spécifique qui n'existât que dans les cancers et qui existât dans tous; si vous possédiez un signe aussi infaillible que ceux auxquels les botanistes reconnaissent les plantes. Mais cet élément, vous ne le possédez pas (puisqu'il manque dans des cancers qui sont mortels); et, d'ailleurs, est-ce que cela est possible en médecine? Est-ce que l'essence des choses vous est connue? Cette petite cellule que vous voyez au microscope vous fait-elle comprendre pourquoi la tumeur qui la renferme a plutôt la marche de l'encéphaloïde que celle du squirrhe? Non. Ce qui est vrai, ce qu'il faut reconnaître, c'est qu'il y a un groupe de maladies, une famille, comme l'a dit M. Cloquet, et que les cancers à cellules, les fibro-plastiques et les épithéliômes en font tous partie.

Pour la cellule elle-même, je crois qu'elle existe et que ses caractères sont le plus souvent assez tranchés. Je ne voudrais pas aller aussi loin que M. Delafond, pour qui elle a des analogies telles avec les autres cellules, que cela équivaudrait presque à une identité. Peut-être trouvera-t-on singulier que je défende ici les micrographes contre M. Delafond. Mais j'ai observé assez souvent pour en être sûr que, dans les cancers dont les caractères sont très tranchés, on voit des cellules toutes spéciales et qu'elles manquent dans les tumeurs fibro-plastiques et épithéliales.

Mais, encore une fois, le fibro-plastique et l'épithélium n'en sont pas moins des cancers pour moi. Pour me prouver le contraire, il faudrait d'autres preuves que l'absence même des cellules.

Les micrographes voudront bien m'accorder ensuite que tous ces élémens fibro-plastiques et épithéliaux pourraient bien être compliqués de quelque autre chose, de quelque autre élément hétéromorphe, puisque le cancer est une production essentiellement maligne, mortelle, qu'elle ne guérit jamais spontanément, qu'elle repullule très ordinairement quand on l'enlève.

Qu'il y ait des degrés dans cette malignité, soit; mais les différences ne sont pas moindres, sous ce rapport, entre les diverses variétés d'encéphaloïde ou de squirrhe comparées les unes aux autres qu'entre tel encéphaloïde et telle tumeur épithéliale. De même pour les différens épithéliômes, celui de la lèvre guérit plus souvent que celui de la langue (et remarquons en passant combien il est singulier de trouver parmi les tumeurs bénignes ce cancer dur, ligneux de la langue, un des plus redoutables parmi les plus mauvais).

Or, c'est précisément à établir ces distinctions que j'ai employé mon temps; et, pour ne parler que des tumeurs du sein, je les sépare en deux catégories bien tranchées. J'en trouve d'abord près d'un quart qui se reconnaissent à des caractères positifs et qui ont la propriété de pouvoir persister longtemps sans altérer notablement la santé, de pouvoir guérir spontanément; qui, à moins de subir des transformations, ne récidivent pas après l'opération. J'ai réuni dans mon livre 60 observations semblables, mais j'en ai recueilli plus de 150. Pour ces tumeurs, la récidive est une exception aussi rare que la non-récidive pour les cancers.

Ceux-ci forment la deuxième catégorie. Ils ont pour caractère de repulluler, d'entraîner la cachexie et la mort. Mais parmi ces cancers eux-mêmes, il y a des distinctions à faire, des degrés à établir. Il est des tumeurs qui récidivent toujours : le squirrhe ligneux, disséminé, pustuleux; le squirrhe et l'encéphaloïde lardacé; c'est dans ces cas que, dans la prévision d'une prompte récidive, je renonce à opérer. Il est d'autres cancers qui laissent quelque espoir de guérison : l'encéphaloïde ou le squirrhe bien isolés, sans racines, sans pustules, etc. Telles sont les distinctions que l'observation clinique m'a appris à établir. Si je consulte un micrographe, c'est pour apprendre quelque chose de plus sur la nature de ces tumeurs, et non pour subordonner l'idée que je m'en fais au résultat qu'il m'annoncera. Il faut que le microscope nous aide, il ne faut pas qu'il veuille nous mener.

Quel changement depuis quelques années! Autrefois, les micrographes étaient charmés de moi, ils me remerciaient avec effusion de leur fournir l'occasion d'étudier les tumeurs. Aujourd'hui, ils me disent incapables d'établir un diagnostic; ils me dénient le droit d'affirmer une guérison. Ils ont fait comme ces gens adroits, qui, une fois introduits dans la maison, vous en chassent et referment la porte!

Ceci nous conduit à un autre chapitre. Ces messieurs se plaignent de nous; ils crient : on attaque nos résultats, on tient en échec tous nos travaux, on veut briser le microscope. Cela me rappelle cet homme qui criait si fort pour détourner l'attention et pour empêcher d'entendre les gémissemens de la victime qu'il assommait de coups. Personne n'a tenu, à l'égard des micrographes, ce langage violent. Mais eux ne se sont pas fait faute de s'en servir contre nous. Ils ont dit qu'il fallait faire table rase de tous nos travaux, L'un d'eux, qui rédige dans un certain journal des articles remarquables par leur style, a même dit fort spirituellement que toute innovation rencontrait une résistance; que c'était le devoir du passé de résister et son destin de disparaître. Ils oublient que leurs recherches datent de quelques années à peine et que les nôtres nous ont pris toute la vie. Et ils se fâchent! Et ils trouvent tout simple que je renonce, moi, au résultat de trente années de travaux et de recherches! L'auteur que je viens de citer me donne même le conseil de passer par là; il m'engage à débarrasser mon navire de certains ballots, sans quoi il sombrera. Comme ces messieurs sont plus jeunes que moi, qu'ils me permettent de retourner le conseil. Je leur dirai : dans votre navire, à vous micrographes, il y a pas mal d'alliage, jetez cela par dessus le bord, ou vous allez chavirer.

Et qui donc était chargé, dans les commencemens de la micrographie, de contrôler l'exactitude de leurs recherches? N'était-ce pas la clinique? Ne venaient-ils pas me demander les nouvelles des malades, et ne trouvaient-ils pas la réponse? Mais un moment vint où cette réponse n'étant pas celle qu'ils attendaient, ils se sont révoltés et ont nié notre compétence.

J'ai commencé par obtenir d'eux des concessions, et d'assez larges même (ils ont à cœur aujourd'hui d'établir qu'ils les ont faites spontanément, de leur propre mouvement). En voyant venir la vérité et l'erreur, j'ai laissé entrer la vérité, puis j'ai dit à l'erreur : on ne passe pas.

C'est depuis ce temps que nous discutons. Ce qui entretient nos dissidences, c'est que les micrographes veulent avoir trop fait. Par exemple, dans les tumeurs bénignes, pour eux comme pour moi il n'existe pas d'élémens hétéromorphes. Savez-vous ce qu'ils ont conclu de là? C'est que je leur suis redevable, à eux, de connaître les tumeurs bénignes, et que, sans leur secours, je ne saurais pas distinguer les tumeurs adénoïdes. M. Malgaigne, à mon grand étonnement, a redit cela dans son discours. C'est une erreur : en 1835 et 1836, je diagnostiquais ces tumeurs, je les ai décrites tout au long dans mon article du *Dictionnaire* qui est de 1839. Il est vrai que, depuis cette époque, j'ai appris à mieux les connaître, que je me suis perfectionné. Mais le microscope est si peu cause de ce progrès, que *jamais* je n'ai donné une production de ce genre à un micrographe sans lui dire à l'avance : Ceci n'est pas cancéreux; que jamais un micrographe n'a eu à me dire : Vous croyiez à un cancer, c'est une tumeur adénoïde. Je ne prétends pas être le premier qui ait étudié cette maladie, mais peut-être ai-je contribué à élucider son histoire. Quant aux micrographes, ils n'y ont été pour rien. Et même, si je m'étais fié à leurs lumières, ils m'eussent trompé. Voyez vous-mêmes : ils trouvent du cancer dans une tumeur que j'avais déclarée adénoïde, et la suite de la maladie me donne raison contre eux; ils croient reconnaître une adénoïde dans une tumeur qui, pour moi, est cancéreuse, et leur prétendue adénoïde repullule!

J'ai encore une autre grosse faute à leur reprocher. En les appelant *jeune école*, je croyais leur faire un double compliment; car, au fond, ils ne sont pas une école, mais une série d'observateurs qui se servent du même instrument. Mais ils s'intitulent eux-mêmes l'école clinico-micrographique française. Il y a ici un petit grain d'ingratitude. Qui a importé en France la cellule cancéreuse? M. Lebert. C'est donc une cellule allemande. Nos micrographes s'insurgent contre leurs premiers patrons; ils les accusent de se servir de microscopes à grossissemens insuffisans; ils épiloguent sur leurs observations....

L'école clinicienne! Messieurs, je ne voudrais blesser personne, mais M. Lebert, ce micrographe si distingué, d'ailleurs, qui l'a fondée il y a dix ans, — mais M. Robin, cet homme si savant, si justement célèbre et que j'aime, — sont-ce donc des cliniciens? Et nos jeunes collègues des hôpitaux, je le dis avec toute l'estime que je dois à leur science de praticiens, ne sont-ils pas bien jeunes? (Cela se passera chez eux.)

Cependant je fais une exception pour l'un d'entre eux; il va si vite, qu'en un an il saura ce que j'ai mis trente ans à apprendre. École clinicienne, école anatomique, école française ou allemande, — je suis de l'école qui cherche la vérité et n'en connais pas d'autres!

Messieurs, au fond, je ne suis pas si en colère contre les micrographes que j'en ai l'air peut-être. S'ils veulent faire les concessions raisonnables que la clinique leur demande, nous serions bien près de la conciliation.

Ils disent : Nous accordons que les épithéliômes et les fibro-plastiques repullulent, mais ce ne sont pas des cancers. Je le veux bien. Mais qu'ils conviennent alors que c'est là une distinction purement anatomique.

Pour vous prouver, Messieurs, combien je suis loin de rejeter d'une manière absolue la valeur des travaux micrographiques, permettez-moi de vous rappeler l'opinion que j'ai émise à ce sujet dans mon *Traité des maladies du sein :*

« Ce qu'on peut accorder jusqu'ici, c'est que la présence des cellules dites cancéreuses dans une tumeur qui offre, d'ailleurs, les autres caractères du cancer, est de nature à augmenter les craintes de la récidive après l'opération, comme leur absence serait de nature à rassurer, si la tumeur enlevée se rapportait, en outre, par le reste de sa physionomie, à la classe des tumeurs bénignes. »

Je dis aussi dans la préface du même ouvrage :

« Reconnaissant qu'ils se sont trop hâtés de conclure, ils se remettront à l'œuvre sans perdre de vue les notions que le microscope leur a déjà fournies. Ils arriveront ainsi, j'en ai le ferme espoir, à quelque autre découverte, à un résultat plus décisif pour la détermination des cancers. Personne plus que moi ne le désire assurément... »

Ainsi, malgré les attaques que les micrographes ont dirigées contre nous, la clinique, qu'ils rejettent, ne les repousse pas, elle. Et en terminant ce discours, je leur adresserai volontiers, en guise d'apostrophe, les vers du poète :

Des dieux que nous servons connais la différence !
Les tiens t'ont commandé le meurtre et la vengeance!
Le mien, lorsque ton bras *voudrait m'annihiler,*
M'ordonne de te plaindre et de te pardonner.

— M. Desprès montre les pièces anatomiques provenant d'un homme sur les antécédens duquel il a été impossible de se procurer des renseignemens précis, et qui s'est présenté dans son service, à l'infirmerie de Bicêtre, avec les signes d'une stomatite intense. Cet homme mourut de syncope; et à l'autopsie on trouva une foule d'abcès dans l'épaisseur des lèvres et sous la muqueuse des fosses nasales, lésions qui semblent se rattacher à l'existence de la morve.

COURRIER.

Les journaux de la Martinique, dit le *Cosmos*, publient les détails qui suivent sur une nouvelle substance susceptible de remplacer le quinquina dans le traitement de la fièvre :

« M. le docteur Amic, médecin en chef de la colonie, informé qu'il existait à Saint-Martin un arbre dont l'écorce amère avait des vertus identiques avec le quinquina, s'est aussitôt procuré des fragmens de cet arbre, et lorsqu'il en a été détenteur, de concert avec son gendre, M. Chapuis, médecin en second de l'hôpital maritime de Saint-Pierre, il s'est livré à des expérimentations qui ont été couronnées d'un plein succès. Administrée en tisane ou en thé à ses malades, dont la fièvre était des plus tenaces et s'était montrée réfractaire à tous les médicamens, l'écorce de l'arbre fébrifuge de Saint-Martin a amené promptement la guérison. Traitée comme alcali végétal par les soins d'un des pharmaciens de l'hôpital maritime, elle a donné une substance qui avait toutes les vertus du sulfate de quinine.

» Ces faits, portés à la connaissance du gouverneur, ont appelé son attention, et il vient d'envoyer à Saint-Martin M. le docteur Chapuis et M. Girardin, pharmacien de la marine, pour étudier l'arbre si précieux qui peut créer une concurrence au quinquina.

» Nous ne pouvons rien dire de plus quant à présent, on le comprendra facilement; mais, si le fait se vérifiait, si les espérances de M. Amic n'étaient pas déjouées, l'arbre de Saint-Martin serait naturalisé, répandu dans notre colonie, en admettant qu'il n'y existe pas, et tout de suite cette colonie prendrait une importance nouvelle. Le médicament souverain et la maladie si fréquente et si terrible de nos climats seraient placés providentiellement l'un à côté de l'autre. Nous gagnerions de deux côtés à la fois : premièrement, en nous garantissant mieux et plus que jamais contre la fièvre; secondement, en rendant tributaires désormais ceux-là mêmes qui nous fournissaient le quinquina et la quinine, si souvent dénaturés, sophistiqués! »

Erratum. — Numéro du 16 janvier (clinique de M. Ricord), 2me colonne, dernier alinéa, 5me ligne, *au lieu de :* dans une maladie du reste incurable, *lisez :* dans une maladie *souvent* incurable.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 8. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 20 Janvier 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 JANVIER 1855.

LA QUESTION DU CHLOROFORME.

Une des plus anciennes Sociétés médicales de Paris, la *Société médicale d'émulation*, dont les fondateurs portent les noms des plus grandes illustrations médicales de ce siècle, vient de produire une œuvre d'une haute importance et que nous devons signaler à l'attention de nos lecteurs. Il n'est pas juste, il serait contraire au but essentiel de ce journal, de concentrer tout l'intérêt scientifique sur les travaux des Sociétés hiérarchiquement plus élevées; des compagnies plus modestement placées concourent aussi aux progrès de notre science et remplissent avec honneur et distinction le rôle qui incombe aux compagnies savantes. Nous sommes heureux d'en fournir une preuve éclatante en publiant le beau travail que nos lecteurs vont trouver dans l'UNION MÉDICALE.

C'est un rapport lu ces jours derniers à la *Société médicale d'émulation*, sur les moyens à employer contre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme, commission composée de MM. Adorne, Gillette, Am. Forget, Hillairet, Maurice Perrin et Ludger Lallemand, rapporteur.

Ce travail, un des plus considérables qui aient été produits sur ce sujet, est tout expérimental et repose sur plus de cent cinquante expériences faites sur diverses classes d'animaux vertébrés. Nous n'avons pas à faire l'analyse d'un rapport dont nous commençons aujourd'hui même la publication; mais nous considérons comme un devoir de signaler l'excellente direction de cette œuvre importante, qui a exigé de la part de la commission un zèle et un dévouement que l'on ne rencontre pas toujours à un même degré dans des compagnies savantes plus privilégiées. C'est un plaisir auquel non plus nous ne saurions résister que celui de féliciter le jeune, savant et modeste confrère qui a été l'habile interprète de la commission. Enfin, il nous semble que la publication de ce travail doit être un encouragement pour nos nombreuses Sociétés médicales, si modestes soient-elles, qui, en choisissant pour sujet de leurs recherches quelques points d'étude bien déterminés et d'un intérêt réel, peuvent prendre une part large et honorable au mouvement scientifique de l'époque.

Il importe de prévenir le lecteur que le rapport que nous publions n'a pas été encore discuté par la *Société médicale d'émulation*, et qu'il n'exprime par conséquent encore que les opinions de la commission. Amédée LATOUR.

ANESTHÉSIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOYENS A EMPLOYER CONTRE LES ACCIDENS DÉTERMINÉS PAR LES INHALATIONS DE CHLOROFORME ;

Rapport

Lu à la Société médicale d'émulation de Paris, le 13 Janvier 1855,

Par M. Ludger LALLEMAND,

Secrétaire général de la Société, médecin-major du 20[me] bataillon de chasseurs à pied,

Au nom d'une commission composée de MM. Adorne, Gillette, Amédée Forget, Hillairet, Maurice Perrin, et Ludger Lallemand, rapporteur.

Messieurs,

Une discussion sur les agens anesthésiques amena la Société médicale d'émulation de Paris à nommer, le 1er octobre 1853, une commission qui fut chargée d'établir des expériences, dans le but de rechercher les moyens de s'opposer aux accidens déterminés par les inhalations de chloroforme. L'emploi de cet agent venait alors d'être suivi, de nouveau, d'accidens mortels dont la répétition avait ému le monde médical; l'un d'eux avait été l'occasion, à la Société de chirurgie, d'une discussion qui eut un grand retentissement. Votre Société voulut, à son tour, étudier une question dont plusieurs points restaient encore douteux ou inexplorés, malgré le nombre et le mérite des travaux accumulés sur ce sujet important. Sans préjuger l'issue des recherches qui allaient être entreprises, elle espérait que ces expériences pourraient fournir au moins des données intéressantes pour la science, peut-être utiles pour la pratique, quel que fût le résultat final auquel on dût aboutir comme conclusion.

Les commissaires nommés par vous furent : MM. Adorne, Gillette, Am. Forget, Hillairet, Cherest et Lallemand. M. Maurice Perrin a remplacé notre collègue et ami Cherest, que la mort nous a prématurément enlevé.

Vos commissaires, afin de se procurer les moyens matériels nécessaires à leurs recherches, y ont associé un savant aussi modeste que distingué, connu par d'ingénieux travaux sur le chloroforme, M. Duroy, membre de la Société de pharmacie de Paris, qui, avec un empressement auquel ils sont heureux de rendre hommage, a apporté à l'œuvre commune une cordiale et habile coopération.

Le chloroforme, vous le savez, Messieurs, a été étudié cliniquement et scientifiquement par des chirurgiens distingués et par des physiologistes éminens; vos commissaires, en instituant un ensemble d'expériences coordonnées en vue du but qui leur était spécialement indiqué, n'ont pas eu la pensée de contrôler les résultats obtenus par de savans expérimentateurs; loin de là, rien ne les flattait au contraire comme l'idée de se rencontrer avec ces illustres devanciers, puisque leurs travaux acquéraient ainsi d'avance le caractère de consécration scientifique qui inspire la confiance par une concordance heureuse avec ceux d'hommes dont le nom fait dans la science une juste et précieuse autorité.

Vos commissaires ont employé quarante séances à faire plus de cent cinquante expériences sur diverses classes d'animaux vertébrés, et je viens aujourd'hui, Messieurs, au nom de la commission qui m'a fait l'honneur de me nommer son rapporteur, vous faire connaître l'ensemble de nos travaux et de nos recherches.

Je diviserai ce travail en deux parties :

La première comprendra les faits relatifs aux expériences dans lesquelles les animaux ont été soumis aux inhalations ménagées et successives de petites doses de chloroforme.

La seconde partie comprendra les expériences dans lesquelles a eu lieu l'inhalation brusque et rapide d'une dose plus considérable du même agent anesthésique.

L'observation des faits nécessitait cette division; car nous avons remarqué que les phénomènes produits dans ces deux conditions expérimentales diffèrent, sinon quant à leur nature, du moins quant à leur degré d'intensité et à leur durée.

PREMIÈRE PARTIE.

Chapitre Ier.

DES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS CHEZ LES ANIMAUX SOUMIS AUX INHALATIONS GRADUÉES DE CHLOROFORME.

Afin d'avoir une idée plus générale et plus complète de l'action des anesthésiques sur l'organisme, nous avons pris pour sujets de nos expériences des êtres appartenant à diverses classes des vertébrés, des reptiles, des oiseaux et des mammifères.

Nous n'avons négligé aucune des précautions qui pouvaient nous mettre à l'abri des accidens produits par des causes étrangères à l'action elle-même de l'agent anesthésique employé.

Ainsi, nous ne nous sommes servis que de chloroforme parfaitement pur, et nous n'avons expérimenté que sur des animaux vigoureux, bien portans et à jeun. Nous avons placé les reptiles et les oiseaux dans un vase cylindrique en verre incomplétement fermé par le haut, et d'une capacité de six à sept litres, au fond duquel nous versions le chloroforme par petites fractions successives.

Pour les chiens et pour les lapins nous avons versé le chloroforme, gramme par gramme, au fur et à mesure de l'évaporation, sur une éponge placée au fond d'un vase cylin-

---

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Le dernier discours de M. Velpeau. — Le siége de la chaire de pathologie interne. — Le siége du fauteuil de Lallemand à l'Institut. — Une anecdote. — Les places nouvelles à l'Académie de médecine. — Salut à un nouveau journal — La contagion du choléra à la *Revue de Paris*. — Un abus de la charité confraternelle.

Il faut renoncer à trouver de nouvelles formules de satisfaction pour les discours de M. Velpeau; le savant orateur les aurait bientôt usées; il semble ne monter à la tribune que pour se surpasser ; on dirait d'une gageure qu'il se serait faite à lui-même d'étonner de plus en plus son auditoire, conformément d'ailleurs aux règles de la bonne rhétorique, qui veut que l'on garde pour la fin ses meilleurs argumens et ses mouvemens les plus pathétiques. C'est un homme bien fort que M. Velpeau! d'autant plus fort, qu'il a l'air de ne pas vouloir l'être. Il monte à la tribune, se gratte un peu la tête au-dessus de l'oreille droite, passe l'indicateur deux ou trois fois sous son nez, et débute par quelques phrases qui ne font rien prévoir du tout de ce qui va suivre. Le malin! il sait bien ce qu'il fait. Pendant ce petit préambule, il classe ses idées, dispose ses argumens, dresse ses plans de bataille, et ce travail intellectuel terminé, le voilà parti. Alors, soyez tranquille, ces petites hésitations du début n'étaient qu'une feinte. Sûr de lui-même, comme nous n'avons jamais vu orateur l'être à ce point, M. Velpeau parcourt les savans méandres de son oraison, s'arrêtant où et quand il veut, marchant d'un pas égal dans ses démonstrations, plaçant ses preuves avec une habileté incomparable, démasquant ses batteries juste au moment décisif, et ne quittant son adversaire qu'après écroulement complet de son argumentation.

Et ne croyez pas que ce soit chez M. Velpeau un calcul, une étude. Non, c'est chez lui un don précieux, une faculté naturelle ; et c'est précisément ce qui donne à ses discours le piquant et le trait qui manquent à des oraisons souvent plus étudiées. J'ose assurer que M. Velpeau ne se préoccupe que de l'idée, en préparant ses discours, et qu'il abandonne la forme à la grâce de Dieu. Il a raison, Dieu le sert si bien, que l'art ne pourrait que troubler dans leur source ces pures et saines inspirations.

Plus que dans les autres discours, M. Velpeau s'est abandonné dans le dernier à un de ses penchans qui est la gaîté railleuse. Quelques délicats s'en sont offusqués. Cette susceptibilité ne me paraît pas légitime. La raillerie bien employée, avec mesure, sans méchanceté, est une arme permise, surtout quand on s'en sert à titre de représailles. D'ailleurs, ce n'a pas été là fond des discours de M. Velpeau. Quand, au milieu d'une démonstration sérieuse et savante, se présente un trait qui peut faire sourire, où est le mal de le décocher? *Ridentem dicere verum quid vetat?* a dit le grand législateur du goût. Non, certes, et après les longues et péremptoires démonstrations de M. Velpeau, après cette nombreuse exhibition de faits et de preuves, après cette solide discussion de tous les argumens produits par ses adversaires, il était bien permis au spirituel orateur de se livrer à quelques saillies, inoffensives, du reste, et qui ne font du mal qu'à ceux qui s'en irritent. M. Velpeau, d'ailleurs, par l'autorité de son âge et de sa position, peut se permettre d'employer contre ses adversaires des formes de discussion dont on ne s'est pas fait faute envers lui-même, et ceux qui ont suivi ces débats estiment que le savant professeur a fait preuve, au contraire, de tolérance, de patience, de modération et de ménagemens.

Grâce à M. Velpeau, cette longue discussion paraît close. Cela n'a pas été officiellement déclaré, mais on ne prévoit guère quelque nouvelle tentative de ranimation après la brillante oraison de mardi dernier. Aussi bien tout paraît-il avoir été dit et redit de part et d'autre. C'est à l'opinion publique de se former d'après ces éclatans débats, car, des deux côtés, la lutte a été brillante et animée. L'Académie est très heureusement placée dans cette situation qu'elle n'a pas à se prononcer ; de sorte, qu'officiellement du moins, il n'y aura ni vainqueurs ni vaincus. Le microscope peut se retirer en bon ordre, le temple de Janus est provisoirement fermé.

A la Faculté, c'est un autre siége qui se prépare, que dis-je ? qui a commencé à cette heure. La place qu'il s'agit de prendre est la chaire de pathologie interne, que la mort de M. Requin laisse vacante. Je ne vous dirai pas les mille bruits qui courent, à cet égard, sur les mille combinaisons que les faiseurs de nouvelles mettent en circulation et qui pourraient remplir de nombreuses colonnettes de ce feuilleton. Je ne crois pas que rien soit encore décidé, ou plutôt j'espère que, vu les nombreux embarras que susciteraient les mutations et permutations dont on a parlé, je ne sais sur quels indices, c'est la chaire de pathologie interne qui restera en compétition.

C'est une des plus belles chaires de la Faculté, et je fais des vœux pour que ce corps savant soit guidé, dans l'exercice de son droit de présentation, par des sentimens de justice, par le pur intérêt de l'enseignement et de la gloire de la Faculté. L'enseignement doctrinal de la médecine languit depuis plusieurs années dans notre école. Le grand âge de M. Duméril l'éloigne de la chaire. Requin était un savant et spirituel médecin, mais les élèves n'affluaient pas à ses leçons. Il faut le dire, depuis que M. Andral a abandonné cette chaire pour celle de pathologie et de thérapeutique générales, l'enseignement de la médecine proprement dite n'a été donné que d'une manière insuffisante dans la première Faculté de médecine de l'Europe. Les élèves, depuis plusieurs années, en sont réduits, sur ce point, à leurs lectures ou à des cours de l'enseignement libre. Il est temps et grand temps de rendre à cette chaire son lustre et son utilité.

Autre siége à l'Académie des sciences autour du fauteuil de M. Lallemand. Les compétiteurs sont extrêmement nombreux et les démarches très actives. A ce sujet, il court une petite anecdote qui tombe de droit dans le domaine du feuilleton. Un géomètre de l'Académie se présente un de ces jours chez un de nos éminens confrères, membre de la section de médecine et de chirurgie de l'Académie.

— Je viens, cher collègue, solliciter votre voix, lui dit-il.

— Il s'agit, sans doute, de géométrie, répond notre confrère.

— Pas du tout; il s'agit du fauteuil de M. Lallemand, et je viens vous prier de voter pour M. X...

— Comment! vous, géomètre, vous venez apprendre à moi, médecin, pour qui je dois voter dans une candidature médicale? Intervertis-

drique que nous tenions d'abord à quelque distance du museau de l'animal pour l'habituer aux premières impressions des vapeurs anesthésiques, et que nous rapprochions ensuite peu à peu, en ayant soin que la distance entre le museau et la surface de l'éponge fût toujours au moins de 2 à 3 centimètres; ainsi, il arrivait pendant toute la durée de l'expérience une quantité d'air suffisante à l'entretien de la respiration. Avec ces précautions, nous avons pu plonger les animaux dans l'éthérisme, et le pousser jusqu'à sa dernière période, en évitant les accidens qui auraient pu dépendre d'un procédé d'expérimentation défectueux.

Les inhalations anesthésiques ont une action d'une intensité et d'une rapidité variables, suivant la classe à laquelle appartiennent les animaux vertébrés. Elles doivent être longtemps prolongées chez les animaux à sang froid et chez les reptiles, qui cèdent lentement à l'influence de fortes doses de chloroforme; ainsi, il a fallu 5 à 6 grammes de cette substance et 35 à 40 minutes pour produire l'éthérisme chez des orvets et chez des lézards. De petits oiseaux tombent au contraire dans l'éthérisme le plus profond en trois ou quatre minutes, avec huit ou dix gouttes de chloroforme. Les mammifères occupent, sous ce rapport, un rang intermédiaire entre les reptiles et les oiseaux. Il existe donc une relation directe entre la faculté stupéfiante des anesthésiques sur l'organisme et la puissance des fonctions respiratoire et circulatoire, remarque déjà publiée par M. Forget (1) à la suite d'expériences faites avec M. Duroy.

La première impression des vapeurs chloroformiques sur les surfaces vivantes au contact desquelles elles arrivent, est une impression irritante qui se traduit par une excitation. Les serpens sortent de leur torpeur et se livrent à des mouvemens désordonnés pour escalader les parois du milieu qui les renferme; leur langue bifide sort de la bouche et se meut avec vivacité. Les oiseaux sont étonnés, agités, inquiets.

Les chiens présentent des particularités remarquables sous le rapport de la résistance variable que certains individus de cette espèce offrent à l'action des anesthésiques. Nous avons soumis à nos expériences un grand nombre de ces animaux, et nous avons été frappés de la différence notable qui existe dans le temps et dans la quantité de chloroforme nécessaires pour amener la dernière période de l'éthérisme, c'est-à-dire l'arrêt des mouvemens respiratoires et circulatoires. Ces différences ont oscillé entre les deux limites extrêmes de sept minutes à une heure treize minutes pour le temps, et de 3 grammes à 32 grammes pour la quantité de chloroforme employé. Elles ne paraissent pas directement liées à la force, à l'âge et à la taille de l'animal, et elles peuvent se manifester à peu de jours d'intervalle chez le même individu. Nous avons remarqué que la lenteur de l'éthérisme tient en partie à la durée de la période d'excitation et au degré de résistance que l'animal apporte à l'expérience.

La période d'excitation, peu sensible chez les lapins, est accusée chez le chien par des phénomènes saillans; à peine celui-ci a-t-il éprouvé la première impression du chloroforme, qu'il se débat violemment pour s'y soustraire en poussant des cris aigus; il laisse échapper des exonérations alvines et urinaires; les yeux sont rouges et larmoyans; les glandes salivaires irritées secrètent une salive abondante et écumeuse, rejetée par une sputation saccadée. Ces phénomènes, qui peuvent durer de une à treize minutes, s'effacent par une dégradation insensible; les cris s'apaisent; la sensibilité périphérique s'éteint, la respiration se régularise avec ampleur, et la résolution musculaire apparaît.

Les membres postérieurs et le train de derriere sont frappés d'impuissance les premiers; c'est là un phénomène constant qui se présente également chez les reptiles et chez les oiseaux; la résolution des membres antérieurs ne commence que de une à trois minutes après celle des membres postérieurs; l'impuissance s'étend successivement aux muscles du cou, des joues et des mâchoires; le relâchement des muscles droits de l'œil produit un phénomène curieux chez le lapin; le globe oculaire, souvent convulsé, devient de plus en plus saillant, au point de faire craindre son énucléation complète; les muscles orbiculaires des paupières, si bien nommés organes actifs du sommeil par M. Bouisson (1), conservent au contraire leur contractilité jusqu'à la fin.

Nous avons observé quelquefois des contractions spasmodiques qui s'emparent tantôt des membres postérieurs, tantôt des membres antérieurs, ou passent alternativement d'un train à l'autre; elles peuvent être remplacées par des contractions toniques fréquentes surtout chez les lapins, qui nous ont montré souvent une apparence d'état tétanique avec renversement de la tête et du cou. Quelques chiens présentent des mouvemens réguliers et cadencés des membres antérieurs simulant la natation et la marche, accompagnés d'aboiemens d'un timbre doux et voilé qui semblent appartenir à un rêve.

Au milieu de ces accidens de la résolution musculaire, la sensibilité est éteinte sur les surfaces de rapport et dans la profondeur des organes; mais nous avons une remarque à faire au sujet de l'anesthésie des muqueuses bucco-linguale et laryngienne. M. Bouisson (2) a établi qu'à l'instar des applications chloroformiques qui détruisent localement la sensibilité, les inhalations, avant même de produire l'insensibilité générale, stupéfient directement les extrémités nerveuses qui viennent s'épanouir sur la muqueuse bucco-trachéale. Ce fait ne nous a pas paru aussi manifeste qu'au savant professeur de Montpellier. Si, quand un chien est dans une insensibilité profonde, on presse avec le doigt ou avec l'extrémité d'une sonde la base de la langue et le pourtour de la glotte, on provoque aussitôt un effort convulsif de la poitrine et des muscles respirateurs sublimes et un brusque resserrement des mâchoires. Nous avons vu de plus les muscles de la langue et de l'isthme du gosier conserver les derniers leur faculté motrice.

Voici un autre fait sur lequel j'appelle votre attention : si l'on augmente un peu la dose de chloroforme, même quand l'animal est sur les limites de l'éthérisme organique, il se produit aussitôt un retour d'excitation. Ne pourrait-on pas voir dans ce retour d'excitation momentanée une action reflexe dont le point de départ serait la membrane muqueuse aérienne recueillant l'impression irritante de vapeurs plus condensées, et transmettant celle-ci aux centres nerveux qui la réfléchiraient sur les organes moteurs?

Nous avons constaté au moyen de l'expérience suivante les modifications fonctionnelles que le chloroforme imprime aux centres nerveux :

Nous avons enlevé chez un chien la partie postérieure du corps des trois premières vertèbres lombaires, pour mettre à nu la moelle dans l'étendue de 4 à 5 centimètres; nous avons aussi découvert et isolé le grand nerf sciatique droit; nous constatons en touchant le nerf et la moelle avec la pointe d'un stylet que ces organes possèdent leur intégrité fonctionnelle, car l'animal pousse des cris aigus et ses membres postérieurs sont en proie à de violentes contractions.

On le soumet alors aux inhalations chloroformiques; la résolution musculaire se manifeste au bout de six minutes; à cet instant on irrite le nerf sciatique et la moelle sans provoquer le moindre cri ni le plus léger mouvement.

On touche ensuite au moyen de deux excitateurs communiquant avec les pôles de l'appareil galvano-faradique de M. Duchenne de Boulogne, le nerf sciatique isolé qu'on fait traverser par un courant d'induction de tension faible, et on détermine des contractions énergiques dans le membre inférieur correspondant. On met de même la moelle en contact avec les excitateurs et des contractions convulsives agitent également les membres postérieurs.

On suspend ensuite l'inhalation, et dix minutes après l'animal a récupéré une partie de ses mouvemens et de sa sensibilité.

L'irritation mécanique du nerf sciatique et de la moelle est sentie par l'animal qui crie et s'agite.

Les inhalations sont reprises; après dix minutes, la résolution musculaire est complète, la respiration purement abdominale est devenue très faible et très lente.

L'animal est encore une fois insensible aux irritations exercées sur le nerf et sur la moelle, tandis qu'un courant d'induction de tension moyenne passant à travers ces organes détermine comme précédemment des contractions convulsives des membres postérieurs.

La mort arrive enfin par la prolongation de l'éthérisme. Le courant électrique réveille encore pendant quelques minutes l'excitabilité nerveuse, laquelle épuise cependant plus promptement que chez les animaux qui succombent à un autre genre de mort, ainsi que l'avait déjà remarqué M. Bouisson.

L'expérience que je viens de rapporter a eu lieu en présence de M. Duchenne de Boulogne, qui avait bien voulu faire fonctionner lui-même son appareil. Elle démontre que l'action du chloroforme abolit la sensibilité et la motricité (1) des nerfs, ainsi que les propriétés excito-motrices de la moelle; mais que ces propriétés continuent de se manifester sous l'influence électrique sans paraître diminuées d'une manière sensible.

Nous avons été d'autant plus frappés de ces résultats qu'ils sont en contradiction complète avec ceux que M. Robert a obtenus dans une expérience semblable, et qu'il a annoncés à la Société de chirurgie (2).

Nous avons alors fait une seconde expérience sur un autre chien chez lequel nous avons découvert le nerf sciatique droit, et la moelle épinière dans la région dorsale. L'inhalation ayant amené la résolution des membres postérieurs, nous avons irrité le nerf sciatique sans provoquer le moindre cri ni le moindre mouvement, tandis qu'en piquant la moelle au même moment, nous avons provoqué des cris de douleur et des contractions convulsives des muscles du tronc; ce fait nous a démontré que les propriétés excito-motrices de la moelle se perdent sous l'action du chloroforme en commençant par l'extrémité inférieure (nous n'avions pas voulu pratiquer deux ouvertures au rachis, dans la crainte de trop affaiblir l'animal). La stupéfaction a gagné ensuite la portion dorsale de la moelle, et lorsque l'excitabilité de celle-ci a été éteinte aux irritations mécaniques, nous avons constaté que, comme dans l'expérience précédente, un courant électrique lui rendait toute l'énergie de sa manifestation.

M. Longet avait vu, comme nous, l'action galvanique réveiller la contractilité musculaire après l'éthérisation, et le même effet se produire quand le courant électrique passe à travers les nerfs ou à travers les faisceaux moteurs de la moelle.

Il est important d'examiner les modifications progressives subies par la respiration et par la circulation sous l'influence du chloroforme. Dès que la période d'excitation est passée, la respiration devient ample et régulière; elle augmente ensuite de fréquence; les mouvemens des côtés diminuent à mesure que l'impuissance atteint les muscles respirateurs costaux, et ils cessent après un temps variable; la respiration ne s'exécute plus alors qu'au moyen du diaphragme (3); c'est vers cette époque qu'elle atteint son maximum de fréquence; elle décroît ensuite jusqu'à sa suspension complète : les chiffres extrêmes indiquant cette fréquence ont été de 128 et de 20 chez des chiens.

Ces modifications ne présentent pas toujours une progression régulière, la série descendante étant quelquefois coupée par des retours ascensionnels. La respiration peut subir des modifications d'un autre ordre; elle devient convulsive, saccadée, stertoreuse; elle se suspend parfois, et elle semble abolie pendant quelques secondes, au bout desquelles elle reprend, présentant ainsi de curieux phénomènes de défaillance et de retour.

La circulation dont nous avons noté les caractères, chez les mammifères, par l'inspection des battemens du cœur et de l'artère crurale, nous a offert, sous le rapport de la fréquence, la même série irrégulière ascendante et descendante que la fonction respiratoire, avec les chiffres maximum et minimum chez un chien de 256 et de 40. Les contractions du cœur se suspendent parfois pendant quelques secondes; les pulsations artérielles deviennent saccadées, petites, serrées et comme tremblées; leur rhythme se pervertit; ainsi on sent quelques pulsations larges et très lentes, deux ou trois pulsations manquent, puis survient une explosion de pulsations précipitées et impossibles à compter.

Les troubles de la circulation et de la respiration ne se produisent pas simultanément.

Une fois seulement, nous avons vu chez un chien, quelques secondes après la suspension des mouvemens respiratoires, ceux du cœur s'arrêter

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1853.

(1) *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique.*

(2) *Ouvrage cité.*

(1) On appelle motricité d'un nerf la propriété de déterminer des mouvemens dans les muscles auxquels il se distribue.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1853. Résumé de la discussion sur le chloroforme.

(3) Nous n'avons vu la respiration rester costale jusqu'à la fin de l'éthérisme que chez un seul chien.

---

sons les rôles, s'il vous plaît, et moi, médecin, je dis au géomètre : Vous voterez, sous peine d'injustice, pour M. Z...

On assure que le géomètre est devenu, en effet, un des plus chauds patrons du candidat Z...

A l'Académie de médecine, la mort de M. Requin réduit à 99 le chiffre des académiciens. Il y a donc une place vacante. Mais plusieurs nominations sont encore à faire d'après l'ancien mode qui exigeait trois décès pour une nomination nouvelle. Il est probable que la première candidature sera déclarée dans la section de médecine vétérinaire.

Salut fraternel à un nouveau journal qui vient de voir le jour, l'*Ami des sciences*, rédigé avec infiniment d'esprit par M. Victor Meunier. Que le public lui soit propice !

M. L. Figuier, le charmant et spirituel auteur de l'*Exposé des découvertes scientifiques modernes*, de l'*Alchimie et des alchimistes*, rédige aussi avec un grand talent le feuilleton scientifique dans la *Revue de Paris*. Que mon savant confrère me permette de lui faire une observation. Il assure, dans son dernier article, que la propriété contagieuse du choléra n'est plus guère contestée aujourd'hui, et que la majorité des médecins accepte cette doctrine. Cette double assertion est au moins très hasardée. Quant à la majorité, je ne sais pas si les voix ont été comptées; ce que je sais, c'est que les contagionistes font grand bruit, ce qui pourrait peut-être faire croire à leur grand nombre. Mais pour ce qui est de la contestation du fait, M. L. Figuier pourra lire très prochainement dans l'UNION MÉDICALE un travail qui ne lui laissera aucun doute sur l'existence de dissidens sérieux, et qui seraient heureux de ramener à ce qu'ils croient la vérité un esprit aussi distingué que le sien.

Le danger de discuter les questions de ce genre dans les journaux de médecine n'est pas à redouter; mais en est-il de même dans des recueils exclusivement consacrés aux gens du monde? Je livre cette réflexion à notre honoré confrère dont la plume habile peut s'exercer sur tant d'autres sujets.

J'ai l'honneur de prévenir mon spirituel querelleur de la *Revue médicale* que, dans son dernier article qu'il a bien voulu me consacrer, les traits de son esprit sont si ténus, si délicats et si *aiguilles*, que ma faible vue de myope n'a pu les saisir. Je le supplie de grossir un peu ses épigrammes, lui promettant en retour de faire emplette de verres plus forts.

C'est avec empressement que nous mettons l'UNION MÉDICALE au service des infortunes confraternelles honorables et vraiment dignes de secours. Mais c'est aussi un devoir pour nous de signaler les abus qui pourraient être commis dans cette voie. Nous prévenons donc nos confrères de Paris, dont quelques-uns ont été déjà dupes et victimes, que dans ce moment un individu qui se dit indûment médecin et qui prétexte d'infortunes non réelles, s'introduit chez nos confrères pour implorer leur pitié. Cet homme n'est pas médecin et fait un mauvais usage des ressources qu'il obtient.

Amédée LATOUR.

VARIÉTÉS.

LE KOUMISS OU LIQUEUR DES KALMOUKS.

Les Kalmouks et la plupart des peuples pasteurs de l'Asie centrale tirent de leurs troupeaux deux sortes de liqueurs : la première prend le nom de koumiss, en général; il est fait avec du lait écrémé et dont on a enlevé la partie butyreuse; et l'autre est une espèce d'eau-de-vie de lait. On a souvent confondu l'un avec l'autre. Ce sont pourtant deux liqueurs tout à fait différentes, quoique préparées avec les mêmes matières. Le koumiss est du lait aigre qui a subi un certain degré de fermentation vineuse : c'est la même chose que le pinna, liqueur favorite des Lapons, faite avec le lait de renne. L'eau-de-vie de lait est un esprit ardent, assez enivrant, assez agréable au goût, et que l'on obtient du koumiss par la distillation.

Les Kalmouks se servent d'un alambic d'une simplicité extrême, ce qui prouve l'ancienneté de son invention; il est fait en terre ou en argile très grossière, teinte en jaune ou en vert, ou des deux couleurs a la fois; le bec de la retorte est fermé par un simple roseau; le récipient est couvert d'argile humide, afin que la vapeur se refroidisse plus promptement. On chauffe cet appareil avec des fanes de roseaux, quand ils en trouvent, ou des touffes d'herbes sèches, et le plus souvent avec la fiente du bétail séchée au soleil, surtout celle du dromadaire, qui est plus consistante et donne un feu plus bas, plus vif et surtout plus régulier et plus clair, comme celui de la tourbe.

Tous les laits ne sont pas également propres à donner un bon koumiss. Ceux de la vache et de la brebis en fournissent peu et d'une qualité inférieure. Le lait de jument et celui de chamelle, mais surtout le premier, en donnent trois fois autant et de plus fort. Cette boisson se fait en combinant une partie d'eau chaude avec six parties de lait également chaud. On ajoute à ce mélange, comme levain, un peu d'ancien koumiss, et l'on agite le tout jusqu'à ce que la fermentation se fasse. Il paraît qu'une chaleur artificielle et l'agitation continue sont regardées comme nécessaires pour la complète fermentation.

L'eau-de-vie que l'on tire ainsi est appelée *rack* ou *raky* par les Kalmouks. Ce nom vient, sans contredit, de celui d'*arak*, que les Indiens donnent à leurs liqueurs fermentées. Ce sont les femmes qui sont chargées du soin de fabriquer ces deux boissons.

Les populations de la côte occidentale de la mer Adriatique font aussi, depuis longues années, de l'eau-de-vie assez agréable avec le fruit de l'arbousier commun (*arbustus unedo*). Cet arbre croît et est très commun dans le Midi, en Espagne surtout, en Provence, en Italie, le long de la rivière de Gênes, dans les montagnes et les îles de la Dalmatie, dans la Tauride, en Crimée, en Syrie et jusque dans le Caucase. Ses fruits ressemblent à s'y méprendre à nos grosses fraises cultivées, et en ont la forme conique, mais ils sont doux et trois fois plus gros; ils ont un goût fade, mais contiennent très peu d'acide.

La grande quantité de ces fruits, dans la Dalmatie, restèrent longtemps abandonnés, et le sont encore en Italie, en France, en Espagne et partout où ils mûrissent, et sans aucun profit pour les propriétaires. Il y a environ trente ans, un industriel de Trieste essaya d'en tirer de l'eau-de-vie. Il établit une distillerie qui eut un plein succès. La premiere année il en tira mille barillas, et dans les deux années suivantes jusqu'à deux ou trois mille. Cette eau-de-vie a de 17 à 19 degrés, et est de bonne qualité. Les bénéfices du négociant autrichien furent énormes. Le prix de revient se montait à 30 lire (30 fr. environ) par barilla, et il les vendit 100 lire.

Il y aurait en ce moment de beaux bénéfices à réaliser en cultivant cet arbre dans nos provinces du Midi, et en recueillant les fruits qui se rencontrent en grande quantité dans les montagnes de l'Esterelle.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc.; par le docteur A.-L. NICOLAS, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc., etc. Un vol. in-8 de VIII-166. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

et devenir presque imperceptibles; ils revinrent, ainsi que la respiration, à leur rhythme normal au bout d'une minute.

La diminution des mouvemens respiratoires et circulatoires indique l'atteinte profonde portée à l'organisme par le chloroforme; c'est alors que le cloaque laisse échapper des exonérations, chez les reptiles et chez les oiseaux, par suite du relâchement des sphincters, phénomène que nous avons rarement observé à cette époque chez les mammifères. Les plumes des oiseaux se hérissent et deviennent ternes, ainsi que les écailles des reptiles qui se recroquevillent en perdant leurs couleurs brillantes; chez ces derniers, la peau forme des plis profonds autour du corps aplati, comme un ruban, et notablement diminué de volume. La pupille, largement dilatée, ne se contracte plus sous l'action de la lumière; la cornée, terne et dépolie, devient, au bout d'un jour ou deux, chez les animaux qui survivent à l'expérience, et principalement chez les chiens, le siége d'un ulcère arrondi, déterminé sans doute par l'action irritante locale des vapeurs de chloroforme.

On observe souvent chez les oiseaux et chez les mammifères au devant de la trachée, sous les mâchoires, des oscillations rapides ressemblant un peu à des déglutitions précipitées; ce phénomène était pour nous l'indice de la cessation prochaine des mouvemens respiratoires; on observe en même temps chez les mammifères des frémissemens vibratiles des paupières, de la commissure des lèvres et de la langue, ainsi que des contractions des ailes du nez qui dilatent et resserrent alternativement les narines; il existe de plus, chez les lapins, une sorte de projection rapide de la mâchoire inférieure et des lèvres qui simule un mâchonnement.

A cette époque, la température du corps est sensiblement abaissée.

Nous avons toujours vu les mouvemens respiratoires s'arrêter les premiers, avant ceux que nous venons d'indiquer et avant les battemens du cœur; ils s'arrêtent, tantôt après s'être affaiblis progressivement par une dégradation insensible, tantôt d'une manière brusque, tantôt enfin après s'être traînés dans des oscillations de défaillance et de retour, et s'être réfugiés dans les flancs de l'animal, où ils apparaissaient sous la forme de frémissemens.

Les contractions des muscles respirateurs de la face, derniers vestiges d'une fonction expirante, durent encore de quelques secondes à deux minutes, suivant les individus, et s'éteignent à leur tour; alors tous les actes apparens de la respiration sont complétement abolis; mais il n'en est pas de même de la circulation, car les battemens du cœur continuent, et les artères frémissent sous les ondées du sang qui les parcourt. Le cœur est l'*ultimum moriens*, c'est là un fait constaté dans toutes nos expériences. Quand l'inspection la plus attentive, la palpation la plus minutieuse étaient impuissantes à déceler le moindre mouvement dans la poitrine, l'abdomen et dans les flancs, ni la moindre contraction dans les muscles de la face, il suffisait de mettre le doigt sur la région du cœur ou sur l'artère crurale pour constater l'existence des mouvemens circulatoires. La persistance de ceux-ci a varié pour la durée, chez les mammifères que nous avons expérimentés, de quelques secondes à trois minutes; nous les avons même vus persister pendant quatre minutes chez un lapin, et pendant six minutes chez un chien; dans cette dernière expérience, nous avons constaté la suspension complète des mouvemens respiratoires; les contractions des ailes du nez et des paupières durèrent encore deux minutes; les battemens du cœur et les pulsations de l'artère crurale étaient très manifestes, car nous avons compté celles-ci, dont le nombre s'éleva de 50 à 60; cette fréquence continua pendant cinq minutes, au bout desquelles succédèrent aux contractions normales du cœur, des frémissemens oscillatoires qui s'éteignirent à la fin de la sixième minute. Je dois ajouter que les pulsations de l'artère crurale paraissent toujours s'arrêter un peu avant les dernières contractions du cœur.

Nous sommes heureux de nous être rencontrés avec MM. Bouisson (1) et Bickersteth (de Liverpool), qui ont vu comme nous les battemens du cœur continuer après l'abolition des mouvemens respiratoires; nous pourrions peut-être adresser quelque critique au moyen de constatation employé par ce dernier expérimentateur, qui a cru devoir ouvrir la poitrine des animaux pour décider, par l'inspection immédiate, lequel du diaphragme ou du cœur cessait le premier de se contracter (2).

Après avoir mis sous vos yeux le tableau multiple des phénomènes successifs de l'intoxication chloroformique progressive poussée jusqu'à la mort apparente, j'appellerai, Messieurs, votre attention sur un fait d'une importance capitale et d'une signification féconde en résultats pratiques.

Si l'on cesse l'action du chloroforme, abandonnant les individus à eux-mêmes, après avoir produit la suspension des mouvemens respiratoires, malgré la persistance de la circulation dans le cœur et dans les artères, les animaux meurent irrévocablement sans que le moindre phénomène vital ait pu se réveiller; les frémissemens ultimes du cœur s'arrêtent, et le silence précurseur de la mort générale envahit l'organisme.

Il est possible, au contraire, de réveiller les fonctions vitales et organiques après l'arrêt de la respiration et la suspension des contractions du cœur, par l'emploi de moyens appropriés dont nous allons discuter l'action et la portée.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APIOL (PRINCIPE IMMÉDIAT DU PERSIL), CONSIDÉRÉ COMME SUCCÉDANÉ DE LA QUININE (3);

Par MM. JORET et HOMOLLE, docteurs en médecine.

SOLUTION ALCOOLIQUE D'APIOL. — La solution alcoolique d'apiol rougit très légèrement la teinture de tournesol et le sirop de violettes. — La teinture de brôme et celle d'iode y déterminent un très léger dépôt pulvérulent brunâtre. — La solution alcoolique de tannin ne la trouble nullement; elle ne se trouble pas non plus par la solution d'iodure de potassium; elle louchit à peine par l'azotate d'argent; elle n'est modifiée en rien par le trito-chlorhydrate de fer. — La solution alcoolique d'acétate de plomb y détermine un trouble très prononcé que la chaleur dissipe et qui reparaît par le refroidissement. — Enfin, la solution de proto-nitrate de mercure y détermine un précipité pulvérulent grisâtre. — Les chlorures de calcium, de zinc, d'antimoine et le deuto-chlorure de mercure n'y produisent aucun changement. L'eau de baryte ne la trouble pas. — La solution alcoolique d'acétate de cuivre ammoniacal est troublée légèrement et en partie décolorée par l'addition de la solution alcoolique d'apiol.

L'apiol serait conséquemment un principe immédiat se rapprochant des huiles fixes. Sa densité le différencie des autres produits organiques analogues, et, à part le précipité qu'il forme avec le soluté alcoolique d'acétate neutre de plomb, la couleur rouge-foncé qu'il donne avec l'acide sulfurique et sa transformation par suite en corps résinoïde brun-noirâtre, la plupart des caractères qu'il fournit avec les divers réactifs, sont purement négatifs.

L'*huile essentielle* de persil, d'un jaune citron pâle, très fluide, d'une densité $= 0{,}87$, offre une odeur forte un peu térébinthacée rappelant tout à fait celle de la plante, une saveur chaude âcre, aromatique, non sensiblement piquante et différant complétement de celle de l'apiol. Elle s'obtient par la distillation avec l'eau.

Le *beurre de persil*, corps gras, solide, cristallisable, d'une densité de 0,95 à + 15° centigrades, est fusible à + 23°; il peut ensuite conserver sa fluidité jusqu'à 15° et même jusqu'à 12° centigrades; insoluble dans l'alcool. Il n'a pas de saveur marquée lorsque, par des lavages répétés à l'alcool, on en a séparé complétement l'apiol qui lui est uni. Nous l'avons reconnu dans ces conditions complétement dépourvu de propriétés thérapeutiques. Il s'obtient en traitant la semence par l'éther et décolorant par le charbon, lavant le produit obtenu par l'acool pour enlever l'apiol entraîné.

La *pectine*, contenue en notable proportion dans la graine de persil, joue dans l'extraction de l'apiol un rôle très important et présente l'un des principaux obstacles à son élimination; soluble à chaud dans l'alcool, elle se prend par le refroidissement en une gelée légèrement opaque. Elle a, d'ailleurs, tous les caractères assignés à ce corps.

Nous avions obtenu un produit que ses propriétés physiques, chimiques et organoleptiques nous signalaient, entre tous les autres, comme le principe actif de la graine de persil; une double tâche nous restait à remplir : étudier son action physiologique sur l'homme en santé; vérifier par l'expérimentation clinique s'il possédait bien réellement la vertu fébrifuge constatée dans les semences de l'apium petroselinum.

Nous allons exposer le résultat de nos observations à ces deux points de vue.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'APIOL. — L'apiol à la dose de 0 gr, 50 centigrammes à 1 gramme détermine une excitation cérébrale légère rappelant celle produite par le café : on éprouve un sentiment de force et de bien-être avec chaleur épigastrique passagère. Les personnes qui en ont pris à ces mêmes doses, n'ont ressenti ni soif, ni maux d'estomac, ni nausées, ni vomissemens, ni coliques, ni diarrhée. Lorsque la dose est plus élevée, de 2 à 4 grammes, on observe les phénomènes d'une véritable ivresse : bluettes, étourdissemens, titubations, vertiges et sifflemens d'oreilles, céphalalgie frontale gravative, ce sont les mêmes effets que l'on éprouve à la suite d'une forte dose de sulfate de quinine; l'ivresse apiolique est comparable à l'ivresse quinique; c'est là un point de rapprochement remarquable entre ces deux corps. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on voit survenir des borborygmes, des nausées, des coliques avec diarrée bilieuse.

Comme spécimen nous rapporterons les expériences suivantes :

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Le mercredi 18 décembre 1850, à 6 heures 40 minutes du matin, le pouls étant à 60 pulsations. Après une bonne nuit et dans un parfait état de santé, on prend dans une capsule de Lehuby 1 gramme d'apiol, et l'on boit immédiatement après un verre d'eau sucrée. Rien de particulier jusqu'à 8 heures 1/2, qu'on déjeune avec l'appétit habituel. Pendant les courses qui suivent le repas on n'éprouve aucune sensation pénible, indice d'une digestion difficile. La sécrétion urinaire semble un peu augmentée. A une heure, chaleur de la face, tension légère des globes oculaires, légère excitation intellectuelle, pas de céphalalgie, rien du côté de l'organe auditif. Le pouls n'est nullement modifié. Sentiment de force et d'alacrité. Appétit au dîner; renvois gazeux non désagréables; rien de particulier dans la soirée; sommeil agité.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Le samedi 21 décembre 1850, à 6 heures du matin, pouls à 57 pulsations; pas de céphalalgie; nul malaise; santé parfaite. On prend 2 grammes 60 d'apiol dans des capsules de Lehuby, suivis d'un verre d'eau sucrée, on n'éprouve pas d'arrière-goût. A 7 heures 1/4, éblouissemens et légers étourdissemens augmentant par le mouvement; sensation de vague comme on l'éprouve dans un commencement d'ivresse ou après une dose modérée de haschisch; bâillemens. Cet état devient assez désagréable pour faire désirer le repos. On se jette sur un lit; nul trouble appréciable des sens; sommeil de quelques minutes; au réveil, l'état de demi-ivresse est moins prononcé; il suffit de la moindre préoccupation pour le dissiper. L'appétit est moins ouvert; il n'y a pas de soif; la digestion est facile; nul symptôme nouveau; urines copieuses relativement à la quantité de boisson prise. A 2 heures, 60 pulsations; chaleur de la face; sentiment de force; excitation intellectuelle. A dîner, peu d'appétit; 58 pulsations. A 8 heures du soir, 62 pulsations; nulle disposition au sommeil. Dans la soirée, aptitude au travail. Coucher à 11 heures; nuit bonne. Réveil à 5 heures 1/2. A 6 heures, le pouls est à 56 pulsations par minute. La santé est parfaite sous tous les rapports.

On le voit, rien dans l'action physiologique de l'apiol n'est de nature à présenter des obstacles à son emploi thérapeutique. Le principe actif a tous les caractères des médicamens appartenant à la classe des toniques, c'est-à-dire portant leur action sur l'ensemble des fonctions dites organiques ou de nutrition pour en élever le diapason, et cela sans provoquer de phénomènes toxiques ou seulement fâcheux, même à d'assez fortes doses (2 gr 60 à 3 gr), pris en une seule fois, le matin à jeun.

En administrant l'apiol comme fébrifuge, nous ne tardâmes pas à lui reconnaître une action emménagogue qui le plaçait, sous ce rapport, bien au-dessus de tous les médicamens de cette classe. Soit qu'il s'agit de rappeler les périodes menstruelles manquant depuis plus ou moins longtemps, soit qu'on eût pour but de régulariser cette importante fonction dans les cas de dysménorrhée par irrégularité, insuffisance ou difficulté d'écoulement avec tranchées, douleurs abdominales et inguinales, l'apiol, à la dose minime de 20 à 30 centigrammes par jour, continué pendant la huitaine qui précède l'époque menstruelle, nous a réussi le plus ordinairement. Mais cette nouvelle application thérapeutique de l'apiol exige de plus longues études; elle sera le sujet d'un travail particulier que nous publierons plus tard; revenons à son emploi comme antipériodique.

Le traitement des fièvres intermittentes, qu'on les combatte par le sulfate de quinine ou par l'apiol, a ses règles précises dont il importe de ne jamais s'écarter. Pour compléter l'exposition de nos idées sur cette question de thérapeutique spéciale, nous devons préalablement présenter quelques considérations générales à ce sujet.

Si nous essayons de catégoriser les fièvres intermittentes en prenant pour base leur degré de ténacité, nous voyons qu'on peut les rapporter à quatre types :

PREMIER TYPE : *Fièvres intermittentes à symptômes graves avec tendance à affecter la forme pernicieuse.* Ces fièvres désolantes par leur ténacité appartiennent aux régions inter-tropicales, ou tout au moins à l'Europe méridionale. Il faut des doses élevées de quinquina ou de sels de quinine pour les couper; elles récidivent à la moindre occasion et pendant de longues années, même lorsqu'on a cessé d'habiter le pays où on les avait contractées. Ce sont les *paludéennes intenses* de M. le professeur Bouchardat. L'apiol ne parvient souvent qu'à modifier l'intensité de leurs accès.

DEUXIÈME TYPE : *Fièvres intermittentes graves de notre climat*, telles que les observait à Tours M. Bretonneau. Elles ne sont supprimées que par des doses capables de produire l'ivresse quinique ou l'ivresse apiolique, et sont susceptibles de récidiver au des jours multiples de 7, soit le 14me, le 21me ou le 28me. Mais la récidive peut être prévenue par l'emploi méthodiquement continué de l'agent fébrifuge. C'est en parlant de ces fièvres que M. Bretonneau a dit : « Les petites » doses habituent le malade à l'action du quinquina; elles nuisent au » bon résultat des doses suffisantes; elles impatientent l'appareil diges- » tif et rendent l'ivresse fébrifuge plus difficile à obtenir. »

TROISIÈME TYPE : *Fièvres paludéennes indifférentes* qui exigent l'emploi du sulfate de quinine ou de l'apiol, mais à dose insuffisante pour produire l'ivresse fébrifuge.

QUATRIÈME TYPE : *Fièvres intermittentes éphémères*, liées plutôt à des influences météorologiques qu'au miasme paludéen. Elles guérissent le plus souvent par un simple changement de lieu ou de régime. Ce sont ces fièvres que l'on voit si facilement modifiées par la salicine, le chardon béni, l'artichaut, etc., etc.

Quoi qu'il en soit, qu'on admette ou non cette classification, le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine aussi bien que par l'apiol réclame une méthode rationnelle, et nous ne saurions mieux faire que de rappeler à ce sujet les préceptes si sages formulés en propositions par M. Bretonneau :

1° Une sorte d'ivresse plus ou moins pénible produite par une seule dose convenable de sulfate de quinine, répétée au besoin deux jours de suite, supprime pour huit jours la fièvre intermittente simple.

2° Toute dose de quinquina suffisante perd de sa puissance fébrifuge en se fractionnant, exactement comme une dose de vin perdrait de sa puissance enivrante en se divisant.

3° Bien des motifs portent à croire qu'il est utile que la dose nécessaire ne soit pas dépassée.

4° Il y a nécessité de continuer les doses préservatives ou préventives en les éloignant progressivement.

5° En cas de symptômes insolites graves (pernicieux), doubler la dose.

Cette méthode rationnelle d'administrer la quinine, que nous avons reconnu être également la meilleure pour l'apiol, n'est pas tout; il peut y avoir des indications particulières à remplir préalablement. M. Bretonneau avait déduit, d'expériences comparatives faites à l'hôpital de Tours, l'*important précepte de faire vomir et de purger* dans les fièvres intermittentes automnales, à moins d'évidentes contre-indications. En faisant vomir et purgeant nos malades, dans ces mêmes conditions, nous avons remarqué que la fièvre était plus promptement et plus sûrement coupée. A plus forte raison devra-t-on le faire dans tous les cas de complication d'embarras gastrique ou gastro-intestinal.

Ces précautions prises, le type de la fièvre reconnu par la

(1) Ouvrage cité.
(2) *Archives générales de médecine*, 1er trimestre 1854.
(3) Voir les numéros des 11 et 16 Janvier.

constatation de deux ou trois accès, les conditions hygiéniques modifiées dans ce qu'elles ont de fâcheux, le moment de faire prendre l'apiol est arrivé.

Mode d'administration. — Primitivement nous administrions l'apiol dans une cuillerée d'eau ou de tisane, à la dose de 5 à 6 gouttes; mais il laissait dans l'arrière-bouche et dans l'œsophage une saveur âcre, piquante, accompagnée d'un sentiment de chaleur qui nous a fait renoncer à ce mode d'emploi. Nous l'avons donné ensuite dans des capsules en lichen de Lehuby, qui s'ouvrent et se ferment à la manière d'un étui, mais ce mode de capsulation est très défectueux : il n'est guère possible d'éviter qu'il ne se fasse un suintement entre les parois de l'étui, et les inconvéniens que nous avons signalés plus haut se reproduisant, nous avons adopté, en définitive, les capsules en gélatine généralement usitées à présent et que l'on trouve dans toutes les pharmacies. Elles sont d'un petit volume, parfaitement fermées; l'apiol s'y conserve indéfiniment, pourvu qu'on ait le soin de les tenir à l'abri de l'humidité. On les avale sans difficulté dans une cuillerée d'eau.

Chaque capsule renferme 25 centigrammes d'apiol.

Bien que l'apiol partage avec presque tous les médicamens énergiques l'inconvénient d'une saveur et d'une odeur répulsives, cette saveur et cette odeur ne sont pas tellement prononcées que nous n'ayons pu préparer un *sirop d'apiol* qui n'a aucun mauvais goût, et que les enfans prennent sans difficulté et même avec plaisir. En voici la formule :

R. Apiol. . . . . 5 gram.
Sucre blanc. . . . . 1,000 gram.

Faites un oléo-saccharum que l'on fait fondre à feu doux dans

Eau de fontaine. . . . 500 gram.

Passez et conservez pour l'usage.

(La suite à un prochain numéro.)

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles Roux.)

Seizième Leçon.

Sommaire. — Ovologie. — Tout animal vient d'un œuf; tout œuf vient d'un ovaire. — Vérification de cette double loi dans les mammifères. — Harvey. — Stenon. — Regnier de Graaf. — Baër. — Physiologie élémentaire de l'œuf de l'oiseau.

Je vous ai dit, dans une de mes dernières leçons : 1° que la formation du nouvel être est instantanée, simultanée ; 2° que la part du mâle et celle de la femelle sont égales dans cette formation.

J'ai tiré ces faits de l'observation, mais par l'intermédiaire du raisonnement. Aussi n'ont-ils pas un caractère de certitude *absolue :* mon esprit, en effet, est faillible, et chacun peut contester la justesse de mon raisonnement.

Il est deux sortes d'expériences. Les unes *montrent* le fait : telles sont celles sur la formation des os. J'obtiens, par l'action de la garance, des couches alternativement rouges et blanches : c'est l'expérience elle-même qui me fait voir la formation des os par couches superposées. Des expériences d'un autre genre ne montrent pas le fait aux yeux; elles permettent seulement de l'extraire au moyen du raisonnement. Ainsi, de mes expériences sur les métis je tire les conclusions que je viens de vous rappeler.

Passons à un autre point. Où se développe le nouvel être ? Dans l'œuf. *Omne vivum ex ovo.*

Aristote, je l'ai dit dans une autre leçon, divisait les animaux en trois classes, relativement au mode de génération. Il distinguait :

1° Les animaux *vivipares*, qui produisent un petit vivant; ce sont ceux que nous appelons aujourd'hui *mammifères*. Aristote, avec une sagacité merveilleuse, range dans cette classe les chauves-souris que l'on a considérées, jusque vers la fin du siècle dernier, comme des oiseaux, et les cétacés que Linné lui-même classait parmi les poissons;

2° Les animaux *ovipares*, qui produisent un œuf, tels que les oiseaux, les reptiles, les poissons, plusieurs insectes. Malgré les apparences, Aristote comprend, avec raison, dans les ovipares la vipère et les sélaciens;

3° Les animaux *à génération spontanée*. Nous avons vu qu'Aristote entend par là tous ceux dont il n'a pas étudié le mode effectif de génération.

Aujourd'hui ces trois modes de génération n'en font plus qu'un. Tous les animaux, sans exception, sont reconnus ovipares, avec cette seule distinction : dans les uns, ceux qu'on appelle les *ovipares proprement dits*, l'œuf sort avant le développement du fœtus; dans les autres, les *vivipares* ou *mammifères*, l'évolution de la vie fœtale a lieu dans la matrice et le petit ne sort que lorsque son développement de *fœtus* est achevé.

La loi qui préside au mécanisme de la génération des êtres est une loi unique : c'est la même pour tous. Il en est ainsi de toutes les lois de la nature. Pour en découvrir une, l'homme a souvent besoin de toute sa pénétration, de tout son discernement; il ne fait pas du premier coup cette découverte; mais dès qu'il y est arrivé, il peut être assuré que la loi (si effectivement c'en est une) est générale, est universelle, est *une*.

Ainsi, et par cela seul, *à priori*, la génération spontanée m'est suspecte. Je vois, dès à présent, le plus grand nombre des animaux, presque tous les animaux, se reproduire par un œuf. Je touche à une loi naturelle; et, si c'en est une, elle ne doit pas comporter d'exceptions.

Tous les animaux dont nous avons pu, jusqu'ici, étudier le mode de génération, sont ovipares.

A la loi d'Harvey : *Tout être vivant vient d'un œuf*, ajoutons donc celle-ci : *Tout œuf vient primitivement d'un ovaire.*

L'application de cette double loi aux mammifères a demandé une longue suite d'efforts, et de la part des physiologistes les plus éminens.

Harvey ouvre la série. Son beau livre *De generatione* date de 1651. J'ai dit qu'il n'avait vu l'œuf des vivipares que dans la matrice. En cela, sa recherche s'était arrêtée trop tôt. Mais l'existence de l'œuf dans l'organe que nous appelons aujourd'hui *ovaire* étant, du temps d'Harvey, un fait reconnu pour les ovipares, il était facile de prévoir que ce fait serait bientôt généralisé.

Pour les anciens, l'*ovaire* n'était qu'un testicule qui sécrétait une liqueur fécondante, analogue à celle du mâle. Ce fut l'opinion d'Hippocrate, de Galien, de toute l'antiquité médicale. Buffon lui-même a partagé cette erreur : il suppose dans la femelle, comme dans le mâle, des réservoirs séminaux où se rendent les *molécules organiques;* et, dans le mâle, comme dans la femelle, il appelle ces réservoirs : *testicules.*

Stenon a reconnu, le premier, dans le prétendu testicule de la femelle l'organe qui est le véritable réceptacle des œufs : l'*ovaire*. Le livre où il le démontre est intitulé : *Observationes anatomicæ ova viviparorum spectantes*, 1662 (1).

Regnier de Graaf vient ensuite. L'ovologie lui doit un grand progrès : il découvre l'œuf dans l'ovaire. Il est vrai qu'il n'a observé que la *vésicule* qui renferme l'œuf, et non pas l'œuf lui-même; il n'a pas su l'en distinguer. Cette distinction, dernier progrès de la science, appartient à notre époque.

Graaf n'en a pas moins fait faire à l'ovologie un pas immense. Pour démontrer que l'œuf vient de l'ovaire, il imagine cette belle expérience : sur une chienne fécondée, il lie une des trompes. La chienne met bas; Graaf constate que les petits viennent de la trompe qui n'a pas été liée. La ligature de l'autre trompe a interrompu la marche des œufs, de ce côté. Ces œufs se sont développés d'une manière imparfaite là où ils ont été arrêtés, c'est-à-dire dans la trompe : il y a eu ce qu'on appelle une *grossesse tubaire.*

Le livre où Graaf a consigné ses observations est intitulé : *De mulierum organis generationi inservientibus, tractatus novus demonstrans tam homines et animalia cætera omnia quæ vivipara dicuntur, haud minus quam ovipara ab ovo originem ducere*, 1672. Ce titre est un exposé sommaire de la vraie, de la nouvelle doctrine, de la doctrine actuelle touchant la génération.

Enfin, en 1827, M. de Baër distingue le premier dans l'œuf : 1° la vésicule qui le contient; 2° l'œuf proprement dit.

Maintenant que nous savons bien qu'il est le commencement de tout organisme vivant, nous allons étudier l'œuf.

Nous prendrons d'abord pour sujet de notre examen l'œuf de l'oiseau. Tout le monde le connaît; et, à cause de son grand volume, c'est le plus facile à étudier.

A nous en tenir à un premier coup d'œil, nous voyons dans l'œuf de la poule :

1° Une *coquille* calcaire, poreuse. C'est l'enveloppe générale, le corps protecteur;

2° Une pellicule qui tapisse intérieurement la coquille, pellicule appelée *membrane calcaire* ou *membrane de la coque*. Elle se compose de deux lames qui, à l'une des extrémités de l'œuf, cessent d'adhérer ensemble. L'intervalle qui s'établit entr'elles forme la *chambre à air*. C'est là que le fœtus puisera, pour sa respiration, l'air qui pénètre par les pores de la coquille. Si l'on bouche ces pores avec de l'huile, avec de la colle, etc., le petit périt par asphyxie;

3° Un produit demi-liquide, le *blanc* de l'œuf. Il sert à délayer le jaune qui est l'aliment du fœtus;

4° Les *chalazes* que, dans le langage vulgaire, on appelle si improprement le germe. Elles sont situées aux deux pôles de l'œuf: ce sont deux prolongemens de la couche interne du blanc, deux corps tordus produits par la rotation de l'œuf dans l'oviducte;

5° Le *jaune* ou *vitellus*. L'incubation ne devant introduire aucun autre aliment dans l'œuf, il faut que le fœtus tire de l'œuf même toute sa subsistance. C'est le jaune qui la lui fournira. Le jaune est contenu dans une membrane appelée *membrane vitelline*, *membrane ombilicale*, laquelle, comme vous le verrez plus tard, tient à l'intestin du fœtus;

6° Enfin, et ceci est la partie principale, la *cicatricule*, tache circulaire, lieu où, par un mécanisme à nous inconnu, s'accomplissent les grands phénomènes de la formation et du développement du nouvel être.

Telles sont, vues en gros, les différentes parties de l'œuf. Nous en ferons plus tard un examen plus intime, plus philosophique. Pour le moment, je me contente de vous dire que ces parties que nous venons de voir dans l'œuf de la poule, nous les retrouverons dans les œufs de tous les animaux. *Tout œuf, au fond, est composé de même.*

(La suite du cours prochainement.)

(1) Stenon était un homme d'un rare génie. Il découvrit le conduit excréteur des parotides ou de la salive, conduit qui porte encore son nom : le *conduit de Stenon*. Il est le premier qui ait reconnu que le cœur n'est qu'un organe de mouvement, un muscle. Avant lui, les physiologistes, attribuant au cœur le rôle du poumon, faisaient du premier l'organe de la sanguification. (Voyez mon *Histoire de la découverte de la circulation*.) C'est encore à lui que revient le mérite d'avoir découvert la vraie nature de la substance cérébrale. Il vit qu'elle se compose de fibres et non d'une simple moelle, comme on le croyait. Il indiqua la direction de quelques-unes de ces fibres. Toutes les études anatomiques qu'on a faites depuis sur le cerveau n'ont fait que développer ce point de vue de Stenon. Enfin il s'occupa de géologie. Il apporta, dans l'étude de cette science, la même supériorité d'esprit : le premier, il sut reconnaître la structure par couches, la *stratification*, de la surface du globe. Stenon est le père de la véritable géologie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 18 Décembre 1854. — Présidence de M. le docteur Dreyfus.

L'ordre du jour comprend l'élection du bureau pour l'année 1850, la nomination de deux référendaires, et la composition du comité de rédaction pour la même année.

Avant de procéder à ces diverses élections, plusieurs collègues rappellent à la Société les nombreux succès qu'un certain nombre de ses membres viennent d'obtenir dans les divers concours ouverts par l'Académie impériale de médecine, pour 1854. Ainsi, deux de ses membres correspondans, MM. Tauflieb, de Barr (Bas-Rhin), et Georges Muller, de Mulhouse (Haut-Rhin), ont obtenu, le premier, le prix de l'Académie sur la question de l'huile de foie morue considérée comme agent thérapeutique, et, le second, une mention honorable dans le même concours. Il est bon de remarquer que, sur cette question mise au concours par la Société médico-pratique elle-même, il y a deux ans, c'est également le mémoire de M. le docteur Taufflieb qui a été couronné par elle, et qu'une mention honorable a pareillement été accordée au travail de M. Georges Muller. Cette distinction répétée accordée aux deux médecins que nous venons de nommer prouve tout à la fois le mérite réel de leurs travaux et la juste appréciation qu'en a su faire autrefois la Société médico-pratique.

Deux autres honorables confrères, membres titulaires de la Société, ont encore vu leurs travaux couronnés cette même année par l'Académie. Ce sont MM. Tessereau et Michéa. M. le docteur Tessereau a, on le sait, obtenu un premier prix de 2,000 fr., dans le concours fondé par M. Nadau, sur le meilleur cours d'hygiène populaire. Quant à M. le docteur Michéa, il a partagé, avec trois autres compétiteurs, le prix de 3,000 fr., fondé par M. le docteur Lefebvre, et pour lequel la question proposée était : *De la mélancolie.*

La Société procède ensuite aux élections sus-indiquées.

Composition du bureau pour l'année 1855 :

MM. Auguste Mercier, président;
Compérat, vice-président;
Aubrun, secrétaire général;
Perrin, secrétaire annuel;
Bauche, archiviste;
Janin, trésorier;
Bonnassies, vice-trésorier.

Référendaires : MM. Labarraque et Trèves.

Comité de rédaction : MM. Auguste Mercier, président; Aubrun, secrétaire général; Trèves, Ameuille, Dreyfus, président sortant.

Le secrétaire, Dr Perrin.

PRESSE MÉDICALE.

Cristaux calciques dans les tumeurs de nature osseuse. — Le docteur C.-O. Weber, de Bonn, rapporte avoir trouvé, dans des enchondromes, des cristaux particuliers, consistant dans des corpuscules de forme rhomboïdale, qui, avec l'acide sulfurique, donnent des cristaux de sulfate calcique, sans dégagement apparent d'acide carbonique; il les tient, par conséquent, pour du phosphate de chaux. Virchow fait la remarque qu'il a également trouvé des cristaux analogues dans le voisinage de points d'ossification des cartilages inter-vertébraux, ainsi que dans un enchondrome; mais il pense qu'ils sont formés de carbonate calcique, tant à cause de leur forme cristalline propre, que parce qu'ils se dissolvent dans les acides, et que le dégagement de gaz, que l'on ne peut apprécier que par des recherches micro-chimiques, est assez difficile à constater. — (*Virchow's Archiv.*, et *Annales méd. de la Flandre occid.*; 1854.)

Diabète dans ses rapports avec les maladies cérébrales. — Il résulte d'un travail de M. Richard Goolden sur ce sujet : 1° que dans la plupart des maladies encéphaliques et nerveuses on trouve du sucre dans les urines, sans que pour cela il y ait augmentation dans la diurèse. La présence du sucre est surtout remarquable chez les enfans qui présentent des symptômes cérébraux par suite de la dentition, ainsi que dans la chorée, l'épilepsie, les névralgies de la face et du nerf sciatique, les affections paralytiques. Lorsque ces manifestations morbides cessent, le sucre cesse également de se montrer dans l'urine; 2° dans un cas de commotion cérébrale occasionnée par un coup donné sur un côté de la tête, il survint un diabète sucré très prononcé; des purgatifs et un vésicatoire sur la tête ayant fait cesser le trouble fonctionnel, le sucre disparut également de l'urine; 3° dans d'autres cas même très anciens de diabète, les évacuans, les révulsifs ont mis fin à la sécrétion saccharine, ou s'ils ne sont pas parvenus à amener la guérison, ils ont, du moins, notablement amendé la maladie.

S'appuyant sur ces faits, l'auteur se croit autorisé à conclure que le diabète prend sa source dans une altération quelconque de la matière cérébrale, primitivement dans des lésions externes, et secondairement dans des altérations organiques. Ces conclusions, on le voit, justifient de tout point la théorie pathologique de M. Claude Bernard. (*The Lancet*, et *Annales méd. de la Flandre occid.*; 1854.)

COURRIER.

M. le docteur Braconnot, qui vient de mourir, a institué la ville de Nancy sa légataire universelle, lui laissant sa fortune et sa bibliothèque, sous la seule condition d'une rente viagère de 3,000 fr. à une cousine et de 300 fr. à sa domestique.

— La Société médicale du 10me arrondissement vient de procéder au renouvellement de son bureau. Ont été nommés:

MM. Thirial, président;
Al. Moreau, vice-président;
Larrey, id.;
Durand-Fardel, secrétaire général;
Clairin, secrétaire des séances;
Blain des Corniers, id.;
Vosseur, trésorier.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 9. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 23 Janvier 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens,
1 An........... 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 JANVIER 1855.

A PROPOS DE LA DISCUSSION SUR LE CANCER.

Nous voulions présenter un résumé de la discussion sur le cancer; mais nous nous sommes demandé : A quoi bon un résumé? Si nos lecteurs ont suivi ces longs débats, les nombreux discours de MM. Robert et Velpeau les ont suffisamment renseignés, d'un côté, sur les prétentions et les affirmations du microscope; de l'autre, sur les résistances et les négations de la clinique. Nous ne pourrions que répéter ce qu'ils ont lu ou entendu. S'ils ne les ont pas suivis, nous deviendrons obscur, inintelligible peut-être pour vouloir être bref et concis. Partant, nous ne serons utile ni aux uns, ni aux autres. Il nous a semblé qu'il y avait mieux à faire qu'un stérile résumé, après lequel on semble dire au lecteur hésitant :

Devine si tu peux, ou choisis si tu l'oses.

Cette discussion a-t-elle produit un enseignement et de quelle nature est cet enseignement? Voilà, ce nous semble, un sujet de réflexions qui pourraient devenir utiles si nous savions lui donner l'intérêt et l'importance qu'il comporte. Essayons au moins de l'indiquer.

Un premier fait qui doit avoir frappé les esprits, c'est un commencement de réaction dont le signal vient d'être donné par trois professeurs de la Faculté de Paris contre les prétentions exclusives de l'anatomie pathologique. M. Malgaigne a attaqué une loi de Bichat invoquée par M. Robert, et l'a dédaigneusement qualifiée de loi d'amphithéâtre. M. Bouillaud a fait de louables efforts pour disculper l'école anatomique des reproches qui lui avaient été adressés. M. Velpeau, enfin, a jeté du haut de la tribune académique un aphorisme gros de tempêtes et d'orages et dont l'illustre professeur a certainement compris la haute portée. *La bonne médecine*, a-t-il dit, *ne part pas de l'anatomie pathologique, elle y arrive.*

Il y a toute une révolution dans ces quelques mots.

La discussion sur le cancer n'aurait produit que cette exclamation soudaine et spontanée, qu'il faudrait la considérer comme très fructueuse.

La question de l'application du microscope au diagnostic des tumeurs devient en vérité bien petite devant cet énoncé d'un principe aussi élevé. Aussi félicitons-nous M. Velpeau, moins de sa glorieuse lutte contre des prétentions qu'il a su réduire à leur juste valeur, que pour avoir agrandi le débat et pour n'avoir pas fui le terrain des doctrines et des principes.

Il faut voir les choses comme elles sont, et savoir comprendre les faits qui se produisent. Or, pour nous, un grand fait se produit à cette heure. L'époque de transition que nous venons de passer depuis la chute de Broussais, époque terne, froide, de scepticisme et de négations, cette époque a fait son temps. La médecine, inquiète, aspire à d'autres destinées; depuis plus de trente ans, elle erre sans boussole et sans gouvernail sur un océan immense qu'on a appelé l'observation; cette longue navigation sans résultat l'afflige; elle demande un port; de tous côtés elle cherche le hardi pilote qui l'y conduira. Dans leur désespoir de ce voyage sans but et sans relâche, quelques passagers se sont jetés à la mer, c'est-à-dire dans les utopies déplorables de l'homœopathie. Le temps est venu de sauver le navire et l'équipage.

Mais où est la boussole et qui placerons-nous au gouvernail?

C'est d'abord une bonne chose que de voir qu'on fait fausse route. Savoir qu'on se trompe est un commencement de science, a dit Montaigne. Or, il nous semble que, de plusieurs points de l'horizon médical, le doute commence à poindre sur la légitimité des doctrines, sur l'utilité des méthodes, sur la richesse des résultats que depuis trente ans nous entendons vanter.

Mais là est l'écueil. C'est par le doute que commença l'ébranlement général du dernier système qui ait passionné les esprits en médecine. Puis vint la négation hardie qui prouva bien que ce système n'était pas la médecine, mais qui ne dit pas ce qu'était la médecine. On fit des ruines immenses sans rien réédifier. Car, malgré leurs prétentions bruyantes et leurs chants de victoire, les doctrines surannées que l'on cherche à galvaniser aujourd'hui sont mortes et bien mortes. La vérité médicale, la vérité scientifique de la médecine n'est pas dans le passé, car ce passé est mort et la vérité est immortelle. La vérité médicale est un peu dans le présent, elle est surtout beaucoup dans l'avenir. Il ne s'agit que de prendre le bon chemin qui y conduise.

Il ne faut pas que l'esprit médical ressemble à un homme ivre à cheval, qui, selon l'expression de Luther, relevé d'un côté, tombe de l'autre. La réaction imminente contre l'anatomie pathologique, si elle n'était ni dirigée ni contenue, conduirait tout droit la médecine soit au mysticisme de la physiologie de saint Thomas-d'Aquin, soit au stahlisme, soit au vanhelmonisme, soit au spiritualisme plus ou mois quintessencié des deux écoles dites hippocratiques modernes.

La vérité médicale est dans l'aphorisme de M. Velpeau sagement compris :

La médecine ne part pas de l'anatomie, elle y arrive.

C'est la traduction intelligente de l'aphorisme plus antique : *Homo duplex.*

Cela veut dire qu'il y a pour tout médecin digne de ce nom deux choses dans l'homme, l'esprit et la matière :

Dans la matière vivante, des forces et des organes;

Dans la vie, un principe insaisissable, dont la recherche est chimérique, et des conditions où elle s'exerce, dont l'étude complète est accessible et indispensable;

Conditions extérieures de température, d'atmosphère, d'électricité, de lumière, conditions physiques et chimiques dont l'ignorance est coupable et la répudiation stupide;

Conditions internes ou organiques; d'où utilité suprême des études anatomiques;

Conditions supérieures des réactions du moral sur le physique et réciproquement; d'où nécessité de l'étude des forces.

Cela veut dire qu'il y a en physiologie spéculative comme en médecine pratique deux choses à considérer dans l'homme : l'homme *dynamique* et l'homme *statique*, les forces et la matière, les fonctions et les organes, et qu'il faut de toute nécessité tenir compte de ces deux élémens d'étude pour asseoir la médecine et la physiologie humaines sur leurs bases véritables.

Le pilote qui conduira le vaisseau de la médecine dans le port où elle aspire d'entrer sera précisément celui qui groupera ces élémens dans une synthèse savante, qui ne blasphémera aucune des facultés de l'entendement humain, qui ne rejettera aucun résultat acquis de nos sciences modernes et qui les fera tous converger vers l'étude de l'homme.

C'est là, ce nous semble, une des tendances que nous avons cru distinguer au milieu des flots d'éloquence et de science que la dernière discussion académique a fait couler, et nous avons tenu à honneur d'être les premiers à la signaler et à la saluer comme une espérance.

Amédée LATOUR.

Feuilleton.

DE LA STATISTIQUE APPPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE.

« Mundum regunt numeri. » (PYTHAGORE.)

(M. le professeur Forget a bien voulu nous adresser, sous le couvert de la *Gazette médicale de Strasbourg*, la lettre suivante, que l'intérêt du sujet nous engage à reproduire.)

A M. Amédée Latour.

« Très honoré confrère,

» Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au delà. » disait PASCAL, pour donner une idée des bigarrures de l'esprit humain. Ce grave penseur eût pu supprimer la distance et dire avec non moins de raison : « Vérité pour Paul, erreur pour Jacques; vérité aujourd'hui, erreur demain. » Telle est, en effet, l'histoire de toutes les manifestations intellectuelles, scientifiques ou autres. Cette réflexion s'applique spécialement à la statistique médicale qu'il est bien reçu de conspuer aujourd'hui, comme tant d'autres principes qui naguère étaient l'objet de nos vénérations.

» L'UNION MÉDICALE nous a transmis récemment une piquante escarmouche dans laquelle vous avez rompu courtoisement quelques lances en faveur du procédé numérique. Vous avez très bien démontré, selon moi, que la statistique est indéclinable, inhérente à la science et à la pratique, car elle est synonyme d'expérience. Vous ajoutez, avec raison, qu'il ne reste rien à dire pour ou contre le sujet en litige. C'est, en effet, par des argumens identiques aux vôtres et dont, non plus que vous, je ne prétends être l'inventeur, que, dans un discours d'ouverture, je plaidais, il y a deux ans, la même cause devant mon jeune auditoire. C'est ce même discours que je vous adresse aujourd'hui, comme contenant, outre la solution par le sens commun, un genre d'argumentation fort négligé de nos jours, à savoir la preuve historique. Bien des dogmes sont l'objet des vitupérations de la foule, à titre d'inventions modernes, qui ne sont rien moins que nouveaux, de sorte que la critique évaporée soufflète bravement les anciens sur la joue des modernes, au nom même de l'antiquité qu'elle croit défendre et glorifier.

» La statistique n'a certes pas besoin de mon appui, ni vous non plus; elle éclate par elle-même, et vous suffisez à la dégager des nuages dont on cherche à l'obscurcir; mais, comme par le temps qui court on ne sait trop à quels signes reconnaître ses amis et ses ennemis, il m'a plu de vous donner cet humble témoignage de sympathie.

» Prof. FORGET.

» Strasboug, le 4 novembre 1854. »

Dans un discours intitulé : *De la mode en médecine*, je vous exposais dernièrement le tableau singulier de l'art de guérir au moment où nous vivons. Vous avez vu que, semblable à un vaisseau sans voiles, sans gouvernail et sans boussole, notre pauvre science roule ballottée dans tous les sens, triste jouet de conceptions raisonnables ou saugrenues, innocentes ou meurtrières, sans direction, sans but et sans qu'il soit possible de s'entendre au milieu de cette confusion dont le terme est impossible à prévoir.

Au sein de cette tourmente un fait domine pourtant : c'est l'individualisme effréné, c'est le mépris et la haine de l'autorité scientifique, c'est l'orgie de l'indépendance succédant au joug de la doctrine qui naguère prétendait asservir les esprits. Si cette lamentable expression de l'état actuel de la médecine vous paraissait empreinte de pessimisme et d'exagération, il me suffirait d'une preuve justificative unique mais éclatante : c'est qu'en janvier 1853, au sein de la Faculté de Paris, un éloquent professeur de clinique est venu proclamer la déchéance, la négation de la médecine comme science, et couvrir de mépris ce que nous avions le plus en vénération, tout ce qu'il y a de réel et de positif dans l'objet de nos études, à savoir : l'organicisme, la statistique, l'induction même tirée de l'expérience, si bien que, sans antécédens comme sans avenir, la médecine se trouverait réduite à je ne sais quel produit informe, indigeste et vaporeux du hasard et de l'inspiration.

Et il se trouve des esprits doués d'assez de mansuétude et d'optimisme pour admirer cet ordre ou plutôt ce désordre de choses, et pour nous congratuler de cette indépendance, de ce mépris avoué de tout principe. Ainsi, nous lisons dans la *Gazette médicale de Paris :* « Si l'école actuelle est peu propre aux grandes systématisations, si elle est peu féconde en œuvres d'éclat, il faut plutôt s'en louer que s'en plaindre. Ce que les travaux de ce temps-ci perdent en imagination, ils le gagnent en solidité et en utilité pratique. Moins occupés des intérêts d'une école ou d'un système, les esprits n'en sont que plus aptes à bien observer et à ne déduire des résultats de l'observation que les conclusions légitimes et rigoureuses qu'ils renferment. » (N° 10, 1853.) Le jeune écrivain qui s'exprime ainsi n'ignore qu'une chose : c'est que cette indifférence d'esprit n'existe pas; c'est que sur cent expérimentateurs à peine s'il en est un qui ne soit pas guidé par une idée préconçue, ne serait-ce que celle de produire du nouveau; aussi, au lieu de ces conclusions *légitimes* et *rigoureuses*, voyons-nous les divergences les plus multiples se produire à l'occasion des mêmes faits. Il me suffit de rappeler tant de traitemens contradictoires édifiés dans ces derniers temps à l'endroit de la fièvre typhoïde, du rhumatisme, du choléra surtout, etc. Nous sommes libres de systèmes, dites-vous. Comptons un peu :

1er *système :* Prétention à s'affranchir de tout système, c'est le pire de tous.

2e *système :* Guerre à mort déclarée à l'organicisme, au rationalisme, au numérisme, à tout ce qui brillait naguère. Ce système est celui qui dicte la plupart des travaux modernes.

3e *système :* Intronisation de l'humorisme, par opposition au solidisme déchu.

4e *système :* Admiration superstitieuse pour les révélations du microscope qui aspire tout simplement à détrôner l'observation clinique.

5e *système :* Théories basées sur la chimie qui se dit organique et qui, pourtant, se pose en rivale de l'organisme.

6e *système :* Vitalisme qui fait dériver l'organe de la fonction et non pas la fonction de l'organe.

7e *système :* Empirisme éhonté mettant à néant faits et doctrines.

8e *système :* Eclectisme brodant sur le tout et choisissant tel ou tel système suivant les besoins de la cause.

En cherchant bien, nous en trouverions d'autres, tels que l'homœopathie, le dynamisme, le contro-stimulisme, etc. Vous voyez bien qu'au lieu d'une absence de systèmes, vous avez une douzaine de systèmes qui sont en lutte flagrante les uns contre les autres. C'est que l'anarchie scientifique n'est pas plus l'indépendance que l'anarchie politique n'est la liberté. Toutes deux ne sont qu'une arène ouverte au conflit passionné des idées et des intérêts personnels, si bien qu'au lieu de deux ou trois autorités dissidentes, vous en avez mille. « Or, que reste-t-il de ces myriades d'autorités se détruisant à l'envi ? Rien, qu'un inextricable embarras pour l'élève, pour le praticien, qui cherche dans ce chaos un phare pour les conduire; rien, si ce n'est qu'à la vénérable autorité

CLINIQUE CHIRURGICALE.

DU PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN.

L'attention des médecins et des chirurgiens a, depuis quelques années seulement, été attirée vers cette forme particulière de l'inflammation du tissu cellulaire voisin de l'utérus, qui a reçu le nom de phlegmon péri-utérin et qui, se présentant souvent en dehors de l'état puerpéral, diffère alors complétement des inflammations phlegmoneuses des ligamens larges et du petit bassin, qui se développent fréquemment à la suite des couches et ont été si bien décrites par M. Chomel. M. Gosselin qui, pendant son séjour à l'hôpital de Lourcine, a eu occasion d'observer des cas nombreux de cette maladie, croit qu'elle est plus fréquente qu'on ne serait d'abord tenté de le penser d'après le petit nombre d'auteurs qui s'en sont occupés. Ainsi, M. Gendrin, dans ses *Leçons orales*, parle des inflammations phlegmoneuses à marche lente qui surviennent au voisinage de l'utérus, en dehors de l'état puerpéral. Plus tard, M. Bennett a insisté encore plus spécialement sur ce sujet, mais on peut lui reprocher de ne pas avoir suffisamment séparé les diverses formes de cette maladie et de regarder la terminaison par suppuration comme plus fréquente qu'elle ne l'est en réalité. M. Nonat a, le premier, démontré la grande fréquence de cette inflammation, pour laquelle il a créé le nom de phlegmon péri-utérin. Et dernièrement, enfin, M. Valleix, dans l'UNION MÉDICALE d'abord, puis dans la 3me édition de son *Guide du médecin praticien*, en a donné une histoire complète et réellement méthodique. Mais les faits recueillis jusqu'à ce jour sont encore bien peu nombreux et de nouvelles recherches sont nécessaires pour que cette maladie soit parfaitement connue; aussi, pensons-nous que les réflexions exposées par M. Gosselin aux élèves qui suivent sa clinique de l'hôpital Cochin seront lues avec d'autant plus d'intérêt, qu'elles sont le résultat d'observations prises au lit des malades pendant trois ans de séjour à l'hôpital de Lourcine. Quant à nous, devant avoir prochainement à nous occuper de ce sujet, nous nous empressons de consigner ici les idées d'un maître que nous serons heureux d'avoir souvent occasion de citer.

§ I. — Adoptant la division proposée, d'après les indications de M. Nonat, par M. Boyer (Joseph) dans sa thèse (thèses de Paris, 1848, no 10), M. Gosselin admet trois formes de phlegmons péri-utérins non puerpéraux, et les désigne sous les noms d'aigus, sub-aigus ou chroniques. Ceux à forme franchement aiguë sont les plus rares; il n'en a vu que 3 cas sur 26 observés par lui à Lourcine.

§ II. — Quant aux phlegmons sub-aigus, auxquels il pense que la dénomination de *chroniques avec redoublemens inflammatoires* conviendrait mieux, il en a observé 9 cas, dont le suivant est en quelque sorte le type.

OBSERVATION I. — *Catarrhe utérin douloureux. — Phlegmon rétro-utérin, sub-aigu, récidivant.*

H..., 20 ans, lingère, n'ayant jamais eu d'enfans ni de fausses couches, entre à l'hôpital de Lourcine le 24 novembre 1853, après y avoir fait, peu de temps auparavant, un premier séjour de quelques semaines, pour y être traitée d'une vaginite. A sa deuxième entrée elle ne présente plus d'inflammation vaginale, mais une inflammation du col utérin avec exulcération siégeant au pourtour de son orifice externe; après quelques cautérisations pratiquées à l'intérieur et à l'extérieur du col, on voit les règles survenir en avance de quelques jours, et leur apparition être accompagnée de douleurs abdominales iliaques et lombaires, augmentant par le toucher ou par la pression du spéculum sur le col utérin, qui est plus enflammé que les jours précédens. Une application de 15 sangsues, le repos, puis l'attouchement du col avec un pinceau imbibé de solution de tannin, dissipent cette bouffée inflammatoire pendant la durée de laquelle on n'a trouvé aucune tumeur au voisinage de l'utérus qui présente une légère antéflexion reconnaissable seulement quand la malade est debout et a uriné, ne se retrouvant plus si la malade est couchée ou si la vessie est distendue par l'urine. Peu de temps après on reconnaît l'existence d'une fissure anale qui, résistant aux lavemens de ratanhia et à la cautérisation, est incisée le 18 mars 1854, puis se cicatrise rapidement, et le 1er avril la malade quitte l'hôpital guérie de sa fissure, mais conservant encore du catarrhe utérin. Au mois de juin elle se représente à la consultation, se plaignant toujours de son écoulement leucorrhéïque, mais n'accusant que des douleurs passagères dans la région hypogastrique. Peu de temps après, ces douleurs augmentaient au point de rendre la marche impossible et de forcer H... à quitter son travail, qui était alors extrêmement fatigant. Elle eut de la fièvre, du frisson, des douleurs lombaires et hypogastriques survenant même spontanément pendant le repos au lit, et se décida le 3 août à entrer pour la troisième fois à l'hôpital. Ses règles étaient revenues toutes les trois semaines avec abondance, et leur écoulement avait été très douloureux.

Au moment de son entrée à l'hôpital les symptômes fébriles et la tension du ventre avaient diminué; les douleurs existaient encore et s'exaspéraient tant par la pression abdominale que par le toucher vaginal. Les mouvemens imprimés à l'utérus étaient très douloureux; la matrice affectait la direction normale; mais à droite et en arrière de cet organe on sentait trois petites saillies arrondies, isolées les unes des autres, que par le toucher vaginal seul on eût pu prendre pour des boules de matières fécales accumulées dans le rectum, mais qui étaient très douloureuses à la pression. Par le toucher rectal on reconnaissait parfaitement qu'elles se trouvaient situées entre le rectum et l'utérus. (Repos au lit, cataplasmes et lavemens laudanisés; une pilule de Méglin tous les jours pendant trois jours.)

Le 18 août, il n'y a plus du tout de fièvre, l'appétit est revenu, mais il existe encore quelques douleurs hypogastriques, de la leucorrhée et les mêmes petites tumeurs. Cependant la malade a besoin de quitter momentanément l'hôpital, ce qui lui est accordé; mais le 7 octobre elle y revient pour la quatrième fois. Elle a pu pendant trois semaines environ travailler, donner des soins à sa sœur malade; mais ses règles, survenues au milieu de septembre, ont été extrêmement abondantes, au point de constituer une véritable hémorrhagie. Alors sont survenues des douleurs dans l'hypogastre, les reins et les cuisses. Une seule fois depuis sa sortie, et peu de temps après ses règles, elle a pratiqué le coït qui a été extrêmement douloureux, et, depuis, les souffrances ont augmenté; il est survenu de la fièvre, et dans les dix derniers jours il a été impossible à la malade de quitter le lit.

Le 8, à la visite du matin, elle est dans l'état suivant : Peau chaude, pouls vif, à 100, langue large, humide, recouverte d'un enduit jaunâtre, bouche pâteuse, amère, nausées sans vomissemens, pas de garde-robes depuis dix jours; ventre tendu et douloureux. Par le toucher vaginal et rectal on constate l'existence d'une tumeur très volumineuse située en arrière de l'utérus; le doigt n'en parcourt que la demi-circonférence inférieure et ne peut atteindre à ses limites supérieures; l'utérus est immobile, enclavé; cet examen est tellement douloureux qu'il est impossible de le continuer assez longtemps et de le faire d'une manière assez complète pour s'assurer s'il y a ou non de la fluctuation. (12 sangsues.)

Le 9. Il y a un peu de soulagement; la faiblesse est extrême; l'exploration directe fournit les mêmes signes que la veille. Les douleurs se sont propagées à la cuisse droite. (Eau de Sedlitz, cataplasmes laudanisés.)

Le 10. Plusieurs évacuations alvines ont eu lieu depuis que la bouteille d'eau de Sedlitz a été prise. Les jours suivans il y a même de la diarrhée; les garde-robes, examinées attentivement, ne contiennent pas de pus. Les douleurs persistent les jours suivans; elles sont vives, surtout pendant la miction. La fièvre continue; le pouls varie entre 100 et 120; il y a prostration, insomnie, écoulement vaginal abondant.

Le 13. 8 nouvelles sangsues sont appliquées. A dater du 15 il survient une amélioration réelle, les douleurs diminuent, la fièvre tombe, l'appétit et le sommeil reparaissent. La tumeur diminue peu de volume, mais elle est moins douloureuse à la pression. La malade peut quitter le lit, et vers les premiers jours du mois de novembre elle sort de Lourcine pour suivre M. Gosselin à l'hôpital Cochin. On retrouve encore la tumeur située en arrière du col; elle est arrondie, volumineuse, bosselée, impossible à circonscrire complétement, douloureuse à la pression et pendant la marche, mais presque indolente lorsque la malade garde le repos au lit; mais les symptômes fébriles ne tardent pas à reparaître, et dans le courant du mois de novembre, après les règles, il survient une attaque en tout semblable à la précédente; comme elle, elle cède à une application de 12 sangsues, à deux purgatifs, aux cataplasmes émolliens et aux bains. Aussi, le 30 novembre, trouve-t-on qu'il ne reste plus aucune douleur spontanée, quoiqu'il y en ait encore après la marche ou un exercice fatigant. La tumeur s'est graduellement dissipée sans qu'il se soit formé de pus, les matières fécales et les urines n'en ayant jamais contenu. Il ne reste plus qu'un peu d'induration des tissus situés au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin, en arrière du col utérin. Ces tissus semblent épaissis. La pression exercée sur eux, même avec une certaine force, ne développe qu'une très légère douleur. L'utérus est peu volumineux, léger, mobile, et les mouvemens qu'on lui imprime ne sont pas douloureux; examiné au spéculum, il présente une surface lisse, polie, sans rougeur anormale; il n'y a plus d'écoulement leucorrhéïque ni catarrhal.

Évidemment, dit M. Gosselin, nous avons eu bien réellement affaire, dans ce cas, à une inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, circonscrite à la portion de ce tissu qui se trouve située en arrière du col, entre le cul-de-sac postérieur du vagin d'une part, et le repli péritonéal utéro-rectal d'autre part; et si la maladie, dans ses diverses exacerbations, a présenté une forme aiguë franchement inflammatoire, on est bien forcé d'admettre que sa marche, considérée d'une manière générale, a affecté une certaine chronicité puisqu'elle a duré du 1er juin au 30 novembre. La réunion de ces deux circonstances explique les réserves que nous avons faites au commencement, lorsque nous avons parlé de la dénomination qu'il nous paraît le plus convenable d'appliquer à cette forme de phlegmon péri-utérin. Mais, d'où vient qu'une affection, si fréquente en même temps que si bien caractérisée et si facile à reconnaître d'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, n'ait pas été décrite antérieurement aux auteurs précédemment cités? On ne peut admettre que les auteurs anciens n'aient observé aucun cas semblable; seulement ils ignoraient le siége précis de la lésion et la plaçaient dans l'utérus lui-même. On trouve, par exemple, dans quelques ouvrages classiques du commencement de ce siècle, dans le traité de Mme Boivin et Dugès, dans celui de Lisfranc, dans le livre de M. Duparcque, des observations d'engorgement singulier d'une seule paroi de l'utérus, de métrite limitée à une paroi précédemment engorgée, etc., qui, aujourd'hui que la lumière s'est faite, nous semblent devoir être rangées parmi les phlegmons péri-utérins; car les autopsies qui ont montré souvent la matrice tout entière rouge, enflammée, ramollie et augmentée de volume dans les cas de métrite, n'ont pas permis de constater qu'une seule paroi pût être engorgée seule ou enflammée au point de présenter des bosselures et de former une tumeur plus ou moins irrégulière, appréciable par le toucher vaginal; tandis que quelquefois, rarement il est vrai, elles ont montré cette inflammation du tissu cellulaire que nous décrivons. On a donc renoncé complétement à l'idée qu'une seule des parois utérines pût être le siége d'un engorgement considérable, auquel ne participerait

---

du talent vous substituez l'autorité des médiocrités révoltées, des petites ambitions en rut. » (F., *De l'autorité en médecine.*)

Ce qui peint bien la bizarrerie de la situation, c'est que, dans ce même journal, dans ce même numéro, où l'on se glorifie de notre affranchissement de tout système, un autre écrivain, au contraire, se plaint... De quoi ? Je vous le donne en mile. Il se plaint de l'exclusivisme de la doctrine moderne et du règne absolu de l'organicisme ! « Le caractère de la médecine contemporaine, dit M. J. Guérin, a été, depuis une vingtaine d'années, de circonscrire le siége et la raison des maladies à une portion de l'organisme. Cette médecine localisante, *organique*, achève en ce moment sa carrière sous le microscope. » Voilà certes un point de vue nouveau, une révélation bien inattendue et qui étonnera beaucoup ceux qui se vantent journellement d'avoir anéanti l'organicisme. Et pourtant la vérité est au fond de cet étrange paradoxe. Souvent, en effet, nous vous avons dit que le microscope et les réactifs ne sont que le scalpel continué, que de l'organicisme, moins grossier sans doute que le précédent, de l'organicisme moléculaire, mais enfin de l'organicisme assurément. De sorte que nos artisans d'anarchie conspirent, sans le vouloir, en faveur de l'ennemi commun et font de l'organicisme sans s'en douter.

Néanmoins, au milieu de ces conflits, la position de celui qui a charge d'enseignement est bien pénible; les sentiers qu'il lui faut parcourir sont bien épineux; car, quel que soit le drapeau qu'il arbore, il est certain d'être en butte à de nombreuses oppositions, et l'éclectisme même ne le protégera pas. Pour maintenir et propager son œuvre, il lui faut rouler incessamment le rocher de Sysiphe et creuser cent fois le même sillon. Ainsi contrairement à nos constantes prédications, voici que la brise qui souffle de Paris vient murmurer à vos oreilles que la science n'existe pas, que l'observation manque de base positive, que l'expérience du jour est perdue pour le lendemain, que toute comparaison est impossible entre deux malades; enfin, que la statistique est une pratique absurde... Je me vois donc réduit à plaider aujourd'hui devant vous une cause cent fois débattue, celle de la statistique ou du procédé numérique appliqué aux faits médicaux.

Il est des vérités pour l'expression desquelles les termes peuvent manquer, mais dont la réalité est vivement empreinte dans le sens intime. A l'encontre de ces questions, la logique peut épuiser ses subtilités, mais il reste au fond de l'âme quelque chose qui nous dit que la logique en impose. Tel est le sentiment que réveillent en moi les oppositions que rencontre journellement la statistique au sein des Facultés et des Académies comme dans les journaux. Lors de la mémorable discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine de Paris, en 1837, j'eus l'honneur de soumettre à cette savante assemblée mes convictions sur ce point (*Presse médicale*, 14 juin 1837), et depuis lors mes opinions n'ont fait que se fortifier en faveur de ce *criterium* de toute science. Aujourd'hui comme alors, je suis convaincu que la statistique est immuable, nécessaire, indéclinable, et qu'elle a pris naissance avec la science elle-même. C'est ce que je me fais fort de démontrer.

La statistique médicale est l'application du calcul ou de la numération aux faits médicaux. C'est par une pure subtilité qu'on a prétendu distinguer la *statistique* du *procédé numérique*. La statistique n'est pas une méthode, car elle ne change rien à la manière d'observer; c'est un simple procédé plus rigoureux que l'observation vague, qui rend celle-ci plus précise, plus vraie, en obligeant à y regarder de plus près.

Il est un principe capital qu'on ne doit jamais oublier, c'est qu'en raison du voile épais qui nous dérobe le mécanisme de la vie, l'observation médicale ne peut fournir que des probabilités, de sorte que la statistique, en dépit de ses allures mathématiques, ne peut servir qu'à formuler des degrés de probabilité. L'aphorisme et l'induction ne peuvent aussi produire autre chose, mais la statistique a sur eux cet avantage qu'elle fournit l'expression rigoureuse autant que possible de ces probabilités, et, de plus, au lieu d'exprimer des principes absolus, comme l'aphorisme, elle place toujours l'exception à côté de la règle, car dire qu'on a réussi dans tant de cas sur tant, c'est dire implicitement qu'on a échoué dans les autres. Il est clair qu'elle seule peut mettre fin aux discussions sur l'efficacité comparative des diverses méthodes de traitement, car deux praticiens qui soutiennent avoir *souvent* réussi par telle méthode opposée à telle autre ne parviendront jamais à s'entendre s'ils ne résument leurs observations en chiffres. Il est bien entendu qu'il s'agira de groupes de faits analogues autant que possible. L'objection banale qu'on fait chaque jour à la statistique d'opérer sur des unités dissemblables, conserve toute sa force lorsqu'on la retourne contre l'aphorisme et l'induction, lesquels, je le répète, ne peuvent opérer non plus que sur des analogies ou des probabilités, à cela près qu'ils établissent leurs catégories avec beaucoup moins de scrupules que la statistique. Donc, toutes choses égales d'ailleurs, la statistique est préférable à l'induction vague et à l'aphorisme qu'on affecte de lui préférer.

Mais il y a plus, la statistique est rigoureusement comprise dans l'aphorisme lui-même, d'où résulte qu'elle est aussi ancienne que la science. Et, en effet, sur quoi peuvent être fondés les monumens scientifiques transmis par les anciens? Sur quoi peuvent reposer les aphorismes d'Hippocrate, de Boerhaave, de Stoll, etc., si ce n'est sur l'observation et la *supputation implicite* de faits plus ou moins *nombreux* servant de base à telle ou telle sentence? Il a bien fallu que ces grands observateurs eussent reconnu que tel phénomène s'offrait dans *un grand nombre de cas*, pour qu'ils réduisissent cette fréquence en axiomes. S'ils n'ont pas rigoureusement *compté*, c'est, j'en suis convaincu, qu'ils n'y ont pas songé ou qu'ils n'ont eu ni le temps ni la force de volonté nécessaires pour se livrer à ce travail pénible et fastidieux; car il n'est personne qui ne puisse être satisfait de savoir *au juste* jusqu'à quel point ses aperçus généraux sont fondés; quoi de moins naturel que de préférer l'obscurité à la lumière, le vague à l'absolu, le doute à l'incertitude? Mais nous allons voir que l'instinct des anciens les a parfois servis au point de plaider victorieusement pour une cause contre laquelle l'ignorance et l'irréflexion peuvent seules invoquer leur témoignage.

(*La suite prochainement.*) Professeur FORGET.

Le concours pour l'agrégation en médecine à la Faculté de Montpellier vient de se terminer par la nomination de M. Girbal,

pas le reste de l'organe.

Aussi ne discuterons-nous pas le diagnostic différentiel du phlegmon péri-utérin avec cette maladie imaginaire ; mais il en est d'autres avec lesquelles il pourrait être et a été quelquefois confondu. On a cru, par exemple, à une ovarite dans certains cas analogues à celui qui vient d'être rapporté. Ici le doute n'était pas possible, car la tumeur était médiane. Dans les cas où la tumeur est latérale, pour peu qu'elle soit volumineuse, dire comme la précédente, elle ne peut appartenir à l'ovaire; car, s'il est vrai que cet organe s'enflamme souvent, il ne l'est pas qu'il prenne alors un volume considérable, et donne lieu à des tumeurs concrètes susceptibles de se terminer par résolution. Il s'enflamme sans se tuméfier sensiblement, à moins qu'il ne se forme un foyer purulent dans son épaisseur, et alors les symptômes sont différens, ou que le tissu cellulaire du ligament large ne s'enflamme par voisinage, auquel cas les symptômes sont encore ceux d'un phlegmon. Eût-on pu croire à un kyste ovarique peu volumineux qui se serait enflammé et aurait donné lieu à une série de symptômes généraux semblables à ceux qui ont été observés? J'ai fait une fois, ajoute M. Gosselin, cette erreur de diagnostic dans un cas de phlegmon latéral, et j'ai été éclairé plus tard par la résolution graduelle qui s'est opérée. Ici la position médiane de la tumeur et l'âge de la malade ne permettaient pas d'admettre cette opinion. Relativement aux tumeurs fibreuses sous-péritonéales, nous dirons encore que l'âge de la malade devait porter à nier leur existence, mais cependant qu'il est des cas dans lesquels des médecins peu au courant de la question ont pu prendre des phlegmons péri-utérins pour des tumeurs fibreuses enflammées, soit à leur surface péritonéale, soit dans leur parenchyme. M. Gosselin avoue même qu'il a deux fois commis cette méprise, à l'époque où il n'avait pas encore observé beaucoup de phlegmons péri-utérins, et où, à l'exemple de la plupart des chirurgiens, il mettait en doute l'exactitude des faits avancés par MM. Nonat et Valleix. Enfin, on eût pu prendre cette tumeur pour le corps de l'utérus placé en rétroflexion, et c'est là, en effet, que gît toute la difficulté du diagnostic, difficulté qui n'en est pas une lorsqu'on a recours à un moyen d'exploration pour lequel M. Gosselin paraît avoir une certaine répugnance, et dont nous ne ferons pas ressortir ici les avantages, cet article étant destiné à reproduire exclusivement les opinions du savant chirurgien de l'hôpital Cochin. Pour le cas actuel, l'erreur n'était, du reste, pas possible, la malade ayant une antéflexion qui avait été constatée pendant son premier séjour à l'hôpital, et avait continué d'exister en même temps que la tumeur s'est ensuite dissipée progressivement, pour ainsi dire, sous les yeux du chirurgien.

En procédant ainsi par l'exclusion des autres maladies avec lesquelles le phlegmon péri-utérin pourrait être confondu, on est donc conduit au diagnostic admis de prime-abord d'après l'examen seul des symptômes. Et puisque ce fait a été présenté comme un type, examinons rapidement les circonstances dans lesquelles l'affection s'est produite, les symptômes qui l'ont caractérisée, la marche qu'elle a suivie et le traitement auquel elle a paru céder. Il est d'abord remarquable que la femme dont il est question dans ce cas n'a jamais eu de grossesse, qu'il n'y a pas eu de suppression brusque des règles qui puisse être invoquée comme cause, ainsi que cela arrive dans nombre de cas, et que la maladie paraît s'être développée chez elle sous l'influence et dans le cours d'une métrite catarrhale, ou d'une blennorrhagie utérine. Que l'inflammation se propage par voisinage du tissu même de l'utérus au tissu cellulaire voisin, ou qu'elle se communique de l'intérieur de la cavité utérine à la trompe et de là au tissu cellulaire ambiant, toujours est-il que c'est le plus habituellement, suivant M. Gosselin, lorsque la muqueuse utérine est déjà malade, que survient le phlegmon péri-utérin, véritable inflammation du voisinage comparable, pour son mode de formation, à celle que nous voyons survenir parfois autour des os et des synoviales malades. Ajoutons que, le catarrhe utérin existant, le phlegmon est déterminé souvent par l'action d'une nouvelle cause occasionnelle, telle que la fatigue, les secousses produites par la marche, la danse, les excès de coït, les écarts de régime, toutes circonstances qui tendent à aggraver la métrite en même temps qu'à amener le phlegmon. Quant à celui qui surviendrait primitivement, sans en nier la possibilité, il dit ne l'avoir jamais observé.

T. Gallard,
Interne des hôpitaux.

(*La suite au prochain n°.*)

ANESTHÉSIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOYENS A EMPLOYER CONTRE LES ACCIDENS DÉTERMINÉS PAR LES INHALATIONS DE CHLOROFORME ;

Rapport

Lu à la Société médicale d'émulation de Paris, le 13 Janvier 1855,

Par M. Ludger Lallemand,
Secrétaire général de la Société, médecin-major du 20me bataillon de chasseurs à pied,

CHAPITRE II.

DES MOYENS DE REMÉDIER AUX EFFETS DE L'INTOXICATION CHLOROFORMIQUE PROLONGÉE.

Nous avons employé les insufflations d'oxygène pur, d'air atmosphérique et l'électricité, pour rappeler à la vie les animaux chez lesquels la prolongation des inhalations de chloroforme avait amené l'abolition des mouvemens de la respiration et de la circulation, c'est-à-dire tous les phénomènes de la mort apparente.

§ Ier. — Des insufflations d'oxygène.

Elles ont été conseillées par MM. Blanchet et Duroy, qui ont cherché à constater expérimentalement leur efficacité (1).

On a dit que l'oxygène ne peut être respiré sans danger; il est probable que les accidens qu'on a pu observer à la suite des inspirations de ce gaz tenaient à son impureté; car M. Duroy a fait respirer impunément pendant cinq heures, dans un milieu d'oxygène préparé avec le chlorate de potasse, des oiseaux dont l'organisation est si remarquable pourtant par l'étendue des surfaces respiratoires et par l'énergie de l'absorption aérienne (2).

Nous avons employé le procédé suivant pour appliquer les insufflations de gaz oxygène :

Une sonde en gomme élastique, du calibre d'une plume d'oie, était introduite par la bouche dans la trachée-artère ; cette opération est simple chez les chiens; les mâchoires étant écartées, la langue attirée en avant, l'instrument pénètre facilement dans le larynx. Chez les lapins, on se contentait de l'introduire au fond de la bouche. L'extrémité libre de la sonde était adaptée à une vessie garnie d'un robinet, qui contenait environ douze litres d'oxygène préparé avec le chlorate de potasse. On comprimait alternativement la vessie pour faire entrer une certaine quantité de gaz dans les poumons, et les parois thoraciques pour expulser le gaz introduit; on continuait ces manœuvres qui simulaient le mécanisme de la respiration normale jusqu'au rétablissement des mouvemens respiratoires spontanés. L'insufflation d'oxygène remplaçait ainsi artificiellement la respiration naturelle pendant tout le temps que celle-ci restait suspendue.

Nous avons toujours attendu, avant de commencer l'insufflation chez les mammifères, que tous les mouvemens apparens de la respiration eussent cessé, ainsi que ceux des muscles respirateurs de la face, et qu'il nous fût impossible de percevoir les contractions du cœur à travers les parois thoraciques.

Nous avons expérimenté ce moyen dans ces conditions chez neuf chiens, et nous en avons rappelé sept à la vie.

La durée moyenne du retour des inspirations spontanées a été de trois minutes, sa durée maximum de sept minutes.

Nous avons expérimenté deux lapins, que nous avons aussi rappelés à la vie ; la respiration s'est rétablie en deux minutes.

Nous avons obtenu le même succès chez des oiseaux et chez des reptiles.

Les expériences suivantes donneront une idée des phénomènes qui signalent le rétablissement des fonctions et le retour à la vie.

Première expérience faite sur un chien adulte de forte taille. Après dix-sept minutes d'inhalations, pour lesquelles on a consommé 10 grammes de chloroforme, les mouvemens respiratoires cessent ainsi que les contractions des ailes du nez ; les battemens du cœur s'arrêtent quelques secondes après.

On retire le chloroforme et on commence l'insufflation du gaz oxygène

Au bout de deux minutes, les ailes du nez, les paupières et les lèvres frémissent, et la langue s'agite ; les côtes se soulèvent quelques secondes après, et les mouvemens respiratoires reparaissent.

On cesse alors l'insufflation qui a duré deux minutes et demie et qui a consommé 12 litres d'oxygène.

Deux minutes après, les membres antérieurs, la tête et le cou s'agitent, le train de derrière est immobile.

Quatre minutes après, les membres postérieurs commencent à se mouvoir, l'animal se lève et retombe aussitôt.

Après quatre nouvelles minutes, il fait, en trébuchant, quelques pas entremêlés de culbutes à cause de la faiblesse des membres postérieurs qui ne peuvent le soutenir; il tremble; la température de la peau est manifestement abaissée.

Sept minutes après, la titubation qui rappelle l'ivresse commence à disparaître, l'animal court en furetant dans tous les coins avec un air d'inquiétude remarquable.

Il est enfin tout à fait remis, et ne paraît pas se ressentir de l'expérience; vingt minutes se sont écoulées depuis qu'on a retiré le chloroforme.

L'expérience suivante est encore plus intéressante, car l'insufflation n'a commencé qu'une minute après l'abolition des contractions du cœur, et cependant l'animal a été ramené à la vie.

Deuxième expérience faite sur un jeune chien de taille moyenne. Après quinze minutes d'inhalations qui ont consommé 8 grammes de chloroforme, les mouvemens respiratoires s'arrêtent, les contractions des ailes du nez et des paupières cessent, le cœur fonctionne encore pendant une minute et s'arrête. Après une minute de tentatives infructueuses pour introduire une sonde dans la trachée à cause de l'étroitesse de la glotte, on insuffle 10 litres d'oxygène dont une portion passe dans le tube digestif et détermine une pneumatose considérable.

Près de cinq minutes se sont écoulées, et on n'a observé aucun mouvement chez l'animal qui paraît mort; cependant on n'abandonne pas l'expérience, la première vessie d'oxygène étant épuisée, on perd encore quelques instans à introduire la sonde adaptée à une seconde vessie, et on continue les insufflations. Au bout d'une minute, c'est-à-dire six minutes après le début de l'insufflation, on aperçoit un frémissement dans la langue et des vibrations aux ailes du nez et aux paupières; trente secondes après, on voit un léger mouvement des côtes supérieures, et une inspiration franche qui fait frémir la trachée; les mâchoires se contractent légèrement, et enfin les inspirations normales s'établissent. On cesse l'insufflation qui a duré sept minutes et consommé 25 litres d'oxygène.

Après deux minutes, mouvemens de la tête et des membres antérieurs.

Après sept nouvelles minutes, mouvemens des membres postérieurs.

Le chien essaie ensuite de se lever, mais il retombe, car le train de derrière ne peut le soutenir.

Après dix minutes, il marche en trébuchant, et fait des culbutes presque à chaque pas.

Après cinq nouvelles minutes, il commence à courir en vacillant encore, il cherche de tous côtés d'un air inquiet; la pneumatose intestinale a disparu presque complétement.

Il est tout à fait remis et il mange avec avidité, trente-cinq minutes après qu'on a cessé la chloroformisation.

Troisième expérience faite sur un lapin. Les mouvemens apparens de la respiration et de la circulation s'arrêtent presque en même temps, après treize minutes d'inhalations qui ont consommé 4 grammes de chloroforme; les frémissemens des lèvres et des narines ont également cessé.

On introduit l'extrémité de la sonde au fond du gosier, et on pratique l'insufflation.

Au bout de deux minutes, les mouvemens de la lèvre supérieure et des narines reparaissent. Quelques secondes après, de faibles inspirations se manifestent et on cesse l'insufflation.

Le mâchonnement caractérisé par la projection rapide de la mâchoire inférieure et des lèvres reparaît; en même temps, les mouvemens respiratoires reprennent leur normalité, ainsi que ceux du cœur qui sont très sensibles et très rapides.

Huit minutes après, les globes oculaires, qui sont devenus moins saillans, se meuvent ainsi que la tête et les membres antérieurs; les membres postérieurs sont paralysés et restent encore immobiles pendant dix minutes; alors le lapin essaie quelques pas tremblans et mal assurés. Dix minutes après, il paraît tout à fait remis.

Les expériences précédentes démontrent l'efficacité des insufflations d'oxygène dans l'intoxication chloroformique. Pour faire voir que sans elles les animaux n'auraient pas récupéré leurs fonctions vitales, nous avons chloroformé jusqu'à la même période des chiens et des lapins que nous avons abandonnés ensuite à l'air libre. Nous les avons même placés dans des conditions plus favorables, en quelque sorte, au retour spontané de l'intégrité fonctionnelle; car nous avons suspendu l'action du chloroforme aussitôt que les mouvemens respiratoires apparens cessaient dans la poitrine et dans les flancs, lorsque la circulation était évidente chez tous, et les contractions des muscles respirateurs de la face manifestes chez plusieurs.

Eh bien, de tous les sujets expérimentés dans ces conditions, pas un seul n'est revenu à la vie; pour que ce retour spontané se produise, il faut que la respiration ne soit pas encore enrayée par le chloroforme; dès que les mouvemens apparens de cette fonction ont cessé, les animaux meurent si on ne leur porte pas secours.

Les expériences que nous avons faites sur les mammifères pour fournir cette sorte de contre-épreuve sont au nombre de douze : dix sur des chiens, deux sur des lapins.

Parmi ces animaux, les uns étaient chloroformés pour la première fois; les autres avaient été rappelés à la vie par l'insufflation ; mais tous étaient vigoureux, vifs et bien portans.

Je me contenterai de rapporter quatre de ces expériences, à cause des particularités que présentent quelques-unes d'entre elles.

Première expérience faite sur un chien jeune chloroformé pour la seconde fois. Les mouvemens respiratoires cessent après trente-neuf minutes d'inhalations qui ont consommé 10 grammes de chloroforme.

On retire l'agent anesthésique et on abandonne l'animal à l'air libre.

Les frémissemens des ailes du nez, des paupières et de la commissure des lèvres continuent pendant une minute, s'arrêtent le même temps, et reprennent pendant une nouvelle minute, après quoi ils s'éteignent définitivement.

Les contractions du cœur qui étaient faibles au moment de l'arrêt des mouvemens respiratoires s'amplifient.

L'artère crurale donne 50 pulsations au bout d'une minute.

Elle en marque 60 une minute après.

Les pulsations diminuent ensuite de fréquence et d'amplitude, et s'éteignent en oscillations.

L'animal ne revient pas à la vie quoique la circulation ait persisté six minutes après l'arrêt des mouvemens de la respiration.

Deuxième expérience faite sur un chien adulte de petite taille qui n'avait pas encore été chloroformé.

Après onze minutes d'inhalations (5 grammes de chloroforme), les mouvemens respiratoires s'arrêtent; on constate encore trois ou quatre battemens du cœur.

On retire le chloroforme et on observe l'animal qui ne revient pas à la vie.

L'expérience suivante est remarquable par les circonstances qui nous ont amenés à la faire :

Troisième expérience faite sur un chien adulte de petite taille, chloroformé pour la seconde fois.

Après trente minutes d'inhalations, les mouvemens de la respiration et de la circulation cessent presque en même temps.

On avait l'intention d'appliquer l'insufflation d'air atmosphérique à cet animal. Mais, au moment où l'on introduit dans le larynx une sonde en pressant sur le soufflet qui y est adapté, pour faire entrer l'air dans la poitrine, la face s'anime, les paupières se contractent, les lèvres s'ébranlent, les ailes du nez se dilatent. On suspend alors l'insufflation pour voir si la vie se ranimera spontanément; mais les signes qui venaient de se manifester s'éteignent aussitôt, la face reprend son immobilité et la mort devient évidente.

Ainsi, chez ce sujet, malgré un commencement d'insufflation, les signes vitaux ont cessé dès que celle-ci a été suspendue.

Quatrième expérience faite sur un lapin chloroformé pour la seconde fois.

Les mouvemens de la respiration, des lèvres et des narines cessent après dix minutes d'inhalation. On retire le chloroforme.

Le cœur continue de battre et ne s'arrête que quatre minutes après l'arrêt des mouvemens respiratoires.

Dés lors, on n'observe plus aucun mouvement chez l'animal qui ne revient pas à la vie.

Voici maintenant les expériences d'insufflations d'oxygène appliquées aux oiseaux et aux reptiles :

Première expérience. — On soumet deux pigeons de même taille à l'action des vapeurs de chloroforme largement mêlées d'air, jusqu'à l'arrêt des mouvemens respiratoires qui a lieu au bout de neuf minutes.

Le premier pigeon est tout à fait inerte; il paraît mort. On lui introduit dans le bec une sonde par laquelle on fait passer un courant d'oxygène.

Au bout de cinq à six secondes, il ouvre les yeux et fait quelques mouvemens d'inspiration qui s'amplifient à la fin de la première minute ; on l'abandonne après avoir insufflé 4 litres d'oxygène; deux minutes ne se sont pas écoulées qu'il cherche à voltiger et qu'il paraît remis, quoiqu'il trébuche encore.

Le second pigeon est abandonné à lui-même comme contre-épreuve ; aussitôt qu'il est à l'air libre, il ouvre les yeux, agite un peu les pattes et le cou; la fonction respiratoire ne reprend pas; après quelques secondes les yeux se ferment, l'oiseau est immobile, il est mort.

Deuxième expérience. — On soumet ensuite à l'action des vapeurs de chloroforme deux orvets de même taille, qu'on remet à l'air libre après trente-trois minutes.

Le premier paraît mort, les yeux sont fermés, la langue sort de la bouche ; les écailles sont recroquevillées, la peau est plissée, le corps est aplati comme un ruban.

Le second est moins profondément atteint, car il donne des signes de sensibilité au contact d'une épingle.

On essaie de rappeler le premier à la vie; un courant d'oxygène est

(1) Blanchet. *Revue scientifique* de Quesneville, février 1848. — Duroy, *Union Médicale*, 7 mai 1850.

(2) *Union Médicale*, 7 mai 1850.

dirigé à plusieurs reprises dans la gorge ; l'animal est placé d'abord dans un bain tiède, puis dans un flacon d'oxygène. Ces soins sont continués pendant une heure ; la piqûre d'une épingle provoque alors de légers mouvemens qui augmentent et deviennent spontanés, et, au bout d'une nouvelle heure, l'orvet paraît tout à fait remis.

Le second orvet est abandonné à l'air libre ; les signes de sensibilité qu'il avait montrés s'éteignent après un quart d'heure ; on le plonge dans un bain tiède, mais il ne revient pas à la vie.

Chez celui-ci l'action hyposthénisante du chloroforme a continué, et s'est même accrue après la cessation des inhalations. Nous devons dire que nous n'avons jamais observé ce fait chez les mammifères.

§ II. — Des insufflations d'air atmosphérique.

Nous nous sommes servis pour pratiquer les insufflations d'air atmosphérique déjà préconisées par MM. Plouviez de Lille (1), Bickersteth (2), Snow (3), etc., d'un soufflet ordinaire, à la tuyère duquel était adaptée une sonde dont l'extrémité libre pénétrait dans la trachée artère par l'ouverture supérieure du larynx ; chaque poussée d'air alternait avec des pressions sur les parois thoraciques ; l'insufflation a été continuée jusqu'au rétablissement des mouvemens respiratoires spontanés.

Les animaux chez lesquels nous avons expérimenté ce moyen étaient placés, du reste, dans les mêmes conditions que ceux auxquels nous avons appliqué les insufflations d'oxygène.

Nous avons employé les insufflations d'air atmosphérique chez onze chiens, et nous en avons rappelé huit à la vie.

La durée la plus courte de l'insufflation pour ramener la respiration normale a été d'une minute ; la durée la plus longue de sept minutes ; la durée moyenne de trois minutes.

Nous avons aussi employé l'insufflation avec succès chez trois lapins ; elle a duré de trente secondes à deux minutes.

Je me contenterai de rapporter trois expériences :

Première expérience faite sur un jeune chien de forte taille. Les mouvemens respiratoires cessent après vingt-trois minutes d'inhalations, pour lesquelles on a employé 6 grammes de chloroforme. Les battemens du cœur et de l'artère crurale durent encore quelques secondes.

On retire le chloroforme et on pratique l'insufflation d'air atmosphérique.

On sent au bout d'une minute, en introduisant le doigt au fond de la cavité buccale, un frémissement qui se propage circulairement de la base de la langue à l'isthme du gosier, et l'on constate aussi une inspiration spontanée.

Les inspirations qui avaient recommencé disparaissent après deux minutes ; mais on perçoit distinctement les contractions du cœur, et les pulsations de l'artère crurale, qui s'affaiblissent pendant une minute, semblent se suspendre et reparaissent fortes et régulières.

Après trois minutes de suspension, les inspirations se rétablissent. On cesse l'insufflation, qui a duré cinq minutes.

L'animal récupère successivement ses facultés sensibles et locomotrices, ainsi que nous l'avons indiqué dans les précédentes expériences, et au bout de vingt-cinq minutes il est tout à fait rétabli.

Deuxième expérience faite sur un chien adulte de forte taille. Les mouvemens respiratoires cessent après cinquante-huit minutes d'inhalations, pour lesquelles on a employé 30 grammes de chloroforme. Les contractions des paupières et des ailes du nez, ainsi que les pulsations de l'artère crurale continuent, les premières pendant une minute et demie ; les secondes pendant deux minutes après les mouvemens respiratoires.

On retire le chloroforme et on pratique l'insufflation.

Les contractions des ailes du nez reparaissent après une minute ; on sent presque en même temps dans l'artère crurale un léger frémissement auquel succèdent des pulsations d'abord lentes, puis rapides. Les inspirations n'ont pas encore repris.

Les mouvemens respiratoires reparaissent après quatre minutes d'insufflation, et s'établissent régulièrement.

L'animal est tout à fait remis après trente-cinq minutes.

Troisième expérience faite sur un lapin. Les mouvemens respiratoires cessent au bout de onze minutes d'inhalations (3 grammes de chloroforme) ; ceux du cœur durent encore quelques secondes, ainsi que les contractions du cœur.

Après une minute d'insufflation, on constate le retour des mouvemens des lèvres et un battement du cœur ; la respiration reparaît quelques secondes après.

On cesse l'insufflation qui a duré deux minutes.

Vingt-sept minutes après, l'animal paraît rétabli.

Il résulte de nos expériences que les insufflations d'air atmosphérique réussissent dans l'intoxication chloroformique, et qu'elles ont une efficacité qui paraît égale à celle des insufflations d'oxygène pur.

§ III. — Action de l'électricité.

M. Jobert (de Lamballe) a établi, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences le 29 août 1853 (4), que l'intoxication chloroformique peut céder à l'action de l'électricité.

Précédemment, M. Abeille (5) avait émis la même opinion. D'après les expériences de M. Jobert, l'électricité est impuissante lorsque le cœur a cessé de fonctionner depuis quelques instans ; on n'obtient le rétablissement des fonctions physiologiques que quand cet organe éprouve encore des contractions, si inappréciables qu'elles soient. Je dois dire que M. Jobert a vu, dans ses expériences, la respiration continuer quand les battemens du cœur avaient cessé d'être sensibles à travers la poitrine, chose tout à fait opposée à nos observations. Dans ces circonstances, le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu a ranimé les fonctions de la respiration et de la circulation en plaçant les excitateurs communiquant avec les pôles d'un appareil d'induction, l'un dans la bouche, l'autre dans l'anus des animaux, ou bien par l'électro-puncture deux aiguilles étant placées l'une à la nuque, l'autre à la partie inférieure du tronc, de manière à comprendre entre les deux pôles la longueur de la moelle ainsi mise dans l'action du courant électrique.

Je vais faire connaître les résultats que nous avons obtenus de l'emploi de l'électricité. M. Duchenne de Boulogne a bien voulu assister à nos expériences et faire fonctionner son appareil galvano-faradique.

Première expérience. — On chloroformise un chien adulte de forte taille. 10 grammes de chloroforme ont été employés.

Après huit minutes d'inhalations, les mouvemens respiratoires s'arrêtent ; les battemens du cœur ne cessent d'être appréciables que deux minutes après.

On retire alors le chloroforme, et on applique immédiatement l'électricité de la manière suivante :

On place les excitateurs qui communiquent avec les pôles de l'appareil, l'un sur la langue, l'autre sur une épingle enfoncée dans les parois de la poitrine à la hauteur des insertions du diaphragme, et on fait passer *sans interruption*, pendant trois minutes, un courant d'induction, de tension très forte, à intermittences rapides ; on produit des convulsions et des contractions violentes des muscles du tronc et des membres antérieurs, sans observer le moindre signe de vie, ni le moindre mouvement d'inspiration.

On place alors un excitateur dans la bouche et l'autre dans l'anus, et on fait agir le courant pendant trois minutes, en ne provoquant que des contractions très puissantes des muscles de tout le corps.

On enfonce enfin dans le cœur une épingle sur laquelle on place un des excitateurs, l'autre étant sur les parois thoraciques, et des frémissemens agitent la poitrine.

L'animal ne revient pas à la vie.

Deuxième expérience. — On chloroformise un jeune chien de taille moyenne (8 grammes de chloroforme).

Les mouvemens respiratoires cessent après vingt-quatre minutes d'inhalations, quelques secondes avant les contractions du cœur. On place un excitateur dans la bouche, l'autre dans le rectum, et on fait passer un courant d'induction de tension moyenne, à intermittences rapides. Mais cette fois, au lieu d'être continu, il est intermittent, c'est-à-dire on le fait agir et on l'interrompt alternativement, pendant une durée égale, qui est de une à deux secondes.

Lorsqu'il est en activité, on remarque des contractions violentes des muscles des membres ; la poitrine se dilate comme dans une inspiration profonde ; mais il ne semble pas, à l'auscultation, que l'air pénètre dans les ramifications des bronches.

Lorsque le courant est interrompu, les contractions musculaires cessent et les parois thoraciques soulevées retombent comme dans les mouvemens d'expiration.

L'action galvanique est continuée pendant dix minutes sans qu'on observe d'inspirations spontanées ; à ce moment l'excitabilité nerveuse s'épuise, car il ne se produit plus qu'un mouvement contractile très faible des muscles de la face, quoique la puissance du courant ait été portée progressivement jusqu'au maximum.

Nous avons constaté l'épuisement de l'excitabilité par la diminution progressive et la cessation des contractions qui ont eu lieu successivement dans les muscles des membres, les muscles sacro-spinaux, les muscles respirateurs, enfin dans ceux de la face, dont la faculté contractile s'est éteinte deux minutes après celle des muscles thoraciques.

Nous avons alors, en touchant avec les excitateurs le nerf sciatique mis à nu, déterminé encore des contractions violentes des membres inférieurs. Après avoir attendu quelques minutes, nous avons replacé les excitateurs dans la bouche et dans le rectum, mais les muscles du tronc et des membres sont restés immobiles ; l'impuissance de l'électricité à provoquer leurs contractions était donc définitive, et non pas momentanée, comme cela a lieu chez la grenouille, dont l'excitabilité peut se suspendre sous l'action des courans à intermittences très rapides, et revenir après quelques minutes.

L'animal n'a pas été rappelé à la vie.

Je vous demande la permission, Messieurs, de vous soumettre les réflexions que suggère cette intéressante expérience.

Le courant électrique a été interrompu à des intervalles égaux d'une à deux secondes, afin que l'excitation étant intermittente, il y eût dans les muscles du tronc des alternatives de contraction et de relâchement nécessaires pour l'exécution des mouvemens d'inspiration et d'expiration. Sans cette précaution indispensable, les muscles sont en contraction permanente, les mouvemens respiratoires impossibles et l'asphyxie certaine. C'est à dessein que nous avions opéré autrement dans la première expérience, afin de faire voir que l'électricité peut être nuisible en empêchant la respiration, sans agir contre l'intoxication chloroformique.

Nous avons aussi constaté l'épuisement de cette forme d'excitabilité de la moelle qu'on pourrait appeler excitabilité réflexe à cause de son mode de manifestation ; en effet, le courant galvanique, passant de la bouche au coccyx, transmet l'excitation à la moelle, qui la réfléchit par ses nerfs émergens sur les muscles dont elle détermine les contractions.

L'excitabilité directe persiste plus longtemps, puisque l'excitation du nerf sciatique mis à nu produisait encore les convulsions dans les membres. Cependant la motricité s'éteint comme l'excitabilité réflexe plus rapidement chez les animaux tués par le chloroforme que chez ceux qui succombent à un autre genre de mort. Ainsi, chez un chien chloroformisé jusqu'à la dernière période, nous avons faradisé les nerfs phréniques mis à nu, douze minutes après l'arrêt des mouvemens de la respiration et du cœur, sans obtenir la contraction du diaphragme.

La connaissance de ces faits doit tenir en garde contre l'action prolongée de l'électricité dans les accidens déterminés par le chloroforme.

Troisième expérience. — On chloroformise un chien de taille moyenne. 12 grammes de chloroforme ont été employés.

Après trente minutes d'inhalations les mouvemens respiratoires cessent quelques secondes avant les mouvemens du cœur.

On place un excitateur dans la bouche, l'autre dans le rectum, et on fait agir un courant assez fort en ayant soin de l'interrompre à intervalles d'une à deux secondes.

Chaque fois qu'il est en activité, les membres et le tronc s'agitent, et les côtes se soulèvent en masse ; quand il est interrompu les côtes retombent et la poitrine se resserre.

Au bout de deux minutes on voit des frémissemens dans les narines ; il se manifeste une inspiration suivie par d'autres, et après deux nouvelles minutes les mouvemens respiratoires sont rétablis. On cesse alors l'action de l'électricité, qui a duré quatre minutes.

Trente-cinq minutes après l'animal est tout à fait remis.

Les expériences précédentes montrent que l'électrisation générale est souvent impuissante contre l'intoxication chloroformique.

M. Duchenne de Boulogne avait déjà proposé (1) la faradisation localisée aux nerfs phréniques, dans le but de produire la respiration artificielle, afin de remédier aux premiers accidens de l'asphyxie dans les empoisonnemens par certains agens, tels que la vapeur du charbon, l'opium, le chloroforme, etc.

D'un autre côté, les expériences que nous avons faites et que j'ai rapportées dans le premier chapitre de ce rapport nous avaient prouvé que les propriétés excito-motrices de la moelle et la motricité des nerfs continuent de se manifester pendant un certain temps sous l'action de l'électricité, même quand les fonctions de la respiration et de la circulation sont suspendues.

Nous pouvions en inférer que la respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques peut être obtenue chez les animaux que le chloroforme a plongés dans l'état de mort apparente. Ces expériences sont précieuses, puisqu'elles sont les premières qui aient établi cette possibilité d'une façon péremptoire, en démontrant la persistance de la motricité des nerfs niée par d'autres observateurs.

Nous procédâmes donc à la faradisation des nerfs phréniques dans l'expérience suivante, que je vais décrire avec quelques détails à cause de son importance.

Nous ne saurions trop remercier M. Duchenne de Boulogne de l'empressement avec lequel il nous a donné l'assistance de ses conseils éclairés et de sa haute expérience, pour tout ce qui concerne les applications physiologiques et thérapeutiques de l'électricité, dans les expériences qu'il a bien voulu faire de concert avec nous, pour déterminer l'influence de cet agent sur les animaux stupéfiés par le chloroforme.

Quatrième expérience. — On soumet aux inhalations un chien adulte de taille moyenne. 8 grammes de chloroforme ont été employés.

Les mouvemens respiratoires cessent au bout de onze minutes, le cœur bat encore quelques secondes, oscille et s'arrête.

On applique immédiatement les excitateurs garnis d'éponge humide au devant du cou, sur le trajet des nerfs phréniques, et on fait agir un courant d'induction à intermittences très rapides, ayant les deux tiers de sa puissance maximum ; on a soin de l'interrompre, comme je l'ai dit plus haut.

Quand le courant agit, les côtes inférieures s'écartent, les parois abdominales se soulèvent et l'air pénètre dans les poumons avec le bruit d'une inspiration sanglotante ; en effet, pendant la contraction du diaphragme que détermine l'excitation des nerfs phréniques, la cavité de la poitrine s'agrandit par l'augmentation de son diamètre vertical et du diamètre transversal de sa base.

Quand le courant est interrompu, l'abdomen et la poitrine s'affaissent comme dans l'expiration ; on facilite ce mouvement et l'expulsion de l'air par la compression du thorax.

Au bout de trois minutes, on aperçoit des contractions des ailes du nez, des paupières et de la langue ; une minute après, on voit une inspiration suivie d'autres inspirations naturelles ; les mouvemens respiratoires normaux se rétablissent. On cesse la faradisation qui a duré quatre minutes.

Vingt-cinq minutes après, l'animal est tout à fait remis.

Les expériences précédentes démontrent que l'intoxication chloroformique n'a cédé à l'action de l'électricité qu'autant que celle-ci a déterminé la respiration artificielle. L'air entrait dans les poumons et en était expulsé alternativement, et après quelques minutes la respiration normale se réveillait, ainsi que les autres fonctions. Quand la respiration artificielle n'a pas été obtenue, l'électrité n'a produit que des excitations et des contractions stériles bientôt épuisées ; mais l'intoxication n'a pas cédé.

Le moyen le plus efficace et le plus sûr de produire la respiration artificielle chez les animaux chloroformés est la faradisation des nerfs phréniques.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Communication à l'Académie des sciences, 17 janvier 1848.
(2) *Monthly journal*, 1853.
(3) *London medical journal*, 1852.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1er septembre 1853.
(5) *Gazette des hôpitaux*, 3 septembre 1853.

(1) *Recherches électro-physiologiques sur le diaphragme*, page 55.

COURRIER.

SOUSCRIPTION OUVERTE EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

4me liste.

MM. Sichel, à Paris, 10 fr. ; Kayser, à Bouzonville, 5 fr. ; Fallot, à Montbéliard (2e envoi), 10 fr. ; Durand-Fardel, à Paris, 10 fr. ; Louis, id., 20 fr. ; Ricord, id., 20 fr. ; Martinencq, à La Seyne, 6 fr. ; Bertillon, à Montmorency, 10 fr. ; Otterbourg, à Paris, 5 fr. ; Chailly-Honoré, id., 10 fr. ; Casimir Pinel neveu, id., 10 fr. ; Porquet, à Vire, 5 fr. ; Belloc, à Alençon, 5 fr. ; Gérard de la Préverie, à Savenay, 5 fr.

Total de la 4me liste. . .	131 fr.
Listes précédentes . . .	1,076 fr.
Total général.	1,207 fr.

CHOLÉRA. — Du 15 au 19 janvier inclusivement, 5 nouveaux cas seulement de choléra ont été observés dans les hôpitaux et hospices de Paris. Il n'y a eu qu'un seul décès.

— L'examen de sortie des stagiaires de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires nommés par décision des 11 septembre et 30 octobre derniers commencera, pour les médecins, le 22 janvier, et pour les pharmaciens, le 29 du même mois.

Le jury pour les médecins sera divisé en deux sections composées, savoir :

Première section (médecine) : MM. Alquié, président ; Boudin et Worms.

Deuxième section (chirurgie) : MM. Bégin, président ; Hutin et Villaret.

Les professeurs du Val-de-Grâce (médecine et chirurgie) feront partie du jury seulement pour l'épreuve qui ressortit à l'enseignement de chacun d'entre eux.

Le jury pour les pharmaciens est composé ainsi qu'il suit : MM. Thiriaux, président ; André, Tripier et Poggiale.

— M. le docteur Medynski, ex chef de clinique de l'Université de Cracovie, ancien chirurgien-major de l'armée polonaise, vient de mourir à Cassis (Bouches-du-Rhône).

— MM. les docteurs Champouillon, médecin principal, et Chenu, médecin major de première classe, qui avaient été détachés à l'armée d'Orient, sont rentrés dans leurs fonctions au Val-de-Grâce.

— MM. Lutz et Soubeiran fils viennent d'être nommés agrégés à l'École de pharmacie, à la suite d'un brillant concours.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 9 janvier 1855, M. Charles Quesnoy est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Lille.

— On assure, dit le *Salut public* de Lyon, que le typhus sévit avec une certaine intensité dans les environs de Tain (Drôme). L'épidémie aurait pour cause des exhalaisons pernicieuses, des gaz délétères qui se seraient dégagés des entrailles du sol, à la suite du percement d'un tunnel dans cette localité.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 10. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 25 Janvier 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An...............	32 Fr.
6 Mois.............	17
3 Mois.............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges, n° 12.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 JANVIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine ne peut espérer d'avoir toute l'année des séances aussi intéressantes que celles qui, depuis bientôt trois mois, défrayaient nos comptes-rendus. Après les orages de ces derniers temps, elle est rentrée dans les régions calmes et sereines des lectures et des rapports.

M. Chevallier a lu un important mémoire sur les eaux minérales arsénicales.

M. le docteur de Pietra Santa a présenté une suite à ses intéressantes recherches de l'influence sur le physique et le moral de l'emprisonnement cellulaire à la prison Mazas. Nous publions ce précieux document.

Enfin M. le docteur Foucart, qui vient de remplir avec un grand zèle et dévouement plusieurs missions importantes dans les départemens envahis par le choléra, est venu offrir à l'Académie les résultats de ses observations sur cette épidémie et sur ses rapports avec la suette. Il est à désirer que ce travail reçoive de la publicité.

Entre deux lectures, et comme diversion, M. Robinet a présenté une longue série de rapports, non plus sur des remèdes secrets, mais sur des traitemens du choléra, tous souverains, tous infaillibles, bizarre et stupide assemblage des plus ridicules recettes, et dont M. le rapporteur a fait spirituellement bonne et prompte justice.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

DU PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN (1).

Ce qui, dans la marche de cette maladie, est le plus digne d'être noté, ce sont ces alternatives de diminution considérable de la tumeur devenue indolente en même temps que disparaissent les symptômes généraux, et d'augmentation coïncidant avec la réapparition de la douleur et des autres phénomènes morbides. La marche est donc tantôt tout à fait aiguë, tantôt tout à fait chronique. Les symptômes eux-mêmes qui ont été notés dans l'observation sont ceux qui se rencontrent d'habitude; nous ne les énumérerons pas une deuxième fois, nous contentant de faire remarquer que les troubles fonctionnels de la menstruation sont variables; l'écoulement sanguin étant tantôt supprimé, tantôt augmenté, au point de prendre le caractère d'une véritable métrorrhagie. Cette dernière circonstance est celle que M. Gosselin a rencontrée le plus souvent, et il l'attribue à ce que la métrite qui se complique de phlegmon prend facilement la forme hémorrhagique. La tumeur était postérieure et médiane; souvent elle est située latéralement; une seule fois sur vingt-six, M. Gosselin l'a trouvée en avant de l'utérus. Enfin, il n'y a pas eu de ces douleurs névralgiques si bien indiquées par MM. Beau et Valleix sur le trajet des nerfs des parois abdominales et des membres inférieurs, comme cela a eu lieu chez la malade dont l'histoire sera donnée plus loin. La terminaison s'est faite par résolution, ce qui arrive plus fréquemment que ne le pense M. Bennett, car dans 3 cas seulement sur 26 il y a eu terminaison par suppuration. La résolution n'a été obtenue qu'au bout d'un temps très long, mais elle est complète, circonstance importante au point de vue du pronostic et sur laquelle nous reviendrons à propos de phlegmon chronique. La métrite qui a servi de point de départ à ce phlegmon étant d'ailleurs dissipée d'une manière complète, il y a tout lieu de considérer la guérison comme définitive. — Pour obtenir ce résultat il a suffi de quelques émissions sanguines pratiquées avec une grande modération malgré l'intensité de l'inflammation à certains momens. Les malades atteintes de phlegmon péri-utérin sont déjà, par la nature même de leur affection, trop disposées à la chlorose et à l'anémie pour qu'il convienne d'insister trop rigoureusement sur un traitement qui peut et doit augmenter cette prédisposition sans hâter la guérison. Parmi les observations qui ont été publiées par M. le docteur Nonat, il en est plusieurs où la maladie a été plus longue que dans le cas actuel, et dans d'autres où les émissions sanguines ont été employées avec mesure. Enfin, on a eu souvent recours d'une manière avantageuse aux purgatifs qui soulagent, tant en vidant le rectum qu'en diminuant les efforts de défécation, toujours douloureux quand il y a une phlegmasie intra-pelvienne. Les émolliens, les bains, les onctions mercurielles sont utilement employés. Les autres moyens seront indiqués plus loin.

§ III. — La forme chronique comprend deux variétés. Dans l'une, ainsi que cela s'est observé à un certain moment chez la malade dont il vient d'être parlé, on trouve au pourtour de l'utérus des petites tumeurs arrondies, soit solitaires, soit au nombre de deux ou trois, très faciles à circonscrire, présentant le volume d'un gros pois, d'une bille ou d'une cerise, lisses, semblant adhérer dans certains cas à quelque point des parois latérales ou postérieures de l'utérus, étant d'autres fois parfaitement détachées de l'organe et situées dans l'épaisseur du ligament large. Ces petites tumeurs, qui ne causent aucune douleur spontanée et dont aucun trouble ne révèle la présence, sont douloureuses à la pression; leur histoire est encore tout entière à faire, aucun auteur ne les a jusqu'à présent décrites, et M. Gosselin, qui est le premier à les signaler, en a vu cinq exemples. Il pense qu'elles sont consécutives à des phlegmons qui ont été plus volumineux et sont actuellement en voie de résolution, mais que leur présence laisse les malades exposées à des recrudescences et à des retours de nouvelles bouffées inflammatoires, comme il l'a vu deux fois. Relativement au diagnostic, il est important d'être prévenu de la possibilité de leur existence; sans cela on pourrait être fort embarrassé lorsqu'on les rencontre sous le doigt et croire à toute autre lésion qu'à celle qui existe réellement. C'est seulement après les avoir rencontrées chez une femme qu'il avait soignée pour un phlegmon sub-aigu, que M. Gosselin a appris à les reconnaître et à ne plus les confondre désormais avec des tumeurs fibreuses, fibro-plastiques ou enkystées.

L'autre variété comprend des tumeurs plus étendues, plus volumineuses, qui sont cependant de nature inflammatoire tout en affectant une marche chronique, comme cela avait lieu chez la malade qui fait le sujet de l'observation suivante, et qui est encore en traitement à l'hôpital Cochin.

OBSERVATION II. — *Métrite hémorrhagique; — phlegmon péri-utérin chronique.*

C..., âgée de 24 ans, entrée à l'hôpital de Lourcine le 4 mars 1854, n'a eu qu'un enfant et il y a de cela quatorze mois, lorsqu'elle entre à l'hôpital. Elle dit avoir, peu de temps après son accouchement, contracté une vaginite, et depuis avoir des métrorrhagies fréquentes.

Etat actuel : La face est pâle, le teint anémique; il n'y a pas de fièvre. Peu de douleurs dans le bassin; par le toucher on reconnaît au dessus du cul-de-sac postérieur du vagin deux petites tumeurs arrondies très douloureuses à la pression, qui ne sont pas très nettement délimitées. Le corps de l'utérus est lourd et volumineux. Le col, d'un volume normal, présente une ulcération qui saigne au moindre contact et se prolonge à travers l'orifice externe jusque dans sa cavité. Une cautérisation très légère, pratiquée dans l'intérieur du col avec le crayon de nitrate d'argent, est suivie d'un léger écoulement sanguin. Peu de jours après apparaissent les règles, qui durent, abondantes et douloureuses, du 22 au 28 mars. Après leur disparition, plus encore que pendant leur durée, la malade éprouve des douleurs cuisantes dans l'hypogastre, même étant couchée; lorsqu'elle est debout ses souffrances sont plus vives et se font ressentir jusque dans la région lombaire. Elle ne peut même rester assise une journée entière. La douleur, qui est plus vive le soir, s'irradie sur le trajet des branches collatérales du plexus lombaire gauche, et, dans certains momens, le long des nerfs de la cuisse du même côté, surtout vers ses faces antérieure et externe. La pression exaspère ces douleurs, et la palpation ne peut être pratiquée au niveau de la fosse iliaque gauche sans qu'il survienne immédiatement une contraction très violente des muscles des parois abdominales qui rend tout examen impossible. Il y a de la leucorrhée. Par le toucher on trouve en arrière du col de l'utérus, à la place des deux petites saillies observées au moment de l'entrée, une tumeur volumineuse extrêmement dure qui déborde des deux côtés le col utérin; elle est enclavée, immobile, modérément douloureuse à la pression; le col est refoulé en avant, et en combinant le toucher avec le palper hypogastrique, on perçoit au-dessus du pubis l'ébranlement communiqué à l'utérus, tandis qu'il n'en est pas ainsi si l'on essaie de mouvoir la tumeur. (On prescrit : vin de quinquina, quatre pilules Vallet, chaque jour, iodure de potassium).

Depuis lors, jusqu'à la fin du mois de juin, on ne remarque pas de changemens bien appréciables dans l'état, soit général, soit local; la tumeur paraît à de certaines époques un peu moins volumineuse, mais elle est plus dure et a une consistance ligneuse. Les règles coulent en avril du 22 au 26. En mai, du 17 au 21, elles ont été très abondantes et il a fallu administrer de la teinture de cannelle pour les arrêter. Les jours suivans il y a eu une recrudescence des douleurs, qui ont été combattues par des applications de vésicatoires morphinés. Le col est cautérisé avec le nitrate d'argent. En juin, même état, règles du 15 au 20, très abondantes, la teinture de cannelle est prescrite. A dater de cette époque, le mieux devient sensible, les douleurs diminuent, la paroi abdominale se laisse déprimer plus facilement et permet de reconnaître dans la fosse iliaque gauche faisant saillie, au-dessus du détroit supérieur du bassin, le sommet de la tumeur dont la base est au-dessus du vagin, entre l'utérus et le rectum. Cette tumeur, toujours aussi dure, est un peu moins volumineuse et devient mobile. Ses portions droite et gauche se séparent, paraissant ne plus se continuer l'une avec l'autre, et c'est le 4 juillet que l'on constate ce progrès. Les règles durent du 16 au 24 très abondantes les quatre premiers jours, moins lorsque la malade prend la teinture de cannelle. L'amélioration continue, la malade se lève la plus grande partie de la journée et descend au jardin; mais, vers le 2 août, la tumeur, qui, jusque-là, allait en diminuant, paraît augmenter un peu de volume. La leucorrhée persiste. Le cathétérisme utérin étant pratiqué, l'hystéromètre pénètre sans difficulté et en suivant la direction normale à une profondeur de 6 centimètres. Les règles, qui coulent très abondantes depuis le 14, sont arrêtées immédiatement le 22, après l'administration d'une seule potion contenant 20 grammes de teinture de cannelle. Le 30, par le toucher vaginal on ne sent plus de tumeur à droite de l'utérus, mais à gauche et en arrière il en existe toujours une très dure qui remonte jusque dans l'hypogastre; elle est peu douloureuse à la pression. Les douleurs spontanées ont cessé et ne reparaissent que si la malade reste longtemps debout. Après la marche elles reviennent rapidement. Règles du 8 au 14 septembre. Ecoulement sanguin reparaissant le 27 du même mois, pour se prolonger jusqu'au 11 octobre. Les règles de novembre durent huit jours.

Pendant tout le cours du traitement il n'a pas été prescrit de purgatif parce que la malade a eu assez souvent de la diarrhée survenant à des époques indéterminées. Le col a été cautérisé plusieurs fois au nitrate d'argent. Trois cautères ont été appliqués sur la paroi abdominale antérieure, deux le 27 octobre et le troisième en novembre.

Cette femme, qui a suivi M. Gosselin à l'hôpital Cochin, se présente à nous le 30 novembre dans l'état suivant : La tumeur, qui depuis deux mois environ diminuait avec une assez grande rapidité, a presque complètement disparu; au toucher vaginal et rectal on trouve des saillies, non plus nettement séparées comme au début, mais réunies en une masse irrégulière, inégale, très dure et un peu douloureuse à la pression; cette masse est plus facile à sentir à gauche qu'à droite de l'utérus. On ne sent plus rien par le palper abdominal. L'utérus a sa direction normale; il n'est ni lourd ni volumineux. Il n'y a plus de douleurs spontanées, mais la marche et l'exercice causent très facilement une fatigue douloureuse, et alors il y a une sensation de pesanteur dans le bassin. M. Gosselin se propose de faire porter à cette femme une ceinture hypogastrique, dans le but de la soulager en diminuant la mobilité de son utérus.

Nous trouvons dans ce cas à peu près les mêmes symptômes, soit locaux, soit fonctionnels, que dans le précédent, et ce qui les différencie, c'est l'absence de mouvement fébrile et la marche essentiellement lente et chronique de la maladie dans la seconde observation. M. Gosselin insiste sur ce fait important et jusqu'à présent inexpliqué, que cette propriété de devenir le siége d'une inflammation très longue et très difficile à résoudre, tout en ayant peu de tendance à suppurer, appartienne spécialement au tissu cellulaire péri-utérin; car si le phlegmon des autres régions peut quelquefois, comme M. Laugier en a cité un petit nombre d'exemples, affecter une forme chronique, il est positif que c'est l'exception, tandis que pour le tissu péri-utérin, c'est chose assez fréquente. Ainsi, sur 26 cas, il y en a 3 seulement de phlegmon aigu, tandis qu'il y en a 11 de tout à fait chroniques, 9 de sub-aigus ou chroniques avec redoublemens inflammatoires, et 3 qui se sont terminés par suppuration, et qui, quoique difficiles à classer rigoureusement dans l'une ou l'autre de ces catégories, appartiennent cependant plutôt à la seconde. L'étiologie et le diagnostic sont les mêmes pour la forme chronique que pour les autres; nous devons dire cependant que, souvent, la tumeur présente une telle dureté, une consistance si considérable, qu'elle est presque ligneuse; aussi, dans certains cas, a-t-elle pu être prise pour une maladie des os du bassin, exostose ou ostéo-sarcôme; les hémorrhagies abondantes éprouvées par les malades peuvent

(1) Voir le dernier numéro.

déterminer une anémie dont les symptômes seraient de nature à confirmer dans l'erreur de diagnostic en laissant supposer l'existence d'une cachexie cancéreuse. Il suffit cependant d'être prévenu de la possibilité d'une telle méprise pour l'éviter en procédant à un examen attentif, et elle n'a pu être commise que quand on ignorait encore l'existence de cette forme du phlegmon péri-utérin. Ferons-nous remarquer la longue durée de la maladie; dix mois déjà, et la résolution n'est pas encore complète. Mais, dans cette forme, ce qui nous intéresse le plus, c'est le traitement. En effet, on sait avec quelle insistance M. Nonat recommande les émissions sanguines et la diète. M. Gosselin, qui reconnaît la justesse des opinions de cet auteur sur la fréquence et les variétés de la maladie dont il est question, cesse d'être de son avis lorsqu'il s'agit de la médication, et regarde le traitement antiphlogistique comme contr'indiqué. Nous avons déjà vu précédemment que, dans la forme aiguë, il est très sobre d'émissions sanguines; dans la forme chronique, non seulement il les proscrit, mais il cherche même à combattre l'anémie et à arrêter les hémorrhagies qui se produisent spontanément pendant le cours de l'affection. Le repos, les émolliens sont les premiers moyens employés dans ce but. Les applications de compresses imbibées d'eau froide sur le ventre, les lavemens froids, la limonade sulfurique, mais surtout la teinture de cannelle, déjà conseillée par Récamier, à la dose de 15 à 20 grammes, ont produit, entre ses mains, d'excellens effets contre les métrorrhagies. Puis viennent les purgatifs et les fondans, iodure de potassium à haute dose et longtemps continué à l'intérieur, vésicatoires volans, cautères et au besoin même séton sur l'abdomen, dans le but de favoriser la résolution. Tous ces moyens, à l'exception du dernier, ayant été employés dans le cas que nous venons de citer, et la malade ayant encore actuellement trois cautères sur le ventre, la lenteur même de l'amélioration qui a été obtenue permet peut-être d'élever des doutes sur leur efficacité réelle, mais ils ont sur ceux dont nous parlions plus haut l'avantage incontestable de n'être pas aussi nuisibles, en admettant même, ce qui est loin d'être démontré, qu'ils soient inutiles.

T. GALLARD,
Interne des hôpitaux.

ANESTHÉSIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOYENS A EMPLOYER CONTRE LES ACCIDENS DÉTERMINÉS PAR LES INHALATIONS DE CHLOROFORME ;

Rapport

Lu à la Société médicale d'émulation de Paris, le 13 Janvier 1855,

Par M. Ludger LALLEMAND,

Secrétaire général de la Société, médecin-major du 20me bataillon de chasseurs à pied,

Au nom d'une commission composée de MM. Adorne, Gillette, Amédée Forget, Hillairet, Maurice Perrin, et Ludger Lallemand, rapporteur.

(Suite. — Voir les numéros des 20 et 23 Janvier.)

§ IV. — DE LA VALEUR RELATIVE DES AGENS EMPLOYÉS CONTRE L'INTOXICATION CHLOROFORMIQUE.

Nous avons vu dans nos expériences que les insufflations d'oxygène pur et les insufflations d'air atmosphérique sont identiques sous le rapport de l'efficacité dans l'intoxication chloroformique. Ces deux moyens nous ont donné, en effet, des succès dans la même proportion, et ils ont, dans le même temps et avec la même énergie, ranimé la respiration et rétabli les autres fonctions.

Il ne faut pas oublier que l'insufflation doit être continuée jusqu'au rétablissement complet de la respiration; car il nous est arrivé plusieurs fois, l'ayant suspendue après avoir obtenu quelques inspirations spontanées, de voir les mouvemens respiratoires s'arrêter de nouveau, les accidens reparaître, et ce n'était qu'en la reprenant que nous pouvions conjurer une mort certaine et imminente.

La facilité de se procurer partout une sonde et un soufflet engagera sans doute à employer de préférence les insufflations d'air atmosphérique.

Comme elles doivent être appliquées d'une manière continue, et pendant assez de temps, et avec une force notable, il est indispensable, si nous voulons qu'elles passent du domaine de l'expérimentation scientifique à l'usage régulier de la pratique médicale, de prouver qu'on peut les employer en sécurité, sans avoir à craindre le danger de l'emphysème interstitiel et de la déchirure des poumons signalé par M. Leroy-d'Étiolles.

Nous n'avons jamais trouvé à l'autopsie, faite immédiatement ou après quelques jours, de trace d'emphysème dans les poumons des chiens et des lapins qui avaient été insufflés avec beaucoup de force pendant sept à huit minutes. Pour aller au devant d'une objection tirée du degré de résistance des cellules pulmonaires chez ces animaux, j'ai pratiqué l'insufflation pulmonaire à l'amphithéâtre du Val-de-Grâce, à l'aide d'un soufflet et d'une sonde introduite dans la trachée par la bouche, sur des cadavres de sujets qui avaient succombé à une maladie étrangère aux organes thoraciques, et je l'ai prolongée avec assez de force pendant quinze minutes sans produire d'emphysème.

On comprendrait la possibilité de cet accident si le tube à insufflation avait le diamètre de la trachée; la colonne d'air poussée vigoureusement pourrait alors acquérir assez d'impulsion pour vaincre la résistance des cellules pulmonaires. Mais nous procédons autrement; la sonde ayant un calibre inférieur à celui de la trachée, l'air qui en sort use une partie de sa vitesse dans un canal plus large et dans les divisions successives des bronches, et quand les cellules pulmonaires qui se sont laissé distendre, reviennent en vertu de leur élasticité, l'air expulsé trouve un passage libre entre les parois de la trachée et celles de la sonde. Aussi, nous sentions, après chaque poussée de gaz, le retour de celui-ci comme dans l'expiration ordinaire.

Dans nos expériences sur l'action de l'électricité, le retour à la vie n'a eu lieu que quand la respiration artificielle s'est produite sous l'influence de cet agent, surtout par la faradisation des nerfs phréniques.

Si l'on considère, en outre, que le rétablissement des fonctions s'est opéré dans le même ordre, dans le même mode et dans le même temps, par l'insufflation et par l'électricité, ne peut-on pas inférer que celle-ci n'a aucune action qui lui soit spécialement propre contre l'intoxication par le chloroforme? Les effets d'un poison introduit dans l'économie ne cessent que par sa destruction ou par son élimination; l'électricité ne détruit pas le chloroforme; et si, comme nous le prouverons bientôt, cet agent anesthésique est éliminé par les poumons, ne doit-on pas conclure que l'électricité ne dissipe les accidens du chloroforme qu'en déterminant son élimination par la respiration artificielle qu'elle provoque, et à laquelle fait suite la respiration normale?

J'insiste sur cette opinion qui me paraît être l'expression des faits, et qui n'a pas été nettement formulée par les expérimentateurs qui nous ont précédés.

Ainsi, l'insufflation et l'électrisation arrivent au même but par deux moyens différens: l'une introduit directement l'air dans les poumons; l'autre l'y fait arriver en dilatant les parois thoraciques.

Mais je pense que l'insufflation mérite la préférence, car on peut augmenter la puissance et l'énergie de son action en poussant l'air dans les poumons avec le degré de force qu'on désire, tandis que l'étendue de la respiration artificielle, produite par l'action de l'électricité, ne peut être amplifiée à volonté; en outre, la crainte de produire des accidens analogues à ceux que nous avons observés dans quelques-unes de nos expériences, doit faire une loi de n'employer cet agent qu'avec prudence, et de n'en pas trop prolonger l'action chez les individus chloroformés.

Il est à peine utile d'ajouter que la faradisation localisée aux nerfs phréniques doit être préférée à l'électrisation générale.

— Je vais maintenant dire quelques mots de l'ensemble des phénomènes que présentent les animaux en récupérant leur intégrité fonctionnelle enrayée par le chloroforme.

La disparition de l'éthérisme suit une marche rétrograde dont les phénomènes rappellent par leur succession et par leur durée ceux de l'intoxication progressive.

Ainsi les animaux qui, comme les reptiles, sont les plus réfractaires à l'action du chloroforme sont aussi les plus lents à se soustraire à son influence. Les oiseaux se relèvent aussi vite qu'ils sont frappés. Les mammifères tiennent un rang intermédiaire entre les deux autres classes de vertébrés. Il existe donc aussi une relation directe entre l'énergie de la fonction respiratoire et la rapidité avec laquelle disparaît l'éthérisme. Ce fait suffirait à indiquer la voie par laquelle les anesthésiques sont éliminés de l'économie; en effet, l'air expiré par les animaux est alors imprégné d'une forte odeur de chloroforme.

Le rétablissement des fonctions a lieu dans un ordre inverse à celui de leur suspension. Ainsi, nous avons vu dans la plupart de nos expériences les mouvemens du cœur se réveiller avant ceux de la respiration. Si nous n'avons pas pu le constater toujours, c'est qu'il est difficile d'apprécier à travers les parois thoraciques les contractions de cet organe pendant l'insufflation pulmonaire.

Le retour graduel à la vie se manifeste par de légers frémissemens dans les muscles respirateurs de la face; les paupières s'agitent, les ailes du nez se soulèvent, les lèvres s'ébranlent, les muscles thoraciques se contractent ensuite, et l'acte respiratoire commence.

Les mouvemens de la tête et des membres antérieurs reparaissent avant ceux des membres postérieurs qui sont encore immobiles quand le reste du système locomoteur est en activité.

Enfin les mammifères, en reprenant l'usage de leurs fonctions locomotrices encore vacillantes et incertaines, se mettent à courir et à fureter de tous côtés, comme si un instinct leur indiquait le moyen de précipiter l'élimination du chloroforme en accélérant les mouvemens respiratoires, sous l'action curieuse de cette mobile inquiétude et de cette agitation tourmentée.

CHAPITRE III.

DES ALTÉRATIONS ORGANIQUES PRODUITES PAR L'INTOXICATION CHLOROFORMIQUE.

Je vais faire connaître les résultats des nécropsies que nous avons pratiquées et des recherches que nous avons faites pour déterminer la présence du chloroforme dans les organes.

§ Ier. — Les autopsies ont été faites de deux à trois heures après la mort des individus.

Appareil digestif. — L'appareil digestif et ses annexes n'offrent rien de particulier.

Appareil respiratoire. — La muqueuse de la trachée et des bronches, de couleur pâle ou rosée, ne nous a jamais montré une vascularisation exagérée, ni une augmentation notable de sécrétion.

La bave écumeuse rejetée par les chiens pendant la chloroformisation venait des glandes salivaires et non pas des bronches; j'insiste sur ce fait, puisqu'on a craint la possibilité d'accidens asphyxiques dépendant de l'accumulation du mucus dans les tuyaux bronchiques.

La surface externe des poumons nous a toujours paru d'un rose plus ou moins vif, sans coloration foncée et sans taches ecchymotiques. Leur tissu était crépitant et perméable : les coupes faites sur ce viscère laissaient échapper un peu de sang spumeux.

L'appareil respiratoire enfin ne nous a jamais présenté les caractères de l'asphyxie.

Appareil circulatoire. — Nous avons remarqué une différence notable entre l'état du système vasculaire à sang rouge et celui du système à sang noir. Les cavités du cœur gauche, habituellement vides, contiennent quelquefois un petit caillot d'une coloration plus vive que celle du sang veineux. Les artères sont également vides ou ne contiennent que peu de sang. Le cœur droit, deux ou trois fois plus volumineux que le gauche, est gonflé ainsi que le système veineux d'un sang noir et liquide mêlé quelquefois de caillots mous.

Nous n'avons pas trouvé de gaz dans le cœur ni dans les vaisseaux.

MM. Forget et Duroy, dans des recherches précédentes, avaient fait les mêmes observations nécropsiques que nous.

Le sang présente une modification très remarquable que M. Duroy a observée le premier, je crois, en 1852. La surface de ce liquide est recouverte de matière grasse à l'état fluide, ramassée sous la forme de gouttelettes arrondies ou de parcelles miroitantes comme des lamelles de cholestérine. C'est sans doute le chloroforme qui, en raison de son affinité pour la matière grasse, a opéré la séparation de celle-ci.

Appareil nerveux. — Les sinus de la dure-mère ne sont pas très remplis; la pie-mère n'est pas congestionnée. Les centres nerveux paraissent à l'état normal et sans trace d'injection sanguine.

Appareil sécrétoire. — Le foie et la rate sont médiocrement congestionnés. La vessie est quelquefois remplie d'une urine limpide et peu colorée, dans laquelle nous n'avons pas trouvé de glucose, dont la présence dans ce liquide a été signalée pendant l'éthérisation par quelques chimistes.

§ II. — Nous avons eu recours, pour constater la présence du chloroforme dans les organes, à un appareil ingénieux inventé par M. Duroy (1), et dont l'idée repose sur les deux considérations suivantes :

1° Le chloroforme n'est combiné ni avec le sang, ni avec les tissus organiques; il les pénètre dans un état de division extrême, en conservant toutes ses propriétés physiques et chimiques, et il peut en être chassé par un courant d'air.

2° Le chloroforme se détruit à la température rouge, en donnant naissance à de nouveaux produits d'une réaction caractéristique, qui sont, comme sa formule chimique C^2HCl^3 le fait pressentir, du chlorure de carbone, du chlore libre et de l'acide chlorhydrique.

L'appareil (2) se compose d'une cornue tubulée dont le col s'ajuste à un tube de porcelaine qui traverse un fourneau rempli de charbons allumés; à l'autre extrémité de celui-ci, s'adapte un tube en verre recourbé qui se rend dans un petit flacon fermé par un bouchon de liége et contenant de l'eau distillée, de manière à affleurer la surface du liquide. Enfin, un autre tube en verre destiné à la sortie des gaz pénètre aussi dans le flacon.

On introduit le sang ou les tissus organiques coupés en lanières minces, ou triturés et étendus d'eau, dans la cornue dont la tubulure est ensuite fermée avec un bouchon en liége dans lequel passe un tube en verre qui plonge jusqu'au fond et qui est adapté à la tuyère d'un soufflet au moyen d'un tube en caoutchouc vulcanisé.

Lorsque le tube de porcelaine a été porté à la température rouge, on fait agir le soufflet d'une manière douce et continue. L'air, traversant les matières organiques, se charge du chloroforme qui est poussé en vapeurs dans le tube incandescent où il est détruit.

L'acide chlorhydrique formé se condense dans l'eau distillée où sa présence est décélée par une solution d'azotate d'argent; le chlore se dégage sous la forme gazeuse, et il est facile de le reconnaître au moyen d'un papier amidonné imbibé d'une solution d'iodure de potassium.

Un autre corps que le chloroforme ne pourrait donner de telles réactions dans des conditions opératoires pareilles, car les chlorures fixes du sang ne sont pas entraînés par le courant d'air; il n'y a pas d'acide chlorhydrique libre dans l'économie, à l'exception du suc gastrique peut-être, dans lequel on ne recherchera pas le chloroforme; et d'ailleurs, cet acide a une si grande affinité pour l'eau, qu'il ne serait pas séparé d'elle par l'action d'un courant d'air.

Au moyen du précipité de chlorure d'argent formé dans l'eau où s'est condensé l'acide chlorhydrique, on peut apprécier comparativement la quantité de chloroforme qui existe dans la matière organique soumise à l'essai.

Cet appareil est d'une sensibilité extrême, car il fournit encore des réactions avec 1/100e de goutte de chloroforme.

Après la mort par inhalation anesthésique, tous les tissus mous, tous les parenchymes sont imprégnés de chloroforme.

Afin d'avoir des résultats comparatifs, nous avons opéré sur des quantités pondérables égales de tissu musculaire, de poumon, de sang et de matière cérébrale.

Le tissu musculaire contient moins de chloroforme que les poumons qui en renferment également moins que le sang. C'est dans ce liquide et dans la matière cérébrale qu'on en trouve la plus grande quantité.

Le sang des cavités du cœur en fournit plus que celui des vaisseaux; cette différence tient sans doute au temps plus long employé à recueillir ce dernier, qui, étant exposé à l'air libre, laisse s'évaporer le chloroforme.

La matière cérébrale contient beaucoup plus de chloroforme que le sang. Ainsi, chez un chien de taille moyenne, mort après quarante minutes d'inhalations pour lesquelles on avait employé 18 grammes de chloroforme, l'encéphale, y compris la moelle allongée, donna un précipité de chlorure d'argent quinze à vingt fois plus considérable qu'une quantité de sang égale en poids à la matière cérébrale essayée.

Voulant évaluer approximativement le poids du chloroforme signalé par le précipité de chlorure d'argent obtenu par le traitement de la matière cérébrale dans cette expérience, nous avons trouvé que ce précipité était à peu près le même que celui fourni par deux gouttes de chloroforme étendues dans 100 grammes d'eau distillée.

Nous avons répété dix ou douze fois ces essais comparatifs entre le sang et la matière cérébrale avec des résultats analogues qui nous permettent de conclure que le chloroforme a une affinité d'élection spéciale pour la matière nerveuse qui le fixe avec énergie, car il faut assez de temps pour l'épuiser.

L'urine, examinée dans plusieurs expériences, ne renfermait pas de chloroforme; une fois seulement ce liquide a donné des traces légères de précipité de chlorure d'argent.

J'ai à signaler un fait important. Si on ouvre largement un animal aussitôt après la mort, quand il est encore chaud, en disséquant la peau dans une certaine étendue, les viscères restant en place, et qu'on ne procède aux recherches chimiques qu'après le refroidissement du corps, on trouve alors une quantité de chloroforme notablement moindre dans le sang et même dans l'encéphale, car une partie de cet agent s'est évaporée à l'aide du reste de chaleur animale, en profitant de l'effraction commise sur l'enveloppe cutanée.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Janvier 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

La correspondance comprend :

Un rapport adressé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce par M. le docteur VINGTRINIER, médecin des épidémies de l'arrondisse-

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, avril 1851.

(2) *S* soufflet. — *TC*, tube en caoutchouc. — *C*, cornue. — *F*, fourneau. — *TT*, tube en porcelaine. — *Fl*, flacon. — *T'* tube recourbé affleurant le liquide du flacon. — *T''*, tube pour la sortie de l'air.

Cet appareil, qui a été employé avec de légères modifications dans une expertise médico-légale à Strasbourg, et qui est aussi précieux pour les recherches scientifiques que pour les recherches médico-légales, devrait porter le nom de son inventeur, au même titre que le nom de Marsh a été attaché à l'appareil qui sert à découvrir la présence de l'arsenic dans les organes.

ment de Rouen, sur l'épidémie de variole qui a régné à Rouen du 1er juillet 1853 jusqu'au 1er août 1854. (Comm. des épidémies.)

— Une lettre du même ministre, avec communication de la recette d'un remède proposé par M. Prodanovics, de Paris, contre le choléra. (Comm. du choléra.)

— Une note sur les modifications dans les symptômes du choléra asiatique de 1832 et 1849, par le docteur Charles Deleaux (de Dieppe), chargé du service des salles temporaires spéciales de la ville de Saint-Hélier, île de Jersey. (Même commission.)

— Une note sur l'épidémie cholérique de Clermont-Ferrand, par le docteur Imbert-Goubeyre, professeur suppléant à l'École préparatoire de cette ville. (Même commission.)

— Les conclusions d'un mémoire de M. le professeur Figri, à Sienne, sur l'utilité du traitement abortif de la variole. (Comm. de la vaccine.)

— La copie d'un rapport adressé au préfet de Seine-et-Oise par le médecin des épidémies dans le canton de Sèvres, sur plusieurs améliorations à introduire dans l'hygiène publique de cette commune, suivi de considérations sur les causes et le traitement du choléra. (Commission du choléra.)

— Une observation de M. Confevron, chirurgien à Langres, relative à un sarcocèle volumineux opéré avec succès et sans récidive depuis dix-sept ans. (Commission déjà nommée, et dont M. Barth est rapporteur.)

— Un mémoire du professeur Tigri, sur l'imbibition aqueuse des organes à l'état physiologique et pathologique. (M. Poiseuille, rapporteur.)

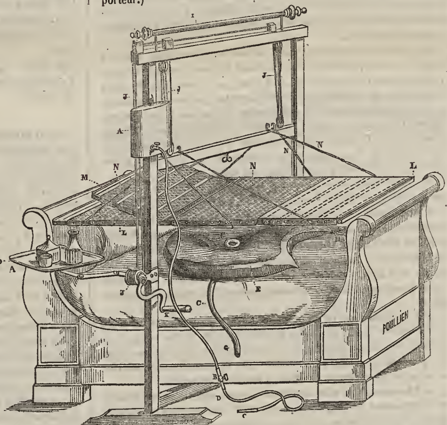
— Une lettre adressée par M. Girard, de Marseille, à M. Mêlier, et dans laquelle l'auteur cite de nouveaux faits pour prouver l'importance d'un signe, déjà indiqué par lui dans un travail antérieur, comme appartenant à l'insuffisance aortique. Ce signe est le défaut de synchronisme entre la contraction ventriculaire et les battemens artériels. (Comm. déjà nommée pour examiner le premier travail de M. Girard, à laquelle s'adjoindra M. Grisolle.)

— Une lettre de M. Canong, où sont exposées les vues de l'auteur sur l'affection appelée maladie des chiens. Le virus de cette maladie serait, d'après lui, le vaccin de la rage, et son inoculation préserverait peut-être les animaux des effets du virus rabique. (M. Renaud, rapporteur.)

— M. Pouillien a l'honneur de présenter à l'Académie un lit construit d'après un mécanisme nouveau, qui permet de donner la position que l'on veut à un malade qui est condamné à l'immobilité.

M. Pouillien ne s'en attribue pas l'invention, il se fait même un plaisir de dire qu'il en doit la première idée à M. le professeur Nélaton. Ce lit, que l'on peut appeler *articulé*, se compose de deux parties : le plan sur lequel repose le malade, et le support. Le plan est un parallélogramme rectangulaire que l'on peut comparer à celui d'un lit ordinaire qui supporte le sommier et les matelas ; il est fait de trois parties égales, indépendantes ou articulées transversalement, et que l'on meut à l'aide de cordes assujetties au support.

Celui-ci est formé de deux montans réunis en haut par une traverse à laquelle sont fixées trois poulies, dans la gorge desquelles passent des cordes qui permettent de donner au plan l'inclinaison que l'on veut. Le plan pouvant être mû en totalité ou en partie, on conçoit facilement tout l'avantage que présente ce nouvel appareil, puisqu'on a la facilité de faire le lit en entier, de panser le malade, dans telle partie du corps que ce soit et de pourvoir à d'autres besoins sans le déplacer.



— Une observation de corps étranger extrait du rectum, par M. Lepréstre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen. (Com. MM. Paul Dubois, Huguier et Robert, rapporteur.)

— M. Grisolle fait hommage à l'Académie du discours qu'il a prononcé le 3 janvier sur la tombe du professeur Requin.

— M. Chevallier lit un mémoire sur la présence de l'arsenic dans plusieurs eaux minérales.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La présence de l'arsenic dans les eaux minérales, prévue par Robert Boyle en 1685, il y a plus de 158 ans, a été constatée pour la première fois en 1839 par M. Tripier, puis confirmée par un grand nombre de chimistes ;

2° La présence de l'arsenic a été déjà constatée soit dans les eaux, soit dans les dépôts laissés par les eaux minérales de divers départemens de la France, dans un nombre de cas qui s'élèvent à 82 dans 32 départemens, y compris l'Algérie ;

3° Il y a encore 55 départemens où l'on n'a pas constaté l'existence d'eaux minérales arsénicales ;

4° L'arsenic a été reconnu dans un certain nombre d'eaux minérales étrangères, dans celles de Spa, de Wiesbade, de Schwalbach, d'Ems, de Landscheid, de la vallée de Brohl, de Liebenstein, de Ripoldsan, de Dribourg, de Rakoczy ;

5° Il est probable que de nouvelles analyses démontreront que l'arsenic existe dans les eaux dans lesquelles aujourd'hui on n'a pas encore constaté sa présence, et que de nouvelles découvertes ne se feront pas longtemps attendre, l'attention des cliniciens étant fixée sur ce point.

— M. le Président annonce que, dans la prochaine séance, il sera procédé à l'élection de onze membres chargés de décider dans quelle section de l'Académie une vacance devra être déclarée.

— M. Robinet lit une série de rapports sur divers communications relatives au traitement du choléra, et dont les conclusions négatives sont adoptées.

— M. le docteur Prosper de Pietra Santa donne lecture d'un deuxième mémoire ayant trait à l'*influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus.* Voici comment s'exprime l'auteur :

Messieurs,

L'année dernière vous avez accordé une bienveillante attention à la lecture que j'ai eu l'honneur de faire dans cette enceinte, « *Influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus ;* » je viens réclamer aujourd'hui la même indulgence, en vous présentant le complément de cette première étude.

Après avoir sommairement décrit le système français, comportant l'isolement absolu de jour et de nuit, le travail, la lecture, la promenade, les visites des employés de la maison,

Je disais :

La lecture n'est une ressource que pour un nombre très limité de prisonniers ;

Le temps de la promenade (trois quarts d'heure) est insuffisant ;

Le travail, ce correctif obligé du mode de détention, n'est pas assez généralisé ;

L'effet moralisateur se traduit, pour le détenu, par quarante-sept minutes par mois de conversation avec les directeurs, aumôniers et médecins.

Quant à la question hygiénique, j'étais arrivé à ces trois conclusions :

1° Diminution du nombre des maladies et des décès à Mazas comparativement à la Vieille-Force ;

2° Fréquence plus grande des aliénations mentales ;

3° Augmentation très considérable des suicides.

Ces propositions m'avaient semblé découler naturellement de chiffres précis et authentiques recueillis avec un soin minutieux ; cependant il n'en a pas été ainsi. L'un des partisans les plus enthousiastes du système cellulaire, et j'ajouterai l'un des plus autorisés, M. le docteur Lélut, a soutenu dans un récent travail des propositions contraires, et plus récemment M. le docteur Tardieu a adopté, pour son *Dictionnaire d'hygiène et de salubrité*, les chiffres et les faits indiqués par l'honorable académicien.

Aussi, au lieu de venir vous apporter purement et simplement les résultats obtenus à Mazas pendant une nouvelle période de deux années et ceux recueillis aux Madelonnettes de 1852 à 1854, comme point de comparaison, je vous demanderai la permission de présenter à l'appui quelques considérations, en combattant corps à corps les assertions de notre savant confrère.

Maladies, mortalité.

A Mazas, de 1852 à 1854, il y a eu une proportion de malades représentée par le chiffre. . . . . 11.71 p. 100 détenus.
Aux Madelonnettes (1852-54). . . . . . . 18.65 p. 100
A la Vieille-Force (période de dix années). 24 p. 100

Ceci nous apprend qu'à Mazas il y a eu moitié moins de malades qu'à la Force, mais qu'aux Madelonnettes on y a constaté une différence en moins de 6 pour 100 sur la Force, différence qui peut représenter les améliorations successives apportées dans le régime des prisons.

Mieux vaut donc établir le rapport entre deux prisons actuelles de Paris (Mazas et Madelonnettes), emprisonnement cellulaire et détention collective : une période de 4 années (1850 à 1854) donne :

Pour Mazas. . . . . 11.35 p. 100, ou 2.27.
Pour les Madelonnettes. . 18.65 p. 100, ou 3.73.

Pour la mortalité, elle avait été à la Force en dix ans de :

Force . . . . . . 0.67 p. 100, ou 2.81 p. 100 des malades.
Mazas (1850-1854). 0.22 p. 100, ou 1.94
Madelonnettes . . . 1.08 p. 100, ou 5.71

La différence est notable ; mais que d'observations restrictives en étudiant le mode de recrutement des prisonniers, les circonstances secondaires !

On envoie à Mazas des hommes forts, robustes, prévenus de délits et crimes contre les personnes, de délits politiques.

Aux Madelonnettes on écroue particulièrement des condamnés, des mendians ramassés aux coins des bornes, des vagabonds qui ont déjà végété dans la misère et frappé vainement à la porte des hospices ; nous avons donc là des conditions diverses, au point de vue de la résistance organique de chacune de ces deux catégories, qui doivent nécessairement se traduire par une augmentation de malades et de morts dans la deuxième.

A Mazas, à la moindre indisposition, le détenu, recherchant la société, fait prévenir le médecin qui combat le mal à sa naissance.

Aux Madelonnettes, le prisonnier, redoutant l'infirmerie et sa diète, n'y monte qu'à la dernière extrémité.

Maintenant, par convenances judicaires ou administratives, souvent par hasard, on transfère aux Madelonnettes, soit du dépôt de la Préfecture de police, soit de Mazas, les individus les plus gravement malades.

De mai 1852 à mai 1854, sur 4,518 prisonniers j'ai reçu 925 malades qui ont fourni 67 décès, soit 7.24 p. 100. J'ai constaté avec le plus grand soin l'état des entrans, et, sur ces 67 morts, 10 sont arrivés de Mazas et 3 du dépôt dans un état alarmant signalé par moi à l'administration.

Sans rechercher les motifs de pareils transféremens, je prends les faits tels quels, et je dis que, raisonnablement, la mortalité des Madelonnettes devrait être réduite à 54, et celle de Mazas portée à 32, en laissant de côté pour le moment les 14 suicides.

Les proportions sus-énoncées seraient donc modifiées de la sorte (période 1850-52) :

Mazas. . . . . 32 sur 1,490 malades, soit 2.16 p. 100.
Madelonnettes. 54 sur 925 malades, soit 5.83 p. 100.

En rapprochant de ce que j'ai signalé plus haut du personnel de la maison la nature des affections auxquelles ils ont succombé, l'on aura, je l'espère du moins, la preuve que des circonstances accessoires modifient la valeur des premiers chiffres. Ainsi sur ces 67 décès on a noté :

24 affections graves de la poitrine (chroniques, héréditaires) ;
7 id. id. (aiguës) ;
5 fièvres typhoïdes ;
2 choléra-morbus ;
4 lésions organiques du cœur ;
8 congestions cérébrales ;
17 affections diverses (diabète, variole, etc.).

Dans ces calculs il faut, autant que possible, prendre un laps de temps assez long pour tenir compte des épidémies, des accidens. Ainsi, aux Madelonnettes, pendant que la moyenne de la mortalité est de 5.71 en prenant quatre années, elle s'élève à 7.24 si on la cherche dans la période 1852-54.

Ces observations tendent à prouver que, si l'on peut dire, en général, que le nombre des malades et des décès a été plus considérable dans les prisons en commun qu'à Mazas, la différence est moins sensible lorsque l'on tient compte des circonstances accessoires.

Quant à la nature des maladies dans les prisons soumises aux deux systèmes, à leurs caractères, à leur proportion respective, je dois avouer n'avoir pas pu déterminer de différence bien sensible ; seulement, l'exception que j'avais déjà entrevue (augmentation des scrofules à Mazas) s'est confirmée par des recherches successives ; je puis affirmer, actuellement, que les engorgemens glandulaires et scrofuleux se développent plus promptement chez les individus qui n'en avaient jamais été atteints, et qu'ils prennent un volume plus considérable chez ceux qui en possédaient les premiers germes.

En traitant la question de la folie, M. Lélut commence par établir :

1° Que, dans la société libre et honnête, il y a 2 aliénés sur 1,000 individus ;

2° Que, dans toute vie prisonnière, pour des raisons tirées de la nature même de cette vie et qu'il est bien facile de deviner, le chiffre des aliénés est beaucoup plus considérable.

Il s'élève de 3 à 4, 5, 6 et même 15 pour les prisons de l'ancien régime (Loos, Ensisheim, Haguenau). Il n'est que de 2, 3, 5, au plus pour celles du nouveau.

« Ces chiffres prouvent donc, de la manière la plus positive, que l'emprisonnement individuel est beaucoup moins meurtrier pour le corps et pour l'âme que l'emprisonnement collectif. Cela doit être, ajoute le savant académicien, car toutes les conditions de l'incarcération individuelle sont égales ou supérieures à celles du vieil emprisonnement : égales, l'alimentation, le vêtement, le travail, l'exercice en plein air ; supérieures, l'habitation d'une cellule spacieuse et bien aérée, la liberté de prendre du mouvement dans l'intervalle des travaux, l'absence des excitations au vice, à la maladie. »

Nous sommes ici en pleine dissidence et sur les chiffres, et sur les faits, et sur les déductions.

Il y a plusieurs manières de recueillir une statistique d'aliénés ; d'ordinaire on additionne le nombre des fous écroués pendant l'année dans la maison, sans s'inquiéter des antécédens, sans déterminer si la maladie s'est développée avant ou pendant la détention.

Celles des anciennes prisons ont été prises de cette manière, et comme elles servent actuellement encore de point de comparaison, je suis forcé d'en tenir compte.

Voici les résultats obtenus par ce mode très vicieux de détermination :

	Détenus.	Aliénés.	
Vieille-Force, 1840 à 49. . .	sur 37,397	— 172,	soit 0.47 p. 100
A Mazas, 1850-52.	sur 14,145	— 35,	soit 0.31 p. 100
A Mazas, 1852-54.	sur 12,726	— 36,	soit 0.28 p. 100
Aux Madelonnettes, 1850-54	sur 9,443	— 27,	soit 0.28 p. 100
Aux Madelonnettes, 1852-54	sur 4,518	— 16,	soit 0.35 p. 100

Vous le voyez, Messieurs, de prime-abord, soit en comparant Mazas à la Vieille-Force, soit en la comparant aux Madelonnettes, on arrive à des chiffres très rapprochés entr'eux, et qui tous s'éloignent beaucoup du chiffre 15 signalé par M. Lélut :

0.47 ; 0.31 ; 0.18 ; 0.35 p. 100 ou 4.70 ; 3.10 ; 2.80 ; 3.50 p. 1,000

Mais demandons quelques renseignemens à la pratique de tous les jours, elle nous dira :

1° Qu'à Mazas, quelquefois dès la première manifestation de folie, le détenu a été transféré sans l'intervention du docteur, sans qu'il ait pu connaître le fait, l'enregistrer.

2° Que souvent à l'apparition des premiers prodromes le médecin s'est empressé d'admettre les individus à l'infirmerie dans des cellules doubles, en compagnie d'un camarade signalé par sa bonne conduite. Lorsqu'en multipliant autour d'eux les heures de promenade, les distractions, on obtient une amélioration sensible et prompte, on ne fait pas figurer ces cas sur la liste des aliénés.

3° Qu'à Mazas, de l'aveu même de M. Lélut, il y a eu, dans deux ans, 9 cas bien constatés d'aliénations nées dans la maison.

4° Qu'aux Madelonnettes, au contraire, le trouble des fonctions intellectuelles était le plus souvent antérieur à l'arrestation.

Ainsi, sur les 16 cas des années 1852-54, pas un seul ne s'est déve

loppé dans la maison : 10 ont été transférés à Bicêtre dans la huitaine ; 2 au bout d'un mois, retenus qu'ils étaient à l'infirmerie par des maladies aiguës. Les 4 autres venaient de Mazas qu'ils avaient quitté sur la demande des médecins, parce qu'après un séjour de quelques semaines la cellule avait prodigieusement exalté leur intelligence. Par des soins assidus, nous avons été heureux de rendre le calme aux deux premiers; pour les deux autres, nous avons dû demander leur transfèrement, parce que leurs excentricités étaient incompatibles avec les exigences d'une salle de malades.

Vous voyez donc, Messieurs, combien il faut encore se méfier des chiffres, et à quels résultats erronés l'on arrive en les prenant dans leur brutalité.

Pour me résumer je suis donc autorisé à dire :

En prenant en masse les chiffres des aliénés dans les prisons cellulaires et les maisons en commun, on trouve que le nombre des aliénations est à peu près le même ; mais en interprétant les chiffres, en les pondérant, on s'assure de la manière la plus formelle :

Qu'à Mazas il y a des cas de folie bien constatés nés dans la maison même ;

Qu'aux Madelonnettes, à quelques rares exceptions près, les fous viennent du dehors ; la maladie ne se développe pas à l'intérieur.

De la réfutation des chiffres passons à celle des faits.

Toutes les conditions de l'incarcération individuelle sont-elles égales ou supérieures à celles du vieil emprisonnement, comme l'affirme l'honorable M. Lélut ?

Non, sans doute, et pour ne pas fatiguer votre attention, je me bornerai à rappeler que le travail n'est pas assez généralisé ; que l'exercice en plein air est trop limité ; qu'une bonne direction peut considérablement restreindre les excitations à la débauche et au vice.

Notre savant confrère pourrait-il citer beaucoup d'observations de folies nées au dépôt des condamnés pendant qu'il avait la direction médicale de cette prison ; a-t-il pu suivre la marche de ces désordres intellectuels, indépendans de toute circonstance héréditaire, de toute excitation accidentelle ?

En attendant qu'il fasse connaître ses idées sur ce point, je vais tracer en peu de mots le tableau des symptômes que nous avons vus et étudiés à plusieurs reprises à Mazas.

Le moment où le détenu voit se fermer sur lui la porte de la cellule produit une impression profonde sur l'homme qui a reçu de l'éducation comme sur celui qui a toujours vécu dans l'ignorance, sur le criminel comme sur l'innocent, sur le prévenu comme sur le condamné : cette solitude, l'aspect de ces murs, ce silence absolu l'effraient et le confondent. S'il a de l'énergie, s'il possède une âme forte bien trempée, il résiste, et peu de temps après il demande des livres, de l'occupation, du travail. Si c'est un être faible et pusillanime, il se laisse abattre ; insensiblement il devient taciturne, triste, morose ; bientôt il refuse ses alimens, et s'il ne peut occuper ses mains, il reste de longues heures immobile sur son escabeau, les bras appuyés sur la table, les yeux fixés sur elle. Quelques jours encore, et la promenade ne sera plus un besoin pour lui, et les visites des aumôniers ne le soulageront guère, et les paroles des médecins ne le tireront pas de ses rêveries.

Selon les degrés de son intelligence, selon ses habitudes, sa manière d'être, son organisation morale, la monomanie prendra une forme érotique ou religieuse, gaie ou triste.

Les affections dépressives sont les plus ordinaires ; mais à côté des mélancolies les mieux caractérisées, j'ai vu l'exaltation la plus complète : un ancien militaire, par exemple, s'excitant au combat, à la mêlée, parlant de cliquetis d'armes et de bruits de clairons ; un commis, détenu pour vol d'une cravate, soupirant sans cesse des vers à sa maîtresse ; un choriste de l'Opéra se livrant à la danse la plus échevelée.

Cependant dans les momens de calme, d'intermittence, ces malheureux répondent parfaitement aux demandes qu'on leur adresse : souvent même il faut un interrogatoire minutieux pour déterminer le point sur lequel leur esprit divague et se perd.

De pareils troubles de l'intelligence sont inhérens au système : ils prennent naissance chez des individus qui jouissaient antérieurement d'une parfaite santé, qui n'avaient présenté aucune prédisposition héréditaire ou acquise, et, de plus, ils sont facilement modifiés par un traitement convenable ; ils disparaissent avec la cause première.

J'ai déjà eu occasion de parler plus haut, comme moyens très efficaces, de l'influence des distractions, de la société, des promenades, du transfèrement dans une maison en commun.

Tout ce qui précède m'autorise donc à maintenir telle quelle la proposition énoncée par moi en ces termes dès l'année dernière :

« *Fréquence plus grande, pour le régime cellulaire, des aliénations mentales.* »

Que si, avec les autorités les plus recommandables, on voulait admettre un rapport constant entre l'augmentation des folies et celle des suicides, on trouverait dans ce qui va suivre la confirmation la plus éclatante d'une pareille conclusion.

(*La fin à un prochain numéro.*)

— M. Foucart lit un travail intitulé : *Quelques considérations pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854.*

(Nous publierons les conclusions de ce travail dans notre prochain numéro.)

— M. Anselmier expose un nouveau traitement des *naevi* vasculaires. Il se sert, pour pousser dans ces tumeurs des injections coagulantes, irritantes ou caustiques :

1° De la seringue de M. Pravaz modifiée, en ce sens que la canule est plus courte, taillée en stylet aigu, munie d'un arrêt à vis pour déterminer la profondeur de la ponction ;

2° D'une compresse linéaire destinée à limiter l'effet des injections.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 17 Janvier 1855. — Présidence de M. Huguier.

Sommaire. — Plaie transversale complète de la trachée. — Pièce d'anatomie pathologique relative à ce sujet. — Corps étranger extrait de l'urètre. — Hémorrhagie inter utéro-placentaire. — Traitement des hémorrhagies consécutives. — Discussion sur ce sujet.

Plaie transversale complète de la trachée.

Nous avons quelques détails à ajouter, relativement au fait si intéressant dont M. Richet a entretenu la Société il y a huit jours.

Il s'agissait, comme on le sait, d'une plaie de la trachée artère, accompagnée d'une rétraction du bout inférieur qui se cachait derrière le sternum. L'interne de garde fut obligé d'accrocher ce bout à l'aide d'un ténaculum et d'y passer deux fils au moyen desquels il l'attira et le maintint à l'extérieur ; pour se mettre à l'abri d'accidens de suffocation, il introduisit dans le bout inférieur une canule à trachéotomie.

Le lendemain matin, à la visite (16 décembre), M. Richet reconnaît l'existence d'une plaie transversale de 7 à 8 centimètres de largeur, située à 1 centimètre 1/2 environ au-dessous du cartilage cricoïde, beaucoup plus profonde à sa partie moyenne qu'aux extrémités, ayant divisé la trachée artère complètement en travers. Au fond de la plaie on découvre l'œsophage dont la continuité n'est, d'ailleurs, nullement interrompue. Quant au siége précis de la division de la trachée, nous l'avons indiqué précédemment ; c'est entre le quatrième et le cinquième anneau. Le bout inférieur, maintenu au dehors par les fils qui ont été passés, s'enfonce dans le médiastin dès qu'on l'abandonne à lui-même ; il descend à chaque inspiration et remonte pendant l'expiration. D'un autre côté, le bout supérieur est attiré du côté du menton et se cache sous les tégumens par le fait de la rétraction des muscles sous-hyoïdiens. Il en résulte un écartement d'environ 6 centimètres 1/2 entre les deux bouts de la trachée, écartement qui augmente encore de 1 centimètre pendant l'inspiration.

La respiration s'accomplit assez facilement, alors même qu'on a enlevé la canule, quoique l'orifice du bout inférieur présente alors un rétrécissement très marqué, dû, sans doute, à la contraction des fibres musculaires qui s'insèrent aux deux extrémités des cerceaux cartilagineux et peut-être aussi à la compression des parties molles environnantes. L'écoulement sanguin est presque complètement suspendu ; de temps à autre, le malade expulse quelques mucosités sanguinolentes et sur les côtés du bout supérieur se remarquent les lobes de la glande thyroïde dont l'isthme a probablement été divisé.

M. Richet essaie donc de rapprocher les deux bouts de la trachée en se servant des fils qui traversent le bout inférieur ; mais la tendance à la rétraction des deux bouts est tellement prononcée que toute tentative de ce genre doit être abandonnée. Ajoutez que le rapprochement des deux bouts a aussi pour effet de déterminer la suffocation. M. Richet se borne donc à maintenir le bout inférieur le plus près possible des bords de la plaie, de manière à assurer la respiration et il supprime momentanément la canule, le malade pouvant alors respirer assez facilement.

Bientôt, cependant, on est obligé de replacer la canule, en raison du rétrécissement rapide subi par la trachée. Alors M. Richet remplace la canule ordinaire à trachéotomie par une canule fabriquée exprès et deux fois plus longue, qui permet d'atteindre plus facilement le bout inférieur dont la rétraction dans le médiastin a beaucoup augmenté.

Le 18 décembre, la plaie est devenue douloureuse, le malade éprouve de l'oppression et tousse continuellement. Ces accidens se calment bientôt et la cicatrisation des bords de la plaie s'effectue rapidement. Le bout supérieur, presque complètement caché par le boursouflement des parties molles environnantes, est notablement rétréci, ainsi qu'on peut le constater en y introduisant le petit doigt.

Le 26 décembre, les bords cutanés de la plaie sont très rapprochés, au point de ne plus pouvoir livrer passage qu'à la canule. L'écartement entre les deux bouts de la trachée ne semble pas avoir sensiblement augmenté ; il est d'environ 7 à 8 centimètres. La canule ayant été enlevée et l'ouverture bouchée par un morceau de sparadrap, M. Richet constate que le malade peut articuler quelques paroles à voix basse, mais que l'inspiration est presque impossible, circonstance due au gonflement de la muqueuse laryngienne et au rétrécissement de plus en plus marqué du bout supérieur. Entre les deux extrémités de la trachée existe une sorte de canal artificiel, canal dont la paroi postérieure est représentée par l'œsophage, les parois latérales par les muscles environnans, les lobes de la thyroïde et le tissu cicatriciel unissant la paroi antérieure par les tégumens ramenés vers l'ouverture par le tissu inodulaire. Pour favoriser la formation de ce canal intermédiaire, M. Richet replace la canule, se proposant de la supprimer quelques jours après.

Le 2 janvier, le malade, se trouvant dans un état très satisfaisant, désire vivement qu'on tente de le faire parler. M. Richet retire la canule, mais bientôt des accidens de suffocation ont lieu ; l'examen des parties malades permet de reconnaître que ces accidens sont occasionnés par la saillie de l'œsophage entre les deux bouts de la trachée. De plus, le canal intermédiaire a perdu la direction rectiligne et s'est coudé de façon à présenter un angle obtus saillant en avant ; le bout supérieur se porte obliquement en arrière et en haut, l'inférieur en arrière et en bas. Dans l'impossibilité d'obtenir ainsi le passage de l'air du bout inférieur dans le supérieur par l'intermédiaire du canal de nouvelle formation, M. Richet imagine un appareil prothétique spécial, et c'est d'après les données fournies par lui que M. Charrière fils a construit l'appareil que nous avons fait représenter.

Pièce d'anatomie pathologique relative aux plaies des voies aériennes.

M. Houel montre un exemple de section complète du larynx entre les cartilages thyroïde et cricoïde, faite par un coup de rasoir, comme dans l'observation rapportée par M. Richet. Cette pièce a été recueillie sur un forçat, dont l'histoire a été enregistrée par M. Reynaud dans la *Gazette médicale*. A la suite de cette blessure, il y eut une oblitération complète du bout supérieur du larynx, par le fait de la rétraction de la peau attirée vers l'ouverture correspondante ; cette oblitération complète fut constatée pendant la vie ; en introduisant du mercure par la bouche, le métal s'arrêtait au niveau du cul-de-sac présenté par le bout supérieur du larynx. Dans ce cas particulier, le malade parlait, articulait certains sons d'une manière très distincte, C'est ainsi qu'il faisait entendre très nettement les lettres *b, e, d, g, h, i, j, k*, etc., tandis que la prononciation des lettres *a, l, o, m, n* était très difficile.

M. Denonvilliers connaissait ce fait à l'époque où il a composé sa thèse de doctorat. C'est là ce qui lui a fait avancer cette proposition, qui a pu paraître fort singulière au premier abord, à savoir, qu'on peut parler sans larynx. Depuis cette époque, M. Denonvilliers a observé un fait semblable dans sa famille. Il s'agit d'un enfant affecté d'une maladie fort singulière, dont la nature n'a pas été parfaitement déterminée par les médecins qui ont soigné le malade. Dans ce cas, tout passage à travers le larynx était intercepté à l'air atmosphérique. La trachéotomie fut exécutée par M. Trousseau. Pendant sept à huit ans, l'enfant reste dans le même état, c'est-à-dire obligé de respirer l'air sans pouvoir l'introduire par le bout supérieur du larynx. Malgré cet état, l'enfant, doué d'une grande intelligence, est parvenu à parler ; la voix consistait d'abord dans une sorte de sifflement ; plus tard les sons ont été articulés. Pour se rendre compte de ces phénomènes, M. Denonvilliers admet qu'une certaine quantité d'air était introduite dans la cavité buccale ; après quoi la contraction des muscles de l'isthme du gosier faisait sortir la colonne d'air à travers la bouche dont l'ouverture se modifiait aux besoins de la prononciation. L'enfant s'aperçut un jour qu'il passait un peu d'air par le bout supérieur du larynx ; on essaya alors de boucher la canule, ce qui n'empêcha en aucune manière la respiration de s'effectuer. Peu à peu le passage de l'air se rétablit et la voix a été recouvrée ; seulement elle est restée un peu rauque.

M. Fleury a entendu parler fort souvent du forçat dont l'histoire a été rappelée par M. Houel. D'après les détails qu'il a recueillis, il paraît que le malade, avant de parler, accumulait une certaine quantité d'air dans le bout supérieur du larynx.

M. Denonvilliers croit que, dans ce cas, le larynx n'était pour rien dans l'articulation des sons ; que la bouche seule exécutait cette fonction.

M. Houel rappelle qu'il existe encore dans la science un autre fait d'oblitération de l'extrémité supérieure du larynx ; ce fait est dû à M. Gintrac.

Corps étranger extrait de l'urètre.

M. Demarquay montre un porte-plume qu'il a extrait de l'urètre d'un malade âgé de 48 ans. Ce corps étranger a une longueur d'environ 12 centimètres. En raison de la profondeur à laquelle on sentait l'extrémité de l'instrument, en raison aussi de l'écoulement continuel d'urine qui existait, on devait supposer qu'une portion du porte-plume était dans l'intérieur même de la vessie. Le porte-plume se compose d'une tige de bois à laquelle s'adapte un cylindre creux en cuivre qui supporte la plume métallique dans une rainure. M. Demarquay, ayant porté une pince de Hunter dans l'urètre, saisit l'extrémité en bois du porte-plume et finit par l'amener en dehors. La tige seule était sortie, le cylindre restait dans l'urètre, et il fallut réintroduire de nouveau la pince à deux branches pour aller saisir le fragment qu'on retira avec de grandes difficultés, en raison des contractions que ces efforts faisaient naître dans les parois du canal de l'urètre.

Par quelle circonstance ce corps étranger avait-il été introduit dans l'urètre ? M. Demarquay a interrogé son malade qui affirme avoir voulu, par cette manœuvre, se mettre à l'abri de la blennorrhagie. Mais notre confrère se rappelant l'histoire du pâtre de Desault n'hésite pas à croire que c'est uniquement dans le but de titiller la muqueuse urétrale que le corps étranger a été introduit

Hémorrhagie inter-utéro-placentaire.

M. Danyau présente le placenta d'une malade qui est accouchée à *sept mois et demi*. La face utérine du placenta est recouverte de caillots sanguins ; elle était décollée d'avec les parois utérines. Le cordon ombilical ne présentait pas une brièveté marquée. M. Danyau appelle l'attention sur la rareté de ces hémorrhagies inter-utéro-placentaires vers la fin de la grossesse, et qui rend le fait précédent digne d'être noté.

(*La suite de la séance prochainement.*)

Dr Fano.
Prosecteur de la Faculté.

COURRIER.

Les médecins ne sont pas gâtés en fait de reconnaissance publique et le souvenir des services qu'ils ont pu rendre pendant une longue vie de dévouement s'éteint trop souvent dans leur tombeau. Aussi, quand, de loin en loin, quelque honorable manifestation de gratitude vient à se produire, faut-il l'enregistrer avec soin comme un bon exemple qui peut avoir des imitateurs. C'est ce que nous ferons pour un acte récent qui honore à la fois l'administration qui l'a accompli et la mémoire du médecin qui en est l'objet.

L'administration des hospices civils de Toulouse, dans une séance extraordinaire du 15 janvier dernier, par suite d'un éloquent rapport de M. Flavien d'Aldeguier, son président, qui a rappelé les grands traits de la vie nosocomiale du docteur Viguerie, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu pendant quarante-quatre ans, a pris la délibération suivante :

« La commission administrative,

» Vu le rapport qui précède :

» Considérant les éminens services de M. Charles-Guillaume Viguerie, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques durant 44 ans, pendant lesquels il n'a cessé d'accomplir sa mission avec un talent, un dévouement et une charité au-dessus de tout éloge,

» Délibère :

» Art. 1er. La maison annexe de l'Hôtel-Dieu commençant la rue des Tripiers, dite maison Viguerie, portera définitivement ce nom.

» Art. 2. Sur la porte d'entrée de la dite maison sera placé un marbre noir, avec cette inscription :

ICI EST NÉ
LE DOCTEUR VIGUERIE
LE 4 NOVEMBRE 1779.

» Art. 3. Le portrait de M. le docteur Viguerie sera placé dans l'endroit le plus apparent du service des blessés de l'Hôtel-Dieu.

» Art. 4. Il sera célébré un service solennel, en l'honneur de M. le docteur Viguerie, dans l'Église de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques.

» Art. 5. Une copie de la présente délibération sera remise, par l'administration des hospices en corps, à la famille de M. le docteur Viguerie.

» Art. 6. La présente délibération sera soumise à l'approbation de M. le préfet. »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX, — N° 11. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 27 Janvier 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............	32 Fr.
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 JANVIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Le brillant tournoi entre nos célébrités chirurgicales se poursuit, presque sans interruption, devant l'Académie des sciences. Les communications des divers candidats se succèdent; nous en avons déjà analysé un certain nombre; aujourd'hui, c'est le tour de MM. Laugier, Leroy-d'Étiolles et Baudens. Dans les prochaines séances nous entendrons sans doute MM. Jules Guérin, Maisonneuve, Jules Cloquet et Jobert de Lamballe. A cette généreuse émulation, l'illustre aréopage reconnaîtra le haut prix que le corps médical attache à son suffrage et à l'honneur de siéger dans cette enceinte où la science compte ses plus célèbres représentans, ceux qui suivent dans l'espace la marche des corps célestes, ceux qui analysent et décrivent les caractères et les lois des corps simples et composés répandus à la surface du globe ou enfouis dans ses couches profondes, et ceux enfin qui étudient l'infinie variété des êtres animés qu'embrasse la nature organique.

On trouvera au compte-rendu des séances un long extrait des mémoires communiqués à l'Académie; nous nous abstiendrons de les reproduire ici, dans la crainte d'en affaiblir l'intérêt. Nous ne doutons pas que le lecteur ne porte sur la seconde partie du travail de M. le professeur Laugier, intitulé : *Mémoire sur l'anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus*, le jugement que nous a inspiré la lecture de la première partie. On y reconnaîtra la même sévérité d'analyse, la même finesse d'observation; c'est un travail d'anatomie pathologique qui n'avait pas encore été entrepris et traité avec cette étendue, et qui restera dans la science.

M. Leroy-d'Étiolles a lu un mémoire sur une question étrangère à l'objet habituel de ses études; hâtons-nous d'ajouter que sa prétention était des plus légitimes; car il s'agissait en quelque sorte de revendiquer un droit de priorité au sujet des injections coagulantes pour le traitement des anévrysmes et des varices. La première communication de M. Leroy-d'Étiolles remonte à 1835. Les accidens qui se sont manifestés récemment après l'emploi du perchlorure de fer ont laissé dans l'esprit des chirurgiens des doutes sérieux sur l'utilité réelle de la méthode tout entière. C'est contre cet entraînement que M. Leroy-d'Étiolles a voulu prévenir ses confrères; il leur donne de judicieuses indications pour le procédé opératoire, et propose, en outre, de remplacer le perchlorure de fer par l'eau de Pagliari, hémostatique nouveau composé de sulfate d'alumine et de benjoin, dont les propriétés ont été reconnues et proclamées par M. Sédillot. L'autorité d'un tel nom doit engager les chirurgiens à entreprendre de nouvelles et prudentes expériences.

Enfin, M. Baudens se porte candidat à l'Académie des sciences, au nom de cette chirurgie militaire qui compte parmi nous tant de héros de charité, de science et de dévouement, dont les services sont associés à ceux des braves qui ont combattu aux Pyramides, à Wagram, à Moscou, sur l'Atlas et à Inkermann. Dans le mémoire que M. Baudens a lu à l'Institut, *sur les fractures de jambe traitées par son appareil*, on remarquera surtout le passage suivant, qui donne une idée de la pratique de ce chirurgien et du mode opératoire qu'il met en usage : « Nous avons appliqué, dit M. Baudens, notre appareil à 157 fractures de jambe, non compris celles produites par des coups de feu, qui forment une catégorie à part. Notre statistique se résume ainsi : *Une seule amputation et pas un seul cas de mort.* »

La chirurgie militaire a, de tout temps, imprimé une vive impulsion à la science, et l'histoire vénère les noms des Paré, des Le Dran, des J.-L. Petit, des Louis, des Percy, des Larrey. Parmi les chirurgiens placés en ce moment à la tête de nos armées, nous en pourrions citer un grand nombre qui n'ont dégénéré de leurs illustres devanciers ni comme courage, ni comme dévouement. La nécessité, a-t-on dit avec raison, est la mère de l'industrie et des arts utiles; on lit avec admiration, dans les mémoires de médecine militaire, tous les prodiges de science pratique et d'inventions ingénieuses que, pendant les guerres de la République et de l'Empire, l'ardent amour du soldat et le sentiment du devoir inspiraient à ceux que Napoléon appelait ses *braves chirurgiens*.

Il en était de même dans l'antiquité, à cette époque où les grands et les princes ne dédaignaient pas d'exercer un art qu'ils croyaient venir des dieux. On rapporte qu'Alexandre, en descendant de cheval, eut le malheur de blesser Lysimaque à la tempe avec la pointe de son cimeterre; le sang s'écoula avec abondance. Aussitôt il détacha son diadème, en banda la plaie et arrêta ainsi l'hémorrhagie. Il paraît, du reste, que le célèbre conquérant se mêlait de médecine non moins que de chirurgie. On lit dans Elien que Ptolémée étant gravement malade des suites d'une blessure, Alexandre, rempli d'inquiétude sur le sort d'un compagnon et d'un frère qu'il chérissait, s'endormit au chevet de son lit. A son réveil, il raconta qu'il avait vu en songe un serpent ayant dans la gueule une plante qui devait sauver Ptolémée. Les médecins se hâtèrent de suivre cette indication ou cette révélation, et Ptolémée guérit rapidement.

Nous ne prétendons pas garantir l'authenticité du fait rapporté par Elien; mais nous ferons observer que les anciens attribuaient aux songes la découverte d'un grand nombre de remèdes. Cette opinion est notamment soutenue par le célèbre médecin de Pergame, cet homme prodigieux, qui, depuis tant de siècles, partage avec Hippocrate l'admiration de la postérité, et dont les belles leçons professées par M. Andral à la Faculté de médecine, ainsi que la savante traduction de M. Daremberg, auront bientôt vulgarisé parmi nous les œuvres immortelles.

D[r] FOISSAC.

ANESTHÉSIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOYENS A EMPLOYER CONTRE LES ACCIDENS DÉTERMINÉS PAR LES INHALATIONS DE CHLOROFORME;

Rapport

Lu à la Société médicale d'émulation de Paris, le 13 Janvier 1855,

Par M. Ludger LALLEMAND,

Secrétaire général de la Société, médecin-major du 20[me] bataillon de chasseurs à pied,

Au nom d'une commission composée de MM. Adorne, Gillette, Amédée Forget, Hillairet, Maurice Perrin, et Ludger Lallemand, rapporteur.

(Suite. — Voir les numéros des 20, 23 et 25 Janvier.)

§ III. — ÉLIMINATION DU CHLOROFORME. — Les phénomènes d'intoxication indiquent la pénétration et le séjour du chloroforme dans le sang et surtout dans les centres nerveux; le retour de l'intégrité fonctionnelle signale son élimination; comme il n'était pas sans intérêt de déterminer le temps nécessaire à cette expulsion, nous avons fait pour y arriver les expériences suivantes :

PREMIÈRE EXPÉRIENCE sur un chien de taille moyenne. Les mouvemens respiratoires s'arrêtent, après cinquante minutes d'inhalations pour lesquelles on a employé 23 grammes de chloroforme.

Les fonctions physiologiques suspendues sont rétablies par l'insufflation d'air atmosphérique. Après une heure dix minutes, l'animal revenu à son état ordinaire est plein de vivacité.

On le tue par la strangulation, on l'ouvre immédiatement et on procède à la recherche du chloroforme.

Le sang, la matière cérébrale et l'urine traités par l'appareil de M. Duroy ne donnent pas de précipité de chlorure d'argent.

Feuilleton.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Les lois physiques suffisent-elles à rendre compte des faits biologiques?

Par M. le docteur COSTES, de Bordeaux.

De l'esprit de la clinique médicale.

Par M. le D[r] Francis DEVAY, de Lyon.

C'est dans les solennités académiques ou scolastiques que tendent à se faire jour les manifestations de l'esprit médical, surtout dans les départemens, où ces manifestations sont plus rares et où il est difficile de les saisir ailleurs que dans ces circonstances. Sans doute que, dans nos grands centres de population, comme à Paris, la voix qui se fait entendre est une voix isolée, car partout comme à Paris, et sans en excepter même Montpellier, si jalouse de l'unité de ses doctrines, le froid et dissolvant individualisme se fait également sentir. Cependant, il faut tenir compte, dans une certaine mesure, de ces manifestations; elles ne restent pas, en général, sans écho dans le milieu où elles se produisent, et elles ne s'y produiraient pas si elles n'étaient assurées d'un certain assentiment. C'est à cause de cela que je me propose d'indiquer ici, de temps à autre, certaines productions, discours académiques ou d'écoles, de nos confrères des départemens, et dans lesquelles je trouverai des opinions, des idées, des doctrines qui puissent nous transmettre les impressions du corps médical en dehors de Paris.

« C'est un malheur, Messieurs, que la médecine soit envahie, au lieu » d'être seulement servie par les sciences accessoires. Il semble que » l'esprit médical nous ait abandonnés. » Telle est la pensée dominante au développement de laquelle est consacré l'opuscule de M. le docteur Costes, de Bordeaux. C'est une attaque franche et vigoureuse contre l'organicisme et une défense convaincue autant qu'éloquente du vitalisme orthodoxe de Barthez. A tant faire que de rompre les chaînes de l'anatomie et de s'échapper de la prison *cellulaire* où elle enferme l'esprit médical, il est difficile vraiment de choisir un dogme plus savant et plus logique, plus harmonieusement édifié, et qui satisfasse aussi bien la raison du philosophe, les exigences du savant et les besoins du praticien. Pour mon compte, je m'incline respectueusement devant cette admirable conception de Barthez; seulement, plus peut-être que M. le docteur Costes, je crois possible de la concilier avec cet envahissement dont il se plaint de la médecine par les sciences accessoires, et c'est de ce mélange des faits également réels empruntés aux deux doctrines qu'on peut nourrir l'espérance de voir surgir la doctrine suprême entrevue en perspective. Rien, ce me semble, ne faciliterait davantage cette conciliation, dont le désir se montre aujourd'hui dans tous les esprits, et dans celui de M. Costes lui-même, ainsi que cela se voit dans plusieurs passages de cet opuscule, que la renonciation volontaire des vieilles dénominations de vitalistes et d'organicistes, expressions dangereuses, antithèses hostiles, rappelant des idées toujours prêtes, ce semble, à se ruer l'une sur l'autre pour s'exterminer, tandis qu'il s'agirait au contraire de les rapprocher et de les unir par une sorte de mariage de raison. Rien assurément ne serait plus raisonnable.

En attendant cette bénédiction nuptiale, M. Costes se maintient encore dans la période des querelles et des brouilles. Les raccommodemens viendront plus tard. Ils ont bien leurs avantages, a dit le poète. Notre honorable confrère s'en prend aujourd'hui à une proposition formelle et hardie récemment émise par une grave autorité, par M. I. Geoffroy Saint-Hilaire, qui s'est exprimé de la sorte dans un des plus remarquables ouvrages de notre époque : « Le mouvement de la » science tend de plus en plus, avec raison, à ramener les faits *biologiques* à des lois physiques; le moment n'est pas éloigné où la physio- » logie tout entière, les *fonctions exceptées du système nerveux*, mé- » ritera, à bon droit, le nom de physique animale et végétale, ou de » physique organique (1). »

Pour me faire accepter cette *physique organique*, je ne demanderais à l'illustre professeur du Muséum que d'y faire entrer en ligne de compte le *dynamisme vital*, et je ne suis pas très sûr qu'il l'en exclue. Cette exception, faite en faveur du système nerveux, me paraît une précaution sage; c'est peut-être une porte habilement laissée entr'ouverte, et j'ose supplier M. Costes de ne pas la fermer avec trop de courroux.

Quoi qu'il en soit, le professeur de Bordeaux s'élève contre la comparaison, malheureuse il est vrai, faite par M. Bérard entre les molécules intégrantes des corps organiques et inorganiques; contre la génération spontanée, doctrine à laquelle les travaux de M. Van Benede, couronnés par l'Institut, ont récemment porté de terribles atteintes. Il s'empare avec bonheur de l'aveu fait par les organiciens eux-mêmes sur l'existence de l'*unité* dans la force vitale de l'homme, fait de la plus haute importance, a dit M. Bérard, et que le médecin ne doit pas plus perdre de vue que le physiologiste. Et pour réfuter cette objection que, s'il est des phénomènes dans les corps vivans irréductibles aux lois de la physique générale, c'est seulement dans l'état actuel de la science, M. Costes s'exprime ainsi :

« Bien évidemment, l'organisme étant la matière vivante, on doit retrouver, dans son appréciation, une foule de conditions de la matière; mais toujours, mais partout, elle y est soumise à d'autres lois, aux lois vitales qui en modifient plus ou moins les propriétés.

» Est-ce que les mouvemens des fluides dans nos vaisseaux peuvent être expliqués seulement par les lois de l'hydraulique, comme on l'a prétendu? Est-ce que les vaisseaux sont inertes, et le sang lui-même ne joue-t-il pas un rôle actif dans la circulation? Quelle force peut expliquer le tourbillon circulatoire du système capillaire? — Qu'est-ce qui rendra compte de cette merveilleuse force musculaire si souvent hors de proportion avec la masse, inexplicable autrement que par cette force vitale que l'on nie? Expliquez par une force physique cette résistance qu'opposèrent les muscles chez ces suppliciés célèbres, ces deux assassins de rois que quatre chevaux ne purent écarteler; le bourreau fut obligé de leur venir en aide en coupant les muscles violemment contractés (1). — Maintenant, comparez à cette résistance la résistance de

(1) *Histoire naturelle générale des règnes organiques.*

(1) On sait que les supplices de Damiens et de Ravaillac offrirent ce fait remarquable. Voyez les historiens.

Ainsi, il a suffi d'une heure dix minutes pour éliminer de l'organisme et des viscères profondément situés une quantité de chloroforme nécessairement considérable, au moins relativement, puisqu'on avait employé 23 grammes de cette substance, et que l'inhalation avait duré cinquante minutes.

Je dois ajouter que nous n'avons plus trouvé dans le sang la matière grasse libre dont la présence a été signalée quand les animaux succombent à l'intoxication.

Deuxième expérience. — Nous avons fait la même expérience sur un lapin; l'inhalation consomma 3 grammes de chloroforme, et dura onze minutes, après lesquelles les mouvemens respiratoires s'arrêtèrent.

L'insufflation rappela le lapin à la vie.

Au bout de quarante-cinq minutes il était tout à fait remis; il fut alors assommé; et on ne retrouva aucune trace de chloroforme ni dans le sang, ni dans la matière cérébrale.

Ces expériences nous ont fait voir que le chloroforme est rapidement éliminé de l'économie; il fallait ensuite déterminer les voies par lesquelles s'opère cette élimination. Comme nous savions déjà que la sécrétion urinaire n'y a pas part, il restait à déterminer celle qu'y prennent la surface cutanée et la surface pulmonaire.

Nous avons donc fait les deux expériences suivantes :

1° Élimination cutanée. — On chloroformise un chien avec la précaution de s'arrêter avant la suspension des mouvemens respiratoires, afin que l'animal puisse se rétablir spontanément. L'inhalation est suspendue au bout de vingt minutes.

On place le chien dans une boîte parfaitement close, de manière que son corps soit dans la boîte et que sa tête seule soit au dehors.

Le tube en porcelaine de l'appareil chimique qui nous sert à constater la présence du chloroforme pénètre à frottement par une de ses extrémités dans une des parois de la boîte; la tuyère d'un fort soufflet est ajustée en regard du tube dans la paroi opposée.

Le chien respire librement dans l'atmosphère extérieure à la boîte. Si la peau exhale du chloroforme, celui-ci sera chassé par le courant du soufflet dans le tube incandescent, et sa présence sera révélée par les réactions habituelles que nous connaissons.

Nous avons, en effet, obtenu un très léger précipité de chlorure d'argent, qui nous a démontré l'élimination du chloroforme par la peau.

2° Élimination par les poumons. — Nous nous sommes servi du même appareil et du même chien, que nous avons chloroformisé deux heures après l'expérience précédente. Mais cette fois le corps de l'animal était en dehors de la boîte; la tête seule plongeait dans l'intérieur, qui devait par conséquent recevoir l'air expiré.

Nous avons obtenu un précipité de chlorure d'argent très abondant qui nous permet de conclure que la surface pulmonaire est la voie principale et presque exclusive de l'élimination du chloroforme.

La peau n'est dans cette circonstance qu'un auxiliaire du poumon, fait qui n'a rien d'étonnant, puisque la surface cutanée, qui est la voie normale de l'exhalation et de l'absorption aériennes dans les degrés inférieurs de l'animalité, ne dépouille pas complétement ce caractère, même dans les organismes les plus élevés.

CHAPITRE IV.

DU MODE D'ACTION DE L'INSUFFLATION PULMONAIRE DANS L'INTOXICATION CHLOROFORMIQUE.

Nous avons vu l'insufflation pulmonaire ramener les fonctions physiologiques suspendues par le chloroforme et l'électricité produire le même résultat en suscitant la respiration artificielle.

Par quel mode d'action l'insufflation peut-elle rendre à l'activité vitale l'intégrité de ses manifestations fonctionnelles? Est-ce en ranimant l'hématose? Est-ce en combattant directement les propriétés stupéfiantes du poison anesthésique par l'excitation vitale que provoque l'introduction artificielle de l'oxygène dans le sang chargé de vapeurs délétères? Est-ce en déterminant uniquement l'élimination du chloroforme? Telle est la question que nous avons à résoudre.

Deux commissaires, M. Perrin et votre rapporteur, voyant que les insufflations d'oxygène et celles d'air ordinaire possèdent la même efficacité pour rétablir la respiration et la circulation suspendues par le chloroforme, se demandèrent si les propriétés de l'oxygène jouent un rôle particulier dans cette action; et, pour le décider, ils résolurent de substituer à ce gaz un gaz impropre à l'hématose, tel que l'azote. Nous instituâmes en conséquence les expériences suivantes, sur lesquelles j'appellerai, Messieurs, votre attention d'une manière spéciale.

Première expérience sur un chien adulte de taille moyenne. Les mouvemens respiratoires s'arrêtent après trente-six minutes d'inhalations, pour lesquelles on a employé 18 grammes de chloroforme.

Les frémissemens des ailes du nez et des paupières cessent ensuite, et les contractions du cœur s'arrêtent quelques secondes après.

On retire le chloroforme, et on pratique l'insufflation pulmonaire avec du gaz azote (1) pur, au moyen du procédé et de l'appareil déjà décrits pour les insufflations d'oxygène. On a soin, après avoir poussé une certaine quantité d'azote dans les poumons, de comprimer bien exactement les parois thoraciques afin d'expulser le gaz introduit.

On insuffle 10 litres d'azote en trois minutes, sans observer le moindre mouvement vital. On remplace la première vessie épuisée par une autre; on injecte encore 5 litres d'azote pendant une minute, et on aperçoit un mouvement contractile des narines et de la langue; quatre ou cinq minutes après, un mouvement inspiratoire se manifeste en même temps que les battemens du cœur.

On cesse l'insufflation qui a consommé 16 à 17 litres d'azote et qui a duré un peu plus de quatre minutes. Les contractions du cœur continuent, mais les mouvemens respiratoires se suspendent pendant quelques secondes après lesquelles ils reparaissent et s'établissent régulièrement.

L'animal est tout à fait remis au bout de cinquante-cinq minutes.

Deuxième expérience sur un chien adulte de taille moyenne. Après dix minutes d'inhalations (5 grammes de chloroforme), les mouvemens respiratoires, les contractions des ailes du nez et les battemens du cœur s'arrêtent presque en même temps.

On pratique l'insufflation. Au bout de trois minutes on aperçoit des contractions dans les ailes du nez et dans les paupières et un soulèvement des côtes. On cesse l'insufflation qui a consommé dix litres d'azote, et on comprime le thorax pour expulser le gaz qui peut rester dans les poumons.

Les mouvemens des côtes se succèdent; la respiration et la circulation s'établissent régulièrement.

Vingt minutes après, l'animal est tout à fait remis.

Nous avons fait deux autres expériences qui ne nous ont pas donné un succès aussi complet.

Dans celles-ci, les frémissemens des ailes du nez et des paupières ont reparu; la langue s'est contractée; nous avons compté deux ou trois inspirations, des battemens dans le cœur, des pulsations dans l'artère crurale; mais les mouvemens respiratoires n'ont pas continué, les contractions de la face ont cessé, enfin les battemens du cœur se sont arrêtés les derniers au bout d'une minute.

Les animaux sont morts après avoir donné ces signes de retour à la vie.

Si, dans ces deux cas, on n'a pu obtenir que le rétablissement momentané des fonctions vitales, c'est que l'expérience est très délicate à faire; car, dès que la respiration normale se réveille on ne peut plus continuer l'injection azotée sans courir le risque d'amener l'asphyxie; et, d'autre part, comme je l'ai dit précédemment, il est souvent nécessaire de persévérer dans l'insufflation pulmonaire jusqu'au rétablissement complet de la respiration, parce qu'il peut arriver que les mouvemens respiratoires s'arrêtent après avoir reparu quelques instans.

Ce n'en est pas moins toutefois un fait acquis et hors de doute aux yeux de votre commission que les fonctions de la circulation et de la respiration, suspendues de la manière la plus complète par l'intoxication chloroformique, peuvent se rétablir sous l'influence des insufflations de gaz azote pur.

Ces résultats, assurément fort curieux, peuvent même paraître étranges au premier abord; mais il me semble qu'avec un peu d'examen, et en réfléchissant à la manière dont le chloroforme se comporte dans l'organisme, il est possible d'expliquer le rôle joué par l'azote, et, par suite, la nature de l'action au moyen de laquelle l'insufflation rappelle les fonctions vitales suspendues par le chloroforme.

Je dois ajouter, Messieurs, que je n'expose ici que l'opinion personnelle de votre rapporteur, opinion partagée par M. Perrin.

Que se passe-t-il dans l'intoxication chloroformique? Les centres nerveux, encéphale, moelle épinière et moelle allongée, stupéfiés par le poison qui imprègne l'économie et qui pénètre leur substance, ont perdu leur puissance d'incitation de laquelle les phénomènes mécaniques de la respiration tirent leur source d'activité; les mouvemens respiratoires s'arrêtent donc, et après eux les contractions du cœur.

Quand ces deux fonctions se réveillent, le chloroforme est expulsé rapidement de l'économie au fur et à mesure de leur rétablissement par la surface pulmonaire, voie presque exclusive de cette élimination.

Mais, lorsque la période ultime de l'intoxication se manifeste comme un effet naturel de l'espèce de saturation progressive de la moelle épinière et de la moelle allongée par les dernières portions de chloroforme introduites dans l'organisme, l'élimination du poison anesthésique ne peut plus se faire puisque la respiration est abolie; cet agent continue donc ses effets délétères, dont la mort générale est le terme.

D'un autre côté, le chloroforme, en raison de sa volatilité et de son insolubilité, possède, même à une faible température, une certaine tension qui lui donne une grande propension à s'échapper de l'économie; nous avons vu, en effet, qu'il abandonne en partie un cadavre encore chaud; la même chose doit tendre à se produire dans l'organisme vivant pour peu qu'on la provoque.

Lorsque l'élimination naturelle du chloroforme est rendue impossible par la suspension de la fonction qui la détermine normalement, si on se substitue à cette fonction absente par la simulation de ses actes, en introduisant dans les poumons un gaz qui y entre et en sort alternativement, on produit une double action dont les effets sont faciles à saisir.

Le courant gazeux ne peut s'irradier largement dans l'arbre bronchique sans produire sur les surfaces qu'il frappe une stimulation qui va retentir dans les centres nerveux et y faire appel au réveil de l'excitabilité qui doit susciter le retour des mouvemens de la circulation et de la respiration, comme, dans la syncope et dans l'asphyxie ordinaires, les excitations soudaines de la sensibilité périphérique tendent à ranimer l'action nerveuse défaillante.

Mais, en même temps, ce courant gazeux qui vient lécher la surface pulmonaire, surface éminemment perspirable et éliminatrice, expulse dans son mouvement de retour les vapeurs anesthésiques qui remplissent les cellules pulmonaires et l'arbre aérien.

D'un autre côté, celles qui sont largement répandues dans le système capillaire y possèdent un degré de tension en rapport avec la température du corps; lorsque les vapeurs de chloroforme contenues dans les cellules du poumon sont expulsées, une portion de celles qui pénètrent les capillaires voisins se rapproche de la surface pulmonaire dans un mouvement d'expansion afin de rétablir l'équilibre gazeux, et s'exhale ensuite par exosmose. La spoliation qui se fait ainsi de proche en proche s'accélère quand les premières oscillations du cœur qui se réveillent avant la respiration viennent apporter le sang chargé de chloroforme dans le parenchyme pulmonaire.

Les centres nerveux, par la continuité de cette action, arrivent à se débarrasser d'une portie du poumon qui imprégnait leur substance; alors la force vitale, *vita superstes*, qui restait *en puissance* dans l'oppression du système nerveux, peut se manifester *en acte* quand celui-ci récupère une partie de sa faculté d'incitation suffisant à ranimer les contractions des muscles respirateurs; l'élimination du chloroforme, qui se faisait artificiellement par l'insufflation, continue désormais par le jeu normal de la fonction physiologique rétablie. C'est alors qu'il faut rendre à la respiration un gaz propre à réparer l'hématose, d'autant plus que celle-ci a été suspendue plus ou moins longtemps, tandis que, pendant l'arrêt de la respiration et de la circulation, les propriétés plus ou moins vivifiantes du gaz insufflé étaient assez indifférentes, comme nos expériences l'ont prouvé, car l'oxygène et l'air atmosphérique n'ont guère pendant ce premier temps, aussi bien que l'azote, qu'une action physique dont j'ai tiré la théorie que je soumets au jugement de mes savans collègues.

(1) L'azote a été préparé en faisant brûler du phosphore dans une cloche remplie d'air atmosphérique. L'excès du phosphore a été enlevé ensuite au moyen de quelques bulles de chlore. On s'était assuré qu'il ne restait pas de traces d'oxygène dans l'azote avant de l'employer.

---

ces faisceaux morts; mais l'irritabilité, la contractilité, dira-t-on, sont une propriété de leur structure. Est-ce que l'irritabilité n'est pas une force vitale?

» Est-il vrai que « le calorique ne puisse être engendré dans les corps vivans, comme partout ailleurs, que par un procédé physique ou chimique de la respiration, la digestion et la nutrition? (1) »

» Mais on oublie que toutes ces fonctions sont sous la dépendance de l'innervation, et que le calorique, dont on explique la production par la combustion, peut être alors rattaché à la vitalité. — Qu'on voie les cholériques dans un degré d'*algidité* au-dessous de la température ambiante, vainement réchauffés par le calorique extérieur dont on les environne, passer, dès que la vitalité se réveille, à un état de chaleur, de réaction, dont la nutrition, la respiration et la circulation ne peuvent rendre compte, car le pouls se relève à peine; l'estomac a tout rejeté depuis longtemps, et la respiration est à peine appréciable.

» Et la chaleur hectique des phthisiques réduits au marasme, dont à peine une portion de poumon fonctionne, à quoi la rattachera-t-on?

» Dans l'algidité progressive des enfans nouveau-nés (2), ne sait-on pas que ce serait vainement qu'on pourrait recourir à la chaleur de la nourrice, aux soins même souvent d'une mère, belle et forte nourrice dont ils ne peuvent presser le sein malgré les excitations de toute nature? — Que leur sert le lait que l'on fait couler dans leur bouche? Ils ne peuvent le digérer. Que leur sert la chaleur extérieure dont on les environne? Ils ne peuvent l'utiliser. — C'est qu'il y a en eux surtout un défaut de vitalité : *deficiunt vires*.

» Encore une preuve, — et combien en pourrais-je donner! — que la caloricité est sous l'empire des lois vitales. C'est ce qui se passe dans la congélation, soit générale, soit d'une partie du corps vivant. Ne sait-on pas que, si l'on voulait se comporter comme avec les corps bruts, communiquer la chaleur directement ou par rayonnement, on amènerait les plus redoutables accidens? et qu'il faut ranimer.... quoi? la vitalité, faire renaître l'*innervation*, et, par elle, la circulation? — Non, non, quoi qu'en disent les chimistes, le corps de l'animal n'est pas un fourneau, mais un foyer vital. »

Cette citation, que je voudrais étendre, doit suffire cependant pour témoigner de l'esprit dans lequel est pensé ce discours très remarquable par le courage et la fermeté des opinions, autant que par l'élégance et la vigueur du style. Précisément parce qu'elle ne vient pas de Montpellier, cette protestation présente plus de signification, car elle traduit dans tous les foyers de la science et de la pratiques médicales uee tendance évidente à l'émancipation des méthodes sous le joug desquelles Paris tient depuis un demi-siècle la médecine française.

Nous venons de voir ce qu'on pense à Bordeaux de la philosophie médicale purement organicienne; écoutons ce qu'on en pense à Lyon. Ici la réaction prend des formes moins accentuées, si j'en juge par l'excellent discours intitulé : *De l'esprit de la clinique médicale*, prononcé par M. Francis Devay en prenant possession de sa chaire.

Voici comment s'exprime le nouveau professeur sur l'absolutisme du diagnostic local :

« Ce sera donc au nom du véritable esprit de la clinique médicale que vous m'entendrez protester souvent contre une maxime célèbre qui a eu, de notre temps, une prodigieuse fortune; cette maxime est celle-ci : « Qu'est l'observation si on ignore le siége du mal? » En médecine pratique, elle serait supportable, si au mot siége on substituait le mot nature. Mais pour les esprits qui ne se paient pas de mots retentissans, que fait la notion plus ou moins exacte du siége de la maladie, pour établir l'indication curative? Réfléchissez-y : est-ce parce que je connais bien le lieu où des infiltrations s'établissent que j'espérerais les tarir en le bouchant? Non, c'est plus haut, c'est au lieu même de l'émergence que j'irai établir une dérivation salutaire. Vous verrez bientôt du reste, Messieurs les élèves, que le diagnostic local auquel nous devons tendre, que cette précision que nous devons apporter dans sa détermination, soit pour notre satisfaction personnelle, soit pour augmenter le faisceau de nos lumières, tient rarement ses promesses. Et vous verrez, d'une autre part, que nous avons souvent le bonheur de guérir des maladies dont le siége nous est totalement inconnu. »

Cependant le mariage de raison, dont je parlais tout à l'heure, me paraît plus avancé à Lyon qu'à Bordeaux. En effet, dit M. Devay :

« Messieurs, j'ai hâte de courir au devant d'un reproche que vous seriez peut-être disposés à m'adresser. Si j'ai la conviction que les méthodes d'observation enseignées par une école célèbre et par nos pères sont encore les meilleures, je proclame aussi hautement que, dans la pratique des choses humaines, il faut être de son temps. Or, le nôtre a réalisé des progrès en dehors de ces méthodes, et en fait entrevoir bien d'autres possibles encore. La physiologie expérimentale, la chimie organique, l'hygiène ont fourni des faits nouveaux que la clinique médicale doit accueillir; car, ne l'oubliez pas, elle repose sur l'universalité des faits donnés par l'observation. Lorsque vous lisez les leçons justement classiques d'un savant physiologiste qui porte un si haut intérêt à natre école (M. l'inspecteur général Bérard), vous demeurez frappés de ces rapports réciproques qui existent entre la clinique et la physiologie. Tantôt c'est la première qui éclaire celle-ci; tantôt c'est un problème pendant qui, pour sa solution, ne peut se passer du contrôle de l'une et de l'autre. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'un clinicien qui, de nos jours, négligerait sciemment les investigations fournies par la chimie organique, la physique, pour éclairer le diagnostic de certaines maladies, devrait être considéré par les personnes sensées comme en dehors du véritable esprit de son art. Celui de la clinique médicale est large et conciliant. Il met fin à ces disputes des humoristes et des solidistes qui tendent à s'éterniser dans les livres; il ne méconnaît pas l'harmonie avec laquelle marchent communément les phénomènes corrélatifs dans les solides et dans les fluides. Il ne peut admettre une cause expérimentale unique pour l'explication des faits multipliés ou divers dont se compose la science de l'homme (Lordat). Si je ne craignais de trop allonger ce discours, j'aurais du plaisir à vous entretenir de la perfectibilité de la clinique médicale sous un point de vue tout nouveau, celui

(1) Bérard. *Cours de physiologie*, Prolégomènes, t. I, p. 41.

(2) *De l'algidité progressive des enfans nouveau-nés*. Hervieux; rapport par M. Natalis Guillot. (*Union Médicale*, 1854.)

Ce mécanisme, dont l'économie vivante est le théâtre, et par lequel le chloroforme s'élimine emporté par l'insufflation, est rappelé d'une manière grossière, mais saisissante et vraie, par l'action du courant gazeux au moyen duquel on arrive si facilement à chasser le chloroforme des tissus qui le renferment, même de ceux qui, comme la matière cérébrale, le fixent avec énergie dans le procédé chimique qui a été employé pour découvrir cet agent dans les organes après la mort.

Je me crois donc autorisé à conclure que l'insufflation pulmonaire agit dans l'intoxication chloroformique en stimulant les surfaces respiratoires, et en déterminant l'élimination d'une partie du chloroforme renfermé dans l'organisme, élimination qui se continue par l'action de la respiration normale.

CHAPITRE V.

DU GENRE DE MORT PAR LES INHALATIONS DE CHLOROFORME.

Nos expériences nous ont posé un autre problème : comment la prolongation des inhalations de chloroforme amène-t-elle la mort? Par l'asphyxie, par la cessation des mouvemens du cœur ou par une action sur le système nerveux?

1° On ne peut admettre la supposition d'une asphyxie par insuffisance d'air, ou par inspiration de vapeurs impropres à l'hématose. L'état des organes respiratoires dans les autopsies que nous avons pratiquées le démontre, et d'ailleurs on ne comprendrait pas la possibilité de remédier, comme nous l'avons fait, à une telle asphyxie par les insufflations d'azote, c'est-à-dire par un moyen capable de la produire.

Il est vrai que les nécropsies nous ont montré un état de plénitude du système à sang noir analogue à celui qu'on observe dans l'asphyxie. Mais ce fait est facile à expliquer; les contractions du cœur survivant à la respiration, la circulation continue après l'arrêt de celle-ci; et comme la perméabilité des poumons diminue, d'une part le cœur gauche reçoit moins de sang des veines pulmonaires; de l'autre, ce liquide reflue et se concentre dans le système veineux, dans les cavités droites du cœur, et dans l'artère pulmonaire, puisque la stase sanguine se fait à partir de l'obstacle à la circulation, qui est le système capillaire du poumon.

2° MM. Gosselin (1) et Snow (2) ont pensé que le chloroforme amène la mort en paralysant le cœur par son contact avec les parois internes de cet organe.

Nous ne pouvons admettre cette opinion, puisque les contractions du cœur persistent après l'arrêt de la respiration, et que cet organe a été l'*ultimum moriens* dans toutes mes expériences.

3° La mort nous paraît dépendre primitivement, dans l'inhalation chloroformique, de la cessation des fonctions du système nerveux. Les centres nerveux perdent leur puissance d'incitation, comme nos expériences nous l'ont prouvé; nous avons constaté, en effet, l'abolition des propriétés excito-motrices dans ce système, et nous avons vu, en outre, que les centres nerveux étaient imprégnés d'une quantité considérable de poison anesthésique.

L'abolition des fonctions nerveuses entraîne successivement celle de la respiration, de la circulation, et la mort générale.

M. Gosselin, pour démontrer que le chloroforme détermine la cessation brusque des mouvemens du cœur, injectait cette substance à l'état liquide dans les veines; nous avons voulu répéter ces expériences; mais comme on pourrait objecter que la mort, qui se produisait presque immédiatement dans les expériences de M. Gosselin, était due à l'action du chloroforme liquide sur le sang ou à la perturbation résultant de l'introduction de cet agent dans les veines, nous avons modifié le procédé opératoire en injectant le chloroforme à l'état gazeux.

EXPÉRIENCE. — On verse 10 grammes de chloroforme dans un petit ballon en verre à la tubulure duquel est adapté un tube en caoutchouc vulcanisé qui se termine par un tube de verre effilé. On porte le liquide à l'ébullition au moyen d'une lampe à alcool afin de remplacer l'air de l'appareil par des vapeurs de chloroforme qui le remplissent en entier.

Le tube en verre est introduit du côté du cœur dans la veine jugulaire externe d'un chien adulte de taille moyenne; l'ébullition du chloroforme est continuée pendant tout le temps de l'expérience.

Quelques secondes après que le courant de vapeurs a pénétré dans le torrent circulatoire, des phénomènes d'excitation se manifestent; l'animal crie, se débat et laisse échapper des exonérations alvines et urinaires.

Une minute après, l'agitation s'apaise, les cris cessent, la respiration s'accélère.

Les membres postérieurs tombent en résolution; celle des membres antérieurs ne se montre que trente secondes après; la respiration devient abdominale.

Trois minutes après le commencement de l'expérience, les mouvemens respiratoires s'arrêtent, ainsi que les contractions des ailes du nez et des paupières.

On perçoit encore manifestement, pendant trente secondes, des contractions légères dans le cœur et des pulsations dans l'artère crurale, qui n'ont ainsi cessé qu'une demi-minute après l'arrêt des mouvemens de la respiration.

On retire alors le tube de la veine jugulaire; 7 grammes de chloroforme ont été consommés.

L'autopsie est pratiquée immédiatement.

La surface des poumons est parsemée de taches ecchymotiques un peu plus larges qu'une lentille, qui sont la trace de petits foyers occupant le tissu pulmonaire superficiel et semblables à des noyaux apoplectiques. Leur coupe laisse échapper un peu de sang liquide de couleur foncée. Le parenchyme pulmonaire central est spumeux, crépitant, sans noyaux ecchymotiques; les coupes pratiquées sur lui ne laissent pas échapper de sang.

Nous n'avons observé ces foyers ecchymotiques que dans cette expérience; le cœur droit est beaucoup plus volumineux que le gauche; cependant les cavités gauches contiennent plus de sang que chez les animaux morts par suite de l'inhalation. Les cavités droites du cœur et les veines contiennent beaucoup de sang noir et liquide. Le sang des cavités gauches et des artères est également liquide et de couleur rutilante.

Il n'existe pas de gaz dans le cœur ni dans les vaisseaux.

Il n'y a rien à noter dans l'apparence physique de l'encéphale.

On recherche la distribution du chloroforme dans les organes.

Les poumons traités par l'appareil chimique décrit plus haut donnent un précipité de chlorure d'argent très considérable.

Le sang du cœur en donne un bien plus excessif encore.

L'encéphale, y compris la moelle allongée, en donne un beaucoup moindre, mais exactement égal à celui que nous a donné le même viscère chez les animaux qui ont succombé aux inhalations.

Cette expérience démontre que les phénomènes se sont passés dans le même ordre et de la même façon, quoique beaucoup plus rapidement que dans l'inhalation chloroformique prolongée, et comme nous le verrons bientôt d'une manière identique pour la succession et pour la durée à ce qui a lieu dans la chloroformisation brusque par inhalations concentrées.

L'action du chloroforme s'est fait sentir sur le système nerveux par la résolution des membres postérieurs d'abord, et ensuite des membres antérieurs; de plus, malgré la quantité énorme de chloroforme qui pénétrait directement et primitivement dans le cœur, cet organe a fonctionné le dernier et a survécu aux mouvemens de la respiration.

Enfin, comme nous avons constaté la présence dans la matière cérébrale de la quantité de chloroforme qui l'imprègne habituellement, ne sommes-nous pas autorisés à penser que l'abolition de l'action du système nerveux a été aussi dans cette expérience le point de départ de la mort générale, et que le chloroforme n'a pas produit la paralysie du cœur malgré son contact prolongé avec ses parois internes?

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome XIV, page 202.
(2) *London medical journal*, 1852.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 Janvier 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président, qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections des sciences mathématiques.

Après deux scrutins et un ballottage entre MM. Binet et Despretz, M. Binet, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1855.

M. Regnault, vice-président pendant l'année 1854, passe aux fonctions de président.

M. HOUDIN prie l'Académie de vouloir bien faire constater par une commission les résultats des méthodes d'enseignement qu'il applique à deux jeunes *sourds-muets*, dont l'ouïe n'est pas affectée au même degré.

A cette occasion, M. Houdin remarque que les faits qu'il a recueillis depuis quinze ans qu'il s'occupe spécialement de ce genre d'enseignement lui ont fait reconnaître que « parmi les jeunes sujets considérés comme sourds-muets de naissance et, comme tels, abandonnés aux méthodes ordinaires d'enseignement basées sur la mimique et l'écriture, il en est un certain nombre qui peuvent recouvrer l'ouïe, parler et recevoir distinctement par l'oreille l'impression des sons parlés, sur le ton de la conversation ordinaire ou sur un ton à peine plus élevé; que parmi ceux dont la surdité est complète et incurable, il en est encore un certain nombre qui peuvent acquérir l'intelligence des sons parlés au moyen de la *perception tactile des ondes sonores*, acquérir la faculté de lire sur les lèvres d'autrui, et parler eux-mêmes très intelligiblement. »

Ces deux cas différens sont ceux des deux enfans dont l'éducation est maintenant suivie par M. Houdin, qui, relativement au dernier, insiste sur les perfectionnemens que la médecine auriculaire a dus, depuis quelques années, aux recherches de M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institution impériale des sourds-muets.

Cette lettre est renvoyée à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

— M. VOIZOT adresse une nouvelle rédaction de ses *réflexions sur le choléra asiatique*.

Le mémoire, sous sa nouvelle forme, reste toujours ce qu'il était, et, ce que le titre seul pouvait faire pressentir, principalement spéculatif. L'auteur n'emprunte guère à l'observation que quelques faits très généraux dont il tire des déductions qui lui fournissent l'occasion d'examiner successivement diverses hypothèses sur la cause de la maladie. Celle à laquelle il s'arrête enfin, comme satisfaisant le mieux aux conditions du problème tel qu'il l'a posé, est formulée par lui dans les termes suivans :

« L'agent morbide est le germe d'un vibrion délétère et parasite de l'homme se développant sur les parois de sa trachée-artère. »

Il ne se dissimule pas la nécessité de soumettre sa théorie au contrôle de l'expérience, et il indique les observations à faire pour constater l'existence du vibrion supposé; mais, prévoyant le cas où l'observation bien faite démentirait cette hypothèse, il voudrait, tant il a de confiance dans la méthode qu'il propose pour arriver à la connaissance de la vérité, que l'on contrôlât de la même manière les autres suppositions qu'il avait faites et écartées comme moins vraisemblables.

Le mémoire de M. Voizot est renvoyé à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

L'Académie renvoie à l'examen de la même commission les communications adressées par les auteurs dont les noms suivent :

1° M. MISSOUX, de Fournols : « Mémoire sur la formation, la progression et la cumulation des miasmes épidémiques; sur le traitement rationnel des affections cholériques; suivi d'un Appendice sur la névropathie épidémique des nerfs trijumeaux et ses fâcheux effets sur la vue. »

2° MADAME S. MERITO, de Nice : « Note sur une méthode de traitement du choléra, employée avec succès dans l'Inde, et qui l'a été récemment, avec un égal succès, en Europe. Cette méthode de traitement, dit l'auteur de la note, avait été découverte, il y a plus d'un siècle, par un de mes ancêtres qui résidait dans une partie de l'Inde où le choléra exerça fréquemment ses ravages; elle fut transmise par lui à sa famille, et est arrivée ainsi jusqu'à moi, qui ai eu l'occasion d'en constater l'efficacité. A Londres, dans diverses parties des États sardes et du midi de la France, elle a réussi complètement. »

— M. MOREAU, de Tours, en présentant au concours pour les prix de médecine et de chirurgie son travail sur l'*Étiologie de l'épilepsie*, y joint, pour se conformer à une condition imposée aux concurrens, une indication des parties de ses recherches qu'il considère comme neuves. — (Renvoi à la future commission.)

---

de la connaissance plus approfondie du rapport des maladies générales entre elles; sur leur antagonisme et sur leur compatibilité; questions à l'ordre du jour, mais qui ne peuvent obtenir une solution que par les lumières fournies par l'esprit de la clinique. Le perfectionnement des agens pharmaco-dynamiques, pour les mettre plus en rapport avec l'objet des indications, constitue une des parties les plus perfectibles de la clinique médicale. Nous nous en occuperons activement.

» L'observation sérieuse et réfléchie des maladies vous rendra clairvoyans mais non crédules touchant certains faits étonnans qui se passent dans l'organisation humaine. Vous verrez souvent l'imagination intervertir en quelque sorte la biologie; ici déterminer une affection insolite; là produire une révolution salutaire que l'art lui-même voulait provoquer. L'étude des influences morales au point de vue étiologique et au point de vue curatif vous est donc commandée par l'esprit de la clinique. Vous admirerez cet merveilles qu'opère sur le corps humain l'énergie morale, une volonté droite, ferme, bien dirigée : elle se repand, pour ainsi parler, dans tout le corps, et le met dans un état d'activité qui repousse toutes les influences nuisibles. Vous utiliserez au profit de votre malade, par la persuasion, ce puissant levier. Bien souvent vous aurez l'occasion de vérifier la justesse de ces belles paroles de l'éloquent Vicq-d'Azyr : « Sait-on tout ce que peuvent sur nos organes les douces émotions de l'âme et les battemens d'un cœur satisfait? » Mais je ne puis qu'effleurer, ici, ce beau sujet. »

Voici un autre passage où le désir de cette heureuse et féconde union entre ce qu'on appelle Paris et Montpellier me semble encore plus nettement accusé :

« Au sein de ces matériaux répandus avec tant de profusion pour votre instruction dans cet hôpital servi par une succession de médecins aussi recommandables, vous n'oublierez pas que vous avez à soutenir et à perpétuer la réputation de vos devanciers : Lyon est une cité médicale. Si, comme on en a fait la remarque pour un autre ordre de faits, son heureuse topographie, sa situation qu'envient les plus importantes capitales, fixe en quelque sorte sa prospérité matérielle, ne peut-il pas être permis d'attribuer à la même cause quelque influence sur ses destinées scientifiques? Si le génie qui caractérise les médecins lyonnais semble consister dans une alliance heureuse du dogmatisme et de l'empirisme; s'ils peuvent se rendre cette justice d'avoir toujours faiblement trempé dans les égaremens des systématiques, c'est que, placés sur la grande voie du nord et du midi, nous subissons deux influences. Si l'école de Paris nous tient en éveil et nous enrichit des faits qui sortent de son vaste laboratoire, si elle nous apprend à mieux connaître le *substratum*, une autre influence rayonne sur nous. Beaucoup de nos élèves, après un séjour dans cette Faculté méridionale, où de tout temps ont fleuri des praticiens et des sages, reviennent l'esprit charmé, l'intelligence nourrie des choses nouvelles qu'ils ont entendues. Ces doctrines, qui de loin leur paraissaient si subtiles, sans rapport direct avec la pratique, ne leur semblent plus de simples spéculations, lorsqu'ils ont entendu les maîtres qui ont pour mission de perpétuer et de développer leur enseignement. Grâce à cette initiation dont l'action se fait de plus en plus sentir, nous prenons l'habitude, dans nos recherches cliniques, d'aller du phénomène extérieur au phénomène intérieur, du symptôme à la modification organico-vitale dont il dépend, de l'effet à la cause, sans pour cela remonter au-delà des causes expérimentales; nous nous efforçons d'aller au-delà des cures symptomatiques et palliatives, fruits précaires de la médecine localisatrice. »

Je poursuivrai cette revue qui, si je ne m'abuse, doit offrir comme principal intérêt de mettre les lecteurs de l'UNION MÉDICALE en mesure de connaître et de suivre le mouvement médical dans ses principales manifestations. Si je ne me trompe encore, les deux opuscules dont je viens de citer quelques passages montrent la légitimité de l'opinion émise naguère dans ce journal sur le travail de transformation qui s'opère à cette heure dans l'esprit médical. Pour s'être fait sentir jusqu'à Paris, jusque dans le sein de la Faculté et à la tribune académique, il faut que cette transformation soit même plus avancée que nous ne le croyons ici. Dans ces espérances de rénovation qui agitent les esprits, la province médicale a un beau rôle à jouer; nous serons toujours heureux ici de le reconnaître et d'y applaudir.

Amédée LATOUR.

QUESTION DE LA DÉCLARATION DES NAISSANCES; — JUGEMENT DU TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE.

Jusqu'à ce jour, quand un accoucheur se trouvait dans l'impossibilité de révéler le nom, et surtout le domicile de la mère, dans une déclaration de naissance, il en résultait pour lui des embarras, des tourmens sans nombre. Cité devant le tribunal, il ne parvenait qu'avec peine à échapper aux conséquences de son dévouement.

Aujourd'hui les rôles ont changé, et nos droits viennent d'être enfin consacrés d'une manière formelle. Ce n'est plus le médecin qui se défend, c'est l'officier de l'état civil qui, à la réquisition de l'accoucheur, se voit condamner par le tribunal à inscrire un enfant sans nom de père ni de mère et sans désignation du lieu de la naissance, et de plus à payer les frais de la procédure.

C'est au chaleureux plaidoyer de Me Gressier, dont le beau-père, Me Chaix-d'Est-Ange, a si bien défendu les droits de l'Académie de médecine, que nous devons cette conquête qui intéresse tout le corps médical.

Voici l'extrait du jugement qui nous est adressé par M. Chailly-Honoré :

« Le tribunal, ouï en ses conclusions et plaidoirie Gressier, avocat, assisté de Estienne, avoué de Chailly, ensemble en ses conclusions M. Moignon, substitut du procureur impérial, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort, donne défaut contre la mairie du deuxième arrondissement de Paris, non comparant, et pour le profit;

» Attendu que la présentation de l'enfant par le médecin est régulière, que le refus du maire du deuxième arrondissement n'est fondé sur aucun motif légal;

» Ordonne qu'il sera tenu de recevoir et inscrire sur le registre des actes de naissance de la mairie, dans les vingt-quatre heures de la signification du présent jugement, la déclaration qui lui sera réitérée par le demandeur en présence de deux témoins de la présentation d'une enfant du sexe féminin, née le 31 octobre dernier dans la circonscription du deuxième arrondissement, de père et mère inconnus, à laquelle il entend donner le nom de Louise Gabrielle de Sainte-Perrine, sinon et faute par le maire de ce faire dans ledit délai et icelui passé, dit qu'il sera fait droit. »

Séance du 8 Janvier 1855.

Cette séance a été entièrement consacrée à la lecture des rapports sur les prix des travaux couronnés par l'Académie. (Voir l'UNION MÉDICALE du 13 janvier 1855.)

Séance du 15 Janvier 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Traitement des anévrysmes et des varices par les injections coagulantes.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES lit un mémoire sur ce sujet; il rappelle que Monteggia, professeur à Milan, a émis, dans une phrase de ses institutions chirurgicales, l'idée de traiter l'anévrysme en ponctionnant la tumeur avec un trocart ordinaire et en y injectant une liqueur coagulante qu'il n'indique pas. M. Leroy-d'Étiolles fait observer que le trocart ferait une plaie trop large et mettrait le plus souvent dans la nécessité de recourir immédiatement à l'opération des anciens par l'ouverture du sac.

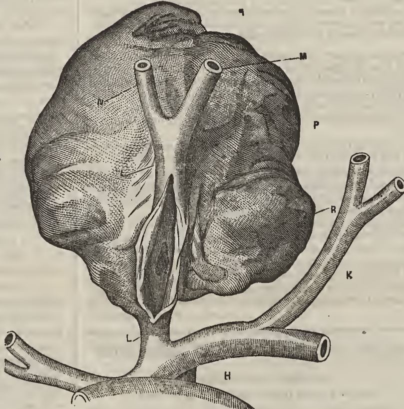
A cette proposition, peu susceptible d'application, M. Leroy a substitué la ponction avec un tube capillaire, et il a démontré l'efficacité de ce procédé par des expériences sur les animaux dont il a communiqué les résultats à l'Académie des sciences dans la séance du 23 mars 1835; il s'était servi, dans ces expériences, d'alcool et de solutions alumineuses.

M. Pravaz a renouvelé, il y a deux ans, les expériences de M. Leroy-d'Étiolles; il a, comme lui, agi sur une portion de sang isolée et stagnante entre deux points de compression dans l'artère carotide d'un cheval; mais, au lieu de l'alcool et des sels d'alumine, il s'est servi d'une solution de perchlorure de fer dont l'effet est plus puissant, mais qui produit une inflammation trop vive des parois de l'artère et du sac anévrysmal.

Lallemand, qui avait pris part aux expériences de Pravaz, en communiqua les résultats à l'Académie des sciences en disant que les injections coagulantes produiraient dans le traitement de l'anévrysme une révolution aussi complète, aussi importante que la lithotritie dans les affections calculeuses.

M. Leroy-d'Étiolles, tout en revendiquant devant l'Académie la part qui lui revient dans le traitement de l'anévrysme par la méthode des injections coagulantes, manifesta la crainte que l'exagération d'enthousiasme ne fût suivie d'une réprobation exagérée si le succès ne répondait pas à une annonce aussi pompeuse; c'est ce qui est arrivé : les réussites des opérations pratiquées par M. Jobert, par M. Salles, de Lyon, et par un autre chirurgien, ont été neutralisées par des insuccès plus nombreux entre les mains de MM. Velpeau, Malgaigne, Lenoir, etc., et les injections coagulantes, comme méthode de traitement de l'anévrysme, tombèrent dans un discrédit non mérité.

M. Leroy-d'Étiolles examine les causes des accidens qui ont eu lieu et les moyens qui peuvent assurer le succès. Il fait observer que, dans l'application sur l'homme, les chirurgiens se sont éloignés du procédé qui avait été employé dans les expériences sur les animaux par lui et par les autres expérimentateurs : les injections avaient été faites dans l'artère sur une petite colonne de sang isolée et stagnante; tandis que sur l'homme on a toujours fait l'injection dans la tumeur anévrysmale. Or, il semble que l'on ait perdu de vue l'étroitesse ordinaire de la communication entre l'artère et le sac anévrysmal qui avait été observée par Scarpa, et dont M. Leroy-d'Étiolles donne un specimen dans la figure suivante :



En réfléchissant à cette étroite communication, on comprend qu'il a dû arriver que le liquide coagulant n'a agi que sur le sang contenu dans le sac anévrysmal, et non sur le sang contenu dans le tube artériel, en sorte que la circulation tantôt n'a pas été suspendue, tantôt ne l'a été que momentanément. M. Leroy-d'Étiolles pense que l'on se placerait dans des conditions plus favorables en opérant de la manière suivante :

Deux points de compression sont placés au-dessous et au-dessus de la tumeur; l'injection faite dans le tube artériel coagulerait sûrement le sang contenu dans sa cavité et la portion de sang encore liquide du sac.

Sur les artères superficielles, telles que la brachiale, M. Leroy-d'Étiolles voudrait que l'on suivît le procédé qu'il a mis en usage dans ses expériences sur les animaux, procédé qui est, à la méthode des injections, ce que les procédés d'Anel et de Hunter sont à la méthode de la ligature.

Enfin, pour les tumeurs qui sont développées sur les artères près de leur entrée dans les cavités splanchniques, telles que la crurale et l'iliaque externe, la sous-clavière et le tronc brachio-céphalique, M. Leroy conseille l'injection dans l'artère au-dessous du sac, imitant la manière d'agir de Bras-Dor pour la ligature.

Quant au liquide coagulant, M. Leroy-d'Etiolles dit que l'on a donné trop d'importance au perchlorure de fer, dans l'emploi duquel beaucoup d'opérateurs voient la méthode tout entière des injections; il pense que cette solution très irritante est difficilement maniable, ainsi que l'ont prouvé les inflammations et même les gangrènes survenues après quelques opérations. Il y aurait moins de danger à employer les sels d'alumine dont il avait fait usage dans ses expériences : le sulfate d'alumine neutralisé par l'ammoniaque et des lavages répétés, le liquide de Pagliari, composé d'alun et de benjoin, le tannin, etc., ont une action suffisante sans produire une inflammation excessive dans les parois de l'artère et dans celles du sac.

M. Leroy-d'Étiolles rappelle qu'il a encore coagulé le sang dans les artères au moyen de l'électro-puncture, agissant sur une portion de ce liquide isolée et stagnante, entre deux points de compression. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Mémoire sur l'anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus (2me partie).

M. le professeur LAUGIER, auteur de ce mémoire, s'exprime ainsi :

La pourriture d'hôpital est décrite comme une maladie des plaies exposées, quoiqu'elle envahisse aussi le tissu cellulaire commun, et celui des organes sous-jacents à la membrane des bourgeons charnus : c'est qu'en effet c'est par cette membrane qu'elle commence ordinairement. D'après le plan que je me suis tracé, j'ai donc à rechercher les altérations des granulations des plaies sous l'influence de la pourriture d'hôpital.

On connaît deux formes principales de la pourriture d'hôpital : la forme ulcéreuse et la forme pulpeuse. Elles diffèrent par les caractères anatomiques, au point qu'on serait tenté de croire qu'elles n'appartiennent point à la même maladie.

Dans la forme ulcéreuse, les premiers effets de la pourriture portent évidemment sur les vaisseaux des bourgeons charnus. A chaque point attaqué une sorte d'alvéole se forme et se remplit d'un ichor brunâtre et tenace ; les bourgeons charnus d'hémisphériques sont devenus coniques, et beaucoup plus petits; leur sommet est ecchymosé, et cette ecchymose contenue sous la pellicule superficielle des bourgeons ne peut être enlevée par le lavage ou le frottement. Leur circulation et leur nutrition ont subi une altération profonde, mais il n'y a point là gangrène, et l'ulcération avec perte de substance admise par tous les auteurs ne me paraît pas même encore démontrée.

En effet, un groupe de bourgeons ne peut diminuer de volume dans une plaie saine, sans qu'au siége qu'il occupe ne se montre une dépression alvéolaire. Chaque affaissement partiel des bourgeons charnus produira l'alvéole, qui, dans la pourriture d'hôpital, a été considérée comme une ulcération.

Ce n'est qu'après la disparition complète des bourgeons que l'ulcération semble plus manifeste par l'extension de la pourriture d'hôpital dans le tissu cellulaire voisin. Encore je dis seulement qu'elle semble plus manifeste, car la destruction du tissu cellulaire a lieu ici comme dans le phlegmon diffus, c'est-à-dire par gangrène. Les organes mortifiés sont représentés par des escarres, et ce n'est pas à ce mode de destruction qu'on donne, en pathologie, le nom d'ulcération.

Quant à la stratification de lymphe et à la production des vaisseaux dans la membrane des granulations, elles sont complétement suspendues tant que dure l'espèce de retrait atrophique subi par les bourgeons charnus. C'est là une analogie avec l'inflammation; mais il y a ici de plus que dans l'inflammation des plaies la petitesse accidentelle des granulations, leur changement de forme, l'ecchymose de leur sommet, la sécrétion de l'ichor sanguinolent, et enfin la disparition complète des bourgeons charnus opérée par une sorte d'épuisement hémorragique.

Dans la forme pulpeuse les bourgeons charnus prennent et gardent, pendant un ou deux jours, une teinte légèrement violette. Bientôt un voile demi-transparent les recouvre et les dérobe incomplétement à la vue. Cette couche blanchâtre est très adhérente et ne se laisse pas enlever par des frottemens réitérés. Quelquefois on la soulève par lambeaux flottans ; tantôt elle est assez ferme pour se laisser séparer avec facilité ; tantôt elle se déchire au moindre effort.

Au-dessous, les bourgeons charnus conservent les formes qu'ils avaient auparavant ; ils sont ensanglantés par la séparation de la fausse membrane ; leur couleur est violacée, mais, à cela près, ils ne paraissent pas malades ; c'est leur sécrétion qui est le produit morbide. Bientôt elle acquiert plus d'épaisseur, ne se moule plus aussi exactement aux dispositions physiques de la plaie, et, au dixième jour environ, cette plaie étant plus douloureuse et ses bords devenus pâteux et bruns, la fausse membrane très épaisse se détruit, se fond en passant à l'état de putrilage, sans cesser d'être adhérente aux parties sous-jacentes, qu'elle envahit et qu'elle s'approprie au point qu'il n'est pas possible d'en reconnaître les traces dans son épaisseur.

Tous les chirurgiens, et Delpech à leur tête, appellent fausse membrane le produit membraneux qui revêt la plaie. Cependant, il est impossible de ne pas être frappé de la différence qui existe entre la masse pulpeuse de la gangrène d'hôpital et les fausses membranes connues.

Une fausse membrane est une sécrétion inerte ; elle peut augmenter d'épaisseur par addition de couches nouvelles, mais elle ne détruit pas l'organe sécréteur, ou ne le comprend pas dans son épaisseur.

Aucune fausse membrane récente et non organisée n'adhère à la membrane sous-jacente avec une force pareille à l'adhérence ordinaire du produit de la pourriture d'hôpital à la membrane des bourgeons charnus.

Une fausse membrane se détache d'elle-même, sans phénomènes de réaction; et dans la pourriture d'hôpital, au contraire, au dixième ou douzième jour, un travail particulier d'élimination précède la fonte putrilagineuse.

En conséquence, on peut se demander si la fausse membrane de la pourriture d'hôpital ne fait pas d'abord partie intégrante de la membrane des granulations. Ce problème d'anatomie pathologique est difficile à résoudre, parce qu'au premier degré de la pourriture d'hôpital pulpeuse la fausse membrane se détache quelquefois avec facilité; peut-être ce premier degré est-il souvent confondu avec la diphthérite des plaies : question qui exigerait de nouvelles recherches.

Mais quand la fausse membrane suit toutes les sinuosités de la plaie, lorsqu'elle adhère au point de ne pouvoir être enlevée que par lambeaux, non sans faire saigner les granulations vasculaires, n'est-il pas naturel de penser qu'elle n'est autre chose que la couche de lymphe organisable de l'état sain, mais dont l'organisation avorte dans la pourriture d'hôpital ? L'accroissement en épaisseur de la fausse membrane pourrait s'expliquer alors par la superposition de couches inorganisées dues à l'action répétée mais incomplète des bourgeons charnus. Leur membrane, qui s'accroît, ainsi que je l'ai dit, par stratification, périrait elle-même par une sorte de décortication, qui finirait par atteindre les couches profondes, et détruirait ainsi les granulations. Cette décomposition, d'abord partielle de leur membrane, ne ferait pas seulement mieux comprendre le degré d'intimité qui existe entre la fausse membrane et les couches sous-jacentes ; mais aussi, quand la maladie s'arrête, la rapidité avec laquelle les bourgeons vasculaires reprennent et achèvent l'œuvre de la cicatrisation. Ainsi, dans les deux formes principales de la pourriture d'hôpital, la membrane des bourgeons charnus finit par disparaître. Dans la première, les bourgeons s'amoindrissent et meurent par exhalations sanguinolentes et ichoreuses; dans la seconde, ils semblent s'épuiser par une sécrétion pseudo-membraneuse sous laquelle ils disparaissent, bien qu'ils aient conservé, tout le temps qu'on peut les voir, leur forme, leur volume et à peu près leur couleur.

Gangrène sénile des bourgeons charnus. — J'ai observé dans certains ulcères une altération des bourgeons charnus tellement analogue à la gangrène sénile que je propose de lui en donner le nom.

En un point quelconque de la surface d'un ulcère atonique, souvent près de l'un de ses bords, un bourgeon charnu, mollasse et volumineux, prend une teinte violette et comme ecchymotique, qui paraît située dans son centre, à une certaine profondeur. Cette ecchymose circonscrite et profonde dure quelques jours sans que le bourgeon charnu ait changé de volume et de rénitence ; seulement il pâlit à sa surface ; ses couches superficielles reçoivent moins de sang. Peu à peu la teinte violacée paraît s'étendre et tire sur le noir ; puis le bourgeon entier devient plombé, s'affaisse et se mortifie; il est remplacé par une escarre fétide. En ce point l'ulcère se creuse et prend un aspect gangréneux sans ichor. C'est une gangrène isolée dans l'ulcère qui garde partout ailleurs sa physionomie ordinaire. Plusieurs bourgeons, le plus souvent voisins du premier, lentement, très lentement (car ce travail peut durer plusieurs semaines), subissent la même altération et meurent de la même manière. La tache ecchymotique centrale occupe précisément le siége de la grappe vasculaire qui nourrissait le bourgeon charnu; c'est sur elle et autour d'elle que la gangrène se montre par l'arrêt de la circulation et elle envahit tout le bourgeon, quand les anastomoses fines, qui l'unissaient aux bourgeons voisins, cessent de suppléer à son vaisseau nourricier principal oblitéré.

C'est ainsi que dans la gangrène dite sénile une artère principale étant oblitérée, la mortification arrive peu de temps après, quoique la vie se soit, pendant ce temps, maintenue à l'aide d'anastomoses artérielles bientôt insuffisantes.

L'anatomie pathologique des ulcères, dont je ne fais aujourd'hui qu'indiquer un aperçu, est, comme on le voit, très digne d'attention. D'après les résultats que j'ai déjà obtenus, mais que je ne veux pas offrir prématurément au jugement de l'Académie, je crois que cette anatomie peut seule éclairer et résoudre une question jusqu'ici bien obscure, celle des phénomènes de l'ulcération. Au lieu d'invoquer, comme l'a fait Hunter, l'action exagérée des vaisseaux absorbans, je crois que dans un grand nombre de cas l'ulcération peut s'expliquer plus clairement que ne le fait l'absorption par des arrêts de développement, un mode particulier d'organisation et de nutrition des bourgeons vasculaires, et, enfin, comme je viens d'en donner un exemple, par la gangrène de ces bourgeons. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

COURRIER.

Par arrêté en date du 6 janvier 1855, M. Malaguti, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Rennes, est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Morren, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté en date du même jour, MM. Jacquemin et Schlagdenhauffen ont été institués en qualité d'agrégés près l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, pour la section de chimie, de physique et de toxicologie.

— Par décret du 3 janvier, ont été promus dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de second chirurgien en chef, M. Arlaud, chirurgien professeur ;

Au grade de chirurgien principal, M. Reynaud, chirurgien de 1re classe.

— M. Routier, ancien médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Douai, vient de mourir au château d'Auby, dans sa 77e année.

— La Société médicale d'émulation vient de renouveler son bureau ainsi qu'il suit pour l'année 1855 :

M. Brierre de Boismont, président ;
M. Herpin de Genève, vice-président ;
M. Ludger Lallemand, secrétaire général ;
M. Maurice Perrin, secrétaire particulier ;
M. de Laurès, trésorier.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 12. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 30 Janvier 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ANESTHÉSIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOYENS A EMPLOYER CONTRE LES ACCIDENS DÉTERMINÉS PAR LES INHALATIONS DE CHLOROFORME ;

Rapport

Lu à la Société médicale d'émulation de Paris, le 13 Janvier 1855,

Par M. Ludger LALLEMAND,

Secrétaire général de la Société, médecin-major du 20me bataillon de chasseurs à pied,

Au nom d'une commission composée de MM. Adorne, Gillette, Amédée Forget, Hillairet, Maurice Perrin, et Ludger Lallemand, rapporteur.

(Suite. — Voir les numéros des 20, 23, 25 et 27 Janvier.)

DEUXIÈME PARTIE.

Chapitre Ier.

DES PHÉNOMÈNES DE L'INTOXICATION CHLOROFORMIQUE RAPIDE.

Dans les expériences que nous avons rapportées jusqu'à présent, l'intoxication n'a abouti à la mort que par la prolongation souvent considérable des inhalations de chloroforme. Ce n'est pas dans des circonstances pareilles que les accidens se sont manifestés chez l'homme à la suite de la chloroformisation; les phénomènes insolites terminés par la mort se sont au contraire développés rapidement et pendant les premiers temps de l'inhalation. Si cette différence nous empêche de tirer une conclusion comparable de nos expériences, nos études ne sont cependant pas sans utilité, puisqu'elles nous ont fait connaître l'action du chloroforme sur les grandes fonctions qui entretiennent la vie.

Mais il nous restait à chercher des conditions expérimentales nouvelles qui nous permissent d'espérer des résultats plus rapprochés de l'action toxique observée chez l'homme sous l'influence du chloroforme.

Dans les expériences que nous avons tentées dans ce but, et qui ont été faites sur des chiens, nous avons augmenté la dose de l'agent anesthésique afin d'en précipiter l'action. Pour cela nous avons versé 15 grammes de chloroforme sur une éponge placée au fond d'un vase cylindrique à large embouchure, dans laquelle plongeait le museau du chien à une distance constante de 2 à 3 centimètres de la surface de l'éponge; l'air circulait entre les parois du vase, l'éponge et la face de l'animal, en sorte que l'asphyxie n'était pas à craindre.

Les phénomènes observés dans ces conditions nouvelles se sont développés avec le même caractère, dans le même ordre, mais plus rapidement que quand l'inhalation était à doses fractionnées; ils nous ont rappelé exactement, pour la nature, la succession et la durée, ceux qui se sont produits chez le chien dans les veines duquel nous avons injecté du chloroforme en vapeurs.

La période ultime et mortelle de l'intoxication n'a jamais mis plus de trois minutes à se produire. Les premières impressions des vapeurs anesthésiques ont provoqué de l'agitation, des cris, des exonérations fécales et urinaires, phénomènes qui ont fait place à l'insensibilité au bout d'une minute.

La résolution musculaire a toujours commencé par les membres postérieurs et par le train de derrière.

La respiration, d'abord accélérée, est ensuite devenue exclusivement abdominale, et s'est successivement ralentie.

La circulation s'est également accélérée en présentant des perversions de rhythme; elle a été souvent saccadée et intermittente; elle s'est ensuite ralentie.

Les mouvemens respiratoires se sont arrêtés les premiers dans toutes nos expériences; nous avons observé, après leur suspension, et pendant la durée de quelques secondes, des contractions légères des ailes du nez et des paupières.

Les battemens du cœur et les pulsations de l'artère crurale ont toujours persisté après l'abolition des mouvemens respiratoires apparens, habituellement pendant une minute, une fois pendant trois minutes.

Il s'en faut de beaucoup que tout le chloroforme employé ait été consommé en inhalations ou vaporisé, car il en restait chaque fois une quantité notable dans l'éponge.

Nous avons abandonné à l'air libre quatre chiens en les soustrayant à l'action du chloroforme immédiatement après la suspension des mouvemens respiratoires, sans qu'aucun de ces animaux soit revenu à la vie.

En voici un exemple :

EXPÉRIENCE faite sur un chien adulte de taille moyenne, à 2 heures 35 minutes. Agitation, cris, exonérations au début.

2 h. 36 m. — Insensibilité, résolution des membres postérieurs, respiration et circulation accélérées.

2 h. 36 m. 1/2. — Résolution musculaire complète; respiration diaphragmatique.

2 h. 37 m. — Les mouvemens respiratoires s'arrêtent; on observe dans les ailes du nez et dans les paupières des frémissemens qui s'éteignent au bout de quelques secondes.

On retire le chloroforme.

La circulation continue; on la perçoit par les contractions du cœur et par les pulsations de l'artère crurale, qui sont lentes et régulières.

2 h. 40 m. — On ne sent plus dans le cœur que de légères oscillations; les pulsations artérielles ont cessé; la circulation s'arrête; l'animal ne revient pas à la vie.

Les nécropsies nous ont donné les mêmes altérations que dans l'intoxication lente.

Les poumons sont légers, crépitans, de couleur rosée, sans traces d'engouement, d'infiltration, ni de foyers apoplectiques.

Les cavités gauches du cœur ne contiennent que quelques petits caillots mous, de couleur vive se rapprochant de la coloration artérielle.

Les cavités droites et les veines renferment une grande quantité de sang noir et liquide, avec quelques caillots mous dans le ventricule.

La surface du sang est recouverte de lamelles miroitantes ressemblant à des parcelles de cholestérine, et de larges gouttelettes brillantes reconnaissables à l'aspect extérieur pour de la matière grasse.

Le tissu pulmonaire ne contient que très peu de chloroforme.

Le sang en contient davantage.

La matière cérébrale en renferme habituellement dix à douze fois plus que le sang.

Les proportions de chloroforme trouvées dans les organes, et appréciées par le précipité de chlorure d'argent, sont à peu près les mêmes que celles que nous avons constatées après la mort par l'intoxication lente.

Nous devons conclure de ces expériences que la mort n'est due ni à l'asphyxie, ni à la paralysie du cœur, et qu'elle est la suite de l'abolition fonctionnelle du système nerveux.

CHAPITRE II.

DES MOYENS DE RÉTABLIR LES FONCTIONS VITALES SUSPENDUES PAR L'INTOXICATION CHLOROFORMIQUE RAPIDE.

Nous avons eu recours à l'insufflation d'air atmosphérique et à l'électricité pour rappeler à la vie les animaux soumis rapidement à l'intoxication chloroformique.

§ Ier. — DES INSUFFLATIONS D'AIR ATMOSPHÉRIQUE.

Nous nous sommes servis, comme précédemment, d'une sonde en gomme élastique adaptée, au moyen d'un bouchon, à un soufflet ordinaire, et introduite dans la trachée par la bouche de l'animal.

Nous avons attendu la cessation de tous les mouvemens apparens de la respiration et de la circulation avant de commencer l'insufflation que nous avons continuée jusqu'au rétablissement des mouvemens respiratoires, avec une durée moyenne de quatre minutes.

Cette opération a été pratiquée sur quatre chiens, chaque fois avec succès. Les signes successifs du retour à la vie ont été d'abord les frémissemens des ailes du nez et des paupières, puis les contractions du cœur et les pulsations artérielles, enfin les mouvemens respiratoires qui ont reparu les derniers.

Nous avions vu les animaux soumis à l'intoxication prolongée rentrer avec une lenteur pénible dans la possession de leur intégrité fonctionnelle; mais ici, au contraire, le retour se fait avec une brusquerie, une sorte d'instantanéité proportionnelles à la rapidité de l'intoxication. A peine les côtes se sont-elles soulevées dans la première inspiration normale, que le chien secoue la tête, en faisant un effort de toux convulsive

---

Feuilleton.

DE LA STATISTIQUE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE (1).

A M. Amédée Latour.

A Jove principium. Commençons par Hippocrate, qui dit : « Ayez » dans la mémoire les cures des maladies et la manière dont elles ont » été opérées dans les différens sujets et *combien de fois* et comment » on les a traitées dans chaque individu, car c'est là le commencement, » le milieu et la fin de la médecine. » (*De decenti ornatu.*) Vous l'entendez : pour Hippocrate, la statistique était la *fin* de la médecine.

Sans nous arrêter à Galien, Celse et autres anciens où il serait facile de découvrir des argumens analogues, arrivons à la renaissance, où nous rencontrons d'abord l'hippocratiste Fernel : « Ce n'est pas ce » qui arrive seulement *une fois*, mais bien ce qui s'observe *le plus* » *souvent* avec l'ensemble des mêmes circonstances qui engendre l'ex» périence. » (*De medicam. virib.*, lib. 4, cap. 5.) Notez qu'il dit cela précisément à propos de l'action des médicamens. Mais Fernel n'était qu'un habile compilateur; arrivons aux auteurs modèles.

Dans sa lettre à G. Cole, le grand Sydenham évalue *numériquement* la quantité relative des maladies aiguës et chroniques, mais c'est de thérapeutique qu'il s'agit ici. A propos des fièvres pestilentielles (typhoïdes) de 1665, il s'exprime ainsi : « Parmi ceux qui ont été » traités par les sudorifiques, de *trois* à peine en est-il réchappé *un*, » pour ne rien dire de plus. » Ceci est à la fois un monument de statistique et une leçon de clinique pour quelques modernes; mais voici quelque chose de plus précieux encore. Sydenham a prévenu et ruiné un des plus grands argumens des *antinuméristes*, à savoir que la même affection peut guérir et guérit en effet par des remèdes divers et souvent opposés. « On objectera, dit-il, en parlant des fièvres graves, on objectera que la maladie dont il est question guérit souvent par une méthode entièrement contraire à celle que je recommande. Je réponds qu'il y a une très grande différence entre une méthode qui n'est appuyée que sur *quelques* guérisons dont la nature seule peut avoir fait les frais, et une méthode qui, outre le *grand nombre* de guérisons qu'elle opère, se trouve encore convenir aux symptômes naturels de la maladie (c'est-à-dire qui est rationnelle)..... » Dans la fièvre continue, si je trouve que plus j'échauffe le malade, plus il est sujet au délire, aux taches de pourpre, à toutes sortes de symptômes irréguliers; si j'observe, au contraire, qu'un autre malade qu'on traite par les rafraîchissemens se trouve tout à fait exempt de pareils symptômes, le bon sens m'oblige de croire que cette méthode vaut beaucoup mieux que la première, quoique les deux malades ne laissent peut-être pas de guérir (ou de mourir) l'un ou l'autre. Mais s'il en guérit *réellement davantage* par la dernière méthode que par la première, il est encore plus facile de décider la difficulté. » (*Méd. prat.*, trad. par Jault, p. 341, 42.) Je ne sache aucun statisticien moderne, même parmi les académiciens, qui ait rien dit de mieux. Aussi nous permettra-t-on de proclamer Sydenham un des plus illustres et des plus éloquens sectateurs de la statistique. Les doctrines rivales se disputent le nombre des succès. Chacun affiche des chiffres égaux ou supérieurs à ceux d'un autre. Certes, l'erreur (sinon le mensonge) est quelque part; mais, dans l'incertitude où vous êtes, suivez la maladie et croyez que la méthode sous l'action de laquelle les symptômes se déroulent avec le plus de bénignité doit être la meilleure *à priori*.

Huxam exprime de secrètes sympathies pour la statistique dans les paroles suivantes : « Je suis persuadé que la méthode de traiter les fièvres par des remèdes et un régime chauds et sudorifiques a conduit des *milliers* de personnes au tombeau. » (*Des fièvres*, p. 128.) La persuasion d'Huxam aurait l'autorité de la certitude si les anciens se fussent donné la peine de compter.

Pringle, au rapport de Cabanis, disait que : « la médecine était depuis les Grecs jusqu'à nous une science où sur *peu* de faits l'on faisait beaucoup de raisonnemens; et qu'il fallait, au contraire, à l'avenir, y faire peu de raisonnemens sur *beaucoup* de faits. » (Cabanis, *Réforme de la médecine.*)

Fréd. Hoffmann émet un vœu semblable en ces termes : « On doit espérer qu'on réussira à établir des règles beaucoup plus sûres, quand elles seront tirées d'une *suite d'observations*, etc. » (*Médecine raison.*, t. VI, p. 49.)

Sarcône s'exprime ainsi à l'égard de ceux qui niaient l'efficacité du quinquina dans les fièvres rémittentes : « qu'ils ne nous présentent pas seulement des histoires *isolées*, mais de *nombreuses* observations de malades chez lesquels le quinquina ait été employé sans avantages.... alors nous les croirons. » (*Malad. de Naples*, p. 479.)

L'illustre Baglivi, dans le traité des *vésicatoires*, invoque ainsi la puissance des chiffres : « Hoc tamen non est ita nudè statuendum, nisi *centuplex experientia* rem magis confirmârit. » (*De usu vesic.*)

Le sévère et judicieux Cullen eût été heureux sans doute de pouvoir formuler numériquement son assertion, lorsqu'il dit, à propos des fièvres graves, que : « dans *beaucoup* de cas l'emploi des sudorifiques a eu des suites funestes. » (*Méd. prat.*, t. I, p. 139.)

Dans maint endroit de son traité de l'*expérience*, Zimmermann fait ressortir la nécessité du *nombre* des faits. « Les médecins anciens, dit-il, doivent avoir longtemps décrit les maladies par les phénomènes les plus simples et avoir fait attention à tout ce qui est l'effet du hasard ou de l'art, avant de pouvoir dire avec quelque vraisemblance : *Cent fois* dans telle maladie et avec telles circonstances ces signes ont été les avant-coureurs de tel événement; donc ils le sont aussi maintenant. » (Liv. 3, t. I.)

Vous voyez donc bien que la statistique est la mère obligée de l'induction et de l'aphorisme. Mais voici qui a plus directement trait à la thérapeutique : *Plus nous avons réuni d'observations* sur chaque cas particulier, plus nous sommes en état de voir avec justesse et de nous déterminer à prendre un parti. » (*Expér.*, t. I, p. 78.) Et voici qui confirme l'excellence de la statistique en général : « De bonnes observations doivent être suffisamment *répétées. C'est le meilleur moyen de distinguer le faux du vrai*, ce qui est douteux de ce qui est vraisemblable, le vraisemblable de la vérité et la vérité de la certitude. Une observation confirmée vaut souvent une nouvelle observation, du moins elle

(1) Voir le numéro du 23 Janvier 1855.

pour expulser la sonde placée dans la trachée; les membres antérieurs s'agitent presque aussitôt; les membres postérieurs sont encore torpides pendant une ou deux minutes; l'animal fait quelques pas incertains et titubans; puis il se met à courir plein de force et de vivacité.

Les deux expériences suivantes développent les faits que je viens de résumer.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE sur un chien de taille moyenne. Les mouvemens respiratoires s'arrêtent après deux minutes d'inhalations.

Les contractions du cœur et les pulsations de l'artère crurale durent encore une minute.

Quand elles ont cessé, on retire le chloroforme et on procède à l'insufflation.

Aucun mouvement ne se manifeste pendant deux minutes, après lesquelles on aperçoit, d'abord, des frémissemens aux ailes du nez et aux paupières; trente secondes après, les pulsations deviennent manifestes dans l'artère crurale; elles sont faibles, lentes, au nombre de 52 par minute; au bout d'une nouvelle minute, c'est-à-dire quatre à partir du début de l'insufflation, on constate un mouvement d'inspiration suivi de plusieurs autres réguliers et normaux. L'animal relève la tête et fait des efforts de toux en agitant les membres antérieurs; on retire la sonde, et cinq minutes après le chien rétabli sur ses pattes commence à marcher.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE faite sur un chien adulte de petite taille, à 3 heures 23 minutes 1/2. Les mouvemens respiratoires s'arrêtent après deux minutes et demie d'inhalations. Les battemens du cœur persistent encore pendant trente secondes.

3 h. 26 m. 1/2. — On retire le chloroforme, et on commence l'insufflation.

3 h. 28 m. — Contractions de la langue.

3 h. 29 m. — Mouvemens des ailes du nez, qui dilatent et resserrent les narines.

3 h. 29 m. 1/2. — Pulsations très lentes dans l'artère crurale.

3 h. 30 m. 1/2. — Soulèvement des côtes et inspiration normale.

Les mouvemens respiratoires se rétablissent, et on cesse l'insufflation.

3 h. 40 m. — L'animal est tout à fait remis.

§ II. — APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ.

Nous avons également rétabli les fonctions physiologiques en provoquant la respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques, comme le montre l'expérience suivante faite sur un chien de taille moyenne.

Les mouvemens apparens de la respiration, des paupières et des ailes du nez cessent après deux minutes d'inhalations.

Une minute après, on ne perçoit plus les battemens du cœur.

On retire le chloroforme et on pratique immédiatement la faradisation des nerfs phréniques par le procédé que j'ai décrit précédemment.

Quand le courant d'induction est en activité, le diaphragme s'abaisse, l'abdomen se soulève, les côtes inférieures s'écartent, et l'animal fait une large inspiration bruyante; quand le courant cesse, les côtes se resserrent et l'abdomen s'affaisse comme pendant l'expiration; on aide à cette action par la compression du thorax.

Pendant deux minutes, on n'observe aucun mouvement spontané; après ce terme, on aperçoit des contractions dans les ailes du nez et dans les paupières, et deux secondes après une inspiration profonde et spontanée. On cesse la faradisation; l'animal fait deux ou trois inspirations très larges, puis un mouvement franc de la tête et des membres antérieurs et, deux minutes après, des membres postérieurs.

Dans une seconde expérience, nous avons remplacé la faradisation des nerfs phréniques par l'excitation générale au moyen d'un courant d'induction passant de la tête au coccyx, mais l'animal n'a pas été rappelé à la vie.

EXPÉRIENCE. — Un chien adulte de forte taille est soumis aux inhalations concentrées. Les mouvemens respiratoires cessent au bout de trois minutes; les contractions du cœur continuent pendant deux minutes et s'arrêtent.

On retire le chloroforme et on fait passer un courant d'induction de tension moyenne, interrompu à intervalles égaux de une à deux secondes, au moyen de deux excitateurs placés, l'un dans la bouche, l'autre dans l'anus.

Pendant l'action du courant, des mouvemens musculaires violens se manifestent, les côtes se soulèvent en masse, mais il ne se produit pas d'inspiration.

On fait ensuite passer le courant de la nuque à la base de la poitrine, sans provoquer non plus d'inspirations.

Au bout de cinq minutes l'excitabilité diminue, puis cesse tout à fait; le courant, passant de la nuque au coccyx, ne réveille plus de mouvemens généraux des muscles; il provoque à peine des contractions dans les muscles du cou.

§ III. — Nous avons voulu essayer la cautérisation pharyngienne, dont M. Jules Guérin a constaté les effets heureux dans des expériences sur les animaux.

Nous avons soumis, comme dans les expériences précédentes, un chien aux inhalations concentrées d'une forte dose de chloroforme, et aussitôt après avoir obtenu la cessation des mouvemens de la respiration et de la circulation, nous avons pratiqué la cautérisation ammoniacale pharyngienne d'après le procédé indiqué par M. J. Guérin, mais l'animal n'est pas revenu à la vie.

Nous avons, en outre, essayé inutilement de rétablir les fonctions physiologiques en plaçant les animaux la tête en bas, en même temps qu'on exerçait des pressions sur les parois thoraciques.

§ IV. — Je viens d'exposer, Messieurs, les faits qui se rattachent à l'intoxication produite rapidement par les inhalations concentrées de chloroforme. Si on les rapproche des expériences dans lesquelles nous avons soumis les animaux à l'intoxication lente, on sera frappé de la similitude des résultats obtenus dans les deux conditions opératoires. En effet, que les inhalations soient faibles et prolongées, qu'elles soient concentrées et rapides, on voit les mêmes phénomènes se développer avec le même caractère, le même ordre, et la même terminaison, et rétrocéder également sous l'action des mêmes moyens. La seule différence observée consiste dans la durée de l'évolution des phénomènes, longue quand les inhalations sont faibles, rapide quand elles sont concentrées.

Nous devons donc conclure que les insufflations d'air atmosphérique sont efficaces pour combattre les accidens de l'intoxication chloroformique rapide. Ajoutons aussi que la respiration artificielle, provoquée par la faradisation des nerfs phréniques, nous a donné les mêmes résultats que l'insufflation.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Janvier 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

M. le docteur Prosper DE PIETRA SANTA donne lecture d'un deuxième mémoire ayant trait à l'*influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus.* — Voir, pour la première partie de ce travail, l'UNION du 25 janvier. L'auteur continue ainsi :

Suicides. — La commission instituée à Mazas pour l'étude des questions relatives au système cellulaire n'avait pas négligé celle si importante des suicides.

Dès le 31 mai 1852, M. le docteur Guérard écrivait au nom de ses collègues :

« Dans les deux années qui viennent de s'écouler, on a eu à regretter la mort de 12 détenus qui se sont suicidés. »

Plus tard, M. Paillard de Villeneuve ajoutait :

« Ce chiffre de 12 suicides est considérable : il devait frapper notre attention et solliciter de notre part une étude particulière. »

M. Lélut s'est chargé de formuler les résultats de cette étude, et dans un rapport supplémentaire inséré au *Moniteur*, le savant académicien s'est exprimé en ces termes :

« Ce chiffre de 12 suicides sur 12,542 détenus, soit 1 sur 1,050, n'a rien d'exorbitant; il coïncide avec celui que j'ai trouvé pour le département de la Seine : 1 sur 1,291. »

Je n'hésite pas à repousser cette assertion avec toute l'énergie de mes convictions scientifiques pour ce qui concerne spécialement Mazas.

A de plus habiles, à des statisticiens mieux renseignés le soin de prouver l'exagération de cette proportion 1 sur 1,291 pour le département de la Seine : respectant les limites que je me suis assignées, je vais chercher mes points de comparaison dans une prison modèle du système cellulaire et dans des prisons en commun, l'une ancienne, l'autre encore ouverte.

Nous trouvons là des élémens à peu de chose près identiques : même situation; Paris, sous les yeux de l'administration centrale; même population; hommes adultes nés à Paris ou y vivant depuis assez longtemps, en ayant pris les vices et les habitudes : même période de temps, 1850-1854, pour Mazas, la prison cellulaire modèle et pour les Madelonnettes, la maison d'arrêt qui a profité des améliorations successives introduites dans le système en commun. Ces conditions doivent, ce me semble, conduire à des résultats plus probans. Je garantis d'ailleurs l'authenticité des chiffres que j'invoque, et je tiens à la disposition de l'Académie les recherches et tableaux que j'ai en grande-partie dressés moi-même pour établir cette manière de voir.

A la Vieille-Force, de 1840 à 1849, sur 37,397 détenus, 3 suicides et 4 tentatives, soit

1 suicide sur. 12,465
1 tentative sur. 9,000

Nota. De 1831 à 1840, il n'y avait eu aussi que 3 suicides et 3 tentatives.

A Mazas, de mai 1850 à mai 1852, sur 12,542 prisonniers, 12 suicides et 13 tentatives, soit

1 suicide sur. 1,045
1 tentative sur. 900

A Mazas, de mai 1852 à mai 1854, sur 12,726 détenus, 14 suicides et 30 tentatives, soit

1 suicide sur. 909
1 tentative sur. 424

En prenant la moyenne des quatre années, depuis l'ouverture de la prison, on a sur 25,268 prisonniers, 26 suicides et 43 tentatives, soit

1 suicide sur. 971
1 tentative sur. 765 (1)

Pendant cette même période, aux Madelonnettes on a eu à déplorer 1 suicide sur plus de 12,000 prisonniers, soit

1 suicide sur. 12,000

et aucune tentative.

Ceci nous apprend que les suicides à Mazas ont été douze fois plus nombreux qu'ils ne l'avaient été à la Vieille-Force, qu'ils ne l'ont été aux Madelonnettes.

Par conséquent, l'augmentation constatée en 1852 n'est pas un fait exceptionnel; elle se trouve confirmée par une nouvelle expérience de deux années pendant lesquelles on a pris toutes les mesures humainement possibles pour éviter ces malheureux accidens.

Les partisans de la théorie de l'exception avaient invoqué, à l'appui de leur opinion, les deux circonstances suivantes :

1° En 1850, le chiffre des suicides de Mazas a été inférieur à celui des prisons en commun.

2° En 1843, le chiffre des suicides à la Vieille-Force s'était élevé à 1 sur 1,210.

Je pourrais réfuter ces objections en disant qu'en bonne statistique il ne faut jamais prendre une année isolément et qu'on n'arrive à la vérité que par des moyennes déterminées sur une certaine période de temps. Mais comme j'ai d'autres bonnes raisons, je vais les signaler.

On n'a constaté, il est vrai, à Mazas, en 1850, que 3 suicides; mais comme la maison n'a été ouverte qu'à la fin de mai, ces 3 suicides ne représenteraient que la proportion de 3 sur les $7/12^{es}$ d'une année. Qu'est-ce qui prouve que les autres $5/12^{es}$ n'auraient fourni aucun cas de mort accidentelle ?

Pour ce qui concerne la Vieille-Force, il y a eu, en 1843, 2 suicides sur 3,632 détenus, ce qui donnerait une proportion de 1 sur 1,816 et non pas 1 sur 1,210, comme l'a écrit M. Lélut.

Mais, même en invoquant ce résultat 1 sur 1,210 en 1843, peut-on raisonnablement négliger de dire que, pendant les années subséquentes 1844—45—46—47—48—49 il n'y a pas eu un seul suicide ?

(1) Dans la prison cellulaire de Beaune (Côte-d'Or), depuis son installation en 1850, sur 1,707 détenus, il y a eu 3 suicides par strangulation, soit

1 sur. 569

nous conduit plus près de la vérité. La physique et la médecine ont autant gagné par la répétition exacte des observations déjà faites que par les découvertes mêmes » (*Ibid.*, liv. 3, t. I, p. 173). Ceci répond à ce paradoxe qu'une seule observation bien faite équivaut à mille. Comment saurez-vous que l'observation est exacte si vous ne la confirmez par d'autres?

Nous revendiquons encore en faveur de la statistique une autorité très vénérée de nos jours, celle de l'illustre Stoll. « La fièvre maligne, dit-il, ne se guérit point sans le secours de l'art, et avec ce secours elle se guérit si difficilement, que, même celle qui est convenablement traitée, tue le *plus souvent.* » (*Aphor.* 680).

Nul doute que Stoll n'eût été bien aise de connaître la signification bien exacte de ce *plus souvent.* Remarquez, en passant, que Stoll perdait *plus de la moitié* de ses fièvres graves confirmées. Voilà donc les résultats de la pratique tant admirée de ce grand observateur ! « Je craindrais, dit-il ailleurs, en ne présentant que des aphorismes et ne les accompagnant pas de *beaucoup d'observations* comme d'autant de témoins, de ne les voir accueillis qu'avec le doute et l'incertitude. » (*Méd. prat.*, t. II, p. 245.) « Il est en médecine bien des choses qui, avant de devenir des préceptes et des règles invariables de traitement, ont besoin d'être vues et observées un *très grand nombre de fois.* De cette manière, il résulte de choses connues et *comparées* entre elles *des vérités ignorées jusqu'alors...* Je déteste cette instabilité d'opinion fatigante pour l'art, et qui fait que toujours une hypothèse en chasse une autre. » (*Ibid.*) Vous le voyez, c'est la statistique qui fonde les *règles* en pratique; c'est d'elle que jaillissent *des vérités ignorées* jusqu'alors.

S'il est une partie de la science où la certitude doive surgir du premier jet, au premier aperçu, c'est sans contredit la chirurgie. Eh bien ! un des plus illustres chirurgiens du siècle dernier, Louis, a devancé son moderne homonyme dans l'appréciation de la statistique, en faveur de laquelle il invoque l'autorité de Bacon : « Pour faire usage de l'induction, il faut, dit-il, avoir un *nombre suffisant* d'exemples et de faits recueillis avec exactitude; ensuite, *considérant ces faits sous toutes les faces possibles*, on peut se permettre d'en déduire quelque vérité utile... Nos connaissances, toujours bornées, *sont presque nécessairement fautives, lorsqu'elles ne portent pas sur un nombre suffisant* de faits relatifs à un même objet. » (Louis, *Mém. sur les tumeurs fongueuses.*)

Lorry, dans ses notes sur Barker, dit positivement : « l'art est tout entier dans la *comparaison des observations entre elles* et des conséquences évidentes qu'on peut en tirer. » (Barker, *Conform. de la méd.*, p. 270.) Vous voyez donc, de par toutes ces autorités, que les faits sont *comparables* entre eux, et que le passé n'est pas entièrement perdu pour l'avenir.

Une des plus imposantes autorités du commencement de notre siècle, l'auteur de la *Nosographie philosophique*, Pinel, proclame ainsi l'utilité de la statistique : « A travers tous les systèmes et les opinions qui se succédé en médecine, et qui laissent souvent les esprits superficiels dans un état de fluctuation et d'incertitude sur l'efficacité des remèdes et les principes du traitement, il y a un objet fodamental sur lequel le médecin d'hôpital, dégagé de toute prévention, peut toujours se fixer : c'est de porter une attention particulière au nécrologe, de *rechercher les rapports de la mortalité respective par divers traitemens...* Rapporter quelques faits épars sur la guérison d'une maladie, sans rien dire du *nombre respectif* des morts, c'est ne rien obtenir de concluant » (Pinel, *Méd. cliniq. de la nécrologie*). Donc, Pinel admet que les méthodes de traitement peuvent être comparées, car il a compris, comme tous les hommes de sens, que, malgré les modifications imprimées par les circonstances variables des faits divers, il y a des méthodes fondamentales, simples ou mixtes, qui peuvent très bien fournir au parallèle.

Parmi les praticiens philosophes qui ont le mieux apprécié les élémens de la statistique, brille au premier rang le célèbre Cabanis. « Les règles de la thérapeutique, dit-il, ne peuvent être développées qu'au lit des malades; leur application ne peut être bien saisie que dans une *longue suite d'exemples*, car les exemples doivent, pour ainsi dire, épuiser toutes les combinaisons possibles; il faut, du moins, qu'ils en retracent *cent et cent fois* les élémens » (*Révol. de la méd.*, p. 217). La statistique s'applique même aux principes les mieux établis. Lors même que les méthodes d'examen sont parfaitement sûres, *on ne peut en réitérer trop de fois* l'application aux mêmes objets; rien, sans doute, ne serait plus avantageux que de faire, de temps en temps, une révision de celles mêmes de nos connaissances qui ne laissent aucun motif d'incertitude dans les esprits. » (*Réforme de la médecine*, p. 270.) Les innovations en thérapeutique se rapportent ou à l'invention directe, primitive, ou à l'application par analogie. Or, Cabanis établit des règles statistiques applicables à ces deux cas : 1° quand on observa pour la *première fois* que le quinquina guérissait la fièvre intermittente, cet effet bien constaté *sur un certain nombre d'individus* fut, sans doute, un trait de lumière, et l'on eut des raisons de penser que la médecine venait de faire une utile acquisition... mais il a fallu des observations et des *exemples sans nombre* pour reconnaître avec une suffisante certitude dans quelles circonstances il est constamment utile; dans quelles autres circonstances il peut être nuisible; quelles sont les combinaisons avec d'autres remèdes, ou les modifications que son usage demande quelquefois. Toutes ces difficultés résolues, l'emploi du quinquina, dans chaque cas particulier, doit être dirigé par *un calcul* savant et rapide. » (*Réforme de la méd.*, p. 303.) — « 2° Si un changement favorable arrive en suite de l'emploi de certains remèdes que l'*analogie* avait fait présumer utiles, la conjecture après laquelle nous prononçons qu'ils l'ont été réellement a d'autant moins de poids que les exemples du même succès dans des cas *semblables* sont moins *nombreux*, et ce n'est qu'avec le temps et par des observations *répetées* dans diverses circonstances qu'on peut atteindre à un très haut degré de *probabilité.* » (*Révolut. de la méd.*, p. 214.)

(La suite prochainement.) Professeur FORGET.

Par décrets impériaux du 17 janvier 1855, ont été nommés à deux emplois de médecin principal de première classe : MM. Finot, à l'hôpital de Metz; Malapert (J.-H.), à l'armée d'Orient.

A quatre emplois de médecin de deuxième classe : MM. Maupin, Mestre (R.-B.-B.), Barby, Volage, à l'armée d'Orient.

La moyenne de 10 ou de 20 ans, à la Force, n'a-t-elle pas offert la proportion bien différente de 1 sur 12,000 ?

Nous possédons les renseignemens et les indications les plus précis sur tous les suicides et une grande partie des tentatives survenus à Mazas. En les consultant avec attention, ils m'ont fourni la preuve la plus directe pour admettre que cette énorme quantité de morts volontaires est inhérente au système, ou du moins qu'elle en est une des conséquences les plus immédiates.

Voici quelques détails à ce sujet :

Sur les 26 suicidés, 21 étaient prévenus, 5 seulement condamnés.

25 fois la mort est survenue par suspension au moyen de courroies ou de cravates à la tringle de tirage de la fenêtre, au barreau de ladite, à la planche de la cellule, à l'anneau qui fixe le hamac, au bec de gaz.

1 fois une cuillère de bois et une cravate ont suffi pour opérer une strangulation.

Parmi les tentatives, 2 prévenus voulaient s'empoisonner, en fabricant du vert-de-gris par l'infusion de quelques sous dans de l'urine.

La nature des préventions et des condamnations pour être diverse ne présentait pas d'ordinaire une bien grande gravité.

Sur les 21 prévenus :

- 6 l'étaient pour vagabondage ou mendicité ;
- 4 pour attentat à la pudeur ;
- 8 pour vols (parmi ceux-ci deux de peu d'importance, 1 habit, 12 hûches) ;
- 3 pour coups, rébellion à la force publique, rupture de bans.

Des 5 condamnés :

- 2 l'étaient à 3 mois et 6 mois d'emprisonnement pour vol ;
- 1 à 2 mois pour abus de confiance ;
- 1 à un an pour rupture de ban ;
- 1 aux travaux à perpétuité pour vol qualifié.

L'enseignement qui découle de la durée du séjour me paraît devoir mériter toute votre attention.

14 fois le suicide a eu lieu dans les 8 premiers jours.	de 1 à 8
3 fois dans le premier mois.	de 9 à 30
7 fois dans les deux mois.	de 30 à 60
2 fois dans le cours du troisième mois.	de 60 à 90

Pour ce qui est de l'âge :

3 avaient moins de 20 ans ;	
6 —	de 20 à 40 ;
7 —	de 40 à 50 ;
10 —	de 50 et au-delà.

Ces notions, qui m'ont semblé les plus intéressantes, me conduisent donc à admettre :

1° Qu'en général, les détenus qui se sont suicidés n'étaient pas de la catégorie de ces hommes pervers, perdus de dettes ou de crimes, misérables sans foi ni loi, ne possédant ni feu ni lieu ;

2° Que la grande majorité était en prévention pour des délits qui les rendaient spécialement passibles de la police correctionnelle ;

3° Que l'impression première de la solitude, de l'encellulement, a été si violente, que la pensée de la destruction est née instantanément avec une force extrême dans leur esprit. Deux d'entr'eux avaient cessé de vivre le lendemain même de leur arrestation ; 14 sur 26 n'avaient pas dépassé la huitaine ;

4° Que c'est dans la force de l'âge, chez les hommes qui ont déjà traversé la vie et ses péripéties, que cette passion est la plus énergique.

Un dernier mot pour résumer le mémoire que j'ai l'honneur de vous présenter.

Une nouvelle période de deux années d'études et d'expériences faites à Mazas et aux Madelonnettes, dans une prison cellulaire et une maison d'arrêt en commun, m'autorise à dire :

1° Il y a eu à Mazas une diminution dans le nombre des maladies et des décès comparativement à la Vieille-Force et aux Madelonnettes.

2° Toutefois, cette diminution n'est pas aussi considérable que l'avait pensé M. le docteur Lélut.

3° La moyenne des malades des Madelonnettes a été moindre que celle de la Vieille-Force.

4° Il faut tenir compte pour ces appréciations des circonstances accessoires ; personnel ; mode de recrutement ; nécessité des transfèremens administratifs ou judiciaires.

5° Les aliénations mentales sont beaucoup plus fréquentes à Mazas que dans les maisons en commun.

6° L'augmentation des suicides continue à être très considérable. Pendant quatre ans, depuis l'ouverture de Mazas, leur nombre a été douze fois plus considérable qu'à la Vieille-Force (de 1830 à 1850), qu'aux Madelonnettes, de 1850 à 1854.

— M. le docteur A. Foucart donne lecture d'un travail intitulé : *Quelques considérations pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854.*

En voici les conclusions :

1° La suette observée dans la Haute-Marne et dans la Haute-Garonne, en 1854, a été identiquement la même que celle observée en 1849 dans les départemens du nord de la France, sous le rapport de sa nature, de sa symptomatologie, de sa marche, de sa durée et des accidens qui en ont été la suite dans un petit nombre de cas.

2° Les différences que l'on a pu remarquer dans sa gravité ont tenu tout simplement à ce que, dès le début, une médication hygiénique rationnelle a été instituée (boissons froides, aération, découvrement). Lorsque ces précautions n'ont pas été observées, la maladie a été aussi grave qu'en 1849.

3° Dans les cas qui ont offert quelque gravité, la médication vomi-purgative, proposée par moi comme méthode générale, a parfaitement réussi, comme en 1849, à dissiper tous les accidens.

4° Dans les cas où le vomitif a été administré tout à fait au début, les accidens nerveux, si redoutables, ne se sont jamais manifestés ; la durée de la maladie a été moins longue et les convalescences plus franches et plus légitimes.

5° Pas plus qu'en 1849 et dans les épidémies antérieures, la suette n'a revêtu le caractère intermittent. Dans quelques cas isolés et excessivement rares, les exacerbations ont semblé reparaître à peu près périodiques; mais cette apparence de périodicité tenait, ainsi que l'a démontré péremptoirement l'observation ultérieure, à cette circonstance qu'on n'avait pas mis en usage, au début, le traitement vomi-purgatif, véritable *régulateur* de la maladie, et qu'on laissait persister la constipation.

6° Enfin, de l'analyse détaillée de cette épidémie et de son rapprochement avec les épidémies antérieures, il résulte une fois de plus que la suette est *une*, et que toutes les épidémies qui en ont été observées en France jusqu'à ce jour ont été parfaitement identiques.

Pour ce qui est du choléra, je dirai :

1° Quant à sa nature, à sa marche, à sa durée, à sa gravité, à sa symptomatologie, le choléra s'est montré le même en 1854 qu'en 1832 et en 1849, et le même dans les départemens qu'à Paris.

2° Dans un certain nombre de cas, la symptomatologie a été moins complète ; quelques phénomènes ont parfois manqué, ou ont été peu marqués; les crampes, entre autres, ont été généralement moins fortes et moins persistantes; mais ces différences n'ont constitué que des variétés sans importance au point de vue du pronostic et du traitement.

3° Généralement aussi, la période algide et cyanique a duré moins longtemps ; la réaction a été obtenue plus facilement ; mais cette réaction s'est souvent accompagnée de phénomènes typhoïdes ou de phénomènes cérébraux qui sont devenus funestes.

4° La présence des vers intestinaux dans les matières des déjections et des vomissemens de quelques cholériques, signalée comme un accident, a été assez rare, complétement sans valeur, et n'a jamais coïncidé avec des formes plus ou moins graves du choléra. La présence de ces ascarides lombricoïdes n'a pas été plus fréquente pendant le choléra qu'elle ne l'est à l'état normal chez les habitans des campagnes, qui se nourrissent mal ou qui suivent un régime plutôt végétal.

5° Le choléra a *toujours* été, cette année comme les autres, et dans toutes les localités, précédé de phénomènes assez marqués et assez prolongés pour permettre d'instituer un traitement utile. La diarrhée est le plus constant de ces phénomènes prodromiques.

6° Le choléra *foudroyant*, c'est-à-dire survenant sans prodromes chez un individu en bonne santé, est un *mythe*.

7° L'expérience a démontré que la suette et le choléra peuvent exister simultanément dans les mêmes localités, et que, par conséquent, il n'y a pas antagonisme entre ces deux maladies ; leur coexistence n'est pas non plus forcée.

8° Dans l'épidémie de la Haute-Marne et de la Haute-Garonne, de 1854, la suette a, la plupart du temps, précédé le choléra. L'affaiblissement résultant de l'existence de la suette a constitué une prédisposition qui a pu quelquefois favoriser l'évolution du choléra, rendre sa marche plus rapide et diminuer la durée de la période prodromique, au point de faire croire à l'observateur superficiel et peu expérimenté que cette période n'avait jamais existé, tandis qu'elle avait été seulement de plus courte durée.

Dans la plupart des cas, cette transformation de la suette en cholérine, puis en choléra, s'est opérée sous l'influence d'écarts de régime et d'indigestions par excès de nourriture.

9° L'expérience de 1854 a démontré, aussi bien et mieux encore que celle de 1849 la transmissibilité du choléra d'individu à individu.

L'analogie, comme l'observation, porte à croire que cette transmission a lieu par infection atmosphérique, de la même manière que celle des typhus, des fièvres éruptives, etc.

10° Dans les cas excessivement rares, *si tant est qu'il en existe*, où le choléra n'est pas précédé de prodromes, c'est par la transmission individuelle qu'il faut expliquer la rapidité de la marche de la maladie.

11° Dans le traitement de la cholérine, ou plutôt dans celui des diarrhées, et, en général, de tous les phénomènes morbides qui peuvent être rapportés à la première période du choléra, la médication vomi-purgative doit être employée tout d'abord et constitue, en quelque sorte, un spécifique. Nous n'avons jamais vu de cholérine, si grave fût-elle, traitée par cette méthode, se transformer en choléra.

Les opiacés ne sont qu'un simple palliatif et il n'est jamais prudent de les mettre en usage avant de les avoir fait précéder des évacuans.

Question du cancer. — Addition à la séance du 2 *Janvier* 1855.

Afin que l'Union Médicale ait reproduit toutes les opinions qui ont été émises dans la discussion sur le cancer, nous publions aujourd'hui le discours de M. Hervez de Chégoin, tel qu'il a été imprimé dans le *Bulletin* de l'Académie et qui manquait à la collection des discours prononcés dans cette longue et mémorable discussion.

M. Hervez de Chégoin : La discussion sur la curabilité du cancer et sur l'utilité du microscope a dû nécessairement, par les dissidences qu'elle a mises au jour, jeter du vague et de l'incertitude dans l'esprit de ceux qui en ont été témoins, de ceux surtout qui n'avaient point fait déjà de cette maladie l'objet de leurs méditations. Cette incertitude doit nécessairement aussi rejaillir sur la thérapeutique, dernier point de mire de tous nos travaux. Sans avoir la prétention de dissiper toute cette incertitude, peut-être me sera-t-il possible de trouver dans les considérations mêmes qui vous ont été soumises, et dans les faits qui ont été rapportés, le moyen d'asseoir sur des bases raisonnables la conduite qu'on doit tenir dans le traitement chirurgical du cancer.

Je ne veux point aborder ici largement la question de l'opportunité de l'opération dans les affections cancéreuses, ce qui a été pour moi l'objet d'un travail particulier ; je ne veux point non plus examiner à fond la question du caractère primitivement local ou général du cancer, mais jeter seulement quelques aperçus qui ne feront point dévier la question en litige de son but principal.

Nous sommes si accoutumés à considérer le cancer comme incurable, que toutes les observations de guérison durable nous paraissent douteuses pour ne pas dire erronées. Il est bien vrai que cette opinion est celle des hommes de l'art les plus éminens qui nous ont précédés, et le grand chirurgien que j'ai si longtemps et si souvent assisté dans ses opérations regardait comme non cancéreuses, ainsi qu'on l'a déjà dit à cette tribune, les tumeurs de nature incertaine qu'il avait enlevées, quand elles ne récidivaient pas. Il est malheureux qu'à cette époque le microscope n'ait pu être appliqué à l'examen de ces tumeurs, car il m'a été donné de suivre pendant plus de trente ans des malades opérés de tumeurs considérées comme cancéreuses et qui n'ont point récidivé. Tel était le cas d'un malade qui a succombé récemment à une affection étrangère à celle pour laquelle il avait subi l'ablation du testicule. Bien des fois, depuis cette opération, j'avais fait la ponction de la tunique vaginale du côté opposé, sans que jamais le testicule de ce côté, quoique plus volumineux que dans l'état naturel, ait offert d'apparence cancéreuse.

Mais puisque la récidive est le caractère essentiel du cancer, que dire de cette incurabilité, quand, après cette récidive plus ou moins répétée, elle finit par ne plus se renouveler ? Or, c'est précisément ce qui a eu lieu dans les cas rapportés par M. Velpeau, et j'insiste sur cette particularité remarquable, que les cas de guérison cités par l'auteur que je viens de nommer ont eu lieu précisément après des récidives multipliées, après la quatrième, la cinquième et la sixième opération. Est-ce que par hasard cette récidive serait une condition indispensable pour arriver à une cure définitive ? Cette idée, au premier abord, peut paraître extraordinaire, mais elle conduit à des conséquences qui me semblent justes et que je ne pensais pas que M. Velpeau eût repoussées si complétement, puisque les cancers qui ont guéri définitivement après la quatrième ou la cinquième opération, dans les cas rapportés par M. Velpeau, étaient nécessairement plus anciens que lorsqu'ils avaient été opérés pour la première fois. J'ai donc été surpris de l'entendre dire : « Il y a certains cancers à l'aspect desquels je suis sûr de la récidive, et que je ne veux pas opérer. » Pourquoi cette prévision du retour de la maladie arrête-t-elle M. Velpeau, quand c'est lui-même qui nous dit : « Ce sont les cancers qui ont repullulé jusqu'à cinq et six fois qui ont guéri radicalement ? » Cette remarque sur l'opinion de M. Velpeau n'est point l'indice que je suis opposé à sa manière de voir ; je la partage au contraire. Il y a longtemps déjà que j'ai rapporté des faits semblables qui ont servi de base à des propositions qu'on a pu trouver singulières, parce qu'elles sont opposées aux idées reçues.

En effet, Messieurs, il y a des formules générales toujours adoptées, parce qu'elles ont été répétées depuis des siècles, et qu'en effet elles sont justes dans un grand nombre de cas, mais qui, dans les cas particuliers, conduisent à l'erreur. Quoi de plus rationnel que cette maxime : *Principiis obsta*, à laquelle on s'empresse de se conformer ? Cependant, vous le voyez, Messieurs : la maladie, attaquée à son début, n'a pas été arrêtée ; il a fallu que la maladie se renouvelât plusieurs fois, pour qu'une dernière opération devînt efficace ; il a fallu qu'elle fût attaquée loin de son début, pour être complétement détruite. N'y a-t-il pas là un enseignement précieux dont je craindrais que les développemens ne fussent pas à leur place aujourd'hui ? C'est pourquoi je ne veux point rappeler ici tout ce que j'ai dit à ce sujet dans la discussion de 1844. J'avais bien trouvé aussi la statistique de Hill extraordinaire ; je n'avais point pu cependant ne pas remarquer ce nombre considérable de cancers anciens et ulcérés qu'il prétend avoir guéris, lorsque ces cures extraordinaires, révoquées en doute aujourd'hui, cadraient avec les faits dont j'avais été témoin, avec celui de M. Roux, entre autres, qui avait vu cette dernière opération suivie d'un succès durable : ce qui me fit dire alors qu'il eût été rationnel de commencer toutes ces opérations par la dernière. Quand je voyais aussi un homme à qui j'enlevais, à contre-cœur, une tumeur cancéreuse ancienne, ulcérée et adhérente aux côtés, en annonçant aux parens l'insuccès de cette opération ; quand je vis, dis-je, cet homme longtemps après guéri complétement, je cherche même, dans mes souvenirs et dans les cas rapportés ici, des exemples de guérison que j'appellerai d'*emblée*, c'est-à-dire de cancers commençans opérés une seule fois et guéris, et je trouve que ces guérisons sont plus rares que celles des cancers déjà opérés. Mais, je le répète, je ne veux point insister ici sur ce sujet, qui sera traité ailleurs plus longuement; je veux seulement répondre quelques mots à M. Velpeau sur l'origine du cancer qu'il considère comme locale. Sans doute, il ne faut point rejeter comme impossible ce qui dépasse les limites de notre intelligence : on serait démenti à chaque instant par les faits de tout genre ; mais, quand, entre deux opinions, l'une se présente plus facile à comprendre, c'est vers celle-là qu'on incline plus volontiers. Je cherche vainement à concevoir comment une maladie primitivement locale, bornée, circonscrite, consistant dans une tumeur qu'on enlève complétement et au-delà, comment cette tumeur, que l'on saisit à son point d'origine, peut se reproduire à une distance très grande, ou dans les organes profonds, si elle ne tient pas à une cause générale. Je comprends moins encore, s'il est possible, comment une lésion extérieure, une contusion, par exemple, peut produire le cancer, c'est-à-dire une maladie qui tend incessamment à se reproduire loin du point d'action, qui n'a été qu'une cause bénigne, une lésion extérieure, en un mot.

M. Velpeau, pour appuyer son opinion, a passé en revue les différens organes qui sont le plus souvent affectés de cancer, et il a montré que c'était précisément ceux qui étaient le plus souvent aussi exposés à quelques violences de cause mécanique, comme les seins, le pharynx, le pylore, le côlon et le rectum, souvent en contact, en effet, avec des matières qui, par leur consistance ou leur composition, peuvent devenir pour ces organes une cause répétée d'irritation. Mais on peut tirer des remarques de M. Velpeau des conclusions bien différentes des siennes. Y a-t-il, par exemple, un organe plus tiraillé, plus distendu que le sein d'une nourrice qui a allaité cinq ou six enfants ? Le cancer du sein cependant n'est point plus fréquent chez les femmes qui ont nourri que chez celles qui n'ont jamais conçu ; et dans un travail assez étendu et d'une date déjà éloignée, dont M. Michon a bien voulu présenter un résumé à la Société de chirurgie, les observations qui en sont le texte conduisent justement à des conclusions qui font regarder les causes extérieures comme inhabiles à produire le cancer. J'ai rapporté des observations de seins contus, meurtris, de toutes les manières et toujours avec impunité. Je suis même arrivé à tranquilliser complétement les femmes effrayées qui viennent me consulter pour des contusions des mamelles, tout en leur annonçant qu'elles pourront conserver pendant longtemps, pendant dix ans peut-être, dans le point contusionné, des douleurs qui n'entraîneront jamais d'accidens graves. La persistance si prolongée de ces douleurs, sans conséquences sérieuses, avait déjà été signalée par Pouteau, pour les contusions en général et celles de la tête en particulier. J'ai rapporté l'exemple d'une femme dont le sein, contus par une clé tombée d'un troisième étage sur cet organe, éprouva, pendant plus de dix ans, une douleur assez vive pour la préoccuper constamment, et chez laquelle, cependant, il n'est survenu aucune dégénérescence.

Quant aux cancers des organes digestifs, dont M. Velpeau a remarqué la fréquence dans certains points qui sont, plus que les autres, exposés à des irritations répétées, soit par la nature, soit par la consistance des substances alimentaires qui les traversent, comme le pharynx, le côlon, etc., il existe une cause d'erreur que j'ai indiquée dans un rapport sur l'ouvrage de M. Duparc, qui admet aussi des affections cancéreuses succédant à des causes bénignes. C'est l'hypertrophie des fibres musculaires, plus abondantes dans certaines régions, et qui simulent le squirrhe. Combien de rétrécissemens du pylore, du côlon et du rectum, ne sont dus qu'à cette hypertrophie des fibres musculaires, sur lesquels M. Amussat a également insisté ! Et pour ne citer qu'un seul fait, tel était celui de notre regrettable confrère, M. Destouet, traducteur de Morgagni, qu'on croyait avoir succombé à un cancer du pylore, et dont l'autopsie ne m'a montré que l'hypertrophie dont il est question.

Je sais bien que l'opinion, qui admet une cause générale rencontre aussi des objections. On se demande comment une cause générale, une cause de si mauvaise nature, si délétère, puisqu'elle doit entraîner la mort tôt ou tard, peut se borner ainsi à un point de l'économie, laissant tout le reste, pour un temps au moins, dans une parfaite intégrité. Combien de fois, en effet, n'avons-nous pas été surpris de rencontrer chez des femmes atteintes de cancer au sein tous les signes d'une santé florissante, au début de la maladie ! Comment admettre alors qu'un liquide mortel circule avec le sang, parcourt tous les organes et ne se dépose que sur un seul ? Sans prétendre donner ici une solution suffisante de ce phénomène, pourquoi le rejeter, si d'autres maladies dans lesquelles ce mode d'action est indubitable nous présentent des analogies qui satisfont notre raison ? Est-ce que dans certaines affections, primitivement générales, comme les scrofules, il n'arrive pas souvent que les symptômes, disséminés sur les différentes parties du corps, se limitent

et se concentrent sur un seul, où ils produisent une désorganisation qui nécessite l'ablation de la partie malade, tandis que le reste du corps est depuis longtemps étranger à l'affection primitive? Et l'expérience a si bien démontré cette vérité qu'on base le succès de l'opération sur l'indépendance actuelle de l'état local et de l'état général. Le virus vénérien lui-même, après avoir affecté toute l'économie, ne finit-il pas souvent par se borner à une seule partie du corps, les malades jouissant, du reste, de tous les attributs de la santé? Combien de femmes sont remarquables par leur fraîcheur, avec des ulcères à la gorge! Combien de personnes ont une dartre, de celles dont la cause est générale, bornée à un seul point du corps et conservent, dans toute l'économie, les signes d'une parfaite santé! Pourquoi n'en serait-il pas de même de la cause cancéreuse qui vient, comme nous l'avons dit, se déposer sur un seul point, s'y renouvelant jusqu'à ce qu'elle soit épuisée? Je dis la cause qui vient se déposer, parce que je ne crois pas à la formation d'un tissu nouveau, à une cellule de nouvelle création, mais à la modification des cellules naturelles dans leurs conditions physiques, par l'accumulation d'une substance de consistance et d'aspect divers, qui constituent les différentes formes de cancer. J'ai vu avec satisfaction que ces idées, que j'ai communiquées à M. Delafond avant de connaître les siennes, se sont trouvées en harmonie avec le résultat de ses recherches microscopiques et les inductions qu'il en a tirées.

Mais l'ignorance où nous sommes du temps nécessaire à l'épuisement de cette cause nous laisse dans l'incertitude du succès d'une première et seconde opération, et autorise ainsi à les multiplier, quand l'état local le permet, et que l'état général le comporte également, en ayant bien soin de distinguer la véritable diathèse cancéreuse d'avec la cachexie qui peut exister chez un cancéreux, sans être cancéreuse elle-même. J'ai donné, ailleurs, de plus grands développemens à ces propositions de thérapeutique chirurgicale dans le traitement local du cancer qui, comme d'autres maladies générales, peut quelquefois, quoique trop rarement, se localiser, et soit dit ici, en passant, le chapitre de la localisation définitive des maladies primitivement ou secondairement générales n'est pas un des moins intéressans des études médicales. D'après ces conditions, le microscope, dont on ne peut révoquer en doute les grands avantages, en général, puisqu'il nous fait voir ce que nous ne verrions pas sans lui, puisqu'un fait quelconque, alors même qu'il n'a point son application actuelle, est toujours utile à connaître.

Le microscope appliqué à l'examen du cancer est-il actuellement d'une utilité réelle, en servant de guide à la pratique chirurgicale?

En examinant cette question avec une logique sévère, on arrive forcément aux conclusions suivantes :

Si le cancer qu'on doit enlever ne peut être soumis au microscope avant l'opération, il est clair qu'il n'y a pas lieu encore à en tirer un parti quelconque.

Si cet examen *antérieur* est possible, quelle induction pratique pourra-t-on conclure de sa décision positive ou négative?

Négative. Il donne la confiance au chirurgien, le fixe dans son incertitude. Il donne aussi aux malades et à ceux qui s'y intéressent une satisfaction qui n'est pas à dédaigner. Quand il se tromperait quelquefois, ses erreurs sont moins nombreuses que ses vérités *positives*?

Cette décision terrible doit-elle s'opposer à l'opération? Non encore, puisque des faits démontrent que l'opération réussit quelquefois, malgré la nature bien évidente de la maladie. C'est donc une chance dont il ne faut point priver les malades, et, soit dit ici sans malice, on pourra, si l'on veut, conserver l'arrière-pensée d'une erreur qui ne sera nuisible à personne.

Mais puisque le microscope ne modifie en rien la conduite du chirurgien, quelle est donc son utilité quand il apprend le caractère grave de la maladie?

Tout à l'heure, dans la discussion *négative*, il donnait de la satisfaction et du courage aux malades. Dans la décision positive il permet au chirurgien de porter un pronostic malheureusement trop souvent réalisé, mais avec quelques restrictions, et en cas d'erreur, on accepte, volontiers un démenti contre lequel on s'est prémuni, et dont les personnes intéressées sont loin de se plaindre et de vous en vouloir.

Je suis donc conduit à conclure de tout ce qui précède:

1° Que le cancer n'est pas constamment incurable.

2° Que le microscope, si précieux pour quelques sciences, sans être indispensable au chirurgien, pour lui servir de guide, présente cependant quelques avantages dont il ne faut pas se priver.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 17 Janvier 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Traitement des hémorrhagies consécutives.

Un enfant se présente à l'hôpital de Lariboisière avec un écrasement du petit doigt. Les phénomènes inflammatoires qui succèdent à la plaie donnent lieu à la formation d'un abcès dans la gaîne des tendons fléchisseurs des doigts et forcent de pratiquer une incision à la face antérieure de l'avant-bras. Douze jours après, il se manifeste une hémorrhagie grave par la plaie pratiquée par le chirurgien, et celui-ci se décide à pratiquer la ligature de l'artère humérale. Cette opération est couronnée d'un succès complet et l'enfant se rétablit. Il est à noter que, dans ce cas, le pouls s'est rétabli dans l'artère radiale dès le lendemain de l'opération.

M. ROBERT trouve dans l'observation précédente deux faits bien distincts. Le premier est relatif à l'hémorrhagie consécutive; et, suivant lui, cette hémorrhagie a été probablement le résultat de quelque ramollissement de la paroi artérielle. Sous ce point de vue, il applaudit à la conduite du chirurgien qui n'a pas lié le vaisseau au fond de la plaie. Le second est relatif au point où la ligature a été portée autour de l'artère humérale; ce point est intermédiaire à la collatérale externe et à la collatérale interne. C'est là ce que M. Robert n'approuve pas complètement. Le chirurgien de l'hôpital Beaujon pose la question de manière à éviter toute espèce d'équivoque. Laissant de côté la question encore aujourd'hui controversée, à savoir si en cas d'hémorrhagies consécutives la ligature dans la plaie est préférable à la ligature par la méthode d'Anel et celle-ci étant reconnue nécessaire, faut-il dans le cas d'une hémorrhagie fournie par les vaisseaux de la main ou de l'avant-bras, pratiquer la ligature de l'humérale au milieu du bras, ou est-il préférable de lier l'*artère axillaire?*

Voyons quels sont les argumens que M. Robert a mis en avant pour soutenir la dernière opinion. Suivant lui, la ligature de l'artère humérale entre les deux collatérales a le grand inconvénient de permettre un rétablissement trop prompt de la circulation dans les artères de la main; c'est là un danger sérieux. Voici un fait qui est de nature à démontrer la proposition précédente : Un homme se coupe l'artère radiale; Blandin pratique la ligature des deux bouts, et le malade guérit. Deux ans après, c'est-à-dire en 1847, le même sujet s'enfonce un fragment de verre à la partie interne de l'avant-bras. La plaie intéresse à la fois l'artère cubitale et l'inter-osseuse. On pratique la ligature des deux bouts de la cubitale. Huit jours après, l'artère inter-osseuse présente un anévrysme sacciforme. M. Robert, craignant que la ligature de l'artère brachiale ne soit insuffisante pour produire l'affaissement de la tumeur, en raison des nombreuses anastomoses qui existent entre les collatérales de l'humérale et les artères de l'avant-bras, se décide à faire la ligature de l'artère axillaire, au niveau de la tête de l'humérus.

Sans aucun doute, l'artère axillaire offre à son tour des anastomoses nombreuses, mais celles-ci ont lieu plus spécialement avec les branches de l'artère sous-clavière; il en est très peu qui communiquent avec les artères musculaires du bras. Cette opération fut couronnée de succès; immédiatement après la ligature, les battemens furent suspendus dans le sac anévrysmal; le malade se rétablit.

Il y a deux ans M. Robert fit une opération semblable sur un jeune homme qui presentait une tumeur à la partie supérieure interne de l'avant-bras; cette tumeur, qui présentait l'aspect d'un phlegmon, était le résultat d'une ulcération artérielle suivie d'une sorte d'anévrysme diffus. La tumeur ayant été incisée, il en sortit un jet de sang et l'hémorrhagie fut provisoirement arrêtée par la suture. Mais l'hémorrhagie menaçant de reparaître, M. Robert pratiqua la ligature de l'artère axillaire ; l'hémorrhagie fut suspendue ; mais, au dixième jour, la ligature embrassant l'axillaire se détacha et la malade succomba à une hémorrhagie foudroyante.

Il y a quelques jours un homme voulant faire cesser une rixe est mordu à la main. L'indicateur est en quelque sorte broyé; des accidens inflammatoires se développent, suivis d'une gangrène de la paume de la main. Une hémorrhagie grave se manifeste et M. Robert pratique, le 2 janvier, la ligature de l'artère axillaire, à l'endroit précédemment indiqué. L'hémorrhagie cesse. Tels sont les faits en faveur de la doctrine défendue par M. Robert.

M. BROCA croit qu'on est trop exclusif en bornant la thérapeutique des hémorrhagies consécutives à la méthode d'Anel ou à la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie. Le tourniquet est un instrument dont on se sert très souvent pour arrêter ces hémorrhagies, à titre de moyen hémostatique provisoire; la compression ne pourrait-elle donc être employée à titre de méthode définitive?

Nous rappellerons ici que M. Broca a, tout récemment, appelé l'attention des pathologistes sur le traitement des anévrysmes par la compression, et qu'il a réuni dans un travail *ex professo* un grand nombre d'observations qui sont favorables à cette méthode. M. Broca croit donc que la compression exercée par la méthode qu'il a appelée *alsacienne* pourrait donner de très bons résultats dans les cas d'hémorrhagies consécutives. La ligature est, en effet, une opération grave et la discussion actuelle le prouve bien, puisqu'un des malades cités par M. Robert a succombé aux suites de cette opération. Pareil résultat a été observé sur deux malades de Blandin et celui de l'hôpital Lariboisière a failli succomber.

En résumé, M. Broca croit qu'en cas d'hémorrhagies consécutives il est convenable de débuter par la compression alternative; si la compression échoue, on peut avoir recours à la ligature, et, celle-ci étant décidée, M. Broca donne la préférence à la ligature directe des branches lésées dans la plaie.

M. ROBERT approuve cette dernière méthode en principe; mais quand il s'agit d'un phlegmon gangréneux, comment retrouver les deux bouts du vaisseau divisé? Le perchlorure de fer, auquel on pourrait avoir recours, a des inconvéniens; il produit des escarres de la peau. La compression elle-même n'est pas sans dangers; comment l'appliquer, par exemple, sur un avant-bras enflammé? D'ailleurs, ajoute M. Robert, il y a des cas, et il en cite plusieurs observations, où la compression ne suffit pas pour arrêter une hémorrhagie.

D'après M. GOSSELIN, il est impossible de donner une indication générale pour le traitement des hémorrhagies consécutives. La ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie est la méthode la plus avantageuse quand elle peut être exécutée; mais elle ne le peut pas toujours, circonstance due, suivant M. Gosselin, à ce que les incisions faites pour découvrir l'artère sont pratiquées parallèlement à l'axe du membre. Or, ces incisions sont insuffisantes; en les combinant avec des incisions transversales, il serait facile d'arriver sur le vaisseau; si besoin était, on couperait même en travers un certain nombre de muscles pour découvrir l'artère lésée. M. Gosselin cite deux faits en faveur de cette méthode, l'un emprunté à M. Michon, l'autre à sa propre pratique. Dans le premier, l'une des branches de l'artère fémorale avait été blessée par un coup de feu. La compression et la ligature de l'artère fémorale furent insuffisantes pour arrêter l'hémorrhagie. Il fallut opter entre la ligature de l'iliaque externe ou la ligature du vaisseau lésé dans la plaie. M. Michon fit une incision transversale profonde à la partie postérieure de la cuisse et put ainsi lier l'artère blessée. Dans le second fait qui, a été observé à l'hôpital Saint-Louis sur un insurgé de juin 1848, il s'agissait d'une plaie par arme à feu de la cuisse: une hémorrhagie fournie par la plaie nécessita la ligature de la fémorale au niveau du ligament de Fallope, et plus tard la ligature de l'iliaque externe. L'hémorrhagie reparut et le malade succomba. A l'autopsie, on reconnut une lésion de l'origine de l'artère fémorale profonde. Il eût été convenable, dans ce cas particulier, de découvrir le vaisseau blessé et d'en pratiquer immédiatement la ligature.

M. GIRALDÈS ne reconnaît pas au perchlorure de fer les inconvéniens qui ont été signalés par M. Robert. Pour son compte, il n'a jamais vu d'escarres produites par l'action de ce liquide; il ne faut pas prendre pour des escarres une coloration noire des tissus. M. Giraldès revendique l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des hémorrhagies pour la Société de chirurgie; il rapporte à Guthrie et à John Bell la méthode de traitement qui a été signalée par M. Gosselin.

M. LARREY partage l'opinion de M. Broca, relativement aux dangers de la ligature; dès lors il se demande s'il ne serait pas possible d'exercer sur la plaie une compression médiate dans le but d'arrêter l'hémorrhagie. Pour les hémorrhagies de la main, par exemple, on pourrait y arriver peut-être au moyen d'un gantelet méthodiquement appliqué. M. Larrey cite, à l'appui de cette proposition, un fait entièrement favorable. Relativement aux incisions transversales dont M. Gosselin a parlé, M. Larrey les rattache à la méthode des débridemens.

M. VERNEUIL cite un fait en faveur de la compression appliquée au traitement des hémorrhagies consécutives. Un garçon boucher se donne un coup de couteau qui traverse la main au niveau du premier espace interosseux.

Une hémorrhagie a lieu; il essaie de lier les deux bouts du vaisseau lésé, mais il est impossible d'arriver sur les artères blessées, quelque soin qu'il y apporte. La compression directe de la plaie que l'on saupoudre de colophane arrête momentanément l'hémorrhagie et il y eut ainsi quatre hémorrhagies successives. Dès lors, M. Verneuil exerça une compression sur les artères cubitale, radiale et humérale; il plaça un bandage roulé sur le membre supérieur et l'hémorrhagie s'arrêta définitivement.

Nous rappellerons que, dans un cas semblable, que nous avons observé en 1848, dans le service de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital Saint-Antoine, la ligature de l'artère cubitale et radiale, plus tard la compression directe sur la plaie et sur les deux artères, furent insuffisantes pour prévenir des hémorrhagies répétées, et que le malade, plongé dans un état profond d'anémie, dut son salut à l'habileté du chirurgien qui, au vingt-deuxième jour de la blessure, découvrit l'artère lésée dans la plaie elle-même et en pratiqua la ligature. La relation de ce fait intéressant se trouve dans un travail de notre ancien collègue et ami le docteur Courtin (*Gazette médicale*, 1848).

Dr FANO,
Prosecteur de la Faculté.

VARIÉTÉS.

DE L'EMPLOI DE L'AMIANTE EN GUISE DE CHARPIE.

Lettre à Son Excellence le Ministre de la guerre.

Monsieur le Ministre,

En l'année 1840, et sous l'influence des événemens politiques de cette époque, j'émis l'opinion qu'on pouvait faire jouer, à l'une des variétés de l'*orbeste*, le rôle que remplissent le chanvre et le lin dans le pansement des plaies; c'est-à-dire qu'il était possible d'employer l'*amiante* sous forme de charpie.

Je me fondais sur ce que la substance dont il s'agit est molle, non humide, perméable, incorruptible, et capable, en raison de son incombustibilité, non seulement d'être purgée des miasmes susceptibles de la pénétrer, mais encore de servir *indéfiniment*; qu'enfin, elle avait l'avantage d'être répandue avec profusion sous un grand nombre de latitudes. En effet, Monsieur le Ministre, on la trouve dans la Perse, dans la Chine, dans la Sibérie, la Bavière, les Pays-Bas, les Pyrénées, les Alpes, la Corse, l'Égypte, etc.

Je fis personnellement des expériences avec cette matière; j'en fis de concert avec MM. Amussat et Boyer : elles parurent tout à fait concluantes. Plus tard, je priai M. le docteur Foullioy, inspecteur général du service de santé de la marine — dont j'avais l'honneur d'être connu — de vouloir bien les répéter.

Ce savant confrère m'écrivit, le 26 février 1846, qu'il en ordonnerait l'emploi dans l'un des hôpitaux soumis à sa surveillance, et que je pouvais compter qu'il en ferait le sujet de *recommandations spéciales*. Je ne sais ce qui en advint, parce que des circonstances majeures me détournèrent de cet objet.

J'y reviens aujourd'hui, Monsieur le Ministre, en considérant la situation de notre héroïque armée; et j'y reviens avec d'autant plus d'ardeur, que l'invitation — proclamée sur tous les points de la France — à fournir de la charpie pour les blessés, épouvante les populations qui s'exagèrent les dangers de nos soldats.

Je me permettrai de vous faire observer, Monsieur le Ministre, que la charpie que l'on prépare dans les campagnes, dans les écoles et dans d'autres lieux, ne me paraît pas devoir réunir la première des conditions qui est *une extrême propreté*, car le linge employé à sa confection n'est pas toujours, sous ce rapport, dans un état satisfaisant, ni même la plupart des mains par où il passe; or, ce défaut est capable d'engendrer de graves accidens. C'est pourquoi je supplie Votre Excellence de fixer son attention sur le *lin fossile* comme pouvant offrir d'immenses ressources à la thérapeutique auxiliaire de nos ambulances.

Je suis avec un profond respect, Monsieur le Ministre, votre très humble et très obéissant serviteur,

Dr DUMONT (de Monteux),
Médecin de 1re classe dans le service des prisons, médecin chargé par vous du service de santé de la garnison du mont Saint-Michel.

16 janvier 1855.

COURRIER.

SOUSCRIPTION OUVERTE EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

5me LISTE.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous prier d'ajouter à votre souscription en faveur d'un confrère malheureux les 46 fr. ci-joints; ils représentent l'excédant de la somme que j'ai reçue sur celle que j'ai dépensée pour me faire rendre justice. (Voir le *Moniteur des hôpitaux* du 16 janvier 1855, t. III, n° 7, p. 53, 2e col., ligne 53 et suiv., et 1re col. de la page 54.)

Agréez, etc. Th. GALLARD.

MM. Gallard (Voir la lettre ci-dessus), à Paris, 46 fr.; Cloquet, id., 20 fr.; Desmarres, id., 40 fr.; Moreau (de Tours), id., 10 fr.; Ségalas, id., 10 fr.

Total de la 5me liste. . .	126 fr.
Listes précédentes . . .	1,207 fr.
Total général.	1,333 fr.

CHOLÉRA. — Du 20 au 28 janvier, les hôpitaux et hospices de Paris n'ont reçu que quatre cas nouveaux de choléra, et un seul décès à eu lieu.

Voici le mouvement général au 28 janvier :

Entrés.		6,963
Sortis.	3,313	6,957
Décédés.	3,644	
Restaient en traitement.		6

— La séance annuelle de l'Association des médecins de la Seine a eu lieu hier dimanche, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, sous la présidence de M. Paul Dubois.

Malgré la rigueur de la saison, les docteurs Cloquet, Ricord, Velpeau, Adelon, Bérard, Trélat, et un grand nombre de médecins distingués de tout le département étaient venus prouver, une fois de plus, selon les termes du procès-verbal de l'année dernière, que les médecins occupés sont ceux qui savent le mieux trouver le temps de remplir un devoir de confraternité médicale.

Après la lecture du compte-rendu par M. Cabanellas, secrétaire général, l'assemblée a adopté le projet de règlement présenté par la commission générale, sauf un article destiné à élargir le cercle dans lequel l'Association peut choisir ses membres, et y comprenant les médecins reçus à l'étranger, mais autorisés à exercer à Paris depuis plusieurs années.

La discussion sur cet article est renvoyée à une autre séance.

M. le baron Paul Dubois, doyen de l'École, a été réélu président pour 1855. MM. Adelon et Bérard ont été réélus vice-présidens.

MM. Jules Cloquet et Barth ont obtenu chacun 10 voix pour la vice-présidence.

Le bureau se trouve donc composé comme l'année dernière :

MM. Paul Dubois, président;
Adelon et Bérard, vice-présidens;
Cabanellas, secrétaire général;
Vosseur, trésorier;
Ménière, secrétaire de la commission générale;
Perdrix, secrétaire général honoraire, archiviste de l'Association.

Nous publierons dans un prochain numéro le compte-rendu de M. Cabanellas, secrétaire général.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 13. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 1er Février 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 31 JANVIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La température sibérienne que nous subissons semble avoir refroidi le zèle des académiciens, excepté pourtant celui de l'honorable M. Piorry, qui a occupé presque toute la séance par la lecture d'un mémoire étendu sur le traitement de la variole. Ce travail, qui était susceptible d'une longue discussion, n'a soulevé ni opposition ni objection, et malgré les excitations de M. Piorry, l'Académie est restée muette. Nous publions ce mémoire, mais cette insertion dans nos colonnes n'implique pas notre consentement à toutes les opinions et aux doctrines qui y sont professées, sur lesquelles, au contraire, nous faisons des réserves formelles. M. Piorry pousse jusqu'à leurs dernières conséquences des principes contre lesquels de tous côtés aujourd'hui proteste l'esprit médical. L'application de ces principes à la variole est, à coup sûr, la plus malheureuse qu'on pût faire. Mais nos lecteurs sauront dégager dans ce mémoire les bons préceptes de pratique des idées doctrinales. Heureusement que, pour M. Piorry, ses tendances de localisation à outrance n'étouffent pas les bonnes inspirations du praticien, et, sous ce rapport, il y a toujours à gagner dans la lecture des travaux de l'honorable et zélé professeur. Aussi dirons-nous à nos lecteurs : Prenez la doctrine pour ce qu'elle vaut et ne vous attachez qu'aux résultats d'application.

Nous n'avons pu suffisamment entendre une lecture faite par M. Reybard de Lyon pour aventurer une appréciation quelconque. Nous croyons que notre honorable confrère a voulu préconiser le cathétérisme du larynx comme traitement du croup.

Une commission de onze membres a été nommée pour décider dans quelle section serait déclarée la première vacance dans l'Académie. Amédée LATOUR.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LE CHOLÉRA A LONDRES.

Les bulletins hebdomadaires du *Registrar general* pour le mois de décembre 1854 contiennent les renseignemens suivans sur les effets des deux épidémies cholériques à Londres en 1848-49 et en 1853-54.

Le choléra ne s'était pas montré à Londres depuis le mois de novembre, et on considérait, à cette époque, l'épidémie comme terminée. Dans l'épidémie précédente, qui avait duré du 1er octobre 1848 au 29 décembre 1849, il y avait eu 14,593 décès causés par le choléra; dans la dernière épidémie, qui a duré depuis le mois d'août 1853 jusqu'au mois de novembre 1854, le nombre des morts a été de 11,495. En tenant compte de l'acroissement de la population, le rapport du nombre des morts causées par le choléra au nombre des habitans a été de 64 sur 10,000 dans la première période, de 46 dans la seconde. Si l'on ajoute les cas rapportés dans les bulletins hebdomadaires aux affections mal caractérisées qu'on désigne sous le nom de diarrhées, mais qui se confondent souvent avec le choléra, on trouve que le nombre total des cas attribués à la diarrhée et au choléra a été de 18,451 en 1848-49, de 15,762 en 1853-54; le rapport du nombre des morts par cette double cause, comparé à la population, est de 81 sur 10,000 dans la première période, et de 63 dans la seconde.

La population moyenne de Londres, dans cette seconde partie, était évaluée à 2,517,809 habitans. La ville de Londres occupe une superficie de 78,125 acres; elle est divisée en 36 districts et 135 sous-districts, dont l'étendue varie de 25 à 5,057 acres, et la population de 1,632 à 47,881 habitans. De ces sous-districts, un seul, le plus petit de tous, n'a pas été atteint par le choléra en 1854.

Londres est bâtie, comme l'ancienne Rome, sur des collines d'une faible élévation et sur un sol marécageux imparfaitement desséché; il a été constaté par le dernier recensement qu'en 1851 une population de 181,560 habitans vivait dans les districts dont le sol ne s'élève qu'à la hauteur de 1 à 3 pieds anglais au-dessus des plus hautes eaux de la Tamise. Or, le nombre des morts du choléra dans cette partie de la population a été de 2,693 en 1848-49, de 2,227 en 1853-54.

Si l'on s'élève à 80 pieds et au-dessus, on trouve des sous-districts occupant 134,144 acres, ayant une population de 263,914 habitans, qui n'ont eu que 398 morts du choléra en 1849, 378 en 1854.

Si l'on imagine la hauteur totale de Londres coupée par des terrasses distantes l'une de l'autre de 20 pieds, on trouve que, dans les deux épidémies prises ensemble, 15,562 personnes sont mortes du choléra; au-dessus de la première terrasse, c'est-à-dire à une hauteur de moins de 20 pieds, 3,757 personnes seulement dans l'intervalle de la première à la deuxième terrasse (de 20 à 40 pieds), 2,301 dans l'intervalle de la deuxième à la troisième (de 40 à 60 pieds), 2,279 dans l'espace compris entre la troisième et la quatrième (de 60 à 80 pieds), 392 dans l'intervalle suivant, et 278 seulement dans tout l'intervalle compris entre la cinquième terrasse de la plus grande hauteur de Londres (de 100 pieds à 350 pieds). La population de l'espace compris entre le niveau inférieur et la première terrasse est de 850,000 habitans; la population des trois étages suivans est à peu près égale dans son ensemble à celle de l'étage le plus bas. Si on se reporte aux chiffres précédens, on voit que la mortalité a été presque moitié moindre dans ces trois étages réunis que dans le premier pris isolément.

En considérant les deux épidémies séparément, on trouve à peu près la même série décroissante proportionnellement à l'altitude de l'échelle de la mortalité; pour 1854, cependant, le chiffre relatif à la quatrième terrasse est plus élevé que celui de la troisième; pour les deux épidémies, la mortalité de la première terrasse est à celle de la septième dans le rapport de 1 à 1/7.

Dans plusieurs tableaux, d'autres élémens, la densité de la population, la richesse relative ayant pour mesure le revenu des maisons, l'accroissement annuel de la population dans les divers districts, le chiffre ordinaire des décès par toute espèce de causes, estimé depuis les relevés des années 1841-1850, sont mis en correspondance avec un degré de l'altitude partagée en six divisions. A Londres, la répartition de la population dans les différens districts donne pour ces élémens des séries dont la marche n'a rien de régulier et ne concorde aucunement avec celle de la série qui représente les rapports de la mortalité

La provenance des eaux dont se sert la population a un rapport plus marqué avec la mortalité produite par le choléra. On sait que la ville de Londres est approvisionnée d'eau par diverses compagnies qui opèrent leurs puisemens à différentes sources dont la pureté est loin d'être partout la même. Ainsi, les compagnies connues sous le nom de Chelsea et de Southwark prennent leurs eaux dans la Tamise, à Battersea, sur un point où le fleuve est évidemment contaminé par les détritus de matières organiques qu'y versent les égouts d'une partie de la ville. Or, les épidémies de 1849 et de 1854 ont donné lieu de remarquer une corrélation évidente et qui ne peut guère être fortuite entre le chiffre des décès dus au choléra et la qualité des eaux fournies par les compagnies. Ainsi, dans 26,107 maisons alimentées par de l'eau prise à Pitton, à la partie supérieure de la Tamise, il n'y a eu que 313 morts du choléra en dix semaines, et dans 40,046 maisons qui recevaient une eau impure venant de Battersea, on compte 2,443 cholériques dans le même espace de temps. Quatre tableaux montrent les rapports de la mortalité du choléra avec la provenance des eaux, de toutes les altitudes et dans les différens districts : la qualité des eaux paraît être évidemment, après l'altitude, l'élément dont le rapport avec la mortalité due au choléra paraît être le plus frappant.

Le *Registrar general* a recherché aussi dans un de ses bulletins ce qu'on pouvait déduire du chiffre de cette mortalité considéré dans son rapport avec le degré de richesse ou de pauvreté relative des différens districts. La conclusion à laquelle il arrive est qu'à Londres le choléra a fait proportionnellement plus de victimes parmi les pauvres que parmi les riches. Dans les différens districts de la métropole, la population riche ou aisée est riche en proportions diverses avec la population pauvre ou tout à fait misérable. On peut estimer d'une manière assez approchée de la vérité la fortune ou le revenu annuel de chaque habitant, en divisant la rente de chaque maison, constatée par le cens qui a eu lieu pour l'assiette de l'impôt sur le revenu, par le nombre des habitans de cette maison. Prenant cinq districts où la moyenne de la rente est de 7 liv. s. 11 sh. à 17 liv. 13 sh. par tête, et cinq autres districts où cette moyenne est seulement de 1 liv. 10 sh. à 3 liv. 6 sh., on trouve que dans les premiers, pendant les deux épidémies, la mortalité n'a été que de 37 sur 10,000; tandis que dans la seconde elle est de 87 sur 10,000. On doit remarquer cependant que dans l'un des districts les plus riches, celui de Saint-James, la mortalité a été extrêmement élevée, de 152 sur 10,000 en 1854, et que le district le plus pauvre parmi les cinq qui ont été pris pour termes de comparaison n'a perdu que 20 habitans sur 10,000 par le choléra. Le district de Saint-Georges Southwark, qui figure parmi les plus pauvres, et qui est situé sur un bas-fond presque au niveau des plus hautes eaux, a perdu 164 habitans, alors qu'il ne recevait que des eaux impures; en 1854, un certain nombre de maisons de ce district était alimenté par des eaux plus pures, et la mortalité est tombée à 101.

L'auteur du bulletin continue en ces termes : Si les districts sont rangés dans l'ordre de la valeur annuelle de la rente des maisons, en commençant par les quatre districts les plus riches et en descendant à ceux dont la rente annuelle est respectivement de 7 à 8 liv., de 6 à 7 liv., de 5 à 6 liv., de 4 à 5 liv,, de 3 à 4 liv.; si enfin, au-dessous de 3 liv. par tête, on trouve que la mortalité moyenne causée par le choléra a été dans les deux épidémies, pour ces diverses catégories de districts comparés entre eux, comme les nombres 42, 39, 30, 45, 68, 80, 55;...... si l'on prend en considération tous ces faits, on peut déduire de ces calculs que les riches vivant sur un terrain bas, dans des maisons qui ne reçoivent que des eaux de mauvaise qualité, sont fort en péril pendant une épidémie cholérique; tandis que la population industrieuse, même celle qui se livre à des travaux pénibles, mais qui habite des maisons propres, et où il n'y a pas encombrement, les maisons alimentées d'eau pur et situées sur un sol élevé et sur un terrain bien drainé, et qui n'a pas été primitivement un marais, a peu à redouter les atteintes du choléra : et que par les secours médicaux, les soins assurés dans la première période de la maladie, cette classe de la population n'éprouve, par le fait de l'épidémie, qu'une mortalité peu considérable.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE.

ANALYSE D'UN MÉMOIRE SUR L'ORIGINE DU SUCRE CONTENU DANS LE FOIE, ET SUR L'EXISTENCE NORMALE DU SUCRE DANS LE SANG DE L'HOMME ET DES ANIMAUX;

Par M. le docteur L. FIGUIER, agrégé de chimie à l'École de pharmacie.

Tout le monde sait que M. le professeur Claude Bernard, après avoir reconnu qu'il existe du sucre dans le tissu du foie, a avancé, en s'appuyant sur un grand nombre d'expériences, que ce sucre ne provient point tout entier de l'alimentation végétale, mais qu'il est sécrété par un organe spécial dans l'économie animale, par le foie. M. Bernard a désigné sous le nom de *glucogénie* la fonction nouvelle qu'il attribue à l'organe hépatique. Selon cet expérimentateur, la fonction glucogénique est surtout en exercice pendant la digestion; après cette époque, cette fonction diminue d'intensité; elle cesse ou se ralentit, pour reprendre son activité au repas suivant. La même sécrétion diminue avec l'abstinence ou le jeûne et finit par disparaître en entier par l'inanition.

Le travail lu par M. Figuier dans la séance de lundi dernier de l'Académie des sciences a particulièrement pour objet de combattre cette théorie qui place au sein de l'organisme animal une fabrication de sucre, et de montrer que toute la matière sucrée que l'on trouve dans le foie est apportée du dehors, c'est-à-dire par les alimens saccharoïdes ou amylacés.

M. Figuier a commencé par faire l'analyse chimique des matières solubles contenues dans le foie. Les matières solubles contenues dans cet organe sont, indépendamment du sang : 1° une matière albuminoïde qui, selon M. Figuier, serait identique avec un composé précédemment signalé dans le sang

par M. Mialhe, et désigné sous le nom d'*albuminose* par ce chimiste, qui considère ce produit comme le résultat commun des modifications que subissent, par l'action digestive, les alimens azotés introduits dans l'estomac; 2° du glucose; 3° différens sels minéraux, parmi lesquels dominent le chlorure de sodium et un acide organique.

M. Figuier étudie dans son mémoire les propriétés chimiques de l'albuminose et du sucre du foie. Quant aux proportions relatives de ces matières, l'auteur a trouvé dans le foie du lapin 2,7 p. cent d'albuminose et 1,3 p. cent de glucose. Dans le foie de bœuf il a trouvé 3,5 p. cent d'albuminose et 1,4 p. cent de glucose, etc.

Ayant ainsi reconnu l'existence positive du sucre dans le tissu du foie, mais persistant dans l'idée que ce sucre ne pouvait provenir d'une sécrétion propre de cet organe, et qu'il avait sa source unique dans les produits de l'alimentation, M. Figuier s'est occupé de rechercher si le sucre qui se trouve mêlé au sang dans le tissu du foie ne se rencontrerait pas aussi dans le sang pris en d'autres parties du corps.

Bien que tous les résultats acquis jusqu'à ce jour à la science fissent unanimement repousser l'idée de l'existence du glucose dans le sang normal, M. Figuier, en perfectionnant les procédés pour la recherche du sucre dans le sang, a réussi à démontrer, et c'est là le point capital de son travail, que le sang de tous les animaux qu'il a examinés renferme du sucre à une époque notablement éloignée du dernier repas. Il a démontré la présence du sucre dans le sang normal chez l'homme, le mouton et le lapin. Il résulte des déterminations qu'il a faites sous ce rapport que la quantité de sucre qui existe dans le sang est environ la moitié de celle que l'on trouve dans le tissu du foie. L'organe hépatique étant essentiellement un appareil de condensation pour les différens produits introduits par le tube digestif, ce rapport entre les quantités de sucre qui existent dans le foie et dans le sang paraît à l'auteur conforme aux prévisions physiologiques.

On sait que le fait de la sécrétion du sucre par le foie avait été démontré surtout par M. Bernard par cette suite d'expériences curieuses où cet expérimentateur, ayant soumis des chiens à une alimentation exclusivement composée de viande, avait constaté, dans ce cas, la présence manifeste du sucre dans le tissu du foie. La démonstration de l'existence du sucre dans le sang normal tend à détruire le crédit que l'on avait accordé à ces expériences : « En effet, dit M. Figuier, la viande » des animaux de boucherie renferme des vaisseaux; ces vaisseaux contiennent du sang; ainsi, la chair de bœuf et de » mouton qui avait servi à nourrir les chiens dans les expériences de M. Bernard contenait du sucre, et l'on administrait sans s'en douter le composé même que l'on voulait postérieurement rechercher. »

Si l'on admet, avec l'auteur du mémoire que nous analysons, que le sucre qui existe dans le foie n'est apporté que par les alimens, on s'explique sans peine le fait admis par M. Bernard, relativement à la coïncidence de la fonction glucogénique avec la période digestive, comme aussi l'interruption de cette fonction à la suite de l'abstinence, du jeûne et des maladies.

M. Figuier termine son mémoire en appelant l'attention des physiologistes sur ce fait intéressant qui résulte de son analyse du foie, à savoir que les produits utiles de la digestion, c'est-à-dire l'albuminose et la glucose, viennent se réunir, se condenser, s'épurer dans le foie, organe qui se montre ainsi comme un véritable réceptacle des produits utiles de la digestion.

Une commission a été nommée pour examiner le travail de M. Figuier et en faire l'objet d'un rapport à l'Académie. Cette commission se compose de MM. Dumas, Pelouze et Claude Bernard.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE, OU PLUTOT DES ÉTATS PATHOLOGIQUES QUI LUI SONT PROPRES;

Par M. le professeur PIORRY.

(Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 30 Janvier 1855.)

Plusieurs malades atteints de *variole simple* ou *compliquée* se sont présentés depuis quelques mois dans les salles de la clinique. Je me suis principalement occupé, et cela depuis longtemps, du traitement applicable aux divers états organopathiques qui se développent pendant la durée de cette affection; les faits pratiques qui s'y rapportent m'ont conduit à la publication de ce mémoire.

Le traitement de la variole tel qu'il est généralement compris repose sur l'idée générale et doctrinale de l'unité des maladies; et en effet il n'est pas d'affection qui, plus que la petite vérole, présente l'ensemble de circonstances que l'on rattache au tableau *d'une maladie. La cause* est ici un virus; *ses effets* sont connus; ils procèdent suivant *une certaine marche*, ont *un cours* et *une durée déterminés*. Pour les cas les plus aigus et les plus communs on peut en quelque sorte prévoir quels seront *le temps, le mode d'apparition*, *l'époque de la terminaison* des phénomènes. Dans la variole, *les doctrines sur la nature médicatrice* semblent être appuyées sur des faits, et il est facile de soutenir que sous l'influence d'efforts médicateurs et salutaires, *la cause morbide est rejetée au dehors en laissant ainsi l'organisme reprendre son état normal.*

Et cependant, les auteurs, les praticiens se sont bien donné garde de voir dans la variole *une maladie toujours la même;* ils ont reconnu, en effet, que souvent il s'agit d'une simple indisposition à symptômes à peine marqués, dans laquelle un très petit nombre de pustules se déclarent (sans que l'on voie survenir le moindre état pathologique interne de quelque importance), tandis qu'ailleurs, et dans des affections de même nature, surviennent du côté des voies de l'air, du pharynx, du centre céphalo-rachidien les accidens les plus terribles. Entre ces extrêmes, on a cru devoir établir *des espèces morbides dont la variole est le genre*, et on a donné à ces espèces les noms de *vaccine, varicelle, varioloïde, variole discrète, variole confluente, variole noire, variole compliquée*, sans compter *les formes inflammatoires, bilieuses, malignes*, etc., etc. Ainsi la plupart des pathologistes, inconséquens avec *leur doctrine unitaire*, ont fait *des maladies nombreuses de leur maladie, variole, réputée simple*. Ils ont fondé les caractères de ces espèces morbides sur des collections de phénomènes anatomo-pathologiques; abordent-ils le traitement, ils reviennent, au contraire, *à l'idée de maladie unitaire* qui a été leur point de départ. Ils soumettraient même *à un remède spécial* les cas les plus complexes et les plus divers, et essayant successivement de plusieurs médicamens, faisant à tort et à travers de la statistique, ils arriveraient à cette conclusion : qu'il y a peu de chose à faire contre la variole en général, et que les résultats de médications dissemblables dirigées contre cette cruelle affection sont *à peu près* les mêmes.

En somme, on peut dire que l'on étudie la petite vérole, mais que l'on combat à peine les accidens qu'elle cause. Contre l'éruption la vaccine ne fait rien; on n'oppose aucun moyen à la varicelle; la varioloïde est abandonnée à elle-même; la petite vérole discrète semble, pour la plupart, ne pas mériter de traitement; malheureusement on ne peut rien contre la variole confluente. Il est inutile de faire quelque chose contre les pustules noires puisqu'elles sont presque toujours suivies de la mort; on fait à plaisir des tableaux sur les apparences que donnent au mal les formes inflammatoires, bilieuses, adynamiques ou ataxiques; mais on se donne garde d'établir, pour de semblables circonstances, un traitement spécial que l'on puisse opposer contre tel cas de variole. En somme, on ne songe guère à remédier à autre chose qu'à des complications organiques accidentelles, et qui font ranger certains cas dans une catégorie spéciale dite variole compliquée. Or, faire un traitement en rapport avec les diverses complications, c'est, en définitive, se conformer en partie aux principes de la doctrine organo-pathologique; mais c'est, suivant nous, le faire d'une façon insuffisante, car il n'est pas d'état réputé simple qui n'exige un traitement en rapport avec des élémens complexes d'indications.

Appliquons ces idées générales au traitement de la variole, et, pour le faire convenablement, analysons les états pathologiques dont elle se compose, et voyons ce que l'on peut faire pour chacun d'eux.

VIRUS DE LA VARIOLE OU VARIOSE. — 1° Il existe un virus spécial de la petite vérole, nous l'appelons *variose* (de *vario : idée de variole*, et de *iose : idée de virus, de miasme*, etc., etc.) Est-il possible de détruire, de décomposer ce virus, cet *iose*, comme on voudra l'appeler? La chimie ne sait pas le reconnaître, et n'indique pas de moyens qui puissent, sans léser nos tissus, le rendre inoffensif; le microscope ne l'a pas fait voir et n'y a trouvé ni entozoaires, ni plantes parasites; la clinique n'a pas pu faire saisir de caractère extérieur propre à distinguer le pus ou la sérosité variolique du pus ou du sérum d'un abcès; jusqu'à présent elle n'a pas indiqué, plus que la chimie, les substances qui, sans nuire au malade, pourraient annihiler le virus de la vaccine (expériences de M. Bousquet) ou de la variole. Il n'y a donc pas ici de spécifique connu ou même soupçonné; donc, contre la variole proprement dite, contre le mal produit par la variose, il n'y a pas de médication spéciale à faire. Pour combattre ce virus, on ne voit qu'un seul traitement proposable, et qui, du reste, a été recommandé par Sydenham et par les praticiens les plus renommés de tous les temps. Il consiste dans l'emploi des boissons aqueuses abondantes et dans tous les moyens de faire passer en un court espace de temps une grande proportion d'eau dans la circulation. C'est là, en effet, la seule médication proposable dans la plupart des *toxémies* (altération du sang par les poisons), alors que l'on ne connaît pas d'agens propres à détruire la substance délétère qui cause le mal. Rappelons même, relativement à ce virus variolique, qu'en l'étendant de lait avant son inoculation, on a récemment observé que ses effets étaient tellement amoindris qu'il produisait alors une éruption analogue à celle de la vaccine et non pas une véritable petite vérole, ce qui prouve que l'addition d'un liquide innocent au variose est un bon moyen d'en rendre les effets moins délétères.

VARIOSÉMIE. — 2° La *variosémie* ou l'altération du sang par le *variose*, le virus variolique, est le premier effet que produit le poison dont il s'agit. Les symptômes qu'il produit et qui précèdent l'éruption ressemblent infiniment à ceux de l'hémite ou fièvre inflammatoire; seulement, comme je l'avais reconnu en 1834 et comme l'a vu depuis M. Andral, le sang, quand il s'agit des fièvres éruptives simples et de la variole en particulier, n'est point couenneux. Or, que faut-il faire pour remédier à cette altération du sang, à ces accidens qui précèdent l'éruption et qui présentent ceci de spécial : qu'il survient des phénomènes de gastropathie et des vomissemens, ainsi que des douleurs dont on accuse vaguement la région lombaire, et, dans quelques cas, ces douleurs m'ont paru avoir eu leur siége dans la moelle elle-même; car, si l'on percutait directement et sans la médiation du plessimètre les épines vertébrales aux lombes, le malade se plaignait d'éprouver une souffrance que la même manœuvre ne produisait pas ailleurs? Les indications qui se présentent ici sont les mêmes que celles dont il a été parlé à l'occasion du variose, c'est-à-dire que l'emploi des boissons aqueuses, qu'il faut, autant que possible, rendre agréables, telles, par exemple, que la décoction de pommes de rainette sucrée, que l'infusion légère d'écorce d'oranges ou la décoction de vanille édulcorée avec un sirop, est à peu près le seul moyen à employer, à moins, toutefois, que l'intensité des accidens dits inflammatoires et surtout que des congestions encéphaliques ou pulmonaires ne forcent à avoir recours à des saignées qui, du reste, n'empêchent en rien la variole de suivre son cours ordinaire; bien entendu que toutes les mesures générales de salubrité doivent, ici, être prescrites, et que l'aération, la propreté, un régime approprié à l'état actuel du malade, dans ces cas comme dans tous les autres, sont d'une extrême importance et ne doivent jamais être négligés.

Ces considérations, relatives au variose et à son premier effet appréciable, la variosémie, sont vraies, quelle que soit, d'ailleurs, l'espèce de variole admise par les auteurs, et bien qu'il s'agisse de varicelle, de varioloïde ou de variole confluente, tant il est vrai que ces dernières distinctions ne sont pas pratiques, et qu'elles ne reposent que sur des considérations vagues servant de fondement à des divisions purement arbitraires.

VARIODERMITE. — Le premier effet de la variosémie est une phlegmasie spéciale de la peau, ou variodermite; celle-ci a pour caractère une petite tumeur arrondie, déprimée ou ombiliquée au centre de sa surface qui est aplatie. Son pourtour présente de la rougeur. Cette affection cutanée ne suit pas toujours la progression régulière et à époques fixes qu'on lui a attribuée. Commençant par une tache rouge et saillante, elle parvient en trois, quatre, cinq, six jours et même davantage à l'état dont il vient d'être parlé, et après lequel une suppuration véritable succède à la formation de sérosité, et cette suppuration, qui détruit les cloisons que contenait le bouton, est suivie de la formation de croûtes qui sont constituées par des pyolithes ou concrétions de pus.

Divers moyens ont été proposés *pour faire avorter cette éruption* qui peut être constituée par des pustules rares et très espacées, très distinctes les unes des autres, ou par une multitude de tumeurs semblables à celles qui viennent d'être décrites, et qui se touchent et se confondent par leurs bords contigus (confluence, petite vérole confluente).

Le moyen préventif par excellence, celui sur lequel il n'entre pas dans notre plan de parler ici longuement, la vaccine peut-elle devenir un agent capable de faire avorter les pustules? On a fait beaucoup d'essais de ce genre; c'est ainsi que l'on a vacciné des gens qui en étaient encore à l'état de *variosémie*, ou du moins à l'état initial de la *variodermite*, et celle-ci n'en a pas moins continué à suivre son cours ordinaire. Quand, dans ces cas, le virus vaccin produisait la pustule qui lui est propre, celle-ci ne commençait à paraître comme un point rouge que vers le quatrième ou le cinquième jour de l'inoculation, et, à cette époque, il était impossible qu'elle modifiât d'une façon quelconque la variodermite.

La vaccine ne peut donc être considérée comme un moyen abortif de l'éruption variolique.

Alibert avait pensé et cru observer que, pour qu'une pustule variolique se développât, il fallait de l'air et de la lumière; je l'avais entendu, dans de spirituelles leçons, comparer, sous ce rapport, cette pustule aux bourgeons des plantes. Vers 1830 ou 1832, un de mes bons élèves et actuellement mon ami, M. le docteur Chanu, de Dijon, fut atteint d'une variole dont l'extrême confluence se prononçait particulièrement à la face et compromettait infiniment la vie; je me rappelai l'ingénieuse idée d'Alibert; je préparai avec soin un emplâtre très agglutinatif de diachylum étendu sur un linge très mince et très souple. Je recouvris avec cet appareil toutes les parties de la face, et la suite fit nettement voir que, partout où l'emplâtre avait été adhérent, l'éruption ne s'était pas développée, tandis que sur les autres points la variodermite avait suivi normalement son cours. De semblables expériences furent réitérées en grand nombre lors du premier concours pour la clinique interne à l'hôpital de la Pitié, et les résultats furent les mêmes. Je continuai à prescrire ce moyen; quelques années plus tard, M. Ganel, mon ancien élève, et qui alors faisait le service chez M. Serres, fit avec cet honorable collègue une série de recherches, desquelles il résultait que, dans des cas de petite vérole à l'état initial, l'application d'emplâtre de Vigo *cum mercurio* prévient le développement de la variodermite. Plus tard, M. le docteur Briquet reprit ces faits et observa les mêmes résultats. On crut même voir que l'onguent mercuriel seul en frictions ou en onctions sur la face épargne aux malades tous les accidens qui suivent l'apparition des pustules commençantes. Or, d'après d'innombrables expériences comparatives, auxquelles je me suis livré, et dans lesquelles on appliquait, soit sur un côté de la face, soit sur un membre, soit sur la main, de l'emplâtre de diachylum très agglutinatif, tandis que de l'autre on plaçait de l'emplâtre de Vigo, les résultats abortifs étaient exactement les mêmes à droite et à gauche. Seulement l'emplâtre de Vigo est plus adhérent et plus fixe, se dérange moins, est moins facilement détaché par la transpiration cutanée et, dans ce sens, présente de l'avantage. Ce n'est pas le mercure incorporé dans la résine qui le retient, ou dans la graisse qui agit, mais bien l'absence du contact de l'air, de la lumière et des corps qui peuvent venir exciter la peau malade.

Depuis plusieurs années, voyant que trop souvent les emplâtres se détachent et que l'effet produit était insuffisant, je me suis borné à faire étendre sur la peau une couche aussi épaisse que possible de graisse très consistante, telle que la préparation suivante :

Axonge de veau.	10 grammes.
Moelle de bœuf purifiée. .	10 grammes.
Beurre de cacao.	10 grammes.
	30 grammes.

Pour augmenter la consistance de cette mixture, j'y fais souvent ajouter une proportion notable de fécule; j'ai même cru devoir substituer à celle-ci du charbon porphyrisé et cela pour absorber la lumière; mais les effets en ont été à peu près les mêmes que lorsqu'il s'agissait de la graisse simple.

Ces divers procédés ont pour résultat d'arrêter dans leur marche progressive les boutons varioliques, de telle sorte que si ces applications sont faites au deuxième jour, il arrive qu'au moment où l'on enlève soit l'emplâtre, soit la graisse cinq à six jours après, la variodermite est encore dans l'état où elle était alors que ce pansement avait été fait et que son développement ultérieur n'avait pas eu lieu.

Dès les premiers temps de la découverte du collodium, j'ai cherché à remplacer par ce médicament et les emplâtres et les corps gras. Il réussit aussi bien et pas mieux que les moyens précédens; mais il forme une plaque consistante si dure et qui se prête si peu au mouvement de la face qu'il est pénible à supporter, et qu'il a fallu ne plus m'en servir.

Tels sont les divers procédés que l'on peut employer avec avantage pour prévenir le développement de la variodermite; mais, pour qu'ils

réussissent, il faut porter l'attention et la persévérance les plus grandes dans l'application des corps dont on a fait choix ; si les emplâtres se détachent, si les graisses cessent, pendant un certain temps, d'être en couches épaisses et compactes, l'effet que l'on voulait produire demeure incomplet ou nul.

(La suite au prochain numéro.)

ANESTHÉSIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MOYENS A EMPLOYER CONTRE LES ACCIDENS DÉTERMINÉS PAR LES INHALATIONS DE CHLOROFORME ;

Rapport

Lu à la Société médicale d'émulation de Paris, le 13 Janvier 1855,

Par M. Ludger LALLEMAND,

Secrétaire général de la Société, médecin-major du 20me bataillon de chasseurs à pied,

Au nom d'une commission composée de MM. Adorne, Gillette, Amédée Forget, Hillairet, Maurice Perrin, et Ludger Lallemand, rapporteur.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 20, 23, 25, 27 et 30 Janvier.)

§ V. — Nous avons vu que l'intoxication se produit plus ou moins rapidement suivant le degré de concentration des inhalations de chloroforme. Elle peut même être indéfiniment retardée, quoique les phénomènes anesthésiques se produisent profondément quand les vapeurs de chloroforme se dégagent en proportion constante, et étendues d'une grande quantité d'air, comme l'expérience suivante va le démontrer.

Nous avons placé deux pigeons dans une cage parallélipipédique à parois vitrées, d'une capacité d'environ quarante litres. Un petit ballon en verre, contenant du chloroforme, communiquait par deux tubes, d'une part avec la cage, de l'autre avec un appareil à déplacement. Celui-ci étant mis en activité, un courant d'air continu traversait le ballon, et léchant la surface du chloroforme, se chargeait d'une proportion constante et uniforme de vapeurs anesthésiques qui arrivaient dans la cage où se trouvaient les deux pigeons.

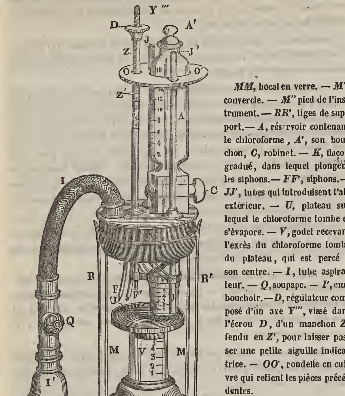
Malgré l'impressionnabilité des oiseaux à l'action des anesthésiques, ces deux individus restèrent dans ce milieu pendant quarante-cinq minutes, dans un état d'anesthésie profonde, mais en conservant l'intégrité de la fonction respiratoire. On cessa alors l'expérience, et les pigeons exposés à l'air libre récupérèrent immédiatement la sensibilité et la puissance musculaire.

L'atmosphère de la cage était cependant suffisamment chloroformée, car la flamme d'une bougie s'y éteignait immédiatement.

Ainsi, en mélangeant les vapeurs de chloroforme en proportion constante dans une grande quantité d'air, on peut obtenir une anesthésie profonde et éloigner les dangers de l'intoxication.

M. Duroy, partant de ces idées, a réalisé ces conditions dans un appareil aussi simple qu'ingénieux malgré son apparente complication, qui, employé chez l'homme, permettrait, nous le pensons, de produire l'anesthésie avec toute la sécurité désirable.

Aussi je crois devoir présenter une description sommaire de cet appareil, auquel M. Duroy a donné le nom d'*anesthésimètre*.



MM, bocal en verre. — *M'*, couvercle. — *M''* pied de l'instrument. — *RR'*, tiges de support. — *A*, réservoir contenant le chloroforme, *A'*, son bouchon, *C*, robinet. — *K*, flacon gradué, dans lequel plongent les siphons. — *FF'*, siphons. — *JJ'*, tubes qui introduisent l'air extérieur. — *U*, plateau sur lequel le chloroforme tombe et s'évapore. — *V*, godet recevant l'excès du chloroforme tombé du plateau, qui est percé à son centre. — *I*, tube aspirateur. — *Q*, soupape. — *I'*, embouchoir. — *D*, régulateur composé d'un axe *Y'''*, vissé dans l'écrou *D*, d'un manchon *Z*, fendu en *Z'*, pour laisser passer une petite aiguille indicatrice. — *OO'*, rondelle en cuivre qui retient les pièces précédentes.

Le chloroforme, renfermé dans un réservoir gradué, tombe régulièrement dans un flacon où il se maintient au même niveau, et dans lequel plongent deux siphons garnis intérieurement d'une mèche en coton, lesquels, s'amorçant par la capillarité, versent le chloroforme goutte à goutte sur un plateau métallique concave où il s'évapore. Ces pièces sont renfermées dans un cylindre en verre qui communique avec l'extérieur, d'une part par deux tubes dont les diamètres réunis équivalent à celui de la trachée, et qui s'ouvrent au-dessus du plateau d'évaporation ; de l'autre, avec un tube aspirateur terminé par un embouchoir destiné à s'appliquer à la bouche du sujet à chloroformiser. Quand on fait appel au moyen de l'inspiration dans le second tube, l'air extérieur vient lécher la surface où le chloroforme s'évapore, et emporte les vapeurs diluées d'une manière constante et uniforme dans le tube aspirateur garni de deux soupapes jouant en sens contraire pour que l'air expiré soit rejeté au dehors.

Un régulateur permet d'enfoncer et d'écarter les deux siphons pour faire tomber le chloroforme plus ou moins vite et sur une surface plus ou moins grande, ce qui donne la faculté de concentrer ou de raréfier à volonté les vapeurs anesthésiques, l'évaporation se faisant en raison de l'étendue des surfaces.

Enfin, une aiguille placée sur une échelle graduée indique la quantité de chloroforme qui se vaporise en un temps donné suivant le degré d'écartement des siphons.

CONCLUSIONS.

§ Ier. — Je résume dans les conclusions suivantes les résultats de nos recherches sur l'action des inhalations chloroformiques :

1° L'action du chloroforme sur l'organisme s'opère avec une rapidité qui est en raison directe de la concentration des vapeurs inhalées ; mais les phénomènes qui la manifestent se développent toujours dans le même ordre et avec le même caractère.

2° Les propriétés excito-motrices des centres nerveux, la sensibilité et la motricité des nerfs cérébro-rachidiens sont suspendues par le chloroforme ; mais l'excitabilité de la moelle et la motricité des nerfs continuent de se manifester sous l'action d'un courant électrique.

3° Le chloroforme a une affinité élective spéciale pour les centres nerveux, dans la substance desquels il s'accumule pendant l'inhalation, et se retrouve après la mort en proportion beaucoup plus considérable que dans les autres organes.

4° Chez les animaux chloroformés, les mouvemens respiratoires cessent avant les contractions du cœur ; la circulation est la fonction qui persiste la dernière ; le cœur est l'*ultimum moriens*.

5° Les animaux meurent constamment quand on les abandonne à eux-mêmes après que les mouvemens respiratoires sont suspendus.

6° Le chloroforme est éliminé très rapidement de l'économie ; la surface pulmonaire est la voie normale de cette élimination à laquelle la surface cutanée ne prend qu'une part très restreinte.

7° Le rétablissement des fonctions vitales suspendues par les inhalations de chloroforme est obtenu, dans le plus grand nombre des cas, par l'emploi des insufflations pulmonaires d'air atmosphérique et d'oxygène pur, même après que tous les mouvemens apparens de la circulation sont abolis.

8° L'insufflation, pour réussir, doit être appliquée immédiatement après la suspension de la respiration et de la circulation, et elle doit être continuée avec persévérance et avec énergie jusqu'au rétablissement complet des mouvemens normaux et spontanés de la respiration.

9° La respiration artificielle produite par la faradisation des nerfs phréniques peut, comme l'insufflation, rétablir les fonctions vitales suspendues par le chloroforme.

10° L'électricité employée comme excitant général du système nerveux est impuissante contre l'intoxication chloroformique ; elle ne peut produire des effets salutaires que quand elle parvient à déterminer la respiration artificielle.

11° L'électricité épuise rapidement l'excitabilité nerveuse chez les animaux arrivés à la dernière période de l'intoxication chloroformique.

12° L'insufflation agit contre l'intoxication chloroformique en stimulant l'excitabilité du système nerveux et en provoquant l'élimination du chloroforme par la surface pulmonaire.

13° La mort qui survient à la suite des inhalations de chloroforme est due à l'abolition de l'action du système nerveux et non à l'asphyxie ou à la paralysie des mouvemens du cœur.

14° La dilution des vapeurs de chloroforme dans une large et constante proportion d'air atmosphérique peut, sinon prévenir, du moins retarder longtemps les dangers de l'intoxication.

§ II. — Nous pourrions à peine espérer pour nos études l'intérêt de curiosité qui s'attache plus ou moins aux travaux utiles, comme matériaux de la science générale, mais stériles au point de vue de l'art, si nous ne pouvions tirer de nos recherches des déductions applicables à l'homme.

Ici notre tâche devient surtout difficile, car les faits constatés dans nos expériences ne représentent pas exactement les symptômes des accidens observés chez l'homme. Si l'on doit tenir compte un peu des circonstances insolites et pleines d'émotion qui, en surprenant les observateurs, peuvent être un obstacle à la notation exacte et rigoureuse des phénomènes devenant alors aussi difficile et délicate qu'elle est simple et facile dans une expérience calculée d'avance, on doit tenir compte aussi de la mobile variété des manifestations phénoménales multiples dont l'économie humaine est le théâtre, ainsi que de la diversité d'action de l'agent anesthésique suivant les organismes et les idiosyncrasies, suivant ces modalités variables à l'infini dans lesquelles le système nerveux peut être momentanément placé, en sorte que nous n'aurions pas pu réaliser peut-être expérimentalement les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades soumis aux inhalations anesthésiques.

En présence de ces *desiderata* possibles, nous sommes obligés à une grande réserve. Nous croyons cependant que nos recherches peuvent éclairer dans une certaine mesure la nature des accidens observés chez l'homme et donner le moyen d'y remédier.

Ainsi, on sait que la syncope est susceptible de se produire pendant l'anesthésie chloroformique, ou au début de l'acte chirurgical sanglant, sans doute par l'ébranlement que celui-ci cause au système nerveux, ébranlement qui est l'effet d'une véritable action réflexe. Plusieurs observateurs, M. Bickersteth entre autres, en ont rapporté des exemples ; nous avons vu nous-mêmes la respiration et l'action du cœur se suspendre momentanément dans quelques-unes de nos expériences. Or, c'est bien l'état anesthésique qui constitue la prédisposition à la syncope, et qui lui donne, quand elle se manifeste, une gravité exceptionnelle pouvant même aller jusqu'à la mort, d'autant plus que le malade est alors insensible aux excitations périphériques qui pourraient ranimer l'action nerveuse défaillante. Ne doit-on pas admettre que l'insufflation pulmonaire ou la respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques, appliquées immédiatemeet, auraient alors des effets salutaires en réveillant l'action du cœur par la stimulation exercée sur une surface aussi large que l'arbre pulmonaire et par l'élimination du chloroforme qui enchaîne l'action du système nerveux ?

Il faut encore, pour nous aider à expliquer le développement des accidens, tenir compte d'un fait auquel on n'a pas donné, peut-être, assez d'attention. Les vapeurs de chloroforme ont une densité considérable et se versent en quelque sorte dans l'air comme un liquide. Si, quand un malade est déjà anesthésié, on ajoute sur l'éponge ou sur le linge une nouvelle dose de chloroforme, un courant d'air provoqué par la moindre circonstance, ou une inspiration puissante, ou bien ces deux actions réunies peuvent introduire dans les bronches des vapeurs très condensées dont l'effet vient s'ajouter à celui du chloroforme déjà absorbé. Or, nous savons qu'il ne faut pas beaucoup de chloroforme pour enchaîner les fonctions du système nerveux, puisque la quantité la plus considérable que nous ayons trouvée dans l'encéphale d'un gros chien n'équivalait pas à plus de deux gouttes de ce liquide. Du reste, c'est la présence du chloroforme dans l'organisme qui produit les accidens ; les moyens qui en déterminent l'élimination doivent donc être mis en usage, et l'insufflation répond parfaitement à cette indication capitale. On ne pourrait pas nous objecter qu'elle a été tentée souvent sans succès chez l'homme dans des circonstances analogues, car on n'y a eu recours qu'après l'emploi d'autres moyens, ou on s'est servi pour l'appliquer de procédés qui la rendaient insuffisante. Or, nous avons fait voir dans nos expériences qu'il faut y avoir recours le plus tôt possible, et qu'elle doit être continuée avec persévérance et avec énergie.

Nous nous croyons donc autorisés à conclure, par suite de nos recherches et des considérations qui en dérivent, que l'insufflation pulmonaire d'air atmosphérique, employée sans retard, suivant le procédé que nous avons indiqué et qui est facilement praticable chez l'homme, pourrait, sinon toujours, du moins dans plusieurs cas, conjurer les accidens mortels semblables à ceux qui ont été trop souvent la suite des inhalations de chloroforme.

Nous croyons qu'elle constitue le moyen le plus efficace et le plus capable de triompher de ces accidens. Pour nous, la faradisation localisée aux nerfs phréniques ne viendrait qu'en seconde ligne, car elle ne nous paraît pas douée d'une action aussi puissante que l'insufflation, au moyen de laquelle on peut introduire l'air dans les poumons en aussi grande quantité et avec autant de force qu'il est nécessaire, et, d'un autre côté, l'intoxication chloroformique peut être une contre-indication à l'emploi de l'électricité, à cause de l'épuisement de l'excitabilité nerveuse qui est susceptible de se produire alors sous l'influence de cet agent. Nous avons assez fait connaître, pour n'avoir pas besoin d'y revenir, les raisons qui militent contre l'emploi de l'électrisation générale, de laquelle on ne peut guère attendre d'effets avantageux.

S'il est indispensable de connaître les moyens qui peuvent triompher des accidens, c'est surtout à les prévenir que l'on doit s'attacher. Nous avons vu, comme un fait constant et sans exception, les mouvemens respiratoires cesser les premiers sous l'action du chloroforme : cette suspension est le signal du profond effet toxique exercé sur l'organisme et de l'imminence de la mort. Lorsqu'on applique le chloroforme chez l'homme, il faut donc surveiller attentivement la manière dont s'exécute le jeu de la respiration, afin de pouvoir s'arrêter à temps, dès que les mouvemens de cette fonction paraissent éprouver quelque modification anormale.

Nous ne saurions, en outre, trop insister sur la nécessité d'éviter la concentration des vapeurs chloroformiques inhalées, à cause de la rapidité avec laquelle se manifestent alors la suspension des mouvemens respiratoires et les accidens de l'intoxication, tandis que les inhalations faibles permettent de continuer longtemps l'anesthésie sans danger. Il faut se garder également de donner de nouvelles doses trop fortes quand les effets anesthésiques ont commencé à se produire.

Il est donc utile d'obtenir une dilution large et constante des vapeurs chloroformiques ; aussi l'*anesthésimètre* de M. Duroy nous paraît réunir toutes les conditions qui peuvent assurer la sécurité de l'opération anesthésique.

Je n'insisterai pas sur les autres conditions qui peuvent concourir au même but, et qui sont suffisamment connues, car j'ai hâte, Messieurs, d'arriver à la fin de ce travail, pour la longueur duquel j'aurais à solliciter votre indulgent pardon, si elle ne pouvait se justifier par la variété des faits que nous avons dû examiner, et par l'intérêt général qui s'attache maintenant au chloroforme, ignoré il y a quelques années à peine dans le laboratoire du chimiste.

Le génie de l'homme ne connaît pas de bornes à l'audace de ses investigations ; sous l'obsédante pression d'un perpétuel besoin de connaître, dévoré par l'activité incessante de la force sublime que Dieu a mise en lui, il a osé manier un agent merveilleux et terrible, et l'employer à détruire la douleur. Dans cette lutte avec l'inconnu, on a éprouvé des revers douloureux contre le retour desquels on a dû chercher à se prémunir à l'aide d'études nouvelles qui fissent mieux apprécier, pour la modérer et la maîtriser, une action que l'enthousiasme avait fait d'abord accueillir avec une imprudente confiance.

Si l'on ne peut se défendre d'une secrète appréhension en voyant les sujets soumis à l'influence anesthésique perdre successivement les caractères prédominans de l'animalité, et se réduire en quelque sorte aux conditions de la vie végétative, on ne peut voir sans une émotion profonde les animaux plongés dans la mort apparente par le chloroforme reprendre, dans une résurrection saisissante, l'exercice de leurs fonctions physiologiques sous l'action des insufflations pulmonaires. Tel est l'intéressant tableau qu'il nous a été donné de contempler souvent, et que le choix si flatteur pour moi de mes honorables collègues m'a permis de dérouler devant vous.

Nous ne pouvions prétendre à dégager toutes les inconnues d'une question pleine de problèmes, dont quelques-uns touchent peut-être aux mystères eux-mêmes de la vie. Mais nous croyons avoir indiqué les conditions susceptibles d'assurer la sécurité de l'application du chloroforme, ainsi que les moyens les plus efficaces de remédier aux accidens que cet agent détermine.

Nous pensons, Messieurs, pouvoir vous soumettre ces résultats avec confiance, comme ressortant des études que nous avons été heureux de tenter, afin de répondre dans la mesure de nos forces au zèle ardent et dévoué de la Société médicale d'émulation de Paris pour les intérêts de l'humanité et pour les progrès de la science.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Janvier 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le directeur général de l'agriculture et du commerce qui communique à l'Académie un rapport de M. le docteur CARVILLE, chirurgien de la maison centrale de Gaillon (Eure), sur une épidémie de variole. (Renvoi à la commission de vaccine.)

— Une seconde lettre, avec communication d'une demande du sieur THONY, qui sollicite l'autorisation d'exploiter une fabrique d'eaux minérales à Lyon, demande appuyée par M. le préfet du Rhône. (Comm. des eaux minérales.)

— Un mémoire manuscrit intitulé : Étude chimique et physique des eaux minérales et thermales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. J. LEFORT, pharmacien à Paris. (Même commission.)

— Une lettre de M. DOUBLE fils, qui fait hommage à l'Académie du portrait de feu son père, membre de la compagnie ; c'est un buste en marbre, exécuté par M. Duret.

Des remercîmens seront adressés à M. Double au nom de l'Académie.

— Le comte de KERVIGUEN, ancien officier de cavalerie, écrit de Lucques (Toscane), pour inviter l'Académie à expérimenter un moyen non encore employé dans le traitement du choléra : solution de gomme arabique dans l'eau de riz. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un paquet cacheté déposé par M. Lecanu, de la part de M. MUNOZ, professeur à la Faculté de pharmacie de Madrid.

— Un mémoire *sur la mélancolie*, écrit en italien, et destiné à être présenté au concours pour le prix Lefèvre, lequel ne sera décerné que dans trois ans.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie une troisième série de rapports relatifs au choléra dans le département de la Haute-Saône en 1854, et qui ont été rédigés par les médecins et élèves envoyés en mission dans les départemens. (Comm. du choléra de 1854.)

— Un rapport de M. le docteur FOUQUET, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vannes, sur le choléra qui a régné dans cette ville du 20 juillet au 30 octobre 1854. (Même commission.)

— Un rapport de M. le docteur BLANCHARD, médecin des épidémies de l'arrondissement de Barcelonnette, sur le choléra de 1854. (Même commission.)

— Un rapport de M. le docteur DUSOUIL, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui y a régné depuis octobre 1852 jusqu'à novembre 1854. (Commission des épidémies.)

— L'Académie a reçu l'ouvrage de M. SESTIER *sur l'angine œdémateuse*, et celui de M. DIDAY, *sur la syphilis des nouveau-nés*, présentés au concours pour le prix Itard.

— M. PIORRY donne lecture d'un long travail *sur le traitement de la variole*. (Ce mémoire sera reproduit *in extenso* dans les colonnes de ce journal. Voir plus haut.)

M. BRICHETEAU demande à M. Piorry s'il considère tous les emplâtres comme également utiles pour faire avorter l'éruption variolique, et si conséquemment il considère le contact de l'air comme la seule influence qui la fasse passer à l'état de suppuration. L'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, auquel on a le plus souvent recours pour empêcher le développement des pustules, agit-il seulement en préservant la peau de ce contact, et le résultat ne doit-il pas être attribué à l'action propre du composé mercuriel ? Baillou, on le sait, a le premier signalé cette action spéciale du mercure, en citant l'observation d'une dame atteinte de variole et chez laquelle les pustules avaient manqué dans une seule région, là où cette malade, pour des motifs secrets, avait appliqué une pommade mercurielle.

M. PIORRY : J'ai expérimenté comparativement tous les topiques et je me suis convaincu que leur efficacité pour prévenir la suppuration dans la variodermie était indépendante de leur composition, et qu'elle était seulement en raison de l'exactitude plus ou moins parfaite avec laquelle ils abritent la peau du contact de l'air. Ainsi, le Vigo *cum mercurio* est un des plus utiles, parce que c'est aussi l'un des plus emplastiques et des plus adhérens.

M. Piorry exprime le désir qu'une discussion s'engage à l'occasion de son mémoire, afin que les idées émises par lui sur le traitement d'une affection aussi meurtrière que la variole subissent l'épreuve de toutes les contradictions qu'elles pourraient soulever. Ce serait profit et pour la science et pour l'humanité.

— M. REYBARD lit un mémoire qui traite, premièrement, du *cathétérisme du larynx dans le croup*, moyen, dit l'auteur, non employé et le plus simple de tous. Pour exécuter ce cathétérisme, on se sert d'une bougie en gomme élastique de 6 à 7 millimètres de diamètre, portant en guise de mandrin une sonde métallique à courbure ordinaire et qui présente deux yeux d'assez grande dimension, l'un du côté de la concavité, l'autre du côté de la convexité. On peut laisser cette sonde à demeure ou la réintroduire de temps en temps.

La seconde partie du mémoire traite des fistules vésico-vaginales. Elle renferme :

1° Un nouveau procédé de dilatation de la vulve et du vagin. Ce procédé consiste dans l'introduction successive et graduée des cinq doigts, puis de la main tout entière jusqu'au poignet, et dans l'emploi de l'un ou l'autre des deux spéculums imaginés par l'auteur. L'un de ces instrumens, qu'il appelle *spéculum forceps* ou *fenêtré* (le seul qu'il se propose de faire connaître aujourd'hui), est formé de deux valves planes appliquées l'une contre l'autre quand il est fermé, et pouvant s'écarter l'une de l'autre en restant toujours parallèles ; de telle sorte qu'elles interceptent alors un espace quadrangulaire formé par les deux valves de l'instrument et la partie des parois vaginales qui s'étend entre le bord antéro-supérieur de chaque valve d'une part et leur bord postéro-inférieur d'autre part. En outre, chaque valve forme un cadre métallique comprenant entre ses quatre côtés une autre partie des parois vaginales. Cette disposition générale de l'instrument permet de voir d'un seul coup d'œil la plus grande partie du conduit qu'on se propose d'explorer. Le manche de l'instrument se compose de deux tiges, dont l'une, celle de la valve gauche, se trouve dans le même plan que cette valve, tandis que la seconde forme avec la première un angle d'environ 25 centimètres ouvert en bas. En rapprochant les deux parties de manière à effacer cet angle, on écarte les valves.

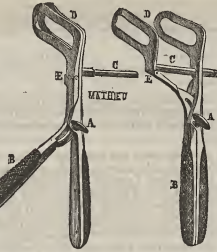
2° Un nouveau procédé pour rapprocher la fistule vésico-vaginale de l'ouverture de la vulve.

3° Quelques considérations sur la manière plus ou moins convenable de faire le ravivement de ces fistules. (Excision de la muqueuse du vagin aux deux extrémités de la plaie, de manière à rendre celle-ci longitudinale ; excision qui doit être faite dans l'étendue de 1 ou 2 centimètres.)

4° De l'insuffisance de la suture entrecoupée dans le traitement de ces lésions.

5° De la suture enchevillée comme devant être préférée et substituée à celle à points isolés. L'auteur la pratique d'après deux procédés. Dans le premier, les cylindres métalliques, percés de plusieurs trous, sont placés dans le vagin ; dans le second, ces mêmes chevilles sont introduites dans la vessie et retirées par l'urètre au moyen de fils qui y sont attachés.

6° Un procédé unissant au moyen d'un nouvel instrument appelé *griffe à vis*.



(Le mémoire de M. Reybard est renvoyé à une commission composée de MM. Velpeau, Bégin et Gimelle.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 8 Novembre 1854. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Sommaire. — Lecture par M. Becquerel d'un travail intitulé : Essai comparatif sur les diverses méthodes employées dans le traitement de la vaginite. Discussion : MM. Marrotte, Becquerel, Vigla, Legendre, Legroux.

M. BECQUEREL lit, au nom de M. RODIER et au sien, un travail ayant pour titre : *Essai comparatif sur les diverses méthodes employées dans le traitement de la vaginite*. (Publié dans l'UNION MÉDICALE, voir le n° du 18 janvier 1855.)

M. MARROTTE s'étonne que M. Becquerel ait employé toutes ces diverses méthodes de traitement, pour ainsi dire empiriquement et sans tenir compte des indications. M. Becquerel penserait-il que, dans toutes les blennorrhagies, on puisse toujours employer le même traitement, sans tenir compte de l'état plus ou moins aigu, de la durée de la maladie, etc. ? Ne croit-il pas qu'il soit souvent nécessaire dans le cours d'une maladie de modifier le traitement? Enfin, a-t-il cherché chez ses malades quelques raisons qui aient pu le décider à employer une méthode de traitement à l'exclusion des autres ?

M. BECQUEREL : Personne plus que moi n'admet la valeur des indications dans le traitement des maladies ; mais je n'ai pas voulu faire un traité complet de la vaginite, ni même un traité des indications dans la vaginite. J'ai voulu seulement faire connaître les résultats obtenus par des méthodes exclusives, empiriques, empiriquement employées, et je n'ai tenu aucun compte des indications. J'ai pris seulement pour point de départ de ces essais la méthode dite abortive ; et avec la solution concentrée de tannin j'ai obtenu de tels succès que, sans tenir compte des indications, je la conseille dans tous les cas aigus ou chroniques, sauf les cas où l'on a reconnu une affection syphilitique.

M. VIGLA signale un résultat qui lui paraît singulier dans les essais de M. Becquerel. La solution concentrée de nitrate d'argent, d'après les termes mêmes du travail qui a été lu, donne des résultats déplorables, aggrave la maladie, donne lieu à des escarres profondes ; tandis que la cautérisation avec le nitrate d'argent solide donne de bons résultats. Quant à lui, il a souvent employé à Lourcine même et dans sa pratique civile la cautérisation avec le nitrate d'argent solide, et souvent il a vu survenir des accidens graves, toujours de la douleur pendant les huit ou neuf jours qui ont suivi la cautérisation, et jamais de succès complets, même après cinq, six et sept cautérisations ; pour lui, la vaginite reste une des maladies les plus rebelles à tous les traitemens.

M. BECQUEREL : La différence qui existe entre les résultats obtenus par M. Vigla et les miens tient au *modus faciendi*. Il faut cautériser plus légèrement que ne le fait M. Vigla, il faut promener rapidement le crayon sur la surface du vagin, et l'avantage de la cautérisation avec le crayon, c'est que l'on sait toujours ce que l'on fait, on voit où l'on touche, on mesure le degré de la cautérisation ; tandis que la solution concentrée séjourne dans les plis et anfractuosités du vagin, et y détermine de profondes cautérisations. Du reste, je n'ai jamais été aussi satisfait de la cautérisation que M. Vigla le suppose, car j'ai dit moi-même qu'elle déterminait des douleurs vives et qu'elle réussissait moins que la solution concentrée de tannin qui a merveilleusement réussi dans tous les flux inflammatoires ; tandis que la teinture d'iode offre les mêmes avantages dans les flux simples ou leucorrhéiques. Des travaux récens et encore inédits me permettent de distinguer sûrement ces deux variétés.

M. VIGLA prie M. Becquerel de vouloir bien faire connaître les caractères distinctifs des flux simples et des flux inflammatoires, et demande si ses recherches lui permettent de distinguer les flux contagieux de ceux qui ne le sont pas.

M. BECQUEREL : Dans les flux vaginaux il faut distinguer quatre variétés qui peuvent être sécrétées, soit par l'utérus et son col, soit par la muqueuse vaginale elle-même.

1° Le mucus pur, parfaitement transparent, clair et visqueux, composé de :

Mucine, étendue d'eau, et contenant quelques sels en quantité très peu considérable.

Ce liquide est fourni par l'utérus parfaitement sain, ou quelquefois légèrement irrité ; mais je doute qu'il puisse exister dans l'inflammation.

2° Le mucus leucorrhéique, laiteux, opalin, contenant quelques bulles d'air, qui n'est jamais le produit d'une inflammation, qui coïncide souvent avec l'anémie de la muqueuse. On y trouve :

Au microscope. . . . Beaucoup de cellules épithéliales.
Un certain nombre de globules graisseux.
A l'analyse chimique. Mucine.
Sels.
Graisse et particulièrement cholestérine.

La proportion de mucine est quelquefois très faible, car ce liquide présente de très grandes différences de viscosité ; quelquefois même il est assez fluide. Mais ce qui ne manque jamais, ce sont les cellules épithéliales et les globules graisseux.

3° Le muco-pus, liquide épais, visqueux, jaune léger, ou jaune verdâtre ; il suppose une inflammation de la membrane muqueuse, mais sans ulcération. On y trouve :

Au microscope. . . . Globules de graisse.
Cellules épithéliales peu nombreuses.
Peu de globules de pus.
A l'analyse chimique. Mucine abondante.
Matière grasse très abondante.
Pas d'albumine soluble.

En traitant ce liquide par un peu d'eau, agitant et filtrant, on obtient un liquide qui n'est pas coagulable.

4° Le mucus purulent, constitué par le mélange de muco-pus, et de pus. Il suppose une ulcération quelconque, de quelque nature qu'elle soit. Souvent la présence du mucus purulent permet d'annoncer qu'il y a une ulcération sur la muqueuse intérieure du col, ulcération qu'on ne pourrait voir à l'œil nu ; c'est donc un moyen de diagnostic. On y trouve :

Au microscope. . . . Globules de pus nombreux.
Cellules épithéliales peu nombreuses.
Granulations protéiques.
Peu de globules graisseux.
A l'analyse chimique. Mucine peu abondante.
Graisse abondante (cholestérine surtout).
Albumine soluble.

On constate cette albumine en agitant un peu du liquide avec de l'eau distillée, et en filtrant ; le liquide filtré est coagulable par la chaleur, et, par conséquent, contient de l'albumine.

Ainsi, le liquide produit par l'inflammation simple contient du pus sans albumine ; celui qui est produit par l'inflammation avec ulcération contient du pus avec albumine.

Ces recherches, intéressantes au point de vue de la cause qui produit ces différens liquides, ne peuvent éclairer sur la nature contagieuse ou non contagieuse de la maladie.

M. LEGENDRE demande par quel procédé M. Becquerel s'est procuré le liquide des flueurs blanches ; est-ce avec le spéculum ? Car, lui aussi, il a examiné les différens écoulemens vaginaux. Pour le liquide transparent, ses résultats sont les mêmes que ceux de M. Becquerel ; mais pour l'écoulement crémeux, blanc, non contagieux, il n'y a pas vu de globules graisseux, et n'y a rencontré que des cellules nombreuses d'épithélium. On se sert d'huile ou d'un corps gras quelconque pour graisser le spéculum avant son introduction ; les globules graisseux ne sont-ils pas fournis par cette source ?

M. BECQUEREL fait usage du spéculum ; mais il est élémentaire, en pareil cas, de ne pas le graisser, et il peut affirmer l'existence de la graisse dans le liquide des flueurs blanches.

M. LEGROUX est tout disposé à admettre que lorsque l'on trouve, dans le liquide que l'on examine, du pus albumineux, il y a ulcération ; mais les ulcérations donnent-elles toujours lieu à la production du pus ? Et, de ce que l'on ne trouve ni pus ni albumine, pourrait-on affirmer qu'il n'y a pas d'ulcération ?

M. BECQUEREL ne donne pas cela comme caractère formel de la non-existence d'ulcération ; mais il affirme que quand il existe du pus albumineux, il y a ulcération.

Le secrétaire, E. MOUTARD-MARTIN.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le vendredi 23 février 1855, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris.

Les personnes qui voudront être admises à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire avant le mercredi 7 février, à trois heures après midi.

Le secrétaire général, L. DUBOST.

— Dans une réunion de médecins des hôpitaux et du bureau central, les mutations suivantes ont été arrêtées, sauf la sanction de l'administration :

M. Horteloup quitte l'hôpital de Lariboisière pour passer à l'Hôtel-Dieu ; M. Bourdon prend un service à Lariboisière ; M. Gubler, un service à Beaujon ; M. Oulmont, un service à St-Antoine ; M. Bergeron, le service de l'hospice de La Rochefoucauld ; et M. Moutard-Martin, la direction du Bureau des nourrices.

— A la suite d'un concours pour le prosectorat de la Faculté de Paris, M. Rouget a été nommé prosecteur de la Faculté.

— Le bruit qui avait couru que quelques cas de choléra s'étaient de nouveau montrés dans le Piémont a été officiellement démenti.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 14. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 3 Février 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 FÉVRIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

De la ligature de la carotide externe : tel est le titre du mémoire que M. Maisonneuve a communiqué à l'Académie. On ne saurait douter que la ligature des artères n'ait été pratiquée du temps de Celse, de Rufus et de Paul d'Égine; mais elle ne devint une méthode applicable à tous les cas d'amputation ou de blessure avec hémorrhagie qu'après Ambroise Paré; du vivant même de ce chirurgien célèbre, elle valut de sanglans outrages à son auteur; Gourmelin appelait la ligature une *action carnificine*.

« La ligature des gros troncs artériels, dit M. Maisonneuve, » est l'une des conquêtes de la chirurgie moderne. » Ce fut Anel qui, le premier, le 30 janvier 1710, en présence de Lancisi et de plusieurs médecins, lia la brachiale pour un anévrysme, sans toucher à la tumeur. Plus tard Desault et Hunter imitèrent, en le perfectionnant, le procédé d'Anel; Stevens pratiqua avec succès la ligature de l'iliaque primitive; A. Cooper osa même tenter celle de l'aorte ventrale, et loin que cet essai, nécessairement suivi d'un revers, lui inspirât quelques regrets, il regarde au contraire comme coupable tout chirurgien qui, en présence de la mort inévitable d'un malade, recule devant l'opération la plus hasardeuse.

La ligature de la carotide primitive a été pratiquée plus de soixante fois, et avec succès dans les deux tiers des cas, suivant la statistique de M. Velpeau. Un fait qui doit surprendre encore davantage, et que nous signalons au souvenir des chirurgiens, c'est de voir la guérison des blessures de cette artère obtenue par la simple compression; on en cite trois exemples mémorables : celui de Guillaume I[er], celui du général Arrighi devant Saint-Jean-d'Acre, et enfin l'exemple rapporté par Sanson aîné.

Pourquoi les chirurgiens qui ont eu à traiter des anévrysmes ou des blessures ont-ils tous porté la ligature sur le tronc principal et non sur les branches de la carotide? M. Bérard explique cette préférence par l'obscurité du diagnostic dans presque tous ces cas et par la difficulté de mettre à nu le vaisseau lésé. D'ailleurs, c'est vers l'angle de bifurcation que se déclarent ordinairement les anévrysmes. Cependant, tout le monde en convient, la ligature d'un tronc artériel présente des dangers plus graves que celle de ses branches. On a vu, dit M. Maisonneuve, les malades opérés de la ligature du tronc carotidien être frappés de vertiges, de syncopes, de paralysies; quelques-uns même sont tombés en quelque sorte foudroyés.

On sait que la carotide externe alimente les tégumens du crâne et les principaux organes de la face. M. Maisonneuve a vu dans cette disposition anatomique la raison essentielle de la préférence qu'il accorde à la ligature de cette artère pour les cas d'anévrysmes, de tumeurs fongueuses et de cancers qu'on rencontre assez fréquemment sur le trajet de ses ramifications. Employée dans ces circonstances, cette méthode est assurément très hardie, quoique rationnelle. Travers lia la carotide pour une tumeur fongueuse de l'œil qui disparut la quatrième année seulement. Est-ce donc à cette terrible opération qu'une guérison aussi tardive devait être attribuée? Mais notre observation ne s'adresse point à l'habile chirurgien de la Pitié; dans sa communication il rapporte cinq exemples de ligature de la carotide externe qui se justifient non seulement par le succès obtenu, mais encore par l'incurabilité du mal qu'il s'agissait de combattre.

Sous le titre d'*Essai d'une généralisation de la méthode sous-cutanée*, M. Jules Guérin a lu un mémoire remarquable sur la méthode dont il est l'inventeur, et qui est devenue aujourd'hui familière à tous les chirurgiens d'Europe. Dans ses précédentes communications, accueillies par le monde savant avec la faveur qui s'attache aux découvertes d'un grand intérêt pratique, M. Guérin avait indiqué un certain nombre d'applications de la méthode nouvelle; d'abord aux sections de tendons, aponévroses, muscles, nerfs, des os eux-mêmes, et puis aux ponctions qui permettaient de pénétrer dans les articulations, ainsi que dans toute cavité close, et d'en extraire sans danger des corps solides ou des fluides animaux.

Quinze années se sont écoulées, et aujourd'hui la méthode sous-cutanée peut se présenter avec des milliers de faits qui attestent l'innocuité de ce genre d'opérations, et mettent en lumière cette vérité de pathologie physiologique : que les plaies sous-cutanées ne sont, en général, suivies d'aucun accident, et qu'elles ont pour conséquence et pour caractère l'*organisation immédiate des tissus divisés*. Certes, M. Jules Guérin pouvait se montrer satisfait d'avoir introduit dans la science une méthode thérapeutique dont, avant lui, il n'existait que des fragmens sans coordination. Mais, comme tous les esprits supérieurs, il a voulu compléter la méthode sous-cutanée en présentant des vues d'ensemble et un résumé de ses observations physiologiques sur le fait de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau.

Dans un premier mémoire, M. Guérin avait indiqué les caractères généraux suivans : 1° occlusion immédiate des ouvertures placées à l'abri du contact de l'air; 2° absence de toute réaction. Toutefois, certains chirurgiens, en répétant les expériences, ayant obtenu des résultats moins avantageux, tout en ayant maintenu la plaie à l'abri du contact de l'air, le savant auteur de la méthode fut conduit à rechercher les conditions secondaires qui peuvent exercer une influence fâcheuse sur le travail d'organisation, et il les trouva dans la nature des liquides; les uns organisables, tels que le sang artériel et la lymphe; les autres neutres, tels que le sang veineux; d'autres, enfin, antipathiques, ce sont les liquides excrétés, le lait, la bile, l'urine et le pus dont le contact fait échouer les opérations sous-cutanées. Ainsi, il ne suffit pas que la plaie soit soustraite au contact de l'air; elle doit encore ne pas être mise en rapport avec des liquides antipathiques.

Après avoir signalé ce fait important, M. Guérin recherche les caractères de l'organisation sous-cutanée. Ici la cicatrisation s'opère d'emblée. Un second caractère est celui que fournit le produit cicatriciel. Dans les plaies suppurantes, ce produit, toujours le même, est un tissu amorphe, d'une vitalité obscure, qui occasionne inévitablement une interruption fonctionnelle entre les parties divisées. Il en est tout autrement des plaies sous-cutanées qui bénéficient de l'organisation immédiate; il s'établit entre les extrémités des tissus un produit réparateur analogue sinon identique; en un mot, les tendons fournissent du tendon, les muscles du muscle, les nerfs du nerf; dès lors, rétablissement intégral de l'organe et de la fonction.

Nous nous bornons à cette rapide esquisse, renvoyant le lecteur au mémoire original, où l'on trouvera la supériorité de vues et la force de raisonnement qui caractérisent toutes les productions de notre savant confrère. En effet, tous les médecins se plaisent à reconnaître que M. Jules Guérin réunit au talent de bien observer un esprit généralisateur remarquable, qu'il remonte par une pente facile des faits aux causes, et fonde ainsi une doctrine dont il sait tirer des principes féconds pour la science et pour l'art.

D[r] FOISSAC.

Feuilleton.

CAUSERIES.

UN PHÉNOMÈNE LITTÉRAIRE.

Vivement frappé d'un phénomène littéraire qui se passe sous nos yeux et auquel nous ne donnons peut-être ni l'intérêt, ni l'importance, ni la gratitude qu'il mérite, je demande la permission d'attirer quelques instans sur lui l'attention de mes lecteurs. C'est une de mes habitudes auxquelles je veux rester fidèle de ne manquer aucune occasion, je ne dirai pas d'encourager, je n'ai pas la prétention de pouvoir donner des encouragemens à qui que ce soit, mais de signaler les hommes et les œuvres qui me paraissent dignes d'être encouragés par de plus puissans qu'un humble journaliste. Et le plus puissant comme le plus honnête des protecteurs, n'est-ce pas le public, n'est-ce pas tout le monde ?

Nous avons en France et parmi nous un confrère, jeune encore heureusement, qui s'est pris d'une grande et sérieuse passion pour l'histoire de notre science et de notre art, pour la philologie et la critique médicales, passant sa vie dans les grandes bibliothèques de l'Europe, conversant sans cesse avec les manuscrits et les imprimés, collationnant des textes pour nous restituer des versions légitimes, allant de Paris à Oxford, d'Oxford à Vienne, de Vienne à Berlin, de Berlin à Rome, à Naples, à Palerme, pour explorer les richesses de leurs collections, et rapporter de ses voyages les matériaux précieux de publications importantes.

Ce que ce confrère a déjà produit est immense et suffirait à l'illustration d'une longue carrière. Qu'on m'en permette un succinct dénombrement.

En 1841, sa thèse inaugurale indique déjà la tendance que le jeune étudiant a suivie. On voit poindre dans l'horizon médical comme un réveil de l'étude de l'antiquité; le premier volume de l'*Hippocrate* de Littré a paru. L'*introduction* de cet ouvrage, véritable monument de critique historique, si négligée alors en France et depuis si longtemps, produisit une grande sensation, et c'est à l'impression faite par ce beau travail que M. Daremberg — car on a déjà compris que c'est de lui que je veux parler — dut d'oser présenter à la Faculté une thèse intitulée : *Exposition des connaissances de Galien sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux* (1841).

En 1843 paraît la première édition d'une traduction des *Œuvres choisies d'Hippocrate.*

Chargé d'une mission en Allemagne et en Belgique, M. Daremberg en publie un *Rapport* en 1845.

En 1846, il traduit de l'allemand et il annote l'*Histoire critique des doctrines des maladies de la peau*, de Rosenbaum.

Dans la même année, il traduit du même auteur l'*Histoire de la syphilis dans l'antiquité*, suivie immédiatement du *Traité sur le pouls attribué à Rufus d'Éphèse*, en grec et en français, avec une introduction et des notes.

L'année suivante, M. Daremberg fait imprimer à Breslau une bonne édition d'Aurélius, *De acutis passionnibus*, et à Paris des *Fragmens du commentaire de Galien sur* le Timée *de Platon*, grec et français, suivis d'un *Essai sur Galien considéré comme philosophe.*

De 1847 à 1850, il fait au Collége de France et il publie un *Cours sur l'histoire et la littérature des sciences médicales.*

En 1851, M. Daremberg imprime un *Plan de la collection des médecins grecs et latins*; en 1852, une *Lettre à M. le docteur Renzi*, sur un passage de Celse relatif à la division de la médecine.

En 1853, paraît la première partie d'un ouvrage intitulé : *Notices et extraits des manuscrits médicaux des principales bibliothèques de l'Europe* (manuscrits grecs d'Angleterre).

De 1851 à 1854, M. Daremberg fait paraître les deux premiers volumes des *Œuvres d'Oribase*, texte grec et traduction française.

Tout dernièrement, il vient de mettre au jour le premier volume des *Œuvres médicales et philosophiques de Galien*, traduction en français.

Et hier encore je recevais de cet infatigable auteur la seconde édition entièrement refondue des *Œuvres choisies d'Hippocrate.*

A cette époque de travail facile, on est comme effrayé de cet immense labeur accompli en si peu d'années; à cette époque si positive, où le travail intellectuel, à l'égal de tout autre, est considéré comme un capital productif, on est étonné de rencontrer un dévouement si pur aux sciences et aux lettres. M. Daremberg l'a dit avec connaissance de cause : « La popularité n'est pas réservée aux travaux d'érudition; en » les entreprenant on ne doit songer qu'au dévouement à la science, et » à la satisfaction intérieure d'avoir accompli un devoir. »

Un archéologue célèbre devant lequel on exposait le plan de restauration d'un monument antique dont il ne restait que des débris s'écria avec passion : Ne touchez pas à mes ruines ! Cette exclamation se comprend. Le sentiment des arts, pur et éclairé, mène à cette sorte d'égoïsme fanatique qui fait préférer la mélancolie des ruines reconstruites par l'imagination et replacées par elle dans le milieu qui leur fut destiné, à des restaurations auxquelles manque le souffle inspiré de l'artiste. Ce ne fut qu'un barbare cet Anglais qui arracha quelques débris du Parthenon à leur paysage, à leur horizon, à leur beau soleil de l'Attique pour les placer sous les noirs brouillards de la Tamise. Heureusement il n'en est pas ainsi des œuvres écrites. La critique savante les replace dans le milieu où elles furent produites et nous dégage, autant que cela est possible, des impressions de la science et de la littérature actuelles, pour nous transporter dans les conditions intellectuelles de ceux à qui était destiné cet enseignement antique. Réédifier sur la colline de Montmartre le temple d'Esculape, sur la description fidèle qu'en a laissée Pausannias, serait, au point de vue de l'art, une entreprise aventureuse. Il est possible, au contraire, sinon facile, de réédifier l'œuvre d'Hippocrate ou de Galien, et les précieux travaux de MM. Littré et Daremberg, fécondés par une critique saine et forte, donnent la mesure de ce qui peut être tenté à cet égard.

Dans l'énumération que je viens de faire des publications de M. Daremberg, je voudrais pouvoir trouver, avec la réserve et la discrétion qui me sont nécessairement imposées ici, quelques feuillets qui donnassent une idée de ce qu'est le travail d'érudition auquel ce savant confrère consacre sa vie.

Et, par exemple, j'ai là, sous les yeux, un volume intitulé : *Notices et extraits des manuscrits médicaux grecs, latins et français des principales bibliothèques de l'Europe.* Ce volume est consacré aux manuscrits grecs d'Angleterre. Ce n'est là qu'un catalogue, direz-vous, qui ne peut être utile qu'aux bibliophiles et aux hommes du métier. Sans doute, et moi qui ne suis ni philologue ni bibliomane, je ne peux porter qu'un jugement très peu compétent sur ce travail. Cependant, je déclare que j'y ai trouvé des choses très intéressantes et qui peuvent être lues avec plaisir par des profanes comme moi.

D'abord, il y a une introduction très bien faite qui donne quelques renseignemens précieux sur l'état où se trouvent aujourd'hui les études historiques et philologiques en Europe. Mais, avant tout, voici en quels termes M. Daremberg expose lui-même le but de ses laborieuses et pénibles recherches :

« Il ne suffisait pas de montrer dans quel déplorable état étaient restés, jusqu'à présent, les auteurs médicaux anciens; il fallait en même temps faire connaître les ressources à l'aide desquelles on peut améliorer les textes déjà publiés, ou mettre pour la première fois entre les mains du public médical les nombreux ouvrages inédits. Réparer les ruines, faire revivre ce qui était oublié ou inconnu, diminuer, sinon faire entièrement disparaître les causes d'un abandon fâcheux, tel est

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Clinique de M. le professeur VELPEAU.

DE L'EMPHYSÈME PRIMITIF DANS LES FRACTURES DES MEMBRES.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, M. le professeur Velpeau a attiré d'une façon toute spéciale l'attention des élèves sur le pronostic que le chirurgien doit porter dans les cas de fractures des membres, compliquées d'emphysème *brusque* ou *primitif*.

L'observation qui suit donnera amplement raison à la grande expérience du maître.

Le 6 janvier dernier, pendant la visite, fut apporté dans la salle Sainte-Vierge, à la Charité, un ouvrier maçon. Cet homme avait une fracture complète de la jambe gauche. Le tibia était fracturé comminutivement dans son tiers moyen, le péroné dans son tiers supérieur.

M. Velpeau reconnaît que la fracture, qui était compliquée de deux petites plaies à la région antérieure et interne de la jambe, offrait une complication bien plus grave, à savoir l'*emphysème* des tissus au niveau du siége de la fracture. Le doigt percevait avec facilité le craquement de l'air cheminant dans les tissus; et sous une pression répétée, quelques bulles d'air s'échappaient du siége de la fracture par les petites plaies susmentionnées.

La plus grande de ces plaies, l'antérieure, avait 1 centimètre de diamètre; elle paraissait profonde et donnait issue à une notable quantité de sang; cette hémorrhagie, de source capillaire, ne s'arrêta que le lendemain du jour de l'entrée du malade.

A sa leçon clinique du même jour, 6 janvier, M. le professeur Velpeau nous fit part de ses inquiétudes sur les suites de cette fracture, et trois jours après l'entrée du malade, c'est-à-dire le mardi 10 janvier au matin, le malade, qui jusque-là n'avait offert aucun signe local, aucun symptôme général qui pût donner l'alarme, se plaignit de douleur au-dessus et en dedans du genou du membre fracturé. Cette douleur était accompagnée d'un peu de rougeur bronzée mal limitée. De plus, les tissus qui entouraient la plaie paraissaient le siége d'un commencement de mortification profonde; déjà du pus sanieux, rougeâtre, s'écoulait par les petites plaies. Le malade avait eu des envies de vomir dans la nuit; le pouls était petit, fréquent, serré. Il y avait menace de délire.

Le pronostic du professeur se confirmait; il devenait évident que la vie du malade était en danger.

Pourquoi l'emphysème *brusque, primitif*, est-il une complication si grave des fractures des membres? C'est qu'alors le siége de la fracture, qui subitement a été mis en contact avec l'air extérieur, se trouve dans des circonstances analogues à celles où se trouvent les cavités morbides dans lesquelles vient à pénétrer l'air extérieur.

En effet, chacun sait combien l'on doit redouter l'introduction subite de l'air dans les abcès froids, les cavités articulaires, le péritoine, les plèvres; chacun sait avec quelle rapidité le pus se forme dans ce cas et surtout un pus de mauvaise nature, dont la formation est toujours suivie d'accidens généraux qui, souvent, tuent les malades. Aussi, avec quel soin ne cherche-t-on pas à éviter l'entrée de l'air dans les cavités morbides, et quels efforts la chirurgie n'a-t-elle pas faits pour soustraire ces cavités au contact de l'air lorsqu'il faut y porter le bistouri ou le trocart! Qu'il nous suffise de rappeler les procédés employés pour la thoracentèse et les ponctions sous-cutanées articulaires.

On ne saurait donc trop se tenir en garde contre l'action de l'air dans les cavités morbides et particulièrement dans les membres qui sont le siége d'une fracture. L'air, en effet, dans ce dernier cas, joue le rôle d'un corps étranger qui, au moment de la réaction du malade, c'est-à-dire vers le troisième ou quatrième jour, va manifester sa présence par d'épouvantables dégâts. Cet air se trouve en contact avec du sang épanché, avec des tissus dilacérés par les fragmens de la fracture; tout cela va suppurer et la suppuration aura lieu dans un foyer où l'air agira chimiquement sur les produits de la suppuration; la gangrène des tissus mous, la mortification des tissus fibreux et osseux seront la conséquence de la présence de l'air, et comme l'air *infiltré* ne peut être chassé, même par des incisions larges et multiples, il en résultera qu'avec la persistance de l'air dans le foyer morbide persisteront de graves accidens locaux qui, bientôt, réagiront sur tout l'organisme.

Ce retentissement général est toujours à redouter si l'on réfléchit que des solides mortifiés et des liquides sanieux se trouvent en rapport immédiat avec le tissu vasculaire dont des branches multiples ont été rompues et mâchées, pour ainsi dire, par l'os fracturé. Qui peut empêcher les vaisseaux d'entraîner dans le torrent circulatoire les élémens liquides de ce foyer putride? Cet entraînement peut avoir lieu par les lésions de continuité des vaisseaux dilacérés ou encore par imbibition des liquides putrides dans lesquels baignent les capillaires.

Alors les malades soumis à un semblable foyer d'infection putride offrent des symptômes généraux d'une grande gravité; le pouls devient petit, fréquent; bientôt il présente des intermittences; la respiration devient rapide, embarrassée; la diarrhée accompagne les envies de vomir, puis les vomissemens; la bouche s'enduit de mucosités; la langue se dessèche et le délire ne tarde pas à se montrer. La mort arrive à grands pas.

Mais avant l'issue fatale l'état général retentit à son tour sur le membre affecté, et en quelques heures on voit un liquide sanieux, roussâtre, fétide s'écouler en grande abondance des plaies qui compliquent la fracture. Au voisinage de la lésion principale apparaissent des phlyctènes remplies d'un liquide noirâtre et le membre se couvre de plaques gangréneuses.

Chez le malade qui fait le sujet de la leçon de M. Velpeau, une dernière complication se manifesta trois jours avant la mort; un érysipèle avait envahi la cuisse dans ses portions interne et antérieure; cet érysipèle avait une teinte bronzée. Un vaste vésicatoire appliqué sur la région ne put conjurer les progrès de son envahissement.

A cette occasion, le professeur de la Charité fait remarquer combien ces érysipèles sont graves, et combien cette teinte bronzée est d'un mauvais augure.

Revenons à la complication principale, l'emphysème subit et primitif des fractures des membres. L'expérience peut faire prophétiser les graves accidens dont il est la source et commande une grande réserve dans le pronostic. Que de jeunes chirurgiens, dans le cas qui nous occupe, auraient porté un pronostic moins triste et fait espérer une guérison régulière! Qu'on ne l'oublie pas, de semblables cas sont toujours dangereux, souvent la mort en est la conséquence.

Si le pronostic des fractures compliquées d'emphysème primitif est si grave, que faire pour le malade? Le traitement consiste presque tout entier à maintenir le membre dans l'immobilité et à renouveler les pansemens deux fois par jour, afin de faciliter l'écoulement des liquides sanieux. Les gouttières à fractures garnies de ouate permettent d'atteindre ce double but.

Pourrait-on amputer? M. Velpeau ne le conseille pas; il sait avec quelle rapidité arrivent les accidens généraux; et de plus, l'amputation faite n'aurait-on pas à craindre la gangrène du moignon? Serait-on à l'abri d'un phlegmon diffus, profond et de ses tristes conséquences? Aussi le chirurgien doit-il, dans la majorité des cas, borner son action à faciliter l'écoulement des liquides sanieux par des incisions, et modérer l'inflammation locale par des ponctions multiples et des cataplasmes. Est-il besoin de dire qu'il faut donner des toniques au malade, afin de lutter autant que possible contre les accidens généraux? Mais, quoi qu'on fasse, le chirurgien demeure souvent impuissant. Aussi croyons-nous devoir rapporter les paroles textuelles du maître :

« Les fractures des membres avec emphysème, brusque pri-
» mitif, sont des fractures graves, très souvent redoutables et
» souvent suivies de mort. »

M. Velpeau, dans le courant de sa leçon, n'a pas oublié de faire remarquer combien au contraire étaient peu graves les emphysèmes qui compliquent parfois les fractures des côtes. Cette bénignité, si je puis ainsi dire, serait due, suivant le savant professeur, au passage de l'air dans le poumon avant d'arriver dans le tissu cellulaire.

Cet air *respiré* serait tellement modifié par l'organe respiratoire, qu'il perdrait ses propriétés malfaisantes.

Si cette assertion avait besoin de preuves pour être soutenue, il nous suffirait de rappeler les exemples si connus d'emphysème des conscrits. Tout le monde sait les procédés d'insufflation employés par ces derniers pour déterminer chez eux l'emphysème des joues et des bourses.

Cet air *insufflé* n'est-il pas de l'air *respiré?* Et chacun sait qu'on n'a recours à de semblables ruses qu'avec connaissance de la bénignité de leurs conséquences.

OBSERVATION. — *Fracture de jambe, compliquée de plaies et d'emphysème primitif. — Gangrène des tissus qui entourent la fracture. — Accidens généraux graves. — Mort au bout de neuf jours.*

Le 6 janvier 1855, est entré, salle Sainte-Vierge n° 51, de la Charité, le nommé Laurent (François), âgé de 48 ans. Profession, tailleur de pierres. Cet homme a été apporté dans la salle pendant la visite du matin, deux heures après avoir eu la jambe gauche fracturée par la chute d'une grosse pierre.

A son entrée à l'hôpital, le malade raconte que la pierre l'a frappé lorsqu'il était en train de la soulever avec ses compagnons. Voici ce que nous observons :

6 janvier. La jambe gauche est le siége d'une vive douleur au niveau de son tiers moyen. A la partie antérieure de la jambe se trouvent deux petites plaies de 1 centimètre dans leur plus grand diamètre. L'une est en dedans du bord antérieur du tibia, l'autre en dedans du bord interne. Par ces deux plaies s'écoule du sang veineux mêlé à un peu de sang artériel; il y a intermittence appréciable dans l'écoulement.

En soulevant le membre, on constate une fracture de jambe complète, et, si l'on promène le doigt sur le membre, au niveau de la fracture, on perçoit la sensation d'un fin craquement crépitant, qui s'accompagne de la sortie de quelques bulles d'air lorsqu'on continue à presser avec les doigts. De plus, l'emphysème semble ne pas se limiter au tissu cellulaire sous-cutané; l'air paraît avoir été en communication avec les tissus profonds.

---

le but que je poursuis depuis plusieurs années avec une persévérance que rien ne pourra décourager, assuré de l'appui des médecins qui ont à cœur de venger l'antiquité médicale de l'oubli, je dirais presque du mépris dont elle est l'objet. Nous en sommes encore, par rapport à l'histoire de la médecine ancienne, dans la situation d'esprit qui soulevait la plus grande partie du XVIIe et du XVIIIe siècle contre notre vieille littérature; il est temps que l'ère de la réhabilitation commence. »

M. Daremberg nous apprend, et nous devons accueillir avec plaisir que c'est encore en France que le goût sérieux des études historiques s'est le mieux conservé et se trouve encore le plus florissant. « L'Allemagne, la docte Allemagne elle-même, dit-il, n'a pu soutenir un journal d'un prix modique consacré à l'érudition médicale. » Le savant Hecker est mort; des tribulations de tout genre ont complétement éloigné de la presse M. Rosenbaum; MM. Haeser, Marx, Choulant ne publient qu'à de rares intervalles leurs doctes monographies. Mais, pour faire apprécier où en est, à cette heure, l'esprit médical en Allemagne, je demande à citer un extrait d'une lettre adressée à M. Daremberg par M. Henschel :

« Il faut vous imaginer, mon cher ami, que l'invasion de la médecine
» française moderne chez nous est l'ennemi le plus redoutable des en-
» treprises historiques et littéraires; car toute l'Allemagne médicale
» aspire maintenant à s'assimiler la médecine *exacte, physique, méca-*
» *nique, mathématique, chimique, anatomo-pathologique* de vos
» compatriotes. On revient même à adorer l'école de Borelli ; qui parle
» *de la vie*, parmi nos amateurs de littérature, passe pour ce que
» vous appeliez autrefois *idéologues*, c'est-à-dire *fous à demi*. La vie
» est devenue une fable de philosophie naturelle pour la plupart de nos
» *néotériques ;* comment parler à de telles gens d'Hippocrate, de l'école
» d'Alexandrie, de Galien, etc. ? M. Wanderlich, d'ailleurs un de nos
» plus sagaces et des plus habiles de cette nouvelle école, a écrit tout
» net, dans une critique sur les *Archives* de M. Haeser, que personne
» maintenant ne se soucie plus d'Hippocrate ! Que voulez-vous de
» plus? »

Cette lettre est certainement fort instructive. Que vont dire nos bons confrères d'outre-Rhin en apprenant les premières manifestations de la réaction imminente en France contre les doctrines françaises? N'est-ce pas curieux de voir la lenteur que mettent à se propager et à se répandre les idées médicales? Il a fallu un demi-siècle de travaux à l'école française pour pénétrer en Allemagne. Je lisais dernièrement dans un journal espagnol de l'Amérique du Sud une réfutation en règle de la doctrine de Broussais, en ce moment très en faveur dans plusieurs écoles du nouveau monde.

En Angleterre, M. Graenhill, le seul représentant, avec M. Adams de Banchory, des études historiques en Angleterre, a quitté Oxford, dit M. Daremberg, et donne maintenant à la pratique une grande partie du temps qu'il consacrait avec tant de succès à la littérature médicale.

En Italie, le docteur S. de Renzi, de Naples, tient seul le flambeau de l'histoire médicale, et M. Brœckx, à Anvers, poursuit encore avec ardeur ses doctes travaux sur l'histoire de la médecine en Belgique.

Tel est l'inventaire assez pauvre dressé par M. Daremberg. Il ne faut pas s'étonner qu'il s'écrie avec douleur : « Ainsi, autour de nous, pres-
» que tout fléchit ou succombe. » Mais ce n'est pas sans orgueil qu'il faut remarquer avec lui qu'en France, où la vie littéraire ne s'est jamais éteinte, la littérature médicale trouve encore plus d'encouragement que dans tous les autres pays.

Le catalogue que j'ai sous les yeux est une description détaillée des manuscrits médicaux grecs de l'Angleterre, avec de nombreux ἀνέκδοτα, et accompagnée d'observations critiques, littéraires et historiques.

C'est surtout dans la bliothèque de Bodley, à Oxford, que M. Daremberg a pu faire une ample moisson de recherches. Notre bibliothèque impériale est plus riche, sans doute; « mais si l'on considère l'étendue, dit M. Daremberg, la majesté du local, la beauté des salles, ornées comme au XVe siècle, l'ordre parfait, l'arrangement des livres, et je dois ajouter (car la reconnaissance m'en fait un devoir), l'affabilité, l'extrême complaisance, la libéralité des savans placés à la tête de cette riche collection, la Bodléenne n'a rien à envier aux bibliothèques les plus renommées et les mieux administrées. »

M. Daremberg a trouvé peu de chose au *British museum*. Mais il témoigne d'une haute admiration pour la bibliothèque particulière du baron Thomas Philipps, qui renferme, dans sa belle résidence de Middlechill, 25,000 volumes imprimés et plus de 32,000 manuscrits de tout genres, en toutes langues et de tous les siècles.

Après avoir indiqué ses trouvailles dans les autres bibliothèques de Londres et de Cambridge, M. Daremberg ajoute : « L'Angleterre a sur nous l'avantage d'avoir conservé intacts plusieurs de ses centres littéraires au moyen âge; les manuscrits sont restés enchaînés sur les pupitres où ils avaient été copiés, où ils avaient servi aux maîtres et aux élèves. On retrouve donc la science dans son véritable berceau. De si précieux souvenirs ajoutent encore à la vénération dont on est saisi en ouvrant ces vieux parchemins qui portent sur leurs marges les traces du travail de plusieurs générations. »

Je voudrais pouvoir suivre notre savant voyageur dans une petite dissertation pleine d'intérêt sur la distribution géographique des manuscrits, un des faits les plus curieux de l'histoire littéraire. Je ne puis que noter ce fait étrange : c'est que l'*École de Salerne* se rencontre à peine en Italie, et que M. Daremberg en a vainement cherché une édition à Salerne même. J'aurais voulu aussi pouvoir indiquer, citer ou reproduire quelques-unes au moins des notes curieuses qui accompagnent la description des manuscrits. Mais l'espace me manque tout à fait, comme il me manque aussi pour signaler l'apparition du premier volume des *Œuvres médicales et philosophiques de Galien*, auquel je me propose de consacrer un prochain article.

C'est encore à M. J.-B. Baillière, le hardi et intelligent éditeur de l'Hippocrate, de Littré, de l'Ambroise Paré, de Malgaigne, de l'Oribase, de Daremberg, que nous devrons cette traduction de Galien. C'est un devoir pour la presse de signaler le généreux concours que cet honorable libraire prête à nos savans confrères. Voilà un noble usage de la fortune, et il est à désirer que son exemple ait beaucoup d'imitateurs.

Amédée LATOUR.

L'abondance des matières nous oblige de renvoyer les comptes-rendus de l'Académie des sciences à un prochain numéro.

— Par décret du 27 janvier, l'Empereur a confirmé les nominations suivantes dans la Légion d'Honneur faites par le général en chef de l'armée d'Orient.

Ont été nommés chevaliers dans le service de santé:

MM. Scrive, médecin principal de 1re classe;
Lambert, médecin aide-major de 2e classe;
Fratini, médecin aide-major de 1re classe;
Comte, médecin major de 2e classe au 6e de ligne;
Houssau, médecin aide-major au 2e de zouaves;
Bruneau, médecin major au 42e de ligne;
Lenoir, médecin major de 2e classe au 26e de ligne;
Rateau, pharmacien aide-major de 1re classe.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 25 janvier 1855, M. le docteur Tavernier, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, a été nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Rigollot, décédé.

Le membre est facilement remis dans ses rapports normaux où l'on essaie de le maintenir au moyen de bandelettes imbriquées, comme celles du bandage de Scultet; de plus, le membre est déposé dans une gouttière en fil de fer et les petites plaies sont pansées avec un linge cératé au plumasseau de charpie. Les bandelettes sont rabattues pour maintenir le pansement. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse.

Du 6 au 8 janvier, rien de remarquable ne se manifeste; le malade, auquel on avait accordé deux portions d'alimens et qui n'a point eu de fièvre depuis son entrée, conserve bon appétit; il ne ressent point de grandes douleurs dans le membre fracturé. Chaque jour le malade est pansé avec grand soin; la jambe est tenue dans une immobilité complète; la gouttière est garnie de ouate; le malade n'accuse point de souffrance.

Le mardi 9, à la visite du matin, le malade accuse de la douleur au niveau de la fracture; on observe, en effet, de la rougeur et un empâtement ecchymotique mal limité au niveau du tiers moyen de la jambe.

Le malade a un peu de fièvre; le pouls bat 80 à 84 fois dans la minute; il n'y a point eu de frisson; l'appétit, dit le malade, est conservé; la soif est plus vive que les jours précédens.

Même pansement; de plus, on recouvre de cataplasmes de graine de lin les parties enflammées. Ces cataplasmes sont renouvelés deux fois dans les vingt-quatre heures.

Le mercredi 10, le malade n'accuse point de plus grandes douleurs, mais la jambe fracturée offre toujours de la rougeur et de l'œdème inflammatoire au niveau des tissus qui environnent la fracture.

Même pansement que la veille.

Jeudi 11 janvier. Le malade prétend que la gouttière dans laquelle repose son membre le fait souffrir, et il montre, comme siége de la douleur, le tiers inférieur de la face interne de la cuisse gauche. On remarque alors, au niveau de la douleur, une teinte bronzée de la peau. Cette coloration a lieu aussi dans le tiers supérieur de la jambe. Cette rougeur brunâtre est franchement accusée et ses bords sont festonnés comme dans l'érysipèle.

A la visite du soir, le malade ne se sent point à son aise; il n'a plus d'appétit; la bouche devient pâteuse; le pouls s'élève (90 à 100 pulsations).

Pansement *ut suprà*.

Vendredi 12 janvier. Le siége de la fracture est considérablement œdématié; il n'y a plus d'emphysème appréciable; un empâtement liquide de toute la région affectée donne au toucher la sensation de fausse fluctuation. Un sang noirâtre s'écoule par les petites plaies susmentionnées. De plus, on remarque de nombreuses ecchymoses souscutanées aux environs de la fracture.

Dans la journée, le malade a des envies de vomir; le pouls devient plus petit et plus fréquent, et le malade accuse une forte chaleur à la région interne de la cuisse.

Cataplasme à nu sur les parties enflammées, et le membre est toujours maintenu dans une complète immobilité.

Samedi matin, 13 janvier. Laurent a été fort agité toute la nuit; son pouls est petit, fréquent, serré (120-128 pulsations). Langue blanchâtre; lèvres couvertes d'enduit muqueux; envies de vomir de plus en plus fréquentes. Deux selles diarrhéiques dans la nuit. L'érysipèle bronzé de la cuisse gagne en étendue et remonte vers la face antérieure de la cuisse jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'arcade de Fallope. L'aspect bronzé de cet érysipèle est parfaitement marqué; les petites plaies de la jambe déversent un liquide rougeâtre mélangé à du pus mal lié; les bords de ces plaies sont verdâtres; des taches ecchymotiques, des plaques violacées occupent les régions externe et interne de la jambe. Depuis ce matin il y a du boquet; il y a aussi menace de délire; les envies de vomir persistent.

Pour faciliter la sortie des liquides sanieux qui sont infiltrés dans les parties menacées de mortification, M. Velpeau fait une incision profonde à la région interne de la jambe. Cette incision a 5 ou 6 centimètres d'étendue.

Immédiatement après la visite, le malade vomit; déjà le matin il y avait eu deux vomissemens. Les matières vomies sont du lait et du potage. Il y a peu de matière bilieuse dans les vomissemens.

Dans la journée du samedi, même agitation, mêmes symptômes du côté des voies digestives et de l'intelligence. A la visite du soir, pouls toujours petit, serré, fréquent, 120 à 130 pulsations.

Dimanche matin 14 janvier. Mauvaise nuit, agitation continuelle; le malade dit que peu lui importe de mourir; le pouls est plus fort, plus plein, mais aussi plus fréquent, 130 à 140 pulsations. Vomissemens, diarrhée. Langue chargée, adhérente aux parois buccales. Lèvres gluantes, regard inquiet, pommettes colorées.

L'érysipèle bronzé a gagné le pli de l'aine. Chaleur considérable de la peau au niveau de la rougeur bronzée. La jambe présente des taches violacées plus nombreuses; de plus, on remarque à la région interne et à la région externe de la jambe deux larges phlyctènes; incisées, il s'écoule de ces phlyctènes un liquide noirâtre.

Le membre est gorgé de liquide; M. Velpeau agrandit l'incision qu'il a faite hier. Le doigt, introduit dans la plaie, pénètre jusqu'à l'os fracturé et rencontre des tissus putréfiés; il rapporte une substance putrilagineuse et noirâtre. L'odeur de cette matière est gangréneuse.

Ponctions multiples avec le bistouri pour dégorger les parties infiltrées de liquide sanieux; il s'écoule de ces ponctions d'abord du sang, puis seulement de la sérosité jaunâtre.

On applique un vésicatoire sur l'érysipèle, dans le but d'arrêter son envahissement.

Le malade est fort agité toute la journée; il a paru indifférent aux visites de ses amis; le pouls est toujours fréquent, 130 à 140; il est redevenu petit et serré. Les inspirations sont nombreuses; la respiration est presque entièrement diaphragmatique. Le hoquet persiste et les envies de vomir sont continuelles.

Lundi 15 janvier. La nuit a encore été fort agitée; le pouls est plus faible qu'hier, parfois difficile à sentir, irrégulier, mais toujours très fréquent. La respiration est tout entière diaphragmatique; le délire persiste; il y a du mâchonnement, de la carphologie, soubresaut des tendons.

La langue est sèche, rugueuse et noirâtre sur le milieu. La diarrhée a diminué; depuis hier soir, le malade n'a eu qu'une garde-robe liquide; point de nouveaux vomissemens, mais toujours du hoquet.

Les phlyctènes se sont multipliées; la jambe, dans toute sa portion interne, est noirâtre, et le reste du membre est tacheté d'ecchymoses violettes; le pied est œdématié; la région externe du pied est le siége d'un épanchement sanguin.

Le vésicatoire qui avait été appliqué hier matin a très bien pris; mais il n'a point arrêté l'érysipèle qui a envahi la région antérieure de la cuisse.

L'incision faite par le chirurgien est béante et déverse un liquide noirâtre chargé de matières putrilagineuses. Les ponctions sont aussi béantes, et la pression du doigt sur leurs bords fait sortir de chacune d'elles un pus sanieux, mal lié et chargé de sang.

Visite du soir. Le malade a déliré toute la journée; la respiration est devenue de plus en plus difficile; le pouls, toujours très fréquent, est devenu encore plus faible et plus irrégulier; les intermittences sont nombreuses; le malade s'aperçoit à peine qu'on le panse.

Mort dans la nuit du 15 au 16, à deux heures du matin.

Autopsie. — La surface cutanée du cadavre ne présente rien de remarquable, si ce n'est au niveau du siége de la lésion traumatique, où la peau offre de nombreuses taches violacées et verdâtres. De plus, le tissu cellulaire sous-cutané est le siége d'ecchymoses multiples et d'épanchemens de sang noirâtre.

Les muscles de la région profonde de la jambe et de la région externe sont déchirés et réduits en putrilage au niveau de la fracture; plus loin ils sont infiltrés de sang.

La saphène interne du côté gauche, qui a été disséquée avec soin depuis la malléole interne jusqu'au moment où elle se jette dans la fémorale, n'a point offert de caillots dans son intérieur; mais ses parois sont épaissies dans la portion qui correspondait à la fracture du membre, et le tissu cellulaire qui l'enveloppe est induré ou suppuré. Dans le tiers moyen de son parcours à la région interne de la jambe; la saphène était entourée de liquide sanieux et de matières putrilagineuses.

Ouverte, on voyait sa membrane interne ridée longitudinalement, mais ne présentant point de traces d'inflammation. Elle offrait cependant une coloration verdâtre qu'elle empruntait par transparence aux tissus qui l'entouraient. La lumière du vaisseau à ce niveau était très sensiblement rétrécie; là, la veine n'avait plus d'élasticité et se déchirait irrégulièrement si la traction était un peu forte. Le reste de la veine était sain et présentait l'aspect normal.

Les veines profondes de la jambe étaient remplies de sang noirâtre; point de traces de pus dans ces vaisseaux; lavés, leur surface interne ne présentait point trace d'inflammation. Rien d'anormal dans la veine fémorale.

Le tibia était fracturé comminutivement au niveau de son tiers moyen. Le péroné était fracturé simplement au lieu de réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur.

Les grandes articulations furent ouvertes : elles ne renfermaient point de pus.

Les veines du membre inférieur droit, celles des deux membres supérieurs furent disséquées et examinées avec soin : elles ne renfermaient point de traces inflammatoires.

Rien qui mérite d'être noté après l'examen fait des organes contenus dans les cavités crânienne, thoracique et abdominale.

Am. Dumontpallier,
Interne du service.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE, OU PLUTOT DES ÉTATS PATHOLOGIQUES QUI LUI SONT PROPRES (1);

Par M. le professeur Piorry.

(Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 30 Janvier 1855.)

M. le docteur Serres, dont le nom se rattache toujours à des travaux importans, se fondant sans doute sur l'efficacité du traitement de la diphtérite par l'azotate d'argent, a pensé que *l'on pouvait déterminer par des cautérisations légères et dès le début de leur apparition l'avortement des pustules varioliques.* Tantôt il se bornait à des lotions pratiquées avec une dissolution de pierre infernale, et tantôt il se servait du crayon pour cautériser un à un chaque bouton. J'ai fait des tentatives de ce genre fort nombreuses. J'ai ouvert et fait même saigner avant de la cautériser chaque pustule, et j'ai mal réussi; peut-être est-ce que je m'y prenais mal, car on verra bientôt que pour la variopharyngite, en m'y prenant autrement, j'ai obtenu de la même médication d'utiles résultats.

Il est deux parties de la face où il faut absolument chercher à détruire, par une semblable cautérisation fréquemment renouvelée, les pustules initiales; l'une est la région de l'œil et des paupières; l'autre est le pourtour et la face interne des narines. Il faut, en vérité, avoir presqu'oublié toute notion de physiologie applicable pour ne pas avoir reconnu l'importance, dans toute maladie, de la double ouverture nasale; quand cette ouverture est incomplète, et surtout quand elle est bouchée, la respiration devient difficile, le malade est forcé de tenir la bouche béante, les enduits de la langue s'épaississent et se putréfient, des émanations septiques en résultent, et l'on conçoit même qu'absorbées dans les poumons, ces émanations peuvent avoir sur la marche du mal une funeste influence. Quoi qu'il en soit, la respiration doit éprouver une gêne marquée de l'oblitération de l'un des deux orifices de l'arbre aérien, et il est du devoir du médecin de veiller avec soin à les maintenir parfaitement libres.

Puisque l'on peut faire avorter les pustules varioliques, est-il convenable de le faire? Cette question est grave, et sa solution est d'une extrême importance. Les médecins et le public ont longtemps pensé que la *variodermite* était une sorte de crise par laquelle *le variose* était rejeté au dehors. De là les absurdes recommandations, dont Sydenham a fait justice, de tenir les variolés dans un milieu dont la température fût très élevée; or, on se demande si cette manière de voir est très facile sous tous les points, et s'il n'y aurait pas quelque danger à empêcher le développement de la variodermite. On sait que des moyens répercussifs ont été employés contre l'éruption rubéoleuse (rubiodermite), ou scarlatineuse (scarliodermite) sans qu'il en soit résulté d'accidens; mais en serait-il ainsi pour la variodermite? Ce serait là au moins un objet de doutes, nous le dirons bientôt; le principal danger de la variole est à coup sûr la laryngo-bronchite, et même la pharyngite, qui en sont les symptômes spéciaux. N'est-il pas présumable qu'en mettant obstacle à la variodermite, il se déclare vers le pharynx ou le larynx un plus grand nombre de pustules? Cette crainte est peut-être mal fondée; et je n'aurais à citer pour la justifier que quelques faits incomplets et tout à fait insuffisans pour appuyer ou pour infirmer les appréhensions que l'on pourrait avoir à cet égard; mais enfin il me semble, dans l'état actuel de la science, que l'on doit redouter de faire avorter dans une très grande étendue les pustules varioliques.

Mais il n'en est plus ainsi, alors qu'il s'agit d'une partie peu étendue de la surface cutanée de la face par exemple; je crois donc qu'il est de règle pratique de s'opposer, autant que possible, à la variodermite de cette dernière partie, et cela au moyen de l'application des corps gras dont il a été parlé. Si l'on conservait quelque inquiétude sur l'aggravation possible de l'éruption pharyngo-laryngienne, consécutivement à la suppression de la variodermite faciale, on pourrait, à l'imitation d'une ancienne pratique, faire appliquer de larges vésicatoires sur diverses parties du corps, attendu que, sous l'influence de la moindre stimulation de tel ou tel point de la peau, les pustules deviennent infiniment plus nombreuses. Dans un cas de variole très discrète, par exemple, j'ai vu une multitude de pustules représenter la marque des bretelles que le malade avait portées.

Dans les premiers temps de la variodermite, et alors que le tégument est extrêmement enflammé, dans les cas encore où le malade souffre beaucoup, il y a de l'avantage à le placer, pendant un temps plus ou moins long, dans un bain tiède, ou, s'il est difficile de le plonger dans une baignoire, on peut recouvrir un très grand nombre de points de la peau par des compresses fines trempées dans l'eau tiède et recouvertes de taffetas gommé à l'effet d'en prévenir le dessèchement. Bien entendu que s'il existait une phlegmasie des bronches ou du larynx, il faudrait être très réservé sur l'emploi des bains et même des fomentations émollientes, qui ont l'inconvénient d'exposer le malade au refroidissement.

Quand la variodermite suit son cours habituel, il arrive que de nouveaux états organopathiques se déclarent dans la peau. Tantôt et vers le quatrième, le cinquième, le sixième, le huitième, le dixième jour, (car la fixité absolue des périodes admises par les auteurs est plutôt écrite dans les livres que dans la nature) il arrive que du pus se forme dans les boutons qui augmentent peu à peu de volume; que les cloisons qui séparaient les varicoles de chacun d'eux sont déchirés, et qu'un liquide puriforme, abondant, soulève l'épiderme, détruit l'ombilication et donne lieu à une saillie remarquable de la petite tumeur. Alors le pourtour de chaque pustule est d'un rouge vif, et une douleur intense s'y fait sentir, le tissu cellulaire sous-jacent se tuméfie et s'enflamme. De tels phénomènes ont particulièrement lieu dans la variole discrète des auteurs, car, alors que les pustules se touchent, elles forment une sorte de membrane dure et inextensible qui ne se prête pas à une tuméfaction considérable du tissu sous-dermique. Sydenham avait considéré le gonflement des mains et des pieds survenant dans la petite vérole comme un bon signe, et il avait raison en ceci, que c'est dans les varioles les moins graves, dans celles où il y a le moins de pustules qu'on observe un pareil gonflement. Or, j'ai placé l'épigraphe suivante en tête de l'article DERMITE VARIOLEUSE du premier traité des altérations du sang: « *chaque pustule de la petite vérole doit être considérée comme un abcès et traitée comme telle.* » Cette proposition est principalement applicable aux cas dont il vient d'être parlé. Quand une petite tumeur varioleuse ou *variocélie* est pleine de pus, il faut évacuer celui-ci, et par conséquent ouvrir la pustule. On y trouve les avantages que voici: d'abord on calme la douleur des parties sous-jacentes et l'on remédie à la tuméfaction du tissu cellulaire sous-jacent: il est facile de prouver l'exactitude de cette assertion; car si, comme je l'ai fait maintes fois, on ouvre les pustules d'une main ou d'un membre, tandis qu'on laisse intactes les variocélies de l'autre main ou de l'autre membre, on voit, vingt-quatre heures après, que l'inflammation et la tuméfaction du côté où l'incision des pustules a été faite sont entièrement dissipées, tandis qu'elles sont restées les mêmes du côté où le pus n'a pas été évacué.

Pour l'ouverture des pustules pleines de pus, divers procédés ont été employés. Dehaen, qui avait proposé cette petite opération pour prévenir la formation des cicatrices, y procédait avec des ciseaux; l'inconvénient est ici le temps considérable qu'il faut passer pour cette opération, le dégoût extrême qui résulte de cette pratique, et enfin le danger dont elle est accompagnée pour celui qui s'y livre. J'ai proposé de *ramollir l'épiderme qui recouvre les pustules au moyen d'un bain prolongé*, et de passer sur elles un linge rude qui en opère facilement la rupture. Quand les petits abcès sont parvenus à leur maturité, ce moyen ne cause pas de souffrance; son emploi au contraire serait très douloureux si on voulait y avoir trop tôt recours. Le bain a du reste le très grand avantage d'entraîner le pus qui découle des pustules, et en nettoyant la peau de prévenir les inconvéniens nombreux qui résultent de la formation des croûtes.

Lorsque les pustules, très nombreuses, se touchent et se confondent par leur circonférence (confluence), le pus ne se forme pas, une sérosité trouble le remplace; les pustules forment en se réunissant une vaste surface inégale, recouverte par un épiderme épais. On ne peut songer alors à l'ouverture des pustules, car on n'évacuerait que des gouttelettes insignifiantes de liquides, et l'on ne remédierait en rien à la tension de la peau. *Le seul moyen qui réussit alors est l'application d'un large vésicatoire sur la partie affectée.* J'y ai été conduit par les résultats utiles que j'ai obtenus de l'emploi d'un semblable moyen dans l'érysipèle ou dermite périasique de la face. Le but que l'on se propose de l'application des épispastiques dans la variole n'est pas d'arrêter l'extension du mal, mais de provoquer une exhalation abondante de sérosité qui soulève l'épiderme et favorise, de cette façon, l'évacuation des liquides que contiennent les pustules.

(1) Voir le numéro du 1er Février 1855.

Il n'est pas aussi facile qu'on le croirait d'abord d'obtenir du vésicatoire l'effet que l'on désire. Les cantharides pénètrent avec peine à travers l'épiderme qui recouvre les boutons, et pour que l'emplâtre épispastique agisse, il faut qu'il soit très mou. Dans quelques cas même, il a fallu avoir recours à une solution de cantharidine, qui, elle-même, ne produisait pas toujours assez d'action, parce qu'elle n'imbibait pas les croûtes qui commençaient déjà à recouvrir les boutons qui se desséchaient.

Quel que soit le procédé dont on se soit servi pour enlever l'épiderme et évacuer le pus ou la sérosité, il convient de soigner les petites ulcérations ou la surface dénudée qui succède aux pustules, précisément comme on panserait toute autre plaie, c'est-à-dire qu'il faut prévenir le contact de l'air, enlever le pus à mesure qu'il se forme et prévenir la formation des pyolithes (croûtes de pus), qui ne manqueraient pas de se former. Ce sont ces pyolithes qui constituent l'horrible masque dont la face reste fréquemment si longtemps couverte, et que l'on a le très grand tort de négliger. Tout au plus le recouvre-t-on d'une couche d'huile qui, en se desséchant, le rend encore moins flexible et moins pénétrable au pus sous-jacent; alors celui-ci se forme une sorte de loge dans le derme et augmente la profondeur des ulcérations, qui sont bientôt suivies de cicatrices profondes. Pour prévenir la formation de ce masque hideux, il faut tout simplement se rappeler que le pus est formé de matériaux solubles dans l'eau, les graisses et les alcalis, et qu'il suffit, par conséquent, d'imbiber longtemps les croûtes varioliques d'une eau très savonneuse pour les humecter et les enlever. Quelquefois il faut plus de deux heures de ce soin pour les ramollir et les détacher, et la peine que l'on prend pour y parvenir empêche trop souvent que l'on remédie à ce grave état pathologique, qui est, pour le malade, une cause de malaise indicible, qui gêne les mouvemens, cause l'oblitération des narines, force le variolé à ouvrir continuellement la bouche, d'où résulte le dessèchement de la langue et du palais, et qui cause souvent des abcès sous-cutanés dont il sera bientôt parlé.

Non seulement dans la variole il faut dissoudre et enlever le masque pyolitique de la face, mais on doit, après la cicatrisation des pustules, faire tomber les croûtes *de tout le corps* au moyen de bains tièdes prolongés et réitérés. Non seulement cette pratique est utile pour le malade lui-même, mais elle constitue une précaution tout à fait humanitaire. Les croûtes sont formées par du pus et du variose desséchés; elles sont susceptibles de communiquer la variole; en les laissant se détacher peu à peu pendant plusieurs jours et même durant plusieurs semaines, on expose une infinité de personnes à être soumises à leur funeste influence; ce serait donc une imprudence coupable que de ne pas les faire tomber par des bains, et comme c'en est une aussi pour un médecin que de ne pas se laver soigneusement les mains dans une eau savonneuse, alors que, venant de toucher un variolé, il est exposé à explorer ensuite d'autres malades.

(La suite au prochain numéro.)

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE LA SEINE.

Compte-rendu de l'année 1854, lu dans la séance générale du 28 janvier 1855;

Par M. le docteur CABANELLAS, secrétaire général.

Messieurs et chers confrères,

C'est à vos suffrages que je dois l'honneur périlleux d'élever la voix dans cette enceinte, après mon éloquent prédécesseur. Je vous remercie d'une marque de confiance aussi précieuse pour moi.

En me plaçant à côté du chef éminent de la grande École de Paris, moi dont la carrière n'a rien ajouté au titre de docteur en médecine, vous avez voulu prouver, sans doute, que, dans le sein de notre Association, tous les membres, quelle que soit leur place dans la hiérarchie médicale, doivent être unis par la même confraternité avec des droits égaux à la bienveillance de tous.

Oui, tous ici, avant toute autre distinction, nous portons honorablement le nom de médecin, nom qui suppose assez d'éducation, de science et de désintéressement pour qu'on soit fier de le porter.

Les travaux de votre commission générale pendant cette année ont été inspirés par cet esprit de dignité et de charité confraternelle qui anime notre Société depuis sa fondation.

Le nombre des membres présens à chaque réunion a prouvé l'importance qu'ils attachaient à remplir une mission qui leur permettait de faire beaucoup de bien; accourant de tous les points de Paris, des points même les plus éloignés du département, guidés par le zèle éclairé, infatigable de notre président, ils ont servi chaque jour les véritables intérêts du corps médical; ils ont contribué à conserver intactes les traditions de morale professionnelle qui font notre force et notre honneur.

Devant les nombreuses et honorables candidatures qu'elle a examinées, la commission générale n'a eu besoin ni de fermeté, ni de rigorisme, bien persuadée que, si elle doit veiller à l'honneur de la profession, elle ne peut le faire qu'en se prononçant avec une cordialité qui lui permette de rendre facilement à chacun la justice qui lui est due.

Voici les noms des confrères que nous avons eu l'honneur de recevoir dans nos rangs pendant le cours de cette année, ce sont:

MM. Andrieux de St-Denis, Angot de Grenelle, Baroux, Beaumont de St-Maur, Blain des Cormiers, Boucard, Brochin, Léon Boutin de Beauregard, Carrière, Chayet, Clavel, Delarue, Delaunay, Duchenne de Boulogne, Dumas, Dumont, Fenaille, Gasc d'Hadaucourt, Jules Gimelle, Gontier, Guillier de Charonne, Haguette père, Langlebert, Laurès, Eug. Lehret, Leroy des Barres à Saint-Denis, Louvel à Saint-Denis, Marchant de Charenton, Moreau de St-Ludgere, Ramon de Charenton, Reymond, Robertet, Rocques, Roux, Sappey, Seraine, Selle, Tiger.

L'empressement de ces nouveaux collègues vous aidera à supporter les pertes qu'a faites l'Association. Mais quoique nos rangs soient devenus plus nombreux, comment se consoler d'avoir vu disparaître des hommes tels que: Chailly aîné, Cherest, si jeune et d'un si bel avenir, Duval, le patriarche aimable et vénéré, Nacquart, Lagut, Viguardonne, Devarenne, Lallemant, le professeur célèbre, Roux, dont la réputation datait de si loin, dont l'esprit vif et jeune semblait d'hier, et Requin, dont la tombe est à peine fermée, Requin, ce type du savant spirituel, du médecin laborieux et digne, cet athlète éprouvé, qui a succombé si peu de temps après la victoire.

Cette triste moisson de la mort n'a pas été, malgré l'épidémie, plus nombreuse que l'année précédente.

Quant aux démissions, elles sont au nombre de six seulement, données par d'honorables collègues qui ne nous ont quittés que parce qu'ils s'éloignaient définitivement de Paris. Malgré ces pertes inévitables, le nombre des membres de l'Association s'élève à 532; c'est 32 de plus que l'année dernière.

Cette année, nous n'avons pas eu occasion d'intervenir dans ces graves questions judiciaires qui intéressent l'honneur d'un médecin ou la dignité du corps médical tout entier.

Les efforts heureux tentés autrefois par l'Association nous ont, sans doute, fait ces loisirs. Mais, je me trompe: depuis quelques jours nous avons dû recourir au zèle inépuisable de notre savant conseil judiciaire, M. Paillard de Villeneuve, pour faire décider de nouveau, en appel, que le privilége du médecin doit avoir la priorité sur le privilége du propriétaire.

Cette question, déjà résolue plusieurs fois dans ce sens, serait bien plus dans l'intérêt des malades peu aisés que dans le nôtre, si l'on ne comptait pas tant, et à si juste titre, sur l'abnégation et l'humanité de notre profession.

Nous avons été plus réservés que jamais sur les questions d'exercice illégal de la médecine, persuadés que nous risquions de salir la robe doctorale en nous occupant de cette tourbe qui vit de délits contre les lois protectrices de la santé publique.

Nous avons préféré nous reposer entièrement sur l'autorité, comme elle-même se repose sur notre dévouement dans les momens difficiles.

L'élan qui propage les Associations médicales dans les départemens s'est soutenu cette année d'une manière très satisfaisante.

M. le docteur Chambert de Laon, M. le docteur Houzelot de Meaux, nous ont demandé communication de nos statuts.

Nous avons reçu de Lyon le compte-rendu de la séance générale de l'Association du Rhône.

Dès sa deuxième année, cette Société prend un développement qu'explique si bien le zèle éclairé du corps médical de ce département.

Nous devons les mêmes félicitations et les mêmes remercîmens aux médecins du Loiret, à ceux de la Sarthe qui nous ont adressé leurs comptes-rendus, modèles de convenance professionnelle et de bonne confraternité.

Plusieurs fois la commission générale s'était aperçue que si nos statuts, que vous connaissez tous, étaient suffisans pour maintenir les principales conditions de notre existence, il importait cependant de fixer d'une manière permanente et précise les usages qui ont guidé jusqu'à ce jour la marche de l'Association.

Ce règlement, appendice nécessaire et prévu de vos statuts, a été préparé avec soin par votre bureau, discuté et délibéré consciencieusement par la commission générale; nous le soumettrons tout à l'heure à votre sanction suprême.

L'état de vos finances, cette année, est encore en progression de prospérité sur les années précédentes.

Rendons-en grâces à notre honorable trésorier, M. le docteur Vosseur. Depuis quinze ans il accomplit une tâche ingrate et difficile avec un ordre et une habileté qui ne peuvent être égalés que par son dévouement.

Une somme de plus de 18,000 fr., composée des recettes de 1854 et un reliquat de 1853, est entrée dans notre caisse pendant le cours de cette année.

Nous avons distribué à dix-sept personnes étrangères à l'Association, médecins, officiers de santé, veuves ou enfans de médecins, une somme de 1,700 fr.

Six sociétaires et huit veuves de sociétaires se sont adressés à nous. La commission leur a alloué avec empressement et dans la mesure de leurs besoins une somme totale de 6,380 francs.

Il nous est resté encore, de disponibles, 9,311 francs pour acheter 400 francs de rente 3 p. 0/0 qui viendront s'ajouter au fonds de secours pour l'année 1855.

C'est la première fois, depuis sa fondation, que l'Association a pu faire un placement aussi considérable.

Ces résultats ressortiront bien mieux dans le tableau suivant, dressé par votre trésorier.

Tableau de la situation de la caisse du 1er Janvier au 31 Décembre 1854.

RECETTES.	fr. c.	DÉPENSES, EMPLOI.	fr. c.	BALANCE.	fr. c.
Le 1er janvier 1854, en caisse	1,458 00	Secours aux personnes étrangères à l'Association	1,670 00	Recettes	18,406 35
Cotisations, 12 fr.	6,144 00	Sommes allouées à 6 sociétaires et à 8 veuves de sociétaires	6,380 00	Dépenses, emploi	18,332 10
Dons et admissions	4,691 00	Dépenses de gestion, imprimés, etc.	970 25	Reste	74 25
Neuf dons	951 35	Achat de 400 francs de rente 3 p. 100	9,311 85	Le 1er janvier 1855, il reste en caisse	74 25
Rentes	5,162 00		18,332 10		
	18,406 35				

Il est inutile, Messieurs, de rappeler à votre souvenir reconnaissant les noms de ceux qui ont fondé des rentes perpétuelles en faveur de notre Association. Nous sommes heureux de les inscrire en tête des listes que nous publions chaque année.

Vous trouverez à côté de ces noms ceux des personnes qui, par la continuation de dons annuels, semblent faire revivre des sociétaires dont la perte est si regrettable. Tels sont: MMmes veuves Blandin, Marjolin, Bourgeois, M. Cazenave, gendre de Fouquier.

Comme les années précédentes, la Société des agrégés de la Faculté, la Société de chirurgie de Paris, le journal l'UNION MÉDICALE, nous ont continué leur généreux et sympathique concours.

Le bureau de l'Association générale des médecins de la Seine, qui s'est dissoute en 1849, a cru devoir utiliser le reliquat de sa caisse, montant à 66 fr. 35 centimes, en le versant dans la caisse de notre Association.

Vous venez de le voir, Messieurs, la commission générale a compris largement son rôle en veillant avec sollicitude sur les sociétaires, sur les familles de ceux que la mort nous a enlevés, sur des confrères malheureux en dehors de notre Société.

Appréciation consciencieuse, éclairée, rien n'a été omis de ce qui pouvait nous guider vers des infortunes bien imméritées, bien respectables, dissimulées trop courageusement, mais que nous avons eu le bonheur de deviner quelquefois.

Nous l'avons constaté trop souvent: rien, Messieurs, ne met à l'abri de l'infortune, ni les qualités du cœur ou de l'esprit, ni les positions élevées de la carrière médicale, ni les succès de la pratique; toutes ces choses brillantes peuvent s'éteindre, un jour, dans l'épuisement de la vieillesse, des maladies, ou par le souffle puissant des tempêtes politiques.

Que ceux, donc, qui pourraient s'oublier eux-mêmes, n'oublient pas qu'en entrant dans l'Association, ils ont assuré une protection à leurs femmes, à leurs enfans.

Que ceux qui ont le droit de se croire à l'abri des orages n'oublient pas la sainte confraternité qui les unit aux médecins malheureux qui furent leurs condisciples, leurs élèves et quelquefois leurs maîtres. Non, personne ne peut dire: Qu'ai-je à faire dans l'Association, je n'en aurai jamais besoin? Un médecin, moins que tout autre; car il sait combien de déceptions nous attendent dans cette profession qui exige les qualités les plus élevées et les plus longs sacrifices.

Ici, Messieurs, permettez-moi d'obéir au vœu de votre commission générale en vous lisant deux lettres qui seront comme une récompense du bien que vous faites et un enseignement pour les médecins honorables qui ne sont pas des nôtres, parce qu'ils ne comprennent pas encore l'Association.

Dans le mois d'août dernier, un jeune médecin, ... la mort, si peu ménagère de nos susceptibilités, me permet de vous donner son nom, le docteur Gachet, s'est trouvé dans la triste nécessité de se faire transporter à l'hôpital Saint-Louis, pour ne pas abuser de la généreuse hospitalité de notre collègue, M. le docteur Ley. Il nous adressait en même temps la lettre suivante qu'accompagnaient les chaleureuses recommandations de MM. Canuet, Contour, Lucien Boyer et d'un honorable confrère étranger alors à l'Association, et que nous avons maintenant la satisfaction de posséder parmi nous, M. le docteur Reymond. Voici la demande du docteur Gachet:

« Une maladie déjà ancienne et pouvant durer encore longtemps » m'a forcé d'interrompre à plusieurs reprises, depuis plus d'une année, » le cours obligé de mes occupations de médecine pratique.

» Elle m'oblige aujourd'hui à demeurer dans la maison de santé de » M. le docteur Ley, dont la bienveillance confraternelle a adouci pour » moi, d'une façon qui commande toute ma reconnaissance, les exi» gences d'argent.

» Combien de temps cet état de choses durera-t-il encore? Per» sonne, je pense, ne peut me le dire.

» Sans fortune patrimoniale, obligé de pourvoir aux dépenses de ma » profession, de ma famille, mes quelques économies se sont dépen» sées dans les loisirs improductifs que m'a imposés mon état maladif.

» Dans cette situation, j'ai cru pouvoir m'adresser à l'Association des » médecins de Paris pour me venir en aide.

» J'ai l'honneur, Monsieur le Président, de vous prier de lui trans» mettre ma demande.

» Mon honorabilité est attestée par mes confrères Contour, Canuet, » Reymond. Ma position leur est aussi bien particulièrement connue.

» Je regrette aujourd'hui, mais trop tard, de n'avoir pas apprécié » toute l'utilité de cette institution à laquelle je m'adresse en votre per» sonne. Que mes regrets servent de leçon à ceux de mes confrères » qui, par négligence, le plus souvent, ne font pas encore partie de » l'Association des médecins de Paris.

» J'ai l'honneur, etc. »

Peu de jours après, je demandai des nouvelles de notre malheureux confrère à M. Lucien Boyer, qui me répondit ces quelques mots:

« Mon très honoré confrère,

» En revenant à Paris après une absence de quelques jours, je » trouve à la fois votre billet et l'avis de la mort de notre pauvre con» frère docteur Gachet, décédé à l'hôpital Saint-Louis peu de temps » après avoir reçu le secours que l'Association lui avait alloué dans sa » dernière séance.

» Au moment où il l'a reçu, notre malheureux confrère était déjà » dans un état qui ne lui permettait pas de consigner lui-même par » écrit ses sentimens de reconnaissance. Si nos confrères, qui ne font » pas encore partie de l'Association, avaient pu voir l'éclair de joie qui » a illuminé le visage du pauvre moribond en recevant ce modique » secours, je ne doute pas qu'ils ne regrettassent pour la plupart » d'avoir tant tardé de s'associer à notre œuvre.

» Veuillez agréer, etc. »

Qu'ajouterai-je à ces lignes qui parlent d'une manière si éloquente? L'Association de prévoyance, née il y a vingt ans d'une pensée généreuse, a grandi sous les yeux de son illustre fondateur. Son existence est désormais largement et solidement établie. Elle appartient à tout le corps médical de Paris.

Étrangère aux coteries, aux rivalités, aux luttes de la science ou de la profession, c'est une enceinte calme et sacrée, c'est le foyer de la famille médicale. Nous y trouverons toujours un appui dans les circonstances difficiles; elle pourra toujours offrir l'obole confraternelle pour soulager les infortunes exceptionnelles.

Certes, c'est là un grand pas de fait dans la voie des améliorations; mais espérons encore mieux de l'avenir.

Peut-être qu'un jour l'Association, développée par le zèle et l'influence de tous, pourra enfin offrir un repos honorable, une retraite bien méritée à ces invalides de la profession qui auront blanchi courageusement sous le harnais médical sans rencontrer la fortune.

Certes, rassurer la vieillesse de ceux qui ont passé leur vie à soulager la souffrance, est un but assez beau. Pourquoi ne tenterait-il pas un jour ces bienfaiteurs de la science dont les testamens, véritables sphynx sortis de la tombe, embarrassent quelquefois les Académies de leurs énigmes indéchiffrables?

Pourquoi ne pas compter aussi sur la reconnaissance publique, alors que les hommes éminens qui représentent la cité et veillent sur elle avec tant de sollicitude, heureux de saisir une idée généreuse, trouveraient dans notre Association un intermédiaire naturel pour acquitter honorablement la dette du pauvre envers la nombreuse phalange de ces praticiens modestes dont le dévouement est infatigable pendant les épidémies?

Continuez donc à élever la voix, vous tous qui faites autorité dans la presse médicale; appelez à vous, Messieurs et chers collègues, et vous verrez accourir tout ce qu'il y a encore d'honorables et généreux confrères en dehors de nous.

Demandez et l'on vous donnera. Donnez, enfin, comme toujours, donnez dans la mesure de vos forces et vous aurez plus fait, pour l'amélioration et la dignité de la profession, que ne pourra faire jamais cette loi de la réforme médicale, loi depuis si longtemps attendue, loi introuvable peut-être et qui fuit sans cesse devant nous comme un mirage dans le désert.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX.—Nº 15. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 6 Février 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, nº 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
—
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
—
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, nº 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES DE CHLOROFORME ET SON ADMINISTRATION A L'INTÉRIEUR, ET DE LA VALEUR COMPARATIVE DES DIVERS TRAITEMENS RECOMMANDÉS CONTRE CETTE AFFECTION;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite. — Voir les numéros des 4, 6 et 13 Janvier 1855.)

Pour déterminer la valeur de ce traitement de la colique de plomb et pour fixer définitivement la place qu'il doit occuper dans la thérapeutique de cette affection, soit d'une manière absolue, soit relativement aux autres traitemens recommandés par divers auteurs, il faut remonter à la nature de la maladie, aux élémens qui la composent, et déduire de cette analyse les indications principales qui se présentent, et l'ordre hiérarchique dans lequel il convient de les remplir. L'idée que l'on se forme de la nature de la colique saturnine exerce, en effet, une très grande influence sur le choix à faire entre les diverses médications qui se disputent la faveur publique.

La colique de plomb n'est-elle purement et simplement qu'une des nombreuses manifestations par lesquelles peut se traduire l'intoxication saturnine, qu'un des anneaux de cette grande chaîne d'accidens qui commence à l'arthralgie et finit à la paralysie et aux accidens cérébraux; autrement dit, toute la maladie est-elle dans la présence des molécules saturnines, et la disparition de ces molécules doit-elle marquer la cessation de tous les accidens; donnez sans hésiter, comme l'ont proposé quelques auteurs, des agens thérapeutiques destinés à faciliter l'élimination des molécules plombiques, ou du moins à les transformer en les rendant moins irritantes pour nos tissus; c'est ce que l'on appelle le traitement chimique.

La colique de plomb n'est-elle au contraire qu'un effet du contact, de l'action topique des molécules saturnines introduites journellement dans les voies digestives si largement ouvertes à leur pénétration, avec ou sans intoxication saturnine concomitante? Ou mieux, en admettant, ce qui est plus près de la vérité, que la colique de plomb est une des expressions de l'intoxication saturnine, cette expression ne fournit-elle pas par elle-même, par l'intensité des accidens qui la constituent, par la gravité des réactions qu'elle éveille, l'indication de premier ordre, sauf à poursuivre ensuite cette intoxication dans sa virtualité?

Dans ces deux hypothèses, le médecin a encore le choix entre les médications qui s'attaquent à des élémens divers de la maladie; il peut combattre l'exaltation de la sensibilité, chercher à la ramener à ses conditions normales, et du calme apporté à la sensibilité peut découler la guérison; il peut poursuivre la perversion de la contractilité de l'intestin dans le spasme du début, dans l'atonie et la semi-paralysie qui lui succède; il peut chercher à rappeler les sécrétions des organes malades; il peut enfin mener de front le traitement de ces divers élémens de la maladie. A chacune de ces indications se rapporte un certain nombre de moyens médicamenteux : les émolliens, les calmans, les anesthésiques à la première et à une partie de la seconde; à celle-ci, les purgatifs et les moyens qui exercent une action sur la contractilité du tube digestif, certains purgatifs, la strychnine, etc. Enfin, il faut ranger parmi les traitemens mixtes le célèbre traitement de la Charité.

L'expérience a depuis longtemps jugé la question en faveur des traitemens qui s'attachent à combattre les élémens constituans de la colique saturnine, en dehors de l'intoxication plombique, en rejetant par conséquent cette intoxication sur le second plan. Il semblerait donc que les traitemens chimiques devraient s'adresser plutôt à l'intoxication profonde, à la cachexie saturnine proprement dite, qu'à un accident déterminé et surtout à un accident aigu de cette intoxication.

La colique de plomb compte cependant trois traitemens qui reposent sur des données chimiques et qui ont pour but d'agir sur les molécules métalliques disséminées dans l'organisme : le traitement par la limonade sulfhydrique et par le persulfure de fer, le traitement par l'iodure de potassium et le traitement par la limonade sulfurique.

On sait que c'est à MM. Rayer et Chevallier qu'appartient l'idée d'administrer aux malades affectés de colique de plomb l'acide sulfhydrique ou des eaux minérales naturelles ou factices qui en contiennent, telles que les eaux de Barèges et d'Enghien, dans le but de former avec les particules saturnines un sulfure de plomb sans action malfaisante sur l'économie. Ma s depuis longtemps l'éminent médecin de la Charité a abandonné comme tout à fait inefficace ce traitement fondé sur des vues théoriques que l'expérience et la pratique n'ont pas confirmées. Peut-être ne faudrait-il pas rejeter complétement les sulfureux du traitement de l'intoxication saturnine; car M. Sandras a communiqué à l'Académie de médecine des faits nombreux qui témoignent de l'efficacité du persulfure de fer dans cette intoxication, ainsi que dans la colique de plomb. Nous regrettons, par conséquent, de n'avoir pas eu l'occasion de vérifier par nous-même la valeur de cette médication chimique, et nous avons malheureusement à exprimer le même regret à propos du traitement qui a été recommandé par MM. Natalis Guillot et Melsens, c'est-à-dire de l'emploi de l'iodure de potassium.

MM. Guillot et Melsens ont préconisé l'iodure de potassium dans le traitement des affections saturnines en se fondant sur la propriété que possèdent les composés de plomb gardés par l'économie de se dissoudre dans l'iodure de potassium, et sur la facilité et la rapidité avec laquelle l'économie se débarrasse de ce dernier sel. Nul doute, en effet, que l'iodure de potassium ne puisse en s'éliminant entraîner une certaine proportion des matériaux plombiques contenus dans l'économie (les services qu'il rend, sous ce rapport, dans l'intoxication mercurielle, ne sont contestés aujourd'hui par personne); mais cette propriété, si avantageuse dans l'intoxication ancienne, lui permet-elle de calmer l'exaltation de la sensibilité, d'agir sur la contractilité et les sécrétions perverties de l'intestin, bref, sur les phénomènes élémentaires de la colique de plomb? Voilà ce que les auteurs de cette méthode thérapeutique n'ont pas dit, et si l'on parcourt les observations publiées dans ces derniers temps en Angleterre, où ce traitement paraît avoir en ce moment une certaine vogue, ainsi que le mémoire publié récemment par M. Malherbe, on arrive à cette conclusion, qu'il faut associer souvent à l'iodure et des purgatifs et des narcotiques.

Le traitement par la limonade sulfurique appartient, comme on sait, à M. Gendrin. C'est dans le but de transformer les préparations saturnines introduites dans l'économie en sulfate de plomb qui est insoluble et par conséquent sans action toxique que ce médecin distingué a proposé ce traitement. Que ce soit là une vue tout à fait hypothétique, l'acide sulfurique ne pouvant pas atteindre à l'état d'acide les molécules métalliques introduites dans l'organisme par l'absorption, nous sommes tout disposé à le reconnaître. Que ce traitement ne jouisse pas contre le développement des accidens saturnins d'une effica-

Feuilleton.

DE LA STATISTIQUE APPPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE (1).

A M. Amédée Latour.

Dans les passages précédens, Cabanis pose la statistique comme base du progrès thérapeutique, sous quelque point de vue qu'on envisage celui-ci; il proclame la nécessité et la puissance des *grands nombres;* il pose en fait qu'en tout état de chose la médecine ne peut prétendre qu'à des probabilités. On a vu qu'il ruine par anticipation ce fameux argument hostile du quinquina qui, dit-on, a pu se passer de la statistique, et, par une sorte de divination encore, il va répondre aux sophismes de certains rêveurs dont les paradoxes ne peuvent que susciter de stériles discussions : « Quand le quine, dit Cabanis, serait revenu vingt fois de suite dans une partie de trictrac, les probabilités purement rationnelles de son retour au vingt et unième coup resteraient toujours les mêmes. Cependant quel joueur, dans ce cas, ne parierait point avec assez d'assurance contre ce retour? » (*Révol. de la méd.*, p. 101.) Ajoutez que cet exemple, tiré du pur hasard, est radicalement vicieux, car la médecine, comme science, possède des données plus ou moins positives qui servent de fortes probabilités, sinon de garantie réelle aux événemens.

On le voit, les anciens non seulement ont fait de la statistique sans le savoir, mais encore ils ont posé les bases les plus rationnelles de ce procédé qui, remanié par les modernes, a subi une rénovation presque équivalente à l'invention.

Un grand fait qui nous frappe en entrant dans l'histoire de la statistique chez les contemporains, c'est que ceux-là même qui la combattent en principe, lui sacrifient en fait, ainsi qu'on va le voir, car la statistique, voyez-vous, et l'on ne peut trop le répéter, est substantiellement dans les faits, intrinsèquement dans les doctrines; et quiconque prend la parole ou la plume pour formuler des produits d'observation, sacrifie implicitement à la statistique.

J'ai dit ailleurs : « Un homme s'est rencontré qui a réalisé cette pensée de Buffon : le génie c'est la patience. Cet homme est M. Louis. » (*Traité de l'entérite follic.*) Ses *recherches sur la phthysie pulmonaire* et celles *sur la gastro-entérite* ont gratifié la science des monumens les plus solides que jamais auteur ait édifiés; monumens d'autant plus précieux que bien peu de travailleurs se rencontreront pour les imiter. Justement fier de ses œuvres, M. Louis a pu se croire le fondateur d'une méthode, tandis qu'il n'a fait que révéler les ressources d'un procédé instinctivement usité, confusément signalé, mais explicitement glorifié par les observateurs antiques. Il a dirigé l'attention vers ce genre de travail, il en a fait ressortir l'opportunité, la fécondité, l'excellence, et tel est l'empire du bon et du beau que quiconque, depuis, a voulu créer une œuvre durable, n'a cru pouvoir se dispenser de l'appuyer sur la base numérique; mais tous n'étaient pas aptes à manier cette arme à la fois si lourde et si délicate. Des erreurs ont été commises, des piéges tendus par le mensonge à l'ignorance et à la crédulité. De là les récriminations, les oppositions qui s'attachent toujours à ce qui est nouveau, progressif et difficile à imiter, la collision a longtemps retenti sous les voûtes mêmes de l'Académie. Les uns, préoccupés de l'acception rigoureuse des mots *calcul, arithmétique*, etc., ont voulu bannir la statistique de notre science, laquelle n'étant pas susceptible de précision *mathématique*, ne peut prétendre au titre de *science exacte*, etc., oubliant qu'*à fortiori* l'induction vague et l'aphorisme menteur ne fournissent pas de notions plus satisfaisantes, et que ce que nous avons de mieux à faire est de réunir la *plus grande somme de probabilités*, et d'atteindre à l'*approximation* la plus rigoureuse; il y a des gens qui n'admettent point de nuances entre le néant et la perfection. D'autres se sont armés des erreurs engendrées par une méthode imparfaite, pour la proscrire, au lieu de chercher à la perfectionner. D'autres encore l'ont franchement accusée d'imposture, parce qu'elle est exploitée par l'improbité; comme s'il n'était pas plus facile encore d'abuser de l'assertion vague, de l'affirmation sans preuves. D'autres, enfin, plus modérés, se sont bornés à la déclarer dangereuse, précisément à cause de ses allures positives qui éloignent le doute et détourne de la vérification. Mais d'abord, nous le répétons, l'aphorisme n'est ni moins tranchant, ni moins impératif, et puis, s'il fallait proscrire un moyen parce qu'il paraît concluant et difficile à vérifier, il faudrait tout d'abord supprimer le microscope et bannir la chimie, lesquels sont le privilége de quelques adeptes qui pourraient fort bien en abuser.

Peu de ses partisans se sont avisés de défendre la statistique au nom de l'histoire, au nom de la nécessité, au nom du sens commun. Peu se sont avisés de surprendre ses ennemis en flagrant délit de contradiction et d'inconséquence. La discussion académique de 1837 fut soulevée par un dialecticien pur, dépourvu de l'autorité que donne la pratique, Risueno d'Amador, qu'il nous sera facile de réfuter par lui-même. Il disait quelques années auparavant, parlant à cette même Académie : « Cette méthode bien comprise et admirablement suivie par les chefs de l'école anatomo-pathologique... nous lui devons d'avoir, pour ainsi dire, étudié par classes naturelles les maladies qui ont entre elles le plus d'analogies. Car c'est avant tout du *grand nombre de faits analogues* que naissent les observations profitables. » (*Mém. sur l'anat. pathol.*)

Broussais disait, en 1833 : « Les faits étant appris, nous les comparons toujours. Sous ce rapport, la distance est grande entre les hommes; les uns ne rapprochent que de petites collections de faits, les autres en rapprochent de grandes, *il n'y a que les idiots qui n'en rapprochent point.* » (*Pathol. génér.*, t. IV, p. 339.)

Un des opposans à la méthode numérique, M. Piorry, a pourtant dit : « On ne peut établir de tableaux statistiques vraiment utiles que sur les affections bien tranchées, bien spéciales, bien analogues... Le choléra m'a paru se prêter aux calculs statistiques. Il peut en être ainsi de l'entérite typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu, etc. » (*Traité du diagnost.*, t. I, p. 53). C'est déjà beaucoup, surtout si nous tenons compte de l'etc. Ces contradictions sont communes à tous les opposans à la statistique, dans leurs œuvres plus encore que dans leurs paroles, par la raison qu'il ne peut en être autrement.

(1) Voir les numéros des 23 et 30 Janvier 1855.

cité préservatrice aussi grande que le pense son auteur, nous ne sommes pas éloigné de le penser. Mais que l'on puisse dire et imprimer que ce traitement est sans action aucune, que l'acide sulfurique n'est pas et ne saurait être un agent curatif des maladies saturnines, voilà ce que nous ne pouvons vraiment nous expliquer, à moins que les malades n'aient pas pris le médicament. J'ai eu la curiosité de parcourir les vingt-cinq observations que j'ai recueillies tant dans le service de M. Gendrin que dans celui de M. Martin-Solon, et qui ont servi de base au mémoire que j'ai publié sur cette question. Eh bien, je le déclare sans prévention aucune, ces observations me paraissent aussi concluantes aujourd'hui qu'il y a dix ans. J'ai lu avec soin les cinq observations de coliques violentes et quelques-unes des observations de coliques modérées (au nombre de dix); et il m'est impossible de ne pas admettre l'activité d'une médication qui a diminué les douleurs abdominales après un ou deux jours de traitement, les a fait disparaître après trois, quatre jours, cinq ou six au plus; d'une médication qui a fait cesser la constipation après trois ou quatre jours de traitement, qui a rétabli l'appétit vers le quatrième jour, qui a amené la guérison terme moyen, dans les cas de colique violente, au bout de cinq jours, dans les cas de colique modérée au bout de quatre jours huit dixièmes; d'une médication, enfin, qui n'a pas fait défaut une seule fois dans vingt-cinq cas de colique saturnine et qui n'a non plus été suivie dans aucun cas de développement d'accidens cérébraux.

Est-ce à dire que ce traitement ne laisse rien à désirer? D'abord ce n'est pas chose facile que de faire prendre aux malades pendant quelques jours plusieurs litres d'une tisane contenant 4 grammes d'acide sulfurique par litre. Mais ce traitement laisse encore à désirer sous d'autres rapports: les malades conservent pendant plusieurs jours et les douleurs qui vont à la vérité en diminuant et les vomissemens qui ont persisté chez quelques-uns d'entre eux, deux, trois et quatre jours, et l'anorexie qui a continué jusqu'au quatrième jour; de sorte que, tout en guérissant les malades, la limonade sulfurique répond incomplétement au double but que l'on doit se proposer dans le traitement d'une affection aussi douloureuse que la colique saturnine: *soulager* et *guérir*. Sans être inefficace, sans être *illusoire*, comme on s'est plu gratuitement à le dire, le traitement par la limonade sulfurique est donc inférieur à beaucoup d'autres traitemens recommandés contre la colique de plomb.

(La fin à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APIOL (PRINCIPE IMMÉDIAT DU PERSIL), CONSIDÉRÉ COMME SUCCÉDANÉ DE LA QUININE (1);

Par MM. JORET et HOMOLLE, docteurs en médecine.

DOSES AUXQUELLES ON ADMINISTRE L'APIOL. — Habituellement *dans les fièvres intermittentes quotidiennes*, on administre, chaque jour, cinq à six heures avant l'accès de fièvre à combattre:

4 capsules aux adultes . . . . . (soit 1 gramme d'apiol);
2 capsules aux enfans de 12 à 15 ans. (0 gr,50 c. d'apiol);
1 capsule aux petits enfans . . . . . (0 gr,25 c. d'apiol).

Les petits enfans n'avalant les capsules qu'avec difficulté, nous leurs donnons de préférence quatre à cinq cuillerées de *sirop d'apiol* qui représentent la même quantité de médicament.

Dans les *fièvres tierces*, on donne les mêmes doses, le jour apyrétique.

Dans les *fièvres quartes*, on double les doses que l'on administre deux jours de suite.

On prend les capsules, une à une, et coup sur coup, dans une cuillerée d'eau sucrée. *Quel qu'en soit le nombre il vaut mieux les prendre toutes de suite que de les prendre à des intervalles éloignés.* Il convient de débuter toujours par la dose que nous avons indiquée ou même par une dose plus forte, si l'on a affaire à une fièvre rebelle, comme on le fait, au reste, avec le sulfate de quinine. Il ne faut pas cesser l'administration de l'apiol aussitôt que la fièvre est coupée, on risquerait de la voir récidiver; seulement, à dater de ce moment, on donnera les capsules à dose décroissante de jour en jour.

Il est arrivé que, faute d'avoir suivi ces préceptes, des praticiens très recommandables ont échoué là où ils auraient dû obtenir un succès complet.

Avant de passer à l'exposé des observations qui ont été recueillies par nos honorables confrères, résumons succinctement celles qui nous sont propres et que nous avons détaillées dans notre premier travail:

Sur 37 fiévreux auxquels nous avons donné l'apiol, en 1849, nous comptions:

Fièvres quotidiennes . . .	9
— tierces	26
— quartes.	2
	37

La moyenne de la quantité d'apiol employée pour guérir chaque malade a été:

Pour les fièvres quotidiennes. .	1 gr,35
— tierces.	1 gr,72
— quartes.	3 gr,52

Les époques de la guérison ont été les suivantes:

1° Dans les fièvres intermittentes quotidiennes:

4 fois après la première dose;
3 fois après la deuxième;
2 fois après la troisième.
9

2° Dans les fièvres intermittentes tierces:

15 fois après la première dose;
7 fois après la deuxième;
1 fois après la troisième;
1 fois après la sixième;
2 n'ont pas été coupées.
26

3° Dans les fièvres intermittentes quartes:

2 fois après la deuxième dose.

Comme on le voit, le plus ordinairement les fièvres quotidiennes et tierces ont été coupées après la première prise, et la fièvre quarte n'a été enrayée qu'à la seconde.

Nous n'entrerons pas dans d'autres considérations; nous avons hâte d'arriver à la partie principale de ce travail, uniquement basée sur des observations qui nous sont étrangères et que nous tenons des confrères les plus honorables.

Observations recueillies à Rochefort par M. le docteur Lefèvre, premier médecin en chef de l'hôpital de la marine (1).

OBS. I. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie avec 4 capsules d'apiol.* — Le nommé Maillard, âgé de 22 ans, condamné à temps, inscrit sous le n° 1038, est entré à l'hôpital le 7 mai 1851. Cet homme était atteint de fièvre quotidienne depuis quatre jours et avait déjà pris deux fois le sulfate de quinine.

Le 8 mai, un nouvel accès de fièvre est constaté à huit heures du soir; le lendemain matin, 2 capsules d'apiol (2) sont administrées; *la fièvre ne reparaît pas.* — Le 10 et le 11 mai, on donne une seule capsule; *même succès.* — Le 15 mai, la fièvre n'a pas reparu depuis le 8, et le malade a pris en tout 4 capsules d'apiol.

OBS. II. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie avec 9 capsules d'apiol.* — Laviolette (Jean), âgé de 27 ans, condamné à temps, inscrit sous le n° 907, est entré à l'hôpital le 8 mai 1851. Malade depuis six jours, il a la fièvre à son entrée à l'hôpital.

Le 9 mai, à six heures du matin, invasion de la fièvre; à huit heures du soir, apyrexie: le malade prend une capsule d'apiol. — Le 10 mai, à six heures du matin, apyrexie; on administre une capsule d'apiol. La fièvre reparaît à midi. A huit heures du soir, apyrexie; le malade prend 2 capsules d'apiol. — Le 11 mai, à six heures du matin, 2 capsules d'apiol. Accès à deux heures du soir; apyrexie à huit heures du soir. — Le 12 mai, apyrexie; 3 capsules; encore un peu de fièvre pendant la journée. — Le 15 mai: Depuis le 12, la fièvre n'a pas reparu. Le malade a pris 9 capsules d'apiol.

OBS. III. — *Fièvre intermittente quotidienne, devenue quarte; insuccès de l'apiol.* — Poupard (Louis), âgé de 27 ans, condamné à temps, portant le n° 1039, depuis un an au bagne, est entré le 5 mai 1851 à l'hôpital. Cet homme, qui a pris souvent du sulfate de quinine, est malade depuis six jours.

Le 5 mai, apyrexie. — Le 6 mai, à quatre heures du soir, la fièvre est constatée. A huit heures du soir a lieu le troisième stade. — Le 7 mai, à six heures du matin, apyrexie; 1 capsule d'apiol; pas de fièvre pendant la journée. — Le 8 mai, le malade est sans fièvre tout le jour. — Le 9 mai, la fièvre débute et paraît vouloir revêtir le type quarte. — Le 10 mai, six heures du matin, apyrexie; 2 capsules. — Le 11 mai, six heures du matin, apyrexie; 2 capsules. — Le 12 mai, six heures du matin, apyrexie; 3 capsules. A trois heures du soir, accès en froid. — Le 13 mai, apyrexie; on revient à l'usage du sulfate de quinine. — Le 15 mai, à six heures du matin, apyrexie.

Ainsi, le malade a pris 9 capsules d'apiol; de quotidienne quelle était, la fièvre est devenue quarte, et sous cette nouvelle forme elle n'a pu être enrayée par l'emploi de l'apiol.

OBS. IV. — *Fièvre intermittente tierce guérie par 4 capsules d'apiol.* — Dugas (Pierre), âgé de 40 ans, né à Paris, condamné à temps, n° 874, deux ans de bagne, est entré à l'hôpital le 9 mai 1851. Malade depuis sept jours; il n'a pas pris de sulfate de quinine. Le dernier accès a eu lieu le 8 mai. — Le 9 mai, apyrexie. — Le 10 mai, huit heures du matin, début de l'accès. Huit heures du soir, apyrexie, 2 capsules. — Le 11 mai, six heures du matin, 2 capsules. — Le 12 mai, jour d'accès, la fièvre ne reparaît pas pendant tout le jour. — Le 15 mai, six heures du matin, la fièvre n'a pas reparu depuis cinq jours; le malade n'a pris que 4 capsules.

OBS. V. — *Fièvre intermittente tierce guérie par 6 capsules d'apiol.* — Théron (Philibert), condamné à temps, n° 708, ayant quatre ans de présence au bagne, est entré à l'hôpital le 12 mai pour une fièvre tierce; ce jour-là il avait eu son deuxième accès de fièvre. — Le

(1) Voir les numéros des 11, 16 et 20 Janvier.

(1) M. le dr Lefèvre, premier médecin en chef de l'hôpital de la marine, à Rochefort, était un des expérimentateurs désignés par la commission de la Société de pharmacie pour essayer les succédanés de la quinine qui avaient été présentés au concours. De mai à septembre 1851, il a administré l'apiol à 31 fiévreux, dont 14 ont guéri. Ces guérisons, dont la commission n'a pas cru devoir nous tenir compte, ne sont cependant pas dépourvues de toute valeur. Nous rapportons textuellement quelques-unes des observations de notre confrère de Rochefort.

(2) Chaque capsule renfermait à peu près 1 gramme d'apiol.

M. Andral, dont le jugement a d'autant plus de poids qu'il n'affirme pas volontiers, s'exprime ainsi sur la matière: « La plupart des historiens se sont contentés d'indiquer d'une manière générale quel traitement leur a paru le mieux réussir. Celui qui, entre leurs mains, a compté le plus de succès a presque toujours été celui qui leur était donné par la théorie. Aussi un bien faible parti peut être tiré de ce qu'ils nous ont transmis comme résultat de leur expérience. Il n'en eût point été ainsi si, à la place de résultats généraux, ils avaient dressé des tables où l'on aurait trouvé le *nombre* des malades soumis à tel mode de traitement... Ce n'est que lorsque la coïncidence s'est répétée *bien souvent* dans le même sens qu'il peut être permis de regarder comme liés l'un à l'autre le traitement et la terminaison. » (*Cliniq. méd.*, t. I).

Les noms de MM. Chomel, Bouillaud et des plus illustres contemporains sont comme la personnification de la statistique et rendent les citations superflues.

Il me paraît piquant de terminer cette revue des modernes par l'exposé des opinions de M. Trousseau *qui depuis, mais alors il* disait (en 1835): « J'ai été un des plus violens, un des plus injustes détracteurs de la statistique. Je ne la comprenais pas. Aujourd'hui que je l'ai étudiée, je reconnais qu'elle seule fait faire à la science des progrès solides, qu'elle seule peut permettre d'utiliser, dans les siècles à venir, les travaux de ceux qui auront vécu auparavant... » M. Trousseau disait encore en 1839: « Nous avons voulu, par cette analyse sommaire, prouver que, par les procédés de M. Louis, on pouvait arriver à l'étude sinon complète, du moins plus complète qu'elle ne l'avait été jusqu'ici, d'une maladie grave. Certes, il serait à souhaiter que, sur toutes les questions de la pathologie, un homme comme M. Louis consentît à porter autant de lumières. Cela vaudrait mieux, *même pour la thérapeutique*, que de brillans échafaudages de doctrines. » (*Journ. des connaiss. médic. chirurg.*) Aujourd'hui que M. Trousseau renie la statistique, son grand argument est celui-ci: « Tel traitement donne quatre guérisons sur cinq. Or, comment se fait-il que le traitement qui a guéri les quatre personnes malades, ait laissé mourir le cinquième? C'est que celui-ci nécessairement n'était pas dans les mêmes conditions. Cet argument est sans réplique. » Ainsi raisonnerait un homme du monde, mais l'habile professeur sait fort bien que ces différences occultes échappent aux appréciations de la science. Personne ne saurait dire en quoi tel fébricitant, tel rhumatisant diffère de tel autre qui lui ressemble extérieurement, ni à quel signe on peut reconnaître que tel remède réussira chez l'un plutôt que chez l'autre, et c'est là précisément ce qui rend la statistique indispensable.

Au demeurant, les fondateurs de la philosophie positive ont proclamé l'indispensabilité et les bienfaits de la statistique. Écoutez Bacon, dont Voltaire a dit que son *Organum* est l'échafaud avec lequel on a bâti la nouvelle philosophie: « Les expériences et les observations qu'on a rassemblées jusqu'ici ne répondent ni pour le *nombre*, ni pour le choix, ni pour la certitude aux exigences de la science. » (*Nov. organ.*, *aph.* 98.) Après avoir établi la prééminence de la statistique sur l'assertion vague, il en pose les conditions: « Cette sorte d'induction qui procède par voie de simple énumération, sans la précaution d'exclure les faits non concluans et d'analyser suffisamment la nature, celle-là est vicieuse. » (*Aph.* 69); et, en effet, « les nombres, comme le dit Réveillé-Parise, sont les principes constitutifs de la nature, le *substratum de tout dogmatisme expérimental*. » (*Gaz. méd.*, n° 3, 1844).

Enfin, un écrivain profond, M. Dubois (d'Amiens), émet une opinion qui rend fidèlement la nôtre: « On a voulu donner, dit-il, comme une méthode à part et nouvelle, *ce qui est dans l'esprit de tout le monde.* La méthode numérique ne consiste-t-elle pas à additionner scrupuleusement tous les succès et tous les revers attribués à un agent?... Il est évident pour tous ceux qui réfléchiront un instant que, sauf plus ou moins d'exactitude, *on n'a jamais procédé autrement en thérapeutique*... Tous les médecins, *sans exception*, ont été obligés de compter leurs succès ou leurs revers... Il n'est pas jusqu'aux charlatans qui n'emploient, pour parler au peuple, la méthode numérique. » (*Traité des étud. médic.*, p. 363).

Les développemens dans lesquels je viens d'entrer me permettent et m'imposent même d'être bref sur les points suivans:

La statistique est inhérente à l'observation médicale, avons-nous dit. Cette proposition peut être démontrée en deux mots, si l'on veut la réduire à une simple question de sens commun qui est celle-ci: Avez-vous une opinion en médecine pratique? Oui. Comment l'avez-vous acquise? Par deux, dix, cent faits *analogues*. Cette solution est inévitable, et elle implique la statistique. La médecine, dit-on tous les jours, est fille de l'expérience. Or, qu'est-ce que l'expérience, sinon le résultat de l'observation répétée de faits analogues? S'il n'existait pas en médecine de faits analogues, de quel front oserions-nous poser en face d'un malade? A quoi serviraient nos longues années d'étude et d'observation? Et, si nous admettons que les faits passés doivent nous servir de guide à l'égard des faits actuels, n'admettons-nous pas implicitement la statistique? Et comment avons-nous appris, comment saurons-nous que les procédés dont nous nous servons sont les meilleurs, si nous ne *comptons* pas les résultats qu'ils procurent, non seulement en eux-mêmes, mais encore comparativement aux autres procédés? Demandez à un rival de la statistique comment il traite telle maladie; sa réponse le condamnera nécessairement; car lui aussi a sa méthode fondée sur le *nombre* de ses succès. Ceux-là même qui ne comptent pas sont les plus prompts à formuler leurs opinions en chiffres; cela, disent-ils, m'est arrivé *vingt fois, cent fois*... Il n'est aucun d'eux qu'on ne puisse à chaque instant mettre en opposition avec lui-même; s'il emploie une médication nouvelle, c'est qu'il aura lu quelque part que tel praticien a produit *cinq, dix* cas de guérison par cette méthode; si vous contestez ses propres résultats, il *énumérera* les malades chez lesquels il en a constaté l'excellence. S'il combat la statistique d'un tel, ce sera *par la statistique* de tel autre, etc. Non, sans la statistique, il n'est pas de médecine possible; le titre de médecin devient une imposture, le plus ignorant est l'égal du plus expérimenté, car l'expérience n'est plus qu'un mot vide de sens. Il vous faut donc opter entre la statistique vague et la statistique rigoureuse, c'est-à-dire entre le grand jour et le crépuscule. Celui qui repousse la statistique chiffrée ressemble à l'insensé qui refuserait de connaître l'effectif de sa fortune, au risque de dépenser plus qu'il ne possède; car la statistique, ainsi qu'on l'a dit,

14, on constate la deuxième période d'un accès venu en froid à deux heures du soir; 3 capsules à la ronde. — Le 15, 2 capsules le matin. — Le 16, jour d'accès, apyrexie, 1 capsule. — Pas d'accès depuis ce jour. *Exeat* le 21 mai. — Le malade a pris en tout 6 capsules d'apiol.

OBS. VI. — *Fièvre intermittente quarte; insuccès de l'apiol.* — Sironval (Ange), 30 ans, né à Paris, condamné à vie, nº 424, deux ans de bagne, est entré à l'hôpital le 3 mai 1851. *Cet homme a pris très souvent du sulfate de quinine. De nouveaux accès de fièvre sont constatés à l'hôpital, et modifiés seulement dans leur intensité par le sulfate de quinine.*

Le 8 mai, à onze heures du matin, nouvel accès de fièvre; huit heures du soir, apyrexie. — Le 9, 1 capsule. — Le 10, 1 capsule. — Le 11, à dix heures du matin, le malade éprouve un peu de malaise; *la journée se passe sans fièvre.* — Le 12, 2 capsules. — Le 13, 3 capsules. — Le 14, onze heures et demie du matin, *accès de fièvre très léger.* — Le 15, On revient à l'usage du sulfate de quinine qui, jusqu'à ce jour, a modifié l'état fébrile de cet homme d'une manière au moins aussi avantageuse que les capsules d'apiol. Il en avait pris 10.

Il résulte des observations précédentes, dit M. Lefèvre, que les capsules d'apiol paraissent agir d'une manière assez efficace sur les individus atteints de fièvre quotidienne et tierce, mais que dans les fièvres quartes elles semblent n'avoir aucune action.

Cette dernière conclusion nous semble bien hâtive et quelque peu sévère. Elle ne repose que sur une seule observation où, de l'avis même du médecin en chef de l'hôpital de Rochefort, l'apiol aurait produit une influence aussi manifeste que la quinine elle-même. Nous croyons que, dans ce cas, si M. le docteur Lefèvre avait débuté par une dose plus forte d'apiol, comme il convient de le faire, il aurait compté un succès de plus au lieu de l'insuccès qu'il a consigné.

Observations recueillies à l'hôpital de Bourg-en-Bresse, par M. le docteur Dupré, chirurgien de l'hôpital de Bourg, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc., etc.

OBS. I. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol.* — Soffray, militaire, âgé de 27 ans, domicilié à Bourg, est atteint d'une fièvre quotidienne depuis cinq jours lorsqu'il est admis à l'hôpital le 17 octobre 1851.

Les deux premiers jours le malade est mis à l'usage de la tisane de centaurée; la fièvre revient avec la même intensité. — Le 20 octobre, au matin, le malade ayant eu sept accès bien caractérisés sans faire aucun traitement, on lui fait prendre 3 capsules d'apiol (1). Le huitième accès devait revenir à deux heures de l'après-midi : *il manque complétement.*

On continue l'usage de l'apiol pendant les deux jours suivans, à la dose de 3 capsules, et durant les quatre jours d'ensuite, à la dose de 2 capsules. La fièvre ne reparaît pas. Le malade est sorti de l'hôpital le 28 octobre, parfaitement guéri, après avoir pris 17 capsules sans avoir éprouvé aucun accident.

OBS. II. — *Fièvre intermittente quotidienne traitée inutilement par l'apiol.* — Chartier, militaire, âgé de 21 ans, passager, était atteint d'une fièvre intermittente quotidienne depuis huit jours, lorsqu'il fut admis à l'hôpital, le 20 octobre 1851.

Dès le lendemain, on lui a donné 3 capsules d'apiol; l'accès du 21 a été moins fort et moins long. — Le 22, 3 capsules. L'accès revient avec la même force qu'au début.

On continue deux jours encore l'administration de l'apiol. Pas de changement dans la force des accès.

Le 26, on administre 60 centigrammes de sulfate de quinine. L'accès ne revient pas. — On continue cette dose le 27. — Les 28 et 29, le malade n'en prend plus que 40 centigrammes. Enfin, les trois jours qui suivent, on donne 20 centigrammes chaque jour au malade, qui est sorti de l'hôpital le 10 novembre, parfaitement guéri, sans le moindre accident.

OBS. III. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol.* — Dempierre, militaire, âgé de 27 ans, domicilié à Bourg, était atteint depuis trois jours d'une fièvre quotidienne, lorsqu'il entra à l'hôpital, le 30 octobre 1851.

Le lendemain matin, on lui donne 3 capsules d'apiol; le frisson manque et l'accès est bien moins fort. — Le surlendemain, 3 capsules d'apiol; la fièvre ne revient pas. On a continué l'usage de l'apiol pendant trois jours encore, à la dose de 2 capsules chaque jour; la fièvre n'a pas reparu.

Une légère bronchite est survenue, qui a retardé de quelques jours la sortie du malade de l'hôpital. Elle a eu lieu le 12 novembre, Dempierre étant dans un parfait état de santé.

OBS. IV. — *Fièvre intermittente tierce ancienne, compliquée d'un embarras gastrique, guérie par un vomitif et les capsules d'apiol.* — Duprèle, militaire, âgé de 22 ans, de passage à Bourg, était atteint, depuis quatre mois, d'une fièvre intermittente tierce, lorsqu'il entra à l'hôpital le 27 octobre 1851. On lui avait coupé plusieurs fois sa fièvre avec du sulfate de quinine. En raison des symptômes d'*embarras gastrique* que je trouvai chez lui, je commençai par lui faire prendre un vomitif, après quoi je le mis à l'usage des capsules d'apiol à la dose de 3 par jour. A la première dose, l'accès fut retardé de plusieurs heures. A la deuxième dose, il fut moins long et bien moins fort. A la troisième dose, il a cédé entièrement.

Le malade, qui était en convalescence, voulut partir aussitôt sa fièvre coupée. Il sortit de l'hôpital le 2 novembre 1851.

OBS. V. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol.* — Moutalet, militaire, âgé de 25 ans, domicilié à Bourg, était atteint, depuis six jours, d'une fièvre intermittente quotidienne lorsqu'il fut admis à l'hôpital le 3 novembre 1851. On lui fit prendre le 4 novembre, dans la matinée, 3 capsules d'apiol. L'accès de fièvre, qui revenait d'habitude à huit heures du soir, manqua complétement.

On a continué pendant deux jours, à la même dose, l'emploi de l'apiol. La fièvre d'accès n'a pas reparu; mais il est survenu une fièvre continue, avec douleur assez vive à l'estomac, accompagnée de céphalalgie. Les émolliens, la diète et 15 sangsues ont fait disparaître cette complication.

Le malade est sorti guéri le 21, sans que les accès quotidiens soient revenus depuis que l'apiol en avait fait justice.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Chaque capsule contenait 25 centigrammes d'apiol.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 Janvier 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

M. BAUDENS lit un mémoire *sur les fractures de jambe traitées par son appareil*, dont nous publions l'extrait suivant :

Un appareil parfait doit répondre à toutes les indications chirurgicales prévues ou imprévues, pendant toute la durée du traitement. Or, de tous les appareils, le meilleur serait indubitablement celui qui représente le chirurgien et ses aides au moment où leurs doigts maintiennent une fracture réduite. Ici, tous les efforts parfaitement harmonisés concourent à un but commun, et l'affrontement des fragmens arrive à une précision si rigoureuse, que toute trace de fracture peut disparaître.

Cet appareil modèle, nous l'avons reproduit en substituant aux doigts, dont l'action ne saurait être que temporaire, des puissances permanentes douées, comme eux, d'une pulpe douce et élastique, empruntée au caoutchouc.

Les différentes pièces qui composent notre appareil sont : une boîte en chêne, une talonnière, un coussin, des bandelettes de toile, de la ouate, des liens pour l'extension, la contre-extension et la coaptation.

La *boîte* ou *caisse* est à ciel ouvert, formée par quatre parois : une inférieure, deux latérales, et une terminale ou digitale.

La paroi inférieure, ou plancher, a 73 centimètres de long sur 22 de large. Les parois latérales, longues de 65 centimètres, hautes de 25 centimètres, et articulées par des charnières au plancher de la boîte, sont percées de trois rangées parallèles de trous rapprochés et capables d'admettre le doigt index. Ces trous sont comme autant de doigts d'attente pour agir sur les lacs de la coaptation.

La paroi terminale ou digitale, également articulée au plancher, de la largeur de celui-ci et haute de 30 centimètres, est aussi percée de trois rangs de trous pour recevoir les lacs extenseurs.

Le *coussin* recouvre le fond de la boîte.

La *talonnière* est un petit coussin de crin destiné à occuper l'espèce d'arceau qui existe sous le tendon d'Achille, en allant de la pointe du calcanéum qu'il laisse libre, pour éviter les douleurs du talon qui souvent font le désespoir du malade et du chirurgien, à la naissance du mollet où il arrive en diminuant d'épaisseur.

Application de l'appareil. — On dépose sur le plancher de la boîte, dont les parois sont rabattues, le grand coussin, et sur celui-ci des bandelettes de toile, comme pour le bandage de Scultet, puis la talonnière. On fixe ensuite sur la jambe les liens extenseurs et contre-extenseurs.

Les liens extenseurs prennent leur point d'appui à la plante du pied. On enveloppe le coude-pied d'une épaisse couche protectrice de ouate, maintenue par quelques jets de bande. On place à la plante du pied la partie moyenne de deux liens élastiques qu'on assujettit en continuant le bandage de l'étrier. Cet appareil est ensuite imprégné d'une épaisse solution de gomme pour le solidifier après dessiccation.

On dispose ainsi de quatre liens extenseurs insérés à la plante du pied.

La contre-extension s'opère sur les côtés du genou. Une abondante couche de ouate, soutenue par quelques jets circulaires de bande, entoure le genou. On place sur l'un et sur l'autre condyle la partie moyenne d'un lien élastique ou de toile, de la largeur d'une bande ordinaire, et long de 2 mètres, que l'on fixe en continuant le bandage circulaire peu serré. On replie sur la cuisse le chef inférieur de l'un et de l'autre lien, de manière à doubler le bout supérieur.

On a de la sorte quatre liens qui, réfléchis plus tard de bas en haut sur le plancher de la boîte, feront la contre-extension tout aussi bien que les mains d'un aide intelligent.

Ces préliminaires remplis, on procède à l'application de l'appareil. On fait glisser la boîte, dont les côtés sont rabattus, sous le membre soulevé par des aides, et l'on étend avec douceur la jambe fracturée sur la talonnière et sur le grand coussin dans lequel elle se creuse une profonde gouttière.

On engage les doigts sur les côtés du grand coussin non cousu, pour bien garnir de crin les dépressions de la face postérieure de la jambe, afin qu'elle porte partout parfaitement d'aplomb, et l'on borde le grand coussin en roulant sur les côtés de la jambe en forme de fanons ce qui excède le plancher de la boîte, que l'on ferme ensuite en relevant ses parois, à l'exception de la muraille externe qui reste abattue pour procéder plus aisément à la réduction de la fracture.

Si le déplacement est angulaire, il suffit de ramener le fragment inférieur à une direction normale. Quand le déplacement est par rotation, on fait tourner sur son axe jusqu'au degré nécessaire le fragment inférieur; si le déplacement a lieu avec chevauchement, raccourcissement, il faut recourir à l'extension, à la contre-extension et à la coaptation, et quand une bride musculaire est placée entre les fragmens, on la coupe par une section sous-cutanée, d'après la méthode de M. Jules Guérin.

Mais le résultat obtenu à l'aide des mains disparaît en grande partie dès que celles-ci, cessant de fonctionner, sont remplacées par les bandages ordinaires. Notre appareil permet de résoudre heureusement le problème de la permanence d'action par une puissance analogue à celle des doigts.

En effet, la *contre-extension* s'opère on ne peut mieux par les liens qui, fixés sur les côtés du genou, sont ramenés au verso de la boîte pour aller s'attacher dans les trous de la planchette digitale; car plus on tire sur eux, plus on fait remonter le genou.

L'extension faite par les mains d'un aide sur le pied est également bien remplacée par les liens attachés à la région plantaire et qu'on fixe aux trous de la planchette de la boîte, après les avoir serrés graduellement et sans secousses.

Là où notre appareil apparaît dans toute son efficacité, c'est quand il remplace d'une manière permanente la puissance momentanée des doigts du chirurgien qui ont opéré la coaptation des fragmens.

Des lacs élastiques disposés en forme d'anses, opposés d'action pour se faire équilibre, embrassent la fracture dans tous les sens voulus, de dedans en dehors, ou de dehors en dedans, d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, avec une harmonie, une douceur, une intelligence même qu'on ne rencontre pas toujours dans les mains des aides.

Ces lacs s'engagent dans une rangée de trous plus ou moins élevés des parois de la boîte. Ces trous sont là comme autant de doigts pour agir sur les lacs auxquels ils font poulie, de réflexion, et donnent un point d'attache.

---

n'est que le *budget* de nos connaissances.

Conclusion. Nier la statistique, c'est nier la médecine. Il y a bien eu des philosophes qui ont nié la matière, nié le mouvement, nié leur propre existence.... Pauvre esprit humain !

Enfin, la statistique est l'unique voie du progrès. Car si tant de livres anciens et modernes sont tombés et tombent dans l'oubli, c'est surtout parce qu'ils ne contiennent que des aperçus vagues, des généralités dépourvues de l'appui des faits. Au temps de légitime scepticisme où nous vivons, on exige, avec raison, l'exhibition des preuves avant de croire aux assertions. Il est si facile d'énoncer une opinion sans la motiver, l'affirmation pure est exploitée par tant d'ingénus et de charlatans, que personne ne croit plus aux axiomes purs et simples. Nos antagonistes comme nous-mêmes, lorsqu'on leur propose un parti, répondent : Voyons vos faits, leur *nombre* et leur qualité. Or, si la science se compose de faits rigoureusement interprétés, les seules œuvres valables, progressives et durables, seront celles basées sur la statistique raisonnée. Il est évident qu'on n'a jamais mieux observé que depuis que la statistique est en honneur, et, quoi qu'on en dise, nous lui devons la découverte de plus d'une vérité et la destruction de plus d'une erreur. Si vous la dépréciez, vous tuez la science future comme la science passée, car vous engendrez le mépris des faits, vous désapprenez l'observation, et la nouvelle génération se rendort dans ce milieu vaporeux où la science a végété pendant deux mille ans et où sont intéressés à la replonger certains esprits qui trouvent plus facile de débaucher les travailleurs que de les imiter.

Et que deviendrait l'enseignement sans la statistique? Lorsqu'un professeur veut motiver le traitement applicable à tel cas, il cherche naturellement des preuves et des appuis, les meilleurs qu'il puisse invoquer, dans les faits analogues dont ses auditeurs ont été témoins. Professeur de clinique, j'abdiquerais mes fonctions, s'il m'était interdit de m'étayer du fait d'hier pour élucider et justifier le fait d'aujourd'hui. Je dirais à mes élèves : « Allez ! Ces leçons de l'expérience ne sont que dangereux mensonges, et vous devez oublier tout ce que vous voyez ici. Dix, vingt succès ne prouvent rien pour le fait qui s'offrira dans l'avenir, car en médecine il n'est pas deux faits analogues et vos études sont du temps perdu. »

Faisons bien remarquer, avant d'en finir, que c'est la statistique que nous défendons et non pas les statisticiens; que c'est le principe et non les actes; car je suis d'accord sur ce point avec nos adversaires, qu'un bon statisticien est un oiseau rare, *rara avis*, comme dit F. Hoffmann. Et croyez-vous donc que les bons raisonneurs soient bien plus communs? Les recueils d'aphorismes modèles sont-ils donc si nombreux? La mauvaise statistique peut faire beaucoup de mal; et croyez-vous donc que la mauvaise dogmatisation soit plus salutaire? Il y a de mauvais statisticiens comme il y a de mauvais médecins. Les deux termes de cette proposition sont adéquates, car ils sont identiques et constituent une espèce de pléonasme, médecine et statistique étant synonymes comme nous l'avons démontré.

Au demeurant, s'il est vrai qu'on peut faire mentir les chiffres, encore est-il moins facile d'en imposer, quand il faut motiver ses mensonges par des faits, que lorsqu'il suffit d'affirmer pour obtenir créance. Pour moi, je suis plus satisfait de l'homme probe qui m'assure avoir guéri *cinq fois sur six*, que de celui qui m'affirme vaguement qu'il a guéri *souvent*; car le premier a pris la peine de compter, ce qui l'a mis dans l'obligation d'y regarder de près, tandis que l'autre peut être dupe de ces hallucinations si familières à l'esprit humain. Et combien d'hommes de bonne foi sont revenus de certaines idées enracinées dans leurs convictions, du moment où ils ont consenti à s'imposer le contrôle des chiffres ! Somme toute, les inconvéniens et les dangers sont graves des deux parts, mais la statistique subit un frein dont l'induction vague est affranchie.

En définitive, choisissez vos autorités en statistique aussi bien qu'en induction, et n'oubliez jamais cette sentence hippocratique formulée par Baglivi : *Sic valent oculi sic et homo* : tant vaut l'homme, tant vaut l'observation. Rien de ce qui est bien fait ne se fait aisément, et voilà peut-être tout le secret de beaucoup d'hostilités dirigées contre la statistique. *Omnis homo piger*, dit la sagesse, et nous soupçonnons fort que parmi les rivaux de la statistique se rencontrent plus de paresseux déguisés que de travailleurs convaincus.

On raconte que quelqu'un niant le mouvement devant Diogène, Diogène marcha; ainsi fait la statistique : elle marche.

Professeur FORGET.

— Dans l'une de ses dernières séances, tenue dans son local ordinaire à l'Hôtel-de-Ville, la Société entomologique de France a, pour la vingt-quatrième fois depuis sa fondation, procédé à la nomination des membres de son bureau pour l'année 1855, et au renouvellement annuel de ses commissions spéciales.

Ont été nommés membres du bureau : MM. le docteur Sichel, président; L. Reiche, vice-président; E. Desmarest, secrétaire; H. Lucas, secrétaire adjoint; L. Buquet, trésorier; L. Fairmaire, trésorier adjoint; A. Doüé, archiviste; E. Bellier de la Chavignerie, archiviste adjoint. Commission de publication : outre les membres du bureau, MM. G. de Baran, Deyrolle, l'abbé de Marseul, J. Migneaux et le docteur Signoret.

Commission des collections : MM. Berce, le docteur Boisduval, L. Buquet et l'archiviste qui en fait partie de droit.

Ces diverses indications remplies, on relève le côté de la boîte resté ouvert, pour le fixer à l'aide d'un crochet.

Notre appareil présente les avantages suivans :

1° Il est applicable à toutes les espèces de fracture de jambe ;

2° Il permet au chirurgien de se passer d'aides ;

3° En laissant le membre à découvert, on peut suivre de l'œil, sans interruption, la marche de la lésion, appliquer des topiques et panser les plaies sans déranger aucune pièce de l'appareil ;

4° Il rend facile le transport des malades ;

5° Il conserve au membre sa conformation normale sans l'atrophier, sans le déformer, sans en retarder la consolidation comme les appareils à attelles ou à compression circulaire ;

6° Il étend considérablement le cercle de la chirurgie conservatrice, au préjudice de l'amputation, quand, surtout, on sait emprunter à la glace sa puissante coopération ;

7° Il permet d'éviter les cals difformes et le raccourcissement du membre fracturé.

Les avantages de notre appareil apparaissent surtout quand la fracture est compliquée de grands désordres osseux, comme à la suite des coups de feu. Dans ces cas, nous enlevons toutes les esquilles qui irritent la plaie, et dont la présence fait naître et entretient d'interminables et mortelles suppurations, sans trop nous préoccuper de la perte osseuse. En effet, grâce aux belles et ingénieuses expériences de M. Flourens sur la formation des os, on sait aujourd'hui avec quelle merveilleuse puissance ceux-ci se régénèrent, pourvu que le périoste externe ou interne ait été conservé.

Une des nombreuses applications pratiques de ces admirables expériences sera de ne plus redouter le raccourcissement du membre après l'extraction des esquilles quand on aura religieusement conservé la membrane périostale.

Nous avons appliqué notre appareil à 157 fractures de jambe, non compris celles produites par les coups de feu qui forment une catégorie à part. Notre statistique se résume ainsi : une seule *amputation* et pas *un seul cas de mortalité*.

Nous avons dans cette statistique fait une réserve en faveur des fractures de jambe déterminées par des coups de feu, parce qu'en effet leur gravité est souvent si grande, que l'amputation immédiate semble impérieusement indiquée.

Les événemens de février et de juin 1848 nous ont fait modifier radicalement ce pronostic. Nous avons conservé des jambes vouées à l'amputation dans des cas presque désespérés. Aussi pensons-nous, aujourd'hui, que la jambe ne doit que très rarement être amputée, même quand elle a été brisée en éclat par une balle.

Si en 1836 nous avons été fondé à dire, dans notre livre clinique des plaies d'armes à feu, que les résections doivent, comme règle générale, remplacer l'amputation, quand il s'agit du membre supérieur, nous croyons actuellement pouvoir étendre ce même précepte à la jambe sous le bénéfice des trois formules suivantes :

1° Extraire les esquilles ;

2° Immobiliser le membre par un appareil qui le maintienne dans une rectitude convenable et permette de panser les plaies sans les déranger ;

3° Demander à la glace le frein capable de maîtriser sûrement l'inflammation traumatique.

A l'appui de cette dernière proposition, nous citerons l'opinion si prépondérante d'un illustre physiologiste :

« L'action du froid, dit M. Magendie, sur les phénomènes physiques » de la vie, manié avec art dans les circonstances opportunes, est un » moyen de traitement énergique. Il prévient les phénomènes dits » inflammatoires en ralentissant la circulation capillaire. »

Je regrette de ne pouvoir exposer dans cette analyse les faits nombreux sur lesquels repose mon opinion. Il en est un qui prouve jusqu'à quelles limites extrêmes nous avons pu étendre le cercle de la chirurgie conservatrice. Voici le sommaire de l'observation dont il m'a fourni le sujet :

Fracture des deux os de la jambe par une balle à la partie moyenne ; extraction de dix-neuf esquilles du tibia formant le quart de sa substance, et de quatre pièces d'os appartenant au péroné ; glace en permanence pendant quarante-six jours, interrompue et reprise plusieurs fois, complétement supprimée après cent six jours ; guérison avec raccourcissement de 7 centimètres. Le malade marche pendant trois ans à l'aide d'un appareil analogue à celui que nécessite l'amputation de la jambe sus-malléolaire ; mais, à cette époque, la solidité du membre est si parfaite que l'appareil est remplacé par un simple soulier à haut talon. Ce militaire, qui habite Paris, ne boîte même pas ; il peut faire plusieurs lieues de suite sans se fatiguer.

Cette lecture est la première publication officielle que nous ayons faite de notre appareil à fracture de jambe. En apportant à l'Académie des sciences les prémices d'un travail mûri par vingt-quatre années d'expérience, et admis dans la pratique, nous avons voulu lui donner un nouveau témoignage de notre respectueuse déférence. (Renvoi à la commission de médecine et de chirurgie.)

Séance du 22 Janvier 1855.

Mémoire sur la ligature de l'artère carotide externe.

M. J.-G. Maisonneuve lit sous ce titre un travail dont nous publions l'extrait suivant :

La ligature des gros troncs artériels est sans contredit l'une des découvertes les plus importantes et les plus fécondes de la chirurgie. Imaginée par Hunter pour guérir les anévrysmes, cette opération trouva bientôt d'heureuses applications dans le traitement des hémorrhagies, dans celui des varices artérielles, et dans celui d'un grand nombre d'autres tumeurs où prédomine l'élément vasculaire.

A chacun des progrès réalisés dans cette partie de la médecine opératoire, sont restés attachés les noms les plus illustres de la chirurgie, ceux entre autres de Scarpa, d'Astley Cooper, d'Abernethy, de Desault, de Dupuytren, de Roux, etc., et grâce aux travaux de ces grands maîtres, la plupart des artères principales sont devenues accessibles à nos instrumens.

Une des plus importantes néanmoins, l'artère carotide externe, semble avoir échappé à leurs tentatives opératoires ; c'est sur elle que je viens appeler l'attention.

L'artère carotide externe est, comme chacun sait, l'une des branches de bifurcation du tronc carotidien primitif. C'est elle qui, par ses nombreux rameaux, alimente presque exclusivement les tégumens du crâne, la face et les organes importans que cette région renferme dans ses cavités. Les anévrysmes, les varices artérielles, les tumeurs fongueuses, les cancers, sont fréquens sur le trajet de ses ramifications, et, plus souvent peut-être que partout ailleurs, ces lésions exigent que l'on intercepte le cours du sang dans les vaisseaux qui les alimentent.

Pour remplir cette indication, les chirurgiens ne connaissaient, jusqu'à présent, d'autres ressources que la ligature du tronc carotidien primitif, c'est-à-dire du tronc commun qui alimente à la fois la face et le cerveau.

Cette pratique avait plusieurs inconvéniens graves. Le premier était d'exposer sans nécessité absolue les malades aux conséquences parfois terribles de l'interruption du cours du sang dans l'organe encéphalique.

En effet, si l'on consulte les statistiques publiées sur la ligature de l'artère carotide primitive, on voit que le plus grand nombre des malades soumis à cette opération ont éprouvé des syncopes, des vertiges, des paralysies transitoires ; que d'autres, assez nombreux encore, sont restés paralysés de la vue, de l'ouïe, ou même de tout un côté du corps ; enfin que plusieurs ont succombé rapidement à la gangrène du cerveau, ou se sont trouvés comme foudroyés au moment de la constriction du fil.

Un autre inconvénient de cette opération consiste encore en ce que, dans les cas où la circulation cérébrale n'a pas éprouvé d'altération, le sang trouvant dans les anastomoses crâniennes une libre voie pour revenir dans la carotide interne et de là dans la carotide externe, a pu continuer à alimenter la maladie.

Cette remarque n'avait pas échappé à la sagacité de M. Velpeau, qui, dès 1839, écrivait ces lignes remarquables dans son grand ouvrage de médecine opératoire :

« On conçoit, dit cet éminent professeur, que, dans le principe, les » chirurgiens aient dû trouver plus commode de lier l'artère carotide » primitive pour toutes les maladies artérielles du crâne et de la tête, que » de chercher à lier les artères carotides secondaires. Mais cela n'est » plus admissible aujourd'hui.

» Il est une classe de maladies surtout qui semble réclamer impérieusement que l'on modifie la pratique chirurgicale à ce sujet. Je veux » parler des anévrysmes variqueux, des anévrysmes par anastomoses, » des tumeurs érectiles, etc. Effectivement, quand on a lié la carotide » commune pour une de ces maladies, le sang du côté opposé revenant » par la carotide interne, rentre de bas en haut dans la carotide externe, » en même temps qu'il rentre dans celle-ci par ses propres anastomoses.

» Aussi Pelletan, Dupuytren, Wardrop, Kuhl, de Noter, opérant pour » des anévrysmes variqueux, ont-ils échoué en liant la carotide primitive seule. Les tumeurs de la région temporale ont aussi résisté à la » ligature de la carotide commune entre les mains de Wuilliaume, de » Mussey, de Roux et de plusieurs autres.

» La ligature de la carotide externe, mettrait un terme à cette difficulté, pour toutes les tumeurs de la face et de l'extérieur du crâne. »

En lisant ce passage dans lequel le profond praticien traçait d'une manière si nette et si catégorique la voie qu'il importait désormais de suivre, on a peine à comprendre que la chirurgie ait persévéré dans ses anciens erremens ; et cependant personne, au moins en France, n'avait encore osé pratiquer la ligature de l'artère carotide externe, lorsqu'en 1849 je crus devoir y soumettre une jeune femme affectée de varices artérielles de la région temporo-frontale.

Cette opération ne présenta pas de difficultés sérieuses, son action sur la tumeur anévrysmale fut complète et radicale ; mais, au vingt-deuxième jour, longtemps après la chute de la ligature, il se manifesta, par suite d'une imprudence grave de la malade, une hémorrhagie qui exigea la ligature de la carotide primitive. Malgré cette circonstance fâcheuse et les accidens qui en furent la conséquence, ce fait n'en reste pas moins une preuve de l'efficacité de la ligature de l'artère carotide externe contre les varices artérielles.

Plusieurs années se passèrent sans que j'eusse l'occasion de réitérer cette opération. Mais cette année même il m'a été donné de la pratiquer quatre fois, et quatre fois avec succès. Voici dans quelles circonstances :

Deux malades affectés de cancers très avancés de la langue et du pharynx vinrent, à quelques jours de distance, me consulter à l'hôpital Cochin. Chez tous deux le mal avait acquis un développement tel, qu'il était impossible de songer à son extirpation par l'instrument tranchant, non plus qu'à sa destruction par les caustiques. C'est contre ces affections désespérées que je crus devoir proposer, comme dernière ressource, la ligature des artères carotides externes. Ces opérations furent pratiquées des deux côtés sur chacun des malades, et sur l'un et l'autre elles produisirent dans l'affection cancéreuse une modification remarquable sans déterminer aucun accident.

Conclusions. — Les conséquences que l'on peut déduire des cinq observations dont nous venons d'indiquer seulement les résultats, sont de deux ordres ; les uns ont trait à l'influence que la ligature des artères, en général, peut exercer sur la marche et l'évolution du cancer ; les autres sont relatives seulement à la valeur absolue de la ligature de l'artère carotide externe.

Quant aux premiers points, bien que les résultats que j'ai obtenus de la ligature des gros vaisseaux artériels, dans les cas de cancers, soient certainement de nature à encourager de nouvelles recherches, je crois que toute conclusion définitive à cet égard serait prématurée.

Mais quant à la valeur absolue de la ligature de l'artère carotide externe, je pense que dès à présent il est permis d'établir les propositions suivantes :

1° La ligature de l'artère carotide externe est une opération qui ne présente pas de difficultés sérieuses ;

2° Elle n'offre pas de dangers plus graves que la ligature des autres troncs artériels de second ordre ;

3° Elle a l'immense avantage de ne point exposer aux accidens cérébraux si redoutables après la ligature de la carotide commune.

4° Elle est plus efficace que cette dernière pour interrompre la circulation dans les vaisseaux de la face et de l'extérieur du crâne ;

5° Elle doit lui être substituée dans toutes les maladies entretenues par les artères de ces régions. — (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

PRESSE MÉDICALE.

BICHROMATE DE POTASSE (*Emploi du*). — La *Gazette médicale de Russie* (n° 20 et 21, 1854) contient un mémoire du docteur Pélican, dont nous croyons utile de donner la substance.

Deux médecins russes, Pirogoff et Zablotzky, ont expérimenté, sur la recommandation de M. Ed. Robin, le bichromate de potasse dans les affections syphilitiques. Les résultats obtenus par eux sur un nombre d'au moins cinquante malades peuvent, considérés sous les rapports de la thérapeutique, de la toxicologie et de la médecine légale, se résumer dans ce qui suit :

I. *Thérapeutique.* — 1° Le bichromate de potasse est supporté par un petit nombre de malades à la dose de 1/2 grain par jour ; le plus grand nombre peuvent en prendre 1/4 de grain par jour pendant longtemps (deux à quatre semaines). Ceux qui en prenaient 1/2 grain ne tardèrent pas d'en être incommodés. Quelquefois après le premier jour, ils accusèrent un sentiment d'anxiété, de douleur précordiale augmentant par la pression, accompagnée de sécheresse de la bouche, de nausées et parfois de vomissemens. Alors que le remède fut suspendu et repris ensuite, ces mêmes symptômes ne tardèrent pas à se répéter. 2° Les syphilides ne disparurent pas même par l'emploi du sel potassique continué pendant quatre à cinq semaines ; chez quelques malades l'éruption se prolongea même davantage. Dans quatre cas seulement, une roséole syphilitique disparut par l'emploi du remède continué pendant deux à trois semaines ; mais il est à remarquer que cette éruption syphilitique peut disparaître aussi sans traitement spécifique. 3° Le bichromate de potasse en solution aqueuse (4 gram. sur 360 gram.) agit comme un agent caustique quand on l'applique sur des excroissance syphilitiques. 4° Le remède est beaucoup plus irritant (sous cette forme ?) que le sublimé.

II. *Toxicologie.* — Des expériences instituées sur des chiens ont donné des résultats concordans avec ceux obtenus par Ducatel et Schindler sur des hommes, et ceux de Jaillard obtenus sur des animaux ; elles ont conduit à tirer les conclusions suivantes : 1° Le bichromate potassique appartient aux poisons métalliques âcres ; on doit le classer dans le même ordre que l'acide arsénieux et le sublimé et lui donner une place intermédiaire entre ces deux agens : il agit, dans la plupart des cas, d'une manière plus douce que l'acide arsénieux et plus active que le sublimé. 2° 5 à 30 centig. administrés en une fois occasionnent un trouble notable dans les voies digestives, présentant divers degrés depuis l'irritation simple jusqu'à une phlegmasie mortelle. 3° Les altérations anatomo-pathologiques qu'on trouve chez des sujets empoisonnés par le bichromate de potasse sont analogues à celles qu'on rencontre dans les empoisonnemens par l'acide arsénieux et le sublimé. 4° Les meilleurs antidotes, aussi longtemps que le vomissement n'a pas eu lieu, sont les bicarbonates de soude et de magnésie. Le traitement consécutif est analogue à celui recommandé généralement dans les empoisonnemens par les substances âcres.

III. *Médecine légale.* — En dehors des signes tirés de l'examen de la partie non ingérée du poison, on peut reconnaître l'intoxication par le bichromate de potasse par l'inspection des matières vomies. 1° Ces matières sont jaunes lorsque la solution du bichromate ingérée a été faible ; elles ont une couleur orange quand celle-ci a été concentrée. 2° Une petite quantité d'acide borique mise en contact avec quelques gouttes de ces matières fournit, par le chalumeau, sur le charbon, une flamme verte, 3° Dans une faible solution de bichromate, le chlorure barytique donne un précipité jaune pâle. 4° Les sels bismuthiques, le nitrate, par exemple, donnent un dépôt jaune clair. 5° Les sels plombiques, par exemple, l'acétate neutre de plomb, donnent un précipité d'un jaune intense insoluble dans l'acide nitrique faible. 6° Les sels mercureux, le nitrate de mercure, par exemple, donnent un précipité d'un rouge de brique et les sels d'argent sur un précipité d'un rouge foncé.

Avec des acides minéraux, l'acide chlorhydrique, par exemple, ainsi qu'avec l'alcool, on obtient une solution verte, et dans la solution de cette dernière menstrue, la potasse caustique ou l'ammoniaque donnent un précipité d'un vert sale. Il y a une plus grande difficulté à retrouver l'agent toxique dans les cadavres. On arrive mieux à cette constatation de la manière suivante : après avoir examiné avec quelques-uns des réactifs qui viennent d'être cités, le contenu de l'estomac et des intestins, on fait évaporer celui-ci dans une capsule de porcelaine. Le résidu est soumis à la chaleur rouge avec du nitrate potassique ; après destruction de la matière organique on dissout la masse dans l'eau, et à la solution filtrée on ajoute de l'acide chlorhydrique et de l'alcool, puis on chauffe. Par là, la couleur jaune passe au vert, et l'ammoniaque y produit un précipité vert sale qui devient plus apparent par l'ébullition. Le précipité, recueilli sur un filtre, est soumis à l'examen ultérieur avec l'acide borique. Jaillard a obtenu ces mêmes résultats de l'examen du foie et d'autres viscères, et il a constaté du chrome dans l'urine des syphilitiques qui avaient fait usage de bichromate de potasse à la dose de 0,02 à 0,05 par jour.

Un procédé plus simple encore pour arriver à la constatation du bichromate potassique dans les cadavres consiste à soumettre le résidu de l'évaporation du contenu de l'estomac, etc., ou des fragmens de viscères, à la carbonisation par l'acide sulfurique, puis à dissoudre, et à ajouter au liquide filtré de l'ammoniaque qui donne, en la chauffant, un précipité vert d'oxyde de chrome qu'on examine au moyen de l'acide borique. — (*Annales méd. de la Flandre occid.*, 1854.)

CONSERVATION DES SELS DÉLIQUESCENS ET EFFLORESCENS (*Nouveau mode de*). — Il est facile de conserver sous une couche de benzole, sans qu'ils subissent aucune altération, les sels que la moindre humidité fait tomber en deliquium (chlorure de calcium, chlorure de cuivre, etc.), ceux qui sont efflorescens (sulfate, phosphate et carbonate de soude), ainsi que ceux qui, comme le sulfate de fer, s'oxydent facilement à l'air. La seule précaution à prendre, c'est d'exposer ces sels, après qu'on les a retirés de la benzole, à l'action d'un fort courant d'air ; de cette manière on leur enlève l'odeur éthérée, particulière à la benzole. — (*Polytechn. Centr. Bl.*, 1854, et *Annales méd. de la Flandre occid.*, 1854.)

VALEUR DE LA CONIINE. — La coniine a été préconisée par Wertheim et d'autres médecins dans une foule d'affections diverses, et notamment dans le typhus et les fièvres intermittentes. Les docteurs W. Reuling et Fr. Salzer se sont livrés à des recherches expérimentales avec cette substance tant sur des animaux que sur des hommes. Ils n'en ont obtenu d'autre effet qu'une diminution de la toux dans la tuberculose et dans les bronchites, et de la douleur dans les névralgies ; encore ces effets sont-ils moins sûrs que ceux de l'opium, ce qui tient probablement à l'instabilité de sa composition. MM. Reuling et Salzer concluent de leurs expériences que la coniine ne doit pas être conservée au nombre des médicamens. (*Deutsche Klinik*, 1853, et *Annales méd. de la Flandre occid.*, 1854.)

COURRIER.

SOUSCRIPTION OUVERTE EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

6me liste.

MM. Ducos, à Paris, 5 fr. ; Baillarger, id., 20 fr. ; Demarquay, 10 fr.

Total de la 6me liste. . .	35 fr.
Listes précédentes . . .	1,333 fr.
Total général.	1,368 fr.

— Du 28 janvier au 4 février, aucun nouveau cas de choléra ne s'est présenté dans les hôpitaux et hospices de Paris, et aucun décès par cette maladie n'a eu lieu.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 16. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 8 Février 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS. On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*. ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT : Pour Paris et les Départemens, 1 An.... 32 Fr. 6 Mois.... 17. 3 Mois.... 9. Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 FÉVRIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance très calme et qui n'aura surexcité le système nerveux d'aucun honorable académicien.

M. Cloquet a présenté quelques réflexions sur le cathétérisme de l'œsophage, et une pince de son invention pour diviser et extraire les corps étrangers engagés dans cet organe.

M. Gérardin a fait un rapport très étendu sur un travail de M. le docteur Dutrouleau, médecin d'un grade élevé dans la marine impériale, travail relatif à l'hépatite des pays chauds. M. le rapporteur a donné de grands éloges à ce mémoire, dont il a présenté une analyse très complète.

M. Caffe a terminé la séance par la lecture d'une observation de tumeur de l'abdomen ayant donné lieu à une erreur de diagnostic.

Amédée LATOUR.

RAPPORT A L'EMPEREUR ET PROMOTIONS ET NOMINATIONS DANS L'ORDRE DE LA LÉGION D'HONNEUR, EN RÉCOMPENSE DE SERVICES SIGNALÉS PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN 1854.

Paris, le 29 Janvier 1855.

SIRE,

L'épidémie qui vient de sévir sur la France en même temps que sur la plupart des contrées de l'Europe, a douloureusement ému le cœur de Votre Majesté : je suis heureux de lui annoncer qu'elle a cessé complétement sur presque tous les points du pays.

Le Gouvernement, inspiré par les intentions généreuses de Votre Majesté, s'est empressé de prendre, avant et pendant le choléra, toutes les mesures propres à en prévenir, autant que possible, l'invasion, à en arrêter le développement, et à diminuer les souffrances des populations soumises à ses atteintes.

L'allocation de secours en argent pour venir en aide aux classes pauvres, la distribution d'instructions précises, adoptées sur l'avis éclairé du comité supérieur d'hygiène publique, l'envoi de médecins et de sœurs de charité partout où leur assistance était réclamée pour donner des soins aux malades, enfin la création d'une inspection générale des services sanitaires, confiée à un médecin distingué qui s'est rendu immédiatement dans les parties de l'Empire les plus gravement attaquées : tel est, Sire, le résumé de ces mesures qui, résolues et appliquées avec toute l'activité nécessaire en pareille circonstance, ont produit, au moyen du concours actif et dévoué des autorités locales, d'excellens résultats, et inspiré aux populations un juste sentiment de reconnaissance.

Votre Majesté a voulu que des récompenses fussent distribuées en son nom aux personnes qui se seraient particulièrement distinguées à l'occasion de l'épidémie.

Une information générale a eu lieu par les soins des préfets, et d'après ses résultats, je viens aujourd'hui mettre sous les yeux de l'Empereur les noms des médecins qui ont acquis, par des services remarquables, des titres à la décoration de la Légion d'Honneur.

Des médailles commémoratives d'or, d'argent ou de bronze, ou des témoignages écrits de satisfaction seront en outre décernés aux personnes jugées dignes par leur conduite de recevoir l'une ou l'autre de ces récompenses.

Je suis avec le plus profond respect, Sire, de Votre Majesté, le très humble, très obéissant serviteur et très fidèle sujet,

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'agriculture, du commerce et des travaux publics,

P. MAGNE.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présens et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'agriculture, du commerce et des travaux publics,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er, Sont promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'Honneur, en récompense de leurs services signalés pendant l'épidémie de choléra en 1854 :

Au grade d'officier :

M. le docteur Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, à Paris, chevalier depuis 1838.

Au grade de chevalier :

MM.

Roubaud, docteur en médecine à Gap (Hautes Alpes).
Brion, docteur en médecine à Buzancy (Ardennes).
Lafontaine, docteur en médecine à Foix (Ariége).
Bellemanière, docteur en médecine à Carcassonne (Aude).
Rols, docteur en médecine, juge de paix à Belmont (Aveyron), membre du conseil général.
Noirot, docteur en médecine à Dijon (Côte-d'Or).
Chabanon, docteur en médecine à Uzès (Gard).
Godin-Bourdillon, docteur en médecine à Châteauroux (Indre).
Vial, docteur en médecine à Saint-Étienne (Loire).
Foucauld, docteur des épidémies à Épernay (Marne).
Confevron, docteur en médecine à Langres (Haute-Marne).
Robert-Abel, docteur en médecine à Chaumont (Haute-Marne).
Chevalier (Jean), docteur en médecine à Bar-le-Duc (Meuse).
Colson, docteur en médecine à Commercy (Meuse).
Nève, docteur en médecine à Bar-le-Duc (Meuse).
Spiral, docteur en médecine à Montmédy (Meuse).
Leroy (Amédée), docteur en médecine à Béthune (Pas-de-Calais).
De Boret, docteur en médecine à Jussey (Haute-Saône).
Gevrey, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône).
Prieur, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône).
Simonin, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône).
Destrem, docteur en médecine à Paris (Seine).
Homolle, docteur en médecine à Paris (Seine).
Moissenet, docteur en médecine à Paris (Seine).
Moreau, docteur en médecine à Paris (Seine).
Niobey, docteur en médecine à Paris (Seine).
Hérard, docteur en médecine à Paris (Seine).
Goupil, docteur en médecine à Nemours (Seine-et-Marne).
Bucquoy, docteur en médecine à Péronne (Somme).
Bouyer, docteur en médecine à Draguignan (Var).
Calvy, docteur en médecine à Toulon (Var).
Bernard, docteur en médecine à Apt (Vaucluse).
Deloulme, docteur en médecine à Avignon (Vaucluse).

Art. 2. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'agriculture, du commerce et des travaux publics est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 29 janvier 1855.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'agriculture, du commerce et des travaux publics,

P. MAGNE.

Par arrêté en date du 1er de ce mois, S. E. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a décerné, au nom de l'Empereur, et en récompense de leurs services pendant la dernière épidémie de choléra, des médailles d'or aux médecins et élèves dont les noms suivent :

AIN. — Beroud (Ernest), d.-m. à Nantua.

AISNE. — Cordier, d.-m. à Saint-Quentin. — Jolly, d.-m. à Château-Thierry.

ALPES (BASSES-). — Richaud fils, d.-m. à Seyne.

ALPES (HAUTES-). — Blanc (Eugène), d.-m. à Gap. — Héritier (Pierre), d.-m. à Château-Videvieille. — Michel (Félix), d.-m. à Gap.

ARDÈCHE. — Garnier, d.-m. à La Voalte.

ARDENNES. — Brion fils, élève en méd. à Buzancy. — Chenet, méd. à Chatel-Chéry. — Faille, d.-m. à Vouziers.

AUDE. — Cazaintre (Fortuné), d.-m. à Limoux. — Coste (Bernard), d.-m. à Carcassonne. — Dieuzède, chir. au 1er de hussards. — Fréjacque (Gustave), d.-m. — Marty, d.-m. à Castelnaudary. — Narbonne, d.-m. à Narbonne.

AVEYRON. — Jacob, d.-m. à Rodez.

BOUCHES-DU-RHÔNE. — Boyer (Romulus), d.-m. à Marseille. — Gouiraud, d.-m. à Aix. — Olivier, élève en méd. à Paris. — Rampal, élève en méd. à Marseille. — Roux, pharm. à Marseille. — Volpelière, d.-m. à Aix.

CHER. — Maugenest, d.-m. à Saint-Amand.

CORSE. — Abatucci (Sévérin), d.-m.

CÔTE-D'OR. — Causard, d.-m. — Crouigneau, d.-m. — Fournier, méd. à Beaumont-sur-Vingeaune.

CÔTES-DU-NORD — Le Coniat, d.-m. à Paimpol.

DOUBS. — Martin, d.-m. à Besançon.

DRÔME. — Avias, d.-m. à Lus-la-Croix-la-Haute. — Dupré-Latour, d.-m.

FINISTÈRE. — Delannégrie, d.-m. — Lannurieu (François), d.-m. à Morlaix.

GARD. — Schilizzi, d.-m. à Aigues-Mortes.

GARONNE (HAUTE-). — Desbarreaux-Bernard, d.-m. à Toulouse. — Ripoll, d.-m. id.

GIRONDE. — Arnozan (Pierre-Henri), d.-m. à Bordeaux. — Levieux (Jean-Baptiste), d.-m. id.

HÉRAULT. — Baron (Barthelemy), pharmacien à Béziers. — Claret (Isidore), élève en méd. à Montpellier. — Kwosiborski, d.-m. à Saint-Chinian. — Léotard (Joseph), élève en méd. à Montpellier.

INDRE-ET-LOIRE. — Allain-Dupré, d.-m. à Tours.

JURA. — Dubief (Alfred), aide-major à Montmirey-la-Ville. — Verron (Adolphe), d.-m. à Dôle.

LOIRE. — Vial, d.-m. à Saint-Étienne.

MAINE-ET-LOIRE. — Daviers (Eugène-Joseph), d.-m. — Jouvet (René), d.-m. à Angers.

MARNE. — Boullaud (Ch.-François), d.-m. à Sainte-Ménéhould. — Landouzy, d.-m. à Reims. — Mosnier, d.-m. à Châlons. — Perrier (Édouard), d.-m. à Épernay.

MEURTHE. — Bancel père, d.-m, — Parisot, d.-m. — Schacken (de), d.-m. à Château-Salins.

MEUSE. — Baillet (Jacques-François-Joseph), d.-m. à Bar-le-Duc. — Brichard (Nicolas-François), d.-m. id. — Errard, d.-m. à St-Mihiel.

MOSELLE. — Chollot, d.-m. à Fontoy. — Guillaume, d.-m. à Sarreguemines. — Petitgrand, d.-m. à Gorze. — Roussel, d.-m. à Metz.

NIÈVRE. — Marquet (Achille), élève en méd. à Paris.

NORD. — Faucheux, d.-m. à Douai.

OISE. — Bourdier, d.-m. — Denoix (Guillaume), d.-m.

PAS-DE-CALAIS. — Dansou, chirurgien à Béthune. — Lemasson, élève en méd. à Paris.

PYRÉNÉES-ORIENTALES. — Bocamy, d.-m. à Perpignan.

RHIN (BAS-). — Eissen, d.-m. à Strasbourg. — Rueff, d.-m. id.

SAÔNE (HAUTE-). — Baulmont, d.-m. à Vesoul. — Coze, d.-m. à Strasbourg. — Julien, d.-m. à Vauconcourt. — Parguez, d.-m. à Besançon.

SEINE. — Arnoux, d.-m. à Paris. — Avignon (de Morlac), d.-m. id. — Brunet, id. id. — Bergeron, id. id. — Danet, élève en méd. — Delmas, d.-m. id. — Domerc, id. id. — Duparcque, id. id. — Durrieux, id. id. — Duvivier, id. id. — Fievet, élève en méd. — Foucart, d.-m. id. — Gaide, d.-m. id. — Gendrin, d.-m. id. — Houël, id. id. — Hullin, id. id. — Junod, id. id. — Leconte, id. id. — Léger, id. id. — Leroy, id. id. — Lesaunier, id. id. — Maubec, id. id. — Perrussel, id. id. — Pietra Santa, id. id. — Pitet, id. id. — Rotureau, id. id. — Schlésinger, id. id. — Thibault, id. id. — Vée, inspecteur général de l'ad. de l'ass. publ.

SEINE-ET-OISE. — Richier, d.-m. à Montfermeil.

VAR. — Augier, d.-m. à Salernes. — Bonnardel, d.-m. à Var. — Gilly, d.-m. à Le Verdiau. — Giraud, d.-m. à Draguignan. — Mourgues, d.-m. à Marseille. — Piffard (Pierre), d.-m.

VAUCLUSE. — Chauffard, d.-m. à Avignon. — Millet (André), d.-m. à Orange. — Touzet, d.-m. à Avignon.

VOSGES. — Baud, d.-m. à Mireconrt. — Delamontagne, d.-m. à Neufchâteau. — Masson, d.-m. à Mireconrt. — Mathis, d.-m. à Dompaire.

YONNE. — Hédiard, d.-m. à Sens. — Marie, d.-m. — Paradis, d.-m. à Auxerre.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'INFLUENCE ET DE L'ACTION DE L'ATMOSPHÈRE MARITIME DANS LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ;

Par M. le docteur POUGET, de Bordeaux, médecin inspecteur des bains de mer de Royan.

« Non solum numerandæ, sed perpendendæ observationes. »

Dans toutes les branches du savoir humain, et particulièrement dans les sciences d'observation, les faits les plus importans ont été le plus souvent constatés par nos devanciers, bien que ces derniers fussent dépourvus de nos moyens d'investigation; bien que, de plus, ils fussent privés des enseignemens initiateurs qu'apporte aujourd'hui à tous les ouvriers de la science notre merveilleuse publicité.

Quand ces faits, remontant à une haute antiquité, se trouvent vérifiés, aux différentes époques, par leurs analogues, on peut dire qu'ils consacrent des vérités fondamentales, de celles qui sont indépendantes de circonstances et de conditions momentanées.

Ces réflexions s'appliquent surtout à la médecine, science d'observation par excellence. Aussi, combien de fois n'a-t-il pas fallu revenir de la condamnation qu'on avait portée contre quelqu'une des assertions des vieux auteurs!.... Combien de ces vérités constatées, sanctionnées par le temps, constituant par conséquent une base invariable pour établir une méthode sûre qui ne trompe jamais, sont éparses dans les livres, n'ayant encore abouti à aucune application régulière!.....

Cette incurie est particulièrement regrettable quand ces indications aphoristiques concernent le traitement et la guérison de maladies très répandues, et le plus souvent réputées incurables. Tel est le cas de la phthisie pulmonaire, dont la curabilité est bien établie çà et là dans les annales de la science, mais d'une manière subsidiaire et presque fortuite, soit que la condition réelle de cette curation ait échappé à la plupart des auteurs, ou que l'ensemble des influences qui la produisent ait paru inaccessible à l'initiative du médecin.

Il est donc essentiel que cette action curative soit étudiée et spécifiée dans son essence par la coordination et l'explication de bien de faits négligés généralement jusqu'ici, et cela afin d'en déduire un mode de traitement démontré applicable et possible dans la plupart des cas.

C'est une lacune que nous voulons tâcher de combler en

partie, quant à l'action salutaire attribuée, de tous temps, à l'atmosphère maritime, sur les malades prédisposés à la phthisie ou atteints de cette maladie.

On sera peut-être étonné que des faits si importans et quelquefois si précis se soient produits, pour ainsi dire, à l'insu de la thérapeutique, et que celle-ci n'en ait pas tiré, jusqu'ici, toutes les conséquences, qui en jaillissent naturellement, pour le traitement de cette cruelle affection.

En étudiant spécialement l'action curative de tous les moyens modificateurs dont se compose l'atmosphère maritime, nous y découvrirons les élémens divers, les influences spéciales préconisées isolément, et constituant les méthodes particulières de traitement dont l'efficacité momentanée, partielle et insuffisante nous sera ainsi expliquée.

Commençons par établir l'ancienneté, le nombre et l'authenticité des faits.

Arétée et Pline attribuent à des voyages sur mer et particulièrement à celui d'Alexandrie des guérisons de phthisie bien constatées.

« L'air marin, dit M. Rancoulet (1), a pu opérer seul des guérisons complètes et inespérées de phthisie. Si l'espace ne nous manquait pas, nous pourrions entasser des preuves qui rendraient évidente cette corrélation thérapeutique, entre l'atmosphère maritime et cette cruelle maladie. Les anciens la connaissaient si bien qu'ils faisaient un précepte de cette médication : « *Si vera phthisis est* (dit Celse) *opus est, si vires patientur, longa navigatione, cœli mutatione, sicut densius quàm id est, ex quò discedit æger, petiller idieque optissime Alexandriam ex Italia itur* (2). » On remarquera que la traversée que Celse conseille aux phthisiques a pour but de chercher une atmosphère plus condensée, *cœlum densius*.

» Est-ce le climat particulier de l'Egypte qui jouissait, dans l'opinion des anciens, de cette efficacité ? Non, car Pline dit expressément, à ce sujet : « *Neque enim Egyptum propter se petitur, sed propter longam quietatem navigandi* (3). » De pareilles observations sont fréquemment citées dans les anciens auteurs. »

Nous empruntons au travail du docteur Foissac les faits suivans (4) :

« Cicéron n'éprouva plus d'hémoptysie à la suite de ses voyages dans les mers de Grèce.

» Gilchrist Buchon, d'Anneriest de Schreningen viennent à l'appui de ce que nous avançons.

» Les bords de la mer, dit Laennec, surtout dans les climats doux et tempérés, sont, sans contredit, les lieux où l'on a vu guérir un plus grand nombre de phthisiques.

» Le docteur Foville ne s'est-il pas bien trouvé, pour une affection de poitrine ayant résisté à tous les moyens de l'art, de son voyage à Sainte-Hélène, lorsque le prince de Joinville alla chercher les restes mortels de Napoléon Ier ?...

» Dublec d'Obstrekam parle de la guérison d'un ouvrier qui, atteint d'une phthisie, et en offrant les signes les plus tranchés, acquit une vigueur remarquable de constitution en échangeant sa profession avec celle de marin. »

Voici maintenant ce que nous lisons dans l'Union Médicale du 5 septembre 1854.

« Il nous reste à indiquer, dit le docteur Garnier (voyage médical en Californie), sommairement, les effets favorables de la navigation dans deux cas d'affection tuberculeuse.

» Deux jeunes passagers, Huguet, chapelier à Paris, âgé de 22 ans, et Lartigue, âgé de 30 ans, tous deux fils et frères de phthisiques et présentant les signes de la phthisie constitutionnelle, contractèrent, tous les deux, des bronchites dès le début du voyage. Chez le premier, déjà jugé poitrinaire à la Charité, il y eut des épistaxis répétées avec matité et craquement sous la clavicule gauche.

» Une chèvre étant à bord, je les soumis tous les deux à l'usage du lait coupé avec de l'eau de mer, dont la dose fut portée graduellement à un verre, matin et soir.

» Les accidens s'arrêtèrent rapidement chez Huguet : il reprit des forces et de l'embonpoint après deux mois de maladie, et débarqua dans un parfait état de santé ; il suivit ses compagnons aux mines, et j'appris qu'il supportait les rudes fatigues de sa nouvelle position de mineur, où il était assez heureux.

» Lartigue, au contraire, offrit successivement tous les symptômes de la phthisie aiguë, jusqu'à l'expectoration tuberculeuse : puis au troisième mois elle diminua ; l'appétit reprit, et cet intéressant garçon débarqua à Valparaiso, où il est resté avec toutes les apparences de la santé.

» Les anciens ont beaucoup vanté, comme on le sait, la navigation sur mer dans la phthisie, et le génie de Laënnec lui avait indiqué ce puissant moyen. Bien plus, il est démontré que cette cruelle maladie est excessivement rare chez les marins, et qu'on ne rencontre jamais de phthisie occasionnelle parmi eux (Forget, *Médecine navale*). Cependant on ne tient aucun compte de tout cela aujourd'hui, parce que la croyance profonde des médecins dans l'incurabilité de cette cruelle maladie, les trompe et les aveugle. »

Qu'il nous soit permis de protester, avec preuves à l'appui, contre cette dernière opinion, que nous considérons, avec le docteur Garnier, comme un peu trop générale et trop absolue.

Enfin, nous écrivions nous-même en 1851 (1) :

« Les bains de mer et surtout *l'habitation de la plage*, par suite de l'action de *l'atmosphère maritime* sur *les organes respiratoires, sont très utiles dans la phthisie :*

» 1° Pour la prévenir ;

» 2° Pour en arrêter ou en ralentir la marche quand elle débute, et même, parfois, quand elle est plus ou moins avancée ;

» 3° Pour en consolider la guérison lorsqu'on a pu l'obtenir, et pour en prévenir, autant que possible, la récidive.

» Nous n'avons pas besoin de répéter, ajoutions-nous, que, de tout temps, les voyages sur mer ont été conseillés pour combattre la fatale prédisposition héréditaire à la phthisie. Si, comme nous le verrons, ils peuvent quelquefois la guérir et en prévenir les rechutes, à plus forte raison pourront-ils la prévenir elle-même, employés à temps et dans des conditions convenables.

» Quant aux heureux effets à espérer des bains et de l'air de la mer pour arrêter cette cruelle maladie, ou bien pour en ralentir les progrès à son début, et même alors qu'elle est parvenue à un certain degré, ils sont démontrés par une foule d'observations, et notamment par celles de la page 55 et 56 de notre travail. La première concerne un sujet atteint de bronchite chronique dégénérée en véritable phthisie laryngée, et la seconde en un cas de phthisie tuberculeuse au premier degré.

Une exposition journalière, pendant cinq à six heures sur une falaise, respirant à pleins poumons l'air de la mer, suffit pour éteindre, au bout d'un mois, la toux, faire cesser les crachats, rendre l'appétit, les forces et le sommeil. C'était en 1839, et, depuis lors, la même personne, lorsqu'elle sent, à quelque époque de l'année que ce soit, sa voix et sa poitrine fatiguées, retourne sur les bords de la mer, où elle reprend une santé confortable ; ce sont ses propres expressions.

Nul doute que, pour la seconde observation, on eut affaire à une phthisie à son premier degré... Une première consultation avait fait soupçonner des tubercules mésentériques, et, quelque temps après, l'auscultation avait donné à notre confrère le docteur Cazenave, de Bordeaux, la presque certitude de tubercules à l'état miliaire au sommet des deux poumons. Il y eut même des crachemens de sang avec aggravation de symptômes. Le malade souffrait depuis très longtemps. Après un mois, quelques jours d'habitation et de promenades sur les bords de la mer, sans emploi de bains, suffirent pour la guérison complète de ce malade, qui devait être dirigé sur Cauterets et qui s'était rendu à Royan, malgré les craintes manifestées par ses médecins, sur la prétendue trop grande vivacité de l'air de la mer.

C'était en 1849, et tous les ans, depuis lors, nous voyons à Royan M. G... jouissant d'une santé parfaite.

Voici maintenant une observation de phthisie au deuxième degré (obs. 81, p. 367, *loco citato*) :

« Le fils de M. L... était au collége de la Sauve, près de Bordeaux, lorsqu'à la suite d'une fluxion de poitrine il cracha le sang.

» Il fut retiré de la pension, et son état empira. Dans une consultation où se trouvaient MM. les docteurs Cazenave, Gintrac et Bancal, on constata l'existence dans le poumon de plusieurs tubercules ramollis. Plusieurs cautères furent appliqués sur la poitrine.

» Lorsqu'on vit un léger amendement, on conseilla un voyage sur mer.

» Ce jeune homme, âgé de 13 ans, fut embarqué. Il n'était pas en mer depuis un mois, qu'il ne toussait plus. Il travailla à bord comme pilotin, et à son retour il était complétement guéri.

» Il a continué l'état de marin ; il a maintenant 20 ans, et c'est un superbe garçon. »

Si donc l'air de la mer est un des plus puissans moyens prophylactiques et curateurs de la phthisie, le séjour simple sur ses bords, en l'accompagnant de temps en temps de l'action de l'eau de mer en bains, mais employés avec la plus grande réserve, doit être de la plus grande efficacité pour compléter la guérison de phthisie, et en prévenir même la récidive.

A l'appui de cette assertion, nous écrivions aussi (*loc cit.* page 211) :

« Cette médication secondaire ou de convalescence, par le séjour sur les bords de la mer, est mise depuis longtemps en pratique par le médecin qui, dans les Pyrénées, voit le plus d'affections graves de poitrine.

» Nous voulons parler du docteur Darralde, medecin inspecteur des Eaux-Bonnes, lesquelles eaux jouissent, dans le traitement des affections pulmonaires, d'une puissance curative incontestable et incontestée.

» Ce médecin, si justement apprécié dans sa spécialité, prescrit très souvent aux malades qui partent des Eaux-Bonnes, de séjourner quelque temps sur les bords de la mer ; il en enverra même y passer l'intervalle compris entre deux saisons de la même année.

» En rapprochant ce dernier fait des expériences et des observations du docteur Pravaz, expériences dont nous parlerons plus tard, n'est-on pas conduit à penser que l'atmosphère maritime agit sur les malades déjà traités aux Eaux-Bonnes, non seulement par sa pureté, sa température, son peu de variabilité, mais encore par une pression, une force élastique appropriée à l'organe pulmonaire? »

Nous nous contenterons de citer ces quelques observations dont nous aurions pu très aisément augmenter le nombre, pour constater l'utilité de l'atmosphère maritime dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Elles suffiront, ce nous semble, pour éveiller l'attention des médecins sur cette question, et les amener chacun dans sa sphère à concourir à une solution plus ou moins prompte et définitive, qui deviendra pour notre art une ressource fertile en applications, dans des circonstances, où, jusqu'ici, il demeurait le plus souvent impuissant.

Nanti de ces données, quelque praticien, je l'espère, pourra en faire l'objet d'études plus profondes, et produire quelque traité spécial accompagné de tous les développemens, et de toutes les explications que comporte un si intéressant sujet.

Quant à nous, nous n'avons pris la plume que pour ouvrir la voie à des recherches plus complètes ; nous l'avons fait sans prétention, en nous dégageant de tout esprit de système, en tâchant de nous préserver de cet entraînement involontaire qui pousse les promoteurs d'une idée au delà de ses limites rationnelles, et leur fait négliger tous les autres moyens dont l'expérience vérifie tous les jours la valeur thérapeutique pour combattre la cause essentielle et les diverses complications d'un état morbide généralement réputé jusqu'à ce moment incurable.

(La suite prochainement.)

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE, OU PLUTOT DES ÉTATS PATHOLOGIQUES QUI LUI SONT PROPRES (1) ;

Par M. le professeur Piorry.

(Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 30 Janvier 1855.)

Pyocélies ou abcès consécutifs. — Consécutivement à la variodermite, et cela, soit avant, soit même après la chute des pyolithes, on voit parfois se former des abcès sous-cutanés. Ils me paraissent dus à la perforation de la couche la plus profonde du derme alors que du pus est accumulé dans les pustules, et à la pénétration de celui-ci dans le tissu cellulaire qui double la peau. Je me fonde dans cette opinion : 1° Sur l'examen de quelques pièces anatomiques, sur ce que l'on voit dès le début des taches rouges propres à la variodermite exister fréquemment dans les parties les plus internes du derme ; 2° sur l'analogie qui existe d'une part entre la perforation du péritoine à la suite de la lésion des plaques de Peyer (iléo-spilosie), et de l'autre les accidens qui précèdent et accompagnent les pustules varioliques.

Quoi qu'il en soit, et quand bien même ces abcès seraient dus à des angioleucites, à des phlébites, à l'extension par contiguité de la phlegmasie, toujours est-il qu'ils doivent être traités comme tout autre abcès. En général, il convient donc de les ouvrir largement, et si un décollement a lieu à l'entour et persiste, il convient d'injecter dans le foyer de la teinture d'iode étendue d'un tiers d'eau ; ou, dans le cas où ces moyens ne réussiraient pas, d'exciser le tégument aminci qui recouvre la cavité où le pus se forme et s'accumule.

Variodermite hémorrhéique (variole noire). — La variodermite présente parfois un caractère excessivement grave, sur lequel j'ai entendu mon collègue et ami, M. le docteur Piedagnel, insister avec la plus grande raison ; je veux parler de la teinte violacée ou noirâtre que présentent parfois une ou plusieurs pustules varioliques. Dans ces cas les malades succombent presque toujours ; un tel état est dû aux hémorrhagies qui sont survenues dans les pustules ainsi colorées. Il m'a semblé, dans quelques cas, que cet accident était dû à de la gêne dans le passage du sang à travers un poumon dont les bronches sont remplies de liquides, et à des stases dans la circulation générale ; mais ailleurs et à coup sûr, les dermorrhémies dont il s'agit sont dues à un état particulier du sang, plus ou moins analogue au scorbut des auteurs, qui, pour moi comme pour M. Andral, est dû à une hypoplastémie (diminution de la fibrine du sang). Or, me rappelant que dans les faits dits de scorbut on a tiré un très grand parti de l'emploi des végétaux frais, et qu'en peu de jours on a vu sous l'influence de cette médication cesser les hémorrhagies propres à cet état, me souvenant encore que, dans un grand nombre de cas, des pertes de sang coïncidant avec des maladies aiguës de l'intestin ou avec des splénopathies, j'ai eu recours avec le plus grand avantage à l'emploi des sucs d'herbes ; j'ai employé dans quelques varioles hémorrhagiques les sucs dont il s'agit, composés de laitue, de cerfeuil, de chicorée, etc., etc. Une malade qui en a été atteinte, traitée de cette façon, s'est rétablie ; de sorte qu'à l'avenir, dans des circonstances analogues, j'en conseillerai l'emploi.

Variostomatite, variopharyngite. — L'éruption variolique, dont les membranes muqueuses de la bouche et du pharynx sont le siége, est susceptible des plus grandes variétés. Les taches rouges qui la constituent au début sont parfois très petites, et ailleurs leur diamètre est de 4 à 5 millimètres, rarement leur voit-on prendre, lors de leur développement, l'aspect de pustules semblables à celles de la variodermite. Il n'y a pas ici, comme cela a lieu pour chaque bouton de la peau, une ombilication centrale, ce sont plutôt des couches plastiques blanchâtres, des ulcérations qui se forment, que de petites tumeurs pleines de pus.

---

(1) *Coup d'œil sur l'hydrothérapie en général et sur les bains de mer*, page 69.

(2) Celse Corn. III, 22.

(3) Pline le jeune mentionne l'observation suivante : « Dum zozima libertus meus nitente instanterque pronunciat, sanguinem rejecit, utque ob hoc in Ægiptum missus a me, post longam peregrinationem confirmatus redilt nuper. » (Pline jeune, V ep. 19.)

(4) *Traité de météorologie*, etc. ; Paris, 1854.

(1) *Recherches et observations sur l'emploi hygiénique et médical de l'eau de mer, et sur les influences de l'atmosphère maritime*, page 356.

(1) Voir les numéros des 1er et 3 Février 1855.

Elles sont entourées d'un limbe rouge vermeil qui s'étend plus ou moins loin et donne parfois à toute la surface de la bouche et du pharynx les caractères attribués à l'inflammation. La langue, le voile du palais et ses piliers, la luette, l'arrière-gorge en sont souvent atteints, et cela à des degrés divers. Ici, bien que les boutons intéressent, comme pour la peau, les couches profondes, ils sont loin d'avoir la même épaisseur que dans le derme, parce que le tissu où ils ont leur siége est sensiblement plus mince. Cette circonstance est à noter, relativement à l'action des cathérétiques.

Il n'y a pas, du reste, chez les variolés, une proportion constante entre l'intensité de la variodermite et celle des stomatites et des pharyngites étiovariosiques, et l'on voit des cas, rapportés par les auteurs à la variole discrète, dans lesquels les pustules de la bouche et du pharynx sont excessivement nombreuses, la même réflexion est malheureusement tout à fait applicable à la variolaryngite.

Des accidens plus ou moins graves sont les conséquences fréquentes des états organiques qui viennent d'être décrits : des douleurs vives ont souvent lieu, les mouvemens de la langue, la déglutition deviennent pénibles, la salive coule abondamment et est difficilement rejetée; dans quelques cas malheureux elle s'accumule dans le pharynx, et, par suite du passage continuel de l'air, y devient écumeuse. Il arrive même que son abondance est telle que la difficulté de l'expuition est parfois si grande que le *liquide spumeux pénètre avec l'air inspiré dans le larynx et les bronches, y cause des phénomènes d'asphyxie* (*ou mieux d'hypoxémie*), tout aussi graves que ceux qui surviennent dans la variolaryngite.

Fréquemment les boutons varioliques viennent à se déclarer au niveau de l'orifice du canal de Sténon, à la face interne de la joue; de là un écoulement énorme de salive et dans quelques cas une obstruction ou emphraxie du canal parotidien, puis la distension de celui-ci et une phlegmasie sialostasique de la glande d'où ce canal émane.

En général, on traite à peine de semblables états pathologiques. Tout au plus on a recours à des gargarismes réputés émolliens ou prétendus détersifs et composés soit avec le miel rosat étendu d'eau, soit avec une légère dissolution d'alun, et c'est tout au plus; l'on ne songe même pas à enlever les enduits qui se forment dans la bouche et qui, s'y indurant, deviennent très propres à empêcher les mouvemens de la bouche, de la langue et du pharynx.

M. Serres avait aussi pensé que la cautérisation avec l'azotate d'argent pouvait entraver la marche de la variosite atteignant la bouche et le pharynx. J'avais très inutilement tenté l'emploi de cette médication, et, bien que l'employant le plus tôt possible et presque au début, bien qu'ayant alors très fortement touché chaque pustule avec le crayon de ce sel, je n'en avais pas moins vu le mal continuer et les accidens les plus graves se déclarer. Depuis quelques années, en m'y prenant autrement, ce moyen m'a paru avoir les plus heureux résultats; me fondant sur l'étude approfondie de la lésion, sur sa profondeur dans les tissus, *j'ai fait cautériser matin et soir, avec l'azotate d'argent, les pustules de la bouche et du pharynx*, et j'ai vu dans plusieurs cas la phlegmasie avorter ou, du moins, prendre une marche moins fâcheuse. Il arrive ici précisément ce qui arrive pour les petites excoriations de la membrane muqueuse de la bouche, auxquelles on a donné le nom singulier d'aphthes. (Ces excoriations sont très souvent les résultats d'écorchures produites par les dents qui se croisent ou qui font saillie. Elles ont été, fort à tort, considérées comme étant les résultats d'une cause interne. Certaines dispositions peuvent cependant leur donner lieu, provoquer leur apparition, ce sont toutes celles qui donnent lieu à la tuméfaction, à l'épaississement de la membrane muqueuse orale; car ces états pathologiques favorisent infiniment les morsures, et même le contact de la langue, des joues et des lèvres avec les inégalités des dents.)

Tout aussitôt que l'on a touché ces aphthes avec le nitrate d'argent, la douleur qui existait d'une manière continue cesse, et ne reparaît qu'au moment où l'escarre qui a succédé à l'application du caustique est tombée. Le même fait a lieu pour la cautérisation superficielle des ulcérations varioliques du pharynx et de la bouche. Or, en renouvelant suffisamment l'action du caustique, on obtient des résultats tellement avantageux que la stomatite et la pharyngite venant à se calmer, l'expuition et la déglutition s'accomplissent dès lors avec facilité.

Quand, avec ou malgré ces soins, la salive s'accumule dans le pharynx et expose le malade aux dangers d'asphyxie dont il a été parlé, on peut remédier à cet accident, au moins d'une manière momentanée, en faisant incliner la tête et placer la bouche sur un plan déclive par rapport au pharynx.

Il est surtout urgent de cautériser fréquemment les boutons varioliques voisins des orifices des conduits de Sténon ou de Warthon, et cela dans la crainte des phlegmasies sialostasiques (dues à la stase de la salive), dont les parotides et les autres glandes salivaires peuvent être atteintes.

Il arrive trop souvent que la pharyngite occupe l'orifice guttural du larynx; on le constate, soit par la gêne extrême de la déglutition, et par la toux qui survient lors de la pénétration des liquides dans les voies de l'air, soit par le toucher au moyen du doigt profondément dirigé vers l'arrière-gorge. Dans de tels cas, il convient de porter une tige de baleine recourbée et armée du caustique jusque sur la partie malade. Dans certaines circonstances graves, la trachéotomie serait convenablement pratiquée pour remédier aux suites d'une telle lésion. Je reviendrai bientôt sur ce sujet.

TRAITEMENT DE LA VARIOLARYNGITE ET DE LA VARIOBRONCHITE. — La lésion anatomique la plus grave qui puisse survenir dans la variole est à coup sûr l'éruption dont est fréquemment le siége la membrane laryngo-bronchique. Elle consiste en de petites tumeurs rouges arrondies, qui, souvent à la microscopie, ont l'apparence de simples taches dont la dimension varie de 1 à 5 millimètres; elles ne sont pas ombiliquées, ce qui provient probablement de ce qu'elles n'ont pas à leur centre de poil ou d'orifice sébacés ou muqueux. A mesure qu'on les considère sur des points plus rapprochés de l'orifice pharyngien, elles sont plus larges et plus saillantes, tandis qu'elles deviennent d'autant plus plus petites et moins en relief à proportion qu'elles occupent dans l'arbre bronchique des points plus reculés, il est probable que, très rarement, elles envahissent les vésicules pulmonaires; car, on n'observe presque jamais de variopneumonite, c'est-à-dire de phlegmasie du tissu du poumon, liée à la cause virulente ou variose, et se déclarant en même temps que la dermite ou la pharyngite étiovariosique. Les pneumonites des variolés sont, en général, les conséquences de la bronchite spéciale que je viens d'indiquer. Du reste, les cordes vocales sont trop souvent le siége d'une éruption de pustules dont le nombre dans les cas que j'ai vus a varié de une à six ou huit.

Il serait peut-être intéressant, au point de vue pratique, de rechercher si la lésion occupe ici toute l'épaisseur de la membrane muqueuse, ou bien si elle n'en atteint que les couches superficielles. Je n'ai malheureusement pas fait de recherches à ce sujet; mais je crois que cet état anatomique envahit profondément le tissu de la membrane, car il en est ainsi pour les pustules dermiques, et cela dès leur apparition. Il paraît que *cette phlegmasie laryngo-bronchique* suit une marche progressive et devient de plus en plus intense, en même temps que la dermite parcourt ses périodes. C'est, en effet, au moment où l'affection cutanée est portée au plus haut degré, que les symptômes de la souffrance du tube aérien deviennent plus marqués.

Les symptômes de cet état pathologique ne sont pas, comme on pourrait le croire, une toux vive et incessante. Tout au plus en observe-t-on une, qui, rare et légère, est profonde et est accompagnée d'une expectoration très peu abondante. Il y a bien un sentiment de douleur vers le larynx et la trachée, mais il est peu intense, et le caractère symptomatique le plus saillant, celui qui, pour la certitude diagnostique et pronostique se rapproche le plus de l'importance des signes anatomiques, c'est à coup sûr cette altération de la voix, dite enrouement, et dont le degré correspond à celui de la variolaryngite.

Quelque peu intense que soit la variodermite, redoutez une terminaison funeste, alors que coexistera dès les premiers temps du mal, un enrouement qui n'avait pas lieu avant le début de la variosémie. Presque tous les malades soumis à mon observation, et qui ont présenté ce phénomène, ont succombé, et voici à peu près de quelle façon : l'altération de la voix augmente de plus en plus; elle finit souvent par être portée jusqu'à l'aphonie; l'*exlaryngition* devient extrêmement difficile, et dans les derniers temps l'expectoration n'a lieu que jusqu'à la hauteur du larynx; il en résulte que les mucosités formées abondamment dans le tube aérien, par suite de la variotrachéite ou de la variobronchite, sont incomplétement et même ne sont pas du tout rejetées au-dehors; et comme presque toujours il existe en même temps une variopharyngite, la salive elle-même n'est ni avalée ni rejetée hors la bouche.

Ces liquides, agités avec l'air de l'inspiration et de l'expiration, deviennent écumeux et mettent de plus en plus obstacle à l'entrée de ce même air. Alors et très promptement la coloration des lèvres, de la bouche, des pustules devient livide; la respiration et le pouls s'accélèrent, l'intelligence se trouble, tous les phénomènes de l'hypoxémie (asphyxie incomplète) se dessinent et bientôt la mort survient; cependant à la nécroscopie on ne trouve pas de dépôts de couches membraniformes sur les cordes vocales qui ne sont pas épaissies par l'inflammation au point de rétrécir l'ouverture par laquelle l'air doit pénétrer. Ce n'en est pas moins par anoxémie (défaut d'oxygénation du sang) que la terminaison fatale a lieu; car, ainsi que je l'ai dit précédemment, la gêne survenue dans l'évacuation soit des mucosités laryngo-bronchiques, soit de la salive, donne lieu à l'accumulation de ces matières qui bouchent les conduits aériens et mettent le malade dans les mêmes conditions que celles qui font périr les submergés.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Février 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport adressé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce par le docteur GERMAIN, médecin à Salins (Jura), sur les causes, la prophylaxie et le traitement du choléra. (Comm. du choléra 1854.)

2° Un second rapport sur le choléra qui a régné dans le département du Var, par les docteurs CALVY, PIFFARD et BOUYER. (Même commission.)

3° Un rapport sur le choléra d'Arras, par M. DEHÉE. (Même commission.)

4° Un rapport du docteur COLIN, médecin de l'arrondissement de Mayenne, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à la Pallie. (Comm. des épidémies.)

5° La recette d'un remède proposé par M. MOURGON, pour la guérison des douleurs rhumatismales. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

6° Les rapports de MM. VERDIER et BLOUQUIER, inspecteurs des eaux minérales de Cauvalat et de Fonsanche (Gard), sur le service médical de ces établissemens en 1853 et 1854. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivans :

Le docteur CHAPEL, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Malo, communique à l'Académie un mémoire sur le *cancroïde de la face.* Voici quelles sont les conclusions par lesquelles l'auteur résume ce travail :

1° Le cancroïde de la face se distingue du fibro-plastique et du cancer par ses symptômes, sa marche et principalement par ses caractères histologiques qui ne permettent pas de le confondre avec une autre affection.

2° Ce cancroïde ne récidive d'ordinaire que sur place ou dans les ganglions voisins, circonstance importante, et qui doit éloigner la crainte de voir le produit morbide renaître au loin et se généraliser.

3° Parmi les causes de la maladie, celle qui paraît la mieux établie est l'habitude de fumer une pipe à tuyau très court.

4° D'après les observations de l'auteur, les caustiques doivent être proscrits du traitement de cette affection; non seulement l'instrument tranchant a pour lui la rapidité de l'exécution et la beauté du résultat, mais il a encore sur les caustiques l'avantage bien plus important d'atteindre les dernières racines d'un mal dont l'extirpation, pour être efficace, doit être aussi complète que possible. (Le mémoire de M. Chapel est renvoyé à une commission composée de MM. Robert, Jobert et Bégin.)

— Un pli cacheté déposé par le docteur HERPIN, et contenant, dit cet auteur, le sommaire d'un nouveau progrès dans le traitement de l'épilepsie.

— Une lettre du docteur GARIEL, renfermant plusieurs propositions directement opposées à celles émises dans la dernière séance par M. Piorry, touchant le traitement local de la variole. Ce professeur a cherché à établir que tous les topiques étaient susceptibles de modifier les pustules varioliques ou d'en prévenir la suppuration, pourvu qu'ils remplissent l'unique indication de soustraire la peau au contact de l'air. Selon M. Gariel, au contraire, 1° les préparations mercurielles, en général, déterminent l'avortement des pustules varioliques; 2° aucune autre substance ne produit le même effet (ont été expérimentés comparativement l'emplâtre de ciguë, le diachylon, le charbon porphyrisé uni à l'axonge, diverses préparations de plomb, etc.); 3° lorsque les préparations mercurielles sont appliquées la veille ou le jour même de l'éruption, elles empêchent les pustules de se développer; mises en usage du quatrième au sixième jour, elles font rétrograder la suppuration, et cela d'autant plus sûrement, que leur application a suivi de plus près le début de l'éruption.

— Une lettre du docteur BOREL, médecin adjoint à l'Hôtel-Dieu de Pontoise, dans laquelle ce praticien sollicite une mention honorable pour sa *mixture antigoutteuse.* La recette de ce médicament est consignée dans un paquet cacheté, joint à sa lettre. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Une lettre du docteur SELSIS, où ce médecin se plaint vivement des homœopathes d'Agen, et prie l'Académie d'accepter l'hommage de deux brochures qu'il vient de composer pour combattre les adeptes de la doctrine de Hahnemann.

— Une note de M. CHENAILLE, sur un instrument imaginé par lui dans le but de dilater le col utérin pour opérer l'accouchement prématuré artificiel.

— M. le docteur LEMENANT, des Chênais, présente à l'Académie un dilatateur du col de l'utérus pour l'accouchement prématuré artificiel.

Cet instrument, fabriqué par M. Charrière fils, a été décrit dans un mémoire qui vient d'être couronné par la Société impériale de médecine de Marseille.

A Valves.
B Tige creuse dans laquelle en glisse une autre articulée en *D.*
C Vis qui sert à mouvoir la tige intérieure.
D Articulation mobile des valves et de la tige intérieure.
E Échelle de proportion et curseur indiquant le degré d'écartement des valves.

Nota. La tige peut être recourbée sans nuire au mécanisme de l'instrument.

— M. LARREY communique un mémoire manuscrit de M. CAZALAS, médecin principal de l'armée d'Orient, sur l'épidémie cholérique dont la 1re division de l'armée a été frappée dans la Dobrutscha en 1854. L'auteur sollicite la faveur d'obtenir un rapport spécial de ce travail. Une commission est nommée pour en faire l'examen; elle se compose de MM. Larrey, Londe et Bousquet.

— M. CLOQUET expose quelques considérations *sur le cathétérisme de l'œsophage*, et montre un instrument, de son invention, propre à extraire les corps étrangers de ce conduit.

La principale difficulté, dit l'orateur, que l'on rencontre quand on veut faire pénétrer une sonde dans l'œsophage provient de ce que la cavité buccale est horizontalement dirigée, tandis que le conduit qui lui fait suite, et qui est formé par le pharynx et l'œsophage, offre, au contraire, une direction verticale. Il résulte de là un angle situé au niveau de la base de la langue. Aussi, le cathétérisme est-il difficile chez l'homme, tandis que chez les animaux, où toute la portion sous-diaphragmatique des voies digestives présente à peu près le même axe horizontal, on pénètre aisément, avec un instrument droit, de la bouche presque dans la portion inférieure de l'œsophage. C'est ainsi que M. Collin, dans les expériences qu'il a faites à Alfort, sur la digestion, a pu se servir de longues pinces pour pousser directement les alimens vers l'estomac, sans avoir recours à l'œsophagotomie.

Une autre considération anatomique, qu'il faut avoir présente quand il s'agit d'introduire des instrumens dans l'œsophage, c'est que ce tube musculo-membraneux repose en arrière sur un plan solide formé par la convexité de la colonne cervicale, puis par la concavité de la colonne thoracique, tandis qu'en avant il est en rapport avec les parties molles, et que, latéralement surtout, il touche à un tissu facile à déprimer. Il en résulte que la dilatation de l'œsophage devra être opérée principalement dans le sens transversal.

Malgré la résistance offerte par l'angle qui est situé à l'union de la bouche avec la portion suivante du tube digestif, on sait qu'un instrument droit peut pénétrer profondément dans l'œsophage, et que les jongleurs indiens, surtout, sont habiles à y faire entrer des lames de sabre, des lanières de ferblanc, etc. En examinant la manière dont ils s'y prennent pour exécuter cette introduction, on voit qu'ils renversent fortement la tête en arrière, ce qui tend à effacer l'angle déjà signalé; on observe, en outre, au moment où la lame passe dans l'œsophage, une saillie considérable du larynx et de la trachée, qui poussent au-devant d'eux les parties molles de la région antérieure du cou.

On est assez souvent dans la nécessité de sonder l'œsophage, tantôt dans le but d'explorer ce conduit lorsqu'il existe une dysphagie dont on cherche à reconnaître la cause, tantôt pour faire arriver de cette façon, dans l'estomac, des alimens; c'est ce que M. Leuret faisait chez les aliénés qui refusent de manger. Mais, dans tous ces cas, on se sert d'instrumens flexibles qui s'accommodent aux courbures du canal qu'ils traversent. D'autres fois encore on pratique ce cathétérisme pour remédier au rétrécissement du conduit, rétrécissement qui peut être spasmodique ou organique ou même être causé par la compression de la part d'une tumeur voisine. Ici se rapportent la dilatation que M. Bretonneau pratique à l'aide d'une baleine garnie, à son extrémité, d'une éponge ou d'un morceau de pâte de jujube taillé en olive.

Lorsqu'un corps étranger, tel qu'un fragment d'os, etc., a pénétré dans l'œsophage, tantôt il remonte et est expulsé par le vomissement, tantôt il descend peu à peu dans l'estomac. Mais souvent aussi il s'arrête et cause alors des accidens graves, souvent mortels. Il y a quelques années, la femme d'un de nos confrères ayant avalé un os de tête de brochet, éprouva, sur le trajet de l'œsophage, des douleurs excessives; elle eut une toux opiniâtre, des nausées, de la fièvre. J'essayai de faire avancer le corps étranger vers l'estomac, ou de l'extraire avec des pinces, mais en vain; la nature, plus habile que le chirurgien, mit un terme à tous ces accidens : le vomissement dégagea le corps étranger qui était implanté par deux points dans les parois œsophagiennes, et le rejeta à l'extérieur.

Pour qu'un instrument rigide puisse pénétrer dans l'œsophage et y

saisir le corps étranger qu'il s'agit d'extraire, il faut qu'il réunisse les conditions suivantes : 1° Qu'il offre une courbure analogue à celle du tube qu'il doit parcourir. Une courbure exagérée aurait pour résultat inévitable la rencontre de l'extrémité inférieure de l'instrument avec la paroi antérieure de l'œsophage contre laquelle il viendrait arc-bouter ; 2° qu'il ait la forme d'une pince dont les branches s'écartent transversalement ; 3° que cet écartement soit suffisant et cependant ne puisse dépasser une limite déterminée, ce qui s'obtient par le croisement des branches de la pince ; 4° que les mors de l'instrument, façonnés en cuillers pour saisir le corps étranger, ne puissent jamais arracher les parois même de l'œsophage. Pour y arriver, j'ai mis en pratique une idée qui m'a été inspirée par le mode d'implantation des dents chez les reptiles venimeux : sur la face concave de chacune des cuillers qui, en se rapprochant, forment une sorte d'olive, et, vers la partie moyenne de cette face, est placée, de chaque côté, une rangée de crochets. Enfin, les deux cuillers sont disposées de façon à ne pas se juxtaposer exactement et à intercepter un léger intervalle même dans leur plus grand état de rapprochement.

Telle est la pince que je mets sous vos yeux. J'ai fait avec M. Jarjavay quelques expériences sur le cadavre pour étudier l'action de cet instrument. Ayant ouvert l'abdomen, nous introduisions de bas en haut, par le cardia, divers corps étrangers dans l'œsophage, et toujours il nous a été facile de les saisir et de les extraire par la bouche. L'extrémité de la pince arrive très près de l'orifice cardiaque, et, en s'écartant, elle tend les parois de l'œsophage de façon à les empêcher de s'insinuer entre ses mors. Bien que, jusqu'à présent, l'occasion m'ait manqué de l'appliquer sur le vivant, je suis cependant convaincu qu'elle pourra rendre service aux praticiens dans les cas difficiles.

— La parole est à M. Gérardin, pour la lecture d'un rapport sur un travail de M. Dutrouleau, médecin en chef de la marine à Saint-Pierre (Martinique), intitulé : *De l'hépatite des pays chauds et des abcès du foie*, et sur un mémoire traitant du même sujet, par M. Lafargue, médecin français établi à Lima. Ces deux travaux s'éclairent et se complètent réciproquement, dit l'honorable rapporteur ; mais il prend surtout en considération celui de M. Dutrouleau.

D'après cet auteur :

1° Le chiffre des hépatites suit exactement celui des dysenteries, soit dans sa marche ascendante, soit dans sa marche descendante.

2° Pour l'une comme pour l'autre maladie, il y a des périodes d'endémie grave qu'on pourrait appeler épidémiques, et des périodes d'endémie bénigne où la différence en moins est de plus des deux tiers soit pour le chiffre des malades, soit pour le chiffre des morts.

3° Les dysenteries et les hépatites réunies forment presque toujours la moitié du chiffre total des maladies internes de l'hôpital St-Pierre.

4° Dans les périodes endémiques graves, le nombre des hépatites forme près du huitième de celui des dysenteries et plus du quatorzième du chiffre total des maladies.

5° Les morts par abcès du foie sont comme 1 : 3 2/3, comparées à celles des dysenteries dans les périodes graves ; comme 1 : 5 1/2 environ par rapport aux mortalités générales, tandis que dans les périodes simples, elles sont comme 1 : 4 1/2 pour les dysenteries, et 1 : 7 pour le chiffre général.

6° Enfin, l'hépatite est endémique à Saint-Pierre, et, comme la dysenterie, elle est d'origine miasmatique.

Ces faits statistiques résultent en grande partie des relevés faits par M. Dutrouleau de tous les cas de maladie interne qui se sont présentés à l'hôpital Saint-Pierre depuis 1846 jusqu'à 1852. Ce médecin démontre, en outre, qu'un rapport encore plus intime existe entre la dysenterie et l'hépatite : souvent ces deux affections existent simultanément ; l'une et l'autre sont sujettes à récidive, à revêtir la forme chronique ; l'une et l'autre se montrent non chez des individus non acclimatés, mais plutôt chez ceux qui ont déjà un certain temps de colonie.

Passant ensuite au diagnostic de l'hépatite aiguë, M. Dutrouleau signale en premier lieu la douleur vive, lancinante, exaspérée par la pression du doigt, existant dans l'étendue de 2 à 3 centimètres, nulle au-delà de ce point circonscrit ; douleur dont le siége est en rapport avec le point enflammé du tissu hépatique, qui se rencontre au rebord des côtes, quand la face concave de l'organe est atteinte et quand c'est la face convexe dans un espace intercostal. Est-elle vague, sans siége déterminé ? Elle appartient aux inflammations profondes du foie. La douleur à l'épaule droite s'observe 5 fois sur 6 dans les hépatites de la face convexe ; elle s'irradie souvent dans le trapèze (où elle peut être très persistante) et jusque dans les muscles du bras. La douleur de l'hépatite est de nature nerveuse, elle n'est nullement liée à l'existence d'une péritonite.

M. Dutrouleau met à profit tout ce que la palpation, la mensuration, la percussion et l'auscultation peuvent jeter de lumière sur le diagnostic de l'hépatite. Il insiste sur la gêne de la respiration qui s'observe *constamment* dans cette maladie, et qui à l'état chronique, est de nature à la faire soupçonner alors qu'elle se révèle d'ailleurs par des signes faiblement accusés. Quand un abcès existe dans le foie, la dyspnée est en rapport avec l'étendue de la collection purulente. Cette gêne de la respiration, dont le malade a quelquefois à peine conscience, semble tenir à ce que les mouvemens du diaphragme et des côtes exaspérant la douleur, les côtes de la moitié correspondante du thorax sont instinctivement immobilisées ; du côté sain, au contraire, les mouvemens respiratoires s'accomplissent avec énergie.

L'auscultation du poumon droit doit être pratiquée avec soin. Si l'hépatite avoisine le diaphragme, on perçoit à la base du poumon des râles muqueux, et de la bronchophonie. Un abcès est-il fermé ? Le bruit vésiculaire cesse de se faire entendre, il est remplacé par du souffle et des bulles qui se rapprochent de plus en plus du caractère du gargouillement ; enfin la suppuration s'est-elle fait jour dans le poumon et les bronches, on trouve dans les bruits sthétoscopiques et dans l'expectoration tous les signes de vastes cavernes. C'est alors une grave maladie du poumon qui existe, et c'est à ce nouvel état morbide que la mort est due le plus souvent.

L'abcès s'ouvre-t-il dans la plèvre, on constate de l'œgophonie et les autres signes d'un épanchement.

Les malades gardent habituellement le décubitus dorsal, leur tronc s'incurve à droite, les membres inférieurs se fléchissent.

Le pouls est dur, tendu, et marque de 62 à 112 ; devient-il intermittent en même temps qu'il y a des frissons, etc., c'est un indice de suppuration.

L'ictère est exceptionnel dans cette affection ; mais il existe une teinte spéciale, une sorte de pâleur ictérique.

Rarement on observe des troubles du côté des voies digestives, de l'estomac surtout. On a peine à concevoir aujourd'hui comment une doctrine a pu exister, d'après laquelle l'hépatite serait presque toujours liée à la présence d'une gastro-entérite !

Après avoir étudié la fréquence relative de l'inflammation dans divers points du foie (face concave, face convexe, centre), ses complications, sa marche, M. Dutrouleau examina ses divers modes de terminaison. La guérison, quand elle a lieu, ne s'accompagne d'ordinaire d'aucun phénomène critique. La suppuration est une terminaison trop fréquente de l'hépatite. Elle a été décrite d'après 62 autopsies.

Plus fréquente dans le grand lobe que dans toutes les autres portions du foie réunies, la suppuration forme le plus souvent un abcès unique, volumineux, circonscrit de toutes parts par un kyste ; cette poche n'est pas le résultat de la condensation du tissu qui limite la collection liquide, mais bien une membrane nouvelle organisée comme une muqueuse qui exhale et qui absorbe continuellement les élémens du pus. Celui-ci est le plus souvent phlegmoneux, rarement séreux, plus rarement encore coloré par la bile.

Sans gravité dans les cas simples et quand on leur oppose de bonne heure un traitement rationnel, l'hépatite a cependant une grande tendance à récidiver et, après plusieurs retours, elle devient la source d'accidens mortels ; de telle sorte que, si l'on guérit beaucoup de maladies, en revanche on sauve peu de malades.

Le pus formé dans le foie peut s'éliminer au dehors par plusieurs voies. La plus fréquente et la plus mauvaise aussi, est celle du poumon ; quelquefois la suppuration est versée dans le colon ou d'autres parties de l'intestin, M. Dutrouleau ne l'a jamais vue se frayer spontanément une issue à l'extérieur.

Plus l'hépatite est récente, plus il y a de chances de la voir guérir. Les saignées, le calomel uni à l'opium, une décoction de manne dans du petit-lait, tels sont les moyens habituellement mis en usage.

Quand la suppuration est formée, il faut fréquemment ausculter les malades et se comporter comme dans les cas de pneumonie au troisième degré ou de pleurésie avec épanchement (thoracentèse). L'abcès fait-il saillie à l'extérieur, il faut, avant de l'ouvrir, chercher à s'assurer s'il existe ou non des adhérences péritonéales. L'empâtement et d'autres caracteres indiqués par quelques auteurs ont ici bien peu de valeur ; il n'en est pas de même, d'après M. Dutrouleau, du signe suivant : un trocart explorateur étant plongé dans la tumeur, on observe qu'il reste immobile et ne se déplace pas pendant les mouvemens du tronc, au cas où des adhérences se sont établies entre les deux feuillets séreux.

Quant à l'ouverture de l'abcès, elle peut être pratiquée d'après deux procédés différens : 1° on fait une petite ponction et aussitôt que le pus est évacué, on ferme cette ouverture dans la crainte que l'air ne pénètre dans le foyer ; 2° on pratique une large incision. M. Dutrouleau donne la préférence à cette dernière manière de faire, et regarde comme inoffensif le contact de l'air avec le pus ; il se fonde, pour l'admettre, sur l'observation d'un malade chez lequel un foyer semblable ayant été largement ouvert, il n'en est résulté aucun accident notable.

En considérant l'importance de l'œuvre soumise par M. Dutrouleau au jugement de l'Académie, l'exactitude de ses recherches, le nombre considérable des observations recueillies par ce médecin, M. Gérardin conclut :

1° A ce que des remercîmens soient adressés à l'auteur ;

2° A ce que l'Académie l'invite à donner à son travail une forme plus concise, afin de pouvoir lui donner place dans ses *Bulletins ;*

3° A l'inscription de M. Dutrouleau sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

M. Desportes regrette que M. Dutrouleau ait laissé de côté une face très intéressante des maladies qu'il a étudiées ; c'est la question de savoir comment et dans quelle mesure les inflammations du foie modifient la fonction de cet organe, récemment découverte par M. Cl. Bernard, et qui consiste dans la production du sucre.

— M. Caffe lit une observation intitulée : *Tumeur volumineuse de l'abdomen très remarquable sous les rapports du siége, du diagnostic et du traitement ; autopsie.*

Au commencement de novembre 1853, je fus appelé à donner des conseils à M. Forte-Gatto (Adelino-Huet), âgé de 48 ans, docteur en médecine portugais, domicilié depuis plusieurs années à Paris.

M. Forte Gatto arrivait d'un voyage fait à Oporto. A la fatigue de ce voyage fait en partie par mer venait se joindre une cholérine intense ; mes soins immédiats eurent pour résultat la guérison de cette maladie. Dès mes premières visites, mon attention fut attirée par l'existence d'une affection organique siégeant dans la cavité abdominale et occupant la région splénique plus spécialement. Une tumeur volumineuse, multilobée, révélait la présence de cette affection.

Le malade, en sa qualité de docteur en médecine, put aisément m'instruire de tous les détails les plus circonstanciés qui se rattachaient à sa maladie.

Ce fut dans le courant d'avril 1853 que M. Forte Gatto s'aperçut pour la première fois qu'une tumeur prenait naissance dans l'abdomen sans qu'il pût lui assigner la moindre cause. Ayant un jour porté la main sur l'abdomen, il y sentit une tumeur dont le volume s'est toujours graduellement accrue à partir de cette époque.

Il consulta plusieurs médecins. La plessimétrie fut plus d'une fois pratiquée avec soin, la douleur étant alors des plus obscures ; les fonctions digestives éprouvaient seules quelques perturbations légères ; les fonctions rénales furent toujours très régulières.

Pour toute la maladie antérieure, le malade ne se souvenait que d'une légère affection des voies respiratoires, vers l'âge de dix ans, et de quelques accès de fièvre intermittente durant son séjour dans les pays où cette maladie est endémique.

Les nombreux médecins qui examinèrent ce confrère au début de sa maladie portèrent un diagnostic univoque ; tous admirent une tumeur de la rate ; l'un d'eux, et des plus compétens, précisa même l'existence de kystes hydatiques dans cet organe ; il avait cru obtenir une sensation de frottement caractéristique.

La percussion traduisait la sonorité du poumon dans l'étendue normale, à laquelle succédait la matité à partir du point correspondant au bord supérieur de la rate jusque sur la tumeur qui était située au-dessous des deux dernières fausses côtes gauches, tumeur que l'exploration de l'abdomen refoulait au-dessous de ces arcs osseux.

Cette tumeur était résistante ; lorsqu'on cherchait à y percevoir la fluctuation, elle se déplaçait de manière à laisser de l'incertitude sur l'existence d'un liquide.

Aucun symptôme ne faisait soupçonner une tumeur ayant un autre siége que la rate elle-même, d'autant plus que le malade avait longtemps séjourné, comme je l'ai déjà dit, dans des contrées où règnent les fièvres intermittentes, auxquelles il n'avait pas non plus échappé.

L'existence d'un gonflement de la rate fut également admise à cette époque, par M. le professeur Nélaton.

Du sulfate de quinine fut prescrit et le malade parut en éprouver de l'amélioration.

Dans ces circonstances, le malade fut envoyé aux eaux de Bade. Il n'eut pas à s'en louer. Il revint à Paris et se remit en route pour le Portugal dans le courant du mois d'août 1853. Il le quitta encore pour arriver à Paris dans les premiers jours de novembre 1853.

Dès que j'eus entièrement dominé la cholérine intense dont j'ai fait mention, je provoquai une consultation avec M. Nélaton, l'un des médecins antérieurement consultés par le malade. M. le professeur Laugier faisait aussi partie de la consultation.

En raison de l'urgence commandée par des douleurs profondes et continues, par la difficulté extrême de toute alimentation, et d'un autre côté par l'insistance impérieuse du malade, il fut décidé d'un commun accord de procéder à une opération. Il n'y avait plus à hésiter en face d'une tumeur, qui née dans l'hypocondre gauche, était devenue successivement très considérable et descendait dans l'abdomen où elle avait dépassé l'ombilic pour envahir le côté droit jusqu'à la fosse iliaque. Elle présentait des bosselures très larges, toutes fluctuantes, qui faisaient croire à trois tumeurs juxta-posées, et renfermant des matières liquides.

Tous les soirs le malade éprouvait des frissons et de fortes douleurs dans la région splénique. Il n'était plus permis d'avoir des doutes sur une suppuration profonde ; tous les symptômes concordaient à l'indiquer.

Pour éviter un épanchement dans l'abdomen, la prudence conseillait de faire une ponction en se servant du trocart ; mais après avoir établi une adhérence des parois abdominales avec la poche du kyste.

Le 5 novembre, M. Nélaton appliqua un pois de potasse caustique, et renouvela trois fois cette application. Enfin, le 21 du même mois, nous pûmes parfaitement distinguer au sommet du trajet formé par la chute successive des escarres, l'aspect lisse et luisant de la face externe du péritoine pariétal. Le même jour, en présence de MM. les docteurs Laugier, Jamain, Sappey et moi, M. Nélaton plongea dans la tumeur un trocart avec canules à robinet, muni de baudruche pour s'opposer à l'introduction de l'air. On retira en quelques heures quatre litres et demi d'un pus couleur lie-de-vin sans odeur, rappelant par son aspect le tissu de la rate à l'état de détritus et de bouillie. Toutes les poches se sont vidées, elles communiquaient entre elles. La canule à robinet fut laissée en place ; deux ou trois fois en vingt-quatre heures on eut soin de pratiquer dans la tumeur des injections iodées, après avoir, d'abord, au moyen d'une seringue, aspiré la quantité de pus qui avait été sécrétée dans la tumeur.

Sous l'influence de ce traitement, la poche purulente revint sur elle-même, au point qu'on ne pouvait plus la retrouver par le toucher. La nutrition s'était rétablie en même temps que les douleurs avaient cessé ; le sommeil, impossible jusqu'au moment où l'abcès fut vidé, était revenu. L'opéré passait déjà souvent quelques heures assis sur un fauteuil. Pendant trente jours, tout semblait confirmer les meilleures espérances ; mais alors tout changea de face : une nouvelle collection de liquide se forma le long de la colonne vertébrale ; les digestions devinrent mauvaises ; la fièvre reparut ; les diarrhées colliquatives se répétèrent ; la fistule abdominale fournit un pus non lié, grisâtre, très fétide et en petite quantité.

L'émaciation générale et la faiblesse étaient portées à leur dernier terme ; le malade, qui conservait toute son intelligence, tomba dans un découragement complet. Enfin, il s'éteignit le 30 janvier 1854, cinquante-cinq jours après l'ouverture de l'abcès.

L'ouverture du corps fut pratiquée par M. le docteur Jamain et par moi, le 1er février 1854, à neuf heures du matin.

Maigreur générale très prononcée, nulle infiltration, teinte verdâtre de la paroi abdominale, rigidité cadavérique moyenne.

Ouverture fistuleuse de 3 millimètres de diamètre, située au côté gauche, à 1 centimètre 1/2 au-dessous du cartilage de la dixième côte, à 7 centimètres du raphée médian.

Ouverture du thorax : quelques adhérences existent entre la plèvre et la surface diaphragmatique correspondante à gauche. Adhérences au sommet du poumon gauche, faciles à rompre ; les poumons sont sains, crépitans, point de tubercules, nul épanchement.

Le cœur est peu volumineux, le tissu en est flasque.

L'abdomen, largement ouvert, nous fait immédiatement reconnaître que la rate n'avait jamais été le siége de la maladie ; la rate est, en effet, d'un volume et d'une coloration normales, légèrement refoulée sous le diaphragme, adhérente au feuillet péritonéal diaphragmatique ; cet organe, si parfaitement sain, avait été l'objet d'une constante erreur de diagnostic.

Une bride, ou pont, est étendue de la paroi abdominale à une tumeur qui remplit en partie l'hypochondre gauche. Cette bride a une longueur de 7 centimètres et le diamètre d'une plume d'oie volumineuse. En engageant une sonde dans la fistule, on s'assure que cette bride est un véritable canal ouvert dans la tumeur, et qui dirigeait au dehors le pus sécrété dans l'intérieur du kyste.

Nous enlevons avec les soins les plus minutieux la paroi abdominale et toutes les parties sous-jacentes, jusque et y compris le muscle psoas gauche. Cette pièce pathologique, préparée avec soin par MM. les internes Lorain et Cadet de Gassicourt, servit de texte à une intéressante leçon de clinique par M. le professeur Nélaton à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Faculté.

La tumeur était formée par un kyste d'une très grande capacité, constitué aux dépens du rein gauche, dont la portion convexe avait été distendue sans être désorganisée par une compression du centre à la périphérie, en même temps que la partie concave correspondant au bassinet s'était dilatée dans des proportions considérables, de manière à former une poche divisée par des cloisons incomplètes.

On retrouve encore dans l'intérieur de cette poche du liquide purulent, semblable à celui qui s'écoulait pendant la vie, et, de plus, des graviers en trois gros calculs disposés en forme de branches de coraux, dont l'un mesurait sept centimètres d'étendue.

L'analyse chimique de ces calculs, faite par M. Rigaud, donne du phosphate de chaux. A la partie inférieure de cette poche se découvre l'orifice de l'uretère gauche oblitéré.

Cette observation est curieuse sous plus d'un rapport :

1° Elle contaste une erreur de diagnostic commise, il est vrai, sans préjudice pour le malade ;

2° Elle démontre la puissance de l'intervention de l'art pour la formation d'adhérences entre la paroi d'une tumeur située dans une cavité séreuse, et la séreuse pariétale. En effet, dans la pièce anatomique que nous venons de décrire, on voit une adhérence unique, tubuleuse, solidement organisée, étendue de la paroi abdominale à la tumeur, etc. Circonstance remarquable ! sur aucun autre point de la surface de cette vaste tumeur, il n'existe de bride celluleuse, aucune adhérence en un mot, qui la fixe à la paroi de l'abdomen ; on est forcé de conclure que les applications répétées de caustiques ont seules produit cette adhérence au centre de laquelle l'opérateur a établi le canal d'évacuation ;

3° On remarque également la dimension considérable de ce kyste rénal, qui remplit presque la cavité abdominale, le développement rapide de cette tumeur, et, par dessus tout, l'absence absolue de tout symptôme capable de faire soupçonner la moindre lésion de l'organe sécréteur de l'urine.

Il est important de répéter ici que tous les souvenirs du médecin malade, réveillés par les interrogatoires les plus minutieux, itérativement renouvelés par des praticiens différens et exercés, n'ont jamais pu faire penser un instant, et à aucune époque de la vie, à la plus légère altération du rein.

Les urines examinées, et par le malade et par nous, ont toujours paru d'une composition et d'une quantité normales.

La conclusion à tirer de cette autopsie est que l'uretère gauche oblitéré ne remplissait plus de fonctions ; il en était de même du rein de ce côté, tandis que l'intégrité du rein droit, entièrement conservée, suppléait complétement à son congénère.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 17. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 10 Février 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
—
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
—
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
—
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 FÉVRIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La communication de M. Duroy, sur un appareil de son invention, destiné à régulariser l'inhalation du chloroforme, ainsi que le mémoire de M. Figuier sur l'origine du sucre contenu dans le foie, et sur l'existence normale de ce principe dans le sang de l'homme et des animaux, ont été publiés dans ce journal; il serait superflu d'en faire l'analyse : le lecteur aura rendu la justice qu'ils méritent à ces chimistes distingués. Il résulte toutefois du travail de M. Figuier, qu'il aurait réussi à mettre en évidence l'existence dans le sang normal d'une proportion notable de glucose; c'est principalement à cette découverte que nous attachons ici de l'importance; les médecins prudens feront toutes réserves sur les conséquences que M. Figuier a cru pouvoir tirer de sa découverte contre la doctrine de M. Bernard sur la sécrétion du sucre par le foie. Avant d'asseoir une opinion, il faudrait connaître le nombre et toutes les particularités des expériences de M. Figuier; il serait à désirer surtout qu'il eût analysé comparativement le sang de la veine porte avant sa pénétration dans le foie, et celui des veines sus-hépatiques à la sortie de cet organe. C'est l'absence du sucre dans le premier et sa présence dans le second qui ont conduit logiquement M. Bernard à fonder une théorie qui, jusqu'à ce jour, n'a rencontré aucun contradicteur parmi les physiologistes.

Ce n'est pas en qualité de professeur de pathologie chirurgicale, c'est plutôt comme savant, que M. Jules Cloquet a lu un intéressant mémoire *sur les concrétions intestinales* (entérolithes, égagropiles. etc.). Nous ferons remarquer, toutefois, que la question de ces corps étrangers n'intéresse pas moins la chirurgie pratique que l'histoire naturelle, l'anatomie humaine et comparée; car, en 1829 déjà, M. Jobert de Lamballe consacrait un article détaillé aux entérolithes dans son grand ouvrage *sur les maladies chirurgicales du tube intestinal.*

Toutes les dégénescences au sein de l'organisme sont un sujet d'obscurité et d'étonnement pour l'observateur qui en recherche les causes. Pour les entérolithes, la principale est la nature du régime alimentaire dans les diverses classes d'animaux. Car, ainsi que M. Cloquet le fait remarquer, les concrétions sont très fréquentes chez les herbivores, rares chez les omnivores, et presque inconnues chez les carnivores; on voit les animaux et les oiseaux de proie avaler gloutonnement, avec les chairs palpitantes de leurs victimes, des os, des poils, des plumes, et les rendre ensuite sans la moindre incrustation.

M. Cloquet envisage les entérolithes comme le résultat d'un travail accidentel, une sorte de dérivation de la fonction que remplissent, dans l'état normal, la peau et les membranes muqueuses; c'est la même fonction qui préside à la formation de la coquille des mollusques, du test des crustacés, de l'émail des dents, de la coque de l'œuf chez les oiseaux. A cette nomenclature, il faut ajouter certains calculs vésicaux qui ne sont pas toujours produits par la précipitation des élémens de l'urine, et qui sont très vraisemblablement le résultat d'une sécrétion anormale et parfois incessante de la muqueuse des voies urinaires. M. Cloquet compare les incrustations chez les animaux aux dépôts des fontaines pétrifiantes qu'Ovide a caractérisées dans ces vers énergiques :

> Flumen habent cicones, quod potum saxea reddit
> Viscera, quod tactis inducit marmora rebus.

D'après le savant professeur, deux conditions paraissent nécessaires pour la production des entérolithes : 1° la présence suffisamment prolongée d'un corps étranger irritant l'intestin; ainsi, tous les entérolithes ont un noyau; 2° l'existence dans l'économie d'une quantité de sels calcaires assez considérable pour fournir les matériaux de ces concrétions. Suivant nous, cette proportion existe toujours; mais, ainsi que M. Cloquet l'a suffisamment prouvé, il faut, pour donner lieu à des accidens, que les matériaux sécrétoires de la peau soient transportés vers la muqueuse intestinale. Sans ce travail morbide, tous les corps introduits dans le tube digestif le parcourent sans s'incruster de sels calcaires; tels sont les noyaux de fruits, les coquilles, les dents artificielles, les pièces de monnaie, les instrumens métalliques avalés par imprudence ou pendant un accès de délire; nous citerons en particulier cette faiseuse de jouets dont Silvi a rapporté l'observation, et chez laquelle, après sa mort, on trouva plus de 1,500 aiguilles ou épingles sans qu'aucune d'elles fût le noyau du moindre entérolithe.

Les concrétions se présentent sous trois formes principales : la première, celle des bézoards proprement dits qui offrent un noyau dur recouvert de couches salines inorganiques; la deuxième, celle des bézoards allemands ou égagropiles consistant en fibres végétales enveloppées d'un dépôt de carbonate ou de phosphate de chaux; dans la troisième on range les masses amorphes et les pelotons de poils sans enveloppe. A ces trois genres de concrétions il faut ajouter des magmas de magnésie qui constituent de véritables calculs chez les individus qui font abus de ce médicament. Avons-nous besoin de rappeler que les bézoards jouaient un grand rôle dans la médecine arabe? On attribuait particulièrement une vertu mystérieuse et puissante aux bézoards orientaux qu'on trouve dans l'antilope, la chèvre sauvage, l'algazel et le porc-épic, et on les louait fort cher aux amateurs en temps d'épidémie pour préserver de la contagion. Un juif d'Amsterdam vendit deux mille écus un bézoard de porc-épic.

Nous passons sous silence tout ce qui concerne l'analyse chimique, la symptomatologie et même le traitement des entérolithes. Celui-ci, d'ailleurs, se réduit à quelques judicieux conseils donnés par M. Cloquet : éloigner les causes, favoriser l'expulsion du corps étranger à l'aide des purgatifs et d'injections forcées. Si la concrétion était arrêtée dans le rectum, on pourrait la briser et la retirer avec une curette, ainsi que le pratiqua Richerand dans une observation rapportée par M. Jobert, chez un individu que certains médecins avaient déclaré atteint d'un cancer de l'intestin. Chez un malade d'Edimbourg on pratiqua l'entérotomie; mais au lieu d'une concrétion on trouva un squirrhe du pylore.

Le mémoire dont nous venons de donner une courte analyse n'est, lui-même, que l'extrait d'un travail considérable, accompagné de dessins que M. Cloquet dépose sur le bureau de l'Académie. Les dessins ont toujours été dans son enseignement, soit libre, soit officiel, un de ses moyens précieux de saisir vivement l'esprit, et chacun, en rendant hommage à la science du professeur, admirait encore le talent de l'artiste qui frappait, pour mieux instruire, à toutes les portes de l'entendement.

Nous pensons, avec Fourcroy, qu'il n'y a pas de sciences accessoires pour le médecin; mathématiques, dessin, linguistique, art oratoire, physique, chimie, histoire naturelle, toutes lui sont nécessaires et ajoutent à son habileté et à son prestige. Nous faisons, certes, peu de cas de l'érudition indigeste de Riolan, et même de celle d'Astruc, qui, suivant l'expression de Chirac, savait tout hormis son métier. Mais tout le monde conviendra que le grand savoir accrut encore la répu-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Disette de nouvelles. — Le feuilleton et le Palais de cristal. — La chaire de pathologie. Doux sommeil de l'Académie. — M. Piorry et le silence. — Steeple-chase chirurgical. — Comment on dîne à Paris. — Publications récentes. — Un nouveau journal.

Il est temps, en vérité, pour le pauvre feuilleton, sur le triste sort duquel je voudrais bien vous apitoyer, bien-aimé lecteur; il est temps, dis-je, qu'il vienne un autre temps. Quelle langueur et quelle disette! Trois mois nous séparent encore de la grande exposition où le feuilleton espère trouver quelques bons matériaux pour quelques bonnes chroniques. Car, je l'annonce à l'univers entier, *urbi et orbi*, le feuilleton se propose d'être un des plus assidus visiteurs du Palais de cristal; il veut voir de ses yeux et toucher de ses mains tout ce qui s'y produira de relatif à notre science et à ses applications. Le catalogue en sera long, sans doute; le feuilleton sait, en effet, que de grands efforts se sont faits et se font encore pour qu'à cette exhibition universelle, l'industrie médico-chirurgicale soit dignement représentée. Et le mot industrie doit s'entendre ici dans son sens le plus honorable; car, il le déclare d'avance, le feuilleton ne voudra voir que des choses utiles et sérieuses; il fermerait instinctivement les yeux sur tout ce qui ne serait qu'exploitation charlatanesque, si cela osait se montrer au palais élyséen. Eh mon Dieu! entre nous, c'est un peu à craindre. L'industrialisme médico-chirurgical est si adroit, si fin, si pénétrant! D'un autre côté, les connaisseurs sont si rares! Les hommes compétens eux-mêmes sont si souvent trompés! Les mœurs médicales sont si faciles et en quelques endroits si relâchées! Enfin, le feuilleton promet de faire bonne garde; et s'il ne s'abuse, il lui semble qu'il a aussi son petit rôle utile à jouer.

En attendant, il faut qu'il remonte son rocher de Sysyphe, qu'il fasse son voyage périodique autour de notre petit monde médical, et s'assure si sur ses côtes, ses continens et ses îles qu'il a si souvent explorés, rien n'a surgi, rien n'a poussé.

A la Faculté, rien que je sache. La nomination du successeur de Requin est encore dans la période de préparation. Je ne crois pas que M. le ministre de l'instruction publique ait déclaré même la vacance et que la Faculté ait encore été invitée à présenter des candidats. Les choses en sont au même point; laissons donc les pauvres compétiteurs à cette chaire s'agiter dans les angoisses et les incertitudes de l'attente.

Triste condition que celle de compétiteur! J'entendais un jour un de nos confrères, qui a depuis conquis une position éminente, raconter ses mésaventures auprès de l'un de ses juges de concours.

— J'ai fait un livre, lui disait-il, qui en est à sa troisième édition.

— Tant pis, Monsieur! on écrit trop aujourd'hui.

— J'ai fondé et dirigé un de nos principaux recueils périodiques.

— C'est le tort que vous avez eu. Les journaux encombrent la science et le meilleur ne vaut rien.

— J'ai obtenu au concours un service d'hôpital.

— Le concours ne prouve rien qu'une chance heureuse ou de bonnes protections.

— Mes cours particuliers sont très suivis.

— Les élèves sont fort mauvais juges du mérite des professeurs; ils courent après la loquèle et voilà tout.

— Pourriez-vous m'indiquer par quels titres je pourrais obtenir votre suffrage.

— Étudier, méditer en silence et ne parler ou écrire qu'à cinquante ans sonnés. Adieu, Monsieur.

L'Académie de médecine se repose de sa longue discussion sur le cancer. Toute l'énergique excitation de M. Piorry n'a pas suffi pour tirer la compagnie du demi-sommeil où sont plongées ses facultés oratoires. Certes, jamais plus grande occasion à discussion, à récrimination, à protestation s'est-elle jamais présentée. D'une main plus hardie que prudente, M. Piorry est venu démolir toute la doctrine pathologique de la variole, et l'Académie ne dit rien! Comment interpréter ce silence? C'est trop délicat, et je m'en prive. Ce que je voudrais laisser entendre, c'est que l'Académie vivant et parlant à Paris, se préoccupe trop exclusivement des impressions de Paris et ne porte pas une suffisante attention sur ce que l'on peut penser ailleurs. Toute chose a sa valeur, son autorité, son importance, nous l'avons bien vu par la syphilisation; et lorsque cette chose émane d'un professeur de clinique de la première Faculté du monde, et que cette chose passe sans examen, sans opposition, sans critique, personne, ailleurs qu'à Paris, ne comprend cette conspiration du silence qui peut avoir des résultats tout opposés à celui qu'on en attend.

L'Académie des sciences est inondée de communications chirurgicales; nos colonnes en seraient remplies si nous voulions les reproduire au moment de leur éclosion, et force nous est de les disséminer un peu. On sait que ce *steeple chase* chirurgical a pour but le fauteuil de Lallemand. On sait encore que les candidats sont très nombreux et qu'il en surgit tous les jours de nouveaux. On dit que le docte aréopage est fort embarrassé; on dit.... mais que ne dit-on pas sur cette candidature? Ce qui paraît de plus clair dans ce moment, c'est que les chances sont très divisées, et que la nomination, quelle qu'elle soit, aura de la peine à se faire d'emblée. Il y aura, croit-on, plusieurs tours de scrutin et ballottage. En présence de tant d'hommes de mérite, on comprend les hésitations de l'Académie.

En considérant les choses, comme on devrait toujours le faire, plus de la hauteur des principes que du point de vue des hommes, l'Académie des sciences pourrait peut-être marcher avec plus d'assurance dans la voie de cette élection importante. L'Académie représente ou ne représente pas, dans sa section de médecine et de chirurgie, ces deux élémens de la science médicale. Si, fidèle à ses antécédens et à l'esprit de son institution, l'Académie pense qu'il y a utilité, profit, convenance pour elle à ce que la chirurgie proprement dite soit suffisamment représentée à l'Institut, elle nommera un chirurgien proprement dit, et parmi les chirurgiens, celui qui sera le plus apte à continuer la glorieuse tradition des Deschamps, des Percy, des Dupuytren, des Boyer, des Larrey, des Roux, des Lallemand, tous morts membres de cette illustre

tation, comme praticiens, de Lorry, de Tronchin, de Lancisi et de Boerhaave. Généralement, on trouve les sciences moins indispensables pour les chirurgiens; on en cite un certain nombre qui, sans elles, ont excellé dans leur art, tels que : J.-L. Petit, Desault, Boyer et tant d'autres. Cependant qui oserait prétendre que la vaste science n'ajouta rien à la gloire, comme chirurgiens, de Morand, de Marc-Antoine Petit, de Louis? M. Velpeau a-t-il cessé d'être regardé comme un excellent clinicien, comme un chirurgien accompli depuis que, dans une discussion récente et mémorable, il s'est montré le plus éloquent des académiciens? Lorsque, en 1749, le célèbre Louis eut soutenu avec un grand éclat son acte latin : Sire, *tout est perdu*, dit un fâcheux à Louis XV, *on parle latin à Saint-Côme*. Le roi répondit avec sangfroid : *Et, qui pis est, on l'y comprend.*

Dr Foissac.

CHIRURGIE.

ESSAI D'UNE GÉNÉRALISATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE;

Par M. Jules Guérin.

(Mémoire lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 22 Janvier 1855).

Le 18 juillet 1839, j'avais l'honneur de lire devant l'Académie un mémoire destiné à établir que les plaies pratiquées sous la peau et maintenues à l'abri du contact de l'air sont exemptes d'inflammation suppurative et s'organisent immédiatement.

Je viens, après quinze années de recherches et d'expériences non interrompues, exposer devant l'Académie, qui a accueilli mes premiers essais avec tant de faveur, le résumé de mes observations physiologiques sur le fait de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau et l'ensemble des applications pratiques dont la méthode sous-cutanée a été l'objet; les unes et les autres destinées à réunir, à coordonner, et à relier par leurs affinités originelles, les matériaux épars d'une généralisation de la méthode.

Première partie. — Observations physiologiques.

Dans mes précédens mémoires, j'avais fait connaître les conditions principales et les caractères généraux du fait de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau; les premières consistant dans l'absence du contact de l'air et l'occlusion hermétique des ouvertures; les secondes consistant dans l'absence radicale de réaction locale et générale : ni inflammation, ni fièvre, et travail immédiat de réparation plastique.

Cependant l'expérience m'a appris qu'en dehors des conditions générales et essentielles de l'organisation immédiate, il existe des conditions incidentes qui peuvent entraver ou faire varier le travail physiologique; comme aussi il y a, pour chacun de ses produits, des caractères plus ou moins liés aux tissus dont ils émanent; d'où la nécessité d'une étude particulière des uns et des autres dans le but de faire refléter sur les applications chirurgicales correspondantes les lumières fournies par l'analyse physiologique.

§ I. — *Conditions incidentes et secondaires de l'organisation immédiate.*

Plusieurs chirurgiens voulant répéter mes expériences sur les plaies sous-cutanées obtinrent parfois des résultats différens. Cependant ils avaient observé la condition principale qui est de maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air. Il y avait donc des conditions secondaires à observer, sous peine de mettre à néant l'effet de la condition principale et d'en faire échouer le résultat. C'est qu'en effet, outre les tissus divisés et les cavités ouvertes, il y avait à considérer les fluides de l'économie, tant normaux que pathologiques, dans leurs rapports avec le phénomène de l'organisation immédiate. Le *sang artériel*, le *sang veineux*, la *sérosité*, la *lymphe*, la *synovie*, le *lait*, la *bile*, le *pus*, l'*urine*, etc., peuvent se trouver plus ou moins en contact immédiat avec la plaie sous-cutanée. Quelle influence exercent-ils sur le travail d'organisation immédiate.

Les liquides de l'économie considérés dans leurs rapports avec les plaies sous-cutanées, peuvent être ramenés à trois ordres :

1° Les liquides organisables;
2° Les liquides inorganisables ou neutres;
3° Les liquides antipathiques.

Les liquides *organisables* sont ceux dont une partie est résorbée et dont l'autre fournit des matériaux à l'organisation immédiate et la favorise. Tel est le sang artériel, telle est la lymphe épanchée au sein des plaies. J'ai constaté une foule de faits curieux sous ce rapport. Non seulement je me suis assuré que du sang artériel épanché en quantité médiocre entre les lèvres des parties divisées devient un des élémens importans de la jonction de ces parties, mais j'ai constaté que des quantités considérables de sang artériel, épanché sous la peau, se résorbaient en grande partie avec une rapidité extraordinaire. Des trombus du volume du poingt ont disparu dans l'espace de vingt-quatre heures.

Les liquides *inorganisables* ou *neutres* sont ceux qui ne participent point à l'organisation immédiate et dont une partie peut être résorbée, l'autre partie, restant accumulée sous la peau, peut empêcher mécaniquement, par sa présence, le travail d'organisation immédiate, ou donner lieu, sans inflammation suppurative, à diverses dégénérescences ou transformations du liquide. Le sang veineux, par exemple, n'est point apte à l'organisation. Lorsqu'une quantité notable est épanchée sous la peau, il se fait une sorte de départ et de décomposition physique. Certaines parties du liquide sont résorbées ; la plus grande partie stagne dans la plaie et se convertit en une espèce de liquide sirupeux sans autre effet pathologique que la gêne mécanique resultant de sa présence. J'ai vu des collections de sang veineux persister à cet état pendant plusieurs mois sous la peau. Le contraste qui existe sous ce rapport entre le sang artériel et le sang veineux, se remarque aisément lorsqu'une certaine quantité de l'un ou de l'autre a été versée au sein de la plaie. Le magma qui en résulte s'organise par les parties fournies par le sang artériel, et on trouve au centre des caillots organisés une certaine quantité de sang veineux resté liquide et altéré.

Les liquides *antipathiques* sont tous les fluides excrétés, destinés à être rejetés au dehors; tels sont le lait, la bile, l'urine, le pus. Tous ces liquides s'opposent plus ou moins par leur présence à l'organisation immédiate et font échouer les opérations sous-cutanées. Mais comme c'est avec le pus que la méthode a le plus fréquemment affaire, je me suis attaché, d'une manière toute particulière, à déterminer son influence sur l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées. Or, voici les résultats les plus généraux de mes recherches.

Le pus, quoique confiné sous la peau, peut être altéré chimiquement ou conserver ses caractères normaux. Dans le premier cas, la plus petite quantité de pus mise en contact avec la plaie sous-cutanée provoque immédiatement un travail de réaction inflammatoire et empêche complétement le travail d'organisation immédiate. Dans le second cas, l'épanchement du pus dans la plaie peut encore devenir un obstacle à l'organisation immédiate, mais en donnant lieu secondairement à de petits abcès froids résultant comme d'une inoculation du pus. Il faut distinguer, à cet égard, deux conditions différentes et qui ont été arbitrairement confondues par ceux qui se sont occupés de la question. Le pus renfermé dans des loges cellulaires enkystées peut, comme on le sait, y séjourner longtemps sans provoquer aucune espèce de réaction pathologique; mais lorsqu'il s'épanche dans le tissu cellulaire fraîchement divisé, il y détermine des accidens dont l'acuité varie en raison du degré d'altération du liquide et de l'étendue des surfaces avec lesquelles il est mis en contact.

Cette série d'observations et d'expériences conduit donc à l'établissement d'un second principe de la méthode sous-cutanée, à savoir : qu'outre la condition de maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air, il faut encore qu'elle ne soit pas mise en rapport avec des liquides ou des substances antipathiques.

§ II. — *Des caractères de l'organisation sous-cutanée dans ses rapports avec les tissus divisés.*

Jusqu'alors je n'avais fait connaître, de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées, que les caractères généraux et communs à toutes les parties de l'économie, et cette détermination du fait d'ensemble avait suffi à montrer qu'il existe bien comme fait, qu'il exprime un ordre de phénomènes distincts de l'inflammation suppurative, qu'en un mot, il représente matériellement un travail de réparation organique dans lequel l'économie, supprimant et enjambant, pour ainsi dire, la période pathologique des plaies ouvertes, commence d'emblée ou plutôt continue sans interruption l'œuvre d'organisation physiologique dont elle est le théâtre incessant.

Mais, d'une part, le produit de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau est-il le même que le produit de la cicatrisation extérieure, et, de l'autre, ce produit est-il le même indistinctement pour tous les tissus, pour tous les organes ; en d'autres termes, l'organisation des plaies sous-cutanées a-t-elle pour résultat la formation d'un tissu cicatriciel identique et uniforme tel qu'on le voit dans toutes les plaies extérieures, ou bien ce tissu est-il modifié dans sa nature par la condition sous-cutanée et par le caractère du tissu et de l'organe qui en fournit les élémens?

Dans mon premier mémoire j'avais déjà montré que la cicatrisation des plaies suppurantes ne s'effectue qu'à la condition qu'il se forme préalablement à leur surface une pseudo-membrane, espèce d'isoloir entre cette surface et l'air extérieur qui ramène ces plaies à la condition essentielle des plaies sous-cutanées. Parvenue à cette période, la cicatrisation s'effectue dans les plaies ouvertes comme dans les plaies réunies par première intention, comme dans les plaies sous-cutanées, c'est-à-dire que le travail physiologique de réparation continue en vertu des mêmes lois ; mais, disons-le tout de suite, il donne lieu à des produits qui diffèrent suivant les milieux qui les influencent et les élémens organiques qui y participent. Mes recherches postérieures m'ont permis de préciser les caractères propres à chacune de ces formations.

La cicatrice qui se forme à la surface de toutes les plaies ouvertes, quel que soit le tissu, quel que soit l'organe qui y concourent, est la même. C'est un tissu amorphe fibro-celluleux très dense, d'une vitalité obscure. Il constitue, dans tous les points qu'il occupe, une interruption complète et tranchée entre les parties divisées. La conséquence la plus générale de ce fait est qu'il entraîne une interruption fonctionnelle adéquate à l'interruption organique. La continuité de la fonction implique la continuité de l'organe. Les tendons, les muscles, les vaisseaux, les nerfs et, dans certaines circonstances, les os eux-mêmes sont tributaires de cette loi. Il en résulte que toutes les fois que la plaie sous-cutanée ne réalise pas les conditions de l'organisation immédiate, il en résulte, disons-nous, que le tissu cicatriciel intermédiaire présente invariablement, dans tous les points où il a succédé au travail d'inflammation suppurative, le caractère de la cicatrice des plaies extérieures, c'est-à-dire du tissu cicatriciel proprement dit. On comprend toute l'importance de cette conséquence pour la pratique : les tendons, les muscles, les os et les nerfs, frappés d'une telle interruption, réalisent des états pathologiques permanens, organiques et fonctionnels, sur lesquels il est inutile d'insister ici.

Mais, lorsque les tissus divisés sous la peau ont pu bénéficier du fait de l'organisation immédiate, les produits de cette organisation offrent des caractères qui sont, avons-nous dit, en rapport avec les milieux qui les influencent et les élémens qui y participent. J'ai à signaler, à cet égard, trois résultats principaux :

Le premier, c'est que tous les tissus divisés sont susceptibles de produire entre leurs extrémités une portion de tissu analogue, sinon identique, au point de vue anatomique et physiologique : le tendon produit du tendon, le muscle du muscle, le nerf du nerf, l'os de l'os. La matière fournie par les extrémités divisées est le blastème indispensable de cette nouvelle formation.

Le second résultat est que, lorsque entre les surfaces de jonction il s'interpose une trop grande quantité de sang fournie par des vaisseaux environnans divisés, ce sang s'oppose par sa présence à l'exsudation directe des surfaces, prend la place du blastème spécifique, et produit une interruption anatomique et physiologique du tissu. On a un exemple manifeste de ces résultats opposés dans la section sous-cutanée du nerf sciatique. Dans le premier cas, on peut constater le rétablissement

---

compagnie; celui qui approchera le plus de la seule illustration chirurgicale que possède actuellement l'Institut, celle de M. Velpeau.

Pour moi, je renoncerai difficilement, à moins de très bonnes raisons que je n'ai pas encore aperçues, à l'idée de la nécessité d'une représentation réelle et efficace de l'*art* médico-chirurgical à l'Institut. Et en disant l'art, je ne le sépare pas de la science, comme on est trop porté peut-être à le faire au palais Mazarin, où l'on semble croire que la pratique de l'art exclut la connaissance de la science, où l'on fait trop facilement une distinction illégitime entre le savant et le praticien. Je ne peux voir, dans la candidature actuelle, qu'une candidature chirurgicale; et si, parmi les concurrens, il s'en présente un dont les titres chirurgicaux sont véritablement hors ligne, dont les travaux, les écrits, l'enseignement, les inventions et les modifications aient fait faire des progrès réels et incontestés à la science pratique de la chirurgie, celui-là est mon candidat, c'est pour lui que je vote, mais *in petto*, car je n'ai pas l'outrecuidance de vouloir désigner qui que ce soit aux suffrages de l'Académie. J'ai l'honneur de parler au public et non pas seulement à un corps savant; et si mes impressions sont justes et fidèles, j'ai quelques raisons de croire que l'opinion publique a ratifié mon choix secret.

En attendant, Paris dîne, mais toujours de plus en plus sottement. A cette heure, c'est le dîner *yanke* qui fait fureur, c'est-à-dire ces dîners à prix et à mets fixes qui ne sont qu'un honteux plagiat de la vieille et classique table-d'hôte. Nous avons aussi le *buffet* dit américain, où l'on mange debout et sur le pouce. J'ai voulu voir tout cela, un hygiéniste ne doit reculer devant rien, et, plus que jamais, je soutiens que l'homme est le plus inintelligent des animaux en ce qui concerne son alimentation. Je dirai quelque jour mes impressions sur ce sujet, plus important que ne semble le penser le commun des hommes qui vit au rebours du bon sens et de l'instinct que Dieu n'a pas refusé à l'huître.

La littérature médicale vient de s'enrichir, depuis quelques jours, de plusieurs productions importantes. M. Richet a publié la première partie de son *Anatomie médico-chirurgicale*, excellent livre, même après ceux de Velpeau, de Blandin, de Malgaigne, et dans lequel le sujet a été envisagé sous des points de vue nouveaux. M. J. Béclard a condensé en un seul et beau volume un très bon *Traité de physiologie*. MM. Cl. Bernard et Ch. Huette ont réuni sous un admirable petit vol. in-18, un *Précis iconographique de médecine opératoire*, véritable petit chef-d'œuvre de dessin et de gravure. M. Briau, marchant sur les traces des Littré et des Daremberg, vient d'enrichir notre littérature d'une belle édition de la *Chirurgie de Paul d'Égine*, texte grec reconstitué sur les nombreux manuscrits de notre bibliothèque impériale, avec traduction française d'une rare élégance. Nous devrons à MM. Denonvilliers et Gosselin un nouveau *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, qu'ils ont énucléé de la publication plus considérable connue sous le nom de *Compendium de chirurgie pratique*. Tous ces ouvrages seront l'objet de nos comptes-rendus, et je ne les indique ici que pour montrer que notre littérature médicale ne chôme pas.

Vous dirai-je aussi qu'un nouveau journal de médecine vient de voir le jour? Mais de l'*Art médical* — c'est son titre — je ne peux vous parler *de visu*, car je ne le connais pas encore. Tout ce que j'en sais, c'est qu'il est consacré à l'exposition et à la propagation des doctrines homœopathiques, ce qui, je l'avoue, ne me rend pas très curieux de le lire. Après ce qui vient de se passer à Marseille, où le chef des homœopathes de cette ville a eu le courage de publier que sur 80 cholériques il en avait guéri 80, je ne crois pas qu'on puisse rien dire de plus fort, et certainement nos homœopathes de Paris ne peuvent lutter avec leurs confrères phocéens.

Amédée Latour.

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes :

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840, relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 13 décembre 1854, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers :

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie, M. Orillard.
Pathologie et médecine opératoire, M. Gaillard.
Clinique externe, M. Bas.
Pathologie interne, M. Jolly.
Clinique interne, M. Barilleau.
Accouchemens, maladies des femmes et des enfans, M. Bonnet
Matière médicale et thérapeutique, M. Pingault.
Pharmacie et notions de toxicologie, M. Malapert.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe, M. Quotard.
Clinique interne, M. Guignard.
Anatomie et physiologie, M. Brossard.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Guérineau.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchemens, M. Le Petit.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie, M. Delaunay.
Pour les chaires de sciences accessoires, M. Morinean.

Art. 4. M. de Lamardière est nommé chef des travaux anatomiques.

Art. 5. M. Barilleau, professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Art. 6. M. le recteur de l'Académie de Poitiers est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 7 février 1855.

H. Fortoul.

de la continuité anatomique et physiologique du nerf, attestée par les caractères histologiques du tissu et par le rétablissement de la fonction, c'est-à-dire du mouvement ; dans le second cas, on peut voir, entre les deux bouts du nerf, une matière amorphe qui maintient l'interruption, attestée par la persistance de la paralysie.

Le troisième résultat est que, lorsque par suite de l'interposition d'une trop grande quantité de sang, ou, ce qui revient au même, par suite d'un trop grand écartement des surfaces divisées, ces surfaces ne peuvent plus être réunies au moyen de leur blastème propre, les tronçons du tissu divisé s'atrophient et perdent le caractère de leur organisation spécifique. Tels sont les tendons, les muscles, les artères et les nerfs. Ce fait n'est nulle part aussi évident que dans les artères; elles s'oblitèrent et se convertissent en cordes fibreuses, quelquefois de toute la longueur du membre.

La dégénérescence des nerfs n'est pas moins remarquable, surtout dans le bout périphérique; on l'observe à tous les degrés et dans les mêmes conditions. Cette dégénérescence des vaisseaux et des nerfs contraste dans ces deux cas avec leur état d'intégrité, lorsque leur continuité a été maintenue et rétablie à l'aide du produit direct fourni par leurs extrémités. Pour ce qui est des artères, déjà Hunter avait établi la possibilité de l'inosculation de leurs extrémités divisées sous l'influence de la réunion immédiate. J'ai pu m'assurer, de mon côté, par des injections réitérées, que des artères d'un calibre médiocre bénéficient de ce privilége toutes les fois que l'écartement des lèvres de la plaie n'a pas été trop considérable ou qu'il ne s'est pas interposé un caillot trop volumineux.

Tels sont les résultats les plus généraux de mes recherches physiologiques sur l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau.

Dans une autre séance, si l'Académie veut bien me le permettre, j'aurai l'honneur de résumer devant elle les différentes applications chirurgicales que j'ai réalisées ou qui ont été réalisées par d'autres, en conformité des principes physiologiques exposés dans la première partie de ce travail; et j'indiquerai les règles à l'aide desquelles il sera toujours possible de bénéficier du caractère d'innocuité de la méthode.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APIOL (PRINCIPE IMMÉDIAT DU PERSIL), CONSIDÉRÉ COMME SUCCÉDANÉ DE LA QUININE (1);

Par MM. JORET et HOMOLLE, docteurs en médecine.

Observations recueillies par M. le docteur Denis, médecin de l'hôpital civil et militaire d'Auray (Morbihan).

OBS. I. — *Fièvre intermittente tierce guérie par 2 grammes d'apiol.* — Le G... (Michel), âgé de 63 ans, boulanger, d'une constitution faible et d'un tempérament bilieux, avait eu déjà cinq accès bien marqués de fièvre tierce.

Je lui fis prendre, le 16 mars 1851, un gramme d'apiol en quatre capsules. — Le 17, l'accès s'est à peine montré. — Le 18, quatre capsules. — Le 19, la fièvre n'a pas paru. — Les 20 et 22, j'ai continué l'administration de l'apiol à dose décroissante. La fièvre a disparu sans retour.

OBS. II. — *Fièvre tierce guérie avec 2 grammes d'apiol.* — G... (Françoise), blanchisseuse, âgée de 27 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament bilieux, était arrivée au quatrième accès d'une fièvre intermittente tierce sans avoir rien pris pour la couper. L'état saburral de la langue, de l'inappétence et quelques envies de vomir qu'elle éprouvait, me firent débuter chez elle par un éméto-cathartique, ce qui n'empêcha pas le retour du cinquième accès de fièvre dont j'ai été témoin, et qui a duré depuis onze heures du matin jusqu'au lendemain 23 mars 1851. Je lui fis prendre 4 capsules d'apiol coup sur coup.

Le 24, la fièvre s'est à peine montrée dans l'après-midi. L'accès a duré de deux à quatre heures. Il n'a été caractérisé que par un mal de tête assez violent, avec altération, sans fièvre ni sueur. — Le 25, 4 capsules. — Le 26, pas de fièvre.

On continue l'apiol pendant deux jours encore, à dose moitié moindre, et la fièvre n'a plus reparu.

La malade a repris son régime de vie avec son travail habituel.

OBS. III. — *Fièvre intermittente tierce guérie avec 3 grammes d'apiol.* — G... (Marie-Louise), âgée de 43 ans, n'ayant jamais fait de maladie grave, d'une bonne constitution, d'un tempérament pléthorique, avait eu cinq accès d'une fièvre tierce bien tranchée, lorsque je fus appelé près d'elle le 7 avril 1851. Elle éprouvait de plus tous les symptômes d'un embarras gastrique, ce qui me décida à lui donner aussitôt une bouteille d'eau de Sedlitz à 48 grammes. — Le lendemain, le sixième accès revint tout aussi fort que les précédens. — Le 9, je donne 4 capsules d'apiol. — Le 10, l'accès revient deux heures plus tard, mais toujours avec ses trois stades. — Le 11, 4 capsules d'apiol. — Le 12, l'accès est caractérisé par de la céphalalgie seulement et un peu plus d'altération que la veille; pas de frissons ni de sueur. — Le 13, 4 capsules d'apiol. — Le 14, l'accès manque complétement.

J'ai continué l'administration de l'apiol à dose décroissante, et la fièvre n'a pas reparu.

OBS. IV. — *Fièvre intermittente tierce* pernicieuse *guérie avec 4 grammes d'apiol.* — Le B... (Françoise), veuve B..., âgée de 65 ans, sans profession, d'une bonne constitution, n'ayant fait aucune maladie grave dans sa vie, fut atteinte, le 21 avril 1851, d'un violent accès de fièvre, qui se répéta le 23 avec la même intensité.

Le 24 au matin, je vis la malade; elle était dans un état de grande prostration, se plaignant de nausées; elle avait perdu l'appétit; sa langue était recouverte d'un enduit blanchâtre fort épais; le pouls était petit et lent. Je lui fis prendre une bouteille d'eau de Sedlitz à 48 grammes.

Le 25, le troisième accès de fièvre fut plus violent encore que les deux autres. La malade a eu du délire pendant plusieurs heures; la prostration est extrême; le pouls, facilement dépressible, est très fréquent; un abattement considérable, avec soubresauts des tendons succède à cet accès. Il me paraît évident qu'un autre accès semblable causerait immanquablement la mort. Je n'ose pas prescrire l'apiol, dont je ne connais pas assez la valeur fébrifuge; je prescris 2 grammes de sulfate de quinine, à prendre aussitôt la fin de l'accès, par dose de 50 centigrammes, d'heure en heure. — Le 26, je la mets à l'usage de la poudre de quinquina (15 grammes tous les jours).

Le 27, le quatrième accès manque. La malade éprouve seulement de la céphalalgie, avec un sentiment de serrement aux tempes. On continue la poudre de quinquina jusqu'au 6 mai. Jusqu'à cette époque, la malade avait ressenti une petite fièvre rémittente tous les jours, le soir particulièrement.

Le 8 mai, la fièvre reparaît avec tout son cortége de symptômes pernicieux; je fais prendre alors 2 grammes d'apiol à la malade. — Le 9, la journée se passe dans un état de faiblesse excessive. La femme B..., est prise de dévoiement; elle a eu plusieurs syncopes. — Le 10, l'accès ne se fait sentir que par une altération plus grande; un peu de céphalalgie avec courbature dans tous les membres. — Le 11, nouvelle prescription de 2 grammes d'apiol en 8 capsules, à prendre 2 par 2, toutes les heures. — Le 12, la fièvre manque complétement.

On a continué jusqu'au 20 mai l'administration des capsules d'apiol, à dose décroissante, tous les deux jours. La malade a repris sa santé et vaque à ses occupations du ménage.

OBS. V. — *Fièvre intermittente quarte datant de six mois au moins, guérie avec 2 grammes d'apiol.* — Le G... (Marie Françoise), lingère, âgée de 16 ans, est sujette à la fièvre depuis plusieurs années. De 14 à 15 ans, notamment, elle n'a pas passé un mois sans avoir eu un ou plusieurs accès. Tantôt elle revenait quotidiennement, d'autres fois elle apparaissait sous le type tierce, et, à la fin, elle était devenue quarte. La jeune Marie a gardé six mois la fièvre sous ce dernier type. Cette fille, d'une bonne constitution et d'un tempérament pléthorique, était devenue hectique et étiolée. Sa menstruation était supprimée lorsque je la vis pour la première fois au mois de septembre 1851. Elle avait pris inutilement jusqu'à ce jour le sulfate de quinine et différentes tisanes amères. Je la purgeai d'abord avec une bouteille d'eau de Sedlitz, et je lui fis prendre ensuite les capsules d'apiol, d'abord à la dose de 2 grammes (4 capsules chaque jour d'apyrexie), puis d'un gramme 50 centig., et enfin d'un gramme seulement. Au deuxième accès, la fièvre fut complétement enrayée. Je persistai, pendant huit jours encore, dans l'administration du médicament, et jamais la fièvre n'a reparu depuis ce temps.

Les règles se sont montrées le mois suivant, et notre malade jouit à présent d'une parfaite santé.

OBS. VI. — *Fièvre intermittente tierce guérie avec 1 gramme d'apiol en deux doses.* — La G... (Julie), âgée de 22 ans, d'une faible constitution et d'un tempérament bilieux, avait eu déjà six accès de fièvre tierce lorsqu'elle se rendit chez moi, à ma consultation, le 20 septembre 1851. Ce jour-là, je lui fis prendre 2 capsules d'apiol de 25 centig. chacune. — Le 21, l'accès de fièvre a notamment diminué. Le frisson ne s'est pas montré. La malade a ressenti de la céphalalgie pendant une heure, et une sueur très faible a persisté pendant deux ou trois heures; elle ne s'était pas alitée comme d'habitude. — Le 22, 2 capsules d'apiol. — Le 23, la fièvre n'a pas reparu. — Le 25 et le 27, on a continué l'apiol à la dose d'une capsule par jour. Depuis ce temps, la fièvre a entièrement disparu.

OBS. VII. — *Fièvre tierce guérie avec 2 grammes d'apiol.* — Huard (Mathurin), manœuvre, âgé de 12 ans, était atteint d'une fièvre tierce depuis trois mois, lorsqu'il fut admis à l'hôpital d'Auray le 8 juillet 1852. Son teint jaunâtre indiquait une anémie générale. La rate était notablement engorgée. On lui fit prendre, pendant cinq jours, 4 capsules d'apiol de 25 centigrammes chacune. A la première dose, l'accès était infiniment moindre. A la deuxième dose, la fièvre avait cédé complétement.

Le malade est sorti bien guéri le 26 du même mois.

OBS. VIII. — *Fièvre quarte guérie avec 1 gramme 50 centig. d'apiol.* — Gauthier (Magdeleine), âgée de 4 ans, demeurant au village de Khelec, en Brech, avait eu trois accès bien caractérisés de fièvre quarte lorsqu'elle vint réclamer mes soins. Je lui fis prendre 3 capsules d'apiol le jour qui a précédé le quatrième accès. La fièvre a été coupée net. On a continué pendant quatre jours l'usage de l'apiol à la même dose. Aucun accident n'est survenu du côté des voies digestives, et la fièvre n'a pas reparu. Douze jours après, j'ai revu la mère de l'enfant qui m'a confirmé le fait.

OBS. IX. — *Fièvre tierce guérie avec 2 grammes d'apiol.* — Binval (Perrine), femme Cailloce, journalière, âgée de 38 ans, se portant habituellement bien, fut prise, vers le milieu de juillet, d'une fièvre tierce qu'elle a gardée jusqu'au 12 août. Je lui ai fait prendre pendant cinq jours 4 capsules d'apiol tous les jours apyrétiques. Le premier accès n'a pas été complétement enrayé; la malade a ressenti un peu de céphalalgie avec une altération plus grande, sans frisson et sans sueur. Le deuxième accès n'a pas reparu. A dater de cette époque, la fièvre ne s'est plus montrée. J'ai revu la femme Cailloce quinze jours après, elle était bien portante.

OBS. X. — *Fièvre intermittente tierce guérie avec 1 gramme 25 centigrammes d'apiol.* — Mané (Françoise-Nicolas), cultivatrice, âgée de 53 ans, demeurant au village de Kuannec-en-Brech, était atteinte de nouveau depuis six jours d'une fièvre tierce qu'on lui avait déjà coupée deux fois dans le mois précédent avec le sulfate de quinine, je ne sais pas à quelle dose.

Je lui ai prescrit 5 capsules d'apiol, à prendre le 20 juillet, jour apyrétique. — Le 21, la fièvre a été coupée net. — Le 22, 5 capsules d'apiol. — Le 23, pas de fièvre. — Les 25 et 27 juillet, la malade a continué l'usage de l'apiol à dose décroissante.

J'ai revu une seule fois la femme Mané, à la fin d'août : elle jouissait d'une bonne santé; sa fièvre n'était pas revenue.

OBS. XI. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol, après huit jours de traitement, à 4 capsules par jour* (chaque capsule contenait 20 centigrammes d'apiol). — Lorrec (Yves), journalier, âgé de 19 ans, avait une fièvre quotidienne depuis sept semaines, lorsqu'il est entré, le 4 août 1852, à l'hôpital d'Auray. Son teint jaunâtre, le volume de sa rate considérablement accru, de l'innappétence, etc., indiquaient des troubles du côté des voies digestives. — Je le soumis à l'usage de l'apiol immédiatement. Pendant les huit premiers jours, la fièvre, quoique moins forte, persista néanmoins. On porte la dose des capsules de 4 à 5 par jour. La fièvre ne résiste pas davantage. On diminue progressivement ensuite, et le malade sort complétement guéri après un séjour de vingt-deux jours à l'hôpital.

C'est la seule fois que j'aie vu une fièvre quotidienne tierce résister aussi longtemps à l'usage continué de l'apiol.

C'était ici le cas de suivre le conseil de M. Bretonneau, de Tours : En débutant par débarrasser les voies digestives au moyen d'un ou deux purgatifs salins, l'effet de l'apiol eût été beaucoup plus prompt à la suite.

OBS. XII. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie avec 75 centigrammes d'apiol.* — M... (Pierre), âgé de 5 ans, avait une fièvre quotidienne bien caractérisée depuis un mois lorsque je fus appelé près de lui. Cet enfant était dans les conditions hygiéniques les plus défavorables : mal logé, mal vêtu, mal nourri; il était maigre, jaune, complétement anémié. Je lui ai fait prendre 3 capsules d'apiol, tous les matins, pendant quatre jours. Dès la première dose, la fièvre a été enrayée. J'ai continué l'emploi de l'apiol pendant dix jours encore à la dose d'une capsule chaque jour.

Le malade a recouvré l'appétit; sa fièvre n'a pas reparu; il se porte bien à présent.

OBS. XIII. — *Fièvre intermittente tierce guérie avec 1 gramme 5 centigrammes d'apiol.* — G... (Jacques), couvreur, âgé de 41 ans, habituellement bien portant, fut pris, vers la fin d'août, d'un fort accès de fièvre qui s'est répété le 2 et le 4 septembre avec la même intensité. Il accusait en même temps une courbature générale, avec douleur dans la tête et une perte complète d'appétit.

Je lui ai fait prendre 5 capsules d'apiol le 5 septembre. Le lendemain l'accès ne s'est pas remontré. — Le 7, 5 capsules. — Le 8, pas de fièvre.

Les trois jours suivans, j'ai continué l'administration de l'apiol à 3 capsules par jour.

La fièvre n'est pas revenue. Le malade est bien portant.

OBS. XIV. — *Fièvre quotidienne; insuccès de l'apiol.* — Le nommé Moëlo, cordonnier à Auray, âgé de 19 ans, était atteint depuis un mois d'une fièvre intermittente quotidienne, pour laquelle il fut admis à l'hôpital dans le mois de septembre 1852. Pendant cinq jours de suite je lui ai fait prendre l'apiol à la dose de 5 capsules chaque jour. Sa fièvre n'a pas pu être définitivement coupée; elle n'avait été que modifiée dans ses accès, et j'ai dû avoir recours au sulfate de quinine pour la couper.

De tous les malades que j'ai soumis à l'usage de l'apiol, dit notre honorable confrère, M. le docteur Denis, je n'en ai observé qu'un seul qui ait résisté à son action fébrifuge. Beaucoup de fébricitans auxquels j'ai conseillé l'emploi de ce nouveau remède ne sont pas revenus me dire l'effet qu'ils en avaient obtenu; mais, pour qui connaît la négligence et la nonchalance de nos paysans, ceci n'a pas lieu de nous surprendre, et on aurait tort d'en conclure qu'ils n'ont pas été guéris de leur fièvre; le contraire serait plutôt à supposer.

OBS. XV. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par 25 centigrammes d'apiol.* — L... K..., fermière, âgée de 36 ans, ayant eu quatre enfans, d'une forte constitution et d'un tempérament pléthorique, n'a jamais fait de maladie grave. Au mois d'octobre 1852, elle fut prise d'une fièvre quotidienne. Au cinquième accès, je lui ai fait prendre une seule capsule d'apiol de 25 centigrammes, la fièvre n'a pas reparu.

La malade a continué pendant quatre jours l'usage de l'apiol à la même dose, la fièvre a été coupée sans retour.

OBS. XVI. — *Fièvre intermittente tierce guérie avec 75 centigrammes d'apiol.* — J... G..., marin de l'île d'Arz, est âgé de 54 ans, habituellement bien portant; il a été atteint, il y a un mois, d'une fièvre tierce qu'on lui a coupée avec 75 centigrammes de sulfate de quinine en potion. Trois semaines après, la fièvre ayant reparu sous le même type, je prescrivis 75 centigrammes d'apiol au troisième accès. La fièvre fut coupée net. Le malade a repris l'apiol pendant deux jours encore, à 50, puis à 25 centigrammes, la fièvre n'a plus reparu.

OBS. XVII. — *Fièvre intermittente tierce guérie avec 3 grammes d'apiol.* — Gabriel A..., âgé de 33 ans, infirmier à l'hôpital, d'une bonne constitution et d'un tempérament pléthorique, est atteint, le 8 octobre 1852, d'un fort accès de fièvre qui reparaît le 10 et le 12 du mois avec ses trois stades habituels et la même intensité qu'au premier accès.

Le 13, on lui donne 1 gramme d'apiol. — Le 14, l'accès retarde de trois heures; il n'y a qu'un léger frisson et pas de sueur. — Le 15, apiol, 1 gramme. — Le 16, l'accès est caractérisé par de la céphalalgie et une altération plus grande. — Le 17, apiol, 1 gramme. — Le 18, l'accès manque complétement.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 Janvier 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Mémoire sur les concrétions intestinales (entérolithes, égagropiles, etc.).

Sous ce titre, M. Jules CLOQUET lit un travail dont nous publions l'extrait suivant :

La production des concrétions calcaires au sein de l'économie est le résultat d'un travail accidentel qui, dans d'autres circonstances, constitue une fonction normale de la peau et des membranes muqueuses, fonction qui préside à la formation de la coquille des mollusques testacés, du test des crustacés, à la production de l'émail dentaire et de la coque de l'œuf des oiseaux : nouvelle analogie entre l'enveloppe tégumentaire externe et la membrane qui tapisse les cavités ouvertes à l'extérieur.

Il est important de bien connaître cette fonction normale pour expliquer le travail pathogénique qui donne naissance aux concrétions accidentelles.

(1) Voir les numéros des 11, 16, 20 Janvier et 6 Février.

En suivant avec une grande persévérance le développement du test dans les différentes espèces de la famille des gastéropodes, M. Moquin-Tandon a vu d'abord, dans l'*ario empiricorum*, quelques petits grains calcaires déposés sous la cuirasse dans une cavité spéciale; puis, dans une espèce voisine, l'*ario hortensis*, ces grains s'agréger et former une croûte rugueuse et irrégulière; ce rudiment de coquille s'agrandir de plus en plus dans les espèces suivantes, restant toujours caché sous le manteau; paraître ensuite à l'extérieur en partie d'abord, puis en totalité, et former enfin la coquille complète dans laquelle s'abrite le *limaçon.*

Pour produire l'émail dentaire, le follicule sécrète par toute sa surface muqueuse des sels calcaires et siliceux qui se concrètent sous forme de granulations isolées d'abord et bientôt réunies en une couche continue.

Enfin pour l'œuf des oiseaux, le vitellus s'étant entouré de l'albumen et de sa membrane, les dépôts de sels calcaires rares d'abord, puis de plus en plus larges et nombreux, sont encore sécrétés par la membrane muqueuse de l'oviducte, et finissent par constituer une enveloppe dont l'épaisseur augmente par l'addition de couches successives.

Dans tous ces cas, le dépôt salin se fait par une espèce de cristallisation d'où résulte un double arrangement des molécules, en rayons convergeant tous vers un centre unique et en couches superposées concentriques à ce point.

C'est par un mécanisme analogue que se produisent les perles. Deux causes différentes peuvent déterminer leur naissance : une lésion faite à la coquille du mollusque ou l'introduction d'un corps étranger dans la coquille. Dans le premier cas, l'animal sécrète de la nacre sur le point lésé pour réparer le dommage produit à son habitation; dans le second, il enveloppe le corps nuisible de couches polies pour l'isoler, et se préserver de son contact.

Ce qui se passe dans les cas précédens peut se produire accidentellement dans les membranes muqueuses toutes les fois qu'un corps étranger vient en troubler les fonctions pendant un temps suffisamment prolongé.

Quelques observations me donnent à penser que les sels de chaux et de magnésie sont sécrétés par les muqueuses à l'état de biphosphate chez certains animaux, ou de bicarbonate chez d'autres; que ces sels ne sont tenus en dissolution que par leur excès d'acide; qu'ils perdent cet excès d'acide au contact des liquides alcalins que les membranes muqueuses sécrètent sous l'influence d'un stimulus, et qu'ainsi ils passent à l'état neutre pour se cristalliser et devenir concrets; que, sous ce rapport, les incrustations calcaires chez les animaux présentent beaucoup de ressemblance pour leur mode de formation avec les dépôts des eaux chargées de bicarbonate de chaux de certaines fontaines dites *pétrifiantes.*

Deux conditions sont donc nécessaires pour la production des entérolithes : la présence suffisamment prolongée d'un corps étranger irritant l'intestin, la présence dans l'économie d'une quantité de sels calcaires assez considérable pour fournir les matériaux de la concrétion.

En effet, un corps inorganique quelconque, une substance organique inattaquable par le suc gastrique telle que les fibres ligneuses, telle que le voile de mousseline incrusté dont je soumets le dessin à l'Académie, des poils que l'animal s'est arrachés deviennent chez les herbivores le noyau d'entérolithes; tandis que chez les oiseaux de proie, les os, les poils ou les plumes de leurs victimes, après avoir séjourné quelque temps dans l'estomac, sont rendus sans la moindre incrustation de sels calcaires par une régurgitation physiologique...

Qu'a-t-il manqué aux boules rendues par les oiseaux de proie pour qu'elles fussent encroûtées de sels calcaires? Rien que la durée du séjour dans l'estomac et la sécrétion anormale de la muqueuse.

Mais de ce que la membrane muqueuse est le siége d'une sécrétion anormale, il n'en résulte pas qu'elle perde ses propriétés ordinaires; ses fonctions physiologiques prennent au contraire plus d'énergie, ce qui donne lieu à de curieux phénomènes :

1° Le mucus lubrifie la surface de la concrétion, en masque les aspérités, en facilite le glissement et en rend souvent l'expulsion possible par les voies naturelles;

2° De la lymphe plastique peut être déposée sur la surface du corps étranger, s'organiser en fausses membranes et l'envelopper dans un véritable kyste adhérent aux parois de l'intestin;

3° Les pressions exercées par les parois intestinales sur les concrétions modifient les dispositions de leurs couches et en altèrent la régularité;

4° Les mouvemens péristaltiques du tube digestif produisent une rotation d'où résulte leur forme ordinairement arrondie. Quand plusieurs corps étrangers sont réunis ensemble, les concrétions s'usent par leur frottement réciproque, se taillent en facettes et en saillies correspondantes, ou s'aplatissent en disques superposés qui sont soudés quelquefois par un dépôt salin ultérieur;

5° Enfin, la sécrétion de la muqueuse peut attaquer la concrétion déjà formée et creuser sur sa surface des cavités irrégulières.

Grâce aux travaux de Fourcroy, de Vauquelin, de Wollaston, de Brande, de Marcet, de Laugier et de M. Thénard, la composition chimique de ces concrétions est aujourd'hui si bien connue, que je ne crois pas devoir m'y arrêter.

On a prétendu que les sels étaient déposés dans une trame organisée; c'est en vain que j'en ai cherché la présence : j'ai toujours trouvé une matière amorphe, sans aucune trace d'organisation, tandis que dans la coquille de l'œuf, au contraire, la matière animale avait, au microscope, l'apparence de lames superposées de tissu cellulaire.

Les trois genres de concrétions intestinales observées chez les animaux peuvent se rencontrer chez l'*homme.* Elles renferment ordinairement à leur centre un corps étranger sur lequel elles se sont formées.... Les bézoards sont rares et affectent les formes les plus diverses....

Les égagropiles se rencontrent presque toujours chez des individus qui font abus de farine d'avoine.... Les poils du cariopse se feutrent autour d'un corps central qui souvent est un noyau de fruit. Laugier père a eu occasion d'examiner une concrétion qui avait pour base des fibres de racine de réglisse.... Enfin de véritables égagropiles formés de cheveux enchevêtrés ont été rencontrés chez certains individus qui en avaient avalé d'énormes quantités..... A ces trois genres de concrétions intestinales, il faut en ajouter deux autres propres à l'espèce humaine : des magmas de magnésie chez les individus qui font abus de ce médicament : M. Duméril m'en a communiqué un exemple; des masses de caséum chez les enfans à la mamelle ou même chez les adultes soumis à la diète lactée. Il faut enfin rapprocher des concrétions intestinales d'autres corps qui donnent lieu aux mêmes phénomènes morbides et exigent le même traitement : ce sont des amas de fèces endurcies, des amas de vers, des noyaux, de l'albumine concrète réunis en masses plus ou moins considérables.

Les entérolithes peuvent occuper toutes les parties du tube digestif; mais on les trouve surtout dans le cœcum et son appendice, les cellules et les plis du côlon et le rectum, dans tous les points enfin où un rétrécissement succède à un renflement normal, où des inflexions brusques mettent obstacle à la progression des matières dans l'intestin..... Quelles sont les causes prédisposantes des concrétions intestinales? Quelles sont les lésions anatomiques qu'elles produisent, les accidens qu'elles font naître, les symptômes qui en révèlent la présence, et peuvent faire diagnostiquer les différentes terminaisons de la maladie? ce sont autant de questions que je traite dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie; j'examine les indications spéciales à remplir dans des cas particuliers, et puis j'examine les moyens proposés jusqu'ici, qui consistent soit dans l'emploi des médicamens divers, soit dans l'opération de l'entérotomie. Frappé de l'insuffisance des premiers remèdes et des dangers de l'opération, je me suis demandé s'il n'était pas possible de trouver un moyen à la fois plus efficace et moins périlleux. Je crois l'avoir rencontré dans la *dilatation graduelle de l'intestin.*

Cette opération consiste à écarter peu à peu de la concrétion les parois intestinales en injectant par le rectum une quantité de liquide de plus en plus considérable. Il fallait, pour rendre cette opération praticable, trouver d'abord le moyen d'empêcher le reflux du liquide par l'anus. Le tube conique, que j'ai depuis longtemps proposé et employé pour des injections forcées, a levé cette difficulté. Il restait ensuite à déterminer positivement l'effet produit par l'injection sur la masse intestinale et les limites de la quantité d'eau possible à introduire sans produire de désordres. Pour obtenir la solution de ces questions, je me suis livré à de nombreuses expériences sur le cadavre avec l'assistance de M. le docteur Jarjavay. De ces expériences, il résulte que le gros intestin peut être entièrement rempli sans que le tube conique laisse rien échapper; qu'on peut toujours, sans aucun inconvénient, introduire deux litres et demi de liquide chez l'adulte; que l'injection a pour effet de dilater le gros intestin dans toute sa longueur, d'en effacer les bosselures et les angles, de détacher de ses parois les corps durs qui y adhèrent, et les entraîner vers le rectum lorsqu'on laisse sortir brusquement le liquide. Cette injection constitue d'ailleurs une véritable opération chirurgicale qui ne peut être exécutée que par une main exercée, par le chirurgien lui-même. Du reste, ce n'est que par une série d'injections semblables, souvent répétées et à doses graduellement croissantes, qu'on peut espérer d'obtenir l'expulsion définitive du corps étranger. — (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Mémoire sur l'origine du sucre contenu dans le foie, et sur l'existence normale du sucre dans le sang de l'homme et des animaux.

M. L. Figuier lit sous ce titre un travail dont nous avons publié une analyse étendue dans l'Union Médicale du 1er février 1855. (Comm. MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

Étude anatomique du derme, nouvel aperçu physiologique de ses sécrétions. Son excitabilité sous l'influence électrique.

MM. Laurentius et Gilbert, auteurs de ce travail, s'expriment ainsi :

En 1832 un médecin écossais, G. Schmit, employa, dans le traitement d'une anesthésie partielle de la peau, diverses substances minérales, et remarqua une suractivité anormale des bulbes sur toute la surface du corps. Le même traitement détermina plusieurs fois des phénomènes analogues, qui excitèrent vivement son attention. Ces observations, qui nous furent communiquées et qui constituent le point de départ de nos travaux, n'étaient point, d'ailleurs, tout à fait neuves pour la science : un médecin français, M. Bricheteau, avait publié un fait identique, et plusieurs singularités de ce genre avaient éveillé l'attention des praticiens dans nos hôpitaux. Plus tard, des observations qui nous étaient propres ramenèrent notre attention sur cette question, qui révélait un nouveau genre d'influence de l'électricité, et nous conduisirent à chercher dans l'étude physiologique et anatomique de la peau le mode d'action de ce principe.

Les anatomistes ont décrit le derme, ses productions, leur appareil nutritif et leurs mutations à certaines époques et sous diverses influences. Mais les motifs de ces mutations, le mode d'action des influences qu'ils constateut, la suractivité ou le ralentissement des sécrétions dont ils ont observé les organes, tout cet historique des phénomènes naturels et morbides n'avait point été approfondi. Il ne suffisait pas cependant d'avoir fait connaître l'admirable structure des appareils sécréteurs; il restait, et ce point n'était pas moins intéressant, à montrer comment, à l'aide de ces organes, un poil se nourrit, grandit, se colore..... Nous exposerons ici, en peu de mots, les principaux résultats auxquels nous ont conduits nos recherches au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie.

I. — L'acte physiologique de la production d'un poil dans le bulbe est double, une partie des organes du bulbe sécrétant la matière cornée; l'autre partie, la matière colorante. Les nerfs qui se rendent au bulbe, quoique sous la même enveloppe, ont deux fonctions distinctes et indépendantes, dont l'une peut subir une altération sans que l'autre soit atteinte; ainsi un poil peut tomber, tout en demeurant imprégné de la substance colorante, de même qu'un poil peut croître et conserver sa solidité, bien qu'ayant perdu complétement son principe colorant. Il existe dans le derme des bulbes incomplets implantés superficiellement dans la peau, recevant peu de vaisseaux et ne produisant qu'un poil rudimentaire, et des bulbes complets implantés profondément, pénétrant quelquefois par leur base dans le tissu cellulaire sous-cutané, et recevant des nerfs, des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques; ces bulbes produisent des poils développés, qui diffèrent selon les races et les tempéramens, et occupent des places distinctes.

Généralement les bulbes complets seuls sont altérés par l'âge, la maladie, des sueurs abondantes, des fatigues, des affections syphilitiques, etc. Une fois altérés, ils ne produisent plus qu'un poil rudimentaire, ou bien les parois de la cavité dermoïde se soudent, les appareils de circulation s'atrophient, et tous les moyens curatifs deviennent impuissans. Lorsque la vitalité des bulbes complets est atteinte, ces altérations ont le plus généralement pour cause des désordres sensibles dans l'équilibre des fonctions nerveuses, et un ralentissement prolongé de l'innervation périphérique, ou bien le bulbe lui-même se trouve compris dans une désorganisation générale, ulcères, affections cutanées, etc.

II. — Deux liquides mélangés, renfermant des sels minéraux, pouvant réagir l'un sur l'autre, produisent de l'électricité en se décomposant. Un liquide contenant un sel minéral, altérable au contact de l'air, développe également de l'électricité durant cette décomposition. Quand il s'opère un dégagement électrique dans un endroit où se trouve une tige conductrice, l'électricité fuit aux deux pôles de cette tige. Or, si, sur une partie du corps occupée par des poils, on répand simultanément, ou à court intervalle, une liqueur métallique, oxydable à l'air, ou deux liquides minéraux pouvant se décomposer réciproquement, il se produira une certaine quantité d'électricité en rapport avec l'action chimique. Alors le poil devient corps conducteur, l'électricité négative s'échappe par la pointe libre, l'électricité positive se condense dans l'autre extrémité épanouie, dans le bulbe.

III. — L'électricité localisée rappelle dans les muscles paralysés ou atrophiés l'innervation absente. Elle renouvelle la vitalité du muscle, si aucun obstacle mécanique ne s'y oppose. Si l'on conduit de l'électricité dans le poil jusqu'à l'intérieur du bulbe, il s'y produit une innervation régénératrice. La sécrétion, ainsi renouvelée ou remarquablement activée, peut conduire à une reproduction normale définitive.

L'application sur une partie pourvue de bulbes complets d'un ou de deux liquides métalliques produisant de l'électricité, rappelle la vitalité éteinte, quelle que soit la cause des altérations du bulbe. Cette innervation artificielle s'ajoute à l'innervation normale en même temps qu'elle la rappelle. Sous cette double excitation, la sécrétion du bulbe augmente momentanément par un afflux rapide, et détermine une dilatation de l'artère qui, le plus souvent, est oblitérée en partie. En vertu de cette double action, un poil rudimentaire peut recouvrer sa vigueur primitive ou sa coloration accidentellement altérée, et un bulbe atrophié peut subvenir à une nouvelle reproduction, suivant la gravité des altérations qu'il a subies. — (Comm. MM. Flourens, Milne Edwards, de Quatrefages.)

Sur une nouvelle application de l'électrochimie à l'extraction des métaux introduits et séjournant dans l'organisme.

Sous ce titre, MM. Vergnès et A. Poey adressent un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Le premier essai fut pratiqué par M. Vergnès, qui portait à la face dorsale des mains une ulcération de mauvais caractère, occasionnée par l'introduction de particules métalliques durant des manipulations pour la dorure et l'argenture galvaniques, par le procédé de MM. Ruolz et Elkington.

M. Vergnès ayant plongé ses mains dans le bain électrochimique, au pôle positif de la pile, nous vîmes, à notre grande surprise, une planche métallique de 163 millimètres de longueur sur 109 de largeur, en contact avec le pôle négatif, se couvrir, au bout d'un quart d'heure, d'une mince couche d'or et d'argent. Quelques bains suffirent pour guérir radicalement des ulcères qui avaient résisté aux remèdes les plus énergiques. Ce premier essai avait été fait à New-York (États-Unis d'Amérique), le 16 avril 1852. Il a été suivi de plusieurs autres et a conduit à l'institution d'une nouvelle méthode thérapeutique pour l'extraction des métaux séjournant dans l'organisme.

La disposition du bain est comme il suit : Le malade est plongé jusqu'au cou dans une baignoire métallique isolée du sol, et assis, les jambes horizontales, sur un banc en bois de toute la longueur du corps, qui se trouve également isolé de la baignoire. On acidule l'eau avec de l'acide nitrique ou de l'acide hydrochlorique pour l'extraction du mercure, de l'argent, de l'or, et avec de l'acide sulfurique pour le plomb.

Le patient étant dans le bain, on met en contact une extrémité de la baignoire avec le pôle négatif de la pile par le moyen d'une vis, et on lui fait tenir le pôle positif, tantôt de la main droite, tantôt de la gauche. Le bras est soutenu par des supports en contact avec le banc. L'extrémité du conducteur positif que tient le patient est armée d'un manche en fer massif, entouré de linges, pour diminuer l'action calorifique du courant, qui est très énergique, et qui, sans cette précaution, cautériserait les mains.

Le patient étant placé de cette manière, l'onde du courant positif entre par le bras droit ou gauche, circule de la tête aux pieds, et va se neutraliser sur les parois de la baignoire au pôle négatif. Etant isolé du contact direct du pôle négatif, ainsi que du sol, son corps irradie dans le bain l'électricité qui y forme une multitude de courans sortant de toute la surface, après avoir traversé les organes internes et même les os, pour se neutraliser sur le côté négatif de la baignoire. Nous avons retiré du fémur et du tibia d'un sujet une grande quantité de mercure qui s'y trouvait depuis quinze ans selon l'opinion de plusieurs médecins. — (Comm. MM. Dumas, Rayer, Cl. Bernard.)

— M. Duroy présente la description de la figure d'un appareil qu'il désigne sous le nom d'*anesthésimètre*, et qui a pour objet de permettre le dosage du chloroforme. (Voir, pour la figure et la description, l'Union Médicale du 1er février 1855.)

(Renvoi à l'examen de la commission déjà nommée pour un mémoire de M. Ancelon, concernant le dosage du chloroforme, commission qui se compose de MM. Flourens, Velpeau et Cl. Bernard.)

Quelques erreurs et omissions ont été commises, dit le *Moniteur*, dans la liste des personnes auxquelles des médailles d'or ont été décernées à l'occasion du choléra :

Départ. de la Loire. — Le nom du docteur Vial doit être retranché, par suite de sa nomination dans l'ordre de la Légion d'Honneur.

Marne. — *Au lieu de :* Boullaud, *lisez :* Boulland.

Meuse. — *Au lieu de :* Brichard (Nicolas-François), d.-m. à Bar-le-Duc, *lisez :* Bricbard (Nicolas-François) à Lavoie.

Oise. — *Au lieu de :* Bourdier, d.-m., *lisez :* Boursier, d.-m.

Seine. — *Au lieu de :* Hullin, d.-m. à Paris, *lisez :* Hullin, d.-m. à Mortagne (Vendée).

Au lieu de : Leconte, d.-m. à Paris, *lisez :* Leconte, médecin à Batignolles (Seine).

Au lieu de : Rotureau, médecin à Paris, *lisez :* Rotureau, d.-m. à Paris.

Ajouter : M. Levrat, d.-m. à Paris.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix-Maltestr et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 18. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 13 Février 1855.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'INFLUENCE ET DE L'ACTION DE L'ATMOSPHÈRE MARITIME DANS LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ;

Par M. le docteur POUGET, de Bordeaux, médecin inspecteur des bains de mer de Royan.

(Suite. — Voir le numéro du 8 Février 1855.)

Une fois l'authenticité de la puissance de l'atmosphère maritime prouvée, comme agent prophylactique et curatif de la phthisie pulmonaire, nous croyons utile et même indispensable, avant de chercher à en expliquer le mode d'action, de préciser ce que nous entendons par cette affection, et quelle est la cause de sa gravité.

Depuis que l'anatomie pathologique est venue éclairer de son flambeau l'immense cadre des lésions organiques, au nombre desquelles figure, au premier rang, la phthisie pulmonaire, la plupart des pathologistes, pour ne pas dire tous, ont réservé ce nom à l'affection caractérisée par la présence, dans le tissu pulmonaire, du tubercule dans ses diverses évolutions.

Avec eux, nous considérons, nous aussi, la phthisie, comme une manifestation de la diathèse tuberculeuse localisée dans le poumon, et dont la gravité dépend principalement de la lésion de l'organe envahi.

Celui-ci se trouvant, en effet, incessamment en rapport avec l'air atmosphérique dont il doit élaborer, sans la moindre interruption, la portion nécessaire à ses diverses fonctions, il faut que la machine soit nuit et jour en activité, et en rapport avec un milieu irritant qui altère ses ressorts, et tout cela pour accomplir un acte de plus en plus imparfait, de plus en plus désorganisateur.

Par là, et en raison de la solidarité qui lie cet acte intimement à la constitution, la lésion générale devient pour l'organe malade la cause incessante de nouvelles altérations, jusqu'à ce qu'il se produise un état de désorganisation incompatible avec l'existence; ce qui donne lieu à des altérations dans le jeu comme dans le tissu de l'appareil appelé à y prendre une part essentielle, altérations qui amènent successivement, avec des graduations variables à l'infini, la gêne respiratoire, les crachemens de sang, la fièvre, l'amaigrissement, les sueurs et la diarrhée colliquative, enfin tous les phénomènes précurseurs de la mort.

Or, comment se produit cette modification morbide primitive que l'on désigne sous le nom de diathèse?

Quelque puissance que l'on attribue aux causes prédisposantes, quelque durée que l'on suppose à leur action, il est évident qu'elles n'aboutiraient jamais à cet ensemble d'élémens qui composent cette dernière.

En effet, la force de réaction dont l'organisme est doué résiste pendant longtemps à la création et à l'envahissement des germes pathogéniques, et ce n'est pas la durée si courte d'une existence humaine qui pourrait permettre à ces causes de neutraliser à ce point l'énergie vitale, et d'exercer dans l'organisation des ravages si profonds.

Il faut que la tradition héréditaire se charge de transmettre préalablement le trouble fonctionnel et organique, amené insensiblement par un certain ordre d'agens spéciaux, trouble et appauvrissement, que masquent souvent des apparences trompeuses, jusqu'à ce que le virus destructeur, d'une nature analogue à celle de ses causes, soit définitivement organisé. Établi, dès lors, au foyer de la vie, dans les différens centres de son activité, il constitue un héritage que nul ne peut ni répudier ni dissiper à son gré, et qui, sous l'influence permanente des mêmes causes, irait se développant invariablement jusqu'à l'anéantissement presque de la race qui en a le fatal dépôt : phénomène d'élimininatiou s'effectuant dans l'espèce humaine, comme il s'effectue dans l'agrégat vivant à l'égard de tout ce qui peut entraver ses ravages, à l'égard de tout élément qui a perdu ses droits à la vie.

Ainsi s'engendrent dans les générations, par un travail séculaire, ces déviations vitales qui s'écartent de plus en plus de l'état hygiénique; ainsi se développe la diathèse tuberculeuse dans des conditions, et suivant des modes spéciaux que nous n'avons pas à rechercher ici. C'est là le fond de la phthisie pulmonaire.

Cependant, quoique cette dernière soit une dans son essence, affectant non seulement le tempérament lymphatique, ce qui est la règle générale, mais encore des tempéramens diamétralement opposés (1), elle n'en reconnaît pas moins des causes occasionnelles très nombreuses, tout en étant compliquée de plusieurs états morbides, tels que syphilis, dartres, etc., qui, chez les anciens, constituaient tout autant d'espèces de phthisie.

De ce qui précède, nous conclurons, pour ce qui regarde le traitement soit prophylactique, soit curatif de la phthisie dont nous avons à nous occuper, tout comme pour l'appréciation de la valeur thérapeutique des divers agens hygiéniques et pharmaceutiques auxquels on doit avoir recours dans l'un et l'autre cas; nous conclurons, dis-je, qu'il faudra avoir toujours égard aux élémens suivans constitutifs de cette terrible maladie :

1° La diathèse tuberculeuse comme cause essentielle.

2° La lésion fonctionnelle de l'organe par la présence du tubercule.

3° Toutes les complications dépendantes du tempérament, de certaines affections, etc., etc,

Quant à la diathèse tuberculeuse, le hasard, un hasard presque providentiel, en suspend quelquefois la marche plus ou moins accélérée, en amenant un changement salutaire dans les conditions hygiéniques d'un membre de la famille, ou de toute la famille affectée du vice héréditaire, qui, subissant, de cette sorte, un mouvement rétrograde, dissipe cette diathèse peu à peu et presque toujours avec une lenteur proportionnée à la durée de son développement.

Quelquefois une crise survient ; elle provoque une maladie aiguë qui peut, si le mal n'est pas trop avancé, l'extirper complétement de l'organisation et interrompre ainsi la tradition.

Mais combien de tels événemens sont rares et combien l'on s'abuserait si l'on fondait sur eux le moindre espoir.....

Heureusement ces modifications reconstitutives ne sont plus au-dessus de la puissance de l'homme, même dans les circons-

(1) « Si le tempérament lymphatique est le plus favorable au développement de la phthisie, la coïncidence de cette affection avec le tempérament sanguin, avec une constitution musculeuse, avec un squelette bien conformé, est moins rare qu'on ne le croit. » (Ginieyz, thèse inaugurale, Montpellier, 1854.)

Baumès dit également à ce sujet (*Précis théorique et pratique des diathèses*, 1853) : « Fréquemment on remarque la phthisie pulmonaire et la présence de la matière tuberculeuse dans les glandes lymphatiques superficielles, dans les os, et dans les divers autres tissus, chez des individus qui n'ont ni le tempérament lymphatique, ni aucune de ces apparences dans les tissus blancs, dans la *laxité* de la fibre, de la mollesse des chairs.

» On voit souvent, au contraire, la phthisie chez des individus d'une constitution sèche, d'un tempérament nerveux, ou bilieux, ou nerveux sanguin. »

Feuilleton.

DÉONTOLOGIE.

Discours prononcé par M. le docteur CERISE, en prenant le fauteuil de président de la Société médicale du 1er arrondissement de Paris.

Messieurs et chers collègues,

Vous connaissez le sort des institutions dont le but est oublié par les générations qui se succèdent. Actives et fécondes d'abord, elles tombent bientôt dans la routine, ce mécanisme stérile des institutions déchues. L'oubli du but qu'on s'est proposé au commencement est la faute qui préside à toutes les décadences, et cette faute est malheureusement plus aisée dans les choses qui touchent à l'intérêt général que dans celles qui touchent à l'intérêt privé. Faisons nos efforts pour que la pensée qui a fondé nos Associations médicales ne subisse point cette déchéance ; souvenons-nous en sans cesse ; qu'elle soit toujours présente à l'esprit de chacun de nous ; qu'elle préside non seulement à notre action collective, mais encore à tous nos actes professionnels. Nous devons vouloir que cette pensée pénètre comme une règle souveraine et invariable dans la conscience de tous les membres du corps médical, dans le présent et dans l'avenir. Pour cela, cette pensée doit être énoncée, rappelée, propagée, et, à force d'être énoncée, rappelée et propagée, elle triomphera. Les Associations doivent en conserver intact le dépôt sacré, afin d'assurer ce triomphe qui sera leur œuvre.

C'est sans doute pour prévenir le fatal oubli du but qui nous a réunis en Associations; c'est sans doute pour rappeler sans cesse la pensée qui a fondé notre Société, que, chaque année, le président que vous venez d'honorer de vos suffrages a l'honneur de vous adresser une allocution confraternelle. C'est ce que je vais faire à l'exemple de mes honorables prédécesseurs.

Le but de notre Association, vous le savez, n'est point un but scientifique. Il n'est pas davantage un but charitable. A ces besoins de notre esprit et de notre cœur, notre intention n'est point de faillir jamais, et nos procès-verbaux en font foi; mais d'autres Associations ont pour mission d'y satisfaire plus spécialement. Notre but, celui qui nous est plus particulièrement confié, consiste à maintenir et à accroître, dans le monde, l'autorité morale du médecin, en propageant parmi nos confrères l'habitude des vertus professionnelles et de la loyauté confraternelle. C'est, en d'autres termes, une volonté collective de développer le sens moral de chacun, une résolution concertée d'agir sur la conscience de tous, en faisant prévaloir dans les mœurs médicales les sentimens de dignité personnelle et de loyale confraternité. C'est, en un mot, une pensée de moralisation mutuelle.

De quoi s'agit-il, en effet ?... De rappeler aux médecins, de nous rappeler les uns aux autres que tout n'est pas permis dans la vie professionnelle par cela seul que la loi écrite se tait. Dans le monde moral, il est des sentimens et des actes qu'aucun code humain n'a nommés, que nulle peine légale ne saurait atteindre, et qui n'en sont pas moins des sentimens mauvais et des actes détestables aux yeux de tous, des grands et des petits, des savans et des ignorans. C'est pour suppléer à cette immunité légale que l'idée d'honneur s'est produite dans les nations civilisées, et que l'opinion s'y est constituée juge souverain des questions de dignité et de loyauté. Or, la dignité personnelle est un devoir d'honneur pour tout le monde; elle l'est plus encore pour le médecin. La loyauté confraternelle est un devoir d'honneur pour toutes les professions libérales; elle l'est plus encore pour celle du médecin. Le médecin n'a une grande autorité dans les familles que par la reconnaissance due à des services rendus et par la confiance, souvent capricieuse et aveugle, qu'on a en lui; tout lui impose de ne point exploiter sans délicatesse cette grande autorité, de ne point abuser en égoïste de cette excessive confiance. Si on n'est pas assez convaincu de cette vérité, notre mission est de la répéter, de l'enseigner en la plaçant sous la sauve-garde de l'honneur ; car, sachez-le bien, les idées d'honneur sont de celles qui sont indépendantes des influences physiques et physiologiques; l'enseignement, l'éducation, les institutions les créent de toutes pièces, la tradition les maintient et les développe, et l'oubli seul les laisse périr.

Dignité dans nos rapports avec le public; dignité dans nos rapports avec l'administration ; dignité dans nos rapports avec les familles ; voilà ce que l'honneur nous commande. N'est-ce pas dire que toute assimilation de la profession libérale par excellence, à une opération mercantile, est un acte contraire à l'honneur médical? N'est-ce pas dire que toute assimilation de la profession indépendante par excellence à des habitudes d'intrigue et de servilisme est un acte contraire à l'honneur médical? N'est-ce pas dire, enfin, que toute assimilation de la profession la plus délicate, à l'exploitation déloyale et jalouse d'une industrie rivale, est une action contraire à l'honneur médical?

Dans ces quelques mots sont résumés tous les devoirs d'honneur qui nous sont imposés en tant que médecins, et que notre Association a pour mission spéciale de faire triompher.

Ici, permettez-moi une réflexion.

Parmi les actes qui compromettent la dignité du médecin, il en est qui sont accomplis au grand jour. Au point de vue de l'honneur, ce sont les moins graves, puisque ce sont précisément ceux que la loi écrite, à la rigueur, pourrait atteindre, puisque, en définitive, ce sont ceux que l'Association peut frapper de son blâme quand un de ses membres s'en rend coupable. Tels sont les actes de publicité, par voie d'annonce et d'affiche, que réprouvent déjà si vivement les mœurs que nous nous sommes faites, et que réprouveront bientôt, si nous y veillons bien, les mœurs publiques, quand nous serons parvenus, sur ce point, à les réformer plus complétement. C'est sur ces actes-là, parce qu'ils sont notoires, certains, inniables, parce qu'ils laissent après eux, comme l'on dit en justice, le corps du délit ; c'est sur ces actes, déjà frappés d'avance par l'opinion et par l'évidence, que s'exerce plus particulièrement notre rigueur. Il en est pourtant d'autres qui se commettent dans l'ombre, sous l'abri sacré des familles, que nulle rigueur ne peut atteindre, et qui, par cela même, sont, au point de vue de l'honneur, plus graves que les autres. Je fais allusion à ces paroles légères, malveillantes ou perfides, à l'aide desquelles, en censurant, par exemple, le diagnostic ou le traitement d'une maladie qu'il ne connaît que par des récits toujours inexacts, un médecin détruit sournoisement, lâchement, l'autorité d'un médecin absent. Je fais allu-

tances les plus fâcheuses. Par l'observation attentive des phénomènes morbides qui ont précédé ou qui accompagnent la phthisie, par la connaissance des causes qui l'ont engendrée, qui l'entretiennent et l'aggravent, la médecine peut maintenant déterminer, avec une certaine précision, les cond tions hygiéniques et diététiques, les moyens prophylactiques et curatifs qui en entraveront la marche et la feront peu à peu disparaître; son intervention ne sera pas désormais invoquée en vain, car elle peut, nous en avons la conviction, aboutir à des résultats définitifs, à une guérison permanente, non seulement de la manifestation locale, mais encore de la diathèse elle-même, et restituer ainsi la vigueur primitive à une race dont tous les enfans étaient infailliblement plus ou moins condamnés à une existance précaire, à une mort permanente.

Seulement, cela se conçoit, de tels succès ne sont pas rapides, encore moins faciles, dans l'état actuel des choses, ils exigent un traitement, pour ainsi dire héréditaire, embrassant dans son action plusieurs générations et prenant l'individu non seulement au seuil de la vie, mais encore, si je puis m'exprimer ainsi, dans les conditions de la conception par le croisement des races et dans sa vie intra-utérine.

« La diathèse tuberculeuse, dit à ce sujet le docteur Baumès, n'étant pas de celles contre lesquelles la science a un remède spécifique, il faut, pour le détruire, opposer à ce mode vicieux constitutif de ladite diathèse, une autre manière d'être de l'organisation; en refaisant en quelque sorte ces organisations, en changeant le plus complétement possible, toutes les conditions extérieures et intérieures au milieu desquelles elle exerce son influence. »

Pour ce qui est de la manifestation diathésique locale (la lésion pulmonaire), quel que soit son développement morbide plus ou moins avancé, il faudra chercher à la faire rétrograder, en maintenant l'organe fonctionnel dans les meilleures conditions possibles.

Si un état trop avancé de la lésion locale ne permet pas d'obtenir ce dernier résultat, ce qui n'arrive que trop souvent, on tâchera, en empêchant une réaction trop violente de la part de l'organe affecté, de retarder les fâcheuses conséquences de sa lésion fonctionnelle, et, par suite, l'arrivée de l'état cachétique et colliquatif de la diathèse, fatalement suivie de la mort, presque toujours au milieu de souffrances plus ou moins aiguës.

Dans tous les cas, il faudra avoir égard aux différentes complications qui doivent modifier toute espèce de traitement.

N'ayant à nous occuper que de l'air atmosphérique maritime comme agent curateur, sans prétendre exclure tous les autres agens hygiéniques et pharmaceutiques, c'est d'après ces principes que nous en étudierons l'emploi dans la prophylaxie et la thérapeutique de la phthisie pulmonaire.

(La suite prochainement.)

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APIOL (PRINCIPE IMMÉDIAT DU PERSIL), CONSIDÉRÉ COMME SUCCÉDANÉ DE LA QUININE (1);

Par MM. JORET et HOMOLLE, docteurs en médecine.

Observations recueillies par M. le docteur Denis, médecin de l'hôpital civil et militaire d'Auray (Morbihan).

(Suite).

OBS. XVIII. — *Fièvre intermittente tierce datant de quatre mois, ayant résisté au sulfate de quinine et au vin de quinquina à haute dose, guérie avec 2 grammes d'apiol.* — L. M... (Mathurin), jardinier, âgé de 65 ans, était atteint, depuis le mois de juillet dernier, d'une fièvre intermittente tierce des plus tenaces. Chaque accès caractérisé par ses trois stades : frisson, chaleur et sueur, durait vingt-quatre heures. N'ayant pas d'apiol à ma disposition, j'administrai le sulfate de quinine d'abord à la dose d'un gramme, le surlendemain à 75 centig., puis à 50 et à 40 centig. pendant dix jours environ. La fièvre, qui avait insensiblement diminué, finit par disparaître; mais ce ne fut pas pour un long temps. Trois semaines après le dernier accès, elle revint sous le même type. J'ai recommencé l'administration de la quinine; et pour éviter, si faire se pouvait, un retour trop prompt des accès qui étaient enrayés par la quinine, j'ai soumis le malade à l'usage du vin de quinquina. Tous les jours il en prenait environ 60 grammes. Malgré cela, la fièvre a persévéré jusqu'au mois de novembre. Tous les quinze jours revenait un accès que je coupais avec une forte dose de sulfate de quinine.

Le 8 novembre, après avoir constaté de nouveau deux forts accès de fièvre, j'ai administré 1 *gramme d'apiol* en 4 capsules, prises coup sur coup, le matin du jour apyrétique. — Le 9, la fièvre s'est à peine montrée. Le malade n'a éprouvé qu'un peu de céphalalgie sans frisson et sans sueur. — Le 10, 4 capsules d'apiol. — Le 11, plus de fièvre. — Le 12, 3 capsules d'apiol. — Le 13, l'accès a manqué comme l'avant-veille.

Depuis lors, L. M... a toujours été bien portant, et sa fièvre a été bien et définitivement coupée.

OBS. XIX. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie avec 2 grammes d'apiol.* — B... (Jean-Marie), domestique de ferme, âgé de 14 ans, avait été, depuis deux ans, successivement atteint de fièvre quarte, puis tierce et quotidienne. De robuste qu'il était auparavant, il était devenu maigre et étiolé. Il était sur le coup de perdre sa place, parce qu'il n'avait plus assez de force pour la remplir, lorsqu'il vint me trouver au mois de mars 1853. Je lui fis prendre 8 capsules d'apiol en deux jours. Sa fièvre a disparu sans retour.

Ce n'est que plusieurs mois après que j'ai connu son entière guérison. Il avait, comme la plupart de nos paysans, négligé de venir m'informer du résultat de l'administration du remède que je lui avais donné.

OBS. XX. — *Fièvre intermittente tierce guérie avec 2 grammes d'apiol.* — Q... (Jean-François), tisserand, âgé de 66 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament pléthorique, était arrivé à son cinquième accès d'une fièvre tierce lorsqu'il vint me consulter. Je lui fis prendre 4 capsules d'apiol chaque jour apyrétique. Après la première dose, la fièvre a reparu, mais l'accès, au lieu de durer seize à dix-sept heures, n'avait duré que deux heures seulement. La fièvre avait manqué. — A la deuxième dose, la fièvre n'a pas reparu. Le malade a pris encore 4 capsules d'apiol; sa fièvre a disparu sans retour. Il jouit à présent d'une bonne santé.

OBS. XXI. — *Fièvre quarte guérie avec 2 grammes d'apiol.* — Le R... (Françoise-Joséphine), femme F..., âgée de 48 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux, a été constamment sujette de 1848 à 1853, c'est-à-dire pendant cinq ans, à une fièvre quarte qui a été coupée vingt fois par le sulfate de quinine à haute dose, et qui revenait sans cesse, bien que l'on continuât l'administration du médicament. Elle avait pris aussi quantité de ces succédanés que le vulgaire préconise, sans en éprouver le moindre résultat. Sous l'influence de cette continuité de la fièvre, la malade était devenue étique; son teint était jaune-paille et ses extrémités étaient œdématiées. Il n'est pas jusqu'à son caractère qui n'ait ressenti le contre-coup de son état maladif. Mme F... était inquiète et irascible à l'excès. Dans ces conditions fâcheuses, je débutai par la prescription de 3 grammes d'apiol, à prendre : le premier gramme, le matin du premier jour apyrétique; le deuxième gramme. le deuxième jour, dans la matinée, et le troisième gramme, le soir de ce même jour.

Mme F... prit la première dose et la deuxième comme il avait été dit, mais au moment de prendre la dernière, elle eut des vomissemens et des selles bilieuses abondantes. Elle fut effrayée de la grande faiblesse qu'elle ressentit à la suite, et craignit d'avaler le troisième gramme d'apiol. Elle a dormi d'un bon sommeil toute la nuit suivante; et le lendemain matin, jour de l'accès, le 17 avril, la fièvre n'est pas venue. Nous avons continué l'usage de l'apiol jusqu'à la fin du mois, à dose successivement moindre : la fièvre a *disparu sans retour*. Mme F... a repris depuis cette époque son embonpoint et sa bonne santé d'autrefois.

OBS. XXII. — *Fièvre intermittente tierce guérie avec 1 gramme d'apiol.* — Marguerite B..., âgée de 9 ans, était atteinte depuis un an d'une fièvre d'accès se montrant tantôt sous le type tierce, tantôt sous le type quotidien. Depuis trois mois, la fièvre revenait régulièrement tous les deux jours, et malgré l'emploi du sulfate de quinine, à la dose de 40 et 50 centig., elle persistait avec une ténacité désespérante, lorsque la petite malade nous fut conduite pour réclamer nos soins.

J'ai prescrit l'usage des capsules d'apiol à la dose de 2 capsules chaque jour apyrétique. Après les deux premières, la fièvre a reparu bien moins forte que d'habitude, et les deux autres la lui ont coupée définitivement. Depuis lors, la jeune Marguerite a repris sa santé et sa gaîté d'autrefois.

Observation recueillie par M. le docteur Fernet.

OBS. — *Fièvre intermittente tierce guérie avec 6 capsules d'apiol* (chaque capsule renfermait 15 centig d'apiol). — Pierre Croix, cantonnier-paveur, demeurant rue St-Louis (en l'île), est âgé de 45 ans. C'est un homme de moyenne taille, brun, fort, d'un tempérament bilioso-sanguin. Il a fait plusieurs graves maladies dans sa vie; notamment, il a conservé pendant quinze ou dix-huit mois, il y a quinze ans, une fièvre intermittente qui a passé par tous les types. Il était alors dans son pays, village du département de la Haute-Vienne, où règnent d'habitude des fièvres paludéennes.

Le 25 mai 1853, étant à travailler dans le clos St-Lazare, il but, ayant chaud, une notable quantité d'eau froide. Aussitôt il fut pris de frisson, il grelottait de tout le corps; il se fit transporter chez lui, se mit au lit et ne tarda pas à ressentir une chaleur générale, avec céphalalgie, qui dura toute l'après-midi et une partie de la nuit, après quoi il fut couvert d'une sueur abondante. Il se plaignit en même temps d'un point de côté à droite et toussait un peu.

Appelé le lendemain, 26 mai, près de lui, vers dix heures du matin, je le trouvai à la fin de son accès de fièvre. Le pouls ne battait plus que 80 fois par minute; la toux et le point de côté persistant, je l'auscultai, et je ne reconnus rien d'anormal dans la poitrine. La langue était recouverte d'un enduit muqueux jaunâtre fort épais; il accusait un sentiment de brûlure à l'épigastre. Depuis plusieurs jours il n'avait plus d'appétit. Je prescrivis un éméto-catarthique.

Le malade a vomi abondamment et a eu plusieurs garde-robes dans l'après-midi. — La nuit se passe bien, et le 27 au matin il était tout disposé à reprendre son travail, lorsqu'il fut pris vers deux heures de la journée d'un frisson plus intense encore que le premier, suivi de chaleur et de sueur qui ne cessèrent que le 28 vers midi. On me fit prévenir; je vis le malade durant son accès, et je lui prescrivis pour le soir même 2 capsules d'apiol et 4 pour le lendemain 29. Repos et demi-diète. Cette médication fut suivie en tous points.

Le 30, la fièvre n'a pas reparu. — Le 31, 4 capsules; *ut suprà*. — Le 1er juin, pas de fièvre. — Le 2 juin, 4 capsules. — Le 3 juin et les jours suivans, plus de fièvre.

Le malade a repris son travail et son régime de vie habituel; la fièvre n'est plus revenue.

Observations recueillies par M. le docteur Amic, 1er médecin en chef de la marine à Fort-de-France (Martinique).

OBS. I. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol.* — Le Seigneur (Charles), ouvrier d'artillerie, entre à l'hôpital le 11 février 1852, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne. Le premier jour, on lui donne 2 capsules d'apiol (chaque capsule contenait 50 centig. d'apiol). Le deuxième jour, 3 capsules. Le troisième jour, 4 capsules.

---

sion à cette déloyauté, par laquelle, au lieu de faire servir la confiance dont on jouit dans une famille à protéger et à couvrir un honorable confrère dans les difficultés et les insuccès qui nous menacent tous également, qui nous sont communs à tous, on n'hésite pas à l'accabler encore en semant autour de lui la méfiance, l'ingratitude et l'injustice. Le médecin honnête, le médecin réellement honorable protége le malheur de son confrère quand il n'a pas réussi; il applaudit à son succès quand il a été heureux. Reculant devant la complicité du silence, il n'hésite pas à protester contre les accusations nécessairement absurdes quo se permettent les personnes incompétentes. Que le hideux égoïsme sache faire une honorable retraite devant les exigences d'une loyale confraternité; l'intérêt légitime n'aura rien perdu à une conduite qui élève ainsi celui qui soutient, sans abaisser jamais celui qui en est l'objet. Mais, si une conduite opposée est pratiquée, que pouvons-nous contre le coupable? Rien. Si l'intrigue et le servilisme d'un médecin compromettent sa dignité dans des sollicitations sans convenance et sans mesure, que pouvons-nous contre lui? Rien. Nous ne pouvons atteindre que le fait connu, patent, de la publicité anormale, qui, comme je l'ai déjà dit, porte en lui-même son châtiment. Et encore, le faisons-nous toujours en véritable jury d'honneur que nous sommes, nous montrant surtout sévères pour les puissans, et indulgens seulement pour les faibles? Distinguons-nous exactement entre les diverses formes de la publicité, celles qui sont honnêtes, légitimes, de celles qui ne le sont point? La limite est-elle exactement tracée; est-il possible de la déterminer avec précision? Tel médecin en crédit peut obtenir dans la première colonne d'un journal et sous une forme noble et digne, ce qu'un autre, sans appui, n'obtient dans la quatrième que sous une forme mesquine et vulgaire. Rendrons-nous hommage à celui-là, et jetterons-nous des pierres à celui-ci? La publicité la plus habile et la plus profitable n'est certainement pas celle qui humilie le plus celui qui y recourt. Dans cette question d'habileté, que décidera le jury d'honneur? que décidera-t-il en tant d'autres questions délicates, qu'il est plus aisé de poser que de résoudre?

Si je fais cette réflexion, c'est pour rappeler à tous que, en l'absence et dans l'impossibilité d'une juridiction positive, notre œuvre de moralisation consiste plutôt à tenir en continuel éveil le sentiment d'honneur médical qu'à poursuivre et à juger les actions, à former et à développer les mœurs professionnelles qu'à atteindre et à frapper les personnes. Les Associations médicales sont un pouvoir spirituel qui remplit une fonction éducatrice par la parole et par l'exemple. Si elles n'ont le droit de blâme que sur ceux qui en ont accepté la règle, elles ont un devoir d'enseignement pour tous et pour toujours. C'est surtout dans l'accomplissement de ce devoir qu'elles trouveront leur influence et leur force.

Créer et développer le sens moral du médecin en plaçant sa dignité personnelle et sa loyauté confraternelle sous l'égide de l'honneur, tel est, je le répète, le but de nos Associations médicales. Le jour viendra, grâce à leur persévérans efforts, où, pour avoir manqué même secrètement à cette dignité et à cette loyauté, on sentira la rougeur monter au front, comme lorsqu'on a manqué à la plus vulgaire probité.

Je vous remercie de la part que vous m'avez faite dans cette œuvre commune en m'honorant de vos suffrages. J'espère que vous ne regretterez point de me les avoir donnés. Quant à moi, je compte sur votre indulgent concours.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Lorsqu'une idée nouvelle se produit dans la science, il est du devoir de ceux que la nature de leurs études et de leurs travaux intéresse plus particulièrement à cette idée, de faire connaître tous les faits qui peuvent servir à en éclairer la discussion. C'est dans cette pensée que je vous prie, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien insérer dans votre journal les observations suivantes, en réponse au mémoire que vous avez dernièrement publié sur ce que l'on appelle le *chancroïde syphilitique*.

Il est dit dans ce mémoire, contrairement aux idées généralement reçues, que les diverses variétés du chancre sont de véritables *espèces pathologiques*, et que chacune d'elles se transmet en conservant sa forme, ses propriétés et tous ses caractères symptomatiques. Ainsi, sur un individu qui n'a pas eu la syphilis constitutionnelle, le chancre simple, non infectant, reproduit toujours un chancre simple. Le chancre induré donne toujours lieu à un chancre induré. Cette assertion, si elle était vraie, conduirait à la négation de l'identité du virus syphilitique, opinion déjà soutenue par Carmichael, et plus récemment par M. le docteur Bassereau dans son remarquable ouvrage sur la syphilis.

Aucun syphilographe ne contestera les observations sur lesquelles s'appuie l'auteur du mémoire en question. Mais s'il est vrai que très souvent le chancre se transmet dans sa variété, cette règle est loin d'être assez générale pour pouvoir être érigée en principe. Tous les médecins savent, en effet, que très souvent aussi le chancre, en passant d'un individu malade à un individu sain, change complétement de forme et de caractère : un chancre simple devient un chancre induré, et réciproquement. Voici deux faits qui le démontrent de la manière la plus évidente :

Au mois de mai 1854, un jeune homme veut me consulter pour un chancre induré qui siégeait sur la couronne du gland. Quelques jours plus tard, il m'amena la femme qui lui avait communiqué son mal. Je trouvai à l'orifice externe du canal de l'urètre un chancre *simple*, sans trace d'induration. Le jeune homme a eu depuis diverses manifestations de syphilis généralisée. La femme, qui n'a pas subi de traitement, n'a présenté aucun symptôme de syphilis constitutionnelle, maladie qu'elle n'a jamais eue antérieurement.

Au mois de novembre 1853, une femme vint me consulter pour un chancre induré. Deux mois après, elle avait des plaques muqueuses à la vulve, une roséole et des ulcérations à la gorge. Au mois d'octobre 1854, elle contracta un nouveau chancre qui, cette fois, ne s'indura pas. Ce devait être, par conséquent, un chancroïde ou chancre simple non infectant. Un jeune homme qui, à cette époque, eut des relations avec elle, prit un chancre induré, lequel a été suivi, depuis, de tous les accidens ordinaires de la syphilis constitutionnelle.

Ces deux faits, et beaucoup d'autres semblables que je pourrais invoquer, l'observation si complète et si intéressante que vous a, dernièrement, communiquée M. le docteur Cullerier, prouvent, une fois de plus, que le virus syphilitique est un, et que la diversité de ses effets dépend surtout des prédispositions individuelles. Ce que disait Fernel, il y a trois siècles, en parlant de ce virus, est encore vrai de nos jours : *Una tamen et eadem totius est essentia; sed est corporum in qua illa incidit, permagna varietas,* et ex causa fit, ut lues alia leviaribus, alia gravioribus symptomatis exerceat.

Agréez, etc.

Dr Ed. LANGLEBERT.

Dès le premier jour la fièvre a été coupée. Les six dernières capsules n'ont été données que pour prévenir une récidive. Le malade est sorti guéri le 17 février.

Obs. II. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol.* — Charles Antoine, ouvrier de l'administration, entre à l'hôpital le 10 février 1852, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne. — Le 11, on lui donne 3 capsules. — L'accès du 12 manque, on administre encore 3 capsules. — Pendant la nuit du 12 au 13 l'accès revient. — Le 13, on donne 3 capsules. Pas de fièvre ce jour-là ni le lendemain. — Le 16, on donne encore 3 capsules, la fièvre ne revient plus.

Le malade sort guéri le 20 février.

Obs. III. — Roerhig, fusilier de la 11me compagnie, entre à l'hôpital le 11 février 1852, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne. Ce jour-là on lui donne 2 capsules. Le lendemain la fièvre ne reparaît pas. On continue pendant trois jours l'administration de l'apiol à la dose de 3 capsules chaque jour. La fièvre ne revient pas.

Le malade sort guéri le 24 février.

Obs. IV. — *Fièvre intermittente quotidienne; insuccès de l'apiol.* — Poussardin, grenadier de la 4me compagnie, entre à l'hôpital le 11 février 1852, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne. — Le 11 février, 2 capsules d'apiol. — Le 12, apyrexie; quelques nausées; légère douleur épigastrique; 3 capsules. — Le 13, plus de nausées ni douleur; léger mouvement fébrile dans la nuit. — Le 13, 3 capsules. — Le 14, apyrexie. — Le 15, 3 capsules, pas de fièvre. — Jusqu'au 22 février, c'est-à-dire pendant huit jours, la fièvre ne reparaît pas. Ce jour-là, le malade est pris d'un nouvel accès. — Le 22, 3 capsules. — Le 23, 3 capsules.

Les six dernières capsules font disparaître de nouveau la fièvre, mais elle revient le 24 février.

On renonce aux capsules d'apiol pour le sulfate de quinine, qui guérit le malade. On ne dit pas à quelle dose et durant combien de jours la quinine a été administrée.

Le 27 février, Poussardin n'était pas encore sorti de l'hôpital.

Obs. V. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol.* — Nordée, fusilier de la 12me compagnie, entre à l'hôpital le 15 février, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne. On lui donne 3 capsules. La fièvre est coupée net. — Le 16 et le 17, on continue les capsules à la même dose. La fièvre n'a pas reparu, et Nordée a quitté l'hôpital, parfaitement guéri, le 24 février 1852.

Obs. VI. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol.* — Dathe, grenadier de la 4me compagnie, entre à l'hôpital le 15 février 1852, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne. On lui donne 3 capsules d'apiol. — Le 16, la fièvre ne revient pas; 3 capsules, id. — Le 17, pas de fièvre; 3 capsules.

Le malade sort guéri le 24 février.

Obs VII. — *Fièvre intermittente quotidienne; insuccès de l'apiol.* — Baerh, fusilier à la 10me compagnie, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne, entre à l'hôpital le 15 février 1852. On lui donne 2 capsules le premier jour; la fièvre manque. — Le 16, 3 capsules; léger mouvement fébrile. — Le 17, 3 capsules; encore un peu de fièvre.

Depuis lors, le malade a cessé de prendre de l'apiol; on a observé encore quelques légers accès chez lui, mais cependant M. le docteur Amic n'a pas jugé convenable de lui donner le sulfate de quinine, et au moment où il nous écrivait, le 26 février 1852, cet homme était toujours à l'hôpital.

Obs. VIII. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol.* — Delval, ouvrier d'artillerie, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne, entre à l'hôpital le 10 février 1852. On lui donne 3 capsules. Ce malade revenait des eaux du Piton, où il était depuis le 1er février avec la fièvre. Dès le lendemain, la fièvre est coupée, et jusqu'au 17 du même mois elle n'avait pas reparu, lorsqu'un deuxième accès survint. Ce jour là on lui donne encore 3 capsules. Depuis lors, la fièvre ne s'est plus montrée. Delval était encore à l'hôpital le 27 du même mois, c'est-à-dire dix jours après son dernier accès. Il se portait bien.

Obs. IX. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie par l'apiol.* — Verling, fusilier à la 12me compagnie, entre à l'hôpital le 20 février 1852, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne. On lui donne 2 capsules. Le 21, pas de fièvre. On continue l'administration de l'apiol à la dose de 3 capsules jusqu'au 23 février. La fièvre ne revient pas, et le malade est définitivement guéri.

De ces neuf observations, M. le docteur Amic conclut que l'apiol employé avec succès dans les fièvres intermittentes simples, ne peut convenir dans les fièvres rémittentes graves de nos Antilles, contre lesquelles le sulfate de quinine lui-même échoue trop souvent. Nous n'avons jamais eu de semblables prétentions. Mais, sans nous exagérer sa valeur antipériodique, nous tenions à bien établir (et les observations de M. Amic le prouvent suffisamment) que dans les fièvres intermittentes franches, sans complication, l'apiol peut remplacer la quinine et réussit aussi bien qu'elle.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 22 Novembre 1854. — Présidence de M. Bricheteau.

Sommaire. — Polyurie, communication de M. Vigla. Discussion : MM. Trousseau, Vigla, Hervez de Chégoin, Marrotte, Barth, Rostan, Barthez (François), Barthez (Ernest), Becquerel, Hervieux, Guérard, Thirial.

M. Vigla rapporte les principales circonstances d'un cas de polydipsie qui s'est terminé d'une manière funeste. Le sujet de cette observation est un vieillard, ancien commerçant, retiré depuis plusieurs années à la campagne, où il vivait sobrement et activement. Par l'un des jours de grande chaleur de l'été dernier, il prit, le corps étant couvert de sueur, un verre d'eau rougie, pour satisfaire une soif vive aiguisée par une longue route. A partir de ce moment, et sans avoir eu d'état fébrile ou de maladie aiguë, sans avoir éprouvé de souffrances dans aucune partie du corps, il a successivement senti sa soif s'accroître et ses forces diminuer, à tel point que plusieurs mois après l'accident et lorsque M. Vigla le vit, il se contentait de boire de l'eau, de manger quelques fruits, et avait renoncé, par la répugnance extrême qu'il y trouvait, à l'ingestion d'aucun aliment solide dans son estomac, qui ne recevait guère plus volontiers le bouillon ou d'autres liquides nourrissans.

L'examen attentif auquel M. Vigla se livra, ne le conduisit à la découverte d'aucune lésion organique. Il n'y avait pas de fièvre. L'anémie et l'amaigrissement inséparables de l'abstinence prolongée étaient les seuls désordres sérieux qu'il constata. La quantité d'eau ingérée chaque jour était de plusieurs litres et l'urine rendue en quantité à peu près équivalente. Celle-ci, qui a été l'objet d'une analyse ultérieure, a été trouvée aqueuse, décolorée, un peu plus pesante que l'eau distillée, légèrement acide, ne troublant ni par le chaleur ni par l'acide nitrique, ne prenant aucune coloration rougeâtre quand on la traitait à chaud par la liqueur de Bareswil ou la potasse caustique.

M. Vigla conseilla à ce malade des bains, des boissons amères de quinquina et de gentiane, des pilules d'*asa fœtida*, des lavemens de valériane; et conjura le malade, dont l'intelligence était très saine et qui désirait vivre, de se faire violence pour introduire des alimens quelconques dans son estomac. Il ignore à quel point ses conseils ont été suivis, n'ayant pas revu le malade; mais il a appris qu'il avait succombé moins de deux semaines après la seule visite qu'il lui a faite.

M. Trousseau peut citer un fait analogue, mais il doit d'abord signaler une lacune dans l'observation de M. Vigla. Le malade ne mangeait pas, il est vrai, mais il buvait; il aurait été important de signaler la nature de ses boissons, car, s'il ne buvait que de l'eau, il ne pouvait faire de sucre; il aurait donc fallu, pour démontrer qu'il n'existait pas de diabète sucré, faire prendre au malade des boissons féculentes et rechercher si l'on n'aurait pas constaté la présence du sucre dans les urines.

M. Vigla avoue que cette expérience n'a pas été faite, mais un caractère constant du diabète sucré c'est l'augmentation de l'appétit; ici, au contraire, il y a eu abolition complète et très rapide.

M. Trousseau : Autrefois, quand les médecins avaient moins qu'à présent l'habitude des expériences chimiques, on croyait assez souvent observer la polydipsie, tandis que, réellement, on avait affaire au diabète sucré. Mais cependant nous observons de temps en temps quelques faits remarquables de diabète non sucré. Il y a deux ans, j'ai eu, dans mon service à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme atteint de polydipsie sans sucre dans les urines, il rendait jusqu'à 32 litres d'urine, qui, chaque jour, ont été examinés par M. le professeur Bouchardat qui jamais n'y a trouvé traces de sucre. Et cependant il mangeait du pain et des légumes féculens du régime ordinaire des hôpitaux, Tous les quatre ou cinq jours, quand la polyurie était portée au plus haut degré, il survenait un érythème intense qui couvrait le visage et persistait pendant cinq ou six heures. J'administrai 1 gram. d'extrait de valériane qui a été prôné en pareil cas, les urines sont tombées de 32 litres à 20 ou 22; j'augmentai la dose d'extrait de valériane, et la quantité d'urine diminua progressivement. Le malade finit par prendre 15, 20 et 25 grammes d'extrait de valériane, les urines devinrent normales et en même temps les éruptions faciales disparurent. Ce qui prouve qu'il faut attribuer à la valériane la guérison de ce malade, c'est que toutes les fois qu'il en diminuait la dose la quantité de l'urine augmentait. Enfin, après plusieurs mois de traitement, il put diminuer progressivement la valériane sans en éprouver d'inconvéniens, et il sortit de l'hôpital n'ayant plus de polydipsie, et ne prenant plus que 1 gramme d'extrait de valériane.

M. Hervez de Chégoin a dans son service un malade, tailleur d'habits, qui rendait, au moment de son entrée à l'hôpital, 22 litres d'urine non sucrée; il mangeait beaucoup et digérait bien. On lui donna de l'eau de goudron et du café, et maintenant il ne rend plus que 6 litres d'urine.

M. Vigla a eu ces jours derniers, dans son service, un malade qui a eu une polydipsie momentanée et accidentelle. Il s'agit d'un malade qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, fut pris d'une soif très vive et rendit jusqu'à 15 litres d'urine par jour; il fut pris de choléra un soir et était mort le lendemain matin.

M. Marrotte demande à MM. Trousseau et Vigla si les malades dont ils ont rapporté l'histoire n'avaient pas d'autres maladies, et s'ils n'avaient pas dans leurs familles quelques antécédens analogues ou au moins d'affections nerveuses; car il croit que la polydipsie est presque toujours symptomatique de maladies plus graves, soit chez l'individu lui-même, soit dans les antécédens de famille; et il en observe un exemple dans ce moment : l'individu polydipsique appartient à une famille qui compte plusieurs tuberculeux.

M. Trousseau : Le malade dont j'ai rapporté l'histoire était vigoureux et d'une bonne santé avant sa polydipsie; mais quand je l'ai observé il était hypochondriaque et avait de temps en temps cette éruption sur laquelle j'ai appelé l'attention : c'était un hystérique mâle, et c'est pour cela que j'ai administré la valériane qui m'a si bien réussi.

M. Barth se rappelle que le malade de M. Trousseau a été dans son service à l'hôpital Beaujon en 1852; son attention a été fixée par cette éruption périodique. Il examina les urines avec soin, et n'y a jamais trouvé de sucre. Après quelque temps de séjour à l'hôpital Beaujon, le malade fut envoyé dans le service de M. Rayer, où il ne resta que peu de temps, et d'où il sortit pour entrer à l'Hôtel-Dieu. M. Barth a rencontré ce malade plusieurs fois, et a su qu'il était bien guéri.

M. Rostan possède actuellement dans son service un malade polyurique, qui rend 18, 20, 25 litres d'urine par jour. Sa maladie a débuté à la suite d'une violente contusion dans la région du foie; dans les premiers temps l'urine a contenu du sucre, mais maintenant elle n'en contient plus; le malade a un appétit très exagéré, il mange huit portions par jour et se plaint de n'en avoir pas assez, il en demande dix-huit.

M. Vigla fait remarquer que la boulimie manque ordinairement dans la polydipsie, mais dans le fait de M. Rostan, il a commencé par y avoir du sucre dans les urines. Étant interne de M. Honoré, à l'Hôtel-Dieu, il a vu un homme qui reçut une violente contusion sur la région des reins en tombant sur un échalas; il y eut d'abord du sang dans l'urine, puis au bout de quelques jours il survint une polydipsie simple sans sucre dans l'urine.

M. Barthez (François) a vu, à Vichy, un artilleur atteint de polydipsie; l'an dernier il était venu aux eaux atteint d'une gastro-hépatalgie qui paraissait simple. Cette année il est venu dans le marasme le plus avancé, buvant beaucoup et rendant chaque jour 8 à 10 litres d'urine non sucrée. Il était complétement sans appétit. Au bout de deux mois de traitement il est mort, et à l'autopsie on n'a rien découvert d'anormal.

M. Barthez (Ernest) a eu dans son service, à l'hôpital Sainte-Eugénie, un enfant de 2 ans polydipsique; il buvait chaque jour au moins 2 litres 1/2 et rendait à peu près la même quantité d'urine, qui ne contenait ni sucre ni albumine. En même temps, il était atteint d'anasarque et de refroidissement général. Au bout de quelques jours, l'anasarque disparut ainsi que le refroidissement, la polydipsie également; mais il survint de la diarrhée et bientôt tous les accidens se reproduisirent et le malade mourut au bout de quinze jours. On ne trouva, à l'autopsie, qu'un peu de congestion des reins.

M. Becquerel demande à M. Rostan si l'urine de son malade affecté de polyurie a été soumise à l'analyse. Il existe, en effet, deux sortes de polyurie : l'une, que l'on peut développer à volonté en buvant beaucoup, et qui consiste dans une augmentation de l'eau seule sans que la somme des autres matériaux de l'urine ait augmenté dans les vingt-quatre heures; l'autre, dans laquelle il y a augmentation non seulement de l'eau, mais encore de tous les autres principes contenus dans l'urine.

M. Rostan répond que l'urine du malade a été analysée avec grand soin par M. Bouchardat, et que l'analyse a démontré l'exagération de la sécrétion de tous les élémens constitutifs de l'urine.

M. Hervieux cite, à propos des accidens causés par une abondante ingestion de boissons froides, un fait dont il a été témoin au mois de septembre dernier. Plusieurs ouvriers travaillaient dans la rue Sainte-Anne à réparer une maison; tant qu'ils travaillèrent sur la face exposée à l'Est, il ne se passa rien d'extraordinaire, mais étant passés sur la face exposée au Midi, ils furent soumis à une température élevée; recevant les rayons du soleil dans toute sa force, ils burent énormément, et, à dater de ce moment, il se développa parmi eux plusieurs cas de choléra. Un ouvrier, entre autres, ayant bu cinq à six litres d'eau, mourut dans la même journée.

M. Guérard fait remarquer que Van Swieten a dit que de grandes quantités de liquide étant ingérées, s'il n'est pas éliminé par les voies naturelles, il va faire épanchement dans quelque grande cavité. M. Guérard a observé un malade qui, ayant l'habitude de boire, à son déjeuner, en très petite quantité, prit un matin, en hiver, trois ou quatre tasses ordinaires de thé; en sortant il eut froid, et fut pris immédiatement d'un point de côté très intense. Il s'exposa alors à l'action d'une bouche de chaleur; le point de côté disparut, et fut remplacé par des coliques très vives, suivies immédiatement de déjections alvines aqueuses extrêmement abondantes; ces déjections mirent fin à la douleur et rétablirent la santé. Il n'est pas douteux que les boissons abondantes donnent la diarrhée et prédisposent au choléra.

M. Thirial rappelle que l'influence des boissons trop abondantes sur le production du choléra s'est surtout fait sentir dans les campagnes pendant la moisson.

Le secrétaire, E. Moutard-Martin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 24 Janvier 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Sommaire. — Fracture des deux os de la jambe, compliquée d'anévrysme résultant d'une anomalie artérielle.

Dans la séance du 10 janvier, M. Verneuil a lu un rapport sur un travail adressé à la Société par M. le docteur Oré, professeur adjoint et chef des travaux anatomiques de l'école secondaire de médecine de Bordeaux, ayant pour titre : *Fracture complète des deux os de la jambe gauche; tumeur s'étendant de la partie inférieure et externe de la jambe à la partie supérieure et interne. Bruit de souffle unique à la partie inférieure de cette tumeur, bruit de souffle double à la partie moyenne.*

Et d'abord voici la relation du fait :

Un homme, âgé de 38 ans, entre, le 4 juin 1854, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. Chaumet. Cet homme avait été renversé, environ six semaines auparavant, par une charrette dont la roue passa sur la jambe gauche et produisit une fracture complète, mais simple, des deux os du membre.

Un appareil fut appliqué et levé après six semaines. Pas de mouvement possible de la jambe; le malade s'aperçoit qu'une tumeur volumineuse s'est formée à la partie externe du membre. Au moment de l'entrée du sujet à l'hôpital, il existe une tuméfaction considérable de la jambe gauche, un empâtement prononcé autour des malléoles. Mouvemens entièrement abolis. A travers les parties molles on sent une double saillie formée par les fragmens et on constate sans peine que la consolidation en est incomplète. On reconnaît également l'existence d'une tumeur commençant à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la malléole externe, contournant la face postérieure de la jambe, se terminant à la partie supérieure de sa face interne. Cette tumeur est fluctuante, sans expansion ni soulèvement; elle ne change pas de volume par une compression exercée soit au-dessus, soit au-dessous d'elle. Par l'auscultation, on constate à la partie inférieure et externe *un bruit de souffle râpeux unique très dur*, et à trois travers de doigt plus haut, dans un espace circonscrit correspondant à la solution de continuité du tibia, *deux bruits de souffle distincts*, le premier plus fort que le second; ce bruit rappelle les battemens du cœur. Dans les autres points de la tumeur, on ne constate rien de semblable.

Le membre est placé sur un plan incliné et entouré d'un appareil de Scultet. Au bout de quinze jours, la partie supérieure et interne de la tumeur devient le siége de douleurs aiguës, augmentées encore par la pression et s'accompagnant de chaleur à la peau et de fréquence du pouls. La fluctuation étant manifeste dans ce point, une ponction est

pratiquée ; elle est suivie d'un écoulement sanguin considérable ; le sang présente une couleur tenant le milieu entre celle du sang artériel et du sang veineux. Il fut nécessaire de comprimer la fémorale pour arrêter cette hémorrhagie. Une contre-ouverture fut bientôt pratiquée à la partie supérieure du foyer et pour favoriser l'issue du pus, on y introduisit une mèche.

Le 28 juin, une nouvelle hémorrhagie se déclare ; le malade perd une assez grande quantité de sang offrant les mêmes caractères que précédemment. L'hémorrhagie est arrêtée par la compression de l'artère fémorale. La tumeur examinée n'offre pas plus que précédemment d'expansion, mais les bruits de souffle persistent.

Le 5 juillet, autre hémorrhagie suivie d'une diminution considérable dans le volume de la tumeur. En transportant le malade dans un autre lit, la jambe est remuée, les fragmens sont déplacés. En auscultant, on reconnaît un affaiblissement notable du double bruit, le second a presque complétement disparu. Le souffle unique inférieur et externe n'est point modifié.

L'état général très grave du malade décide M. Chaumet à pratiquer l'amputation de la cuisse.

Voici ce qui fut constaté par M. Oré, à la dissection du membre.

Nous laissons de côté les désordres présentés par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles, pour nous en tenir aux lésions du squelette et des vaisseaux du membre.

Fracture très oblique du tibia, à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur ; pas de traces de consolidation des fragmens entre lesquels *passe un vaisseau important*. Les deux fragmens du péroné sont réunis par un tissu fibreux très dense et très épais, ils chevauchent l'un sur l'autre. Intégrité du tissu osseux dans les points qui avoisinent la fracture.

Les vaisseaux artériels et veineux du membre ayant été injectés, on constate tout d'abord que le liquide à injection remplit le foyer de la fracture et sort par les ouvertures faites à la peau.

Les artères péronière, tibiale antérieure et postérieure, ainsi que leurs veines satellites sont intactes ; mais ces artères offrent une disposition insolite. Ainsi :

1° La tibiale antérieure normalement placée dans sa moitié supérieure, change de direction à 2 centimètres 1/2 environ au-dessus de l'extrémité inférieure du fragment fémoral, elle contourne ce fragment, s'applique sur la face postérieure, traverse le foyer même de la fracture au niveau de l'écartement des fragmens et se retrouve appliquée plus bas sur la face antérieure du quart inférieur du tibia. En passant ainsi dans la fissure assez étroite interceptée entre les deux segmens du tibia, l'artère est deux fois comprimée manifestement, c'est-à-dire au niveau des points d'entrée et de sortie de son trajet intra-osseux anormal.

2° L'artère péronière change brusquement de direction au niveau de la fracture du péroné. Elle est entraînée fortement en dedans et en bas par le fragment inférieur auquel elle est restée adhérente ; elle est coudée à peu près à angle droit, et, de plus, fortement comprimée entre le fragment inférieur et une esquille du tibia déjeté en dehors. Le calibre de l'artère est diminué de moitié au-dessous du point comprimé.

3° L'artère nourricière du tibia, deux fois plus volumineuse qu'à l'état normal, vient s'ouvrir à l'extrémité du fragment supérieur du tibia par de nombreuses ramifications que l'injection a remplies.

4° L'artère tibiale postérieure n'offre rien de particulier à noter.

Deux opinions furent émises avant l'examen anatomique du membre sur la nature de la tumeur dont les signes ont été relatés précédemment. Quelques personnes, M. Oré, par exemple, crurent avoir affaire à un anévrysme artérioso-veineux résultant d'une lésion simultanée d'une artère et d'une veine du membre par les fragmens de la fracture ; d'autres pensèrent qu'il s'agissait d'une transformation érectile du tissu osseux au niveau de la fracture.

La dissection de la jambe a permis de reconnaître que l'hémorrhagie provenait de l'artère nourricière du tibia et de ses branches. M. Oré suppose encore que le sang pouvait avoir été fourni par les surfaces fracturées du tibia.

L'existence des bruits de souffle ne saurait être expliquée par celle d'un anévrysme artérioso-veineux ; pour s'en rendre compte, M. Oré invoque la compression des artères de la jambe par les fragmens de la fracture. Suivant lui, le double bruit était dû à la double compression que subissait l'artère tibiale antérieure comprise entre les deux fragmens ; le bruit de souffle unique et râpeux que l'on distinguait à la partie inférieure et externe était dû à la compression de l'artère péronière. De là résulte cette conséquence pratique, à savoir, que le bruit de souffle à double courant n'est pas toujours pathognomonique de l'anévrysme artérioso-veineux et qu'il peut être produit par des compressions multiples et rapprochées exercées sur un même vaisseau.

M. Oré discute ensuite la question de thérapeutique. Il y avait deux partis à prendre, selon lui, l'amputation du membre ou la ligature. Il rejeta cette dernière méthode, en raison de l'incertitude relativement au vaisseau de la jambe qui avait été blessé. Il fallait, dès lors, lier l'artère fémorale et la rapidité du rétablissement de la circulation aurait ramené les choses dans leur état primitif. Ce motif parut suffisant à M. Oré pour se décider en faveur de l'amputation du membre.

M. Verneuil ne s'est pas contenté, dans son rapport, d'analyser l'observation précédente, il s'est attaché à en faire ressortir les points les plus importans et les a soumis à une critique judicieuse. Dans l'impossibilité de reproduire dans ce compte-rendu un tableau complet du rapport, nous nous attacherons de préférence à la question pratique, à celle qui est relative au mode de traitement employé dans le cas précédent.

Dans le cas d'anévrysme compliquant une fracture, la conduite du chirurgien est variable, suivant M. Verneuil, et plusieurs ressources peuvent être invoquées : 1° l'expectation suffit, dans certains cas, pour obtenir l'absorption de l'épanchement sanguin. Mais, dans le fait de M. Oré, cette méthode fut insuffisante ; 2° en cas d'hémorrhagie, on peut faire la compression, soit indirecte sur la fémorale, soit directe sur le foyer, avec ou sans débridement. M. Verneuil pense que, dans le fait de M. Oré, on aurait pu insister sur le premier mode de compression ; 3° on peut avoir recours à des méthodes sanglantes, et celles-ci sont au nombre de trois :

Celle de J.-L. Petit consiste à lier le vaisseau divisé, ou à le comprimer directement, ou à porter sur lui des styptiques. M. Verneuil se demande si, dans le cas précédent, on n'aurait pas dû, après l'ouverture du foyer, tenter le tamponnement direct ou l'emploi des styptiques.

La seconde méthode est celle de Dupuytren : elle consite à lier le tronc principal du membre ; elle compte de nombreux succès. Cette méthode de traitement a été rejetée par M. Oré, dans la crainte d'un rétablissement trop rapide de la circulation. M. Verneuil ne partage pas cette opinion ; il croit que l'existence d'une plaie compliquant la fracture devait rendre le pronostic plus grave et le succès de la ligature plus douteux ; mais il ne voit nullement, dans ces circonstances, une contre-indication formelle à l'opération.

La troisième méthode est l'amputation du membre, dernière ressource commandée soit par des complications primitives, soit par des désordres consécutifs, tels que foyers purulens, décollemens, séquestres, etc. Ce sont de pareils désordres qui ont motivé le sacrifice du membre dans le cas de M. Oré. Mais ici se présente une question fort importante : convenait-il absolument d'amputer la cuisse et n'était-il pas préférable de faire l'amputation de la jambe au-dessous du genou ? M. Verneuil pense, à ce sujet, qu'on hésite peut-être un peu trop à diviser le tibia à sa partie supérieure, et dans l'épaisseur même du tissu spongieux, ainsi que cela a été préconisé par Larrey.

M. Verneuil propose de renvoyer l'observation de M. Oré au comité de publication, et de remercier l'auteur.

Ces deux propositions ont été adoptées par la Société dans la séance du 24 janvier.

Dr Fano,
Prosecteur de la Faculté.

(*La suite de la séance prochainement.*)

PRESSE MÉDICALE.

Choléra asiatique (*Du — et de son traitement par l'emploi de la laine brute*) ; par le docteur Kleinermann, de Liége. — Voici en quels termes l'auteur, qui a eu tort peut-être de n'appuyer ses assertions sur aucun fait, indique ce nouveau moyen de réchauffement des malades :

« Après avoir fait un grand nombre d'essais infructueux qu'il serait inutile de relater ici, je crois enfin avoir rencontré un moyen simple et d'une application facile et générale, pour provoquer la réaction d'une manière plus certaine, plus rapide et plus constante que tous ceux qui ont été recommandés jusqu'ici.

» Ce moyen consiste dans l'emploi de la laine brute telle qu'elle est fournie par l'animal. Les succès que j'ai obtenus au moyen de cette substance, ont dépassé de beaucoup mon attente. Plein de confiance dans ce remède convenablement appliqué, je croirais faillir à mon devoir, si je ne le signalais pas à l'attention du corps médical.

» Voici la manière dont je l'applique : le malade couché sur un lit placé dans une chambre bien chauffée, est entièrement déshabillé et couvert de la tête aux pieds par la laine préalablement chauffée aussi, en ayant soin de bien envelopper les membres inférieurs. La toison de deux moutons suffit à cet effet. Quelques couvertures servent à maintenir la laine et à lui conserver la chaleur qui lui a été communiquée.

» Ces dispositions étant prises, on peut donner au malade une boisson émolliente très chaude mais en petites quantités à la fois. Si des vomissemens surviennent, la boisson est supprimée pendant quelque temps.

» Si le malade a atteint la période algide, lorsque l'on applique le traitement, il est bon de lui couvrir également la tête avec de la laine chauffée. Ordinairement la réaction ne tarde pas à s'établir ; dès qu'elle est constatée, on peut augmenter la dose des boissons et même présenter au malade quelques boissons froides, s'il en exprime le désir.

» Outre sa simplicité, ce traitement a l'immense avantage de ne gêner en rien les mouvemens du malade.

» Il serait peut-être assez difficile de se rendre un compte exact de la manière dont la laine agit dans les circonstances que je viens d'exposer ; mais, ne pourrait-on pas admettre que par ses nombreuses extrémités, elle exerce sur les papilles nerveuses et les corpuscules du tact de la peau, une titillation générale et y provoque une certaine irritation. Celle-ci en se transmettant aux centres nerveux réagirait sur le système vasculaire au point de déterminer un état fébrile caractérisé par une augmentation de la force et de la fréquence du pouls, une chaleur assez forte à la peau, une sueur générale et abondante et une soif plus ou moins prononcée.

» La réaction obtenue, la laine brute conserve facilement la chaleur par suite de sa qualité d'être très mauvais conducteur du calorique et à cause de la matière grasse qui l'imprègne, elle ne se mouille guère par les sueurs du malade ; de cette manière, celui-ci, n'est jamais entouré d'objets humides, dont le contact, par la grande facilité avec laquelle ils se refroidissent, peut lui être très nuisible et souvent fatal.

» Je livre à la sagacité du médecin appelé à soigner le malade la conduite à tenir après la réaction. Le traitement ultérieur devra nécessairement varier suivant les symptômes qui se présenteront, suivant l'âge, la constitution, le tempérament et le sexe.

» Je me borne à donner le conseil d'être très sobre de médicamens, et à faire observer que j'ai souvent constaté une éruption miliaire générale à la suite du traitement que je viens d'indiquer.

» Depuis longtemps Boerhaave a émis l'opinion que les traitemens les plus simples sont souvent les plus efficaces. Cette maxime que l'on oublie trop souvent, est encore vraie pour le choléra, ce terrible fléau, qui pendant quelque temps a désolé la majeure partie de l'Europe. » — (*Presse méd. belge*, n° 6, 1855.)

Névralgie du scrotum, guérie par le chloroforme a l'intérieur.

L'expérience a prouvé qu'administré à l'intérieur, même à haute dose, le chloroforme ne présente pas les dangers qui accompagnent son emploi en inhalations, tout en exerçant sur le système nerveux une sédation très marquée. Dans les névralgies en général, rien n'enlève plus sûrement ni plus rapidement le symptôme *douleur*, qui constitue souvent à lui seul toute la maladie, que le perchlorure de formyle administré de cette manière. Les céphalées nerveuses résistent rarement à ce moyen, ainsi que l'a expérimenté récemment encore le savant rédacteur du *Repertorium*, M. Gobée (1854, 211, p. 283). Aujourd'hui nous avons à mentionner, d'après le journal que nous venons de citer, un cas de guérison de névralgie du scrotum par le chloroforme à l'intérieur. Ce cas a été recueilli à Muntok (île Banka), par M. Van der Kieff, chirurgien de la marine hollandaise. Le voici en abrégé : un nègre exerçant la profession de marin (l'auteur fait la remarque que les maladies du scrotum paraissent affecter plus particulièrement les individus appartenant à la race noire que les autres hommes), fortement constitué, habituellement bien portant, se plaint vivement depuis deux jours de douleurs excessives au scrotum. Ces douleurs, comparées par le malade à un frémissement intolérable qui va des régions inguinales au scrotum, s'exaspèrent par intervalles à un si haut degré, que plusieurs hommes ont de la peine à contenir le patient ; pendant ces accès, le scrotum est alternativement flasque, allongé, ainsi que la verge, et alternativement resserré, crispé, s'appliquant étroitement sur le testicule, en même temps que le membre viril est dans un état d'érection très prononcé. En dehors de ces exaspérations, les parties sont constamment relâchées, et aucun symptôme objectif ne se fait remarquer. Ainsi : chaleur et coloration de la peau normales, testicules ni tuméfiés ni douloureux au toucher, ce qui éloigne l'idée de l'existence d'une orchite, d'une épididymite, de la névralgie du testicule, si bien décrite par Astley Cooper. Le diagnostic établi, l'auteur eut d'abord recours, mais sans le moindre succès, à l'application locale de trois drachmes d'extrait de belladone (dont l'action sur le crémaster est bien connue), ainsi qu'au tartre émétique en solution, administré par la bouche jusqu'à effet nauséeux. Il songea alors à l'emploi du chloroforme. L'emploi local de l'anesthésique fut écarté à cause de son action très irritante sur la peau. Le chloroforme fut inhalé jusqu'à la dose de trois drachmes, sans autre résultat qu'un commencement d'ivresse et l'apparition de phénomènes de congestion cérébrale qui nécessitèrent la suspension des inhalations et l'emploi de douches froides sur la tête. Les douleurs persistèrent dans toute leur intensité. Après avoir bien constaté l'inefficacité de ces moyens, l'auteur eut recours à l'emploi interne de l'anesthésique d'après la formule suivante :

Chloroforme.	20 gouttes.
Eau	16 grammes.
Sirop simple.	16 grammes.

A prendre tous les quarts d'heure une cuillerée à bouche. Dès la seconde cuillerée la douleur diminua sensiblement ; à la troisième, elle disparut complétement. La mixture entière fut néanmoins épuisée. — Cette observation a été recueillie en 1852 ; jusqu'ici l'affection n'a pas encore récidivé. — (*Annales méd. de la Flandre occid.* ; 1854.)

Prurit de la vulve ; caladium seguinum. — Le docteur Scholz rapporte deux cas de prurit de la vulve qu'il est parvenu à enlever rapidement en administrant aux malades une cuillerée de trois en trois heures d'un mélange de 6 gouttes de teinture de caladium dans 100 grammes d'eau. — Le caladium paraît particulièrement efficace dans les cas où le prurit est plutôt la suite d'une hypéresthésie que d'une éruption cutanée des parties génitales externes. — (*Zeitschr. f. Klin. med.* et *Geneesk. Courant*, et *Annales méd. de la Flandre occid.*)

COURRIER.

L'Académie de médecine vient d'éprouver deux nouvelles pertes. M. le docteur Jadelot, de la section de pathologie médicale, et M. Bouley, de la section de médecine vétérinaire, sont morts dans la semaine dernière.

Ces pertes regrettables réduisent l'Académie au chiffre de 97 membres. Il y a donc maintenant trois places vacantes, indépendamment de celle dont la candidature sera incessamment ouverte.

— Le 10 février dernier, il n'existait plus aucun malade cholérique dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Administration générale de l'assistance publique. — Le vendredi 14 mars 1855, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à deux places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours, devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire du samedi 10 février courant au samedi 24 du même mois, inclusivement, de dix heures du matin à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général, Signé L. Dubost.

— Le *Correspondant de Hambourg* publie, dans son numéro du 3 février, une lettre de Mexico, contenant ce qui suit :

« Un médecin allemand, M. H..., âgé de 36 ans, et qui habite depuis plusieurs années Mexico, a découvert un serpent dont le venin, lorsqu'on l'inocule aux hommes, a la vertu de les préserver de la fièvre jaune et du vomito négro. L'inoculation de ce venin s'opère de la même manière que celle du virus-vaccin ; elle cause une fièvre qui a tous les symptômes de la fièvre jaune, mais qui est extrêmement faible. Cette inoculation ne produit aucun effet sur les personnes qui ont déjà été atteintes soit du vomito, soit de la fièvre jaune, circonstance qui semble militer en faveur de l'invention.

» Plusieurs hauts fonctionnaires et cinq cents militaires ont été inoculés à Mexico par M. H..., dont la nouvelle invention, si elle est réellement un préservatif contre les deux épidémies dont nous venons de parler, serait un véritable bienfait pour les nombreuses populations qui y sont sujettes. Le printemps et l'été prochain nous apprendront ce qu'il en est. »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltheste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 19. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 15 Février 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
—
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
—
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 FÉVRIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'événement de la séance a été la réponse de M. Bousquet au mémoire de M. Piorry sur la variole.

Cette réponse a été précédée par une lecture intéressante faite par M. Oudet, sur la structure et le mode de formation de l'ivoire des dents; elle a été suivie par un mémoire de M. Chassaignac sur le varicocèle.

Nous sommes obligé de nous en tenir aujourd'hui à la lecture de M. Bousquet.

Avant tout, nous féliciterons M. Bousquet d'avoir conçu la pensée de répondre à M. Piorry. Personne d'ailleurs, dans l'Académie, ne pouvait le faire avec plus de compétence que lui, dont les beaux et sérieux travaux sur la vaccine font autorité dans le monde médical. Il n'était ni prudent, ni convenable que les opinions doctrinales, surtout, émises par l'honorable professeur de la Faculté, passassent devant l'Académie sans opposition et sans protestations. Que cela fasse plaisir ou peine, il n'en faut pas moins reconnaître que M. Piorry prend sa part dans l'importance, dans l'autorité, dans l'attention que le monde savant accorde à tout ce qui émane du corps enseignant auquel il appartient, et de la compagnie savante dont il fait partie. S'il est vrai, comme l'a dit M. Bousquet, que l'individualité médicale de M. Piorry soit isolée et comme étrangère dans la Faculté et dans l'Académie, c'est une raison de plus de le prouver par une discussion approfondie de ses doctrines; c'est un motif de plus pour dégager la responsabilité doctrinale des Institutions que M. Piorry représente ou est censé représenter. Dans une certaine limite que tous les hommes de sens acceptent, les Institutions sont solidaires des actes de leurs membres, et l'individualisme qui divise la société médicale actuelle n'en est pas arrivé cependant à un tel degré de désagrégation, que Facultés ou Académies puissent rester indifférentes ou silencieuses devant tout enseignement et toute promulgation de principes. Liberté pour tous de tout dire, soit; et ce n'est pas d'ici que partira jamais une excitation quelconque à quelque forme que ce soit de censure officielle. Mais aussi liberté pour tous d'examen et de réfutation. Pas d'autre intervention que la critique libre et spontanée; elle est toujours suffisante.

Donc, l'intervention de M. Bousquet est bonne, légitime, louable, et l'honorable académicien a dû voir par les applaudissemens qui ont suivi sa lecture, combien l'Académie lui tenait compte de sa courageuse action.

Courageuse, en effet, car la première impression que nous avons ressentie de cette lecture a été un peu d'étonnement d'entendre M. Bousquet, académicien dont les habitudes sont amènes et très modérées, se livrer à une critique vive et mordante des doctrines de M. Piorry. Ce discours est certainement une page incisive de polémique. On dirait que l'académicien s'est souvenu de son ancien rôle de journaliste, car la presse peut rappeler avec honneur que c'est dans les colonnes d'un journal que M. Bousquet fit ses premières armes. Peut-être même est-ce une leçon détournée que M. Bousquet a voulu donner à la presse, qui, il faut le dire — et sans faire exception pour nous-même — est pleine de tolérance et de mansuétude pour M. Piorry. Mais, hélas! les temps sont bien changés, et lorsque M. Bousquet tenait d'une main ferme, dans la *Revue médicale*, la plume de critique, il n'était pas passé dans les usages de quelques médecins d'abriter son amour-propre derrière une législation rigoureuse, et sous le manteau d'un huissier. Cela soit dit, d'ailleurs, sans application à M. Piorry, dont les rapports avec la presse — du moins avec nous — ont été toujours dignes et libéraux.

Faut-il en convenir? Nous n'aurions pas poussé la critique jusqu'au point où, par entraînement, sans doute, M. Bousquet l'a poussée. Mais c'est là une affaire de goût et de sentiment sur laquelle nous n'avons pas à insister. Ce que nous avons surtout à faire ressortir, c'est le fond de cette critique solide, vigoureuse, et, nous en demandons bien pardon à M. Piorry, facile presque toujours; car, de toutes les doctrines médicales, celle que M. Piorry croit sienne et qui est aussi vieille que le monde, est la plus perméable possible aux dissolvans de la critique.

M. Bousquet a commencé par signaler une contradiction, en effet très singulière, dans la doctrine de M. Piorry. Spiritualiste en physiologie, M. Piorry est matérialiste en pathologie. Spiritualiste, c'est contestable. On voit bien que M. Piorry admet l'existence d'une âme, mais il la dote de tels attributs, que très probablement il ne la sépare pas de la matière; de sorte qu'il serait plus exact de dire que M. Piorry est animiste à la façon de Stahl, que spiritualiste selon les médecins qui suivent la doctrine de saint Thomas-d'Aquin. Or, M. Bousquet le sait mieux que nous, spiritualiste et animiste ne sont pas des expressions corrélatives et adéquates. On peut être animiste sans être spiritualiste; on ne saurait être spiritualiste sans être animiste. Mais, passons là-dessus, comme sur l'exposition des doctrines organo-pathiques de M. Piorry, qui se résument, en fin de compte, en la vieille doctrine de la médecine symptomatique, avec cette seule variante que, pour M. Piorry, le symptôme c'est la lésion anatomique; tandis que pour les anciens symptomatologistes, c'était le trouble fonctionnel.

Là où M. Bousquet a été véritablement fort et puissant, c'est lorsqu'il a rappelé les grands et éternels principes de la médecine sur l'Unité de certaines grandes maladies, comme la variole, par exemple, dont M. Piorry dissémine, désagrège, éparpille tous les élémens, pour faire de chacun de ces élémens autant d'individualités morbides. Idée malheureuse, déplorable, contraire aux notions les plus pures et les plus saines de la maladie, et qu'il faut combattre comme une hérésie d'autant plus dangereuse, qu'elle se produit sous la garantie d'un professeur de clinique. Traçant de main de maître le tableau de la variole depuis le moment insaisissable où le miasme varioleux s'introduit dans l'organisme jusqu'à celui où elle accomplit son évolution par des périodes aussi régulières, presque aussi fatales que celles qui s'accomplissent dans les phénomènes physiques de la nature, M. Bousquet a montré la variole telle qu'elle est, un empoisonnement, donnant lieu à une affection générale, se traduisant, selon l'âge de l'empoisonnement, par des phénomènes divers et successifs impossibles à prévenir, impossibles presque toujours à combattre.

Que la thérapeutique soit impuissante et désarmée devant cette évolution morbide, c'est un fait malheureux et trop évident, mais est-ce une raison pour fragmenter en petits morceaux cette grande synthèse, cette grande *fonction* pathologique? Et les efforts de l'art, comme l'a si bien dit M. Bousquet, ne sont-ils pas tout aussi stériles pour combattre la plus simple comme la plus grave de ses manifestations? que pouvez-vous, organo-pathiste, contre la période d'incubation? qu'avez-vous à opposer à la période des symptômes généraux? avec quelle arme combattez-vous l'éruption? que faites-vous contre la confluence? contre l'invasion des voies respiratoires par les pustules, etc., etc.? car M. Bousquet a fait bon marché des moyens préconisés par M. Piorry, auxquels il n'attribue que des avantages illusoires.

M. Bousquet a terminé son discours par une véhémente sortie contre la nomenclature proposée et si vaillamment défendue par M. Piorry contre les innombrables attaques dont elle est l'objet. Tout a été dit et bien dit sur ce point, et M. Bousquet a eu le mérite de le redire plus énergiquement encore. Malheureusement cette vive critique, comme toutes celles qui l'ont précédée, n'aboutira à aucune modification dans les idées de M. Piorry. La nomenclature, croit-il, est un de ses plus beaux titres de gloire et il persévérera jusqu'à la fin dans cette décevante entreprise de la faire adopter par ses contemporains. On l'a bien vu par la courte réponse qu'il a faite hier à M. Bousquet. L'honorable professeur a rappelé sans façon la révolution dans la nomenclature chimique opérée par Lavoisier, Fourcroy et Guyton de Morveau, ne voyant pas que cette révolution technologique était commandée par une révolution bien plus profonde de la science, qu'aux faits nouveaux, il fallait des expressions nouvelles, tandis que le néologisme de M. Piorry ne traduit que......

Mais, nous nous arrêtons ici; les convenances nous l'imposent. M. Piorry a demandé à ne répondre que mardi prochain au très vif discours de M. Bousquet. Attendons les développemens oratoires qu'il saura donner à ses opinions, Nous craignons, d'ailleurs, de n'avoir que trop tôt à le combattre.

Amédée LATOUR.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

UN MOT DE RÉPONSE A DIX LETTRES DE M. ROCHE SUR LE CHOLÉRA.

Par M. le docteur JOLLY, membre de l'Académie de médecine.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Cher confrère,

Quel que soit le sort réservé aux *Lettres* de M. Roche, dans la grave et périlleuse question qu'il vient de soulever avec tant de hardiesse, elles auront, à n'en pas douter, tous les effets de retentissement que peut leur donner l'importance du sujet, autant que le nom, le caractère et la position scientifique de l'auteur.

M. Roche n'a cependant pu penser que la science accepterait ses doctrines sur parole; que ses adversaires n'auraient qu'à les subir humblement et docilement, sans pouvoir leur opposer un droit d'examen et d'appréciation. Il n'a pu croire surtout que je resterais impassible et sans MOT DIRE sous les coups anonymes, mais par trop directs, de sa critique. Une pareille position ne pouvait me convenir; et comme je n'aime pas plus le rôle d'un Scapin que celui d'un Géronte, je répondrai franchement et ouvertement à M. Roche. Je lui répondrai face à face, sans détour comme sans allusion; dussé-je pour cela me séparer un instant du vieil ami, pour le retrouver, je l'espère, après comme avant le débat.

M. Roche, vous le savez, est un vétéran de la presse militante, un foudre de polémique s'il en fut jamais, qui a toujours aimé les assauts d'armes, et qui, une fois dominé par l'attrait d'une question en litige ou par l'entraînement d'une opinion préconçue, est toujours prêt à se jeter dans l'arène des controverses pour y faire acte d'éclat à tout prix.

Aujourd'hui, soldat intrépide d'une opinion contre laquelle milite toute la puissance de la raison publique, comme il fut autrefois l'un des plus vaillans soldats d'une doctrine qu'il a vue tomber sous les efforts impuissans de sa courageuse défense, il est encore et il sera toujours le premier soldat de la question du moment; et vous l'avez vu reprendre ses vieilles armes avec une ardeur toute juvénile, pour courir à la question de contagion du choléra, comme s'il courait à la conquête d'un nouveau monde, comme s'il volait au salut de la patrie en danger; inscrivant sur son vieux drapeau tout usé, tout rapiécé (vocabulaire de M. Roche) :

La liberté le veut, la vérité l'ordonne.

s'attaquant impitoyablement à tout ce qui le gêne dans sa course belliqueuse, et ne faisant grâce à personne, pas même à ses vieux amis ni à ses anciens compagnons d'armes, s'il en rencontre parmi ses adversaires.

Heureusement, et malgré l'impétuosité de sa fougue guerrière et l'épouvantable fracas de ses armes, les coups que M. Roche lance dans les camps ennemis ne sont pas toujours mortels; et quoique placé sous le feu roulant de ses attaques les plus meurtrières, je n'en ai guère aperçu que la fumée, sans en être autrement atteint, et suis encore tout debout, sain et sauf sur cette brèche où il s'est plu à diriger tout le feu de ses bombes et de sa mitraille, et d'où j'attendrai de pied ferme, sans crainte pour la cause que je défends, le sort définitif du combat.

C'est déjà vous dire, cher confrère, que la dixième lettre de M. Roche, que je viens de lire avec tout l'intérêt qu'elle devait m'inspirer, n'a modifié en rien mes opinions, comme elle n'a nullement affaibli mes convictions dans la question qui nous divise. Mais, s'il faut vous le dire aussi, elle m'étonne autant qu'elle m'afflige. Elle m'étonne, en ce que, tout étant dictée par un excès de zèle pour la vérité, elle n'est qu'un plaidoyer assez malheureux en faveur d'une erreur non moins dangereuse que manifeste. Elle m'afflige surtout comme œuvre de doctrine et de discussion scientifique, en ce qu'elle substitue trop souvent aux convenances et à la dignité du langage celui de la passion et de la colère, qui ne sont jamais des argumens; en ce qu'elle n'est, à vrai dire, qu'une diatribe amère et san-

glante contre tous ceux qui n'ont pu encore se résoudre à partager l'opinion de la contagion du choléra.

Faut-il ajouter ce que vous avez déjà bien compris, cher confrère, et ce que M. Roche aurait dû lui-même comprendre, que si la science n'avait rien à gagner dans cette discussion brûlante et au moins inopportune, l'humanité avait tout à craindre de ses effets moraux sur les trop nombreuses populations qui subissent encore aujourd'hui les coups mortels du fléau, comme sur celles qui restent dans la continuelle appréhension de ses atteintes?

Un pareil *factum* ne pouvait donc trouver sa justification dans le sentiment même qui l'a inspiré. Mais cette ferveur pour la vérité, que M. Roche invoque tant à la défense de son opinion, est-elle donc un privilége qui lui soit exclusivement personnel? Et n'y aurait-il donc, pour des opinions contraires, que mensonge et hypocrisie, erreur ou ignorance, comme l'insinue assez peu charitablement le trop zélé défenseur de la contagion du choléra? Que M. Roche me permette de le lui dire, en échange de tout ce qu'il y a de peu confraternel et de peu courtois dans sa lettre; nous aussi, nous aimons la vérité, et nous l'aimons sans la craindre, pour elle-même comme pour la science, dont elle est l'âme et la vie. Nous aussi, nous avons la prétention de la cultiver avec zèle, de la défendre avec ardeur; mais avant de la consacrer et de la proclamer comme fait scientifique bien acquis, nous la voulons claire, patente, bien évidente pour tous. Nous la voulons exempte de toute espèce de doute; car le doute seul, en pareille occurrence, est déjà, comme vous le savez, une calamité redoutable, une calamité capable de disputer au fléau lui-même ses victimes. A ce titre donc, la réserve était déjà suffisamment prescrite, la conduite toute tracée par le précepte du sage : *Dans le doute, abstiens-toi.*

Puisque M. Roche n'a pas eu la sagesse de s'abstenir, puisqu'il a préféré s'associer imprudemment à une erreur, qu'il sait avoir donné plus d'une fois le signal de la fuite, de l'oubli du devoir, de toutes les déplorables mesures que peut enfanter l'ignorance ou un lâche égoïsme; puisqu'il nous prend à partie pour nous convier à la lutte, nous ne reculerons pas. La position que nous avons prise dans la question nous impose le devoir de la défendre; et nous croirions faire acte de faiblesse et mentir à toutes nos convictions, en abandonnant un drapeau qui, pour nous aussi, est un drapeau de vérité; en désertant une cause qui, pour nous aussi, est celle de la science et de l'humanité, celle de la société tout entière. Mais vous comprenez assez, cher confrère, vous qui avez vu de près les plans, les moyens d'attaque et tout cet arsenal de guerre dont on nous menace; vous qui avez tout accueilli avec une impartialité d'esprit et une indépendance d'opinion que je ne puis assez louer, vous avez déjà compris que, dans cette lutte, les armes ne peuvent être égales.

Je ne suis ni un rhéteur ni un pourfendeur, et n'ai aucune habitude de la déclamation ni du sophisme. J'ai peu de goût pour les théories spéculatives, et n'ai aucune expérience des hypothèses, sorte d'armes que M. Roche manie avec une rare habileté, comme vous avez pu le voir, et auxquelles je ne saurais opposer que les argumens de l'observation et de l'expérience ou que le simple témoignage du bon sens et de la raison.

De pareilles armes sont bien vulgaires, je le sais; elles sont bien vieilles surtout, et j'en conviens encore avec M. Roche. Aussi, vous avez pu voir avec quel fier dédain le noble guerrier les traite pour leur vétusté, lorsqu'il apparaît dans l'arène avec son arme de prédilection, l'hypothèse; comme si l'hypothèse était bien plus jeune que l'observation; comme s'il suffisait de l'affubler en jeune France pour en faire une arme toute nouvelle et un argument bien concluant.

Quoi qu'il en soit, avant d'ouvrir le combat, M. Roche a pris soin de disposer le terrain pour y placer son drapeau et pour y guerroyer tout à son aise. Les coups de sabre ne lui coûtent guère, quand il s'agit d'élaguer les expressions qui le gênent, sous le prétexte qu'elles sont inintelligibles, et vous avez vu comment il a su faire justice de celle de PROPRIÉTÉ épidémique que nous avions cru devoir consacrer pour établir la puissance de transmission du choléra en dehors des individus malades et par opposition à la *propriété* dite *contagieuse.* Mais vous avez pu aussi remarquer que la même expression n'est plus obscure ni *dépourvue de sens*, qu'elle devient parfaitement intelligible, quand M. Roche se l'approprie pour l'appliquer à sa prétendue *propriété contagieuse.*

M. Roche a voulu aussi nous donner sa définition de la contagion. C'est, suivant lui, la *transmission de la maladie d'une personne à une autre.* Si cette définition a l'avantage de la brièveté, elle n'a peut-être pas celle d'une parfaite exactitude. M. Roche n'ignore pas, en effet, que la propriété contagieuse d'une maladie ne peut s'acquérir qu'autant qu'elle procède d'un individu *malade* à un individu sain, quelles que soient d'ailleurs les distances qui les séparent, et quels que soient les objets intermédiaires qui puissent les tenir en contact; autrement des personnes saines qui emporteraient la maladie d'un milieu épidémique, sans la tenir des malades, qui donneraient ce qu'elles n'ont reçu de personne, ce qu'elles ne peuvent avoir elles-mêmes, ne devraient plus être considérées que comme de simples instrumens ou véhicules d'importation de l'élément épidémique, sans être par elles-mêmes des causes vivantes et directes, des causes réelles de contagion proprement dite.

Quelque puérile que semble l'objection, M. Roche a trop de sens pour ne pas reconnaître qu'elle a bien quelque importance dans la solution de la question.

Mais le champ de discussion est ouvert et M. Roche peut s'y donner libre carrière. Vos lecteurs, cher confrère, ont pu du moins y trouver des théories entièrement neuves, des lois physiologiques inconnues jusqu'à ce jour, des enseignemens tout nouveaux en faveur de la contagion du choléra; et ce qui a pu surtout les édifier sur les doctrines de l'auteur, c'est le soin qu'il prend à évoquer les faits et les argumens des anticontagionistes pour les travestir ou les interpréter à sa manière, afin de se donner le plaisir du sarcasme, si ce n'est celui de l'injure, avant d'arriver à leur prêter cette étrange conclusion, que *le choléra n'est jamais contagieux, puisqu'il ne se communique pas toujours.*

Si cette conclusion n'était tout gratuite et suffisamment absurde; si elle pouvait comporter la moindre objection, nous demanderions à notre bienveillant adversaire où il a puisé les documens qui l'ont conduit à en gratifier si généreusement les anticontagionistes; mais nous préférons abandonner à vos lecteurs le soin d'apprécier l'intention et laisser à l'auteur l'innocent plaisir de ces petits libertinages de plume, de ces sortes d'escarmouches qui font la joie de son humeur polémique, et aborder de suite la question qui nous met en présence.

Pour ôter à M. Roche tout prétexte de vaines attaques contre des faits et des opinions qu'il pourrait avoir mal compris, comme pour mettre vos lecteurs à même d'apprécier la justesse et la valeur de ses argumens contre nous, il nous paraît convenable et de loyale guerre, de reproduire ici et dans les termes qui les consacrent, les doctrines de chacun. Or, vous le savez, cher confrère, pour nous, la grande loi d'étiologie du choléra se traduit tout entière dans cette *proposition générale :*

Quelle que soit sa cause intime ou spécifique restée inconnue jusqu'à ce jour, le choléra naît, se dévelope, se propage en vertu de sa propriété essentiellement et exclusivement épidémique.

Comme *preuve :* l'expérience la plus constante témoigne de la puissance virtuelle et toute spontanée du choléra à se transmettre dans certaines localités qui peuvent être plus spécialement aptes à le recevoir, en l'absence de toute intervention d'individus malades ou d'objets intermédiaires quelconques.

Comme *contre-preuve :* aucun fait authentique n'a pu encore constater la propriété contagieuse du choléra ou sa puissance de transmission d'un individu malade à un individu sain, en dehors de la sphère d'épidémicité, ou en l'absence de l'élément épidémique; c'est-à-dire à l'état purement sporadique; d'où il est permis de conclure, ce semble, que le choléra ne se communique pas par simple voie de transmission individuelle; en un mot, *qu'il n'est pas contagieux.*

Tous les prétendus faits d'exception qui ont été produits contrairement à cette conclusion s'anéantissent ou par l'épreuve d'un contrôle sévère, ou par une appréciation rigoureuse de leur valeur étiologique, ou par une tout autre interprétation que celles qu'ils ont pu recevoir des contagionistes au profit de leur opinion.

Voilà du moins le terrain sur lequel nous avons appelé toute l'attention de nos adversaires, toute la sévérité de leurs preuves; voilà le point de discussion où nous attendons la solution de la question.

Quant aux doctrines de M. Roche, elles sont si explicitement, si nettement formulées dans les dix lettres qu'il a déjà publiées sur le même sujet, que je ne puis craindre de leur donner une fausse interprétation.

Le choléra, dit M. Roche, est une maladie miasmatique tout comme la peste, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, les fièvres intermittentes. Or, toutes ces maladies sont indubitablement contagieuses, donc le choléra est nécessairement contagieux *(sic).*

Cette proposition générale qui résume parfaitement toutes les doctrines de l'auteur, n'est d'ailleurs que la déduction d'une série de raisonnemens qui ont leur point de départ dans la *démonstration* du miasme cholérique, et vous savez, cher confrère, comment M. Roche est parvenu à nous démontrer le fait par la seule puissance du raisonnement. Vous avez vu, dis-je, comment notre habile adversaire est parvenu, avec l'œil perspicace de son esprit, tout armé, il est vrai, de l'*hypothèse,* qui lui tient lieu de télescope et de microscope, à nous montrer comme chose parfaitement claire et pour ainsi dire tangible, l'existence matérielle du miasme cholérique, son origine précise, sa nature intime, son mode de migration dans le monde, sa loi de pénétration dans l'économie, sa condition de vie et de mort dans les nombreux appareils de l'organisme.

Vous avez pu voir comment il a su trouver le secret de sa destinée dans les filières vivantes de nos organes, la raison de son absence dans les larmes, la salive, le lait, le sperme, la synovie, la sérosité, etc., celle de sa décomposition dans les voies digestives, où il perd complètement, dit-il, ses propriétés toxiques pour y devenir parfaitement innocent.

Vous avez vu, enfin, comme vérité bien établie, que le miasme cholérique, comme tous les miasmes, ne peut être éliminé par la sécrétion urinaire, puisque, dans toutes les maladies produites par eux *(sic)*, c'est-à-dire la peste, le typhus, la rougeole, la scarlatine, la variole, la coqueluche, les fièvres intermittentes, la sécrétion urinaire est *toujours* diminuée, quelquefois même tout à fait suspendue *(sic).*

Oui, M. Roche a pu voir tout cela, et il a pu le démontrer *amplement* à tous par la seule vue intellectuelle de l'hypothèse, et vous vous garderez bien d'en douter, cher confrère, car M. Roche ne permet pas le doute sur sa science, et si vous lui demandiez un seul fait d'observation ou d'expérience pour compléter ou justifier sa démonstration, sa réponse est toute écrite d'avance, et vous la connaissez : « Le bel effort de croire, » vous dirait-il, quand le doute n'est plus permis? A quoi vous » sert donc de porter le nom de savans, si vos convictions ne » peuvent s'acquérir que par les motifs ordinaires des convic» tions des hommes qui ignorent? A quoi vous sert votre » science, si elle ne vous permet de rien prévoir ni de devan» cer l'ignorance; » puis, de nous renvoyer assez durement à l'école de ces douteurs éternels qui se sont désappris à chercher la vérité à ses véritables sources *(sic)*... c'est-à-dire à l'hypothèse; ou bien mieux encore, de nous dire tout simplement que l'*on ne peut exiger des aveugles qu'ils croient à l'existence des couleurs (sic).*

Nous ne demandons pas mieux d'être initiés à tous les secrets de l'hypothèse, et de nous éclairer sur tous les mystères du miasme, plutôt que de subir le sort du peuple d'Israël. Mais puisque M. Roche veut bien nous admettre à son école de lumières, il nous permettra au moins de lui soumettre quelques remarques et de lui adresser quelques questions qui puissent nous permettre d'en profiter.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE.

REMARQUES SUR LE MÉMOIRE DE M. PIORRY RELATIF AU TRAITEMENT DE LA VARIOLE;

Par M. le docteur BOUSQUET, membre de l'Académie de médecine.

(Lues à l'Académie de médecine, dans la séance du 13 Février 1855.)

Quelque attention que j'aie donnée au mémoire de M. Piorry sur la variole, je ne me suis pas cru en état d'en parler avant de l'avoir lu; et maintenant que je l'ai lu, je ne pourrai dire ce que j'en pense sans entrer dans les doctrines de l'auteur. Je serai court.

En physiologie, nul n'est plus spiritualiste que M. Piorry ; en pathologie, nul n'est plus matérialiste.

Spiritualiste au point qu'il fait tout venir de l'âme ; non seulement la pensée, mais la vie et les organes eux-mêmes. L'âme, dit-il, est le point de départ de l'organisation, ce sont ses paroles; et c'est l'influence de l'âme qui détermine les phénomènes qu'on a coutume de rapporter au principe vital. Stahl n'aurait pas mieux dit.

En pathologie, ce n'est plus cela, la transformation est complète. M. Piorry n'admet, ne voit que des organes. Médicalement parlant, il n'y a que des organes dans le coprs humain, je le crois. Mais je crois aussi que ces organes sont pénétrés d'une force qui les anime et les fait vivans. Or, sauf les lésions purement mécaniques, c'est en tant que vivans qu'ils sont malades, de sorte qu'en définitive, toute maladie commence par la cause même de la vie; ce sera, si l'on veut, l'organisation elle-même dans ce qu'elle a de plus fin, de plus délié, de plus mytérieux. Broussais lui-même, malgré ses tendances matérialistes, Broussais n'a pas pu s'empêcher de protester contre cette philosophie grossière et bornée qui s'arrête à la surface des choses et se persuade qu'il n'y a rien au-delà parce que les sens ne lui révèlent rien. Ecoutez ses paroles, elles sont assez remarquables :

« On demande trop à l'anatomie pathologique, s'écrie-t-il; l'obser» vation de la vie vient avant elle, se passe d'elle le plus souvent, pour » le bonheur de l'humanité, et supplée, dans tous les cas, à ce qu'elle ne » peut donner. Eh, quoi! il n'y aurait d'autres maladies que celles qui » dépendent de la détérioration des organes, et les phénomènes qui pré» parent et amènent ces détériorations des organes ne seraient que des » ombres fugitives! Les médecins qui ne vivent pas au milieu des morts » dans les hôpitaux, seraient condamnés à passer leur vie au milieu des » chimères! Singulière doctrine que celle de ne vouloir reconnaître les » maladies que parvenues au degré où on les trouve dans le cadavre! » Non, non, la vraie maladie est dans l'action morbide qui a produit » cette altération. »

Ainsi, de l'aveu de Broussais, de l'aveu même de M. Bouillaud, son glorieux disciple, les maladies ont leur racine dans l'action vitale. L'œil de l'observateur n'assiste pas à leur naissance; il ne commence à les voir que quand elles ont franchi le seuil du sanctuaire, et l'anatomie pathologique si fière, si satisfaite d'elle-même, n'en saisit en réalité que les derniers termes, et pour ainsi dire les restes. L'ignorance où nous laisse la physiologie sur le principe de la vie et de la santé s'étend nécessairement aux troubles qu'elles éprouvent dans les maladies; l'énigme se continue.

Avec ces réserves, je consens à dire que les maladies intéressent l'organisation, ne sont que des lésions d'organisation; mais cette lésion n'est pas tout. Il y a des maladies comme celles qui naissent de germes, la syphilis, la rage, la morve, la rougeole, la variole, la vaccine, etc., et encore les maladies de provenance vermineuse, les empoisonnemens; il y a, dis-je, des maladies qui ont, en quelque sorte, un corps, un ferment. La cause pénètre dans l'économie et en prend si bien possession, qu'elle ne la quitte qu'après avoir reproduit les germes qui en assurent la reproduction et la perpétuité, ou tout au moins après avoir épuisé toute sa fureur.

Ces vérités sont vulgaires en pathologie, M. Piorry les connaît aussi bien que qui que ce soit; mais il se dérobe aux conséquences. Sous prétexte que les maladies intéressent l'organisation, il n'admet que des malades, et, suivez son raisonnement, dans ces malades il ne recherche

que des organes souffrans sur lesquels il prend son point d'appui pour former cette fameuse nomenclature que vous connaissez ou que vous ne connaissez pas et dont je dirai un mot en finissant.

Je ne veux pas faire de mauvaise guerre à M. Piorry. Il est trop évident que s'il y a des malades, il y a des maladies. Mais il faut pardonner quelque chose à l'enthousiasme d'un inventeur. Revenu à lui-même, le premier usage qu'il fait de sa raison est de calomnier les nosologistes. A l'entendre, tout en eux est confusion; ils copient la nature sans la comprendre; ils relèvent des symptômes et ne voient rien au-delà. Et, ce qui est pis, ils donnent ces collections de symptômes comme des unités morbides.

Pour comprendre toute la portée de ce reproche, il faut savoir qu'aux yeux de M. Piorry, il n'est pas de maladie, si simple qu'elle paraisse, qui ne réunisse plusieurs états pathologiques. Ces états sont aux maladies ce qu'en chimie les élémens sont aux corps, ce que les syllabes sont aux mots. L'art de décomposer les états pathologistes, d'en séparer les élémens constitutifs, voilà, pour M. Piorry, le nœud, la clé de toute bonne médecine. Cet art, il l'aurait créé s'il ne l'avait trouvé dans la Faculté de médecine de Montpellier, à laquelle il l'a pris; et, du reste, il est juste de dire qu'il ne dissimule pas son larcin. Nous dirons à notre tour qu'il a eu le mérite d'en comprendre l'excellence et de le porter dans ses livres et dans son enseignement avec les modifications qu'un esprit comme le sien imprime à tout ce qu'il touche.

Des esprits superstitieux qui ne peuvent souffrir qu'on touche à l'objet de leur culte, ceux-là ne seraient pas contens de M. Piorry. On dira qu'à force d'étendre la méthode, il l'a un peu déviée, qu'il a multiplié sans fin les états pathologiques; qu'il confond quelquefois l'élément avec le symptôme, qu'il se plaît trop dans les détails, qu'il pousse l'analyse à l'excès; que tout lui est sujet d'indication: un peu plus ou un peu moins de sang, des gaz ou des matières dans l'intestin, de l'écume à la bouche, etc., ce sont pour lui autant d'actes constitutifs des maladies, autant d'élémens à combattre.

A quoi j'ajoute qu'il ne suffit pas de distinguer les états pathologiques les uns des autres. Tous ne naissent pas à la fois; il faut donc les classer, marquer le rang qu'ils tiennent entre eux et dans la composition des maladies. Tous ne présentent pas le même danger; il faut en apprécier la force, l'influence et l'importance relative, sans quoi la plus savante analyse n'est qu'un guide infidèle, plus propre à égarer le praticien qu'à l'éclairer et à le conduire.

Telles sont, si je les ai bien comprises, les vues doctrinales de M. Piorry, et telle est la méthode dont il a fait l'application à l'étude de la petite-vérole.

M. Piorry l'a choisie à dessein pour mieux faire voir le triomphe de sa méthode. S'il est une maladie spécifique, une maladie *sui generis*, comme on dit dans le langage de l'école, c'est assurément celle-là. A la différence de bien d'autres, elle ne reconnaît qu'une cause, cause active, puissante, que rien ne peut entraver, que rien ne peut suppléer. Et les effets en sont si bien liés qu'ils se succèdent et s'enchaînent dans un ordre invariable et avec une constance telle, qu'il est facile au médecin de les prévoir et de les annoncer à l'avance.

M. Piorry connaît cet enchaînement; qui ne le connaît pas? Mais peut-être n'en est-il pas assez frappé; sa thérapeutique n'en tient pas assez compte, elle n'en a pas vu toutes les conséquences.

La première chose à considérer dans le traitement des maladies, c'est la cause d'où elles sortent. Ici c'est un virus. Ce virus contient en lui-même toute la petite-vérole, comme le gland contient le chêne; si bien que s'il était possible de l'atteindre et de le neutraliser, la petite-vérole, étouffée dans sa source, ne laisserait rien paraître d'elle-même. Malheureusement ce neutralisant, s'il existe, n'est pas connu, et quand il le serait, nous n'en pourrions pas faire usage. Comment atteindre un miasme qui se dérobe à tous les sens? Le malade lui-même le reçoit sans en être averti, et il le porte dans ses chairs, qu'il ne sait pas encore le danger qui le menace.

Cependant le miasme absorbé porte l'infection dans toute l'économie: c'est le second temps, c'est le second acte de la petite-vérole. Et cette infection est encore irrésistible; rien ne peut ni la prévenir ni l'atténuer. L'art n'a rien à lui opposer, si ce n'est ces moyens généraux que prescrit le plus simple bon sens. Parce que la vaccine prévient la variole à venir, on a cru qu'elle adoucirait la variole naissante. L'essai en a été fait, et le résultat a prouvé qu'on se faisait une fausse idée de la vaccine.

Il est triste, sans doute, d'avouer notre impuissance contre les deux principaux élémens de la variole. Mais il serait plus triste encore de la dissimuler et de se payer d'illusion. Nous sommes d'ailleurs en famille, et nous pouvons dire à huis-clos ce qu'il faut taire partout ailleurs.

Passons à l'éruption. Ce n'est pas ce qu'il y a de plus essentiel dans la composition de la variole, mais elle en est le caractère le plus clair. C'est dans les pustules que se réfugie ou plutôt que s'élabore le virus destiné à la reproduire. Ce que le fruit est à l'arbre, l'éruption l'est à la variole.

Dans l'ordre chronologique, l'éruption n'occupe que le troisième rang; elle n'en a pas moins une grande importance; elle donne en général la mesure du danger.

Chirac avait conçu la folle pensée de l'empêcher de naître à force de saigner; d'autres avaient mis leur espoir dans les purgatifs; d'autres dans les mercuriaux. Tout a échoué. Et pour moi, je doute que quand la nature prépare une variole confluente, il soit au pouvoir de l'art de la transformer en variole discrète.

Refouler l'éruption en masse à sa naissance, serait, sans doute, moins présomptueux, mais non pas plus facile. Et en eût-on le moyen, la prudence défendrait de l'employer. Cependant, ce qu'on ne pourrait pas faire contre toute l'éruption, on peut le tenter partiellement.

De nos jours, on paraît mettre un grand prix à préserver le visage, soit pour lui conserver la régularité des traits, soit pour empêcher l'inflammation de se propager au cerveau.

Le hasard a mis la science sur la voie. Qui ne connaît le fait rapporté par Baillou et que M. Bricheteau nous a rappelé. Il était oublié, comme tant d'autres. L'esprit de recherche l'a retrouvé, et la science l'a mis à profit. Seulement, par une curiosité naturelle, elle a voulu savoir si le mercure était pour quelque chose dans le résultat, ou si l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* n'agit que mécaniquement, en privant la partie qu'il recouvre du contact de l'air. Je crois, pour mon compte, qu'il agit de l'une et de l'autre façon; je crois que la privation de l'air vient en aide aux propriétés du mercure. Sans savoir que j'avais été prévenu, j'ai dit souvent qu'il en était de la variole comme des plantes et des fleurs: elle prospère, elle fleurit au grand air et au soleil; elle s'étiole et se fane à l'ombre et dans l'obscurité.

M. Serres a fait, à cet égard comme à tant d'autres, les expériences les plus curieuses. En 1818 et 1819, soupçonnant déjà l'influence de la chaleur et de la lumière sur l'éruption, il fit déplacer tous les varioleux, et les relégua dans les salles les plus basses de la Pitié. Le résultat de l'expérience ne se fit pas longtemps attendre: dès ce moment, on vit les varioles les plus confluentes s'amortir, et la mortalité diminuer. Quelque temps après, l'administration des hôpitaux ayant ordonné de tirer les varioleux de cette espèce de souterrain et de les placer dans des salles hautes, bien éclairées et bien aérées, la variole reprit toutes ses allures avec tous ses dangers.

Que dirai-je de la cautérisation? C'est un moyen du même ordre que les topiques, quoique plus difficile à manier. Elle n'est bonne que contre les pustules isolées des paupières ou du pourtour de quelques ouvertures. M. Piorry s'en sert encore contre les pustules qui viennent parfois dans le pharynx, ce qui est peut-être assez inutile. Elles gênent, dit-on, la déglutition; et les escarres, la faciliteront-elles? Gêne pour gêne, douleur pour douleur, on se soumet plus volontiers à celle que la nature nous envoie qu'à celle que le médecin nous apporte. Ajoutez qu'à la chute des croûtes vous aurez des plaies au vif qui ne pourront que prolonger le supplice des malades.

A l'égard des pustules qui naissent dans le larynx et dans la trachée jusqu'à la première bifurcation, M. Piorry y a pensé mûrement. Le moyen même qu'il nous propose est un aveu déguisé de son impuissance; ce moyen, c'est la trachéotomie. Inutile de dire qu'il n'y a recours que dans ces momens suprêmes où le malade aux abois est menacé de périr asphyxié. Mais alors même je doute qu'il se trouve un chirurgien assez hardi pour partager une aussi grande responsabilité. M. Piorry en a fait l'expérience, et, il nous le confie avec un abandon qui l'honore, MM. Bérard et Sanson lui ont refusé leurs concours. M. Piorry a pu le regretter, mais quand son esprit a conçu une opération qu'il croit utile, il a une main pour l'exécuter. Il opéra donc sa malade; trente-six heures après elle n'était plus. Si ce revers n'a pu le faire changer, il n'est pas non plus pour lui rallier les médecins.

Mais parce que l'art n'est pas tout puissant contre la variole, il ne faut pas dire qu'il n'y peut rien. Une saignée faite à propos quand la réaction est trop vive, un émétique quand l'éruption a de la peine à se faire jour, des boissons tempérantes, de l'air, de la fraîcheur, peu de lumière autour des malades: voilà des moyens que la raison avoue, que l'expérience conseille.

Le traitement le plus simple est souvent le meilleur. Écoutez à ce propos le glorieux disciple de Boerhaave. — Une femme respectable, dit-il, a laissé dans les archives de sa famille un manuscrit par lequel elle apprend à la postérité qu'elle a eu le malheur de perdre plusieurs enfans de la petite vérole, en les choyant et en les droguant. Cependant, elle avait remarqué que les enfans des paysans de son voisinage s'en tiraient presque tous heureusement sans beaucoup de soins et de médicamens. Instruite par cette expérience, elle résolut d'agir de même envers ceux qui lui restaient. En effet, lorsqu'ils furent pris de la petite-vérole, elle ne leur donna d'autre boisson que du lait coupé, de l'orge cuite avec du petit lait, et de temps en temps une pomme cuite. Du reste, elle ne les exposait ni au froid ni au chaud, et ne les tenait pas plus couverts, soit la nuit, soit le jour, que dans l'état de santé. Cette méthode, aussi simple que sage, réussit à souhait. Cette dame, ajoute Van Swieten, a laissé cette espèce de testament hippocratique à sa famille, qui depuis l'a toujours exécuté à la lettre et s'en est bien trouvée.

Boerhaave et Van Swieten avaient bien compris que la médecine resterait impuissante contre la petite-vérole tant qu'elle n'aurait pas un spécifique. Ils l'ont cherché longuement; leurs recherches n'ont rien produit.

A défaut de spécifique, les praticiens, de tous les temps, depuis Sydenham jusqu'à Hildebrand et Frank, ont demandé les indications de la variole à la constitution régnante. Si elle était inflammatoire, ils saignaient, quoiqu'avec réserve; si bilieuse, ils faisaient vomir. De l'éruption, ils ne s'en occupaient pas. On peut tout exagérer, dit Sydenham, excepté l'influence des constitutions médicales, et Stole répète en vingt endroits de son *Ratio medendi* que, hors de ce principe, il n'y a pas de médecine.

Ils avaient si bien réussi, ces principes, à Dehaen, qu'il s'autorisait de ses succès pour repousser l'inoculation elle-même. M. Piorry vante aussi les siens qui le soutiennent et le consolent; les siens, dis-je, car je ne veux pas le troubler dans le témoignage de sa conscience et lui ôter la douce satisfaction qu'ils lui font éprouver. Mais qu'il est malaisé, dans une maladie comme la variole, de mettre un prix aux efforts du médecin sans se rendre injuste envers la nature! Vous allez le comprendre. Si la nature ne la guérissait jamais, rien, au contraire, ne serait plus facile. Mais, suivez notre raisonnement: d'une part, le médecin ne peut rien sans l'aide de la nature, et de l'autre la nature n'a guère besoin de secours étranger, elle se suffit le plus souvent à elle-même. Et, comme elle agit, comme elle opère toujours en même temps que nos remèdes, il y a presque toujours doute si le soulagement vient des remèdes employés ou de cette bonne nature si bien qualifiée par Broussais de providence intérieure. Cependant, à juger des vertus des médicamens sur les guérisons qu'on leur attribue, ils sont tous excellens. Mais poursuivez, répétez les expériences, et vous verrez ces mêmes vertus s'évanouir peu à peu, jusqu'à ce qu'enfin il n'en reste rien. Il n'y a que la nature qui ne se dément pas.

Je livre ces réflexions à M. Piorry, et lui demande la permission de dire un mot de sa nomenclature.

M. Piorry a tant d'idées, qu'il n'y a pas lieu de s'étonner si elles ne sont pas toutes également heureuses. Un jour, jour néfaste, il lui vint dans l'esprit de répudier la langue médicale et d'en composer une autre. Il se dit: les maladies intéressent les organes, c'est donc aux organes qu'il faut demander les dénominations.

Je vous entends. Mais imposer aux maladies les noms des organes qu'elles affectent, implique nécessairement qu'on connaît ces organes. Pour peu qu'il y eût d'incertitude, le système ne serait plus applicable. A cet égard, la médecine est donc arrivée à la perfection; car supposez qu'il lui reste encore quelques nuages à dissiper, quelques difficultés à éclaircir; supposez enfin qu'elle ait quelques progrès à faire, et un moment viendra où il faudra changer ces noms à mesure de ces progrès, puisque la nomenclature ne répondra plus à l'état de la science, et ainsi de suite jusqu'à l'infini. Aussi de très bons esprits ont-ils pensé que, dans une science aussi susceptible de variations que la médecine, les mots en circulation, les mots de convention, dont le sens étymologique ne rappelle rien de l'objet qu'ils désignent, étaient incomparablement les meilleurs.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous faire une question: N'avez-vous éprouvé aucun embarras à classer tous ces nombreux états organo-pathologiques dont vous avez inondé la médecine? Êtes-vous bien sûr que la place que vous leur assignez est bien celle qu'ils occupent dans l'économie? Où mettez-vous, je vous prie, la chlorose, l'hystérie, l'hypochondrie, l'épilepsie? Où mettez-vous encore la fièvre typhoïde, les scrofules, la syphilis, la variole, la fièvre intermittente et tant d'autres? Je connais votre réponse. Je sais que quand l'anatomie se tait, votre imagination y supplée et que vous nous donnez hardiment vos suppositions pour des réalités. De sorte que sous couleur de changer les mots, vous changez aussi les choses. Je crois même que votre secret vous est échappé; n'avez-vous pas dit quelque part qu'il y avait toute une doctrine sous votre nomenclature?

J'ai eu sous les yeux et j'ai parcouru le 3[me] volume du *Traité de médecine pratique*. On y traite du sang, ou plutôt des maladies du sang. C'est là qu'on trouve le scorbut, l'asphyxie, la fièvre inflammatoire, la fièvre typhoïde, la fièvre hectique, la fièvre urineuse, la fièvre jaune, la syphilis, la morve, la variole, la rougeole et les autres fièvres éruptives, — quoi encore? La jaunisse, la cachexie, etc.

Ce catalogue est long, comme on voit, et je ne dis pas tout. Quelque long qu'il soit, je suis étonné qu'il ne le soit pas encore davantage; car si l'on excepte les lésions traumatiques, je n'imagine pas de maladie où le sang ne subisse quelque altération, quelque changement. Il en est du système sanguin comme du système nerveux: on peut y mettre toutes les maladies.

Et comme dans la doctrine des états organo-pathologique, il n'est pas une seule maladie simple, une seule maladie douée d'un seul élément, il en résultera qu'il n'est pas de maladie qui n'intéresse plusieurs organes. Ainsi, la fièvre typhoïde que je viens de citer n'est pas seulement dans le sang, elle est un peu partout. Outre la *septicémie*, il y a la *panhypémie*, l'*entérite*, la *pneumonhémie hypostatique*, l'*hypoxémie* par *angiéraphrosie* ou par *épidiaphratopie*, la *cystectasie*, la *parotidite*, etc.

Encore un exemple, si vous le permettez. Je choisis pour vous plaire la fièvre intermittente.

Vous la faites venir du gonflement de la rate, et vous l'appelez *splénomacrosie*.

Mais, premièrement, ce gonflement n'est pas venu tout seul, il est lui-même un effet d'un miasme qui a pénétré dans le sang. Ainsi, la fièvre intermittente sera tout à la fois une altération du sang et une altération de la rate, c'est-à-dire dans votre langage une *hémo-splénomacrosie*. Mais vous convenez, d'autre part, qu'il y a des fièvres intermittentes non paludéennes, sans miasme, sans empoisonnement du sang; vous avouez même, je crois, qu'il y a des fièvres intermittentes sans enflure de la rate. De sorte que la fièvre intermittente est tantôt une hémo-splénomacrosie, tantôt une splénomacrosie seulement, et tantôt elle n'est rien de tout cela... Que ne dites-vous la fièvre intermittente?

Mais, quand même toutes vos idées seraient aussi justes que vous le croyez, quand même il n'y aurait nulle incertitude sur le siége des maladies, pourquoi changer des noms connus et acceptés du monde scientifique? Qui êtes-vous donc pour m'imposer votre langue? Tant d'autres ont péri à la tâche que je m'étonne que leur exemple ne vous ait pas arrêté. Que sont devenues les nomenclatures de Baumes, de Pinel, d'Alibert, de Brown et de Broussais lui-même? Qui pourrait dire tout le mal qu'ont fait les dénominations de sthénie et d'asthénie, de fièvre adynamique, de gastro-entérite? Mais il en est de certains esprits comme des joueurs: la vue du péril ne fait que les animer, et chacun s'y précipite sur la foi de son étoile.

Je sais bien qu'il y a plus d'une manière d'être utile, et que le dédommagement à tomber dans un écueil est de sauver les autres du naufrage. Mais j'ai peine à croire que M. Piorry n'aspire qu'à cette gloire.

Dans sa manie de réformer, il n'épargne, il ne ménage aucun mot. Il ne nous est plus permis de parler de variole, de virus varioleux; on dira désormais *variolodermite*, *variose*, et le vaccin s'appellera *boysiose*.

Je m'arrête dans ces citations, car je ne veux pas profiter de tous mes avantages. Tout ce qu'on peut dire sur les vices de la langue usuelle, je l'admets; et pourtant je dis qu'il faut la conserver parce qu'il y a encore plus d'inconvéniens à la changer. Ne voyez-vous pas que si vous ouvrez cette voie, nous n'en finirez pas et nous tomberons dans la confusion des langues, la pire de toutes? Quels que mots que vous choisissiez, quelque bien déduits qu'ils soient, ils ne pourront tenir lieu d'une description. Mais vous voudriez au moins me rappeler un trait de la maladie, et c'est l'organe qu'elle affecte. Je n'ai nul besoin de ce secours; gardez-le pour vous, je vous remercie. Le nom, le simple nom d'une maladie, quel qu'il soit, me rappelle naturellement tout ce qui est de cette maladie. Qu'on me parle de scorbut, de croup, d'hépatite, d'ictère, etc., à peine ces sons ont-ils frappé mon oreille qu'ils réveillent dans mon esprit non seulement le siége, mais les causes, les symptômes, la marche, le traitement, tout ce qui compose enfin la connaissance de ces maladies. De même que, dans le langage vulgaire, les mots portent à mon esprit les qualités et les usages des choses qu'ils expriment.

M. Piorry a cru servir la science, c'est là son excuse.

Il a cru améliorer la langue, il l'a corrompue; il veut répandre ses idées doctrinales, et il s'isole de plus en plus. Comment ne le sent-il pas? Il est presqu'un étranger pour nous; s'il nous parle, il est obligé de se traduire pour se faire comprendre. Personne ne s'en rapproche,

sauf peut-être quelques élèves intéressés à le flatter. Il n'y a pas de mérite à faire des mots nouveaux, il y en a bien plus à faire un bon usage des anciens. L'imperfection même d'une langue n'est pas une raison d'y toucher. C'est Voltaire qui l'a dit. Réservez les noms nouveaux pour les idées nouvelles. Hors de là conformez vous à l'usage, votre maître et le mien, et laissez, laissez ce détestable néologisme qui, s'il pouvait se répandre, rendrait inutiles les livres des plus grands maîtres.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE, OU PLUTOT DES ÉTATS PATHOLOGIQUES QUI LUI SONT PROPRES (1);

Par M. le professeur PIORRY.

(Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 30 Janvier 1855.)

On n'a presque aucun moyen d'action sur les pustules de la trachée et des bronches, alors qu'elles commencent à se déclarer ; tout au plus pourrait-on penser à l'inspiration des vapeurs variées, parmi lesquelles la vapeur d'eau pourrait peut-être, dans certains cas, avoir de l'utilité comme palliation ; moins encore dans le larynx et la trachée qu'ailleurs, on ne peut entraver le développement de la variosite (inflammation spéciale à la variole), et la seule question importante, mais d'une gravité extrême, est celle de savoir s'il convient, quand le défaut d'exlaryngition met la vie du malade en péril, d'avoir recours à la trachéotomie. Or, j'ai trop vu de malades succomber dans de tels cas, j'ai trop étudié la marche du mal et la manière dont la mort survient pour ne pas admettre dans toute son étendue l'aphorisme suivant, qui est, pour moi, la conséquence d'une longue pratique et des plus mûres réflexions : « *Toutes les fois que, dans la variolaryngite et même dans la variopharyngite, l'abord de l'air dans la trachée et les bronches devient difficile et cela par suite de la présence des liquides qui s'accumulent, il y a urgence de pratiquer l'ouverture du tube aérien.* » Si on attend au lendemain, presque toujours, lors de la visite, on ne trouve plus qu'un cadavre. C'est ce qui est arrivé plusieurs fois à la suite de discussions que j'ai eu à ce sujet avec Bérard jeune, Samson, etc., etc., et dans lesquelles ces chirurgiens, qui réunissaient la prudence au savoir, se refusèrent pour le moment où je le croyais utile à pratiquer la trachéotomie. Désespéré de ces retards qui avaient eu un si fatal résultat, je pris sous ma responsabilité de pratiquer moi-même, sur une femme atteinte de variolaryngite et qui expirait, l'ouverture de la trachée. Un ronchus trachéal et laryngien bruyant se faisait entendre, et une écume abondante remplissant le pharynx s'écoulait même par la bouche. La teinte des tégumens et de la membrane orale était livide. L'opération présenta quelque difficulté en rapport avec l'épaisseur des tégumens du cou (2). Mais tout aussitôt que l'ouverture fut pratiquée au conduit aérien, et qu'il en fut sorti un peu d'écume bronchique, la respiration se rétablit, la coloration reprit sa teinte naturelle, et la canule étant convenablement placée, il semblait que la vie dût être conservée. En effet, pendant trente-six heures, la malade survécut; aucun accident nouveau ne se déclara; mais alors la mort eut lieu d'une manière instantanée, et tout porte à croire qu'elle a été due au déplacement ou à l'obstruction de la canule, dont l'élève chargé de surveiller cette femme n'eut peut-être pas tous les soins désirables.

Depuis j'ai vu périr un assez grand nombre de variolés pour lesquels on attendit encore trop longtemps avant de pratiquer la trachéotomie, et je n'hésite pas à affirmer que, dans tous les cas où chez les gens atteints de variolaryngite, il existe de l'enrouement suivi et accompagné de dyspnée, et de difficulté dans l'évacuation des crachats pharyngiens, laryngiens et trachéaux, il ne faut pas hésiter un moment à ouvrir le conduit de l'air. Une fois la trachée opérée, les boutons varioliques développés sur la membrane laryngo-trachéale suivront sans péril leurs phases régulières et la guérison définitive devient très probable.

VARIOPNEUMONITE. — Consécutivement aux accidens, il peut survenir une bronchemphraxie, bientôt suivie de broncho-pneumonite elle-même compliquée de pneumonémie hypostatique. Ces accidens funestes qui se déclarent dans les cas graves de variole, rentrent comme diagnose et comme traitement dans l'étude des pneumonémies produites par d'autres causes. La triste spécialité de ces congestions pulmonaires repose sur la difficulté extrême de combattre avec succès de tels états pathologiques. Ici, en effet, une éruption, dont on ne peut pas arrêter la marche, constitue le caractère essentiel et est la véritable raison anatomique du trouble survenu dans la circulation du poumon. Heureusement est-il fort rare que, tout d'abord, cette même éruption se déclare dans les très petites bronches et dans les vésicules pulmonaires, aussi ne voit-on guère, au début de la variole, survenir les phénomènes et apparaître les caractères de la pneumonie des auteurs.

VARIENCÉPHALITE. — Au début de la variole, considérée comme unité morbide, et de l'état fébrile qui me paraît être le résultat de la variosémie (*Traité de médecine pratique*), existe très ordinairement une encéphalopathie caractérisée par le délire et par une sorte de stupeur qui peut faire croire qu'il s'agit d'une *fièvre typhoïde*. En effet, on observe, dans de telles circonstances, la plupart des accidens rapportés à la collection d'états pathologiques et de phénomènes ainsi désignés, et, dans les deux cas, c'est une toxémie spéciale : ici, la septiosémie ; là, la variosémie, qui donnent lieu aux accidens cérébraux observés. Des deux côtés aussi le sang n'est pas couenneux, il n'y a pas hémite (*Traité de médecine pratique*). Il est fort rare que les malades succombent à cette période, de telle sorte que l'on n'a point, en général, l'occasion de constater si les symptômes cérébraux sont liés à une lésion anatomique appréciable. Or, j'ai publié dans mon ouvrage un cas qui conduirait à faire admettre qu'il se fait alors, à la surface encéphalique, une éruption qui rappellerait assez bien celle qui constitue la variosidermite. Il s'agit, dans ce fait, d'un homme qui, portant une ulcération mélanosique au bras et traité par la compression, fut pris de variole, eut un délire qui dura un mois puis mourut d'une autre affection. Or, on trouva sur le cadavre un assez grand nombre de taches noires d'à peu près 5 millimètres de dimension et qui paraissaient n'avoir été autre chose que les cicatrices d'une éruption qui semblerait avoir eu lieu sur la surface encéphalique, de la même façon qu'elle s'était déclarée à la peau. Il y aurait eu cependant cette différence, que l'une aurait été très légère et simplement hypérémique vers le cerveau, tandis que l'autre aurait été forte et pyogénique vers le derme. Certes, l'interprétation que je donne au fait précédent peut être controversée; mais le fait n'en est pas moins très curieux et très propre à répandre quelque jour sur la nature des encéphalopathies qui ont lieu chez les variolés.

Du reste, il est fort rare de voir les accidens cérébraux dont il vient d'être parlé persister après l'éruption ; presque toujours ils se dissipent alors que l'état fébrile variosémique se calme; plus tard surviennent d'autres phénomènes encéphalopathiques ; mais ceux-ci sont dus à une encéphalémie consécutive à la variodermite de la tête et du pourtour de l'orbite. C'est la même série de phénomènes que ceux qui ont lieu dans l'érysipèle de la face, alors que la phlegmasie s'étend à l'encéphale; aussi les symptômes sont-ils les mêmes dans les deux cas : c'est de l'assoupissement, ce sont des rêves, bientôt suivis de délire, qui se déclarent et plus tard la vie s'éteint par suite des troubles survenus dans les organes de la circulation et de la respiration.

La diagnose de la nature de ces encéphalopathies s'établit sur la réunion des phénomènes qui leur sont propres avec les symptômes de la variosémie et de la variodermite. Leur traitement repose, pour la varicencéphalie des premiers jours, sur les moyens généraux que réclame toute toxémie *dont la cause est inconnue et dont le caractère spécial n'est pas accessible à des neutralisans*; c'est-à-dire sur l'emploi de l'eau à doses abondantes et réitérées ,auxquelles il convient de joindre, alors que les accidens sont intenses, les saignées générales, l'élévation de la tête beaucoup au-dessus du niveau du tronc, et quelquefois peut-être la compression des carotides, ainsi que la réfrigération du crâne au moyen de l'application continue de l'eau froide et de la glace sur le cuir chevelu.

La varicencéphalie qui survient consécutivement à la variodermite de la face et du tissu cellulaire des orbites exige avant tout l'emploi des moyens plus propres à faire avorter l'éruption variolique du pourtour de l'orbite, et dont il a été parlé à l'occasion de la curation de la variodermite en général, tels que : l'apposition d'emplâtre adipeux ; la cautérisation réitérée avec l'azotate d'argent ; l'ouverture des pustules alors quelles contiennent du pus, et surtout l'application sur la face et les tégumens des paupières de vésicatoires fortement cantharidés. Ces derniers moyens déterminent une évacuation abondante de sérosité, dégorgent ainsi les vaisseaux tégumentaires et ethmoïques de l'orbite et occasionnent de cette façon une utile déplétion dans les parties qui sont le siège de cette phlegmasie extensive qui de l'extérieur se propage à l'encéphale.

Rarement dans ces encéphalopathies suite de la variodermite les saignées sont indiquées, car elles ne remédient pas à la cause organique, ne calment pas les accidens et favorisent même la résorption ou la pénétration du pus des pustules dans l'appareil circulatoire ; peut-être l'application des corps froids serait-elle ici dangereuse, seulement l'élévation de la tête au-dessus du niveau du tronc est encore utile pour modifier l'afflux du sang vers l'encéphale et remédier à ce qu'il peut y avoir de stasique dans l'encéphalémie et l'encéphalite qui se déclarent.

Les autres états pathologiques qui peuvent être observés pendant la durée des accidens dus à l'action du variose n'appartiennent pas, pour la plupart, à l'action directe de ce virus ou même à ses effets immédiats ; très rarement au moins voit-on se déclarer pendant la durée de la variole, des lésions et des symptômes graves du côté de l'estomac, de l'intestin, du foie, de la rate, ou de l'appareil urinaire ; l'étude de ces phénomènes rentre donc complètement dans le domaine de la pathologie et de la thérapeutique en général. On peut en dire autant de la pyémie (altération du sang par le pus) qui paraît quelquefois se manifester par de l'accélération du pouls et de la chaleur, par des sueurs exagérées et locales, et par de l'entérorrhée. Cette pyémie se déclare au moment où du pus est abondamment contenu dans les pustules variosiques et où l'épiderme qui recouvre celles-ci, très distendu qu'il est, vient à comprimer ce liquide. Dans le *Traité de médecine pratique*, j'ai largement insisté sur l'état anatomique dont il s'agit et sur ses conséquences pathologiques.

Pour terminer ces considérations sur les phénomènes qui se déclarent pendant la durée de la variole ou *variosie*, je n'ai plus qu'à parler d'un accident bien triste que j'ai vu survenir chez de malheureux soldats qui, en Espagne, avaient été frappés de variophthalmite, de varioblépharite et d'otite externe due aussi au variose. Dans une retraite et par la chaleur, ces malheureux avaient été transportés au loin et à dos de mulet; des mouches avaient déposé leurs œufs, soit entre les paupières, soit dans le conduit auditif externe, qui, d'ailleurs, étaient remplis de pustules variosiques; les larves de ces insectes s'y étaient développées par centaines; ni le chirurgien-major, ni à plus forte raison moi, jeune étudiant portant l'uniforme d'officier de santé, nous ne trouvâmes rien autre chose à faire que d'injecter de la décoction de rhubarbe dans les cavités palpébrales et otiques, où les vers s'étaient développés et accumulés. Bien entendu que ces pauvres soldats, qui guérirent de la variole, restèrent aveugles et sourds. S'il arrivait jamais qu'un semblable cas vînt à se présenter, il serait facile de faire périr les vers par le même procédé qui m'a servi pour détruire des trichurides qui existaient en grand nombre dans le rectum d'un malade qui en était tourmenté depuis plus de dix ans.

Il suffirait, en effet, pour faire périr les vers, de remplir d'huile la cavité où les larves seraient contenues, on boucherait ainsi leurs trachées, et tout d'abord ils seraient asphyxiés. C'est de cette façon que l'on peut facilement frapper de mort les insectes qui se multiplient sur les rosiers et d'autres végétaux ; ils meurent et se détachent tout aussitôt qu'on les touche avec un tissu moelleux et fin, imbibé d'une très petite proportion d'huile.

Tel est la manière dont on peut concevoir, dans les idées anatomiques et cliniques que je cherche à propager, l'étude de la variole. Il me semble que cette manière de considérer les faits est féconde en applications utiles et pratiques ; si vous étiez de cet avis, Messieurs, si vous arriviez un jour à penser comme moi, que toutes les collections phénoménales dites maladies devraient être ainsi considérées, alors vous seriez conduits à admettre que les dénominations usitées jusqu'à ces derniers temps sont fausses et insuffisantes ; vous partageriez même cette opinion : qu'il faut créer des mots nouveaux pour désigner des états pathologiques qui n'ont pas encore été dénommés ; vous croiriez encore que pour devenir intelligibles et pour marcher avec notre temps, il faut adopter un langage précis dérivé de la langue scientifique, c'est-à-dire du grec. La conséquence logique de ces idées serait nécessairement qu'il faut généraliser et systématiser ce langage, qui serait facilement compris à l'étranger comme en France.

Quoi qu'il en arrive, et que l'on substitue ou non des mots plus expressifs et plus euphoniques à ceux que j'ai proposés, qu'il me soit permis de vous remercier d'avoir bien voulu m'entendre ; mon seul but, dans cet écrit comme dans tous ceux qui l'ont précédé, est d'avoir fait un travail utile pour l'humanité et pour la science.

(1) Voir les numéros des 1er, 3 et 8 Février 1855.

(2) Je me fis, en opérant, une petite excoriation à la face palmaire du pouce, d'où résulta, les jours suivans, une pustule variolique qui fut complètement locale. Déjà une première fois un accident du même genre m'était arrivé, et mon excellent ami, M. le docteur Bally, a été atteint d'une semblable pustule, qui, chez lui, donna lieu à la formation d'un tissu érectile, d'où, pendant plusieurs mois, s'écoulait du sang en abondance. Il fallut détruire ce tissu pour obtenir la cicatrice ; probablement la petite vérole qu'avait eue M. Bally, la vaccine dont je porte au bras de très profondes traces ont fait que le mal, dans ces cas, n'a pas eu de manifestation générale et que la petite vérole est restée locale. Il y aurait des recherches intéressantes à faire sur ce sujet.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Février 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

(L'abondance des matières nous oblige à renvoyer la *correspondance* au prochain numéro.)

— Une lettre de M. MATHIEU, concernant une deuxième modification qu'il vient de faire subir au trocart.

Outre le poinçon qu'il a rendu mobile sur le manche *H*, afin d'utiliser les deux bouts *DD*, il a imaginé un nouveau système de soupape. C'est une solution de continuité pratiquée dans la canule près du pavillon ; les deux portions de canule ainsi séparées sont maintenues en face l'une de l'autre au moyen de deux lames qui les réunissent latéralement ; cet espace est coiffé par un tube en baudruche *A* que l'on fixe avec du fil en *E* et en *B*. Ce mécanisme permet la sortie et l'entrée du liquide, et s'oppose à l'accès de l'air ; il permet aussi à l'opérateur de pouvoir déboucher la canule au moment même où elle fonctionne, et cela sans qu'un atome d'air puisse pénétrer. Pour y arriver, il suffit de se servir du bout mousse du poinçon, qui, en passant dans la solution de continuité, écarte le tube de baudruche sans le déchirer. Lorsqu'on veut empêcher la sortie du liquide, on saisit entre le pouce et l'index les lames qui unissent les deux portions de canule et on intercepte à l'instant la communication entre les deux extrémités.

M. MALGAIGNE fait observer qu'il y a vingt ans que cet instrument est connu.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de deux de ses membres : M. Jadelot et M. Bouley jeune.

— M. OUDET, suppléé en partie par M. CAZEAUX, lit un mémoire sur l'organisation de l'ivoire dentaire, et conclut, contrairement à une opinion déjà ancienne appuyée par les micrographes d'aujourd'hui, que cette production ossiforme est le résultat d'une sécrétion de la pulpe des dents et non de la transformation de cet organe.

— M. BOUSQUET a la parole; il s'exprime en ces termes. (Voir plus haut.)

M. PIORRY relève ce qu'il y a de peu bienveillant dans la forme que M. Bousquet a donnée à sa critique. Quant au fond de la discussion, ne pouvant l'aborder aujourd'hui, vu l'heure avancée, il prie l'Académie de lui accorder la parole dans la prochaine séance.

La proposition de M. Piorry est adoptée.

— M. CHASSAIGNAC lit un mémoire sur le varicocèle,

— M. DURAND-FARDEL, au nom du docteur GILLEBERT D'HERCOURT, qui a déjà présenté une note sur le même sujet, communique de nouvelles preuves apportées par ce médecin à l'appui de l'opinion qu'il a émise touchant l'inefficacité de pessaires à air. Loin de redresser les organes déviés, ces pessaires élastiques s'accomodent au contraire à la forme des parties environnantes. Après avoir introduit un de ces pessaires dans le vagin d'un cadavre et l'avoir insufflé, vient-on à y injecter du plâtre, on observe sur cette espèce de moule solide, revêtu de caoutchouc, toutes les inflexions du conduit qu'il était destiné à redresser. M. Durand-Fardel dépose sur le bureau de l'Académie un certain nombre de ces moules.

— M. BONNAFONT présente un appareil destiné à faire des injections gazeuses de chloroforme dans l'oreille moyenne, contre les bourdonnemens nerveux. Cet appareil se compose : 1° d'un petit récipient en verre; 2° d'une petite pompe aspirante et foulante, portant à l'ouverture d'expiration un tube de caoutchouc de 1 mètre de long et terminé par un bout conique en cuivre ; 3° d'une sonde en or ou en argent pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Pour se servir de cet appareil, on verse 1 gramme de chloroforme dans le petit récipient, auquel on adapte aussitôt la pompe, puis on pratique le cathétérisme de la trompe d'Eustache et on fixe la sonde dans cette position. Le patient prend d'une main l'embouchure du tube de la pompe, introduit dans la douille que présente l'extrémité de la sonde et maintient ainsi ces choses en place ; d'une main, de la gauche s'il opère sur l'oreille gauche *et vice versa* s'il opère sur l'autre oreille, il fait aller le piston de la pompe dont le mouvement doit être en raison de la sensibilité du sujet et de la force du chloroforme.

M. Bonnafont assure que les résultats qu'il a déjà obtenus sont assez avantageux pour en faire part à l'Académie. Il ajoute que tous les bourdonnemens ne cèdent pas à l'influence de cette injection ; celles, par exemple, qui sont le résultat d'une congestion sanguine ou d'un épanchement quelconque dans la caisse du tympan ne sont nullement modifiées par cette médication qui n'agit que sur les bourdonnemens nerveux qui accompagnent si fréquemment la surdité turpide.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 20. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 17 Février 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi ;
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PHYSIOLOGIE.

EXPOSÉ DES NOUVELLES EXPÉRIENCES FAITES AU COLLÉGE DE FRANCE PAR M. CLAUDE BERNARD, SUR LA FONCTION GLUCOGÉNIQUE DU FOIE.

Le travail de M. L. Figuier, *sur l'origine du sucre contenu dans le foie et sur l'existence normale du sucre dans le sang de l'homme et des animaux*, ayant évidemment pour but, sous une forme réservée et polie, de mettre à néant les recherches de M. Cl. Bernard, le savant professeur a bien voulu, sur la demande du nombreux auditoire qui suit son cours du Collége de France, refaire les principales expériences qui établissent la nouvelle fonction du foie dite *glucogénie*. Nous croyons être agréable aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE, en passant en revue les faits nouveaux et en les exposant avec quelques détails.

Les points principaux reconnus par M. Bernard, depuis plusieurs années, sont les suivans :

1° Le foie de l'homme et des animaux renferme une certaine quantité de sucre ;

2° Le foie est l'organe de la production du sucre chez les animaux ;

3° Le sucre qui existe dans le foie ne provient pas nécessairement des alimens sucrés ou féculens introduits dans l'estomac, mais il se forme au sein même de l'organisme animal, indépendamment de toute alimentation végétale ;

4° Cette fonction nouvelle, *glucogénie*, coïncide avec la période digestive ; elle diminue avec l'abstinence et finit par disparaître par l'inanition.

A ces propositions, M. Figuier a opposé, comme on le sait, les trois suivantes :

1° Le foie chez l'homme et les animaux n'a point reçu pour fonction de fabriquer du sucre ;

2° Tout le glucose qu'il renferme provient du sang qui gorge son tissu, et ce glucose a été apporté dans les vaisseaux par suite de la digestion des alimens amylacés ou saccharoïdes ;

3° Le rôle du foie comme organe sécréteur demeure borné à l'épuration du sang et à l'élaboration de la bile.

N'ayant pas une autorité suffisante pour combattre ou défendre cette dernière doctrine, nous nous bornerons à énumérer, en historien fidèle, les principaux argumens sur lesquels M. Cl. Bernard a étayé sa découverte, argumens qui, nous devons l'avouer, nous ont paru jusqu'ici péremptoires.

1° Le foie de l'homme et des animaux renferme une certaine quantité de sucre, c'est là un fait de la dernière évidence.

En mettant instantanément à mort un animal dans les conditions normales de la vie, et en prenant un morceau de son foie, l'on s'assure aisément qu'il contient du glucose. Le procédé est bien simple : on le coupe en petits morceaux, on le fait dissoudre dans un peu d'eau sur une lampe à alcool, on filtre, et en traitant la liqueur par le tartrate de cuivre et de potasse, on obtient le précipité couleur de brique, signe caractéristique de la présence du sucre.

M. Bernard a fait samedi dernier cette expérience sur le foie d'un supplicié, exécuté à un moment déjà éloigné de celui de la digestion : l'estomac était vide, et cependant en traitant la décoction du foie par le réactif Frommherz, on a eu au fond de l'éprouvette la précipitation de l'oxyde de cuivre ; en mettant une partie du liquide au contact de la levure de bière, on a vu se produire une fermentation avec dégagement d'acide carbonique : un morceau de potasse introduit a donné lieu à la formation immédiate d'un carbonate de potasse.

Nous avons parlé des conditions normales de la vie, et c'est avec intention, car les expériences les plus variées n'ont pas décelé de sucre dans le foie des individus qui avaient succombé après une longue maladie. Et cependant ces foies contiennent des vaisseaux, ces vaisseaux contiennent du sang (1), ce sang, d'après M. Figuier, contient du glucose (2), et cependant ces malades avaient encore ingéré, avec leurs tisanes, une certaine quantité de substances sucrées.

Donc le foie renferme du sucre quand il est à l'état normal ; on n'en retrouve pas de traces dans le viscère malade.

(1) M. Figuier observe, avec raison, que dans les analyses du sang il faut opérer de suite, car, sans cela, le glucose se détruit très promptement. Mais cette circonstance ne prouverait-elle pas, d'autre part, combien il doit être difficile de rencontrer du glucose dans les vaisseaux d'un morceau de viande exposée pendant quelque temps à l'air ?

(2) Quand on opère sur du sang recueilli aux abattoirs sur des animaux mis à mort par les procédés ordinaires, il ne faut pas perdre de vue que le couteau du boucher pénètre dans les cavités droites du cœur, et comme le sang qui remplit cet organe est fourni directement par la veine cave inférieure à sa sortie du foie, il doit nécessairement contenir une partie du glucose élaboré par le viscère glucogénique.

2° Le foie est-il réellement l'organe de la production du sucre chez les animaux ?

Le tissu du foie éminemment vascularisé est spécialement constitué par deux systèmes veineux ; l'un dit *afférent* (la veine porte), l'autre *déférent* (les veines sus-hépatiques).

Si l'on parvient à prouver que, dans le premier (sang qui arrive), il n'y a pas de sucre, et que le second (sang qui sort), en contient une quantité notable, on sera forcé d'admettre que le glucose s'est formé à l'intérieur même du parenchyme.

L'expérience a été faite plusieurs fois au Collége de France.

On prend un chien nourri depuis six à huit mois exclusivement de viande (1), aliment qui, par les procédés digestifs connus, ne peut donner naissance à du sucre ; on le tue instantanément par la section du bulbe rachidien de la moelle épinière, on ouvre le ventre et l'on porte deux ligatures, l'une sur la veine porte à son entrée dans le foie, l'autre sur les veines sus-hépatiques à leur sortie de l'organe : on recueille le sang dans les deux veines, on les traite à une lampe à alcool dans une soucoupe en porcelaine ; on les mélange avec du sulfate de soude pour les décolorer et détruire les matières organiques, on filtre et l'on obtient un liquide incolore : en les versant dans deux éprouvettes, et en les réchauffant après addition préalable d'une solution de tartrate de cuivre et de potasse, on voit :

1° Que le sang de la veine porte conserve la couleur bleuâtre du réactif.

2° Que le sang des veines sus-hépatiques fournit le précipité caractéristique, signe indubitable de la présence du sucre.

Il n'y a pas de sucre dans le sang qui entre ; il y en a dans celui qui sort, donc le sucre est un produit du foie.

En coupant un morceau du foie du chien soumis à cette expérience, et en le traitant convenablement par le réactif Frommherz, on constate la présence du glucose, mais si l'on traite par les mêmes procédés la rate, le poumon, la bile du même animal, on ne retrouve aucun indice de sucre. Ces expériences paraissent décisives, capitales.

Dire que le foie est un organe de condensation, d'accumulation pour le glucose, c'est avancer une hypothèse ! Ce qu'il faut prouver, c'est que la veine porte contient une certaine quantité de glucose : ce qu'il faut expliquer, alors même qu'on

(1) On donne ordinairement de la viande cuite : il est facile de constater tout d'abord que, cuite ou crue, la viande ne contient pas de sucre en la soumettant dans les conditions voulues au réactif Frommherz.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — La physiologie et la chimie. — Le sucre et le foie. — Les *figueristes* et les *bernardistes*. — Les deux leçons de M. Bernard au Collége de France. — Les corps savans jadis et aujourd'hui. — M. Piorry et M. Bousquet.

De quoi pourrais-je parler aujourd'hui, si ce n'est de ce dont tout le monde parle, c'est-à-dire du divorce entre la physiologie et la chimie survenu à propos du foie et du sucre ? Cependant, je n'ai pas à redire au rez-de-chaussée ce qui se trouve bien dit dans nos colonnes supérieures. Ce que le feuilleton doit se borner à constater, c'est le vif intérêt que suscite la discussion qui s'est élevée entre M. Figuier, dont l'attaque a été aussi nette que vaillante, et M. Cl. Bernard, dont la défense est aussi digne que modérée. Cette discussion est l'événement scientifique du jour ; et comme en France un débat tant soit peu important ne peut se passer sans qu'un grain de passion ne s'y mêle, la discussion s'anime et s'échauffe parmi les partisans des deux contendans, car nous avons, à cette heure, les *figueristes* et les *bernardistes*.

Ce n'est pas d'ailleurs d'un seul côté que M. Bernard est attaqué et sur un seul point de ses découvertes physiologiques. M. Longet s'est résolûment jeté dans la lutte contre la fonction glucogénique du foie, et à l'heure même où j'écris ces lignes, une thèse pour l'obtention du grade de docteur ès sciences se soutient en Sorbonne, dans laquelle M. Blondlot, de Nancy, cherche à ruiner la théorie si ingénieusement édifiée par M. Bernard sur les fonctions du suc pancréatique.

La vérité veut que je dise que cette sorte de levée de boucliers ne semble pas avoir troublé la sérénité de M. Cl. Bernard.

M. Bernard a raison de ne pas trop s'émouvoir. Si les opinions qu'il a mises en lumière sont l'expression réelle des faits, elles n'ont rien à craindre de la contradiction, qui ne peut que leur donner une sanction nouvelle, quand les contradicteurs sont sincères et loyaux, ainsi qu'il a le bonheur d'en rencontrer. Si les faits nouveaux qui se produisent pouvaient avoir pour résultat d'ébranler, d'infirmer même ses doctrines, M. Bernard saurait le reconnaître et le dire ; et cet aveu loyal serait pour lui un nouveau titre de gloire.

Mais il faut le reconnaître : jusqu'ici les contradicteurs de M. Bernard ne l'ont pas forcé à faire confession d'erreur. Et de fait, pour qui connaît l'esprit exigeant et précis de M. Bernard, la méthode sévère dont il fait usage, l'expérimentation sagace, patiente et cent fois répétée du même fait à laquelle il se livre avant de rien produire, les précautions infinies dont il s'entoure pour éviter toute cause d'erreur, la prudence et la réserve de ses inductions, il est bien difficile d'admettre que M. Bernard aura jeté dans le monde savant des faits physiologiques aussi considérables que ceux que l'on attaque aujourd'hui, sans s'être fait à lui-même et sans avoir résolu par l'expérience les objections qu'on lui oppose.

C'est ce qu'il a dit, ce qu'il a fait, ce qu'il a répété dans les deux admirables leçons que M. Bernard a données ces jours passés au Collége de France, devant un auditoire très nombreux, un peu inquiet, je dois le dire, de l'opposition qui venait de surgir, mais bientôt rassuré par cette parole lucide, par cette exposition pleine de candeur et surtout par ces expériences décisives faites devant lui, et dont les résultats ont corroboré toutes les convictions.

Je ne fais que traduire les impressions générales de ceux qui ont assisté à ces leçons, impressions que je partage ; car, jusqu'à plus ample informé, il me paraît que M. Bernard a victorieusement réfuté les objections qui se sont produites jusqu'ici.

Mais on assure que les opposans ne se tiennent pas pour battus, et que des expériences se font ou sont faites, dont les résultats, chuchottés seulement à l'oreille, doivent, dit-on, produire une grande impression. Attendons et voyons.

Tout cela jette une certaine animation dans le monde scientifique, agitation salutaire et dont il faut se réjouir, car elle est un stimulant nécessaire et entretient la vie dans la science. N'est-ce pas d'ailleurs le sort réservé à toutes les idées nouvelles d'être discutées et contestées ? L'histoire des sciences est-elle autre chose que l'histoire des oppositions faites aux inventions, quand elle n'est pas celle des persécutions subies par les inventeurs ? M. Figuier le sait mieux qu'un autre, lui qui a écrit de si nobles, de si éloquentes pages sur l'histoire des découvertes modernes.

Cependant, il faut le dire, M. Bernard n'a pas trop à se plaindre à cet égard ; il a trouvé généralement la route facile, et des mains amies, des mains puissantes, ont écarté de sa voie les embarras et les obstacles. Jamais découverte physiologique aussi importante que celle de la fonction glucogénique du foie n'a été acceptée avec autant de facilité et n'a soulevé, jusqu'à ces derniers jours, moins d'opposition. En dehors de la confiance et de l'estime que méritaient de tous points les travaux de M. Bernard, il est impossible de méconnaître que le patronage d'amitiés illustres a eu une grande influence sur les destinées de ces travaux. Quand on a vu le physiologiste le plus éminent du siècle — j'ai nommé M. Magendie — celui qui a remué dans toute sa profondeur le champ immense de la biologie, qui a imprimé son nom sur toutes les pages de cette science renouvelée par la méthode expérimentale ; quand on a vu M. Magendie, dont la facilité à croire n'est pas suspecte, applaudir aux travaux de M. Bernard, les encourager et les accepter ; quand on a vu un des plus savans médecins de notre époque — j'ai nommé M. Rayer — dont tous les travaux portent l'empreinte d'une inexorable sévérité pour l'exactitude des faits et la légitimité de l'induction, donner son appui et son assentiment aux découvertes de M. Bernard, l'assentiment général devait nécessairement suivre ; car comment supposer que des esprits de cette force pussent admettre et patronner des illusions et des chimères ?

Et certes, si M. Bernard, comme je le crois et comme je l'espère, sort de la lutte où il est actuellement engagé, ce ne sera pas un des moindres titres à la gratitude publique, pour MM. Magendie et Rayer, d'avoir protégé, dès ses débuts, le travailleur pauvre et modeste qui était venu s'abriter sous leur puissante tutelle. Quel bel exemple à suivre pour les riches de gloire, pour les princes de la science ! Quel plus noble patronage à exercer que d'accorder appui et protection au talent jeune et pauvre qui, sans eux, comme cela se voit trop souvent, succomberait sous les difficultés !

Il faut le reconnaître, d'ailleurs, les mœurs scientifiques se sont favo-

en retrouverait quelques traces (1), c'est la disproportion considérable du sucre dans le système afférent et dans le système déférent.

3° Le sucre du foie se forme au sein même de l'organisme.

Cette proposition se trouve démontrée par l'expérience précédente, car nous avons observé que le chien avait été nourri de viande pendant six mois.

Cette production est donc indépendante de toute alimentation végétale, elle se fait aux dépens du sang de la veine porte, elle est directement en rapport avec la quantité du sang qui traverse le foie, elle est, de plus, soumise à des conditions physiologiques spéciales (passage libre du sang à travers l'organe, intégrité du système nerveux); finalement, elle est incessante et ne s'éteint qu'avec l'anéantissement complet des phénomènes de la vie.

Voyons la démonstration expérimentale de ces idées : On a pris deux catégories de chiens ayant à peu près le même poids, et on les a soumis à quatre alimentations diverses.

1° Abstinence.	300	grammes de liquide par jour.		
2° Substances grasses.	125	gram. dissous dans	125	gram. d'eau.
3° Gélatine.	125	gram. id.	125	»
4° Fécule.	125	gram. id.	125	»

Les animaux étant, autant que possible, dans les mêmes conditions, ceux de la première catégorie ont été nourris pendant quatre jours, ceux de la deuxième pendant huit.

Or, voici les résultats :

	Abstinence.	Gras.	Gélatine.	Fécule.
1re série, 4 jours (analyse du sang qui a traversé le foie).	0.95 p. 100 sucre	0.88	1.65	1.88
2me série, 8 jours (id.).	0.13 id.	0.57	1.35	1.50

Ceci prouve que, dans l'abstinence même, il y a production de sucre (2), et que le même phénomène a lieu avec une alimentation grasse (quoiqu'il soit prouvé que ces substances grasses ne traversent pas le foie, et qu'elles entrent par d'autres voies dans le torrent circulatoire).

Sous le régime des féculens et des matières azotées, la quantité de glucose est nécessairement plus considérable.

La décroissance de la quantité de sucre sur les animaux de la deuxième série indique les rapports de la production avec les forces de l'animal, et explique comment, en poussant plus loin l'épuisement, on arrive à une disparition complète du nouvel élément.

En même temps que l'on trouve dans le sang des veines sus-hépatiques le glucose, on constate la diminution de la fibrine; et, en examinant au microscope le sang qui entre dans l'organe et celui qui en sort, on vérifie dans ce dernier un plus grand nombre de globules blancs.

Ces deux faits ne sont-ils pas l'indice d'un travail intérieur du viscère?

L'expérience suivante fournit une dernière preuve à l'appui.

On introduit dans le tube digestif d'un cheval une solution sucrée; grâce au volume de ses vaisseaux chylifères, on s'assure qu'ils ne contiennent aucune trace de sucre jusqu'aux ganglions mésentériques (preuve évidente qu'ils n'en avaient pas absorbé); mais au-dessus desdits ganglions, et à mesure que l'on s'approche du conduit thoracique, on trouve du sucre en quantité notable. D'où vient ce sucre? Évidemment il est fourni par les vaisseaux lymphatiques du foie, qui s'anastomosent avec les autres vaisseaux lymphatiques se rendant au réservoir commun.

Rien de plus facile que de démontrer la nécessité, pour la production du sucre dans l'organisme, de l'intégrité du système nerveux.

La section des pneumo-gastriques à la région du cou fait disparaître la matière sucrée dans le sang et le tissu du foie; d'autre part, en piquant sur un lapin un espace très limité de la moelle épinière (poinçon enfoncé sur le milieu de la ligne courbe de la protubérance occipitale externe, jusqu'à ce que l'on arrive sur le côté opposé du canal osseux), on constate peu de temps après dans ses urines une quantité notable de glucose.

4° La manière d'être de la nouvelle fonction dite glucogénie découle directement des expériences et des analyses que je viens d'énumérer.

D'autres faits en dehors de ceux que nous venons de passer en revue font rejeter par M. Cl. Bernard la théorie chimique consistant à dire « aux végétaux est dévolu le rôle de fabriquer le sucre et les substances amylacées. »

« Les animaux détruisent, en les oxydant, ces produits non azotés pendant leur respiration. »

Il admet que la cellule est la base, l'élément primitif de tout tissu végétal ou animal.

En étudiant sa formation dans la substance végétale la plus simple, la levure de bière, il a vu que sa production exigeait le concours de deux substances, l'une azotée et l'autre sucrée.

En recherchant cette cellule dans l'organisme animal, et tout d'abord dans le sérum du sang, il s'est assuré que la cellule ne se formait qu'après l'addition dans le sérum d'une substance sucrée.

Donc, dans les deux cas, nécessité absolue des deux élémens.

Poursuivant ses investigations sur des fœtus de vaches, il a constaté qu'avant 5 mois les muscles et les poumons de ces animaux révélaient la présence de l'acide lactique, partant du glucose; tandis que leur foie n'en offrait aucune trace.

Après cette époque, le sucre disparaissait dans les muscles et le poumon, et il se retrouvait dans le foie.

N'avons-nous pas là une preuve certaine que le sucre est un élément inhérent à l'organisme animal lui-même, et qu'il ne vient pas seulement du dehors?

Nous ne finirons pas cet exposé sommaire sans nous féliciter de la faveur avec laquelle la presse médicale et les Sociétés savantes accueillent ces intéressantes recherches de physiologie expérimentale.

En retrouvant sur les bancs du Collége de France plusieurs de nos confrères qui occupent une place éminente dans la pratique et dans la science, nous nous sommes convaincus, avec plaisir, et de l'importance de ces études et de la haute estime qui entoure le professeur qui les dirige avec tant d'habileté.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

(1) M. Magendie a trouvé du sucre dans le sang à l'état normal; mais dans ces conditions aussi la quantité en est excessivement minime.

(2) Dans la dernière séance, M. Bernard a pris deux chiens de même âge et soumis à une abstinence absolue.

Sur l'un, A, il avait coupé, vingt-quatre heures avant, les pneumo-gastriques; l'autre, B, était resté à l'état normal.

En les mettant à mort instantanément et en analysant par les procédés ordinaires le sang avant et après le foie, il a reconnu :

Sur le chien A aucune trace de glucose dans la veine porte;
aucune trace de glucose dans les veines sus-hépatiques;
traces très minimes de glucose dans le tissu du foie.

Sur le chien B aucune trace de glucose dans la veine porte;
présence manifeste de glucose dans les veines sus-hépatiques;
abondance de glucose dans le tissu du foie.

Chez le premier chien, la section des pneumo-gastriques a interrompu la production du sucre dans le foie, et l'organisme n'a pu détruire que celui qui existait au moment de la section, et au bout de vingt-quatre heures il n'en restait qu'une quantité très minime (au bout de trois jours il n'en reste jamais de traces).

Chez le second, au contraire, malgré l'abstinence, il y a eu production incessante de sucre.

Ce sucre ne provenait cependant pas des matières alimentaires; on ne peut pas dire qu'il était conservé en réserve, puisque nous avons vu plus haut que vingt-quatre heures suffisent pour détruire le sucre qui reste dans l'organisme.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APIOL (PRINCIPE IMMÉDIAT DU PERSIL), CONSIDÉRÉ COMME SUCCÉDANÉ DE LA QUININE (1);

Par MM. JORET et HOMOLLE, docteurs en médecine.

Aux observations de M. le premier médecin en chef de l'hôpital de la marine à Fort-de-France, se trouvait jointe une note de M. Aubry, chirurgien de la marine, qui, depuis 25 ans, exerce la médecine à la Martinique; il nous dit avoir employé l'apiol dans 4 cas de fièvre intermittente et avoir obtenu 4 succès. Trois fiévreux ont pris seulement 6 capsules d'apiol chacun et ont été guéris à la deuxième prise; le quatrième, au contraire, n'a vu sa fièvre disparaître qu'au quatrième jour, après avoir avalé 11 capsules d'apiol.

Nous ne citons ces faits que pour mémoire, ils ne sont pas assez détaillés pour entraîner la conviction du lecteur. Nous ferons observer seulement que dans aucune des observations de MM. Amic et Aubry, il n'est fait mention de chaleur épigastrique, de nausées ni de vomissemens; rien, en un mot, n'a dénoté le moindre dérangement des fonctions digestives pendant l'administration de l'apiol.

Enfin, M. le docteur Tiby, praticien distingué de la Haute-Marne, a bien voulu nous adresser aussi de Prangey, le 11 juillet 1853, un tableau synoptique de ses observations sur l'emploi de l'apiol dans les fièvres intermittentes et rémittentes.

Sur 7 cas dans lesquels il a administré ce fébrifuge, il a compté 7 succès. Ses observations se répartissent de la manière suivante :

Fièvre intermittente quotidienne. . . .	2
— tierce.	1
Fièvre double tierce rémittente. . . .	4
Total.	7

Presque toutes étaient compliquées d'ascite ou d'œdème des extrémités inférieures, avec hypertrophie du foie et de la rate; d'autres d'anémie; une, de pneumonie hypostatique.

Après l'emploi de l'apiol qui a fait justice de la fièvre, le docteur Tiby a eu recours aux toniques et au fer sous diverses formes, etc., etc.

Dans presque tous les cas la convalescence a été longue, tant à cause de l'ancienneté du mal que de la misère à laquelle étaient réduits ses malades. « Quelques-uns, nous dit-il, » n'avaient pour toute nourriture qu'un pain mal cuit, semblable à du mortier. Le seul symptôme physiologique que » j'aie observé à la suite de l'administration de l'apiol, est un » sentiment de chaleur épigastrique, qui, du reste, disparaissait promptement. »

Ces renseignemens de notre honorable confrère, bien qu'ils confirment ce que nos essais nous avaient appris de la valeur antipériodique de l'apiol, sont trop succincts pour avoir le même prix aux yeux des praticiens qui n'ont pas encore expérimenté ce fébrifuge, nous ne les comprendrons pas dans notre statistique, non plus que ceux de M. le docteur Aubry.

(1) Voir les numéros des 11, 16, 20 Janvier, 6, 10 et 13 Février.

rablement modifiées et tendent de plus en plus à se modifier encore. La *tyrannie* des corps savans n'est plus qu'un souvenir. Elle serait impossible aujourd'hui avec le contre-poids de la presse. Ce que l'on peut reprocher aux corps savans, au contraire, c'est leur facilité trop grande qui tourne à l'indifférence pour tout ce qui se présente à leur barre et qu'ils ensevelissent dans les catacombes des cartons. La production est immense, c'est vrai, mais l'appréciation, la critique, le *tri* de tout cela qui le fait? Personne, ou à peu près. De sorte qu'un esprit chagrin pourrait dire que les corps savans n'ont fait que changer de mode d'exécution des travailleurs. Autrefois ils les étranglaient avec le cordon du rapport; aujourd'hui ils les étouffent sous les matelas du silence. Il en est qui préfèrent la strangulation.

M. Piorry paraît être de ce nombre. Je disais, samedi dernier, que ses efforts avaient été vains et qu'il avait eu beau appeler à cor et à cris la discussion et la controverse, personne n'avait paru se soucier de se mesurer avec lui. Je m'en étonnais et je le regrettais presque. Mes humbles excitations auraient-elles produit leur fruit? La modestie me défend de croire à une pareille influence du feuilleton, surtout sur l'esprit de M. Bousquet, qui n'est pas précisément pour lui plein de tendresse, et qui, lui seul, n'a pas oublié d'innocentes peccadilles bien dignes d'un oubli profond.

Tant y a, que M. Piorry, dont les regards courroucés cherchaient sur tous les bancs un adversaire, *quærens quem devoret*, en a vu surgir un très redoutable, armé de pied en cap, et qui, du premier coup, a voulu lui faire mordre la poussière. Mais M. Bousquet verra, mardi prochain, qu'il a à lutter contre un vaillant chevalier. La guerre! Vive la guerre! s'écrie M. Piorry. Rien ne pouvait lui être plus agréable que cette attaque de M. Bousquet; à cette heure il fourbit ses armes; et nous le verrons, mardi, casque en tête et lance à la main, se jeter vaillamment dans la carrière. Vous qui suivez les séances académiques, arrivez de bonne heure mardi; car, si je suis bien renseigné, l'école — il y a une école — organo-pathologique tout entière doit venir assister au triomphe de son maître.

Amédée LATOUR.

PHÉNOMÈNE SINGULIER OBSERVÉ EN MER.

Nous empruntons à l'un des derniers comptes-rendus de l'Académie des sciences la relation suivante, qui lui a été adressée par M. Henri Grafton Chapman, en voyage pour la Chine :

« Dans l'Océan indien, près l'île de Christmas, le 1er août 1854, tout l'équipage était sur le qui-vive, observant des apparences singulières dans le ciel et dans la mer, et notamment une teinte verte dans l'eau, comme si l'on était sur des bas-fonds, ce qui pourtant n'était point le cas. Les nuages avaient une apparence peu ordinaire; mais comme le vent était constant et peu élevé, nous continuâmes notre route jusqu'à minuit, sans qu'il arrivât rien d'extraordinaire. Le second vint alors en toute hâte avertir le capitaine qu'il lui paraissait que nous arrivions sur un banc de sable, bien qu'il n'y en eût aucun marqué sur la carte dans le voisinage. Nous fûmes tous en un instant sur le pont; mais, avant notre arrivée, l'eau avait changé d'aspect, et nous vîmes une longue ligne lumineuse à l'horizon qui avançait vers nous avec la rapidité du vent : nous jugeâmes que c'était une tempête qui approchait, et je ne m'attendais à rien moins qu'à voir nos mâts brisés, tant elle marchait vite, devenant de plus en plus blanche, à mesure qu'elle s'approchait : une minute à peine s'était écoulée, que la mer se mit à écumer autour de notre vaisseau, comme un verre d'eau de Seltz, et se montra plus blanche que du lait aussi loin que nous pouvions voir.

» Le vent se faisait à peine sentir, et tout était dans un calme profond, on n'entendait que la voix du capitaine qui criait : « Qu'est-ce que cela signifie? Je n'y comprends rien; » et déjà la mer, toujours d'un blanc mat, cessait de s'agiter et de se gonfler. Le vaisseau avait été arrêté, on avait serré les voiles, pris toutes les précautions, et nous étions prêts à tout événement : le phénomène continuait au milieu d'un silence effrayant. Le vent était tombé, la lune était sous l'horizon, et la nuit était profondément noire. J'étais le seul à bord qui eût jamais entendu parler d'un tel phénomène : et mon souvenir n'avait rien de scientifique, et me venait d'un sot roman, *Les trois Espagnols*, où l'on parle d'une « mer de lait, phénomène d'une extrême rareté. » Une brise légère s'éleva, et le spectacle devint le plus beau que j'aie jamais vu. Chaque mouvement du vaisseau faisait partir de l'avant des flots de lumière phosphorique qui se répandaient au loin en grandes taches d'un jaune aussi brillant que la flamme d'un feu de bois, et qui paraissaient comme de l'or liquide sur la mer complétement blanche. Cela me rappelait le spectacle dont on jouit en voyant d'une montagne élevée la plaine couverte de brouillards, seulement les nuances n'étaient pas, comme dans ce dernier cas, légères et comme cotonneuses. La mer était d'un blanc de neige et sans aucune transparence : j'insiste sur ce point. Nous harponnâmes deux marsouins au milieu d'une grande troupe qui jouait autour de l'avant, en laissant de longues traînées lumineuses. Vers cinq heures, le phénomène cessa aussi subitement qu'il avait commencé, et tout retomba dans une obscurité profonde, comme après un incendie.

» Nous remplîmes un seau avec de l'eau de mer : elle était pleine d'animaux phosphorescens liés en séries monoliformes : chacune de ces sortes de chaînes avait près de trois pouces de longueur : le seau semblait être plein de vermicelle jaune animé et vivant. »

La Belgique médicale a perdu, il y a huit jours, un de ses plus savans et de ses plus honorables réprésentans, l'Université de Liége un professeur d'une immense expérience et d'un bon sens exquis, la pratique belge une de ses plus hautes célébrités. La mort vient de frapper M. le docteur Lombard, professeur de clinique médicale à l'Université de Liége, membre et ancien vice-président de l'Académie de médecine de Belgique, président de la commission médicale pour la province de Liége, ancien membre du conseil communal et du conseil provincial, chevalier de la Légion d'Honneur et officier de l'ordre de Léopold.

M. Lombard, âgé de 63 ans, était atteint de diabète sucré depuis dix-huit mois, mais la maladie qui l'a enlevé est une infection purulente consécutive à un abcès qui avait son siége probablement dans la prostate, et pour lequel il avait mandé, quelques jours seulement avant de mourir, M. le docteur Philips, son compatriote.

Restent en fin de compte :

6 observations de M. Lefèvre, premier médecin en chef de la marine, à Rochefort;

5 de M. le docteur Dupré, chirurgien de l'hôpital de Bourg-en-Bresse;

22 de M. le docteur Denis, médecin de l'hôpital civil et militaire d'Auray;

1 de M. le docteur Fernet, de Paris;

9 de M. le docteur Amic, premier médecin en chef de la marine, à Fort-de-France (Martinique).

Sur ces 43 fiévreux traités par l'apiol, 37 ont guéri *sans rechute*, et 6 seulement ont conservé leur fièvre qui, toutefois, a été chez plusieurs notablement modifiée dans son intensité par l'emploi de ce fébrifuge.

De ces 43 malades :

21	étaient atteints de fièvre intermittente quotidienne;	
18	—	— tierce;
4	—	— quarte.

Cinq fièvres quotidiennes et une quarte ont résisté à l'usage de l'apiol, toutes les autres ont été guéries.

Ce relevé prouverait que les fièvres quotidiennes sont plus difficiles à guérir que les tierces, et qu'il n'est pas exact de dire que l'apiol ne réussit pas à couper les fièvres quartes.

Enfin, en établissant *la proportion de 86 guérisons sur cent malades*, il nous apprend à connaître la valeur antipériodique de l'apiol dans les fièvres de nos contrées.

Essayons à présent de déterminer sa valeur dans les fièvres des pays chauds, il nous sera très facile ensuite d'assigner sa part d'efficacité dans les fièvres en général.

En prenant en masse toutes les observations recueillies par nos savans confrères chargés par la commission de la Société de pharmacie d'essayer les succédanés de la quinine à Rome, à Perpignan, à Ajaccio, et y joignant celles que nous a envoyées M. le docteur Amic, de la Martinique, nous trouvons que sur 30 fébricitans traités par l'apiol, 16 ont guéri.

De ce nombre :

7 avaient été traités à l'hôpital d'Ajaccio par le docteur Abeille.	4 ont guéri.
6 à l'hôpital de Perpignan par le docteur Gassaud.	1 —
8 dans les hôpitaux de Rome par les docteurs Jacquot et Garnier.	4 —
9 à l'hôpital de Fort-de-France, par le docteur Amic	7 —
Total 30 traités. Total. . .	16 guéris.

Sur ces 30 malades :

19	étaient atteints de fièvre inter. quot.	12	ont guéri.
10	— tierce.	4	—
1	— quarte.	0	—
Total 30	Total. . .	16	

Ainsi, dans les contrées méridionales, l'apiol ne réussit à couper la fièvre que dans la moitié des cas. Il guérit plus aisément les fièvres quotidiennes que les tierces; et si l'on peut conclure d'un seul fait, les fièvres quartes résisteraient à son emploi.

Enfin, pour apprécier d'une manière aussi exacte que possible l'action de l'apiol sur les fièvres en général, de quelque nature qu'elles soient, réunissons les deux groupes que nous venons d'examiner isolément;

Soit, d'une part : 43 malades qui font l'objet de ce travail; d'autre part, 73 malades traités antérieurement à Rochefort, Ajaccio, Perpignan et Rome, nous obtenons un total de 116 fiévreux traités par l'apiol, dont 66 ont été guéris.

Ainsi donc, tandis que dans les fièvres intermittentes de la Bretagne, de la Bresse, etc. (qui sont celles du deuxième et troisième type), *les guérisons obtenues par l'apiol ont été de* 86 *p.* 100;

A la Martinique, à Rome, à Ajaccio et à Perpignan (fièvres du premier type), *elles n'ont guère dépassé* 50 *p.* 100, et dans la généralité des fièvres de tous les pays, *elles atteignent le chiffre de près de* 60 *p.* 100.

D'où il faut conclure que l'apiol, qui ne saurait être employé avec le même avantage que le sulfate de quinine pour combattre les fièvres intermittentes des pays chauds, peut très bien lui être substitué dans les fièvres de nos contrées.

L'action de l'apiol dans les *névralgies intermittentes*, si nous nous en rapportons à quelques faits qu'il nous a été possible d'observer, n'est pas moins puissante que celle du sulfate de quinine.

Bien des moyens thérapeutiques ont été préconisés pour combattre les *sueurs nocturnes des phthisiques*. Les toniques et les astringens, combinés ou non avec les opiacés, ont été longtemps vantés. On a administré la poudre d'agaric blanc uni à l'acétate de plomb et à l'extrait de ratanhia; enfin, on a eu recours, avec quelque succès, aux sels de quinine; nous avons administré aussi l'apiol, à petite dose, dans plusieurs cas semblables, et nous en avons retiré de très bons effets.

En résumé : comme succédané du quinquina, le persil (*apium petroselinum*), plante indigène, vulgaire, poussant et portant graines sans culture dans toute l'Europe, offre, sur le quinquina, l'avantage d'un prix bien inférieur et d'une production qui ne sera jamais au-dessous de sa consommation.

Le principe immédiat, retiré de ses graines, est un produit toujours identique, et d'une grande énergie à des doses qui dépassent à peine celles de la quinine; son mode d'action s'en rapproche d'une manière remarquable; son innocuité est parfaite.

Nous pensons donc avoir doté la thérapeutique d'un nouvel agent présentant les conditions de tout bon médicament : action énergique, innocuité, fixité de composition, inaltérabilité. En dehors de ses propriétés fébrifuges si manifestes, il est encore appelé à rendre d'éminens services à la pratique médicale comme tonique doué d'une action puissante sur les fonctions soumises à l'innervation ganglionnaire, et comme emménagogue.

SYPHILIOGRAPHIE.

LE VIRUS CHANCREUX EST TOUJOURS IDENTIQUE ! — EXAMEN DE LA THÉORIE DU CHANCRE ET DU CHANCROÏDE;

Par M. le docteur JANSSENS, de Bruxelles.

Peu de maladies ont donné lieu à un plus grand nombre d'idées préconçues et erronées en pathologie que l'affection syphilitique; de nos jours seulement, l'étude plus approfondie des faits, une application rigoureuse de la logique médicale ont fait justice du plus grand nombre de ces utopies, que nos devanciers, plus crédules, révéraient à l'égal d'axiomes scientifiques et comme faisant partie de leur profession de foi médicale. Ces enseignemens du passé doivent nous rendre plus évidente encore l'importance du doute philosophique, surtout en syphiliographie, et nous engager à éprouver au creuset d'une raison rigoureuse et d'une expérimentation exacte et complète les nouvelles hypothèses, en apparence même les plus fondées, avant de leur accorder la valeur d'une loi scientifique et de formuler les corollaires qui en découlent pour la pathologie et la thérapeutique de ces affections.

Partant de ces principes, dont personne ne pourra méconnaître la justesse ni la nécessité, efforçons-nous de découvrir si la théorie que M. le docteur Clerc, ancien interne de l'hôpital du Midi, vient de publier dans les n°ˢ 151 et 152 de l'UNION MÉDICALE, doit être mise au nombre des acquisitions réelles, qui, à l'époque de progrès où nous vivons, étendent chaque jour le patrimoine de la science. Dans ce travail, l'auteur, se basant sur l'observation d'un certain nombre de faits, a pour but d'établir :

1° Qu'il existe deux variétés de chancres syphilitiques, dont l'un est le chancre induré ou infectant et l'autre le chancre non induré, non infectant, ou chancre simple;

2° Que chacune de ces variétés de l'ulcère syphilitique primitif se transmet comme espèce pathologique;

3° Que le chancre simple ou non infectant est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle, et qu'il est l'analogue de la varioloïde et de la fausse vaccine, d'où la dénomination de chancroïde que l'auteur propose de lui appliquer.

Sans vouloir nous arrêter ici sur la question de l'unicité d'infection constitutionnelle, admise implicitement dans la dernière proposition, et dont la réfutation nous entraînerait au-delà des limites que nous ne pouvons dépasser dans ce rapide examen de la doctrine du docteur Clerc, recherchons si le raisonnement et les faits nous autorisent à admettre, avec l'auteur, deux variétés distinctes du chancre, le chancre simple (chancroïde) et le chancre infectant.

Et d'abord, entendons-nous sur la valeur à donner au mot *chancre*. Sous ce nom, on est convenu de désigner la manifestation toujours locale d'un virus particulier que l'on appelle *virus chancreux*, virus dont l'inoculation démontre la présence, qui toujours donne lieu à des altérations reproduisant à l'infini le principe qui leur a donné naissance. La cause du chancre est donc toujours unique : l'inoculation naturelle ou artificielle du virus chancreux; les altérations anatomiques, les symptômes qu'il présente, son mode de progression, de transmission, sa marche, sont toujours identiques au moins dans leur essence; et si, sous chacun de ces différens points de vue, il présente des variations, celles-ci sont plus apparentes que réelles et doivent être rapportées à des influences purement extrinsèques qui ont leur point de départ, soit dans les circonstances extérieures, le traitement mis en usage, etc., soit dans les conditions individuelles, les prédispositions, le tempérament, etc., des individus affectés, circonstances qui toutes, on le sait, modifient si puissamment l'aspect extérieur, la forme des maladies, soit simples, soit spécifiques, tout en respectant cependant l'essence, la nature intime de chacune d'elles. Or, nous le demandons, la différence de terminaison, seul caractère distinctif que l'auteur établit entre les deux variétés de chancres qu'il admet, peut-elle suffire pour établir une ligne de démarcation entre deux manifestations morbides parfaitement identiques sous tous les autres rapports? Nous ne le pensons pas. De ce qu'un chancre se termine sur place au bout d'un temps relativement assez court, de ce qu'un autre prolonge son existence au-delà du terme ordinaire en devenant phagédénique, tandis qu'un troisième aboutit à l'induration, en subissant une espèce d'asphyxie progressive qui se termine par la perte de son individualité pathologique comme chancre, peut-on en conclure l'existence de trois virus particuliers? N'est-il pas plus rationnel d'admettre que, dans le premier cas, le chancre s'est transformé en ulcère simple, en subissant ainsi sa terminaison la plus naturelle, la plus simple, celle que tous les efforts de l'art cherchent à provoquer; dans le second, cette transformation est moins prompte, à cause de l'excessive activité du virus chancreux, favorisée par les circonstances locales ou générales qui compliquent l'affection ulcéreuse spécifique et facilitent l'envahissement progressif des tissus adjacens, contrairement à ce qui arrive dans le troisième cas, sous l'influence de la production néoplastique, consécutive au chancre, indiquant la contamination de l'économie par le principe syphilitique qui n'a, avec le virus chancreux, que le rapport de l'effet à sa cause, et dont le mode de génération est et restera probablement toujours pour le médecin positif un mystère insaisissable.

L'identité constante du virus chancreux, que nous admettons ainsi comme principe incontestable, ne peut être infirmée par l'analogie que l'auteur invoque dans sa troisième proposition, entre la varioloïde et le chancroïde. Ce rapprochement ne possède, à nos yeux, d'autre mérite que celui de mieux nous faire saisir la portée de la théorie émise par le docteur Clerc; il ne peut influencer en rien notre conviction : nous croyons, en effet, que l'analogie est un criterium sans valeur dans l'étude des affections spécifiques, puisque chacune d'elles constitue un ordre à part, parfaitement distinct dans les cadres nosologiques, ne se rattachant aux autres affections de la même classe que par un seul caractère commun, celui de la spécificité de leur cause et de leur nature. C'est là la seule analogie réelle que nous puissions admettre entre le chancre, manifestation toujours locale d'un virus particulier, et la pustule de la variole ou de la varioloïde, qui, elle, au contraire, est une altération anatomique consécutive à une altération de l'économie par un principe contagieux *sui generis*.

Examinons maintenant s'il est vrai que l'observation et l'expérience donnent gain de cause au docteur Clerc, en confirmant sa loi de transmission des deux variétés du chancre et l'impossibilité où se trouve, d'après lui, le chancre simple de donner lieu à un chancre induré.

L'auteur invoque à l'appui de sa thèse un certain nombre de faits puisés dans sa pratique particulière et dans celle des hôpitaux. Mais de ce qu'un chancre simple ou chancroïde a donné lieu à un autre chancre simple, de ce qu'un chancre infectant s'est communiqué d'un individu à un autre et a donné lieu, chez tous les deux, aux signes d'infection constitutionnelle, il ne s'ensuit pas que, dans tous les cas, il doive nécessairement en être de même. Trop de faits s'opposent à cette assertion pour être considérés comme de simples exceptions d'une loi constante et invariable. La clinique des affections syphilitiques à l'hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles, nous donne, à cet égard, une conviction inébranlable qui, nous n'en doutons pas, sera partagée par tous ceux qui examineront sans idées préconçues les faits que présente cette clinique. En effet, si nous consultons les registres statistiques de ce service, nous sommes tout d'abord frappés de la rareté relative des chancres indurés dans le quartier des femmes soumises à la visite sanitaire, tandis que nous voyons cette terminaison être, au contraire, excessivement commune dans le service des hommes et des femmes libres; or, si l'on admet, selon toute probabilité, que ces derniers ont communiqué ou contracté, dans la pluralité des cas, l'affection dont ils sont porteurs chez ces mêmes femmes que la police a envoyées à l'hôpital immédiatement après les avoir reconnues infectées, comment expliquer, dans l'hypothèse des deux virus chancreux, la rareté de la syphilis chez les femmes, la fréquence de cette affection chez les hommes reçus dans le service de l'hôpital Saint-Pierre. A notre avis, cette différence trouve une explication beaucoup plus plausible dans la promptitude d'un traitement rationnel imposé aux premières, dans la négligence de toute thérapeutique chez bon nombre d'individus qui ont été s'infecter chez elles.

Si de l'observation complexe des faits nous descendons aux cas particuliers, il nous sera facile de constater, d'une manière plus précise encore, que la théorie du docteur Clerc est fondée sur une observation incomplète. Le service de l'hôpital Saint-Pierre nous offre encore, à ce sujet, des ressources d'autant plus précieuses que chacun peut en contrôler, par lui-même, l'exactitude. Ainsi, les nombreux élèves qui fréquentent les cours cliniques de M. le professeur Thiry ont tous pu constater, avec lui, que des chancres placés à la commissure inférieure de la vulve se terminaient sur place, tandis qu'un bubon chancreux (chancre cutané) dû à l'absorption de la matière virulente de ces mêmes chancres, se terminait, au contraire, par induration et donnait ainsi lieu au développement de la syphilis constitutionnelle.

Un fait qui nous semble plus péremptoire encore est le suivant :

Le nommé V. C..., âgé de 21 ans, chapelier, est entré à l'hôpital, le 6 décembre dernier, pour une banaloposthite chancreuse que l'on combattit par la cautérisation, l'isolement et les pansemens avec des mèches imbibées de vin aromatique. Le 2 janvier, on s'aperçut qu'une moitié du chancre siégeant au prépuce marchait vers l'induration, tandis que l'autre moitié, située à la base du gland, présentait tous les caractères du phagédénisme. — *Prescription* : Liqueur de Van Swieten, frictions mercurielles, décoctions de salsepareille.

Le 10 janvier, le chancre du gland est cicatrisé parfaitement sur place, tandis que l'induration du prépuce persiste et nécessite la continuation du traitement spécifique.

Voici encore une autre observation digne, à plusieurs égards, de fixer l'attention :

Le nommé H. P..., tailleur, âgé de 23 ans, contracta en 1853 un chancre à la verge, qui fut suivi d'un bubon inguinal droit (chancre sous-cutané). Deux inoculations furent pratiquées avec le pus de ce chancre sous-cutané à la région interne de la cuisse, et les chancres qui en résultèrent se terminèrent par induration, tandis que le bubon se termina sur place. Aujourd'hui, cet individu subit un traitement anti-syphilitique motivé tout à la fois par l'induration de ces deux chancres et par celle d'un troisième siégeant au gland et contracté il y a cinq mois en même temps qu'une blennorrhagie uréthrale. Cette dernière infection fut opérée chez une femme dont les chancres se terminèrent sur place, c'est-à-dire par cicatrisation nette.

Il nous serait facile de multiplier ces observations et d'opposer aux faits cités par le docteur Clerc un nombre égal de faits contraires. Mais, avec Sydenham, nous croyons qu'en médecine, c'est la valeur et non le nombre des observations qu'il faut apprécier. Nous ajouterons seulement, pour terminer, que le docteur Cullerier vient de compléter, dans le numéro du 6 janvier de l'UNION MÉDICALE, un fait clinique recueilli par le docteur Clerc, à l'hôpital de Lourcine, et publié par ce dernier à l'appui de sa manière de voir. Or, ce fait, ainsi complété, prouve précisément le contraire de ce que l'auteur avait cru pouvoir en conclure; il en résulte, en effet, que des chancres simples, considérés comme non infectans, communiqués à une femme par un individu présentant cette même forme de chancres, et par celle-ci à un autre homme, toujours sous la même forme, ont été, malgré le pronostic favorable du docteur Clerc, suivis chez cette femme de tous les symptômes caractéristiques de la syphilis constitutionnelle qui nécessitèrent un traitement mercuriel de deux mois, à l'hôpital de Lourcine.

Que conclure de ces faits, sinon ce que le raisonnement nous avait déjà fait entrevoir et ce que l'expérience du savant chef de clinique de l'hôpital Saint-Pierre, M. le professeur Thiry, confirme d'une manière

absolue, c'est-à-dire que le virus chancreux est toujours un, identique dans ses résultats immédiats et tout à fait indépendant du principe syphilitique; que, conséquemment, le travail que nous venons d'examiner ne consacre qu'une hypothèse ingénieuse, à laquelle l'analyse et l'observation rigoureuse s'accordent à refuser la sanction qui, seule, paraît lui donner force de loi dans la pathologie exacte des affections syphilitiques (1).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Février 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

M. VELPEAU rend compte d'une réclamation de M. Heydrich en ces termes :

La note de M. Heydrich qui nous a été envoyée lundi contient la formule d'un liquide *hémostatique*, mais l'auteur n'indique ni observations ni expériences à l'appui de sa proposition. Il ne s'explique même pas sur la raison qui l'a conduit à donner le titre d'*hémostatique* à son liquide. Comme rien, d'ailleurs, dans la composition de ce remède (décoction d'arnica, alcool, jusquiame noire, etc.), ne permet de lui supposer des vertus spéciales, nous ne pensons pas qu'il y ait lieu à en occuper plus longuement l'Académie.

Nouvelles recherches relatives à l'action du suc gastrique sur les matières albuminoïdes.

M. LONGET lit sous ce titre un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Le but de ce travail est, en partie, de faire connaître certaines influences remarquables que le *produit de la transformation des matières albuminoïdes* par le suc gastrique exerce sur le *glucose*, influences qui existent aussi bien lorsque ces deux produits se trouvent seuls en présence, que quand ils ont été mélangés avec le liquide sanguin, soit artificiellement, soit physiologiquement, c'est-à-dire par suite d'une alimentation mixte. J'ai été ainsi conduit à signaler un moyen simple pour distinguer les matières albuminoïdes *avant* et *après* la digestion, et, toujours en me fondant sur l'expérimentation, à tirer de la précédente étude certaines conséquences propres à éclairer divers points encore litigieux de cette fonction.

Et d'abord, quant au *glucose*, si l'on admet volontiers que la solution de tartrate de cuivre et de potasse peut être insuffisante pour démontrer sûrement sa *présence*, on sait qu'il n'en est plus de même quand il s'agit de prouver, avec le même réactif, l'*absence* de ce principe sucré; dans ce cas, on lui accorde un caractère négatif absolu : aussi, quand la réduction manque, c'est-à-dire qu'il n'y a pas précipitation d'hydrate d'oxydule de cuivre, *a-t-on coutume de conclure qu'il n'existe aucune trace de glucose dans le liquide où l'on cherche cette substance.*

Or, dans les expériences que je poursuis en ce moment sur la digestion, j'ai pu déterminer certaines conditions dans lesquelles une pareille conclusion serait loin d'être légitime ; j'ai donc lieu d'espérer que l'exposé des faits suivans ne sera pas sans quelqu'intérêt.

I. — Dans une dissolution *acidule* de fibrine, d'albumine, de gluten ou d'un autre composé protéique, il est toujours possible, à l'aide du réactif indiqué, de révéler la présence du glucose en rendant au préalable cette dissolution *alcaline*. *J'ai constaté qu'il n'en est plus ainsi quand ces principes immédiats azotés ont convenablement subi l'action dissolvante et transformatrice du suc gastrique.* En effet, dans ce liquide filtré qui vient de les digérer, l'addition immédiate du glucose n'est plus accusée par la liqueur cupro-potassique; et, fait bien digne de remarque, ce manque de réaction ne s'observe qu'à la condition expresse que la *digestion* ou la métamorphose qui en résulte soit *entièrement* accomplie, de telle sorte qu'on peut se servir de ce caractère empirique pour distinguer les alimens albuminoïdes réellement *digérés* de ceux qui ne le sont point, ou qui le sont seulement d'une manière incomplète.

Sachant que les liquides organiques, très chargés de substances albuminoïdes, gênent plus ou moins la précipitation de l'oxydule de cuivre, j'interprétai d'abord dans ce sens les faits précédens ; mais bientôt j'instituai d'autres expériences dont les résultats ne permirent plus une semblable interprétation. Depuis plusieurs semaines, je conservais dans l'eau sucrée de la fibrine extraite du sang de bœuf. Devenue demi-transparente, par suite de son hydratation, elle m'offrit la particularité remarquable de se dissoudre et de disparaître, par l'agitation, dans le suc gastrique naturel (chien), en quelques minutes par une température de + 15 à 16 degrés centigrades seulement. Une autre partie de cette fibrine fut aussi plongée dans le suc gastrique naturel, et mise pendant trois heures au bain-marie entre + 35 et 37 degrés centigrades ; ensuite j'expérimentai comparativement sur l'un et l'autre liquide après les avoir filtrés. A 2 grammes de chacun d'eux, j'ajoutai environ 6 gouttes d'une solution de glucose (contenant quatre parties d'eau pour une partie de matière sucrée), puis 1 gramme du réactif cupro-potassique, ce qui suffit pour rendre *alcalines* les liqueurs. Dans toutes mes expériences, souvent reproduites sous les yeux de chimistes exercés, les résultats furent souvent constans : à l'aide de l'ébullition, la précipitation d'hydrate d'oxydule de cuivre eut lieu dans le premier cas ; elle manqua dans le second, où, de plus, lors du mélange, apparut une belle coloration en violet. Les mêmes essais comparatifs répétés avec l'albumine liquide simplement *disssoute* dans le suc gastrique ou bien *transformée* par lui, donnèrent aussi ces résultats différentiels.

Ainsi, au même liquide organique (suc gastrique naturel), chargé en quantité égale des mêmes matières albuminoïdes, j'ai ajouté du glucose qui, vis-à-vis du sel de cuivre, a pu offrir sa réaction caractéristique tant qu'il s'est agi seulement d'une *simple dissolution* de ces matières, qui ne l'a plus offerte dès qu'elles ont subi leur *transformation digestive* en partie due au ferment gastrique ou *pepsine*. Le produit liquide de cette transformation de tout aliment albuminoïde, mêlé dans certaines proportions au glucose, offre, en effet, la curieuse propriété, jusqu'ici inaperçue, de masquer à l'instant même et si bien la présence de ce dernier, qu'on dirait plutôt une combinaison qu'un mélange.

II. — Après avoir divisé du sang frais de chien ou de lapin en deux parts égales (environ 40 grammes), j'ai ajouté à l'une un 1/2 gramme de glucose, à l'autre la même quantité de ce principe sucré, plus 20 grammes du produit liquide de la digestion d'un aliment albuminoïde. Dans les deux cas, comme dans une autre série d'expériences qui seront relatées tout à l'heure, j'ai procédai de la même manière à la recherche du glucose : vu sa décomposition assez prompte, je n'ai pas cru devoir attendre la séparation du sérum ; mais, agissant sur du sang très frais, il m'a toujours suffi d'y ajouter un peu d'eau, de faire bouillir et de filtrer pour avoir un liquide à peu près incolore. Dans la première portion de ce liquide, le sel de cuivre a été détruit, d'où la précipitation d'hydrate jaune d'oxydule de cuivre; dans la seconde, il n'a offert aucun signe de réduction.

(1) Extrait de la *Presse médicale belge*, numéro du 11 février 1855.

III. — Ces résultats, en quelque sorte préparatoires, me conduisirent naturellement à instituer sur les animaux vivans (chiens, lapins) des expériences propres à fournir les précédens produits (sang, glucose, albuminoïde transformé par le suc gastrique) mélangés non plus par l'art, mais par la nature elle-même. A cet effet, j'administrai aux uns une nourriture exclusivement sucrée, aux autres une nourriture mixte (viande hachée, pain et sucre) ; puis je sacrifiai la plupart d'entre eux dans les deux ou trois heures qui suivirent l'ingestion alimentaire.

Chez tous les animaux de la première catégorie, je pus constater facilement que du glucose existait dans le sang de la veine porte avant son passage à travers cet organe. Quant aux animaux qui avaient été soumis à une alimentation mixte, j'examinai, avec le plus grand soin, pour y rechercher la matière sucrée, le sang du système veineux abdominal *avant* le foie : la présence du glucose n'y fut point révélée par le tartrate de cuivre et de potasse qui, pourtant, l'accusait de la manière la plus manifeste dans l'intestin, dans l'estomac lui-même et *au delà* du foie.

A ce même propos, je donnerai la relation expérimentale suivante :

Le 25 décembre dernier, ayant quelques expériences à faire sur du sang frais, j'en retirai 75 grammes à un fort lapin et y ajoutai du glucose. Peu d'instans après, je vis avec surprise cet animal, à jeun depuis quarante-huit heures, manger non seulement son propre sang à peine coagulé, mais encore une égale quantité de sang de chien, laissé après une expérience de la veille et contenant aussi des proportions assez notables de ce principe sucré. L'animal fut tué trois heures quarante-cinq minutes après ce singulier repas. Aussitôt son abdomen fut convenablement ouvert, et j'appliquai une ligature sur le tronc de la veine porte, immédiatement avant son entrée dans le foie. Comme le démontra le tartrate de cuivre et de potasse, l'estomac, les intestins, le foie, le sang recueilli dans les cavités droites du cœur, renfermaient des proportions plus ou moins notables de glucose. Mais, fait à la fois curieux et étrange, le même réactif n'en traduisit point la présence dans le sang du système de la veine-porte. Et pourtant, on le voit, cette portion du système circulatoire était placée entre deux classes d'organes (intestin et foie) qui contenaient du glucose offrant partout ailleurs, là excepté, ses réactions habituelles avec le sel de cuivre.

Pour un observateur non prévenu de la nature du repas pris accidentellement par cet animal, et qui, sans s'inquiéter du contenu du tube digestif avec le réactif précédent, aurait trouvé le glucose dans les veines sus-hépatiques et le cœur droit, et ne l'aurait point trouvé dans la veine porte, la conclusion eût été sans doute que la sécrétion de cette substance était due aux granulations hépatiques ; et pourtant cette conclusion eût été inexacte, puisqu'en réalité le glucose directement administré se trouvait aussi dans le sang de la veine porte, mais voilé dans ses réactions habituelles par le produit de la transformation digestive d'alimens azotés (fibrine et albumine du sang avalé).

Du reste, il est facile de voir qu'ici la *fonction glucogénique* du foie n'est pas directement mise en cause, toutes ces expériences se rapportant d'une manière exclusive au sucre d'origine alimentaire.

Les faits précédens me paraissent jeter encore quelque lumière sur les assertions suivantes que je soumettrai à un examen rapide :

1° Il a été dit que, chez les animaux ayant mangé à la fois de la viande et des matières sucrées, le sang recueilli dans la veine porte avait présenté des traces appréciables de sucre, bien que l'intestin renfermât beaucoup de ce dernier principe; et la conclusion formulée a été que, dans les digestions d'alimens mixtes, la quantité de sucre absorbée est beaucoup plus faible qu'on ne le pense généralement. Je crois devoir rappeler à ce sujet que, sur des chiens soumis à cette alimentation, la fermentation alcoolique m'a démontré, dans le sang de la veine porte, une quantité assez notable de sucre que, par la raison simple signalée dans ce travail, le tartrate de cuivre et de potasse (moyen ordinairement bien autrement sensible que la fermentation) n'avait pu y faire découvrir.

2° A propos des métamorphoses des matières albumineuses, des physiologistes ont avancé que, quelles que soient les modifications moléculaires que ces matières éprouvent au moment de leur absorption, elles se reconstituent promptement à l'état d'albumine ordinaire, et qu'on les retrouve déjà comme telle dans la veine porte. Mes expériences, en prouvant que toute matière albuminoïde n'empêche les réactions habituelles du glucose, qu'à la condition d'avoir été transformée elle-même par le suc gastrique, démontrent l'inexactitude de la précédente assertion, puisque, dans ces cas, les réactions ordinaires ont en effet manqué. Le contraire aurait eu lieu si l'hypothèse en question eût été fondée.

3° Des doutes se sont élevés récemment et des négations ont été émises sur le pouvoir qu'aurait la salive de continuer son action saccharifiante dans l'estomac, sur l'empois d'amidon. Bien des fois il m'est arrivé de faire des mélanges de suc gastrique, de salive, de fibrine et d'empois d'amidon dans des proportions telles, que l'acidité du suc gastrique fût dominante ; et je suis convaincu que, dans ces cas encore, on avait conclu à tort du manque de réduction du sel de cuivre à l'absence du glucose, tandis qu'en réalité ce principe sucré existait dans le mélange, et que sa réaction habituelle n'était que dissimulée par le produit transformé de l'aliment albuminoïde.

Quant aux autres applications du fait dominant de ce travail, elles sont signalées dans le mémoire *in extenso*.

Nota. Je ferai connaître prochainement les résultats divers que j'ai obtenus en variant, dans le mélange, les proportions relatives des précédens produits (*sang, glucose, albuminoïde transformé par le suc gastrique*). A ce point de vue, la conclusion la plus générale de mes recherches est la suivante : lorsque, dans le précédent mélange, le produit de la transformation d'un aliment azoté par le suc gastrique est en proportions considérables et le glucose en proportions très faibles, le tartrate cupro-potassique, la potasse, le polarimètre, la fermentation alcoolique, en un mot, aucun moyen, actuellement en usage, ne peut y démontrer la présence de ce principe sucré. — (Comm. MM. Dumas, Pelouze, Rayer.)

— M. CHENOT appelle l'attention de l'Académie sur les applications médicales que l'on peut faire des éponges métalliques. « A l'appui de mes espérances à cet égard, je puis citer celles qu'avait conçues un chirurgien célèbre, M. Marjolin, qui, lorsque je lui eus exposé les propriétés électro-chimiques de ces préparations, ne douta point qu'elles ne devinssent un précieux agent thérapeutique. Peu de temps avant sa mort, je lui avais préparé une série d'éponges de différens métaux, de manière à obtenir, pour ainsi dire, cette gamme de cautérisans agissant par l'abstraction de l'eau décomposée, par opposition aux cautérisans actuels qui agissent en s'hydratant. »

M. Chenot adresse des échantillons d'une éponge qu'il désigne sous le nom de charpie électro-métallique et dont il annonce avoir obtenu des effets très avantageux. « Ainsi, dit-il, par leur application, la coagulation du sang a lieu presque immédiatement, l'eau de ce liquide étant absorbée, décomposée en ses deux élémens, l'oxygène qui est condensé par le métal et l'oxygène qui s'échappe dans l'air ; ces deux effets donnent lieu localement à un grand développement de chaleur. L'application de la charpie électro-métallique modifie très promptement et d'une manière très avantageuse les plaies suppurantes. Elle amène en peu de temps la résolution de larges et profondes ecchymoses, etc. » — (Comm. MM. Velpeau, Despretz, Bernard.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Février 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

La correspondance comprend :

Une notice sur les eaux de Néris, communiquée par le ministre de l'agriculture et du commerce, à qui elle a été adressée par le docteur RICHON DE BRUS, médecin inspecteur de ces eaux, membre correspondant de l'Académie.

— Une communication du même ministre, accompagnée d'un échantillon des eaux qui sourdent sur les terrains du sieur BOULOUMIÉ, situées dans les communes de Vittel et de Mondrès (département des Vosges).

— Un rapport de M. VILLARET, médecin principal de l'hôpital thermal de Bourbonne, sur le service de cet établissement dans le cours des années 1853 et 1854.

— Un mémoire du docteur NIVET, inspecteur des eaux minérales de Royat.

— L'état statistique des bains de Chatenois, par le docteur MISTLER. (Toutes ces communications seront soumises à l'examen de la commission des eaux minérales.)

— Un rapport de M. JOLY, médecin cantonal de Port-sur-Saône (Haute-Saône), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné l'an dernier dans la commune de Villert-sur-Port.

— Un rapport du docteur BOLUT, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle, sur la fièvre typhoïde qui a régné à Rochefort du 15 juillet 1853 au 1er novembre de la même année.

— Un compte-rendu des maladies épidémiques qui, en 1854, ont sévi dans le département de la Haute-Vienne. (Ces trois derniers travaux sont renvoyés à la commission des épidémies.)

— L'échantillon et la formule d'un spécifique contre le choléra, proposé par le sieur LUSTRON, pharmacien à Montélimart. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— La recette des pilules dites anticholériques à base de zinc, du docteur DUTOUQUET, de Rochefort-sur-Mer. (Même commission.)

— Une lettre du docteur JACQUEZ, qui remercie l'Académie de la médaille d'argent décernée à son mémoire sur une épidémie de rougeole.

— Une lettre du docteur BOINET. Ce médecin, dans le but de faire avorter l'éruption variolique, propose d'employer la *teinture d'iode en badigeonnage*. Dans les faits observés par M. Boinet, cette médication, commencée dès le début de l'éruption et continuée pendant quatre jours, aurait eu sur la marche ultérieure des pustules une influence des plus avantageuses. L'auteur cite encore d'autres cas où la médication iodée peut être utile. (Comm. de vaccine.)

— Une lettre de M. CHARRIÈRE fils, contenant la description et le dessin du modèle d'un nouveau mode d'action pour régler le volume des pistons de toute espèce de pompes aspirantes et foulantes appliquées à divers usages d'hygyène et de médecine, fabriquées d'après les idées du docteur Félix Hatin.

On obtient la dilatation ou la réduction de ce piston par son allongement ou son raccourcissement à l'aide d'une simple vis de rappel faisant corps avec la tige et l'anneau, ou bien en tournant la rondelle *A*, et cela à volonté, avant ou pendant l'opération. Ce moyen est aussi appliqué aux pistons à double rondelle en parachute présenté par M. Charrière père en 1839, pour les développer sans y toucher préalablement lorsqu'on les a laissés se dessécher.

RÉCLAMATION.

Lyon, le 12 Février 1855.

Monsieur le rédacteur,

Je vois sur l'UNION MÉDICALE du 1er février le dessin d'un instrument présenté à l'Académie impériale de médecine, par M. le docteur Reybard de Lyon, sous le nom de spéculum-forceps (ou fenêtré), et portant le nom de M. Mathieu.

Cet instrument n'a pas été fait à Paris comme le nom de M. Mathieu paraît l'indiquer, mais bien à Lyon, chez moi et par mon fils, sur quelques idées seulement données par M. Reybard.

J'ignore les motifs qui ont fait que M. Reybard, malgré la promesse qu'il nous en avait faite, et contre l'usage admis, a cru pouvoir supprimer mon nom et mettre à la place celui de M. Mathieu ; c'est contre cette substitution que je viens réclamer, en vous priant d'insérer la présente dans un de vos prochains numéros.

Agréez, etc.

CRESPIN,
Coutelier, rue de la Barre, n° 10.

— La séance annuelle de la *Société anatomique* aura lieu le 27 février 1855, à 3 heures précises (Faculté de médecine, salle des Thèses).

Le banquet aura lieu le même jour, à 6 heures, chez Véfour-Hamel (Palais-Royal).

Prix de la souscription : 10 fr.

On souscrit chez :

MM. Blain des Cormiers, rue des Saints-Pères, 7;
Foucher, rue des Vieux-Augustins, 16;
Maurice, à l'Hôtel-Dieu.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX.—N° 21. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 20 Février 1855.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

UN MOT DE RÉPONSE A DIX LETTRES DE M. ROCHE SUR LE CHOLÉRA [1].

Par M. le docteur JOLLY, membre de l'Académie de médecine.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Puisque M. Roche avait tant de moyens de nous édifier sur l'existence et la nature du miasme, comme sur les conditions de vie et de mœurs de ce poison *animal*, il aurait dû aussi nous montrer sa couleur; la chose lui était bien facile, et c'était le moyen le plus sûr de lever tous les doutes, d'ouvrir tous les yeux à la lumière. Il pouvait probablement aussi, avec toutes ses ressources d'exploration et d'investigation, le poursuivre plus loin, l'atteindre directement, le saisir corps à corps, afin de nous dire où il est, au lieu de se contenter de nous dire où il n'est pas. La question en valait bien la peine; car de sa solution pouvait dépendre toute la prophylaxie, toute la thérapeutique du choléra; et il est probable que la commission Bréant n'en aurait pas demandé davantage. Toujours est-il que, d'après M. Roche, il sera impossible de jamais rencontrer le miasme dans les larmes, la salive, la sérosité, le lait, le sperme, la synovie, etc., par la raison toute simple, toute physiologique, que ces produits de sécrétion ne sont pas des liquides d'élimination. A défaut de moyens de contrôle sur ce point, nous nous en rapporterons volontiers à la science de M. Roche. Mais pour nous prouver que le miasme cholérique ne peut se rencontrer dans les voies digestives, M. Roche a pu invoquer un témoignage plus positif, celui de l'expérimentation; des *expériences physiologiques*, nous dit-il, ont suffisamment démontré que le poison cholérique, le miasme, en sa qualité de poison animal, subit par l'élaboration digestive une altération qui lui est commune avec tous les poisons animaux. Ce qui fait que les produits des évacuations alvines et des vomissemens cholériques sont parfaitement innocens (*sic*).

Nous admettons sans peine qu'il n'y a pas de poison, pas d'élément contagieux dans les déjections cholériques, pas plus que dans le sang, les urines, le lait, le sperme, les larmes, la salive, la sérosité, etc., et cette fois, du moins, nous voilà parfaitement d'accord avec M. Roche; mais nous voudrions bien savoir quelles sont les expériences physiologiques qui ont pu justifier l'assertion de l'auteur. A vous dire vrai, cela nous paraît d'autant plus difficile, que M. Roche seul, ayant pu jusqu'à ce jour nous initier au mystère du miasme cholérique, et à l'aide de moyens qui lui sont tout personnels, nul autre que lui ne pouvait, ce nous semble, manier assez habilement ce miasme pour le soumettre à l'épreuve de l'expérimentation physiologique. Que si M. Roche a cru pouvoir assimiler le miasme cholérique à certains poisons animaux, dont MM. Bernard et Renault ont su démontrer la parfaite innocuité, due au travail digestif, il s'est peut-être un peu hâté, et vous trouverez sans doute qu'il n'est pas bien difficile en fait d'expérimentation. Nous doutons même que les deux savans physiologistes acceptent la solidarité d'une pareille loi d'assimilation.

Du reste, tout cela ne prouve guère, jusqu'à présent, en faveur de la propriété contagieuse du choléra. Mais M. Roche, qui l'a probablement senti, n'a pas voulu s'en tenir là; et vous avez vu qu'il a demandé aussi des argumens à l'analogie comme moyen plus capable encore de convaincre les intelligences vulgaires et les esprits les plus incrédules.

La peste et le choléra, dit M. Roche, sont deux maladies qui ont entre elles une analogie remarquable; or, la peste est indubitablement contagieuse; donc le choléra est contagieux (*sic*). Pour invoquer une autre analogie tout aussi frappante et plus à la portée de tous, puisqu'elle se rencontre chaque jour et à chaque pas dans la pratique, la rougeole et la scarlatine, la coqueluche, les fièvres intermittentes présentent aussi, suivant M. Roche du moins, une grande analogie avec le choléra (ce dont vous ne vous doutiez probablement pas), et comme elles sont aussi indubitablement épidémiques et contagieuses, la propriété contagieuse du choléra ne peut plus être mise en doute (*sic*).

[1] Voir le numéro du 15 Février 1855.

Et voyez jusqu'où M. Roche a su conduire sa loi d'analogie pour la démonstration de la contagion du choléra, il n'a pas craint d'aller chercher des exemples jusqu'aux fièvres intermittentes. Il lui manquait bien encore pour cela le résultat de l'expérience, qui, dans l'espèce, n'a fourni jusqu'à ce jour, que je sache du moins, aucun fait de contagion. Mais vous savez déjà, cher confrère, que M. Roche, en pareille matière, fait assez bon marché de l'expérience.

La logique du miasme voulait aussi qu'il y eût *toujours* diminution ou suspension de la sécrétion urinaire dans les maladies miasmatiques, et M. Roche n'y a trouvé aucune difficulté. La seule objection est que le fait physiologique se trouve exactement contraire aux exigences de la loi d'assimilation pathologique. Car il est d'observation pratique que dans le typhus, la rougeole, la scarlatine, et surtout dans la coqueluche et les fièvres intermittentes, il y ait plutôt hypercrisie que diminution ou suspension de la sécrétion des urines.

Vous voyez donc, cher confrère, qu'avec la meilleure volonté du monde, il n'est guère possible de concilier les faits avec les doctrines de l'auteur. Vous voyez, dis-je, qu'il nous serait bien difficile de trouver dans le témoignage des analogies aucun argument en faveur de la contagion du choléra. Il y avait pour cela une raison toute simple que vous avez probablement devinée, et que M. Roche, quoique logicien sévère, n'a peut-être pas assez comprise; c'est qu'en bonne et rigoureuse logique, on ne peut faire des analogies qu'avec des analogues. Or, il faut bien en convenir, le choléra n'a réellement pas d'analogues, pas plus dans la peste que dans la rougeole et la scarlatine, pas plus dans la coqueluche que dans les fièvres intermittentes. Et où seraient donc les analogies, je vous le demande à vous-même, pour ne pas trop importuner de questions notre adversaire? A coup sûr, ce ne peut être dans la nature de la cause ou du miasme; car il n'y a aucun trait de similitude, aucune apparence de symptômes comparables entre les diverses maladies que M. Roche a cru pouvoir grouper sous le titre commun d'affections miasmatiques; et M. Roche nous l'a dit lui-même avec une grande vérité que nous aimons à lui rappeler : le miasme de la rougeole ne produira jamais le choléra; le miasme de la peste ne produira jamais la coqueluche ni la fièvre jaune, *et vice versâ*. Or, nous nous demandons encore pourquoi M. Roche voudrait à tout prix rapprocher et comparer entre elles des maladies dont les élémens étiologiques et pathologiques sont si différens d'eux-mêmes; pourquoi il voudrait les placer au même titre, sinon au même degré, dans la puissance contagieuse. Et toutefois, vous avez vu que M. Roche y tient essentiellement, car il nous a poursuivi sur ce terrain avec une persistance et un acharnement, qui témoignent du moins de sa confiance et de sa conviction dans l'étiologie et la pathologie du miasme. C'est ainsi qu'il croit avoir rétorqué victorieusement tous nos argumens invoqués contre la puissance contagieuse du choléra, en cherchant à nous prouver que tous sont parfaitement applicables à la peste, à la rougeole et autres maladies miasmatiques dont nous admettons, dit-il, la propriété contagieuse sans difficulté; prétendant surtout que la rougeole et la scarlatine ne se communiquent pas plus aux personnes qui approchent les malades que le choléra lui-même; et cela, ajoute M. Roche, par la raison toute simple que, dans aucune de ces maladies, la loi de contagion n'est fatale et absolue pour tous (*sic*). Grand argument, en effet, que d'autres contagionistes ont déjà invoqué avant M. Roche, et qui n'en est pas plus probant pour cela; car il ne s'applique pas seulement à la rougeole, à la scarlatine, au choléra, mais à toutes les maladies épidémiques, à toutes les maladies contagieuses, comme témoignage d'une loi toute providentielle autant que physiologique; argument qui pourrait avoir quelque intérêt dans une question de philosophie universelle, en nous prouvant que l'humanité n'est pas destinée à disparaître de ce monde sous les coups de la contagion et de l'épidémie, mais qui n'a véritablement aucune valeur dans la question de contagion du choléra.

Et toutefois, comme M. Roche nous défie hautement de produire un seul fait, un seul argument qui ne puisse s'appliquer à la non-contagion du choléra et à la non-contagion de la rougeole, de la scarlatine et autres maladies miasmatiques, nous sommes bien obligé de lui répondre; et pour cela, nous nous contenterons de lui soumettre et de livrer à sa solution les deux questions suivantes, qui portent avec elles une signification suffisante pour nous tenir lieu de toute argumentation plus directe.

1° La rougeole et la scarlatine que M. Roche nous oppose comme exemples de maladies analogues et comparables au choléra dans leur commune propriété contagieuse, peuvent-elles se transmettre d'un individu malade à un individu sain, à l'état purement sporadique, c'est-à-dire en dehors d'un milieu épidémique ou en l'absence de l'élément épidémique? La science et la pratique sont-elles suffisamment édifiées sur ce point?

2° Le choléra se transmet-il d'un individu malade à un individu sain dans la simple condition de sporadicité ou en l'absence de l'élément épidémique? Existe-t-il des faits qui, observés dans de telles conditions, puissent résoudre la question de contagion du choléra dans le sens affirmatif?

M. Roche sera parfaitement libre de résoudre ces deux questions comme il jugera convenable; mais nous croyons devoir l'avertir que s'il persistait dans son argumentation, il devrait d'abord briser ses armes et déchirer son drapeau; car il protesterait formellement contre ses propres doctrines autant que contre la notoriété publique.

M. Roche nous l'a dit, en effet, et aucun de vos lecteurs n'a pu l'oublier, le *choléra asiatique ou miasmatique est nécessairement, constamment épidémique*; et sa condition épidémique est inséparablement liée à la propriété contagieuse en vertu de son principe étiologique ou de sa cause miasmatique. Ce qui fait, ajoute M. Roche, que le premier cas se développe *toujours et nécessairement sous l'influence épidémique; tandis que ceux qui le suivent sont indubitablement nés sous l'influence contagieuse* (sic).

S'il n'y a pas ici quelque erreur typographique ou quelque distraction de l'auteur, je demanderai d'abord à M. Roche pourquoi la puissance épidémique, si constamment et si nécessairement liée à la loi d'invasion et de migration du choléra, disparaîtrait si facilement et si contrairement à sa doctrine, pour laisser à la contagion le soin exclusif de la propagation de la maladie? Pourquoi elle ne pourrait produire que le premier cas de choléra, sans pouvoir produire aussi le second, le troisième, etc., dans le même lieu ou la même habitation? Pourquoi les membres d'une même famille ou les habitans d'un même lieu, qui subissent en commun les mêmes influences locales, seraient traités si différemment par le fléau, les uns exclusivement voués aux coups de l'épidémie, les autres aux coups de la contagion?

Hâtons-nous pourtant de dire que, malgré sa vive ardeur pour défendre la contagion du choléra, M. Roche convient qu'*elle n'est rien moins qu'absolue;... qu'elle n'est même pas aussi évidente que la propriété épidémique*. Ce premier amendement à la loi jusqu'alors invariable de la contagion miasmatique, est déjà quelque chose que nous sommes tout heureux d'accueillir; mais, à vous dire vrai, il nous étonne, et nous demanderons à M. Roche, dans l'intérêt même de sa cause, pourquoi cette différence dans les degrés de certitude de deux faits si parfaitement connexes et si nécessairement solidaires; de deux faits qui sont la conséquence d'un seul et même principe, d'une loi commune de démonstration? Vous avez vu, en effet, que la contagion se démontre implicitement par le miasme. Or, elle devrait être tout aussi évidente que le miasme lui-même, tout aussi clairement démontrée que la propriété épidémique. Il y a donc là encore un *lapsus logicæ*, si ce n'est une contradiction qu'il est peut-être bon de signaler à la logique de l'hypothèse.

Non seulement, dit M. Roche, la contagion du choléra n'est pas aussi évidente que l'influence épidémique, mais elle ne se fait sentir que sous certaines conditions indéterminées, et *dans un petit nombre de circonstances rares, exceptionnelles.*

C'est là encore un de ces amendemens assez flexibles auxquels M. Roche ne nous avait guère accoutumé jusqu'à présent, et que nous acceptons encore avec empressement, en attendant mieux. Ces circonstances rares, exceptionnelles, les voici :

Ce sont des exemples de personnes qui, fuyant un foyer épidémique, vont mourir dans un lieu où la maladie n'avait point encore paru, le mal atteignant en même temps d'autres personnes qui ont soigné les malades; puis s'arrêtant là, sans qu'il soit possible, dit M. Roche, de faire intervenir pour

l'explication, l'influence d'une cause épidémique qui n'existait pas auparavant, et dont l'action ne se manifeste pas après. Ce sont les cas de choléra développés dans les hôpitaux sur des malades placés à côté ou dans le voisinage de lits occupés par des cholériques. Ce sont surtout les faits d'importation du choléra par des armées, qui semblent traîner le choléra avec elles et le sèment partout sur leur passage, dans des lieux où il ne s'était pas montré avant leur arrivée (*sic*).

Vous avez sans doute remarqué, cher confrère, que dans cette triple série de faits que M. Roche nous signale comme faits d'exception, en preuve de la contagion, la condition épidémique si nécessairement liée à la loi d'invasion et de migration du choléra, disparaît comme par enchantement, pour se prêter à l'argumentation de l'auteur. Vous avez vu, dis-je, que M. Roche se sert, à volonté, de l'élément épidémique, comme il l'anéantit au besoin, sans s'apercevoir qu'il mutile sans pitié, qu'il sape de fond en comble la doctrine du miasme.

Que si M. Roche, moins préoccupé de sa pensée exclusive de contagion, eût laissé à l'épidémie toute la puissance d'action qu'elle peut avoir dans la propagation de la maladie, au lieu de l'en dépouiller à plaisir et contrairement aux principes de sa doctrine, non seulement il se serait évité une contradiction par trop flagrante, mais il aurait trouvé toute faite et toute naturelle l'explication de ces exemples de choléra que l'on voit s'accomplir partiellement au-delà des grands foyers épidémiques, et par le seul fait de la loi toute spontanée de mouvement, de fluctuation, de dispersion et de diffusion de l'élément épidémique.

Les exemples de choléra développés dans les hôpitaux sont dans le même cas et ne prouvent encore qu'une seule chose, savoir, que l'élément épidémique était là aussi comme condition nécessaire à l'invasion de la maladie, soit dans l'intérieur, soit au dehors de l'hôpital, mais toujours prêt à y pénétrer de lui-même pour aller frapper les sujets qu'il devait y trouver plus prédisposés à ses premières atteintes; n'ayant besoin pour cela de personne, ni d'individus malades, ni d'individus en santé, pas plus de l'infirmière de M. Velpeau que du bon curé de Saint-Denis, que nous avons entendu accuser bien innocemment d'avoir introduit l'épidémie de 1849, le premier, à l'hôpital de la Charité, le second, au dépôt des détenus de Saint-Denis; et nous ne comprenons vraiment pas pourquoi M. Roche, après nous avoir dit lui-même comme chose incontestable que l'élément épidémique est aussi mobile que le vent, aussi diffusible que la lumière, voudrait lui interdire toute liberté d'accès spontané dans un hôpital; pourquoi il ne voudrait pas que la porte fût ouverte à l'élément épidémique tout aussi bien qu'à l'élément contagieux.

Il y a plus, et vous ne l'avez probablement pas oublié, cher confrère, M. Roche avait admis comme *œuvre exclusive de l'influence épidémique* l'apparition soudaine et simultanée du choléra sur des points plus ou moins éloignés, son explosion au même moment dans des parties isolées d'une même ville, ses attaques disséminées sur des individus qui n'avaient aucune relation, aucune communication entre eux, etc. (*sic*). Oui, M. Roche avait admis tout cela comme conséquence toute simple, toute naturelle de la propriété épidémique du choléra; et voilà que par une autre contradiction inexplicable, il ne veut plus que l'épidémie puisse se suffire à elle seule pour franchir le seuil d'un hôpital, ni pour pénétrer toute seule dans une habitation quelconque. Il lui faut aujourd'hui pour cela des militaires, si ce n'est un corps d'armée, comme il a fallu à M. Brochard des nourrices pour opérer la transmigration du choléra dans sa province, alors qu'elle était entourée de tous côtés par l'épidémie. Seulement vous avez pu remarquer, à ce sujet, que nos deux adversaires nous ont mis dans la singulière alternative de choisir entre deux opinions tout à fait contraires; l'un, M. Roche, veut absolument que le premier cas de choléra soit *toujours* épidémique et le second nécessairement contagieux; l'autre, M. Brochard, soutient que c'est le premier cas qui est nécessairement contagieux, le second épidémique; le contagioniste de Paris, voulant ainsi que l'épidémie installe la contagion, tandis que le contagioniste de Nogent tient à donner à la contagion un droit de préséance sur l'épidémie. Je vous laisserai, cher confrère, le soin, un peu difficile, de concilier, si vous le pouvez, ces deux opinions, dans l'impossibilité où je suis de le faire moi-même.

Vous avez vu du moins que les deux contagionistes se rapprochent facilement et se mettent volontiers d'accord pour admettre comme opinion toute aussi gratuite, la nécessité du concours simultané des deux élémens épidémique et contagieux dans l'accomplissement de la transmission du choléra; opinion dont l'intention trop évidente est de dénaturer une question toute simple, toute résolue d'elle-même, pour la rendre complexe, si ce n'est insoluble, en la livrant à toutes les interprétations et à tous les caprices de l'esprit de parti. Triste refuge, bien peu digne de nos deux athlètes, qui, pour esquiver les difficultés d'une position désespérée, n'ont rien trouvé de mieux que cette sorte d'impasse, où ils pourront du moins se rappeler que l'expérience elle-même s'est chargée partout de réduire la question à sa juste valeur, en nous prouvant que le choléra n'a jamais eu besoin d'élément contagieux pour se transmettre, et qu'il a toujours disparu partout avec l'élément épidémique.

Mais avant de quitter l'hôpital où M. Roche nous a conduit pour nous y montrer ses preuves individuelles de contagion, il me permettra encore de lui rappeler, comme fait officiel de statistique administrative, qu'il ne peut ignorer, et qui répond encore parfaitement à son argumentation, que toutes les fois que l'on a voulu séquestrer les cholériques des autres malades dans les hôpitaux, aussi bien que quand l'on a cru devoir les laisser subir en commun l'influence épidémique, le résultat a toujours été le même, c'est-à-dire invasion spontanée constamment égale dans les deux cas.

M. Roche ne pouvait manquer de s'appuyer des exemples de choléra observés dans les corps d'armée et des déplacemens que leurs mouvemens semblent imprimer à l'épidémie, pour proclamer après d'autres, mais bien plus haut que d'autres, cette sentence devenue le principal refuge et la bannière presque obligée des contagionistes actuels, à savoir, qu'*une maladie transportable est nécessairement une maladie contagieuse*. Malheureusement pour la doctrine, et j'en demande bien pardon à ses adeptes, cette sentence n'est encore qu'une erreur ou qu'une fausse interprétation du fait qu'elle consacre; elle n'est encore qu'une contradiction de plus à ajouter à toutes celles dont M. Roche a bien voulu assumer personnellement le poids et la responsabilité. Pour le prouver, il nous suffira d'apprécier le fait et de le réduire à toute sa valeur étiologique.

Ce serait peut-être le cas de constater d'abord l'authenticité des faits qui ont été produits jusqu'à ce jour en preuve de cette transportation du choléra par des voyageurs, des caravanes, des corps d'armée, et des bâtimens maritimes; car on sait combien de ces faits ont déjà été mis au néant par suite d'enquête dont ils ont été l'objet, depuis la relation si édifiante des lits de plume de Riga et de Cronstadt, jusqu'à celle non moins curieuse du célèbre gigot du cuisinier du maréchal Lobau; depuis le roman historique de l'épidémie de Pologne jusqu'aux rapports prétendus officiels des épidémies d'Arenbourg, de Hambourg, de Port-Louis, etc., etc., et de tant d'autres où la recherche des dates, des lieux, des personnes a déjà permis le doute à l'égard du plus grand nombre des faits, quand elle ne les a frappés d'une complète nullité.

Il y aurait peut-être aussi à faire la part toute simple et toute naturelle de ces coïncidences fortuites d'apparition spontanée du choléra avec l'arrivée de voyageurs, de caravanes, de corps d'armée, de bâtimens maritimes dans un lieu quelconque, sous le règne d'une épidémie qui plane et flotte pour ainsi dire sur une partie du monde, et que l'on a vue si souvent, si inopinément s'abattre partout comme la foudre, en l'absence de toute intervention individuelle quelconque. Et l'on verrait encore à quoi se réduisent ces cas rares ou d'exception dont M. Roche se contente maintenant pour soutenir l'opinion de la contagion. On verrait, dis-je, ce que peuvent ces prétendus faits *positifs* invoqués contre l'universalité des faits *négatifs*, qui témoignent partout de l'impuissance du choléra à se transmettre au delà de sa sphère d'activité épidémique, et que vous avez si logiquement appréciés vous-même, en leur donnant la valeur *positive* qui leur est si justement acquise dans la question.

Et néanmoins, au lieu de nous arrêter à la valeur historique et relative de ces faits, nous les admettons comme bien et dûment acquis à la discussion.

Mais que prouveront-ils encore dans la question de contagion du choléra? Ils prouveront peut-être que des caravanes, des corps d'armée, des bâtimens maritimes ont pu voyager en compagnie de l'épidémie, et arriver simultanément dans un lieu déterminé où l'on voit éclater la maladie; mais ils ne prouveront pas pour cela que le choléra avait absolument besoin de leur intervention pour opérer sa transmigration. Ils prouveront peut-être aussi que des agglomérations d'hommes placées dans des conditions hygiéniques spéciales ont pu être plus ou moins favorables à l'origine, au développement et à la propagation de l'épidémie, si même elles n'ont pu la concevoir, la fomenter par elles seules ou sans le secours du miasme indien, avant de l'importer à des distances plus ou moins éloignées, même au delà des mers. Mais ils ne prouveront pas pour cela que, comme foyers producteurs, comme centres d'activité et comme véhicules tout à la fois de l'épidémie, les individus qui composent les corps d'armée ou les équipages maritimes recèlent en eux-mêmes et dans leur organisation intime, un principe cholérique transmissible d'individu malade à individu sain, et qu'ils constituent ainsi des causes vivantes de contagion proprement dite; car la contagion et l'importation, si souvent confondues entre elles comme un seul et même fait étiologique, sont au contraire deux faits parfaitement distincts et n'ayant entre eux aucune corrélation de cause et d'effet, deux faits tellement indépendans, qu'il peut y avoir entre eux toute la distance qui existe entre la propriété épidémique et la propriété contagieuse.

Nous ne connaissons pas, il faut bien en convenir, malgré tout ce que nous en a dit M. Roche, l'essence ou la nature intime de l'élément épidémique, pas plus celui du choléra que celui de la coqueluche ou de la fièvre jaune; et nous ignorons, par cela même, les lois qui président à la formation, à l'invasion et à la propagation de la maladie. Mais tout en admettant, comme fait bien authentique, que des corps d'armée ont pu transporter l'épidémie d'un milieu affecté dans un milieu sain, de Marseille à Constantine, à Smyrne, à Constantinople, à Gallipoli, à Varna, etc., nous n'en conclurons pas pour cela que le choléra est nécessairement contagieux; car, pour le répéter, il nous faudrait encore la preuve que l'épidémie avait besoin d'un corps d'armée ou d'un bâtiment maritime pour opérer sa transmission, et qu'elle n'aurait pu le faire sans la condition de pareils moyens de transport. Il nous faudrait aussi la preuve que les corps d'armée ou les bâtimens sur mer, alors même qu'ils auraient été des véhicules nécessaires à l'importation du choléra, auraient importé avec eux non seulement l'élément épidémique, mais encore un principe contagieux, c'est-à-dire un agent cholérigène inhérent aux individus et transmissible par voie de contagion. Car, encore une fois, la propriété épidémique n'exclut pas, comme elle n'implique pas nécessairement la propriété contagieuse; et quand M. Roche nous dit que les épidémies contagieuses s'éteignent comme celles qui ne le sont pas, il se trompe bien évidemment, et se met encore en contradiction avec l'expérience la plus commune; et c'est ainsi que la rougeole et la scarlatine, qu'il prend si volontiers pour exemple, restent toujours manifestement contagieuses lorsqu'elles se dépouillent de leur caractère épidémique; tandis que le choléra demeure absolument impuissant à se reproduire en dehors de sa sphère d'épidémicité. Et nous demandons toujours à l'observation un seul exemple de contagion du choléra accompli dans la condition purement sporadique. Jamais l'occasion ne fut plus favorable, car aujourd'hui l'épidémie s'éteint partout autour de nous, et néanmoins il y a encore assez de cholériques disséminés de toutes parts pour produire un seul cas de la maladie par voie de contagion, si le fait pouvait ainsi s'accomplir.

La question n'est donc plus de savoir si, dans l'espèce, les corps d'armée, les bâtimens maritimes transportent véritablement un principe contagieux qui n'existe pas et qu'il est temps de mettre hors de cause dans la question, mais de savoir si l'élément épidémique peut naître, vivre, se reproduire de tout autre principe de vie que celui de son origine indienne ou primitive; d'étudier et de déterminer les conditions d'aptitude que les corps d'armée peuvent avoir à concevoir par eux seuls ou par un ferment quelconque l'élément épidémique, ou seulement à le transporter comme simples véhicules à des distances plus ou moins éloignées, même au delà des mers, abstraction faite, d'ailleurs, de tout principe cholérifère inhérent aux individus malades; de rechercher, enfin, si l'élément épidémique si vague, si mobile, si diffusible, peut adhérer aux voyageurs, à des corps d'armée, à des bâtimens maritimes, de manière à trouver en eux des instrumens ou véhicules de transport plus efficaces que par lui seul pour en opérer les déplacemens au delà de sa sphère d'activité?

Voilà ce que nous ignorons encore et ce qui mérite en ce moment tout l'intérêt et toute la sollicitude des observateurs, en vue de l'histoire hygiénique et prophylactique du choléra. Mais ce qui résulte du moins de l'étude bien attentive des faits d'étiologie et de pathologie de la maladie, c'est que sa cause générale ou spécifique est étrangère et nullement inhérente aux individus malades; c'est que rien n'a pu révéler jusqu'à ce jour un principe cholérigène émanant des sujets affectés à titre de principe contagieux; que l'épidémie ne tient réellement que d'elle-même et d'elle seule ses lois d'origine, de développement, d'invasion et de migration; qu'elle n'a besoin pour apparaître et se propager ni des individus malades ou en santé, ni des objets prétendus contaminés; qu'elle s'arrête partout d'elle-même, quels que soient les moyens de communication qui puissent s'offrir à sa transmission comme à sa propagation par voie de contact, quand elle s'est dépouillée de son caractère épidémique, quand elle s'est réduite à la condition purement sporadique où l'on a pu, jusqu'à ce jour, la voir expirer partout, faute d'alimens et sans pouvoir se reproduire. En un mot, c'est qu'*elle est essentiellement, exclusivement épidémique et qu'elle n'est nullement contagieuse*.

Arrêtons-nous, pour le moment, à ce peu de réflexions sur la question de contagion; mais avant de quitter le champ de discussion, nous avons besoin de faire à notre honorable adversaire un dernier reproche au nom de ceux qui, ayant eu le courage et la franchise de dire toute la vérité sur la science du choléra, ont encouru de sa part de bien dures, de trop dures leçons. M. Roche ne nous pardonne pas d'ignorer encore beaucoup de choses sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement du choléra, et cependant nous sommes obligé de convenir qu'à ce triple point de vue du sujet, ses dix *Lettres* ne nous ont encore rien appris. Nous désirions des faits capables de nous éclairer sur la question d'étiologie, dussent-ils modifier nos opinions et anéantir toutes nos convictions personnelles sur la non-contagion du choléra, et M. Roche nous a répondu par une hypothèse, en nous disant que les faits, en pareil cas, n'apprennent rien. Sur la foi de l'auteur, qu'il n'y a de véritable science que dans l'hypothèse, nous y avons cherché quelques lumières sur cette grave question, et nous n'y avons trouvé que doute et obscurité. Forcé d'y chercher aussi quelques vérités pratiques relatives à la pathologie du choléra, nous avons encore eu le regret de n'y trouver que des erreurs ou des contradictions; et lorsque nous pouvions du moins espérer de M. Roche des objections scientifiques et des raisons sérieuses, nous n'avons eu qu'à entendre des paroles de colère et de dédain.

Quant au traitement, le moment n'était pas encore venu pour M. Roche de nous en parler; mais il se flatte du moins de pouvoir nous prouver prochainement qu'il en sait beaucoup plus que nous aussi sur ce point, et nous l'attendons. Seulement, ne trouvez-vous pas, cher confrère, que M. Roche aurait dû commencer par là, au lieu de se contenter de faire de la philosophie occulte, de la physiologie ou de la pathologie transcendante, c'est-à-dire de la science en pure perte pour les praticiens? Et ne vous étonnez-vous pas surtout que M. Roche soit resté jusqu'à présent témoin muet et impassible devant les ravages du fléau, quand, pour le conjurer, il pouvait intervenir avec toutes les lumières de son expérience, avec toutes les ressources d'une prophylaxie et d'une thérapeutique efficaces, qu'il semble avoir réservées pour les funérailles de l'épidémie?

M. Roche ne peut ignorer que ce n'est pas en attaquant la science elle-même dans ceux qui en signalent l'insuffisance et les besoins, qu'il peut prétendre de lui être utile; il doit savoir que ce n'est pas en lançant contre ses adversaires toutes les foudres d'une polémique vive, ardente et passionnée qu'il peut espérer de les éclairer.

L'honorable et savant critique nous a donné, il est vrai, un avant-goût de sa prophylaxie antiépidémique et anticontagieuse, qui consiste: à modifier les quantités physiques et chimiques de l'air par des grands feux, par la vaporisation de moyens désinfectans; à renouveler l'air qui entoure les malades, à éloigner de leurs couches les produits des vomissemens et des garde-robes; à recommander un court séjour auprès des malades; à éviter de respirer leur haleine, l'odeur et la transpiration de leurs déjections; à recommander de flairer de temps en temps des matières odorantes, douées ou même supposées douées de la propriété de neutraliser le miasme (*sic*). Mais voilà à quoi se réduit, pour le moment du moins, toute la science hygiénique de M. Roche sur le choléra; voilà où devaient aboutir toutes ses élucubrations théoriques, toutes ses déductions pratiques sur l'étiologie et la prophylaxie de cette maladie. Et vous conviendrez bien, cher confrère, qu'il n'y avait guère lieu de faire tant de bruit et tant d'éclat, ni de gourmander si durement les confrères qui n'ont pas la même foi que l'auteur dans ses doctrines.

Si M. Roche veut prendre la peine de relire à froid et dans le calme de la réflexion, ses 10 *Lettres sur le choléra*, je ne doute pas qu'il en fasse disparaître plus d'une page et qu'il en désavoue plus d'une opinion. Mais ce qu'il faut surtout espérer, c'est qu'il en abjurera au moins une erreur, celle qui devait être l'objet de ce trop long débat. C'est là maintenant que je l'attends, devant l'autel de la science à laquelle il a toujours voué un culte si ardent, au nom de cette vérité qui est son idole, au nom de la société même dont il s'est toujours montré un si fervent défenseur. J'en appelle au caractère de droiture et de probité scientifique, au noble cœur de celui que j'ai appris, depuis plus de trente ans, à connaître, à estimer, à aimer, et à qui j'aurai toujours besoin de tendre une main amie.

Et vous, cher confrère, agréez, je vous prie, toute ma gratitude pour votre bienveillante intervention comme pour l'indépendance de vos opinions et votre esprit de conciliation dans le débat de la question, et croyez aux sentimens d'affectueuse estime que vous a voués

P. JOLLY,
de l'Académie de médecine.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU BASSIN.

(Suite. — Voir le numéro du 26 Décembre 1854.)

Dans l'observation précédente, nous voyons, après un travail d'une durée de onze heures, chez une primipare, l'accouchement se terminer spontanément dans un cas de rétrécissement considérable du bassin.

Remarquons, en outre, que la tête de l'enfant présente des diamètres qui sont à peu de chose près ceux que l'on trouve sur la tête des enfans à terme. Le diamètre bipariétal en particulier a une étendue de 9 centimètres 1/2, qu'on trouve chez les enfans à terme bien développés. Si l'on eût connu tout d'abord cette étendue des diamètres de la tête, on eût peut-être renoncé à l'espérance de voir l'accouchement se terminer aussi heureusement. Les efforts naturels ont suffi pour amener la délivrance, même dans ces conditions défavorables, rétrécissement très prononcé du bassin et volume notable de la tête de l'enfant. Aussi nous insistons de nouveau sur ce point, et pouvons conclure que, dans des circonstances analogues, et à plus forte raison dans de meilleures conditions, il faut laisser agir la nature et n'intervenir que quand on s'est convaincu de son insuffisance.

Comment acquérir cette certitude? Par l'expectation; lorsque la dilatation est complète, si la tête du fœtus reste pendant quelques heures sans commencer à s'engager, ou cesse d'avancer après un commencement d'engagement, on peut admettre que les efforts naturels ne pourront amener la délivrance; nous supposons les contractions utérines assez énergiques et assez suivies, bien entendu.

Lorsqu'il en est ainsi, on peut intervenir; mais de quelle manière? Doit-on recourir de suite à un parti extrême, tel que la céphalotripsie ou l'opération césarienne? Évidemment non. Si le rétrécissement du bassin n'est pas très considérable, l'accoucheur doit espérer encore une terminaison qui ne compromette ni les jours de l'enfant, ni ceux de la mère. Le forceps offre alors une ressource sur laquelle on peut compter et qui réussira dans un certain nombre de cas, surtout s'il existe des conditions favorables du côté de l'enfant; l'instrument devra être appliqué une ou même plusieurs fois au besoin; et quand des tractions assez énergiques n'amèneront aucun engagement de la tête, alors seulement, il faudra recourir à un parti décisif. Nous aurons occasion de comparer, plus loin, la céphalotripsie et l'opération césarienne et de discuter laquelle des deux opérations mérite la préférence.

Nous allons rapporter les observations de rétrécissemens du bassin, en les classant d'après le mode de terminaison dans l'ordre suivant:

1° Terminaison spontanée;
2° Accouchement à l'aide du forceps;
3° Céphalotripsie et opération césarienne.

Nous examinerons à mesure les particularités que présente chaque observation et les complications qui peuvent être occasionnées par les rétrécissemens du bassin. Nous avons déjà cité une observation de terminaison spontanée; presque en même temps, nous avons pu en observer un second exemple à la Clinique d'accouchemens.

OBSERVATION II. — *Rétrécissement du bassin. — Présentation du sommet avec procidence du bras; réduction du bras. — Terminaison spontanée.*

Dalivoust (Stéphanie), 24 ans, lingère, entre à l'hôpital le 5 décembre 1854. Au moment de son entrée, à dix heures du matin, elle souffrait déjà depuis plusieurs heures. Elle est de petite taille; en l'examinant, on trouve une déformation du tibia gauche peu prononcée, mais cette femme nous déclare alors spontanément que, dans son enfance, elle a eu les *jambes torses*, qu'elle a déjà accouché une fois, à terme, et que l'accouchement a dû être terminé par une application de forceps; elle nous apprend en outre que la grossesse actuelle est arrivée à son terme; la dernière apparition des règles a eu lieu le 25 février 1854.

Par le toucher vaginal on constate que l'angle sacro-vertébral est saillant; l'orifice de l'utérus, presque complètement dilaté, permet de reconnaître la présentation du sommet en position occipito-iliaque gauche antérieure, et en même temps d'une main qui est placée en arrière et à gauche. Ces parties sont maintenues assez élevées par la saillie de l'angle sacro-vertébral. Les membranes ne sont pas rompues. M. Campbell se propose de les rompre et de remonter en même temps la main et l'avant-bras de l'enfant au-dessus de la tête. Cette manœuvre est en effet exécutée.

Le travail est ensuite abandonné aux efforts naturels; les contractions utérines sont énergiques et suivies, elles déterminaient l'engagement de la tête, et à quatre heures du soir l'accouchement se termine naturellement par la naissance d'un enfant bien portant du sexe féminin, pesant 2,600 grammes. Les principaux diamètres de la tête de cette enfant ont été mesurés. Voici leur étendue:

Diamètre occipito-frontal.	11 centimètres.
occipito-mentonnier. . . .	12 —
bipariétal	9 —
sous-occipito bregmatique.	10 —

Cette femme est sortie bien portante, ainsi que son enfant, le 15 décembre 1854.

Nous voyons dans cette seconde observation l'accouchement se terminer naturellement, malgré la déformation du bassin; mais il existait des conditions favorables du côté de l'enfant, comme on peut le voir d'après son poids et d'après l'étendue des principaux diamètres de la tête. Nous trouvons en outre une particularité, la procidence du bras, sur laquelle nous aurons occasion de revenir, à propos d'une des observations suivantes, dans laquelle nous verrons cette complication se présenter avec des caractères moins favorables.

OBSERVATION III. — *Rétrécissement du bassin, application de forceps. — Lésion du crâne de l'enfant.*

La nommée Figuey (Marie), 42 ans, journalière, entrée à la Clinique le 2 janvier 1855, a été réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans, et depuis régulièrement huit jours par mois. Elle ne fournit aucun renseignement précis relativement à l'époque de la dernière apparition de ses règles; la grossesse paraît être arrivée à son terme.

Les premières douleurs se manifestèrent le mardi 2 janvier à une heure du matin, elle entra à la Clinique dans la matinée. Cette femme est de petite taille. Par le toucher vaginal, on trouva l'orifice utérin notablement dilaté; on sentait la poche des eaux intacte et volumineuse; on ne pouvait atteindre la partie fœtale qui se présentait; on soupçonna alors l'existence d'un rétrécissement du bassin maintenant la tête élevée et l'empêchant de s'engager. On questionna cette femme et elle répondit qu'elle avait accouché déjà quatre fois spontanément, et on ne songea plus à une déformation du bassin: mais elle n'avait pas declaré alors ce qu'elle a ajouté depuis, que, dans ces accouchemens, le travail dura longtemps et que les enfans étaient petits, ce qui expliquait la terminaison spontanée, quoique le bassin fut réellement déformé.

Cette fois-ci le travail se prolongea beaucoup; la rupture des membranes fut faite le même jour, 2 janvier à deux heures et demie du soir, et on put sentir la tête qui se présentait en position occipito-iliaque gauche antérieure; mais elle ne s'engagea pas, et le même jour, à onze heures et demie du soir, M. H. Blot, chef de clinique, résolut de tenter une application de forceps. Les deux branches de l'instrument furent appliquées, l'une sur la région fronto-pariétale droite, l'autre sur la région occipito-pariétale gauche de la tête de l'enfant. Des tractions modérées suffirent pour engager la tête, mais à un certain moment, M. Blot sentit se produire une sorte de *ressaut*, indiquant qu'une difficulté venait d'être vaincue. L'enfant fut extrait, il était vivant, et il respira et cria presque aussitôt. Cet enfant, du sexe féminin, pesait 3,600 grammes. Voici les dimensions des principaux diamètres de la tête:

Diamètre occipito-frontal.	12 cent. 1/2.
occipito-mentonnier. . .	13 cent. 1/2.
bipariétal.	10 centimètres.
sous-occipito bregmatique	10 —

En examinant la tête de l'enfant, on remarqua sur la partie latérale gauche du crâne une dépression qui offrait les dimensions suivantes: 32 millimètres de haut en bas, 35 millimètres d'avant en arrière, et 5 millimètres de profondeur; elle siégeait sur le frontal du côté gauche. Cette dépression a été produite par la saillie de l'angle sacro-vertébral et non par la branche du forceps, puisque l'une des branches portait sur le frontal et le pariétal droits, et l'autre sur la région occipito-pariétale gauche. Nous trouverons un autre exemple de lésion de ce genre dans l'observation suivante.

Dans le cas présent, cet enfoncement du crâne n'a pas causé d'accidens sérieux. L'enfant, née le mardi soir, ne présenta rien de particulier pendant la nuit suivante ni pendant la journée du mercredi; mais dans la nuit du jeudi, elle fut prise de mouvemens convulsifs qui durèrent pendant quelque temps; ces mouvemens ne tardèrent pas à se dissiper, et l'enfant sortit bien portante de l'hôpital avec sa mère quelques jours après.

OBSERVATION IV. — *Rétrécissement du bassin. — Application de forceps. — Fracture du crâne de l'enfant.*

Vers la fin de mars 1854, une femme primipare se présenta à la Clinique, un samedi soir; elle était en travail depuis quelques heures. Au moment de son entrée, l'orifice utérin, déjà dilaté, permettait de sentir la tête du fœtus fort élevée et, au-dessous, une poche amniotique très volumineuse.

Cette femme était de petite stature; ses membres inférieurs étaient déformés; on examina la conformation du bassin, et on trouva qu'il était petit en général; en outre, le diamètre antéro-postérieur était rétréci. Quand la dilatation de l'orifice utérin fut complète, on rompit les membranes, mais la tête ne s'engagea pas, malgré les contractions énergiques de l'utérus.

Le dimanche matin, à neuf heures, M. le professeur Dubois fit une application de forceps, et des tractions furent faites par lui et par M. Campbell; mais on ne put faire avancer la tête. A midi, M. Campbell revint, fit de nouveau une application de forceps et termina de cette manière l'accouchement.

En examinant l'enfant on reconnut que le pariétal gauche était fracturé, ce qui était dû, comme dans le cas précédent, à la pression exercée par l'angle sacro-vertébral; le forceps latéral avait été appliqué sur le frontal droit et sur la partie latérale gauche de l'occipital. La branche placée en avant avait laissé une empreinte au-dessus de l'orbite droit. La fracture siégeait sur le pariétal gauche et un angle du fragment inférieur était senti parfaitement à travers les tégumens qu'il perforait presque entièrement. Cet enfant mourut le même jour, dimanche, à six heures du soir.

A l'autopsie, on trouva une solution de continuité ainsi disposée. Du centre du pariétal partait une fissure se dirigeant à peu près horizontalement pour venir aboutir à peu près à la partie moyenne de la suture fronto-pariétale; une autre fissure partant du même point central se dirigeant à peu près verticalement vers la partie moyenne du bord inférieur de cet os; il en résultait une sorte de fragment quadrilatère, formant à peu près le quart inférieur et antérieur du pariétal. C'était l'angle antérieur et supérieur de ce fragment qui faisait saillie sous les tégumens. En outre, il existait un épanchement sanguin siégeant en-dehors et en dedans du crâne, compris entre la dure-mère et les parois crâniennes, d'une part, entre ces mêmes parois et les tégumens d'autre part. Le périoste crânien était déchiré aussi et décollé dans une petite étendue par l'épanchement sanguin.

Dans ces deux observations, la lésion des parois du crâne a été produite par la même cause. Dans le premier cas, elle siége sur le frontal; dans le second, sur le pariétal. Les fractures produites ainsi siégent beaucoup plus fréquemment sur le frontal que sur le pariétal, ce qui s'explique aisément; le diamètre occipito-frontal de la tête de l'enfant correspond presque au diamètre antéro-postérieur du bassin, ou à un diamètre intermédiaire à l'antéro-postérieur et à un des diamètres obliques; la partie du crâne de l'enfant, qui correspond à l'angle sacro-vertébral, est le frontal beaucoup plutôt que le pariétal.

Les lésions du crâne ainsi produites sont des fractures complètes, comme nous en voyons un exemple dans le second cas, ou un simple enfoncement comme dans le premier cas. Ces enfoncemens du crâne s'expliquent par l'organisation de ces os chez l'enfant dans les premiers temps de la vie extra-utérine. Ambroise Paré avait déjà signalé la possibilité de ces enfoncemens *sur les os mollets des enfans, sans fracture ni division, ainsi que la bossclure en vaisseaux d'estain ou de cuivre, sans qu'ils soient rompus.* Cependant, ils ont été contestés depuis par quelques auteurs; mais les accoucheurs ont pu en observer plusieurs exemples produits par la cause que nous avons signalée.

Dans le premier des deux cas que nous venons de citer, les explorations qui ont été faites, les dimensions, la dépression qui existait, semblent indiquer d'une manière précise l'existence d'un enfoncement du crâne. Il a été reconnu immédiatement après l'accouchement, au moment où on peut les constater le plus facilement, lorsque l'état des parties n'empêche pas de reconnaître les caractères de la lésion.

Les enfoncemens du crâne sont moins dangereux que les fractures; le plus souvent, cette lésion disparaît peu à peu,

sans déterminer de symptômes inquiétans, sans produire de paralysie, comme l'ont craint certains auteurs.

(*La suite à un prochain n°.*) Jules Rouyer.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 24 Janvier 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Sommaire. — Corps étranger de l'urètre. De l'action des caustiques. — Des fongosités du corps de l'utérus — Présentation de pièces pathologiques.

Plaie de la trachée avec oblitération de l'extrémité supérieure du larynx. — Opération faite pour remédier à cette altération morbide.

M. le d[r] B. Breslau a fait parvenir à la Société l'extrait d'une observation qu'il a publiée antérieurement dans un journal allemand. Un tailleur se fait, avec un rasoir, une plaie du cou, au niveau de l'espace crico-thyroïdien. On pratique la suture, mais bientôt il survient un œdème de la glotte qui force à désunir la plaie. Sous l'influence du travail phlegmasique, il survient une oblitération du bout supérieur du larynx. M. Langenbeck a cherché et a réussi à rétablir l'ouverture, en disséquant le tissu inodulaire et en maintenant pendant quelque temps cette ouverture dilatée au moyen de sondes de plus en plus volumineuses. Plus tard, M. Langenbeck est parvenu à fermer la fistule du cou par une opération anaplastique.

Corps étranger extrait de l'urètre.

Nous avons rapporté ce fait communiqué par M. Demarquay. Notre confrère revient en quelques mots sur les difficultés présentées par l'extraction du corps étranger; il rapporte ces difficultés aux contractions des parois du canal de l'urètre.

M. Cloquet appelle l'attention sur la contraction active que le canal de l'urètre présente dans quelques circonstances. Il a eu bien souvent l'occasion de remarquer qu'une sonde pénètre dans le canal avec plus de facilité qu'on ne peut retirer l'instrument. C'est surtout au niveau du bulbe que cette résistance a lieu; il l'attribue à la contraction du muscle bulbo-caverneux. Les autres parties du canal de l'urètre peuvent également se contracter sur les corps étrangers qui y sont introduits, mais cette contraction est à la fois moins fréquente et moins active.

Traitement d'un anévrysme artérioso-veineux de la cuisse par la méthode d'Anel.

M. Demarquay a eu occasion de voir tout récemment un malade qui a été opéré par M. Lesauvage, pour un anévrysme artérioso-veineux de la cuisse, à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. La ligature de l'artère fémurale fut pratiquée au niveau du sommet du triangle de Scarpa. La tumeur anévrysmale disparut, mais il reste aujourd'hui, au niveau de ce point, une sensation de sussurus perçu par la main, et un bruit de souffle à double courant analogue à celui que l'on rencontre toutes les fois qu'il existe une communication entre une artère et une veine. En un mot, la tumeur anévrysmale a disparu, sans que les vaisseaux à sang rouge et à sang noir aient cessé de communiquer l'un avec l'autre. C'est, en d'autres termes, la substitution d'une varice anévrysmale à un anévrysme artérioso-veineux.

— M. Philippeaux de Lyon donne lecture d'un mémoire sur l'*action des caustiques et de leurs indications thérapeutiques spéciales.*

Rapport sur la thèse de M. Ferrier, *intitulée : Des fongosités utérines; des kystes de la muqueuse du corps de la matrice, et des polypes fibreux de l'utérus.*

M. Richard s'est chargé de faire ce rapport; il a donné une analyse sommaire des matériaux renfermés dans ce travail qui est divisé en quatre parties. La première traite des fongosités, végétations ou granulations de la muqueuse du corps de l'utérus. La seconde, des kystes de la muqueuse du corps de l'utérus; la troisième présente quelques remarques sur les polypes fibreux de l'utérus; la quatrième, enfin, donne quelques détails sur certains états de la muqueuse utérine rencontrés sur le cadavre.

De ces quatre divisions, la première offre assurément le plus d'intérêt; elle est devenue le point de départ d'une discussion dont les bases ont été jetées dans la dernière séance, et qui, en raison des dissentimens qu'elle a fait naître, se continuera bientôt. Nous serons donc pour cette première partie du travail de M. Ferrier plus prolixe que M. Richard, et comme en définitive les dissertations inaugurales soutenues à la Faculté de médecine ne sont pas toujours connues de tout le monde, nous analyserons ces recherches avec quelques détails.

L'auteur désigne sous le nom de *granulations* de la muqueuse utérine, les fongosités qui ont pour point de départ la muqueuse seule de l'utérus, qui présentera alors une consistance friable et une identité de tissus dans toute son épaisseur. Ces végétations se présentent en général sous la forme de tumeurs irrégulières, du volume d'un grain de millet à celui d'un pois. Elles sont pédiculées ou non pédiculées, parsemées de vaisseaux très déliés, apercevables à l'œil nu, d'une couleur rosée du côté de leur surface libre, d'une couleur rouge foncée du côté de leur surface d'implantation.

M. Robin a étudié la structure microscopique de ces fongosités; il y a rencontré les mêmes élémens que ceux qui existent à l'état normal dans la muqueuse du corps de l'utérus. Ces élémens sont: des fibres du tissu cellulaire; des cellules fibro-plastiques; de la matière amorphe homogène, finement granuleuse, incolore; des vaisseaux capillaires remplis de sang, en nombre considérable; des follicules ou glandes tubuleuses propres à la muqueuse du corps; quelques granulations graisseuses; une couche de cellules d'épithélium cylindrique recouvrant la surface des végétations.

Récamier a, comme on le sait, préconisé pour le traitement de cette affection l'abrasion des fongosités, abrasion qu'il pratique au moyen d'une curette. L'abrasion faite, la muqueuse utérine est touchée avec un caustique; un cylindre de nitrate d'argent est ordinairement employé pour faire cette opération.

M. Richard fait remarquer que dans cet état morbide de l'utérus, les parois de l'organe présentent un ramollissement qui les expose à être facilement traversées par un instrument porté dans la cavité de la matrice. Il cite un fait dont il a été témoin, fait dans lequel cet accident est arrivé sans que, toutefois, le passage de la curette dans la cavité péritonéale ait déterminé de phénomènes graves.

M. Richet a eu l'occasion de voir bien souvent ces fongosités utérines. A l'époque où il était attaché à l'hôpital de Lourcine et où le choléra sévissait sur les malades de son service, il a examiné l'utérus de toutes les femmes qui succombaient. Il a pu constater, dans ce cas, un ramollissement tel des parois de l'utérus que la sonde utérine les traversait avec la plus grande facilité.

M. Demarquay a fait une remarque analogue; dans un cas de cancer de l'utérus qu'il a observé dernièrement, le fond de l'organe était tellement aminci, que, dans ce point, la matrice semblait réduite uniquement à la membrane péritonéale.

M. Michon ne partage pas l'opinion générale sur l'existence de fongosités dans la cavité utérine, dans les cas où l'organe n'est pas atteint de cancer. Pour avoir une conviction arrêtée sur ce point de pathologie, il désirerait en avoir la preuve anatomique. Quant à la possibilité du passage d'un instrument à travers les parois utérines, il peut avoir lieu sans un ramollissement préalable de ces mêmes parois. On a vu dans quelques cas les parois de la vessie perforées par le bec d'un cathéter et cela par les seuls efforts de cathétérisme.

M. Richet ne peut conserver de doutes sur l'existence des fongosités utérines, puisqu'il en a rencontré dans ses autopsies. En général, ces fongosités se rencontrent dans l'utérus de femmes qui sont accouchées depuis un ou deux ans, et leur siége de prédilection est le point de l'utérus qui correspond aux insertions du placenta. L'examen microscopique de ces fongosités y a révélé l'existence du tissu fibro-plastique.

M. Maisonneuve a vu des fongosités et dans des autopsies et dans des opérations pratiquées dans le but de guérir cette affection. Récamier en a extrait en quantité considérable chez quelques maladies qu'il a ainsi guéries d'affections rebelles et opiniâtres.

M. Cloquet examine la question sous deux points de vue.

Relativement au ramollissement des parois de l'utérus, il pense que cet état pathologique de l'organe est rare. Il en cite un exemple : Une blanchisseuse, âgée de 30 ans environ, est prise d'hémorrhagie utérine quatre mois après un accouchement. On constate une légère dilatation du col, et l'existence d'une tumeur qui sort par l'orifice de l'organe, tumeur qui saigne facilement et qui est pédiculée. On pratique une ligature sur la tumeur; il survient une péritonite suivie de mort. A l'autopsie on reconnaît un ramollissement de toute la matrice, qui présentait une inversion simulant un polype. Le ramollissement de l'organe doit être considéré comme prédisposant à la perforation, mais des manœuvres intempestives du chirurgien y contribuent pour beaucoup.

Quant aux végétations de l'utérus, M. Cloquet en a trouvé quelquefois; mais elles sont plus rares qu'on ne le croit généralement. On peut les comparer à certaines tumeurs syphilitiques. L'opération de Récamier n'est pas sans avoir des inconvéniens, M. Cloquet préfère la cautérisation de la face interne de l'utérus.

M. Robert a obtenu de bons résultats de l'introduction de la curette dans l'utérus, dans les cas de leucorrhées sanguinolentes. Il a vu manifestement de ces granulations dans un grand nombre d'autopsies qu'il a faites à l'hôpital Beaujon. Ces granulations se rattachent à des grossesses; elles occupent, en général, des points correspondans à l'insertion du placenta. Leur structure est analogue à celle de la muqueuse.

M. Lenoir ne nie pas l'existence de fongosités dans le corps de l'utérus; il croit seulement que l'on prend souvent pour telles la fausse membrane qui se produit dans la matrice à toutes les périodes menstruelles.

M. Follin a extrait un grand nombre de fongosités de l'utérus d'une femme qui avait été opérée antérieurement par Récamier. Il reconnaît que l'un des élémens de ces granulations est constitué par une hypertrophie glandulaire; toutefois, cette hypertrophie ne suffirait pas pour se rendre compte de la multitude des végétations qu'on observe dans quelques cas. Il les considère donc aussi comme un produit pathologique.

M. Forget a observé le fait suivant dans la pratique de Lisfranc : Une femme de 25 à 30 ans est affectée d'hémorrhagies utérines qui déterminent un état de chloro-anémie. Malgré un traitement énergique, les hémorrhagies persistent et la malade succombe. A l'autopsie, on constate l'existence de trente à quarante petites franges qui se détachent du fond de l'utérus et que Lisfranc considérait comme des polypes cellulo-vasculaires; les parois de l'utérus, loin d'être amincies, étaient épaissies.

D'après M. Forget, il se développe dans l'intérieur du col utérin, dans quelques cas, une sorte de tissu *érectile*, qui est la cause d'hémorrhagies répétées. En examinant les malades au spéculum, on voit sourdre le sang. Il n'y a pas, dans ces cas, d'hypertrophie considérable du tissu de l'utérus. D'après cela, M. Forget se demande si les prétendues fongosités de l'utérus ne seraient pas une sorte d'érectilisation exagérée des parois de l'organe.

La discussion sur les fongosités utérines est renvoyée à la séance prochaine.

Présentation d'instrument.

C'est un appareil propre à doser le chloroforme, inventé par M. Duroy. Le mécanisme de cet appareil, désigné sous le nom d'*anesthésimètre*, a été exposé par M. Forget.

Présentation de pièces.

M. Verneuil montre un testicule enlevé par M. Denonvilliers. L'organe renferme à son centre un kyste purulent qui a repoussé en dehors la substance testiculaire.

M. Demarquay montre une tumeur fibreuse qu'il a enlevée dans la paroi antérieure de l'utérus.

D[r] Fano,
Prosecteur de la Faculté.

PRESSE MÉDICALE.

Pommade cuivreuse. — Le professeur Hope, de Bâle, a puisé ce remède à l'école de Rademacher, à laquelle il appartient. M. Hope met la pommade cuivreuse au premier rang parmi les pommades résolutives. Toutefois, il est loin d'en faire un remède infaillible. Elle a été employée par lui dans les cas suivans :

1° *Dans les taches de la cornée.* Ici, dit-il, j'ai commencé par 3 centigrammes d'oxyde noir de cuivre (*cuprum oxydat. nigr.*) sur 4 grammes d'axonge, et j'ai augmenté jusqu'à 25 et 50 centigrammes. Je faisais introduire, une ou deux fois par jour, une petite quantité de cette pommade dans l'œil : elle a fait disparaître des taies étendues, anciennes et épaisses.

2° *En frictions sur les tempes dans les maladies des yeux*, au lieu d'onguent mercuriel, avec ou sans belladonne. L'auteur en prescrit 60 centigrammes à 1 gramme, 30 sur 8 grammes de graisse, avec des substances narcotiques. C'est surtout dans les inflammations de la glande lacrymale, du tissu cellulaire de l'orbite, de la muqueuse palpébrale, etc., que la pommade produit de bons effets.

3° *Contre la tuméfaction du conduit auditif externe*, par suite d'inflammation chronique du tissu cellulaire.

4° *Contre l'induration des glandes salivaires.* Elle se dissipe en peu de jours sous l'influence de la pommade cuivreuse.

5° *Contre les engorgemens et les indurations des glandes du cou.* Dans ces affections chroniques et difficiles à guérir, la pommade de cuivre rend de très grands services; elle ramollit et fait diminuer de volume les glandes lymphatiques devenues sarcomateuses, mieux que tout autre remède. L'auteur a vu disparaître, par les seules frictions, des engorgemens glanduleux très durs et très volumineux. Cependant il est resté quelquefois des tubercules qui ont résisté à la pommade, et qu'aucun traitement, soit externe, soit interne, n'a pu entièrement dissiper. C'est ce qui arrive souvent, par exemple, quand il existe des masses glanduleuses composées d'un grand nombre de ganglions tuméfiés qui donnent à l'ensemble un aspect bosselé et difforme. La pommade produit un amoindrissement remarquable de ces tumeurs, mais ne les dissipe pas toujours complètement, soit parce que les malades ne persistent pas avec la même régularité dans le traitement, soit parce que plusieurs ganglions sont atteints d'une dégénérescence fibroïde. Malgré ces insuccès, l'auteur répète à plusieurs reprises qu'il ne connaît aucun remède fondant aussi efficace.

6° *Contre les goîtres.* La pommade est complètement inefficace dans le traitement des tumeurs enkystées, dures, fibroïdes, comme dans les tumeurs sarcomateuses du cou; mais dans les goîtres ordinaires, elle rend d'incontestables services en les faisant fondre rapidement.

7° *Contre les engorgemens des glandes mammaires*, la pommade d'oxyde de cuivre est des plus efficaces, qu'ils soient récens ou anciens.

Nous passerons sous silence l'hypertrophie du foie, de la rate, des ovaires, de l'utérus, affections qui ont, en général, paru peu céder aux frictions cuivreuses; tandis que l'auteur se loue de leur emploi dans le traitement du carreau, de l'orchite et de l'engorgement glanduleux de l'aine et de l'aisselle.

L'auteur a encore employé les mêmes frictions dans une foule de maladies dont l'énumération serait trop longue; qu'il nous suffise de dire que partout où l'onguent mercuriel est indiqué, M. Hope l'a remplacé avec avantage par sa pommade et il espère que cette substitution finira par être généralement admise, à l'exception des cas où l'on désire obtenir une action spécifique du mercure.

Son emploi, même à haute dose, n'exerce aucune action générale fâcheuse sur l'économie; mais elle a l'inconvénient de produire facilement des éruptions papuleuses qui peuvent même s'ulcérer. Dès que la peau se trouve ainsi irritée, il faut suspendre l'emploi de la pommade et recourir au cérat ou à une pommade de zinc. L'auteur a toujours employé l'oxyde noir de cuivre à la dose de 15, 20 ou 30 grains (1 gramme à 1 gramme 50 sur uneonce (30 grammes) de graisse ou mieux d'onguent rosat. Comme le contact de cette pommade est très désagréable, l'auteur la fait étendre matin et soir sur les parties malades, recouvre d'un linge de toile les parties graissées, met par-dessus une couche d'ouate et un morceau de flanelle, et enveloppe le tout d'une bande. — (*Annales méd. de la Flandre occid.*)

RÉCLAMATION.

LE FOIE ET LE SUCRE.

Nous recevons de M. Figuier la lettre suivante, que notre impartialité nous fait un devoir d'insérer :

Paris, le 19 Février 1855.

Monsieur le rédacteur,

Je répondrai par des faits qui paraîtront nets et précis, je l'espère aux remarques critiques qui ont été publiées à l'occasion de mon travail. En attendant, voudrez-vous accueillir une simple rectification sur un fait qu'il me paraît utile de ne pas laisser plus longtemps livré au doute?

On a dit que le sang dans lequel j'ai démontré la présence du sucre, provenait du foie : « Chez les animaux de boucherie mis à mort par » les procédés ordinaires, le couteau du boucher pénètre, a-t-on dit, » dans la cavité droite du cœur, et comme le sang qui remplit cet » organe est fourni directement par la veine cave inférieure à sa sortie » du foie, il doit nécessairement contenir une partie du glucose élaboré par le *viscère glucogénique.* »

Je m'étonne que quelques personnes aient pu prendre cette observation au sérieux. Pour déceler la présence du sucre dans le sang de l'homme, j'opère, comme on le sait, avec le sang d'une saignée au bras. Dans cette expérience, qui, pour le dire en passant, a été déjà répétée dans un grand nombre d'hôpitaux à Paris et en province, on ne peut, je pense, invoquer le voisinage de l'oreillette droite. Lorsque j'ai opéré sur le lapin et le chien, je me suis procuré le sang au moyen d'une incision transversale au cou qui tranche les carotides et les veines jugulaires. Enfin, dans le cas des animaux de boucherie saignés à l'abattoir, il est facile de s'assurer, *de visu*, que l'oreillette droite n'est et ne peut jamais être intéressée. Après l'incision que le boucher pratique à la gorge de l'animal, incision qui est transversale chez le mouton et longitudinale chez le bœuf, il est facile de reconnaître qu'il existe un intervalle relativement considérable entre le lieu de cette incision et la région du cœur droit et de ses vaisseaux.

Veuillez agréer, etc. L. Figuier.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 22. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 22 Février 1855.

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT : Pour Paris et les Départemens,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 FÉVRIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il nous est, en vérité, bien difficile de parler aujourd'hui de la dernière séance de l'Académie de médecine, et surtout d'apprécier le discours étendu de M. Piorry qui en a fait à lui seul presque tous les frais. Cette séance s'est terminée par un incident si joyeux, si bien adapté à la férie du jour, que nous sommes encore sous une impression trop hilariante pour pouvoir classer et résumer nos souvenirs. M. Piorry a été brave jusqu'à l'héroïsme, si l'héroïsme consiste dans la générosité. Descendant de la tribune où, pendant deux heures, il venait de foudroyer de son éloquence l'argumentation de M. Bousquet, entendant le vœu de conciliation émis par M. Gerdy entre Paris et Montpellier, M. Piorry s'est levé vivement et s'est écrié : Ce vœu est tellement dans mon cœur, que j'éprouve le besoin de le traduire immédiatement en acte, et de tendre la main à M. Bousquet.

M. Bousquet a serré affectueusement la main à M. Piorry, aux acclamations de l'assemblée.

Il ne nons reste, pour le moment, que ce touchant souvenir de la séance, et nous demandons la permission de différer jusqu'au prochain numéro l'appréciation des discours que nous venons d'entendre. Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'INFLUENCE ET DE L'ACTION DE L'ATMOSPHÈRE MARITIME DANS LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ;

Par M. le docteur POUGET, de Bordeaux, médecin inspecteur des bains de mer de Royan.

(Suite. — Voir les numéros des 8 et 13 Février 1855.)

Dans les sciences d'observation, c'est beaucoup d'avoir à sa disposition des faits authentiques, consacrés par l'expérience des siècles. Ce sont de précieuses données pour le problème dont on se propose la solution, qui sera d'autant plus facile et plus exacte que ces élémens seront plus nombreux.

Tel est le cas de la question qui nous occupe, comme le prouve la revue historique à laquelle nous nous sommes livré dans notre première lettre.

L'on pourrait certes se contenter de ces résultats, corroborés par l'observation contemporaine et par nos propres recherches, pour affirmer l'efficacité d'un agent thérapeutique ainsi étayé, et l'appliquer empiriquement ; c'est la règle qu'on suit en médecine dans un grand nombre de circonstances.

Combien donc le praticien ne doit-il pas être convaincu de la valeur de ces moyens d'action et raffermi dans la voie qu'ils lui ouvrent, lorsque la science, par ses progrès, parvient à lui donner l'explication rationnelle de ces faits pratiques, en lui montrant la corrélation évidente qui existe entre la cause morbide et les effets modificateurs déterminés dans l'organisme.

N'est-ce pas ce qui arrive, au sujet de l'influence et de l'action de l'atmosphère maritime, dans le traitement prophylactique et curatif de la phthisie pulmonaire ?

Un examen rapide des conditions et du rôle physiologique de l'organe respiratoire, nous paraît nécessaire pour répondre à cette question.

Destinés à l'élaboration chimico-vitale des matériaux assimilables qui doivent incessamment remplacer, dans l'économie, ceux qu'une élimination permanente lui enlève, et, devenant ainsi le foyer de la chaleur animale qui résulte des phénomènes de l'hématose, les poumons ont des fonctions essentielles, qui ne peuvent, ainsi que nous l'avons déjà dit, être ni modifiées, ni interrompues, sans que la vie soit plus ou moins compromise. Plus leur activité fonctionnelle sera grande, plus le mouvement vital sera énergique et régulier. Or, cette activité dépendant elle-même d'une constitution héréditaire plus ou moins normale, de la nature plus ou moins pure de l'air inspiré, du régime, des habitudes du sujet, la condition la plus favorable doit être évidemment celle qui résulterait de l'ensemble de ces trois sortes d'influences : *bonne constitution, air pur, régime salutaire.*

Quand cette coïncidence, malheureusement, n'existe pas ; quand l'un ou l'autre de ces ordres d'influences vient à manquer, il faut que les autres établissent une compensation qui, toutefois, n'est pas équivalente dans toutes les circonstances.

Cette compensation est surtout nécessaire quand le déficit se produit dans l'état fonctionnel de l'appareil respiratoire, par suite d'un vice héréditaire ou d'une cause occasionnelle quelconque.

Or, des divers ordres modificateurs qui sont à la disposition du médecin, la constitution de l'air n'est-il pas le plus important ? En effet, cet air atmosphérique, ce *pabulum vitæ*, doit être dans les meilleures conditions possibles, non seulement pour ne pas aggraver l'état pathologique de l'organe altéré, mais encore pour le modifier avantageusement. De là, pour les phthisiques, la nécessité et les avantages des climats tempérés et chauds dans lesquels la température, à peu près uniforme, n'est soumise qu'à des variations rares, réglées par le cours des saisons, puisqu'il est prouvé que la maladie acquiert son maximum de fréquence dans les contrées où se manifestent incessamment de grandes et brusques variations de température. Ainsi, tandis que, d'après Guyon, sur 1,000 décès on compte 35 tuberculeux ; qu'en Suède, sur 1,000, il y en a 63 ; à Berlin, les phthisiques forment un quinzième de la mortalité ; à Paris et à Londres un quart ; ce qui démontre cette vérité, que mieux vaut une température extrême mais stable, qu'une température douce et changeante, surtout si la première offre le grand avantage d'une atmosphère chargée de principes chimiques dont l'efficacité est maintenant mise hors de doute contre la diathèse tuberculeuse et ses diverses manifestations.

Du reste, n'est-ce pas en vue de remplir de pareilles indications que le professeur Lallemand, au sujet du vaporarium qu'il avait fait établir au Vernet, écrivait la note suivante dans les *Comptes-rendus de l'Institut* (t. XXII, p. 169) :

« Tout le monde sait que les eaux sulfureuses sont d'un puissant secours contre toutes les affections anciennes des poumons. On connaît, en particulier, la réputation des Eaux-Bonnes contre les cas de cette nature ; mais comment les emploie-t-on en général ? En bains et surtout en boisson : les Eaux-Bonnes ne s'appliquent que sous cette forme, à cause de leur basse température.

» Si les eaux sont utiles contre les affections pulmonaires chroniques, appliquées surtout à la peau ou introduites dans les organes digestifs, de quelle efficacité ne doivent-elles pas jouir lorsqu'elles sont mises en contact avec les tissus mêmes qui sont malades, lorsqu'elles pénètrent, en un mot, dans les dernières ramifications des cellules aériennes ?...

» Tous les praticiens ont senti l'importance de cette action directe, immédiate ; et plusieurs ont imaginé de faire respirer aux malades de l'air chargé de principes médicamenteux. Ces essais n'ont pas été suivis de succès parce que la respiration avait lieu à travers des tubes plongeant dans les vapeurs destinées à pénétrer dans les poumons : il en est toujours résulté dans la respiration une gêne qui ne permettait pas de prolonger cette espèce de supplice au delà de quelques minutes.

» Pour obvier à cet inconvénient capital, j'ai imaginé de faire vivre en quelque sorte les malades dans l'atmosphère même des eaux sulfureuses, et en leur réservant un immense local dans lequel la vapeur, arrivant par le bas et s'échappant par le haut, entretient la température de ce courant continu à 18 ou 20° centigr. environ, température qu'on peut, au reste, varier à volonté, ainsi que la quantité de vapeur en circulation. »

Les résultats ont tellement bien répondu à l'attente de ce savant praticien qui vient d'être enlevé à la science, qu'il faut presque retenir d'avance sa place pour passer l'hiver au Vernet, et que bientôt pas un seul établissement de bains thermaux ne manquera de son vaporarium lorsque les circonstances le lui permettront ; aussi, en existe-t-il déjà depuis quelque temps à Amélie-les-Bains, près du Vernet ; à Aix en Savoie, etc. ; Bagnères-de-Luchon aura bientôt le sien.

Mais, s'il est un milieu atmosphérique offrant naturellement les principales conditions atmosphériques précitées, pourquoi ne l'utiliserait-on pas et ne le préférerait-on pas même aux vaporariums faits artificiellement ?

C'est là, précisément, l'avantage inhérent à l'atmosphère maritime quant à sa composition chimique et à ses qualités physiques.

En effet, quoique, chimiquement, il n'existe presque pas de différence dans l'air de la mer comparé à celui des terres, sous le rapport de leurs élémens constitutifs, la vapeur d'eau que l'eau de la mer contient, à des degrés variables, depuis 0,0032 jusqu'à 0,01 de son poids, selon la température et la latitude ; cette vapeur d'eau de mer, dis-je, n'est pas chargée des débris terrestres et organiques, et des miasmes inconnus et insaisissables qu'engendrent, en se décomposant, les matières animales et végétales. Elle est, au contraire, imprégnée de principes salins, iodés et bromurés qui, ne manquant pas de se déposer sur les parties en contact avec eux, sont absorbés à l'intérieur à chaque instant, et cela en raison directe de la pression que l'atmosphère exerce sur tout le corps.

Celle-ci, de plus, ainsi que l'a invinciblement établi le docteur Pravaz dans son remarquable travail sur l'action thérapeutique de l'air comprimé, est un puissant moyen d'action qui, par son influence sur les forces nerveuses, perfectionne l'hématose, et, activant les fonctions nutritives et assimilatrices, combat avec succès la plupart des maladies chroniques, et surtout la phthisie ; comme il le prouve en citant plusieurs cures de cette affection à son premier et deuxième degré, obtenues dans son établissement sous le patronage des plus célèbres médecins de Lyon (1).

Ces propositions, extraites presque textuellement de l'important ouvrage du docteur Foissac (2), sont en tout conformes à celles que nous formulions en 1851 dans notre *Essai sur les bains de mer*, en traitant de l'atmosphère maritime sous le rapport hygiénique et médical.

« Les considérations et les divers exemples, disions-nous p. 215, par lesquelles le docteur Pravaz explique et prouve (chap. XV, p. 351) l'efficacité du bain d'air comprimé, pour éliminer les principes délétères introduits du dehors ou engendrés au dedans par quelque vice de la régénération organique, nous font vivement désirer que ce physiologiste, aussi habile praticien que savant observateur, veuille bien comprendre, dans ces nouvelles recherches, l'influence de l'atmosphère maritime qu'il constatait dans la proposition suivante (chap. II, p. 21) : « L'observation qui montre un certain affaiblissement » des fonctions de la vie, comme consécutif à l'abaissement de » la pression atmosphérique, manifeste de même une exalta- » tion de la vitalité sous l'influence de l'accroissement de cette » pression, et c'est là le fondement du conseil donné à quel- » ques malades, d'habiter les bords de la mer. »

» Enfin, ajoutions-nous, qu'il nous soit permis d'émettre le vœu que nos confrères, chacun dans la sphère de sa spécialité et de sa position, appréciant la haute portée des recherches de ce genre, se déterminent à faire des observations sur les effets physiologiques et combinés de la pression, de la densité et de la température de l'air atmosphérique dans l'emploi des diverses médications. »

Outre le remarquable travail du docteur Foissac, publié en 1853, nous trouvons de temps en temps quelques nouveaux faits qui viennent à l'appui de ce que nous avancions dès 1851, d'après le docteur Pravaz.

C'est ainsi que le docteur Jules Guyot, dans une lettre insérée dans l'UNION MÉDICALE, signale en ces termes le défaut de pression de l'air atmosphérique, ou sa raréfaction comme la cause d'une foule d'accidens morbides qui surviennent fréquemment à Madrid dans les organes de la respiration.

« Cette capitale, dit-il, est située sur un plateau très élevé au-dessus du niveau de la mer ; la colonne barométrique moyenne y est de 0,705 millim., c'est-à-dire que l'atmosphère

(1) Comme il est des choses qu'on ne saurait trop répéter, nous nous faisons un devoir de reproduire partie de la note que nous avions mise dans notre travail sur les bains de mer (p. XV) au sujet du docteur Pravaz et de ses travaux : « Quiconque aura pu lire l'ouvrage du docteur Pravaz, publié en 1850, sur l'emploi de l'air comprimé, sera non seulement étonné, mais encore peut-être affecté douloureusement d'apprendre que cette méthode curative, proposée pour la première fois en 1834 par le docteur Junod, et dont le docteur Pravaz fait un usage continuel et si heureux depuis environ quinze ans, ne soit pas entrée encore dans le domaine de la pratique commune ; que ce fait, porté à la connaissance de tout le monde médical depuis un an, n'ait pas eu beaucoup de retentissement dans la presse médicale, ou que l'on en ait parlé tout au plus en termes vagues, et capables plutôt d'amoindrir le mérite de la chose que de la préconiser et d'en propager l'étude et les explications, etc., etc. »

(2) *Traité de météorologie*, etc. Paris, 1854.

y presse le corps humain de 5 à 6 centimètres de mercure en moins qu'à Paris, soit encore de 2,000 kil. de moins sur toute la surface du corps et sur les muqueuses nasales, buccales et pulmonaires.

» L'organisation, ainsi placée dans un milieu raréfié, dans une espèce de vide relatif, a moins de force et de tonicité. Les tissus membraneux y sont moins comprimés et plus perméables. Aussi les épanchemens de sang, les épistaxis, les infiltrations, les pertes de toute nature y sont-ils très fréquens et dangereux..... Les personnes qui ont la poitrine délicate ne peuvent vivre à Madrid, et les phthisiques y meurent en peu de jours.

» Enfin, le phénomène le plus singulier qui se manifeste en ce pays, et qui me paraît également causé par la raréfaction de l'atmosphère, c'est la pénétration instantanée et irrésistible du corps humain par le froid. »

Si donc cette raréfaction de l'atmosphère est une cause prédisposante aux épanchemens des humeurs et à la pénétration rapide dans l'organisation des changemens de température, par contre, la pression de l'atmosphère doit produire et produit, en effet, des résultats diamétralement opposés, ce que nous avons surabondamment prouvé dans notre travail sur les bains de mer.

Maintenant ajoutons à ces heureuses conditions thérapeutiques de la pression propre à l'air de la mer, celles de son milieu toujours le même, sans aucune de ces alternatives brusques de chaud et de froid, de sécheresse et d'humidité si funestes à ces tempéramens lymphatico-nerveux, à ces constitutions délicates, triste apanage des personnes atteintes de phthisie ou prédisposées à cette cruelle affection, et l'on concevra aisément, sans entrer dans de plus grands détails, l'avantage pour ces personnes de passer plus ou moins de temps dans un tel milieu, sans toutefois qu'il soit permis de négliger l'emploi des moyens que l'hygiène, la diététique et la matière médicale fournissent pour combattre cette affection.

Du reste, n'est-ce pas à ce milieu spécial que doivent leurs belles et robustes santés les matelots qui vivent continuellement sur la mer? Aussi le docteur Johnson et la plupart des médecins anglais ont-ils toujours vanté les voyages maritimes comme traitement préservatif de la phthisie.

Il existe cependant, à ce sujet, une opinion que nous croyons devoir réfuter, et que le docteur Ginieys formule en ces termes, page 165 :

« Dujat pense que cette thérapeutique de la phthisie pulmonaire a son succès moins dans la respiration des molécules salines et autres émanations de la mer, que dans ce nouveau genre de vie que prend généralement le malade.

» Il est certain que le voyage par lui seul présente déjà des avantages; il secoue la paresse, modifie les habitudes, chasse l'ennui ou la tristesse, exige plus d'exercice et augmente l'appétit et le sommeil. »

Lorsqu'on veut bien se rendre compte de la manière d'être et de vivre des matelots, dans les voyages de long cours, on doit arriver à une explication diamétralement opposée au sujet de leur santé si bonne généralement.

En effet, la vie du matelot et du marin à bord n'est pas aussi pénible et fatigante qu'on veut bien le dire; elle est bien plus triste et monotone que récréative; la nourriture n'est rien moins que succulente; l'eau, pour boisson, est parfois assez mauvaise; l'endroit où sont entassés leurs hamacs est très étroit et peu aéré : toutes ces causes débilitantes seraient capables de produire le scorbut, plus souvent que cela n'arrive, si l'action éminemment tonifiante de l'atmosphère maritime n'était là pour les modifier sensiblement à l'avantage de la santé de l'homme qui vit dans le milieu le plus riche en iode et brôme, substances au sujet desquelles le docteur Lunier (UNION MÉDICALE, 21 novembre 1854) s'exprime en ces termes : « Je crois que l'iode et le brôme jouent, dans le développement de l'organisme, un rôle qu'on n'avait pas encore soupçonné, et, qu'en faisant abstraction des pays où le goître et le crétinisme sont endémiques, on ne tardera pas à constater, en marchant sur la belle voie ouverte par le docteur Chatin, qu'en général le développement physique et peut-être intellectuel des populations, je dis moi comme conséquence naturelle et inévitable, est en raison de la proportion d'iode et de brôme contenue dans l'air et les eaux des localités qu'elles habitent.

Du reste, M. Geoffroy Saint-Hilaire a fait observer que les races d'hommes de la plus haute taille habitent les archipels ou tout au moins les côtes maritimes, dont l'atmosphère est plus iodurée que celle de l'intérieur des terres, et dont les populations se nourrissent plus particulièrement d'alimens riches en iode.

D'après ce qui précède, ne sommes-nous pas en droit d'avancer que nous avons, dans cette lettre, atteint le but que nous nous étions proposé, celui d'expliquer la part d'influence que peut avoir l'atmosphère maritime dans les faits de guérison de phthisie pulmonaire ?

Il nous paraît aussi que cette explication nous autorise à conclure que la thérapeutique doit désormais baser, sur ces résultats, une méthode de traitement dont l'efficacité dépend : 1° de la température moyenne et uniforme de l'air atmosphérique; 2° de la constitution chimique analogue à celle des médicamens qui, jusqu'ici, ont eu le plus de succès dans le traitement de la phthisie; 3° de la pression atmosphérique qui, rendant plus complets les phénomènes de l'hématose et de la nutrition, imprime à l'économie une impulsion vitale capable de réagir contre les causes délétères d'un milieu spécial, et contre celles qui proviennent de l'hérédité.

(La suite prochainement.)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

RÉPONSE AU DISCOURS DE M. BOUSQUET ;

Par M. PIORRY.

Messieurs, avant de répondre au discours de M. Bousquet, j'éprouve le besoin de le remercier d'avoir élevé le mémoire que j'avais eu l'honneur de lire devant l'Académie à la hauteur d'une question de doctrine. J'aurais désiré, pour M. Bousquet, qu'il y eût plus plus d'aménité dans son œuvre. Il a jugé convenable de répondre par des paroles incisives aux éloges très bienveillans que j'avais fait des quelques expérimentations auxquelles il s'était livré, après M. Fiard, sur la vaccine. Je lui laisse la responsabilité de son langage et ne le suivrai que dans la discussion.

Suivant M. Bousquet, je serais spiritualiste en physiologie, et il a raison de le croire; car, peut-être plus que lui, je suis le défenseur de cette grande pensée : que l'âme, sous l'influence divine, est le promoteur de la formation organique; mais cette conviction ne me conduit pas plus en physiologie qu'en pathologie à admettre que l'action ou la fonction est primitive à l'organe, ou que c'est l'action et non pas la molécule matérielle que l'hygiéniste ou le pathologiste doit chercher dans tel ou tel cas à utilement modifier. Loin de là : qui dit organe, dit instrument; qui parle de fonction, parle d'actes accomplis par des organes. On n'agit pas plus sur l'âme avec des alimens ou de l'oxygène que par de l'éther ou du musc.

Quand on admettrait des propriétés vitales distinctes de l'âme, on ne les influencerait en santé comme en maladie que par la médiation organique. C'est ainsi qu'en physique on ne modifie les résultats de la pesanteur, de l'élasticité, ou la marche et le développement de l'électricité et de la lumière qu'en agissant sur des corps plus matériels que ces propriétés physiques ou que ces agens impondérables.

Très logique dans mes opinions, la physiologie et la pathologie ont pour moi des lois identiques, et se prêtent à des raisonnemens et à des explications découlant d'une même source.

M. Bousquet se proclame vitaliste, spiritualiste en tout et partout; mais de quel spiritualisme veut-il parler? Est-ce de celui de Stahl, qui admet une âme, sentinelle vigilante, agissant continuellement pour défendre le corps humain et pour diriger utilement les phénomènes morbides? Est-ce du principe vital de Barthez distinct de l'âme rationnelle? Est-ce des propriétés vitales de Bichat, des forces de Chaussier, de l'irritabilité hallérienne, des impondérables de M. Christophe, du magnétisme animal, de l'influence occulte du démon conduisant à la sotte croyance des esprits frappeurs?

Si M. Bousquet peut bien définir le vitalisme pathologique, il rendra un grand service, je ne dis pas à la science, mais à la polémique, car il nous apprendra ce que veulent dire tant de gens lorsqu'ils parlent de doctrines vitalistes différentes des nôtres, doctrines qu'en vérité ils seraient bien embarrassés de formuler.

Ils se proclament hippocratistes; mais qu'ils s'expliquent d'abord sur leur hippocratisme!

Si le grand auteur (qui n'est peut-être que la réunion de médecins nombreux qui portent collectivement le nom d'Hippocrate) venait à ressusciter, il vous dirait : « Observez des malades comme je le faisais, » mais expérimentez comme le veut la science de votre temps; une » semblable facilité ne m'était pas donnée; mon mot *physis* était une » expression en rapport, non pas avec les hypothèses correspondantes » aux vôtres, non pas à votre système, mais avec l'idée toute simple » de l'organisation en action et développant des phénomènes dont la » succession, souvent utile, est trop fréquemment nuisible. »

Si l'on doit juger de la valeur d'une doctrine par le nombre et par l'importance des découvertes auxquelles elle a conduit, en vérité, les opinions dites hippocratiques en auraient bien peu. Ceux qui cachent sous cet adjectif le vide de leur science savent, il est vrai, faire des phrases à perte de vue sur la philosophie médicale, sur la puissance de la vie, sur la vitalité, sur la matière, la force médicatrice; mais il ne sortent guère d'un cercle d'idées vagues et mal précisées. Quand par hasard quelques-uns d'entr'eux viennent à faire progresser la science, c'est en désertant leur drapeau, c'est en faisant, comme M. Bousquet après M. Fiard, de l'expérimentation, de l'anatomisme, en un mot, de la médecine au point de vue de l'organisation.

Il est facile d'appeler philosophie grossière et bornée, cette haute méthode scientifique et cartésienne qui s'en rapporte surtout aux faits appréciables et à l'observation rigoureuse pour fonder la science et qui ne se livre pas à des spéculations et à des conceptions fantastiques. Mais il est assez difficile, en médecine, de s'y conformer. Ce n'est pas dans le calme et le *dulce otium* de la bibliothèque qu'on découvre et que l'on établit les faits et les découvertes; c'est dans les hôpitaux, dans les amphithéâtres, dans les laboratoires que l'on arrive à puiser des connaissances et des idées pratiques et solides. Il est aisé à ces théoriciens d'aligner des phrases plus ou moins correctes et de les aiguiser même par quelques saillies qui visent à l'esprit, mais ce n'est pas là de ces travaux scientifiques qui restent, ni de ces choses qui peuvent porter le moins du monde atteinte aux résultats rigoureux de l'observation. Il est fâcheux que l'on perde son temps à disserter avec force citations, quand on pourrait utiliser son intelligence à des travaux pratiques utiles.

C'est l'action vitale, dit-on, dont il faut avant tout tenir compte; mais cette action vitale n'est-elle pas en rapport avec la structure? Pouvez-vous agir sur elle autrement qu'en modifiant celle-ci? Cette structure n'est-elle pas organique? Comprenez-vous une action sans un corps agissant au moyen d'organes?

Je mets au défi qui que ce soit d'indiquer en dehors des moyens moraux une médication quelconque qui agisse sur les forces, sur la vie, sur les propriétés vitales, etc. Aussi M. Bousquet est-il forcé de faire cet aveu : « Que, médicalement parlant, il n'y a que des organes dans » le corps humain. »

Mais voici que notre collègue, oubliant tout aussitôt cette énorme concession, s'appuie de l'autorité de Broussais pour établir que c'est dans l'*action vitale que les maladies ont leur racine.*

Il y ajoute même, comme confirmation, les opinions de notre honorable collègue et ami, M. Bouillaud, qui pourrait bien ne pas être tout à fait de cet avis.

Quand vous admettriez des modifications dans les forces vitales, qui seraient les *racines des maladies*, vous n'en seriez pas moins réduits à agir sur les organes, car vous ne trouveriez pas d'instrumens qui pussent parvenir à couper ces mêmes racines.

Votre théorie serait donc sans portée aucune. Les partisans des explications vitalistes saignent, purgent, émétisent, irritent le derme, etc., etc., et tout cela, suivant eux, dans l'intention d'influencer l'action vitale; mais, en fait, c'est à l'organisme seul qu'ils s'adressent.

Vous citez Broussais, cher collègue; mais c'est précisément parce que le chef de l'école dite physiologique avait admis des forces, des propriétés primitives, qu'il avait été conduit à établir sa théorie de l'irritation préexistente à l'inflammation, et qui subsistait, alors que la cause irritante avait cessé d'agir. Cette théorie malheureuse, que logiquement on ne peut défendre, a fait couler inutilement bien du sang, elle a causé bien des tortures dues à l'application de sinapismes, des vésicatoires ou des moxas. Elle a fait périr bien des gens par l'inanition et par l'anémie.

De ce que nous avons rendu justice au génie de Broussais et à ses importans travaux, nous n'avons pas été ses séides, et à peine étions-nous ses disciples. L'hypothèse des forces vitales a conduit aussi à laisser mourir les malades par l'influence de la diète absolue prescrite dans l'intention de ne pas troubler l'effort curatif de la nature. Elle a permis de ne pas examiner, sous prétexte d'inutilité, l'état matériel d'un malade, de s'inquiéter à peine du diagnostic; c'est elle qui a fait administrer pour seuls médicamens des pilules de mie de pain inoffensives, de l'eau pure ou des globules infinitésimaux. Elle a conduit à cette annulation de toute thérapeutique au moment où un diagnostic attentif aurait fait constater l'existence de lésions auxquelles aurait facilement remédié l'administration de purgatifs, d'iode ou de quinine.

Admirateur de Bichat, élève de Roux, j'ai commencé mes travaux sous des inspirations vitalistes; si vous en voulez la preuve, veuillez lire les articles PROPRIÉTÉS VITALES, PHYSIOLOGIE, etc. du *Dictionnaire des sciences médicales*; j'ai toujours pensé que le magnifique arrangement de nos organes, œuvre véritablement divin, est tel, que la plupart des lésions se guérissent spontanément; ce qui n'implique pas le moins du monde l'existence d'un principe vital distinct de l'âme. (Voyez ma thèse pour l'agrégation, en 1823, intitulée : *An omnes morbi sanabiles sanandi?*)

C'est par la force des faits et par des études consciencieuses et suivies, c'est sans tenir à des opinions préconçues, qu'il m'a été impossible de ne pas renoncer aux séduisantes abstractions dites force et action vitale, et m'en tenir aux faits organiques et à leur interprétation rigoureuse. Il a fallu aussi bien des mécomptes théoriques, bien des déceptions en pratique, bien des doutes et des obscurités dans mon esprit, peut-être un peu de courage, pour que je me sois décidé à remplacer l'idée de la maladie unitaire dont j'étais parti par la doctrine des états organo-pathiques.

Pour prouver que la lésion n'est pas tout, notre collègue nous dit qu'il y a des maladies qui, telles que la variole ou la syphilis, naissent de germes, de fermens; que ceux-ci prennent possession de l'économie et ne la quittent qu'après avoir reproduit d'autres germes qui en assurent la reproduction à perpétuité. Est-ce que personne a nié cela? Est-ce que je n'admets pas l'existence du virus variolique? Et n'ai-je pas consacré dans la nomenclature une particule spéciale *iose* pour désigner les virus ou les miasmes? Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est de voir M. Bousquet ne pas considérer ces virus, ces miasmes, ces ioses pénétrant dans l'économie, comme étant matériels, comme touchant en quelque sorte à la lésion, et s'identifiant avec elle. Une hydatide initiale est bien un germe, une sorte d'œuf; elle existe dans l'économie; elle est on ne peut pas plus matérielle; en se formant dans les tissus, en s'y développant, elle donne lieu à une lésion très physique.

Dès l'instant où celle-ci a lieu, il y a organe malade, et certes ce n'est pas l'action vitale qui, d'abord, est altérée, mais c'est l'organe dont les molécules sont modifiées par l'hydatide. Ainsi en est-il d'un virus ou d'un germe morbide quelconque. Celui-ci n'est pas la maladie, il en est la cause. M. Bousquet, avec tant d'autres, confond cette cause avec le mal auquel elle donne lieu.

Pour beaucoup, la syphilis, la petite-vérole, la morve, etc., ne sont autres que les virus qui produisent les altérations, et cela est si vrai qu'on ne leur a pas donné d'autres noms que celui de l'ensemble des accidens qu'ils causent, et qu'il faut, dans le langage vulgaire, au moins deux mots pour les spécifier.

Il n'est que trop facile de comprendre qu'il y a des maladies et des organes malades, et que l'ensemble des lésions et des troubles de fonctions constitue ce que l'on appelle maladie. Là n'est pas la difficulté; elle gît dans la particularisation, l'individualisation, en quelque sorte, de ce que l'on dit être une maladie.

Si l'on consulte les auteurs qui ont cherché à exprimer ce en quoi elle consiste, on trouve autant de définitions que d'écrivains. Il n'y a pas deux nosologies, deux articles de dictionnaire qui en donnent de semblables, soit pour la maladie en général, soit pour chaque maladie en particulier. C'est ce dont on peut se convaincre en lisant les documens que le très savant M. Littré a recueillis à ce sujet.

Il a été impossible à ceux qui ont voulu classer les maladies, de les séparer nettement les unes des autres et de les circonscrire dans un cadre symptomatique. Il n'en pouvait être autrement, car, avec quelques phénomènes en plus ou en moins, on constituait une maladie différente. Les auteurs ne se sont accordés ni sur les noms, ni sur les caractères, ni sur le nombre des maladies.

On ne sait pas plus ce qu'était la cardiacie de Cœlius, que l'on ne peut préciser ce que l'on entend de nos jours par rhumatisme. L'un assigne à l'épilepsie tel caractère et veut, pour qu'elle existe, qu'il y ait perte de souvenir de ce qui se passe pendant l'accès, tandis que l'autre regarde les auras comme le petit mal épileptique. La fièvre typhoïde de ceux-ci n'est pas l'affection typhoïde de ceux-là. Cherchez, si vous

le pouvez, à bien déterminer ce que l'on entendait par fièvre hectique, *synoque putris et imputris*, fièvre maligne, ataxique, ou encore ces innombrables fièvres de noms si divers et si barbares décrites dans les ouvrages dits classiques depuis les temps les plus reculés jusqu'à la fièvre typhoïde, et vous verrez que dans une telle logomachie, représentant un tel chaos, il n'y a ni science possible, ni moyen de se comprendre.

Pour sortir de cet imbroglio de la maladie, on a établi pour chacune d'entre elles des classes, des genres, des sous-genres, des espèces ; et, pour certains médecins, c'est l'espèce qui devient le genre, tandis que pour d'autres, chaque genre et chaque sous-genre devient une maladie spéciale, etc.

Sauvages veut sortir de ce dédale, et il ne trouve rien de mieux à faire que d'instituer presque autant de maladies qu'il y a de symptômes ; il en compte près de deux mille, et il eût été tout aussi fondé à en admettre dix mille, vingt mille et davantage ; tandis que Cullen et même Pinel en réduisent infiniment le nombre.

A mesure que la science s'est fondée de plus en plus sur l'anatomie, la maladie s'est confondue pour beaucoup avec la lésion, et cela alors que d'autres, croyant l'élever à une philosophie transcendante placèrent la maladie en dehors des organes.

La collection de symptômes dite apoplexie des anciens médecins, est pour les modernes une maladie constituée par une hémorrhagie cérébrale. Enfin, tout dans l'étude de la maladie unitaire à laquelle on assigne une invasion fixe, si souvent douteuse, des périodes déterminées qui sont ordinairement très variables, une terminaison arrêtée par avance, alors que fréquemment elle se modifie de mille façons, tout, dis-je, est incohérence, hypothèse, convention tacite, et le traitement de cette *individualité maladie* devient plus incertain encore que la pathogénie en est obscure et embrouillée, le diagnostic des lésions est secondaire ; l'anatomie pathologique y devient un luxe inutile, et, suivant les nosologistes pur sang, c'est faire du roman que de se livrer à de hautes applications physiologiques à la pathologie.

Et voyez, à fin de compte, où conduit l'idée de l'unité maladie ; c'est à faire une thérapeutique qui n'a plus pour base que les lésions d'organes considérées dans leurs rapports avec leurs causes, leurs degrés et leur nature, mais à traiter des unités morbides désignées par un nom, et cela au moyen d'un traitement unique comme elles.

De là un empirisme irrationnel, qui, additionné statistiquement, fait arriver le plus souvent à la négation de toute action curative de la part du médecin.

Ce résultat était inévitable, car, sous le nom de la même maladie, on embrasse une multitude de cas divers qui présentent les indications les plus différentes. Aussi, voyez comment M. Bousquet veut qu'on traite la variole ; il ne trouve rien de mieux à faire que d'administrer, contre cette affreuse maladie, des pommes de reinette et de l'eau fraîche, comme l'avait fait certaine femme du monde, qu'il dit être citée par Boerhaave et par son érudit commentateur.

Il ne manquerait plus, pour couronner cette thérapeutique hardie de M. Bousquet, que d'ajouter à ce grand moyen deux globules homœopathiques.

Un mémoire essentiellement pratique se rattachait à presque toutes les phases et aux états divers que la petite vérole peut présenter. Il avait pour but de remédier à un très grand nombre des accidens qui surviennent pendant la durée de ce mal. Le mémoire dont il s'agit, fruit d'expérimentations continuées pendant vingt ans, a été lu devant l'Académie. On devait s'attendre à une discussion approfondie sur le côté utile et clinique de la question, et que l'on chercherait à apprécier le degré d'importance des faits énoncés par l'auteur. Ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées. On a fait de la théorie, de la doctrine, et l'on a laissé presque complétement de côté les applications pratiques.

Il a été un temps où les empiriques reprochaient aux organiciens de ne pas s'occuper de thérapeutique ; aujourd'hui, les organiciens font beaucoup plus justement le même reproche aux phraséologues et aux naturistes.

Aux yeux de ces derniers, il doit être en effet bien inutile de s'occuper des moyens de guérir, puisqu'ils pensent que la nature fait tous les frais de la curation ; si ces vitalistes exclusifs avaient réfléchi : que les fièvres d'accès ne cessent spontanément d'avoir lieu que d'une manière bien lente et très incertaine, tandis que le sulfate de quinine donné à doses convenables, fait dissiper brusquement et la fièvre et la splénopathie qui la cause ; que la pneumonite initiale qui menace de mort est souvent combattue tout d'abord avec succès par les fortes saignées qui remédient si promptement aussi à la congestion sanguine du foie, etc., etc., si l'expérience des hôpitaux et le diagnostic organique avaient appris tout cela à ces écrivains, à coup sûr ils auraient plus de confiance dans la médecine dont l'étude ne se fait guère qu'au lit du malade et qu'avec l'expérimentation.

Que si je m'élève ainsi contre ces idées exagérées qui, indépendamment de l'influence de l'âme sur l'organisation, ont supposé un principe vital, des forces vitales, etc., c'est qu'elles seules peuvent donner quelque poids à la supposition de l'unité maladie que Broussais le premier a eu l'honneur de nier en s'écriant qu'il n'y avait que des organes malades et non pas des maladies.

Dans les doctrines organiques, c'est vraiment un non sens que d'admettre une succession régulière et invariable de symptômes sous le nom de maladies, puisque c'est dans ces mêmes doctrines la lésion et non pas les actes phénoménaux, d'ailleurs si variables, qui joue le plus grand rôle pathologique.

Si l'on prend au hasard quatre malades dans un hôpital, et si l'on veut déterminer qu'elle est la maladie du cadre nosologique à laquelle on peut rapporter les accidens qu'ils éprouvent, on ne tarde pas à voir qu'il est à peu près impossible de le faire. Supposez, par exemple, que l'un soit atteint de pleurésie, le second d'ictère, le troisième de phthisie tuberculeuse, le quatrième d'apoplexie, on va trouver, si l'on examine avec soin les souffrances et les organes de ces pauvres gens, qu'il y a une foule d'états variés qui ne rentrent en rien dans le tableau que les nosologistes tracent des affections dont il s'agit. Très ordinairement même une lésion, d'abord secondaire, et qui n'avait aucune connexion avec le mal primitif, prend un tel développement et une telle importance qu'elle devient le point de départ des indications de traitement : souffrance de l'estomac ou de l'intestin ; accumulation d'urine dans la vessie ; splénopathie avec accès périodique ; congestions sanguines hypostatiques dans les poumons ; accumulation de mucosité écumeuse dans les bronches, etc. Tous ces accidens, toutes ces circonstances organiques qui menacent la vie ne font pas partie de la maladie que l'on admettait, et ce sont elles qu'il faut bientôt combattre, ou sans cela le mal devient plus terrible ou même mortel. On ne pourra se tirer de cette difficulté en nosologie qu'en admettant que vingt maladies existent à la fois chez le même individu, ce qui serait insoutenable. La pratique plus encore que la théorie fait donc justice de l'unité morbide.

Je conviens avec M. Bousquet qu'il est infiniment commode de désigner par un nom de maladie toute une série de phénomènes qui se lient entre eux et constituent un ensemble. La preuve que cette manière de considérer les faits en médecine est plus simple et se présente tout d'abord à l'esprit, c'est que telle a été la méthode de tous les temps, la méthode que l'on suit en général encore et que la raison, la vérité ne feront pas abandonner de longtemps.

Écrire sur une feuille de diagnostic : fièvre typhoïde, rhumatisme, scrofules, phthisie est si aisé, appliquer contre ces maladies un traitement spécial se fait avec si peu de peine ; étudier, au contraire, avec un soin extrême et au moyen de toutes les méthodes positives connues, les innombrables états pathologiques existant chez les malades présente tant de difficulté, qu'il n'est pas étonnant que le plus grand nombre s'en tienne encore à l'étude de la maladie unitaire. Mais autre est de suivre les routes battues pour s'épargner du travail, de l'étude, du temps ; autre est de marcher dans un sentier plus pénible et qui conduit au but que le médecin se propose d'atteindre : le salut du malade et le progrès de la science.

Or, je déclare hautement que le progrès véritable exige qu'en pratique on oublie la maladie pour s'occuper des altérations organiques qui existent, des causes plus ou moins directes qui les ont produites ou qui les entretiennent, de leur corrélations, des modificationss que les lésions peuvent journellement présenter, des indications diverses qui résultent de cette étude complexe, en un mot que l'on suive la méthode que je propose et non pas celle que l'on suit généralement.

Combien de fois ne m'a-t-on pas dit : « Au lit du malade votre doctrine est bonne, elle y est même extrêmement utile, mais votre pathologie et vos théories ne sont pas acceptables. » — A cette allégation voici ma réponse : si ma pratique est bonne, ma théorie l'est aussi, car l'une et l'antre concordent de la manière la plus rigoureuse, et l'on peut dire que la première est logique avec la seconde ; tout au contraire, ceux qui font dans leurs écrits des théories unitaires, de la nosographie, ne manquent pas au lit du malade d'étudier chaque organe en particulier et cela bien que trop souvent leur examen soit très incomplet. Il résulte de là que leur pathologie est mauvaise, puisqu'elle n'est pas d'accord avec la clinique.

Ces ensembles de phénomènes maladies que M. Bousquet veut réunir par des mots consacrés par l'usage, n'existent pas toujours les mêmes ; ce n'est guère que dans les maladies de causes virulentes ou miasmatiques qu'il est possible de s'en faire une idée juste. Ailleurs, ces ensembles, comme cela est vrai du rhumatisme, des scrofules, de la dyspepsie, etc. sont on ne peut pas plus arbitrairement formés, et c'est en rapprochant des choses aussi disparates que l'on parvient à les édifier. Voyez même la variole, maladie toute virulente qu'elle est, eh bien ! on pourrait, comme je l'ai dit, en admettre dix espèces dans chacune desquelles les caractères, c'est-à-dire les états organopathiques, les symptômes au point de vue de leur marche, de leur gravité et du traitement par lequel on doit les combattre, ont à peine de l'analogie.

Je pourrais exposer une infinité d'autres raisons qui doivent éloigner de l'unité morbide ; mais cette réponse, malgré tous mes efforts pour être court, est démesurément longue, et après avoir démontré que ce n'est pas sans de graves raisons que je n'admets pas les individualités morbides, je vais défendre la méthode que j'ai cru devoir suivre en pathologie et en clinique, méthode qui, en pratique, conduit au positivisme, à la clarté des idées et enfin au succès.

Mais M. Bousquet ne veut pas que le médecin puisse être utile ; c'est toujours, pour lui, la nature qui, seule, peut avoir ces succès. M. Piorry, dit-il, s'abuse comme tant d'autres, et s'il se fût borné, ainsi que le prescrivait certain testament hippocratique, à donner du petit-lait, de l'eau d'orge et des pommes cuites, ses malades n'en seraient pas moins parfaitement guéris. M. Bousquet ne peut s'exprimer ainsi que parce qu'il aura lu trop rapidement mon travail.

Comment ? Je fais placer dans la variole sur un seul bras, sur une seule joue, des moyens abortifs, et les pustules ne s'y développent pas ! Sur les points correspondans du corps de l'autre côté, on ne fait rien, le développement est complet ; et je n'aurais pas réussi à prévenir la manifestation des pustules ? Plus de cinquante malades sont morts sous mes yeux dans la variole, alors que de la salive et des mucosités écumeuses remplissaient le pharynx et la trachée ; chez une femme qui avait le râle des mourans et qui allait expirer, j'ouvre le conduit de l'air, tous les accidens se dissipent à la suite de l'expulsion d'une énorme quantité de liquide écumeux, l'asphyxie n'a pas lien ; la malheureuse vécut pendant trente-six heures dans un excellent état et ne mourut que parce que la canule se boucha et se déplaça ; et voici que notre bienveillant confrère appelle cela un revers et semblerait presque m'accuser de la mort de cette malheureuse ! Comment ! l'ouverture des pustules pleines de pus fait dissiper du jour au lendemain l'engorgement des mains, tandis que de l'autre côté, où rien de semblable n'a été fait, ces parties sont excessivement rouges et enflammées, et voici que M. Bousquet nie un semblable résultat ! En vérité, cela est difficile à comprendre ; mais, ce qui ne l'est pas moins, c'est que notre confrère, qui doit au moins avoir vu quelques pustules remplies de pus ouvertes par accident, puisse dire qu'il en résulte une plaie qui augmente les tortures des malades, alors que la cicatrisation suit presque immédiatement et sans douleur l'ouverture des boutons varioliques remplis de fluide purulent !

Si les preuves de l'utilité d'une pratique n'existent pas ici d'une manière absolue, je ne sais en vérité comment il sera possible d'en avoir jamais.

Mais laissons de côté toutes ces allégations pour revenir à l'argumentation relative aux états pathologiques.

Tout en critiquant la doctrine de ces états pathologiques M. Bousquet veut bien m'accorder le mérite d'avoir compris l'*excellence des opinions de Bordeu, relatives aux élémens des maladies* ; seulement, il me reproche d'avoir *un peu dévié* de la *méthode du médecin de Montpellier* et d'avoir indéfiniment multiplié les états morbides primitifs. Mais, d'une part, je déclare que je n'avais pas lu les écrits de Bordeu, alors que j'ai conçu la décomposition des maladies en souffrances élémentaires et que c'est seulement avec quelque satisfaction qu'il m'a été donné plus tard de trouver de l'analogie entre les opinions de ce grand médecin et les miennes. Si M. Bousquet *nous avait bien lu l'un et l'autre*, il aurait bien vu l'immense différence qui existe entre nos manières de voir respectives. Non, Monsieur Bousquet, de votre aveu même, je n'ai pas fait de *larcin* ; car il ne peut y avoir de *larcin* alors que l'on avoue des analogies d'idées entre un auteur qui a écrit antérieurement et ses propres pensées. Le mot *larcin* était, à tous les points de vue possibles, plus désobligeant que juste.

La différence entre Bordeu et moi porte sur les espèces d'élémens que nous admettons sur la maladie. Le médecin de Montpellier les voit dans certaines collections symptomatiques, telles que : les états inflammatoire, bilieux, catarrhal, nerveux, etc., etc., états dont la plupart ne supportent pas l'examen clinique et anatomique ; tandis que je ne fais reposer l'existence des états organo-pathiques que sur des faits le plus souvent matériels et irrécusables, et, par exemple, sur des altérations appréciables et déterminables par les moyens physiques de diagnose, soit dans la situation, le volume, les formes, soit dans la structure, la contenance, etc., des organes, soit même dans la composition des liquides. Aussi, cette différence dans le positivisme pathologique s'étend tout d'abord à des différences dans la certitude des indications thérapeutiques. Pour n'en citer que quelques exemples, je choisirai précisément ceux qui sont critiqués par M. Bousquet :

1° Sur 100 cas de fièvre intermittente 95 fois la rate est volumineuse, et l'expérience a appris que le sulfate de quinine à la dose d'un gramme ramène très promptement cet organe à l'état normal et prévient le retour des accès ; donc, en général, et sauf des contre-indications, quand la rate sera volumineuse il sera convenable de donner du sulfate de quinine ;

2° Les noyés meurent parce qu'ils ne respirent pas, attendu que de l'eau qui devient écumeuse se trouvant dans les bronches y empêche l'abord de l'air ; le même fait a lieu dans la strangulation incomplète et lors du râle de l'agonie. Donc, quand le conduit aérien se remplira d'écume, il faut chercher à faire expectorer, dût-on pour y parvenir ouvrir le conduit aérien, opération qui fait frémir M. Bousquet beaucoup plus que les chirurgiens versés dans la pratique, ou que les médecins qui, comme Bretonneau l'ont trouvée si utile dans le croup, ou enfin que M. Blache, qui m'a assuré l'avoir récemment prescrit chez l'enfant dans des cas de petite-vérole.

En vérité, je ne sais pas si notre collègue pourrait nier l'utilité de cette manière d'interpréter les faits ; mais ce que je sais, c'est qu'il s'élève contre l'admission d'autres états pathologiques reconnus unanimement par l'école moderne. Eh quoi ! pour nous servir des périphrases vulgaires : le trop du sang ou pléthore sanguine n'est pas une circonstance positive et qui conduit à l'emploi des moyens propres à diminuer la masse des liquides en circulation ? Le défaut de sang n'est pas un fait appréciable, déterminé et qui engage le praticien à n'en pas tirer, mais à réparer les pertes par un bon régime ?

Quoi ! le défaut d'oxygénation du sang n'est pas une condition organique très positive et qui exige que l'on favorise à tout prix la respiration ? Comment ! la présence de la couenne, du pus, de la bile, de l'urine dans le sang qui circule, ne constitue pas des états organopathiques que la chimie, la clinique constatent et qui sont la source des plus utiles indications ? Quoi ! il n'en serait pas ainsi de la pénétration dans l'appareil circulatoire des matières putrides, des poisons de diverses sortes, des virus de la variole, de la morve, de la matière cancéreuse ou tuberculeuse ? Mais, Monsieur Bousquet, c'est bien vous qui êtes ici tout seul de votre avis ! Vous oubliez, car il est impossible, bien que vous vous soyez borné à jeter les yeux sur mon livre ou à le parcourir, que vous n'ayez pas lu les travaux de Gaspard et de Magendie, d'Ollivier, de MM. Bouillaud, Andral et Gavarret, des grands chirurgiens modernes, car ces auteurs et presque tous les modernes ont fait entrer dans la science, comme états pathologiques positifs, les altérations du sang que j'admets, et que vous considérez comme des hypothèses. Ils ont même fait plus, ils ont commis à vos yeux le crime irrémissible d'avoir accepté pour les altérations du sang, les termes : panhyperémie, hypémie, hydrémie, pyémie, septicémie, etc., et vous devez élever votre colère non seulement jusqu'à moi, mais jusqu'au plus grand nombre des écrivains de nos jours.

Les états pathologiques dont le sang ou les organes sont susceptibles sont en effet innombrables, comme le dit M. Bousquet. Il en est beaucoup parmi eux qui n'ont pas d'importance théorique, et dont en conséquence il n'est pas utile de tenir compte ; ceux-là, seuls, doivent entrer dans le domaine actuel de la pratique, qui, étant la source d'indications, consistent en des circonstances d'organisation ou de composition révélées soit par des moyens physiques, soit, quand ils font défaut, par l'étude des causes, de la marche, des symptômes, soit enfin par des considérations rationnelles et analogiques. On ne peut pas considérer comme états pathologiques des groupes de symptômes mal définis et qui peuvent chacun être liés à des circonstances organiques très variables. C'est ainsi que la toux, la dyspnée, la dyspepsie pas plus que les états bilieux, catarrhal, etc., fussent-ils influencés par les constitutions médicales admises par Sydenham et par ses copistes, ne peuvent être considérés par eux-mêmes comme des sources positives d'indications, et partant comme des états pathologiques.

Ainsi, dans les doctrines que je professe, rien n'est livré au hasard, et le champ de l'hypothèse doit être rétréci le plus possible. Les élémens des maladies n'y sont pas non plus isolés. J'étudie les connexions, les rapports des uns avec les autres, je ne les isole que pour l'analyse, ce qui ne m'empêche pas de m'élever à la synthèse. Oui, sans doute, je cherche à tracer à part les caractères étiologiques, pathologiques, et les indications que présente tel état organique, et j'en fais autant pour tel

autre état considéré en particulier ; mais, après cette étude approfondie je me sers de toutes les données relatives aux causes, aux fonctions et aux inductions qui m'ont connues pour comprendre la filiation existant entre les états organopathiques observés. Ainsi, par exemple, l'étude des croûtes suites de la formation des pustules, celle de la dermite, ne m'empêchent pas de rechercher les rapports qu'elles peuvent avoir avec l'altération du sang par le virus variolique. Ceux qui veulent bien lire mon traité de médecine pratique et non pas seulement le parcourir, seront convaincus que je n'isole pas absolument les états organopathiques, qui ne sont pour moi que des lettres pathologiques destinées à former des mots; mais ces mots (qui sont les maladies) me paraissent être très rarement semblables, et cela parce que les lettres qui les forment varient pour chacun d'eux et pour chaque individu, en nombre, en espèce, en degrés et en importance. En un mot, ma synthèse est physiologique et non pas nosographique. Elle n'arrive pas à former *une unité maladie* mais à comprendre l'état complexe, local et général que présente un malade.

Mes idées peuvent être ainsi formulées : un homme malade diffère d'un homme en santé par des circonstances d'organisation. Il faut pour traiter convenablement cet homme, constater autant que possible, quelles sont ces circonstances, sous l'empire de quelles causes elles se sont développées et entretenues, rechercher leur marche, prévoir leur danger et établir d'après le bon sens, la science et l'expérimentation clinique ce qu'il convient de faire pour y remédier. Loin que je sois un localisateur exagéré, je crois aux maladies générales qui sont représentées par moi par les altérations que le sang éprouve, car ce liquide portant partout les élémens nutritifs ne peut être considéré comme étant localement malade dans un seul lieu.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Février 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

La correspondance officielle comprend dix communicatinns du ministre de l'agriculture et du commerce :

— Un rapport du docteur CHEVANCE, médecin des épidémies de Vassy, sur la suette qui a régné dans cet arrondissement. (Comm. des épidémies.)

— Un rapport du docteur CHABRIS, sur le choléra qui a sévi dans l'arrondissement de Sisteron.

— Une relation du choléra à Betin-Baroche (Seine-et-Marne), par M. DEROY, officier de santé.

— Une autre du choléra de Digne, par le docteur FRUCHIER.

— La formule d'une mixture anticholérique de M. MARTIN. (Comm. du choléra de 1854.)

— La recette d'un médicament auquel le sieur RAGELLA, négociant à Mayence, attribue la propriété de guérir le choléra.

— Divers remèdes proposés par la dame LECHEVANTON, contre diverses maladies.

— Une recette du sieur CHABERT, instituteur suppléant, pour guérir l'*hydrophobie* et l'*hydropisie*. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Une demande adressée au même ministre à l'effet d'être autorisé à exploiter les eaux minérales de la commune de Miers (Lot), accompagnée de vingt bouteilles de ces eaux. (Com. des eaux minérales.)

— Le tableau des vaccinations faites dans les divers arrondissemens de Paris, en 1853.

La correspondance non officielle comprend les pièces suivantes :

— Une lettre du docteur HEYFELDER, datée de Munich et accompagnant l'envoi de plusieurs ouvrages de cet auteur.

— Un mémoire intitulé : Recherches pratiques sur quelques cas de varioles confluentes avec complication ataxo-adynamique, par le docteur SÉMANA. (Comm. de vaccine.)

— Une note du sieur HOGG, pharmacien contenant l'exposé d'un procédé suivi dans une fabrique de Terre-Neuve pour obtenir l'huile de foie de morue d'un vert doré. (M. Guibour rapporteur.)

— Une lettre de M. GROS, ancien officier d'artillerie à Dijon, avec envoi d'un appareil de suspension pour les malades et blessés. (Comm. MM. Jobert et Bégin.)

— Deux paquets cachetés.

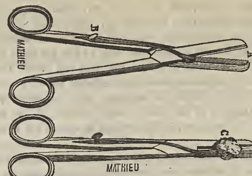
— M. CHARRIÈRE fils présente un trocart dont la canule se termine par un entonnoir dans le genre de ceux des sondes vésicales (comme il l'a déjà fabriqué pour le trocart de M. Baudens et celui explorateur) pour remplacer les grandes gouttières généralement connues dans la pratique.

Indépendamment des usages ordinaires des trocarts, cette disposition permet d'y appliquer d'une manière très simple la soupape en baudruche de M. le docteur Reybard ; d'oblitérer facilement à l'aide du doigt la bout de la canule pour retenir le liquide injecté, et de recevoir l'extrémité des canules à injections de toutes grosseurs, etc.

Au moyen du simple collet *A*, qui se visse dans la virole du manche *B*, sur lequel on lie la baudruche, on peut introduire sans difficulté et sans crainte d'introduction d'air, soit la tige du trocart, soit un cylindre pour déboucher l'intérieur de la canule en tendant simplement la baudruche d'une seule main.

Si l'on veut se servir de la tige par son bout mousse, on la démonte en desserrant la rondelle *C* ou bien en dévissant la pointe, ce qui se fait depuis longtemps.

— Une lettre de M. MATHIEU sur un instrument appelé *ciseaux-pince*, destiné à agir dans les cavités profondes. (M. Malgaigne rapporteur.)



— M. MALGAIGNE répare une erreur qu'il a commise dans la dernière séance. En entendant annoncer à propos du trocart de M. Mathieu, que le mécanisme de cet instrument consistait dans l'emploi de la baudruche pour prévenir la pénétration de l'air, il avait dit que cette innovation était connue depuis longtemps ; mais en examinant de plus près la modification apportée par M. Mathieu à la construction du trocart, il s'est assuré qu'elle avait surtout pour but de faciliter la désobstruction de la canule quand l'écoulement du liquide vient à être arrêté par quelque obstacle. Il appartiendra à la commission nommée par l'Académie d'examiner si cet avantage est réalisé, mais il faut convenir qu'il y a là l'idée d'un perfectionnement.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la commission déjà nommée sera chargée de décider dans quelle section devront être déclarées les vacances qui résultent de la mort récente de deux membres de la compagnie.

— M. PIORRY a la parole. (Voir plus haut.)

M. BOUSQUET demande la parole pour un fait personnel.

Déjà, dans la précédente séance, j'ai remarqué que M. Piorry cherchait à jeter une certaine défaveur sur son adversaire et qu'il faisait allusion à mon titre de docteur de Montpellier. Ce que je vais dire me relèvera peut-être dans son estime : je suis élève de la Faculté de Paris, j'y ai pris mes douze premières inscriptions; après avoir été externe à l'Hôtel-Dieu, je me suis présenté au concours pour l'internat et j'y ai obtenu sinon un succès complet, du moins un demi-succès; nommé interne provisoire j'ai été placé à l'hôpital des Enfans-Malades. La conscription m'ayant rappelé à Montpellier j'y ai pris mon grade de docteur.

J'engage M. Piorry à parer les coups que l'on porte à ses doctrines sans s'enquérir des mains d'où ils sont partis.

M. PIORRY : Je proteste qu'il n'a jamais été dans ma pensée de demander à M. Bousquet quelle est son origine. C'est lui qui m'a apostrophé en me disant : Qui êtes-vous donc ? Je ne lui ai pas fait de semblable question, j'aurais craint de sortir des limites de la convenance....

M. BOUSQUET : J'ai dit seulement : Qui êtes-vous donc pour m'imposer votre langue ?

M. PIORRY : Je ne l'impose à personne, pas même à mes élèves ; et je le déclare ici, jamais, dans les actes de la Faculté, je n'ai tenu compte pour mes appréciations de la connaissance qu'avaient les élèves de cette nomenclature. Quant au reproche que me fait M. Bousquet d'avoir voulu jeter sur lui de la défaveur en rappelant qu'il était docteur de la très honorable Faculté de Montpellier, c'est une allégation que je repousse avec énergie. Personne plus que moi ne vénère cette Faculté et n'aime à reconnaître le mérite des grands esprits qu'elle a produits. Et d'ailleurs, qu'est-ce que cette distinction d'écoles et de facultés ? Nous sommes tous de cette école qui cherche le vrai et l'utile, et, pour faire avancer la science, il faut tenir compte de tous les élémens, il ne faut pas que l'étude des états matériels de l'organisme nous fasse perdre de vue la *nature* et celui qui en est le grand moteur !

M. GERDY : Je vois deux écoles en présence, celle de Paris et celle de Montpellier. Au lieu de se combattre, elles devraient s'entendre ; Montpellier gagnerait à imiter Paris, Paris à imiter Montpellier. Rappelez-vous ce qui est arrivé après la paix qui a suivi 1814 et 1815 : de ce moment datent de grands progrès, et ils sont dus à ce que la chirurgie française a commencé à connaître celle d'Allemagne et d'Angleterre. Cet échange, ce commerce d'idées a été un bienfait pour chacun de ces pays. Et ce que je dis ici de la chirurgie est également vrai pour la médecine. De même si les Facultés de Paris et de Montpellier parvenaient à s'entendre, elles imprimeraient une marche plus rapide à notre science. J'approuve Montpellier de généraliser, de rechercher le lien des choses, la cause des phénomènes; j'approuve Paris d'analyser, de s'occuper de tous les détails des lésions morbides. Il est bon que ces deux tendances existent; sans s'en douter, l'une de ces écoles travaille pour l'autre.

En écoutant le discours de M. Bousquet, j'ai été étonné et, le dirai-je ? scandalisé, d'entendre qu'il attaquait avec amertume le néologisme. Mais le néologisme, c'est le mouvement de l'esprit humain ; la langue se modifie toujours à mesure des progrès accomplis. La langue de Rome n'était pas à l'époque de Cicéron ce qu'elle avait été primitivement; après Cicéron elle n'est pas restée ce qu'elle avait été de son temps. Modifier la langue, créer des expressions nouvelles, c'est un penchant irrésistible de l'esprit humain; il y obéit par un besoin réel souvent, quelquefois par caprice. N'importe, les changemens du langage sont inévitables; il est inutile et même impossible de s'y opposer.

Est-ce à dire que j'approuve une révolution complète de la nomenclature telle qu'on a essayé de la faire ? Non, car je sais qu'à un certain âge surtout, l'esprit de l'homme se révolte contre un pareil changement et refuse d'apprendre une langue nouvelle. Il n'est au pouvoir d'aucun génie de la lui faire accepter. Il faudrait, pour commencer, écrire un livre qui plût à tout le monde, chose difficile... Ce qu'il y a de mieux à faire quand on veut introduire une nouvelle nomenclature, c'est de l'instiller en quelque sorte goutte à goutte, de la faire passer peu à peu et non en masse. C'est ce que j'ai tenté moi-même en ajoutant la terminaison *ite* au nom des organes, nom que j'ai emprunté le moins possible au grec et au latin : ainsi, je désigne par *moellite* l'inflammation de la moelle.

Voilà pour la nomenclature. Quant à la question de doctrine, il faut le reconnaître, on n'est pas assez métaphysicien à Paris. Les idées métaphysiques sont considérées comme vagues, comme manquant de toute précision. Eh quoi ! les idées de volume, de couleur, de grandeur, de beauté, sont des idées sans précision ? Toujours et partout, l'homme fait de l'abstraction ; un seul mot résume mieux qu'une longue description l'idée que je me fais d'un objet quelconque, d'un arbre, d'une chevelure, de celle de M. Piorry, par exemple. (On rit.)

Quand vous administrez un vomitif, vous dites que vous voulez agir sur l'estomac. Est-ce sur la membrane muqueuse, sur les glandes, sur les fibres musculaires, sur les vaisseaux ? Vous n'en savez rien ; seulement l'expérience vous a appris que votre malade sera soulagé quand vous aurez agi sur la faculté de vomir que possède son estomac. De même pour les purgatifs, de même pour les diurétiques. La seule base raisonnable que vous puissiez prendre pour établir une classification des médicamens, est de le rapporter aux modifications des propriétés vitales et nullement aux lésions de tel ou tel organe. Vous saignez dans l'inflammation du cerveau ; vous saignez dans l'inflammation du poumon, dans celle de la plèvre, du rein, de l'intestin ; et vous vous dirigez d'après la considération de l'inflammation, de cette même idée abstraite et métaphysique que vous essayez en vain d'attaquer. Broussais avait cherché à substituer la modification organique à celle des propriétés vitales en pathologie et en thérapeutique. Mais en cela il a mal fait, et ce n'est pas là son titre de gloire.

Dans la fièvre intermittente, est-ce contre tel ou tel organe que vous dirigez votre médication ? Non, c'est à la fièvre que vous vous en prenez. Vous faites de même dans le scorbut. Mais ici je vous entends dire que vous combattez une maladie du sang. A mes yeux, relativement à ces maladies du sang, la science est encore au berceau ; à mes yeux, le sang n'est pas, comme on le répète partout, un organe vivant ; c'est un liquide qui change de composition à chaque instant, qui cesse d'être semblable à lui-même quand un individu a mangé ou pris un médicament; c'est un grand hasard de molécules, c'est un océan où se jettent mille courans. On étudie les altérations du sang dans les maladies, d'accord ; mais cela ne veut pas dire que ces altérations soient des maladies.

Mes forces ne me permettraient pas d'épuiser ce sujet. Je termine en émettant le vœu que les deux écoles antagonistes, dans leur intérêt commun, échangent leurs idées et se complètent ainsi l'une l'autre.

M. PIORRY : Je ne comprends pas bien la valeur du reproche que nous fait M. Gerdy de n'être pas assez métaphysicien, et je ne sais comment il a trouvé moyen de faire de l'idéal à propos de mes cheveux. (Hilarité prolongée.) Il veut que le vomitif agisse non sur l'estomac, mais sur la faculté vomitive de cet organe. Il l'a dit lui-même, la question se réduit à une manière de s'exprimer. Que M. Gerdy s'exprime donc comme bon lui semblera. Chirurgien habile, et dont nous connaissons tous le mérite, M. Gerdy sait bien qu'au lit du malade il s'agit d'autre chose que de suppositions et d'idées abstraites.

En revanche, j'accepte avec reconnaissance ce que l'honorable orateur a dit sur le néologisme. Je m'associe de tout cœur au vœu qu'il a émis pour l'union des écoles antagonistes, et c'est avec joie que la Faculté de Paris donne la main à celle de Montpellier (tonnerre d'applaudissements ; — MM. Piorry et Bousquet se serrent la main avec effusion ; on entend la voix de M. Piorry dominant le tumulte) ; et Montpellier donne la main à Paris !

La séance est levée au milieu de l'hilarité générale.

PRESSE MÉDICALE.

ALBUMINURIE ; ACIDE TANNIQUE. — M. Van Holsbeck rapporte dans le *Journal de médecine de Bruxelles*, un cas d'albuminurie coïncidant avec une hypertrophie du cœur dans lequel le tannin paraît avoir amené la guérison. 1 gramme de tannin fut administré d'abord en potion, et la dose en fut augmentée tous les jours de 25 centigrammes jusqu'à 4 grammes par jour. Après un mois et demi d'usage de ce médicament, l'anasarque avait disparu, l'urine ne contenait plus qu'une faible quantité d'albumine et le malade était en pleine convalescence. — (*Annales méd. de la Flandre occid.*, 1854.)

CHLOROFORME DANS LA PNEUMONIE. — Un médecin hongrois, le docteur Stohandl, rapporte trois cas de pneumonie dans lesquels il a obtenu le meilleur effet de l'inhalation, répétée plusieurs fois par jour, de petites quantités de chloroforme (30 à 40 gouttes). Après chaque inhalation, il survenait un notable amendement des symptômes qui se réveillaient cependant quatre à six heures plus tard, mais qui s'amendaient de nouveau par l'administration de l'anesthésique. Par cette médication, les poumons reviennent à leur état normal du cinquième au huitième jour, et, dès lors, on peut suspendre le traitement. Dans trente cas, celui-ci a été on ne peut plus favorable. — (*Ungar. Zeitschrift*; Bd IV, 23. et *Annales méd. de la Flandre occid.*, 1854.)

COUP DE SOLEIL (*insolatio*) (*Traitement d'un*). — Le docteur Weisenberg, de Eisfeld, vante comme très efficaces dans le traitement de cet accident, les moyens qui suivent : — Il fait lotionner le front, les tempes, les joues, les mains et la poitrine avec l'éther acétique dissous dans du vinaigre de vin (8 gram. sur 120 gram.). A l'intérieur, il prescrit le même remède, mais formulé différemment : 8 gram. d'éther sur 60 gram. de vinaigre ; à prendre toutes les demi-heures une cuillerée à café. Il recommande aussi le séjour dans un appartement frais, et, dans les cas graves accompagnés de forte congestion cérébrale, les déplétions sanguines générales et locales. — (*Archiv, f. path. Anat. u. Phys. von Rud. Virchow.* VII, 1. et *Annales méd. de la Flandre occid.*, 1854.)

M. Ricord, chirurgien en chef de l'hôpital du Midi, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Turin.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 23. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 24 Février 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............	32 Fr.
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 FÉVRIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Une indisposition, heureusement peu grave, de M. Foissac, mais pour laquelle de savans et affectueux conseils ont prescrit un repos intellectuel momentané, privera nos lecteurs, pendant quelques semaines, du plaisir de lire ses articles dont ils ont apprécié le mérite et la valeur. Dans le seul but de ne pas laisser inoccupée la place que notre cher et honoré collaborateur remplit si bien ; au moment surtout où de graves questions de physiologie s'agitent à l'Académie des sciences, et pendant une candidature qui tient en éveil l'attention publique, nous n'avons pas cru devoir complétement suspendre les appréciations des travaux de cette compagnie savante. Plus que nos lecteurs, nous faisons des vœux pour qu'un prompt rétablissement permette à M. Foissac de reprendre la plume et de nous soustraire aux périls d'un *interim* que nous aurions voulu éviter.

Un seul des nombreux aspirans au fauteuil de M. Lallemand a fait acte de candidature dans la séance dont nous avons à rendre compte; c'est M. Leroy-d'Étiolles.

Si M. Leroy-d'Étiolles ne possédait pas un titre magnifique à la considération des savans et à la reconnaissance des hommes, s'il ne lui revenait pas une des plus grandes parts dans la plus belle découverte chirurgicale des temps modernes, cet honoré confrère pourrait occuper un rang encore fort distingué dans la chirurgie pratique. Esprit ingénieux, nature curieuse et oseuse, M. Leroy a déversé l'activité de son intelligence sur les sujets les plus variés. Le catalogue seul de ses inventions ou de ses modifications instrumentales est des plus étendus. Son nom se rattache à des travaux nombreux et divers, parmi lesquels une juste estime revient surtout à ceux qui sont relatifs aux maladies des organes génito-urinaires. Avec l'excédant de son bagage scientifique on pourrait faire plusieurs bonnes petites réputations médicales, car M. Leroy a été généreux de découvertes, de procédés et d'applications jusqu'à la prodigalité; mais, comme les pères trop prolifiques, il n'a pu donner les mêmes soins à tous ses enfans et les entourer des mêmes tendresses, de sorte qu'il est à la rigueur possible qu'ils ne fassent pas tous la même fortune dans le chemin difficile de la vie.

Les deux communications faites par M. Leroy-d'Étiolles, dans la dernière séance de l'Académie des sciences, sont de nature fort différente. L'une est une pure modification instrumentale; l'autre est un document relatif à une des plus hautes questions de la pathologie.

Il y a peu de temps, nous signalions dans ce journal un instrument ingénieux présenté à l'Académie par M. Amussat fils, instrument que l'on pourrait appeler bistouri électrique. C'est un fil de platine rougi par un courant électrique, et que l'on fait servir à l'excision des parties malades. M. Leroy a modifié la disposition du fil, de façon que ses deux extrémités, tirées en sens inverse, resserrent l'anse incandescente, à mesure que l'excision s'opère, comme le ferait une ligature avec un fil ordinaire. Tout cela est fort ingénieux; mais il reste à savoir, ce qui est l'essentiel, ce nous semble, si cette excision électrique offre réellement quelques avantages. Combiner la cautérisation avec l'excision n'est pas une idée absolument neuve, et la chirurgie moderne a fait, avec raison, justice du bistouri rougi à blanc des anciens chirurgiens.

Dans sa seconde lecture, M. Leroy a voulu porter des élémens à la grande question de la diathèse cancéreuse qui a été à peine effleurée dans la récente discussion de l'Académie de médecine, et à cette autre question non moins importante des avantages et des inconvéniens de l'opération hâtive dans les cancers.

M. Leroy penche vers la croyance à une diathèse primitive, mais il ne s'explique pas très nettement sur ce sujet. Il est plus explicite sur les inconvéniens des opérations hâtives — et non prématurées, comme il le dit. D'une statistique renfermant plus de trois mille cas de cancer recueillis dans les départemens et l'étranger, M. Leroy conclut que l'opération hâtive précipite la repullulation et la dégénérescence, et que la durée moyenne de la vie est de cinq ans pour les cancéreux non opérés, tandis qu'elle n'est que de deux ans après l'opération.

Il faudrait connaître les élémens de cette statistique pour pouvoir exprimer une opinion sur les opinions de M. Leroy. Il paraît bien difficile d'admettre qu'il soit au pouvoir d'un chirurgien quelconque de réunir plus de trois mille cas de cancer d'un diagnostic précis et rigoureux. Nous ne savons si M. Leroy, qui doit la communication de ces faits à des correspondans très nombreux, oserait affirmer que toutes ses observations présentent ce caractère. Or, avec le doute ou l'incertitude sur le diagnostic s'écroule toute la théorie que l'on peut induire de la statistique. Des objections très sérieuses ont été faites à M. Leroy dans le sein d'une autre Société savante où il a fait la même communication, et il ne nous semble pas que M. Leroy y ait répondu suffisamment.

Il existe dans la littérature orientale de très belles et de très saisissantes descriptions d'un phénomène psychologique que les Arabes appellent *ragl*, ce que l'on peut traduire par *hallucination du désert*. C'est sur ce phénomène que M. d'Escayrac de Lauture a présenté un mémoire intéressant.

Un voyageur, pressé d'atteindre le terme éloigné de ses fatigues, marche nuit et jour; accablé de lassitude, il ne tarde pas à être pressé par le sommeil; sa volonté se raidit contre les exigences de la nature; une lutte s'engage, et cette succession naturelle de repos et de veille, qui est la condition ordinaire de la vie, fait place chez lui à un état particulier qui n'est plus ni le repos ni la veille. Ses yeux sont ouverts, son oreille perçoit les sons, sa main sent et agit, son esprit raisonne, et, pourtant, ce voyageur est le jouet des hallucinations les plus bizarres.

M. d'Escayrac propose d'appeler ce phénomène du nom de *ragle*, par l'addition d'un *e* muet au mot arabe, parce que le terme d'hallucination lui paraît trop général ; et que celui d'hallucination du désert a pour inconvénient de faire supposer qu'il ne se produit que dans le désert.

Voici qui nous conduit à quelque chose de plus actuel :

M. Justin Callamand a soumis au jugement de l'Académie une nouvelle préparation alimentaire, qu'il désigne sous le nom de *biscuit-viande*. Il représente ce produit comme pouvant être d'une grande utilité pour les armées de terre et de mer, à raison de la facilité avec laquelle on peut l'obtenir, de la modicité du prix de revient et de la propriété qu'il a de se conserver longtemps sans altération.

Par un procédé de conservation, dans lequel le sel n'entre pour rien, M. Callamand est parvenu, dit-il, à fabriquer ce biscuit, composé de farine de pur froment et de viande de bœuf cuite préalablement avec tous les légumes qui entrent dans la confection du pot-au-feu. Le prix est de 1 fr. 50 c. le kilogramme; avec un seul biscuit, qui pèse 25 grammes, de l'eau pure et un peu de sel et de poivre, on fait, en douze ou quinze minutes, une soupe pour six personnes.

Certes, avec la cherté actuelle de toutes les denrées alimen-

Feuilleton.

CAUSERIES.

M. PIORRY ET SON DISCOURS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Parlons d'abord du discours de M. Piorry, et, avant tout, un peu de M. Piorry lui-même. L'honorable professeur offre au moins ce bon côté à la critique, c'est qu'en s'occupant de lui, elle peut s'exercer sur une individualité originale, et sur un caractère nettement accusé. A cette époque où tout se ressemble en médecine, où tout paraît sortir du même moule, livres, discours, leçons, n'est-ce pas une bonne fortune que de rencontrer une figure véritablement *sui generis* et un esprit qui tranche sur la monotone ressemblance de tous les autres ? Pour mon compte, loin de m'étonner, de m'offusquer ou de m'irriter de cette dissemblance, comme font d'aucuns, je l'étudie avec un intérêt curieux, mais placide. Je ne sais plus qui a dit qu'il faut un très haut degré d'indépendance pour être original, et cela est profondément vrai, et l'indépendance de caractère excite une irrésistible sympathie. Il est vrai qu'on a dit aussi que l'homme original est nécessairement au-dessus ou au-dessous des autres; qu'il est une originalité factice, sotte ruse de la vanité; mais, n'est-ce pas un attachant sujet d'observation que la recherche de ces diverses originalités, l'une qui fait l'homme supérieur, l'autre qui l'abaisse au-dessous du niveau commun ; celle-ci fière, grande, spontanée, naïve et tout d'une pièce; l'autre calculée, plâtrée, fardée, condamnée jouant un rôle appris d'avance. Ce qui revient à dire qu'il y a une originalité vraie et honnête, et une originalité fausse et charlatanesque.

L'originalité de M. Piorry est évidemment sincère, loyale, naïve, si naïve souvent, que l'expression nette et franche de ses prétentions repousse les uns, irrite les autres, alors qu'elle ne devrait provoquer chez tous qu'un bienveillant sourire. M. Piorry dit tout haut de lui ce qu'il pense de lui, et comme il n'en pense que du bien, il n'en peut pas dire de mal. Or, j'avoue que je suis de ceux que la jactance choque un peu moins que l'hypocrite modestie, et j'aime la franchise, alors même qu'elle ne traduit que des défauts. N'insistons donc pas là-dessus; il est su, connu et accepté que M. Piorry professe pour lui, pour ses travaux, pour son enseignement, une grande et sincère admiration ; et trouvant que ses contemporains ne lui rendent pas toute la justice qu'il croit mériter, il rétablit l'équilibre en se surfaisant un peu. La sagesse des nations l'a dit depuis longtemps : On n'est jamais mieux servi que par soi-même.

Les croyances, les ambitions de M. Piorry expliquent aussi ses manières et ses habitudes avec ses confrères. Une des croyances de l'honorable professeur est qu'il remplit une mission, qu'il doit régénérer dans le monde la science médicale, déplorablement déviée, selon lui, de ses destinées. Une de ses ambitions est d'être chef d'école. Ces prétentions, toujours difficiles à soutenir, le deviennent bien plus encore à des époques où, comme la nôtre, le scepticisme a tellement refroidi les esprits, qu'un homme de conviction et de foi risque de passer pour excentrique, trop heureux quand il n'est pas en butte au ridicule. C'est le sort réservé à tous les novateurs, et M. Piorry ne peut pas plus qu'un autre s'y soustraire. En ce sens, M. Bousquet a eu raison de dire que l'honorable professeur traverse un peu en étranger son époque et sa génération. M. Piorry proteste, il est vrai, contre cette assertion ; mais les preuves qu'il invoque pour la combattre sont plus illusoires que réelles. Tout le monde, excepté lui, est parfaitement convaincu de cela.

Que M. Piorry ait le zèle, l'activité, l'enthousiasme et sur quelques points le fanatisme du novateur, cela est tout simple, mais la justice commande de dire que ses convictions profondes ne le rendent ni méchant, ni injuste envers ses contemporains. Il a pu se plaindre avec une certaine amertume de l'indifférence avec laquelle ses doctrines étaient accueillies ; mais cette plainte a été toujours contenue, sobre et bienséante. M. Piorry n'a pas visé au rôle de polémiste, il se contente de celui de propagateur. Aussi, sa discussion et son enseignement sont-ils moins une réfutation de ses adversaires qu'une exposition toujours renouvelée de ses principes. Ne cherchez en lui ni cette verve sarcastique et foudroyante de Broussais, ni ces flots courroucés d'indignation de M. Bouillaud, dans les premiers temps ; non, M. Piorry se complaît dans les formes moins entraînantes de l'ironie, dont il abuse peut-être, mais qu'il ne pousse pas, du reste, au-delà de légitimes représailles.

Mais enfin, que veut M. Piorry ? Que sont ses doctrines et son enseignement ? Qu'est-ce que son école ?

Je déclare qu'après avoir lu son dernier discours, discours que nous avons cru devoir reproduire, par impartialité d'abord, et puis parce que nous avons pensé que nos lecteurs seraient bien aises de connaître l'exposition des idées de M. Piorry faite par M. Piorry lui-même, je me trouve moins apte qu'avant à répondre aux questions posées plus haut. Il y a dans ce discours des choses que j'accepte, car personne au monde ne les a jamais contestées, ce sont des vérités grosses comme des montagnes. Il y a plus, c'est que, dans les principes, je ne vois en aucune façon ce qui distingue l'*école* de M. Piorry des principes de l'école anatomique, dite de Paris. C'en est l'extension, l'exagération, si vous voulez, mais le point de départ est le même, la méthode est la même, l'application la même, seulement plus étendue, et, le dirai-je? plus logique. M. Bousquet, qui aura eu le temps d'y réfléchir, reconnaîtra, sans doute, mardi prochain, de quelle suprême injustice il s'est rendu coupable en accusant M. Piorry de *larcin* envers Montpellier. Vous avez dû frémir d'indignation, ombres de Bordeu, de Barthez, de Fouquet, de Grimaud, de Frédéric Bérard, et que direz-vous vous-même, illustre et vénérable Lordat, en entendant M. Bousquet confondre la doctrine des *états organo-pathiques* avec la doctrine des *élémens morbides !*... Il y a un abîme entre ces deux choses, il y a toute l'épaisseur d'une philosophie médicale, et M. Bousquet, qui s'est défendu d'appartenir à l'école de Montpellier, n'a jamais mieux prouvé qu'en effet, il avait oublié les principes et la philosophie de cette célèbre école. Mais je veux laisser à M. Bousquet le plaisir et l'honneur de donner une explication que Montpellier doit certainement attendre avec impatience.

M. Piorry a développé en très bons termes et avec une certaine verve ce thème que nous avons souvent ici soutenu, à savoir, que l'expression vitalisme, opposée à l'expression anatomisme, était vide de

taires et surtout de la viande, qui devient presque inaccessible aux petites fortunes, cette invention, si elle tient toutes ses promesses, sera vraiment précieuse, et il faut désirer que la commission qui est chargée d'examiner le biscuit-viande, lui trouve une utilité réelle. Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

PNEUMO-THORAX DU COTÉ GAUCHE, PROVENANT D'UNE PERFORATION PULMONAIRE DE NATURE TUBERCULEUSE ; — CICATRISATION DE LA PERFORATION ; — GUÉRISON DU PNEUMO-THORAX.

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. le docteur LEGENDRE, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie.

Le 26 décembre 1853, je suis appelé par une de mes clientes pour voir sa femme de chambre, qui est atteinte depuis la veille au soir de fièvre, de soif, d'inappétence, et d'un point de côté à gauche qui n'a été ni très subit, ni très violent.

Voici les renseignemens que j'obtiens sur l'état de santé antérieur de cette jeune femme :

Elle est âgée de 28 ans, non mariée, assez bien réglée ; elle tousse depuis 8 ans, crache beaucoup, a un ronchus habituel dans la poitrine, qui s'entend souvent à distance, et se manifeste surtout pendant le sommeil ; enfin elle a eu, à plusieurs reprises, des hémoptysies, mais modérées. Malgré ces symptômes, l'embonpoint, quoique diminué, est encore moyen ; l'appétit est habituellement assez bon ; pas de vomissemens, pas de diarrhée ; oppression peu marquée ; pas de sueurs nocturnes. Les forces sont encore assez bien conservées, et cette fille a pu continuer jusqu'ici son service, qui, du reste, est peu fatigant.

Contre les symptômes qu'elle éprouve depuis huit ans, elle a employé de nombreux moyens, et elle a pris en particulier, pendant longtemps et à plusieurs reprises, de l'huile de foie de morue.

Le 26 décembre, je trouve donc la malade couchée dans le décubitus dorsal, peu oppressée, se plaignant d'un point de côté à gauche, peu violent, et n'empêchant pas les mouvemens respiratoires étendus que je lui fais faire pour l'ausculter. La figure n'est pas violacée ; elle n'exprime en aucune façon l'anxiété. La peau est chaude, le pouls fébrile, à 100, soif, inappétence, constipation ; toux grasse assez fréquente ; expectoration abondante de crachats opaques, d'un jaune sale, arrondis.

L'*auscultation* de la poitrine fait constater *à droite*, dans une hauteur de quatre travers de doigt, à partir de la clavicule, du râle muqueux abondant à bulles assez grosses, assez égales entre elles. Dans le reste de la hauteur de la poitrine en avant, et dans toute la hauteur en arrière, le murmure est vésiculaire sans mélange de râle.

A la percussion, le côté droit du thorax fournit une sonorité normale ; sous la clavicule droite il n'y a pas de diminution bien notable dans la sonorité en considérant ce symptôme d'une manière absolue, car lorsqu'on le compare au son que l'on obtient sous la clavicule gauche, on constate que le côté droit de la poitrine est beaucoup moins sonore, généralement, que le côté gauche, qui offre dans toute la hauteur, en avant et en arrière, une sonorité considérable, exagérée, tympanique. En pratiquant l'auscultation du côté gauche, on n'entend qu'un silence complet en avant, tandis qu'en arrière, surtout au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, on entend de la respiration amphorique et un tintement métallique des plus manifestes, surtout quand on fait parler la malade, et pendant les profondes inspirations qui suivent les secousses de toux ; la succussion hippocratique ne fait constater aucun bruit de flot dans la poitrine.

Frappé de l'absence d'anxiété, du peu d'intensité du point de côté, je me demande tout d'abord si cette perforation pulmonaire ne date pas déjà de quelque temps et n'a pas revêtu une marche chronique. Toutefois, comme la fièvre, l'inappétence, le malaise général, l'abattement des forces et surtout le point de côté ne se sont manifestés que depuis la veille, il est rationnel de ne pas faire remonter à une époque plus éloignée le développement de la perforation pulmonaire.

Sous l'influence du repos au lit, de la diète, de boissons adoucissantes, de loochs diacodés, la fièvre, l'inappétence, le point de côté diminuent graduellement, puis disparaissent. Dès le 3 janvier, la malade commence à prendre des potages très légers et à se lever une heure dans un fauteuil. Le 8 janvier elle est en état de manger quelques alimens solides et elle reste levée une grande partie de la journée ; elle est sans fièvre. Malgré cet état général satisfaisant, les symptômes physiques sont aussi prononcés que le premier jour, c'est-à-dire persistance à gauche de la sonorité tympanique, du silence en avant, de la respiration amphorique et du tintement métallique sans bruit de flot en arrière. Sous la clavicule droite on entend toujours du gros râle muqueux ; aussi, malgré l'amélioration si notable qu'on observe dans l'état général de cette malade, qui se trouve à peu près revenue dans son état habituel de santé, continué-je à être très réservé dans mon pronostic.

Le 15 janvier, cette malade est assez bien pour partir à la campagne avec ses maîtres, qui ont une propriété à cinq lieues de Paris. De retour à Paris, le 16 février, elle vient me voir, et je puis constater les changemens suivans dans son état : Du côté droit, on constate les mêmes phénomènes que lors du premier examen. Du côté gauche, la sonorité a perdu son exagération et est devenue égale à celle du côté droit. En avant, sous la clavicule, et dans une hauteur de quatre à cinq travers de doigt, on entend aujourd'hui, comme à droite, du râle muqueux à bulles assez grosses. Dans le reste de l'étendue de la poitrine, toute trace de respiration amphorique, de tintement métallique a disparu, et on entend, à la place de ces phénomènes morbides, un murmure vésiculaire normal. La toux et l'expectoration habituelles persistent, mais l'état général est satisfaisant ; appétit ; pas de fièvre ; retour des forces.

En présence de la réapparition de la respiration vésiculaire du côté gauche de la poitrine, on doit donc admettre que, chez cette malade, la perforation pulmonaire qui s'était produite et avait déterminé un pneumo-thorax, s'est cicatrisée malgré l'existence probable d'un ramollissement tuberculeux occupant la partie antérieure et supérieure de chaque poumon.

Eu égard à l'extrême rareté de la guérison du pneumo-thorax chez les tuberculeux (1), j'ai pensé que ce fait était intéressant à vous rapporter.

Il est aussi remarquable, à mon avis, par le peu d'intensité du point de côté, de la dyspnée, et par l'absence du développement d'un épanchement pleurétique, circonstances qui, du reste, ont été probablement la cause de la terminaison heureuse de cette complication, habituellement si grave ; enfin, nous devons noter l'existence de signes de tuberculisation au sommet du poumon gauche une fois que la cicatrisation de la perforation pulmonaire eut permis à l'air de dilater de nouveau cet organe. Il est probable, en effet, que ces signes existaient déjà avant le développement de la perforation pulmonaire, mais qu'ils avaient cessé momentanément par suite de l'affaissement du tissu pulmonaire.

Maintenant, cette malade est-elle guérie à tout jamais ? Je suis loin de le prétendre ; et je crois, au contraire, qu'elle est destinée à succomber soit au retour d'accidens semblables, soit aux progrès de la tuberculisation dont elle est atteinte.

Cette dernière prévision paraît se réaliser, car, examinant de nouveau cette malade le 2 février 1855, je constate que les signes de tuberculisation sous les clavicules sont plus prononcés qu'il y a un an, et que l'amaigrissement, la dyspnée, la faiblesse ont fait aussi des progrès notables.

(1) Sur 81 tuberculeux atteints de pneumo-thorax, M. Saussier a noté à peine deux exemples de guérison. (Thèse, Paris, 1841.)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

RÉPONSE AU DISCOURS DE M. BOUSQUET ;

Par M. PIORRY.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

A la rigueur, on peut encore regarder comme une affection générale toute souffrance du système nerveux telle qui suit l'action de l'électricité et qui agirait tout d'abord sur l'ensemble de ce système.

Ceux qui reprochent à l'école organique d'être trop localisatrice et qui parlent toujours de maladies générales, devraient bien nous dire ce qu'ils comprennent par maladies générales en dehors de ce qui vient d'être dit.

Ainsi, l'étude des états organo-pathiques est utile, raisonnable et essentiellement pratique.

Je n'ai plus, pour répondre à l'argumentation de M. Bousquet, qu'à présenter quelques réflexions générales relatives à la nomenclature organo-pathologique.

M. Bousquet a la bonté de m'accorder un grand nombre d'idées. C'est me traiter trop favorablement, car les gens à idées, et M. Bousquet le sait bien, sont rares ; mais je dénie cet immense éloge au point de vue de la réforme du langage médical.

Notre collègue croit, à ce qu'il paraît, aux jours néfastes, mais c'est pour la mauvaise science, pour les doctrines vagues et incomplètes que ces jours-là sont arrivés et cela depuis l'époque fort ancienne où des organiciens et des praticiens ont créé des mots anatomiques expressifs et qui ont commencé à porter dans le langage l'exactitude et la précision qui y faisaient défaut.

Il semblerait, à entendre notre confrère, que j'aie été le père de la plupart des expressions techniques usitées par les modernes. A peine me suis-je cependant permis de composer quelques élémens de nomenclature nouveaux. Lisez : Hippocrate, Arétée, Celse, Cœlius ; arrivez aux temps modernes, à Sauvages, à Barbier d'Amiens, à Alibert, à M. Andral, à M. Bouillaud, aux ophthalmologistes, aux chimistes, aux minéralogistes, aux botanistes de nos jours, aux auteurs du calcul décimal, et vous trouverez dans leurs écrits presque tous les élémens des mots qui existent dans la nomenclature organo-pathologique. Bien plus, vous les rencontrerez dans la langue vulgaire, qui, en dépit des gérontologues, s'enrichit d'expressions utiles et quelquefois indispensables. On convient de sa pauvreté, et on ne voudrait pas en augmenter les ressources !

Les applications des racines grecques à notre langue deviennent aussi nombreuses que du temps des guerres d'Italie ; sous Charles VIII, François Ier et Henri II, les mots d'origine latine se multiplièrent en français.

Comment ! toutes les sciences se servent des ressources prodigieuses qu'offre le grec pour la formation de termes qui, avec peu de lettres, expriment des idées complexes, et la médecine, qui est pratiquée par des gens lettrés, ferait seule exception ! Comment, une nomenclature empruntée au langage admis dans toutes les parties des connaissances humaines, serait mal accueillie et elle serait considérée comme l'œuvre d'un seul, et comme une manière inconnue de s'exprimer, quand, il faut l'avouer, elle est l'œuvre de tous !

Eh quoi ? je serais un étranger pour cette Académie qui veut bien me charger d'un si grand nombre de rapports, qui écoute parfois avec bienveillance les travaux originaux dans lesquels je ne cherche pas à me passer des mots dont je me sers habituellement et que j'ai consacrés par trois volumes du *Traité de diagnostic* et par les neuf volumes du *Traité de médecine pratique ?*

M. Bousquet, auquel on ne reprochera pas de ne pas consulter sa bibliothèque, serait embarrassé pour comprendre des dénominations dont les élémens sont dans tous les livres qui se publient ?

Qu'il lise donc la plupart des thèses de la Faculté, les ouvrages récemment parus en Allemagne, la remarquable défense de ma nomenclature à Naples par M. le docteur ....., et surtout l'excellent dictionnaire de MM. Robin et Littré, qui consacre tous mes mots, et il verra si je marche dans l'isolement.

---

sens et ne pouvait conduire qu'à des discussions stériles et à des logomachies déplorables. Que de fois n'avons-nous pas dit aussi que dans l'application, dans la pratique, en présence du malade, il n'y avait plus d'école, plus de Paris, plus de Montpellier, plus de vitalistes, plus d'hippocratistes, mais des médecins écoutant « le cri des organes souffrans » (Broussais). En cela, et quoiqu'on en puisse dire, tout le monde est de l'école de M. Piorry. Toute dissidence s'éteint en face d'une indication pressante donnée par un diagnostic rigoureux. Il y a longtemps que je demande à Montpellier, il y a longtemps que je cherche dans ses relevés cliniques, une différence quelconque dans sa thérapeutique et celle de Paris, dans le traitement des maladies aiguës. Montpellier n'a jamais pu me l'indiquer et mes recherches ont été toujours vaines. Aussi, ce mariage de raison entre Paris et Montpellier, que M. Gerdy a voulu conclure, est-il consommé depuis longtemps, du moins en pratique. Il y a bien de temps à autre quelques querelles de ménage, mais le contrat subsiste et personne n'a plus le pouvoir de le rompre. Le congrès médical, qu'il m'est bien permis de rappeler en cette circonstance, avait devancé le vœu de M. Gerdy en demandant pour Montpellier une chaire d'anatomie pathologique, et pour Paris une chaire d'histoire de la médecine, ce qui fit dire, ou à peu près, au secrétaire général : Leçon pleine de goût et de courtoisie donnée par le congrès aux deux écoles, et qui veut dire, à Paris : élevez-vous vers les régions de la philosophie ; à Montpellier : daignez descendre des hauteurs de vos spéculations sublimes.

J'ai beau relire le discours de M. Piorry, je n'y trouve aucun des caractères d'une doctrine nouvelle et rien qui légitime la prétention d'une nouvelle école. Dégagée de tous ses accessoires, la doctrine de M. Piorry se résume simplement en ceci : dans toute maladie, il y a des symptômes ; ces symptômes sont très variés et très divers. Il faut avoir grand soin d'en tenir compte et chercher en eux les indications thérapeutiques. Cette doctrine n'est pas neuve, et l'on peut ajouter qu'elle est peu consolante. On peut dire encore que, malgré ses prétentions à l'exactitude, elle conduirait souvent le praticien à d'énormes erreurs de thérapeutique. On peut ajouter, enfin, que, quoiqu'elle se dise la fille du travail, des difficultés, de l'observation et de l'expérience, cette médecine est la médecine facile s'il en fût, et que, pour être pratiquée, elle n'exige que les plus vulgaires notions des connaissances d'amphithéâtre.

M. Piorry va me trouver très sévère ; je tiens à lui montrer que je ne suis que juste.

La doctrine n'est pas neuve, on peut même dire que ce n'est pas une doctrine, mais un simple procédé d'exploration, qui ramène la médecine à son enfance, aux premiers pas de l'observation, à la notion du symptôme, en l'isolant de tous les élémens pathogéniques qui le convertissent en signe, qui à son tour doit traduire une indication. C'est l'empirisme primitif et hippiatrique.

Que M. Piorry le voie bien, je n'ai pas recours, pour le combattre, à toutes ces abstractions vitalistes qu'il dédaigne, et souvent avec raison selon moi. Je m'en tiens au simple bon sens qu'il invoque plus souvent encore et aux seuls indices fournis par l'observation. Quel est le praticien qui puisse accepter que la simple notion fournie par le symptôme, qu'il soit anatomique ou simplement fonctionnel, soit un guide toujours sûr en thérapeutique ? Quoi ! ces pustules indurées que je vois sur le front d'un individu me révèlent que le poison syphilitique circule dans son organisme ? Quoi ! cet engorgement lent et chronique de l'articulation de la jambe ou du pied, va m'éclairer subitement sur sa nature strumeuse ? Quoi ! l'élément douleur si général, quand vous m'aurez dit qu'il siége sur les parois musculaires ou sur le tissu fibreux, me donnera seul une indication thérapeutique ? M. Piorry s'abuse : d'un élément de diagnostic, il fait le diagnostic tout entier, et de ce diagnostic de sa façon il fait la médecine tout entière. Il y a là un hiatus profond, je l'en préviens, tout en ne pouvant que le lui indiquer.

Le procédé de M. Piorry, s'il était manié par un esprit moins médical que le sien, conduirait à d'énormes erreurs thérapeutiques. Ai-je besoin de lui rappeler toute la série des causes générales, anatomiques, virulentes, météorologiques, organiques et héréditaires, qui donnent aux symptômes une signification très variable et qui fournissent des indications thérapeutiques très diverses ?

Enfin, cette médecine organo-pathique est la médecine facile par excellence. Quoi de plus facile, en effet, avec nos moyens actuels d'investigation physique, et à la connaissance desquels aucun médecin n'est maintenant étranger, que de connaître la situation, le volume, la consistance, la perméabilité, l'induration, le ramollissement, etc., etc., des organes ? Mais ce qui est plus difficile, c'est « de débrouiller par une savante analyse le cri souvent confus des organes souffrans » (Broussais), c'est de conclure de la pathologie à la pathogénie et de celle-ci à l'indication thérapeutique.

Il n'est pas un alinéa de ce discours qui ne pût prêter à de longues discussions ; mais le temps et l'espace me pressent. Je n'en citerai qu'un seul, mais qui met dans tout son jour le vice de raisonnement où peut conduire le procédé organo-pathique de M. Piorry :

« Sur 100 cas de fièvre intermittente, dit-il, 95 fois la rate est volumineuse, et l'expérience a appris que le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme ramène très promptement cet organe à l'état normal et prévient le retour des accès ; donc, en général, et sauf des contre-indications, quand la rate sera volumineuse, il sera convenable de donner du sulfate de quinine. »

Non, ce n'est pas cela que l'expérience a appris, mais bien que la fièvre intermittente faisait gonfler la rate, que le sulfate de quinine coupait la fièvre, et que la fièvre coupée, la rate revenait presque toujours à son état normal. Mais le gonflement de la rate indépendant de la fièvre d'accès, le gonflement splénique idiopathique est complétement réfractaire au sel de quinine.

J'arrive à la nomenclature proposée par M. Piorry. Cet examen fera le sujet d'un prochain article. Amédée LATOUR.

M. Bousquet est assez bon pour dire que le langage nouveau n'est écouté et adopté que par quelques élèves qui ont intérêt à le faire.

Qu'il sache donc que si beaucoup d'élèves adoptent ma nomenclature, loin d'avoir quelque intérêt à cela, ils ont eu souvent à redouter dans d'autres temps de se servir aux examens de mes mots, parce qu'il fut une époque, heureusement passée, où la bienveillance n'était pas toujours acquise à celui qui se montrait partisan de mes idées et de la nomenclature.

L'Académie est assez voisine de l'amphithéâtre de la Charité, pour que le secrétaire de ses bureaux puisse savoir que ma clinique n'est pas déserte.

Un grand nombre des membres de cette compagnie n'ont-ils pas, comme moi, proposé de nouveaux mots? M. Andral n'est-il pas l'auteur de ceux-ci que j'ai adoptés : hypertrophie, hyperémie, hypercrinie? Et alors qu'il s'est servi de la racine *hyper* pour désigner le plus, il me semble qu'il m'est bien permis d'employer l'élément *hypo* pour exprimer le moins.

N'est-ce pas M. Bouillaud qui a non seulement le premier si bien décrit l'endocardite, mais encore celui qui lui a donné le nom qu'elle porte?

L'honorable M. Rayer, n'a-t-il pas étudié et dénommé la pyélite?

Ne serait-ce pas M. Velpeau qui aurait appelé avec nous arthropathie les maladies des jointures considérées en général, et tocologie la science qui traite des accouchemens?

De la même façon, Orfila n'avait-il pas désigné, par le mot toxicologie, la connaissance des poisons?

Mais remontez plus haut, et voyez si ce n'est pas Bretonneau qui a créé les mots diphtérite et dothinentérie, que Petit et Serres avaient décrite sous la dénomination de fièvre entéro-mésentérique, et Bally sous celui très caractéristique d'iliodyclidite?

N'est-ce pas Léveillé qui a proposé le mot d'encéphalopathie et Breschet n'a-t-il pas employé le terme si convenable de phlébectasie?

Est-ce Pinel ou moi qui nous sommes servis des mots angioténique, méningo-gastrique, adéno-méningée, adynamique, ataxique, etc.?

Broussais et Gasc n'ont-ils pas décrit et nommé la péritonite?

C'est l'esprit du temps, et non pas une idée mienne, qui m'a conduit à la nomenclature organo-pathologique.

Mérat me confia, pour le *Dictionnaire des sciences médicales*, la rédaction de l'article OSTÉO-MALAXIE, n'était-il pas tout naturel que j'employasse les termes gastro, entéro, dermo, pour exprimer les ramollissemens de l'estomac, de l'intestin, du derme, etc?

Le terme algie est appliqué aux syllabes névro, gastro, entéro, coxo, pour exprimer les douleurs existant dans les nerfs, l'estomac, l'intestin, la hanche; ne devais-je pas m'en servir pour dénommer less ouffrances du derme, des muscles, des tissus blancs, et ne fallait-il pas prendre dans le grec les expressions qui désignaient ces organes? Je ne voyais pas l'inflammation partout, il ne fallait donc pas terminer par la désinence *ite* (que l'on est convenu depuis longtemps d'attribuer à l'inflammation) les états morbides les plus divers. Cet éloignement pour l'exagération de la doctrine de Broussais en vertu de laquelle toutes les lésions d'organes prenaient la désinence *ite*, m'a conduit à prendre dans les auteurs un grand nombre de terminaisons de mots. J'en ai ajouté seulement quelques autres, et cela pour compléter le tableau des souffrances que les divers organes peuvent présenter. Plus médecin qu'helléniste, et beaucoup plus soucieux de faire de la médecine que de m'arrêter à la construction des mots, j'ai mis au devant d'un nom d'organe une racine qui indiquât soit la cause, soit le caractère, soit enfin le degré de la lésion. La désinence a particularisé en quoi cette lésion consistait; et je dirai encore une fois de plus que tous ces élémens de mots entrent dans la composition du langage universellement reçu en médecine et dans les sciences.

Toutes les fois que des observations, qui m'ont paru justes, m'ont été faites sur le choix des termes et sur leur défaut de signification précise, j'en ai tenu compte, et j'ai ainsi changé un grand nombre d'expressions contre des termes plus convenables.

En somme, je n'ai pas l'immense mérite, qui est le mérite de tous, d'avoir créé le langage organique, étiologique et pathologique dont je me sers; la seule chose qui m'appartiendrait, si la nomenclature de Linnée et de Guyton de Morveau ne m'avait servi d'exemple, ce serait la systématisation générale de ce langage et sa coordination si utile.

M. Bousquet et tant d'autres ont dit que la nomenclature était trop précise, alors qu'il s'agissait de désigner des choses mal déterminées; mais ils n'ont pas fait attention qu'un grand nombre des mots qu'elle consacre, tels que ceux qui finissent par les désinences: pathie, mégalie, algie, etc, ne préjugent pas, puisqu'une souffrance, une augmentation de volume, une douleur peuvent se rapporter à des états très divers. Ils disent que la science n'est pas faite, et que le temps n'est pas arrivé d'édifier une nomenclature; mais ils devraient voir que la science est faite dans tous les points où le diagnostic anatomique a porté son invariable cachet. Or, pour ces parties de la pathologie, il est temps de consacrer des mots significatifs, et ces parties de la science sont certainement les plus nombreuses.

Ces critiques ont ajouté qu'à mesure que la science se perfectionne, il faut de nouvelles expressions; je suis de leur avis. Il en a été ainsi de la nomenclature chimique, qui compte peut-être de nos jours vingt fois plus de termes que du temps de Lavoisier, et qui ne cesse pas cependant de reposer sur les mêmes principes.

Le très grand avantage de la nomenclature est de pouvoir se prêter à toutes les combinaisons possibles d'élémens; de telle sorte qu'elle rend aisée la formation d'une multitude de mots consacrant des choses nouvelles.

On a dit encore que l'onomapathologisme (nom que j'ai donné à la nomenclature dont il s'agit) consacrait des mots qu'il faudrait changer si le progrès y conduisait; cela est exact; mais comme il permet de construire facilement des dénominations nouvelles, qui signifient nettement ce que l'on veut dire, évidemment cette objection tombe d'elle-même.

On a ajouté que la nomenclature conduisait à introduire dans la science une multitude de mots; mais ne voit-on pas que ces termes exprimant les choses ne peuvent être ultérieurement créés que si ces choses sont connues en plus grand nombre. Or, ce sont là des avantages et non pas des inconvéniens.

Les mots nouveaux ont, dit-on, trop de longueur, mais je suis parvenu, grâce à quelques élisions, à les rendre souvent très courts. Qu'est-ce, d'ailleurs, que la longueur des mots, si ces expressions rendent parfaitement la pensée. Lisez donc les livres qui se publient en chimie, vous verrez que les expressions de l'onomapathologisme ont bien peu de syllabes auprès de ceux qu'ils consacrent.

On ajoute encore que l'étude de la nomenclature est longue et difficile. Si cela était, ce ne serait pas là une objection de valeur, car on finit toujours par apprendre ce qui est d'une utile application, et il est impossible de ne pas avouer qu'ici l'application est souvent utile; mais cette difficulté est loin d'être grande. J'ai l'honneur de remettre à l'Académie un certain nombre des exemplaires de la nomenclature, et mes collègues verront qu'il suffit d'*un quart d'heure* pour apprendre les particules élémentaires des termes qui s'y rencontrent.

En effet, le petit tableau que je leur soumets contient tous les élémens des mots dont l'onomapathologisme se compose, et la plupart de ces élémens, tels que hyper, hypo, dys, hétéro, aéro, hydro, etc., etc., pathie, hémie, ite, algie, malaxie, etc., sont déjà connus de tous; le nom grec des organes qui forme le corps du mot est depuis longtemps dans le domaine scientifique. Chaque élément du langage, indiqué dans ce tableau, peut s'accoler à un autre terme, de manière à former un mot significatif, de sorte que *chaque médecin pourra faire, grâce à ce système, autant de mots qu'il voudra*, et sera cependant compris facilement et tout d'abord par ceux qui seront familiers avec cette manière si simple de rendre ses idées.

A côté de ces prétendus inconvéniens que d'avantages se trouvent réunis! Propriété de l'expression, positivisme dans le langage, extrême concision; livres de beaucoup moins longs, puisqu'ils sont écrits avec des termes significatifs et non avec des périphrases, facilité de se faire comprendre par des étrangers, qui, presque tous, sont lettrés; définitions devenues inutiles, puisque chaque mot en devient une; expressions nouvelles s'appliquant à toutes les idées qu'on veut rendre; création d'un langage uniforme pour la science, langage qui fait rentrer dans le domaine général toutes les dénominations des *états* que des spécialistes ont appliquées aux maladies des yeux, des oreilles, de la peau, et que l'on a sans doute favorablement accueilli, parce que personne ne les comprenait, et qu'elles faisaient des sciences à part, de l'otologie, de l'ophthalmologie, et de l'étude des affections cutanées, etc., etc.; tels sont quelques-uns des très nombreux avantages que présente la nomenclature organo-pathologique.

Mais, dira-t-on, il faut réserver des mots nouveaux pour les choses nouvelles. On ne doit pas changer les anciennes expressions, où chacun reconnaît certains ensembles! D'abord je déclare que je n'ai pas la prétention de dénommer les ensembles symptomatiques, les maladies telles qu'on les comprenait; presque jamais les mots consacrés par l'anatomo-pathologisme n'ont de synonymie dans l'ancien langage. Gardez vos mots: fièvre typhoïde, rhumatisme, scrofule, etc. Ne croyant pas que l'on doive conserver ces entités, je ne les nomme pas, et la nomenclature n'est appelée qu'à désigner des états précis, clairs, qui entrent dans les ensembles pathologiques que présente un homme malade.

Comment M. Bousquet a-t-il pu dire qu'il y a dans tout ceci de l'obscurité, du vague, quand rien n'est plus positif que cette manière de considérer les faits. Comment croit-il difficile de coordonner, de marquer la place des états pathologiques observés chez les malades, quand il doit bien voir qu'on s'attache sans cesse à fixer les relations qu'ils ont entre eux.

N'allez pas dire que mon prétendu néologisme est mal employé et qu'il ne faut de nouveaux mots que pour exprimer des choses nouvelles, car je vous ferais facilement voir que la plupart des états pathologiques n'ont pas été nommés, et cela pas plus que leurs causes. Qui donc a nommé les virus, je vous prie? Est-ce que vous penseriez que *iose*, pris d'un mot grec qui signifie virus, ne spécifie pas bien les causes très physiques des maladies virulentes; et ne trouvez-vous pas convenable de joindre à cette expression une particule qui en fixe le caractère, telle que *septi* pour les matières putrides, *syphi* pour le poison de la syphilis, *vario* pour celui de la petite-vérole, et *boos* (bœuf ou vache) pour celui de la vaccine? Iriez-vous par hasard composer le mot vacciniose, et ne voyez-vous pas qu'il faut, dans une nomenclature régulière, exprimer, d'après une loi générale, certaines choses que l'on aurait bien pu, à la rigueur, se dispenser de nommer?

Je conçois que les vitalistes exagérés soient peu satisfaits d'abandonner le vieux langage condamné par M. Chomel, par M. Bouillaud, par M. Requin lui-même, par tous ceux, enfin, qui se sont occupés des noms des maladies; je conçois qu'ils aiment à se servir indéfiniment de termes aussi vagues, aussi nuageux, aussi mal définis que leurs idées et leurs prétendues doctrines; qu'ils conservent, encore une fois, pour eux les mots: rhumatisme, qui réunit tout ce qu'il y a de plus disparate; catarrhe, qui s'adapte à une infinité de souffrances diverses; scrofules, qui n'est rien moins que la réunion d'une multitude d'états chroniques; qu'ils conservent: asphyxie (maladie sans pouls), pour désigner des cas dans lesquels le pouls est fort; ictère (dérivé de belette aux yeux jaunes), ictère, auquel ils prêtent toutes les couleurs, etc. Qu'ils se perdent, dans leurs spéculations, à l'aide de leurs mots vie, vital, force vitale, etc.; qu'ils nous répètent à satiété: constitutions médicales, constitution épidémique, nature médicatrice, hippocratisme, etc. Pour nous, nous obéissons au progrès qui a consisté dans les applications de l'anatomie et de la physiologie à la connaissance des souffrances humaines, et imitant Hippocrate, dont ils parlent tant et qu'ils lisent si peu, Arétée, Fernel et tous les bons auteurs modernes, nous chercherons toujours à particulariser, par des expressions positives, les idées que nous voudrons rendre; si Voltaire, que cite M. Bousquet, pouvait ressusciter et juger entre notre collègue et nous, je le demande à nos honorables collègues, à qui des deux donnerait-il l'avantage?

Mais c'est dans un hôpital, c'est au lit du malade que l'on voit combien est utile l'admission de la nomenclature. Le diagnostic autrefois se bornait à désigner une maladie ou un petit nombre de maladies, que l'on écrivait sur la feuille d'observation; tous les détails utiles au malade, toutes les indications faisaient défaut. Le médecin oubliait le lendemain les phénomènes qu'il avait reconnus la veille. Grâce aux mots exprimant d'une manière précise les états organo-pathiques, on note chacun de ceux-ci en tête de l'observation, et l'on sait ultérieurement et dans le cours de la maladie ce qui a existé. Il est donc alors possible de comparer le mal qui a eu lieu à celui que l'on observe actuellement. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie mes notes d'hôpital recueillies de cette sorte, et je suis convaincu qu'elle y verra beaucoup de travail, un grand désir de bien faire et un résultat utile obtenu.

Enfin, M. Bousquet m'adresse cette demande: Qui êtes-vous donc pour réformer le langage scientifique? Ce que je suis, mon cher confrère et collègue? D'abord ce que vous êtes vous-même, alors que vous osez me faire cette question si peu académique! Je suis docteur en médecine et membre de cette savante compagnie; c'est assez, je pense, pour avoir le droit de parler et d'exprimer mes idées.

Mais avec cela, j'ai pendant quelque trente ans étudié dans les amphithéâtres, dans les hôpitaux, dans les laboratoires; j'ai expérimenté sans cesse, j'ai observé constamment et beaucoup médité. Des luttes publiques m'ont donné la mission d'instruire les élèves et de soigner des malades. Il a fallu que neuf concours en physiologie, en hygiène, en chirurgie, en pathologie, en clinique me forçassent de lire non seulement une partie notable des bons écrivains de l'antiquité et des temps modernes, mais encore les élucubrations des vitalistes exclusifs. J'ai assisté souvent comme acteur, ailleurs comme juge, à de nombreuses thèses où l'on faisait valoir toutes les doctrines, depuis les plus fantastiques jusqu'aux plus positives; j'ai examiné attentivement les raisons pour et contre; indépendant par caractère, jamais frondeur sans raison, me guidant par ma conviction, j'ai enseigné pendant trente ans, publié plus de vingt volumes in-8°, et écouté toujours, sans en concevoir de haine, les méchancetés qu'on a pu me dire; j'ai soutenu toujours ce qui m'a paru juste, bon et utile; je le fais encore en ce moment, et je le soutiendrai, parce que ma conscience le veut, devant vous et devant d'autres, la nomenclature organo-pathologique, la doctrine des états pathologiques dont elle est l'expression et le langage, le plessimétrisme, qui m'a conduit à l'une et à l'autre, et les vérités thérapeutiques que je viens d'avoir l'honneur de lire devant l'Académie sur le traitement de la variole ou variosie.

BIBLIOTHÈQUE.

ÉTUDES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES SUR L'ALIÉNATION MENTALE;

Par M. RENAUDIN, directeur de l'asile de Maréville. Paris, 1854.

Dans le premier chapitre de ses mémoires, Mme George Sand pose en principe que, pour écrire ces sortes d'ouvrages, il faut les relier au passé par la tradition de la famille, au présent par le récit des faits qui s'y rattachent et dégager de ce double faisceau la personnalité de l'auteur. C'est à ce point de vue que s'est placé M. Renaudin pour composer ses *Études médico-psychologiques*, véritable autobiographie de la folie humaine; et lorsqu'on les a lues avec le soin et l'attention qu'elles méritent, on peut dire hautement que l'analyse des conditions de causalité de l'aliénation mentale n'a jamais été poussée plus loin; peut-être même la critique pourrait-elle reprocher au savant médecin de Maréville cette divisibilité infinie des sources qui par momens donne le vertige.

Transmissions héréditaires, élémens constitutifs de l'homme, rapports avec le milieu ambiant, tel est le côté du livre qui nous a plus particulièrement séduit. Cette prédilection n'a rien qui doive surprendre, car cette partie du travail est pleine de remarques pratiques et de raisonnemens philosophiques qui, comme l'a très bien fait observer M. A. Maury, placent M. Renaudin parmi les penseurs les plus éminens de la médecine. Nous toucherons le moins possible aux faits psychologiques, afin de ne pas répéter les paroles de l'érudit bibliothécaire de l'Institut; notre tâche embrassera surtout la partie médicale; encore faudra-t-il, pour ne pas nous écarter de notre cadre, négliger des questions toutes d'actualité sur les hallucinations, les monomanies, la liberté morale, etc. Toutefois, nous nous félicitons de partager les opinions de l'auteur sur ces divers sujets, car pour la monomanie même nous n'avons jamais entendu en combattre la réalité; notre but a été seulement d'établir que l'unité du moi ne permettait pas d'admettre l'indépendance des sentimens, et qu'une faculté ne pouvait être troublée sans que l'harmonie générale du principe psychique n'en fût plus ou moins ébranlée.

Il y a une vérité acquise à l'observation, c'est que la folie se transmet par les parens. Cette transmission peut tenir à des causes très diverses. Tantôt c'est l'influence du sol qui fait passer dans le sang des enfans les germes du crétinisme ou ceux de l'idiotisme et de l'imbécillité, lorsque l'hygiène n'a que modifié incomplètement les conditions défectueuses des localités. Tantôt c'est l'abus des liqueurs alcooliques, l'ivrognerie, qui préparent pendant plusieurs générations l'appauvrissement de l'espèce humaine et contribuent à augmenter le nombre des aliénés. Dans d'autres circonstances, ce sont les commotions politiques qui marquent de leur sceau fatal l'être qui vient d'être conçu et sur lequel, après un grand nombre d'années, se refermeront les portes des asiles. Il n'est pas de médecin spécialiste qui n'ait donné ses soins à des jeunes gens nés sous l'agitation de 1830, et chez lesquels la folie s'est souvent montrée avec des symptômes fort graves. Ce fait avait été constaté par Esquirol de la manière la plus évidente pour la grande révolution, et d'autres le constateront après nous pour celle de 1848. C'est un compte à porter dans le bilan des bouleversements politiques. Nous pourrions encore joindre à ces transmissions héréditaires certaines épidémies laissant après elles une misère profonde, ou produisant une exaltation désordonnée; le genre de vie des parens, leurs maladies, leur âge lors de la conception, leurs vices, etc.

Voilà donc la prédisposition héréditaire, le lien par lequel l'homme se rattache au passé, qui va constituer le point initial de la maladie. Mais il faut, en outre, dans l'individu une virtualité ou plutôt une disposition délirante, pour que la folie fasse son évolution. Cette virtualité a son foyer dans la sensibilité générale dont l'exagération engendre l'irritabilité, si favorable à la production des maladies mentales. On s'est demandé en quoi consistait cette sensibilité; cette question a lieu d'étonner, car la sensibilité est la résultante fonctionnelle de ce réseau nerveux qui pénètre dans toutes les parties les plus déliées de la trame humaine, et dont les propriétés sont d'autant plus marquées, que les

stimulans sont plus multipliés. On prévoit déjà pourquoi dans les nations les plus civilisées, qui sont en définitive celles qui sentent le plus, l'aliénation mentale a une part si importante.

Les élémens primitifs de l'idiosyncrasie, le tempérament, le caractère, l'aptitude intellectuelle, entrent à leur tour dans la pathogénie de l'aliénation; l'un par sa prédominance qui lui attribue tel mode particulier de sentir ou de réagir; l'autre par son indebilité qui se reflète tout entière dans la folie; la dernière, enfin, par son défaut d'équilibre en moins ou en plus avec l'organisation physique. A ces élémens il faut surtout joindre l'irritabilité formant pour chacun une idiosyncrasie propre, qui fait que l'un s'émeut vivement, tandis que l'autre pour le même sujet reste dans une complète indifférence, et c'est ce qui nous explique encore pourquoi il n'y a pas de cause absolue de folie.

Dès nos premiers pas dans l'étude des élémens de la pathogénie de l'aliénation mentale, nous voyons combien la division des causes en morales et physiques est défectueuse, si l'on ne tient compte de ces filières préparatrices pour lesquelles les chagrins, les maladies organiques jouent le rôle de la goutte d'eau qui fait déborder le vase trop plein. Plus nous avancerons dans l'analyse du livre de M. Renaudin, plus cette vérité paraîtra incontestable.

C'est par les sentimens que se traduisent les prédispositions héréditaires que nous avons vues s'élaborer souvent pendant plusieurs générations et créer l'idiosyncrasie native. La vie de l'homme, en effet, se résume dans deux faits primordiaux, sentir et réagir, dont les passions et les besoins sont l'expression pratique. Quelle que soit la multiplicité des sentimens humains, dit l'auteur, on peut les ramener à trois chefs principaux (sentiment de la personnalité, sentiment religieux, sentimens affectifs) qui sont moins des types que les divers degrés du développement d'un principe psychique unique; car il ne faut jamais perdre de vue que l'homme est un tout indivisible et que quelque soin que l'on apporte dans l'analyse de ses sentimens et de ses réactions, on ne parvient à ne les isoler un instant que pour mieux reconnaître l'union intime et la dépendance réciproque des élémens qu'ils constituent.

Nous voudrions suivre M. Renaudin dans ses esquisses si habilement faites de la lutte des sentimens avec le tempérament, le caractère, l'éducation, la susceptibilité et les obstacles qui les arrêtent à chaque instant dans leur manifestation, pour montrer aux lecteurs par quelles séries de transformations passent les sentimens pour arriver à la folie, cette lecture si attachante dans le livre ne présenterait ici qu'un reflet — complètement décoloré; — aussi nous bornerons-nous à faire observer que c'est le plus ordinairement dans les déceptions que se rencontrent les conditions de causalité de l'aliénation mentale; conditions d'autant plus fatales qu'elles sont plus dépressives et qu'elles ont exagéré en ce sens le sentiment de la personnalité au moment même où celui-ci s'effaçait davantage. Ceci nous explique pourquoi les antipathies sont si prononcées quand elles se déclarent au sein d'une famille, et pourquoi la haine la plus vive succède souvent à une amitié profondément sentie. C'est toujours la prédominance du sentiment de la personnalité qui est en jeu dans ces circonstances; aussi ne devons-nous pas être étonnés si la lésion des sentimens affectifs est un des principaux phénomènes de la période d'incubation de l'aliénation mentale. Comme corollaire, on peut établir que c'est de la désharmonie des sentimens, qu'elle provienne d'une lutte ou d'un défaut organique, que nous trouvons une condition de causalité de la folie d'autant plus active, que la lésion de la sensibilité générale est plus profonde et que la réaction n'est plus guidée par la conscience instinctive.

M. Renaudin trace ensuite un tableau très bien fait des rapports des sentimens avec le milieu dans lequel l'homme est appelé à vivre et des modifications qu'ils subissent dans la vie pratique. Ce chapitre, plus spécialement psychologique, traite de la raison que l'auteur, fidèle aux saines doctrines qu'il professe, ne définit pas une faculté distincte, mais le développement complet de l'élément psychique, parvenu au point où il peut exercer une influence directe et décisive sur l'ensemble de l'organisme. Après s'être livré à des considérations qui feraient la matière de volumes sur la force morale, le jugement, les idées, leur incohérence, les erreurs de jugement, la systématisation des idées fixes, la volonté, ses manifestations, la raison d'être, le raisonnement, la responsabilité morale, la virtualité délirante, M. Renaudin termine ce chapitre si plein de faits et d'argumens philosophiques en concluant que la première condition psychique des écarts de la raison se rencontre nécessairement dans la perturbation des sentimens, surtout quand elle coïncide avec l'élément délirant qu'on appelle irritabilité, qui réveille, suivant l'idiosyncrasie du sujet, tantôt un sentiment, tantôt un autre. Sous cette influence, on sent au lieu de juger et le raisonnement ne peut avoir lieu. En opposition avec l'irritabilité, on rencontre une apathie qui anéantit tout développement intellectuel. Si, dans le premier cas, l'individu n'a pas la conscience de son impuissance, dans le second il a perdu le sentiment de sa personnalité et la raison s'égare par l'anéantissement de sa virtualité. Enfin, l'élément somatique peut, à son tour, être une cause non moins puissante de perturbation, parce qu'en effet la douleur suspend chez un grand nombre l'exercice de la raison.

Après avoir étudié les conditions de causalité de la folie dans l'hérédité, les élémens primitifs de l'idiosyncrasie, l'auteur recherche dans les rapports de l'individu avec le milieu qui l'entoure; ainsi se trouve complétée la trilogie que nous avions indiquée au commencement de cette analyse. Forcé de faire un choix parmi les influences nombreuses de cette dernière section, nous dirons quelques mots de la civilisation et des institutions politiques.

L'influence de la civilisation dans la pathogénie de l'aliénation mentale doit être envisagée au double point de vue de l'excitation intellectuelle et des conditions matérielles de l'existence. L'une est l'idée, l'autre est le besoin. C'est aux époques critiques que la folie doit être plus fréquente; c'est dans une situation stationnaire que les conditions de causalité doivent être plus restreintes. La civilisation développe surtout les sentimens, et c'est là qu'est le danger (1).

On vit plus, parce qu'on sent davantage, et cette activité est souvent l'écueil de la raison, soit quand elle dépasse la portée de l'aptitude, soit quand elle s'épuise sans repos ni trêve. Les déceptions sont plus amères, les rapports plus nombreux et les stimulans plus multipliés; la sensibilité s'altère, s'énerve, se blase. L'élément somatique a aussi ses évolutions; les sens deviennent plus délicats, les besoins plus incessans, le sensualisme grandit. L'abus de la jouissance aboutit à l'épuisement, à la surexcitation et à la dépravation. L'instinct brutal domine, et c'est dans ces raffinemens que prend naissance le crime ou la démence. Il faut donc dans la civilisation une plus grande force morale pour résister aux dangers. La misère et l'abus des plaisirs, la privation et la prodigalité, tels sont les deux extrêmes de cet état de choses, où chaque pas en avant est marqué par une chute, de même qu'on ne voit pas une seule victoire sans victimes.

Sans doute, le progrès doit amener avec le temps de grandes améliorations, et il est juste de reconnaître que les époques où nous vivons valent mieux que celles qui les ont précédées; mais la civilisation actuelle n'en saisit pas moins l'homme sous toutes ses faces et s'adresse à tous ses sentimens. Les institutions politiques et religieuses, les conditions physiques et morales de l'existence, les péripéties de la carrière à parcourir, les luttes pour franchir les inégalités sociales, la stimulation des sentimens affectifs auxquels il ne peut être donné un libre cours, et par dessus tout les influences qui portent ces sentimens jusqu'à la passion, ont une action directe qui, si elle n'entraîne pas toujours la folie, concourt puissamment à créer les principales dispositions de causalité.

Sous le rapport des institutions politiques, M. Renaudin signale la grande influence de l'émancipation générale dont le point de départ est dans la première révolution. L'individualité lancée à toute vapeur, ne consultant que rarement son aptitude, est entraînée à déployer cette activité incertaine et inquiète qui use les uns, abat les autres et ne profite qu'aux forts. Aussi est-ce dans cette situation que se multiplient les causes de folie, non seulement pour la génération adulte, mais aussi pour celle qui est conçue au milieu de ces angoisses. De là cette prédisposition héréditaire indirecte qui se manifeste dans ces névropathies variées, si nombreuses en ces temps, et qui, si elles ne conduisent pas toujours à l'aliénation mentale, sont ordinairement sur la limite.

Ici se termine la tâche que nous nous étions imposée de passer en revue dans le livre de M. Renaudin les trois grandes sources de causalité de la folie. Malgré deux lectures attentives et plus de cinquante pages de notes, nous n'avons donné que le squelette de cette vaste composition. Il nous a été impossible de détacher une foule de faits et de réflexions qui s'enchaînaient les uns aux autres. Les passages que nous avons choisis au hasard ne suggèrent qu'une très faible idée de cette logique serrée, nerveuse, qui lie chaque partie et en fait un tout complet. Nous aurions voulu suivre l'auteur dans ses considérations sur la signification psychique des diverses fonctions ainsi que de leurs principales modifications, dans son chapitre sur le délire, la marche de l'aliénation, la symptomatologie, etc.; nous y aurions retrouvé la même élévation de pensées, la même richesse d'aperçus ingénieux et féconds et la même abondance de faits pratiques qui nous ont frappé dans les parties que nous avions analysées. Si l'ouvrage était complet, ce serait, sans contredit, un des livres les plus profonds et les plus remarquables qui auraient été publiés sur l'aliénation mentale. Tel qu'il est, il donne la plus haute idée du philosophe et du médecin; sa doctrine sur la dualité de l'homme est de celles que nous nous honorerions d'avoir soutenues.

Si j'ai exprimé franchement tout le bien que je pensais des travaux de M. Renaudin, je me suis réservé le droit de lui soumettre une observation. Son livre est riche de faits, de raisonnemens et d'aphorismes; il a du style et beaucoup; il pourrait être écrit par un docteur ès lettres, comme il l'a été par un docteur ès sciences. Comment se fait-il, cependant, qu'on ne puisse le lire tout d'une haleine, qu'il faille le quitter, le reprendre et après l'avoir lu le réfléchir encore? Cela ne tiendrait-il à deux circonstances, à savoir la dissémination des idées dans des mémoires séparés et l'alliage germanique qui s'y trouve mêlé en forte proportion? Pour ceux qui n'ont pas le bonheur, comme M. Renaudin, d'être initiés au génie des langues étrangères, il est facile d'être désorientés. Nous voudrions nous tromper, mais nous craignons que les études médico-psychologiques ne soient appréciées que par un public d'élite. A tout prendre, il y a encore une belle place auprès du grand homme d'Athènes qui, entendant la multitude l'applaudir, s'écria : Ai-je dit quelque sottise? Ces réserves faites, qu'il nous soit permis d'ajouter qu'en voyant des individualités aussi puissantes remplir avec contentement et modestie les devoirs de leur état, sans que la sérénité de leur regard se trouble au bruit de renommées souvent éphémères, on se sent porté à mieux apprécier la valeur des choses et plus heureux de rendre justice à ces savans éloignés que de courir après des mirages qui s'évanouissent quand on les approche.

A. Brierre de Boismont.

(1) Nous avons développé notre thèse dans notre seconde étude *sur la civilisation dans ses rapports avec la folie*. (*Annales méd.-psych.*, 853.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Février 1855. — Présidence de M. Regnault.

Sur un exciseur électrique.

M. Leroy-d'Étiolles, en faisant cette présentation, s'exprime ainsi :

L'excision des parties malades au moyen d'un fil de platine rougi par un courant électrique a été imaginée et appliquée à Vienne et à New-York, il y a une douzaine d'années : ce n'est donc pas une invention, mais un simple perfectionnement que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie. Ce qui le caractérise, c'est que les deux bouts de fil se croisent dans le trou ou l'œil de l'extrémité de l'un des conducteurs, de sorte qu'en les tirant en sens inverse, l'anse, rougie par le courant, se serre à mesure que l'excision s'opère, comme le ferait une ligature avec un fil ordinaire.

Cet exciseur électrique à fils croisés est applicable aux tumeurs saillantes pour lesquelles le bistouri pourrait être dangereux à cause de l'hémorrhagie, par exemple, les paquets hémorrhoïdaux, les chutes du rectum, etc. Il est applicable à la section et à l'oblitération des veines variqueuses, des membres et du cordon spermatique, etc.

Quant aux rétrécissemens de l'urètre et du rectum, leur excision réclame une autre disposition de cautère électrique que j'ai imaginée en 1852. Ce n'est plus ici un fil qui rougit, mais un anneau de platine très mince qui fait l'office d'emporte-pièce. Les conducteurs sont proportionnés au diamètre des conduits dans lesquels ils doivent pénétrer à une certaine profondeur. Pour l'urètre, il convient de les avoir en fer recouvert d'un émail. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et chirurgie.)

Sur la diathèse cancéreuse et l'inopportunité des opérations prématurées pratiquées comme méthode générale dans le but de prévenir la dégénérescence.

Sous ce titre, M. Leroy-d'Étiolles lit un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Dans les premiers temps de la médecine, on considérait le cancer comme une maladie constitutionnelle. Il est probable qu'on reconnaissait ce caractère dès son apparition, puisque le conseil de ne pas chercher à l'enlever a été donné d'une manière absolue par Hippocrate, par Celse, par Ambroise Paré, sans distinction de période et de durée.

Plus tard cette croyance s'est modifiée, et l'on a admis en principe que le cancer est une maladie primitivement bénigne et locale qui, abandonnée à elle-même, subit une dégénérescence maligne dont l'influence vicie la constitution et rend la repullulation presque inévitable, lorsque l'on fait l'extirpation des tissus altérés.

Conformément à cette croyance nouvelle, le précepte était donné et généralement admis d'extirper le plus promptement possible toute tumeur, toute altération de tissu capable de subir cette dégénérescence maligne et de produire une infection générale. Or, comme il est fort difficile, au début de la maladie, de distinguer ces altérations d'avec celles qui doivent rester stationnaires et inoffensives, on extirpait les unes et les autres indistinctement. Quand le mal récidivait, les partisans de la nouvelle doctrine disaient que l'on n'avait pas extirpé d'assez bonne heure, avant l'accomplissement de la dégénérescence et de l'infection.

S'il était vrai que le cancer fût une maladie primitivement bénigne et locale, et qu'en l'extirpant dès son origine on pût prévenir la dégénérescence et l'infection constitutionnelle, il n'est pas douteux qu'il faudrait enlever dès leur apparition toutes les tumeurs ou toutes les altérations de tissu de nature douteuse, au risque d'opérer quelquefois inutilement, car le danger de mort que l'on préviendrait ainsi compenserait largement ces erreurs, dont la gravité, d'ailleurs, est diminuée par l'admirable découverte de l'anesthésie artificielle qui supprime la douleur de l'opération; mais si, au contraire, la dégénérescence et l'infection générale secondaire ne sont que des théories dénuées de fondement, si le cancer est ou primitivement constitutionnel ou même s'il est le résultat d'une diathèse préexistante, rien ne peut plus compenser et excuser les erreurs et les opérations inutiles auxquelles exposent inévitablement les extirpations prématurées.

Ne trouvant rien dans les livres qui pût servir de base à une opinion sur cette question de la dégénérescence, je résolus, en 1840, de rassembler une masse de faits dans le but de la résoudre. Grâce à l'appui que voulurent bien m'accorder pour cette recherche MM. les ministres de l'instruction publique et des affaires étrangères, deux cents médecins de France et de l'étranger ont envoyé plus de trois mille observations qui m'ont servi à dresser une statistique des maladies cancéreuses: je l'ai interrogée sur la question de la dégénérescence; j'ai compulsé, d'une part, les extirpations pratiquées dans les six premiers mois qui ont suivi l'apparition de la maladie. J'en ai compté quatre-vingt-sept; sur ce nombre, soixante et un avaient récidivé dans un laps de deux années.

J'ai recherché alors quelle avait été la proportion des récidives lorsque les extirpations avaient été pratiquées plus de cinq ans après le commencement de la maladie, et j'ai trouvé que, sur quatre-vingt-dix-sept opérations, il n'y avait eu que cinquante récidives. Ces deux résultats sont peu favorables à la théorie de la bénignité primitive et de l'infection générale secondaire.

Les présomptions de diathèse primitive ou même préexistante qui ressortaient de ces chiffres ont été confirmées depuis par les observations microscopiques, au moyen desquels on a reconnu les caractères spécifiques du cancer, dès l'origine de la maladie. Mon intention n'est pas de prendre part aux débats relatifs à la certitude plus ou moins grande du microscope, je n'en dirai qu'un mot.

M. Velpeau a cité quelques cas dans lesquels la cellule cancéreuse, qui n'avait pas été vue après une première extirpation, avait été reconnue après une récidive et une seconde extirpation : ces faits ne me semblent prouver rien contre la diathèse primitive, puisque la récidive a eu lieu : on en peut seulement déduire qu'il y a des caractères autres que la cellule dans certaines périodes ou certaines formes du cancer non encore déterminés par les observateurs.

Le précepte d'extirper dès leur apparition les altérations présumées cancéreuses, dans le but d'en prévenir la dégénérescence, serait donc basé sur une fausse théorie. Les conséquences de son application ne sont pas égales dans les différentes parties du corps; il y en a pour lesquelles l'erreur n'a pas de gravité : la lèvre, par exemple, car l'incision fait disparaître là une difformité, quelle que soit la nature de la tumeur. Mais il n'en est pas de même pour le sein, sur lequel l'incision crée une difformité; pour le testicule, organe dont la privation est pénible et souvent funeste.

Le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie renferme les documens extraits de ma statistique relatifs à d'autres points de l'étude des maladies cancéreuses, tels que sa fréquence relative dans les deux sexes, l'influence des causes, etc. Je les ai laissés de côté pour analyser seulement la portion qui se rapporte à la dégénérescence. En dehors de cette question, je me bornerai à faire observer que la statistique confirme ce qu'avait dit Boyer de la marche et de la terminaison funeste plus prompte après les récidives. On y voit, en effet, que la durée moyenne de la vie est de cinq ans pour ceux qui ne sont pas opérés, et de deux ans seulement après l'opération.

En conclurai-je qu'il ne faut pas extirper les cancers? Non, vraiment. Mais seulement qu'il faut restreindre, régulariser l'intervention de la chirurgie, et particulièrement en ce qui concerne le précepte des opérations pratiquées prématurément dans le but de prévenir la dégénérescence. Le lieu qu'occupent les altérations cancéreuses ou présumées telles, la rapidité de leur accroissement, la difformité qu'elles causent, le délabrement qu'entraînerait leur ablation après leur développement, les vives douleurs qui les accompagnent quelquefois dès le début, peuvent être des motifs suffisans pour agir de très bonne heure; mais on ne doit plus faire un précepte et une règle générale des opérations prématurées. — (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 24. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 27 Février 1855.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
—
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9
—
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PHYSIOLOGIE.

UNE THÈSE EN SORBONNE.

DIGESTION DES MATIÈRES GRASSES; — NATURE ET AGENS DU TRAVAIL DIGESTIF.

PREMIER ARTICLE.

Les spirituelles causeries du samedi ont suffisamment initié les lecteurs de l'UNION MÉDICALE aux péripéties de l'événement scientifique du jour. Dans cette brillante passe d'armes, ayant relégué au nombre des vieilleries le trop fameux *Jurare in verba magistri*, nous demanderons au seul désir de nous instruire l'impartialité et l'indépendance nécessaires pour conserver le rôle d'historien fidèle.

Nous répondrons *sérieusement* à la réclamation de M. Figuier, en lui donnant l'assurance que nous enregistrerons avec satisfaction les faits *nets et précis* qu'il annonce; nous dirons à notre savant collègue et excellent ami, le docteur Vernois, qu'après avoir relu avec toute l'attention qu'il mérite son mémoire *du sucre du foie et de ses modifications dans les maladies*, nous avons trouvé, dans ses 173 analyses, la confirmation pathologique des faits de physiologie expérimentale énoncés par M. Cl. Bernard.

L'observation de cette jeune fille de 18 ans, morte dans le marasme, à la suite d'une maladie chronique de l'estomac qui dura un mois et demi (rétrécissement de l'œsophage, empoisonnement par l'acide azotique), et dans le foie de laquelle le médecin de Necker a rencontré du sucre en grande quantité (quoique la malade ne prit pour tout aliment que des lavemens de bouillon), prouve, de la manière la plus évidente, que le sucre se forme au sein de l'organisme, indépendamment de l'alimentation.

Que l'abstinence de quinze jours dût faire disparaître plus de sucre du foie, c'était logique de le penser. Comme il n'en a pas été ainsi, enregistrons comme important ce fait isolé, en attendant de nouvelles études.

Occupons-nous actuellement de la séance de la Sorbonne de vendredi dernier, et, fidèle à notre principe, reproduisons avec un soin religieux la thèse et les opinions du savant physiologiste (M. Blondlot), et l'argumentation pleine d'urbanité et de courtoisie, de finesse et de pénétration de l'illustre doyen de la Faculté (M. Milne Edwards), et de ses deux éminens collègues (MM. Geoffroy St-Hilaire et Payer).

La thèse de M. Blondlot comprend deux parties :

La première est relative à la digestion des matières grasses.

La deuxième forme le résumé des principes généraux déduits des travaux qui l'ont conduit à réhabiliter l'ancien système de la trituration.

Nous ferons connaître aujourd'hui la première qui se subdivise en deux sections ou propositions. Nous réserverons la deuxième à un article subséquent.

1° La digestion des corps gras ne s'effectue pas dans l'intestin par l'intermédiaire de la bile ou du sucre pancréatique.

2° Les corps gras se digèrent dans l'estomac comme les autres alimens et par leur intermédiaire.

Les matières alimentaires se divisent en trois grandes classes :

Les matières protéïques ou albuminoïdes;

Les matières amylacées;

Les matières grasses.

Tous les physiologistes reconnaissent que la digestion des premières s'accomplit dans l'estomac par l'action du suc gastrique. Mais pendant que les travaux modernes cherchent à attribuer la digestion des deuxièmes et troisièmes à des parties distinctes, hors de l'estomac, M. Blondlot soutient que le même organe (l'estomac) effectue simultanément la digestion de toutes ces substances, quelle que soit leur nature.

A cet effet, M. Blondlot commence par réfuter l'opinion que la bile contribue au travail digestif, et en particulier à celui des corps gras.

La bile se déverse quelquefois dans l'intestin sans qu'on puisse déterminer son usage, sans qu'il y ait digestion (méconium du fœtus-bile chez les animaux hibernans); maintenant, par des expériences directes, Brodie, en liant le canal cholédoque sur un animal vivant, a vu la chylification se continuer, Tiedeman, Gmelin, Leuret, Lassaigne, Magendie ont reconnu que du véritable chyle existe sur des animaux alors que la bile n'arrivait pas à cause des ligatures. Cependant, comme les animaux succombaient toujours, il était indispensable d'instituer de nouvelles expérimentations. M. Blondlot s'est proposé, par ses fistules biliaires, un double but : ouvrir une voie artificielle à la bile; fermer le canal naturel. En opérant sur un chien sacrifié après deux mois et demi, il n'avait vérifié aucune communication anormale; sur une chienne, dont l'existence s'est prolongée, elle est restée longtemps à se remettre, puis elle a pu chasser, mettre bas et allaiter ses petits. La bile n'a jamais discontinué de couler par un orifice très fin, d'une manière intermittente (quinze minutes après le repas); on la muselait pour l'empêcher de lécher sa bile; en lui donnant des matières grasses, et en analysant les excrémens, M. Blondlot n'a jamais trouvé de traces de ces matières grasses, preuve évidente qu'elles étaient digérées sans le concours de la bile.

Pour rejeter la coopération du suc pancréatique comme digestif, comme émulsionnant les corps gras, la thèse invoque d'abord des considérations générales.

Il existe entre le pancréas et le foie une connexion anatomique incontestable; leurs produits se déversent par un conduit commun ou par des conduits s'abouchant dans le tube digestif à faible distance; d'autre part, ces deux glandes se confondent chez quelques animaux; et sur les poissons on est incertain si une petite languette au voisinage du foie est un pancréas ou un appendice du foie.

Aux relations anatomiques du foie et du pancréas doivent correspondre des fonctions analogues; mais si la bile ne joue aucun rôle, il est présumable qu'il en sera de même du suc pancréatique.

La nature a proportionné le développement relatif des organes à l'importance des fonctions : si le pancréas devait digérer des corps gras, l'organe sécréteur serait plus considérable dans les animaux qui en consomment le plus. Le pancréas devrait être plus développé chez l'oiseau de proie que chez le granivore. Or, ces derniers ont au contraire le pancréas plus volumineux.

Finalement, il est une grande classe d'animaux chez lesquels le pancréas manque; des espèces n'ont qu'un pancréas rudimentaire; d'autres manquent même de cœcum pylorique. Toutes n'étant pas vouées au régime végétal, quelques-unes devant se nourrir de matières grasses, comment concilier cette absence d'organe avec une nécessité absolue de fonction digestive?

M. Blondlot passe à l'examen des expériences directes qu'il ne trouve ni nettes ni précises (1).

M. Bernard avait avancé qu'après la ligature des canaux les corps gras ne sont plus digérés, mais il ne cite pas de faits particuliers. M. Blondlot lui oppose l'expérience suivante : il a pratiqué sur un chien la ligature du principal conduit pancréatique; il a opéré dans la glande plusieurs déchirures et l'a traversée dans toute sa longueur par un séton, il voulait ainsi intercepter plus ou moins l'arrivée du fluide pancréatique, et déterminer dans l'organe sécréteur une inflammation permanente qui dénaturerait sa fonction. L'animal après avoir beaucoup souffert se rétablit; il mange de la viande chargée de graisse mais toujours M. Blondlot ne trouve dans les excrémens que des traces insignifiantes de graisses. L'animal étant devenu hydropique, il l'assomme après un repas copieux, et il constate que les chylifères sont remplis d'un chyle blanc et opaque. Le pancréas était le siége d'un abcès en pleine suppuration.

2° Après avoir démontré que la bile et le suc pancréatique ne jouent aucun rôle essentiel dans la digestion des corps gras, M. Blondlot recherche les véritables agens des modifications qu'ils subissent. Étudiant le fait de l'émulsionnement, il place sur le porte-objet du microscope une goutte de liquide inviscant; puis, en frictionnant légèrement, il voit une substance blanche crémeuse composée d'innombrables molécules sphériques, des globules graisseux, ténus, égaux en forme et en dimension; la trituration a divisé la matière grasse; mais celle-ci ne serait pas stable si un principe étranger ne se trouvait pas pour donner à chaque globule un enduit, l'isoler, lui donner une existence indépendante.

La trituration est donc la cause active de l'émulsion; la cause passive, c'est la présence d'un corps étranger d'un corps inviscant.

Cette cause active mécanique est due à l'estomac; et dans l'estomac, à la partie qui a une plus grande puissance musculaire, c'est-à-dire le pylore; mais dans l'estomac trouve-t-on des substances capables d'agir comme principe intermédiaire, ou substance émulsive?

En donnant des matières grasses à un animal, et en le tuant pendant la digestion, on en rencontre dans les chylifères; mais la majeure partie passe inaltérée par la diarrhée; ce n'est donc pas dans les sécrétions du tube intestinal qu'il faut chercher les causes principales de l'émulsionnement des corps gras.

Si une personne à jeun prend de l'huile d'amandes douces, il s'en suit une purgation, une petite quantité seule est émulsionnée par le mucus; en y associant du pain, l'huile est digérée et les excrémens n'en offrent plus de traces. Est-ce que le chyle fourni par les autres alimens ne servirait pas de principe émulsif pour les corps gras?

En mettant dans des flacons divers, à la température de 40°, de l'albumine, du tissu cellulaire, de la fibrine de la viande, on obtient, au bout de peu d'heures, une pâte chymeuse, constituée par des molécules divisées.

En y ajoutant du gras fondu, les matières s'émulsionnent, et il n'apparaît aucune trace de graisse à la surface.

Donc, les matières grasses s'émulsionnent dans l'estomac par l'intermédiaire du chyme provenant d'autres substances alimentaires.

Donc, l'estomac possède les deux conditions indispensables : un agent actif, la trituration; un agent passif, la substance intermédiaire émulsive.

Donc, les matières grasses sont digérées par l'estomac.

En 1849, M. Bernard affirme : 1° que le suc pancréatique est destiné à la digestion des matières grasses; 2° que ce n'est pas un simple émulsionnement, mais bien une décomposition chimique, un vrai dédoublement qui donne lieu à de l'acide gras, à de la glycérine : sa proposition est appuyée sur deux ordres de faits :

Les uns ont pour but de démontrer que le suc pancréatique agit sur les corps gras d'une manière qui lui est propre.

Les autres tendent à prouver qu'en l'absence de ce liquide spécial, les matières grasses ne sont ni digérées ni absorbées.

M. Bernard pratique, comme on sait, des fistules pancréatiques, il s'en écoule un liquide filant, visqueux, à réaction alcaline, si peu abondant que dans les douze premières heures on n'en reçoit que 15 à 16 grammes. A ce fluide visqueux des premières heures succède un liquide aqueux, à peine filant, alcalin, abondant (16 grammes en une heure).

Or, le produit visqueux, agité avec des corps gras, forme une émulsion stable; le fluide filant ne produit pas d'émulsionnement.

M. Bernard appelle le premier suc pancréatique normal, le deuxième suc pancréatique anormal : cette distinction ne satisfait pas M. Blondlot : invoquant les expériences de M. Colin, il soutient qu'il n'y a pas de motifs pour considérer comme normal le fluide des premières heures. Il est certain que le suc pancréatique des premières heures émulsionne les substances grasses, mais ceci arrive aussi pour certaines substances muqueuses; il faut, d'ailleurs, tenir compte de l'irritation produite par l'opération.

Au surplus, il faudrait au suc pancréatique une puissance énorme, car il s'en sécrète fort peu, et M. Bernard admet qu'il faut deux parties de suc pancréatique pour en émulsionner une de gras; ou on considère comme normal le fluide visqueux et alors il est évident qu'il se produit en cet état en proportion trop faible pour émulsionner la totalité des corps gras qui se trouvent communément dans les matières alimentaires, ou bien on admet comme normal le fluide successif, et alors sa propriété est si faible qu'elle n'agit plus sur les graisses. M. Blondlot passe en revue les faits qui ont conduit le professeur à penser qu'en l'absence du suc pancréatique les matières grasses cessent d'être digérées et conséquemment absorbées.

Il avait trouvé une preuve péremptoire dans une particularité de l'appareil digestif du lapin. On prend un lapin à jeun, on ingère dans l'estomac du saindoux, on le tue; la graisse n'est émulsionnée que 35 centimètres après l'ouverture du canal cholédoque, au point où le suc pancréatique s'est deversé dans le duodénum; là seulement les vaisseaux chylifères blancs, laiteux commencent à se montrer.

M. Blondlot ne trouve pas cette expérience concluante, car après une abstinence de vingt-quatre à trente-six heures, l'estomac du lapin ne se désemplit pas entièrement, et si l'estomac et le tube digestif ne sont pas en état de vacuité parfaite au début de l'expérience, les résul-

(1) Voici en quels termes a été annoncée à l'Institut la découverte de M. Claude Bernard, dans un rapport de MM. Magendie, Milne Edwards et Dumas :

« Il restait encore à découvrir le véritable agent de la digestion des corps gras, c'est-à-dire l'agent de la formation de la substance grasse du chyle.

» M. Bernard vient de mettre en évidence que ce rôle remarquable appartient au suc pancréatique; il le démontre par trois preuves concluantes :

» 1° Le suc pancréatique, pur et récemment formé, émulsionne les graisses et les huiles avec la plus grande facilité. L'émulsion persiste pendant longtemps et les corps gras y éprouvent bientôt une fermentation qui en sépare les acides qu'ils renferment.

» 2° Le chyle ne commence à se réunir dans les chylifères qu'à partir de la région du tube intestinal, où le suc pancréatique est venu se mêler aux matières alimentaires.

» 3° Dans les affections du pancréas, on voit les corps gras contenus dans les alimens passer tout entiers dans les déjections.

» L'auteur nous a rendus témoins de la première de ces expériences, et nous a fourni l'occasion de la reproduire avec de nombreuses variétés de suc pancréatique; elle n'est pour nous l'objet d'aucun doute.

» Pour la deuxième l'auteur a trouvé, dans une disposition particulière de l'appareil digestif, du lapin un moyen irrécusable de la reproduire avec la plus parfaite précision et à volonté. Le suc pancréatique parvient dans le tube intestinal de cet animal à une distance d'environ 35 centimètres au-dessous du point où se verse la bile elle-même. Et tant que les matières alimentaires n'ont pas atteint la région où elles se mêlent au suc pancréatique, rien n'indique la formation et la séparation d'un chyle lactescent, rien ne montre, dans l'intestin même, que les corps gras y soient émulsionnés. Au contraire, dès que le suc pancréatique se mêle aux alimens, on voit la graisse s'émulsionner, le chyle laiteux remplir les chylifères correspondans, et rien ne saurait donner une idée des résultats de ces expériences, qui offrent toute la netteté d'une opération chimique effectuée dans le laboratoire et toute la beauté des injections les plus parfaites.

» Pour la troisième preuve, M. Bernard cite un cas observé par Sprengel. Un individu rendait avec les excrémens de la matière grasse intacte et simplement fondue; à l'autopsie, il trouva une complète atrophie du pancréas. »

tats manquent de précision : quant aux chilifères, s'ils ne se remplissent de chyle blanc et opaque que vers l'endroit où s'insère le canal pancréatique, il ne faut voir là qu'un simple rapport de coïncidence.

ARGUMENTATION.

M. MILNE EDWARDS considère comme de nulle valeur l'argument qui consiste à trouver dans la rate des fonctions analogues à celles du foie, parce que ces deux organes ont une relation anatomique, directe, intime. Le voisinage de deux organes n'entraîne pas l'analogie de leurs fonctions : parce que, dans certains acéphales, le cœur est traversé par le rectum, il n'est venu à l'idée de personne de faire du cœur une dépendance de l'appareil digestif, pas plus que de trouver un rapport fonctionnel entre l'urine et le sperme, vu l'analogie du rein et de l'ovaire.

Si le fœtus ne digère pas, il n'est pas dit que le méconium ou la bile soit inutile. Le fœtus a aussi des yeux, et cependant il ne voit pas.

L'attaque dirigée contre la distinction du sucre pancréatique normal et de l'anormal n'est pas fondée.

Il est logique de regarder comme normal le suc qui s'écoule au moment où l'on fait la fistule ; car, à ce moment, on ne peut invoquer l'inflammation ; les péritonites ne se développent que plus tard ; et même chez le chien cet accident est plus rare. Qui vous dit que l'irritation produirait le trouble de la fonction ?

De ce que la quantité du sucre pancréatique serait faible, on n'est pas en droit de lui refuser par cela seul ses effets.

En 1812, Montègre avait conclu qu'il n'y a pas de suc gastrique dans l'économie, parce qu'en expérimentant sur lui-même à jeun, l'estomac ne sécrétait qu'un liquide inerte ; cependant, M. Beaumont a vu sur son Canadien que la sécrétion n'est peu abondante que lorsque l'estomac est en repos, qu'elle augmente sous l'influence des alimens. Pourquoi n'en serait-il pas de même du suc pancréatique ? Pourquoi ne le trouverait-on pas en plus grande abondance quand la digestion est en train ?

Prenant les choses de plus haut, M. Milne Edwards demande à M. Blondlot quels sont les faits qui lui font croire que l'émulsionnement des corps gras est une condition indispensable de leur absorption.

Chez les oiseaux, dans la poule, par exemple, le chyle est clair, et cependant ils ont des vaisseaux chylifères. Témoin la facilité que l'on a de les engraisser.

M. Blondlot, ayant avancé que les vaisseaux chylifères des oiseaux n'étaient pas assez connus, et qu'il fallait admettre la nécessité de cet émulsionnement, parce que, sans cela, l'on serait embarrassé de trouver l'agent chimique nécessaire, M. Milne Edwards traite ces idées de suppositions échafaudées les unes sur les autres, sans preuves scientifiques.

Chez les oiseaux, les matières grasses sont absorbées, et le chyle n'est pas lactescent ; donc, chez eux, l'émulsionnement n'est pas indispensable.

Les théories, dit en terminant le savant professeur, servent à expliquer les faits ; mais du moment où elles laissent en dehors une grande classe d'animaux, elles ne constituent plus que de simples hypothèses.

M. GEOFFROY ST-HILAIRE s'adresse en ces termes à M. Blondlot :

Le développement d'un organe, dites-vous, peut donner une mesure de son importance. Comment peut-on soutenir ce principe dans une thèse où l'on arrive à la conclusion de rejeter, quant à la digestion, l'influence de deux organes importans, le foie et le pancréas !

Vous leur refusez leur utilité principale connue, et vous cherchez à leur donner une utilité secondaire toute conjecturale.

Vous assignez au pancréas un double but : 1° éliminer des matières usées ; 2° utiliser ce produit déversé en lubrifiant le tube digestif, en le mettant à l'abri du suc gastrique, excessivement actif de sa nature.

Mais quand ce suc est déversé à 35 centimètres de l'estomac, qu'est-ce qui protége cette partie contre l'action du suc gastrique ? Cependant, il y a positivement dans cette même partie des vaisseaux chylifères. Aussi l'expérience élégante de M. Bernard lui paraît-elle très concluante.

M. Geoffroy St-Hilaire redoute l'abus des analogies.

De ce que des poissons n'ont pas de pancréas, il ne s'en suit pas que certains usages attribués au suc pancréatique de l'homme n'existeraient pas : ces deux organisations sont essentiellement diverses, et qui vous dit que la nature n'a pas, dans ces cas, deux manières d'arriver au même but ?

M. PAYER, en songeant aux titres scientifiques de M. Blondlot, à ses travaux antérieurs, s'attendait à voir une thèse remplie de faits nouveaux, un mémoire de longue haleine.

Il a le regret de constater qu'il n'y a trouvé que le résumé des recherches déjà connues.

Vous soutenez que chez les granivores, le pancréas étant plus développé que chez les oiseaux de proie, on doit en conclure à l'inutilité du suc pancréatique, car il en faudrait plus pour les besoins des derniers que pour ceux des premiers.

Cela n'est pas exact ; les matières végétales contiennent une grande partie de graisse, et il faut plus de suc pancréatique pour émulsionner les matières grasses d'une botte de foin, repas d'une chèvre, que pour émulsionner la matière grasse contenue dans la viande qui formerait le déjeuner d'un lion.

M. Payer ne voit pas en quoi l'expérience d'un lapin, qui, après avoir ingéré toutes sortes d'alimens, verrait les carottes sortir les premières, est en opposition avec les idées de M. Bernard. On sait parfaitement que les matières ne sont pas déversées dans l'intestin dans l'ordre où elles sont avalées ; et alors même qu'après trente-six heures l'estomac du lapin contiendrait quelques débris d'aliment, il n'en est pas moins avéré que les 35 centimètres de duodénum, avant l'abouchement du canal pancréatique, ont des chylifères incolores, tandis qu'après ce point d'insertion les chylifères contiennent en abondance un liquide blanc, crémeux.

M. Payer pense que l'observation de l'animal sur lequel M. Blondlot avait amené l'inflammation du pancréas par des sétons est en contradiction avec des faits pathologiques qui démontrent une quantité de graisse dans les excrémens d'individus qui auraient succombé à un abcès du pancréas.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE D'APPAREILS INAMOVIBLES OU APPAREILS EN STUC ;

Par le docteur A. RICHET, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ;
Membre titulaire de la Société de chirurgie.

Depuis longtemps, comme la plupart des chirurgiens, j'étais préoccupé de la pensée de trouver, pour composer les appareils inamovibles, une substance se solidifiant avec rapidité et pour ainsi dire instantanément afin de saisir le membre dans la position jugée la plus favorable ; il fallait de plus qu'elle présentât cet autre avantage indispensable de pouvoir être retardée *à volonté* dans sa solidification, de manière à procéder avec toute la lenteur désirable à l'application du bandage. Il importait enfin qu'elle fût assez répandue pour pour qu'on pût se la procurer dans les plus petits villages, et qu'elle remplit tout à la fois ces quatre conditions : solidité, légèreté, propreté et bon marché.

Cette substance, je crois l'avoir enfin rencontrée, c'est un composé de gélatine, c'est-à-dire de colle-forte et de plâtre, dans des proportions définies ; cette mixture est connue dans les arts sous le nom de *stuc*. Après bien des tâtonnemens et des essais multipliés, je suis arrivé à des résultats complétement satisfaisans, et, aujourd'hui, je crois le moment venu de les faire connaître.

Je vais d'abord entrer dans les détails relatifs au mode de fabrication et d'application de l'appareil ; je ferai ressortir ensuite les avantages qu'il présente sur tous ceux qui ont été proposés jusqu'ici.

1° *Composition des appareils en stucs ; mode d'application.* — Une fois en possession de cette précieuse notion, à savoir, qu'en mélangeant le plâtre avec une solution gélatineuse on pouvait ralentir sa solidification, je me mis sans relâche à la recherche des proportions les plus propres à atteindre le but que je poursuivais depuis si longtemps, c'est-à-dire la solidification rapide de l'appareil immédiatement après son application. Inutile, je pense, de faire passer le lecteur par la série de tentatives plus ou moins heureuses que j'ai dû traverser pour arriver à ce résultat ; je me bornerai à dire qu'ayant débuté par des doses trop fortes de gélatine, je fus presque découragé du retard que mettaient à se durcir les bandes trempées dans ce mélange. J'avais d'abord fait faire des solutions contenant 30 grammes et plus de gélatine par 1,000 grammes d'eau, et vingt-quatre heures après, le bandage était encore mou et flexible ; mais je compris bien vite que le point capital était obtenu et c'est ainsi que j'arrivai progressivement aux véritables proportions.

Une chose étonnera sans doute, comme elle m'a surpris moi-même, c'est la très minime quantité de gélatine qu'il faut employer lorsqu'on veut avoir une dessication rapide. Avec une solution contenant *un gramme* de gélatine pour *mille grammes* d'eau, la solidification du plâtre se fait presque aussi vite que lorsqu'on le gâche avec de l'eau ; mais en doublant la proportion de gélatine, le retard devient tout à coup très sensible et va jusqu'à vingt ou vingt-cinq minutes, temps suffisant et au-delà pour qu'on puisse appliquer sans se presser son appareil. Aussi est-ce cette dernière dose, c'est-à-dire 2 grammes de gélatine pour 1,000 grammes d'eau ordinaire que je mets habituellement en usage ; si l'on veut obtenir un plus long retard, on augmente la dose ; avec 5 grammes, le bandage met de trois à cinq heures à durcir, et dix à douze heures avec 10 grammes.

Voici comment je procède à la préparation du bandage : ma solution gélatineuse étant maintenue à une douce température de 20 à 25 degrés centigrades environ, je la mélange par égale quantité avec du plâtre fin à mouler, préalablement tamisé, c'est-à-dire que je mets une cuillerée de plâtre pour une cuillerée de solution. On obtient ainsi une bouillie de consistance assez épaisse qu'on rend parfaitement homogène en la pétrissant pendant une minute au plus avec les mains ou plus simplement en la remuant avec la cuillère ; la pâte de stuc est alors suffisamment préparée pour être employée.

Comme cette pâte ou bouillie est un peu dense, il serait difficile, en l'étendant sur du linge à mailles serrées, de la faire pénétrer dans les interstices de manière à ce qu'elle puisse s'y fixer et s'y incorporer ; aussi ai-je donné, après plusieurs essais, la préférence à cette sorte de tissu à larges mailles employé dans nos salles pour recouvrir les cataplasmes et qu'on nomme *tarlatane*. A son défaut, la gaze, la grosse mousseline ou bien encore le tissu des vieux rideaux remplit parfaitement le but. Ce n'est pas à dire cependant qu'il faille absolument se procurer ces sortes de tissus ; au besoin la toile ou le calicot peuvent très bien les remplacer ; mais, je le répète, au point de vue de la facilité d'exécution et du bon marché, je préfère de beaucoup la tarlatane.

Rien n'est plus simple que le mode suivant lequel on imbibe, ou, pour parler plus exactement, on *imprègne* les pièces d'appareil. Si l'on veut se servir de bandes roulées, et c'est ainsi que j'agis pour toutes les fractures simples du membre supérieur et de la jambe, au fur et à mesure que j'étends la bouillie sur le tissu, je l'enroule sur un noyau de bois ou un bouchon ; puis, sitôt ma bande imprégnée, je l'applique immédiatement et sans retard sur le membre préalablement recouvert d'une bande de toile sèche protectrice, que j'ai bien soin de laisser dépasser d'un travers de doigt aux deux extrémités, afin que la peau ne soit pas exposée à être froissée par les bords durcis de l'appareil. J'ai également soin de protéger avec de la ouate les saillies osseuses ; je procède, en un mot, avec cette bande pénétrée de bouillie de stuc, exactement de la même manière qu'avec celles qui sont imbibées de dextrine.

J'ai dit qu'il fallait appliquer la bande imprégnée de bouillie immédiatement et sans retard ; en effet, et j'insiste expressément sur ce point, si l'on s'est servi de la solution à 2 grammes de gélatine seulement, la dessication qui se fait en vingt à vingt-cinq minutes, pourrait surprendre au milieu de la confection du bandage. Il importe donc de tout préparer à l'avance, c'est-à-dire de pratiquer la réduction, d'assujettir le membre et de l'envelopper d'une bande sèche, de manière à ce qu'on n'ait plus qu'à appliquer la préparation.

Il ne faudrait pas cependant tomber dans l'excès opposé et se préoccuper outre mesure de cette rapidité de dessication, car on peut encore, fort heureusement, à volonté, la retarder, et voici comment : Lorsqu'on applique la bande préparée, ainsi que je l'ai dit, on est, tout d'abord, frappé de l'état de sécheresse apparente qu'elle présente, et lorsqu'on n'en a pas l'habitude on pourrait croire que l'on n'obtiendra aucune adhésion, car la pâte, déjà à demi solide, quelquefois se roule en grumeaux ; il n'en est rien, il faut seulement passer la main sur les circulaires déjà faites pour ramollir et étendre la préparation, et, si cela ne suffit pas, tremper légèrement les doigts dans de l'eau tiède, ou même dans le vase, où il doit rester toujours une certaine quantité de bouillie de stuc, et ainsi on liquéfie de nouveau celle qui imprègne la bande qu'on applique. La propriété dont jouit cette préparation, de se redissoudre ainsi complétement pendant les quinze ou vingt minutes qui suivent l'application de l'appareil, est une des plus précieuses qui se puissent trouver, car elle permet de ne procéder qu'avec lenteur, méthode et régularité, d'exercer une surveillance efficace et de remédier aux déviations que la fatigue des aides ou l'indocilité du malade pourraient avoir occasionné dans la réduction primitive.

Dès que l'on a recouvert toute la longueur du membre qu'on voulait enfermer dans le bandage, on prend à pleines mains de la pâte de stuc qui n'est déjà plus aussi liquide et commence à se raffermir et on en enduit régulièrement la surface du bandage d'une couche légère, en cherchant à lui donner un certain poli, qu'on achève en le lissant avec une spatule ou tout autre instrument.

C'est le moment où les aides et le malade doivent fixer toute leur attention sur la régularité de leurs mouvemens, et où le chirurgien doit veiller à ce que l'extension et la contre-extension soient efficacement maintenues, car quelques minutes encore et le membre va se trouver pris dans un moule d'une solidité telle, que pour en changer la direction et par conséquent celle qu'on a donnée aux fragmens, il faudra de toute nécessité l'enlever. On peut, si l'on veut encore, pour accélérer cette dessication, ventiler l'appareil, on hâte ainsi de quelques minutes son durcissement ; mais, règle générale, cela est inutile, puisqu'il s'écoule rarement dix ou quinze minutes à partir du moment où on l'a terminé, avant qu'il soit complétement solide et résonnant.

Si, au lieu d'employer une bande roulée on veut simplement se servir d'un appareil de Scultet, ainsi que j'ai l'habitude de le faire pour les fractures simples des cuisses, ou les fractures compliquées de jambe ou du membre, supérieur, on prépare son appareil comme d'habitude, seulement, au lieu de confectionner les deux plans de bandelettes ou compresses séparées avec de la toile ordinaire, on compose le second plan avec la tarlatane, et lorsqu'on a appliqué la première couche de bandelettes sèches pour protéger le membre on imprègne la seconde soit avec un large pinceau, soit simplement avec les mains ; on les imbrique ensuite selon les principes ordinaires. Rien de plus simple que cette opération ; la seule chose qui pourrait embarrasser serait la difficulté d'imbiber cette portion des bandelettes sur laquelle repose le membre ; on y remédie en les attirant l'une après l'autre sépa-

rément, pendant qu'un aide placé au côté opposé maintient celles qui les avoisinent; puis, une fois chargées de la préparation on les replace.

On pourrait, on le conçoit, appliquer ainsi plusieurs plans de bandelettes superposées, un seul suffit à donner une grande solidité, et, dès qu'il est placé, on complète le bandage en glaçant la surface avec une couche légère de pâte de stuc qu'on étend avec les mains ou le pinceau sans que le malade en éprouve ni secousses ni douleurs.

Comme pour le bandage roulé, précédemment décrit, le membre doit être maintenu dans l'extension et l'immobilité parfaite jusqu'à durcissement suffisant, lequel ne se fait pas plus longtemps attendre.

J'ai dit précédemment que pour obtenir une pâte durcissant en quinze ou vingt minutes, il fallait employer de la solution gélatineuse à 2 grammes, la tenir à une douce température et la mélanger avec le plâtre par portions égales. Mais lorsque sans changer les proportions, j'ai besoin d'une dessication plus rapide, comme pour les fractures du radius, par exemple, j'emploie la solution gélatineuse à une température beaucoup plus élevée, 50 à 60 centigrades environ, et la solidification se trouve ainsi avancée de quelques minutes. Enfin, pour arriver au même but, j'ai quelquefois recours à un autre moyen, tout aussi simple, et qui consiste à remplacer une ou plusieurs cuillerées de la solution de gélatine par autant de cuillerées d'eau chaude. Mais il faut alors se hâter, d'autant plus, dans l'application de l'appareil, qu'on a mis une plus grande quantité d'eau.

Telles sont, en peu de mots, les règles principales à observer pour la préparation des appareils en stuc; je me bornerai, pour le moment, à ce simple exposé, qui suffira, je pense, pour que chacun puisse répéter les expériences et se convaincre de la facilité de l'exécution. On comprendra, d'ailleurs, qu'il serait tout à fait inutile d'entrer dans des détails relatifs à l'application de ces bandages, qui exigent toutes les précautions que l'on prend d'ordinaire pour les appareils inamovibles en général, et les appareils dextrinés en particulier.

Le lendemain de leur application, ils ont perdu cette couleur terne et grisâtre qu'ils avaient la veille : ils deviennent, par une dessication plus complète, d'une blancheur éblouissante; quand on a pris le soin de les glacer et de les lisser, ils ont tout à fait l'apparence du marbre poli et ne laissent vraiment rien à désirer sous le rapport de la coquetterie.

Leur solidité est à toute épreuve et aussi grande au moins que celle de la dextrine, avec laquelle ils luttent avantageusement pour la légèreté.

Jamais ils ne s'écaillent, tant est compacte la substance dont ils sont composés; et s'ils viennent à se fendiller, ce qui est très rare et n'arrive que lorsque les malades ont fait des mouvemens pendant les premiers momens de la solidification. Rien de plus facile que de boucher ces fissures, qui ne nuisent en rien à la solidité, avec une nouvelle préparation de stuc, qui se combine solidement avec la première. Dans la première heure qui suit l'application de l'appareil il serait encore permis, à la rigueur, de dissoudre la composition avec de l'eau bien chaude; mais, passé ce temps, il serait inutile d'essayer, on n'obtiendrait que des résultats négatifs.

Cependant il est possible, par une immersion prolongée dans l'eau chaude, à la température du bain ordinaire, par exemple, d'obtenir une redissolution de l'appareil dans l'espace d'une heure environ; mais c'est là encore plutôt un avantage qu'un inconvénient, car on peut ainsi, lorsqu'on veut enlever le bandage avant la consolidation de la fracture, éviter les ébranlemens douloureux du cal que la brisure ou la déchirure du bandage solidifié peuvent quelquefois déterminer.

Enfin, et cette considération n'est pas sans importance au point de vue des établissemens hospitaliers, on ménage ainsi le linge qui a servi à les confectionner, si toutefois on a employé la toile, car si c'est la mousseline ou la tarlatane, le prix en est trop modique pour qu'il y ait vraiment à s'en préoccuper (1).

(La suite à un prochain numéro.)

(1) J'avais pensé que toute espèce de solution mucilagineuse pouvait être substituée avantageusement à la gélatine, et j'avais essayé dans ce but, qui pouvait avoir son utilité dans certains cas donnés, la solution de gomme arabique et la décoction de graine de lin. Mais j'ai dû renoncer promptement à ces essais, qui ne m'ont jamais donné de résultats avantageux. Je n'ai pas essayé le mélange de plâtre et d'empois dont parle M. Lafargue dans une note insérée dans le 18e volume du *Bulletin de thérapeutique*, mélange dont je n'ai eu, d'ailleurs, connaissance que depuis peu de temps; mais il est probable que s'il a été si promptement abandonné, c'est qu'il n'a pas répondu aux espérances de son auteur et de MM. Seutin, Serre et Estor, en présence desquels l'appareil avait été appliqué.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Présidence de M. le docteur DREYFUS.

Séances des mois d'octobre, Novembre et Décembre 1854.

Sommaire. — De l'acétate de morphine, à hautes doses, dans un cas de *delirium tremens*; — des inconvénients de pratiquer la vaccination sur d'anciens tissus de cicatrice; — discussion sur un cas grave de diphthérite, et son traitement par l'acide chlorhydrique.

M. LE PRÉSIDENT, après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, donne la parole à M. le docteur PERRIN, qui expose, devant la Société, l'histoire remarquable d'un cas excessivement grave de *delirium tremens* enlevé, en trente heures, par l'ingestion de 40 centigrammes d'acétate de morphine qui furent pris dans deux potions, successivement administrées au malade par demi-cuillerée à bouche, de demi-heure en demi-heure. Voici l'observation :

M. C..., âgé de 32 ans, négociant en province, venu à Paris pour achats, habitué, depuis longues années, à faire usage d'alcooliques, et spécialement d'absinthe, était arrivé à contracter, à la suite de cet abus prolongé des spiritueux, une sorte de dyspepsie habituelle, de formé pituiteuse, comme cela s'observe ordinairement chez les buveurs, et caractérisée par de l'anorexie et des nausées, qui se faisaient plus particulièrement sentir au moment du lever, le matin à jeun, en s'accompagnant parfois de vomissemens composés de quelques gorgées de matières glaireuses, rarement mélangées de bile. Les sclérotiques sont fréquemment, chez M. X..., colorées d'une légère teinte ictérique, et annoncent le mauvais état de ses fonctions gastro-hépatiques.

Appelé, le 29 septembre dernier, à lui donner nos soins à l'hôtel où il était descendu, nous ne reconnûmes chez lui, tout d'abord, que des accidens auxquels, disait-il lui-même, il était assez sujet, c'est-à-dire un peu de malaise général, de la courbature, de l'anxiété épigastrique, des nausées et même des vomissemens assez abondans et de nature complétement bilieuse. A ces accidens gastriques étaient venus s'ajouter un peu de chaleur à la peau, un état saburral de la langue, et, en même temps, quelque chose de saccadé, de bref, dans la parole, dans l'articulation des mots, ainsi qu'un tremblottement assez marqué des mains et des avant-bras, comme cela s'observe généralement chez les gens saturés, depuis longues années, de boissons alcooliques.

Ce tremblement et cette parole brève ne frappèrent pas, tout d'abord, notre attention, sous le rapport de leur signification diagnostique, aussi, ne nous arrêtant qu'aux accidens gastriques, nous bornâmes-nous, en nous retirant, de prescrire au malade un grand bain, une infusion de fleurs de camomille et de feuilles d'oranger, et, pour le lendemain matin, à jeun, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le soir, notre malade descendit dans la rue, en face de l'hôtel, pour aller aux bains. Sorti de l'établissement, il alla passer quelques heures chez un ami qui restait quelques numéros plus bas dans la même rue. Là, on s'aperçut qu'il offrait quelque chose de singulier dans l'expression du facies, dans les gestes, dans la parole. La surprise des assistans devint bientôt complète, quand, par suite d'une hallucination subite de la vue, on vit le malade prendre pour un gros boulet, une simple cuillère à pot. M. C... rentra à son hôtel presque aussitôt, laissant dans la maison qu'il quittait un certain degré d'étonnement, encore mal mesuré, sur les excentricités qu'il venait de commettre. Le lendemain, 30 septembre, au matin, la bonne de l'hôtel voulant entrer dans sa chambre, trouva la porte close : elle eut beau frapper, personne ne répondit ni ne vint ouvrir. Heureusement, il existait une double clé, ce qui permit d'arriver près de M. C..., que l'on trouva hors du lit, tout habillé, blotti dans un coin de sa chambre, et criant à voix basse : *Entrez vite, fermez la porte, ils vont venir pour m'assassiner.....* : plus de doute, M. C... était fou. N'ayant pu nous rendre auprès du malade qu'à cinq heures du soir, nous trouvâmes M. C... en proie au délire général le plus intense : délire des sens, hallucinations de l'ouïe, de la vue, du toucher, du goût, de l'odorat; perturbation complète de l'intelligence, paroles incohérentes de toutes sortes et au milieu desquelles l'absinthe, le kirsch, le rhum trouvaient assez souvent place.

A tous ces accidens de la manie sensoriale et intellectuelle la plus complète comme la plus aiguë, il faut ajouter un tremblement convulsif général, particulièrement accentué dans les extrémités supérieures, dans les muscles du visage, et surtout dans ceux des lèvres et de la langue, ce qui rendait la parole saccadée, brève, convulsive, et occasionnait, pour le malade, une impossibilité presque absolue de tirer la langue hors de la bouche. Il est inutile de dire qu'il y avait une insomnie opiniâtre.

En présence d'un cas de *delirium* aussi intense et aussi bien caractérisé, nous prescrivîmes immédiatement de faire prendre au malade, de demi-heure en heure, par demi-cuillerée à bouche, la potion suivante :

R. Eau de laitue	}	
Id. de tilleul	} *ãã.*	30 gram.
Id. de fleur d'oranger . .	}	
Id. de laurier cerise.		10 gram.
Acétate de morphine		20 centig.
Sirop simple.		30 gram.

L'ingestion de cette potion, à laquelle le malade attribuait une saveur délicieuse de kirsch, ne fut suivie d'aucune amélioration notable dans l'état du malade, ni même d'aucun effet physiologique appréciable, à part une constriction marquée des deux pupilles. Le délire alla même en augmentant : ainsi notre malade voulait battre ses gardes, se jeter par la fenêtre, se mutiler les organes génitaux. Les hallucinations surtout le travaillaient d'une manière horrible, et contribuaient à redoubler l'intensité de son délire. Le pouls régulier, était vif, fréquent, sans être réellement fébrile. Aucune tendance au sommeil ne s'était montrée, malgré les 20 centigrammes d'acétate de morphine ingérés dans l'espace de dix-huit heures environ.

Malgré l'échec évident qui avait suivi l'administration de cette première potion, nous n'hésitâmes pas à en prescrire une seconde en tout semblable, sûr que nous étions du diagnostic que nous avions posé, et de l'indication que nous avions voulu remplir. Aussi à peine les deux tiers de notre nouvelle potion furent-ils avalés qu'une tendance au sommeil parut enfin vouloir se montrer chez M. X.... Bientôt même un moment véritable de sommeil s'empara de lui, à la suite duquel il y eut manifestement quelques retours d'intelligence. Bref, d'autres petits sommes eurent lieu encore, et, après eux, l'intelligence ne tarda pas à redevenir successivement complète.

Ainsi en moins de 30 heures, ce delirium tremens aussi intense que possible s'est complètement dissipé sous l'influence de l'administration de quarante centigrammes d'acétate de morphine.

M. X... revenu à l'intelligence n'a pas dormi outre mesure, comme on aurait pu le croire et le craindre, à la suite de l'absorption de doses aussi élevées de morphine. Sans doute, il a dormi, mais, en somme, pas autrement que cela aurait eu lieu chez un homme qui n'aurait pas pris de narcotiques, mais qui, comme notre malade, pendant plus de trente heures, aurait été en proie à une vive excitation morale, à une fatigue musculaire extrême, et, par dessus tout, à une insomnie prolongée. Rien, en outre, ne nous a permis, chez M. X..., de constater les inconvéniens possibles, et plus particulièrement signalés dans ces derniers temps à l'occasion de l'administration de la strychnine dans le choléra algide, de l'accumulation d'un médicament dangereux chez un sujet réfractaire à l'action de ce médicament, pendant l'évolution d'une certaine période de sa maladie. En un mot, notre malade, une fois guéri de son *delirium*, n'a éprouvé aucun effet grave de narcotisme, comme aurait pu le faire craindre la quantité considérable de morphine qu'il avait ingérée. Un autre résultat non moins digne d'être noté, c'est l'absence de tout mal de tête consécutif, de toute pesanteur, de tout engourdissement du côté du cerveau, à la suite d'un semblable accès de délire et aussi d'un pareil traitement. Le malade affirmait, en effet, que sa tête était aussi libre, ses idées aussi nettes, que celles de l'homme le mieux portant à son réveil. Un sentiment de courbature dans les membres et surtout dans les extrémités inférieures, et un besoin de repos et de silence, tels furent les seuls symptômes accusés par M. X... à la suite d'un pareil orage. Deux jours après, le malade terminait les achats qu'il était venu faire ici, et retournait en province où il est arrivé et où il est encore en parfaite santé.

M. CHARRIER demande à dire quelques mots à l'occasion de l'observation rapportée par M. Perrin. Il approuve le traitement employé par notre confrère avec tant de hardiesse, mais, à une condition, c'est que, en pareille occurrence, on se sera préalablement assuré que le délirium ne s'accompagne pas de fièvre proprement dite, qu'il n'est pas compliqué d'une méningite, par exemple, sans quoi l'administration des opiacés aurait des dangers. Les hautes doses d'opium, au contraire, administrées par M. Gendrin dans le cas d'hystérie, prouvent évidemment que cette médication est inoffensive, s'il ne s'agit que d'abattre une surexcitation nerveuse extrême, et franche de toute ac cointance phlogistique.

M. TRÈVES n'oserait jamais recourir à des doses de morphine telles que celles employées par M. Perrin. Il a vu survenir des accidens d'empoisonnement mortels avec des quantités bien moins considérables; d'ailleurs, de faibles quantités d'opium lui ont presque toujours suffi dans les cas de delirium tremens que, jusqu'à présent, il a eu à traiter

M. BONNASSIES, à l'appui de ce que vient de dire M. Trèves, raconte qu'il a vu périr presque instantanément un malade auquel on avait administré, par substitution, 25 centigrammes de sulfate de morphine, au lieu de 25 centigrammes de sulfate de quinine qui avaient été prescrits.

MM. BAUCHE et AMEUILLE, rappelant qu'il n'y a pas de parité à établir entre les faits cités par MM. Trèveset Bonnassies, et l'observation de M. Perrin, ont, comme ce dernier, guéri en vingt-quatre et quarante-huit heures, par l'opium à hautes doses, des *delirium tremens* très intenses. M. Bauche a vu, du jour au lendemain, un délirium enlevé par 8 grammes de laudanum. prescrit dans les vingt-quatre heures par M. Andral. M. Ameuille a guéri, en moins de trente-six heures, un porte-faix en proie au délire alcoolique, par l'ingestion, chaque heure, d'un demi-grain d'extrait thébaïque.

M. le docteur DREYFUS qui a habité la Russie, a eu l'occasion de voir un grand nombre d'exemples de cette maladie chez les paysans russes. Il l'a étudié sous trois formes différentes: 1° forme aiguë; 2° forme chronique; 3° forme intermittente. Comme exemple de cette dernière forme, il cite un pharmacien russe qui, tous les mois, régulièrement, et pendant trois jours, était pris de *delirium tremens*. Rien n'a jamais pu le guérir de sa dipsomanie alcoolique, pas même l'administration du knout auquel il avait malheureusement droit, en sa qualité de serf d'un grand seigneur.

M. AMEUILLE demande la parole pour une autre communication. Il raconte que, chez une petite fille de 4 ans, de complexion grêle et délicate, dont le vaccin était peu apparent, il crut devoir proposer de recourir à une revaccination. Trois piqûres furent pratiquées à chaque bras, à l'aide de vaccin en tube, vaccin qui avait été inoculé avec succès chez un autre sujet. Quel fut le résultat de l'opération? Le vaccin prit et se développa sur un seul bras, au bras gauche, bras qui avait été autrefois le siége d'un vésicatoire à demeure. Les boutons qui se montrèrent d'abord réguliers sur la surface cicatricielle où avait existé autrefois le vésicatoire, s'accompagnèrent bientôt, à leur pourtour, d'une sécrétion eczémateuse qui finit elle-même par s'élargir et donner lieu à une plaque large, unique, croûteuse, dont la base s'enflamma et fut suivie en même temps d'une véritable mortification des tissus sous-jacens.

M. LABARRAQUE a vu un cas tout semblable, ou à peu près, au mois de juillet dernier. Après avoir revacciné un de ses cliens, jeune notaire, bien vacciné dans son enfance, il survint également au bras gauche, là où autrefois avait été entretenu un vésicatoire, une inflammation marquée du tissu cicatriciel sur lequel reposaient les boutons de vaccin : les pustules ont pris un développement considérable, et ont donné lieu chacun à un véritable petit abcès.

Chez le malade de M. Ameuille. comme chez celui de M. H. Labarraque, aucune expression de l'état général n'ayant pu rendre compte de cette complication survenue dans les points d'insertion du vaccin, on est conduit à reconnaître et à admettre que l'état cicatriciel de la peau a été la cause unique des accidens survenus, et que, de cette circonstance pathologique, il résulte pour le praticien cet enseignement clinique qu'on doit s'abstenir, autant que possible, de pratiquer des piqûres inoculatrices sur des tissus anciens de cicatrice.

A l'occasion d'un cas de croup observé par M. Trèves, chez un jeune malade vers la fin d'une pneumonie, M. CHARRIER, demande à entretenir la Société d'un cas de diphthérite horriblement grave observé récemment par lui chez un petit garçon, âgé de 4 ans. Cet enfant, qui vivait chez ses parens dans d'excellentes conditions hygiéniques, fut pris, sans cause appréciable, de malaise, d'abattement, et d'un léger mouvement fébrile. Au deuxième ou troisième jour, on put constater dans l'arrière-gorge, l'existence de quelques petits points blancs qui furent immédiatement attaqués par quelques cautérisations, à l'aide d'une solution de nitrate d'argent, et l'emploi d'un gargarisme astringent, aidé d'applications topiques d'alun en poudre. Malgré ce traitement local,

les pseudo-membranes se reproduisirent avec une opiniâtreté inquiétante.

En effet, la diphthérite ne tarda pas à envahir les fosses nasales, les muqueuses oculo-palpébrales, les caroncules lacrymales et jusqu'au conduit auditif externe lui-même. Le sillon naso-labial, circonstance remarquable, le long duquel coulait le muco-pus provenant des yeux, devint le siége d'une rougeur marquée avec excoriation de l'épiderme, et production de diphthérite dans les points dénudés. Une énorme parotide molle et pâteuse se montra en même temps. Inutile d'ajouter que parallèlement à ces déterminations diphthéritiques locales, il se développa un état général d'une extrême gravité, avec prédominance adynamique, et que, en outre, ce qui mit le comble à la dépression vitale et amena la mort au huitième jour, il survint trois hémorrhagies nasales assez abondantes et qu'on eut peine à maîtriser.

M. Charrier, en présence de cette diphthérite étendue à toutes les muqueuses, et qui, cependant, du côté de la bouche, s'est bornée au pharynx sans envahir le larynx, M. Charrier, dis-je, s'est borné à soutenir l'état général, et à cautériser les points accessibles à l'action des caustiques, à l'aide du nitrate d'argent fondu ou de l'alun en poudre. Il a cru devoir s'abstenir de l'emploi de l'acide chlorhydrique, soit sous forme de topique liquide, soit sous forme de vapeur, comme insuffisant dans le cas dont il s'agit, et surtout comme d'une application difficile chez un malade aussi jeune.

M. Delcroix a prétendu, au contraire, que c'est précisément dans un cas semblable, c'est-à-dire dans le cas de production de fausses membranes inaccessibles à l'action des caustiques solides ou liquides, qu'il faut avoir recours aux fumigations d'acide chlorhydrique dont les vapeurs pénètrent là où nous ne pouvons atteindre.

MM. Homolle, Dreyfus, Bonnassies s'étonnent de l'opposition faite par M. Charrier à l'emploi de l'acide chlorhydrique, soit comme caustique liquide, soit comme fumigatoire. M. Bonnassies rappelle précisément à M. Charrier un petit malade, atteint de croup, qu'ils ont vu ensemble, et qui a guéri, à la suite de l'usage des vapeurs chlorhydriques qu'on répand, on le sait, dans l'appartement du malade, en déposant, autour de lui, sur son lit, des assiettes remplies d'acide, et d'où s'échappe en vapeurs l'acide hydrochlorique lui-même.

M. Charrier se défend de l'opposition radicale qu'on lui reproche. Seulement il se demande comment il se fait que ce moyen soit à peu près complétement abandonné à l'hôpital des Enfans?

M. Perrin, chez une malade, atteinte dernièrement d'une angine diphthéritique, a déterminé, à la suite d'une cautérisation méthodiquement faite à l'aide de l'acide chlorhydrique mélangé d'une partie d'eau et d'une partie de miel rosat, des douleurs tellement vives pendant les douze heures qui ont suivi l'application du caustique, qu'il s'étonne d'entendre répéter partout que cette cautérisation spéciale n'est jamais douloureuse. Sa malade, cependant, a tellement souffert qu'elle a failli le congédier, et que ce qu'elle lui reprochait surtout, c'était de ne pas l'avoir prévenue des atroces douleurs que cette cautérisation devait produire chez elle.

M. Homolle n'a jamais rien observé de pareil. Il ne peut voir dans le fait qu'on vient de citer qu'un cas très exceptionnel.

M. Aubrun a renoncé, depuis longtemps, aux caustiques, comme méthode principale dans le traitement du croup. Il n'a recours le plus souvent qu'à des cautérisations légères, et spécialement aux applications topiques d'alun.

Le secrétaire, Dr Perrin.

PRESSE MÉDICALE.

ANIMALCULES INFUSOIRES (*Sur des — trouvés dans les selles de malades atteints du choléra et d'autres affections*); par M. le docteur Davaine. — Lors de l'apparition de la dernière épidémie du choléra, aux mois de novembre et décembre 1853, et jusqu'au mois de mai 1854, j'examinai, à la Charité, dans les salles de M. Rayer, exclusivement consacrées au service des cholériques, les déjections d'un grand nombre de ces malades. Plusieurs fois je remarquai dans ces déjections, des animalcules infusoires qui pouvaient être rapportés au genre *cercomonas*. Je m'assurai que ces animalcules ne provenaient point des vases dans lesquels les déjections étaient rendues, ces vases étant toujours d'une grande propreté; d'ailleurs, dans quelques cas, les animacules se trouvaient répandus en nombre tellement considérable dans toutes les portions des matières alvines soumises à mon examen, qu'il n'était point possible qu'elles vinssent d'autre part.

La petitesse de ces animalcules ne me permettant pas d'en reconnaître exactement les caractères avec le grossissement de 350 diamètres dont je disposais à l'hôpital, je recueillis dans un tube des matières qui contenaient de ces infusoires, afin de les examiner chez moi plus à loisir et avec un grossissement plus fort; mais l'examen ayant été fait cinq ou six heures plus tard, il ne restait plus trace de ces animalcules. Le même résultat se reproduisit plusieurs jours après.

En recherchant la cause de la mort de ces êtres, qui auraient dû, au contraire, se multiplier s'ils s'étaient développés dans ces matières à la manière des infusoires, je reconnus qu'ils ne tardent pas à périr lorsque ces matières se refroidissent. Aussi n'en trouvai-je jamais dans les déjections tout à fait froides.

Ces animalcules ne peuvent donc être considérés comme des infusoires qui se produisent dans les matières en décomposition ou en putréfaction. Ce sont de véritables parasites qui trouvent dans les intestins de l'homme des conditions indispensables à l'entretien de leur existence.

A l'époque où je les observai pour la première fois, l'existence de ces animalcules dans les déjections des cholériques n'avait été signalée par personne à ma connaissance, ce qui tenait bien certainement à cette circonstance qu'on ne les retrouve plus lorsque les matières sont refroidies, par conséquent, peu de temps après qu'elles ont été rendues, et jamais dans les cadavres. A part les vibrions signalés par M. Pouchet, ce sont les seuls infusoires que j'aie jamais remarqués dans les selles des cholériques, dont j'ai examiné un très grand nombre.

Les cercomonas observées dans les déjections de plusieurs malades atteints du choléra existent-elles constamment dans les selles récentes de ces malades? N'en existe-t-il pas de semblables dans d'autres maladies? Le choléra étant en décroissance à l'époque où je me posai ces questions, la difficulté de se procurer des garde-robes très récentes dans le court intervalle d'une visite à l'hôpital, ensuite diverses circonstances qui m'ont fait suspendre ces recherches, ne m'ont pas permis de résoudre ces questions comme elles le méritent. Néanmoins j'ai vu plusieurs fois des selles encore chaudes de cholériques dans lesquelles je ne pus constater la présence de cercomonas, tandis que j'en ai observé deux fois dans les déjections des malades atteints de diarrhée simple (pendant l'épidémie du choléra, il est vrai); et une fois chez un jeune homme atteint d'une fièvre typhoïde bien caractérisée et sans aucun phénomène cholérique.

Les cercomonas des déjections alvines des cholériques sont très différentes du *vibrio rugula*, observé par M. Pouchet dans ces mêmes déjections (Comptes-rendus de l'Acad. des sc., 1849), et que Leuwenhoeck avait vu déjà dans les matières de la dysenterie. Ces vibrions, qui sont linéaires, et qui ont 7 à 8 millièmes de millimètre de longueur sont à peine perceptibles et leur animalité est contestable. Les cercomonas des selles, au contraire, ont des organes qui ne laissent aucun doute sur leur nature animale; ils ont 8 millièmes de millimètre de longueur; leur forme est ovoïde, un peu variable; le tégument est mou, blanchâtre; un corpuscule ou deux, très petit, *nucléaire*, peut quelquefois être perçu à l'intérieur. L'extrémité antérieure est pourvue d'un filament vibratile d'une minceur extrême, très long, que l'on devine d'abord par l'agitation qu'il exerce dans le liquide ambiant, et que l'on n'aperçoit qu'à de courts intervalles, et avec une attention soutenue; à l'extrémité opposée existe un autre filament plus épais, aussi long ou plus long que le corps, qui s'agglutine quelquefois aux corpuscules environnans et autour duquel, dans ce cas, la cercomonas oscille comme la lentille du pendule autour de sa tige. Ces cercomonas sont extrêmement agiles, ce qui rend l'observation de leurs caractères très difficile. La cercomonas des selles du malade atteint de fièvre typhoïde m'a paru différer de celle des cholériques, en ce que le filament caudal s'insère un peu sur le côté du corps, et en ce qu'il offrait, en outre, un mouvement d'ondulation dans tout le contour.

On n'a point signalé chez l'homme ni dans les animaux à sang chaud de monadiens parasites autres que la *trichomonas* observée par M. Donné dans le mucus vaginal de la femme. Chez les animaux à sang froid, on en a observé dans le canal intestinal des couleuvres, des grenouilles et des tritons. — (*Gaz. méd. de Paris*, n° 4, janvier 1855.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

ALLOCATION RÉMUNÉRATOIRE POUR LES MÉDECINS DES PAUVRES. LE PRIX DES HONORAIRES.

On nous transmet d'Amiens un arrêté de M. le comte du Hamel, préfet de la Somme, dont nous croyons utile de reproduire les dispositions. Il est relatif au mode de distribution et de répartition d'une somme de 1,500 francs allouée, par délibération du conseil général de ce département, et devant être distribuée aux membres du corps médical qui se seront signalés par leur zèle dans le traitement gratuit des malades indigens.

L'importance de cet arrêté doit être envisagée bien moins au point de vue de la somme d'argent allouée et qui sera, probablement, très insuffisante pour indemniser le zèle et la charité de nos honorables confrères de la Picardie, qu'au point de vue du fait nouveau qu'il traduit et qu'il serait bien désirable de voir passer à l'état de principe général.

Voici l'arrêté :

« Art. 1er. L'allocation ci-dessus rappelée sera répartie par nous entre les médecins et officiers de santé qui auront, dans le cours de l'année, montré le plus de zèle à donner gratuitement les secours de leur art aux malades indigens.

» Art. 2. Les primes accordées pour cet objet seront distribuées en séance publique.

» Art. 3. A cet effet, le bureau de bienfaisance, et, à défaut du bureau de bienfaisance, le maire ou son adjoint recevra, dans chaque commune, la déclaration des personnes qui auraient en connaissance des soins donnés gratuitement à un indigent par un membre du corps médical.

» Il sera tenu note de ces déclarations, qui devront être contrôlées par le bureau de bienfaisance ou, à son défaut, par le conseil municipal.

» Le bureau (ou le conseil) donnera son avis sur tous les faits de ce genre qui lui seraient signalés.

» Art. 4. Tous les ans, dans le courant de janvier, le maire transmettra, avec ses observations particulières, les avis du bureau de bienfaisance (ou du conseil municipal) au juge de paix, président du comité cantonal de vaccine.

» Ce comité, réuni pour cet objet sans l'assistance des médecins qui en font partie, examinera les faits qui lui seront signalés, se livrera à une enquête scrupuleuse sur leur exactitude, et consignera dans un procès-verbal le résultat de ses investigations et son avis.

» Le juge de paix, président, adressera dans la première quinzaine de février, au sous-préfet de l'arrondissement (à nous pour l'arrondissement d'Amiens), la liste par ordre de mérite des candidats que le comité cantonal, réuni sous sa présidence, aura jugés dignes d'être proposés pour obtenir une prime départementale à raison des soins donnés gratuitement aux indigens.

» Les faits y seront consignés avec la plus grande précision possible, et avec les détails les plus circonstanciés.

» Art. 5. Dans la dernière quinzaine de février, les propositions du comité cantonal seront soumises aux délibérations du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement.

» Dans les premiers jours du mois de mars, le sous-préfet nous transmettra, avec ses propositions motivées, une copie de la délibération du conseil d'hygiène, ainsi que les listes de présentations dressées par les comités cantonaux.

» Art. 6. MM. les sous-préfets, juges de paix, maires, membres du conseil d'hygiène, des comités cantonaux de vaccine et des bureaux de bienfaisance, sont chargés d'assurer l'exécution du présent arrêté, qui sera publié et affiché dans toutes les communes du département.

» Fait à Amiens, le 9 février 1855.

» Signé : Cte V. du Hamel. »

Nous voudrions, mais nous ne pouvons apprécier cet arrêté de M. le préfet de la Somme, la loi nous interdisant toute appréciation d'un acte émané d'une autorité publique. Faisons des vœux pour que nous ayons bientôt à signaler de nombreuses imitations de l'exemple donné par le conseil général de la Somme et, antérieurement, par l'honorable directeur de l'assistance publique, à Paris, à qui les médecins des bureaux de charité de la capitale sont redevables de l'application du principe de l'indemnité. Nous croyons que les malades indigens, aussi bien que le corps médical, n'auraient qu'à gagner à l'extension de ce principe équitable.

Un honorable confrère de Paris, qui désire n'être pas désigné, nous écrit pour nous faire part de la résistance qu'il éprouve de la part du plus grand nombre de ses cliens à subir l'augmentation qu'il a cru devoir leur imposer sur le prix de ses honoraires, et motivée sur l'augmentation du prix de toutes choses, loyers, denrées alimentaires, combustible, éclairage, etc., etc.

Évidemment, nous n'avons rien à indiquer à notre confrère pour qu'il puisse vaincre la résistance de ses cliens; mais nous devons faire remarquer qu'il indique une cause très réelle de souffrance du corps médical, sur lequel retentissent plus cruellement que sur d'autres professions toutes les calamités publiques.

Il est certain que, quoique la valeur de toutes les choses nécessaires à la vie ait presque doublé depuis un demi-siècle, le prix des honoraires du médecin est à peu près resté le même. Pour Paris, le petit écu accordé aux praticiens de la fin du dernier siècle, est encore l'*honorarium* le plus général alloué par les classes aisées de la société. Cela est fort injuste, et le propriétaire qui a doublé et triplé le prix de ses loyers se trouverait très scandalisé si son médecin, qu'il a quelquefois pour locataire, lui demandait un double petit écu pour ses visites. Mais que faire à cela? La question des honoraires a été, est, et sera de long-temps, je le crains, une question fort délicate et fort embarrassante. Il n'est pas donné à un publiciste, réunît-il toutes les conditions qui nous manquent, de la résoudre à la satisfaction commune. Seul, le corps médical, réuni dans ses Sociétés, ses Associations pourrait lui donner une solution convenable, s'il voulait s'en occuper. Nous nous sommes bien souvent permis de lui donner le conseil de le faire, nous réitérons ce conseil aujourd'hui et c'est la seule réponse que nous puissions faire à la juste récrimination de notre honorable confrère.

Amédée Latour.

RÉCLAMATION.

*A Monsieur le rédacteur en chef de l'*Union Médicale.

Lyon, le 18 février 1855.

Monsieur et très honoré confrère,

En mentionnant dans votre numéro du 15 février dernier, le dépôt fait à l'Académie en mon nom par M. Durand-Fardel, on me fait dire dans le compte-rendu précisément le contraire de ce que crois avoir clairement démontré par mes travaux antérieurs.

L'efficacité des pessaires à air, insufflés sur place, tant comme releveurs que comme redresseurs de l'utérus, abaissé ou dévié, est, pour moi, une vérité démontrée; mais ce n'est pas, comme d'autres l'ont avancé, en arc-boutant contre les parois du bassin que ces instrumens remplissent l'un ou l'autre office, c'est très positivement en développant régulièrement les parois du canal vulvo-utérin, lequel a, vous le savez, plus de longueur que de largeur. L'insufflation du sac en caout-chouc conduit à une véritable insufflation médiate du vagin. Or, l'exhaussement de l'utérus et même sont redressement sont les conséquences forcées de la tension uniforme que, dans ce cas, supportent les parois du vagin.

Ce double effet ne saurait être produit si les pessaires à réservoir d'air en caout-chouc gardaient dans l'intérieur du vagin, après leur insufflation, leur forme sphérique. Aussi, ne la conservent-ils pas; mes recherches m'ont appris qu'ils se moulent sur celle que donne au canal vulvo-utérin la distension uniforme de ses parois. C'est pour démontrer matériellement ce fait que j'ai prié le docteur Durand-Fardel de déposer sous les yeux de MM. les membres de l'Académie les moules en question.

Si l'un d'eux a une forme irrégulière, cela prouve tout au plus l'inefficacité des pessaires à air dans les cas où des adhérences solides retiennent la matrice au fond du bassin; mais cette preuve même décèle d'une façon péremptoire le mode d'action de ces pessaires et la raison de leur efficacité dans les cas où il y a absence de brides.

Veuillez, je vous prie, Monsieur le rédacteur, insérer cette lettre, à titre de rectification, dans votre prochain numéro, et agréez, etc.

Gillebert-d'Hercourt, d.-m.-p.

Paris, le 23 février 1855.

Monsieur le rédacteur,

Avant de répondre à la lettre de M. Crespin, de Lyon, insérée dans le numéro du 17 février (Union Médicale), j'ai écrit à M. le docteur Reybard, et voici ce qu'il me répond :

« Je savais, avant d'avoir reçu votre lettre, par M. Crespin, que » M. Charrière lui avait écrit et adressé le dessin de mon dilatateur de » la vulve, et qu'il avait réclamé contre l'inscription de votre nom sur » la figure; je lui ai demandé si je n'étais pas maître de faire exécuter » mes instrumens ou bon me semblait. C'est vous, d'ailleurs, qui avez » fait mes premiers dilatateurs vulvaires. »

Vous voyez, M. le rédacteur, qu'en plaçant mon nom sur la figure de son instrument, M. Reybard a usé de son droit et fait acte de justice. Je m'abstiens de toute réflexion au sujet des sentimens qui ont dicté la réclamation à laquelle je réponds.

Agréez, etc. Mathieu.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 22 février, un laboratoire de perfectionnement et de recherches pour les études chimiques est institué près la Faculté des sciences de Paris. Le service en est et en demeurera distinct du service des cours. Le directeur du laboratoire de perfectionnement et de recherches pour les études chimiques est nommé par le ministre. Le prix des instrumens et appareils, ainsi que les frais annuels nécessaires pour les expériences, seront prélevés sur le budget spécial de l'enseignement supérieur.

— Un autre arrêté porte que le laboratoire de perfectionnement et de recherches de la Faculté des sciences de Paris est installé provisoirement à l'École normale. Les élèves de l'École normale y seront admis à partir de leur troisième année d'études. Les licenciés ès sciences physiques pourront y être admis par autorisation du ministre de l'instruction publique pour la préparation de leur thèse de doctorat. M. Dumas, membre de l'Institut, est nommé directeur du laboratoire de perfectionnement de la Faculté des sciences de Paris.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 25. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 1er Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 FÉVRIER 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous sommes obligé de demander excuse à M. Aubergier de ne pouvoir nous occuper aujourd'hui de la communication intéressante qu'il a faite à l'Académie et qui a ouvert la séance. Il s'agit des résultats de son exploitation agricole de l'opium indigène, sujet qui a trouvé ici des sympathies déjà anciennes et que la note lue hier par M. Aubergier ne peut que nous encourager à lui continuer. Nous reviendrons donc très prochainement sur cette communication.

Un intérêt d'une autre nature rendait l'Académie attentive : elle attendait la réponse de M. Bousquet au dernier discours de M. Piorry; M. Bousquet a été fidèle au rendez-vous et il a dirigé une nouvelle attaque contre son vaillant adversaire.

A ceux qui douteraient qu'il s'est fait, qu'il s'opère tous les jours encore une transformation dans l'esprit médical, nous ferions remarquer, pour les convaincre, l'intérêt réel et visible que l'Académie et l'assistance attachent à cette discussion. Cette discussion eût à peine été possible, il y a quelques années, et si elle se fût engagée, elle eût été bientôt étouffée sous l'indifférence publique. Il n'en est pas ainsi à cette heure. Si d'abord le mémoire de M. Piorry sur le traitement de la variole a été menacé du silence universel, ce qui eût fort affligé l'honorable professeur, l'examen et la critique n'ont pas tardé à se produire, et, grâce à M. Bousquet, qui a eu le courage de l'initiative, la discussion va s'étendre et s'agrandir. Un des orateurs les plus écoutés de l'Académie, M. Bouillaud, a demandé la parole pour mardi prochain. Nous voilà donc en pleine discussion philosophique et doctrinale. L'Académie et le public acceptent cette discussion avec plaisir. Il y a donc progrès, c'est évident.

M. Piorry et M. Bousquet s'étaient donné l'accolade à l'issue de la dernière séance, mais M. Bousquet avait demandé à répondre au discours de M. Piorry et, dès lors, tous ceux qui ont un peu l'habitude des disputes humaines, avaient pu prévoir que ce baiser de paix ne serait qu'un baiser Lamourette. Cette prévision s'est réalisée. Non pas que nous partagions l'opinion sévère émise par M. Piorry sur la réplique de M. Bousquet, car nous n'avons rien aperçu dans cette réplique qui s'éloigne des usages académiques et des convenances confraternelles. M. Piorry nous semble s'être sensibilisé mal à propos, et ce n'est pas la faute de M. Bousquet si certaines expressions de la nomenclature de son adversaire ne peuvent être citées sans inconvéniens. Il eût été plus généreux, sans doute, à M. Bousquet, de s'abstenir du mot malheureux qui a tant égayé l'assistance, mais nous le demandons de bonne foi à M. Piorry lui-même, pour discuter sa nomenclature, il faut bien la faire connaître et si, en indiquant sa technologie, on s'expose au reproche de sa part de vouloir jeter sur lui le ridicule, il ferme évidemment la bouche et il brise la plume de ses critiques. Quant à nous, et une fois pour toutes, nous protestons énergiquement contre toute intention de sarcasme ou de ridicule. Nous le disons sans fausse humilité, ces succès de polémique sont si faciles à obtenir que nous ne les ambitionnons pas. Nous respectons, en M. Piorry, sa personne que nous aimons, son zèle et son dévoûment pour l'instruction des élèves, son talent, son caractère, les titres dont il est revêtu et que nous honorons autant qu'il le faut; mais nous demandons toute liberté d'examen pour des doctrines qui nous semblent erronées, ce qui serait peu de chose, mais surtout dangereuses, ce qui est plus grave. Et si nous ne pouvons employer à les combattre la même vivacité que M. Piorry met à les défendre, sans nous exposer à des récriminations blessantes et à des interprétations injurieuses, que M. Piorry ne provoque plus l'appréciation et l'examen de ses œuvres, qu'il ne fasse pas semblant de reconnaître à la critique un droit dont le strict exercice le blesse si profondément et qu'il ne se plaigne plus du silence qui se faisait autour de lui.

Cela dit, de quoi s'agit-il au fond de ce débat qu'il ne sera pas nécessaire, hélas! de passionner par des moyens excentriques? Il s'agit d'une question aussi vieille que la médecine, qui s'agitait déjà 400 ans avant notre ère parmi les médecins de la Grèce qu'elle avait divisée en deux camps; qui est bien plus ancienne encore, car Hérodote l'avait trouvée en pleine application dans l'antique Égypte, car les médecins divers de la tête, du ventre, des yeux, de la langue, etc., etc., que le père de l'histoire rencontra dans le pays des Pharaons, n'avaient fait que mettre en pratique les doctrines pathologiques qui ressuscitent aujourd'hui. C'est le grand, c'est l'éternel honneur de l'école de Cos d'avoir ramené vers une généralisation philosophique et à une synthèse réellement médicale, l'éparpillement et la dissémination des élémens pathologiques dans lesquels se complaisait l'école rivale de Cnide. C'est jusque-là, sans s'en douter assurément, que la doctrine des états organo-pathologiques veut faire rétrograder la médecine moderne.

C'est aussi contre ce retour que M. Bousquet proteste publiquement, et en cela, il faut le dire, l'honorable académicien est positivement l'écho de l'opinion publique. Son second discours est en progrès sur le premier; il est plus ferme et plus précis. Cependant il manque encore de netteté et d'accent. M. Bousquet s'est donné le désavantage de se placer tout d'abord sur les hauteurs des principes pour juger les doctrines de son adversaire; c'est plus grand et plus noble, mais c'est plus dangereux. Mieux eût valu peut-être examiner les doctrines en elles-mêmes, dans leur valeur intrinsèque, dans leurs rapports avec les principes mêmes dont elles émanent, et ne monter que graduellement au sommet de la philosophie médicale. Qu'importe pour l'appréciation des opinions pathologiques de M. Piorry, que M. Piorry soit spiritualiste ou matérialiste, vitaliste ou anatomiste? Toute cette discussion eût été, c'est notre humble avis, plus à sa place après l'examen direct et topique de l'organo-pathie, examen fait sur des exemples, et la variole en offrait un magnifique. Aussi qu'est-il arrivé? C'est que M. Piorry, après avoir fait profession de foi d'un spiritualisme que nous n'avons pas mission de critiquer au point de vue orthodoxe, d'un vitalisme sans propriétés vitales, M. Piorry, avec habileté, change la thèse, s'empare d'un terrain solide où personne n'a l'intention de le poursuivre, et défend une doctrine que personne ne veut attaquer.

Qu'on y prenne garde! la discussion n'est pas où les orateurs, insciemment, c'est possible, l'ont placée jusqu'ici.

M. Bousquet ne veut pas attaquer, n'a pas attaqué la prééminence du diagnostic local, du diagnostic anatomique et organique.

M. Piorry, de son côté, n'a pas à se porter le défenseur de ce que personne ne combat.

Il ne s'agit pas de savoir si le diagnostic anatomique conduit à des indications thérapeutiques; qui donc le conteste?

Il s'agit de bien autre chose, grand Dieu!

Il s'agit de savoir s'il y a des *maladies* ou s'il n'y a que des états *organo-pathiques*.

Si cet ensemble de symptômes, si la pneumonie, par exemple,

Feuilleton.

NOTICE HISTORIQUE SUR AUGUSTE LAURENT;

Par M. L. FIGUIER.

Vondel, le Shakspeare de la Hollande, le seul poète épique qui ait honoré ce pays, après avoir composé un grand nombre de tragédies populaires, vécut dans une extrême pauvreté et mourut de besoin. Son cercueil fut porté par quatorze poètes qui, sans avoir son génie, étaient aussi malheureux que lui. Ce trait nous revenait en mémoire en parcourant le beau livre d'Auguste Laurent, que les soins pieux de l'amitié viennent d'offrir aux chimistes, comme l'héritage de l'un des savans qui ont le plus contribué aux progrès de leur science. La vie laborieuse et tourmentée du chimiste français offre plus d'un point de ressemblance avec celle du poète de la Hollande, et s'il avait fallu, pour compléter l'analogie, chercher quatorze savans malheureux pour former son cortége de mort, la funèbre escorte n'eût pas été difficile à rassembler.

Auguste Laurent a marqué au premier rang des chimistes contemporains. Mais ses travaux, exécutés dans une sphère de théorie extrêmement élevée, et en dehors de toute application immédiate, n'ont que faiblement attiré l'attention du public : son nom n'a pas été mêlé aux admirations de la foule, et sa mort est restée inaperçue. La publication toute récente qui vient d'être faite de son livre, la *Méthode de chimie*, nous fournit une occasion, que nous sommes heureux de saisir, de faire connaître ses travaux scientifiques et de rappeler les détails d'une existence qui honore la science et l'humanité.

Auguste Laurent était né, le 14 novembre 1807, à La Folie, près de Langres. Il était fils d'un négociant qui chercha inutilement à diriger ses goûts vers la carrière commerciale : la nature l'appelait à d'autres travaux. Dès ses premières années, il ne s'occupait que d'études et de combinaisons mécaniques; il désertait le comptoir pour l'atelier voisin. On ne put se méprendre longtemps sur les dispositions du jeune homme, et son père consentit, quoique à regret, à le diriger vers des études supérieures. En 1826, le jeune Laurent entrait à l'École des mines; il en sortit trois ans après avec le diplôme d'ingénieur. Au sortir de l'École, il entreprit des excursions minéralogiques en Allemagne : il parcourut les provinces rhénanes, l'Autriche, la Saxe, la Pologne, visitant les mines et les usines métallurgiques de ces différens pays, et recueillant partout des observations et des notes pour ses futurs travaux.

De toutes les matières enseignées à l'École des mines, la chimie était celle qui avait plus vivement frappé son esprit; devenu maître de ses actions, il résolut de se livrer tout entier à cette science. Il fut admis comme préparateur à l'École centrale des arts et manufactures, dont la création était toute récente alors, mais qui laissait entrevoir déjà toute l'étendue des services qu'elle était appelée à rendre au pays.

Dans ce laboratoire, Laurent put mettre la dernière main à quelques recherches commencées à l'École des mines, et qui avaient pour objet le traitement des minerais de cobalt, la fabrication du smalt, de l'azur et le traitement des mines d'arsenic. Alexandre Brongniart, le célèbre directeur de la manufacture de porcelaine de Sèvres, ayant remarqué le jeune chimiste, le fit attacher au laboratoire de Sèvres, et l'associa bientôt à ses travaux. Laurent exécuta, sous l'habile direction de ce maître, des analyses et des recherches dont les résultats sont consignés dans le beau *Traité des arts céramiques*, de M. Brongniart.

Le genre de travaux chimiques qui s'exécutent dans les laboratoires de Sèvres ne répondait pas aux vues scientifiques de Laurent, et l'espèce de sujétion forcée qui résultait de sa position s'accordait mal avec le besoin d'indépendance qui le dominait. Il donna sa démission et vint s'installer dans une mansarde de la rue Saint-André-des-Arts. Après avoir monté un modeste laboratoire, il appela autour de lui quelques élèves, ce qui lui procura le moyen de travailler selon ses goûts. Il partageait son temps entre les soins qu'il devait consacrer à l'instruction de ses jeunes disciples, et ceux qu'exigeait la poursuite de ses travaux scientifiques. Mais la première de ses occupations absorbait la meilleure partie de son temps. Dès qu'il se crut en état de se passer de ce genre de ressources, il s'empressa de fermer sa petite école chimique, afin de se livrer assidûment à une longue série de recherches expérimentales dont il avait conçu le plan, et qu'il croyait destinée à opérer dans la science une profonde et salutaire réforme. La prévision était juste, seulement l'époque était encore bien éloignée où ces espérances devraient trouver leur réalisation. En attendant, tout entier à l'étude dont la pensée l'occupait exclusivement, il s'adonnait sans relâche aux expériences et aux recherches sur lesquelles devait s'élever plus tard le vaste ensemble de son système.

Mais cette période heureuse de son existence, et ces momens d'indicible bonheur du travailleur solitaire qui voit son œuvre grandir et se perfectionner entre ses mains, devaient avoir leur terme. Laurent entrevit bientôt la fin de ses épargnes; malgré les privations qu'il s'imposait et le genre de vie économique qu'il avait courageusement adopté, la misère frappait sourdement à la porte de son réduit. Il se décida donc à ouvrir une seconde fois son laboratoire, et la jeunesse studieuse y revint avec joie. Les 80 francs par mois que chaque élève payait régulièrement au maître, remontèrent promptement le modeste édifice de sa fortune. Ce résultat à peine obtenu, il s'empressa de congédier de nouveau son auditoire. Ce n'est pas sans regret sans doute qu'il se séparait de ses jeunes élèves, compagnons de ses travaux; mais la science était plus forte que ses regrets; il marchait avec ardeur, et sans regarder autour de lui, vers le but marqué à sa destinée.

Cependant tant d'espérances furent trompées. Malgré ses incessans travaux, Laurent ne pouvait réussir à attirer sur lui l'attention; la renommée n'arrivait pas, et personne ne se doutait encore qu'il y avait dans une mansarde de la rue Saint-André-des-Arts un homme destiné à ouvrir des horizons tout nouveaux à la chimie moderne. Aussi lorsque, descendant des hauteurs où l'avaient emporté ses belles conceptions scientifiques, notre savant revint sur la terre, il s'y trouva plus pauvre et plus isolé que jamais. Il fallut plier sous la dure loi du besoin. Il consentit donc à entrer comme chimiste chez un parfumeur de la rue Bourg-l'Abbé, et pendant près de deux ans l'éminent théoricien, qui méditait de renverser tout l'édifice de la chimie de son temps, passa la plus grande partie de ses journées à distiller des essences et à vérifier la pureté des produits employés dans la fabrique de son respectable

ce drame pathologique qui commence par le frisson et qui finit par l'asphyxie, qui se déroule jour par jour, heure par heure, a une marche, une durée, des signes, une terminaison, dont de tout cela la pathologie a fait la maladie *pneumonie ;*

Ou bien

Si le frisson initial est lui-même une maladie,
Le point de côté, une maladie,
L'oppression ou l'exaltation des forces, une maladie,
La dyspnée, une maladie,
Les râles, les ronchus, les souffles, maladies, maladies.

Voilà la véritable question. Saisissez, dirons-nous à M. Bousquet, saisissez le taureau par les cornes, au lieu de lui jeter des entraves qu'il peut facilement briser. Vous avez eu un mot heureux à l'adresse de M. Piorry : vous voulez démolir l'édifice, lui avez-vous dit, et vous vous en prenez aux girouettes !

C'est joli et juste, mais que chacun en fasse son profit.

Amédée Latour.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE D'APPAREILS INAMOVIBLES OU APPAREILS EN STUC (1) ;

Par le docteur A. Richet, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine; Membre titulaire de la Société de chirurgie.

2° *Des avantages que présentent les appareils en stuc, comparés aux autres appareils inamovibles.* — Il est bien entendu que je n'entends nullement discuter les avantages ou les inconvéniens des bandages inamovibles en général, et encore moins les comparer aux bandages amovibles; ce que je vais chercher à démontrer, c'est que le principe de l'inamovibilité dans le traitement des affections chirurgicales étant admis et reconnu bon, aucun appareil ne peut mieux en remplir toutes les indications que le bandage en stuc.

Après la réduction, maintenir les fragmens dans un rapport aussi parfait que possible, jusqu'au moment où la dessication étant complète et l'appareil exactement moulé sur le membre, on n'a plus à craindre de déplacement, voilà l'indication qui domine toutes les autres dans le traitement des fractures par les appareils inamovibles. C'est à bien la remplir qu'ils doivent d'abord viser tous; et c'est elle qui doit servir de guide pour les juger et les apprécier.

Tous les bandages inamovibles, au point de vue de la dessication, peuvent se diviser en deux classes : ceux qui se solidifient instantanément, pour ainsi dire, et ceux qui mettent à acquérir toute leur solidité un temps plus ou moins long. Parmi les premiers, il faut ranger d'abord les appareils en plâtre, ceux en gutta-percha, et enfin l'ingénieux appareil en cuir de M. Lambron, dont récemment encore j'ai eu l'honneur d'entretenir la Société de chirurgie, et qui est devenu le sujet d'une discussion approfondie. Parmi les seconds, je placerai les bandages dextrinés et amidonnés, les étoupades avec le blanc d'œuf, etc.

Il n'est pas douteux que les appareils de la première catégorie, et parmi eux plus spécialement les appareils en plâtre, ne remplissent beaucoup plus parfaitement que les seconds les conditions requises précédemment. En effet, leur solidification est pour ainsi dire instantanée, et ils saisissent admirablement le membre dans la position que lui a donnée le chirurgien. Il faut donc, pour qu'ils n'aient pas été généralement adoptés, qu'ils offrent de réels inconvéniens; c'est effectivement ce qui a lieu.

Parmi les reproches qui ont été adressés au plâtre, je rappellerai surtout la difficulté de le manier, la chaleur quelquefois insupportable qu'il développe lors de son passage de l'état liquide à l'état solide, et surtout la nécessité de l'employer en grande quantité, ce qui le rend toujours très lourd, et par conséquent réellement impossible à employer autrement que dans quelques cas exceptionnels. Aussi, peut-on dire qu'il était à peu près universellement abandonné par les chirurgiens, malgré son immense avantage de solidification instantanée, lorsqu'un chirurgien hollandais, M. Mathijssen, eut l'ingénieuse idée de l'appliquer sur des bandelettes séparées en le gâchant sur le linge même, et en le faisant ainsi solidifier sur place.

Comme tous mes collègues de la Société de chirurgie, j'ai été témoin des essais de M. Van de Loo qui s'est fait l'apôtre de la nouvelle méthode, et j'ai, comme la plupart d'entre eux, été séduit par la simplicité apparente de son procédé; aussi me suis-je empressé de le mettre en usage à l'hôpital. Malheureusement, le succès n'a pas répondu complètement à mes premières espérances ; et la pratique m'a bientôt démontré qu'à côté d'avantages incontestables, il offrait des inconvéniens sérieux, et surtout de grandes difficultés d'application.

D'abord il faut imprégner de plâtre chacune des bandelettes l'une après l'autre séparément, ce qui exige toujours un temps considérable pendant lequel les aides se fatiguent ainsi que le malade, et expose au dérangement des fragmens; puis, très souvent, soit qu'on ait employé pour délayer le plâtre une plus ou moins grande quantité d'eau, soit que la qualité de cette dernière ou du plâtre lui-même s'oppose quelquefois à une solidification régulière, soit toute autre cause, il arrive que, lorsqu'on applique la bandelette qu'on vient de préparer sur celle qui la précède, on n'obtient qu'une adhésion imparfaite, et que le plâtre, devenant de suite pulvérulent, on soit obligé de recommencer ce travail à plusieurs reprises avant que d'arriver à une complète réussite. Et qu'on ne dise pas que les choses ne se passent ainsi que par défaut d'expérience, j'ai vu ces difficultés se présenter alors même que l'appareil était appliqué par des disciples de M. Van de Loo.

Enfin, et ceci est plus sérieux, c'est que la mince couche de plâtre, ainsi appliquée à la surface du linge, ne résiste pas longtemps aux frottemens, résultats inévitables des mouvemens du malade ; en sorte que bientôt l'appareil se fendille, s'écaille, devient pulvérulent, remplit de poussière le lit du malade, et, ce qui est plus grave, ne contient plus exactement la fracture.

Si, pour parer à cet inconvénient, on veut, ainsi que je l'ai fait, appliquer extérieurement une nouvelle couche de plâtre, on retombe dans les inconvéniens du moulage dont il a été précédemment question, c'est-à-dire qu'on alourdit tellement l'appareil qu'il devient insupportable au malade. A quoi il faut ajouter enfin que son application est d'une malpropreté vraiment désespérante pour une salle d'hôpital, et à plus forte raison dans la pratique civile.

Tels sont, sans doute, les raisons qui ont fait abandonner déjà par plusieurs de nos collègues l'appareil de MM. Mathijssen et Van de Loo. Pour moi, tout en signalant ses inconvéniens, je m'empresse de reconnaître qu'il est supérieur à tout ce que nous connaissions déjà, et je lui rends particulièrement des actions de grâce pour m'avoir conduit à la découverte des bandages en stuc.

Quant aux autres appareils à dessication rapide, ceux qu'on fabrique avec la gutta-percha, par exemple, il est admis, par ceux qui s'en étaient déclarés tout d'abord les plus chauds partisans, qu'en raison de la falsification que subit si souvent cette substance, et de la difficulté de se la procurer pure, il devient très difficile de l'employer avec avantage d'une manière générale, et qu'on doit réserver son emploi pour quelques cas particuliers.

Relativement aux appareils de la deuxième catégorie, c'est-à-dire aux bandages faits avec la dextrine, l'amidon ou toute autre substance à dessication lente, il ne me sera pas difficile de démontrer leur infériorité en les jugeant avec le critérium que j'ai posé précédemment. De quelque manière, en effet, que l'on s'y prenne pour confectionner ces appareils, il faut toujours *au moins* vingt-quatre heures pour qu'ils offrent une résistance capable de lutter avantageusement contre les causes multipliées de déplacement; aussi est-on obligé de les soutenir avec des attelles ou des coussins en attendant leur complète solidification. Or, c'est là, on ne saurait se le dissimuler, un grave inconvénient, car si l'on a affaire, par exemple, à une fracture oblique difficile à maintenir réduite et qui exige qu'on emploie l'extension, le long temps pendant lequel on est forcé de la maintenir fatigue beaucoup les malades et laisse le membre exposé à toutes les chances de déviation. Aussi, chacun sait-il qu'il est à peu près impossible d'obtenir par cette méthode des guérisons exemptes de raccourcissement. De plus, si on a affaire à un malade indocile ou dans le délire, ou à des enfans, on est obligé d'y renoncer absolument.

On voit donc, en résumé, que parmi les appareils inamovibles jusqu'ici mis en usage, ceux qui remplissent la condition indispensable d'une rapide solidification pèchent par la difficulté d'application ou par d'autres inconvéniens plus sérieux encore, tandis que ceux qui sont d'une exécution plus commode ne peuvent, en raison de leur trop lente dessication, assurer une parfaite réduction.

L'appareil que je propose me paraît destiné à faire disparaître avec bonheur la plupart des inconvéniens que je viens de signaler.

Le stuc réunit, à tous les avantages du plâtre, ceux de la dextrine; comme le plâtre, il durcit avec rapidité; comme lui, une fois desséché, il résiste à l'influence de l'humidité et se ramollit très difficilement par une immersion longtemps prolongée dans l'eau chaude ; comme la dextrine ou l'amidon, il se laisse manier pendant un temps assez long, et qu'on peut, à volonté, prolonger, en sorte qu'il est permis d'en imprégner de longues bandes qu'on peut ensuite placer avec méthode et régularité et sans imprimer au membre sur lequel se fait l'application, des secousses douloureuses et qui ne sont pas toujours sans danger.

Lorsqu'il est solidifié, la gélatine qui entre dans sa composition lui donne une homogénéité, une densité qui s'opposent, quelle que soit son ancienneté, à ce qu'il s'écaille et devienne pulvérulent. On peut le glacer, le lisser et lui donner une apparence vraiment très agréable à l'œil ; de plus, son excessive dureté et solidité permettent de n'en appliquer qu'une couche très mince, et, par conséquent, de conserver à l'appareil une légèreté qui ne le cède en rien à celle de la dextrine.

Dans les fractures compliquées il présente, sur cette dernière substance, cet autre avantage inappréciable, de ne point

(1) Voir le dernier numéro.

---

patron. Seulement, dans l'obscur atelier de l'industriel, il y avait un petit coin meublé d'une balance et de quelques instrumens de précision, coin bienheureux où Laurent savait tirer un précieux parti de ses rares instans de loisir. Jeunes chimistes, héritiers et continuateurs de ses doctrines, vous qui poursuivez avec une noble ardeur le laborieux sillon tracé par le génie du maître, et qui recherchez avec respect tout ce qui se rattache à sa mémoire, avec quel attendrissement n'iriez-vous pas contempler aujourd'hui cet humble réduit de la rue Bourg-l'Abbé, où furent préparés et conçus les principes de votre école !

C'est, en effet, pendant son séjour chez le parfumeur du quartier Saint-Martin, que Laurent, ne pouvant se livrer d'une manière suivie à des expériences chimiques, s'occupa de faire un exposé de ses idées théoriques sur la constitution des composés, et de réunir ses vues en un corps de doctrine. Il écrivit sur ce sujet une thèse qui fut soutenue à la Faculté des sciences de Paris, le 20 décembre 1837. La discussion fut imposante, et ce dut être un spectacle bien digne d'intérêt que cet examen solennel des théories nouvelles, fait par l'aréopage illustre de la Sorbonne. M. Thénard, le doyen de la chimie française, M. Dumas, déjà professeur à la Faculté des sciences, esprit conquis à toutes les causes du progrès scientifique, prirent part à ce tournoi qui dura deux heures, et à la suite duquel le diplôme de docteur ès sciences fut accordé d'une voix unanime au jeune néophyte.

Après cet imposant débat, dans lequel s'étaient agitées les questions les plus graves et les plus élevées de la science, Laurent, se dirigeant vers le quartier Saint-Martin, rentra chez son patron, et reprit son tablier de travail pour terminer le cours interrompu de ses occupations quotidiennes.

Il serait difficile, et il n'entre pas dans nos vues d'exposer ici avec détails le genre de révolution que les travaux de Laurent ont introduit dans les théories de la chimie ; nous nous bornerons à en faire connaître le principe général.

La chimie théorique, telle que Lavoisier l'a conçue, et telle que Berzelius et son école l'ont constituée par leurs immenses travaux, repose sur le principe du *dualisme*. On admet que dans tout composé chimique il existe deux élémens qui, par leur mutuelle affinité, ont provoqué l'accomplissement de la combinaison, et qu'il est presque toujours facile de séparer ou de reconnaître. Dans un sel, par exemple, il y a, selon l'école dualistique, deux composés qui préexistent bien nettement : ce sont la base d'une part, et d'autre part, l'acide. De la chimie minérale, cette vue a été étendue à la chimie organique, et dans l'école dualiste on professe qu'une substance organique quelconque est formée de la réunion de deux corps différens et de propriétés antagonistes. C'est ainsi, pour prendre un exemple, que l'alcool peut être considéré comme résultant de l'union chimique de deux corps composés, l'hydrogène bicarboné et la vapeur d'eau. L'école nouvelle, l'école unitaire, proclame au contraire qu'il est impossible de reconnaître dans les composés minéraux ou organiques deux élémens préexistans, mais qu'un composé organique constitue un ensemble arbitraire formé par la réunion d'un nombre variable d'élémens simples ou composés, élémens que l'on peut remplacer à volonté, dans ce composé, par des groupes analogues, sans altérer la physionomie générale, l'harmonie, ou, comme on le dit aujourd'hui, le type de ce composé. Tel est, dans son ensemble, le principe de la réforme introduite par Auguste Laurent dans la chimie moderne. Mais Laurent ne bornait pas ses vues à cet aperçu général de la constitution moléculaire des corps. Il avait voulu résoudre le grand problème pratique de la classification des corps organiques, de manière à réunir en groupes naturels les corps qui offrent entre eux de grandes analogies de composition. Il s'était proposé de chercher, au milieu de la multitude des formes symboliques par lesquelles on peut représenter théoriquement la composition des corps, les formules qu'il fallait choisir comme les plus avantageuses pour le classement et l'étude pratique de ces corps, en rapprochant les unes des autres les substances analogues et les séparant des corps dissemblables. C'était donc une méthode de classification générale et uniforme que Laurent avait entrepris de créer pour tous les corps de la chimie. On voit par là à quel nombre d'expériences et de recherches il devait se livrer pour appuyer ses opinions théoriques sur un nombre suffisant de faits et d'analyses.

Cette longue série de recherches chimiques, il ne pouvait évidemment espérer de s'y livrer en restant dans la position insuffisante et obscure qu'il occupait depuis deux ans. C'est dans l'espoir de trouver les moyens d'exercer plus librement son activité scientifique qu'il se décida à abandonner l'établissement où il avait trouvé une position assez avantageuse, sans doute, sous le rapport matériel, mais qui était pour lui sans avenir et sans issue. Il accepta les offres que lui fit le gérant d'une société belge qui venait de se constituer pour établir une manufacture de porcelaine dans le duché de Luxembourg. Devenu le chimiste de cette société, Laurent se prépara à se rendre à son poste. Au moment de son départ, il régla ses comptes avec son patron le parfumeur. Il ne s'était jamais inquiété des bénéfices que devait lui rapporter son travail, se bornant de temps à autre à demander au comptoir la modique somme nécessaire à ses besoins. Cependant l'honnête industriel l'avait associé aux bénéfices de sa maison, et il remit au savant, en se séparant de lui, une somme de 10,000 francs qui fut reçue avec autant de surprise que de joie. Mais, comme on le verra plus loin, cet argent ne devait profiter ni à la science ni au savant.

Le changement survenu dans sa position devait puissamment influer sur l'avenir de Laurent, car c'est à Luxembourg qu'il se maria. En présence des devoirs qu'il venait de contracter, il sentit la nécessité d'occuper une position stable ; il consentit donc à accepter des fonctions universitaires dans son pays, et M. Thénard lui ayant offert la chaire de chimie dans la Faculté des sciences de Bordeaux, il se rendit dans cette ville le 30 novembre 1838, pour y occuper cette chaire.

C'est à Bordeaux que fut exécutée la plus grande partie des travaux de Laurent; c'est de ce laboratoire qu'est sorti ce nombre immense d'analyses et de recherches qui ont longtemps rempli nos recueils scientifiques. La multiplicité des combinaisons nouvelles que ce chimiste expérimenté réalisait comme en se jouant, et par la seule application de ses vues théoriques, tenait réellement du prodige; il préparait ainsi, en recueillant des matériaux immenses, les bases du système général qu'il espérait fonder.

(La fin à un prochain numéro.)

se laisser ramollir par les liquides sanieux ou purulens qui s'écoulent de la plaie, et de conserver ainsi intacte sa rigidité première, sauvegarde des déplacemens ultérieurs.

Enfin, comme il se durcit en quelques minutes et que le chirurgien ne quitte le malade que lorsqu'il est complétement solidifié, on sait de suite à quoi s'en tenir sur le degré de pression qu'il exerce sur le membre, et on peut, au besoin, dégager immédiatement les points douloureusement comprimés. Avec les bandages amidonnés ou dextrinés, au contraire, ce n'est qu'après vingt-quatre heures de souffrances, et souvent davantage, qu'on est appelé à remédier à ces accidens, légers il est vrai, mais qui n'en sont pas moins dignes d'être pris en considération.

Pour résumer toute ma pensée, je dirai donc, qu'en raison de son application facile, commode et n'occasionnant aucune malpropreté, en raison de la modicité extrême du prix des élémens qui entrent dans sa composition et que l'on peut se procurer partout, en raison surtout de sa supériorité incontestable sur les appareils dextrinés ou en plâtre, l'appareil en stuc me paraît appelé à devenir promptement le *seul bandage inamovible* qu'on emploiera aussi bien dans la pratique civile que dans la chirurgie militaire, aussi bien dans les grands centres de population que dans les villages.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

RÉPLIQUE DE M. BOUSQUET A M. PIORRY.

Messieurs, dans les premières observations que je me suis permises sur le mémoire de M. Piorry, j'ai cru devoir signaler une choquante contradiction. J'ai dit que, spiritualiste en physiologie, M. Piorry est matérialiste à l'excès en pathologie. J'ai fait cette remarque en passant, il pouvait la laisser tomber, il l'a relevée, et voici en quels termes : « Plus que personne, dit-il, je suis le défenseur de cette grande pensée, » que l'âme, sous l'influence divine, est le promoteur de la formation » organique. » M. Piorry se comprend sans aucun doute. Pour moi, je m'incline et je n'insiste pas sur ce point. Il faut dire cependant ce que devient l'âme de M. Piorry. Après avoir créé l'organisation, elle prend son vol, et le médecin reste en présence de l'organisation ; il n'a d'action que sur l'organisation. Je complète la pensée de M. Piorry, et j'ajoute : sur l'organisation sensible et vivante ; car il ne contestera pas, je pense, que c'est en tant que sensibles et vivans que les organes s'altèrent et se réparent, en tant que vivans qu'ils sont accessibles aux causes des maladies et aux agens de la thérapeutique.

Cela dit, j'écarte respectueusement l'âme de ces débats, et je me place sur le domaine de la pathologie ?

Qu'est-ce la maladie ? C'est, dites-vous, une lésion de l'organisation. Soit ; mais il y a des lésions de plusieurs sortes. Une fracture, une luxation, une hernie sont aussi des altérations de l'organisation ; mais elles n'intéressent que la configuration, la position, les rapports des parties. L'art peut les produire à volonté sur le vivant, il peut les imiter sur le cadavre. Ici tout est clair, tout se passe au grand jour. Aussi, à peine l'œil a-t-il vu le désordre, que l'esprit sait ce qu'il faut faire pour le réparer et remettre toutes choses en bon état. Ce sont là des lésions mécaniques ; elles forment en grande partie le domaine de la chirurgie ; et de là vient la sûreté de sa méthode, l'excellence de ses procédés.

La fièvre, l'inflammation, la goutte, l'épilepsie, la folie et ses diverses formes, etc., ne sont pas apparemment comparables aux lésions que je viens de nommer. Il y a donc en elles quelque chose qui les distingue et qui leur a mérité une place à part dans les nosologies comme elles l'ont dans la nature. Cependant en quoi consiste cette différence, et d'où vient-elle ? S'il n'y a que des organes dans le corps, elle est nécessairement dans les organes. Vous l'affirmez, alors même que vous ne la voyez pas. Ainsi, l'esprit prévaut aux sens. Vous affirmez contre le témoignage des sens ce qui est du témoignage des sens. Et pour sauver l'inconséquence, pour mettre d'accord les sens avec l'esprit, on suppose que les maladies, de même que les grandes fonctions de l'économie, se passent hors de la portée de notre faible vue, dans ces replis impénétrables de l'organisation d'où s'exhale la flamme de la vie. Ainsi, même en ce sens, on peut dire que les maladies ont leurs racines dans la cause de la vie, et qu'elles commencent par être des atteintes cachées de la vie avant d'être des lésions apparentes de l'organisation. Je vous avoue cependant qu'il me vient parfois des scrupules ; vous connaissez le traitement moral de la folie, dont M. Leuret se servait si heureusement, j'ai peine à voir une lésion matérielle dans une maladie qu'on guérit quelquefois d'un mot, d'un souffle.

Et quand je considère l'obscurité qui couvre les maladies à leur point de départ, je suis moins étonné si les médecins en détournaient la vue. Elles leur étaient révélées par les symptômes et cela leur suffisait ; ils savaient qu'il y a d'étroits rapports, des rapports de causalité entre les symptomes et les lésions organiques, et ils opéraient sur les symptômes presque avec la même sûreté que sur ces lésions elles-mêmes. Ils imitaient en cela la psychologie qui, pour connaître les facultés de l'entendement, ne s'informe même pas des parties qui en secondent l'exercice, ou bien encore la séméiotique qui s'est accoutumée à lire dans les signes l'issue probable des maladies, sans trop remonter à leur source. C'est pour elle une affaire de pure observation et rien de plus. J'explique et je n'approuve pas. J'aime, au contraire, à proclamer la supériorité de la médecine contemporaine sur sa devancière. Mais, croyez-le bien, vos maîtres et les miens savaient presque aussi bien que vous que les maladies intéressent l'organisation, et je ne puis pas comprendre où vous avez pris qu'ils les mettaient en *dehors même des organes*, eux qui croyaient qu'elles étaient répandues dans tout le corps. Et quelle meilleure preuve puis-je vous en donner que les éternelles querelles des humoristes et des solidistes !

Comment donc un esprit aussi éclairé que le vôtre, un médecin de votre savoir, peut-il dire qu'avant lui les maladies étaient regardées comme des *êtres :* heureusement pour votre nom vous avez d'autres titres à la reconnaissance des hommes. Eh quoi ! parce qu'en parlant, on personnifie les maladies, on leur accorderait une existence indépendante des organes qu'elles affectent ! Mais il est impossible que vous le pensiez, et si vous ne le pensez pas pourquoi le dites-vous ? Est-ce à vous qu'il faut apprendre que ce sont là des manières de parler, des artifices de langage pour animer et abréger le discours ? Et un poète, comme vous, ne sait-il pas qu'il est de règle d'animer tout ce qui peut être animé, la douleur, la fièvre, la joie, la gloire, l'orgueil, l'envie, etc. ? Nous sommes tous un peu païens dans le langage. Mais on sait ce que parler veut dire.

Sauvages est peut-être le seul médecin qui ait comparé les maladies à des *êtres. A la rigueur*, dit-il, *les maladies sont des êtres comme les feuilles du même arbre.* Mais il ne faut pas trop presser ces paroles, elles font entendre la pensée de l'auteur plutôt qu'elles ne la rendent. Les maladies sont comme des *êtres*, elles ne sont pas des *êtres*. Ce n'était qu'une manière de parler, et il y paraît assez, ce me semble, au tour de la phrase. Et, d'autre part, ne voyez-vous pas que Sauvages, professeur de botanique, forçait les analogies pour se donner le droit d'imiter l'histoire naturelle dont il transportait les méthodes de classification dans la pathologie ?

C'était en 1763, quatre ans avant sa mort, que Sauvages publia sa nosologie : *Nosolagia methodica sistens morborum classes, genera et species, juxta Sydenh'ami mentem et botanicorum ordinem.* Honoré des éloges de Boerhaave, le soin de sa réputation l'obligeait à toute sorte de ménagemens dont je suis dispensé. Je sais que mon obscurité me donne du courage, et, dussé-je attirer sur ma tête toutes les foudres de mon puissant adversaire, je déclare qu'il y a des maladies qui sont des *êtres*. Je prends mon exemple dans la petite-vérole ellemême. De même que la plante, la petite-vérole naît de semence, couve au sein de l'organisation comme la plante dans la terre et lève à son heure. Elle a ses périodes, ses âges successifs et distincts comme la plante, et comme la plante, elle reproduit avant de s'éteindre un germe fécond, semblable à celui d'où elle sort, de manière à assurer la perpétuité de sa race, j'ai presque dit sa postérité. Ce que je dis de la variole, on peut le dire de toutes les contagions qui naissent de germe ; on peut le dire, quoique bien moins rigoureusement, des maladies vénériennes et même des empoisonnemens.

Je sais bien que ce ne sont là que des causes de maladie dont les effets portent toujours sur l'organisation, mais elles ne se comportent pas comme les autres ; elles pénètrent, elles s'établissent dans l'économie, et une fois là, elles la troublent, elles la subjuguent à leur gré jusqu'à ce que cette même économie, usant des forces vives qui l'animent, se les assimile ou les rejette de son sein.

Dans un moment d'erreur Bichat a pu dire : Qu'est l'observation si on ignore le siége du mal ? Si Bichat eût prévu l'abus qu'on ferait un jour de ces paroles, je me plais à croire qu'elles ne seraient pas sorties de sa bouche. Je n'essaierai pas de le faire parler comme a fait M. Piorry pour Hippocrate. Il ne convient pas à ma faiblesse de se faire l'interprète du génie. Je me borne à répondre respectueusement à Bichat que l'observation est encore beaucoup, alors même qu'on ignore le siége du mal. Par un hasard singulier, il se trouve que les maladies que nous guérissons le mieux sont précisément celles auxquelles il est le plus difficile de marquer la place dans l'organisation. Exemples : le scorbut, la chlorose, la syphilis. Il n'y a pas encore longtemps que MM. Audouard et Piorry ont appelé notre attention sur l'enflure de la rate. Elle était inconnue de Torti. Cependant Torti guérissait-il moins bien la fièvre intermittente, lui qui a tracé d'une main si sûre les règles à suivre dans l'administration de l'anti-périodique ? Et M. Andral, dont vous êtes si heureux d'invoquer l'autorité quand elle est pour vous, M. Andral n'a-t-il pas admis et rejeté les fièvres essentielles dans les différentes éditions de sa *Clinique*, sans rien changer ni à l'étiologie, ni aux symptômes, ni au traitement, rien que la place qu'elles occupent dans l'économie.

Vous abuseriez de mes paroles, si vous disiez que je ne mets aucun prix à savoir quelles sont les parties malades. J'en mets beaucoup, au contraire, quoique peut-être un peu moins que vous ; mais je n'y ai pas le même intérêt ; le siége des maladies n'est pour moi qu'une partie de leur histoire, plus intéressante pour le pronostic que pour le traitement ; M. Gerdy vous l'a fait assez voir dans la dernière séance ; il est quelque chose de plus pour vous, il est la base de votre agréable nomenclature.

Tout est bon à connaître d'une maladie, non seulement le siége, mais la manière dont elle se forme et se produit. Veuillez, je vous prie, me prêter votre attention. Ceci est du Montpellier. Quand il n'y aurait que matière dans le corps humain, cette matière est organisée et vivante, nous en sommes convenus. Sans cela elle serait indifférente aux causes extérieures. Mais ces causes, comment agissent-elles ? Quelle part prennent-elles à la naissance, au développement des maladies ? Question immense et fondamentale en pathologie. Il est heureusement peu de causes qui, comme les virus, les venins et les poisons, soient assez puissantes par elles-mêmes pour vaincre toutes les résistances et s'imposer à l'économie. La plupart, au contraire, n'ont qu'une influence bornée, douteuse, contingente ; de sorte que, pour produire leurs effets, il faut que l'économie s'y prête ; je ne dis pas assez, il faut qu'elles soient aidées, secondées par l'économie elle-même. La maladie naît de ce double concours : elle est à la fois l'œuvre de la cause extérieure et de la cause intérieure.

Il y a, au sein de l'organisation, une force, une activité qu'elle tourne contre elle-même. Dans l'ordre physiologique, vous voyez des exemples frappans de cette activité dans la croissance et dans l'accouchement. Qu'est-ce qui pousse cet enfant à atteindre taille d'homme ? Et comment l'utérus, arrivé au terme de la grossesse, entre-t-il en action sans provocation extérieure, de lui-même, pour se débarrasser du produit de la conception ?

Ce sont là, dira-t-on, des lois primordiales ; je ne le nie pas, mais elles ne s'accompliraient pas, ces lois, si l'organisation n'était essentiellement active. C'est tout ce que je dis. Eh bien ! il se passe quelque chose de semblable dans la *conception*, dans l'*enfantement* des maladies. Pour la plus légère cause, à la moindre occasion, sous le moindre prétexte, enfin, vous voyez l'économie se troubler, s'agiter et produire ici une inflammation, là un abcès, un ulcère, un tubercule, un cancer, etc. On dit alors que la maladie est spontanée, tant les causes extérieures y prennent peu de part. Je ne sais pas même si l'organisation toute seule, en vertu de la seule activité qui l'anime, ne suffit pas quelquefois à produire les maladies de la même manière qu'elle suffit à les guérir. Une chose est certaine, c'est qu'il y a une immense différence entre les maladies qui naissent doucement, sourdement dans nos tissus, et celles qui viennent du dehors ; entre les maladies dites spontanées et celles qui sont le résultat évident d'une cause, d'une violence extérieure. Toutes choses égales, les premières sont de beaucoup plus graves, plus rebelles que les secondes.

Ainsi, dans cette manière de voir, la nature fait en partie les maladies, et la nature les guérit soit seule, soit aidée des secours de l'art.

Il est facile de rendre ces idées ridicules en les exagérant. Je proteste contre toute exagération. Renfermées dans de justes limites, je ne crains pas de dire qu'elles jettent la plus vive lumière sur la pathologie. Je les livre à la réflexion de M. Piorry.

Après avoir accusé ses prédécesseurs de faire des êtres des maladies, M. Piorry se tourne contre ses contemporains et accuse les nosologistes d'accumuler, de grouper les symptômes au hasard, sans souci de leur origine, ni de leur signification. M. Piorry fait trop d'honneur à leur imagination, ils n'en ont pas assez pour inventer les symptômes dont ils composent leurs tableaux ; ils les prennent servilement dans la nature à mesure qu'ils se produisent. Demandez à M. Grisolle si elles sont des enfans de son cerveau, ces belles descriptions des maladies qui ont fait de son livre un livre classique. Mais vous dites que ces maladies qu'on donne comme des *unités* réunissent vingt états pathologiques différens. Et quand cela serait, encore faudrait-il commencer par les points tels que la nature les offre à nos yeux.

Après cette première opération, je me rapproche de vous, et je conviens que si une maladie est composée, il faut, pour l'attaquer rationnellement, chercher à démêler les élémens qu'elle contient.

Cette analyse est si naturelle, que je suis persuadé que les bons praticiens de tous les temps en ont usé. Barthez a vu avec génie ce qu'ils ont fait, et il leur a dérobé la méthode qu'ils suivaient peut-être à leur insu. Mais prenez garde, il y a une hiérarchie dans les élémens des maladies ; ils ne naissent pas tous à la fois ; ils n'ont pas tous la même importance. Il y en a presque toujours un qui domine tous les autres et qui fait le caractère et comme le fond de la maladie à laquelle il impose son nom. C'est lui qui la fait ce qu'elle est. Dans la fièvre typhoïde, ce sera, je suppose, l'altération de l'intestin ; dans l'apoplexie, c'est l'hémorrhagie cérébrale ; dans la phthisie, le tubercule ; dans la gravelle, l'excès d'acide urique ; dans la fièvre intermittente, le génie périodique, etc. Autour de celui-là d'autres viennent se grouper ; mais ils n'y sont pas nécessaires ; ils peuvent manquer, la maladie restant la même.

Je n'entre pas plus avant dans cette méthode dont vous avez pris la première idée à l'école de Montpellier. Vous l'avez avoué ingénument quelque part dans vos écrits ; vous vous en défendez aujourd'hui. Et, pour mieux nous donner le change, vous feignez d'ignorer jusqu'au nom de votre modèle, vous qui avez écrit ces paroles contre les plagiaires : « Le vol des conceptions de la pensée est le plus cruel des larcins. » Vous parlez de Borden, et vous dites qu'il n'y a nulle comparaison possible entre vos principes et les siens. Je le savais. Je connais assez bien mon Bordeu, c'est une de mes lectures favorites. Il s'exhale de toutes ses pages une vapeur médicale, un parfum d'esprit et d'érudition qui me charme, et que je ne trouve pas au même degré dans des ouvrages plus modernes.

Mais Bordeu n'a rien à faire ici. La méthode que vous y cherchez vous ne la trouverez pas ; elle est de Barthez ; il l'a développée pour la première fois dans un cours de médecine pratique qu'il fit à la Faculté de Montpellier vers 1770, et il en a fait l'application à l'étude des maladies goutteuses. C'est donc à Barthez ou à ses disciples que vous l'avez prise ; je conviens, d'ailleurs, que vous avez fait tout ce qui dépendait de vous pour la rendre méconnaissable. Vous divisez et sousdivisez sans fin les maladies, vous les mutilez, vous les émiettez ; elles se réduisent en poussière entre vos mains, en un *je ne sais quoi qui n'a plus de nom dans aucune langue :* Si bien que, sans vous en apercevoir, vous finissez par tomber dans la médecine du symptôme, la plus superficielle, la plus commune, la plus insignifiante de toutes et la moins digne d'un esprit réfléchi : Je ne m'étonne pas si vos états pathologiques sont *innombrables*, comme vous dites. Vous en reconnaissez presque autant qu'il y a de symptômes. Et je suis bien persuadé que vous ne les connaissez pas tous. Chaque jour vous en révèle un nouveau, chaque jour apporte sa découverte.

Et quand vous avez fait subir aux maladies cette horrible mutilation, il ne vous vient pas dans l'esprit de rassembler tous ces lambeaux épars pour les reconstituer, et les présenter telles qu'elles vous apparaissent. Cependant plus vous mettez de finesse dans votre analyse et plus la synthèse est nécessaire. Sans cela, sans cette recomposition, ne voyezvous pas que vos connaissances n'ont rien de réel ? Elles ne sont pas conformes à la nature, c'est-à-dire aux choses telles qu'elles sont.

Que penseriez-vous d'un chimiste qui, voulant donner une connaissance de l'eau, se bornerait à discourir sur l'oxygène et l'hydrogène dont elle se compose ?

Voilà pourtant ce que vous faites. Des maladies telles qu'elles sont vous n'en parlez pas, vous croyez avoir tout fait quand vous avez compté vos états organo-pathiques. Il faudrait au moins en suivre la génération et en apprécier l'importance. Si vous aviez compris que la petite-vérole est presque toute entière dans le virus qui la produit et dans l'infection qui la suit, peut-être auriez-vous un peu plus de méfiance de l'art et de vous-même.

Toutefois, ne vous méprenez pas, je vous prie, sur le sens et la portée de mes remarques. Je n'ai pas l'injustice de vous rendre responsable de l'impuissance de l'art ; je ne vous reproche point vos efforts ; je m'étonne seulement du prix que vous y mettez. Dans l'impossibilité de saper l'édifice par la base, vous vous en prenez aux girouettes, vous poursuivez l'éruption partout où elle se montre, à la peau, par des emplâtres ou des onctions ; croyez-vous cependant avoir beaucoup fait pour le salut de vos malades quand vous avez détourné quelques pustules de la face ? Au pharynx, vous portez le caustique deux fois par jour : imaginez-vous un pareil supplice pour éteindre quelques pustules qui se seraient éteintes d'elles-mêmes et beaucoup plutôt. Votre audace s'augmente avec le péril. Contre les pustules du larynx et de la trachée, vous proposez quoi ? la trachéotomie. Sylva, le fougueux disciple du fougueux Chirac, disait qu'il voulait accoutumer la petite-vérole

à la saignée; voudriez-vous aussi l'accoutumer à la trachéotomie? Restent vos onctions, vos boissons tempérantes, vos jus d'herbes, vos bains; mais si vous croyez lutter avec ces faibles moyens contre une maladie aussi redoutable que la variole, j'ose vous dire que vous vous abusez.

Il n'est pas de plus habile flatteur que l'amour-propre. Il vous persuade aussi que vos doctrines sont irréprochables. Vous avez mis, dites-vous, trente ans de votre vie à les conduire au point de perfection où elles sont. Vous n'avez mis pas tant de temps, j'en suis sûr, à faire votre nomenclature; elle a dû sortir tout d'un coup de la tête de son père. Ne craignez pas cependant que j'y revienne; il est des choses dont on ne parle qu'une fois.

Vous cherchez à la placer sous le patronage des plus grands noms; elle était, dites-vous, dans les vœux de MM. Chomel, Andral, Bouillaud. Je ne vous dirai pas ce que je sais à cet égard. Mais s'ils la désiraient tant, pourquoi s'en servent-ils si peu? A vous entendre, elle fait assez bien son chemin dans le monde; d'où vient donc qu'on ne la trouve nulle part, ni dans M. Grisolle, ni dans M. Chomel, ni dans M. Bouillaud, ni dans M. Rostan, ni dans les journaux; cependant vous paraissez très rassuré sur sa destinée. Un jour, c'est vous-même qui le racontez, un plaisant, un mauvais plaisant sans doute, s'égayait sur le mot *scorenctéractasie*. Or, le lendemain de ce jour, vous eûtes la satisfaction d'entendre deux praticiens s'en servir dans une consultation, et un de ses plus chauds adversaires l'employa dans la discussion sans qu'il s'en aperçût. Comment! il dit *scorenctéractasie* sans s'en apercevoir. Il faut convenir que ce confrère était bien distrait.

Et maintenant, ajoute M. Piorry, « riez ou fâchez-vous, vous servirez » la cause que vous attaquez, et la raison, c'est que les principes de » la nomenclature sont incontestables; c'est qu'elle est utile; c'est qu'il » suffit d'y réfléchir pour en être convaincu; c'est qu'enfin, en dépit de » la prévention et de la paresse, ce qui est bon et vrai dans les sciences » finit toujours par réussir. » Il y a du vrai dans ces réflexions, et elles prouvent assez bien que la nomenclature n'est ni bonne ni utile.

Mais d'ordinaire ce n'est pas la nécessité qui fait créer des expressions nouvelles, c'est plutôt l'envie de se distinguer. Est-il, en effet, bien nécessaire de changer un mot qui est d'usage pour faire place à un autre qui doit dire la même chose? Dans les lettres, cela ne serait pas supportable; ceux qui se plaignent de la stérilité de la langue, ne montrent que la stérilité de leur esprit. Ce n'est pas la langue qui manque au talent, c'est le talent qui manque à la langue. Dans les sciences, dans les arts, la règle est différente; une nouvelle découverte exige nécessairement un nouveau mot qui la rappelle et la consacre. Mais, fait-on tous les jours de nouvelles découvertes? M. Bouillaud a trouvé l'inflammation de la membrane interne du cœur, il l'a appelée du nom d'*endocardite*; c'était son droit, il en a usé, et la découverte a pris place dans la science, le mot dans le vocabulaire médical.

Mais entreprendre de réformer, de changer brusquement une langue toute entière consacrée par les chefs-d'œuvre des grands maîtres; effacer tous les mots d'un dictionnaire pour leur en substituer d'autres de sa façon, c'est n'avoir aucune idée de la manière dont les langues se forment, s'accroissent et s'établissent; c'est tenter l'impossible. Ce n'est pas seulement présomption, déraison, c'est quelque chose de plus que tout cela, c'est un fait psychologique tout nouveau, c'est un événement dans l'histoire de l'esprit humain.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Février 1855. — Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

La correspondance comprend :

Un rapport communiqué par le ministre de l'agriculture et du commerce, sur le choléra qui, en 1854, a régné dans le département de la Haute-Saône. (Comm. du choléra 1854.)

— Une lettre du docteur CHARCELLAY, de Tours, sur la transmissibilité du choléra.

— Un rapport du docteur BARRET, sur le choléra à Carpentras. (Même commission.)

— Un rapport du docteur MONFEUILLARD, sur les vaccinations pratiquées par lui dans le courant de l'année dernière, et qui sont au nombre de 769. (Comm. de vaccine.)

— Un échantillon de l'écorce de frêne haïtien pour la guérison de la dysenterie.

— Un flacon cacheté envoyé par M. GARLIER, pharmacien à Meaux.

— La recette d'un élixir composé par M. LEROY, à Valenciennes. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un rapport de M. MONTEILS-PONS, médecin à Florac (Lozère), sur les maladies épidémiques de son arrondissement. (Comm. des épidémies.)

— La statistique des décès cholériques qui ont eu lieu à Palerme depuis le 10 août jusqu'au 12 novembre 1854.

— Une lettre de M. KUHN, de Niederbronn, sur un caractère peu connu du tissu cancéreux. L'auteur admet que l'un des attributs du cancer encore dur est la présence de petits filamens que l'on observe quand on brise une tumeur de cette nature avec les doigts; tandis que la trame fibro-conjonctive se déchire nettement, les filamens en question, formés par la matière albumineuse de la production morbide s'allongent en vertu de leur élasticité et ne se rompent qu'après s'être laissé allonger. Ce caractère se perd dans les cancers ramollis; on ne le retrouve pas davantage dans les efflorescences ou bosselures des tumeurs carcinomateuses.

— M. GALANTE envoie à l'Académie un appareil destiné à mesurer exactement la capacité des vésicules pulmonaires. (Com. MM. Grisolle et Poiseuille.)

— M. MATHIEU présente un instrument construit d'après les indications du docteur Raphaël CASTORANI, et destiné à écarter les paupières et à fixer le globe oculaire. (M. Velpeau rapporteur.)

— Mme PAU envoie le modèle d'un bassin injecteur destiné à l'usage des dames. (M. Depaul rapporteur.)

—

M. AUBERGIER lit un mémoire *sur la culture de l'opium indigène.* (Nous publierons ce mémoire dans un prochain numéro.) — (Commis. MM. Caventou, Chevallier et Bussy.)

— M. BOULLAY lit un rapport tendant à faire autoriser l'exploitation d'un établissement d'eaux minérales artificielles à Lyon.

— M. BOUSQUET lit un discours en réponse à celui qu'a prononcé M. Piorry dans la dernière séance. (Voir plus haut.)

M. PIORRY : Il m'est impossible de répondre dès à présent aux nombreux points discutés par M. Bousquet dans sa réplique. Je prie l'Académie de vouloir bien m'accorder la parole dans la prochaine séance. Pour aujourd'hui, je n'ai qu'une chose à dire : c'est que la main qui, mardi dernier, a serré ma main, et la parole que vous venez d'entendre ne semblent pas avoir obéi à la même idée... Par un déplorable artifice de langage, M. Bousquet a de nouveau essayé de ridiculiser ma nomenclature, et à faire rire aux dépens d'un de ses collègues, aux dépens de la science elle-même. Quant à moi, je m'élève hautement contre une pareille manière de discuter; et quoique l'ironie et le sarcasme soient des armes faciles à manier et dont j'ai su me servir quand on m'y a forcé, je respecte trop la dignité de cette assemblée pour en faire usage dans une matière aussi grave. Je prends, en conséquence, l'engagement formel de ne pas viser à vous faire rire aux dépens de qui que ce soit dans ma réponse, et de n'opposer que des argumens et des idées aux épigrammes de M. Bousquet.

— M. BOUILLAUD demande également à prendre la parole dans la prochaine séance.

— M. COSTA, de Serda, lit un mémoire sur l'empoisonnement par les narcotiques. Chez deux malades qui avaient pris l'une 60 grammes, l'autre 40 grammes de laudanum, les vomitifs et les purgatifs s'étaient montrés inefficaces; après chaque évacuation, une nouvelle quantité de poison était absorbée et déterminait ainsi les accidens d'un nouvel empoisonnement. La guérison fut obtenue par l'administration de l'ammoniaque.

— M. le professeur ALBINDA montre un instrument de son invention auquel il donne le nom de *calorimètre médical.*

PRESSE MÉDICALE.

HUILE DE TÉRÉBENTHINE OZONISÉE. — Il résulte d'une série d'expériences comparatives faites sur un grand nombre d'animaux d'espèces différentes, par le professeur Er. Fr. Seitz, de Munich, que l'huile de térébenthine ozonisée est beaucoup plus active à dose égale, que l'huile de térébenthine ordinaire.

On ozonise l'huile de térébenthine en l'exposant à la lumière du soleil, dans des bouteilles de verre blanc qui n'en peuvent être remplies qu'à moitié ou au quart, et qu'on ouvre souvent pour renouveler l'air. L'huile traitée ainsi présente au bout de quelque temps l'odeur et la saveur de l'huile de menthe; son odeur est pénétrante et désagréable, et son goût brûlant et amer; elle occasionne même une certaine douleur à la langue et y laisse une sensation de froid.

Les expériences auxquelles le professeur Seitz s'est livré, lui ont appris que l'huile ozonisée exerce une action remarquable sur plusieurs systèmes organiques. Sur la muqueuse digestive elle agit en irritant comme l'huile de térébenthine ordinaire; mais elle excite davantage les sécrétions salivaire et muqueuse. Introduite dans le torrent circulatoire, ce qui a lieu rapidement, le pouls augmente de force et de fréquence, et la respiration, pour peu que la dose ingérée ait été considérable, s'accélère et devient pénible. Lorsque cette action est maintenue, par des doses suffisamment fortes et répétées, les troubles de la circulation et de la respiration s'exaltent de plus en plus et finissent par produire des symptômes analogues à ceux de l'endocardite ou de la péricardite, de la pléthore, de l'inflammation, de l'hépatisation ou de l'hémorrhagie pulmonaires; alors ne tardent pas à se présenter des troubles nerveux graves, tels que ivresse, convulsions, paralysies etc., auxquels succède enfin la mort. Lorsque les doses de l'huile de térébenthine ozonisée ne sont pas assez considérables pour exercer une action dépassant certaines limites, ses effets, comme ceux d'ailleurs de tout autre excitant diffusible, sont très passagers.

Comme l'huile de térébenthine ordinaire, celle qui a été ozonisée est éliminée en peu de temps par les poumons et les reins. On peut s'en assurer par son odeur caractéristique pendant l'expiration et par l'odeur de violette de l'urine. Seitz a de plus constaté, au moyen du microscope, des globules de graisse dans l'urine, dont la quantité est augmentée, et qui chez les herbivores devient claire et limpide et donne une réaction acide. Dans certains cas l'urine était mêlée de sang, et chez un cheval en l'absence de sang il y avait de l'albumine et du sucre; d'autres fois, l'urine contenait aussi de l'acide benzoïque. A la nécropsie, les reins étaient engorgés de sang.

Administrée chez l'homme à la dose de 5-15 gouttes sur du sucre, l'huile de térébenthine ozonisée laisse sur la langue un sentiment de froid comme l'huile de menthe, et un arrière-goût âpre, qui persiste longtemps. Prise à l'intérieur, elle excite la sécrétion salivaire, occasionne de la chaleur à l'estomac, rend la peau passagèrement chaude, le pouls fréquent et donne à l'urine une odeur de violette sans que celle-ci présente d'autres modifications. Appliquée sur la peau, elle exerce la même action que l'huile ordinaire, mais à un degré beaucoup plus prononcé.

Le professeur Seitz a essayé l'action de l'huile de térébenthine ozonisée à la dose de 10-20 gouttes tous les trois à quatre heures sur du sucre, ou dans de l'eau sucrée ou aromatique, ou sous forme d'émulsion, ou dans le miel, dans plusieurs cas morbides dans lesquels l'huile ordinaire lui semblait indiquée. Il en a obtenu de l'effet dans des cas de catarrhe chronique de la vessie, d'incontinence d'urine, d'hémorrhagie utérine, d'hématémèse, suite probable d'une ulcération et particulièrement dans des douleurs de nature goutteuse et rhumatismale; mais il n'en a obtenu aucun effet dans deux cas de paralysie et dans un cas de noma. — (*Archiv. für Wissenschaft. Heilk.* et *Annales de la Flandre occid.*, 1854.)

ASSOCIATION.

A MESSIEURS LES MÉDECINS DE LA SOCIÉTÉ PHILANTHOPIQUE DE PARIS.

Mes chers collègues,

Je viens, sans préambule, vous proposer la formation d'une Société, composée de tous les médecins honoraires, titulaires et adjoints de la Société philantropique et analogue à celle des médecins des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance.

J'ignore si cette proposition a déjà été faite; je n'en ai nulle connaissance, mais si, après avoir été émise, elle n'a pas été acceptée c'est que, sans doute, on n'en avait pas compris les avantages, et je cherche en vain les objections qu'elle aurait pu soulever, soit au point de vue médical, soit au point de vue administratif. Je suis, en effet, bien convaincu que le comité d'administration de la Société philantropique, composé d'hommes si éclairés et qui ont témoigné en tous temps une haute estime pour les médecins qu'il honore de sa confiance, se serait empressé d'approuver et d'encourager un projet de ce genre. Déjà, notre illustre président, M. le duc de la Rochefoucauld, que j'ai eu l'honneur de voir, il y a deux jours, a écouté, avec sa bienveillance si connue, le développement de ma proposition; il m'a autorisé à la publier et il a bien voulu me prier de le tenir au courant de la décision qui sera prise par mes collègues.

Médecin titulaire du 5me dispensaire, j'apprécie, depuis plus de sept ans, combien ont de charme et d'utilité nos réunions bi-hebdomadaires pour les consultations. Je n'insisterai pas sur ce fait qui a été si bien exprimé dans ces derniers temps par notre honorable et savant collègue M. Payen, à l'occasion de la déplorable lettre écrite par un de nos jeunes confrères mal inspiré. Qui ne comprend, en effet, qu'entre huit médecins réunis aussi souvent dans un même but, dans un même lieu, pendant un grand nombre d'années, il ne doive s'établir un échange de conseils, de bons services, de bons procédés d'où résultera, avec le temps, une réciprocité d'estime et d'affections durables dont le corps médical donne, en général, trop peu d'exemples, parce que ses membres ne se connaissent pas assez et se jugent souvent d'après des idées préconçues qui s'effacent par des relations plus ou moins fréquentes. Je suis donc partisan des Associations médicales sous toutes les formes.

Mais il arrive un moment où les médecins des dispensaires doivent se séparer et, comme je ne connais rien de plus triste que l'isolement, que la perspective d'être éloigné de ses amis dans un temps qu'on peut calculer approximativement, j'ai pensé, sous ce point de vue d'abord, qui sera compris par tous mes collègues, que la création d'une Société de tous les médecins honoraires, adjoints et titulaires de la Société philantropique, remédierait en partie à cet inconvénient fâcheux. Pour les titulaires qui cessent, comme on le sait, leur service au bout de quatre ans, la suppression de leurs relations bi-hebdomadaires dans les dispensaires, serait au moins compensée par la certitude consolante de pouvoir toujours retrouver leurs anciens collègues et amis dans les réunions mensuelles de la Société générale. Donc, en quittant le service actif, ils ne tomberaient pas dans l'isolement le plus complet, ainsi que cela a eu lieu jusqu'à présent; ils appartiendraient toujours médicalement, sinon administrativement, à la Société philantropique.

J'ajouterai que les médecins titulaires devenus tous honoraires après quatre années de titulariat, à moins de circonstances exceptionnelles, pourraient très souvent rendre de grands services, en communiquant à leurs collègues plus jeunes le résultat de leur expérience sur le service médical des dispensaires, qu'ils ont tous rempli pendant huit ou dix ans au moins.

Cette Société générale constituerait, comme on le voit, un centre vers lequel viendraient converger toutes les idées pratiques nouvelles, tous les faits remarquables et intéressans du service médical des six dispensaires de la Société philantropique, idées et faits qui se sont circonscrits jusqu'alors, à part quelques exceptions consignées dans les rapports annuels, dans le cercle étroit de chaque dispensaire et qui n'ont pas reçu, pour la plupart, la publicité qu'ils méritaient.

Ai-je besoin d'insister encore sur les avantages qui résulteraient de l'adoption du projet que je soumets à votre appréciation éclairée? Je ne le crois pas. Chacun de vous comprendra l'importance, sous bien des rapports, que j'aurais pu développer longuement, d'une Société composée de 48 médecins titulaires et adjoints, faisant le service actif de la Société philantropique dans toute l'étendue de la capitale et auxquels viendraient se joindre tous les médecins honoraires qui ont cessé ou qui cesseront un jour leurs fonctions.

Au reste, l'exemple nous a été donné par les médecins des hôpitaux, par ceux des bureaux de bienfaisance et des établissemens d'eaux minérales qui se sont constitués en Sociétés scientifiques. Nous aurions tort, je crois, de ne pas suivre d'aussi bonnes traditions et je suis persuadé que vous serez étonnés que ma proposition n'ait pas été faite plus tôt et mise à exécution il y a longtemps.

Veuillez agréer, mes chers collègues, l'expression de mes sentimens les plus dévoués.

Ch. LE VAILLANT.
Médecin titulaire du 5e dispensaire de la Société philanthropique.
5, *rue de Grenelle-St-Germain.*

Paris, 26 février 1855.

P. S. Je prie les confrères qui adhèreront à ma proposition de vouloir bien m'en faire part. Déjà ceux du 5me dispensaire l'ont vivement appuyée et adoptée à l'unanimité.

MM. les membres du Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE sont prévenus que les séances du Comité sont suspendues jusqu'à nouvel avis, à cause du changement prochain de domicile des bureaux du journal dans le nouveau local qu'ils doivent occuper.

— La mort vient d'enlever un médecin très distingué de Rouen, M. le docteur Pillore, professeur à l'École préparatoire de cette ville.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 26. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 3 Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 MARS 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Dans un rapport demandé par M. le ministre de l'instruction publique relativement aux paratonnerres qui doivent protéger contre la foudre les nouvelles constructions du Louvre, nous trouvons quelques instructions générales dont la connaissance peut être utile à tout le monde. Le médecin surtout, exerçant dans les petits centres de population, loin des foyers et des secours scientifiques, est souvent le seul habitant qui puisse donner des conseils éclairés et c'est à lui qu'on peut les demander pour garantir contre le feu du ciel l'église, la maison-commune, l'hôpital, l'école, etc. Le paratonnerre n'est-il pas, d'ailleurs, un moyen prophylactique par excellence? A ce titre il doit intéresser le médecin.

La commission dont M. Pouillet a été l'interprète insiste surtout sur deux observations relatives à la communication des conducteurs avec le réservoir commun.

Premièrement, dans les plus anciennes instructions sur les paratonnerres, il est dit que les conducteurs doivent communiquer avec les eaux d'une rivière, d'un étang, d'un puits ou du moins avec la terre humide. Cette règle, très exacte en elle-même, dit la commission, devient souvent fausse dans les applications que l'on en fait. Quelquefois on s'imagine que le *feu du ciel* s'éteint avec de l'eau de la même manière que le feu d'un incendie, et, si l'eau est rare, on se tire d'affaire en l'enfermant dans une citerne bien étanche pour y plonger les conducteurs, croyant ainsi avoir largement satisfait aux règles de la science. C'est là une erreur des plus dangereuses: le conducteur doit communiquer avec le réservoir commun, c'est-à-dire avec de vastes nappes d'eau ayant une étendue beaucoup plus grande que celle des nuages orageux; l'eau deviendrait elle-même foudroyante, si elle n'avait pas une étendue suffisante. D'autrefois, dans les localités où les puits sont possibles, mais coûteux, on profite de l'alternative laissée par les instructions : au lieu de faire un puits, on met les conducteurs en communication avec la terre humide, mais on ne s'inquiète pas de savoir si cette terre conserve une humidité suffisante aux temps des grandes sécheresses, quand les orages sont le plus à craindre; on ne s'inquiète pas non plus de savoir si cette couche humide est assez vaste pour ne laisser place à aucun danger. La commission signale surtout cette seconde erreur, parce qu'elle lui paraît être plus commune encore que la première. Considérant, d'ailleurs, qu'il est fort difficile de reconnaître si une terre humide satisfait à toutes les conditions de sécurité, la commission n'hésite pas à dire qu'il ne faut jamais recourir à ce mode de communication avec le réservoir commun; elle recommande, à défaut de rivières ou de vastes étangs, de mettre toujours les paratonnerres en communication par de larges surfaces avec des nappes d'eau souterraines intarissables. Ce mode exclusif présente aujourd'hui d'autant moins d'inconvéniens, que les pratiques du sondage sont devenues faciles et peu dispendieuses.

Secondement, dans certaines circonstances, et surtout quand les nappes d'eau sont à une profondeur un peu considérable au-dessous du sol, la commission regarde comme nécessaire d'employer un *conducteur à deux branches* : la *branche principale*, qui descend à la nappe souterraine, et la *branche secondaire*, qui, en partant de celle-ci rez-terre, est mise en communication avec la surface du sol elle-même. Voici les motifs de cette disposition. Après les grandes sécheresses, les nuages orageux n'exercent leur influence que très faiblement sur un sol sec et mauvais conducteur, toute l'énergie de leur action se fait sentir à la nappe d'eau profonde : c'est là que la décomposition électrique s'accomplit, et l'électricité attirée vient en suivant la branche principale du conducteur pour s'écouler par la pointe; la branche secondaire est sans effet. Au contraire, après une pluie d'été, quand le sol vient d'être mouillé, sa couche superficielle est tout à coup rendue conductrice : alors c'est elle qui reçoit l'action des nuages orageux, en même temps elle fait l'office d'un écran qui empêche l'influence électrique de se faire sentir à la nappe souterraine. Dans un tel moment, il est indispensable que la surface du sol communique elle-même directement avec le conducteur, car il peut bien arriver qu'elle n'ait pas avec lui des communications indirectes suffisantes au moyen de la nappe souterraine. La branche secondaire remplit cette condition, tandis que cette fois la branche principale devient inactive.

Les autres parties du rapport de la savante commission sont relatives aux conditions particulières de construction du Louvre dans lequel les élémens métalliques entrent pour de grandes proportions, ce qui doit exiger certaines précautions dans la disposition des paratonnerres, La commission fait la remarque que le Louvre est, en France, le premier monument public sur lequel on ait élevé des paratonnerres: un membre de l'ancienne Académie des sciences, Le Roy, avait depuis longtemps sollicité cette mesure, qui fut enfin adoptée en 1782. Mais ce palais a singulièrement grandi depuis, et, quant à ce qui concerne les constructions nouvelles seulement, pour se faire une juste idée de leur étendue, on peut concevoir que les diverses parties qui les constituent soient détachées avec leurs longueurs individuelles, puis après transportées bout à bout à la suite l'une de l'autre. Alors on trouve qu'elles formeraient une longueur de 920 à 930 mètres; ce n'est pas tout à fait 1 kilomètre, ce qui serait juste trois fois la longueur totale du palais des Tuileries.

Quant aux communications médicales, elles ont été fort rares. M. Leroy-d'Étiolles a adressé une note sur un nouvel exemple de rupture spontanée d'une pierre dans la vessie, phénomène sur lequel M. J. Cloquet avait déjà appelé l'attention.

M. Wolf, directeur de l'observatoire de Berne, a adressé une lettre relative aux variations de l'ozone considérées en elles-mêmes et relativement aux variations dans l'état hygiénique du lieu d'observation. Ce qu'il y a de remarquable dans cette communication, c'est le résultat auquel M. Wolf est arrivé, à savoir, que, dans le plus grand nombre des cas, une diminution rapide de l'ozone est suivie d'une augmentation considérable de la mortalité. M. Bockel, de Strasbourg, avait déjà constaté cette diminution de l'ozone pendant l'épidémie de choléra. Serions-nous, enfin, sur la voie de la découverte de la cause atmosphérique de cette cruelle maladie?

En présentant la troisième livraison d'un ouvrage de M. Remak, de Berlin, sur le développement des animaux vertébrés, M. Rayer a indiqué, dans cet ouvrage, une critique de la théorie cellulaire, avec des vues nouvelles sur la production des cellules embryonnaires. Selon M. Remak, la multiplication de ces cellules, au lieu de se faire uniquement par des formations

Feuilleton.

NOTICE HISTORIQUE SUR AUGUSTE LAURENT;

Par M. L. FIGUIER.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Cependant les préoccupations du père de famille et les conseils de quelques amis inspirèrent à notre savant le désir d'imprimer à ses idées une direction pratique et lucrative. Il s'associa avec un négociant de Bordeaux pour fabriquer industriellement du sulfate de cuivre et du sulfate de magnésie; mais cette tentative n'eut aucun succès. Laurent, homme de science et de théorie, n'avait aucune aptitude, aucune vocation industrielle; l'entreprise périclitait entre ses mains, et reconnaissant la pente dangereuse sur laquelle il était entraîné, il s'estima heureux de reprendre sa liberté, en faisant l'abandon des 10,000 francs qu'il avait économisés chez son parfumeur. Débarrassé de ces préoccupations pénibles, il rentra bien vite dans la sphère scientifique que la nature et ses goûts lui avaient assignée.

Depuis longtemps, il était en opposition d'idées avec M. Liebig. Par sa théorie des *radicaux composés*, le célèbre chimiste de Giessen essayait alors d'apporter aux principes de l'école unitaire un secours, qui, malgré ses talens et son ardeur, devait rester impuissant. Laurent s'était plus d'une fois trouvé en lutte avec l'auteur de la théorie des radicaux, et c'est à propos d'une discussion de ce genre qu'il avait écrit, en faisant allusion au nombre prodigieux des composés hypothétiques dont les théories unitaires encombraient alors la science, ce mot si juste : « *La chimie organique est la chimie des corps qui n'existent pas.* » Dans un nouveau voyage qu'il exécuta en Allemagne en 1844, se trouvant à Luxembourg, il se rendit à Giessen pour faire connaître ses idées à son illustre adversaire. Il fut très bien accueilli à Giessen, et M. Liebig le pria de faire, dans une leçon publique, l'exposé de ses nouvelles théories. Sa parole religieusement écoutée, ne resta pas sans écho dans le jeune et savant auditoire : Laurent y fut l'objet d'une véritable ovation, et, le lendemain, une partie des élèves de l'Université l'accompagna à Marbourg où il allait rendre visite au professeur Bunsen.

Le 11 août 1845, Laurent fut nommé membre correspondant de l'Académie des sciences de Paris en remplacement de M. Faraday, de Londres, nommé membre associé. Cette distinction brillante rendit plus vif encore le désir qu'il éprouvait depuis longtemps de revenir à Paris, de se rapprocher de ce brillant foyer d'où rayonnent toute lumière scientifique et tout progrès intellectuel. D'ailleurs, Bordeaux, ville de loisir et de luxe, n'offre aux savans qu'un asile assez mal approprié à leurs goûts. Au milieu de ses plaisirs et de ses fêtes, l'opulente cité garde peut-être un sourire et un sympathique salut pour les productions littéraires, et elle sait noblement encourager les œuvres de l'imagination et des arts. Mais pour l'insoucieuse jeunesse qui promène sa brillante oisiveté dans les allées de Tourny, un savant est un être incongru et bizarre; c'est dans l'ordre social une sorte d'exception dont elle n'a jamais bien compris l'utilité. A la suite de quelques froissemens dont une sensibilité exagérée lui avait sans doute rendu l'aiguillon plus douloureux, Laurent se résolut à quitter Bordeaux. Au commencement de 1846, il demanda un congé et revint à Paris avec sa femme et son fils. Sans fortune, et ne touchant qu'une partie de son traitement (2,500 francs), il s'installa dans un quatrième étage de la rue de l'Université et partagea son temps entre sa famille, quelques élèves empressés de recueillir ses avis, et des recherches qu'il exécutait au laboratoire de l'École normale, que le professeur de chimie, M. Balard, avait mis à sa disposition. Mais, par suite de la délicatesse extrême de ses sentimens, Laurent se trouvait mal à l'aise dans un laboratoire qui ne lui appartenait pas. Il se faisait un scrupule d'occasionner le moindre dérangement, et pour diminuer autant que possible les petites dépenses résultant de ses travaux, il fit porter ses recherches sur des matières d'une faible valeur première et dont l'étude ne pouvait réclamer de grands frais d'appareils. C'est dans ce but qu'il exécuta des recherches sur les tungstates, les borates, les silicates, les cyanures doubles, etc.

Laurent appelait donc avec ardeur le moment où il pourrait se livrer, sans aucune entrave, à cette passion de recherches scientifiques qui le dévorait depuis sa jeunesse; il avait en même temps l'ambition légitime d'occuper dans l'enseignement une position en harmonie avec ses talens, et de trouver une tribune propre à l'exposition et à la vulgarisation de ses idées. Ses vœux, sous ce rapport, ne furent que bien imparfaitement réalisés. Le 14 mai 1848, grâce à l'honorable appui de son ami, M. Jean Reynaud, il obtint la place d'essayeur à la Monnaie. Cette nomination assurait son existence et lui permettait de consacrer une certaine somme à ses travaux scientifiques. Mais la Monnaie ne renfermait aucun laboratoire approprié à des recherches de chimie pure; Laurent dut s'installer dans une partie reculée de l'hôtel, dans une espèce de cave sombre, humide et malsaine, où il contracta le germe de la phthisie pulmonaire qui devait le conduire au tombeau.

Il passa dans ce laboratoire deux années qui furent bien utilement employées pour la science. Ayant repris la suite interrompue de ses travaux, il consacrait à ses recherches tout le temps qui n'était pas réclamé par ses occupations d'essayeur. Malgré la pénurie de ses ressources, il trouvait encore le moyen de donner à un ou deux chimistes l'hospitalité de son laboratoire et de leur fournir les matériaux de travail. Ce laboratoire était le rendez-vous de beaucoup d'hommes distingués dans les sciences, qui aimaient à venir réchauffer leur zèle et ranimer leur courage au feu sacré de son esprit. Les nouveautés scientifiques abondaient dans ce recoin modeste. Laurent avait chaque jour quelque fait nouveau à annoncer, quelque idée nouvelle à soumettre à la discussion, et tous ces hommes, dévoués avec passion à la cause de l'avenir, applaudissaient à ses efforts et le soutenaient dans ses luttes.

Auguste Laurent possédait un talent d'analyse inconnu jusqu'à lui. Ses recherches sur la naphtaline, sur l'indigo, sont comme des monumens d'un génie d'analyse qui ne sera pas de longtemps égalé. Il ne faisait usage, pour toutes ses recherches, que d'un très petit nombre de réactifs. Le chlore, la potasse, l'acide sulfurique, aidés de l'emploi bien entendu du goniomètre, pour l'examen cristallographique des produits, lui suffisaient pour donner naissance à cette profusion de combinaisons nouvelles pour laquelle il fut obligé de créer une nomenclature à part, système de désignation ingénieux et commode qu'il avait emprunté à

endogène et exogène, serait le résultat d'une division progressive de la *cellule ovulaire*. Ce sujet d'études est, relativement, nouveau, et les dissidences des micrographes sur des objets si délicats de recherches, ne présentent rien qui doive étonner, rien surtout qui doivent discréditer ces recherches.

Amédée LATOUR.

PHYSIOLOGIE.

UNE THÈSE EN SORBONNE.

DIGESTION DES MATIÈRES GRASSES; — NATURE ET AGENS DU TRAVAIL DIGESTIF.

DEUXIÈME ARTICLE.

Par un précédent article, nous avons fait connaître dans ses plus grands détails la première partie de la thèse de M. Blondlot, relative à la digestion des matières grasses. Nos lecteurs ont eu sous les yeux et les argumens du savant physiologiste, et les objections si péremptoires des professeurs éminens de la Faculté des sciences. Nous avons à exposer aujourd'hui ses idées sur la digestion en général, que nous ferons suivre de l'argumentation de M. Milne Edwards; seulement, pour plus de clarté, nous allons nous livrer à une petite revue historique, afin d'établir l'état de la question dans le monde scientifique, au moment où M. Blondlot a présenté le résumé de ses travaux.

Les théories imaginées pour expliquer les phénomènes de la digestion ont été d'autant plus nombreuses, qu'elles ne reposaient pas sur une expérimentation physiologique assez variée, et qu'elles ne tenaient compte que d'un ou de deux élémens de cette fonction si complexe.

La théorie de la *coction* s'appuyait sur le fait vrai de la nécessité d'un certain degré de chaleur.

Celle de la *fermentation* avait sa raison d'être dans l'observation que quelques animaux ne vident jamais complétement leur estomac. Il reste toujours une partie des vieux alimens qui devient acide et forme le levain apte à favoriser la fermentation des nouveaux.

Chez quelques oiseaux carnassiers, la chair s'altérant dans le jabot avant de pénétrer plus avant, on en avait déduit celle de la *putréfaction*.

Le XVIIIme siècle a donné naissance aux théories physiques de la *trituration* et de la *dissolution*.

Borelli, Pitcarne, Redi supposaient que les alimens étaient divisés, moulus en parties très fines avant d'être absorbés, parce qu'ils avaient vu des gallinacés broyer avec leur estomac musculaire les corps les plus durs.

Les partisans de la dissolution avaient imaginé dans l'estomac une eau forte animale qui attaquait tous les alimens, et Valisnieri avait retrouvé sur l'autruche un liquide assez acide pour attaquer le verre.

Une objection générale s'applique à ces systèmes. Comment se fait-il qu'un liquide capable de dissoudre la viande, de la réduire en pulpe, n'attaque pas l'estomac lui-même?

En vain a-t-on longtemps objecté que ce liquide n'avait aucune action sur les *substances vivantes*, une expérience très simple démontre aujourd'hui l'erronéité de cette hypothèse.

En introduisant dans l'estomac d'un chien, par une ouverture préalable, une grenouille pleine de vie, dont la partie supérieure (la tête) sort au dehors, et dont le train de derrière pénètre à l'intérieur de la cavité, on constate, au bout d'un certain temps, que cette partie postérieure est attaquée par le suc gastrique, et dissoute.

En 1752, Réaumur d'abord, et Spallanzani ensuite, instituèrent les expériences les plus variées pour proclamer l'existence du suc gastrique et en déterminer les propriétés.

Durant ces deux périodes de l'histoire de la digestion, on veut toujours établir une théorie exclusive, et l'on recherche le rôle joué par un seul agent; mais à dater de 1825, à la suite d'un appel adressé par l'Académie des sciences, les travaux de MM. Tiedmann, Gmelin, Leuret, Lassaigne, Beaumont, Blondlot, Bouchardat, Sandras, Claude Bernard, Matteucci, Prout, Payen, Mialhe, Éberle, Schawnn, etc., viennent démontrer la necessité d'étudier les propriétés de chacun des liquides qui se déversent dans le tube digestif.

Ce n'est plus une seule digestion que l'on admet, mais plusieurs digestions :

1° Digestion des substances azotées ou protéiques par le suc gastrique (estomac).

2° Digestion des substances grasses par le suc pancréatique (duodénum).

3° Digestion des substances amylacées par les liquides intestinaux (canal alimentaire).

Tous les efforts des physiologistes tendent désormais à déterminer les conditions physiques, chimiques et vitales de ces phénomènes complexes qui aboutissent à la nutrition.

Ces points historiques bien établis, occupons-nous de l'analyse de la thèse de M. Blondlot.

En commençant l'étude des considérations générales sur la nature et les agens du travail digestif, l'auteur nous reporte hardiment à l'an de grâce 1700, et il accepte la définition de Boerhaave, qu'il commente au point de vue de ses recherches.

LIQUOR DILUENS; — VIS CONTERENS; — VAS COERCENS.

Liquor diluens. — Le seul fluide digestif, doué d'une action chimique, c'est le suc gastrique; tous les autres sont des fluides excrémentitiels qui, avant d'être expulsés par l'organisme, lui rendent un dernier service, en facilitant le glissement des matières ingérées, en protégeant les surfaces lubrifiées, en contribuant, par leur viscosité, à émulsionner les matières adipeuses; toujours leur rôle est purement mécanique.

Comment le suc gastrique, seul et unique agent chimique de la digestion, peut-il, quoique constamment identique, étendre son action aux substances à la fois si variées et si nombreuses de l'alimentation?

Ce n'est pas une décomposition chimique; car la transmutation des alimens ne doit plus désormais figurer qu'à côté de la transmutation des métaux.

Ce n'est pas non plus une simple dissolution.

C'est une action *sui generis* en vertu de laquelle certaines substances, tout en conservant intégralement leur composition chimique, perdent une partie de leur cohésion, et se ramollissent de manière à pouvoir se réduire en molécules plus ou moins ténues sous l'influence des agens mécaniques.

L'intervention du suc gastrique doit être rapportée à la catégorie des catalyses; ses propriétés tiennent à un ferment éminemment altérable, qui ne déploie sa vertu qu'en présence d'un acide : il agit directement sur les matières azotées et indirectement sur les substances grasses ou amylacées.

« *Fidèle au grand principe d'unité qui caractérise ses œuvres, la nature arrive directement ou indirectement à ses fins au moyen d'un seul et même fluide.* »

Vis conterens. — Le suc gastrique n'est, à bien prendre, que la cause prédisposante de la chymification : quel que soit le degré du ramollissement de la matière alimentaire, il faut une force mécanique pour terminer le travail. Cette trituration, également nécessaire pour les trois classes d'alimens, constitue, au point de vue philosophique, la partie fondamentale de l'opération. Le pylore, région où le tissu musculaire est plus épais, plus dense, est aussi celle où se déploie avec plus d'activité cette force triturante.

Vas coercens. — Dans l'acte digestif, l'estomac a donc un triple rôle à remplir :

1° Sécréter le fluide spécial qui ramollit les alimens;

2° Agir sur eux mécaniquement, de manière à les mélanger, les broyer; les expulser quand ils sont réduits à l'état de molécules ténues;

3° Offrir une cavité plus ou moins spacieuse dans laquelle ils se logent soit pendant, soit avant la chymification.

Le pylore étant constant dans les estomacs les plus simples, c'est lui qui retient les alimens pendant le travail digestif; c'est lui qui, organe éminemment actif, fait subir au chyme la dernière et la plus importante des modifications qui le constituent.

Il suit de là que le pylore forme la limite plus ou moins tranchée qui sépare la portion du canal alimentaire en deux parties distinctes relativement à leurs fonctions.

L'une, qui met les matières nutritives insolubles en état d'être absorbées, et l'autre qui effectue cette absorption.

Par suite de cette division de travail, au lieu de se faire graduellement dans les différentes sections de ce conduit, la digestion s'accomplit tout entière dans une seule et même capacité.

L'unité se trouvant ainsi réalisée dans l'acte digestif sous le rapport du lieu comme sous celui du temps et des moyens, il ne nous reste plus qu'à adopter la définition de Boerhaave, qui résume en six mots *ma théorie* : Liquor diluens, — vis conterens, — vas coercens.

ARGUMENTATION.

M. MILNE EDWARDS proteste contre la théorie de M. Blondlot. Pour lui, comme pour tous les physiologistes de l'époque, l'action chimique doit être placée en première ligne, et l'action mécanique ne peut jouer qu'un rôle secondaire.

En introduisant comme pour les digestions artificielles de Spallanzani, dans l'estomac, une sphère de métal criblée sur sa surface de petits trous, et contenant un morceau de viande, on constate, au bout de quelques heures, que le contenu a entièrement disparu. Où est ici la force triturante?

En faisant avaler un bifteack à un chien qui porte une fistule gastrique, on ne trouve, au bout de quelques heures dans l'estomac, qu'une pâte plus ou moins déliée. Où est ici la force triturante, et quel est l'agent chimique de nos laboratoires capable de donner, dans les mêmes conditions, un résultat analogue?

M. BLONDLOT répond à ces objections en relatant les expériences qu'il a entreprises pour élucider le point en litige.

Il prend deux cubes de viande, et les place l'un (*A*) dans du suc gastrique, l'autre (*B*) dans de l'eau acidulée; les récipiens qui les contiennent sont placés, pendant vingt-quatre heures, sur un bain-marie à la température de 40°.

En les examinant alors, les deux ont conservé leur forme et leurs apparences extérieures; mais si on les touche avec une baguette de verre, on constate que :

B est un peu ramolli; ses fibres sont légèrement dissociées.

En touchant *A* il tombe en poussière et se réduit en molécules très ténues.

Donc, le suc gastrique n'a pas dénaturé la viande;

Donc, une force mécanique est indispensable pour amener la désagrégation des molécules.

M. Blondlot a refait plusieurs fois l'expérience de Spallanzani; souvent il a trouvé la viande simplement ramollie dans les tubes en cuivre; souvent aussi il a constaté que le contenu

---

la langue d'une peuplade américaine. Ce qui augmente le mérite de la découverte de tant de composés, c'est qu'elle n'avait pas été inspirée par un simple besoin d'activité investigatrice, mais que toutes ces combinaisons nouvelles avaient pris naissance sous l'empire et la déduction d'une idée fondamentale, idée dont la célèbre théorie des *substitutions* n'était qu'une conséquence. Dès ses premières études, Laurent avait reconnu la vérité de cette proposition capitale que dans les composés chimiqnes la forme est aussi importante que le fond. C'est sur le développement de ce principe que devaient s'élever toutes les théories de l'école unitaire qui tend peu à peu à s'emparer de toute la chimie, et dont Laurent est le fondateur incontesté.

On comprend qu'avec tant de vues théoriques à soumettre à la vérification de l'expérience, les sujets de recherches ne devaient pas manquer à notre chimiste. Chaque jour, Laurent se mettait avec plus d'ardeur à l'œuvre, et chaque séance de laboratoire lui fournissait un contingent de résultats nouveaux. Comme s'il pressentait sa fin prématurée, il avait une hâte extrême de produire et de consolider ses découvertes, et cette préoccupation ardente de l'avenir absorbait toutes ses pensées. Véritable apôtre de la science, il avait compris de bonne heure qu'il avait une mission à remplir, et il s'y dévouait sans réserves.

Mais cette fiévreuse existence ne pouvait longtemps durer. Sa poitrine commençait à s'affecter visiblement, et les médecins lui interdirent le séjour du laboratoire. C'est alors que des amis bien inspirés l'engagèrent à réunir ses idées et ses travaux dans un ouvrage d'exposition destiné à faire connaître son système. Obligé de renoncer à tout travail manuel, il saisit avec empressement cette pensée à l'exécution de laquelle il était préparé depuis longtemps. Il avait toujours eu le soin, en effet, d'inscrire dans les cadres de sa classification systématique tous les faits nouveaux, à mesure qu'ils se produisaient dans la science. Tous ces tableaux, dont la publication nous est promise, lui furent d'une grande utilité pour la rédaction de son livre; ils lui permirent d'exécuter en peu de temps le travail immense qu'exigeait la réunion des innombrables faits sur lesquels il a fait reposer les diverses théories émises dans son livre.

Ce livre était, vers ses derniers jours, l'objet de ses préoccupations constantes. Il y travailla tant qu'il eut la force de tenir la plume, avec une ardeur et une activité qui faisaient l'admiration de tous. Mais la mort ne pouvait pas attendre, et le temps lui manqua pour terminer son œuvre. Cependant, la crainte de laisser ce livre inachevé jetait le pauvre mourant dans un sombre désespoir que trahissait par intervalles le désordre de ses pensées. Ce fut un terrible spectacle que son agonie, et les témoins de cette scène déchirante en conservent un poignant souvenir. Laurent ne redoutait point la mort, mais il laissait derrière lui une femme et deux enfans en bas âge; il n'avait pas eu le temps de faire fortune, et ses services administratifs avaient trop peu de durée pour lui faire espérer une pension pour sa veuve. Dans ses derniers momens il se fit, dit-on, dans son esprit, en proie aux sombres atteintes du délire, la plus effroyable confusion entre le sort de ses enfans et l'avenir de ses idées scientifiques; il entremêlait de la plus étrange manière ses travaux de chimie et la destinée qu'il redoutait pour sa famille, et la sinistre combinaison de ces deux pensées glaçait d'effroi le cœur des assistans.

Ce délire cependant n'était qu'accidentel. Dieu a voulu que, dans cette maladie cruelle à laquelle Laurent succombait, l'espérance vienne s'asseoir jusqu'au chevet des mourans, et que même, du seuil glacé du tombeau, des perspectives riantes d'avenir et de bonheur s'ouvrent pour des yeux éteints. Cet adoucissement suprême qui voile l'anxiété des derniers instans, ne fut point refusé au moribond. Parfois il se reprenait à espérer et parlait avec confiance d'un travail à reprendre, d'une opinion à examiner; les idées se pressaient alors dans son esprit avec une abondance et une vivacité surprenantes. Mais sa respiration s'embarrassait de moment en moment, et il ne parlait plus guère qu'avec peine. On put, dès ce moment, remarquer qu'il s'attacha à renfermer beaucoup d'idées dans peu de paroles. Enfin, ses souffrances devenant de plus en plus vives, il dut renoncer à la consolation de faire connaître ses dernières pensées. N'insistons pas plus longtemps sur les tristes scènes de ce tableau d'agonie.

Laurent était à peine expiré, que les hommages et les témoignages d'intérêt qui lui avaient trop manqué pendant sa vie, accouraient sur son tombeau. La section de chimie de l'Académie des sciences, dont il n'était cependant que membre correspondant, s'honora par une démarche touchante. Elle se transporta en corps chez le ministre de l'instruction publique, pour recommander à sa bienveillante sollicitude la veuve et les enfans d'Auguste Laurent. Peu après, une bourse était accordée dans un des colléges de Paris, pour l'éducation du plus âgé des fils de la veuve, et l'on trouvait pour cette dernière une position modeste. En Angleterre, où les idées scientifiques de Laurent, depuis longtemps adoptées, ont donné naissance à beaucoup de résultats remarquables, une souscription organisée en faveur de la famille du chimiste français, atteignit promptement le chiffre de 20,000 francs.

Mais l'hommage le plus sérieux rendu à la mémoire d'Auguste Laurent réside dans la publication qui vient d'être faite chez Bachelier de son livre laissé en manuscrit : la *Méthode de chimie*. L'ouvrage a été publié par les soins dévoués d'un jeune chimiste, élève et ami de Laurent, M. J. Nicklès, aujourd'hui professeur à la Faculté des sciences de Nancy, et qui a apporté à cette publication le plus louable zèle. Le travail de Laurent est précédé d'une belle et simple préface due à M. Biot, ce savant éminent, qui est en même temps un éminent écrivain. Toutes les personnes qui portent intérêt aux sciences voudront étudier dans ce livre les principes nouveaux introduits dans la chimie moderne par notre illustre et malheureux compatriote. (*Revue de Paris*).

---

avait disparu, emporté par les autres substances alimentaires qui, en s'introduisant à travers les trous du récipient, l'expulsait au dehors.

Pour déterminer plus exactement cette action, l'ingénieux physiologiste a varié l'expérience de la manière suivante : Il prend un tube de verre fermé à l'extrémité supérieure, bouché inférieurement par une éponge peu serrée, et contenant de la viande.

Il introduit son petit appareil dans l'estomac d'un chien, et il le retire vingt-quatre heures après. Comme ici, les matières étrangères ne peuvent s'introduire dans le tube et agir sur la viande, on constate qu'elle est simplement ramollie et nullement dissoute.

M. Milne Edwards, en répliquant, rejette complétement les explications de M. Blondlot.

L'expérience des deux cubes de viande prouve seulement que la substance pouvait ne pas être homogène, et qu'en conséquence, certaines parties devaient être naturellement plus réfractaires à l'action de l'agent dissolvant.

L'illustre doyen considère comme une pure hypothèse l'intervention des matières alimentaires pour expulser mécaniquement le produit de la digestion qui s'est opéré dans la sphère métallique de Spallanzani.

Quant à l'expérience du tube de verre, il la trouve accomplie dans les conditions les plus défavorables. *A priori*, on devait comprendre que l'éponge, en se gonflant au contact d'un liquide, servirait de bouchon et empêcherait le renouvellement du suc gastrique à la surface de la viande.

Or, les observations les plus variées, les plus minutieuses sur de la viande crue ou cuite, démontrent que ce renouvellement est indispensable. Au contact du suc gastrique, le bol alimentaire s'imbibe de la surface externe au centre ; et pendant que les couches superficielles sont déjà attaquées et dissoutes, souvent la partie centrale n'a pas été pénétrée.

Ces preuves sont péremptoires, ajoute le savant professeur, c'est là l'histoire de la science, c'est-à-dire l'histoire des faits.

M. Milne Edwards termine son argumentation en rappelant les expériences de M. Mialhe, qui démontrent de la manière la plus lumineuse l'action *peu physique* de la salive et de certains liquides intestinaux sur la fécule et les substances amylacées. Mais M. Blondlot se borne à récuser ces belles recherches, en invoquant un mémoire antérieur présenté par lui à l'Académie des sciences.

Ici finit notre tâche d'historien ; et pour ne pas fatiguer la bienveillante attention de nos lecteurs, nous leur ferons grâce des appréciations critiques de la thèse de M. Blondlot, qui nous auraient été personnelles.

Dr Prosper de Pietra Santa.

BIBLIOTHÈQUE.

Introduction a l'étude de l'anatomie et de la physiologie des dents ; par M. Oudet, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. In-8°. Paris, 1854.

Ce mémoire offre un double intérêt, d'abord par sa valeur intrinsèque, ensuite parce qu'il sert de préface aux communications que M. Oudet se propose de faire à l'Académie de médecine. Il a pour but d'exposer les principes qui doivent guider les physiologistes dans l'étude de l'organisme dentaire, principes dont ils semblent avoir été détournés, dans ces derniers temps, par les recherches microscopiques.

Prenant cette branche de la science au point où l'a laissée Hunter, M. Oudet signale les progrès que ce maître habile lui a fait faire par l'exactitude de ses descriptions anatomiques, par ses expériences ingénieuses et par les considérations d'un ordre supérieur auxquelles il s'est élevé sur la nature des substances dentaires. Quelques pas de plus, dit M. Oudet, et Hunter donnait à sa théorie son complément et sa démonstration. Mais si le génie de Hunter fut forcé de s'arrêter, ce fut moins devant les difficultés du sujet que parce qu'il était privé des lumières d'une science qui ne devait naître que plus tard. Cette science nouvelle, c'est l'*anatomie comparative*.

Sous ce nom, toutefois, M. Oudet n'entend point parler de cette anatomie dite comparée, qui, se tenant à la surface de l'organisation, se borne à observer isolément, dans chaque animal ou dans chaque ordre, les formes extérieures que les dents présentent, pour y puiser les caractères différentiels qui sont les seuls qu'elle recherche. M. Oudet est loin de contester les services que cette étude a rendus à la zoologie pour l'établissement de ses classifications. On lui doit même des descriptions d'un grand intérêt. Mais toutes ces descriptions, qui se succèdent sans s'enchaîner et ne tiennent entre elles par aucun lien, ont le grave défaut de ne se prêter à aucune distribution méthodique. Ce qui, aux yeux de M. Oudet, les frappe surtout d'un vice radical, c'est qu'ayant à traiter d'un organisme qui, par sa nature, appartient au système tégumentaire, elles s'adressent exclusivement à des phénomènes extérieurs très variés, et qu'elles omettent l'organe qui en est la source et qui, seul, peut en donner la raison.

L'anatomie comparative, telle que M. Oudet l'a comprise, et dont il a, le premier, posé les fondemens, procède autrement et obéit à d'autres principes. Sans doute, de même que l'anatomie comparée, elle observe avec soin les formes diverses dont se revêtent les dents, mais elle ne s'y arrête pas. Car ce qui la préoccupe avant tout, ce ne sont pas les différences qui existent entre ces dernières, mais bien les rapports qui les unissent les unes aux autres. Or, ces rapports, elle va les chercher dans la profondeur même de leur organisation. Ils lui apprennent que, quelles que soient les différences que les dents manifestent dans leur texture, dans leur composition anatomique et dans leur mode d'accroissement, elles commencent toutes par un follicule qui naît dans le système muqueux, et dont le bulbe se recouvre d'une substance calcaire ou cornée.

Ainsi se trouve ramené à son unité de composition primitive et à ses connexions constantes l'organisme dentaire. De là découle également la définition des dents donnée par M. Oudet en 1823 : *Des productions du système muqueux.*

Cependant, ces bulbes et leurs enveloppes solides, qui partout offraient des caractères communs, vont bientôt affecter des formes différentes. Chez les uns, la pulpe produira une couronne qui croîtra continuellement au devant d'elle. A cette forme appartiennent les dents que M. Oudet désigne sous le nom de *dents simples*, les incisives des rongeurs, les défenses de l'éléphant, les molaires du lièvre, du lapin, etc. Chez les autres, le bulbe dentaire, après s'être revêtu d'une couronne, se prolongera vers le fond de l'alvéole, et donnera naissance à un corps nouveau, la racine, qui limitera l'accroissement de la dent. Ces dents que, pour cette raison, M. Oudet appelle *composées*, comprennent les dents de l'homme, des carnivores, des ruminans, les molaires de l'éléphant, etc.

Cette division, qui s'adresse à la constitution anatomique et physiologique des dents, diffère essentiellement, comme on le voit, de l'ancienne classification suivie encore aujourd'hui dans tous les ouvrages qui traitent de ces productions.

Que nous enseignent-ils ? Ils divisent les dents en dents simples, dont la couronne est extérieurement recouverte d'émail, et en dents composées, chez lesquelles l'émail forme dans l'intérieur de la couronne des replis plus ou moins profonds. Ainsi, comme M. Oudet le fait observer, c'est uniquement sur le mode de distribution de l'émail selon qu'elle a lieu à la surface de la couronne, ou qu'elle s'étend dans son intérieur, que repose cette classification. C'est d'après une disposition aussi secondaire, bornée à une seule partie de la dent, et qui est tellement étrangère à l'acte général de la dentition, qu'on la rencontre également et dans les dents qui sont privées de racine et dans celles qui en possèdent, c'est, dit M. Oudet, d'après une semblable disposition que, d'un côté, on a réuni sous le nom de dents simples les incisives des rongeurs, les défenses de beaucoup d'animaux, avec les dents de l'homme et de la plupart des mammifères ; et que, d'un autre côté, on a fait une classe particulière de dents composées comprenant les molaires des ruminans et des éléphans, dents auxquelles, pour être conséquent, on devrait adjoindre les molaires du lièvre et du lapin, quoiqu'elles soient privées de racine, parce que leur couronne est parcourue intérieurement par un repli de l'émail.

Ces bases posées, la *définition* et la *division* des dents, qui constituent la substance de toute doctrine histologique, M. Oudet en déduit comme conséquence les principes qui doivent servir de guide dans l'étude de l'anatomie générale et de la physiologie des dents. Il démontre que, désormais, ce n'est pas, comme tous les auteurs l'ont fait jusqu'à présent, par les dents de l'homme que doit commencer la description du système dentaire, mais par les incisives des rongeurs, les défenses de l'éléphant, etc., c'est-à-dire par les dents qui représentent l'organisme dentaire sous sa forme la plus simple, la plus constante et la plus facile à saisir.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les longs développemens auxquels il se livre sur ce sujet. Nous dirons seulement qu'il ressort pour nous de la lecture de ce mémoire et des autres écrits qu'il a publiés, que ce qui imprime un caractère original à ses travaux, c'est le point de départ qu'il a pris et la direction qu'il leur a donnée. Chose digne d'être remarquée, M. Oudet nous apprend que la même pensée avait également préoccupé Hunter. En effet, dans ses recherches sur les molaires de l'éléphant, il annonce très positivement que, pour rendre intelligible les faits qui se rattachent à la structure de ces dents, il importe de connaître d'abord le mode d'après lequel se forme la dent la plus simple. Or, cette dent, il se la représentait dans les dents de l'homme et des animaux carnivores.

De là les difficultés qu'il rencontra et que sa haute intelligence ne put surmonter. C'est parce que, dans ses belles recherches sur les fanons de la baleine, il avait présent à l'esprit le mode d'après lequel se forme la plus simple dent de l'espèce humaine et des animaux carnivores, que Hunter ne s'aperçut pas que ces fanons marquent le point d'union et de transition entre les productions dentaires et les productions cornées. Et c'est enfin parce qu'il prit ces dents de l'homme et des animaux carnivores pour terme de comparaison, que, malgré ses investigations anatomiques et physiologiques poursuivies avec tant de talent et de persévérance, il ne put conclure autre chose, si ce n'est que les dents diffèrent des os par leur structure et leur mode d'accroissement, opinion négative qui fut certainement un grand progrès pour la science, mais qui, laissant vide le cadre histologique réservé au système dentaire, devait, un jour, faire place à une théorie positive.

Plus heureux et guidé par ses expériences sur la dentition des rongeurs, M. Oudet a découvert dans les incisives de ces animaux cette dent simple que Hunter et tous les anatomistes depuis lui croyaient voir dans les dents de l'homme. C'est ce fait, capital dans la théorie de M. Oudet, et d'où il a fait sortir les fondemens d'une anatomie comparative nouvelle des dents, qui trace la ligne de démarcation entre ses travaux et ceux de Hunter, de Cuvier et des auteurs qui leur ont succédé.

G. Richelot.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 Février 1855. — Présidence de M. Regnault.

Nouvel exemple de rupture spontanée d'une pierre dans la vessie.

Voici comment s'exprime M. Leroy-d'Étiolles, auteur de cette note :

Le cas sur lequel j'ai l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie a ceci de remarquable, que l'on peut observer le phénomène à deux états différens. La vessie renfermait primitivement deux pierres ; elles avaient acquis le volume d'une grosse noix lorsque l'une d'elles se rompit en quatre quartiers presque égaux. La seconde était entière lorsque je pratiquai, il y a deux mois, la taille hypogastrique sur la personne qui portait ces concrétions. J'ai scié par la moitié la pierre entière dont la dureté est fort grande, et j'ai trouvé, comme on peut le voir, quatre fissures qui, en s'agrandissant sous l'influence d'une cause que nous ignorons, en auraient amené la rupture plus tard.

C'est le troisième cas de fragmentation spontanée de calculs urinaires que je présente à l'Académie ; M. Cloquet, d'ailleurs, je dois le reconnaître, avait appelé avant moi l'attention sur ce curieux phénomène.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et chirurgie.)

Des variations de l'ozone considérées en elles-mêmes et relativement aux variations dans l'état hygiénique du lieu d'observation.

M. Wolf, directeur de l'observatoire de Berne, adresse une lettre à l'Académie, dont nous publions l'extrait suivant :

En comparant mes observations ozonométriques des dernières années, je viens de trouver que la marche annuelle des réactions de l'ozone est représentée par une courbe, dont la plus grande ordonnée appartient au mois de février, la plus petite au mois d'août ou au mois de septembre. Relativement aux anomalies, qui sont assez fréquentes, la comparaison des diverses colonnes des tableaux météorologiques fait tout d'abord reconnaître que l'humidité de l'air, que la pluie, la neige, le vent du sud augmentent les réactions ; un air sec, le vent du nord les diminuent au contraire. Mais ces anomalies me paraissent surtout avoir une conséquence importante au point de vue hygiénique. M. le docteur Bockel, à Strasbourg, a déjà observé que les réactions de l'ozone diminuaient extrêmement avec l'apparition du choléra, à Strasbourg, et qu'elles augmentaient graduellement quand le choléra commençait à disparaître. Je viens de comparer les observations de Strasbourg avec les observations de Berne, et j'ai trouvé, d'une part, que la diminution des réactions observée par M. Bockel, depuis le 17 juillet jusqu'au 4 septembre, surpassait tout ce que les observations simultanées de Berne auraient pu faire présumer, et, d'autre part, qu'une diminution analogue a été constatée à Berne vers le milieu du mois de septembre, époque où le choléra faisait irruption dans plusieurs contrées de la Suisse.

En poussant plus loin mes recherches sur la portée de ces anomalies, je suis arrivé à ce résultat important, que (dans le plus grand nombre des cas, au moins) *une inflexion rapide de la courbe de l'ozone est suivie d'une augmentation considérable de la mortalité.* Mes recherches sur ce point ne sont pas encore tout à fait terminées ; j'espère plus tard être en état d'en communiquer les résultats complets à l'Académie.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission du prix Bréant.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 10me ARRONDISSEMENT.

(Extrait des procès-verbaux). — Présidence de M. le docteur Campaignac.

Contagion dans la fièvre puerpérale. — La question de la contagion, dans la fièvre puerpérale, a été jugée différemment par beaucoup de praticiens. M. Depaul a rencontré plusieurs faits qui lui ont prouvé que la fièvre puerpérale, surtout épidémique, est très contagieuse. Voici quelques-uns de ces cas, lesquels remontent, du reste, à plusieurs années.

Pendant une épidémie de fièvre puerpérale, à la Maternité, une élève sage-femme était chargée d'une nouvelle accouchée atteinte d'une métro-péritonite des plus graves. Un matin, cette élève, en donnant à la malade les soins spéciaux que nécessitait sa situation, fut vivement impressionnée et comme suffoquée par les émanations qui s'échappèrent lorsqu'elle souleva la couverture du lit. Le soir même, un frisson intense se déclara, le ventre devint très douloureux, le pouls petit et fréquent, il survint des vomissemens verdâtres, de la diarrhée ; enfin, tous les symptômes d'une fièvre puerpérale des mieux caractérisées. La mort arriva en quarante-huit heures. On rencontra, à l'autopsie, les altérations que présentent habituellement les cas de ce genre ; seulement le tissu de l'utérus n'était point altéré. M. Depaul put constater, en outre, que non seulement cette jeune femme ne se trouvait dans aucune condition de puerpéralité, mais qu'elle présentait même tous les signes physiques de la virginité. Un tel fait n'autorise-t-il pas à admettre que, pendant une épidémie violente de fièvre puerpérale, cette maladie est contagieuse même pour des femmes non enceintes et non récemment accouchées.

Voici une observation non moins remarquable, et dont M. Depaul a été le témoin. Un médecin était occupé à faire l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale lorsqu'on vint le chercher pour terminer un accouchement en ville. Des précautions de toutes sortes furent prises pour se débarrasser des miasmes de l'amphithéâtre, changement de vêtemens, ablutions répétées, le tout cependant sans pouvoir faire disparaître entièrement l'odeur que les autopsies de cette nature laissent habituellement aux mains. L'accouchement se fit dans les conditions ordinaires, et néanmoins dans la soirée, l'accouchée fut prise d'une fièvre puerpérale des plus intenses, et elle mourut dans la journée du lendemain. M. Depaul cite un autre cas, très semblable à celui-ci, et dans lequel la femme succomba en quelques heures.

Traitement de la cataracte sans opération. — M. Coursserant présente quelques considérations sur ce sujet, en faisant remarquer que si tous les prétendus cas de guérison de la cataracte sans opération sont imaginaires, il ne résulte pas moins quelquefois des traitemens des empiriques ou des guérisseurs de profession, des améliorations sensibles de la vue, malgré la persistance de l'opacité cristalline. Sans s'arrêter à la dilatation de la pupille, obtenue par les préparations de belladone, dilatation à laquelle est due, surtout dans les cataractes dures centrales, la perception plus nette des objets ; M. Coursserant attribue l'amélioration que peuvent amener ces traitemens locaux à la résorption partielle de cette matière *caséiforme*, plus ou moins molle, dite substance corticale, humeur de Morgagni, répandue à la surface du cristallin, et que les partisans de l'extraction rencontrent si souvent, presque toujours même, chez leurs opérés. Il ne répugne nullement, en effet, d'admettre que les substances irritantes, résolutives, etc., dont se composent les pommades de quelques empiriques, puissent provoquer la résorption d'une partie de cette gelée opaque qui enveloppe le noyau du cristallin, et faciliter par là le passage des rayons lumineux. Mais entre cette modification des parties périphériques du cristallin et une disparition même assez avancée de la maladie, il y a une distance énorme : et ces prétendues guérisons, au bout d'un temps

plus ou moins éloigné, viennent réclamer le secours plus efficace de l'aiguille ou du couteau à cataracte.

Abcès du sein chez l'homme. — M. Campagnac a, récemment, rencontré un cas d'abcès du sein, chez un homme, survenu à la suite d'une légère contusion. C'est le second cas de ce genre qu'il observe lui-même. Ces abcès sont fort rares; ils se conduisent à peu près de la même manière que chez la femme; on les voit quelquefois envoyer des prolongemens, des fusées, auxquels succèdent des indurations plus ou moins persistantes.

M. Larrey a pu observer un assez bon nombre d'affections de la mamelle chez l'homme, analogues à celle que l'on rencontre chez la femme. Il a d'abord constaté, comme causes prédisposantes, chez certains individus, un développement exagéré du sein, tel, quelquefois, qu'il a pu entraîner la réforme de ces individus lorsqu'ils se présentaient au conseil de révision. Cette conformation se lie souvent à une modification générale qui se rapproche en quelque sorte de la constitution féminine, telle que absence ou rareté de la barbe, formes grêles et arrondies, timbre aigu de la voix, etc. Quelquefois le développement de la mamelle n'a lieu que d'un côté, ce qui est le cas le plus rare; ou bien c'est le mamelon seul qui est très allongé.

Les abcès du sein sont peut-être un peu plus fréquens chez les soldats que dans la vie civile. Le fourniment et les manœuvres de l'exercice en sont la cause. Les mêmes circonstances peuvent contribuer à amener des hypertrophies accidentelles et même des engorgemens chroniques pouvant dégénérer en affections ulcéreuses ou cancéreuses.

Traitement du diabète par les eaux de Vichy. — M. Durand-Fardel fait connaître les principaux faits de sa pratique au sujet du traitement du diabète par les eaux de Vichy. Les malades qu'il a observés présentaient tous les symptômes du diabète à un haut degré, sinon avec une égale gravité. La plupart avaient déjà été soumis à un régime diététique et médicamenteux convenable, et en avaient éprouvé déjà une certaine amélioration, mais habituellement très imparfaite.

Dans le plus grand nombre des cas, au bout de quatre à huit jours; dans presque tous, au bout de vingt à trente jours de traitement, le sucre contenu dans l'urine avait disparu ou ne laissait plus que de faibles traces. La diminution ou la disparition des symptômes diabétiques, de la sécheresse de la langue, des urines abondantes, de la sécheresse de la peau, de l'affaiblissement musculaire, suivaient rapidement le retour des urines vers des conditions normales. Les digestions redevenaient régulières; la constipation cédait moins facilement.

Sous l'influence du traitement, il devenait plus facile aux malades d'atténuer impunément la sévérité du régime diététique dans des limites restreintes cependant.

Après le traitement thermal, voici ce qui se passait : chez tous, les urines sucrées et les symptômes diabétiques ont reparu à une époque plus ou moins distante du traitement, c'est-à-dire que le traitement thermal n'a exercé qu'une action palliative, assez analogue à celle qu'exerce ordinairement la première application d'un régime convenable et bien suivi. Seulement, la durée de ces effets palliatifs était bien plus persistante et leur nature bien plus importante. Ce que l'on remarque surtout, ce sont des signes de réparation générale de l'organisme et des phénomènes de nutrition en particulier, que le simple traitement médicamenteux et diététique ordinaire ne suffit pas habituellement pour reproduire.

Cependant il y a des cas où les eaux ne réussissent pas, même dans ces limites, où même elles sont contre-indiquées. Ce sont les cas où il existe des accidens fébriles, des troubles apparens vers l'appareil de la respiration, des phénomènes nerveux déterminés. M. Durand-Fardel a même vu, dans les cas de ce genre, le sucre disparaître de l'urine sans que les phénomènes généraux paraissent notablement amendés.

M. Durand-Fardel, sans vouloir s'occuper de la théorie du traitement du diabète par les eaux de Vichy, fait remarquer que, si l'action, souvent (sinon toujours) rapide du traitement sur les conditions chroniques de l'urine, est en rapport avec l'idée d'une action spécifique, d'un autre côté, les résultats généraux de ce traitement et ses effets purement palliatifs, tendent à le rapprocher d'autres traitemens d'une nature différente, et dont les résultats, beaucoup moins sûrs, peuvent cependant être à peu près les mêmes.

Choléra avec hémorrhagie grave. — M. Clairin communique l'observation suivante :

De très mauvaises conditions hygiéniques, une grande fatigue causée par les soins donnés à son mari convalescent du choléra, un tempérament foncièrement scrofuleux, un teint tout à fait cachectique, jaune terreux, résument le fâcheux état où se trouve, le 16 août 1854, la femme Charlier. Elle est âgée de 35 ans et a eu deux enfans, dont le dernier, qu'elle mit au monde il y a deux ans, fut extrait au moyen du forceps. Depuis cette couche, la malade porte une hernie ventrale maintenue par une ceinture hypogastrique. Elle présente une grande irrégularité de la menstruation. De plus, dans la fosse iliaque gauche, il existe une tumeur peu douloureuse, de volume variable, tantôt grosse comme le poing, d'autres fois s'étendant en haut jusque sous les fausses côtes. Il est singulièrement remarquable que cette tumeur présente son maximum de volume quand la malade a été longtemps sans voir apparaître ses règles, et qu'elle diminue considérablement à mesure que le sang s'échappe par les voies naturelles. Jamais, d'ailleurs, chez la femme Charlier, il n'y eut suppression de plus d'une époque, et ainsi elle mit près de deux mois sans voir.

C'est justement au moment de ses menstrues que la malade fut prise le 17 août, dans la soirée, d'une diarrhée sanguinolente assez intense.

Je la vis le matin du 18, et, ne trouvant aucun autre symptôme, je prescrivis la diète absolue, repos au lit, douze gouttes de laudanum dans une potion, deux lavemens amylacés avec décoction de tête de pavot, eau de riz gommée pour tisane.

Le soir, on revint me demander.

En mon absence, un médecin du voisinage fit donner dans chaque tasse de tisane deux à trois gouttes de laudanum. Les vomissemens s'étaient montrés peu après ma première prescription.

Le 19, au matin, je trouvai la femme Charlier dans le décubitus dorsal, extrêmement prostrée; la voix est presque éteinte; le pouls filiforme, très accéléré; la peau froide, visqueuse; les extrémités cyanosées; la face profondément altérée; les yeux mornes, caves; les paupières tombantes; la langue grise, froide; les lèvres bleuâtres; l'haleine encore chaude, cependant; la soif très vive; une grande sensibilité épigastrique et abdominale avec sensation de barre; des crampes aux bras et aux jambes; les urines supprimées depuis la nuit; l'intelligence est intacte; le moral est ferme et soutenu.

Depuis le matin, il y avait eu d'énormes vomissemens de sang, tantôt presque pur, tantôt mêlé dans de fortes proportions à des matières glaireuses; les selles, riziformes, caractéristiques, étaient aussi plus ou moins chargées de sang.

Je ne trouve plus la tumeur abdominale. Il est vrai que le ventre est fort douloureux et qu'il est difficile de le palper profondément; au moins donc est-elle considérablement diminuée.

Je prescris sinapismes tant sur la région précordiale qu'aux extrémités; frictions vigoureuses avec le liniment volatil camphré; bouteilles chaudes autour de la malade; limonade sulfurique froide, additionnée de rhum et d'éther, peu à la fois et souvent; potion avec eau de mélisse, tannin et diascordium, par petites cuillerées, toutes les dix minutes; glace par petits fragmens, l'avaler sans la laisser fondre dans la bouche.

Avant l'arrivée de ce médicament, j'assiste à un vomissement énorme contenant une très forte quantité de sang, puis une selle caractéristique.

Je restai près d'une heure et demie avec la malade, dirigeant la médication. Une syncope grave eut lieu; mais bientôt la réaction prit le dessus; il y eut une selle, quelques régurgitations, et non plus des vomissemens.

Je m'éloignai en recommandant de continuer les moyens prescrits, afin de s'opposer aux vomissemens de sang et de rappeler la chaleur et la circulation.

Une heure après, je trouvai la malade mieux, ayant peu vomi et désirant dormir.

A quatre heures du soir, pas de vomissemens; quelques selles teintées en rouge et granulées; un peu de chaleur à la peau; le pouls un peu plus fort et à 136; soif vive encore; voix moins éteinte; langue fraîche. Même traitement.

A dix heures du soir, chaleur normale de la peau et de la langue; pas de vomissemens ni de selles; voix presque naturelle; agitation; 125 à 130 pulsations. Évidemment, il y a un commencement de réaction. On cessera les excitans si la chaleur se soutient, et l'opium dont je redoute les effets vers la tête dans la réaction. Limonade et sinapismes.

Le 20, on me fit demander en toute hâte à six heures du matin. La malade mourut pendant que je me rendais chez elle. La nuit avait été excessivement agitée, sans délire cependant.

M. Blain des Cormiers a rencontré dans un journal de New-York deux cas de mort par le choléra, avec hémorrhagies et disparition d'une tumeur à la suite, comme dans l'observation qui précède.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

PRESSE MÉDICALE.

CAUTÈRE ACTUEL (*Avantages du — dans les affections des articulations prouvés par quelques cas tirés de la pratique de M. Syme*; par M. Lister. — M. Lister cite quatre cas tirés de la pratique de M. Syme, et il pourrait en citer beaucoup d'autres dans lesquels l'application du cautère a été suivie d'un plein succès dans des maladies des articulations qui présentaient une certaine gravité. Ainsi, dans le premier cas, une servante de 25 ans, après s'être exposée au froid humide en lavant, fut prise quatre mois d'une douleur si forte dans l'épaule droite, juste au-dessous de l'acromion, qu'elle pouvait à peine remuer le bras: plus tard elle ne put s'en servir; la douleur était extrême et comme si elle était dans le feu pendant toute la nuit, disait-elle. Les muscles étaient atrophiés de manière que l'épine du scapulum, l'acromion, le bord antérieur de la clavicule et la tête de l'humérus proéminaient. L'épaule, à première vue, faisait croire à une luxation; l'ayant soumise à l'inhalation du chloroforme, le 3 novembre, M. Syme cautérisa la peau sur la partie antérieure et postérieure de l'articulation. Le 31 janvier elle quittait l'hôpital parfaitement guérie.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une maladie de l'articulation de l'épaule, suite de rhumatisme qui mettait le patient dans l'impossibilité de remuer le bras. L'articulation était gonflée; le cautère actuel appliqué aux parties antérieure et postérieure de l'articulation, enleva complétement la douleur.

Il obtint à peu près pareil succès dans un troisième cas, dans lequel il s'agissait d'une maladie de l'articulation du poignet.

Dans le quatrième cas, il s'agissait d'une maladie de l'articulation de l'atlas et de l'axis; il obtint un succès complet là où le vésicatoire et les moxas avaient échoué. — (*Monthly journal of medical sciences of Edinburgh*, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 8.)

HYDROCÉPHALE EXTERNE (*Cas d'— traité par des ponctions répétées et par le séton*); par M. J. Grantham.

Obs. — Un enfant de 7 mois, dont la tête était très grosse, fut présenté à M. Grantham. On avait employé la compression et les contre-irritans, afin de diminuer le volume de la tête et de provoquer l'absorption. Cela fut inutile. M. Grantham pratiqua d'abord des ponctions fréquentes, ne tirant pas plus d'une ou deux onces de liquide dans chaque opération.

Après sept ponctions, voyant que le liquide se reformait chaque fois et que la tête ne diminuait pas de volume, l'auteur introduisit un séton sur le côté gauche du sinus longitudinal pour obtenir un écoulement graduel du liquide et pour exciter aussi l'inflammation de l'arachnoïde; ce qu'il obtint, en effet; le liquide cessa de se former, la tête sembla diminuer de volume et les os du crâne se rapprocher. Il retira alors le séton, et bien que la tête fût encore bien plus grosse qu'à l'état normal, il espérait cependant, s'il ne survenait pas d'accès d'épilepsie, que l'enfant pourrait être guéri, en supposant vraie la première opinion qu'il s'était formée, c'est-à-dire qu'il eût affaire à un cas d'hydrocéphale externe.

Le deuxième jour, après avoir retiré le séton, des spasmes se déclarèrent dans les pieds et dans les mains; la face se décolora : l'enfant dépérit; des attaques d'épilepsie survinrent, et le troisième jour l'enfant mourut.

A l'autopsie, il n'existait plus de liquide dans la membrane arachnoïde; la pie-mère était privée de sang; le cerveau et le cervelet étaient complétement atrophiés; les ventricules latéraux remplis d'un liquide pâle. — (*Medical Times and gazette* et *Gazette médicale de Paris*, n° 8.)

GALVANISME (*De l'emploi du — dans la pratique obstétricale*); par M. Robert Barnes. — De temps à autre, des observations probantes, mais isolées, ont été rapportées à l'appui de l'emploi du galvanisme dans les accouchemens, mais aucune tentative systématique n'avait encore été faite pour démontrer les avantages de ce moyen: c'est ce qu'a fait l'auteur de ce travail. Il démontre d'abord, par deux observations concluantes, que le galvanisme offre des avantages marqués sur le seigle ergoté pour provoquer l'accouchement prématuré. Il s'occupe ensuite de l'emploi du même moyen contre l'inertie de l'utérus pendant la première et la deuxième période du travail. Ici encore se présente une observation pleine d'intérêt : l'auteur pense que le galvanisme peut être employé utilement dans beaucoup de cas d'hémorrhagies qui se produisent avant la naissance de l'enfant : une application judicieuse de cet agent lui paraît susceptible, dans beaucoup de cas d'arrêt de la tête par suite d'inertie, de dispenser de recourir à l'emploi du forceps. Enfin, M. Barnes s'occupe de l'emploi du galvanisme dans la troisième période du travail et dans l'hémorrhagie, la science possédant à cet égard un assez grand nombre de faits bien observés, l'auteur se borne à rapporter une observation de M. Mackensie.

D'autres avantages peuvent encore être obtenus au moyen du galvanisme : ainsi, on peut combattre par ce moyen la paralysie momentanée de la vessie qui suit la délivrance, la paralysie utérine qui suit quelquefois l'usage du chloroforme, l'asphyxie des nouveau-nés, etc., etc.

M. Barnes applique son appareil électrique en plaçant un pôle de chaque côté de la ligne médiane sur l'abdomen, au niveau de l'utérus. — (*Presse méd. belge.*)

TEINTURE D'IODE (*De l'emploi de la — dans le traitement de la photophobie*). — Nous extrayons le passage suivant d'un article communiqué par M. Van Holsbeek au *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*. Si la teinture d'iode possède bien réellement la vertu de combattre la photophobie aussi promptement que l'affirme l'auteur, son emploi ne tardera guère à se généraliser.

« Tout le monde, dit-il, connaît cette longue liste de médicamens qui éveillèrent l'enthousiasme des uns et s'attirèrent le discrédit des autres. Il suffit de citer l'opium, la belladone, la jusquiame et le camphre, qui méritent de conserver le nom d'agens antiphotophobiques. Aujourd'hui nous venons proposer l'emploi de la teinture d'iode, appliquée extérieurement comme nous allons l'indiquer plus loin, et nous assurons à ceux de nos confrères qui en feront l'essai, un succès complet.

» L'iode est incontestablement un des agens thérapeutiques les plus précieux que nous possédions. Depuis qu'il a pris place dans la matière médicale, on a pu signaler une foule d'affections dans lesquelles son emploi a été suivi de succès bien légitimes.

» C'est surtout dans le traitement de la photophobie qui accompagne presque constamment l'ophthalmie scrofuleuse et la conjonctivite granuleuse chronique que nous avons eu l'occasion de nous servir de la teinture d'iode. Cependant, nous pouvons assurer qu'elle n'est pas moins efficace contre la photophobie que font naître les autres affections des tissus de l'œil.

» Voici comment nous procédons : Avec un pinceau à miniature, imprégné de teinture d'iode, nous peinturons les régions orbiculaires et sourciliaires des yeux atteints de photophobie. Cette opération est pratiquée une ou deux fois dans le courant de la journée selon l'intensité et l'ancienneté du symptôme.

» Une seule peintnre suffit ordinairement pour enlever la photophobie en vingt-quatre heures. Nous avons vu un grand nombre de cas de photophobie accompagnant des ophthalmies invétérées, et qui avaient résisté et s'étaient montrés réfractaires à toute espèce de moyens, céder comme par enchantement à une ou deux applications de teinture d'iode.

» Les effets de la teinture d'iode sont immédiats; quelques heures après son application, la douleur diminue, les contractions spasmodiques des paupières perdent de leur violence, les larmes coulent en moins grande quantité, et quelque temps après, le malade peut ouvrir les yeux à la lumière et se soumettre à l'exploration du médecin.

» Quel est donc l'agent antiphotophobique dont l'efficacité soit aussi prompte? Nous ne cherchons pas à expliquer comment agit la teinture d'iode dans le traitement de la photophobie, nous ne voulons que constater son utilité réelle basée sur des faits journaliers observés dans le service ophthalmologique de M. le docteur Uytterhoeven. Nous engageons donc fortement nos confrères à en faire l'essai, et nous leur promettons que, comme nous, ils en retireront les plus grands avantages. »

RÉCLAMATION.

A Monsieur le docteur Richelot, *gérant de l'*Union Médicate.

Paris, 1er Mars 1855.

Mon cher confrère,

M. le dr Louis me met dans la main votre numéro de l'Union Médicale de ce jour, jeudi, dans lequel je trouve une lettre d'un honorable confrère du 5me dispensaire, lequel propose l'établissement d'une Société entre les médecins de la Société philanthropique, comme il en existe entre les médecins des hôpitaux, entre les médecins des bureaux de bienfaisance, etc. Notre confrère ajoute qu'il ignore si une tentative en ce sens a déjà été faite, et c'est à ce sujet que je vous écris. Oui, déjà les médecins des dispensaires avaient senti le besoin de se réunir, et le célèbre Hallé, alors médecin de la Société philanthropique, avait accepté la présidence. Le but était de s'entretenir en commun d'un service commun; c'était de rassembler sur l'hygiène, sur les maladies de la classe ouvrière, tous les renseignemens que la Société fournit largement à ses médecins.

La Société a existé; elle a quelque peu fonctionné; *elle a délivré des diplômes*. Mais la tiédeur, l'indifférence, ont paralysé ce premier élan, et la Société s'est éteinte sans avoir jeté un grand éclat. Je lui ai consacré quelques lignes dans la *Notice historique sur la Société philanthropique de Paris*, que j'ai écrite et que le comité a fait imprimer en 1846.

Les médecins, aujourd'hui, semblent apprécier plus que par le passé la puissance et l'utilité de l'association; ceux de la Société philanthropique répondront-ils à l'appel de leur collègue? Voudront-ils s'imposer, sur les habitations, les habitudes, les maladies des artisans, des travaux nécessaires pour alimenter des réunions? C'est à l'experience de le dire; mais il est bon de se souvenir des tentatives déjà faites infructueusement, pour tâcher d'être plus heureux cette fois.

Agréez, etc.

Dr J.-F. Payen,
Chirurgien honoraire de la Société philanthropique.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX, — N° 27. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 6 Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............	32 Fr.
6 Mois.............	17
3 Mois.............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

RÉSULTATS AGRICOLES DE LA CULTURE DU PAVOT POURPRE; — L'OPIUM ET LE LACTUCARIUM DE M. LE PROFESSEUR AUBERGIER, DE CLERMONT.

Nous avons promis de revenir sur la communication faite par M. le professeur Aubergier, de Clermont, dans la dernière séance de l'Académie de médecine. C'est une tâche que nous accomplissons avec d'autant plus de plaisir, qu'en 1853, lorsque cet honorable savant était en instance devant la Compagnie pour obtenir le bénéfice des dispositions du décret du 3 mai 1850, en faveur de ses formules d'opium indigène et de lactucarium, l'UNION MÉDICALE appuya cette juste demande qui fut accordée, grâce surtout à l'énergique intervention d'Orfila.

M. Aubergier a exposé avec beaucoup de clarté, de bon sens et une grande sincérité, les résultats des deux dernières campagnes relativement à la culture du pavot pourpre et à la récolte de l'opium. Ces résultats auraient pu être plus heureux; ils le deviendront; l'Académie a pu voir qu'elle n'a pas donné ses encouragemens à qui n'a su les comprendre. Rien d'étonnant que, dans les débuts d'une exploitation agricole toute nouvelle et pour laquelle manquent encore les enseignemens de l'expérience, quelques mécomptes arrivent. Éclairé par la pratique de ces deux dernières années, années exceptionnelles d'ailleurs pour toute espèce de culture, M. Aubergier a exprimé l'espoir de pouvoir éviter maintenant les causes qui ont empêché jusqu'ici son succès complet.

C'est que pour l'honorable professeur de Clermont, le côté économique et agricole de la question est dominé par l'intérêt thérapeutique. Aussi a-t-il fait ressortir avec un empressement fort louable, que si du côté de l'exploitation industrielle, les résultats pouvaient être meilleurs, au point de vue pharmaceutique et thérapeutique, toutes ses espérances se sont complètement réalisées. C'est ce point de vue qui semble avoir surtout préoccupé M. Aubergier et qui l'encourage à persévérer dans une exploitation qui n'a été encore pour lui qu'une occasion de sacrifices.

Doter la pharmacie d'un opium à composition fixe et constante, d'une richesse en morphine toujours la même, tel est le but utile vers lequel marche l'honorable professeur de Clermont. L'opium indigène vaut mieux que l'opium d'Orient; voilà le résultat essentiel, considérable, que M. Aubergier a mis en lumière. Il ne s'agit plus aujourd'hui, par une pratique plus longue et une culture plus expérimentée, que de faire abaisser le prix de revient.

Du reste, la question de l'opium indigène ne préoccupe pas M. Aubergier seul; diverses communications faites dans ces derniers temps à l'Académie des sciences, prouvent que l'importance de cette culture commence à être appréciée. Ainsi, des essais de MM. Decharmes et Benard ont montré que l'on peut obtenir un très bon opium dans le nord de la France. M. Roux, en cultivant le pavot pourpre adopté par M. Aubergier, est arrivé à préparer un opium contenant précisément dix pour cent de morphine, comme celui obtenu par le professeur de Clermont.

Le grand intérêt de la communication faite par M. Aubergier à l'Académie de médecine et que nous publions dans ce numéro même, réside donc dans ce fait, aujourd'hui incontestable, que la thérapeutique peut être dès à présent en possession d'un opium dont les principes actifs sont invariables. Or, pour un médicament d'une si grande importance, ce résultat si souvent désiré par l'Académie est une véritable conquête. M. Aubergier a rappelé avec raison que les diverses espèces d'opium du commerce dont les caractères physiques éloignent tout soupçon de fraude, donnent cependant, à l'analyse, une proportion de morphine qui peut varier de 3 à 15 pour cent, de sorte que, selon la pharmacie où sa prescription aura été exécutée, le praticien est exposé à donner à un malade cinq fois plus ou cinq fois moins de morphine. On conviendra qu'un procédé de culture qui permet d'éviter de tels écarts et qui produit un opium dont les différences dans la quantité de morphine sont renfermées dans les limites de un à deux centièmes, méritait les encouragemens de l'Académie.

Pour nous qui avons appuyé de nos faibles efforts les convictions et les espérances de M. Aubergier, nous n'avons aussi qu'à nous féliciter d'avoir défendu le décret du 3 mai 1850 contre des préventions irréfléchies; l'application qui en a été faite aux préparations de l'honorable professeur de Clermont, prouve avec quelle sagacité l'illustre chimiste, M. Dumas, qui l'a provoqué, en avait pressenti les fécondes conséquences.

Nous croyons utile pour nos lecteurs de reproduire ici les formules d'opium indigène et de lactucarium données par M. Aubergier, et telles qu'elles ont été publiées dans le *Bulletin* de l'Académie de médecine, en attendant leur insertion au *Codex*, conformément au décret du 3 mai 1850.

Nous reproduirons d'abord celles qui concernent le lactucarium le plus ancien en date, puis celles qui concernent l'opium. Nous ferons précéder ces dernières des quelques observations dont elles sont accompagnées dans l'*Annuaire* de M. Bouchardat, qui vient de paraître, et qui méritent d'être reproduites.

LACTUCARIUM.

Les préparations de lactucarium, dont l'Académie a voté l'insertion au formulaire légal sur la demande du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, devront remplacer désormais dans la pratique médicale les préparations de thridace du *Codex*. La thridace avait été, dans le temps, l'objet d'un engouement fort peu mérité; il en était résulté que, par une réaction fort naturelle, beaucoup d'auteurs qui font autorité se tenaient en garde contre le lactucarium. Un des plus compétens en pareille matière, M. Soubeiran, a reconnu combien ces préventions étaient peu fondées, en s'exprimant ainsi dans la discussion de l'Académie :

« J'avais de grands doutes sur l'efficacité médicale du lactucarium; j'avais tort. . . . . . »

Voici les formules :

Lactucarium (Aubergier).

Faites des incisions transversales aux tiges de la laitue montée à l'époque de la floraison; recueillez le suc laiteux qui s'en écoule dans un verre; retirez du verre, lorsqu'il est plein, le suc coagulé; divisez-le en rondelles peu épaisses, que vous ferez ensuite sécher sur des claies.

Extrait alcoolique de lactucarium (Aubergier).

Pulvérisez grossièrement le lactucarium; faites-le macérer pendant quelques jours avec quatre fois son poids d'alcool à 56° centésimaux; passez avec expression, et filtrez; versez sur le marc la même quantité d'alcool; et après une nouvelle macération, passez de nouveau avec expression et filtrez; réunissez les teintures; distillez pour en retirer tout l'alcool; évaporez le résidu au bain-marie, en consistance d'extrait, et achevez la dessiccation à l'étuve.

Sirop de lactucarium (Aubergier).

Extrait alcoolique de lactucarium. .	1 kilo.
Sucre candi.	3 grammes.
Eau distillée.	500 grammes.
Eau de fleurs d'oranger	20 grammes.

Épuisez l'extrait alcoolique en le traitant à deux reprises par l'eau bouillante, de manière à ne laisser qu'un résidu sans saveur et insoluble. Passez la solution, complétez les 500 grammes; et faites-y fondre

---

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Une idée bonne et charitable. — Dénombrement de la presse médicale française. — Vœu timide.

Sachons nous honorer nous-mêmes, me suis-je permis quelquefois de dire à mes confrères en journalisme, si nous voulons que le public médical honore la presse; sachons nous rendre mutuellement justice, quand nous méritons que justice nous soit rendue, et les ennemis, les médisans, les calomniateurs de la presse s'habitueront aussi à être justes envers elle.

Mais ce n'est pas assez de prêcher de belles maximes, il faut encore les mettre en pratique, et c'est ce que je voudrais avoir l'occasion de faire plus souvent. Une de ces occasions se présente, et je la saisis avec empressement, sans regarder ni à côté, ni en avant, ni surtout en arrière.

M. de Castelnau, dans un des derniers numéros du *Moniteur des hôpitaux* qu'il dirige, a émis une pensée bonne, utile, charitable, et, condition suprême, susceptible d'application. Douloureusement frappé de ce fait que l'opération césarienne ne réussit jamais, ou plutôt n'a jamais réussi dans la pratique nosocomiale de Paris, tandis qu'elle réussit souvent dans la pratique rurale, notre collègue en journalisme propose à l'administration de l'assistance publique de disposer une des propriétés qu'elle possède *extrà-muros*, maison, ferme, etc., de manière à pouvoir y recevoir les malheureuses femmes condamnées à subir cette opération terrible, et de façon à les placer dans les mêmes conditions où cette *ultima ratio* de l'art ne soit plus, comme elle l'a été jusqu'ici dans les hôpitaux de Paris, un sacrifice fatal de la pauvre mère opérée par le couteau du chirurgien.

Nous appuyons de tous nos vœux et de notre faible influence cette proposition véritablement humaine, et qui aura déjà frappé l'esprit et le cœur de l'honorable directeur de l'assistance publique. Je n'ai pas à apprécier ici, dans cette partie du journal, les motifs scientifiques et pratiques exposés par M. de Castelnau à l'appui de son idée; je n'ai qu'à constater que cette idée part de la presse, de la presse active et militante, et je lui rends hommage en ma qualité de membre de cette milice.

Puissance réelle qu'il ne faut ni exalter, ni dédaigner, la presse médicale rend de grands services à la science, à l'art, à la profession. Aveugles, volontairement aveugles sont ceux qui ne le voient pas. Il n'est point peut-être une seule idée qui ait passé dans le domaine de l'application, sans avoir été soulevée et discutée dans la presse. Mais qu'ai-je besoin de me livrer à une apologie, quand un fait évident frappe tous les yeux. Ce fait est le nombre tous les jours croissant des journaux de médecine. Qu'est-ce que cela veut dire, si ce n'est que le nombre des lecteurs augmente, car il est loin d'être prouvé que le chiffre des médecins s'élève, et je crois que le nombre des jeunes docteurs suffit à peine à combler les vides que la mort fait annuellement dans nos rangs? Si le nombre des lecteurs augmente et suffit à couvrir les frais des entreprises nouvelles, qu'est-ce que cela veut dire encore? C'est que les habitudes médicales ont subi d'heureuses modifications, et de ces modifications qu'elle a été la cause, si ce n'est l'attrait et l'utilité que la presse périodique a su donner à ses publications?

Ils sont bien loin de nous ces jours où l'ancien *Journal de médecine*, d'abord, et la *Gazette de santé*, ensuite, suffisaient aux besoins du corps médical de France. Le seul dénombrement des journaux actuels, de Paris et des départemens, défraierait plusieurs colonnettes de ce feuilleton. Et, de fait, pourquoi ne le tenterais-je pas? Nous sommes en position ici de parler avec toute liberté et toute justice de nos rivaux, de nos concurrens, de nos ennemis même, si nous éprouvons le malheur d'en avoir. Je suis convaincu qu'un grand nombre de nos lecteurs éloignés de Paris et des grands centres, que nos lecteurs étrangers surtout ne se doutent pas de l'étendue de nos richesses en ce genre, journaux de toute périodicité, de tout format, de tout prix et de conditions les plus diverses, mais se ressemblant tous sur un seul point, le désir de bien faire. Certes, ce sera une chose au moins nouvelle et rare qu'un journal serve de trompette aux journaux, ses concurrens, et l'excentricité de cette idée me séduit.

Très long devant être ce dénombrement, mes chers, honorés et savans confrères m'excuseront de ne pouvoir leur consacrer, à chacun, qu'un très petit espace :

1° La *Lancette française, Gazette des hôpitaux* (tri-hebdomadaire). Rédacteur principal : M. le docteur Brochin. Esprit éclairé, sage, modéré et le plus bienveillant des hommes, M. Brochin a succédé à M. Fabre dans la direction de ce journal, qui est resté un recueil de faits et d'observations cliniques plus qu'un journal doctrinal.

2° Le *Moniteur des hôpitaux* (tri-hebdomadaire). Rédacteur en chef : M. de Castelnau. Polémiste un peu vif, mais hardi et vigoureux, M. de Castelnau évite moins que la *Gazette des hôpitaux* les questions de doctrine. Le *Moniteur* défend carrément l'école anatomique et les principes médicaux qui en découlent.

3° L'*Union Médicale* (tri-hebdomadaire).

4° La *Gazette médicale de Paris* (hebdomadaire). Rédacteur en chef : M. Jules Guérin. Sous l'habile et savante direction de M. Guérin, la *Gazette* soutient sa bonne et vieille réputation. Revue précieuse et très étendue de la presse médicale étrangère. Doctrines : vitalisme accommodé aux exigences de la science moderne sous le nom de *médecine étiologique*.

5° *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (hebdomadaire). Rédacteur en chef : M. A. Dechambre. Esprit fin et délicat, disais-je naguère de M. Dechambre; j'ajoute aujourd'hui, instruction variée, plume spirituelle. La *Gazette hebdomadaire* est un journal bien fait et sérieusement fait. Revue de la presse intéressante. Doctrines : un peu flottantes.

6° La *Presse médicale* (hebdomadaire). Rédacteur en chef : M. A. Mayer. Bonnes et loyales intentions, talent réel. Journal spécialement consacré à la revue de la presse. Vitalisme de Montpellier.

7° *Bulletin de thérapeutique* (bi-mensuel). Rédacteur en chef : M. Debout qui continue avec talent et succès les habiles traditions de son prédécesseur M. Miquel. Recueil le plus complet des applications pratiques de la science médicale. Critique bibliographique bien faite. Vitalisme accentué.

8° *Bulletin de l'Académie impériale de médecine* (bi-mensuel). Rédigé par les secrétaires de l'Académie qui reproduisent sans commentaires les travaux et les discussions de la compagnie. Recueil utile.

9° La *France médicale et pharmaceutique* (bi-mensuel). Rédacteur en chef : M. F. Roubaud, écrivain vif et oseur. Revue de la presse assez complète. Énergiquement adversaire des doctrines purement anatomiques.

10° Le *médecin de la maison* (bi-mensuel). Rédacteur en chef : M. le docteur Reinviller. Comme son titre l'indique, ce journal est principalement destiné aux gens du monde. Il est fait avec prudence et réserve,

le sucre candi, clarifiez au blanc d'œuf, cuisez à 32° bouillant, passez et ajoutez l'eau de fleurs d'oranger au sirop refroidi.

La clarification de ce sirop paraît présenter quelques difficultés et réclamer une main exercée. Lorsqu'elle est bien faite, elle enlève une matière âcre et nauséabonde qui existe dans le lactucarium, et respecte le principe actif, comme l'ont démontré MM. Orfila et Bouchardat. Lorsqu'elle est mal faite, le sirop reste trouble, désagréable, et inspire aux malades une répugnance insurmontable.

Pâte de lactucarium (*Aubergier*).

Masse de pâte de jujube.	1 kilo.
Extrait alcoolique de lactucarium. . .	1 gramme.

L'observation faite au sujet du sirop s'applique également à la pâte. Sa saveur légèrement amère, loin de la faire repousser par les malades, les empêche de s'en dégoûter aussi promptement que de beaucoup d'autres pâtes, dans lesquelles la saveur fade de la gomme n'a pas de correctif.

Opium indigène.

Voici les observations par lesquelles M. Bouchardat a fait précéder dans son *Annuaire de thérapeutique*, qui vient de paraître, les formules des préparations d'opium indigène:

« . . . . . Parmi les variétés de pavots que l'on doit choisir pour la préparation de l'opium, l'Académie a pensé que c'était celle qui pouvait fournir un opium assez régulièrement riche à 10 p. 100 à laquelle il convenait de donner la préférence; que la proportion décimale dans la richesse en morphine maintenue dans les formules à base d'opium indigène présentées par M. Aubergier permettait aux médecins de se rendre plus facilement compte de leur composition; qu'il importait de distinguer ces nouvelles préparations des préparations anciennes à base d'opium du commerce qui ne présentent ni la même pureté, ni la même richesse, ni surtout la même uniformité de composition. Pour remplir plus complétement les intentions de l'Académie à cet égard, M. Aubergier propose de désigner son opium indigène sous le nom d'*affium*, qui est en effet son véritable nom. (C'est, en effet, celui sous lequel on désigne en Orient les larmes qui s'écoulent des incisions faites au pavot.)

» Ainsi voilà un premier fait établi, et il est de la plus grande importance.

» Pour ce qui se rapporte au choix de la variété à cultiver, les belles études de M. Aubergier, confirmées il y a quelques jours à peine par celles que M. Roux a exécutées à Rochefort, ne laissent aucun doute.

» Le but principal que l'on doit atteindre pour un produit à la fois aussl utile et aussi énergique que l'opium, c'est de l'obtenir, autant que possible, dans les conditions les plus voisines de l'identité. Or, quand il s'agira de l'opium destiné aux usages médicaux, la culture du pavot pourpre, dans l'état actuel de nos connaissances, devra toujours être préférée. En effet, de patientes analyses, renouvelées dans les conditions les plus diverses, pendant une suite d'années déjà satisfaisante, nous ont montré que l'opium extrait avec les précautions convenables des capsules du pavot pourpre, se rapprochait infiniment de ce type de richesse en morphine de 10 p. 100 que l'Académie a consacré.

» Ce n'est pas seulement à produire, en France, de l'opium toujours actif et toujours identique que M. Aubergier a consacré dix années de recherches constantes et dispendieuses.

» En adoptant exclusivement deux formes pharmaceutiques parfaitement étudiées, il peut satisfaire à toutes les exigences de la thérapeutique, et éloigner les chances de ces fatales erreurs qui ont tant de fois suivi l'administration de ces préparations d'opium qui étaient administrées par gouttes.

» Pour tous les usages à l'intérieur, les pilules d'extrait d'opium de pavots pourpres de 1 centigramme satisfont à toutes les indications.

» C'est en pilules de 1 centigramme, contenant, par conséquent, 2 milligrammes de morphine, que l'extrait d'opium de M. Aubergier a été expérimenté soit par M. Rayer, soit par M. Grisolle. Deux pilules ont presque constamment suffi pour déterminer le sommeil. Les avantages de ce mode d'administration sur l'emploi des solutions, telles que les divers laudanums, n'échapperont à personne. Ces pilules se dissolvent très facilement dans l'eau. On peut compter le nombre que l'on met dans un lavement, par exemple, et l'on se rend mathématiquement compte de la dose que l'on administre, tandis que l'on peut toujours se tromper sur le nombre de gouttes de liquide et, à plus forte raison, sur leur volume.

» Ainsi, avec les pilules d'extrait d'opium de M. Aubergier, rien n'est plus facile que de composer des potions calmantes contenant une dose précise d'opium, de lavemens opiacés dont la puissance narcotique est toujours identique, et l'on n'a plus à craindre ces erreurs trop fréquentes où le nombre des gouttes de laudanum est compté d'une manière inexacte soit dans les lavemens, soit dans les potions.

» Il suffit, en effet, si l'on veut administrer 1 centigramme d'extrait d'opium seulement, de faire dissoudre dans de l'eau une pilule de 1 centigramme d'extrait d'opium d'Aubergier; elle se dissout immédiatement et sans résidu.

» Pour les usages à l'extérieur et pour remplacer les linimens ou frictions opiacées, la teinture d'opium de pavots pourpres solide de M. Aubergier remplit toutes les indications, elle contient le centième de son poids d'extrait d'opium de pavots pourpres.

» Il est facile de se rendre compte des avantages que pourra présenter dans la pratique, pour l'emploi extérieur, une préparation solide à froid, et se liquéfiant à la température du corps humain et dont on pourra mesurer la dose par le volume. Quel avantage n'aura pas une préparation homogène sur ces mélanges toujours imparfaits d'huile et de laudanum, qui font qu'à chaque friction la proportion de l'huile ou du laudanum varie?

» Elle contribuera à rendre les empoisonnemens par les linimens opiacés beaucoup plus difficiles, si même elle ne les rend tout à fait impossibles. Ce point de vue a une grande importance lorsqu'il s'agit de mettre entre les mains et à la portée d'un malade une quantité beaucoup plus grande d'un médicament que celle qui serait mise à sa disposition pour être prise à l'intérieur. »

Opium ou affium indigène de pavots pourpres.

Faites des incisions longitudinales légèrement inclinées aux capsules du pavot pourpre, lorsqu'elles ont atteint leur développement complet; et avant qu'elles passent de la couleur verte à la couleur jaune, recueillez immédiatement avec le doigt, dans un verre, le suc laiteux qui s'écoule; répétez ces incisions par intervalles jusqu'à ce qu'elles aient embrassé toute la circonférence de la capsule.

Réunissez le produit de la récolte dans de larges vases à fond plat; exposez-le au soleil jusqu'à ce qu'il ait acquis une consistance assez ferme pour pouvoir être divisé en pains de 50 grammes. Laissez les pains exposés au soleil et à l'air jusqu'à ce qu'ils puissent être enveloppés dans des feuilles de papier huilé sans s'y attacher.

Cet opium contient le dixième de son poids de morphine.

Extrait d'opium de pavots pourpres.

Coupez 500 grammes opium de pavots pourpres par tranches: versez dessus 6 litres d'eau distillée froide, au bout de douze heures malaxez l'opium, et après douze nouvelles heures de macérations, passez et exprimez. Soumettez le marc à une nouvelle macération dans 6 parties d'eau froide et passez encore avec expression. Décantez les liqueurs et évaporez-les au bain-marie en consistance d'extrait. Versez sur cet extrait 4 kilos d'eau distillée froide, agitez de temps en temps pour faciliter la dissolution, passez les liqueurs et faites évaporer en consistance d'extrait pilulaire.

Cet extrait contient un cinquième de son poids de morphine.

Teinture d'opium de pavots pourpres.

Extrait d'opium de pavots pourpres.	10 grammes.
Alcool à 56° centésimaux.	1 kilog.

Faites dissoudre l'extrait d'opium de pavots pourpres dans l'alcool et filtrez la solution.

Pour obtenir une teinture solide à froid, propre exclusivement à l'usage extérieur, diminuez de 120 grammes la quantité d'alcool et remplacez-le par un poids égal de savon animal, que vous ferez dissoudre au bain-marie. Additionnée de savon, cette teinture doit prendre le nom de baume, suivant les usages de la nomenclature pharmaceutique.

Sirop d'affium indigène de pavots pourpres.

Affium de pavots pourpres. .	1 gramme 5 décig.
Eau.	500 grammes.
Sucre blanc.	1 kilog.

Faites dissoudre l'affium de pavots pourpres dans l'eau; filtrez la solution; faites-y dissoudre le sucre, et filtrez le sirop au papier.

10 grammes ou deux cuillerées à café de ce sirop contiennent 1 centigramme d'affium indigène et 1 milligramme de morphine.

Ce sirop, que l'on pourrait aromatiser soit avec l'eau de laurier-cerise, soit avec toute autre eau aromatique, est destiné à remplacer le sirop de pavot blanc et à être administré à la place des potions à base de sirop d'opium, et dont l'action est aussi incertaine que celle des élémens qui entrent dans leur composition.

La composition du sirop de pavot blanc, la quantité de morphine qu'il contient, est nécessairement variable comme celle de l'extrait de pavot qui en est la base, et dans lequel divers observateurs ont trouvé depuis 1/2 jusqu'à 3 p. 100 de morphine. On comprend quelle incertitude doit régner sur la composition d'un sirop préparé avec un tel extrait. Lorsqu'il a pour base un extrait contenant 1 p. 100 de morphine, il renferme un dix-millième de cet alcaloïde; c'est précisément la quantité que contient constamment le sirop d'affium de pavots pourpres.

On aurait donc une préparation équivalente, mais bien plus constante dans sa compsition, et par conséquent dans ses effets. Comme elle surtout employée dans la médecine des enfans, il importe de pouvoir compter sur la régularité de composition et d'effet.

Pour ce sirop consacré par l'Académie, il est important de conserver le nom de sirop d'affium indigène de pavots pourpres, pour qu'il ne puisse exister aucune confusion entre ce sirop et le sirop d'opium du *Codex*.

Le sirop d'affium de M. Aubergier peut remplacer de la manière la plus heureuse les potions calmantes journellement prescrites; il a sur elles l'avantage d'une parfaite conservation.

L'importance et la grande utilité pratique du sujet excuseront facilement, auprès de nos lecteurs, l'étendue que nous avons donnée à l'appréciation des travaux de l'honorable professeur de Clermont.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

LETTRES SUR QUELQUES-UNES DES MALADIES LES PLUS COMMUNES DE L'UTÉRUS.

Par le docteur G. Richelot.

Deuxième Lettre (1).

A M. le docteur James-Henry Bennett, *membre du Collége royal des médecins de Londres*, etc.

Très savant confrère,

Je vous ai raconté, dans ma première lettre, un fait qui, ainsi que je vous le disais en terminant, présente plusieurs circonstances d'un grand intérêt.

Je vous signalerai d'abord la profonde obscurité qui règne sur l'étiologie de cette grave et curieuse maladie. Si nous pouvions toujours remonter à la cause ou aux causes des maladies soumises à notre traitement, nous aurions à notre disposition une source féconde d'indications thérapeutiques. Mais ici, en particulier, peut-on rapporter l'affection morbide que je vous ai décrite à une cause appréciable?

Invoquerons-nous l'hérédité? Pour ne rien omettre, j'ai dit que la mère de ma jeune malade avait été tourmentée longtemps par une affection morbide de l'utérus. Mais il n'y avait aucun rapport entre cette affection superficielle et peu grave, et la tumeur saignante de la lèvre postérieure du museau de tanche chez la jeune fille. On ne peut s'arrêter un seul instant à ce point de vue étiologique.

La malade n'était pas seulement vierge physiquement. Elevée dans la piété la plus pure et la plus éclairée, au sein d'une famille vertueuse, par une mère qui ne l'avait jamais quittée, elle n'avait pu être soumise à l'influence d'aucune cause excitante ni morale, ni matérielle. Il faut donc encore renoncer à diriger ses recherches vers cet ordre de causes.

Si nous nous enquérons du mode d'éducation physique et intellectuelle de la jeune fille, en un mot, si nous cherchons à apprécier les détails de son hygiène, nous trouvons notre malade entourée, pendant toute sa vie, des conditions salutaires qui découlent de l'opulence tempérée et secondée par l'intelligence et le bon sens pratique.

Les causes accidentelles manquent aussi complétement que les autres. On n'a pu constater ni chute, ni fatigue extraordinaire, ni émotions morales, etc.

(1) Voir l'Union Médicale du 26 décembre 1854.

11° *Revue thérapeutique, journal des connaissances médico-chirurgicales* (bi-mensuelle). Rédacteur en chef: M. Martin-Lauzer, qui fait des efforts louables et fructueux pour maintenir ce journal dans la bonne position que ses fondateurs, MM. Trousseau, Gourand et Lebaudy lui avaient acquise. Doctrines vitalistes.

12° *Revue médicale* (bi-mensuel). Dirigée par MM. Cayol et Sales-Girons. Le doyen des journaux de médecine français. M. Cayol est un des polémistes les plus vigoureux de notre époque. Journal spécialement consacré à la propagation du vitalisme hippocratique.

13° *Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie* (bi-mensuel). Rédacteur en chef: M. Caffe. Direction intelligente et choix intéressant de matériaux. M. Caffe s'est donné la pieuse spécialité de consacrer une petite notice nécrologique à tous les membres du corps médical que la mort nous enlève.

14° L'*Abeille médicale* (tri-mensuel). Rédacteur en chef: M. Comet. Cette abeille butine avec intelligence et discernement; mais elle a un aiguillon.

15° *Annales de chimie et de physique* (mensuel). La médecine n'y tient qu'une place accessoire.

16° *Annales des sciences naturelles* (mensuel). *Id.*

17° *Annales des maladies de la peau et de la syphylis* (mensuel). Rédigées par MM. Cazenave et Chausit. Publication que je crois interrompue, et c'est dommage.

18° *Archives générales de médecine* (mensuel). Rédacteurs: MM. Follin et Lassègue. Recueil précieux, le seul, à vrai dire, qui puisse accueillir les mémoires étendus et les monographies. Critique sérieuse et soignée. École anatomique sans mélange.

19° L'*Art médical* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Tessier. Journal consacré aux doctrines homœopathiques. J'ai eu récemment sous les yeux un numéro de ce journal, et, doctrines à part, j'y ai trouvé une discussion calme et polie.

20° *Journal de chimie médicale* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Chevallier. En dehors des parties techniques du journal, on trouve une revue toujours intéressante et bien faite de toxicologie et de jurisprudence professionnelle. La falsification des denrées alimentaires et médicinales trouve dans l'honorable M. Chevallier un terrible et courageux adversaire.

21° *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Lucas-Championnière. Journal très bien fait et digne de sa vieille réputation. Vitalisme modéré.

22° *Journal de pharmacie et de chimie* (mensuel).

23° *Recueil vétérinaire de médecine pratique* (mensuel).

24° *Répertoire de pharmacie* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Bouchardat.

25° *Revue médico-chirurgicale de Paris* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Malgaigne. La plume savante et féconde de M. Malgaigne pourrait alimenter une périodicité plus fréquente. Traductions importantes de mémoires étrangers. Discussions philosophiques d'un grand intérêt, mais trop rares.

26° *Revue scientifique et industrielle* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Quesneville. Ce journal contient une partie médicale souvent très piquante.

27° *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (tous les deux mois). Ancienne et grande réputation qui se soutient.

28° *Annales médico-psychologiques* (tous les trois mois). Recueil d'un haut intérêt et qui jouit à l'étranger d'une grande considération.

29° *Archives d'ophthalmologie* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Jamain, qui dirige avec intelligence un recueil consacré, comme son titre l'indique, à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie oculaire.

Telles sont nos richesses parisiennes, et j'en ai oublié peut-être, ce dont je fais mille excuses.

Dans les départemens, pas tout à fait même abondance, mais cependant récolte suffisante.

30° La *Gazette médicale de Montpellier* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Chrestien, polémiste alerte et toujours sur la brèche. Entre autres bonnes choses, ce journal publie les leçons de physiologie de M. Lordat, lecture du plus haut intérêt.

31° La *Revue thérapeutique du Midi* (bi-mensuel). Rédacteur en chef: M. L. Saurel. Journal qui, malgré son titre essentiellement pratique, ne néglige pas la haute critique médicale, toujours très courtoisement traitée sous la plume de M. Saurel. (Montpellier.)

32° Les *Annales cliniques de Montpellier* (?). Rédacteur en chef: M. Alquié. Je ne connais pas ce recueil, qui ne nous a pas fait l'honneur de nous proposer l'échange.

33° La *Gazette médicale de Strasbourg* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Eissen. Très bon recueil et l'un des plus riches en travaux originaux. Critique spirituelle et souvent très juste de l'anatomisme de Paris et de l'ontologisme de Montpellier. Petit reflet germanique qui n'est pas sans attraits.

34° La *Gazette médicale de Lyon* (bi-mensuel). Rédacteur en chef: M. Barrié. Incontestablement le meilleur journal de médecine des départemens. Organe officiel de la médecine lyonnaise, ce journal a pour collaborateurs tous nos confrères éminens de cette grande cité, si riche en ressources scientifiques. Direction sérieuse et savante donnée par son honorable rédacteur.

35° *Journal de médecine de Toulouse* (mensuel). Rédacteurs en chef: MM. Dassier et Gaussail. Très ancienne publication qui se maintient à un rang honorable. Articles piquans intitulés *Curiosités médicales*, dues à la plume spirituellement érudite de M. Desbarreaux-Bernard.

36° La *Gazette médicale de Toulouse* (mensuel). Rédacteurs en chef: MM. Guiltard et Giscaro. Plus nouveau venu dans la carrière perilleuse du journalisme, ce recueil mérite les encouragemens des amis de la science médicale.

37° *Journal de médecine de Bordeaux* (mensuel). Rédacteur en chef: M. Costes. Les travaux des médecins de cette grande et belle ville sont exactement reproduits dans ce recueil, dirigé avec une grande intelligence et une indépendance complète du joug des écoles.

38° *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure.*

39° *Journal de la Société de médecine d'Indre-et-Loire.*

40° *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers.*

Trois recueils qui nous tiennent au courant des efforts et du zèle des honorables confrères faisant partie de ces Sociétés utiles où s'entretient l'amour de la science et le feu du progrès.

Est-ce tout? Non, sans doute, et ma mémoire est probablement infidèle.

Mais, que de science, de talent, d'esprit et de verve, de bonnes et généreuses intentions, d'idées grandes et utiles, d'indications précieuses, d'applications immédiates jetées tous les jours, et avec une prodigalité sans mesure, au corps médical! Et qu'il est réellement coupable le médecin qui, au milieu de ces flots de lumière, reste volontairement dans l'obscurité!

Mais aussi, que de bien pourrait faire cette presse médicale française si savante, si vaillante et si dévouée, si elle le voulait! Ah! mes chers et honorables confrères de la presse, si nous nous réunissions, si nous concertions nos efforts, au lieu de nous jalouser et de nous tirer aux jambes, au lieu de vivre dans ce froid et stérile individualisme qui nous divise et qui paralyse nos efforts communs!....

Vœu timide, timidement exprimé, et que je recommande à toute votre indulgence.

Amédée Latour.

Ainsi, nous sommes amené à dire que cette maladie avait sa source dans l'organisation propre de la malade. Mais par quel mécanisme et sous quelle influence spéciale, générale ou locale, le tissu de la lèvre postérieure de la matrice s'est-il altéré? Je crains bien qu'on ne puisse répondre à cette question que par des hypothèses plus ou moins ingénieuses?

J'ai cherché à vous faire connaître la constitution particulière de ma malade. Je vous ai dit qu'elle est d'une taille très élevée, qu'elle a un embonpoint considérable, que ses chairs sont blanches, en un mot, qu'elle présente au plus haut degré le tempérament, la constitution lymphatique. C'est cette organisation qui nous offre les exemples les plus fréquens de productions anormales. Dans cette condition organique générale, au moment du développement de la puberté, lorsqu'une impulsion vitale nouvelle a été imprimée aux organes de la génération, il s'est fait une sorte de végétation anormale, exubérante, que l'on peut comparer, jusqu'à un certain point, au développement morbide des bourgeons charnus qui, dans une plaie, se gonflent, se ramollissent, et saignent au moindre attouchement.

Malheureusement, les considérations qui précèdent présentent peu d'utilité au point de vue du traitement, soit curatif, soit prophylactique.

Pour le traitement curatif, dira-t-on que si la maladie était essentiellement liée à la nature particulière de l'organisation de la malade, il fallait agir sur l'ensemble de la constitution? C'est ce qui a été fait d'abord, avec un grand soin et par l'emploi des moyens les plus propres à modifier favorablement la constitution, exercice au grand air, séjour à la campagne, bains de mer, régime tonique, etc., etc. Or, tous ces moyens ont été sans efficacité. Et il devait en être ainsi. La maladie, quelle qu'ait pu être la prédisposition des tissus de l'économie, était entièrement locale; elle s'était développée dans un point circonscrit, sous l'influence de l'évolution naturelle des organes génitaux. Le nœud de la question était dans le diagnostic local; de ce diagnostic devaient découler les indications fondamentales; un traitement local était impérieusement réclamé. Je reviendrai sur ce point.

Quant au traitement prophylactique, le tempérament lymphatique étant constaté, à quel signe reconnaîtra-t-on la disposition à une pareille maladie? Jusqu'à quel point les lois de l'hygiène bien appliquées et secondées par l'administration des médicamens appropriés, pourront-elles, en modifiant la constitution générale, mettre à l'abri du développement de cette maladie? Il y a là un sujet d'étude d'autant plus intéressant, que loin de se borner à des recherches de pathogénie, on se trouvera nécessairement entraîné vers les questions les plus importantes et les plus utiles à élucider touchant l'organisation et les conditions de la vie.

Je dirai maintenant quelques mots seulement sur la nature de la maladie.

(La suite à un prochain no.) G. RICHELOT.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DU CHOLÉRA CUTANÉ OU SUDORAL;

Par le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

Dans une maladie aussi cruelle que le choléra épidémique, dont la cause est inconnue, le mode de propagation contesté, le traitement incertain, où tout n'est qu'obscurité si on en excepte les symptômes, le diagnostic et les funestes résultats; il est du devoir de tout médecin de signaler les lueurs, si faibles qu'elles soient, qu'il croit distinguer dans cette profonde nuit, afin que, les concentrant au foyer du génie, un jour peut-être, un homme supérieur puisse en faire jaillir une vive lumière.

La vérité naît, par aventure, du hasard; parfois de l'empirisme; ordinairement elle est le fruit de longues investigations, des observations attentives, des expériences soutenues, des hypothèses successives propres à coordonner le plus grand nombre des faits. C'est dans cette dernière voie, la seule scientifique, que s'engagent tous ceux qui cherchent à découvrir du choléra, ce qu'il serait si précieux d'en connaître; de là les travaux incessans des esprits contemporains dont retentissent chaque jour la presse médicale, scientifique, politique même, les Académies, les Sociétés savantes; de là le faible tribut que j'apporte à cette communauté d'efforts.

Depuis que les apparitions de choléra se succèdent à Toulon comme, d'ailleurs, en France et en Europe, l'observation a fait reconnaître des nuances dans chaque épidémie et quelquefois des formes diverses.

Dans une période de dix-neuf ans, le fléau asiatique a trois fois sévi dans notre ville, en 1835, 1849 et 1854.

Dans la première invasion on avait distingué deux formes du mal: le *choléra spasmodique* et le *choléra intestinal*. Les traits caractéristiques de la forme *spasmodique*, choléra *sec, nerveux, tétanique* étaient les suivans: débilité profonde dénotant une atteinte grave portée à l'innervation, névropathies diverses, crampes, mouvemens convulsifs, abaissement du pouls, de la chaleur, dépression de toutes les fonctions, toutefois, sans troubles prononcés des voies digestives et de la peau, sans vomissemens ni diarrhée, sans sueurs considérables; la vie s'éteignait promptement dans les premières étreintes du mal.

La forme *intestinale*, bien plus commune que la précédente, se révélait par des phénomènes nerveux moins sérieux au début et surtout par la prédominance des troubles de la digestion, par la diarrhée prémonitoire, les vomissemens, etc., etc.

En 1849 et 1854, à ces deux formes s'en est jointe une troisième, le *choléra cutané* ou *sudoral*, qui se distingue des deux autres par des symptômes nerveux particuliers, des sueurs très abondantes, l'absence des vomissemens, des selles ou leur peu d'importance, l'intermittence de sa marche et par sa longue durée.

Frappé moi-même dans les deux épidémies de cette forme nouvelle du fléau indien, je vais en faire l'histoire d'après les documens que j'ai recueillis sur moi-même, sur plusieurs médecins de la marine et sur un assez grand nombre d'habitans.

Le choléra cutané débute le plus souvent sans phénomènes précurseurs. Au milieu d'une santé parfaite, fréquemment la nuit, avant ou après les repas, le malade est subitement atteint de faiblesse profonde, de défaillance imminente, de syncope ou d'une sensation particulière par lui comparée à une commotion, à un ébranlement, à un choc électrique, etc., qu'il rapporte quelquefois à la nuque et dont le siége résiderait au bulbe rachidien, d'après les observations personnelles qu'ont bien voulu me communiquer MM. Gazias, P. Laure, Ch. de Lespinois chirurgiens de la marine. En éprouvant ces sensations variées, pénibles et soudaines, bientôt suivies de pâleur de la face, de prostration, de refroidissement, d'altération de la voix, de ralentissement du pouls, parfois de nausées et d'envie d'aller à la garde-robe, les malades, surpris et alarmés, déclarent qu'ils ont le choléra. Après une période de sédation pleine d'angoisses, d'anxiété, et dont la durée varie entre quelques instans et plusieurs heures, la réaction apparaît, le pouls se relève, la chaleur gagne tout le corps, d'où ne tarde pas de ruisseler une intarissable sueur. Cette sueur, sans odeur spéciale ni coloration particulière, est ordinairement si abondante que pendant toute une nuit, des journées entières, les malades changent à chaque instant de linge et que, souvent, les objets de couchage en sont traversés.

Cependant, peu à peu, la transpiration diminue, la chaleur s'abaisse et il reste un grand accablement: la face terreuse est profondément altérée; les membres inférieurs brisés et comme contus aux mollets, aux jarrets, au tiers inférieur des cuisses, ne sont plus que de débiles soutiens où se montrent des crampes légères. Il y a de l'inappétence, une insomnie opiniâtre, une courbature générale, des névralgies diverses parmi lesquelles la sensation à l'épigastre d'un *clou*, d'une *barre*, d'une *plaque* est la plus incommode, la plus fréquente et la plus tenace.

Cet état pénible se maintient quelques jours et ne s'affaiblit que lentement: enfin, l'appétit se réveille un peu, le malade dort quelques heures et les forces semblent renaître, lorsque tout à coup reparaissent des phénomènes graves presque en tous points semblables à l'invasion du mal: le sommeil est brusquement interrompu, et l'on voit se dessiner successivement les troubles nerveux divers, la réaction, les sueurs et le cortége de tous les symptômes de prostration consécutive dont j'ai déjà parlé.

Cette seconde attaque du mal diffère toujours un peu de la première, dont elle conserve cependant les traits caractéristiques; c'est ainsi que le choc électrique est remplacé par un état *courbatural* spécial, par des douleurs musculaires fixes, des tressaillemens vibratoires dans des portions isolées du système nerveux, quelquefois par une sorte d'*aura* qui procède tantôt des nerfs périphériques vers les centres, tantôt des centres vers la périphérie, quelquefois du cerveau vers le plexus épigastrique ou de celui-ci vers le cerveau. Du reste, la prostration reparaît ainsi que la migraine, le torticolis, la cardialgie, la gastralgie, l'inappétence, les nausées, l'insomnie, l'anxiété, l'inaptitude aux mouvemens et aux occupations de l'esprit.

La souffrance, l'accablement, les sensations morbides variées, l'indéfinissable malaise que les malades ressentent perdent peu à peu de leur intensité, et c'est encore quand ils commençaient à se féliciter d'un mieux réel qu'un nouvel accès surgit inopinément, toujours empreint du cachet originel, malgré les variations que ses symptômes peuvent présenter. Au milieu des névropathies innombrables qui les assiégent alors, ils distinguent très bien celles qu'ils ont déjà eues au début, toujours plus constantes que les dernières; c'est par les douleurs qu'ils ressentent dans certains muscles du dos, du cou, des membres, dans certaines parties de la tête, de l'intestin qu'ils reconnaissent que les nouveaux accès qui se manifestent ne sont que la réapparition de la même maladie malgré la présence de symptômes nouveaux. C'est ainsi qu'aux phénomènes nerveux si variables, déjà décrits, se joignent parfois une impressionnabilité excessive commandant le silence et le repos; que le tact s'émousse, que le sens de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la vue même s'exaltent, se pervertissent; que la céphalalgie dont le siége est variable se révèle par une infinité de sensations morbides; que le sommeil, bien plus fatigant que la veille, est mille fois interrompu par des idées fixes, bizarres, au point que, fréquemment, les malades se lèvent pour mettre fin à cet état qui les énerve. L'épigastralgie, si fréquente, s'accroît par la compression des vêtemens, par la vacuité de l'estomac, augmente, diminue ou disparaît par les médicamens antispasmodiques et par les alimens. Des vertiges, sorte d'ivresse, de mal de mer, qui rendent la station mal assurée et la marche incertaine, se montrent par intervalles et durent pendant plusieurs heures sans coloration de la face, sans plénitude ni accélération du pouls. Les sensations de chaleur et de froid se succèdent sans cause apparente: les malades se sentent doués d'une grande résistance au froid, ou bien, disposés à se refroidir.

Quelquefois on observe de la diarrhée bientôt suivie de constipation, toujours des gargouillemens, une grande abondance de gaz dans l'estomac et l'intestin. La langue est large, blanche, muqueuse; la salive aqueuse remplit incessamment la bouche. Il y a des bâillemens fréquens, incomplets, n'arrivant pas à satisfaction entière du besoin, des palpitations de cœur, des battemens artériels, de l'oppression; la respiration est gênée par la dilatation incomplète du thorax. Les urines, sécrétées en moins grande quantité pendant les accès, deviennent claires et limpides dans leur intervalle: je n'ai jamais observé leur suppression. La rate reste dans son état normal.

C'est sous la forme intermittente que je viens de décrire et avec la physionomie et les variations de symptômes indiquées que le choléra cutané se montre pendant toute une épidémie sur les sujets qu'il a déjà atteints, sinon avec une périodicité parfaite, du moins avec une désespérante opiniâtreté. Chez quelques personnes, au début, les accès se manifestaient tous les jours et n'offraient qu'une rémission momentanée; chez d'autres, ils apparaissaient tous les deux, quatre, cinq ou huit jours avec une véritable périodicité. En général, ils diminuaient de fréquence, d'intensité et de régularité à mesure qu'on s'éloignait du premier; on a cependant observé qu'ils acquéraient plus de force les jours de l'épidémie où la mortalité était plus grande par suite d'une recrudescence dans la forme intestinale: ce qui est encore digne de remarque, c'est qu'à vingt-quatre heures près, ils se montraient simultanément chez tous les individus atteints de la forme cutanée.

En général, au début du fléau, l'intermittence était ordinairement plus complète, ainsi que vers son déclin; mais à son apogée, on n'observait souvent qu'une simple rémission; de sorte que, dans cette période, les malades restaient des semaines entières en proie à des angoisses inexprimables.

Mais il s'en faut que le choléra cutané ait revêtu toujours la même physionomie et présenté la même intensité; les nuances qu'il nous a été donné de saisir constituent de nombreux degrés, ainsi:

Quelques personnes n'ont éprouvé qu'une seule fois un léger malaise et une sueur insolite très abondante.

Chez d'autres, la sueur a été précédée et suivie d'un accablement plus ou moins prononcé.

Un troisième ordre de malades a vu cette première atteinte légère se reproduire à des intervalles irréguliers.

Il est des individus chez lesquels le choléra cutané a débuté par une syncope, bientôt suivie de chaleur et de sueurs très grandes, de prostration extrême, et qui, sous forme d'accès, ont vu cinq ou six fois se reproduire le mal avec quelques variations dans les symptômes.

Dans quelques cas, le choléra cutané a offert deux ou trois accès seulement, mais plus graves.

Enfin, plus rarement, les accès nombreux ont été forts pendant toute l'épidémie.

L'énergie de certains malades, l'indifférence de quelques-uns, la terreur du plus grand nombre, avaient assez peu d'influence sur l'intensité, la marche et le retour des accès; j'ai cependant observé que les intervalles qui les séparaient étaient rendus plus pénibles par la fatigue et les émotions.

Le choléra cutané paraît avoir attaqué de préférence les adultes, et indifféremment les hommes ou les femmes; je ne l'ai pas remarqué chez les enfans ni les vieillards. Rien ne mérite d'être noté sous le rapport des tempéramens, des professions ou des habitudes.

(La suite à un prochain numéro.)

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Dix-septième Leçon.

SOMMAIRE. — Où et comment se forment les différentes parties de l'œuf. — Êtres jumeaux; monstruosités. — Œufs hardés. — Prétendus œufs de coq. — Développement du nouvel être dans la cicatricule. — Caractère propre de la vie fœtale.

Je vous ai fait connaître la structure de l'œuf de la poule. Des parties qui le composent les unes sont *principales*, savoir: la cicatricule, le vitellus et sa membrane. Les autres peuvent être considérées comme *adventices;* ce sont: la coquille, la membrane calcaire, le blanc et les chalazes. Les parties principales sont déjà formées, et il n'y a qu'elles qui le soient, quand l'œuf est dans l'ovaire. Voici comment se forment les parties adventices: l'œuf, détaché de l'ovaire, s'engage dans le pavillon de l'oviducte; il y chemine en produisant une certaine excitation, par suite de laquelle la membrane muqueuse, qui tapisse intérieurement l'organe, sécrète une matière albumineuse. Cette matière enveloppe le vitellus et forme d'abord une membrane et les prolongemens tordus de cette membrane ou les chalazes, puis le blanc lui-même et la membrane calcaire. Parvenu à l'extrémité de l'oviducte et près d'être expulsé, l'œuf se revêt d'une autre sécrétion composée en grande partie de carbonate calcaire et qui forme la dernière enveloppe, la coquille.

Il arrive quelquefois que l'on trouve dans la même coquille deux œufs;

c'est qu'ils ont parcouru ensemble l'oviducte et qu'ils y ont reçu une enveloppe commune. Qu'on soumette cet œuf double à l'incubation : si les deux œufs ont été fécondés et s'ils peuvent se développer librement, il sortira de la même coquille deux jumeaux. Mais si la coquille est trop étroite, ils se trouveront pressés l'un contre l'autre ; les parties soumises au contact, ne pouvant se développer, seront d'abord comprimées, atrophiées, et puis résorbées ; les deux êtres se souderont, le plus souvent vers le tronc, et nous n'aurons plus qu'un être composé de deux êtres incomplets. Le poulet, avec un seul tronc, aura quatre pattes, deux têtes, etc.

Je viens d'indiquer une des causes qui produisent les monstruosités : il en est beaucoup d'autres, et toutes les fois que l'on remonte à la source, l'explication d'une monstruosité se trouve naturellement. On peut, en quelque sorte, ramener le monstre à la règle.

Beaucoup de poules produisent deux et jusqu'à trois œufs par jour. Il arrive alors que, l'oviducte ne pouvant plus sécréter assez de carbonate calcaire pour envelopper tous les œufs, les derniers pondus n'ont pas de coquille. Ce sont ces produits que l'on appelle des œufs *hardés*.

Pour en finir avec ces faits préliminaires, je dirai quelques mots du préjugé répandu dans les campagnes, savoir : que les coqs pondent des œufs et que ces œufs renferment de petits serpens.

L'illustre chirurgien La Peyronie ne dédaigna pas d'étudier le fait, et il l'expliqua dans un mémoire intitulé : *Sur les petits œufs de poule sans jaune que l'on appelle vulgairement œufs de coq*. Il n'eut pas de peine à prouver que les coqs ne produisent pas d'œufs. Le fait se réduit à ceci : les vieilles poules pondent quelquefois des œufs imparfaits ; la portion qu'eût dû former l'ovaire n'est pas fournie ; point de vitellus ni de cicatricule. Il ne se forme que les parties sécrétées par l'oviducte, c'est-à-dire le blanc et la coquille. Voilà les prétendus œufs de coq ; les petits serpens sont tout simplement les chalazes.

Je passe à l'examen de la cicatricule.

Fabrice d'Acquapendente, le maître d'Harvey, est le premier qui l'ait remarquée ; mais il ne lui donnait pas d'autre importance que celle que son nom indique. Il croyait que l'œuf était attaché à l'ovaire par un pédicule, et que, le pédicule venant à se rompre, il se produisait sur l'œuf une cicatrice. De là le nom de *cicatricule* qu'il donna à cette partie de l'œuf ; et, tout impropre qu'il est, ce nom a été conservé. Harvey, doué d'un coup d'œil plus profond, vit bien que c'était dans ce point, et dans ce point seul, que devait se développer le fœtus, et il lui donna le nom de *vésicule du germe*.

Avant l'incubation, que l'œuf soit fécondé ou non, la cicatricule ne présente qu'une tache blanchâtre, un cercle mal défini. Si l'œuf n'est pas fécondé, il ne tarde pas à se corrompre. S'il est fécondé, l'incubation produit une série de phénomènes, de merveilles.

Pour amener ces merveilles, que faut-il ? Un peu de chaleur. Ce que la mère donne à l'œuf, en le couvant, c'est uniquement de la chaleur. Aussi, les œufs d'une espèce peuvent-ils être couvés par les femelles d'une autre espèce ; par exemple, les œufs d'une cane par une poule, et réciproquement. Toute chaleur est bonne pour cet usage, qu'elle vienne d'un animal ou d'ailleurs. On comprend, dès lors, les incubations artificielles.

Les anciens Égyptiens connaissaient un procédé d'incubation artificielle ; il s'est transmis à travers les âges, et encore aujourd'hui il fait l'objet d'une véritable industrie dans quelques villages, près du Caire.

En Europe, l'incubation artificielle a été découverte par Réaumur. Personne n'ignore que c'est à lui que nous devons l'instrument qui mesure la chaleur, le thermomètre. Newton en avait donné le principe ; Réaumur le rendit d'une application sûre et facile par le choix heureux des deux points extrêmes de la graduation, celui de la congélation de l'eau et celui de son ébullition, points toujours fixes dans les mêmes circonstances. Il eut l'idée de mesurer avec son thermomètre la température qu'une poule communique à l'œuf ; il trouva + 32°, à peu près + 38° centigrades. Il essaya ensuite de soumettre des œufs à cette température, conservée la même, pendant le nombre de jours que comprend l'incubation naturelle. L'éclosion eut lieu.

Aujourd'hui l'éclosion artificielle est d'une pratique vulgaire.

L'œuf de la poule demande une incubation de 21 jours. Voyons ce qui va se produire dans les six premiers jours :

C'est la cicatricule qui sera, nous l'avons dit, le théâtre des évolutions de l'œuf. Vingt-quatre heures après l'incubation, la cicatricule s'est agrandie, elle est entourée de cercles que leur apparence a fait appeler *halos*, terme emprunté à l'astronomie. Ces halos sont les vaisseaux rudimentaires de la membrane du jaune. Les deux feuillets de cette membrane sont écartés l'un de l'autre par un liquide limpide, au milieu duquel apparaît distinctement le linéament du nouvel être. Un pointillé rouge se remarque sur les halos. Troisième jour : Un très beau réseau vasculaire couvre les halos ; il résulte du développement des vaisseaux omphalo-mésentériques ; c'est l'*image veineuse* des anciens. Le fœtus se dessine sous la forme d'un croissant, au centre duquel est un globule sanguin qui saute, *punctum saliens* ; c'est le cœur. Aristote avait vu avec admiration ce *point qui saute* dans l'œuf de l'oiseau. Harvey l'observa dans l'œuf du mammifère, et son ravissement fut tel, qu'il courut chercher le roi Charles Ier, pour lui faire contempler la merveille.

Quatrième jour : Le fœtus est plus développé ; son canal intestinal apparaît ; l'*allantoïde*, qui avait déjà paru, croît rapidement ; l'*amnios* est formé.

Le sixième jour, la vésicule du germe présente le nouvel être complet.

Ce nouvel être sera un jour l'être adulte ; mais, quant à présent, il s'en distingue par des caractères fondamentaux.

On croit communément que la différence entre le fœtus et l'adulte ne consiste que dans la taille ; ainsi, le fœtus du cheval serait, tout simplement, un cheval en petit. Non, la différence est plus profonde. La vie fœtale a toute une organisation qui lui est propre. Il y a des organes fœtaux, il y a des organes d'adultes. Ceux-ci sont, en quelque sorte, des organes de rechange.

Remarquons que la vie animale (locomotion, vue, audition, etc.) est encore assoupie dans le fœtus. Il n'y a que la vie végétative qui soit en action, et elle s'exerce par des organes qui sont autres que ceux de la vie végétative de l'adulte. Ainsi, il a une peau extérieure, l'amnios, qui n'est pas la peau de l'adulte ; il respire, à sa façon, par les vaisseaux omphalo-mésentériques d'abord, puis par les vaisseaux ombilicaux ; il a une poche extérieure pour recevoir l'excrétion des urines, l'allantoïde. Ce sont toutes ces parties qui constituent l'œuf. Nous pouvons définir l'œuf : *l'ensemble des organes temporaires du fœtus*.

(La suite du cours prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 27 Février 1855.— Présidence de M. JOBERT DE LAMBALLE.

Résultats de la culture de l'opium indigène.

M. AUBERGIER, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand, lit sous ce titre le mémoire suivant :

La bienveillance avec laquelle l'Académie a bien voulu accueillir mes travaux, les encouragemens que j'en ai reçus, me font un devoir de lui faire connaître le résultat des efforts que j'ai faits pendant les deux années qui viennent de s'écouler pour faire passer d'une manière générale dans la pratique agricole les résultats des recherches qui ont été sanctionnées par sa haute approbation.

Pour y parvenir j'avais à choisir entre deux manières de procéder.

Affermer des terres, et les faire cultiver sous ma surveillance directe, ou m'entendre avec un certain nombre d'agriculteurs qui consacreraient une partie de leurs champs à la culture du pavot, et me les livreraient au moment favorable pour la récolte de l'opium.

Dans le premier cas, j'étais condamné à entrer dans tous les détails, à courir toutes les chances d'une exploitation rurale, que les exigences d'un assolement régulier forceraient à étendre à une surface quatre fois plus considérable au moins que celle qui serait consacrée à l'objet spécial que j'avais en vue.

Dans le second système, non seulement les difficultés d'exécution semblaient au premier abord s'aplanir, mais encore j'espérais pouvoir multiplier à mon gré les centres de production dans le voisinage des localités où la main-d'œuvre serait abondante, et propager ainsi plus rapidement la culture du pavot et la mise en œuvre de mes procédés pour la récolte de l'opium.

C'est à ce dernier parti que je crus d'abord devoir m'arrêter ; mais lorsque je m'appliquai à le mettre en pratique, je m'aperçus, dès le début, qu'il n'était pas exempt de difficultés.

C'est au commencement du mois de mars seulement que j'avais été fixé, la première année, sur la route que j'avais à suivre par le rapport de l'Académie. A cette époque, la plus grande partie des terres qui auraient pu être affectées au pavot étaient consacrées à des cultures dont les semis se font avant l'hiver. Celles qui étaient disponibles étaient vouées à une culture très lucrative en ce moment, celle de la betterave, à laquelle la production de l'alcool permettra de dominer, sans rivalité possible, tant que les ravages de l'oïdium maintiendront ce produit au cours actuel.

Ce ne fut donc qu'à grand'peine et à force de sacrifices que j'ai pu déterminer quelques agriculteurs à cultiver le pavot à mes risques et périls, à la condition de me livrer leurs champs au moment opportun pour la récolte de l'opium et de la graine, moyennant une redevance convenue. Tous me manifestaient la crainte de voir la nouvelle culture épuiser leurs terres dans une plus forte proportion que leurs cultures habituelles. De là d'incroyables exigences qui devaient élever le prix de revient de l'opium bien au-dessus du prix de vente actuel dans le commerce. Je ne pensai pas devoir me laisser arrêter par cette considération. Les circonstances qui motivaient ces exigences étaient essentiellement passagères, la pratique devait contribuer à les atténuer ; le temps devait les faire complétement disparaître. J'avais, d'ailleurs, la confiance que l'importance qu'on doit attacher à l'uniformité de composition, dans un produit tel que l'opium, permettrait d'équilibrer, pendant cette période de transition, le prix de vente avec le prix de revient. Je pensais enfin qu'il était d'autant plus utile de mettre promptement dans le commerce un opium indigène d'une action constamment identique, quel qu'en fût le prix, que l'existence de cette sorte d'étalon, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, devrait amener inévitablement une amélioration dans le produit fourni par l'étranger. L'application des idées que j'ai consignées, en 1846, dans les comptes-rendus de l'Institut, conduira donc, si je ne me trompe, au résultat que M. Chevallier voulait atteindre plus promptement, par une autre voie, lorsqu'il demandait, en 1849, le titrage officiel de l'opium.

Je me croyais arrivé au terme et je n'étais cependant encore qu'au commencement des difficultés qui m'attendaient. Les cultivateurs, sûrs du produit des champs cultivés en pavots, apportaient souvent la plus grande négligence dans les travaux qu'ils exigent, et réservaient tous leurs soins, toute leur attention pour les récoltes dont le prix ne leur était pas garanti d'avance.

Qu'il me soit permis de rapporter à ce sujet une petite anecdote fort caractéristique.

J'avais établi une de mes cultures chez un agriculteur fort intelligent, qui avait obtenu une médaille à notre Société d'agriculture, pour avoir amélioré le blé destiné à la semence, en choisissant chaque année les plus beaux épis. Cet homme me demanda un jour de faire nommer une commission pour visiter ses champs qui, disait-il, étaient en très bon état, où l'on ne trouverait pas une seule mauvaise herbe. Mais vous n'y pensez pas, lui répondis-je, les mauvaises herbes poussent chez vous aussi à l'aise que les bonnes ; voyez-les étouffer ce champ de pavots. Ah ! c'est juste, répliqua mon homme, mais on n'en trouverait pas ailleurs que dans les pavots !

Un autre m'avait donné de confiance une terre exposée aux ravages d'un ennemi plus dangereux que les mauvaises herbes, et dont il devait être plus difficile encore de se délivrer. Une eau stagnante, dans les temps pluvieux, comme l'a été le printemps de 1853, arrêtait toute végétation, et 2 hectares de terre dans ces conditions entraînèrent une dépense de 1,300 fr., qui fut entièrement perdue. Je n'y récoltai ni un litre de graine, ni une once d'opium.

J'ai réuni dans deux tableaux joints à ce mémoire les résultats de mes cultures en 1853 et 1854. Le chiffre des dépenses pour ces deux années y figure pour la somme de 20,404 fr. 80 c. Si l'on en déduit la valeur de 149 hectolitres de graines, qui a été de 4,485 fr. 45 c., celle de 90 kilog. d'opium qui, au cours actuel de 64 fr., serait de 5,796 fr. 86 c., on voit que la perte équivaudrait à la moitié des frais qui ont été faits.

En 1853, sur 12 hectares cultivés en pavots, et qui auraient dû me donner 120 kilog. d'opium et 180 hectolitres de graines, je n'ai obtenu que 45 kilog. de l'un et 56 hectolitres de l'autre, c'est-à-dire le tiers de la récolte sur laquelle j'aurais été en droit de compter, eu égard aux résultats de mes premiers essais faits sur une plus petite échelle. Le prix de revient de l'opium, déduction faite de la valeur de la graine, a varié entre 108 et 173 fr. ; il a été en moyenne de 160 fr.

La campagne de 1854 s'est présentée sous de plus fâcheux auspices encore que celle de 1853. Les exigences des agriculteurs se sont accrues en raison de l'augmentation du prix des céréales et leur négligence a suivi la même progression. Aussi, quoique j'eusse étendu mes cultures à 20 hectares au lieu de 12, ma récolte d'opium n'a atteint que 45 kilog, et la moyenne du prix de revient s'est élevée à 190 f. Cette dernière épreuve a achevé de me démontrer que le mode de propagande que j'avais adopté, et qui aurait pu réussir dans une contrée où la culture du pavot aurait déjà pénétrée dans les habitudes des agriculteurs ; que ce mode, dis-je, ne pouvait être employé avec succès là où cette plante était restée, jusqu'ici, à peu près inconnue. Heureusement qu'en même temps que je me résignais à recourir, pendant une année encore, à des mains étrangères, j'avais senti la nécessité de modifier le plan que je m'étais proposé d'abord. J'avais affermé des terres et les avais fait cultiver moi-même. Quoique le voisinage de la ville donnât à ces terres une valeur locative très élevée, qu'il en résultât également une notable augmentation sur tous les frais de culture, le prix de revient de l'opium s'est abaissé à 80 fr. le kilog.

En profitant de l'expérience du passé pour améliorer les résultats des récoltes à venir, j'ai la conviction que ce prix de revient pourra encore être réduit dans une proportion considérable. J'espère en apporter la preuve l'année prochaine,

Cette espérance me semble d'autant mieux fondée, que le point essentiel de mes expériences est sorti victorieux de toutes ces épreuves. Comme l'a constaté M. Chevallier, qui avait reçu pour cela mission spéciale de la Société d'encouragement, les frais de main-d'œuvre, pour la récolte de l'opium, ont toujours été inférieurs au prix le plus bas qu'ait atteint ce produit dans le commerce. Ils ont varié entre 14 et 24 fr. par kilo. Une seule fois ils se sont élevés à 27 fr., parce que j'avais été obligé d'envoyer des ouvrières étrangères dans une de mes cultures, pour échapper à une coalition qui avait pour objet d'élever les salaires à un taux exorbitant.

L'espérance que je manifeste se réalisera donc infailliblement le jour où les frais d'une culture plus économique et mieux entendue seront couverts par le produit de la graine, résultat sur lequel l'expérience des agriculteurs du Nord permet de compter.

Les 90 kil. d'opium que j'ai recueillis dans la campagne de 1853 et celle de 1854 ont été obtenus dans quinze localités différentes. Un échantillon de l'opium de chaque localité a été analysé séparément par le procédé Guilliermond. Je ferai observer que les liquides filtrés au bout de douze heures de contact avec l'ammoniaque, temps indiqué pour que la précipitation puisse s'opérer d'une manière complète, ont tous abandonné, après la filtration, une forte quantité de morphine, qui a été, comme la première, dissoute dans la potasse pour en séparer la narcotine. Cette morphine, ainsi purifiée, s'est trouvée exister dans des proportions renfermées entre 10 et 11 p. 100 pour onze échantillons. Dans deux échantillons, la proportion était inférieure à 10 p. 100. Dans deux autres échantillons elle était supérieure et s'élevait à 12,176 et à 12,096. Les deux premiers avaient été récoltés trop tard ; les deux autres l'avaient été trop tôt.

On sait que lorsque la récolte a lieu trop tard, non seulement la richesse en morphine de l'opium est moindre, mais encore le rendement de l'opium est beaucoup plus faible ; lorsque la récolte a lieu trop tôt, la richesse en morphine est plus grande ; mais alors les capsules n'ont pas acquis assez de développement pour supporter les incisions sans que la graine puisse en souffrir, et que la récolte de cette dernière, si nécessaire pour couvrir les frais de culture, se trouve compromise ; celles de mes ouvrières qui ont déjà une certaine habitude ne s'y trompent pas et leur coup d'œil est aussi sûr que les indications de la balance. Une autre cause peut élever le titre de l'opium en morphine. Il est toujours plus riche lorsqu'il provient de semis de pavots faits avant l'hiver, que lorsqu'il provient de semis de pavots de printemps ; de l'opium obtenu de semis d'hiver en 1852, m'a donné jusqu'à 14,5 p. 100 de morphine. M. Chevallier a retiré plus encore d'un opium recueilli dans les mêmes conditions.

Il paraît naturel, du reste, que moins les phases de végétation que parcourt la plante ont de durée, plus cette durée est uniforme, plus les produits ont de chance d'être identiques.

Quoi qu'il en soit, la moyenne de la richesse des quinze échantillons provenant des 90 kilog. d'opium recueillis en 1853 et en 1854, est de 10,248. On voit donc qu'il est facile de réaliser, en grand, la production d'un opium présentant le titre que l'Académie a adopté comme type. Si j'insiste sur ce point, ce n'est pas que j'attache une grande importance à des variations qui pourraient se renfermer dans les limites de un ou deux dixièmes ; dans les sciences pas plus qu'ailleurs, comme l'a très bien dit, à ce sujet même, M. Bouchardat : « Le bien absolu n'est pas du ressort de l'homme. »

Lorsqu'on pense que la richesse des opiums répandus dans le commerce qui doivent être considérés comme provenant d'incisions, dont les caractères physiques écartent tout soupçon de fraude, peuvent donner, à l'analyse, une quantité de morphine variant de 3 à 15 pour cent ; on pourrait même dire plus ; que, par conséquent, il peut y avoir entre la richesse de l'opium de deux pharmacies voisines des différences telles que l'opium de l'une contiendrait cinq fois plus de morphine, serait cinq fois plus actif que celui de l'autre ; pourrait-on ne pas considérer comme un très grand progrès un moyen de renfermer ces différences dans les limites de un ou deux dixièmes ? Eh bien, ces variations que je considère, qu'il n'est pas un membre de cette assemblée, j'en suis sûr, qui ne considère avec moi comme insignifiantes, je me crois, plus que jamais, autorisé à dire que je puis les éviter.

Si, sous le rapport du prix de revient, le résultat des deux campagnes de 1853 et 1854 laisse encore beaucoup à désirer, sous le rapport de la constance dans l'uniformité de composition de l'opium, les résultats obtenus continuent à confirmer les espérances qu'avaient fait naître mes premiers travaux. Je ne me laisserai pas décourager par cette différence de prix de revient, parce que j'en connais les causes, que j'ai la conviction qu'il est possible d'y remédier, et que, d'ailleurs, l'Académie m'a donné les moyens d'en supporter les conséquences. Il faudrait ne pas se faire une idée juste des difficultés que présente l'établissement de toute nouvelle industrie, d'une industrie agricole surtout, pour croire qu'on peut échapper aux écoles dispendieuses inséparables d'un début ; cela est si vrai, que lorsqu'un gouvernement veut transporter une industrie d'un pays dans un autre, la première chose qu'il fait, c'est de protéger l'industrie nouvelle en élevant, pour ses produits, les tarifs de douane. N'avons-nous pas un exemple bien remarquable de la nécessité de cette protection, des miracles qu'elle peut réaliser dans l'industrie du sucre de betterave ? Languissante à ses débuts, lorsque le sucre valait 6 fr. la livre, rencontrant des incrédules sur son avenir dont l'opposition allait jusqu'à l'hostilité même dans les hommes de science les plus compétens pour la mieux apprécier, elle lutte aujourd'hui à armes égales avec les colonies et donne de plus beaux résultats qu'aux époques où elle était protégée par le blocus continental ou par des droits d'entrées qui, pendant vingt ans, équivalaient au prix de revient.

Dès ses débuts, l'industrie de l'opium est plus avancée ; ce n'est pas moi seulement qui le dis ; de nombreuses communications vous l'apprennent de divers côtés. Si elle ne touche pas encore au but, elle peut mesurer l'espace qui l'en sépare, et elle est sûre de le franchir. Elle ne demande pas pour cela la protection de l'État ; elle n'en a pas besoin. Celle qu'elle a reçue de l'Académie lui suffit ; c'est uniquement à elle, ainsi qu'à une mémoire illustre et chère, qu'elle veut pouvoir rapporter son succès.

AVIS A NOS CONFRÈRES. — Plusieurs de nos confrères de Paris nous signalent un fait que nous devons porter à la connaissance de nos lecteurs. Une feuille de papier à lettre, à tête, de l'UNION MÉDICALE, est adressée à nos confrères par la poste et non affranchie. C'est une feuille de papier blanc portant seulement l'indication du journal. Cette petite et ridicule manœuvre ne peut provenir que de la soustraction faite dans nos bureaux d'une certaine quantité de papier à lettre de notre administration. Si des faits semblables nous étaient encore signalés, nous porterions immédiatement notre plainte à M. le Préfet de police.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 28. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 8 Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 MARS 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous voulons faire preuve de grande tolérance : nous n'apprécierons pas le long, le trop long discours prononcé hier par M. Piorry à l'Académie de médecine. Nous nous bornons à en donner, dans le compte-rendu, une analyse concentrée mais fidèle. Nous laisserons l'honorable professeur dans la joie de son triomphe, et nous ne lui disputerons pas le bénéfice de ses innocentes épigrammes contre ceux qui ne partagent pas ses opinions; et comme nous avons le malheur d'être de ce nombre, nous avons eu notre part dans la distribution. Cependant nous dirons à l'éloquent orateur, que le seul tort que nous puissions nous reconnaître, c'est celui d'avoir pris trop au sérieux son libéral appel à l'examen et à la discussion. Nous savons aujourd'hui ce que cela veut dire dans la nomenclature de M. Piorry.

Quelle mauvaise grâce nous aurions d'ailleurs à nous plaindre de ce qui a pu nous revenir dans ce brillant discours! N'avons-nous pas entendu les plus grands noms de la médecine et les plus célèbres ouvrages de philosophie médicale passer sous une critique aussi intelligente que savante? Sauvages, Bordeu, Barthez ne se relèveront pas de cette écrasante discussion, et ce que nous avons de mieux à faire, c'est de nous ensevelir aussi sous ces illustres décombres. Que Montpellier récrimine et proteste, cela lui convient plus qu'à nous, qui n'avions voulu que jeter un pont entre deux écoles faites pour *penser* et pour *travailler* de concert.

Signalons cependant un fait que nous avions pressenti et à peu près prévu, c'est que l'organo-pathie, mal définie par son adversaire M. Bousquet, attaquée sur un mauvais terrain et par des armes imprudentes, s'est abritée sous le large et respectable manteau de Morgagni. C'était un port où il ne fallait pas que l'organo-pathie pût se réfugier, car l'iatrique de M. Piorry diffère autant de la médecine fondée sur l'anatomie du professeur de Padoue, que ses états organo-pathiques diffèrent des élémens morbides de Montpellier. Mais nous avons promis de ne pas troubler le triomphe de M. Piorry, et quand nous reviendrons sur ce sujet, ce sera comme pure thèse de philosophie médicale.

M. Piorry a si longtemps occupé la tribune, que M. Bouillaud a remis son discours à mardi prochain. Nous ne surprendrons ni n'inquiéterons M. Bouillaud en lui disant que la part qu'il veut prendre dans ce débat excite un vif sentiment de curiosité. M. Piorry l'a mis en demeure, pour ainsi dire, de s'expliquer catégoriquement en citant un passage de sa *Nosographie*, dans lequel il a cru trouver une adhésion formelle à la nomenclature. Nous n'y avons vu, quant à nous, qu'une formule de bienveillance et de politesse, et si M. Bouillaud n'est pas plus compromis que cela, il reste, à notre sens, dans toute sa liberté. A lui donc d'élever le débat tout en le ramenant sur le terrain qu'il n'aurait pas dû quitter; à sa voix autorisée de nous dire si l'école de Paris — puisque M. Bouillaud tient à cette dénomination — accepte l'extension prodigieuse que l'organo-pathie a donnée à sa méthode; si elle adopte la doctrine de proscription contre la maladie *unitaire*, expression fantastique, sorte de chimère médicale que personne ne peut apercevoir, excepté ceux qui ont besoin de la combattre; à sa courageuse indépendance de prendre l'initiative d'une transaction, d'une conciliation, aujourd'hui dans les vœux et les aspirations de tous, entre deux écoles autrefois rivales, et qui n'ont plus aucune raison de vivre séparées, car Paris a compris le besoin d'élever la médecine dans la région des principes, et Montpellier n'a jamais nié la nécessité de baser les principes sur l'autorité des faits. Mais la haute intelligence de M. Bouillaud n'a certes pas besoin qu'on lui indique un but ou un programme.

Le discours de M. Piorry a été précédé d'un rapport de M. Bérard, qui, au nom de la commission des onze, est venu déclarer trois vacances, ce qui ne s'était peut-être jamais vu. Il y a donc une candidature ouverte : 1° dans la section d'anatomie pathologique; 2° dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale (en vue surtout de la médecine légale); 3° dans la section de médecine vétérinaire. Les nominations se feront selon que les sections respectives apporteront de célérité dans leurs travaux. Quelle averse de candidats! Quel déluge de lectures!

MM. Gosselin et Jobert de Lamballe ont terminé la séance, l'un par une lecture, l'autre par une communication que nous publierons par extraits ou *in extenso*.

Amédée LATOUR.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DU CHOLÉRA CUTANÉ OU SUDORAL (1);

Par le docteur Jules ROUX, chirurgien en chef de la marine à Toulon, Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

La forme cutanée du choléra a régné en même temps que la forme intestinale; mais, dans tout le cours de l'épidémie, cette dernière était la règle, et la première l'exception. La mortalité tout entière est due au choléra intestinal, dans une très faible proportion au choléra spasmodique; je ne connais pas un seul décès qui ait été la suite du choléra cutané à Toulon. Dans l'épidémie de 1849, les malades atteints dans notre ville de cette dernière forme du mal ne mouraient donc pas; mais, pendant toute sa durée, ils restaient pâles, faibles, languissans, en proie à des souffrances nerveuses intolérables, dont chaque organe à son tour était le point de départ. Ils vivaient douloureusement dans l'incertitude de l'issue que leur mal pourrait avoir, et dans la crainte de le voir se changer à chaque instant en choléra intestinal, à leurs yeux le plus redoutable.

Cependant, le choléra de 1849 avait, à Toulon, commencé et achevé son cours entre la fin d'août et les premiers jours de novembre; les malades que les formes intestinale et spasmodique avaient frappés étaient morts, guéris ou en convalescence avancée; mais ceux qu'avait atteints la forme cutanée restaient sous le coup de leurs accès qui ont ainsi survécu à l'épidémie. Plusieurs mois après la disparition complète du choléra spasmodique et intestinal, les accès de choléra cutané se montraient encore, mais, à la vérité, avec moins de fréquence et moins de gravité que pendant l'épidémie.

Ces accès consécutifs ont été accompagnés, chez quelques malades, de douleurs assez persistantes dans les diverses régions de l'axe nerveux rachidien et dans la base de la poitrine pour qu'ils aient pu redouter, pendant quelque temps, une affection de la moelle épinière ou du cœur. Quatre ans après, ces mêmes malades éprouvaient parfois encore des accès assez forts, mais à des intervalles de six à huit mois seulement; chez deux d'entre eux, leur répétition avait fini par altérer les fonctions nutritives au point que, en proie à une sorte de *cachexie nerveuse*, ils avaient pris un embonpoint factice, que leur teint était jaune, le tissu cellulaire sous-cutané du visage, des membres infiltré. Chez quelques autres, la maladie a paru se résoudre en des névroses et des névralgies diverses, telles que : hypochondrie, manie, troubles nerveux de la respiration, de la circulation, de l'appareil digestif, douleurs erratiques, etc., affections dépendantes des modifications profondes imprimées aux systèmes nerveux de la vie de relation et de la vie végétative par une maladie dont la nature est essentiellement névropathique. La généralité des malades a fini par se rétablir et recouvrer une bonne santé, ce qui ne les empêche pas de déclarer qu'ils sont loin d'être redevenus les mêmes qu'auparavant, tant l'atteinte du mal a été impuissante et indélébile.

Contre une affection dont la mobilité névropathique, la prostration des forces et l'intermittence constituent les principaux caractères, l'emploi des antispasmodiques, des stimulans, des antipériodiques, des toniques a dû se présenter tout d'abord, et c'est avec une persévérance digne d'un meilleur résultat qu'ils ont tour à tour été invoqués, sinon sans effet, au moins sans succès décisif; nous y reviendrons plus tard. Contentons-nous, pour le moment, de signaler l'insuffisance du sulfate de quinine contre une maladie essentiellement périodique dont le temps paraît avoir été le modificateur le plus puissant.

En 1854, quand le fléau asiatique régnant à Marseille rendait imminent son retour à Toulon, on pouvait se demander si les malades atteints du choléra cutané dans l'épidémie précédente seraient frappés de nouveau, ou devraient à leur première attaque une immunité précieuse, quoique chèrement achetée. Dans ma pensée, la solution de la question n'était pas douteuse et j'étais convaincu que les malades de 1849 seraient atteints de nouveau en 1854, car leur système nerveux n'était pas complètement remis de la grande secousse qu'il avait subie : l'événement justifia mes prévisions. Le 10 juillet, j'ai moi-même éprouvé un nouvel accès quand, depuis huit mois, je n'avais plus rien ressenti. Alors l'influence cholérique commençait à peine à se manifester à Toulon par quelques-uns de ces décès, pour ainsi dire, prémonitoires, sur le caractère desquels tous les médecins d'une localité ne s'accordent ordinairement pas. Le 17 du même mois, le premier cas de choléra, non douteux, fut observé à l'hôpital de la marine. A partir de ce moment, le fléau étendit chaque jour ses ravages.

Comme en 1849, la forme intestinale prédomina, la spasmodique fut assez rare et la forme cutanée tint le milieu pour la fréquence. Toutes les personnes atteintes du choléra cutané en 1849 et chez lesquelles les accès avaient cessé depuis plus ou moins de temps, les virent revenir inopinément et se succéder pendant toute la durée de l'épidémie. Ces accès se présentèrent encore avec les mêmes caractères essentiels, le plus souvent sans prodromes et toujours avec l'ensemble des phénomènes de sédation profonde, de chaleur vive et de sueurs abondantes.

En général, l'invasion a été moins violente et exempte de ces chocs électriques ou de ces grands troubles nerveux signalés dans la précédente épidémie; et cependant quelques accès, pris isolément, ont été plus graves peut-être; c'est ainsi que plusieurs malades, et je suis du nombre, ont ressenti au fort de l'épidémie et au milieu de leurs accès les plus intenses, des chaleurs intérieures très vives vers le cœur, les poumons, le rectum, etc.

Ce serait m'exposer à des répétitions inutiles, que de retracer les symptômes, la marche, les retours périodiques, la simultanéité des accès que le choléra cutané a offerts dans la précédente épidémie; ils ont été au fond à peu près les mêmes que ceux de l'épidémie de 1849; cependant, il est vrai de dire d'une manière générale que le choléra cutané a été moins intense, tant chez les personnes où il s'est manifesté pour la première fois, que chez celles qui subissaient de nouveau son atteinte.

Du 8 juillet au 20 novembre le choléra de 1854 a parcouru toutes ses phases; eh bien, la forme cutanée a encore survécu à l'extinction des formes spasmodique et intestinale; les malades continuent à éprouver des accès qui, avec le temps, diminuent de fréquence, d'intensité, de durée et contre lesquels les préparations de quinquina, le sulfate de quinine restent sans succès, les toniques, les changemens de lieu n'étant eux-mêmes que d'une utilité secondaire.

Qui nous dira comment se comporteront dans une troisième épidémie ceux que le choléra cutané a atteints dans les deux précédentes? Je n'ai pas la prétention de répondre définitivement à cette délicate question toute réservée à l'avenir, mais on me permettra de déclarer que je suis porté à croire que si malheureusement, le choléra reparaissait en France dans peu d'années et sévissait dans les localités où s'est montrée la forme cutanée, les malades des épidémies antérieures seraient encore atteints à des degrés divers en rapport avec l'intensité, la forme et la durée de l'épidémie.

Ce qui précède fait assez clairement entrevoir les caractères propres du choléra cutané et les traits qui le distinguent des formes intestinale et spasmodique pour que j'insiste peu sur leur diagnostic différentiel.

L'invasion brusque du choléra cutané contraste avec l'existence presque constante des phénomènes prémonitoires dans le choléra intestinal.

Dans le choléra cutané les troubles nerveux sont primitifs, plus intenses au début, et se distinguent par leur caractère essentiellement névralgique; dans le choléra intestinal, au contraire, ils sont ordinairement consécutifs, au moins à la diarrhée prémonitoire, leur gravité s'accroît avec la maladie et leur mobilité névro-pathique est bien moins prononcée.

L'absence ou le peu d'importance des vomissemens et des selles, et l'excessive abondance des sueurs dans la forme cutanée

(1) Voir le numéro du 6 Mars.

ne sont-ils pas en opposition avec l'excessive abondance des vomissemens, des selles et l'absence ou le peu d'importance des sueurs dans la forme intestinale?

La marche intermittente, sous forme d'accès, et la durée de la forme cutanée contrastent avec la marche continue et éminemment aiguë de la forme intestinale.

Cette dernière cesse avec l'épidémie à laquelle bien souvent la première survit.

A Toulon, la mortalité a été très grande dans la forme intestinale, nulle dans la forme cutanée.

Cette différence capitale dans les résultats est encore en rapport avec la prédominance de quelques symptômes qui, très prononcés dans le choléra intestinal, n'ont existé qu'à un moindre degré dans le choléra cutané, le froid, les crampes, la cyanose.

Ces considérations sont en tous points applicables aux épidémies observées à Toulon en 1849 et 1854 ; mais nous devons faire quelque réserve à leur égard, s'il est vrai que nous devions rattacher à la forme cutanée l'épidémie désastreuse qui, dans la mer Noire, vient de sévir sur quelques-uns de nos vaisseaux.

Le choléra spasmodique se distingue des deux autres par des symptômes entièrement nerveux, partant par l'absence ou le peu d'importance des vomissemens, des selles, des sueurs, par la rapidité de la marche qui est promptement mortelle ou bientôt suivie du retour à la santé.

Par tout ce qu'on vient de lire, je crois avoir établi suffisamment l'existence de la forme cutanée du choléra. Des médecins objecteront peut-être que le choléra cutané n'est pas une forme du fléau indien, mais seulement une maladie connue, empruntant quelques caractères à l'épidémie régnante. Ils la confondront avec la *suette miliaire épidémique* ou peut-être avec une *fièvre d'accès*.

1° Quand on voit la suette régner dans une foule de localités, en même temps que le choléra dont elle est comme le satellite, et présente un ensemble de phénomènes qui ont, avec la forme cholérique qui nous occupe, des traits de ressemblance, il est certainement légitime de se demander, à l'exemple de M. J. Guérin, dans un remarquable rapport lu à l'Académie de médecine, le 9 septembre 1851, « si la suette n'est pas une forme, » une métamorphose du choléra, ou bien si les deux épidé- » mies marchent côte à côte pour leur propre compte, ou bien » encore si leurs essences se combinent pour donner lieu à » des produits mixtes émanant de l'une et de l'autre de ces » maladies. » Il est à regretter que M. J. Guérin n'ait fait que poser, sans les résoudre, ces importantes questions, et qu'il les ait laissées à une commission dont le rapport se fait encore attendre. Dans un sujet aussi grave et aussi plein d'intérêt, qu'on nous permette de donner toutes nos appréciations.

Il faut convenir que la suette miliaire épidémique que caractérisent des sueurs très abondantes au début, la *barre trachéo-bronchique*, un certain état de courbature et d'embarras gastrique avec constipation, des phénomènes nerveux variables, même dans la convalescence, a quelques traits de ressemblance avec le choléra cutané, surtout lorsque sa marche est intermittente et qu'elle se complique de choléra. Mais il est impossible de confondre ces deux affections, quand on songe que l'éruption vésiculeuse est pour ainsi dire inséparable de la suette, tandis qu'elle manque toujours dans le choléra cutané, si ce n'est dans un petit nombre de cas où l'on observe des sudamina; de telle sorte que, dans la suette, l'éruption est la règle, et dans le choléra qui nous occupe, l'exception. D'ailleurs, l'invasion de la suette, par des prodromes et les sueurs, diffère essentiellement de l'invasion subite du choléra par des symptômes nerveux. La sensation typique de constriction gastrique, de clou, de barre épigastrique commune aux deux affections, s'accroît dans la suette d'un sentiment de barre *trachéo-bronchique* et de strangulation qui manque dans le choléra cutané. L'intermittence, si rare dans la suette que M. le docteur Foucart, sur 1,455 malades, n'en cite que deux exemples dans son livre, a été la loi commune dans le choléra cutané de Toulon. Le sulfate de quinine, qui a guéri dans la première affection, a été impuissant dans la seconde. La suette naît et meurt pour ainsi dire dans la période épidémique, à laquelle le choléra cutané survit pendant des mois et des années. Il n'existe pas d'observations tendant à établir que les malades suetteux, dans une épidémie concomitante du choléra, soient fatalement atteints de suette dans l'épidémie subséquente du fléau indien, comme ce fait est acquis pour le choléra cutané. Le traitement rationnel, si souvent efficace dans la suette, échoue dans le choléra.

Enfin, si, subsidiairement, on voulait, avec M. J. Guérin, stéréotyper comme suit les symptômes dont l'ensemble est la caractéristique de la suette miliaire épidémique : prodromes, état gastrique, sueurs, éruption, sentiment de constriction épigastrique, de suffocation, de strangulation, nous dirions pour le choléra cutané : pas de prodromes, pas d'éruption, pas de sentiment de strangulation, mais état nerveux, sueurs, clou épigastrique, quelques signes de gastricité, retour sous forme d'accès.

Enfin, on n'oubliera pas que nous avons observé la forme cutanée dans une épidémie de choléra qui n'était pas concomitante d'une épidémie de suette, dans une ville où je ne sache pas que la suette miliaire ait jamais existé, et dans une contrée où, d'après M. le docteur Tholozan, elle n'existait pas puisqu'il n'en fait pas mention dans sa note *Sur les diverses maladies régnantes dans le midi de la France et sur leurs rapports avec le choléra* (août 1854, *Gaz. Méd.*, p. 515).

Le diagnostic différentiel que je viens d'établir est bien propre à isoler ces deux affections; d'ailleurs, l'excellent ouvrage de M. le docteur Foucart sur la *suette miliaire*, quoique écrit en 1854 et le travail sur le même sujet qu'il a communiqué à l'Académie de médecine le 25 janvier 1855, ne signalent même pas les rapports qui existent entre le choléra cutané et la maladie qu'il a tracée avec tant de talent : en lisant avec attention ce qu'il a dit de la suette miliaire intermittente ou compliquée de choléra, on saisira encore mieux que nous n'avons pu l'exprimer nous-même les différences capitales qui séparent cette affection de celle qui fait le sujet de notre mémoire.

En raison de l'importance du sujet, qu'on nous permette d'étayer encore ce diagnostic différentiel des principes qui dominent toute épidémie et dont nous ferons des applications directes à celles qui nous occupent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU BASSIN.

(Suite. — Voir les numéros des 26 Décembre 1854 et 20 Février 1855.)

Dans quelques autres cas de vices de conformation du bassin, l'accouchement a dû être terminé par une application de forceps. Nous allons en citer deux observations, en indiquant sommairement les particularités qu'elles ont présentées.

OBSERVATION V. — *Rétrécissement du bassin. — Application de forceps.*

La femme Poites, primipare, se présente à la Clinique au moment où le travail de l'accouchement est déjà commencé. On constate une certaine dilatation de l'orifice utérin et la présentation du sommet ; la tête est maintenue très élevée et elle est séparée des membranes par la poche des eaux, qui est très volumineuse ; en examinant la conformation du bassin, on trouve le diamètre antéro-postérieur rétréci ; son étendue est de 0,097.

La grossesse est arrivée à son terme ; les contractions utérines sont faibles dans la première partie du travail. Les membranes furent rompues au moment où l'orifice utérin offrait une dilatation d'environ 5 centimètres ; environ une heure et demie après, les contractions devinrent plus énergiques et produisirent un commencement d'engagement de la tête. A la visite du matin, M. le professeur Paul Dubois vit cette femme. A ce moment, la tête avait franchi l'orifice et cessait d'avancer ; ce qui fut attribué au redressement des branches ischio-pubiennes, d'où résultait une réduction du détroit inférieur. Le travail durait depuis cinquante heures. M. Dubois résolut de terminer l'accouchement à l'aide du forceps ; l'instrument fut appliqué sans difficulté et la délivrance fut obtenue de cette manière.

L'enfant, du sexe masculin, est fort et bien portant ; il pèse 3,350 grammes. La tête présente les diamètres suivans :

Diamètre occipito-frontal.	11 centim. 1/2.
occipito-mentonnier.	14 centim.
bi-pariétal	9 centim. 1/2.
sous-occipito bregmatique. .	9 centim.

OBSERVATION VI. — *Rétrécissement du bassin. — Rigidité de l'orifice utérin. — Application de forceps.*

La femme Loisel, primipare, est arrivée au terme de sa grossesse. Le travail est commencé depuis plusieurs heures ; les contractions utérines sont peu énergiques ; la tête de l'enfant se présente, elle est maintenue fort élevée. Le bassin, généralement petit, est, en outre, rétréci d'avant en arrière ; l'étendue du diamètre sacro-pubien est de 0,089. Après quarante heures de travail, l'orifice de l'utérus offre une dilatation de 5 centimètres environ ; les contractions sont toujours faibles, et la tête est encore très élevée. En outre, l'orifice utérin présente une rigidité très prononcée qui ajoute encore une nouvelle difficulté à l'accouchement. M. Dubois résolut alors d'intervenir ; deux incisions furent faites sur le pourtour de l'orifice de l'utérus ; le forceps fut appliqué ensuite, et on put ainsi extraire l'enfant.

Ce dernier, du sexe masculin, faible, était dans un état de mort apparente ; mais il put être ranimé facilement.

Poids de l'enfant, 2,900 grammes.

Diamètre occipito-frontal.	11 centimètres.
occipito-mentonnier. . . .	13 —
bi-pariétal	9 —
sous-occipito bregmatique.	8 cent. 1/2.

Dans ces deux observations, nous trouvons, outre les déformations du bassin, d'autres conditions défavorables faisant obstacle à l'accouchement : dans le premier cas, l'insuffisance des contractions et le volume de l'enfant ; dans le second, la faiblesse des contractions et la rigidité du pourtour de l'orifice utérin. Sans ces complications, on eût pu espérer la terminaison spontanée de l'accouchement ; car le rétrécissement du détroit supérieur était peu prononcé, et il est commun de voir l'accouchement se terminer naturellement dans les cas semblables. Sur une femme morte de fièvre puerpérale, nous avons trouvé à l'autopsie le diamètre antéro-postérieur présentant une étendue de 0,094 centimètres seulement. Au moment où cette femme se présenta à la Clinique, le travail était commencé et la tête engagée ; l'accouchement se termina rapidement, sans que l'on eût soupçonné la déformation du bassin, qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Dans les observations qui vont suivre, l'accouchement n'a pu être terminé que par la céphalotripsie, et dans tous les cas cette opération ne fut pratiquée, ainsi que nous l'avons dit, que lorsqu'on eût essayé l'emploi du forceps, après avoir laissé agir les contractions utérines pendant un certain temps.

OBSERVATION VII. — *Rétrécissement du bassin. — Application de forceps — Céphalotripsie.*

Léonie Seriault, 21 ans, couturière, entre à la Clinique le vendredi 17 novembre 1854. Elle est primipare. Les règles ont paru pour la première fois à l'âge de 16 ans, et depuis régulièrement six à huit jours par mois. La dernière apparition a eu lieu le 20 février 1854 : la grossesse paraît n'être pas arrivée tout à fait à son terme.

Les premières douleurs se manifestèrent le jeudi 16 novembre à huit heures du soir, et cette femme entra le lendemain vendredi, le matin, au moment de la visite. Elle fut alors examinée : elle est d'une taille très petite ; les membres inférieurs sont très courts, les jambes fortement incurvées. On supposa que le bassin était rétréci ; en effet, le diamètre antéro-postérieur avait moins de 8 cent. d'étendue. Le travail était déjà avancé, la dilatation était complète ; la tête se présentait en position occipito-iliaque gauche antérieur. On rompit les membranes. M. le professeur P. Dubois pensa que l'accouchement présenterait des difficultés ; il résolut d'attendre afin de s'en assurer, et laissa agir les contractions utérines, qui étaient énergiques et suivies. A deux heures et demie, il y avait eu un peu d'engagement de la tête, et on attendit encore. A six heures, les choses étaient dans le même état que précédemment, et on dut alors intervenir. Une application de forceps fut faite par M. Dubois qui exerça des tractions assez énergiques, mais inutilement. De plus grands efforts eussent été également infructueux ; ils auraient été dangereux pour l'enfant et pour la mère ; il fallait recourir à un parti plus décisif. La perforation du crâne fut faite ; le céphalotribe fut ensuite appliqué et les tractions faites avec cet instrument firent avancer la tête, qui fut amenée au-dehors. Les épaules et le tronc se dégagèrent ensuite sans difficultés.

L'enfant, du sexe masculin, pesait 2,300 grammes après l'évacuation de la matière cérébrale.

OBSERVATION VIII. — *Rétrécissement du bassin. — Procidence du bras ; réduction. — Application de forceps : céphalotripsie.*

Aimée Cloutier, 26 ans, polisseuse, entre à la Clinique le vendredi 21 juillet 1854. Chez elle la menstruation est régulière ; la dernière apparition des règles a eu lieu le 14 octobre 1853. Cette grossesse, qui est la quatrième, est arrivée à son terme. Les trois accouchemens précédens ont été laborieux et un d'eux a dû être terminé par une application de forceps.

Cette fois-ci, les premières douleurs commencèrent le jeudi 20 juillet, à onze heures du soir ; la rupture des membranes eut lieu le samedi 22, à huit heures du matin. A neuf heures, cette femme entra à la salle des accouchemens. La dilatation était alors très avancée ; on reconnut que le sommet se présentait, et qu'un bras s'engageait en même temps que la tête. M. Dubois pensa, d'après la disposition des parties, qu'on pourrait réduire le bras dans l'utérus ; cette manœuvre fut, en effet, exécutée avec facilité, ce qui fit supposer qu'un rétrécissement du bassin empêchait la tête de s'engager, et laissait un espace vide qui avait donné passage au bras.

Il y avait, en effet, un rétrécissement du bassin ; M. Dubois pensa, d'après les antécédens, que l'on pouvait laisser agir les efforts naturels ; mais le travail n'avançant pas, il fut rappelé dans l'après-midi du samedi.

M. Dubois eut d'abord recours à une application de forceps ; le grand écartement des branches fit supposer qu'elles embrassaient le grand diamètre de la tête ; le forceps fut appliqué de nouveau une deuxième et une troisième fois, mais sans succès. Une quatrième fois les branches de l'instrument furent appliquées, une en avant, l'autre en arrière, la femme étant placée sur le côté. Cette quatrième tentative fut encore infructueuse.

Ces applications réitérées de l'instrument devenaient dangereuses pour la mère et pour l'enfant. La viabilité, sinon la vie de ce dernier, était déjà compromise ; il fallait recourir à un parti plus décisif : la céphalotripsie fut faite par M. Dubois. Après la perforation du crâne, la matière cérébrale s'écoula en abondance, presque en totalité, et lorsque les branches du céphalotribe furent appliquées, elles glissèrent par suite de l'aplatissement de la tête. On appliqua l'instrument une seconde fois ; et par des tractions modérées, la tête fut amenée à la vulve. L'extraction put être achevée avec les mains.

L'enfant, du sexe masculin, pesait 3,330 grammes, sans le cerveau.

Le lendemain de l'opération, cette femme était dans un état très satisfaisant ; elle ne paraissait nullement émue de cette opération longue et douloureuse ; elle était gaie et bien portante, et sortit dix jours après en bonne santé, sans avoir éprouvé le moindre accident.

Nous trouvons dans cette observation une complication : la procidence du bras au-dessous de la tête. Cet accident tenait au rétrécissement du bassin ; la saillie de l'angle sacro-vertébral maintient la tête élevée, et l'empêche d'appuyer sur le pourtour de l'orifice utérin ; il reste entre la tête de l'enfant et les parois utérines un espace vide par où le membre peut s'engager. A cause de cette disposition des parties, la réduction du bras dans l'utérus est plus facile que dans les accouchemens ordinaires, parce que le passage reste libre, et qu'on peut par là repousser le membre au-dessus de la tête.

Nous avons trouvé cette complication également dans la deuxième observation, mais comme on reconnut la disposition des parties avant la rupture des membranes, on put, en les rompant, remonter le bras dans l'utérus avant qu'il descendît au-dessous de la tête ; et dans les cas de rétrécissement du bassin, il est bon de songer à la possibilité de cette complication et de la reconnaître avant la rupture ; de cette manière, on peut y remédier de bonne heure et on évite les difficultés qui pourraient se présenter plus tard.

Il peut se faire qu'une autre partie de l'œuf s'engage par l'espace vide que nous avons signalé ; ainsi, nous verrons dans l'observation suivante un exemple de procidence du cordon ombilical produite dans les mêmes conditions.

Observation IX. — Gasser, 19 ans, concierge, entrée à la Clinique le 21 novembre 1854, à sept heures et un quart du soir. Cette femme est primipare; elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, et depuis régulièrement : la dernière apparition des règles a eu lieu en janvier 1854 ; la grosssesse paraît être arrivée à son terme.

Les premières douleurs se manifestèrent, le lundi 20 novembre à 11 heures du soir. Le 21, à 4 heures du matin, les membranes se rompirent ; à midi, huit heures après la rupture des membranes, le cordon franchit l'orifice utérin, et descendit dans le vagin. Cette femme fut amenée à la Clinique le même jour à sept heures du soir. Au moment où elle entra, le cordon était toujours dans le vagin; on n'y sentait plus de pulsations. A l'auscultation, on n'entendit pas les battemens fœtaux; l'exploration fut renouvelée plusieurs fois et fournit toujours un résultat négatif.

Le lendemain, 22 novembre, à dix heures du matin, M. Dubois examine cette femme : les membres sont déformés, les jambes sont arquées, la taille est petite. Par le toucher, on constate la présence du cordon toujours dans le vagin ; l'orifice utérin est déjà notablement dilaté; on trouve le sommet qui se présente en position occipito-iliaque droite postérieure : la tête est au-dessus du détroit supérieur; les os du crâne ne chevauchent pas. En outre, on peut sentir l'angle sacro-vertébral saillant; et on reconnaît par la mensuration que le diamètre antéro-postérieur sous-pubien présente une étendue de 7 centimètres 1/2.

Le travail durait depuis longtemps et n'était pas avancé ; on n'avait plus à s'inquiéter de l'enfant qui était mort. M. Dubois fait immédiatement la perforation du crâne, et comme les contractions utérines sont énergiques et fréquentes, il espère voir la tête s'engager en diminuant de volume par l'écoulement de la matière cérébrale, et l'accouchement se terminer sans autre intervention.

M. Dubois revint à la Clinique à trois heures et demie. A ce moment, la dilatation de l'orifice utérin était complète, mais la tête n'avait pas avancé. Le céphalotribe fut appliqué sur la tête, et des tractions énergiques furent faites par M. Dubois, puis par M. Camphell, chef de clinique, mais la tête n'avançait pas. M. Dubois pensant alors qu'on pourrait réussir en appliquant sur le tronc de l'enfant les branches du céphalotribe, eut recours à ce moyen, et en effet, l'enfant put être extrait ainsi. Il était très volumineux ; son poids était de 3,600 grammes, même après l'écoulement de la matière cérébrale.

La complication que nous rencontrons dans cette observation, la procidence du cordon ombilical, est fort grave, parce qu'elle compromet rapidement les jours de l'enfant, et on doit s'empresser d'y remédier, surtout quand le degré du rétrécissement du bassin permet d'espérer une terminaison qui n'entraîne pas forcément la mort de l'enfant.

Dans les cas de cette nature, il est généralement facile de remonter le cordon ombilical dans l'utérus, le passage restant ouvert pour exécuter les manœuvres nécessaires; mais le prolapsus se reproduit facilement pour cette même raison ; on a conseillé, dans les cas de ce genre, de reporter le cordon dans la matrice, en tâchant de l'accrocher après une partie du fœtus; malheureusement cela ne peut toujours être exécuté et ne met d'ailleurs pas à l'abri d'une nouvelle chute du cordon.

Lorsque la femme qui fait le sujet de l'observation précédente se présenta à la Clinique, le prolapsus du cordon existait depuis longtemps déjà; on essaya de réduire le cordon et de le maintenir dans l'utérus. Ces tentatives furent inutiles, et on n'insista pas, l'enfant ayant succombé, probablement à cause de cette complication.

Notons encore dans cette observation l'étendue du diamètre antéro-postérieur du bassin : elle est de 7 centimètres 1/2, exactement la même que dans la première observation. Dans le premier cas, nous voyons l'accouchement se terminer rapidement par les seuls efforts de la nature ; dans le second, au contraire, dans des conditions en apparence semblables, nous voyons l'accoucheur être obligé de recourir à une opération nécessairement mortelle pour l'enfant et quelquefois grave pour la mère. Mais s'il existait cette similitude dans les conditions physiques que nous pouvions apprécier, il y avait une grande différence, d'un autre côté, dans le volume de l'enfant, sur lequel nous ne pouvons avoir que des données bien vagues, et qui reste, comme nous l'avons dit, un point inconnu, et ne permet pas de résoudre à l'avance la question d'une manière définitive.

(La suite à un prochain n°.) — Jules Rouyer.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Mars 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance comprend trois communications ministérielles, à savoir :

1° Un rapport du docteur Noirot, sur le choléra qui a régné à Dijon en 1854. (Comm. du choléra de 1854.)

2° Une nouvelle série d'observations qui tendent à prouver l'efficacité des pilules antipériodiques de M. Boulommié. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

3° Un échantillon et une note descriptive d'un busc inventé par les dames Brasseur-Cordelais et Becquet. (M. Bouvier, rapporteur.)

— Une lettre de M. Brun, curé desservant de Badaroux, contenant la recette d'un moyen infaillible pour guérir l'hydrophobie et la fièvre tremblante. C'est un mélange d'écaille d'huître rôtie au feu avec des œufs bien frais et de l'huile d'olive. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un mémoire sur le traitement abortif et curatif de la fièvre typhoïde par la méthode épidermo-stibiée ou stibio-iatraleptique, dont l'auteur est le docteur Victor Poulet, de Plancher-les-Mines. (Comm. MM. Louis et Ruche.)

— Un écrit intitulé : Coup d'œil sur la pathologie hippocratique et la pathologie grecque contemporaine, ou les œuvres d'Hippocrate étudiées en Grèce, par M. Guillaume Delenda, de Santorin, près Syra. (Comm. MM. Bousquet et Gibert.)

— Une lettre du docteur Dreyfus, contenant la description d'un appareil auquel il donne le nom de *révulseur*. (M. Malgaigne, rapporteur.)

— Un certain nombre de mémoires présentés aux divers concours pour les prix institués par l'Académie.

Vacances.

M. Bérard, au nom d'une commission de onze membres chargée d'examiner dans quelle section devront être déclarées les vacances résultant de la mort récente de trois membres de la compagnie, lit un rapport qui conclut à ce que ces vacances soient déclarées : 1° dans la section d'anatomie pathologique ; 2° dans celle d'hygiène ; 3° dans celle de médecine légale et de police médicale.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la variole.

M. Piorry a la parole.

M. Piorry. En présence des attaques de M. Bousquet, l'honorable orateur déclare qu'il ne suivra pas son adversaire sur le terrain des personnalités, et qu'il n'imitera pas l'exemple de quelques écrivains malveillans qui jugent les doctrines sans les connaître. Il s'agira ici, dit-il, de doctrine, de science ; il sera question le moins possible de M. Bousquet lui-même, mais bien de ce qu'il croit être des argumens sérieux.

M. Bousquet me demande ce que devient l'âme après la formation des organes. Il me pose là une question insoluble. Cependant, il me semble rationnel d'admettre que le même principe continue à agir sur l'organisation, et la vie peut être définie l'action des organes sous l'influence de l'âme. Cette définition me semble exacte et au moins préférable à beaucoup d'autres à qui manque le mérite essentiel d'être intelligibles. Jugez-en par celle de Virey : La vie est un mouvement circulaire soutenu et mesuré par le temps, le temps, cette sphère infinie dont Dieu est le centre, et dont tous les êtres forment la circonférence et parcourent dans leur orbe rapide le cercle de leur destinée.

M. Bousquet me rappelle que l'organisation est vivante et sensible. Vivante, c'est là une épithète inutile puisque l'idée en est implicitement contenue dans celle d'organisation; sensible, est une qualification inexacte : Les végétaux sont vivans et sont insensibles ; la sensibilité exige la présence ou l'intégrité du système nerveux; combien de parties, d'ailleurs, dans l'organisation animale elle-même, sont douées seulement de ce que Bichat appelait sensibilité organique ou insensible, c'est-à-dire nulle.

J'ai relu les *Nouveaux élémens de la science de l'homme*, de Barthez, j'y ai trouvé une distinction entre l'âme morale et le principe vital, distinction que je crois mal fondée et à laquelle je substitue la doctrine d'un principe unique.

M. Bousquet dira encore que ces propriétés vitales sont des figures, des abstractions ; si cela est, je n'y vois nul inconvénient. Mais si, partant de là, on arrive à individualiser ces propriétés, à vouloir, en pratique, s'adresser à elles et non aux organes, je dis que ces sortes de suppositions deviennent non seulement inutiles, mais encore dangereuses.

En citant Barthez, M. Bousquet est venu aggraver l'accusation de *larcin* qu'il avait formulée contre moi dans son premier discours, et dont il m'avait demandé pardon en sortant de l'Académie. Vous feignez, a-t-il dit, d'ignorer jusqu'au nom de votre modèle, vous qui avez écrit quelque part que le vol des conceptions de l'esprit était le plus cruel des larcins. Ma probité littéraire, qui est connue de tout le monde, ôte toute excuse à M. Bousquet.

M. Piorry cite un passage de l'un de ses livres, écrit en 1841, où il rend à Barthez cette justice que, malgré ses hypothèses vitalistes, il a su diviser les maladies en élémens morbides et où il rapproche les idées de Barthez et celles de Pinel.

Je ne suis donc pas un plagiaire et votre phrase désobligeante ne saurait m'atteindre.

Quant à Bordeu, votre auteur favori, je viens aussi de le relire. Ses descriptions du pouls, des écrouelles, des maladies du tissu muqueux (c'est ainsi qu'il appelle le tissu cellulaire), tout cela ne me semble avoir aucun rapport avec la doctrine organo-pathique. Dans son ouvrage *sur les maladies chroniques*, je n'ai trouvé que des descriptions insignifiantes et des considérations sur l'utilité des Eaux-Bonnes, des eaux de Cauterets, etc. Rien qui ressemblât à une décomposition des maladies des états constitutifs. J'y ai vu le précepte pour la guérison des affections chroniques, d'exagérer les symptômes du mal, de faire passer à l'état aigu, précepte qui donnerait à Bordeu le droit de figurer à la tête de l'homœopathie. Vainement j'ai cherché cette vapeur médicale, ce parfum qui vous ont ravi. « L'analyse médicinale du sang » est le titre bien trompeur d'un écrit où Bordeu s'élève d'abord contre l'idée d'une analyse chimique ; il veut que chaque organe puisse devenir un foyer d'altération du sang, de *cacochymie* (appellation qui ne le cède à *scorenterectasie* ni en grâce ni en élégance) ; ainsi, il y a une cacochymie laiteuse, une spermatique, une excrémentitielle, une splénique, etc. En vérité, il n'est pas de médecin instruit qui puisse prendre au sérieux de telles idées, présentées, d'ailleurs, dans un désordre qui touche à l'incohérence.

Est-ce là que j'ai puisé ma doctrine? Ai-je rien emprunté à Bordeu de sa vapeur, de son parfum, de son esprit ? Non, et je m'en félicite.

Voyons si j'ai dérobé les *élémens* de Barthez ou de Bérard de Montpellier. Parmi ces élémens, j'en rencontre d'abord qui intéressent le principe vital lui-même ! Tels sont la douleur, le spasme, la pléthore, la fluxion, la phlogose, la cachexie, l'état fébrile, la malignité, le rhumatisme, le catarrhe, l'état scrofuleux, cancéreux, la périodicité ! puis viennent les corps étrangers, le resserrement, le relâchement. Enfin dans une autre section, se trouvent les combinaisons binaires et ternaires de ces élémens.

Je le demande, peut-on voir une confusion plus grande, une réunion plus fantastique des choses les plus disparates ? Je serais fâché d'avoir dérobé quelque chose à cet imbroglio.

Ceux à qui j'ai fait des emprunts et des plus larges, ce sont les anatomistes, les physiologistes, les cliniciens. Ce sont les hommes qui s'appellent Broussais, Magendie, Ollivier, Laennec, Corvisart, Bouillaud, etc., etc.; mettant de côté toute pensée d'orgueil, je reconnais que, comme la plupart de mes collègues, je ne fais que suivre la voie tracée par Morgagni.

On revient sur l'idée d'unité morbide. Après l'avoir attribuée à Barthez on me la reproche à moi; réservant les louanges pour les morts et le blâme pour les vivans. On me dit: parmi les maladies, il en est de mécaniques, de chirurgicales où la lésion est la chose essentielle, et d'autres, comme la fièvre, le scorbut, la gravelle, l'épilepsie, etc., etc., où la lésion échappe. Comme si la chirurgie et la médecine n'étaient pas une seule et même science ! Si vous aviez l'habitude de lire dans les organes malades et non dans les livres, vous verriez que les affections dont vous parlez se rattachent à des altérations des solides, des nerfs, des liquides; que la fracture trouve son analogue dans les ruptures des organes, d'où résultent des hémorrhagies; que les fièvres bilieuses, putrides, muqueuses, ont leur raison d'être dans des lésions de l'intestin ; que les fièvres intermittentes sont liées à une splénopathie soit comme cause, soit comme effet. Beaucoup d'autres états morbides recevront par la suite une interprétation semblable; songez que la chimie pathologique, que la microscopie datent en quelque sorte d'hier ; que la percussion n'a que quatre-vingts ans de date, que l'auscultation est née en 1826 ; et vous voudriez qu'en 1855 tout fût découvert, que rien ne fût plus inconnu! Gardez pour vous vos obscurités ; puisque vous vous y plaisez, mais laissez le progrès marcher.

Vous me dites que l'on peut guérir certaines maladies en agissant sur l'âme par des moyens moraux, et vous citez, à cet égard, les succès obtenus. Cela ne prouve rien. J'ai dit et écrit moi-même que les moyens de ce genre peuvent être utiles. Il ne faut cependant pas perdre de vue qu'aux mêmes phénomènes on peut opposer également des médications matérielles quand ils résultent de phlegmasies méningées, de l'abus des alcooliques, etc., etc. Que ne puis-je connaître aussi un remède contre cette autre maladie de l'esprit qui porte à juger ce qu'on ne connaît pas bien, qui fait que l'on souffre des succès d'autrui !

Je m'en tiendrais là si n'avais à répondre à quelques argumens directs de M. Bousquet.

1° Il me reproche de m'attaquer aux girouettes et non à l'édifice, de traiter les états organo-pathiques de la variole au lieu de combattre celle-ci dans son principe. Mais puisqu'il est convenu que ni les boissons tempérantes, ni le petit-lait, ni les pommes de reinette préconisées par M. Bousquet ne détruisent le virus varioleux, le *variose*, il faut bien que je m'en tienne aux états morbides produits par ce virus et que je m'attaque aux girouettes (pour continuer la comparaison architecturale de mon adversaire). Trop souvent ces girouettes s'allongent et deviennent des paratonnerres qui attirent la foudre.

C'est ainsi qu'entre autres je cautérise les pustules du pharynx, ne faisant en cela que suivre l'exemple donné par M. Bretonneau. M. Bousquet voit là une affreuse torture pour les malades. Il me demande si je veux opposer aussi la trachéotomie à la variole. Non vraiment; mais quand les malades expirent parce que les pustules laryngées ne leur permettent ni de rejeter les crachats, ni d'introduire de l'air dans la poitrine, je crois que l'opération peut leur être utile. La malade dont j'ai rapporté l'histoire, n'est pas morte des suites de l'opération; elle n'a pas succombé non plus à la variole; l'insuccès a été dû à ce que la canule s'étant dérangée, il y a eu asphyxie, et je suis convaincu que l'on eût pu éviter cet accident en se servant du procédé de M. Mailheurat-Lagémard.

2° M. Bousquet me dit aussi que j'accuse à tort les nosologistes de considérer les maladies comme des êtres. Ce reproche que Broussais a le premier formulé, je ne fais que le répéter avec tous ses élèves. Est-il fondé? Vous en convenez vous-même. Sauvages voyait dans les maladies des êtres; Pinel, quoiqu'il admît pour chacune de ses six entités de fièvre un siége anatomique, les envisageait bien comme des individualités véritables; Dumas, Bérard (de Montpellier) en font autant pour les élémens morbides. Lisez le livre de M. Grisolle, *sur la pneumonie*, et vous vous convaincrez combien, par le fond, par la recherche des états anatomiques, l'auteur se rapproche de moi. Nierez-vous, d'un autre côté, que la dyspepsie, la diarrhée, la gastralgie, les scrofules, le rhumatisme, ne soient des assemblages très divers et d'états très disparates que l'on a tort de confondre ? Le reproche que je fais aux nosologistes est donc juste, vous le voyez.

3° Je suis occupé de faire subir aux maladies des divisions sans fin, et même d'affreuses mutilations ! Heureux de ne mutiler que les maladies; il pourrait m'arriver pis, si je n'avais jamais respiré que l'atmosphère des bibliothèques, plus douce, j'en conviens, que l'air malsain des salles d'hôpital. On me dit que je disserte sur l'oxygène et l'hydrogène au lieu d'étudier le résultat de leur combinaison. Mais ce résultat existe-t-il en pathologie ? Ce corps défini, toujours semblable à lui-même, qui serait la maladie, où est-il ? A sa place je ne vois que des groupes arbitraires formés d'alimens variables, en proportion variable aussi. Exemple : la fièvre typhoïde habillée de tant de costumes divers, n'est la même ni chez tous les malades, ni à toutes ses périodes. Le rhumatisme, comme l'a dit le professeur Requin, revêt autant de formes qu'il atteint d'organes, et les maladies rhumatismales n'ont de commun que la cause, le froid qui préside à leur production. Mais la pneumonie, la pleurésie, la névralgie, peuvent avoir la même origine et ne s'appellent cependant pas des rhumatismes. Il en résulte que votre comparaison de l'hydrogène et de l'oxygène ne saurait être appliquée à la pathologie, parce que les maladies n'ont rien de fixe, ni le nombre ni le caractère des élémens qui les constituent.

Il y a plus : Bordeu, Bérard voyaient des maladies là où d'autres ne trouvaient que des symptômes. C'est ce qui est arrivé pour l'hydropisie, pour le mélæna, pour la dyspepsie, la diarrhée. Quant à moi, sans chercher à faire savoir si j'ai affaire à des symptômes ou à des maladies, j'examine attentivement les états pathologiques. Et comme tels, je ne considère pas, comme on l'a dit, le frisson, le point de côté, les crachats, le souffle, etc., que l'on rencontre dans la pneumonie, ce serait copier Sauvages et non Barthez, mais bien les altérations anatomiques rigoureusement définies, et encore je ne m'en occupe que lorsqu'elles fournissent quelque indication pour le traitement. Ainsi, les changemens de position, d'étendue, de structure pour les viscères, les altérations de composition pour les liquides, les oscillations du système

nerveux, la présence de matières ou de gaz dans le tube digestif, les hémorrhagies, les hydropisies, l'augmentation de volume des organes, l'excès ou le défaut de sang, le trop ou le pas assez de sérosité, tels sont les élémens que je note et que je combats.

On m'a reproché, probablement pour n'avoir pas lu mes ouvrages, que, dans cette analyse, je n'observais pas la hiérarchie des faits pathologiques, que je ne tenais pas compte de leur filiation, de leur subordination. C'est au contraire ce que je n'ai cessé de faire depuis les débuts de ma carrière; c'est une des principales études de ma vie. Mon premier travail a pour titre : *Des sympathies*, il est de 1819; — dans l'article MUTUEL du *Dictionnaire*, j'ai traité de l'influence réciproque des fonctions les unes sur les autres, j'ai exposé le même sujet dans une thèse de physiologie à un concours où j'ai eu M. Bérard pour compétiteur. Dans mon livre, je consacre l'article PATHOGÉNIE qui suit la description des états organo-pathiques, à exposer leur influence réciproque, Voyez à cet égard les titres suivans : rétrécissemens du cœur, hémite, endocardite, hypoxémie, etc. Partout, après avoir analysé, j'essaie de synthétiser, je reconstruis l'ensemble. Dans mon enseignement clinique, je dis : cet homme est malade de telle façon, telle cause a agi sur lui, tel état engendre chez lui tel autre état; et c'est d'après cela que j'institue le traitement. Ce n'est pas là de la synthèse nosologique, mais physio-pathologique, et ses avantages sont assez grands pour que je me console facilement d'avoir *émietté* quelques-unes des maladies admises par les auteurs.

Ouvrez le premier volume de mon *Traité de médecine pratique*, à l'article : *complications ;* vous y lirez un chapitre entier sur les *synorgamopathies*. Ce titre en dit assez. A la page 567 du même volume, je dis : Le temps est venu d'étudier l'ensemble des lésions que nous avons étudiées chacune en elle-même... Mais qu'est-il besoin de multiplier les citations. Consultez seulement le verso du feuillet que j'ai communiqué ici à nos collègues et où se trouve un abrégé de ma nomenclature; j'y établis formellement la nécessité d'étudier la filiation des états organo-pathiques, leur influence réciproque, de combattre souvent les organo-pathies consécutives.

Ces principes, les aurais-je oubliés dans mon travail sur la variole? Nullement. Après avoir parlé du *variose* et de la *variosémie*, je passe en revue les autres organo-pathies qui en sont la conséquence et qui ont par elles-mêmes assez de gravité pour exiger un traitement spécial.

On s'est plu à répéter que la variole était une maladie invariable, toujours la même, dont les phénomènes se manifestent régulièrement à des jours déterminés d'avance. Cela est vrai pour certains cas simples, mais bien souvent aussi cela est faux en clinique. C'est précisément là le motif qui a fait admettre une varicelle, une varioloïde, une petite-vérole discrète, une autre confluente; et l'on pourrait établir d'autres distinctions très nombreuses encore entre tous ces états, qui n'ont de commun que la cause, l'empoisonnement, le virus. On a même admis des varioles sans pustules, c'est-à-dire des cas où il n'existerait que la cause et ses premiers effets.

M. Bousquet considère comme secondaire la notion du siége des maladies. Il cite Torti, qui, sans se préoccuper de l'état de la rate, savait fort bien guérir la fièvre intermittente. Mais ce même médecin devait nécessairement méconnaître une foule d'accès intermittens mal dessinés qui se rattachent au gonflement de la rate. Le premier accès d'une fièvre pernicieuse peut facilement être pris pour une fièvre continue, si l'on ignore quel est l'état de la rate. Dans la fièvre typhoïde, si l'on ne s'adresse qu'à l'état général, sans tenir compte de celui de l'intestin, les effets de sa médication sont nuls, ainsi que les statistiques le prouvent. L'apoplexie, qui, autrefois, était considérée comme une maladie nerveuse, n'est-elle pas mieux traitée depuis que l'on sait que c'est une hémorrhagie cérébrale? Et, d'ailleurs, qui a dit à M. Bousquet que je n'avais égard qu'au siége du mal et non à sa nature? Les désinences placées après le nom de l'organe démontrent qu'ici est dans l'erreur. Ce n'est donc pas M. Piorry et ses doctrines qui sont ici en cause, c'est la médecine organique elle-même, l'ecole de Paris tout entière.

M. Bousquet dit encore que, pour caractériser les maladies, il faut s'attacher surtout à leur élément principal. Mais cet élément, aujourd'hui est une bronchite, demain ce sera une pneumonie, puis, si la pneumonie occupe le sommet, la veine cave sera comprimée et, comme l'a observé M. Hervez de Chégoin, l'hémostasie cérébrale, qui produit le délire, deviendra, à son tour, élément principal et pourra même persister après la guérison de la pneumonite. Peu de personnes meurent de leur maladie primitive; les tuberculeux, par exemple, succombent souvent, non à la pneumo-phymie, mais à l'hémostasie pulmonaire et à l'angiéraphrosie.

La seule différence qui existe entre la plupart de mes collègues et moi, c'est qu'ils partent des ensembles de phénomènes pour établir des catégories, et que, pour établir les espèces, ils ont recours à la considération des états anatomiques, tandis que je prends la lésion pour point de départ unique; ainsi, à la dyspepsie je substitue ou la scorenterasie ou la gastromalaxie, etc. De même pour les autres unités morbides, y compris les maladies à germe, à *iose*.

Il est inutile que je discute de nouveau les avantages de la nomenclature. Pour désigner les états organo-pathiques, il faut des noms et l'on ne peut les puiser que dans le grec. Quiconque tentera la même chose recourra nécessairement à la même source. M. Bousquet m'a dit que la nomenclature n'était admise par personne, que je créais de nouveaux synonymes par envie de me distinguer. Puis il a ajouté cette phrase toute confraternelle que je vais relire : « Ce n'est pas seulement présomption, déraison, c'est un fait psychologique tout nouveau, c'est un événement dans l'histoire de l'esprit humain. » Ces paroles me prouvent que lorsque je me suis attendu à une polémique toute scientifique, je me suis trompé.

Je n'ai pas improvisé la nomenclature, comme le suppose M. Bousquet. Depuis 1834 jusqu'à 1852, il m'a fallu, pour la constituer, bien des conseils, des critiques, des lectures; il m'a fallu adopter, supprimer, modifier bien des expressions.

Si M. Rostan ne parle pas de ma nomenclature, c'est que son livre est antérieur à la publication du mien. M. Chomel ne se montre nullement hostile à la nomenclature quand elle sert à décomposer certaines maladies, telles que la fièvre, le rhumatisme, etc.; M. Grisolle a cité dans son ouvrage quelques-unes de mes synonymies. Quant à M. Bouillaud, si M. Bousquet avait lu *Nosographie médicale*, il eût vu que ce pathologiste me félicite dans les termes les plus flatteurs d'avoir accompli à moi seul une réforme qui a toujours été dans ses vœux, et qu'il avait proposé de confier à une commission. MM. Robin et Littré, dans leur excellent *Dictionnaire*, ont reproduit presque tous mes mots, et bien rarement ils y ont ajouté l'adjectif *mauvais* dont cependant ils ne sont pas avares.

J'ai toujours cherché et je cherche encore à faire des travaux utiles (j'espère que dans l'avenir M. Bousquet aussi se distinguera de cette façon), et pour des états pathologiques nouveaux j'ai dû créer des noms nouveaux. En vain m'assure-t-on que je ne réussirai pas; en dépit de la prophétie, la jeunesse est là qui s'approprie ce qui est bon et juste.

M. Gerdy me reproche d'avoir été droit au bout, d'avoir tenté d'introduire d'emblée un système général.

Si par malheur pour la pratique ce système ne prévalait pas, j'aurais au moins la conscience d'avoir fait mon possible pour le faire adopter.

Il a été dit à cette tribune qu'à Paris on travaille et qu'à Montpellier on pense. Et moi je m'adresse à tous les travailleurs et je leur dis : méprisez les ridicules prétentions de ceux qui font des hypothèses, vos pensées qui viennent de l'observation valent mieux que de fantastiques conceptions; vous n'êtes pas des manœuvres; les monumens que vous bâtissez sont de granit et ils resteront; laissez à d'autres le vain plaisir d'édifier des palais dans le pays des chimères !

Epeler un mot de façon à le rendre ridicule, faire éclater l'hilarité d'une compagnie savante, c'est là un succès de comédien et non d'académicien. M. Bousquet devait plus de respect et à son auditoire et à lui-même. Le mot de *scorentérectasie*, qui l'a tant égayé, a d'ailleurs été modifié par moi depuis longtemps, j'en ai fait *scorentérasie* et je ne le trouve, d'ailleurs, pas plus dur à prononcer que tartrate antimonié de potasse, mis à la place d'*émétique*, et qu'une foule de noms de la chimie organique. Avec un peu d'habitude on finit par tout prononcer, et la dureté de l'allemand, la sibilation anglaise deviennent fort supportables. Quant au mot *scorentérasie*, il doit être conservé; ce n'est pas un synonyme inutile de constipation, ce dernier terme étant trop vague et servant à désigner tantôt un obstacle situé au rectum, tantôt le défaut de formation ou d'excrétion des matières, etc. Au surplus, on peut décomposer le mot et dire: *entérasie scoréique, hydrique, aérique*, etc. Les autres mots de la nomenclature se prêtent aux mêmes modifications.

Si je tenais à imposer ma nomenclature, je saurais braver la colère de M. Bousquet. Mais ayant déclaré que j'étais prêt à faire tous les changemens dont on me prouverait l'utilité, que j'étais un faible helléniste, et que je laissais à d'autres le soin de mieux faire dans la même voie, je ne comprends rien à ce persiflage et à ces personnalités de la part d'un homme qui, il y a quelques jours, m'a serré la main avec tant d'effusion...

M. Bousquet : Et qui vous la tend encore !

M. Piorry : J'ai essayé de suivre l'exemple de Linné. Les critiques incessantes de Buffon n'ont pas empêché le succès de la nomenclature de Linné. J'ai suivi la voie qui a été tracée par Lavoisier, les Guyton de Morveau, les Fourcroy, les auteurs du système décimal, et plus près de nous par les Chaussier et les Duméril; j'ai tenté de donner plus d'homogénéité à notre langage médical, de le rendre plus intelligible pour les étrangers. Ce n'est pas là, je pense, de la présomption ni de la déraison, et si un jour on considère cette tentative comme un événement dans l'histoire de l'esprit humain, ce sera, je l'espère, à titre de progrès utile à la science et aux malades.

La discussion est renvoyée à mardi prochain pour entendre M. Bouillaud.

— M. Gosselin, chirurgien de l'hôpital Cochin, lit un travail intitulé : *Note sur le traitement de l'anus contre-nature, compliqué de renversement irréductible.*

Lorsque, dans un cas d'anus contre-nature, on est parvenu, dit l'auteur, à rétablir la libre communication des deux bouts de l'intestin à l'aide de l'entérotomie, trop souvent les matières n'en continuent pas moins à s'écouler par l'orifice anormal. Pour obtenir l'oblitération de celui-ci, l'autoplastie fournit une précieuse ressource, surtout quand on a soin d'aviver et de réunir à la fois l'intestin à la paroi abdominale. Mais s'il existe en même temps un renversement irréductible de la muqueuse, ce résultat ne peut être obtenu par les méthodes ordinaires. C'est ce qui a amené M. Gosselin à modifier le procédé opératoire usité en pareil cas chez un malade de son service, affecté d'un anus contre-nature à la suite de l'opération d'une hernie inguinale étranglée.

Après avoir réussi, à l'aide de l'entérotome de Dupuytren, à rétablir le libre cours des matières du bout supérieur dans l'inférieur, il fit l'ablation de la membrane muqueuse dans toute l'étendue du renversement (premier temps); dans un deuxième temps il incisa circulairement la peau à un demi-centimètre autour de l'ouverture abdominale; dans un troisième, il réunit par la suture la paroi abdominale d'une part avec elle-même, d'une autre part avec l'intestin avivé; enfin, dans un quatrième, il fit à la peau voisine deux incisions profondes s'étendant jusqu'à l'aponévrose du grand oblique pour obtenir le glissement des tégumens et la coaptation facile des lèvres de la plaie. Une cicatrice complète et solide existe aujourd'hui, et le malade est guéri d'une affection qui paraissait incurable. (Le travail de M. Gosselin est renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Guérard et Bégin.)

— M. Jobert (de Lamballe) montre une jeune fille de 15 ans, chez laquelle il a obtenu, par sa méthode autoplastique (séparation du vagin à son insertion sur le col utérin, etc.), la guérison complète d'une fistule vésico-vaginale survenue dans les circonstances suivantes :

Dans une chute que cette enfant avait faite plusieurs mois auparavant, un crayon s'était introduit dans le vagin et avait pénétré dans la vessie; là il n'avait pas tardé à s'incruster de matières lithiques et à devenir le noyau d'un volumineux calcul qui fut extrait par la taille vaginale. L'opération eut un succès complet, mais laissa à sa suite une fistule dont M. Jobert (de Lamballe) débarrassa entièrement la malade par son opération autoplastique. Elle n'éprouva le besoin d'uriner que quatre à cinq fois dans l'espace de vingt-quatre heures.

M. Jobert (de Lamballe) montre le corps étranger. C'est un gros crayon qui, par un mécanisme difficile à concevoir, s'est partagé en deux portions opposées par leur convexité; l'extrémité qui plongeait dans la vessie est coiffée d'un dépôt pierreux considérable; celle qui proéminait dans le vagin est à peine incrustée de matières lithiques et n'a dû s'en recouvrir qu'à partir du moment où la perforation de la vessie s'étant agrandie, l'urine put s'écouler par cette voie en quantité notable.

ARCHÉOLOGIE MÉDICALE.

CACHETS OCULISTIQUES.

Grancey-le-Château (Côte-d'Or), le 24 janvier 1855.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez consacré, en 1851, quelques pages de l'Union Médicale à la description de plusieurs cachets d'oculistes romains. Pensant que ce sujet peut encore intéresser vos lecteurs, je viens les entretenir de la découverte de deux de ces cachets, faite dans le département de la Côte-d'Or. La commission archéologique de ce pays s'en est occupée et le premier volume de ses mémoires (page 365) contient, sur ces objets, une dissertation savamment rédigée par M. de Saint-Mémin, l'un de ses membres.

Je vais expliquer, d'après lui, les inscriptions qu'ils présentent, en en modifiant parfois l'interprétation et en les traduisant de la manière qui me paraîtra la plus convenable.

Le premier cachet a été trouvé près du village de Cessey-sur-Tille (arrondissement de Dijon), au milieu d'un champ et au voisinage d'une voie romaine.

La pierre dont il est composé est schisteuse, ressemblant à l'ardoise et de forme carrée; son épaisseur est de 15 millimètres et la longueur de ses côtés de 54. Les quatre tranches portent chacune une inscription :

1° C CL PRIMI DIASMYRNES
POST IMPET LIPPITVDI

Collyre à la myrrhe de Caius Claudius primus, à employer après la période aiguë de l'ophthalmie.

2° C CL PRIMI. TERENTIANV
CROC AD ASPRIT. ET. CI.

Collyre de safran de Caius Claudius primus, composé par Terentius, contre les granulations et pour faire disparaître les traces des cicatrices de la cornée constituant des opacités.

3° . . L PRIMI TVRINVM
. . SVPPVRAT OCVLOR.

Collyre à l'encens de Caius Claudius primus, contre la suppuration des yeux.

4° C. IVL. LIBYCI DIAC. IO
. ES AD SVPPVR TE VETECCI
(1) IAR.

Cette inscription porte un autre nom de médecin; le mot IO. ES dont une lettre est effacée, doit provenir de ἰωδής (un grand nombre des mots gravés sur ces cachets sont grecs et écrits en lettres latines). M. de Saint-Mémin pense que les initiales rangées sur deux lignes signifient CALLOS, CICATRICES, INVETERATAS AFFECTIONES RESOLVENDAS. Je ferai remarquer que la lettre C peut être l'abréviation de CALIGINEM ou CALIGINES aussi bien que celle de callos, et traduirai ainsi cette légende : Collyre au safran, de couleur de pourpre ou de rouille, de Caius Julius Libycus, pour combattre la suppuration, l'obscurcissement ancien de la vue, faire disparaître les cicatrices et amener la résolution des affections chroniques de l'œil.

Le second cachet, de couleur verdâtre, a été trouvé à Selaugey (arrondissement de Dijon). Ses côtés ont une longueur de 43 millimètres, et son épaisseur varie de 7 à 9. Il ne porte que trois inscriptions gravées au même nom; la quatrième tranche n'en présente pas.

1° M MESSI ORGILI YSO
CHRYSVM AD CLAR

Collyre de couleur d'or ou d'un prix égal à celui de l'or de Marcus Messus Orgilus, pour ramener la clarté de la vue.

2° M. MES. ORGILI. TH
URINUM. EX. OVO

Collyre à l'encens et contenant de l'œuf ou pour être employé avec un œuf, de Marcus Messus Orgilus.

3° M. MES. ORGILI LEN
HYGIA AD IMP. LIPP

M. de Saint-Mémin n'a pas donné au mot HYGIA un sens satisfaisant; je pense qu'il est l'abréviation de Ὑγίασμα, remède, et qu'il faut lire : Doux remède, ou doux collyre, de Marcus Messus Orgilus à employer pendant la période aiguë de l'ophthalmie.

Les collyres dont ces cachets nous indiquent la composition sont ceux de myrrhe, d'encens et de safran. Les premiers s'employaient après la période aiguë de l'ophthalmie; les seconds contre la suppuration, et les troisièmes contre les granulations, les cicatrices et les affections chroniques de l'œil en général.

Nous voyons que ces oculistes ne faisaient pas usage des mêmes remèdes à telle ou telle époque de la maladie; que pendant celle d'acuité, par exemple, ils se servaient de moyens adoucissans, et plus tard d'excitans, la myrrhe, l'encens, le safran, qui, en modifiant la muqueuse oculaire, tarissaient ses sécrétions morbides et pouvaient, dans d'autres circonstances, susciter dans les diverses parties de l'œil malade un travail salutaire conduisant à la guérison.

Les collyres de safran sont encore de nos jours conseillés quelquefois. La myrrhe et l'encens agissaient vraisemblablement sur la muqueuse de l'œil comme le font la térébenthine, le goudron, le baume de tolu, celui de copahu dans le catarrhe des muqueuses génito-urinaire et pulmonaire. L'analogie et le raisonnement nous portent à penser que ces collyres résineux pouvaient rendre des services à nos devanciers.

Ils ne sont plus en usage aujourd'hui; bien que nous possédions des modificateurs plus puissans, il y aurait peut-être à se demander si la proscription qui les frappe est suffisamment justifiée, et si c'est à raison qu'ils sont bannis de notre thérapeutique.

J'ai l'honneur, etc.

Dr Charles Rouhier,
Membre de la commission archéologique de la Côte-d'Or.

(1) Ces deux lettres sont retournées; VETE est l'abrégé de veterem ou veteres.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 29. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 10 Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 MARS 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Le tournoi chirurgical continue. D'honorables concurrens qui, plusieurs fois déjà, sont venus lire des mémoires devant l'Académie, se sont présentés de nouveau à la barre. Trois candidats ont fait une nouvelle apparition devant leurs juges ; et si la section ne prend pas prochainement en pitié le zèle et l'ardeur des aspirans, on ne peut prévoir où s'arrêtera cette exhibition hebdomadaire.

M. Laugier a lu un mémoire sur l'origine et l'accroissement de l'hématocèle rétro-utérine.

M. Baudens a également lu un mémoire sur la résection de la tête de l'humérus, d'après un nouveau mode opératoire.

C'est à une méthode particulière d'appliquer la cautérisation à la réunion des divisions anormales du voile du palais, qu'a été consacrée la nouvelle lecture faite par M. Cloquet.

Nous donnons les conclusions et des extraits de ces divers mémoires, dont l'appréciation est réservée à la section de médecine et de chirurgie.

M. Junod a communiqué une note intéressante sur la salubrité *relative* des différens quartiers dans les villes. D'après notre confrère, ce serait une loi a peu près constante que, dans les villes, les classes riches abandonneraient les quartiers situés à l'est pour se porter vers l'ouest. La cause de ce fait général serait toute physique et se rattacherait à la pression atmosphérique. Lorsque la colonne barométrique s'élève, la fumée et les émanations nuisibles s'évanouissent rapidement dans l'espace. Dans le cas contraire, nous voyons la fumée et les vapeurs nuisibles séjourner dans les appartemens et à la surface du sol. Or, tout le monde sait que, de tous les vents, celui qui fait le plus monter la colonne barométrique est le vent d'est, et celui qui l'abaisse le plus est le vent d'ouest. Lorsque celui-ci souffle, il a l'inconvénient d'entraîner avec lui sur les quartiers situés à l'est des villes tous les gaz délétères qu'il a rencontrés dans son parcours sur les quartiers situés à l'ouest. Il résulte de là que les habitans de la partie orientale d'une ville ont non seulement leur propre fumée et leurs miasmes, mais encore ceux de la partie occidentale que leur amènent les vents d'ouest. Lorsque, au contraire, le vent d'est souffle, il purifie l'air en faisant remonter les émanations nuisibles qu'il ne peut rejeter sur l'ouest de la ville.

Donc, les habitations qui sont à l'ouest reçoivent un air pur, de quelque part de l'horizon qu'il leur arrive. Ajoutons que les vents d'ouest étant ceux qui prévalent ou règnent le plus souvent, elles sont les premières à recevoir cet air, tout pur et tel qu'il arrive de la campagne.

Des faits qui précèdent, M. Junod croit pouvoir déduire les propositions suivantes :

1° Les personnes qui ont la liberté du choix, surtout celles d'une santé délicate, doivent habiter l'ouest des villes.

2° Par la même raison, on doit concentrer à l'est tous les établissemens d'où se dégagent des vapeurs ou des gaz nuisibles.

3° Enfin, en élevant une habitation en ville, et même à la campagne, on doit reléguer à l'est les cuisines et toutes les dépendances d'où peuvent se répandre dans les appartemens des émanations nuisibles.

Après cette communication, M. Élie de Beaumont signale quelques faits qui lui paraissent tendre à prouver la constance et la généralité de la loi signalée par M. Junod. Il a remarqué, dans la plupart des grandes villes qu'il a visitées, cette tendance de la population aisée à se porter constamment d'un même côté, qui, sauf l'influence de certains obstacles locaux, est généralement le côté de l'ouest. Turin, Liége, Caen en offrent des exemples. M. Moquin-Tandon a remarqué la même chose à Montpellier et à Toulouse. Paris et Londres présentent, à cet égard, des faits analogues, quoique les fleuves qui traversent ces deux grandes agglomérations coulent en sens diamétralement contraires. Il rappelle les dictons populaires et les pièces de théâtre qui constatent la tendance des habitans enrichis de la cité de Londres à se porter vers l'extrémité occidentale de la grande ville, le *West-End*. Paris s'accroissait dans la direction du nord-est à l'époque où l'on bâtit la Bastille, le palais des Tournelles, l'hôtel St-Paul, etc. ; mais alors on était encore sous l'influence de la terreur produite par les incursions des Normands, dont les flottilles remontaient la Seine jusqu'à Paris, et n'étaient arrêtées que par le Pont-au-Change. A cette époque, et tant que la même impression dura, on devait avoir avoir beaucoup de répugnance à aller habiter Auteuil et Grenelle ; mais depuis la fondation du Louvre, et surtout depuis le règne d'Henri IV, le phénomène a repris son cours normal.

M. Élie de Beaumont est porté à croire que, parmi les causes de ce phénomène, on doit tenir compte de la température et de l'état hygrométrique de l'air, généralement plus chaud et plus humide pendant les vents d'ouest et du sud-ouest que pendant les vents d'est et de nord-est.

M. Dreyfus a adressé un appareil ingénieux destiné à opérer une révulsion sur un point déterminé de la périphérie du corps. Si l'invention de notre honorable confrère peut soustraire les malades aux supplices du moxa, des vésicatoires, de l'urtication, des scarifications, des cautérisations, etc., elle rendra certainement un grand service à la pauvre humanité.

Qu'est-ce que la syphilis ? Il y a près de 400 ans que cette question est posée, et vous savez tous si elle est résolue. M. Castano, médecin-major à l'armée d'Orient a-t-il trouvé cette solution ? Pour lui, la syphilis n'est qu'un champignon (*végétal fungiforme parasite*) dont la présence, la germination et le développement dans les tissus où il pullule, forment la cause première des ulcérations.

La note de M. Castano, publiée par le compte-rendu, est trop courte et trop peu détaillée pour qu'on puissese faire une idée suffisante des opinions de l'auteur.

Nous en dirons autant des recherches de M. Sémanas sur quelques cas de variole confluente dont les résultats, en supposant que l'observation ultérieure permette de les généraliser, deviennent incidemment la réfutation la plus formelle du prétendu antagonisme entre la variole et les fièvres continues graves, en tant que celles-ci tendraient de plus en plus à se substituer comme espèce pathologique à celle-là. Car, loin de se substituer, elles s'associent au contraire, et l'issue de cette association est d'autant plus redoutable, que la variole est plus confluente, ou, si l'on peut s'exprimer ainsi, que le sujet est moins vacciné.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital de la Charité. — Clinique de M. le professeur VELPEAU.

REMARQUES SUR LA VARIOLE, ET PARTICULIÈREMENT SUR LA POSSIBILITÉ DE FAIRE AVORTER LES PUSTULES VARIOLIQUES.

M. le professeur Velpeau n'a point voulu laisser échapper l'occasion de nous rappeler, dans sa leçon clinique du 6 mars 1855, ce que M. Bretonneau, de Tours, et M. Velpeau lui-

Feuilleton.

CAUSERIES.

On ne voit pas, en vérité, de quelle utilité il peut être de mêler des professions de foi religieuse à nos questions de science et de pratique. Quand vous aurez dit ou écrit : « Je suis médecin orthodoxe, et je » récite le symbole des apôtres depuis *credo* jusqu'à *amen*, » en quoi, s'il vous plaît, aurez-vous élucidé la question du diagnostic ou de la nature du cancer, par exemple ? Je connais des médecins très pieux, pratiquant avec exactitude tous les devoirs de la religion, et qui, soit dans leurs rapports avec leurs confrères, soit dans leurs écrits, soit dans leur enseignement, soit dans les discussions académiques, n'ont jamais dit un mot de leurs croyances, n'ont jamais fait une seule allusion à leur foi. Il y a plus, c'est que parmi ces médecins, il en est, et de célèbres, qui peuvent être regardés comme une protestation vivante contre certains anathèmes à l'endroit de l'anatomie. La médecine anatomique conduit inévitablement au matérialisme, dit-on ; cela est complètement erroné. Déjà un païen illustre, Galien, avait donné un démenti formel à cette accusation. Le livre de *usu partium* est un hymne magnifique en l'honneur du Créateur. Vous n'avez donc pas lu ces pieuses, touchantes et naïves déclarations qui, depuis la Renaissance, depuis Fernel, se trouvent en tête des plus célèbres ouvrages des médecins des XVIe et XVIIe siècles ?

La grande religion du médecin, comme de tous les hommes, est la religion du devoir. Or, le devoir du médecin est d'acquérir toutes les connaissances dont l'application peut servir au soulagement de ses semblables. La médecine dite anatomique y contribue pour une très large part, c'est une impiété de la rejeter, c'est un blasphème de la renier. Celui-là seul serait orthodoxe qui s'emparerait des progrès modernes pour les relier aux grands principes de la philosophie spiritualiste, avec lesquels des esprits comprimés par une foi étroite ne voient pas les relations.

Faire une médecine orthodoxe ! Quel est donc l'imprudent qui peut avoir une pareille prétention ? Quand on voit les théologiens les plus savans, les plus pieux, les plus sincères, s'exposer aux censures de Rome — cela s'est vu naguère, à Paris même, et à l'occasion d'un livre émané d'une des plus grandes autorités théologiques de l'époque — sur de pures questions de dogme, vous avez la témérité de vouloir instituer une médecine sur des principes irréprochables aux yeux du tribunal de l'*index !* Quelle folie ! ou quel orgueil ! Je vous défie d'écrire trois pages d'un *catéchisme médical* sans vous exposer, au point de vue catholique, aux foudres du Vatican ; au point de vue de la science, aux risées du médecin pieux.

Vous avez la foi, dites-vous, eh bien, remerciez Dieu de cette grâce suprême ; en cette matière, ayez la foi naïve, humble et soumise d'un enfant ; *sicut pueri estote credentes*, a dit saint Paul. Mais, de grâce, ne confondez pas l'esprit médical, l'esprit scientifique avec la foi. Cette promiscuité sacrilége ne peut être que fatale à ces deux choses. D'un côté, humiliez, abaissez votre raison, c'est votre devoir de croyant ; de l'autre, laissez-lui son plein et libre exercice, c'est votre devoir de médecin et de savant.

Surtout, soyez chrétiens en toute chose.

Mais c'est un petit sermon de circonstance et de carême que je viens de faire là, et je n'aime les sermons qu'à l'église. Voilà cependant encore une idée peu riante qui me vient. Pauvres médecins ! savez-vous quelle est la probabilité de votre vie moyenne ? Lisez la note suivante que j'extrais des *Archives de médecine :*

« Il résulte d'un mémoire lu à la Société physico-médicale de Würtzbourg, par le docteur Escrich, que la moyenne de la vie est différente suivant les diverses professions. D'après les statistiques dressées en Bavière et conformément à ce que Casper avait déjà démontré, la profession médicale est de toutes celle dont les membres ont le plus haut chiffre de mortalité ; les trois quarts des médecins succombent avant 50 ans et les dix onzièmes avant 60 ans. Sur 1168 médecins vivans, en Bavière, en 1852, 4 seulement (8,34 pour 100) étaient âgés de plus de 80 ans ; parmi eux, aucun ne s'était voué exclusivement à la pratique de la médecine. Les 10 médecins les plus avancés en âge comptaient en somme 792 ans (79, 2 ans en moyenne), tandis que les 10 plus âgés, pris dans d'autres professions libérales, représentaient les chiffres suivans : prêtres catholiques, 878 ans ; professeurs des écoles, 875 ; ministres protestans, 865 ; juristes, 850. Sur 100 individus entrés dans la profession médicale, 26 seulement avaient atteint, en Bavière, l'âge de 50 ans ; encore cette proportion est-elle plus favorable qu'en Prusse, où 19 seulement sur 100 atteignent la cinquantaine. »

Voilà qui est peu encourageant. Passons vite à des choses moins sombres.

Voici une anecdote que je recommande à notre charmant ami Toirac. Je ne peux que la lui raconter en humble prose ; mais revêtue de sa spirituelle poésie, elle pourrait augmenter son précieux répertoire.

La chose s'est passée dans une petite ville du Midi, mais pas positivement en Gascogne, j'ai besoin de prendre là-dessus mes précautions.

Donc, dans la petite ville de . . . . , vit un heureux confrère, qui a le bonheur d'être très aimé des dames, et, comme dans la chanson, très peu des maris. On assure cependant, et je penche vers cette opinion, que l'antipathie du sexe fort contre notre confrère n'est qu'une grande et ridicule injustice. Toujours est-il, qu'aux approches du carnaval dernier, trois jeunes et jolies dames de l'endroit se réunirent et se concertèrent (ici j'ouvre une parenthèse pour dire avec Boileau,

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable.

trois jeunes et jolies femmes agir d'un commun accord !). Elles voulaient, mais à l'insu de leurs maris, offrir un témoignage de leur reconnaissance au bon docteur qui prenait soin de leur santé. Chacune vide donc sa petite poche aux économies, et le total resplendit en une somme rondelette de 200 francs. Que fera-t-on de cette somme ? Ici, grands débats ; autant d'avis que de jolies bouches. Celle-ci vote pour une fine chemise de batiste avec jabots de dentelles ; celle-là réclame pour un bel ouvrage de bibliothèque ; la troisième demande une trousse d'argent. Pas moyen de se mettre d'accord. On avise, enfin, que le bon docteur est assez pauvre en théières, et, cette fois, une théière en vermeil est mise aux voix et adoptée à l'unanimité. Un commissionnaire discret va l'acheter dans la grande ville voisine. L'ustensile arrive, il est superbe et l'une de ces dames est chargée d'aller le porter au cher Esculape.

Mais, ô malheur ! l'aimable messagère s'en allait trottinant par la ville, portant le cadeau dans un panier, quand elle fait la rencontre subite de son mari. Il arrive d'une longue course, il est tout en nage, il a besoin d'un gilet de flanelle et des soins de sa femme, qui est obligée de reprendre le chemin du logis conjugal. La voilà rentrée, elle

même avaient autrefois entrepris pour faire avorter les pustules varioliques. En agissant ainsi, le professeur de la Charité a payé un juste tribut de reconnaissance à son ancien maître M. Bretonneau, et de plus, rendu un grand service à son auditoire, en nous retraçant avec une heureuse mémoire les premières phases d'une question qui fit grand bruit, il y a bientôt trente ans, dans les hôpitaux et les Sociétés savantes.

Personne n'ignore les nombreuses communications et les discussions que soulevèrent la méthode *ectrotique* de la variole; qu'il nous suffise de rappeler qu'en 1825, Guersant, Béclard, Husson, Laënnec, MM. Duméril et Adelon, prirent part à cette importante question.

M. Velpeau reconnaît parfaitement que la variole est du domaine de la clinique médicale, mais il pense que l'éruption variolique qui affecte la surface cutanée est bien aussi un peu du ressort de la chirurgie. Les yeux, en effet, ne sont-ils pas souvent maltraités par la variole; n'est-il pas du devoir du chirurgien de savoir remédier aux conséquences d'une pustule variolique sur la cornée, et quand il en est temps encore, ne peut-on pas empêcher le mal d'envahir le globe oculaire, en cautérisant les pustules des paupières?

Puis M. Velpeau nous avoue qu'il a bien quelque raison personnelle de s'occuper de la question, et ses idées sur la variole, bien qu'elles datent d'autrefois, ne doivent peut-être pas rester complétement dans l'oubli. La suite de cette leçon prouvera, du reste, que les idées d'autrefois de l'élève de M. Bretonneau sont encore les idées de bien des maîtres d'aujourd'hui.

Comment M. Velpeau fut-il conduit à nous parler de la variole? le voici:

Salle Sainte-Vierge, n° 32, est couché le nommé Thevenot (François). Ce malade est entré le 10 février dans le service de chirurgie pour une blessure grave, une fracture de côtes avec enfoncement, fracture compliquée d'abord d'un vaste emphysème du tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire, puis bientôt d'un épanchement pleural qui survint le troisième jour de l'accident.

Le 20 février, le malade marchait vers un prompt rétablissement; emphysème, épanchement et vastes ecchymoses avaient disparu; il n'existait plus qu'une gêne légère de la respiration du côté blessé; la figure était bonne, les forces revenues, et le malade pensait à quitter l'hôpital, lorsque, quatre jours après avoir été purgé, le samedi 24 février, à la visite du matin, il nous dit qu'il avait mal dormi. Le pouls était fréquent, petit, la figure anxieuse, le regard inquiet. L'auscultation ne fit rien découvrir du côté du poumon ni de la plèvre qui rendît compte de la fièvre.

Dimanche 25 février. La langue était chargée, le malade accusait du mal de gorge, des envies de vomir, de la courbature. Les yeux sont légèrement injectés; le pouls est fréquent et plus fort. Persistance de ces symptômes toute la journée du dimanche, de même que le lundi 26 février. Le dernier jour apparaissent sur les bras et sur la région antérieure de la poitrine quelques taches rosées qui, le lendemain, se montrent aussi sur la face.

Bientôt l'éruption est générale; il est facile de reconnaître que le malade est atteint de variole; il n'a point été vacciné.

Depuis le 27 février, rien de remarquable à mentionner; marche de la maladie normale; les premiers jours, cependant, un grand nombre de pustules semblaient appartenir à la varioloïde. L'éruption, en effet, paraissait superficielle, et aujourd'hui, cinquième jour de l'éruption, quelques pustules sont déjà sèches; mais le plus grand nombre appartiennent bien à la variole franche: elles sont bien ombiliquées et remplies de sérosité purulente.

En ce moment, dans une Société savante, on discute s'il est possible d'empêcher l'éruption de la variole; c'est là, comme nous l'avons déjà dit au commencement de cet article, une vieille question.

En 1824, M. Velpeau, dans la thèse qu'il soutint pour l'agrégation, nous apprend que des essais avaient été faits en 1817 par M. Bretonneau, dans le but de savoir si l'on pouvait atteindre les boutons de la variole. Les expériences de M. Bretonneau et de M. Velpeau n'avaient pas seulement porté sur les pustules varioliques, le célèbre médecin de Tours et son élève avaient aussi essayé de faire avorter par la cautérisation les boutons de la vaccine, les pustules de l'ecthyma, d'arrêter la marche du zona et même des furoncles. Les succès des expérimentateurs sont mentionnés dans le huitième volume des *Archives de médecine*, mois de juillet, 1825.

Dans cet article, qui est dû à la plume de M. Velpeau, on conclut qu'on pouvait faire avorter les pustules varioliques, si l'on avait soin d'ébarber le sommet de chaque pustule avec la lancette ou les ciseaux, puis de cautériser avec le crayon de nitrate d'argent ou avec un stylet d'or ou d'argent chargé d'une solution de nitrate d'argent.

Ce fait, établi sur de nombreuses expériences, M. Bretonneau et M. Velpeau avaient conclu que ce mode de traiter l'éruption variolique pouvait être utile à certains malades.

Les dernières expériences de M. Velpeau datent de 1824 et 1825; elles furent faites à l'hôpital des Cliniques de la Faculté de Paris. Ce fut avec l'autorisation du chirurgien en chef de cet hôpital et l'aide de M. de Broutelles que M. Velpeau cautérisa les pustules de la moitié gauche du visage chez une jeune femme de 28 ans. On ne toucha point à la partie droite du visage; trois jours après la cautérisation, le côté gauche était noir, aplati, comme momifié, tandis que du côté opposé l'éruption variolique suivait sa marche ordinaire. Ce fut, plus tard, un étrange spectacle que de voir, sur une même figure, un côté intact de traces de variole et l'autre côté couvert de cicatrices indélébiles.

Ce fut à cette époque que surgit une question de priorité. M. Serres, en 1825, publia, dans les *Archives*, un long mémoire où il établissait les avantages de la méthode qu'il appela méthode ectrotique.

Si l'on relit le mémoire de M. Serres sur ce sujet, on voit que le médecin de la Pitié avait été conduit à tenter l'avortement des pustules sur la face et la plus grande partie du corps, afin d'empêcher la réaction qui suivait l'éruption, et surtout afin de conjurer les accidens cérébraux qui se manifestaient à la suite du gonflement de la face.

MM. Bretonneau et Velpeau, au contraire, n'avaient pour but que l'avortement des pustules dans quelques parties limitées de la face et surtout des paupières.

Le mode de faire de M. Serres était aussi très différent; en effet, il employait un pinceau de charpie pour étendre la solution de nitrate d'argent sur toutes les parties envahies par l'éruption varioleuse.

Il y avait donc là deux nuances bien tranchées d'une même méthode, procédé différent et but dont la différence était bien plus marquée encore: Les uns s'adressant et ne voulant remédier qu'à une lésion locale; M. Serres, au contraire, ayant en vue les symptômes généraux et voulant y remédier par une cautérisation générale.

Quant à la question de priorité elle est nettement tranchée par la thèse de M. Velpeau (1824).

Au mois de mai 1821, à Paris, dans le service de M. Guersant, M. Bretonneau avait répété ses expériences sur les enfans varioleux.

Revenons à la question principale, l'utilité de la cautérisation. Oui, cette méthode est utile et réussit, mais elle ne peut et ne doit être appliquée que pour protéger certains organes, certaines parties du visage. Et quelque patience qu'on puisse avoir, on ne réussira jamais à cautériser des myriades de pustules avec un crayon ou un stylet mouillé de nitrate d'argent.

A la vérité, la cautérisation en badigeonnage aurait plus d'avantages, s'il était possible, en l'étendant partout, de cautériser profondément chaque pustule; mais on comprend aisément qu'un grand nombre de pustules sont soustraites à l'action du caustique dans la méthode de M. Serres.

A l'époque où MM. Gasc, Damiron, du Val-de-Grâce, et Noble, de Versailles, publièrent leurs observations (fin de 1825), on s'éleva contre la cautérisation et l'on dit: Comment, vous voulez cautériser toute la surface du corps d'un individu, vous voulez, par la cautérisation, faire avorter l'éruption varioleuse; mais oubliez-vous que la variole est une maladie virulente que la nature cherche à rejeter au dehors par la surface cutanée? Si vous réussissez, vous allez faire rentrer la variole. A quel danger exposez-vous votre malade. Supprimer un émonctoire naturel, quelle imprudence!

Ces raisons ont-elles toute la valeur qu'on voulut bien leur accorder alors, les dangers si fort redoutés par les opposans à la cautérisation sont-ils aussi grands qu'on l'avait cru?

Non, certes, et pour le prouver, qu'il nous soit permis de rappeler que la période la plus à craindre pour les varioleux, c'est la période de suppuration. Si vous pouvez entraver, faire avorter cette période fatale, vous pourrez ainsi soustraire le malade à de grands dangers; et cela sans crainte de faire rentrer le virus dans l'économie, car vous ne commencez à cautériser qu'à partir du moment où apparaissent les pustules, c'est-à-dire lorsque, suivant l'opinion de ceux-là même qui combattent la méthode ectrotique, la nature a rejeté au dehors sur la surface cutanée le principe morbifique. Alors que faites-vous en faisant avorter la période suppurative, vous épargnez au malade tous les dangers de l'inflammation générale de la peau, et vous empêchez le derme enflammé de se trouver pendant plusieurs jours en contact avec une nappe de pus.

Ces considérations sur la valeur de la méthode ectrotique appartiennent tout entières à M. Velpeau, et c'est assurément dans un but tout autre que le monde médical s'est mis à la recherche d'autres moyens pour faire avorter les pustules de la petite vérole.

On pourrait ranger dans deux classes les différens procédés qui ont été inventés depuis 1825. Dans la première de ces classes, le mercure jouerait le plus grand rôle; et, soit qu'il fût appliqué en emplâtre ou seulement étendu sous forme de pommades, c'est à lui que seraient dus les succès obtenus avec l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* et l'onguent mercuriel. C'est là du moins l'opinion de MM. Serres, Gariel, Nonat et Briquet.

Dans la seconde classe, on a pour but de mettre les pustules à l'abri de la lumière et surtout du contact de l'air, alors M. Piorry accorde au diachylon *bien préparé* une confiance aussi grande qu'à l'emplâtre de Vigo. D'autres médecins recouvrirent la face des malades d'une couche de corps gras; d'autres d'amidon, de poudre de riz, etc. Enfin, dans ces derniers temps, on appliqua des masques de collodion. Nous ne discuterons point la valeur de ces divers procédés: leur grand

---

pose son panier et pendant qu'elle apprête le linge du mari, celui-ci, curieux, ouvre le panier, aperçoit la théière, s'en empare et y substitue, quoi.....? Un de ces instrumens qui faisaient le désespoir de M. de Pourceaugnac. Mais l'instrument est trop long, il ne peut entrer. Le mari dévisse le bout, tout s'arrange; mais dans sa précipitation il oublie de caser le précieux appendice.

La dame, libre enfin, reprend son panier et court vite le porter à son adresse sans méfiance de la substitution perfide.

Quelques jours s'écoulent, et le bon docteur ne témoigne aux donatrices aucun signe de satisfaction. Grande inquiétude, grande impatience. Enfin, n'y tenant plus, une d'elles se hasarde à écrire un petit mot d'avis au cher docteur. Celui-ci répond aussitôt:

« Madame, l'instrument est parfait, mais il y manque le bout. »

Qu'est-ce à dire? Explication, surprise, colère, indignation! indignation surtout, car savez-vous ce qu'avait fait cet indigne mari, l'auteur de la substitution? Il avait vendu la théière, et du prix qu'il en avait retiré, il avait acheté un porc et une pièce de vin.

Les choses ne pouvaient se passer ainsi. Deux de ces dames réclament, et par voie judiciaire. Elles demandent leur argent ou une part du cochon et du vin. De là procès pendant devant le tribunal de . . . . . et dont je vous ferai connaître l'issue.

Je parlais tout à l'heure de notre bon docteur Toirac, de ce poète gracieux, de ce chansonnier aimable, de ce fabuliste charmant, le plaisir et la joie de nos réunions médicales, qui met autant de complaisance à nous dire ses productions, qu'il oppose de résistance à leur publication. Que je lui fasse violence, cependant, pour quelques couplets qu'il a délicieusement chantés l'autre jour dans un banquet confraternel. Je voudrais les donner tous, mais notre aimable confrère sait bien que ce qui ne peut s'imprimer on le chante.

Couplets chantés au banquet, à l'occasion de ma nomination à la présidence de la Société médicale du 3e arrondissement, pour l'année 1855.

Par M. le docteur Toirac.

Air: *d'Octavie.*

Quelques momens, messieurs, faites silence
Et suspendez tous votre coup de dent,
Nous commençons à l'instant la séance,
Prêtez l'oreille à votre Président:

C'est en chantant que je prends la parole,
Et cependant je veux parler raison;
Le sérieux, sous un voile frivole,
Plus d'une fois, s'est traduit en chanson.

Ainsi l'on peut, sans crainte et sans scrupule,
Faire avaler bien plus facilement,
A son malade en dorant sa pilule,
Remède amer qu'il repoussait avant.

Un médecin, sans être trop austère,
Un philosophe, aimant l'humanité,
Doit à chacun, suivant son caractère,
Porter le calme ou rendre la santé.

Pour ce malade, atteint d'hypochondrie,
De son esprit cherchant la guérison,
Faites semblant de croire à sa folie,
C'est le moyen de lui parler raison.

A l'exilé qui meurt de nostalgie,
Donnez l'espoir d'un doux et prompt retour,
En lui parlant de sa belle patrie!
Et des amis qu'il doit revoir un jour!

Du vieux soldat ranimez la mémoire,
Ne comptant plus, hélas! sur l'avenir,
Son cœur s'émeut encore à la victoire,
Retrempez-le dans un vieux souvenir.

. . . .

Dites-lui donc, puisqu'il aime qu'on glose,
S'il est malade, eh bien! que c'est heureux!
Qu'en attendant, sa santé se repose,
Qu'un peu plus tard il s'en trouvera mieux!

. . . .

Mais d'où provient cette pâleur extrême?
L'a deviné déjà son vieux docteur:
C'est qu'à seize ans Clarisse veut qu'on l'aime,
Sans le savoir l'amour est dans son cœur.

Fermez les yeux, c'est la vieille coquette,
Homme discret, ne voyez-vous pas son fard?
Vantez surtout le goût de sa toilette
Sans remarquer ce qu'elle emprunte à l'art.

Pour effacer des ans tout le ravage,
C'est un secret qui doit être ignoré;
Mais avant tout ne sachez pas son âge,
Pour vous c'est un *noli me tangere.*

. . . .

Quand à regret l'avare vous appelle,
Ne cherchez pas à le guérir trop tôt;
C'est le moment, ici, qu'on lui rappelle
Que sa santé vaut mieux que son magot.

Instant fatal! Lorsque de la science,
Près d'un mourant avortent les efforts,
D'un Dieu puissant dites-lui la clémence;
Soutenez l'âme en négligeant le corps.

Pour tout malade ayez même balance,
Sans distinguer la fortune ou le rang.
Également devant une ordonnance,
Doit s'incliner et le pauvre et le grand.

Conservons bien, tous enfans d'Hippocrate,
Et notre honneur et notre autorité;
Rappelons-nous qu'il n'est pas d'autocrate
Quand il s'agit de mort et de santé.

En quelques mots c'est ma philosophie.
Et j'ai toujours vécu des plus contens.
Dans le travail, parfois dans la folie,
J'ai su gaîment gagner mes soixante ans.

Pour terminer, il faut, en bons confrères,
Boire à longs traits, tous à notre santé,
Et répéter aux chocs bruyans des verres.
Vive toujours la confraternité!

Quelques momens vous avez fait silence,
Mais reprenez tous votre coup de dent,
Recommençons, joyeux, notre bombance,
Obéissez à votre président.

Voilà un article qui commence par un sermon et qui finit par des chansons. Eh mon Dieu! ne soyez pas si rigides de vous en offusquer, mes bien aimés lecteurs. Un peu de gaîeté, de temps à autre, n'est pas defendu au médecin; et, vous venez de le voir, notre vie est si courte!

Amédée Latour.

nombre milite peu en faveur d'aucun d'eux. Nous croyons seulement que si l'on veut faire avorter des pustules de variole, le meilleur moyen est d'avoir recours à la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent,

Voici les conclusions posées par M. Velpeau :

1º La cautérisation avec le nitrate d'argent, appliquée le second jour de l'éruption, après avoir ébarbé les pustules, est un moyen abortif certain.

2º On doit avoir recours à ce mode de cautérisation pour le visage, et surtout le bord libre des paupières.

3º Il est impossible d'appliquer ce mode de cautérisation sur toute la surface du corps, et la cautérisation avec le pinceau doit être rejetée.

4º Les essais avec les onguens peuvent donner des résultats avantageux en modérant l'inflammation sur certaines parties du corps, mais non amener l'extinction des boutons varioliques.

5º Il serait avantageux de soustraire le malade à la nappe de suppuration qui recouvre tout le corps des varioleux. Cette tentative pourrait être faite sans danger pour le malade, mais le moyen d'atteindre ce but n'existe pas, à moins qu'on ouvre une à une toutes les pustules, et que l'on procède au lavage des pustules ouvertes.

Enfin, M. Velpeau termine sa leçon par une remarque anatomo-pathologique, établie sur l'examen attentif de pièces qu'il fit macérer pendant un temps convenable, à savoir, que l'éruption variolique aurait pour siége les follicules pileux et sébacés. Ce siége de la pustule rendrait compte de la forme ombiliquée, qui serait due aux prolongemens épidermiques dans l'intérieur des follicules cutanés.

Cette interprétation du siége du bouton variolique, bien qu'appuyée sur des faits de dissection, a été rejetée; est-ce avec raison? Peut-être cette question n'a-t-elle pas été assez complétement discutée.

Am. DUMONTPALLIER,
Interne du service.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DU CHOLÉRA CUTANÉ OU SUDORAL (1);

Par le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon.

Les grands fléaux qui pèsent sur l'humanité ont chacun une cause spécifique d'où dépend leur nature et qui se révèle par un ensemble de symptômes toujours les mêmes, qui ne sauraient varier que par l'intensité, la forme, la durée, l'ordre de succession, etc. La dépendance des symptômes est si étroite eu égard à la cause qui les produit que, dans l'ignorance où nous sommes, relativement à cette cause, seuls, ils la personnifient, ils en décèlent la présence avec une certitude qui ne laisse aucune place au doute. Ce fait étant fondamental en épidémiologie, il s'en suit que jamais les fléaux ne peuvent s'engendrer l'un l'autre; ils peuvent se succéder dans un pays, sur un individu, régner simultanément, s'influencer dans leur marche concomitante, mais leur succession, leur simultanéité supposent toujours nécessairement l'existence de leurs causes propres ou spécifiques agissant successivement ou parallèlement dans une même localité. C'est ainsi que la fièvre jaune, la peste, les fièvres intermittentes pernicieuses, le choléra, la suette miliaire, la variole, la scarlatine, la rougeole, etc., sont des états morbides distincts, dépendans chacun d'une cause spéciale, propre à donner naissance à chacun d'eux et inhabile à en produire un autre, dans quelque temps, dans quelque lieu, dans quelque organisation que ce puisse être.

Il suit de cette exposition de principes qu'on ne peut pas plus demander si la suette miliaire est une forme du choléra, qu'on ne pourrait agiter la question de savoir si la fièvre jaune est une forme du fléau indien. Pour ce qui a trait au sujet qui nous occupe, nous déclarons donc que la suette miliaire épidémique n'est pas une forme du choléra et nous pensons, avec M. J. Guérin, « qu'elle est le produit d'une cause déterminée, *sui generis*, dont la nature ne peut pas changer. Elle peut être modifiée quant à son degré, son intensité, son alliance avec d'autres influences morbides; mais en tant que suette, c'est-à-dire exprimée par le groupe de symptômes auxquels on est convenu de donner le nom de suette, elle est une, absolue, toujours identique à elle-même. »

Cette appréciation est diamétralement opposée à celles de MM. Lachaise (*Gaz. Méd.*, 1849, p. 683) Blaud (*Gaz. méd.*, 1849, p. 824), qui considèrent la suette comme dépendante du choléra.

D'autres médecins, MM. Colson (*Gaz. méd.*, 1849, p. 292), Bucquoy (*Gaz. méd.*, p. 534) ont observé en même temps et dans les mêmes localités, des épidémies de suette miliaire et de choléra, et ils ont remarqué que les deux maladies conservaient leurs caractères propres et ne paraissaient pas s'influencer tout en marchant parallèlement et pour ainsi dire côte à côte ; seulement, ils ont cru s'apercevoir que ceux qui étaient atteints de suette n'étaient pas frappés par le choléra *et vice versâ ;* de là l'immunité préservatrice du choléra qu'ils ont attribuée à la suette, observation précieuse que la thérapeutique pourrait un jour un peu utiliser, si elle acquérait la sanction de l'expérience.

(1) Voir les numéros des 6 et 8 Mars.

D'un autre côté, MM. les docteurs Boinet (*Gaz. méd.*, 1849, p. 824), Verneuil (*Gaz. méd.*, 1852, p. 134 et 198), Lemoule et Legrand (UNION MÉDICALE, 1849, p. 336), Badin d'Hurtebise et Sagot (p. 469), Boursier (p. 353), Vergne (*Revue médico-chirurgicale*, 1854, p. 162) qui ont assisté aussi à des épidémies concomitantes de suette miliaire et de choléra ont signalé une certaine influence du choléra sur la suette et de la suette sur le choléra, c'est-à-dire des symptômes du choléra se surajoutant à la suette ou, bien plus rarement, des symptômes suettiques se surajoutant au fléau indien, de telle sorte que, selon la prédominance des symptômes, on pourrait dire qu'ils avaient affaire à une *suette cholérique* ou à un *choléra suettique*. Dans ces états morbides, en apparence mixtes, ils ont vu tantôt les symptômes du choléra cesser et ceux de la suette miliaire achever leur marche régulière, tantôt à la suite d'un écart de régime surtout, ils ont vu les symptômes de choléra prédominer et emporter les malades.

Ces faits sont susceptibles d'une interprétation rationnelle : les deux causes des deux grands fléaux existant en même temps dans une même contrée, y ont produit chacun leur manifestation propre : ces deux causes ont agi ensemble sur le même individu à des degrés divers et n'ont pas constitué une affection mixte, résultante de leur double action, mais les deux maladies avec leurs phénomènes essentiels, comme on voit la scarlatine et la rougeole, ou la scarlatine et la variole sévir en même temps chez le même malade.

De ce que, dans quelques localités, la suette miliaire et le choléra ont existé simultanément; d'après la physionomie imprimée aux symptômes par l'alliance de ces deux maladies marchant ensemble chez un même individu, des médecins ont cru retrouver la suette miliaire dans un pays où elle n'existait pas et où seul le choléra régnait. La cause de cette erreur tient évidemment à la production dans certaines épidémies cholériques, de quelques phénomènes communs à la suette miliaire et au choléra, la sueur, par exemple.

C'est contre cette erreur que s'est élevé M. le docteur Tribes, de Nîmes, dans la communication faite à l'Académie de médecine, séance du 2 octobre 1849, sur la *prétendue épidémie de suette qui, dans quelques localités, marche de concert avec le choléra* (*Gaz. méd.*, 1849, p. 785). « Dès l'apparition du choléra à Nîmes, disait-il, l'influence de la cause épidémique se révéla chez la majeure partie de la population par des indispositions qui, quoique diverses, pouvaient facilement être rattachées à l'intoxication cholérique (c'étaient des diarrhées, des vomissemens, des malaises précordiaux et épigastralgiques, des défaillances avec vertiges, des difficultés plus ou moins grandes dans les digestions, enfin des cholérines assez nombreuses).

» En même temps que se produisaient ces formes variées de l'épidémie et que nous comptions sept ou huit morts par jour du choléra bien confirmé, grand nombre de mes malades offraient comme expression pathologique unique *des sueurs*, mais *des sueurs très abondantes* qui se soutenaient pendant plusieurs jours.

» Aussitôt s'accrédite le bruit de la présence d'une *épidémie de suette*, marchant de concert avec le choléra. A Lunel, à Codognan, les sueurs se produisent chez presque tous ceux qu'épargne le choléra proprement dit : les mêmes bruits sur la présence *de la suette*, s'accréditent dans ces localités, peu distantes de notre chef-lieu.

» Nous savions depuis longtemps qu'il est rare de voir marcher de concert deux épidémies graves : nous ne pûmes donc nous faire à l'idée que ces sueurs abondantes que nous observions se rattachassent à la suette. Nous crûmes devoir, au contraire, les rattacher à l'intoxication cholérique, et à rien de plus. Elles furent dès lors, à nos yeux, le produit d'une *crise salutaire*, d'un *effort curateur* provoqué par la nature pour débarrasser l'organisme du *principe morbifique*.

» Il est hors de doute que toute la population d'un pays cholérisé subit à des degrés divers l'influence épidémique ; de là des traductions phénoménales différentes d'expressions pathologiques on ne peut plus variées, se rattachant néanmoins à la même cause.

» Les malades chez lesquels nous observions ces abondantes sueurs, étaient des malades légèrement intoxiqués et chez lesquels la nature conservait grande puissance de réaction. La nature produisait dans ces cas, ce que l'art dans les cas les plus graves et alors que les mouvemens vitaux sont enchaînés, cherche toujours à provoquer, mais sans succès le plus souvent.

» Ainsi les sueurs abondantes qui accompagnent le choléra de 1849 dans bon nombre de localités, et que quelques médecins ont signalées comme se rattachant à une épidémie de *suette*, doivent être considérées tout simplement, comme l'expression morbide la plus heureuse de l'intoxication cholérique ou mieux comme un acte favorable et critique indiquant la toute puissance de la nature dans les cas où l'imprégnation est légère. Ces sueurs sont aux cas légers ce que les selles sont aux cas graves : elles sont l'acte curateur de la nature et rien de plus. »

Plus tard, M. le docteur Tribes est tout aussi explicite, lorsque dans un travail communiqué à la société médicale d'émulation de Paris, il dit après avoir décrit les phénomènes du choléra algide : « le choléra s'est montré tantôt avec l'appareil de ses effrayans symptômes, tantôt sous une forme bénigne, dont la crise était une sueur abondante et prolongée avec une éruption miliaire. Les convalescences étaient longues et pénibles : un grand nombre d'habitans furent frappés de ce choléra-suette, 1 sur 16. » (UNION MÉD., 1850, p. 540). De l'opinion émise par ce savant confrère à l'admission d'une nouvelle forme de choléra, le choléra sudoral, il n'y a qu'un pas.

C'est en avançant dans cette voie que j'ajoute : L'état morbide dont il s'agit, et que j'aurais pu décrire indifféremment sous le nom de choléra *cutané, sudoral, intermittent*, n'est pas évidemment la suette miliaire épidémique simple, le choléra ordinaire, la fièvre intermittente si connue, mais une affection qui tient de la suette par l'état gastrique, la chaleur de la peau et la sueur, du choléra par les symptômes nerveux, tels que prostration extrême, défaillance, cardialgie, crampes, épigastralgie, courbature générale, froid, de la fièvre intermittente par la forme et le retour des accès. D'après cela, quelques médecins ne manqueront pas de considérer l'affection qui fait le sujet de ce mémoire, les uns comme une suette empruntant certains caractères à l'épidémie de choléra concomitante, et lui conservant son origine première, l'appelleront *suette cholérique*; d'autres, la rattachant à la fièvre intermittente concomitante du fléau indien, dont elle subit une certaine influence, la désigneront sous le nom de *fièvre intermittente cholérique;* d'autres enfin, tout en reconnaissant les traits de ressemblance que cet état morbide a avec la suette et la fièvre intermittente, la feront, comme nous, procéder du choléra seul, dont il constitue une *forme distincte* dépendante de la cause unique productrice du fléau asiatique dont elle a la nature et l'essence, et dont elle suit toutes les phases d'invasion, de recrudescence et de réapparition.

En résumant ces considérations devenues longues par l'importance et la difficulté du sujet, nous dirons que les médecins qui écrivent qu'une cause unique peut produire tantôt la suette, ou *choléra externe*, tantôt le choléra épidémique, ou *choléra interne*, nous semblent confondre deux affections distinctes par leurs causes et toute leur manifestation.

Nous croyons dans le sentier de l'observation vraie ceux pour qui ces deux fléaux n'ont de commun que leur marche accidentellement parallèle et une alliance fortuite, même quand ils émettent l'opinion que la suette, qui amène une grande dépuration par la peau, peut avoir une certaine action préservatrice du choléra.

Telle est encore notre opinion à l'égard des praticiens qui, considérant chacune de ces affections comme spéciales, les ont vues s'influencer, en consignant que presque toujours c'est la suette qui se complique de choléra, comme s'il était vrai d'établir que lorsque deux grands fléaux marchent ensemble, c'est toujours le plus fort qui déteint sur le plus faible.

Enfin, nous établissons que le choléra *cutané* ne doit pas être considéré comme entaché de suette par la rencontre de quelques symptômes communs, pas plus qu'il ne faut le considérer comme l'expression d'une intoxication paludéenne, parce qu'il présentera des phénomènes d'intermittence.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Février 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Mémoire sur l'origine de l'hématocèle rétro-utérine.

De ce travail précédent, l'auteur, M. le professeur LAUGIER, croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1º La ponte spontanée est bien, comme on l'a avancé, la cause occasionnelle de l'hématocèle rétro-utérine.

2º La congestion physiologique de l'ovaire pendant la ponte spontanée avec persistance de l'ouverture de la vésicule de Graaf ne donne pas lieu à l'hématocèle.

3º Il faut, pour que celle-ci soit produite, une congestion exagérée, amenée quelquefois par des causes accidentelles, dont l'action s'exerce soit pendant, soit peu de jours après les règles. Les avortemens ne sont pas des causes immédiates de l'hématocèle, ainsi qu'on l'a pensé à tort.

4º Ce sont surtout les retours de la ponte spontanée qui augmentent graduellement le volume de l'hématocèle.

5º Les vésicules ovariques successives s'ouvrent dans le kyste hématique et y restent béantes, de sorte que l'ovaire est détruit par un petit nombre de pontes spontanées opérées dans les conditions que présente cet organe après le début de l'hématocèle.

6º La rupture d'une vésicule de Graaf étant la voie ouverte au sang qui s'échappe de l'ovaire, le kyste de l'hématocèle sera le plus souvent intra-péritonéal.

7º La ponte spontanée et l'hématocèle ont pour caractère commun une douleur abdominale unilatérale dont le siége est l'ovaire où se passe l'évolution vésiculaire.

8º Le rut peut causer chez les animaux une congestion ovarienne suivie de la rupture de cet organe, c'est-à-dire des accidens semblables à l'hématocèle rétro-utérine. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Sur la résection de la tête de l'humérus d'après un nouveau mode opératoire.

M. BAUDENS lit sous ce titre un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Toutes les parties du squelette sont accessibles à la résection ; aucune ne s'y prête mieux que la tête de l'humérus, aucune ne donne de plus beaux résultats.

Quatorze fois nous avons remplacé par la résection l'amputation scapulo-humérale. Treize guérisons, un seul décès, nous autorisent à renverser les termes d'une proposition reçue et à dire : la résection, quand une balle a brisé la tête de l'humérus, doit être la règle, et l'amputation l'exception.

Notre opinion emprunte ici une grande autorité aux découvertes de M. Flourens sur la régénération des os par la conservation du périoste interne ou externe. C'est là un admirable et vaste champ ouvert au progrès de la chirurgie.

D'après les auteurs, le cas le plus fréquent après la résection, c'est que l'humérus demeure suspendu au milieu des chairs. Cette appréciation est heureusement tout à fait en désaccord avec notre pratique.

Quand la résection a pu être limitée à la tête de l'humérus, nous avons toujours obtenu le rétablissement des mouvemens du bras ; seulement la nouvelle articulation représente un ginglyme.

Pour obtenir une articulation nouvelle, il faut 1° maintenir l'humérus au contact immédiat de la cavité glénoïde de l'omoplate ; 2° ménager le plus possible les fibres musculaires et les nerfs.

Aussi rejetons-nous les procédés opératoires basés sur la formation d'un lambeau, pour adopter la simple incision, mais non telle que White la faisait.

La méthode de White a été critiquée, parce qu'elle présente sur le vivant des difficultés presque insurmontables.

Les lèvres de l'incision se resserrent quelquefois si fortement, qu'il n'est pas possible de les écarter pour aller à la recherche de la tête de l'humérus ; d'un autre côté, celle-ci remonte et va se cacher sous la voûte coraco-acromiale par la contraction spasmodique du muscle sous-scapulaire inséré à la petite tubérosité, et des muscles sus, sous-épineux et grand rond fixés à la grosse tubérosité humérale.

Ces particularités, que nul n'avait encore signalées, nous ont contraint à modifier en 1833 la méthode de White.

Au lieu de placer, comme lui, la simple incision au côté externe de l'épaule ou, à l'imitation de Percy, Larrey, etc., à la partie moyenne, nous la faisons au côté interne pour trois raisons : 1° la tête de l'humérus est là plus superficiellement placée que partout ailleurs ; 2° on peut découvrir celle-ci dans toute sa hauteur en prolongeant la simple incision dans l'espace compris entre l'acromion et l'apophyse coracoïde ; 3° les quatre muscles insérés aux tubérosités ne sont facilement attaqués que par l'incision interne qui permet de tomber d'emblée dans la coulisse bicipitale.

Or ces quatres muscles dont les tendons se confondent avec la capsule articulaire, il faut avant tout les couper à leurs insertions, pour deux raisons encore : la première, pour vaincre la puissance qui fait remonter la tête de l'humérus sous la voûte acromiale ; la seconde, parce qu'une fois ces quatre tendons divisés, la capsule *ipso facto* se trouve elle-même suffisamment ouverte pour donner passage à la tête de l'humérus.

On voit tout de suite que, contrairement à l'opinion des auteurs, il faut, au lieu de s'obstiner à couper de prime abord la capsule articulaire, tout simplement inciser les quatre tendons précités sur le sommet des deux tubérosités de l'humérus.

Notre procédé se résume en cinq temps.

Premier temps. — Le bras étant légèrement tourné en dehors et en arrière, plonger la pointe d'un petit couteau à amputation en dehors de l'apophyse coracoïde directement sur le sommet de la tête de l'humérus ; abaisser le poignet et descendre en droite ligne, à 10 ou 12 centimètres plus bas, en appliquant toujours la pointe de l'instrument sur l'humérus qui lui sert de guide.

Deuxième temps. — Si les lèvres de l'incision empêchent par leur contraction de découvrir la tête de l'humérus, couper en travers et dans l'angle supérieur, un trousseau musculaire sans inciser la peau qui ne nuit en rien ; s'abstenir dans le cas contraire.

Au fond de l'incision se voit la coulisse bicipitale dont la gaîne a été ouverte. Dans cette coulisse est une puissance, la longue portion du muscle biceps ; il faut la couper sans désemparer.

Troisième temps. — Ramener au centre de l'incision, par des mouvemens légers de rotation du bras en dedans, puis en dehors, la grosse, puis la petite tubérosité, afin de diviser les quatre muscles qui s'insèrent à leur sommet.

Quatrième temps. — Par le fait de la section de ces quatre muscles, la capsule se trouvant largement ouverte, porter le coude en arrière et en haut, afin de faire sortir en la luxant la tête de l'humérus ; détacher doucement le périoste et faire glisser sous le col de cet os la scie articulée, pour faire autant que possible une *extirpation sous-périostée.*

Cinquième temps. — Lier les vaisseaux, recouvrir avec le périoste conservé, comme d'un petit capuchon, le bout supérieur de l'humérus et le maintenir au contact immédiat de la cavité glénoïde de l'omoplate.

D'autres considérations, restées jusqu'ici inaperçues, découlent des quatorze résections de la tête de l'humérus que nous avons faites.

En voici un aperçu :

A. Quelles limites faut-il assigner à la résection de la tête de l'humérus ?

Si cette extrémité est simplement écornée par une balle, il suffit d'en enlever un segment. Un Arabe opéré par nous de la sorte en 1835, à l'expédition de Tlemcen, a guéri avec très peu de raccourcissement du bras. Si les lésions remontent vers l'omoplate, il faut les y poursuivre. Nous avons extirpé avec succès, outre la tête de l'humérus, la cavité glénoïde, l'acromion et toute l'épine de l'omoplate. Une autre fois nous avons enlevé avec cette sphère une partie du corps de l'humérus que nous avons scié au-dessous de l'empreinte deltoïdienne. L'opéré a guéri, mais avec perte de mouvement de l'épaule.

B. Quand la fracture s'étend de la tête de l'humérus vers la dyaphise de l'os dans la cavité médullaire, est-ce un cas d'amputation, comme le pensait Larrey ?

Nous combattons sans restriction cette opinion, en nous appuyant sur de nombreux faits puisés dans notre pratique.

C. Quand une balle a brisé la tête de l'humérus, la résection est-elle indispensable ?

Lorsqu'on s'abstient, il arrive de trois choses l'une :

Ou le blessé meurt d'infection purulente, ou il subit une résection consécutive, ou bien il survit avec ankylose, avec des trajets fistuleux, des accidens sans cesse renouvelés.

D. La résection immédiate doit-elle être préférée à la résection consécutive ?

Les chiffres vont répondre ; ils comprennent ving-six blessés reçus dans nos ambulances, et se décomposent de la manière suivante :

D'une part, onze résections immédiates ; dix guérisons, un décès.

D'une autre part, quinze blessés soumis à l'expectation, parce que les lésions étaient moins graves, ont donné les résultats qui suivent :

Morts d'infection purulente, huit.

Résections consécutives avec guérison, trois.

Survivans avec trajets fistuleux, quatre.

E. Comment se rétablissent les mouvemens articulaires ?

L'articulation qui se reproduit après la résection de la tête de l'humérus diffère essentiellement de l'ancienne. A la place d'une arthrodie, nous avons toujours constaté qu'il se forme un véritable ginglyme.

Ce ginglyme est d'autant plus puissant que le muscle deltoïde, que les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, ont conservé une intégrité plus grande.

Les opérés peuvent soulever de lourds fardeaux, lancer une pierre avec force, etc. L'un de nos réséqués, le sieur Rouillon, menuisier à Arcueil près Paris, manie très bien le rabot et la scie. Le colonel Pl....., encore au service, et que nous avons opéré il y a vingt ans, quand il était sergent major, se sert de son bras comme de l'autre, met sa cravate, s'est même battu en duel au sabre et a blessé son adversaire.

L'articulation n'a pu se rétablir chez le militaire auquel nous avons scié l'humérus au-dessous de l'empreinte deltoïdienne ; mais en soutenant son coude contre la poitrine avec une courroie, il se sert de la main et de l'avant-bras pour exercer la profession de fileur de cordes.

C'est encore là, dans ce cas désespéré, un magnifique résultat obtenu, si on le compare à l'amputation du bras en totalité.

Voici un fait d'un autre genre :

M. le général de G...., blessé sur la brèche de Constantine, en 1837, d'une balle qui lui avait écorné légèrement la tête de l'humérus, ne fut pas opéré. Vingt fois sa vie a été en danger. A diverses reprises, dix-neuf pièces d'os sont sorties de son épaule ; il conserve des trajets fistuleux, avec retour d'accidens graves. On est réduit à se demander, après dix-sept ans, s'il guérira jamais radicalement. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Mémoire sur une méthode particulière d'appliquer la cautérisation à la réunion de certaines divisions anormales, et spécialement à celles du voile du palais.

Voici comment s'exprime M. le professeur Jules CLOQUET, auteur de ce travail :

Profiter de ce qui est accident dans certains cas, pour en faire un moyen curatif dans d'autres, est une des ressources de la chirurgie. Notre rôle, en effet, dans ces circonstances, se borne à mettre les parties dans les conditions les plus favorables à la guérison ; les efforts de la nature peuvent seuls la produire.

La force de rétraction dont jouit le tissu cicatriciel produit, à la suite des brûlures, des effets remarquables qui s'accomplissent trop souvent malgré les obstacles de toute nature que le chirurgien cherche à leur opposer. Toutes les fois que l'agent destructeur a porté sur le sommet d'un angle rentrant, les côtés de l'angle sont rapprochés l'un de l'autre avec une énergie presque invincible, et contractent entre eux une adhésion solide et très résistante, qui part du sommet et s'étend d'autant plus loin, que l'action primitive a été plus profonde. C'est ainsi qu'on voit les paupières se réunir dans toute leur étendue, les narines s'oblitérer, la bouche se rétrécir, les bras se souder au corps, les doigts se réunir par une membrane qui rappelle celle des palmipèdes, les deux parties d'un membre qui concourent à la formation d'un ginglyme adhérer entre elles et produire ainsi des mouvemens d'extension, les orteils se renverser sur le pied, les doigts se fléchir dans la paume de la main, la tête s'incliner sur la poitrine, jusqu'à ce que le menton vienne toucher le sternum.

L'énergie avec laquelle cette rétraction s'exerce doit engager le chirurgien à l'utiliser dans les cas où il a des ouvertures à fermer, des divisions à réunir, surtout lorsque des obstacles considérables s'opposent à la guérison. C'est ce que j'ai tenté avec succès pour les divisions du voile du palais et les ruptures de la cloison recto-vaginale.

Il ne s'agit pas ici de cautériser toute l'étendue des bords de la division pour les transformer en une plaie bourgeonnante, dont on favorisera ensuite la cicatrisation par des sutures, des bandages appropriés et par une position convenable. Acquis depuis longtemps à la science, ce procédé réussit quelquefois, mais souvent aussi échoue complètement. La méthode que je propose consiste à porter le cautère uniquement à l'angle de la division dans une étendue restreinte, à laisser la rétraction du tissu cicatriciel s'opérer, puis à pratiquer une nouvelle cautérisation semblable et à attendre encore pour recommencer ensuite, de manière à ramener peu à peu les parties divisées les unes vers les autres, et à les réunir par une suite de cicatrisations qu'on peut considérer comme autant de *points de suture successifs.* On a ainsi le double avantage de pouvoir surveiller incessamment les résultats du traitement et d'obtenir les réunions les plus difficiles par une opération simple, à peine douloureuse et exempte de toute espèce de dangers.

C'est surtout pour les divisions du voile du palais que les avantages de ce moyen sont incontestables.

Ce n'est pas seulement en dénaturant les sons, en rendant l'articulation de certaines lettres impossible, et, par conséquent, en écartant l'individu qui en est affecté de toutes les professions dans lesquelles il peut faire usage de la parole, que la division du voile du palais est nuisible ; mais elle apporte encore à l'alimentation des obstacles graves qui ont une certaine influence sur la nutrition. Aussi cette cruelle infirmité exerce-t-elle une influence tout à la fois physique et morale sur l'individu qui en est affecté.

Considérée comme étant au-dessus des ressources de l'art, elle avait peu frappé l'attention des chirurgiens, lorsqu'en 1819 un chirurgien français, le professeur Roux, cédant, comme il le dit lui-même, à une inspiration soudaine, conçut l'idée de restaurer le voile du palais et « de » ramener ainsi à leur perfection naturelle tant de fonctions dérangées » et perverties par la mauvaise conformation de l'isthme du gosier (1). »

Avec cette candeur et cette élévation d'esprit qui n'appartiennent qu'au génie, M. Roux confesse qu'une tentative de ce genre avait été déjà faite par Groëfe, de Berlin, mais qu'il l'ignorait complètement lorsqu'il imagina et pratiqua sur le docteur Stéphenson la brillante opération qui décida du sort de la staphylorophie, et la fit admettre de primeabord comme opération régulière. Aussi est-ce à notre si regrettable chirurgien français qu'on doit rapporter l'honneur d'avoir le premier mis en pratique avec succès cette délicate opération, et d'en avoir tracé les règles.

Mais les nombreux instrumens inventés pour faciliter les différentes manœuvres de l'opération, les insuccès fréquens, éprouvés par les chirurgiens les plus justement célèbres, par M. Roux lui-même qui ne l'avait pas pratiquée moins de cent quarante fois, attestent la difficulté du manuel opératoire. Les accidens parfois mortels dont elle a été suivie, doivent faire hésiter à l'appliquer dans un grand nombre de cas. C'est une de ces opérations qui ne peuvent être faites que par des chirurgiens très exercés, assistés d'aides habiles ; de plus, elle n'est pas applicable à tous les sujets.

On ne peut penser à la mettre en usage chez les enfans, et pour la subir, dit M. Roux, ce n'est pas trop du degré de raison et de force de caractère que l'homme possède de 18 à 20 ans (2).

Il faut, en effet, que l'opéré s'abstienne de tout mouvement du voile du palais, jusqu'à ce que la réunion se soit opérée ; il ne doit ni tousser, ni cracher, ni éternuer, ni faire aucun mouvement de déglutition ; il ne doit boire qu'au bout de quarante-huit heures, et encore avec les plus grandes précautions et en cas d'absolue nécessité.

Ce serait donc, il me semble, rendre un service réel à l'humanité que d'indiquer un procédé qui pût être facilement appliqué par tous les chirurgiens sur tous les sujets, et qui affranchît ces derniers du régime sévère auquel il faut nécessairement les soumettre.

La cautérisation méthodique que je propose me paraît remplir parfaitement toutes ces conditions ; il ne s'agit donc que de savoir si elle peut réussir.

La première fois que j'appliquai cette méthode, ce fut en 1826, sur un négociant qui vint me consulter pour une division complète de la partie gauche du voile du palais, suite d'une ulcération syphilitique. Dix-huit à vingt cautérisations, faites successivement dans l'angle supérieur de la division avec le nitrate acide de mercure, suffirent pour réunir complètement les bords de l'organe divisés, et rétablir dans leur intégrité les fonctions profondément troublées.

Dix ans après, en 1836, j'avais opéré à l'hôpital des Cliniques, par la méthode de M. Roux, un jeune homme de 17 ans, atteint d'une division congéniale du voile du palais. Le troisième jour après l'opération, il fut pris d'une quinte de toux, et les trois points de suture furent rompus. Il me parut impossible de revenir à une seconde opération. Plusieurs cautérisations, faites en plusieurs jours d'intervalle, réunirent le voile du palais dans plus de la moitié de son étendue, et le malade, content des résultats obtenus, ne voulut pas rester plus longtemps à l'hôpital.

En 1851, M. Nélaton avait à traiter un malade affecté d'une division traumatique du voile du palais ; il employa la cautérisation à l'angle supérieur de la division avec le fer incandescent d'abord, puis ensuite avec un fil de platine rougi par un courant électrique, et obtint un résultat complet.

Le jeune Normand, âgé de 12 ans, atteint d'une division congéniale du voile du palais, me fut présenté en 1851. Quoiqu'il fût très craintif et très irritable, je n'hésitai pas à appliquer ma méthode, et après vingt cautérisations pratiquées à de longs intervalles, les deux moitiés du voile du palais se sont réunies, et les fonctions de cet organe sont revenues à leur régularité habituelle.

Voilà donc quatre cas dans lesquels l'opération a été pratiquée avec succès. Pour les quatre malades, les choses se sont passées de même. La douleur a été presque nulle. Aucun changement n'a été apporté dans leur régime et leurs habitudes. Aucun accident n'est survenu, aucun, du reste, n'était à craindre. L'opération a été des plus simples. Tout chirurgien eût pu la pratiquer. Elle n'a exigé l'assistance d'aucun aide exercé, point capital pour être appliquée dans les campagnes.

Enfin elle aurait pu être faite sur de très jeunes enfans.

Un reproche à faire à cette méthode est la longueur du traitement ; mais c'est à la lenteur de son action qu'elle doit son innocuité, et ce inconvénient est bien faible, puisque le sujet n'éprouve aucune altération dans sa santé, aucun changement dans ses habitudes.

La cautérisation peut être obtenue par deux moyens différens : les caustiques et le cautère actuel.

La première fois que j'appliquai cette méthode, j'employai le nitrate acide de mercure. Je réussis complètement. Cependant le cautère actuel est préférable, son action est plus profonde, presque instantanée ; par conséquent moins douloureuse. Il donne lieu à une cicatrice plus résistante et qui s'organise plus rapidement. Les trois autres malades ont été opérés de cette manière, et le résultat est venu confirmer mon opinion. Mais on rencontre quelquefois un obstacle presque insurmontable à son emploi dans la pusillanimité des malades. Heureusement que la physique nous fournit un moyen d'éviter cet inconvénient ; c'est le fil de platine porté au rouge blanc par un courant électrique. Introduit dans la bouche avant que le circuit soit fermé, il ne peut causer au sujet aucune frayeur, et comme il reste incandescent aussi longtemps qu'on le désire, il permet au chirurgien d'agir avec tout le calme et toute la précision désirables.

La cautérisation ne s'applique pas seulement aux divisions du voile du palais ; elle a été encore employée pour guérir des perforations de cet organe d'origines diverses, comme on peut le voir dans la cinquième observation jointe à ce mémoire.

Dans un prochain mémoire, que j'aurai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie, je traiterai de la cautérisation appliquée méthodiquement à la guérison des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale, et de quelques espèces de fistules. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Nouvel appareil destiné à opérer une révulsion sur un point déterminé de la périphérie du corps.

Sous ce titre, M. le docteur DREYFUS adresse une note dont nous publions l'extrait suivant :

Il n'est peut-être pas de maladie, soit générale, soit locale, interne ou externe, qui n'ait à réclamer les bénéfices de la révulsion. Aussi, dès l'enfance de l'art, la révulsion a fourni à la thérapeutique des ressources très étendues. Mais quoique très nombreux et présentant des modes d'action et des degrés d'énergie très variables, les moyens de révulsion sont loin de satisfaire complètement, et dans tous les cas, le praticien. Les uns, en effet, sont trop insuffisans (les rubéfians et les vésicans), tandis que les autres sont excessifs (les caustiques, les cautères actuels) et dépassent le but sans le toucher. Frappé des inconvéniens des révulsifs employés jusqu'à ce jour, nous avons longtemps cherché à leur substituer un moyen qui permît d'obtenir l'action la plus puissante sans les désavantages, et d'entretenir d'une manière, pour ainsi dire indéfinie, les effets véritablement efficaces de la révulsion ; nous croyons que l'instrument que nous avons l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, répond parfaitement au but que nous avons voulu atteindre.

Cet instrument, auquel nous donnons le nom de *révulseur*, se compose :

A. D'une douille de 6 à 7 centimètres de hauteur sur 3 de diamètre, et ouverte à son extrémité inférieure. *B.* D'un double ressort à boudin terminé par un disque de 2 centimètres de diamètre et sur lequel sont implantées vingt à trente aiguilles ou pointes longues de 2 centimètres. *C.* D'une capsule qui garnit l'extrémité inférieure de la douille et qui est destinée à graduer la sortie des aiguilles. *D.* De deux boutons engagés dans deux rainures opposées sur le corps de l'instrument et qui servent à l'armer. *E.* D'un ressort à bascule qui, par la pression, lance les aiguilles dans les tissus avec lesquels on les met en contact.

Le double ressort renfermé dans la douille fait sortir et rentrer les aiguilles instantanément ; ce qui permet aux tissus divisés de revenir immédiatement sur eux-mêmes et d'empêcher le sang de s'en échapper.

Si nous prenons pour type les plus puissans révulsifs, jusqu'ici usités, le moxa, le caustique de Vienne, le fer rouge, et que nous cherchions à établir un parallèle entre leurs effets et ceux du révulseur, nous voyons que :

1° Le révulseur agit à une profondeur que l'on peut graduer à volonté ; 2° qu'il ne détruit pas les tissus et ne les altère pas même, tout en y déterminant une pénétration considérable des fluides et, par conséquent, un mouvement fluxionnaire étendu ; 3° que son application est peu douloureuse et peut être renouvelée à intervalles rapprochés ; 4° que son étendue en surface et sa pénétration en profondeur peuvent être graduées ; 5° que son peu de volume le rend très portatif et peut enfin être appliqué instantanément. — (Com. MM. Andral, Velpeau, Bernard.)

De la nature du virus syphilitique, des lois qui régissent son action dans l'organisme ; conséquences pratiques pour le traitement des maladies vénériennes.

M. CASTANO, médecin-major à l'armée d'Orient, ancien médecin chargé du service des vénériens à l'hôpital Saint-André, à Rome, adresse sous ce titre une note qui résume ainsi :

En récapitulant les points importans de ce travail, nous pouvons le résumer dans les quatre propositions suivantes :

1° La syphilis est le résultat de l'introduction, dans l'économie, d'un *végétal fungiforme parasite* ; sa présence, sa germination et son développement dans les tissus où il pullule, forment la cause première des ulcérations que des circonstances et des faits physiologico-pathologiques démontrent à une investigation continue et minutieuse.

2° Le corps étranger se développe dans nos tissus ; il fait irruption au dehors en appelant autour de lui des fluides anormaux au milieu desquels il végète.

Après s'être implanté par ses radicules sur une partie du corps, il refoule devant lui les tissus sains, pour en prendre la place. Le mode de propagation explique la marche et la formation des ulcères.

3° La guérison de la maladie vénérienne consiste dans la destruction de ce corps nouveau et dans l'élimination entière des spores et sporules qui tendent à le reproduire.

4° Les caustiques et les antisyphilitiques spéciaux métalliques agissent en détruisant le végétal parasite, et en rendant impropres à la germination les spores. Dans quelques circonstances, rares du reste, les moyens hygiéniques, les bains et les lotions abondantes peuvent éliminer les germes de la maladie, en éliminant les matériaux organiques, sources de la maladie. — (Comm. MM. Magendie, Andral, Velpeau.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

(1) Roux, *Quarante ans de pratique chirurgicale*, tome 1, page 228.
(2) Roux, ouvrage cité, tome 1, page 292.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 30. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 13 Mars 1855.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An	32 Fr.
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

DIAGNOSTIC CHIMIQUE.

DE L'EMPLOI DU LACTOSCOPE DU DOCTEUR DONNÉ COMME MOYEN ALBUMINOMÉTRIQUE ;

Par M. GUYOT D'ANNECY, pharmacien à Bordeaux.

Mes fonctions de pharmacien à l'hôpital St-André de Bordeaux me fournissent souvent l'occasion d'examiner les urines dans le but d'y rechercher la présence de l'albumine.

Cette opération simple et bien connue exige peu de temps, mais il en est autrement lorsqu'il s'agit de déterminer avec exactitude les proportions de l'albumine, et pourtant cette recherche est d'autant plus nécessaire que, dans bien des cas, elle seule peut éclairer le praticien sur le résultat du traitement qu'il a institué ; car les nuances que présentent les autres symptômes sont souvent imperceptibles ou trompeuses.

Désireux de combler cette lacune, je me suis occupé de rechercher un procédé à la fois simple, sûr et expéditif, et j'ose croire que, désormais, le praticien pourra suivre chaque jour la diminution ou l'augmentation de l'albumine chez les malades qui reçoivent ses soins ; ces analyses pourront même se faire pendant le cours d'une visite dans le service des hôpitaux.

Après bien des essais, je me suis arrêté au procédé suivant :

Si l'on verse de l'acide tannique dissous dans une solution d'albumine, il se forme un précipité lactescent d'une parfaite homogénéité, et dont l'intensité varie avec la proportion d'albumine qu'elle renferme. L'idée me vint de tirer parti de cette propriété et de me servir de l'ingénieux appareil inventé par l docteur Donné pour mesurer l'opacité d'une couche de lait.

On sait que cet instrument, appelé *lactoscope*, consiste en un tuyau oculaire composé de deux tubes concentriques montant l'un sur l'autre, à vis ; chaque tube porte une glace plane ; les deux glaces peuvent être, au moyen d'un pas de vis, amenées à un contact parfait ; à cet instant, le rapport des tubes entr'eux est indiqué par la coïncidence d'un zéro placé sur l'un d'eux, vis-à-vis d'une petite flèche gravée sur l'autre ; l'espace généré entre les glaces, à mesure que l'on dévisse les tubes, est indiqué par une division tracée sur la circonférence du tube intérieur ; comme l'inclinaison du pas de vis est très petite, on comprend que la division inscrite sur la circonférence permettra d'apprécier avec facilité des quantités même minimes.

C'est dans l'espace compris entre les deux glaces, et variable à volonté, que l'on verse le lait qu'on veut examiner. Il en faut une quantité suffisante pour ne plus permettre de distinguer, à travers cette couche, la flamme d'une bougie à la distance d'un mètre. On place l'instrument ainsi chargé entre l'œil de l'observateur et la lumière ; on diminue progressivement la couche de lait, en vissant lentement un tube sur l'autre, et repoussant ainsi les glaces ; on arrive alors à une épaisseur au travers de laquelle l'image de la flamme commence à poindre ; c'est le moment de s'arrêter. Le rapport de la division avec la flèche indicatrice donnera l'épaisseur de la couche à cet instant.

Sans rien changer au mode d'opérer de l'habile inventeur, j'introduis entre les deux glaces le précipité obtenu par l'addition d'une certaine quantité d'acide tannique à l'albumine ; mais comme ce précipité est plus perméable à la lumière que le lait, je place l'instrument à 40 centimètres seulement d'une feuille de papier blanc sur laquelle sont tracées des lignes noires et rouges. Je rapproche les glaces à l'aide de la vis jusqu'au moment où l'on commence à distinguer très nettement l'écartement de ces lignes et je constate, par la lecture du rapport de la division avec la flèche, l'épaisseur de la couche du liquide soumis à l'analyse.

On comprend maintenant comment après avoir constaté, au moyen d'expériences faites avec des solutions titrées d'albumine, les degrés qui y correspondent, il devient facile et commode d'apprécier, avec une rigoureuse exactitude, le rapport de l'albumine au liquide dans une urine donnée.

J'ai dressé une table qui donne les degrés indiqués par le lactoscope pour des liquides qui contiennent depuis 1 à 20 d'albumine p. 1,000. Ces proportions sont celles qui se sont représentées le plus souvent depuis que je me sers de cet instrument comme moyen albuminométrique.

Je ne me dissimule pas qu'il reste beaucoup à faire pour compléter ce travail, et si je me suis un peu hâté de publier les résultats de mes recherches, c'est qu'ils ont été si satisfaisans qu'ils m'autorisent à penser que la publication de ce procédé peut rendre, dès à présent, quelques services.

Degrés indiqués par le lactoscope.	Quantité d'albumine pour 1,000 gram. d'urine.
65°	1
55°	2
48°	3
40°	4
35°	5
30°	6
26°	7
22°	8
19°	9
16°	10
13°	15
10°	20

THÉRAPEUTIQUE.

DYSPEPSIE ET CONSOMPTION ; RESSOURCES QUE LA POUDRE NUTRIMENTIVE (PEPSINE ACIDIFIÉE) OFFRE DANS CES CAS A LA MÉDECINE PRATIQUE ;

Par le docteur Lucien CORVISART, médecin (par quartier) de l'Empereur, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. (1).

Lorsque, dans un premier mémoire présenté à l'Académie des sciences, en 1852, M. le docteur Lucien Corvisart annonça la possibilité de nourrir les malades en se passant, pour ainsi dire, de leur estomac, l'idée put paraître et parut, en effet, étrange à beaucoup de médecins : quelques-uns même l'eussent volontiers qualifiée d'absurde ; et cependant s'il était généralement admis, ainsi que des recherches multipliées l'avaient démontré à l'auteur, après Spallanzani et tant d'autres physiologistes, que l'agent spécial de la digestion des alimens azotés, le suc gastrique, fait subir à ces alimens, dans un vase inerte, à une température déterminée (+ 40°), les mêmes transformations qu'ils subissent dans l'estomac en santé, qu'y avait-il de si téméraire à supposer que la digestion s'opérerait également bien dans un estomac auquel on restituerait les produits de la sécrétion gastrique qu'une cause pathologique serait venue momentanément tarir. L'idée, je le répète, n'avait rien de déraisonnable en soi ; elle était une conséquence ingénieuse des notions acquises à la physiologie moderne ; il ne lui manquait qu'une chose pour entrer définitivement dans le domaine

(1) Paris, chez Labé, libraire.

Feuilleton.

ÉTUDES PHYSIOLOGIQUES SUR LES ANIMALCULES DES INFUSIONS VÉGÉTALES, COMPARÉS AUX ORGANES ÉLÉMENTAIRES DES VÉGÉTAUX ;

Par Paul LAURENT, inspecteur des forêts, professeur à l'École impériale forestière, ancien élève de l'École polytechnique. — Tome Ier : *Des infusoires.* — In-4°, fig., Nancy, 1854 ; Mlle Gonet, libraire.

E stercore margarita.....

A ceux qui liront cet ouvrage, on peut promettre une lecture des plus instructives et des plus attachantes. C'est la révélation d'un monde nouveau, plein de merveilles. Je ne sais l'impression qu'il a produit sur les savans, j'ignore si quelques miettes de la dotation Montyon sont revenues à son sagace, patient et ingénieux auteur qui a consacré vingt ans à l'observation des faits étranges qu'il raconte, qui a dessiné lui-même les piquantes figures dont il a illustré son livre ; mais ce que je sais, c'est que cette lecture inspire une profonde et sympathique confiance dans la réalité de l'observation et dans la bonne foi de l'observateur. Il serait plus extraordinaire, en effet, qu'on pût imaginer des choses pareilles que de les décrire telles que l'auteur assure les avoir vues, et cent fois vues.

Comment se fait-il que des nombreux micrographes qui ont depuis longtemps étudié et observé les animalcules infusoires, aucun n'ait encore aperçu les singuliers phénomènes décrits par M. Paul Laurent ? Comment ces faits si curieux ont-ils échappé aux Leuwenvoeck, aux Muller, aux Réaumur, aux Ehrenberg, aux Dujardin, etc. ? Cette question est la première qui surgit à l'occasion de chaque découverte ; c'est souvent aussi le premier cri de l'impuissance envieuse. Dans le cas actuel, la réponse est facile ; M. Laurent a observé autrement que ses devanciers, et par des procédés différens de ceux qu'ils employaient.

Ne pouvant se servir d'instrumens optiques à grossissement de plus de 400 diamètres, car, dit-il, on ne parvient à de plus fortes amplifications qu'au détriment de la lumière et en assombrissant les objets, M. Laurent a eu l'idée singulière, et cependant très simple, d'agir sur les animalcules eux-mêmes, de les grossir réellement, et cela, en changeant leur régime et leur hygiène. Au maigre liquide dans lequel s'agitent et duquel vivent ces petits êtres, il a ajouté un liquide plus riche et plus substantiel, et les infusoires, profitant de cette bonne chère, se sont mis à grossir à vue d'œil. A une température élevée ou trop basse, il a substitué une température uniforme, et les animalcules, se trouvant bien de ce printemps perpétuel, ont livré sans réserve à leur observateur tous les mystères de leurs singulières amours, de leur vie protéique, de leur mort bizarre, si l'on peut appeler du nom de mort la fin si curieuse de leur curieuse existence.

Les faits nouveaux abondent dans cette publication remarquable. Dans l'impossibilité de les citer tous, je m'en tiendrai aux plus saisissans, ne pouvant d'ailleurs donner qu'un aperçu de cet ouvrage, dont l'analyse étendue doit être réservée aux recueils spécialement consacrés à l'histoire naturelle.

Un premier fait observé par M. Laurent, c'est que, dans une même infusion, on ne rencontre jamais que des infusoires d'une même espèce. Ce qui a trompé les observateurs sur ce point, ce sont les métamorphoses inouies que subissent les infusoires pendant leur existence et qui leur donnent des aspects, des formes toutes différentes, selon l'époque de leur vie où on les observe. Ces métamorphoses sont passagères, d'ailleurs, et bientôt reparaît le type pur et primitif pour prouver la constance de cette loi de la nature à conserver intactes les formes de l'espèce.

Bien nourris et convenablement chauffés, les infusoires acquièrent vite tout leur développement et ne tardent pas à passer à une autre fonction importante, celle de la reproduction, et c'est ici que M. Laurent a surtout découvert des phénomènes complétement inconnus dans l'échelle zoologique. Suivons-le dans ses bizarres descriptions, pour lesquelles nous n'avons rien de mieux à faire que d'emprunter son propre langage.

Quand on examine, dit-il, pendant quelque temps, une goutte d'eau d'une infusion préparée depuis quelques jours, on y trouve souvent des individus qui en recherchent d'autres avec ardeur, et qui, après quelques manœuvres préliminaires, s'accouplent bientôt avec eux, tantôt par l'anus, tantôt par la bouche, parfois aussi par l'orifice expiratoire, et même, dans certains cas, par un point quelconque de leur enveloppe.

A voir les mouvemens violens que manifestent fréquemment ces animaux microscopiques, quand ils sont accouplés, on pourrait croire quelquefois qu'au lieu d'une réunion d'amour, il s'agit bien plutôt d'un combat à outrance. Mais, si l'on continue à observer avec persévérance jusqu'au moment où cesse l'accouplement, on peut reconnaître, la plupart du temps, que les combattans ne sont aucunement blessés, car souvent ils continuent, après cela, à se livrer avec agilité à leurs évolutions ordinaires. Si cependant l'un d'eux vient alors à se traîner péniblement, et meurt bientôt après, il est à remarquer que c'est toujours celui qui, d'abord beaucoup plus vigoureux, a été l'agresseur intrépide, et qui présentait tous les signes de la force, c'est-à-dire les caractères du mâle.

Il peut arriver que, quand deux infusoires se saisissent avec violence, l'un des deux lutteurs est abattu par le plus fort (celui qui a attaqué), et est comprimé par lui contre une des lames de verre du porte-objet ; cet état peut persister longtemps, eu égard à la durée des infusoires. Au surplus, un pareil hasard est un véritable coup de fortune pour l'observateur ; car celui-ci peut suivre avec attention toutes les phases de la lutte, et soulever parfois un coin du voile épais qui couvre le mystère de la fécondation. Dans des cas semblables, en effet, il a été possible à M. Laurent de découvrir qu'au milieu des frémissemens incessans du plus vigoureux des lutteurs, s'échappaient, les uns après les autres et à des intervalles quelquefois de plusieurs minutes, un ou plusieurs des grains ovoïdes qu'il renfermait dans sa panse, et qui, à travers la ligne de jonction des deux animalcules, venaient se loger dans l'infusoire abattu par lui.

Après un temps fort long pour des individus si petits et si frêles (M. Laurent a compté quelquefois plus d'une heure de lutte acharnée), la partie la plus jeune et la plus vivace de l'agresseur, c'est-à-dire ce que nous allons voir devenir sa génération future, qu'il portait dans son sein, a émigré dans le corps même du vaincu. On doit penser, d'après cela, combien celui que nous avons considéré comme le mâle, a dû être affaibli par la perte de ses germes internes. En effet, il ne lui restait plus, après sa séparation d'avec l'être qu'il avait recherché si ardemment, que deux enveloppes transparentes renfermées l'une dans l'autre ; et ce système ne marchait alors qu'avec une extrême lenteur, en donnant d'ailleurs tous les signes qui annoncent la fatigue, l'épuisement et une mort prochaine.

Cette mort arrive bientôt, en effet, mais est-ce bien la mort que cette simple désagrégation de molécules qui semblent douées d'une nouvelle vie, car elles oscillent et s'agitent à leur tour dans le liquide de l'infusion ?

Quant à l'autre animalcule, continue M. Laurent, dans le corps duquel ont émigré la majeure partie des grains ovoïdes qui, auparavant, vivaient dans l'intérieur de l'agresseur, il se relève bientôt après l'accouplement, frotte, pendant quelque temps, contre leurs voisins, ceux de ses cils vibratils qui ont pu être dérangés durant la lutte, les rajuste, et après cela se remet en route plus rebondi et plus vigoureux qu'auparavant.

De ces faits si curieux, M. Laurent se croit autorisé à émettre, sur la production de ces infiniment petits, une opinion qui, pour lui, n'a rien d'hypothétique. Cette fécondation se réduirait à la formation d'un cer-

des faits positifs, c'était la sanction pratique. Eh bien! aujourd'hui l'expérience a prononcé, et on peut hardiment affirmer que la thérapeutique possède un nouveau médicament, appelé à rendre d'importans services dans des circonstances où souvent le praticien se trouve impuissant et désarmé.

Quelles sont ces circonstances? M. Corvisart les résume dans le titre même de son mémoire, *dyspepsie, consomption*; et les détails que l'auteur a consacrés à l'étude de ces deux états morbides ne constituent pas la partie la moins intéressante du travail que nous analysons en ce moment.

On sait que les alimens azotés subissent au contact du suc gastrique une transformation spéciale (*albuminose* de M. Mialhe, *peptone* de M. Lehman, *nutrimens* pour M. Corvisart qui reconnaît plusieurs produits de transformation et non point un seul comme les auteurs précédens), en vertu de laquelle ils deviennent aptes à être absorbés pour fournir ultérieurement à l'entretien et à la réparation des divers organes de l'économie. On sait encore que dans le suc gastrique deux substances principales concourent à cet acte important, un acide, et un ferment particulier, la *pepsine*, isolée et si bien étudiée de nos jours. Or, il est tout un groupe de maladies auxquelles le nom de *dyspepsie* convient à merveille, dans lesquelles la sécrétion du suc gastrique paraît bien évidemment modifiée, diminuée, quelquefois presque entièrement tarie. Pareille chose s'observe encore dans la convalescence des maladies de longue durée, de la fièvre typhoïde en particulier, dans tous les épuisemens, de quelque nature qu'ils soient. Donner dans ces circonstances des alimens azotés, c'est presque introduire dans l'estomac un corps étranger, c'est provoquer à un degré plus ou moins marqué, suivant le trouble survenu dans la sécrétion gastrique, tous les phénomènes de l'indigestion, douleurs ou poids épigastrique, malaise général, vomissemens, diarrhée, etc. Supposez que la sécrétion, un moment suspendue, reprenne son cours, ou qu'il soit possible d'y suppléer artificiellement en introduisant dans l'estomac le suc gastrique ou le principe digestif lui-même, la pepsine acidifiée, et tout aussitôt la digestion s'exécutera librement et les phénomènes pathologiques ne tarderont pas à disparaître. Ce qui n'est pour nous qu'une supposition, devient une réalité saisissante dans les nombreuses observations que contient le mémoire de M. Corvisart. Nous parlerons tout à l'heure de ces observations; auparavant, disons quelques mots de la manière dont l'auteur comprend la *consomption*.

En général, les médecins qui ont traité de la consomption se sont contentés d'employer cette expression comme synonyme d'affaiblissement général, d'épuisement, sans chercher à se rendre un compte bien exact des phénomènes organiques qui surviennent au sein de nos tissus, et surtout de leur ordre de succession. C'est ce point spécial et fécond en applications pratiques que M. Corvisart s'est plu à élucider. Mettant à profit les belles recherches de Chossat sur l'inanitiation, il distingue trois degrés de la consomption. A un premier degré, par suite d'abstinence ou d'alimentation insuffisante, le corps se trouve réduit à puiser dans la trame même de nos tissus les matériaux alibiles qui, normalement, doivent provenir du monde extérieur. Or, on le conçoit, cette absorption de nous-même, cette *consomption*, cette *autophagie*, pour nous servir de l'heureuse expression de M. le professeur Trousseau, ne peut avoir lieu sans qu'il en résulte une émaciation générale et l'affaiblissement progressif de toutes les fonctions. La fonction digestive, comme les autres, se trouve atteinte, mais légèrement d'abord, et si, dans cet état, on rend des alimens à l'estomac, la digestion peut s'effectuer encore et la réparation générale des pertes de l'économie avoir lieu.

A un deuxième degré, la fonction digestive est plus profondément lésée. Elle est même affaiblie à un point tel, qu'elle ne peut plus être ramenée par l'alimentation, ainsi que le prouvent les expériences si concluantes de Chossat, de M. Magendie. On sait que si l'on vient à donner de la viande à des animaux déjà à moitié épuisés par une nourriture insuffisante, l'estomac est incapable de digérer cette viande, et les animaux succombent promptement. On ne sera pas étonné de ce résultat si l'on réfléchit, ainsi que le fait remarquer avec beaucoup de raison M. Corvisart, que l'estomac est obligé de se nourrir pour exercer sa fonction et d'exercer sa fonction pour se nourrir; cercle vicieux dont il ne peut sortir, si par quelque expédient on ne vient à son secours.

Enfin, à un troisième degré, quand l'abstinence ou l'alimentation insuffisante ont duré un certain temps, l'économie est trop gravement atteinte pour pouvoir être réparée, à supposer que la transformation des alimens ait pu encore avoir lieu, et de même que le défaut trop prolongé d'alimens fait perdre à l'estomac sa faculté digestive, en sorte que, bien qu'on rende à l'organe des alimens, il ne les digère plus; de même le défaut trop prolongé de digestion fait perdre à l'économie sa faculté assimilatrice. La mort est la terminaison inévitable de ce degré avancé de la consomption.

Ce qui constitue en partie l'originalité des recherches de M. Corvisart, c'est qu'il a montré qu'en général, dans la consomption se terminant d'une manière funeste, toutes les fonctions ne s'éteignent pas simultanément; que la digestion est une des premières frappées et que son affaiblissement souvent silencieux et méconnu entraîne à sa suite celui des grandes fonctions (circulation, respiration, innervation) dont le jeu régulier importe essentiellement à la conservation de l'individu; d'où résulte la nécessité d'exercer, pendant les affections chroniques et durant la convalescence des maladies aiguës, une incessante et active surveillance sur l'état de l'estomac, puisque de l'état de cet organe dépend d'une manière si directe l'intégrité des grandes fonctions. Or, c'est ici que la découverte thérapeutique de M. Corvisart trouve une de ses plus utiles applications. Nous avons vu, en effet, que si le premier degré de la consomption est curable par l'alimentation seule, il n'en est plus de même du second degré. L'estomac ayant perdu toute faculté digestive, les alimens sont rejetés au dehors sans avoir subi l'élaboration qui les constitue *nutrimens*. La pepsine acidifiée, administrée en pareille circonstance, transforme les alimens en matériaux assimilables et l'estomac, ainsi nourri sans fatigue, répare ses forces jusqu'au moment où il recouvre la sécrétion normale de son principe digestif.

Des résultats aussi remarquables avaient besoin d'être appuyés de preuves cliniques nombreuses et positives. M. Corvisart l'a bien senti; aussi, pour ne pas être soupçonné de partialité, il a laissé de côté son observation personnelle, et n'a voulu rapporter dans son travail que des faits empruntés à des auteurs dont les noms présentent toutes les garanties désirables de science et d'impartialité.

Ces faits sont au nombre de 30. On peut les diviser en trois catégories: 1° Ceux dans lesquels il y a eu guérison complète et disparition des phénomènes dyspeptiques ou de consomption; 2° ceux dans lesquels il y a eu amélioration marquée, mais non guérison; 3° ceux dans lesquels le médicament a paru complétement échouer.

La première catégorie comprend le plus grand nombre des observations contenues dans le mémoire. Presque toutes sont relatives à des cas de dyspepsie idiopathique sans complication organique du côté de l'estomac. Quelques-uns de ces cas (obs. 22 de M. Fricaud, obs. 28 de M. Godard, etc.) sont remarquables par la gravité des symptômes. La pâleur de la face, l'amaigrissement, le dépérissement étaient tels, que les malades paraissaient ne plus avoir que quelques jours à vivre. Ce qui, dans ces observations, rend si évidente l'action du médicament et ne laisse pas au lecteur le plus petit doute dans l'esprit, c'est qu'en général, l'amélioration est instantanée. Un malade souffre depuis plusieurs mois, plusieurs années même de l'estomac; la digestion, depuis cette époque, est presque impossible ou tout au moins s'accompagne de phénomènes dyspeptiques plus ou moins graves; des médicamens de toute sorte (magnésie, eau de Vichy, amers, opiacés, etc.) ont été successivement essayés sans succès. On se décide alors à administrer la pepsine et, *dès le premier jour*, les alimens azotés sont digérés sans douleur et sans le cortège des troubles gastriques ordinaires. Puis, au bout d'un temps variable, l'estomac, qui a réparé ses forces affaiblies, est lui-même apte à transformer les alimens en matériaux alibiles. Ce qui prouve encore que c'est au médicament seul qu'il faut rapporter l'honneur du rétablissement des fonctions digestives, c'est que si, volontairement ou involontairement, la poudre nutrimentive vient à être supprimée, ainsi que cela est mentionné dans quelques observations (obs. 1, obs. 2, obs. 5, obs. 10, obs. 30), on voit tout aussitôt la digestion redevenir douloureuse comme par le passé, et se faire de nouveau avec facilité dès que l'on a repris le médicament.

Dans les faits de la seconde catégorie, il y a eu seulement, avons-nous dit, amélioration plus ou moins prononcée, plus ou moins durable mais non guérison complète. C'est que, dans ces cas, ou bien la dyspepsie était sous la dépendance d'une affection organique et on conçoit que la pepsine devait être impuissante contre une pareille lésion, dont les progrès incessans s'opposent au rétablissement de la fonction digestive; ou bien encore, chez quelques malades, l'économie était trop profondément atteinte pour pouvoir être réparée même par la digestion artificiellement opérée dans l'estomac.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits peu nombreux, la poudre nutrimentive n'a pas eu d'action, quoiqu'elle fût administrée contre des troubles d'estomac nettement accusés; et en examinant attentivement ces faits de dyspepsie, on voit qu'ils consistaient bien plus dans des désordres de la sensibilité et de la contractilité gastrique que dans des troubles de sécrétion. C'est ce que démontrent les observations 18 et 19 qui ont trait, l'une à un cas de grossesse, l'autre à un cas de menstruation difficile. Néanmoins, par cela même que la dyspepsie se montrerait pendant la grossesse, il ne faudrait pas, pour cela, rejeter l'emploi du médicament; car il est des cas, ainsi que le prouvent les observations 4 et 20 dans lesquels la pepsine acidifiée a produit un résultat des plus avantageux, ce qui donnerait à supposer que les troubles gastriques étaient principalement dus à un vice dans la sécrétion des liquides digestifs: on en a une preuve presque certaine lorsque les symptômes se manifestent peu de temps après les repas. Aussi M. Corvisart formule-t-il le précepte suivant: Dès que chez une femme enceinte les vomissemens ou la dyspepsie paraissent à la suite du repas, il faut employer les prises nutrimentives. Leur

---

ain nombre de germes, lesquels, déjà portés pendant un certain temps par celui qui joue le rôle de mâle, sont déposés dans le ventre de celui qui représente la femelle, et à laquelle est confiée une nouvelle gestation d'une partie, quelquefois même de la presque totalité de la jeune couvée qu'il a déjà nourrie jusque-là dans ses flancs.

Or, si l'on suit encore plus loin l'expérience, on finit par acquérir la certitude que la nouvelle mère les adopte presque toujours, en les associant à sa propre existence; et, chose remarquable, il n'est pas rare, quelque temps après, et quand ces germes ont prospéré dans son sein, quand ils ont grossi et que leur volume et leur poids lui deviennent trop à charge, de la voir prendre à son tour toutes les allures d'un mâle, poursuivre et attaquer un de ses semblables, plus dénué qu'elle de grains organiques internes, pour s'accoupler aussi avec lui et lui confier le dépôt précieux dont elle avait été chargée, et qu'elle a entouré de ses soins et de sa protection aussi longtemps que ses forces le lui ont permis.

Un de ces infusoires peut donc jouer tantôt le rôle de mâle et tantôt le rôle de femelle; et, en effet, après s'être débarrassés de leurs germes, ils sont légers, alertes, et souvent prêts à recommencer des luttes nouvelles.

M. Laurent en a remarqué cependant qui ne paraissaient pas disposés à de nouvelles grossesses. Ces animalcules étaient doués d'une grande mobilité et d'une force de ressort supérieure; mais ils étaient complétement vides, et, lorsqu'il leur arrivait d'être accostés par un de leurs pareils chargé de jeunes germes, et de s'accoupler avec lui, ils recevaient, à la vérité, les germes que l'autre lui déposait; mais au lieu de les garder longtemps, comme ceux dont il a été question jusqu'ici, ils s'en débarrassaient presque aussitôt par l'ouverture opposée et par l'orifice expiratoire; ou bien encore, s'accouplant avec un autre, ils s'empressaient de lui communiquer ce fardeau et de lui en confier le soin.

Du reste, j'ai regret d'être obligé de dire que les mœurs de ces petits êtres sont fort légères. La fidélité conjugale, dit M. Laurent, paraît être parfaitement inconnue chez ces êtres microscopiques; on y voit même des individus qui, pendant qu'ils sont déjà accouplés par un bout avec un autre animalcule de la même espèce, se laissent attaquer par l'extrémité opposée par un autre, et quelquefois même par plusieurs, à divers points de leur enveloppe.

Je passe d'autres détails tout aussi intéressans, car je ne peux tout dire, et ce que je voudrais surtout, c'est exciter le lecteur à lire cet ouvrage rempli de faits aussi neufs que curieux. N'est-ce pas, en effet, un phénomène du plus haut intérêt que de voir ici la fécondation n'être qu'une sorte de nutrition de l'animalcule le moins riche en grains reproducteurs, recevant d'un animal, mieux fourni en forces vitales, un dépôt de germes déjà portés et nourris par ce dernier, et confiés par lui, au moyen de l'accouplement, aux soins d'une nouvelle nourrice, qui peut, elle-même, après qu'ils se sont développés sous sa protection maternelle, les déposer à son tour dans le sein d'une autre femelle, près de laquelle elle jouera le rôle de mâle; ces germes finissant par acquérir ainsi, de gestations en gestations, toute la force nécessaire pour pourvoir eux-mêmes à leurs besoins, et se lancer dans une vie complétement indépendante.

J'aimerais à suivre M. Laurent dans sa description de l'accouchement des animalcules, de leurs formes si bizarres et si variées, de leurs métamorphoses si fréquentes, de leur mort si singulière, et surtout je voudrais reproduire le chapitre si curieux de leur intelligence, où l'on voit ces petits êtres se livrer à des travaux qui excitent la plus grande surprise, travaux pour les besoins de la famille, de la tribu, de la nation; travaux d'architecture, travaux de construction navale, travaux stratégiques défensifs ou offensifs. Aussi M. Laurent n'hésite-t-il pas à les douer d'une véritable intelligence. Il va plus loin, et, sans partager l'opinion de Chrétien Krause qui admettait dans les animalcules microscopiques « une âme d'autant plus sublime, qu'elle paraît être dégagée de la matière grossière et massive qui compose nos organes, » M. Laurent va jusqu'à les douer de sensibilité. Il donne en témoignage un petit drame microscopique auquel il lui a été donné de pouvoir assister et que je ne résiste pas au plaisir de reproduire:

« Des détritus d'une tige de *Cucurbita Pepo*, placés au milieu d'une goutte d'eau de l'infusion, entre les verres du porte-objet, avaient, par hasard, renfermé entre eux un espace triangulaire; et, dans ce petit espace, étaient, comme parqués, une vorticelle attachée par sa tige à un des fragmens végétaux qui formait un des côtés du triangle, et un infusoire garni de cils puissans qui annonçaient sa robuste et mâle constitution.

» L'animalcule, que tout nous indiquait être un mâle, tournait autour de la vorticelle, en cherchant à la caresser avec ses cils, tantôt sur un point et tantôt sur un autre, mais plus particulièrement vers sa partie antérieure, c'est-à-dire sur sa bouche; et, chaque fois qu'il en arrivait là, une répulsion, une très forte émotion, une frayeur vive, se manifestaient chez la vorticelle par des contractions rapides de sa queue en tire-bourre; et la cloche elle-même se raccourcissait soudain, en même temps qu'elle s'éloignait des attouchemens trop vifs dont elle était l'objet.

» Quant à celui qui se sentait si bien attiré vers elle, il ne se décourageait pourtant pas pour cela; car, avant même que l'hélice de la queue de la vorticelle ne se fût de nouveau étendue, il avait nagé timidement vers la cloche fugitive, dont il suivait le sillage. Il revenait donc, mais en hésitant, vers elle, faisait vibrer ses cils, et nageait à ses côtés avec des précautions toutes particulières. Ainsi, par exemple, quand ses antennes, je veux dire les cils de sa bouche, venaient à effleurer la cloche vivante, on pourrait dire la fleur animée (car il y a longtemps que les naturalistes ont donné aux vorticelles le nom d'animaux-fleurs), s'il apercevait qu'il excitait chez elle quelques nouveaux frémissemens, on le voyait reculer aussitôt avec vivacité, mais pour se rapprocher bientôt de celle qu'une poursuite trop vive aurait effarouchée; si bien qu'au bout d'un certain temps, mieux appris et plus prudent, il parvint à ne plus provoquer chez elle ces fuites, rapides comme l'éclair, et au moyen desquelles elle lui échappait tout à coup.

» Mais alors un nouveau manége de la part de la vorticelle succéda à ses vifs témoignages de répulsion. Moins craintive, et, toutefois, ne voulant pas céder aux instances dont elle était entourée, elle appuyait doucement un des points de sa cloche contre le corps de l'agresseur, et le repoussait avec toute la grâce d'un lis penché sur sa tige, et que le dessin seul ne saurait qu'imparfaitement représenter.

» Son poursuivant se laissait ainsi éconduire, sans résistance aucune, jusqu'à l'un des angles opposés de l'espace triangulaire où ils étaient renfermés tous deux. On ne pourrait croire tout ce qu'il y avait de soumission, de laisser-aller dans cet être évidemment plus robuste que la cloche-fleur. Repoussé ainsi, et après cela abandonné dans son coin, il y restait pendant quelques secondes sans bouger; puis, comme la vorticelle s'était empressée de se retirer à l'autre bout de leur champ-clos, il suivait sournoisement ses traces, pour venir encore, papillonnant autour d'elle, recommencer ses instances.

» Cependant les refus de la fleur animée devinrent insensiblement moins sévères; une sorte d'intimité commença à s'établir entre ces deux êtres faits pour s'unir, et la fleur timide, la nymphe coquette, la Célimène des eaux finit, comme tant d'autres, par céder à la grande loi naturelle. J'avais lu, par hasard et sans m'en douter, un roman d'une heure dans la millième partie d'une goutte d'eau! »

Ce petit tableau est vraiment charmant; mais je crains que nos austères savans de profession ne le trouvent un peu risqué. Bernardin de Saint-Pierre était-il de l'Académie des sciences?

Amédée LATOUR.

emploi est un excellent moyen pour reconnaître la cause de la dyspepsie, et, d'une manière plus générale, on peut dire que c'est un moyen de diagnostic qui s'étend à toutes les dyspepsies.

Il nous reste, pour terminer, à parler du mode d'administration de la pepsine acidifiée. Après avoir mis d'abord en usage le suc gastrique recueilli chez des animaux, M. Corvisart n'emploie plus que le principe digestif lui-même (pepsine) isolé du quatrième estomac des ruminans. (Voir le mémoire *Sur le principe digestif, les préparations nutrimentives et les moyens propres à reconnaître et à mesurer leur action*, présenté à l'Académie de médecine par M. Boudault, février 1854.)

Le médicament, de cette façon plus facile à administrer et à conserver, se présente sous forme d'une poudre d'un blanc jaunâtre d'un goût légèrement salé qui n'est pas désagréable. On la donne au commencement du repas dans du pain à chanter. Il est nécessaire d'éloigner toute autre médication interne pendant les deux heures qui suivent ou les deux heures qui précèdent le repas. Car M. Corvisart a reconnu, dans une série de recherches encore inédites, que plusieurs médicamens détruisent sa vertu, de même qu'une température supérieure à 40° centigrades. Pour un malade, quelque malade qu'il soit, une prise nutrimentive ou deux (1 à 2 grammes), ont généralement suffi pour opérer la digestion d'une côtelette ou plus et d'un potage.

Dans quelques cas où il semble que le défaut de digestion tienne à l'immobilité des parois de l'estomac, en même temps qu'à un vice de la sécrétion gastrique, il sera utile d'associer la strychnine à la pepsine. M. Corvisart a fait préparer des poudres qui contiennent pour 1 gramme de pepsine, 3 milligrammes de strychnine.

De même, si la membrane musculeuse ou muqueuse de l'estomac est tellement irritable, que le contact des alimens peu digérés ou indigérés provoque des douleurs et le vomissement, M. Corvisart conseille un mélange de poudre nutrimentive et de chlorhydrate de morphine (1 centigramme pour 1 gramme).

Par tout ce qui précède, nous avons vu que la pepsine acidifiée avait pour but exclusif de remédier à ces états de l'estomac, dans lesquels il y a imperfection dans la sécrétion du suc gastrique. Sans doute, il ne sera pas toujours facile de pouvoir reconnaître si c'est bien à cette cause qu'est due la dyspepsie, et, plus d'une fois, le médicament, administré contre des dyspepsies d'une autre nature, échouera sans qu'on soit en droit de tourner contre lui cet insuccès prévu. Sans doute aussi, dans le travail de M. Corvisart il n'est question que des alimens azotés, et l'on sait que la nourriture de l'homme se compose encore d'alimens féculens et de matières grasses qui, exigeant de leur côté des agens spéciaux pour se transformer en substances assimilables, pourraient, quoique beaucoup plus rarement, être le point de départ d'accidens dyspeptiques que la pepsine serait impuissante à combattre. Toutefois, dans ce cas encore, son emploi pourrait n'être pas sans quelque utilité, car toutes les fécules ne se transforment qu'à la condition d'être isolées, mises à nu par la dissolution de la matière azotée qui les enveloppe et qui, inattaquée, les préserverait contre toute transformation en glucose. Au surplus, les cas de dyspepsie par mauvaise digestion des alimens azotés, dans lesquels la pepsine acidifiée trouve son indication, restent encore très nombreux, et on ne saurait trop féliciter M. le docteur Corvisart d'avoir doté la thérapeutique d'un médicament nouveau qui offre aux praticiens de si précieuses ressources.

Dr HÉRARD,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.
(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Dix-huitième Leçon.

SOMMAIRE. — Membranes de l'œuf : 1° membrane calcaire ou chorion ; 2° amnios ; 3° membrane du jaune ou membrane ombilicale ; 4° allantoïde.

Ne perdez pas de vue, dans la suite de ces études ovologiques, le caractère fondamental que je vous ai fait connaître, savoir, que le fœtus se nourrit, respire, vit, en un mot, par des organes qui lui sont propres, par des organes que n'a pas l'adulte. Ainsi, le fœtus a une peau extérieure, un intestin, une vessie urinaire, des poumons qui lui sont propres. C'est l'ensemble de ces parties qui constitue l'œuf.

A le considérer d'une manière générale, l'œuf est la réunion de quatre poches ou membranes; ce sont : 1° la membrane calcaire ou le chorion; 2° l'amnios; 3° la membrane du jaune ou la membrane ombilicale; 4° l'allantoïde. Étudions chacune de ces membranes, toujours dans l'œuf de l'oiseau. Les préparations que je vais mettre sous vos yeux vous laisseront de ces organes une notion claire.

1° La *membrane calcaire* (dans les mammifères elle prend le nom de *chorion*), la membrane calcaire est l'enveloppe générale, la plus extérieure de toutes. Elle recouvre tout le reste, c'est-à-dire les trois autres membranes et le fœtus. Elle est soutenue, fortifiée par la coquille, laquelle n'existe pas dans l'œuf des mammifères. Nous ne la retrouvons pas davantage dans le plus grand nombre des espèces ovipares. La coquille n'est, en effet, ainsi que nous l'avons vu, qu'une production adventice, inorganique, une simple sécrétion de carbonate calcaire.

La membrane calcaire ne tient pas au fœtus, tandis que les trois autres poches sont des émanations du fœtus.

Tels sont donc les deux caractères essentiels de la membrane calcaire : c'est une enveloppe générale, et elle ne tient pas au fœtus.

2° L'*amnios* est cette membrane très fine, blanche, pellucide que vous voyez. L'amnios est un sac fermé, composé de parois membraneuses; il enveloppe et protége le fœtus, en l'entourant d'un liquide séreux appelé *liquide amniotique*.

Le petit poulet se trouve complétement renfermé dans l'amnios et entouré du liquide amniotique à la fin du quatrième jour de l'incubation.

L'amnios a pour caractère de servir d'enveloppe immédiate au fœtus.

3° La *membrane du jaune* est l'intestin extérieur du fœtus. Son analogue dans l'œuf des mammifères est la *membrane* ou *vésicule ombilicale*.

La membrane du jaune présente une disposition très remarquable : elle tient au fœtus par un pédicule qui n'est lui-même que la continuation de l'intestin du fœtus.

Cette disposition était invoquée par Haller comme une preuve péremptoire de la préexistence des germes. Haller disait : Nous voyons la poule pondre des œufs sans le concours du mâle. C'est déjà un indice de préexistence. Nous voyons ensuite l'œuf (c'est-à-dire le *jaune* et sa membrane) tenir au *poulet*. Donc l'*œuf* et le *poulet* n'ont jamais fait qu'un, et préexistaient ensemble.

Non : les vaisseaux du *vitellus*, du *jaune*, viennent du poulet : c'est le prolongement de ses *vaisseaux mésentériques ;* et le sac qui enveloppe le *vitellus* et sa membrane vient aussi du poulet : c'est le prolongement de son *intestin*.

4° L'*allantoïde* est une quatrième poche, qui ne paraît qu'après les trois autres. C'est entre la 48me et la 60me heure de l'incubation que cette sorte de germination a lieu. Le quatrième jour, l'allantoïde croît rapidement; le cinquième, elle a un long pédoncule; le sixième, elle se montre comme une grosse vessie aplatie. Dans les derniers jours de la seconde semaine, elle enveloppe tout le fœtus, y compris le sac vitellin, tapisse l'intérieur de la coque et se compose d'un réseau vasculaire extrêmement riche, contenant un sang vermeil. Les troncs de ce réseau sont les vaisseaux ombilicaux, composés de deux veines et de deux artères.

Les vaisseaux de l'allantoïde constituent essentiellement le poumon du poulet dans l'œuf, son organe de respiration, l'organe qui présente le sang à l'action de l'air.

L'allantoïde a aussi pour usage de recevoir l'excrétion urinaire du fœtus.

Haller est le premier qui ait bien observé l'allantoïde dans l'oiseau. Il en parle dans les termes suivans : « L'allantoïde paraît de bonne heure et dès avant le troisième jour. »

Formons-nous maintenant une idée du rôle physiologique de ces quatre poches membraneuses dans les ovipares :

Pour des organes si petits, si frêles, une enveloppe commune était nécessaire. Cette enveloppe est la membrane calcaire qui se trouve encore fortifiée par la coquille. Le développement du fœtus de l'oiseau devant se faire hors du sein de la mère, à l'extérieur, on comprend la nécessité de ce surcroît de protection. Au moyen de sa coquille, l'œuf peut résister aux agens de destruction qui l'environnent.

Il fallait que le nouvel être fût préservé du contact des autres parties qui composent l'œuf. C'est l'amnios qui le contient privativement, qui l'en isole. Ce n'est pas tout; il fallait prévenir les chocs, les secousses : la prévoyante nature a fait sécréter un liquide par l'amnios. Dans ce liquide le nouvel être est ballotté doucement; l'effet des chocs et des secousses est amorti.

S'il n'y avait pas eu dans l'œuf une provision de nourriture, comment le fœtus aurait-il vécu? — La membrane du jaune contient une provision de matière nutritive, telle qu'il la fallait pour le jeune être. Cette provision, appelée *jaune* ou *vitellus*, a été si bien mesurée, que le fœtus trouve dans l'œuf ce qu'il lui faut de nourriture précisément pour le temps de son développement, ni plus ni moins. (Dans le vivipare, il se développe, parallèlement au développement du fœtus, un organe destiné à préparer l'aliment nécessaire au nouvel être : cet organe est la mamelle, et cet aliment est le lait.)

Toute nutrition implique une excrétion. Dans la vie fœtale, l'excrétion est exclusivement liquide, c'est-à-dire urinaire. Elle ne peut pas sortir de l'œuf. Mais, dira-t-on, son séjour y sera une cause de désordre; elle refoulera les organes, étouffera l'animal ! — Non, la nature a veillé à tout : elle a formé une poche, l'allantoïde, pour recevoir l'excrétion.

Maintenant, comment le fœtus respirera-t-il? Par ses poumons? Mais le fœtus est pelotonné, ramassé sur lui-même; par suite ses poumons sont comprimés, et, d'ailleurs, ils sont encore bien imparfaits. Il ne peut donc pas respirer par ses poumons. — Cette même poche, qui sert de réceptacle à l'excrétion urinaire, se recouvre de vaisseaux qui s'étendent, se développent et vont au devant de l'action de l'oxygène; ils font l'office d'organe respiratoire.

Quelle admirable série de prévisions! N'est-il pas manifeste, par tous ces exemples, que les fonctions sont le but, la fin des organes, et ne sommes-nous pas fondés à dire, une fois encore, que la physiologie est la science des causes finales?

(La suite prochainement.)

ÉPIDÉMIOLOGIE.

A Monsieur JOLLY, *membre de l'Académie impériale de médecine*, etc.

Mon cher ami,

Quelle mouche vous a donc piqué? J'écris sur le choléra, j'expose tant bien que mal mes idées sur les problèmes que cette maladie soulève, je réfute, chemin faisant, les opinions contraires aux miennes, ce qui est de nécessité; parmi ces opinions, il s'en trouve que vous partagez; aucune ne vous appartient en propre; je m'abstiens avec soin de nommer qui que ce soit, parce qu'il me répugne d'accoler des noms à mes critiques et que je ne veux blesser l'amour-propre de personne; et cependant, vous vous fâchez comme si ma critique vous eût été personnelle; vous vous emportez même contre moi; vous me traitez de Turc à Maure, et vous m'obligez ainsi à repousser une attaque à laquelle j'étais loin de m'attendre de votre part.

Mon embarras de vous répondre est extrême. Vous parlez si souvent, dans votre épître aux contagionistes, de mon humeur batailleuse, de mes bombes, de ma mitraille, de mes coups de sabre, que j'ai pris d'abord tout cela au sérieux. J'ai donc cherché en moi et autour de moi, pour repousser vos attaques, et ces dispositions belliqueuses, et cet attirail de guerre dont vous m'avez si généreusement doté, je n'ai trouvé qu'une plume, une pauvre plume, et encore assez mal taillée. N'importe, me suis-je dit pour éveiller cet esprit guerrier que je ne me connaissais pas, je dois répondre à mon ami, mon excellent ami. J'essaie... et voilà que je ne sais plus comment m'y prendre, et je me trouve réduit à vous raconter les causes de mon embarras, ou plutôt à vous les énumérer.

1° Le ton général de votre fulminante épître m'a paru dépasser les limites permises de la discussion scientifique entre gens qui se respectent. Vous me reprochez d'avoir *substitué trop souvent aux convenances et à la dignité du langage* CELUI *de la passion et de la colère;* d'avoir *écrit une diatribe amère et sanglante, un factum*, de m'être *livré à tout mon libertinage de plume*, de m'être donné le plaisir du sarcasme, *si ce n'est celui de l'injure*, d'avoir traité parfois mes adversaires *avec dédain*. de les avoir accusés d'*hypocrisie et de mensonge*, d'être TOUJOURS PRÊT A ME JETER DANS L'ARÈNE DES CONTROVERSES POUR Y FAIRE ACTE D'ÉCLAT A TOUT PRIX. Que sais-je encore? Il est difficile de supposer que vous ayez eu l'intention de me donner, en ces termes, une leçon de politesse et de modération. Vous avez donc voulu, tout simplement, animer une discussion, nécessairement aride, en y mêlant un peu de passion. Peut-être avez-vous dépassé le but. Je ne vous en blâme ni ne m'en plains. C'est si naturel. Qui critique ou seulement ne partage pas nos opinions, a nécessairement tous les défauts et tous les torts imaginables. Mais je n'aime pas, dans les luttes scientifiques, ces récriminations personnelles qui n'intéressent que les jouteurs, et ne servent, le plus souvent, qu'à détourner l'attention de la question en litige, et il me répugnerait de vous suivre dans cette voie.

2° Abordant le sujet de notre dissentiment, vous commencez par me morigéner vertement sur la grave imprudence que j'ai commise, dites-vous, en soulevant importunément la question dangereuse de la contagion du choléra, et en la résolvant par l'affirmative; erreur grave, ajoutez-vous, qui a donné plus d'une fois le signal de la fuite, de l'oubli du devoir, de toutes les déplorables mesures que peut enfanter l'ignorance ou un lâche égoïsme. Vous avez donc oublié, cher ami, en écrivant ces lignes, les belles paroles en réponse aux craintes exprimées par notre honorable confrère, M. Bégin, prononcées par vous, en pleine épidémie de choléra, à la tribune de l'Académie de médecine, dans la séance du 22 mai 1849, et imprimées dans son *Bulletin*. Je vais vous les rappeler : « Quelle que soit, disiez-vous, l'opinion de l'Académie à l'égard du principe énoncé par M. Bégin; quelle que soit l'interprétation ultérieure des faits qui en seront la cause, *je ne crains pas de dire que si le choléra pouvait être contagieux, dans le sens rigoureux de ce mot, le malheur ne serait pas de connaître la vérité, mais de l'ignorer; et le crime, puisque le mot crime a été prononcé, le crime ne serait pas de divulguer le fait, mais de le dissimuler.* » Vous avez donc oublié le commentaire éloquent dont vous les avez fait suivre, et que je ne transcris pas pour ne pas abuser des momens d'attention que je réclame de votre bienveillance. Je vous engage à le relire avec un légitime orgueil, car c'est une de vos plus belles pages. Mais, cher ami, vous devez comprendre mon embarras. Si je me taisais, je commettais un crime. Si je parlais, je commettais une imprudence. J'ai pris le dernier parti, comme le moins coupable. Mais, ne sachant pas bien au juste à laquelle de ces deux opinions contradictoires vous tenez le plus, je suis bien forcé d'attendre un troisième revirement d'opinion de votre part, pour faire choix de mes moyens de défense.

3° Vous me faites dire ensuite que, dans toute épidémie de choléra, le premier cas se développe toujours et nécessairement sous l'influence épidémique, *tandis que tous ceux qui le suivent sont indubitablement nés sous l'influence de la contagion.* Vous soulignez la phrase pour prouver que votre citation est textuelle, vous la faites suivre d'un de ces *sic* euphoniques par lesquels vous terminez la plupart de vos périodes pour leur donner, sans doute, plus d'harmonie, et afin, aussi, de faire croire que vous ne changez pas même une virgule à mes paroles écrites; vous ajoutez encore, pour bien convaincre le lecteur de la fidélité de votre copie, qu'il y a peut-être là une erreur typographique ou une distraction de l'auteur. Et, comme l'opinion qu'elle exprime serait toute une doctrine sur la contagion, mais doctrine parfaitement absurde, comme vous aimez, à ce qu'il paraît, les triomphes faciles, et que, pour être sûr de les obtenir, vous les préparez vous-même, vous vous épanouissez et vous en donnez à cœur-joie de me mettre en contradiction avec le bon sens, avec la logique, avec un honorable confrère, M. Rochard, et avec moi-même, et de me montrer reculant plus tard devant cette monstruosité en faisant des concessions. Il n'y a là qu'une toute petite difficulté. Vous avez emprunté à d'autres ou peut-être trouvé dans le souvenir confus de quelques-unes de vos lectures, la phrase et la doctrine : elles ne m'appartiennent pas. Je n'ai pas besoin de me relire pour l'affirmer, et j'ose vous porter le défi d'indiquer l'endroit de mes écrits où vous en auriez trouvé la trace.

Ce n'est pas tout. Lorsque vous ne commettez pas d'inexactitudes, involontaires, je n'en doute nullement, dans la reproduction de mes paroles, vous vous méprenez, toujours sans le vouloir, sur leur véritable sens. Ainsi, vous me prêtez l'opinion ridicule, qu'il existe une grande analogie, sous tous les rapports, entre le choléra, d'une part, et la rougeole, la scarlatine et la coqueluche de l'autre, quoique vous sachiez parfaitement que j'ai rapproché ces maladies sous le point de vue seulement d'une condition qui leur est commune, celle d'être épidémiques et contagieuses. Et vous partez de là pour m'apprendre qu'on ne peut faire des analogies qu'avec des analogues, comme vous me diriez : pour faire un civet de lièvre..... Vous savez le reste.

N'ayant pas l'habitude des *argumens* de ce genre, tout le désavantage dans la lutte serait de mon côté, et j'ai besoin d'y réfléchir à deux fois avant de me décider à entrer en lice avec vous.

4° Puis, mon cher ami, votre discussion m'a paru obscure et embrouillée, vos argumens, vagues et insaisissables. Sous le charmant papillottage de mots qui caractérise essentiellement votre manière, j'ai vainement cherché vos idées, je n'ai pas pu les en dégager. Je ne dis

pas, remarquez-le bien, que vous soyez inintelligible. Je suis tout prêt à reconnaître, au contraire, si on me l'affirme, que vous êtes d'une clarté admirable pour tout le monde excepté pour moi. Mais c'est moi que vous réfutez, c'est un peu moi que vous voulez convaincre, c'est bien moi que vous cherchez à ramener des sentiers de l'erreur dans le chemin de la vérité, ce dont je vous sais tout le gré imaginable; il eût donc été généreux à vous, et utile à votre but, que vous eussiez bien voulu prendre la peine de mettre votre langage à la portée de ma paresseuse intelligence. Avec un peu de bonne volonté de votre part, quelques efforts de la mienne, je serais peut-être parvenu à vous comprendre, et je saurais si je puis vous répliquer ou si je dois m'avouer vaincu.

5° A travers les obscurités qui dérobent votre pensée à ma faible vue, j'ai cru entrevoir les apparences d'un argument spécieux. Vous demandez, si je ne me trompe, pour croire à la contagion du choléra, un fait bien évident, bien avéré, incontestable et surtout bien probant de transmission directe du mal d'individu à individu. (Vous voulez que l'on définisse la contagion, la transmission *de la* MALADIE D'UN INDIVIDU MALADE *à un individu sain;* soit, j'y consens.) Vous êtes un peu exigeant, ce me semble. Je vous en ai rapporté de complétement analogues à ceux qui ont convaincu tous les médecins de l'univers, ainsi que vous, malgré votre scepticisme outré, de la propriété contagieuse de la rougeole, de la scarlatine et de la coqueluche. Vous les avez repoussés. Suffisans dans un cas, ils ne le sont pas dans un autre semblable, telle est votre logique. Savez-vous ce qu'il faut faire, cher ami. Il faut avoir l'obligeance de nous indiquer de quelle nature doit être ce fait, quels caractères particuliers il doit posséder, dans quelles circonstances précises et déterminées il doit se produire; en un mot, comment vous le voulez : nous nous mettrons à sa recherche. Vous ne me demanderez pas un fait impossible, n'est-ce pas? Je ne pourrais, malheureusement, pas vous le fournir. N'oubliez pas surtout ceci : Vous vous êtes enlevé le droit d'exiger un fait de communication du choléra, observé en dehors de toute influence épidémique. Vous croyez fermement à la contagion de la rougeole, de la scarlatine et de la coqueluche, et vous venez de déclarer *que la science et la pratique n'étaient pas suffisamment édifiées sur le point de savoir si ces maladies pouvaient se transmettre d'un individu malade à un individu sain, à l'état purement sporadique, c'est-à-dire en dehors d'un milieu épidémique ou en l'absence de l'élément épidémique.* Sur quels faits, je vous prie de me le dire, vos convictions à l'égard de la contagion de ces maladies se sont-elles, dès lors, établies? Ce ne peut être, évidemment, que sur des faits analogues à ceux que nous invoquons en faveur de la contagion du choléra. Vous me devez une explication à cet égard.

Tant que je n'aurai pas obtenu de vous ces renseignemens indispensables, il me sera donc impossible, vous le voyez bien, de continuer ce débat.

6° Enfin, et ceci devient grave, si nous continuons à nous accabler tour à tour d'épigrammes et de sarcasmes, et surtout à faire naître, dans l'esprit des lecteurs, des doutes sur le peu de savoir que nous avons la prétention de posséder l'un et l'autre, il est à craindre que le public médical, qui nous juge et ne demande pas mieux, peut-être, que de rire à nos dépens, ne nous renvoie dos à dos, dépens compensés, comme on dit au palais, chacun avec cet écriteau sur la poitrine : *Arcades ambo.* Voyez un peu à quoi cela nous exposerait, mon cher ami. Deux graves académiciens, blanchis sous le bât, seraient placés, comme les augures de Rome au temps de Cicéron, dans la cruelle situation de ne pouvoir plus se regarder sans... braire. Ce serait un scandale affreux, et je ne voudrais pas, pour mon compte, contribuer à y donner lieu.

Tels sont, mon cher ami, les motifs qui m'empêchent de poursuivre cette discussion avec vous. Vous les trouverez satisfaisans, je l'espère. J'ai cru devoir vous les exposer, afin que vous n'attribuassiez point le silence absolu que j'aurais gardé sans cela, soit à une affectation de dédain, soit à la honte d'une défaite. Je n'ai ni le sot orgueil de dédaigner mes adversaires, ni assez d'humilité pour me reconnaître battu en cette circonstance. Mais je suis bien décidé dès ce moment à ne répondre, que si vous me donnez une nouvelle occasion de rectifier des citations inexactes ou des interprétations erronées.

Un dernier mot, cher ami, avant de nous quitter. Je veux vous apprendre une nouvelle qui vous comblera de joie. Je prépare en ce moment une dernière lettre sur le choléra, qui ne contiendra que des hypothèses. Quelle bonne fortune ce sera pour vous! Comme vous allez braquer tous vos canons, pour parler votre langage militaire, et tirer à boulets rouges sur moi. J'en suis tout apeuré d'avance. Ménagez-moi, je vous en prie. Traitez-moi en ami, comme toujours, j'essayerai de vous le rendre au centuple.

Je vous dénonce, en terminant, quelques insolens confrères, qui m'avaient conseillé de ne pas vous répondre, sous le prétexte, impertinent au suprême degré pour vous et pour moi, que vos écrits plaidaient beaucoup plus puissamment ma cause que les miens. Je ne les ai pas écoutés. Quand une tâche est grande et difficile, on n'est jamais trop d'ouvriers de bonne volonté pour l'accomplir.

Tout à vous; votre ami quand même,

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie impériale de médecine.

26 Février 1855.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 Décembre 1854. — Présidence de M. Bricheteau.

Sommaire. — Observation de pneumo-thorax de nature tuberculeuse; guérison; lue par M. Legendre. — Mémoire sur l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfans en bas-âge, par M. Hervieux.

M. Legendre lit l'observation suivante : *Pneumo-thorax du côté gauche, provenant d'une perforation pulmonaire de nature tuberculeuse; cicatrisation de la perforation; guérison du pneumo-thorax.* (Voir l'Union Médicale du 24 février 1855.)

M. Woillez regrette que M. Legendre, ayant cité les deux faits de guérison consignés dans la thèse de M. Saussier, n'ait pas parlé des six faits qu'il a rapportés dans un mémoire lu à cette Société, et d'un, entre autres, recueilli à l'Hôtel-Dieu, et présentant la plus grande analogie avec celui qui vient d'être communiqué.

— M. Hervieux lit un travail *sur l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfans en bas-âge.*

L'auteur a réuni 161 observations relatives à des sujets âgés d'un jour à trois ans, chez lesquels il a constaté, à l'autopsie, une altération plus ou moins avancée des plaques de Peyer et des follicules isolés. Pour rendre plus saisissables les caractères de la maladie chez les nouveau-nés et les enfans à la mamelle, ces 161 observations ont été divisées en trois catégories. La première comprend les enfans âgés d'un jour à un mois; la seconde les enfans d'un mois à un an; la troisième les enfans d'un an à trois ans. Ces catégories répondent à des différences très tranchées dans les phénomènes soit cadavériques, soit symptomatiques, suivant qu'on considère ces derniers à telle ou telle des périodes signalées.

Dans le premier mémoire, il est traité seulement de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfans âgés d'un jour à un mois. Ce travail a pour base 74 observations.

Lésions cadavériques. — Chez les nouveau-nés, comme chez les adultes, les plaques de Peyer occupent ordinairement le bord convexe de l'intestin et se rencontrent surtout vers la fin de l'intestin grêle et au voisinage du cœcum.

On n'en compte le plus communément que 4 à 6, 6 à 8, dans quelques cas 12 à 15, et par exception 20 à 30.

Leur coloration, toujours très variée peut être ramenée à trois types principaux, ce qui permet de distinguer trois sortes de plaques: les plaques grises, les plaques rouges et les plaques jaunes.

Leur volume est peu considérable, leur étendue dépasse rarement deux centimètres. Elles affectent la forme ovalaire; parfois cependant elles ressemblent à de petits îlots circulaires, on n'observe jamais l'état gaufré ou réticulé.

Presque toujours molles, spongieuses, elles ont en certains cas une dureté squirrheuse.

Elles s'ulcèrent rarement.

Les plaques rouges semblent n'être que le résultat de la transformation des plaques grises en plaques rouges.

Les follicules isolés se présentent sous deux formes distinctes : la forme granulée ou psorentérique et la forme criblée.

Dans la première forme, l'éruption est constituée par une multitude de petites granulations miliaires, blanchâtres, pleines, saillantes, sans orifice visible à l'œil nu ou à la loupe.

Dans la seconde, la muqueuse intestinale offre l'aspect d'une surface terne criblée de petits points ardoisés ou bleuâtres. Chacun de ces points correspond à un petit corpuscule arrondi, grisâtre, percé d'un orifice visible à l'œil nu, dont les bords sont ardoisés et le centre marqué d'un point noir.

Les modifications anatomiques des ganglions sont une tuméfaction plus ou moins prononcée, une coloration rosée tirant parfois sur le rouge et même sur le violet, une légère diminution de leur consistance.

On voit dans quelques cas, rares il est vrai, le pourtour des plaques et des follicules circonscrit par une auréole rouge finement arborisée, laquelle est évdemment liée au travail inflammatoire des plexus folliculeux.

Les lésions concomitantes les plus fréquentes de l'intestin sont un état congestionnel plus ou moins marqué de la muqueuse, quelquefois une pâleur profonde, le ramollissement de la tunique interne, des extravasations sanguines sous la muqueuse ou à la surface libre de l'intestin, enfin des ulcérations, et, dans quelques cas exceptionnels, des plaques de muguet.

La séreuse péritonéale contient parfois une certaine quantité de sérosité limpide jaunâtre ou sanguinolente; par exception, on y rencontre les lésions de la péritonite franche.

Le foie peut être congestionné ou exsangue, ramolli, augmenté considérablement de volume, passé à l'état gras, jamais atrophié.

La rate, presque toujours tuméfiée, gorgée de sang et volumineuse, perd rarement de sa consistance.

Les reins sont tantôt hypérémiés, tantôt anémiques, parfois ramollis.

Les poumons présentent, dans les trois quarts des cas, les lésions de la pneumonie à des degrés divers, quelquefois celles de l'emphysème interlobaire ou de l'hémorrhagie interstitielle.

La plèvre, rarement lésée, contient dans quelques cas de la sérosité limpide, jaunâtre ou sanguinolente, par exception du pus ou des fausses membranes.

Les lésions cardiaques observées chez un certain nombre de sujets se résument ainsi : épanchemens péricardiques, état congestionnel du cœur et de l'orifice des gros vaisseaux, concrétions sanguines dans les cavités de l'organe, persistance du trou de Botal et du canal artériel.

Quant à l'encéphale, on y observe parfois un état d'injection plus ou moins prononcé, ou bien une pâleur profonde des deux substances, le ramollissement de celles-ci, des épanchemens séreux ou sanguins dans l'arachnoïde, quelquefois même des hémorrhagies cérébrales interstitielles.

Symptômes. — La diarrhée est un phénomène à peu près constant.

La constipation, quand elle existe, alterne le plus souvent avec la diarrhée. Presque toujours il y a du météorisme abdominal.

Le gargouillement est général, rarement localisé.

On observe des vomissemens dans un cinquième des cas.

La langue, ordinairement blanche et humide, est quelquefois rouge et sèche. Dans ce dernier cas, elle se recouvre bientôt de muguet, ainsi que la muqueuse buccale. Jamais, chez les nouveau-nés atteints de la maladie en question, on n'observe l'état fuligineux des lèvres et des dents. Mais la bouche peut être frappée de gangrène.

Fièvre intense au début qui va croissant jusqu'à la mort mais qui, dans nombre de cas, fait place aux symptômes de l'algidité progressive.

Du côté de l'appareil respiratoire, râles divers symptomatiques de la pneumonie secondaire.

Point de convulsions cloniques, mais, dans quelques cas, du strabisme, de la dilatation des pupilles, de l'agitation et de la contracture des extrémités.

A ces symptômes, il faut ajouter l'érythème des fesses et de la partie interne des cuisses, assez souvent l'érysipèle, l'ictère, des ulcérations péri-malléolaires, plus rarement le purpura, le pemphigus, la cyanose et les abcès multiples.

Enfin, chez un certain nombre de sujets, les apparences de la décrépitude infantile.

Le pronostic est grave, mais cette gravité n'implique pas, comme on pourrait le croire, l'incurabilité de l'affection.

Etiologie. — Les causes les plus incontestables de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés sont : le manque de soin et surtout une alimentation insuffisante ou vicieuse et, dans les établissemens d'enfans-trouvés, le fâcheux ensemble des conditions hygiéniques au milieu desquelles se trouvent les nouveau-nés.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'emploi de deux ordres de moyens : moyens hygiéniques, moyens thérapeutiques proprement dits.

Moyens hygiéniques : Substituer, s'il y a lieu, l'allaitement naturel à l'allaitement artificiel; soustraire l'enfant aux dangers de la position horizontale prolongée; procurer au petit malade une chaleur douce et toujours la même, d'une part en l'enveloppant de langes secs, préalablement chauffés et suffisamment épais; d'une autre part, en le tenant le plus longtemps possible entre les bras au contact étroit de la personne qui le soigne.

Moyens thérapeutiques contre le météorisme et la diarrhée : Quelques coups de scarificateur sur le ventre, suivis d'applications émollientes, une ou deux sangsues à l'anus au début, purgatifs doux, douches intestinales à l'eau tiède, puis lavemens astringens. A l'intérieur, décoction blanche et sous-nitrate de bismuth. Continuer dans tous les cas l'allaitement par le sein d'une bonne nourrice. C'est la meilleure tisane.

Contre les vomissemens, scarifications ou vésicatoires volans à l'épigastre.

Pour modifier la peau, entretenir la moiteur et la souplesse, diminuer le météorisme, prévenir la sécheresse de la langue et combattre l'érythème anal, grands bains tièdes de quinze à vingt minutes.

Contre le muguet, collutoire boracique et mieux, cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

Contre la pneumonie, ventouses scarifiées au niveau des points malades, etc.

Conclusions.

1° Il existe chez les nouveau-nés une affection anatomiquement caractérisée par l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés.

2° Les plaques de Peyer, normalement développées, ont pour caractères principaux :

a. D'être peu nombreuses. On en compte six à huit, douze à quinze, rarement davantage.

b. D'occuper le bord convexe de l'intestin, et particulièrement la fin de l'iléon et le cœcum.

c. De présenter des colorations très variées qu'on peut ramener à trois types distincts : plaques grises, plaques rouges et plaques jaunes.

d. D'apparaître sous la forme de petits îlots ovalaires ou circulaires, sans être jamais gauffrées ou réticulées.

e. D'être presque toujours molles, spongieuses, faciles à diviser, rarement dures et comme lardacées.

f. De s'ulcérer rarement.

3° Les follicules isolés hypertrophiés peuvent revêtir deux formes très distinctes : la forme granulée ou psorentérique et la forme criblée.

4° Les ganglions mésentériques n'offrent d'autres altérations qu'une légère augmentation de volume, un état d'injection plus ou moins prononcé et une faible diminution de leur consistance.

5° Parmi les lésions intestinales concomitantes, il faut signaler : l'injection à des degrés divers, l'anémie, le ramollissement partiel ou général, parfois des ulcérations, l'existence de divers produits morbides, caillots sanguins, pus, muguet, etc.

6° On peut rencontrer dans la séreuse péritonéale des produits variés, tels que sérosité, sang, pus et fausses membranes.

7° Du côté des autres viscères abdominaux on observe des modifications très variées et si peu constantes, qu'elles ne nous paraissent pouvoir être rattachées directement à l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés.

8° Au premier rang, parmi les lésions de l'appareil respiratoire, il faut placer celle de la pneumonie à tous les degrés, puis des épanchemens divers dans la plèvre, les uns séreux ou sanguinolens, les autres franchement inflammatoires, puis des foyers apoplectiques pulmonaires, et enfin l'emphysème inter-lobulaire.

9° Les lésions de l'appareil circulatoire sont : des épanchemens séreux ou sanguinolens dans le péricarde, un état de congestion plus ou moins prononcé de l'endocarde et de la membrane interne des artères, l'injection des vaisseaux propres du cœur, l'existence de concrétions sanguines dans les cavités droites et gauches, la persistance du trou de Botal et du canal artériel. Toutes ces lésions sont loin d'être constantes.

10° Les modifications de l'organe encéphalique sont : tantôt un état d'injection plus ou moins prononcé, tantôt une pâleur profonde de la masse cérébrale, parfois un ramollissement général des deux substances, des épanchemens séreux ou sanguins dans l'arachnoïde, et par exception, une véritable hémorrhagie cérébrale.

11° Si l'on range par ordre de fréquence les symptômes que fournit l'appareil digestif, on trouve la diarrhée, le météorisme, le muguet, les vomissemens, le gargouillement intra-abdominal, la constipation, les ulcérations de la voûte palatine et la gangrène de la bouche.

12° Les troubles circulatoires consistent dans l'existence d'un appareil fébrile plus ou moins intense, suivi ou non des symptômes de l'algidité progressive.

13° Parmi les troubles de la respiration, je signale l'accélération des mouvemens respiratoires allant jusqu'à la dyspnée dans le cas de fièvre intense, leur ralentissement progressif dans le cas d'algidité progressive, la toux, les râles de la bronchite ou de la pneumonie, des bâillemens fréquens, et dans la période ultime de la maladie, l'écume à la bouche et aux narines, et la respiration diaphragmatique.

14° Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on observe les phénomènes nerveux suivans : agitation extrême, cris hydrencéphaliques, dilatation des pupilles, strabisme et courbature des extrémités.

15° Les modifications pathologiques dont la peau est le siége, rangées par ordre de fréquence, sont les suivantes : 1° érythème, mais surtout érythème anal; 2° sclérème; 3° ictère; 4° érysipèle; 5° ulcérations; 6° purpura; 7° pemphigus; 8° cyanose; 9° abcès multiples.

16° Au nombre des symptômes généraux, il faut placer la décoloration générale de la peau, l'émaciation progressive, l'abattement, et, finalement, les phénomènes qui caractérisent la décrépitude infantile.

17° Presque toutes les maladies que les nouveau-nés sont susceptibles de contracter peuvent compliquer l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés.

18° Aucun des phénomènes symptomatiques signalés n'étant spécial à l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, le diagnostic ne doit être porté qu'avec une extrême réserve.

19° Le pronostic est grave, mais cette gravité n'est pas absolue. Elle dépend surtout des conditions hygiéniques au sein desquelles se trouve le sujet.

20° Sans nier les prédispositions individuelles, nous attribuons dans la production de la maladie la plus grande part à l'influence nosocomiale, à l'allaitement artificiel et à l'oubli des soins qu'exige le nouveau-né.

21° Toute méthode de traitement dans laquelle on ne mettra pas au premier rang les moyens hygiéniques est d'avance et fatalement vouée à l'impuissance.

Le secrétaire, E. Moutard-Martin.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 31. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 15 Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 MARS 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'espoir d'entendre M. Bouillaud a amené, hier, un auditoire considérable à l'Académie de médecine. L'intérêt du sujet en discussion et la réputation du savant orateur, suffisaient pour justifier cet empressement; il faut y ajouter néanmoins un vif sentiment de curiosité sur le parti que l'honorable professeur allait prendre dans ces débats, où l'autorité de son opinion avait été souvent invoquée.

M. Bouillaud a justifié toutes les espérances et a dissipé toutes les incertitudes. Sous une forme très calme et très polie, jamais sa parole n'avait été plus nette et plus pénétrante. Dès les premiers mots de son discours, on a pu pressentir une opposition franche, décidée et complète aux doctrines de l'organo-pathie, telles que M. Piorry les a formulées. C'est de ce discours qu'on peut dire que c'est un événement. En effet, M. Piorry, plusieurs fois, et notamment dans son dernier discours, a soutenu que ses principes ne différaient pas de ceux de l'école de Paris. Or, voici un des plus éminens représentans de cette école qui repousse et qui rejette cette assimilation. N'est-il pas certain que si l'un après l'autre chaque collègue de M. Piorry était mis en demeure de s'expliquer, comme l'a été M. Bouillaud, l'organo-pathie rencontrerait une écrasante unanimité? Ce fait, énoncé par M. Bousquet que l'organo-pathie passe parmi nous isolée et comme étrangère, ne se vérifie-t-il pas de jour en jour?

M. Bouillaud a disposé son discours avec beaucoup d'ordre, de méthode et de logique. Des quatre parties dans lesquelles il l'a divisé, le temps ne lui a permis que d'en traiter trois. L'orateur a réservé pour mardi prochain la question la plus élevée et la plus brûlante d'intérêt actuel, à savoir, l'examen des doctrines vitalistes tel qu'il a été fait par M. Piorry, si vivement attaqué sur ce point par M. Bousquet. Quelques mots, cependant, que nous avons entendus avec une satisfaction qu'on nous permettra de ne pas dissimuler, nous font pressentir et nous donnent l'espérance que nos humbles idées sur l'accord possible et désirable entre la médecine vitaliste et la médecine anatomique, trouveront un puissant appui dans la parole de M. Bouillaud.

L'orateur est entré dans la discussion comme M. Piorry y était entré lui-même, par la variole. C'est à l'occasion de cette maladie que l'organo-pathie a fait une exposition de sa pratique et de ses doctrines, et M. Bouillaud ne lui a fait grâce ni de sa pratique, ni de ses doctrines. C'est ce qui s'appelle, comme nous osions conseiller naguère de le faire, saisir le taureau par les cornes. Après quelques mots très significatifs sur le changement de nom de la variole en celui de *variose*, M. Bouillaud s'est demandé quels élémens nouveaux la doctrine apportait dans la thérapeutique généralement suivie de la variole. Il n'en a pu voir aucun d'essentiel, si ce n'est le conseil érigé en précepte de recourir à la trachéotomie dans les cas d'invasion des voies respiratoires par l'éruption variolique, précepte dont il a fait bonne justice en montrant qu'il ne reposait que sur un cas unique suivi de mort. Donc, pour le traitement de la variole, la doctrine ne conduit à faire que tout ce que le monde fait, si ce n'est sur un point où elle fait ce que personne ne sera tenté de faire.

Voilà une bonne argumentation, et *ad rem*, comme on devrait toujours les faire.

Mais cette doctrine, qui ne conduit à rien de nouveau, à rien de bon et d'utile, au contraire, dans le traitement d'une maladie à l'occasion de laquelle elle a fait son explosion académique, cette doctrine qu'est-elle donc?

On voit quel lien logique enchaîne la discussion de l'orateur.

Ici, savante exposition historique pour démontrer d'abord que l'idée dominante de la doctrine qui consiste à poursuivre l'entité morbide sous le nom plus nouveau et plus correct de l'*unitarisme* des maladies, que cette idée n'est rien moins que neuve, qu'elle se retrouve dans tous les nosographes dichotomistes, que cette idée fut le but de Themisson, de Brown, de Broussais, but malheureux, impossible, car, aux entités, à l'ontologie que ces réformateurs célèbres voulaient atteindre, ils n'ont fait que substituer d'autres entités, une autre ontologie, le *laxum* et le *strictum*, la *sthénie* et l'*asthénie*, l'*irritation*, etc. En très bons termes et par des considérations très élevées, M. Bouillaud a fait voir que cette expression *unité*, qui trompe et qui égare M. Piorry, n'est, dans la nature entière, à part l'hypothèse scientifique du système atomistique, qu'une pure synthèse, que chaque unité n'est qu'une collection de choses, et que cette unité il fallait la chercher non dans l'*unitarisme* des élémens, qui n'existe jamais, mais dans leur harmonie, leur sympathie, leur convergence vers un même but, vers un même résultat. De ces considérations générales, passant à l'application pathologique, M. Bouillaud, avec un grand bonheur de forme et de raison, a montré que l'expression *maladie* était, sans doute, un mot complexe; que, pour personne aujourd'hui, il ne signifiait identité absolue, et que personne, en médecine, ne courait après cette chimère. Mais les maladies présentent des caractères généraux fournis soit par leur nature, soit par leurs causes, soit par leurs phénomènes, soit par leurs altérations organiques, qui permettent de les différencier entre elles, de les nommer, de les classer même.

Et ici l'orateur est conduit à s'expliquer sur l'utilité des classifications, autre bête noire de l'organo-pathie qu'elle croit bien à tort n'avoir jamais été basées que sur la considération des symptômes. On est véritablement affligé de voir qu'un professeur éminent du premier corps enseignant médical d'Europe soit obligé de rappeler à un de ses collègues des notions aussi vulgaires de l'histoire de la science. Ce n'est pas d'ailleurs la première douleur de ce genre que la discussion actuelle a occasionnée, et nous ne sommes que l'écho du sentiment public en disant la peine qui a été généralement ressentie d'entendre un professeur de la Faculté de Paris déclarer publiquement, et faire pour ainsi dire authentiquement constater qu'il n'avait lu la doctrine des élémens morbides de Barthez que tel jour du mois de mars 1855.

A l'occasion des classifications, M. Bouillaud a exposé la sienne; c'était son droit, nous n'avons rien à y redire, et ce n'est pas le moment d'en apprécier la valeur. L'organo-pathie, faisant table rase des maladies, doit faire maison nette des classifications, c'est logique. Mais alors, comment se retrouver dans l'immense et inextricable chaos des états organo-pathiques? C'est la nomenclature, dit la doctrine, qui sera le fil conducteur.

M. Bouillaud a été impitoyable envers la nomenclature. Il n'en accepte ni le principe, ni l'application. Le principe est erroné et conduit à l'absurde. L'application est bizarre, pour ne rien dire de plus. Il n'y a pas même dans tout cela le mérite de l'invention, et la nomenclature proposée par Alibert, en 1810, présente des liens très étroits de parenté avec celle de M. Piorry. M. Bouillaud prononce avec difficulté un certain nombre de mots de la nomenclature nouvelle, et l'auditoire ne résiste pas à l'effet que produit inévitablement cette exhibition euphonique. M. Piorry se fâche et réclame contre M. Bouillaud, qui lui fait une réponse accablante; et la séance est levée au milieu d'une vive émotion.

La doctrine organo-pathique a voulu être discutée, elle l'est; il faut qu'elle le soit encore à fond. Après M. Bouillaud, qui terminera mardi prochain, un honorable et savant correspondant de l'Academie, M. le docteur Parchappe, doit prendre la parole, et de ce confrère distingué on ne peut attendre qu'une discussion sérieuse et élevée. Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — Service de M. MONOD.

Sommaire. — Grossesse extra-utérine datant de trois ans et demi. — Fœtus à terme. — Ouverture spontanée de la poche fœtale dans l'*S* iliaque. — Extraction du squelette du fœtus à travers les parois abdominales. — Communication de la poche fœtale avec la cavité utérine au moyen de la trompe hypertrophiée.

Mme R..., âgée de 32 ans, taille moyenne, conformation parfaite; constitution vigoureuse, tempérament nervoso-sanguin.

Entrée à la Maison de santé le 6 janvier 1855.

Parfaitement réglée depuis l'âge de 16 ans, cette dame a toujours joui d'une santé excellente; enceinte pour la première fois il y a six ans, elle eut une heureuse grossesse; l'accouchement fut facile et prompt; les suites de couches normales; les menstrues se rétablirent naturellement.

Au commencement du mois d'août 1851, Mme R... présuma, d'après diverses sensations perçues par elle, et identiques à celles qu'elle avait éprouvées lors de sa première conception, qu'elle était de nouveau enceinte. Aucune secousse physique ou morale ne vint troubler notre malade; la grossesse marcha régulièrement pendant les deux premiers mois, les seins se gonflèrent, la santé générale fut à peine altérée par de légers dérangemens des fonctions digestives. Une seule chose surprit Mme R...; les menstrues continuèrent à se montrer comme dans l'état de vacuité.

Dans le milieu du mois d'octobre 1851, Mme R... fut subitement prise d'une violente douleur dans la fosse iliaque et le flanc du côté droit, douleur s'irradiant vers l'hypogastre; une péritonite fut diagnostiquée, et énergiquement traitée par les antiphlogistiques et les mercuriaux. Au bout de quatre semaines, la convalescence s'établit, troublée cependant pas de fréquentes douleurs dans la fosse iliaque droite, par des épreintes et d'incessantes envies d'uriner.

Les mouvemens du fœtus furent fort douloureux pendant les mois de février et mars 1852. Le ventre acquit le même développement que lors de la première grossesse.

Mme R... atteignit ainsi l'époque qu'elle avait fixée pour son accouchement. Le 8 avril 1852, après deux ou trois jours d'un calme relatif, elle fut prise de douleurs aux lombes et à l'hypogastre, analogues à celles qu'elle avait éprouvées à ses premières couches; ces douleurs se renouvelaient toutes les 15 où 20 minutes.

Une sage-femme déclara sentir la tête du fœtus, mais au bout de six heures, le travail ne faisant aucun progrès et des glaires mêlées à des caillots sanguins étant seules expulsées, deux médecins furent appelés: ils constatèrent, par le toucher vaginal, que la matrice était en antéversion complète; le col dur, à peine entr'ouvert, était, en arrière et en haut, le fond sur le pubis; le corps avait été pris par la sage-femme pour la tête de l'enfant. La grossesse fut niée.

Cependant les douleurs augmentèrent, se rapprochèrent de plus en plus, puis le fœtus, qui, jusqu'alors, avait bondi, suivant l'expression de la malade, donna une violente et dernière secousse; les douleurs expulsives se calmèrent alors peu à peu.

Le lendemain, 9 avril, la fièvre survint accompagnée d'agitation, de délire, de sensibilité extrême de l'abdomen et de vomissemens verdâtres.

M. le docteur Lepère fut appelé et combattit ces accidens par les antiphlogistiques locaux et les opiacés en lavemens et en potions. Le 10 avril, la sensibilité de l'abdomen étant moindre, on put procéder à l'examen de la malade :

Par le toucher vaginal on constata que la matrice, en antéversion complète, conservait encore un peu de mobilité, quoiqu'elle eût considérablement augmenté de volume; par le toucher rectal on retrouva le col de l'utérus et au-dessus de lui une tumeur dure, volumineuse, douloureuse à la pression; le palper abdominal permit de reconnaître aussi une tumeur s'étendant d'une fosse iliaque à l'autre, occupant l'hypogastre et s'élevant jusqu'à l'ombilic. Une grossesse extra-utérine fut diagnostiquée. Trois semaines après, la malade put reprendre son genre de vie ordinaire.

Durant deux ans, l'état de Mme R... fut satisfaisant, le ventre parut même diminuer de volume. Mais au commencement du mois de septembre 1854, l'abdomen redevint douloureux, augmenta rapidement de volume, les fonctions digestives s'altérèrent, des vomissemens incessans affaiblirent la malade. M. le docteur Lepère, son médecin, se décida à pratiquer une ponction à 10 centimètres à droite et au-dessous de l'ombilic (25 septembre 1854) : le trocart éprouva une grande résistance à la profondeur de 2 centimètres, et la canule donna issue à un litre et demi d'un liquide inodore semblable à de la purée de pois liquide, mêlé de matière cérébrale et à une grande quantité de cheveux. A la suite de la ponction les vomissemens cessèrent pour reparaître huit jours après, l'abdomen augmentant de nouveau de volume.

Le 9 octobre, nouvelle ponction, mais du côté gauche, au même niveau que la précédente; issue de deux litres d'un liquide purulent, entraînant avec lui des cheveux en assez grand nombre. Ventre sensible pendant vingt-quatre heures.

17 octobre 1854, ponction du côté droit; issue d'un demi-litre de pus plus lié, légèrement odorant.

31 octobre, ponction à gauche : issue d'un litre de pus plus odorant encore.

Le 14 et le 23 novembre, nouvelles ponctions à gauche; issue, chaque fois, d'un litre et demi de pus roussâtre de plus en plus infect. Dans le courant de décembre, le ventre devient plus douloureux, les vomissemens sont continus; le pouls est petit, fréquent; sueurs abondantes; diarrhée fétide.

Le 13 décembre, ponction à droite; issue de quatre litres environ d'un liquide roussâtre mal lié, infect.

Le 23, nouvelle ponction suivie d'une injection iodée. La sensibilité du ventre n'augmente pas.

Le pouls reste petit, fréquent, 120 pulsations; frissons légers le soir; sueurs abondantes pendant la nuit; anorexie, vomissemens. Quelques bouillons seuls sont supportés; soif vive, diarrhée fétide.

Enfin, le 6 janvier 1855, Mme R... se décide à entrer à la Maison de santé.

La face est pâle, jaune terreuse; les yeux excavés; émaciation complète; peau chaude; pouls petit, fréquent, à 100 pulsations.

Abdomen développé, tendu, ballonné; sonorité tympanique de l'hypogastre jusqu'à l'ombilic; matité légère dans les flancs; fluctuation faiblement perceptible. En déprimant les parois abdominales, on perçoit profondément une sensation de crépitation.

Par le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus, peu mobile, augmenté de volume, est en antéversion; le col, que l'on atteint difficilement, est à peine entr'ouvert; l'extrémité du doigt ne s'y engage pas.

Le toucher rectal est douloureux; l'orifice de l'anus est rouge, excorié: le doigt a peine à vaincre la résistance du sphincter. On retrouve le col de l'utérus, et au-dessus de lui une tumeur dure, mobile, donnant au doigt une sensation manifeste de crépitation et de fluctuation. Aussi haut qu'on peut arriver, on ne trouve aucun orifice de communication.

Diarrhée roussâtre, excessivement fétide, mêlée de pseudo-membranes et de flocons albumineux. Epreintes; ténésme.

Prescription : Onctions belladonées; teinture d'arnica; lavemens laudanisés.

Du 7 au 13 janvier, même état. Abdomen douloureux, coliques vives, vomissemens; accidens fébriles continus, pouls à 120, avec redoublement le soir. Faiblesse extrême; intelligence intacte; insomnie; voix éteinte; haleine fétide.

M. Demarquay, suppléant M. Monod, se décide à pratiquer une ponction à 10 centimètres à gauche et au-dessous de l'ombilic; à peine le trocart fut-il retiré de la canule que des gaz abondans, d'une fétidité remarquable, se dégagèrent au dehors; des pressions modérées exercées sur l'abdomen amenèrent l'issue, par la canule, d'un litre et demi d'un liquide infect, roussâtre, mal lié; une sonde élastique fut substituée à la canule, et une injection chlorurée poussée dans le kyste, sortit en partie par l'anus.

Le relâchement du ventre permit de percevoir aisément par le palper hypogastrique la crépitation que nous avions déjà sentie par le toucher rectal.

La sonde fut laissée à demeure.

Le 14 janvier, même état. M. Demarquay fait appliquer, le matin, au niveau de la dernière ponction, une couche de pâte de Vienne, large de 3 centimètres, épaisse de 5 millimètres; le soir, j'incisai crucialement l'escarre et appliquai une nouvelle couche de pâte de Vienne, qui, comme le matin, fut enlevée au bout d'un quart d'heure.

Le 15 janvier. Prostration complète; pouls faible, d'une fréquence extrême. Peau froide.

M. Demarquay incise la dernière escarre et arrive directement dans le kyste, d'où il extrait à peu près tous les os longs et plats du squelette du fœtus à l'aide de pinces à anneaux. Quelques côtes et l'os coxal gauche n'ont pas été retrouvés. Tous les os, à l'exception de ceux de la face et de la base du crâne, étaient isolés et dénudés.

La malade n'a presque pas paru s'apercevoir des manœuvres du chirurgien.

La mort arrive sans agonie dans le courant de la journée.

Autopsie faite trente heures après la mort, le 17 janvier.

Cerveau, poumons et foie sains, ne présentant aucune trace d'abcès métastatiques.

Intestins grêles refoulés en haut et en arrière, adhérens entre eux par des fausses membranes d'ancienne formation.

Vers les flancs et dans l'excavation pelvienne, on trouve quelques cuillerées d'un liquide séreux lactescent.

L'utérus, en antéversion, est libre d'adhérences, sauf à sa face postérieure qui est lâchement unie au kyste dont nous allons parler.

Le corps de l'utérus est hypertrophié, surtout dans sa moitié droite, de sorte qu'une ligne, passant par l'axe du col, partage le corps en deux parties inégales, dont la droite est la plus considérable. La longueur de l'utérus est de 10 centimètres 1/2; le diamètre transverse, d'une trompe à l'autre, est de 7 centimètres; l'épaisseur au niveau des trompes est de près de 4 centimètres 1/2, et de 2 centimètres au col. Le tissu est blanchâtre, ferme, et crie sous le scalpel.

La cavité utérine est libre, lisse, blanchâtre, et participe à l'insymétrie générale de l'organe. En effet, la corne du côté droit est plus considérable que celle du côté gauche. Les orifices des trompes sont libres.

Dans la cavité du col on trouve une masse gélatineuse un peu rosée qui bouche complètement l'orifice vaginal.

La trompe, l'ovaire et le ligament rond du côté gauche sont sains et normaux.

La trompe du côté droit est hypertrophiée comme tout le segment correspondant de l'utérus; mesurée depuis son insertion à l'utérus jusqu'à son pavillon, elle a 18 centimètres de longueur; son diamètre est proportionnellement augmenté; sa structure fibreuse est très apparente. Les franges du pavillon sont aussi hypertrophiées et s'irradient, en divergeant, sur les parois d'une vaste poche indépendante du péritoine. Enfin, une bougie de petit diamètre introduite par l'orifice utérin de la trompe arrive, sans avoir la moindre résistance à vaincre, dans la poche dont nous avons parlé. La cavité de la trompe est donc parfaitement libre.

Le kyste fœtal, recouvert comme nous l'avons dit, par les franges de la trompe adhère en avant, en bas et à droite au ligament large, dont il est pourtant possible de le séparer, adhère lâchement à la face postérieure de l'utérus, intimement en haut au grand épiploon, dont on ne peut le détacher; il est uni aux parois abdominales à gauche, au-dessous de l'ombilic, par des adhérences récentes, qui limitent exactement l'escarre formée par la pâte de Vienne.

Sur les côtés, le kyste adhère lâchement au péritoine des fosses iliaques, à gauche à l'*S* iliaque, à droite au cœcum. En arrière, il répond aux dernières vertèbres lombaires, à l'angle sacro-vertébral, au rectum; à gauche et en arrière, il est intimement uni à la fin de l'*S* iliaque. Le cul-de-sac recto-vaginal est conservé.

Le kyste, incisé, nous a présenté deux orifices; l'un pathologique, ayant 1 centimètre 1/2 environ de diamètre, irrégulier, fait communiquer la poche fœtale avec la fin de l'*S* iliaque; l'autre, organique, est l'orifice externe de la trompe droite, qui se présente sous la même apparence que l'orifice de l'uretère à la face interne de la vessie.

Les parois du kyste sont formées de deux membranes, l'une externe, mince, séreuse; l'autre, épaisse, adhérente par sa face externe à la précédente, libre par sa face interne, qui est irrégulière et qui rappelle, par son apparence, le tissu réticulaire des auricules du cœur. Cette membrane, examinée au microscope par M. Ch. Robin, lui a paru de nature fibreuse; cependant, cet habile micrographe pense qu'il est possible que des fibres musculaires de la vie organique aient existé et aient été rendues méconnaissables par une longue immersion dans l'alcool.

L'ovaire droit a été retrouvé étalé et atrophié entre les parois de la poche fœtale et le ligament large droit.

L'intérieur du kyste ne renferme que des os courts et des débris pseudo-membraneux. On ne trouve nulle part trace du placenta.

Tous les os extraits de la poche fœtale, soit pendant la vie, soit après la mort, appartiennent à un fœtus à terme.

Réflexions. — Cette observation nous paraît remarquable à plusieurs égards.

1° Par la persistance des menstrues durant toute la durée de la grossesse extra-utérine, fait qui, quoique déjà observé, est cependant exceptionnel.

2° Par la communication de la poche fœtale avec la cavité utérine, au moyen de la trompe hypertrophiée et perméable dans toute son étendue.

3° Parce qu'elle établit la possibilité d'extraire, pendant la vie, les débris du fœtus sans épanchement immédiat dans le péritoine.

N'est-il pas permis de penser que si Mme R... eût été soumise, il y a trois mois, avant que les accidens d'infection putride se fussent développés, à l'opération pratiquée sur elle dans les derniers jours de sa vie, on eût pu avoir quelque chance de réussir dans l'extraction du fœtus et d'amener plus tard, par des injections iodées, une guérison définitive?

Alf. Binet,
Interne des hôpitaux.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DU CHOLÉRA CUTANÉ OU SUDORAL (1);

Par le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon,
Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

2° En poursuivant l'étude du diagnostic différentiel, nous dirons que les fièvres intermittentes ont, avec le choléra cutané, une ressemblance si évidente que je ne chercherai pas à la faire ressortir autrement que par ce que j'ai déjà dit des symptômes et de la marche de l'affection dont je traite. Mais tout le monde conviendra, je pense, que cette ressemblance est bien de l'analogie mais nullement de l'identité. La cause jusqu'ici inconnue du choléra qui produit aussi la forme cutanée n'est-elle pas toute autre que celle des fièvres intermittentes qui réside dans les émanations paludéennes? Les accès de choléra cutané qu'une nouvelle épidémie ravive et que le sulfate de quinine ne parvient pas à guérir ne diffèrent-ils pas essentiellement par leur nature des accès paludéens que l'épidémie cholérique fait cesser, plutôt qu'elle ne les accroît, et dont triomphe le plus souvent le sulfate de quinine?

Mais après avoir signalé ces différences capitales, hâtons-nous de déclarer qu'un fond commun lie ces trois affections, suette, choléra, fièvres intermittentes, dont la causalité comme celle de tous les grands fléaux ne diffère probablement que par des nuances insensibles, mais caractéristiques qu'il sera peut-être donné un jour à la science de découvrir.

La courbature, l'hystérie, l'hypochondrie présentent aussi quelques-uns des étranges phénomènes du choléra cutané; mais, pour cela, quel médecin serait tenté de les confondre? C'est par l'ensemble des caractères séméiotiques d'une maladie que le clinicien la distingue plutôt que par l'analyse comparative de chacun de ses symptômes, vérité de premier ordre qu'il faut se garder d'oublier, parce qu'elle domine encore le diagnostic différentiel que nous venons d'établir du choléra cutané avec la suette et les fièvres d'accès.

Jusqu'ici j'ai cherché à établir que, dans les deux dernières épidémies de choléra qui ont sévi à Toulon, il nous avait été donné d'observer une forme nouvelle encore peu connue, et qui, dans la science, n'a pas acquis droit de cité. Cependant, il est indubitable que cette forme a existé en France dans d'autres localités, et que des médecins ont, sous le nom de *suette cholérique*, décrit ce qui appartient au choléra cutané, surtout quand ils n'ont attaché à ces mots d'autre signification que celle de *sueur cholérique*. On sent aisément que cette appellation a, au moins, l'inconvénient de jeter de la confusion dans les idées, et qu'il est convenable d'y renoncer et de donner un nom nouveau à une forme nouvelle de maladie. D'ailleurs, nous pensons que, dans une description générale du choléra cutané, on pourra s'étayer de quelques travaux publiés sur la suette cholérique, en tant que n'impliquant pas l'idée de l'affection miliaire.

Je viens d'exposer ce que l'observation des deux derniers choléras de Toulon m'avait appris et les appréciations qu'elle m'avait suggérées. On me permettra maintenant de relier à mon travail des faits importans puisés à une autre source.

Si je ne me trompe, le choléra cutané a régné dans la mer Noire en 1854, à bord de nos vaisseaux, et quelquefois avec une violence inconnue jusqu'ici. On pourra en juger par les documens que j'extrais des rapports de chirurgiens-majors de notre flotte, documens d'autant plus précieux, qu'ils complètent l'histoire du choléra cutané en nous renseignant sur la période la plus grave qui nous était complétement inconnue, et qu'ils signalent d'importantes différences.

M. Ollivier, chirurgien-major du *Charlemagne*, en parlant des formes du choléra qu'il a observées à bord de son vaisseau, en signale une qui a certainement des traits de ressemblance avec le choléra cutané. Voici comment il s'exprime dans son rapport adressé à M. le docteur Reynaud, directeur du service de santé de la marine, à Toulon :

« Sentiment de faiblesse avec sensation de froid; pouls lent; sueurs partielles et froides à la tête, au cou et au creux des mains; symptômes d'embarras gastrique chez quelques-uns; selles rares ou nulles. Comme il fallait donner un nom dans nos tableaux mensuels à ce groupe de symptômes, il y est désigné sous celui de *courbatures caractéristiques*. Nombre de cas : 47.

» Les malades arrivent au poste dans un état d'accablement considérable. Aucun organe ne paraît souffrir chez eux; on dirait seulement qu'un principe septique, absorbé par les voies pulmonaires, enchaîne la marche régulière de toutes les fonctions.

» L'appétit est supprimé et la langue reste large, humide; rarement elle est saburrale. Il y a de la soif, des éructations et des vomituritions; et cependant l'estomac et l'intestin sont indolores; les selles sont à l'état normal, le plus souvent du moins.

» Le malade n'accuse qu'un malaise général, et pourtant la face porte l'empreinte de la souffrance; des frissons prolongés parcourent la peau; les mouvemens sont enchaînés, et la moindre contraction musculaire provoque une sueur froide au front, au cou et au creux des mains.

» Le rétablissement enfin se fait longtemps attendre, et la guérison complète ne s'obtient que sous l'influence d'un régime et d'un traitement toniques généralement précédés de l'administration d'un vomitif, d'un purgatif et d'un éméto-cathartique

» Cette réunion de symptômes peut-elle raisonnablement être considérée comme un degré de la maladie?

» Il y a une distance si marquée entre cet état et les indispositions analogues qui s'en rapprochent le plus dans les circonstances ordinaires, l'époque où il a été observé est si exceptionnelle, que je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Il en est de lui comme de ce qui s'observe dans toutes les épidémies. Chez beaucoup de sujets, le principe morbifique rencontre une résistance si vigoureuse, que la série ordinaire de ses manifestations en est nécessairement troublée. Une substance toxique, en effet, n'agit pas toujours de la même manière à doses égales sur tous les individus. La différence des doses n'entraîne-t-elle pas d'ailleurs une symptomatologie différente, et ne serait-ce pas ici le cas? Voit-on, au reste, en temps ordinaire, de simples courbatures apporter un ébranlement aussi profond dans l'économie, au point que les convalescences sont généralement plus longues que pour les cas de choléra confirmé, comme si cette économie se ressentait davantage de la résistance qu'elle a opposée au principe morbifique? »

Dans un rapport à M. le vice-amiral Bruat, à la date du 19 août 1854, M. le docteur Beau, chirurgien-major du vaisseau le *Montebello*, s'exprime comme il suit :

« *Symptomatologie et formes de l'épidémie considérée en général*. — Le choléra que nous venons d'observer sur le *Montebello*, s'est fait remarquer par les circonstances suivantes :

» 1° L'extrême rapidité avec laquelle il a décimé un équipage : en trois jours nos pertes s'élevaient déjà à 116 morts et nous avions plus de 300 malades. Je ne pense pas qu'aucune autre épidémie ait jamais exercé en un temps aussi court des ravages pareils sur un centre de population de onze cents hommes.

» 2° La cessation de la maladie qui n'a pas été moins rapide que son invasion. Dès le 16 août, nul cas nouveau ne s'est présenté et nous pouvons espérer que tout est complétement fini aujourd'hui. Cette terminaison, survenue en un temps si court (sept jours), peut être attribuée, soit à la promptitude même du désastre, soit aux mesures hygiéniques si sages qui ont été ordonnées dès le début et que nous relaterons bientôt.

» 3° Rareté des symptômes prodromiques. Le plus souvent pas de diarrhée prémonitoire.

» 4° Notons enfin l'extrême gravité des cas. Nous croyons pouvoir annoncer, en effet, que cette épidémie est certainement une des plus terribles qui aient jamais été observées. Presque tous nos malades se sont présentés avec tous les signes du choléra asphyxique, parvenu au degré le plus avancé. Sur 421 malades, c'est tout au plus si nous avons pu compter 60 cholérines.

» 361 offraient tous les symptômes les plus tranchés du choléra algide : cyanose, froid glacial des extrémités et de la langue; sueurs froides s'écoulant par toute la surface cutanée

(1) Voir les numéros des 6, 8 et 10 Mars.

en assez grande quantité pour traverser en quelques instans les linges des malades et macérer leur épiderme; absence du pouls radial; extinction de la voix, amaigrissement rapide, facies cholérique typique; crampes très douloureuses; quelquefois suppression des urines. Les vomissemens et la diarrhée caractéristiques ont seuls manqué assez souvent et c'est là encore une des nuances particulières à notre épidémie. L'abondante diaphorèse que nous avons signalée, a, d'ailleurs, semblé remplacer l'hypersécrétion intestinale habituelle. »

Quand on réfléchit au passage que nous venons de transcrire et qu'on lit attentivement le rapport de M. le docteur Beau, écrit à la hâte, et, comme il le dit lui-même, *sous la tente, au milieu de 200 malades et pour ainsi dire sur le champ de bataille*, il est impossible de ne pas être frappé de la différence marquée du choléra qui a fait tant de victimes sur le vaisseau le *Montebello* et de celui qui a généralement sévi en France, ainsi que des rapports généraux qui existent entre l'épidémie de ce vaisseau et le choléra cutané. A bord du *Montebello*, comme à Toulon, l'invasion a été brusque, sans phénomènes prémonitoires; la diarrhée, les vomissemens ont été très rares et le peu d'importance des troubles digestifs a contrasté avec l'abondance excessive des sueurs. Les phénomènes nerveux, omis en partie dans la symptomatologie mais nettement indiqués dans le corps du rapport, sont empreints du cachet névropathique et caractérisés par une débilité profonde. Or, ne sont-ce pas là les traits les plus saillans du choléra cutané que nous avons décrit? Seulement, cette forme cholérique s'est montrée dans la mer Noire au maximum de gravité; sous ce rapport, elle complète l'histoire du choléra cutané restée inachevée par la seule observation de ce qui s'est passé dans notre ville. Il faut ici bien remarquer que, tandisque dans l'épidémie de Toulon, la forme intestinale était la règle et la forme cutanée l'exception, dans l'épidémie du vaisseau le *Montebello* le contraire a eu lieu, la forme cutanée était la règle et l'intestinale, l'exception. Cette opposition remarquable est en rapport avec une mortalité très grande dans le premier cas, nulle dans le second. Signalons ici une grande différence qui a existé entre le degré moyen du choléra cutané à Toulon et son degré extrême à bord du *Montebello*, c'est-à-dire l'absence des accès intermittens dans ce dernier. N'est-il pas rationnel de trouver l'explication de cette différence et de quelques autres dans les modifications que le *génie épidémique* imprime aux phénomènes dans chaque localité et à chaque retour du fléau? Ou bien dans le degré et la rapidité de l'intoxication qui, dans les cas les plus graves et les plus prompts, s'épuiserait dans un seul accès qui tuerait le malade ou lui permettrait de se rétablir, tandis que, dans les cas moins graves et plus lents, elle ne s'épuiserait qu'insensiblement dans des accès successifs? L'expérience nous a appris que les maladies soudaines, les nerveuses surtout, sont plus rapidement que les lentes suivies du retour à la santé; que chez les animaux soumis à l'intoxication rapide du chloroforme à dose élevée, le retour vers l'intégrité fonctionnelle se fait avec une brusquerie, une sorte d'instantanéité en rapport avec le degré et la promptitude de l'intoxication, tandis que, lorsque l'intoxication a été moindre et prolongée, on ne les voit rentrer qu'avec une lenteur pénible dans la possession de leurs facultés. (Rapport de M. le docteur Ludger Lallemand, UNION MÉDICALE, 1855, p. 49.)

Dans le choléra existerait-il un certain antagonisme entre la forme cutanée et l'intestinale, de telle sorte que lorsque l'une vient à prédominer elle est bien plus terrible que celle qui n'occupe qu'un rang secondaire dans l'épidémie?

Les documens scientifiques manquent pour apprécier comment dans une même épidémie de choléra se rencontrent les trois formes que nous avons admises; comment l'une prédomine aux dépens de l'autre; comment cette prédominance est en rapport avec une plus grande mortalité. Ce sont là des faits d'observation pure qu'il ne nous est encore permis que d'enregistrer.

Ainsi, lorsque, dans une épidémie, la cause inconnue du choléra trouve dans les organismes des résistances suffisantes du côté de la muqueuse intestinale et du côté de la peau, elle produit la forme *spasmodique*, *sèche*, *nerveuse* que M. le docteur Marroin chirurgien principal appelle *tétanique* dans son rapport adressé dans la mer Noire à M. le vice-amiral Hamelin. Quand la résistance vient à manquer du côté du tube digestif se manifeste la forme *intestinale*, car aux phénomènes nerveux qui caractérisent essentiellement le choléra se joignent les nausées, les vomissemens, la diarrhée cholérique. Enfin si c'est du côté de la peau que la résistance fait défaut, alors éclate la forme *cutanée*, puisque aux systèmes nerveux essentiels s'ajoutent d'incoercibles sueurs.

Ces différences capitales imprimant à chaque groupe de phénomènes une physionomie propre, facile à reconnaître méritent de constituer des formes distinctes du fléau indien. Et si dans des épidémies ultérieures de choléra l'observation rigoureuse venait à faire remarquer, avec les symptômes nerveux, des sécrétions abondantes sur d'autres surfaces limitantes, dans les voies aériennes ou urinaires par exemple, sans rien du côté de l'intestin ou de la peau, il faudrait bien devant ces faits significatifs admettre des variantes dans le fléau ou mieux des formes nouvelles.

(La fin au prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DU DIAGNOSTIC MÉDICAL ou GUIDE CLINIQUE POUR L'ÉTUDE DES SIGNES CARACTÉRISTIQUES DES MALADIES; par le docteur V.-A. RACLE, médecin des hôpitaux, chef de clinique de la Faculté de médecine, ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris. Un volume grand in-18, format anglais, de 579 pages. — Paris, 1854, chez J.-B. Baillière.

Voici un livre qui s'est placé, dès son apparition, au rang de nos meilleurs ouvrages classiques. Le format en est modeste, le nombre des pages assez restreint, mais que d'enseignemens précieux et utiles se trouvent renfermés dans ce petit livre! Sans doute, nous avons d'excellens ouvrages de pathologie, des professeurs de clinique pleins de talent et de zèle; mais combien de difficultés attendent le jeune médecin au moment où, abandonné à lui-même, il veut passer de la théorie à la pratique et appliquer au lit du malade les notions qu'il a puisées dans les leçons et dans les écrits de ses maîtres! Eh bien, le livre de M. Racle n'a d'autre but que de leur aplanir ces difficultés, de leur montrer le chemin le meilleur et le plus court pour arriver à ce diagnostic précis et exact sans lequel la thérapeutique hésite et trébuche à chaque pas.

C'est que ce qui fait la gloire et la richesse de la pathologie, l'étude minutieuse et attentive des détails, est précisément la pierre d'achoppement du diagnostic. Comment se reconnaître, en effet, au milieu de ce nombre immense de phénomènes que révèle l'examen des principales fonctions? Faut-il attribuer à chacun d'eux une valeur spéciale et baser sur l'un après l'autre successivement une hypothèse particulière relativement au siége et à la nature de la maladie? Les anciens, nos maîtres en ce genre comme en beaucoup d'autres, avaient fait depuis longtemps la remarque que les maladies ne se traduisent à l'extérieur que par un petit nombre de phénomènes vraiment importans, et que ces phénomènes, sans être ni tous semblables pour toutes les maladies, ni tous différens pour chacune d'elles, ne se retrouvent que dans un petit groupe de maladies seulement. C'est donc en s'attachant à un ou plusieurs symptômes prédominans que l'attention se trouve tout de suite et tout naturellement attirée sur le groupe dans lequel ce phénomène ou ces phénomènes sont communs, et cette première opération faite, il ne reste plus qu'à rechercher si ces phénomènes n'ont pas quelques caractères qui conviennent mieux à l'une des maladies qui font partie du petit groupe d'affections auquel les symptômes appartiennent. Dans la recherche du diagnostic, le point de vue nosologique s'efface donc presque entièrement devant le point de vue séméiologique, et ce n'est pas une chose peu curieuse et peu intéressante que de voir la science moderne du diagnostic prendre pour base la séméiologie des anciens et nous ramener par conséquent d'une manière indirecte aux errements des auteurs des siècles passés.

M. Racle a le mérite d'avoir exposé avec beaucoup de soin et d'exactitude le mécanisme de cette opération mi-partie artistique et mi-partie intellectuelle qui constitue le diagnostic. Partant de la séméiologie, c'est-à-dire de l'étude des symptômes principaux observés dans les maladies de tel ou tel grand appareil, il a pensé, avec raison, qu'il devait compléter et contrôler ensuite cet intéressant travail d'analyse par la reconstruction synthétique de chaque maladie en particulier. C'est ainsi qu'après avoir passé en revue les signes directs ou immédiats, les signes indirects ou médiats qui appartiennent aux maladies de la tête et du système nerveux, par exemple, il résume à grands traits les signes des principales affections cérébrales (encéphalocèle, hydrocéphale congénitale, congestions, méningite, hémorrhagie, etc., etc.). Et qu'il nous soit permis de le dire, ces petits résumés si clairs et si précis donnent, jusqu'à un certain point, raison au mode de description des maladies suivi par les anciens; ils prouvent qu'en médecine comme en peinture quelques traits crayonnés d'une main puissante suffisent à un peintre habile pour reproduire les caractères principaux d'un objet, au point de le rendre parfaitement reconnaissable pour ceux qui l'ont observé, et d'en donner une bonne idée à ceux qui ne l'ont pas vu.

L'excellente école d'observation à laquelle M. Racle a étudié dans ces derniers temps, le mettait plus que personne en mesure de nous exposer avec tous les détails convenables les précieux renseignements que nous ont fournis dans ces dernières années les nouvelles méthodes de diagnostic dont la science s'est enrichie. Les symptômes des maladies du cœur et de poitrine y sont donc étudiés avec le soin le plus consciencieux; et pour ce qui regarde le cœur en particulier, l'auteur a puisé largement dans les savantes leçons de son maître, M. le professeur Bouillaud. A elle seule, cette partie qui traite des maladies du cœur suffirait pour faire la fortune de ce livre; car c'est la première fois, depuis longtemps, que M. le professeur Bouillaud ouvre sa main pleine de vérités; et nous pouvons considérer le livre de M. Racle comme représentant actuellement les opinions de l'illustre professeur de la Charité, relativement aux maladies de l'organe central de la circulation. Parmi les choses intéressantes que M. Racle a empruntées à son maître, nous avons remarqué un paragraphe entier consacré au tictac du cœur perçu par la main, phénomène récemment indiqué par M. Bouillaud, et que ce professeur fait servir au diagnostic des maladies du cœur. Tout en nous félicitant de voir enfin les opinions du savant professeur exposées par un de ses élèves, nous ne pouvons pas ne pas regretter que M. Bouillaud ne se soit pas décidé à donner une seconde édition de son *Traité des maladies du cœur*, ou du moins à publier les additions que sa vaste expérience lui a fournies depuis la publication de son livre.

Mais revenons au *Traité de diagnostic* de M. Racle. Ce traité est divisé en deux parties: la première et la plus importante, qui comprend les signes actuels ou présens des maladies, et qui est divisée en trois livres, un pour les maladies de la tête et du système nerveux, un pour les maladies de la poitrine, un pour les maladies de l'abdomen; et la deuxième partie qui traite, mais pour mémoire seulement, des signes anamnestiques et commémoratifs, des maladies. Dans la première partie, l'auteur étudie successivement la valeur diagnostique des signes directs ou immédiats, des signes indirects ou généraux; mais dans l'histoire des maladies du cœur, la portion la plus étendue de son livre, ainsi qu'à propos de quelques maladies ou de quelques symptômes encore incomplètement décrits, l'auteur est entré dans des détails suffisans pour constituer une véritable description. Des résumés très bien faits, placés à la suite de chaque livre, présentent une description sommaire des principales maladies des centres nerveux, de la poitrine et de l'abdomen.

Il y aurait peut-être bien quelque chose à dire sur la division de toutes les maladies, ou plutôt de tous les phénomènes morbides en trois classes: maladies du système nerveux, de la poitrine et de l'abdomen, division qui semble exclure du groupe des maladies médicales des maladies telles que le rhumatisme articulaire aigu, par exemple. N'y a-t-il pas aussi quelque inexactitude à rapporter aux maladies de tel ou tel appareil un phénomène qui, souvent, est tout à fait secondaire dans les maladies de cet appareil, tandis qu'il appartient, par l'ordre hiérarchique, à une affection d'un appareil différent? Mais ce sont là des taches que l'auteur fera disparaître à une édition ultérieure que nous n'hésitons pas à lui promettre. Le succès est déjà assuré à ce livre depuis son apparition; nous ne venons par conséquent, comme les ouvriers de la dernière heure, que pour constater ce succès à notre tour. M. Racle avait destiné ce *Traité de diagnostic* aux élèves qui l'ont tous aujourd'hui entre les mains; nous ne doutons pas d'un succès plus grand que ne l'espérait la modestie de l'auteur. Avant peu, il se trouvera aussi entre les mains de tous les médecins qui s'intéressent aux progrès de la médecine et du diagnostic médical en particulier.

D[r] ARAN.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Mars 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance comprend:

Une relation de M. VANNAQUE, médecin des épidémies de Compiègne, sur les les maladies qui ont régné dans cet arrondissement en 1854.

— Un rapport de M. VANTON, à Montbeliand, sur la fièvre typhoïde observée dans cette localité.

(Ces deux travaux, communiqués par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, sont renvoyés à la commission des épidémies.)

— La recette de trois remèdes secrets qui, d'après leurs auteurs, opéreraient la guérison du goître, des maladies vénériennes, des plaies par instrumens tranchans et par armes à feu. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un mémoire de M. BOURGEOIS (d'Étampes): *De l'anasarque consécutive à certaines rétentions d'urine*. (Comm. MM. Robert et Ségalas.)

— Un travail intitulé: Relation historique et médicale du choléra de Marseille en 1854, par le docteur PIRONDY, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville. (Comm. du choléra.)

— Une notice de M. LEDIEU, directeur de l'École de médecine d'Arras, contenant la description d'une tumeur abdominale, d'un corps fibreux ossifié de l'utérus, d'une névralgie anale.

— Une lettre de M. CHAVAZAC, renfermant la description et le dessin d'un nouveau bandage herniaire. (M. Malgaigne est prié d'examiner ce bandage.)

— M. le SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce à l'Académie que MM. Blache, Barthez, Bayle, Beau et Parchappe se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

MM. Devergie, Tardieu, Guérard, Boudin et Lachaise dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

M. Henry Bouley dans la section de médecine vétérinaire.

— M. ROBINET lit un rapport sur deux remèdes secrets proposés l'un par le sieur Bartella, l'autre par M. le curé de Montaché, comme spécifiques pour le choléra. L'un de ces remèdes est l'huile de cajeput, l'autre le sous-carbonate de potasse. Les conclusions de ce rapport, tendant à ne donner aucune suite à la demande d'exploitation et de débit formulée par les auteurs, sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour rappelle la discussion sur le travail de M. Piorry. La parole est à M. Bouillaud.

M. BOUILLAUD: Il y a quelques semaines, en montant à cette tribune, c'était de l'hésitation que j'éprouvais; aujourd'hui c'est du regret. En effet, je cherche un adversaire à combattre, et à sa place je ne vois qu'un collègue avec qui, depuis longues années, je suis lié d'une amitié sincère. Mais puisque dans ce débat mon nom a été cité et qu'un appel a été fait à mon témoignage, je me crois obligé de prendre la parole.

Messieurs, la discussion actuelle est complexe. Elle a eu pour point de départ le traitement de la variole; mais bientôt deux autres questions soulevées par M. Piorry, dans son mémoire, sont venues s'y ajouter, et ce sont elles surtout qui ont fixé votre attention: je veux parler de la doctrine de M. Piorry et de sa nomenclature. Enfin, quatrième chapitre, le vitalisme a été mis sur la scène; au sein de l'Académie et plus encore en dehors d'elle, cette question des deux doctrines rivales, de l'anatomisme et du vitalisme, est sans cesse discutée.

Je me propose de traiter successivement chacun de ces points.

D'abord, en ce qui concerne le traitement proposé par notre collègue contre la variole, j'ai vainement cherché ce que sa méthode pouvait avoir de nouveau. Ce qui lui est particulier, ce sont les formes de son langage, et son travail paraît avoir pour objet moins de formuler un traitement spécial que d'en exposer les principes conformément à sa doctrine personnelle. L'essence de cette doctrine, la voici: c'est qu'il n'existe pas d'unité morbide, c'est que toute maladie est un composé, un mélange de plusieurs élémens distincts; d'où cette conséquence, que chacun de ces élémens réclame un traitement à part. Voyons comment, avec cette idée, M. Piorry institue sa thérapeutique.

La variole, comme notre collègue le redit d'après bien d'autres, a sa source dans un virus, un *iose*, c'est ce principe qui fait le fond de la maladie, c'est lui qui la caractérise; sans lui elle ne saurait se produire, elle n'aurait pas d'existence distincte, elle perdrait son individualité. A ce poison dont la nature nous échappe et que nous ne connaissons que par ses effets, nous ne saurions opposer un traitement rationnel, un contre-poison (nous possédons seulement un agent préservatif), ce qui est tout différent. Donc M. Piorry ne fait rien contre le *variose*.

Quant à la *variosémie*, c'est-à-dire au résultat de l'action exercée sur la masse du sang par le *variose*, tout le monde l'admet et la con-

naît sans le désigner par le même nom (puisqu'on cite même des cas où cet état du sang paraît avoir existé en l'absence de toute éruption). Il n'y a donc là rien de nouveau non plus. Abandonner la maladie à elle-même, administrer des boissons abondantes, saigner quand il se forme des congestions pulmonaires ou autres; c'est là ce que M. Piorry fait pour combattre la *variosémie*, mais c'est aussi ce que fait tout le monde.

La description de l'éruption variolique et du traitement qui lui est applicable, est-elle nouvelle? Non. A part quelques détails, le fond n'est pas changé. Et, pour ce qui est de la méthode abortive, c'est, à peu de chose près, ce qui a été fait par M. Bretonneau, par M. Velpeau en 1824 et 1825, je ne sais même pas si, dès cette même époque, M. Piorry n'a pas fait quelques recherches à ce sujet.

La seule chose réellement nouvelle dans le mémoire de notre savant collègue, c'est ce qu'il établit à l'égard de la *vario-laryngite*, de la *vario-trachéite*, de la *vario-pharyngite*. Ce n'est pas, — et M. Piorry ne se l'imagine certainement pas lui-même, — ce n'est pas qu'il ait signalé le premier cet affreux mal de gorge qu'accusent beaucoup de varioleux; mais il a appelé ces élémens morbides de noms particuliers et il leur oppose un traitement également particulier. Ici, il me semble qu'il a péché par exagération, chose qui arrive à tout le monde, mais peut-être à M. Piorry plus souvent qu'à d'autres. Il dit : Toutes les fois qu'un varioleux est pris de dyspnée, que l'expectoration devient difficile, si l'on ne pratique promptement la trachéotomie, le lendemain, on ne trouvera plus qu'un cadavre. Or, si grave que soit ce parti extrême, je crois que personne n'hésitera à le prendre lorsque tous les moyens possibles auront été employés pour faciliter la respiration et que tous auront échoué. Là n'est pas la question. Elle est tout entière dans la détermination de l'époque précise où l'opération est absolument nécessaire. Celle-ci ne doit pas être entreprise à la légère, d'abord parce qu'elle est grave par elle-même, ensuite parce qu'elle me paraît une ressource bien douteuse dans une maladie aussi terrible que la variole confluente, maladie qui ne le cède guère au choléra et qui fait périr les cinq-sixièmes des sujets qu'elle atteint. De sorte qu'on ne manquerait pas d'attribuer à l'opération la mort due à la variole elle-même. — M. Piorry dit qu'il a vu beaucoup de malades mourir faute d'avoir été trachéotomisés; il nous raconte qu'après avoir vainement invoqué l'aide de Sanson et de Bérard, il s'est décidé à pratiquer lui-même l'opération sur une femme en proie aux accidens les plus graves, que la respiration s'est bien rétablie, mais que la mort a eu lieu trentre-six heures après. Ce revers, M. Piorry l'attribue à ce que la canule s'est dérangée; je crains que ce ne soit là une simple hypothèse. Mais cela serait, qu'avant de proposer aussi formellement l'emploi d'une méthode aussi hardie, M. Piorry aurait dû produire un grand nombre de faits bien observés à l'appui de sa manière de voir. Où sont ces faits? Où est la statistique de M. Piorry? M. Piorry ne cite qu'un fait, et celui-là n'est guère concluant, puisque la malade est morte.

La question étant d'une extrême gravité, au point de vue pratique, M. Piorry fera bien d'appuyer sa méthode sur un grand nombre d'observations. Quant à moi, sans combattre l'idée de la trachéotomie, tout en reconnaissant qu'elle puisse être faite alors que tout a échoué et que le malade va périr asphyxié, j'estime qu'il ne faut pas, par une opération inutile, compromettre les intérêts de l'art et du médecin.

En terminant son mémoire, M. Piorry cherche à montrer combien sa manière de considérer les faits en pathologie est féconde en applications utiles. Si l'Académie trouve comme moi, s'écrie-t-il, que les collections de phénomènes étudiées sous le nom de maladies n'ont pas d'existence réelle, elle ne pourra manquer de partager aussi mon opinion quant aux noms qui doivent leur être donnés; elle conviendra que, pour être intelligible, le langage scientifique doit être réformé; elle m'aidera à généraliser et à systématiser ce langage de manière à ce qu'il puisse être compris à l'étranger comme en France.

A en juger par l'accueil que lui a fait M. Bousquet, cette proposition n'a pas grande chance d'être adoptée, et l'espoir de M. Piorry a été déçu. Mais, avant de discuter sur les mots, il convient de s'entendre sur les choses, et comme la nomenclature de M. Piorry est une des conséquences de sa doctrine, c'est celle-ci que nous allons d'abord examiner. Nous verrons en quoi elle s'éloigne de la doctrine généralement admise, si tant est qu'elle en diffère réellement.

Il y a deux points essentiels dans les idées de M. Piorry : le premier, c'est la négation de la maladie considérée comme unité; le second, c'est son opinion sur la classification des maladies.

Je prends le premier volume du livre de M. Piorry. Il a pour titre : *Polygraphie* (et, soit dit en passant, est-ce que M. Piorry prend ce mot de polygraphie pour synonyme de *généralité?* Cela veut dire tout autre chose). Eh bien, Messieurs, on n'a jamais vu de médecin, sans excepter Broussais lui-même, non, il n'en a jamais existé qui fût plus acharné que M. Piorry contre l'idée d'unité morbide, ou d'*entité*. Il en parle sans cesse, il l'attaque depuis la première page jusqu'à la dernière. Et cependant, cherchez parmi les médecins de tous les temps, depuis les siècles les plus reculés jusqu'au jour actuel, vous n'en trouverez pas qui n'admette ces mêmes unités, ces mêmes entités; tous le font, quelques-uns sans le savoir, M. Piorry lui-même fait en cela de la prose comme M. Jourdain.

Prenez Brown, par exemple. Qu'est-ce que sa division en sthénie et asthénie, si ce n'est la séparation des maladies en deux grandes unités? Et Broussais, en établissant la distinction entre l'irritation et l'état opposé, n'est-ce pas encore des entités qu'il créait (si bien qu'on a appelé son système, non sans raison, le brownisme retourné)? Il combattait les entités, mais seulement celles qu'on avait admises jusqu'à son époque, et telles qu'on les avait conçues en l'absence de l'anatomie pathologique. Dans l'impossibilité de faire mieux, on avait étudié les maladies à certains points de vue; on les avait rapprochées et classées d'après leurs affinités apparentes. Broussais s'éleva surtout contre cette idée encore en vogue de son temps, que les maladies devaient être envisagées indépendamment de l'organisation ou des organes (et je remarquerai à cette occasion que Broussais connaissait la différence des maladies générales et locales; c'est là un de ces lieux communs dont personne n'a le droit de revendiquer la découverte. Je conviens que Broussais était trop localisateur; mais, par cela même qu'il admettait la *généralisation* des maladies locales, il est évident qu'il reconnaissait des maladies générales, quoique dans un sens trop étroit : puisqu'il est des affections générales qui précèdent les localisations, ou existent sans elles). Donc, Broussais disait : Je ne veux pas d'entités symptomatiques comme l'asthme, la dyspnée; je veux un corps aux maladies, je veux des entités *incarnées*. Et, en effet, comment séparer les maladies des organes? L'idée de leur intime union se retrouve partout, vous la retrouvez dans Morgagni, dans Bichat; vous la trouvez dans Hippocrate; elle a dû se présenter aux premiers médecins bien avant Hippocrate.

Mais notre collègue va beaucoup plus loin. Il en veut aux entités; il veut les supprimer; il les supprime; il raye jusqu'au nom de la maladie. C'est un fantôme, dit-il. Examinons comment il procède pour le chasser.

S'il y avait dans les idées de M. Piorry quelque vérité nouvelle, je serais heureux de la reconnaître; mais je n'y vois qu'une erreur.

Que M. Piorry prenne une a une ses *monographies*, il verra que ses états *organo-pathiques* ne sont que des entités. Et cependant, chose curieuse, M. Piorry semble convaincu du contraire. Dans maint endroit de son grand *Traité de pathologie iatrique* il proclame que l'unité morbide n'existe pas; que la maladie n'est pas une unité, mais un composé d'états organo-pathiques, qu'il n'est pas deux affections semblables, qu'à aucun par conséquent ne peut s'appliquer une dénomination spéciale.

D'où provient cette erreur de M. Piorry? Évidemment de l'idée qu'il attache à ce mot d'*unité*. L'unité n'existe pas seulement pour les atomes et les monades, il y a des unités de différentes sortes, depuis le monde qui en est une immense, jusqu'à l'être le plus infime qui entre dans sa composition. L'Académie est une unité complexe, chacun de ses membres est encore une unité, et cependant il n'est pas simple, mais se compose à son tour de parties multiples elles-mêmes. A ce point de vue, la variole, quelque complexe qu'elle soit, est une unité morbide, puisqu'elle a des caractères qui ne permettent pas de la confondre avec d'autres états de l'organisme. M. Piorry se servant d'une petite ruse, prétend que les maladies ne sont que des collections de symptômes groupés arbitrairement. Cela est vrai pour quelques-unes d'entr'elles, et il faut bien qu'il en soit ainsi lorsque nous ne connaissons que les symptômes, et que les autres caractères nous échappent. Mais, autant que le permet l'état de la science, pour admettre l'existence distincte d'une maladie, on se fonde sur l'ensemble des altérations mécaniques, physiques, chimiques, dynamiques de l'organisme ou de tel organe en particulier. Aucun de ces changemens ne doit être négligé, et c'est leur ensemble, c'est l'existence d'une cause identique, l'opportunité des mêmes moyens de traitement qui conduisent à l'idée de cette unité.

Messieurs, c'est là une question d'une immense portée, c'est là la philosophie médicale tout entière.

Le grand problème de la pathologie, c'est précisément la recherche des unités morbides considérées dans ce qu'elles ont de spécial et de distinctif. Hors de là point de salut. C'est la seule méthode rationnelle; elle est tellement simple qu'elle en est devenue banale. Sans le vouloir, M. Piorry l'a lui-même appliquée, puisque ses états organo-pathiques ne sont, je le répète, que les maladies telles que nous les connaissons aujourd'hui.

Ceci me conduit à aborder la question des classifications, que je crois indispensable dans toute science (car sans elle tout est confusion, anarchie, chaos). M. Piorry ne veut pas de classifications en médecine, il s'imagine que toutes ont été fondées sur les symptômes des maladies. Ceci est encore une erreur.

Sans doute, quand on ne connaissait des maladies que leurs symptômes, on se servait de cette seule donnée pour rapprocher ou pour séparer les divers états morbides; sans doute aussi, aujourd'hui, toute classification doit tenir compte des enseignemens de l'anatomie pathologique. Mais, alors comme à présent, le principe était le même : ce n'est pas la symptomatologie, ce n'est pas l'anatomie pathologique qui sert de base aux classifications, mais bien la considération de la *nature* des maladies. Je sais que trop souvent la nature des choses, leur essence intime nous échappe, mais sachant qu'elle ne saurait être la même quand les phénomènes extérieurs varient, nous remontons des caractères apparens des maladies à leur nature supposée, et c'est d'après l'idée plus ou moins parfaite que nous en pouvons acquérir que nous assimilons tel ensemble de faits à tel autre, ou, en d'autres termes, que nous faisons une classification.

C'est là une vérité que M. Piorry a constamment méconnue. J'en vois la preuve dans son livre, excellent ouvrage, d'ailleurs, qui renferme immensément de choses, qui résume de longs travaux et des services éclatans rendus à la science (je me plais à rendre cette justice à mon collègue, à mon ami, et c'est pour moi un sujet de profonde tristesse d'avoir à le combattre ici). Dans son livre donc, M. Piorry examine l'une après l'autre la plupart des classifications proposées, et à toutes il reproche de manquer d'une base solide; dans aucune il ne trouve les élémens d'une division philosophique des maladies. Une bonne classification lui paraît impossible, fort à tort, puisque la chose infaisable, suivant lui, a été faite, ainsi que je le prouverai tout à l'heure. Mais le principe même de sa critique est erroné; rien n'est moins fondé que le reproche adressé aux auteurs de ces classifications de n'avoir fait entrer que les caractères symptomatiques des maladies. Comment! le système dichotomique de Brown, les divisions de Pinel (qui ne sont que des essais, des tentatives plus ou moins heureuses, j'en conviens) ne seraient fondées que sur l'aspect symptomatique des maladies? Ainsi, en créant le groupe des phlegmasies, on se serait arrêté aux phénomènes fonctionnels ou même aux altérations anatomiques. Non, vraiment, au-dessous de tout cela, il y a la nature du trouble pathologique, et c'est elle uniquement qui a été ici prise en considération. Richerand, dont la classification, remarquablement ingénieuse et naturelle, ne mérite pas l'oubli où elle est tombée, Richerand, dis-je, ne prenait-il pas la nature des maladies pour point de départ quand il les divisait en lésions mécaniques, physiques et vitales?

Pour M. Piorry, le temps des nosographes est passé (je crois qu'ici notre collègue confond à tort la nosographie qui se borne à décrire les maladies avec la nosologie qui s'occupe des méthodes de classification et de philosophie médicale). Il ne veut plus de classifications. Broussais, dit-il, les a renversées; il faut effacer jusqu'au nom de la maladie.

Eh bien, mettez, si vous voulez, l'état organo-pathique à la place, cela ne vous dispensera pas de les classer. Et j'ai vu, avec chagrin, que, dans l'excellent traité de notre collègue, c'est la seule chose oubliée; après avoir cherché à renverser tout ce qui avait été fait depuis Johnston jusqu'à Alibert, il n'a pas même essayé d'élever un édifice sur ces ruines. Sous prétexte qu'il n'y a que des organes malades, il a omis de classer les états maladifs de ces mêmes organes. Ce défaut d'idée-mère, de principe unitaire qui, dans les descriptions de détails, constitue dans le livre de M. Piorry une lacune véritable, je la lui signale, peut-être saura-t-il la combler à sa manière.

(La suite au prochain numéro.)

— M. LE PRÉSIDENT proclame le nom des membres composant les commissions des prix :

Prix de l'Académie (tuberculisation pulmonaire) : MM. Grisolle, Andral, Chomel, Guérard, Barth.

Prix Portal (goître endémique) : MM. Ferrus, Bouchardat, Chatin, Baillarger, J. Guérin.

Prix Civrieux (catalepsie) : MM. Bouillaud, Rostan, Roche, Collineau, Falret.

Prix Capuron (accouchemens) : MM. Dubois, Depaul, Moreau, Dunyau, Cazeaux.

Prix Itard : MM. Louis, Velpeau, Jolly, Bricheteau, Hervez de Chégoin.

Eaux minérales : MM. Pâtissier, Bourdon, Bussy, Guéneau de Mussy, Mêlier.

PRESSE MÉDICALE.

AZOTATE D'ARGENT (*Solutions propres à enlever les taches produites par l'*). — Nous empruntons la prescription suivante au *Journal de pharmacie d'Anvers :*

N° 1.	Bichlorure de mercure.	8	grammes.
	Chlorhydrate d'ammoniaque. .	8	—
	Eau distillée.	125	—
N° 2.	Cyanure de potassium.	5	grammes.
	Iode.	50	centig.
	Eau distillée.	45	grammes.

Cette dernière solution est la plus active et agit le plus promptement.

INCONTINENCES NOCTURNES D'URINE (*Traitement des*). — Le docteur Blaschko, de Freyenwalde, assure avoir toujours triomphé de cette infirmité par l'emploi d'un mélange à parties égales de tinctura nucis vomicæ et de tinctura ferri acetici, dont on fait prendre deux fois tous les soirs de 10 à 13 gouttes. Dans un cas qui se montra rebelle à toutes les médications, il eut recours avec succès à un appareil à rotation dont le conducteur, un mince fil de cuivre, fut introduit dans le méat urinaire. Le docteur Hüber, de Zurich, a recommandé contre cette infirmité un mélange de : extract. nucis vomic. 1/2 scrupule, oxidi ferri nigri 1 once, dont on fait vingt-quatre pilules de deux grains chacune; à prendre une pilule le matin et une le soir. Nægele a recommandé le tannin, à la dose d'un grain matin et soir. (*Geneesk. cour.* et *Journ. de méd. de Bruxelles.*)

LARYNGITE AIGUE CHRONIQUE (*Inhalation de nitrate d'argent pulvérisé dans la*). — Le docteur Ebert, de Berlin, vient de publier douze cas de laryngites traités avec succès par les inhalations de poudre de nitrate argentique, d'après la méthode de Seeman et Burow de Koningsbergen. Il mêle trois grains de nitrate d'argent avec une once de sucre de lait, en remplit la cavité d'une plume métallique qu'il passe dans l'une des extrémités ouvertes d'un porte-plume. Il introduit la plume enchassée dans son étui, assez loin pour qu'elle repose sur la racine de la langue; le malade ferme la bouche en même temps qu'on lui ferme les narines et fait une forte inspiration. Cette petite manœuvre qui demande un peu d'habitude, donne lieu à du chatouillement à la gorge qui provoque de la toux.

La guérison a été obtenue de cette manière par Ebert, au bout de 4 à 14 jours dans les cas aigus, et 5 à 6 semaines dans les laryngites chroniques. L'inhalation se fait une fois par jour pendant toute la durée du traitement. — Ebert pense que ces inhalations pourraient rendre des services dans le traitement des ulcérations syphilitiques du larynx, dans la diphthérite et le croup. — (*Annalen der Charite* et *Annales de la Société de méd. d'Anvers.*)

PETITE VÉROLE (*Traitement ectrotique ou abortif de la — par l'emplâtre de zinc*); par M. BENNETT. — M. Bennett a déjà antérieurement fixé l'attention des praticiens sur les résultats remarquables qu'il a obtenus avec l'emplâtre mercuriel, auquel il ajoute de l'amidon, et qu'il applique sur la figure dans les cas de petite-vérole; il a rapporté des cas nombreux où non seulement il prévenait toute trace de petite-vérole dans les cas où elle était confluente, mais encore où la douleur, le gonflement, la suppuration, la fièvre générale, l'insomnie, et la violence de la maladie étaient diminués de beaucoup par ce traitement local; il a employé aussi le carbonate de zinc mêlé à l'huile d'olive qui forme une croûte solide qui reste adhérente à la face. Il a traité ainsi plusieurs cas de petite-vérole, et non seulement il a évité que la maladie laissât des traces, mais il a encore diminué les symptômes locaux et généraux, comme avec l'emplâtre mercuriel, avec cet avantage qu'il n'a pas couru le danger de la salivation, ainsi qu'on l'observe quelquefois.

Un traitement très utile qu'il préconise dans le favus, c'est après qu'on a fait tomber les croûtes avec des cataplasmes, et qu'on a rasé la tête, d'oindre la surface de la tête avec de l'huile de foie de morue. Il est certain qu'aussi longtemps que l'huile de foie de morue est appliquée, la maladie ne revient pas, et, dans la majorité des cas, chez les jeunes enfans, surtout s'ils sont bien nourris, la guérison permanente a lieu au bout de six semaines. — (*Monthly journal of medical sciences of Edinburgh* et *Gaz. méd. de Paris*, n° 8.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 32. NEUVIÈME ANNÉE. Samedi 17 Mars 1855.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 MARS 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Une seule communication qui intéresse les sciences médicales a été faite dans cette séance, mais elle offre de l'importance, car elle est relative à un sujet toujours actuel et toujours l'objet de recherches et d'études; nous voulons parler de l'inhalation du chloroforme et des moyens d'en prévenir les dangers.

Cette communication a été faite par M. le docteur Mounier, médecin de l'armée d'Orient, qui, pendant un séjour de six mois comme médecin en chef de l'hôpital de Dolma-Bagtché, à Constantinople, a recouru *plusieurs milliers de fois*, dit-il, à l'usage du chloroforme, dans les cas légers comme dans les cas les plus graves, et qui annonce avec satisfaction à l'Académie que les inhalations ont été *constamment* couronnés du succès le plus complet.

On accueillera certainement avec intérêt l'indication des moyens à l'aide desquels notre honorable confrère a obtenu d'aussi beaux résultats.

L'appareil dont s'est toujours servi M. Mounier était extrêmement simple: il consistait en un cornet de papier assez évasé à sa base pour embrasser le nez et la bouche du patient, et tronqué à son sommet, de manière à laisser facilement pénétrer l'air pendant l'inspiration; une pincée de charpie, introduite au fond du cornet, tenait lieu d'éponge. Vingt à trente gouttes de chloroforme étaient versées dans le cornet et imbibaient la surface de la charpie. Le blessé était couché horizontalement, en supination. L'expérience ayant appris à M. Mounier que l'éclat de la lumière et le bruit étaient des conditions qui retardaient sensiblement, si elles n'empêchaient pas l'action du chloroforme, on étendait une compresse sur les yeux du malade, et tous les assistans observaient un profond silence. Un aide intelligent explorait les battemens du pouls, les mouvemens respiratoires, et mesurait le temps à l'aide d'une montre à secondes. Le cornet était alternativement rapproché ou éloigné de la bouche du malade, pendant quelques secondes; et à mesure que l'anesthésie se manifestait, on tenait l'appareil plus près de la face et plus longtemps. On interrogeait la sensibilité du malade par des pincemens à la peau, et son intelligence par des questions réitérées. Le silence du blessé était pour l'opérateur l'indice de l'opportunité d'agir, et ce moment a toujours été celui du commencement de l'opération.

Si la manœuvre chirurgicale durait longtemps, on versait dans le cornet une seconde, une troisième dose de chloroforme, qui toujours était inspirée d'une manière intermittente.

Tel a été le procédé de chloroformisation mis en usage chez tous les blessés de l'*Alma* et d'*Inkermann* apportés dans l'hôpital de M. Mounier, et jamais il n'a eu non seulement de mort à déplorer, mais même d'accidens à combattre. L'innocuité du chloroforme et sa constante efficacité, M. Mounier les attribue au procédé suivi dans l'administration de l'incomparable agent anesthésique, procédé qui découle de la théorie si savamment et si judicieusement développée par M. Flourens, à savoir que le chloroforme produit une anesthésie progressive, successive, qu'il agit d'abord sur l'intelligence, ensuite sur la sensibilité, et finalement sur la locomotion, ou, pour parler anatomiquement, sur les lobes cérébraux, sur le cervelet, sur la moelle épinière, sur la moelle allongée, sur le nœud vital. Il résulte des expériences si nombreuses qui se sont accomplies sous les yeux de M. Mounier et sous sa direction, qu'il n'est nullement besoin de pousser l'absorption du chloroforme jusqu'à l'abolition des mouvemens; qu'il est encore moins nécessaire de frapper de sidération le système nerveux; qu'il y a, comme on l'a déjà dit, imprudence et danger d'homicide à franchir volontairement le degré qui sépare l'abolition du sentiment et l'abolition du mouvement.

La surexcitation de l'appareil musculaire s'est offerte rarement à son observation; quand elle s'est manifestée, au lieu de la combattre et de chercher à la maîtriser par l'addition de nouvelles doses de chloroforme, il faisait, au contraire, éloigner l'appareil de la face du malade, et, en quelques secondes, celui-ci revenait au point pour ainsi dire normal pour le commencement de l'opération, c'est-à-dire à la perte de la sensibilité.

Ce procédé opératoire, qui est basé sur l'ordre d'évolution des phénomènes pathologiques provoqués par l'inhalation du chloroforme, et si savamment analysés par M. Flourens, ce procédé a permis plusieurs fois à M. Mounier de faire mettre sur un brancard, de transporter à la salle d'opération, d'opérer, de panser et de ramener un malade dans son lit, sans qu'il ait eu conscience ni sentiment de ce qui s'était passé. Or, dit M. Mounier, quand on a vu le chloroforme réussir constamment dans les opérations les plus variées, dans les plus légères comme dans les plus graves, la question est jugée, et tout esprit impartial doit convenir que ce n'est pas l'agent anesthésique, mais bien la manière de l'employer qui a été la cause des accidens funestes qu'on a eu trop souvent à déplorer. « Les nombreux médecins étrangers qui m'ont fait l'honneur d'assister aux opérations pratiquées à l'hôpital de *Dolma-Bagtché* et les élèves de *Galata-Séraï*, que le gouvernement ottoman avait mis à ma disposition, ont constaté, d'après l'exposé que je leur avais fait de la théorie de M. Flourens, que la marche des phénomènes anesthésiques était bien telle que l'avait écrite cet illustre physiologiste, et tous ont été émerveillés de l'efficacité, non moins que de l'innocuité du chloroforme, administré suivant la méthode de M. Baudens.

» La vulgarisation de l'emploi du chloroforme et la pratique des opérations sur le cadavre, que j'ai enseignée aux élèves de l'École de médecine de Constantinople, sont deux bienfaits qui, je l'espère, laisseront des traces ineffaçables de la médecine militaire française en Orient. »

Nous n'acceptons qu'avec réserve la conclusion logique qui ressortirait de cette communication. Cette conclusion serait que tout accident qui arriverait aujourd'hui pendant l'inhalation du chloroforme, serait le résultat de l'impéritie ou de l'imprudence. Signaler une pareille conséquence, c'est en indiquer la gravité au point de vue de la responsabilité médicale. L'analyse des faits, malheureusement trop nombreux où l'inhalation du chloroforme a été suivie d'accidens funestes, ne permet pas d'adopter cette opinion. La méthode d'inhalation suivie par M. Mounier nous paraît assurément la plus sage et la plus

Feuilleton.

CAUSERIES.

On ne se trouve jamais aussi riche que quand on déménage, dit un proverbe parisien, et ce proverbe s'applique surtout aux déménagemens académiques, c'est-à-dire aux vacances que l'impitoyable mort fait incessamment dans les rangs des membres de notre Académie de médecine. Pour un académicien qui s'en va, il s'en trouve une douzaine en espérance. Les trois vacances actuelles vont donner lieu à une explosion telle de candidatures, qu'on peut prévoir le grand embarras dans lequel vont se trouver les sections pour classer convenablement tout le monde, et, embarras plus grand, pour éliminer quelques prétentions; car ce cruel sacrifice est presque toujours nécessaire. Quelle rude tâche que celle de candidat ! Cette petite et étroite stalle académique, pour la conquérir, exige des efforts inouïs et un courage à toute épreuve. Que de lignes de circonvallation, que de tranchées, que de parallèles, que de mines et de contre-mines, que d'assauts pour s'en emparer ! Être porté sur la liste de présentation, premier siége. Y être porté en rang convenable, second mouvement stratégique. Arriver à la nomination, terrible et suprême effort qui, pour faire un vainqueur, jonche le sol de morts et de blessés. J'admire toujours cette héroïque entreprise. Et comme je la contemple toujours d'un œil désintéressé, comme c'est du rivage que je regarde ces agitations, *suave mari magno*, j'assure que ce spectacle en vaut un autre. Les pauvres candidats courant de porte en porte académicienne, se rencontrant face à face avec leurs compétiteurs, les petites manœuvres de la salle des Pas-Perdus, les manéges de l'intérieur, les complimens, les sourires, les poignées de mains, les promesses plus ou moins équivoques, les supputations toujours phénoménales des candidats, leurs espérances naïves avant, leur étonnement et leur dépit après, l'embarras des votans qui ont oublié leurs promesses, tout cela n'offre pas certainement l'intérêt saisissant de la guerre de Crimée, mais tout cela forme des événemens dans notre microcosme médical.

Et, certes, qu'on ne dise pas que l'âpre désir du gain met en éveil et en appétit toutes ces ambitions académiques. Le titre d'académicien est resté un pur titre honorifique; car le maigre jeton de trois francs par séance peut être à peine considéré comme une indemnité de véhicule. Non, c'est l'honneur de faire partie du premier corps médical de France qui aiguillonne tous ces honorables candidats. Et de fait, avec le retentissement qu'ont aujourd'hui les travaux et les discussions académiques, retentissement, il faut le répéter sans cesse, que seule la presse leur donne, — la presse contre laquelle s'irritent précisément ceux qui devraient la bénir de les soustraire à l'obscurité — il y a tout honneur à faire partie d'un corps savant qui fait tant de bruit dans le monde médical, et que j'ai déjà appelé notre véritable Parlement.

Du reste, ne nous plaignons pas en ce moment, les distinctions honorifiques pleuvent sur le corps médical, qui, ma foi, l'a bien mérité. Voici notre savant confrère, M. Michel Lévy, inspecteur général du service de santé de l'armée d'Orient, à qui Sa Hautesse le Sultan vient de conférer l'ordre de 2me classe du Medjidié, très beau ruban qui se porte en sautoir, avec plaque sur le côté droit de la poitrine. Des décorations du même ordre, de 4me et de 5me classe, qui se portent plus humblement à la boutonnière, ont été accordées à M. Périer, médecin, chef de l'ambulance, et à M. Buschaërt, médecin aide-major. Le *Moniteur* de ce jour nous annonce de nombreuses promotions et nominations dans la Légion d'Honneur pour nos confrères de l'armée. L'histoire aura recueilli et dira un jour les prodiges de courage, de dévoûment et de charité accomplis par les médecins militaires depuis l'ouverture de la campagne, campagne terrible, où il a fallu lutter contre plusieurs ennemis également dangereux, le choléra, l'inclémence du temps et le canon. Et que de pertes cruelles le corps de santé n'a-t-il pas faites sur ce triple champ de bataille ! Gallipoli, Varna, la Dombruscha, tristes et funèbres souvenirs.

La statistique est une belle chose, on sait que j'en suis un partisan sincère; cependant je ne peux en accepter toutes les affirmations, surtout quand il semble impossible de réunir les élémens nécessaires et présentant des garanties suffisantes d'exactitude, pour que l'induction soit sérieuse et légitime. Je ne peux donc considérer que comme un jeu d'esprit la statistique suivante empruntée au journal de l'Académie de médecine de Turin :

Le nombre des langues parlées dans les diverses contrées de la terre serait de 3,064 environ.

Les habitans du globe professent 1,000 religions différentes.

Le nombre des femmes est presque égal à celui des hommes.

La durée moyenne de la vie est de 33 ans. Un quart des habitans meurt avant d'avoir atteint la septième année; une moitié avant d'avoir atteint la dix-septième année, et ceux qui dépassent cet âge jouissent d'un privilége refusé à la moitié du genre humain.

Sur 1,000 personnes on ne compte qu'un centenaire, ce qui prouve combien peu suivent les excellens conseils donnés par M. Flourens pour vivre un siècle et au-delà. Six sur cent atteignent 65 ans, et sur 500 il n'y a qu'un octogénaire.

Il y a sur la terre un milliard d'habitans. Comment le journal de Turin a-t-il pu savoir cela ?

Il en meurt annuellement 333,333,333 juste, ni plus ni moins; par jour, 91,854; par heure, 3,734; 60 par minute, et, par conséquent, 1 par seconde. Or, si ce dernier chiffre est vrai, tous les autres sont faux, le lecteur n'a qu'à faire une simple multiplication pour s'en convaincre.

Ces pertes, dit l'Académie de Turin sont comblées par un nombre égal de naissances. Comme cela est facile à vérifier pour les peuplades de l'Afrique centrale, et de tant d'autres habitans de la terre !

Voici qui est consolant pour l'état de mariage : les gens mariés vivent plus longtemps que les célibataires, ceux principalement dont la vie est régulière.

Les avantages d'une stature élevée sont considérables; les gens dans cette condition vivent plus longtemps que ceux de petite taille.

Les femmes ont plus grande probabilité de vivre jusqu'à 50 ans; mais passé cet âge, cessent pour elles les autres probabilités.

Le nombre des mariages est de 65 pour 1,000.

Les mariages sont plus fréquens dans les mois de juin et de décembre.

Les enfans nés au printemps sont plus robustes que les autres.

Les naissances et les morts ont lieu plus particulièrement pendant la nuit.

Le nombre des hommes capables de porter les armes est d'un huitième de la population.

Tout cela est fort bien arrangé, et rappelle le proverbe du crû : *Si non e vero*, etc.

Amédée LATOUR.

prudente de toutes, mais nous n'oserions pas affirmer comme lui qu'elle mettra toujours à l'abri de tout danger. Dès l'apparition du chloroforme sur la scène chirurgicale, M. Flourens, dont, à si juste titre, on invoque l'autorité en pareille matière, a dit un mot qui est resté profondément vrai et qui commande encore à tous une grande réserve, aussi bien dans l'appréciation que dans l'application de cet *agent merveilleux et terrible*.

Amédée Latour.

CHIRURGIE PRATIQUE.

OBSERVATION D'UN CORPS ÉTRANGER CONTENU DANS LE VAGIN ET LA VESSIE;

Par M. le professeur Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le fait que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie des sciences me paraît offrir un double intérêt en ce qui concerne la pathologie et la médecine opératoire.

Si je ne me trompe, il s'agit ici, en effet, d'un exemple unique de corps étranger introduit brusquement dans la vessie par le vagin.

Cette observation est d'autant plus curieuse, que le crayon qui a séjourné dans la vessie pendant environ huit mois, s'est couvert de plusieurs couches de matière lithique qui se sont groupées autour de lui sans offrir, dans leur déposition, une régularité complète, et c'est, comme on le verra, la forme chagrinée du calcul et ses aspérités qui n'ont permis son extraction qu'avec difficulté, même après avoir pratiqué la division de la presque totalité de la cloison vésico-vaginale.

Observation. — *Perforation de la cloison vésico-vaginale par un crayon. — Séjour prolongé du corps étranger dans la vessie. — Extraction du calcul au moyen d'une incision faite à la cloison vésico-vaginale. — Fistule vésico-vaginale occupant toute la cloison. — Autoplastie par glissement. — Guérison prompte.*

La nommée Louise Lecomte, âgée de 15 ans 1/2, d'une forte constitution, a toujours joui d'une excellente santé. A 14 ans, elle fut réglée pour la première fois, et, bien que la menstruation ne s'établit pas de suite avec une parfaite régularité, l'état général ne subit aucune modification appréciable. A la fin du mois de mai 1854, elle fit une chute qui fut la cause primitive de la lésion pour laquelle elle vint réclamer mes soins.

Notre jeune malade habitait un village où elle était en pension. Montée sur une table à pupitres, au moment où elle se disposait à déposer des livres sur une planche située au-dessus, ses deux pieds glissèrent sur le plan incliné où elle se trouvait; elle tomba à cheval sur le banc qui était devant la table. Pendant la chute, un crayon en mine deplomb, placé dans une gaîne en bois, s'introduisit dans le vagin, perça la cloison vésico-vaginale, et pénétra en grande partie dans la vessie. Elle ne peut donner aucun renseignement précis sur les circonstances qui ont accompagné la chute. Quoi qu'il en soit, elle se releva, ne parla de son accident à personne, et continua de se livrer à ses occupations journalières, malgré le changement survenu dans l'émission de l'urine qui était devenue plus fréquente, même douloureuse, et la sortie d'une certaine quantité de sang par la vessie et le vagin. Cet état se prolongea jusqu'au moment où sa grand'mère s'aperçut que les urines déposaient en assez grande abondance. Le médecin de la famille fut consulté, mais seulement pour l'irrégularité de la menstruation qui existait depuis plusieurs mois. Il soigna la malade sans obtenir le résultat qu'il attendait du traitement prescrit. Quelque temps après, un second médecin fut consulté. Après avoir interrogé la jeune personne, et avoir pris connaissance des antécédens, il examina les parties génitales. Par le toucher, il découvrit un corps dur qui faisait saillie dans le vagin, en se dirigeant vers la vessie dans laquelle il était contenu.

Notre confrère ayant alors obtenu de la malade l'aveu de ce qui lui était arrivé et ayant, par un examen attentif des organes génitaux, reconnu le siége du corps étranger, proposa d'en faire l'extraction. L'habile confrère se décida à le retirer par la voie qu'il avait parcourue; mais bientôt il s'aperçut qu'on ne pouvait l'extraire par de simples efforts, les tractions exercées sur lui ne parvenant à lui imprimer aucune mobilité à cause de l'excès de volume que la portion intra-vésicale du corps étranger avait acquis par son séjour prolongé au milieu de l'urine. Le 15 décembre 1854, il se décida à pratiquer la taille vaginale. Cette incision permit de le retirer, non sans quelques difficultés, ce qu'explique la forme de ce calcul dont je vais donner la description.



1° Il a 9 centimètres de long, mesuré par ses points les moins saillans: 10 centimètres et 1/2, par ceux où il offre le plus de volume.

2° Mesuré circonférentiellement, il fournit successivement, de la petite vers la grosse extrémité, 4 centimètres et 1/2, 3 centimètres et 1/2, 9 centimètres et 7 centimètres 1/2.

3° En s'éclairant sur les dimensions transverses de ce corps étranger, on obtient 2 centimètres, 1 centimètre et 1/2, 5 centimètres, et 3 centimètres et 1/2.

Lorsqu'on examine ce corps étranger dans son ensemble, il représente un ovoïde prolongé, irrégulièrement bosselé à l'extérieur, et ce sont, précisément, ces bosselures qui donnent les mesures différentes dont il a été question plus haut. Il a pour centre un crayon qui s'est fendu en deux parties égales, en laissant voir sur une gouttière la mine de plomb. Les deux parties qui composent le crayon sont adossées l'une à l'autre. Ce crayon est entouré de toutes parts par plusieurs couches concentriques de matière lithique blanche, poreuse, et ressemblant assez bien, pour l'aspect, à l'écume de mer. La portion de ce corps étranger contenu dans la vessie est entourée d'une masse considérable de substance calculeuse. La partie du crayon qui était contenue dans le vagin contient bien aussi de la même substance; mais ce n'est que par endroits qu'on la rencontre et elle forme, d'ailleurs, dans différens points, une couche excessivement mince.

Scié dans toute sa longueur, le corps étranger a le même aspect pour la couleur; mais il semble plus dense, plus compact qu'à l'extérieur, où il est très poreux.

Il faisait l'office d'un bouchon qui, dans le commencement, ne permettait pas à l'urine de s'écouler par le vagin; mais, quelque temps avant son extraction, il s'en échappa une certaine quantité par ce conduit, sans doute par suite d'un travail ulcératif.

Depuis son extraction, les urines sont sorties involontairement par le vagin, et il ne s'est plus fait sentir d'envies d'uriner. Ces changemens sont faciles à comprendre, le réservoir de l'urine n'existant plus.

Lorsque cette malade vint à Paris pour réclamer mes soins, elle se trouvait dans l'état suivant :

1° Les grandes et les petites lèvres, la face interne des cuisses, sont rouges et baignées par l'urine.

2° Çà et là, on rencontre de petites ulcérations à l'entrée de la vulve.

3° Le vagin contient de l'urine et une certaine quantité de muco-pus.

4° On trouve sur la ligne médiane, et d'avant en arrière, une grande fente qui fait communiquer la vessie avec le vagin; elle s'étend du bulbe urétral à un centimètre du col de l'utérus.

5° Sur l'une et l'autre lèvre de la fistule, on aperçoit des irrégularités, des dentelures qui sont dues à l'ulcération et à des déchirures déterminées par le corps étranger.

6° L'urètre est libre et permet facilement l'introduction d'une sonde d'argent.

Après avoir laissé la malade se reposer, et l'avoir préparée par des bains, des injections et quelques laxatifs, je pratiquai l'opération, le 7 février 1855, en présence de MM. Bousquet, Vernois, Roger et de plusieurs de mes élèves, MM. Rosé, Blachès, Lallemant, etc.

La malade étant couchée comme pour l'opération de la taille, la paroi recto-vaginale déprimée avec le spéculum univalve, les grandes et les petites lèvres écartées à l'aide de leviers, je procédai à l'opération, composée du ravivement des lèvres de la fistule, de la suture entrecoupée, du décollement et de l'incision des parois vaginales.

A l'aide d'une pince à dents et du bistouri ou des ciseaux, les lèvres de la fistule sont ravivées de telle sorte que la solution de continuité est entourée par une surface saignante.

Après m'être assuré que le ravivement est complet, je réunis les lèvres de la fistule au moyen de quatre points de suture entrecoupée. Les parties sont rapprochées latéralement, de telle sorte que la suture est longitudinale, placée sur la ligne médiane, et s'étend en avant jusqu'à une petite distance du méat urinaire. Il résulte de cette disposition que le point de suture placé le plus en avant, comprend la partie supérieure du bulbe de l'urètre.

Une incision détache le vagin du col de l'utérus, et deux incisions sont pratiquées sur les parois latérales de ce conduit, depuis le col de l'utérus jusqu'au méat urinaire. Les lèvres de la fistule sont alors dans un relâchement complet.

Plusieurs injections sont successivement faites dans le vagin, et un tampon d'agaric y est introduit.

La malade est reportée dans son lit, et une petite sonde est mise à demeure dans la vessie.

La journée qui suivit l'opération ne présenta rien de particulier. L'urine, claire et limpide, s'écoula en totalité par la sonde.

Le 8, le tampon d'agaric est retiré. La nuit a été assez bonne; la sonde marche très bien; il en est de même le 9.

Le 10, même état. Dans la nuit, les règles surviennent, le sang coule par le vagin; cependant l'urine, qui passe toujours en totalité par la sonde, a été légèrement colorée.

Le 11, les règles continuent; mais l'urine est claire.

Le 12, l'écoulement menstruel a cessé.

Le 13, j'examine l'état des parties et retire les quatre points de suture. Les lèvres sont parfaitement réunies et forment une ligne rouge, longitudinale, coupée par des sillons transversaux dus à la section déterminée par les fils.

Le 14 et le 15, la sonde marche très bien. L'urine est claire et limpide. La malade se plaint seulement d'une douleur dans la région sacrée; cette douleur est occasionnée par le décubitus dorsal.

Le 18, la malade est examinée de nouveau. La réunion est complète. La sonde à demeure est retirée, ce qui permet à l'opérée de se coucher sur le côté. Le jour même, elle urine seule, sans aucune douleur. La vessie est déjà assez grande pour que le besoin d'uriner ne se fasse sentir que deux fois par nuit et trois fois par jour.

Les jours suivans, M[lle] Lecomte commence à se lever.

Le 22, elle est examinée une dernière fois, en présence des personnes qui ont assisté à l'opération. On constate alors :

1° L'état sain des parties génitales qui ne sont plus baignées par l'urine.

2° L'entrée du vagin parfaitement sèche; au fond de ce conduit, on aperçoit une petite quantité de pus.

3° L'urètre est libre et laisse pénétrer facilement une sonde d'argent.

4° En déprimant la paroi recto-vaginale, et écartant à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres, on aperçoit sur la ligne médiane une longue cicatrice rosée résultant de la réunion des lèvres de la fistule.

5° Sur les côtés, il existe deux autres cicatrices résultant des incisions de débridement. Ces dernières ne sont pas encore complètement cicatrisées, et ce sont elles qui fournissent le pus que nous avons vu tout à l'heure au fond du vagin.

6° Au devant du col, on aperçoit une cicatrice transversale qui indique l'endroit où le vagin a été détaché sur ce point.

Depuis, cette malade a été visitée de nouveau, et on a pu constater sa complète guérison. La vessie faisait admirablement l'office de réservoir, puisqu'elle pouvait, comme autrefois, conserver les urines.

La pudeur de cette jeune fille l'a constamment portée à cacher la cause de son mal. Ni la douleur, ni les écoulemens de sang, ni les spasmes, ni les changemens apportés dans la miction n'ont pu la décider à indiquer la source de ses souffrances. Il eût été d'autant plus à désirer qu'elle eût fait, dès le principe, l'aveu de ce qui lui était arrivé, qu'on aurait pu alors, probablement, retirer le corps étranger par le vagin, sans qu'il en résultât d'accident ou d'infirmité, l'ouverture faite par le crayon n'étant accompagnée d'aucune perte de substance et pouvant permettre, par conséquent, le rapprochement des différens points de la circonférence de la plaie.

Cette observation fournit une nouvelle preuve de l'efficacité de ma méthode par glissement. Chez cette jeune personne, le vagin a été facilement déplacé de son insertion au col de l'utérus, et la réunion des lèvres ravivées de cette grande fistule a pu avoir lieu en dix jours.

C'est à peu près à la même époque qu'une fistule vésico-vaginale, avec perte de substance de la cloison, opérée devant mes distingués confrères, Civiale et Costello, par l'autoplastie par glissement a été guérie dans le même espace de temps.

Quand on songe aux nombreuses et volumineuses aspérités qui recouvrent le corps étranger, on ne s'étonne pas des difficultés qui se sont rencontrées lorsque notre confrère, M. Montag, médecin à Meulan (Seine-et-Oise), a procédé à son extraction qui n'a pu être faite qu'après avoir débridé la cloison vésico-vaginale du corps étranger, vers le col de la vessie. Malgré ces débridemens, sagement exécutés, on n'a pu encore le retirer sans employer un certain degré de force.

Si les corps étrangers contenus dans la vessie prennent rarement le chemin du vagin, il n'en est pas de même de l'urètre qui, le plus ordinairement, leur sert d'introduction. Que de fois n'a-t-on pas trouvé des calculs ayant pour base des corps étrangers introduits par ce conduit? On a rencontré dans la vessie, par exemple, une pomme d'api incrustée de matière calculeuse. Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, en fit l'extraction. Au bout de trois mois, on retira de la vessie d'une jeune fille, un étui de bois entouré de substance pierreuse. Il avait été introduit par le canal excréteur de l'urine.

Des aiguilles d'os ont été retirées de la vessie où elles avaient été introduites par l'urètre. Au rapport de Morgani, les Italiennes s'introduiraient fréquemment des aiguilles d'os dans la vessie.

Des cure-oreilles sont tombés par la même voie dans la poche urinaire.

On a vu une tige d'ivoire pénétrer par l'urètre, et traverser la vessie, pour paraître dans la région hypogastrique. Toute la partie de l'aiguille contenue dans la vessie était couverte de matière lithique et la portion qui se trouvait en dehors était lisse.

On a vu une aiguille à tête d'ivoire pénétrer dans la vessie, traverser le vagin d'où elle a été extraite.

Toutefois, l'observation qui vient d'être mentionnée ressemble complétement aux nombreux faits indiqués par les auteurs, sous le rapport de la symptomatologie.

Notre jeune malade, en effet, a maigri, et cette maigreur est survenue sous l'influence des excessives douleurs du ténesme vésical.

Le corps étranger a été entouré de matière lithique dans toute sa portion vésicale et ce n'est que beaucoup plus tard, lorsque l'urine s'est échappée par le vagin, que la portion correspondante du corps étranger s'est incrustée de la même matière. Il est certain que, s'il n'était pas survenu une ulcération, le corps étranger n'eût présenté de matière calculeuse que dans sa portion vésicale. On a pu constamment noter cette différence sur les corps étangers dont une portion était contenue à l'extérieur de la vessie et l'autre dans l'intérieur.

On a, une fois, dans un cas rapporté par Choppart, extrait le corps étranger par le vagin; mais il était petit et peu volumineux. Il n'était certainement pas possible de l'extraire de cette manière, sans incision, dans le cas dont nous venons de tracer l'histoire.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DU CHOLÉRA CUTANÉ OU SUDORAL (1);

Par le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

Les trois formes de choléra épidémique que nous admettons se confondent dans l'obscurité de leur cause productrice. Cependant dans la forme cutanée éclate encore une manière d'être spéciale; dans les choléras spasmodique et intestinal cette cause mystérieuse frappe une seule fois ses victimes qu'elle tue rapidement ou qu'elle laisse se rétablir sans les prédisposer à recevoir de nouveaux coups, soit dans la même épidémie, soit dans les épidémies subséquentes. Voyez au contraire son mode d'action dans la forme cutanée. Elle frappe le malade au début du mal; elle le frappe dans le cours de l'épidémie par les accès qui coïncident soit avec la recrudes-

(1) Voir les numéros des 6, 8, 10 et 15 Mars.

cence de la mortalité, soit avec l'augmentation du nombre des cas dus à la forme intestinale; elle le frappe fatalement quand, après sa période d'absence, elle revient dans une contrée, et peut-être le frappe-t-elle encore dans un intervalle des épidémies, comme si, réactifs délicats et subtils, les organismes malades trahissaient par leurs accès la persistance d'une cause affaiblie dont seuls ils ressentiraient les effets. J'avoue que cette dernière appréciation manque de la précision des précédentes, car on pourrait aussi établir, avec d'égales raisons, que le choléra cessant avec l'épidémie, les accès de la forme cutanée continuent à des intervalles divers, comme on voit les accès de fièvre intermittente contractés à Madagascar, au Sénégal, etc., se manifester encore souvent avec opiniâtreté quand le malade, de retour en Europe, a quitté les influences paludéennes qui leur avaient donné naissance. Nous avouons encore que ces considérations applicables au choléra de Toulon ne le sont pas à celui du *Montebello*, dans lequel les convalescences ont été courtes et exemptes de rechute. Cette nouvelle différence commande quelque réserve en égard à l'analogie que nous avons trouvée entre le choléra de Toulon et celui du *Montebello*. Mais quelle que soit l'opinion qu'on adopte, nous croyons qu'il est impossible de ne pas voir, dans le choléra de ce dernier vaisseau, une forme essentiellement cutanée.

Le choléra cutané, que nous considérons comme un fait désormais acquis à la science, se distingue donc des autres formes cholériques par des particularités dans l'étiologie, les symptômes, la marche, le diagnostic, le pronostic, la durée, les terminaisons : abordons celles que présente le traitement.

Je n'ai pas observé le degré le plus élevé du choléra cutané, mais il est facile de pressentir l'impuissance de la thérapeutique actuelle contre une atteinte aussi terrible; c'est ce dont témoigne le rapport de M. le docteur Beau, dans lequel on cherche vainement un médicament qui ait réussi dans l'épidémie du *Montebello*. Avouons donc que, de nos jours, la science, l'empirisme ou le hasard ne nous ont point encore révélé un moyen capable de guérir directement le choléra cutané. Cette forme est aussi réfractaire que les autres aux ressources humaines, et il est probable que, si on découvre un jour un spécifique, il réussira également dans les trois formes du mal. Ce que je vais dire ne se rapportera qu'au traitement du choléra cutané, à son degré moyen, tel que je l'ai ressenti et observé.

L'intégrité ou les troubles peu prononcés du tube digestif dans le choléra cutané laissent une voie facile à l'introduction des médicamens, des alimens et à leur absorption.

Aussitôt après l'invasion du choléra cutané, il faut, en général, coucher le malade, le ranimer s'il est tombé en syncope, en lui faisant respirer du vinaigre fort, de l'eau de Cologne, etc.; le réchauffer à l'aide de moines remplis d'eau bouillante, de couvertures épaisses; combattre les crampes par des frictions faites avec une flanelle sèche; calmer les nausées par une légère infusion de tilleul, de thé ou de café punchés, prise par intervalles en petite quantité; rassurer le moral et attendre la réaction qui s'opère plus ou moins vite, selon les cas.

Il ne faut rien changer quand la chaleur commence à venir, et même quand elle est déjà assez prononcée pour être incommode. Ce n'est que lorsqu'elle est très forte et répartie au même degré dans toutes les parties du corps, qu'il faut commencer à ôter les moines seulement. Il ne faudra toucher aux couvertures que lorsque la transpiration abondante durera depuis quelques heures.

Dans ce premier accès, comme dans ceux qui doivent se succéder, l'expérience m'a appris qu'il fallait éviter de provoquer ou d'entretenir une transpiration trop abondante par des médicamens stimulans, des couvertures trop épaisses, des moyens de calorification trop énergiques, et qu'en général il était utile de maintenir la diaphorèse dans des limites modérées.

Dès que la sueur a diminué d'une manière notable, il est utile de prescrire des bouillons tièdes et de l'eau vineuse.

Si des vomissemens, des selles existaient, il faudrait les arrêter, ne pas les entretenir, ni les provoquer pour ne pas donner accès à la forme intestinale. Les boissons aromatiques, le laudanum, les lavemens émolliens, anodins, astringens, pris en petite quantité sont les moyens les plus efficaces.

Aussitôt que les malades le pourront ou que l'état de leurs forces le leur permettra, ils feront très bien de quitter leur lit, de se vêtir chaudement, de s'asseoir ou de se promener dans leur appartement. C'est ce qu'ils devront faire chaque fois que leur sommeil sera brusquement interrompu ou agité par des cauchemars incessans.

Le repos chez soi, pendant plusieurs jours, est indispensable quand l'atteinte du mal a été assez forte ou que les accès subséquens ont duré quelques heures.

Il faudra rapidement recourir aux potages substantiels, aux vins généreux, au café et ne pas tarder d'administrer les médicamens toniques, stimulans, antispasmodiques, antipériodiques. C'est ainsi qu'on a, tour à tour, employé le quinquina en décoction, en vin, en extrait, le sulfate, le valérianate de quinine, l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, les diverses préparations de fer solides ou liquides, les amers, un régime substantiel (bouillon, potages gras, viandes rôties), les vins généreux, le café; plus tard, les bains tièdes, les opiacés, l'éther, le camphre, le musc, l'*asa-fœtida*, le sous-nitrate de bismuth, l'électricité, les eaux de Seltz, de Saint-Galmier, de Condillac, les cataplasmes, les lavemens, les vomitifs, les purgatifs légers.

Tous ces moyens sagement combinés, habilement modifiés pour satisfaire à des indications générales ou locales ont suffi dans les cas légers; mais ils n'ont rien produit de décisif puisque pas un seul cas de cholora cutané, un peu intense, n'a été radicalement guéri par la constance de leur emploi; cependant, sans nul doute, ils ont été utiles en tonifiant l'organisme et en amoindrissant les douleurs.

Dans l'intervalle des accès, il faut, avec soin, éviter les travaux de l'esprit, aussi bien que la fatigue de l'estomac et des jambes. Toutefois, des occupations faciles et agréables, un exercice modéré en plein air sont préférables à l'oisiveté et au séjour dans la maison.

J'ai vu des malades atteints de choléra cutané porter sans cesse sur eux des médicamens antispasmodiques qu'ils prenaient dans les rues, dans les corridors, dans les promenades pour diminuer l'épigastralgie qui les fatiguait par ses retours inopinés.

L'habitude de se coucher tard et jamais avant minuit, est un soulagement pour les personnes qui, pendant un certain temps, sont réveillées par des névropathies pénibles qui ne manquent pas de se montrer de minuit à deux heures du matin, après quelques heures d'un premier sommeil.

Le changement de lieu pendant l'épidémie et l'habitation à la campagne, hors du foyer cholérique, sont impérieusement commandés dans tous les cas et surtout si, dans l'épidémie régnante, la forme cutanée prédominait. Il faut soustraire à la persistance de la cause le malade qui en a déjà subi l'influence. On pourra ainsi conjurer, sinon la maladie, du moins son aggravation ultérieure.

Les voyages, le séjour dans les établissemens d'eaux thermales n'empêchent pas la réapparition des accès, mais leur retour est moins fréquent; la cessation des occupations habituelles, le changement de vie, les distractions qui s'y rattachent, constituent des modificateurs qui ne sont pas sans utilité. J'ai toujours observé qu'après une absence et le retour dans leur pays, les malades ne tardaient pas à éprouver des accès plus fréquens et plus intenses que le temps, cependant, affaiblissait bientôt.

Après l'épidémie, les malades sentent longtemps le besoin de continuer les toniques de toute espèce, de tout genre, et l'usage des antispasmodiques et des vêtemens de flanelle. Nous avons fréquemment conseillé les bains de mer, les eaux sulfureuses, ferrugineuses, le sirop d'éther, le parégorique de M. le docteur Palmier, etc. Chez une dame qui, plusieurs années après l'épidémie de 1849, était encore affectée d'accès fréquens et très pénibles, j'ai eu recours avec succès à l'inspiration répétée de 8 à 10 grammes d'éther sulfurique.

Enfin, dans l'imminence d'une nouvelle épidémie, je suis convaincu que le seul moyen de préservation contre une nouvelle atteinte serait une prompte émigration pour les personnes que le devoir ne retiendrait pas dans le foyer épidémique, tandis que les autres ne manqueront pas de trouver des motifs de sécurité dans le calme de l'esprit, l'énergie morale, l'observation rigoureuse des règles de l'hygiène et dans la confiance que leur donneront les observations d'individus qui, sérieusement atteints en 1849, n'ont éprouvé, en 1854, que de légers retours.

Nulle remarque, si attentive qu'elle fût, n'a pu me faire soupçonner qu'à Toulon le choléra cutané ait été contagieux ou infectieux; il m'a toujours paru naître directement sous l'influence épidémique de la cause inconnue qui entourait notre population.

Dans ce mémoire, j'ai insisté sur les détails du choléra cutané de notre ville et je n'ai rapporté qu'incidemment ce qui a trait à l'épidémie qui a sévi sur quelques-uns de nos vaisseaux, aussi les observations que je pourrais relater se rapportent-elles entièrement au choléra cutané de Toulon; mais comme elles ne seraient que l'analyse de ce que j'ai cherché à synthétiser, je ne les relaterai pas ici pour ne point m'exposer à des répétitions dans ce premier travail déjà bien long.

Comme appendice et à titre de document, pouvant servir à l'histoire du choléra à Toulon, je vais faire connaître l'invasion, la durée, la terminaison et les chiffres de la mortalité dans les trois épidémies de notre ville, d'après les renseignemens puisés à l'état civil.

1835. — DÉCÈS.

Du 20 Juin au 30 Septembre inclus (103 jours).

	Cholériques.	Ordinaires.	Totaux.
Juin	40	50	90
Juillet	1,375	266	1,641
Août	189	125	314
Septembre	52	121	173
	1,656	562	2,218

1849. — DÉCÈS.

Du 31 Août au 31 Octobre inclus (62 jours).

	Cholériques.	Ordinaires.	Totaux.
Août	1	13	14
Septembre	257	234	491
Octobre	493	246	739
	751	493	1,244

1854. — DÉCÈS.

Du 8 Juillet au 18 Novembre inclus (134 jours).

	Cholériques.	Ordinaires.	Totaux.
Juillet	124	322	446
Août	863	494	1,357
Septembre	171	239	410
Octobre	106	218	324
Novembre	55	145	200
	1,319	1,418	2,737

En comparant les décès ordinaires des mois épidémiques à ceux des mois correspondans de l'année qui précédait, on acquiert la conviction que, par des motifs divers, les médecins ont de plus en plus chargé le chiffre des décès ordinaires et diminué celui des cholériques.

Disons enfin qu'en 1835, on comptait à Toulon environ 35,000 âmes; qu'en 1854, l'évaluation s'élevait à 70,000 (*soixante et dix mille*); que l'invasion des deux dernières épidémies a coïncidé avec un mouvement considérable de troupes dans notre cité.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Mars 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

M. BOUILLAUD continue ainsi :

Dans mon livre, qui est antérieur à celui de M. Piorry, notre collègue aurait pu trouver une classification conforme aux principes que j'ai énoncés. Je reconnais que cet essai laisse à désirer, mais il n'en saurait être autrement, puisque nous ne connaissons pas la matière intime des modificateurs qui agissent sur l'organisme.

J'admets douze classes, douze modes morbides distincts répartis en trois familles : 1° les maladies mécaniques et physiques (déplacemens, luxations, solutions de continuité, tumeurs) ; 2° celles qui altèrent les organes dans leur structure, dans leurs propriétés physiques, chimiques, dynamiques; 3° enfin celles qui ne se lient à aucune altération appréciable. Ce sont les *névroses* de Pinel, et bien que cet auteur ait sans doute considéré comme telles beaucoup de maladies à siége anatomique, bien que cette erreur soit commise encore aujourd'hui peut-être dans quelques cas, la réalité de cette classe n'en est pas moins un fait.

Et maintenant, quant aux subdivisions, ce sont les phlegmasies et les pyrexies, les fluxions, puis les états opposés : gangrène, asphyxie locale; puis viennent les empoisonnemens et les maladies virulentes, et ainsi de suite. Il n'est aucune de ces douze catégories qui ne soit fondée sur la *nature* des maladies.

Encore une fois, cette classification n'est pas le dernier mot de la science, ce n'est même pas mon dernier mot; mais elle suffit pour prouver que ce que Broussais croyait avoir renversé reparaît et reparaîtra éternellement. Qu'en dira M. Piorry? Il soutiendra — et c'est là de la logomachie — que mes classes de maladies ne sont que ses états organo-pathiques, à lui.

M. PIORRY : Oui, et je le prouverai.

M. BOUILLAUD : Par cela même qu'on peut analyser les états morbides complexes, les décomposer en états élémentaires combinés deux à deux, trois à trois, il est évident qu'il existe des maladies compliquées, *composées* (remarquez qu'il ne s'agit pas d'affections à siége multiple; car si, par exemple, un sujet avait des inflammations répétées dans un grand nombre d'organes, sa maladie ne serait pas composée, ce serait un état morbide de même nature qui se reproduirait dans des points différens). La fièvre typhoïde est un exemple de ces maladies complexes; comme vous, je cherche, et cela depuis vingt-cinq ans, un nom qui en donne une idée fixe et positive. Dans la deuxième et la troisième période de la fièvre typhoïde, il ne s'agit évidemment plus d'une simple inflammation; et ce serait une monstruosité de croire, avec Broussais, que l'*intensité* des phénomènes inflammatoires soit la cause de l'état particulier dont s'accompagnent ces périodes de la maladie. Évidemment, un élément nouveau s'est joint à ceux qui existaient d'abord. Cela est admis par tout le monde : les anciens connaissaient le fait aussi bien que nous, témoin leur synochus *putris* et *imputris*, contre lequel vous vous élevez si souvent et à tort. Voudriez-vous que Galien appelât son synochus *putris* une hémite ou une angiocardite, septicémique ou une fièvre angioténique? Il faisait de son mieux pour caractériser un état complexe qu'il observait, et dans lequel il constatait, d'une part, la fièvre inflammatoire, synochus, et d'autres phénomènes qu'il jugeait être de nature putride.

Lorsque M. Piorry nous dit qu'en clinique on ne voit pas deux maladies semblables, que leurs élémens, leurs complications, etc., varient à l'infini suivant les individus et suivant une foule de circonstances, il exprime une vérité. Mais les maladies n'en sont pas moins des unités susceptibles de classification. Chacun de nous a une taille, un visage, des traits qui lui sont particuliers, et cependant si nous existons comme individus, nous nous confondons aussi dans la même unité. De même au lit du malade, la maladie est toute individuelle, cela va sans dire; mais il serait impossible de faire la science en la considérant toujours comme telle. Il n'est pas de science possible sans généralisation, sans abstraction. C'est la faculté la plus commune et la plus sublime à la fois; celle que nous exerçons malgré nous, dès le berceau, comme instinctivement. Refuser de s'en servir, serait ravir à la couronne intellectuelle de l'homme son plus beau fleuron.

Je désirerais que ces réflexions portassent M. Piorry à méditer de nouveau ce sujet. Encore une fois, s'il croit être en désaccord avec nous, c'est par suite d'une véritable logomachie, c'est par suite de cette idée erronée que les états organo-pathiques admis par lui sont autre chose que des maladies.

Réservant pour la prochaine séance ce que j'ai à dire du vitalisme, j'aborde un côté bien délicat de la question, celui qui a trait à la nomenclature de M. Piorry. Notre collègue vous a cité un passage de mon

livre où je le félicite d'avoir entrepris à lui seul une tâche que j'avais proposé de confier à un corps savant.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que cette question de la nomenclature me préoccupe ; en 1825, je faisais des recherches sur une maladie peu connue alors, et qui est une des conquêtes de cette époque si féconde (car je ne crains pas d'affirmer que, depuis trente ans, il a été plus fait pour la médecine et la chirurgie pratique que pendant bien des siècles auparavant). Il s'agissait de l'inflammation du cerveau indiquée par Morgagni, mais dont la connaissance est due à MM. Rostan et Lallemand. Ces auteurs l'avaient appelée *ramollissement*, et je combattais cette dénomination en soutenant que le nom d'une maladie devait en indiquer la *nature* et non telle ou telle de ses particularités. Puisqu'on disait gastrite, entérite, je voulais qu'on dît aussi *encéphalite* ou *cérébrite*. Et cela était d'autant plus rationnel, que, vers la même époque, on avait découvert un autre ramollissement qui se rapproche de la gangrène sénile des extrémités, et qui, comme cette dernière maladie, est due à l'ossification des artères. En 1830, j'exposais, dans un article du *Journal hebdomadaire*, mes réflexions au sujet d'une réforme dans la nomenclature médicale.

Mais bien avant, en 1817, un auteur qui savait le grec mieux que M. Piorry et moi, un homme connu par son esprit et ses qualités aimables, un de ceux dont les noms sont inscrits sur les murs de cette Académie, avait publié, dans le premier volume de son ouvrage, un essai de sa nomenclature. Voici quelques-uns des noms qu'il a créés ; je suis frappé de la ressemblance qu'ils ont avec ceux de M. Piorry : gastrose, enterose, colose, blenose, adenose, angiose, polyorexie, canina, lupina, polydipsie, scirrogastrie, gastrocélie. Dans le nombre, il y avait des mots très durs : gastrobrosie, héterorexie et autres.

Un critique a dit, au sujet de cet essai de nomenclature, qu'il était remarquable par sa singularité ; il a reproché à l'auteur d'avoir dessiminé les fièvres sous le titre d'*angiopyrie*, dans l'ordre des *angioses*, de *colopyrie* dans les *coloses*, de *blenopyrie* dans les *blenoses* (c'est exactement ce que fait M. Piorry) ; enfin, que l'auteur a sans doute voulu s'égayer par un tour de force à la manière de Rabelais ! — Et savez-vous quel était ce critique ? C'était l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique*, en 1818 !

(M. Bouillaud cite un passage de son livre où il indique les principes qui devraient être suivis dans une bonne nomenclature médicale, « travail qui prépare de véritables tortures à celui qui aurait le courage de l'entreprendre. »)

J'avais pensé qu'une nomenclature nouvelle devait être l'œuvre d'une Société savante ; M. Piorry a fait à lui seul ce travail, et sa vaste réforme embrasse jusqu'au nom même de la médecine, puisqu'il a intitulé son livre : *Traité de pathologie* IATRIQUE !

Mes idées sur ce sujet n'ont pas varié depuis 1825 jusqu'à 1846, époque où je publiai ma *Nosographie*. Il n'est pas dans ce dernier livre une dénomination qui ne soit tirée de la nature de la maladie. Et cependant personne ne m'a jamais accusé de néologisme, parce que, autant que possible, je me suis servi d'expressions françaises préférablement au grec. J'ai mieux aimé dire : dilatation du cœur que cardiectasie (nom, du reste, qui n'est pas nouveau) ; quand je trouvais une expression toute faite et admise dans la science, comme *hypertrophie* (qui est de Legallois et non d'un collègue vivant auquel M. Piorry l'attribue par erreur), ou *atrophie*, je l'ai utilisée. Le grec est une langue divine, et c'est pour cela qu'il ne faudrait pas la rendre barbare ; pourquoi surtout substituer des dénominations nouvelles à des expressions usitées, comprises de tout le monde ? Mieux vaudrait peut-être l'excès opposé, et le nom de *moëllite*, mis par M. Gerdy à la place de myélite ne me révolte nullement. *Ne quid nimis*, c'est là la grande difficulté, l'immense problème, et Dieu seul a été assez grand pour le résoudre en toutes choses.

Je conseille donc à M. Piorry, dont la fécondité en mots nouveaux va jusqu'à la superfétation, d'en supprimer beaucoup. *Sabrez, sabrez*, lui dirai-je comme Pinel à Broussais. Vous pouvez, sans inconvéniens, retrancher les neuf-dixièmes de votre nomenclature. On y trouve des expressions qui écorchent la langue qui les prononce et l'oreille qui les entend (et cependant, chose digne d'être rappelée, les deux motifs qui ont engagé M. Piorry à faire sa nomenclature, c'est que le néologisme était arrivé à son comble, et qu'il fallait un langage plus euphonique). Je citerai les mots suivans que je vais m'efforcer de lire le plus couramment possible : *hémitoraïhisomyélite*, *synosiomyosite*, *dyspsychisme*, *apsychisme*, *hypopsychisme*, *niliosonecraxie*. Il est impossible que ces mots-là restent. M. Piorry se rappelle ce qu'Horace pense du *sesquipedalia verba*, et Boileau des mots qui de Paris iraient jusqu'à Pontoise. Il y a dans la nomenclature des mots de dix syllabes ; il y en a où M. Piorry fait entrer l'Europe, le Nil et l'Afrique. (On rit.)

M. PIORRY : On rirait de même si vous prononciez les mots de la nomenclature chimique sans les faire précéder des considérations qui ont engagé les auteurs à les former.

M. BOUILLAUD : M. Piorry a tort de s'offenser des rires. Si dans la prochaine séance il faisait rire à mes dépens, ce serait pour moi un agréable plaisir. J'observe, au surplus, que ceux qui rient ici ne sont pas mes amis ; ce n'est pas ma présence qui a attiré ce nombreux auditoire.

Quelle nécessité y avait-il de donner un nom au typhus d'Europe autre que ce nom même qui n'est que provisoire ? Pourquoi *dyspsychisme* dans une nomenclature anatomique ? Quelle raison pour dire *nécrosganographisme*, qui est affreusement dur, et non *description anatomique* ? Et puis combien d'abréviations qui dénaturent complétement le sens des mots !

Il est impossible de lire le traité de M. Piorry sans dictionnaire. Et c'est là, j'en suis sûr, ce qui amoindrit le succès de cet excellent livre.

De tout cela je conclus que la réforme a besoin d'être réformée ; qu'il est impossible, pour les raisons que déjà MM. Bousquet et Gerdy ont fait valoir, de faire adopter un système général de nomenclature, tellement général, que *médical* devient *iatrique*, et *généralité*, *polygraphie*. Je reste convaincu qu'une réforme ayant droit à être acceptée par tous, ne peut être l'œuvre d'un seul homme.

M. Piorry assimile son système à celui de la nomenclature chimique. La différence est considérable. D'abord, toutes les fois que le nom d'une combinaison menace de devenir trop long, on le scinde en deux parties, exemple : sulfate de soude, etc. Ensuite, les expressions dont se servent les chimistes sont celles du langage usuel à peine modifiées pour la plupart. Enfin, et c'est là le point fondamental, les dénominations sont tirées de la nature même des corps, c'est-à-dire qu'elles sont formées d'après ce même principe dont je reproche à M. Piorry de s'être constamment écarté.

PRESSE MÉDICALE.

AMPUTATION DU PIED D'APRÈS LA MÉTHODE DE PIRAGOFF ; par le professeur HOPPE de Bâle. — Homme de 55 ans ; tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne gauche ; trajets fistuleux, carie du tibia, destruction des cartilages, etc. L'opération fut pratiquée le 5 mai 1854, d'après le procédé indiqué par Pigaroff. Avec un couteau étroit, fort et long, on pratiqua une incision jusque sur les os, passant de la malléole externe au-dessous de la plante du pied et venant se terminer à la malléole interne ; un lambeau dorsal, à convexité antérieure, réunit les extrémités de cette première incision. L'articulation fut facilement ouverte et l'astragale complétement sorti de la mortaise au moyen de quelques petits coups de couteau ; avec une scie fine, le calcanéum fut sectionné de haut en bas, immédiatement derrière l'astragale. L'opérateur nettoya la plaie des restes de la capsule synoviale rouge, épaissie et de tout le tissu cellulaire infiltré, puis il enleva l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, dans une hauteur de 1 pouce 1/3. Il lia ensuite la tibiale postérieure et plusieurs artères plus petites, et après avoir complétement nettoyé la plaie de toutes les parties molles encore malades, il renversa le talon, de manière à affronter la section du calcanéum contre celle du tibia et fixa la peau avec huit points de suture. Pansement simple. Douleurs vives pendant deux jours, mais le malade était, de tout temps, extrêmement sensible. En quinze jours la réunion était complète par première intention, à l'exception de l'angle interne de la plaie et le malade est retourné chez lui, tout à fait guéri, dans la quatrième semaine. — (*Medicinische briefe V. prof. J. Hoppe*, juin 1854.)

Ce cas est exceptionnel par la simplicité des suites de l'opération et par la rapidité de la guérison ; il n'en est pas toujours de même, comme il ressort de l'observation suivante : Le docteur C.-O. Weber pratiqua la même opération, pour un cas semblable, à la clinique de Bonn, le 12 mai 1854, sur un charbonnier de 37 ans. Comme le tibia était sain, cet os ainsi que le péroné furent sciés immédiatement au-dessus des malléoles, de sorte qu'il restait encore au milieu, une petite portion du cartilage articulaire. Lors du renversement du calcanéum sur le tibia, les deux extrémités osseuses ne correspondaient pas exactement ; à la partie antérieure, il restait un écartement, tandis que les os se touchaient en arrière. Cet accident était arrivé deux fois au docteur Weber, en opérant sur le cadavre, et déjà avant, au professeur Schub, dans la même opération sur le vivant. La section partielle du tendon d'Achille, qui avait suffi sur le cadavre, étant restée sans résultat, on enleva du calcanéum un segment en forme de coin à base postérieure, procédé déjà employé par M. Schub. La coaptation devint alors facile et parfaite. La plaie se cicatrisa en partie par première intention ; après six semaines il ne resta plus que deux trajets fistuleux peu profonds et sécrétant un peu de pus de bonne nature. Le malade portait en même temps une ankylose angulaire du genou, par suite de contracture musculaire. Le 27 juin on fit les sections tendineuses du biceps, du demi-tendineux et du demi-membraneux ; mais l'appareil d'extension détermina un abcès et une gangrène superficielle de la peau recouvrant le tendon d'Achille. Cette lésion, dont la cicatrisation marcha très lentement, détermina une suppuration plus abondante des fistules, et cinq mois après l'opération, les plaies étaient presque cicatrisées, le moignon ne causait plus aucune douleur et le malade pouvait très bien s'appuyer sur lui. Cette opération a été pratiquée huit fois et le docteur Otto donne le résumé des six observations publiées. Le principal accident consécutif consistait en dépôts purulens le long du tendon d'Achille. A l'exception du cas du professeur Hoppe, la réunion était presque terminée en six à huit semaines ; il ne restait alors que quelques petites ulcérations fistuleuses rebelles, que l'on rencontre aussi souvent dans les autres amputations du pied par la méthode de Chopart, de Lisfranc et de Syme. Toujours la soudure des os était opérée avant la réunion de la peau et le résultat de l'opération a toujours été favorable. Dans les réflexions ajoutées par le docteur Otto, celui-ci repousse les objections opposées à cette méthode et examine principalement les deux questions suivantes : 1° Peut-on s'assurer de l'état de la partie postérieure du calcanéum de manière à pouvoir la conserver ? Il répond par l'affirmative et fait remarquer que, d'après l'examen de pièces anatomiques, cette partie reste presque toujours saine. Si on la trouve malade, on peut l'enlever, et quand l'affection remonte trop haut dans les os de la jambe, on fait l'amputation à la partie inférieure de cette extrémité ; 2° le moignon est-il favorable à la marche ? Oui, car la surface osseuse qui forme la base de sustentation est large, lisse, recouverte par une peau épaisse ; la peau plus fine ne commence qu'à l'insertion du tendon d'Achille, et le malade appuie principalement sur la large surface qui se trouve située alors antérieurement et doublée de la peau cornée du talon. L'extrémité inférieure est de 1/2 à 1 pouce plus longue qu'après l'opération de Syme, de sorte que le raccourcissement est assez peu considérable pour être compensé par l'abaissement du bassin du même côté et une botte matelassée. — (*Deutsche Klinik*, 1855, numéros 2 et 3.)

CHEILOPLASTIE (*Nouveau procédé de*) ; par le professeur LANGENBECK. — C'est plutôt une modification destinée à remplacer le procédé de Dieffenbach pour la confection d'un bord libre rouge de la lèvre. Ce bord, qui fait le passage entre la peau extérieure et la muqueuse, renferme des fibres de l'orbiculaire, de nombreuses glandules labiales et un développement considérable de vaisseaux sanguins. Ces conditions le rendent très extensible et doué de beaucoup de vitalité. Le professeur Langenbeck s'en sert pour recouvrir le bord libre de la nouvelle lèvre. Quand la partie à enlever n'est pas trop considérable, on la resèque par une incision plus ou moins ovalaire, on détache, du reste de la lèvre, le bord libre rouge, en le taillant en lambeau, ayant au moins 4 lignes de largeur ; on prolonge l'incision de manière à pouvoir recouvrir le bord saignant au moyen d'une traction modérée et l'on fixe ce lambeau sur la plaie de l'excision, par des points de suture. Quand la perte de substance de la lèvre inférieure est trop considérable, on emprunte à la lèvre supérieure le bord rouge, en taillant un ou deux lambeaux de chaque côté de la ligne médiane, que l'on transplante sur le moignon inférieur. Dans ce cas, il faut faire l'opération en deux temps, enlever d'abord la partie malade, laisser cicatriser la nouvelle lèvre formée et opérer seulement alors la transplantation, en avivant le bord libre de la lèvre. Dans le premier cas, les deux opérations peuvent être faites en une séance. — Nous nous demandons ce que la cosmétique gagne à dépouiller la lèvre supérieure de son bord rouge pour en revêtir l'inférieure ; l'avantage serait incontestable, au contraire, si les fibres de l'orbiculaire suffisaient pour donner à cette lèvre un peu de mobilité et la maintenir en place. L'article est d'ailleurs un peu écourté et les détails du procédé manquent de clarté. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 1.)

PEMPHIGUS (*Sur le*) ; par le professeur R.-B. FODD, à Londres. — Il rapporte 18 cas de cette maladie, parmi lesquels il s'en trouve seulement 2 chez des nouveau-nés, l'un syphilitique, l'autre non. Celui-ci fut observé chez un garçon de huit jours, d'excellente mine, qui, le quatrième jour après la naissance, eut des bulles sur le ventre, les cuisses et les fesses. Au bout de quinze jours l'éruption disparut spontanément, avec une simple application d'ouate sur les parties malades. L'enfant s'est toujours bien porté et prospère admirablement ; aucune trace de syphilis héréditaire. Les parens ne sont pas syphilitiques, mais habitent une maison humide, située à côté d'une eau stagnante. Parmi les conclusions de l'auteur, je citerai seulement les suivantes : le pemphigus se montre non seulement dans la dyscrasie syphilitique, mais aussi dans d'autres ; il prend des individus cachectiques et des individus à bonne mine, ayant l'apparence de la santé. Il est le plus fréquent entre 4 et 25 ans. Les 18 malades, dont les histoires sont relatées, étaient tous blonds. Chez les petits enfans, il se montre non seulement symptomatiquement lié à une cachexie, mais il peut être idiopathique et passager. Il paraît se manifester un peu différemment dans les différens pays, car, sur ces 18 cas observés à Londres, la plupart étaient chroniques, ce qui est contraire aux assertions de plusieurs auteurs, surtout français. En général, une nourriture et un traitement tonique sont indiqués, mais n'amènent pas seuls la guérison. Le meilleur remède, presque spécifique, est l'arsenic, la teinture de Fowler qui n'empêche pas toujours les récidives, mais les rend moins intenses et tenaces, et amène leur disparition (je puis confirmer cette assertion par ma propre expérience). On peut donner ce médicament aux plus petits enfans. — (*Journ. f. Kinderkrankh*, 1855, n° 1 et 2).

SURDITÉ (*Guérison de la — par la pression du tympan*) ; par le docteur ERHARD, de Berlin. — La propriété qu'ont les membranes de résonner, dépend de leur tension et de leur épaisseur. Les membranes tendues vibrent mieux par les sons aigus, tandis que les graves influencent plutôt les membranes relâchées. Le tympan est une membrane organisée, soumise à diverses altérations de structure qui modifient son élasticité normale et l'assimilent alors à une membrane trop peu tendue. Cet état peut être reconnu par les moyens suivans : 1° Le malade entend distinctement le tic-tac d'une montre appliquée sur l'apophyse mastoïde ; 2° il a des momens *lucides* ; il dit que souvent, principalement en nettoyant le conduit auditif, il retrouve tout à coup l'ouïe, mais momentanément ; 3° la trompe d'Eustache et la caisse du tympan sont libres ; 4° l'inspection auriculaire montre le fond du conduit fermé par une membrane rougeâtre, mollasse, granuleuse, analogue à la conjonctivite granuleuse, ou bien jaune paille et fibreuse ; 5° dans tous les cas il y a otorrhée provenant de cette membrane et du fond du conduit ; 6° la membrane peut être perforée ou non, sans changer le résultat. Au moment où l'on touche celle-ci avec un corps quelconque, de manière, cependant, à en laisser une partie libre, la dysécie disparaît pour revenir quand on cesse la pression. L'auteur s'est asssuré sur lui-même que la nature du corps n'a aucune influence, ainsi que la perforation ou l'intégrité de la membrane. Il ne décrit pas son appareil ; on ne pourrait le comprendre, dit-il, sans la gravure ; il indique seulement qu'on doit le fixer dans l'angle de 55° que la paroi inférieure du conduit auditif externe fait avec le tympan, de manière à laisser libre la partie supérieure de celui-ci. Il rapporte à cette action les guérisons de Yearsly, au moyen d'une boulette de coton mouillée, celles de Foynbec par son tympan artificiel et toutes celles obtenues par l'introduction de papier mâché, d'allumettes, de morceaux de lard, etc. — Il nous semble qu'un appareil de ce genre ne doit pas être difficile à construire, et le génie inventif de nos Charrière nous aura bientôt tirés d'embarras. Le principe sur lequel l'auteur se fonde nous paraît incontestable et la lésion assez grave pour qu'on essaie cette application. — (*Deutsche Klinik*, 1854, n° 52.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 33. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 20 Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des
Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 MARS 1855.

LA PRESSE MÉDICALE ET LA DISCUSSION ACTUELLE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous avons indiqué spontanément et en toute liberté la part que nous voulions faire, dans cette discussion, aux doctrines et à celui qui, personnellement, les représente. Déférence et affectueuse estime pour la personne; impartiale vérité pour les choses; telle est, telle a été notre ligne de conduite; telle elle sera invariablement.

Si nous en croyons ce qui nous revient de plusieurs côtés, cette ligne de conduite n'obtiendrait pas l'assentiment du principal intéressé dans ce débat qui, si nos renseignemens sont fidèles, ferait éclater principalement contre l'UNION MÉDICALE les foudres de son ressentiment. Cela nous étonne. Sans courir après une justification dont nous ne sentons pas le besoin, nous croyons cependant devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques extraits des journaux de la semaine. Il sera ainsi facile à tout le monde de comparer nos appréciations à celles de nos honorables confrères de la presse médicale.

La *Gazette médicale de Paris* s'exprime ainsi par la plume de M. L. Peisse :

« Ainsi qu'on l'avait espéré et prévu, M. Bouillaud a pris, dans la discussion soulevée par le travail de M. Piorry, la position que lui prescrivait non seulement le soin de sa propre considération scientifique, mais encore celui de la gloire de l'école de Paris, dont il est par ses travaux, non moins que par son caractère professoral, un des plus éminens représentans. Il a tenu à répudier pour lui, pour ses maîtres, pour ses disciples, pour l'enseignement de la Faculté, la solidarité des énormes erreurs de doctrine, et surtout de l'immense ridicule auxquels on avait essayé de le faire participer. Il n'a pas voulu permettre qu'on l'enrôlât sans son aveu, par des moyens subreptices, sous un drapeau qu'il avait refusé de porter en compagnie de M. Piorry, lorsque ce dernier (c'est M. Bouillaud qui nous fait cette curieuse révélation) lui proposa, en ami et bon collègue, de faire à frais communs la grande entreprise de la réforme nosologique et de l'onomapathologie, et d'en partager les bénéfices. Ce projet d'association ne sourit pas à M. Bouillaud; il lui parut que l'apport de son collègue dans le fonds social n'était pas égal au sien, et qu'en conséquence la balance des profits et pertes ne pourrait être qu'à son désavantage. Il refusa tout net. Aussi a-t-il dû être aussi peu flatté que surpris de s'entendre, dans la discussion actuelle, appeler en quelque sorte en garantie pour des opinions à la propagation desquelles il avait formellement refusé son concours; et c'est, ce semble, sous l'impression un peu vive de cette petite perfidie, qu'il a si bien parlé dans la dernière séance.....

» Les dernières remarques de M. Bouillaud ont porté sur la nomenclature de M. Piorry. Il y a lieu de regretter qu'il n'ait pas pensé comme M. Bousquet, qu'il n'en fallait parler qu'une fois. Ce sujet a produit, malgré la gravité sincère, la dignité vraie et soutenue de l'orateur, son effet habituel d'hilarité. M. Piorry a la faiblesse d'attacher une extrême importance à ce produit malencontreux de son imagination; il est, à cet endroit, comme certains pères dont l'enfant chéri est précisément le plus laid et le plus mauvais sujet de la famille. Dès qu'on touche à ce point sensible, il se plaint qu'on viole à son égard les convenances académiques. Comment faire cependant ? M. Piorry, après beaucoup de provocations infructueuses, a fini par obtenir une discussion publique de ses travaux et de ses idées; il devrait être satisfait. Si parfois l'Académie perd son sérieux, il n'y a de la faute de personne. C'est un cas de force majeure. »

Voici l'opinion de M. Alex. Mayer dans la *Presse médicale* :

« Les principes que professe M. Piorry sont bien simples à énoncer. Ce sont les suivans : il n'y a point de maladies; il n'y a que des organes malades; autrement dit, des états organo-pathiques. L'idée de la maladie *unitaire* est un ontologisme détestable, qui ne saurait aboutir à une thérapeutique rationnelle; et, d'ailleurs, on n'a jamais été d'accord sur l'essence de la maladie, que les uns ont vue dans la cause morbifique et les autres dans les lésions des différentes parties de l'économie. La nomenclature imaginée par M. Piorry est la consécration de ces dogmes et leur application à l'étude nosologique.....

» M. Piorry y accuse tous ceux qui ne pensent pas comme lui, de faire des maladies des *êtres* distincts des organes, des entités, en un mot. C'est là un premier tort. Les maladies ne sont pas, pour les pathologistes modernes, des êtres, mais des *états*. Elles ne sont ni la cause qui les engendre, ni les lésions auxquelles elles donnent lieu; mais un *processus*, une suite de symptômes intermédiaires entre ces deux termes. De plus, il est impossible de concevoir, dans le cadre des maladies dites *spontanées*, l'éclosion d'un état morbide, sans un retentissement nécessaire sur la plupart des appareils organiques, en vertu de la loi de *consensus* qui relie entre elles toutes les fonctions de l'économie vivante. Et, d'ailleurs, l'observation de tous les jours n'est-elle pas là, pour attester que, sous l'influence de certains modificateurs, naissent des maladies parfaitement caractérisées et toujours identiques? Prenons l'exemple choisi par M. Piorry lui-même, la variose. Le virus spécifique, l'*iose*, n'amène-t-il pas fatalement une collection de phénomènes dont le tableau invariable, dans ses traits les plus essentiels, ne peut être confondue avec aucune autre scène morbide ? M. Piorry le reconnaît, mais il argue de ce que des complications surgissent quelquefois, qui réclament impérieusement l'intervention de l'art, alors que les symptômes normaux peuvent être abandonnés aux efforts de la nature, pour montrer combien il importe d'interroger les organes et de combattre leurs lésions, sans se préoccuper de l'unité morbide à laquelle se rattachent celles-ci. Eh bien, nous le demandons en toute conscience, quel est le médecin qui traiterait de la même façon une variole bénigne, légitime, dépouillée, en un mot, de toute aggravation, et une variole avec congestion de l'encéphale ou du poumon, ou bien encore une variole noire ? »

Écoutons la *Gazette des hôpitaux* par la voix de M. Brochin :

« . . . . . Une phrase bienveillante introduite par M. Bouillaud dans les prolégomènes de sa *Nosographie médicale*, et dans laquelle il loue le zèle et les efforts dont M. Piorry a fait preuve dans ses tentatives de réforme de la nomenclature médicale, avait pu entretenir, à cet égard, dans son esprit un espoir dont la perte ne lui a pas dû être moins sensible. Non seulement M. Bouillaud n'est pas partisan de la nomenclature, comme M. Piorry avait paru le croire, mais elle n'a pas d'adversaire plus impitoyable. Au nom de la logique, qui veut qu'on repousse les conséquences d'un principe lorsque ce principe est reconnu faux; au nom de l'usage, qui a consacré des noms convenus, et sur lesquels tout le monde s'entend; au nom des admirateurs de cette belle, de cette divine langue grecque ainsi transformée en un langage barbare, dont les plus grands efforts de mémoire parviendraient à peine à rendre l'usage possible; au nom de l'amitié enfin, M. Bouillaud a adjuré M. Piorry de renoncer à une nomenclature qui, dans sa conviction, n'a pas dû peu contribuer à éclaircir les rangs de ses lecteurs et à amoindrir le succès de ses livres. M. Bousquet lui-même n'avait pas été aussi loin; et si, non sans quelque malice, il avait provoqué les rires de l'assemblée en prononçant avec une certaine affectation l'un des mots de la nomenclature de M. Piorry qui lui ont causé le plus de tribulations, M. Bouillaud, sans aucune malice, apparente du moins, a obtenu un succès de fou-rire en énonçant sans affectation quelques-unes des dénominations de la nomenclature qui ne comptent pas moins de douze pieds, et dans la composition desquelles entrent l'Europe, l'Asie, l'Égypte et le Nil..... »

La *Revue médicale* n'est pas moins explicite sous la plume de M. Sales-Girons :

« A la dernière séance il revenait de droit à M. Piorry de répondre à M. Bousquet; il l'a fait en deux heures. Au bout des premières quinze minutes, l'auditoire suffisamment édifié a pu croire à chaque alinéa que l'orateur allait conclure. L'intérêt et l'attention se sont épuisés en vaine attente. A l'avenir rien ne répondra moins de la bienveillance de l'auditeur que ces répétitions de médecine facile, éditées avec emphase par les localisateurs les plus éloquens. »

Certes, nous ne croyons pas avoir dépassé ni même atteint le ton auquel se sont élevés nos honorables confrères.

Rien ne nous est encore parvenu des impressions des journaux des départemens sur cette discussion. Nous attendons surtout avec impatience et intérêt les journaux de Montpellier.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES DE CHLOROFORME ET SON ADMINISTRATION A L'INTÉRIEUR, ET DE LA VALEUR COMPARATIVE DES DIVERS TRAITEMENS RECOMMANDÉS CONTRE CETTE AFFECTION;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine [1].

(Suite. — Voir les numéros des 4, 6, 13 Janvier et 6 Février.)

L'emploi des émolliens et des calmans se présentait naturellement à l'esprit dans une affection aussi douloureuse que la colique de plomb. Il ne faut donc pas s'étonner que, depuis longtemps et même à toutes les époques, ce traitement ait compté des partisans. Sans remonter à Paul d'Égine, dont le passage si souvent cité pourrait bien s'appliquer à une autre colique qu'à la colique de plomb, les noms de Fr. Hoffmann, de Dehaën, d'Astruc, de Borden, de Tronchin, de Tissot et, plus récemment, ceux de M. Renauldin et de ses élèves MM. Canuet et Palais, témoignent de la faveur dont ce traitement a joui à diverses reprises auprès de médecins aussi recommandables par leur savoir que par leur expérience. Seulement, entre les mains d'Hoffmann et de Dehaën ce traitement offrait une simplicité qui a été quelque peu troublée par l'addition que l'école physiologique a voulu y faire, on ne sait trop pourquoi, des émissions sanguines générales et locales, et que M. Martin-Solon lui a rendue dans les expériences dont j'ai été témoin dans son service, il y a déjà bien des années. Hoffmann prescrivait des lavemens huileux, de l'huile d'amandes douces en grande quantité à l'intérieur avec ou sans décoction de manne. La *méthode catholique* dont parle Dehaën consistait dans l'emploi de l'eau chaude, du lait en abondance, de l'eau miellée, de l'huile administrée de toutes les manières à l'intérieur, à l'extérieur, par la bouche, par l'anus. C'est aussi le lait que j'ai vu employer par M. Martin-Solon en tisane, avec des lavemens émolliens, des cataplasmes sur le ventre, simples le plus ordinairement, laudanisés quand les douleurs étaient extrêmement vives.

M. Martin-Solon n'ayant fait connaître que d'une manière générale les résultats qu'il a obtenus de ce traitement, j'extrais d'un mémoire inédit, que des raisons particulières m'ont empêché de publier, les détails de ces expérimentations qui offriront peut-être un certain intérêt à quelques personnes, ne fût-ce que comme terme de comparaison avec les autres traitemens.

Parmi les 22 malades qui ont été soumis, par M. Martin-Solon, à l'emploi des émolliens, 14 étaient atteints de coliques intenses, 7 de coliques d'une intensité moyenne, 7 de coliques d'une grande intensité. Je laisse de côté les 8 autres cas dans lesquels les accidens étaient légers et auraient cédé à un traitement quelconque. Car, à mon avis, les faits de ce genre ne prouvent rien, et c'est pour avoir basé des statistiques sur des faits aussi équivoques, que la science est encore si peu fixée sur la valeur absolue et relative des divers traitemens qui ont été proposés contre une maladie donnée.

Quel a été, d'une manière générale, le résultat de ce traitement? Le voici : Tous les malades ont guéri, sauf un qui a été pris, pendant la durée du traitement, d'une épilepsie saturnine à laquelle il a succombé. A la vérité, la guérison s'est fait attendre assez longtemps dans quelques cas; mais il n'en est pas moins vrai que cette guérison, caractérisée par la disparition complète des douleurs de ventre, par la cessation de la constipation et le retour de l'appétit, a eu lieu, en moyenne, dans les cas de colique violente, en dix jours; dans les cas de colique modérée, en six jours. — C'est là un résultat assez favorable, sans doute, mais si l'on descend dans les détails, on voit que ce traitement est loin de présenter une supériorité réelle sur les traitemens dont j'ai parlé, de se placer même au niveau de quelques-uns d'entre eux. En effet, les douleurs ont mis toujours un certain temps à se calmer et à disparaître dans les coliques intenses et même dans les coliques de moyenne intensité. Je trouve, dans mon mémoire, que le soulagement est survenu, dans les coliques intenses, du premier au quatrième jour, plus souvent au troisième et au quatrième; dans les coliques moyennes, du premier au deuxième jour surtout; et que la cessation des douleurs a eu lieu, dans les coliques violentes, du neuvième au quinzième jour; dans les coliques moyennes, du troisième au onzième jour. Même insuffisance du traitement relativement aux vomissemens et à la perte d'appétit, à plus forte raison relativement à la constipation. Dans tous les cas où les vomissemens ont été un peu intenses, il a fallu, pour les calmer, donner de l'éther ou des opiacés. L'appétit n'a reparu que du troisième au sixième jour dans les coliques violentes, du deuxième au quatrième jour dans les coliques modérées; enfin, le rétablissement des garde-robes n'a eu lieu qu'au neuvième, dixième, onzième et même quinzième jour.

Les calmans et les narcotiques comptent encore plus de partisans que les émolliens. C'est que les narcotiques ont au moins le précieux avantage d'apporter du calme à des dou-

(1) Une indisposition, heureusement peu grave de notre collaborateur, nous a empêché de publier plus tôt la suite de ce mémoire dont nous continuerons maintenant la publication sans interruption. (*Note du rédacteur en chef.*)

leurs souvent intolérables. On sait que c'est à Stoll qu'appartient l'honneur de l'introduction dans la pratique de cette méthode de traitement de la colique saturnine, et Stoll a, de plus, le mérite d'avoir compris la nécessité de proportionner la dose du médicament à la gravité de la maladie. « L'opium, dit cet illustre médecin, guérit la colique de plomb quand on insiste sur son usage; mais il faut l'administrer à des doses proportionnées à la grandeur du mal et les continuer longtemps. » Tous ceux qui ont repris depuis Stoll l'emploi des opiacés dans cette maladie, MM. Brachet (de Lyon), Bricheteau, Bouvier, Martin-Solon, etc., sont arrivés, comme lui, à cette conclusion : que, pour obtenir quelque chose de ce traitement, il faut élever très haut la dose du médicament; et la dose de 10 grains par jour, indiquée par Stoll, a été certainement dépassée dans beaucoup de cas. Malheureusement la plupart des expérimentateurs et Stoll lui-même, ont souvent associé aux opiacés les purgatifs et les vomitifs, ce qui rend assez difficile l'appréciation des résultats obtenus. M. Tanquerel des Planches est le seul qui nous fournisse quelques renseignemens statistiques un peu importans relativement à cette méthode thérapeutique.

Sur 84 cas de coliques de plomb, traités par l'opium ou l'hydrochlorate de morphine, 59 ont été suivis d'un succès complet dans l'espace de cinq à six jours pour les coliques de plomb légères, de six à sept jours pour les coliques d'une intensité moyenne, de huit à dix jours pour les coliques violentes. C'est donc 25 cas de coliques qui ont résisté à cette médication; mais en quoi et comment ont-elles résisté? C'est là ce que M. Tanquerel ne nous dit pas. Les douleurs ont-elles reparu ou bien ont-elles complétement résisté à ces moyens? La constipation a-t-elle seule persisté pendant douze ou quatorze jours, comme semble l'indiquer l'emploi des purgatifs qui a dissipé ces accidens? Les faits malheureusement trop peu nombreux dont j'ai été témoin me portent à croire que c'est surtout la persistance de la constipation qui a engagé à intervenir avec les purgatifs. En effet, les douleurs ne résistent pas ordinairement à l'emploi des opiacés à dose *suffisante;* il reste cependant quelquefois un sentiment de barre, d'embarras à la région ombilicale qui indique aux malades qu'ils ne sont pas guéris; l'anorexie persiste plus longtemps que dans les autres traitemens; mais ce qui se prolonge de manière à lasser la patience du médecin et surtout du malade, c'est la constipation. J'ai vu, moi aussi, des malades chez lesquels les garde-robes n'étaient pas rétablies après douze et quatorze jours de traitement, et, de guerre lasse, j'ai vu donner et j'ai prescrit moi-même des purgatifs qui mettaient un terme aux accidens. Chose curieuse et qui prouve une fois de plus combien il y a de vérité au fond de cette doctrine de la *tolérance*, défendue par l'école italienne, jamais les narcotiques, à si haute dose qu'ils aient été administrés aux individus atteints de colique de plomb, n'ont déterminé le moindre symptôme de narcotisme. Aussi le médecin peut-il avoir la conscience parfaitement tranquille et donner des doses très élevées d'opium sans s'en préoccuper; il convient cependant de fractionner les doses et de s'arrêter dès qu'on est arrivé à un calme parfait.

Les avantages des opiacés dans le traitement de la colique de plomb sont donc évidens; mais cette influence avantageuse porte plutôt sur l'un des symptômes prédominans de la maladie, la douleur, que sur la maladie elle-même considérée dans son ensemble. L'embarras du ventre, l'anorexie, la constipation persistent souvent d'une manière indéfinie; autrement dit, on ne peut douter, dans beaucoup de cas, que si la maladie était abandonnée à elle-même, les accidens reparaîtraient de plus belle, de sorte que si les opiacés apportent un soulagement incontestable, il reste douteux qu'à eux seuls, ils puissent guérir dans le plus grand nombre de cas. L'influence torpide exercée par l'opium sur le tube digestif est, d'ailleurs, une circonstance défavorable et il n'est pas étonnant que les partisans des narcotiques aient essayé de lui substituer la jusquiame ou la belladone. La belladone, dont M. Malherbe s'est fait le défenseur dans ces derniers temps, a au moins sur l'opium l'avantage de joindre à une action sédative une action généralement laxative. Il paraîtrait cependant que le soulagement est moins immédiat que par les opiacés, et, dans certains cas, les douleurs auraient continué un certain temps avec la même intensité, alors que les selles étaient rétablies. Du reste, la belladone, comme l'opium, doit être portée à une dose élevée (5 à 20 centigram. d'extrait associés à 10 ou 40 centigram. de poudre); même à ces hautes doses il ne se produit que très rarement des phénomènes de narcotisme.

Si les calmans et les narcotiques trouvent la raison de leur administration dans un phénomène prédominant de la colique de plomb auquel ils s'adressent plus particulièrement, il en est de même des purgatifs. De tous temps la constipation rebelle de cette maladie a été combattue par les évacuans, et il est impossible de nier le soulagement qui résulte de l'emploi suffisant de ces moyens, non plus que la facilité avec laquelle la guérison est obtenue dans la plupart des cas que l'on soumet à ce traitement. Les purgatifs trouvent aussi beaucoup moins de cas rebelles que les autres méthodes curatives de la colique de plomb. Sur 370 malades, dont M. Tanquerel a recueilli les observations, dont 141 atteints de colique violente, 123 de colique modérée, 106 de colique légère, 342 ont guéri, terme moyen, dans l'espace de quatre à cinq jours, à partir du moment où cette médication a été employée. C'est *un* insuccès sur *treize cas*, et, par conséquent, une proportion assez faible. Mais la méthode purgative répond-elle aussi bien qu'on le croit généralement au double but que l'on se propose dans le traitement de la colique de plomb, *soulager* et *guérir?* J'avoue qu'après avoir vu employer et avoir employé moi-même les purgatifs, je ne puis leur reconnaître une influence primitive bien marquée que sur un seul symptôme, la constipation. J'ai sous les yeux cinq observations que j'ai recueillies, pendant mon internat, dans le service de M. Martin-Solon et je vois, dans tous ces cas, que les vomissemens et les coliques persistaient le second jour du traitement avec la même intensité que la veille, malgré l'administration de 2 gouttes d'huile de croton, et de deux lavemens purgatifs. Les douleurs n'ont été calmées qu'à partir de l'administration d'un julep morphiné dans un cas, du rétablissement des garde-robes dans les trois autres; et dans un cinquième les purgatifs n'ont pas empêché le développement d'une encéphalopathie saturnine qui a emporté le malade. Il n'y a donc rien d'immédiat dans le soulagement apporté aux malades atteints de la colique de plomb, et M. Tanquerel le reconnaît implicitement, lui, partisan déclaré du traitement de la colique par l'huile de croton, lorsqu'il dit « qu'assez souvent une amélioration très marquée a lieu *le lendemain* de la première administration du croton. » Cela est possible pour les cas légers, mais pour les cas graves, les choses ne se passent pas aussi simplement, et si les malades guérissent en moyenne en cinq jours, ce n'est pas sans avoir acheté la guérison par des souffrances très vives, causées bien certainement par l'emploi de ces purgatifs violens.

Il y a plus, c'est que l'on échouerait fort souvent avec les purgatifs, si on ne les employait à la fois par la bouche et en lavemens. C'est ce que M. le professeur Grisolle a fait remarquer dans sa thèse que j'ai déjà citée, et il était arrivé à conclure en faveur des lavemens purgatifs, médication qui a été longtemps la seule employée par M. Martin-Solon, dont M. Grisolle était alors l'interne. Sans doute, l'intestin supporte, tolère plus facilement les purgatifs violens et à haute dose dans cette affection que dans beaucoup d'autres. Mais il y a des cas dans lesquels cette tolérance n'existe pas. M. Tanquerel cite 17 cas dans lesquels l'intolérance était absolue; l'huile de croton était rendue presque aussitôt qu'elle était avalée et, dans 14 cas, l'huile, tout en produisant des garde-robes, détermina de légers phénomènes d'excitation sur le tube digestif qui firent cesser l'emploi de ce moyen. J'ai recueilli moi-même, dans le service de M. Martin-Solon, un fait de ce genre, que je rapporterai ici, ne fût-ce que pour montrer comment, en certains cas, le traitement par les émolliens, par les antiphlogistiques même, peut amener la guérison dans des cas où les purgatifs auraient échoué.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'INFLUENCE ET DE L'ACTION DE L'ATMOSPHÈRE MARITIME DANS LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ;

Par M. le docteur POUGET, de Bordeaux, médecin inspecteur des bains de mer de Royan.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 8, 13 et 22 Février 1855.)

S'il est constant, comme nous croyons l'avoir prouvé, qu'un séjour prolongé au milieu de l'atmosphère maritime, et par conséquent les voyages sur mer, doivent être éminemment utiles dans la prophylaxie et la curation de la phthisie pulmonaire, il n'est pas moins certain que bien peu de sujets atteints ou prédisposés à cette cruelle affection peuvent profiter de cet avantage.

En médecine, il ne suffit pas d'indiquer la valeur d'une méthode ou d'un agent thérapeutique, il faut encore, et pardessus tout, que leur emploi soit possible, et c'est ce qui n'a pas lieu, malheureusement, dans cette circonstance.

Combien peu de phthisiques sont en position de pouvoir faire des voyages sur mer, en vue de se traiter.

Comme agent prophylactique, ces voyages ne sont applicables qu'à de jeunes sujets de l'un ou de l'autre sexe. Ici s'offrent des difficultés insurmontables tant pour les jeunes gens que pour les demoiselles, qu'on ne saurait isoler, sans inconvénient, des soins et des affections de la famille, et les priver, en même temps, des bienfaits et des nécessités de l'éducation à un âge destiné à cette culture indispensable (1), et le plus propre à la recevoir.

Si l'affection pulmonaire est malheureusement déjà développée, de manière à réclamer un traitement médical, les obstacles sont tout aussi graves, tout aussi insurmontables : qu'on ait à soigner une phthisie commençante ou une phthisie confirmée, quel qu'en soit le degré, on se trouve en présence d'inconvéniens plus nombreux encore, et même plus redoutables que ceux mentionnés ci-dessus ; comment, en effet, oser conseiller d'entreprendre un voyage sur mer à des personnes malades, dont l'état peut réclamer à tout instant des soins hygiéniques, diététiques, médicaux et pharmaceutiques variés. Ne serait-ce pas, dans ce cas, vouloir jouer à quitte ou double? et quels parens, et surtout quels médecins oseraient assumer sur eux une si lourde responsabilité?

S'il est donc presque impossible de conseiller de pareils voyages, quelque bien indiqués qu'ils soient, ne peut-on les remplacer, du moins en partie, par un séjour plus ou moins prolongé sur les bords de la mer?

On l'a si bien senti de tout temps, que les stations hibernales choisies par les personnes affectées de maladies chroniques, et les phthisiques surtout, se trouvent presque toutes plus ou moins rapprochées des bords de la mer, telles sont : Naples, Messine, Pise, Nice, Hyères, Madère, etc.

Mais peut-on indiquer indifféremment, comme malheureusement on ne le fait que trop souvent, telle ou telle localité maritime, n'ayant égard qu'à sa latitude méridionale et à son voisinage de la mer? Non sans doute, et c'est pour établir à ce sujet les plus sages préceptes que M. le docteur Ed. Carrière a écrit son livre si remarquable sur le *Climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical*, ouvrage trop peu connu et trop peu étudié, malgré son incontestable mérite (il a été publié en 1849).

Ici, l'appréciation médicale devient très importante ; si l'on veut obtenir de cet agent thérapeutique tout le bien qu'il est permis d'en attendre en pareille occurrence, et cela, en tenant compte de ce que nous avons déjà dit, savoir, que l'atmosphère maritime agissait favorablement sur le corps en raison directe :

1° De son peu de variabilité ;

2° De sa température douce, uniforme, du degré d'humidité convenable et des principes médicamenteux reconnus maintenant comme presque spécifiques de cette affection, dont elle se trouve plus ou moins chargée ;

3° Enfin, en raison directe de la pression que cet air exerce sur toute la périphérie du corps, laquelle pression, d'après le docteur Foissac, a pour résultat de régulariser les phénomènes respiratoires, de développer la capacité du thorax ; tandis que l'air raréfié des montagnes (p. 499), en agissant en sens contraire, amène souvent les plus grands désordres.

« Ces observations, dit ce dernier auteur, sont peu nombreuses (nous les avions faites cependant nous-même, deux années auparavant) ; elles le seraient davantage, si l'attention du médecin avait été plus souvent fixée sur un tel sujet. »

Et pour preuve des effets de la raréfaction de l'air, il cite le fait suivant :

« Tout Paris connaît une jeune et célèbre cantatrice qui perdit subitement la voix presqu'au début de sa carrière. Après sa retraite du théâtre, je l'ai encore entendue chanter d'une manière admirable; mais le baromètre venait-il à baisser au-dessous de 28 pouces, elle se trouvait enrouée, et sa voix n'était même plus juste.

« Aussi, continue le docteur Foissac, si, libre de préoccupations, l'homme pouvait noter tout ce qu'il ressent, dans un temps donné, il reconnaîtrait promptement qu'il est un point dans la hauteur du baromètre où son esprit est mieux disposé, plus vif, où l'étude devient plus facile, la vie plus pleine. »

C'est sous l'empire de ces idées, et dans l'intérêt des phthisiques, que nous appliquerons au choix des stations les plus appropriées parmi celles de nos parages maritimes, les phrases écrites par nous en 1851 (p. 374, *loc. cit.*), au sujet du choix des localités pour prendre les bains de mer :

« M. le docteur Daralde, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, peut, avec raison, recommander aux convalescens les Eaux-Bonnes, la plage de Biarritz pendant la belle saison de mai à octobre, ainsi que d'autres plages aussi bien exposées sur les bords de la Méditerranée et du golfe de Gascogne, tandis qu'il se garderait bien de conseiller aux phthisiques surtout les bains et le séjour sur les côtes septentrionales, où les poitrines faciles à s'irriter ne pourraient supporter les intempéries atmosphériques de ces localités, dans lesquelles, d'après le docteur Lecœur, soufflent très fréquemment des vents directs de l'Est et du Nord-Est, qui arrivent sur les côtes de la Manche des vastes étendues de steppes glacés de la Sibérie et des pays du Nord, n'ayant eu que peu et même pas de mers à traverser. »

De là, on juge combien les valétudinaires, les malades et les médecins sont intéressés à la distinction qui doit être faite entre les thermes maritimes du Nord, de l'Ouest et du Sud ; aussi, croyons-nous utile d'apporter quelques restrictions à l'article, où le docteur Constantin James dit que « *c'est au malade à choisir la plage qui est le plus à sa convenance, et que*, sous ce rapport, *il n'y a pas d'inconvéniens à se laisser guider par la mode.* » Une telle manière d'agir ne saurait médicalement être permise qu'aux personnes qui vont à la mer pour y trouver quelques distractions et utiliser le séjour et les bains, comme simple moyen hygiénique. Mais pour les malades, et surtout pour les phthisiques, on s'exposerait à de graves accidens, si, dans la désignation des thermes maritimes, on ne

(1) Cette éducation telle qu'on la donne partout, devient pour les jeunes sujets prédisposés à la phthisie et même à la plupart des affections héréditaires une cause aggravante du mal, ou tout au moins une cause de neutralisation pour le traitement qu'on pourrait employer.

Ces inconvéniens nous avaient, depuis longtemps, frappé; nous en avions fait l'objet de nos réflexions que nous résumâmes dans une brochure publiée en 1838, conjointement avec M. Valat, alors professeur au lycée de Bordeaux, sous le titre de : *Plan d'organisation hygiénique et médicale pour les colléges royaux.* Ces mêmes idées sont soumises en ce moment à l'appréciation de l'Académie impériale de médecine de Paris, qui a nommé, pour lui en rendre compte, une commission composée de MM. les docteurs Londe et Collineau.

tenait pas compte du climat et de toutes les circonstances locales.

La question de climatologie, et nous ajouterons de topographie, par rapport aux bains de mer, n'a été traitée nulle part, que nous sachions. Nous le regrettons d'autant plus vivement, qu'à nos yeux elle a de l'importance; même nous craignons qu'elle ne puisse être de longtemps résolue, parce que, d'une part, les malades suivent la mode et la vogue, ou parce qu'ils tiennent trop aux avantages de la proximité; et que, d'autre part, les médecins ne se préoccupent pas toujours assez de l'action du climat pour aider la cure par les eaux.

En nous résumant sur les conditions nécessaires aux stations maritimes, pour qu'elles soient le mieux appropriées aux indications fournies par l'affection qui nous occupe, nous dirons qu'elles doivent être telles, que leur similitude les rapproche le plus possible du milieu que présente la pleine mer dans les latitudes méridionales qui en offrent l'ensemble le plus complet et le plus avantageux; que, de plus, il faut que le lieu soit exempt de toute cause capable d'amener des changemens brusques dans la température, ainsi que cela arrive dans le voisinage des montagnes, des plateaux élevés et à l'embouchure des gorges d'où soufflent habituellement des vents parfois impétueux, des brises froides qui impressionnent souvent l'économie jusqu'à neutraliser les bons effets de l'atmosphère maritime, et de tous les autres modificateurs les mieux indiqués (1).

Ces conditions climatériques et topographiques ne sont pas les seules circonstances dont on doive tenir compte, il faut encore se préoccuper de la configuration hydrographique de la station maritime, qui contribue puissamment à entretenir ou à vicier la pureté de l'air. « Quand, en effet, dit à ce sujet, M. Rancoulet (*loc. cit.*, p. 66), les eaux sont courantes, avec une issue facile dans la mer; quand celle-ci peut opérer son flux et son reflux sans obstacles qui la retiennent au retour, l'abondance des eaux douces, l'invasion et la retraite de la mer sont des circonstances très favorables; les eaux fluviales sont-elles ralenties ou arrêtées dans leur écoulement, la mer est-elle retenue en partie par la disposition du sol, il se formera des lagunes, des marais plus ou moins étendus, et, de ces eaux stagnantes, encombrées de matières végétales, mollusques et autres animaux apportés et déposés par la mer, s'élèveront des marais qui infecteront l'atmosphère. Cette stagnation, très rare sur les côtes de l'Océan, s'observe très fréquemment sur les côtes de la Méditerranée. »

On connaît l'opinion que M. le docteur Boudin a émise sur l'antagonisme des fièvres paludéennes et de la phthisie pulmonaire, antagonisme qu'il explique par l'inoculation momentanée d'un élément préservatif fourni par l'atmosphère miasmatique. Cette explication, accueillie par un grand nombre de médecins, et combattue par beaucoup d'autres, ne nous paraît pas avoir saisi la cause réelle de la rareté des cas de phthisie dans ces circonstances topographiques; en supposant que la statistique médicale ait donné un tel résultat, ce que M. le docteur Le Pileur, entre autres, nie formellement d'après ses recherches; suivant nous, et nous croyons être dans le vrai, c'est à l'influence de l'atmosphère maritime qu'il faut attribuer cette heureuse coïncidence, et nous sommes certain que ce résultat sera surtout constaté alors que la localité maritime présentera tous les autres caractères favorables dont nous avons parlé.

Nous avons insisté, et nous avons dû le faire, puisque c'était le but spécial de notre travail, sur l'efficacité de l'atmosphère maritime dans les conditions que nous avons indiquées de notre mieux; il ne faut pas toutefois que cette préoccupation principale nous entraîne à négliger de conseiller l'emploi des autres agens thérapeutiques dont tous contiennent, en plus ou moins grande quantité, de l'iode et du brome mêlés parfois, dans l'huile de foie de morue surtout, à des substances hydro-carbonées qui sont reconnues, depuis quelque temps, comme exerçant une action spéciale, et je dirai même spécifique sur l'affection tuberculeuse, quelle que soit la manifestation de celle-ci, alors même qu'elle s'attaque à l'organe essentiel de la respiration (2).

(1) Il est une circonstance qui paraît devoir favoriser d'une manière très avantageuse l'action bienfaisante de l'air marin dans la phthisie, c'est lorsqu'il peut être imprégné des vapeurs balsamiques résineuses; aussi M. le docteur Bertrand, d'après le docteur Pâtissier, insiste-t-il, pour les poitrines faibles, sur le conseil d'aller, chaque fois que le temps le permet, passer quelques heures dans la forêt de sapins, voisine des thermes du Mont-Dor, pour y respirer les vapeurs résineuses.

« La présence des immenses forêts de pins qui bordent le Béarn au Nord et à l'Ouest, dit le docteur Cazenave (*Recherches cliniq. sur les Eaux-Bonnes*, 1854), ne contribuent-elles pas à donner à l'air qui arrive à Pau, ces qualités en quelque sorte hyposthénisantes?.... Mêmes observations pour l'air de la mer qui arrive à Pise après avoir traversé une vaste forêt de pins. »

S'il en est ainsi, quels avantages ne doivent pas offrir, dans ces cas, les bords du bassin d'Arcachon, où l'on peut vivre au milieu des pins, tout en étant sur le bord de la mer.

C'est ce qu'avait du reste déjà noté le docteur Pereyra, dans son mémoire *sur la phthisie pulmonaire*, publié en 1843; il y dit, en propres termes, que les émanations balsamiques qui s'échappent des arbres de la forêt portent une influence salutaire aux poumons, en se mêlant à l'air que respirent les malades. Il a renouvelé cette même observation en 1853, dans son opuscule *de l'influence des bords du bassin d'Arcachon sur les tubercules pulmonaires*.

(2) On peut lire avec intérêt les articles du docteur Lunier insérés dans l'UNION MÉDICALE des 18, 21, et 23 novembre 1854, extraits d'un mémoire lu à l'Académie impériale de médecine de Paris, et intitulé: *Recherches sur l'huile de foie de morue et la médication bromo-iodurée.*

Nous ajouterons que, dans certaines circonstances, surtout comme moyen prophylactique, et pour consolider quelques convalescences, l'on aidera beaucoup l'action médicatrice du séjour sur les bords de la mer, et celle des autres moyens par l'usage des bains de mer, tantôt chauds, quelquefois froids; mais c'est dans ce cas que l'intervention médicale sera indispensable pour guider l'emploi d'un moyen thérapeutique dont les effets, ainsi que nous le disons (*loc. cit.*, page 396), ne sont pas simples, mais complexes, et dont les indications doivent toujours être subordonnées à l'âge du malade, au sexe, au tempérament, aux idiosyncrasies même, à la nature de l'affection, son siége, ses périodes, ses élémens, ses complications, et même aux circonstances atmosphériques; même recommandation pour les brises de mer dont nous avons constaté parfois les bons effets (1).

Il est encore bien entendu qu'on ne doit pas négliger l'emploi des autres modificateurs hygiéniques et diététiques, si utiles dans toutes les circonstances, et d'une importance impérieuse quand il s'agit de refaire une constitution viciée, et de ramener l'organisme à son état normal.

Telles sont les indications générales qui établissent la méthode de traitement applicable à ce qui fait le fond de l'affection pulmonaire. Mais comme celle-ci n'est presque jamais d'un caractère simple, il faut modifier et compléter les moyens curateurs d'après les différences qu'elle présente.

C'est même en cela que consiste la tâche la plus difficile du médecin, celle qui exige de lui un esprit philosophique capable d'analyser rationnellement les élémens si nombreux des affections chroniques, avec lesquels il doit harmoniser et les méthodes et ses moyens médicamenteux.

Ce serait ici le cas d'étudier, d'après les données précitées, les conditions climatériques et topographiques des principales stations maritimes du Nord, de l'Ouest et du Midi de la France, sous le rapport de l'action thérapeutique de l'atmosphère, dans la prophylaxie et le traitement de la phthisie dans ses degrés divers et ses complications multiples.

Nous laisserons à d'autres le soin d'accomplir une tâche si délicate, qui dépasserait le cadre que nous nous sommes tracé.

Cependant, avant de terminer, nous citerons comme type de la station la plus avantageusement disposée climatériquement et topographiquement ce que dit le docteur Ginieyck, d'après le docteur Viera, sur Madère: « S'il est vrai que le voisinage de la mer exerce une influence préservative et curative sur la phthisie, cette influence doit se faire surtout sentir à Madère, qui, à cause de sa petite étendue, se trouve enveloppée de tous côtés par une atmosphère maritime. D'ailleurs, parmi les climats qui sont recommandés aux malades atteints de quelques lésions chroniques des voies respiratoires, celui de Madère, de l'avis des médecins les plus capables, réunit les conditions les plus favorables. Il est, en effet, pendant l'hiver, plus chaud que celui des stations d'Italie; et pendant l'été, il y a, en outre, moins de différences entre la température du jour et celle de la nuit, entre celle de plusieurs jours consécutifs et entre une saison et une autre; les vents froids y soufflent très peu, et nulle part le temps n'est aussi stable. Pendant l'été, le vent Nord-Est maintient l'atmosphère à une chaleur tempérée. »

De son côté, M. le docteur Éd. Carrière, dans l'étude qu'il a faite des diverses stations de la Péninsule italique, apprécie comparativement de la manière suivante celles de Nice et de Pise, au sujet de l'influence de chacune d'elles sur la phthisie pulmonaire. Cette appréciation peut servir de modèle à un travail analogue à faire à l'égard de la France. C'est ce qui nous détermine à en donner l'extrait suivant: « Nice, dit-il, est une des stations les plus fréquentées par la phthisie pulmonaire; mérite-t-elle aussi la réputation qu'on lui a faite, et que l'opinion lui consacre malgré tant de déceptions? Elle le mérite sous des réserves qui déterminent le véritable caractère du climat, et à la condition aussi complète que possible entre l'état et le tempérament du malade et la nature des influences auxquelles il va demander la santé. Les déceptions viennent de ce qu'un phthisique est envoyé à Nice comme on l'enverrait à Pise; et cependant il existe entre les nombreuses stations de la Péninsule, propres à servir le même but, des nuances, même des différences si tranchées, que rarement elles peuvent suppléer l'une à l'autre. Pourquoi ne pas comprendre qu'il faut choisir entre elles et ne pas les prendre indifféremment?.....

» Rarement la douceur du climat de Nice porte avec elle une influence énervante. En général, elle se révèle par des qualités toniques qui sont un reste de l'influence nocturne des vents du Nord, dont les retours se font d'ailleurs assez sentir, et quelquefois même pendant le cours des journées les moins changeantes. Ainsi, les différences sont grandes entre l'atmosphère de Nice et celle de Pise ou de Menton. A Pise, l'air est si doux, si saturé d'humidité, qu'il provoque au sommeil et à l'inertie. On sait qu'il produit d'excellens effets dans la période de surexcitation; à Menton, où le ciel est autrement brillant que dans la ville étrusque, l'influence se modifie, elle se traduit sur la race dont le tempérament lymphatique se corrige par le concours du tempérament nerveux et du sanguin.

(1) Voir ce que nous avons dit sur ces deux points importans (article *Phthisie*, page 356 à 381) de notre travail sur les bains de mer.

» Le climat de Nice est moins hygrométrique que ces deux climats, on pourrait du moins dire qu'il est le plus sec des climats humides, ou le plus humide des climats classés parmi les secs. Cette interprétation désigne à l'avance la catégorie des phthisiques, à laquelle il doit convenir. Ceux à tempéramens scrofuleux qui ont besoin d'une action tonique sans cesser d'être douce, pour retrouver les forces primitives de leur organisation, et les opposer aux effets débilitans de la maladie, doivent adopter Nice de préférence aux stations voisines.

» C'est ce qui explique la préférence que les Anglais accordent à Nice sur des stations où l'air est plus doux, les vents moins forts et le ciel plus pur.

» On comprend que les tempéramens secs s'y trouvent dans des conditions défavorables; les organisations n'y rencontrent pas, en général, les avantages qui peuvent être le partage des organisations anglaises; il leur faut les régions avancées de l'Italie. »

Du reste, les termes de la question que vient de proposer l'Académie impériale de médecine de Paris, sur la tuberculisation pulmonaire, étant conformes aux problèmes que nous nous étions posés en 1851, nous croyons devoir reproduire quelques phrases écrites par nous sur l'influence de la climatologie, au sujet de la médication par l'eau de mer et l'air marin, de certaines affections chroniques, et de la phthisie en particulier. On se convaincra aisément que ces recherches n'étaient pas, pour nous, à l'état spéculatif et comme une prévision probable, mais qu'elles étaient la conséquence des faits de notre pratique, corroborés par des autorités médicales incontestées, et par des résultats positifs sans aucune ambiguité.

« En 1850, disions-nous, en effet (*loc. cit.*, page 375), nous avons vu, à Royan, une jeune veuve des environs de Toulouse, avec ses deux filles, qui étaient scrofuleuses et d'un tempérament très nerveux. Elle y séjourna pendant plus d'un mois, parce que ses enfans s'y trouvaient très bien. Elle nous dit qu'elle était allée de même, avec ses filles, au port de la Nouvelle, sur la Méditerranée, pendant trois années consécutives, mais que, chaque fois, elle n'avait pu y rester plus de vingt jours, attendu que ses enfans y perdaient l'appétit, le sommeil, et devenaient si excitées, que la fièvre ne tardait pas à les atteindre; tandis qu'à Royan, le climat leur était si favorable, que plus elles y prolongeaient leur séjour, plus leur santé s'améliorait et se fortifiait. Elle se demandait même si elle ne ferait pas bien de s'y établir pour quelques années. Et comme elle nous consulta à ce sujet, nous lui conseillâmes de venir seulement y passer deux ou trois mois par an, pour mettre le système nerveux de ses enfans en état de mieux supporter le climat du Midi.

» Enfin, si l'on parcourt les diverses observations rapportées dans le présent travail, on verra que les guérisons les plus remarquables obtenues à Royan, concernent des personnes venues de villes assez éloignées, Poitiers, Tours, Tulle, Limoges, etc., et que celles des bains de la Méditerranée se sont réalisées sur des habitans de Lyon, etc.

» L'homme qui s'expatrie soumet son corps à une grande mutation organique. Or, ce fait nous prouve que la médecine pratique peut tirer un grand parti d'un changement de latitude. L'expérience est d'accord sur ce point avec le raisonnement. Sydenham a vu les voyages dans les pays chauds guérir des maladies qui avaient résisté à tous les moyens. On a fait beaucoup d'observations analogues, et les vertus curatives d'un climat nouveau sont assez célèbres.

» Lorsqu'on sépare de l'action de la latitude que l'on occupe, ce qui tient à la position du pays, à la saison, aux qualités hygrométriques de l'air, on reconnaît bientôt qu'il ne peut y avoir que deux sortes de climats. En effet, la zone que l'on habite a fait prendre au système vivant une constitution organique particulière; alors l'action du climat paraît nulle. Mais change-t-on de latitude, soit qu'on aille du côté du Midi, soit qu'on pénètre vers le Nord, on rencontre une cause active, qui provoque des effets organiques remarquables; or, c'est cette puissance nouvelle qui peut servir dans le traitement des maladies, c'est d'elle que dérivent les propriétés médicinales du climat. (Voir p. 302, t. I, *Traité d'hygiène appliquée à la thérapeutique*, par J.-B.-C. Barbier. Paris, 1811.)

Les faits et les principes ci-dessus énoncés nous portent à croire que certaines personnes du Nord, dans des circonstances données, se trouveraient bien mieux des bains de mer de la Méditerranée que de ceux des localités voisines; tandis que des malades des contrées méridionales pourraient obtenir des guérisons plus faciles, plus promptes et plus sûres dans les thermes maritimes du Nord et de l'Ouest. Au reste, quoique l'importance du choix de la localité maritime n'ait été formulée dans aucun ouvrage, beaucoup de malades, d'après les conseils de leurs médecins, partent déjà tous les ans, de Paris et des départemens du Nord, pour prendre les bains de mer à Biarritz, à Royan, etc., choisis à cause de leur position géographique et de leurs conditions climatériques.

Certes, ce n'est pas l'eau de la mer qui forme la différence de ces diverses localités, mais bien les qualités physiques de l'air au milieu duquel on est appelé à vivre pendant plus ou moins de temps.

Après quelques observations particulières et générales, nous ajoutions encore: « Ces faits, dont nous ne saurions déduire aucune conclusion rigoureuse, méritent cependant l'attention

des praticiens, puisqu'ils concordent avec les principes établis par des auteurs d'une grande autorité. » — « Les maladies chroniques qui sont formées dans une contrée peuvent trouver leur guérison dans un autre pays, et elles se dissipent en s'éloignant de l'air, des lieux et de toutes les causes extérieures qui les ont fait naître. » (*Doctrine des maladies chroniques*, p. 589, par M. Ch. Dumas, 1812.)

De tout ce qui précède, ne sommes-nous pas en droit de conclure que l'expérience du passé, les recherches modernes dont nous avons fourni notre part, dans la mesure de nos forces, de nos loisirs et de nos moyens d'observation, établissent que, de toutes les conditions atmosphériques adaptées aux diverses altérations morbides dont il s'agit, la plus favorable est, sans contredit, l'atmosphère maritime, qui devra, dans ces cas, être conseillée de préférence à toutes les autres, et avec les meilleures chances de succès, en y associant les modificateurs que les idiosyncrasies nombreuses rendent indispensables.

Loin de nous la prétention d'avoir embrassé toutes les faces de la question dans les quelques considérations que nous venons d'émettre sur cette intéressante matière.

Elles sont bien insuffisantes ces considérations, eu égard aux nombreuses données que la science offre à l'observateur, eu égard surtout aux points de vue, sous lesquels le sujet peut être envisagé. Un tel travail exigerait des recherches immenses, incompatibles avec le cadre circonscrit que nous nous étions tracé. Il faudrait revenir en partie sur tout ce qui a été dit sur la pathogénie et l'étiologie de la phthisie, et surtout aborder bien plus hardiment que nous ne l'avons fait les grandes et belles questions d'hérédité et de diathèse.

De tels sujets, pour être traités à fond, doivent être longuement mûris; et quand, au lieu d'énoncer de simples propositions dans le but principal de faire un appel capable de fixer l'attention des praticiens, on veut prouver, il faut de grandes démonstrations, des démonstrations sans réplique.

Nous espérons que les questions que nous venons de poser, que les solutions que nous venons d'esquisser, deviendront, pour d'autres, l'occasion de plus grandes recherches, d'études d'un ordre plus élevé, au moyen desquelles seront réunis les matériaux d'un travail aussi intéressant pour la science qu'utile pour l'humanité, puisqu'il tendra à diminuer la gravité du pronostic que bien des médecins encore et la généralité du public portent journellement sur la phthisie pulmonaire.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles Roux.)

Dix-neuvième Leçon.

Sommaire. — Tout œuf est composé de même. — Ovulation spontanée. — Description de l'œuf du mammifère carnassier.

Après cette règle : *tout être vivant vient d'un œuf*, nous en avons posé une autre : *tout œuf est composé de même*. Voyons donc si nous retrouverons dans l'œuf du mammifère les caractères et la structure de l'œuf de l'oiseau.

Un premier point de conformité, c'est que tous les deux se forment dans un même lieu qui est l'ovaire. Nous l'avons déjà vu.

L'œuf du mammifère est contenu dans une vésicule qu'on appelle, du nom de celui qui l'a vue le premier, *vésicule de Graaf*. Cette vésicule, parvenue à sa maturité, se rompt pour laisser échapper l'œuf; la rupture forme une plaie, qui, comme toute plaie, s'accompagne d'une tuméfaction, d'un épanchement sanguin. Au bout de quelque temps, le sang épanché s'épaissit en une matière jaunâtre : c'est ce qu'on appelle le *corps jaune*. Autant de corps jaunes, autant d'œufs qui sont sortis de l'ovaire. Le corps jaune ne tarde pas à être résorbé et ne laisse qu'une cicatrice; en sorte que le nombre d'œufs sortis de l'ovaire est, dès lors, attesté par le nombre des cicatrices.

Les œufs, détachés de l'ovaire, ne donnent pas tous des fœtus. Ceux qui n'ont pas été fécondés ne produisent rien. Dans ceux qui ont été fécondés, un nouvel être se développe. Pour les mammifères, le développement du nouvel être, le *développement fœtal* se fait, tout entier, dans la matrice. Au contraire, l'œuf de l'oiseau séjourne très peu de temps dans l'oviducte, d'où il sort pour être soumis à l'incubation.

Vous voyez qu'il existe, si je puis parler ainsi, deux sortes de pondaisons : l'une intérieure, quand l'œuf s'échappe de sa vésicule; l'autre extérieure, quand le fœtus parvenu à terme (vivipares), ou quand l'œuf mûr pour l'incubation (ovipares), sort du sein de la mère.

Vous voyez aussi que la femelle pond des œufs sans le secours du mâle, phénomène qui a reçu le nom d'*ovulation spontanée*. Le fait est manifeste et se passe sous les yeux de l'observateur dans les oiseaux, dans les batraciens, tels que la grenouille, dans la plupart des poissons, etc.

En 1835, professant un cours d'ovologie au Muséum, je pressentais déjà que l'ovulation spontanée, visible dans l'oiseau, dans le batracien, dans le poisson, devait être une loi générale et qu'en conséquence on la retrouverait dans les vivipares (1). M. Pouchet, professeur de zoologie à Rouen, a vérifié depuis cette grande loi. Dans un très beau mémoire qu'il a bien voulu me dédier, il démontra, par des faits incontestables, l'ovulation spontanée dans les animaux mammifères. Ce mémoire (1842) fut couronné par l'Institut. M. Raciborski vint ensuite, qui démontra l'ovulation spontanée de la femme (1844). La généralisation fut complète.

Le phénomène organique qui accompagne l'ovulation spontanée, cette sorte de *parturition vierge*, est le phénomène du rut chez les animaux ou des règles chez la femme.

Passons maintenant à l'étude de l'œuf des mammifères.

Nous y retrouverons toutes les membranes de l'œuf de l'oiseau. Prenons pour exemple l'œuf d'un carnassier, du chien. Il nous présente les parties suivantes :

Dans l'ovaire : 1° la vésicule de Graaf; 2° dans la vésicule de Graaf, l'œuf de Baër; 3° dans l'œuf de Baër, la vésicule ou l'œuf de Purkinje; 4° sur l'œuf de Purkinje, la vésicule du germe;

Dans la matrice : 1° le chorion; 2° l'amnios; 3° la vésicule ombilicale; 4° la vésicule allantoïde.

Pour démontrer la loi d'analogie, je vais reprendre, sur l'œuf du carnassier, la description de la structure et des usages des poches membraneuses.

Du chorion. Le chorion est la membrane la plus externe de l'œuf; elle enveloppe toutes les parties du fœtus et ne lui adhère nullement. Le chorion se compose d'une membrane mince et caduque, recouverte d'un enduit verdâtre.

Le chorion, plus marqué dans les autres mammifères, est, dans le carnassier, très petit, à l'état rudimentaire.

De l'amnios. L'amnios est une poche remplie de liquide; elle est contenue dans la double voûte formée par les deux feuillets de la vésicule allantoïde; elle sert d'enveloppe immédiate au fœtus. L'amnios est une membrane mince et diaphane, analogue aux membranes séreuses, ne contenant point de vaisseaux.

De la vésicule ombilicale. La vésicule ombilicale a la forme d'un T dont la branche horizontale serait formée par la vésicule, et la branche verticale par le pédicule. Cette vésicule est située sous le chorion, à l'extérieur du cordon ombilical, et contenue entre deux replis de la vésicule allantoïde.

La vésicule ombilicale sert à la nutrition du fœtus dans le commencement de la gestation, lorsque l'œuf n'a pas encore contracté d'adhérence placentaire avec la matrice. Elle persiste pendant tout le temps de la gestation. Elle est recouverte par les vaisseaux omphalo-mésentériques.

De la vésicule allantoïde. La vésicule allantoïde a une forme ovoïde; elle est située à l'extérieur de l'amnios; elle est recouverte de vaisseaux qui ont pour racines les vaisseaux ombilicaux. Ces vaisseaux persistent pendant tout le temps de la gestation. La vésicule allantoïde tient à la vessie du fœtus par l'ouraque et sert de réceptacle aux urines.

Toutes les parties sont donc essentiellement les mêmes dans l'œuf du mammifère et dans l'œuf de l'oiseau : seulement, les proportions de telle ou telle partie varient, parce que les circonstances de la vie fœtale varient elles-mêmes.

Ainsi, les mammifères étant vivipares et leur œuf ayant pour lieu d'incubation l'oviducte, cet œuf n'avait pas besoin d'être protégé par une enveloppe dure et résistante, comme l'œuf de l'oiseau.

Ainsi encore, l'œuf des mammifères est extrêmement petit, comparé à celui des ovipares proprement dits, parce que l'œuf de ceux-ci, entièrement libre et séparé de la mère, devait emporter avec lui toute la nourriture nécessaire au développement du fœtus.

Au contraire, l'œuf des mammifères n'a qu'un très petit vitellus, qui ne doit servir, en effet, qu'au premier développement du fœtus. Celui-ci ne tarde pas à se mettre en rapport avec les parois de l'organe d'incubation, au moyen des ramifications vasculaires qui traversent son chorion ou sa membrane extérieure, et à prendre, par leur intermédiaire, toute la nourriture et même tout l'oxygène (par le sang oxygéné de la mère) dont il a besoin.

Voilà donc une partie, un organe de nutrition et de respiration, le *placenta*, qui manque dans l'œuf des ovipares. C'est que ceux-ci n'en avaient pas besoin : nous avons vu que, n'adhérant pas à la mère, ils se nourrissent, pendant toute la vie fœtale, au moyen du vitellus et respirent par les vaisseaux de l'allantoïde.

La loi d'analogie n'est donc pas rompue; tous les élémens principaux, toutes les *poches principales*, sont donc retrouvés; et notre proposition est démontrée : *tout œuf* (l'œuf du *mammifère* et celui de l'*oiseau*, l'œuf du *vivipare* et celui de l'*ovipare*), *tout œuf est composé de même*.

(*La suite prochainement.*)

(1) Voici dans quels termes s'exprimait alors M. Flourens : « Les faits sont incontestables en faveur de la préexistence de l'œuf à toute fécondation. Lorsqu'il n'y a pas d'accouplement, l'œuf est déposé, *pondu*, comme on le voit dans les poissons osseux ovipares, les mollusques céphalopodes et les batraciens..... Ouvrez un batracien, une poule vierge, et vous trouverez des œufs complètement formés..... La préexistence de l'œuf ne peut offrir de doute, même chez les mammifères; car les ovules *existent, se forment et sont faciles à constater* chez les femelles *vierges* de ces classes animales. » — *Cours sur la génération, l'ovologie et l'embryologie*, etc., page 94. Paris, 1836.

La démonstration de la *préexistence de l'œuf* dans les vivipares était le premier pas à faire pour arriver à la démonstration de leur *ovulation spontanée*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances du 7 et du 14 Février 1855. — Présidence de M. Huguier.

Sommaire. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. — Ablation traumatique ou résection du menton sans rétraction de la langue. — Appareil prothétique pour remédier à une perte de substance de la mâchoire inférieure. — Amputation partielle du pied par la méthode de Chopart. — Tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. Fano soumet à l'examen de la Société deux utérus renfermant des corps fibreux parvenus à divers degrés d'évolution.

Le premier provient d'une femme âgée d'environ 50 ans. La paroi postérieure de l'organe présente, à la partie moyenne, une saillie globuleuse qui correspond à une tumeur renfermée dans l'épaisseur de cette paroi.

La muqueuse utérine est saine; la cavité de la matrice ne renferme aucun liquide. Vers le fond, la membrane muqueuse est soulevée par une tumeur que l'on peut faire rouler sous le doigt. Il suffit de pratiquer dans ce point une incision pour mettre à découvert une tumeur qui présente les caractères suivans :

Cette tumeur est faiblement unie au tissu utérin; elle n'y adhère que par des prolongements celluleux; aussi est-il facile de l'énucléer. Elle a le volume et la forme d'une noisette et elle est pourvue d'un prolongement. Lisse dans la plus grande partie de son étendue; elle offre en quelques points un aspect mamelonné. La surface de la coupe de la tumeur ressemble assez bien à celle d'un ganglion lymphatique légèrement hypertrophié.

La lèvre postérieure du col de l'utérus se continue directement avec la paroi postérieure du vagin, de telle façon que cette lèvre est complétement effacée dans les trois quarts environ de son étendue.

Le second utérus, pris également sur une femme adulte, présente des parois très flasques; la muqueuse en est ramollie; la cavité agrandie renferme du sang liquide; le col est entr'ouvert.

Dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'organe, à un millimètre au-dessous de la muqueuse, existe une tumeur du volume d'une petite noisette, facile à séparer des tissus environnans auxquels elle ne tient que par un tissu cellulaire filamenteux. La tumeur est sphérique, la surface en est lisse; la coupe est semblable à celle d'un ganglion lymphatique légèrement hypertrophié et congestionné.

Ablation traumatique ou résection du corps de la mâchoire inférieure, sans rétraction de la langue.

La plupart des chirurgiens modernes s'accordent à reconnaître qu'un des accidens les plus graves de la résection de la portion moyenne de la mâchoire inférieure est la rétraction de la langue en arrière. MM. Velpeau, Lisfranc, Malgaigne, Sédillot ont insisté sur ce fait déjà signalé par Delpech, et qui a suggéré au professeur de Montpellier un procédé spécial applicable à cette opération. Pareil accident ne paraît pas toutefois devoir se montrer dans tous les cas où il existe une perte de substance de la partie moyenne du corps du maxillaire inférieur : quelques faits communiqués récemment à la Société de chirurgie prouvent cette proposition.

Un premier malade a été observé par M. Larrey; c'est un artilleur, qui, en voulant se suicider, se tira sous le menton un coup de pistolet chargé de deux balles. Il en résulta une fracture comminutive de la mâchoire inférieure avec plaie des lèvres et des joues. La langue, complétement détachée de ses attaches aux apophyses géni, était pendante au devant du cou et n'offrait pas la moindre rétraction. M. Larrey, après avoir réséqué une portion des fragmens de l'os maxillaire, avoir assujetti ces fragmens au moyen d'un fil très fort, passa un autre fil à travers la langue pour relever l'organe et le ramener vers l'ouverture buccale. Plus tard, ce fil ayant été retiré, la langue ne subit pas de rétraction secondaire, pas plus qu'elle n'avait offert une rétraction primitive.

M. Larrey a également rapporté quelques autres faits analogues à celui que nous venons de mentionner. Dans les différens cas, il n'existait pas une rétraction de la langue.

D'un autre côté, quelques malades ayant subi tout récemment à l'hôpital de la Pitié une résection plus ou moins étendue du maxillaire inférieur n'ont pas non plus éprouvé cet accident, et M. Michon lui-même a pratiqué trois fois cette opération sans avoir observé une rétraction de la langue en arrière. D'un autre côté, M. Verneuil, en compulsant les différens traités de médecine opératoire sur le sujet qui nous occupe, a noté que cette rétraction, bien réelle dans quelques cas, se présente avec des caractères variables : tantôt, elle est primitive, brusque ou spasmodique; tantôt, elle est due au mode de pansement employé; tantôt, elle est consécutive, et alors elle se présente encore sous deux formes : ou bien elle survient tout d'un coup, ou bien elle marche lentement.

Appareil prothétique pour remédier à une perte de substance de la mâchoire inférieure.

M. Larrey a présenté le masque d'un canonnier qui a été blessé en 1832 au siége d'Anvers par un éclat de bombe qui a emporté la mâchoire inférieure presque en totalité et entamé la langue à son bord gauche, en la détachant jusqu'à sa base. Après la guérison de cette grave blessure, il restait une perte de substance qu'on recouvrit d'un demi-masque fort bien construit, garni de moustaches et de favoris postiches et formé d'une mâchoire inférieure en métal, garnie d'une arcade dentaire mobile sur la mâchoire supérieure pour permettre la mastication. L'appareil est de plus pourvu d'un plancher buccal propre à soutenir la langue, ainsi que d'un réceptacle de la salive qui est rejetée au dehors à l'aide d'une soupape.

Résultats d'une amputation partielle du pied par la méthode de Chopart.

Le malade qui a été présenté à la Société a été amputé par Blandin, en 1839. Il marche avec facilité, sans rétraction de la partie postérieure du pied du côté de la jambe, comme on l'observe si souvent après ce genre d'opération. M. Lenoir rappelle que M. Sédillot a présenté à la Société un malade qui a subi une opération analogue et qui marchait très bien. Ce résultat favorable paraissait dû à ce que les parties molles de la partie antérieure du lambeau étaient épaisses. Aussi croit-il, en rapprochant le fait de l'opéré actuellement soumis à l'investigation de la Société, et chez lequel des conditions semblables existent, qu'il est important de conserver une grande épaisseur des parties molles dans la partie antérieure du lambeau.

Un grand malheur vient de plonger dans le deuil M. Velpeau et sa famille. Notre célèbre confrère a perdu l'une de ses filles après une longue et cruelle maladie. Aujourd'hui ont eu lieu les obsèques de Mlle Velpeau au milieu d'un immense concours de médecins et d'amis que l'église Saint-Thomas-d'Aquin pouvait à peine contenir. Puisse cet empressement, témoignage d'une générale et douloureuse sympathie, adoucir l'affliction d'un père. Mais quelles consolations offrir à une pareille douleur !

Amédée Latour.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX.—N° 34. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 22 Mars 1855.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS. On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris. ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT : Pour Paris et les Départemens, 1 An.......... 32 Fr. 6 Mois.......... 17 3 Mois.......... 9 Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 MARS 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une foule énorme encombrait de bonne heure l'amphithéâtre et les couloirs de l'Académie. Elle était venue sciemment pour entendre une discussion philosophique et purement doctrinale, et cette foule était surtout composée de jeunes médecins et d'élèves; ce qui prouve que la génération médicale actuelle est moins indifférente qu'on ne le supposait pour les études de doctrine et de philosophie.

M. Bouillaud avait annoncé qu'il s'occuperait de la question du vitalisme; c'est, en effet, sur le vitalisme, mais aussi sur bien d'autres choses, que l'honorable professeur a disserté pendant près de deux heures.

Nous déclarons qu'il nous est impossible de suivre et d'apprécier aujourd'hui cette longue oraison. Soit mauvaise disposition d'esprit, soit défaut de préparation suffisante, deux motifs d'excuse, que M. Bouillaud a d'ailleurs invoqués lui-même, l'orateur ne nous a pas paru aussi bien servi que d'habitude par sa parole claire et facile. En livrant son discours à l'impression, ce qui est désirable, notre éminent confrère lui fera certainement subir des modifications heureuses, et nous croyons équitable, avant de présenter nos réflexions, d'attendre la version écrite au lieu de nous en rapporter à la version improvisée.

Aux difficultés inhérentes au sujet, M. Bouillaud a ajouté les difficultés d'un plan si vaste que c'était avec inquiétude qu'on le suivait dans des développemens dont l'esprit ne saisissait ni le lien, ni la cohésion, ni les afférences.

En effet, M. Bouillaud s'est proposé d'examiner le vitalisme : 1° au point de vue de la discussion engagée entre MM. Bousquet et Piorry; 2° au point de vue historique, mais cet historique, l'orateur ne l'a pas fait remonter au delà de Barthez et de Bichat; 3° au point de vue de quelques doctrines nouvelles qui prennent le nom de néo-vitalistes; 4° enfin, au point de vue des écoles de Paris et de Montpellier. Comme introduction, citations d'Hippocrate pour prouver l'antiquité du dichotomisme pathologique; en guise de péroraison, hymne au progrès représenté par l'école de Paris, ce soleil qui, à l'égal de l'astre suspendu dans les cieux, a eu aussi ses blasphémateurs; d'où citation lyrique de la strophe célèbre.

Le Nil a vu sur ses rivages, etc.

Voilà le squelette du discours de M. Bouillaud. Sous sa plume, ce squelette se revêtira sans doute de muscles puissans, de vaisseaux et de nerfs qui y feront circuler la chaleur, la clarté et l'harmonie. Nous attendrons cette inévitable métamorphose pour exposer notre humble avis.

Aujourd'hui, nous ne voulons dire que quelques mots d'une question subsidiaire, comme on dit au Palais, mais qui présente une certaine importance pour nous tous journalistes, qui croyons avoir le droit et qui regardons comme un devoir d'apprécier les travaux et les discussions académiques.

Nous déclarons, d'abord, que nous sommes complétement désintéressé dans la question sur laquelle nous demandons à M. Bouillaud la permission de lui présenter quelques observations. C'est la liberté que cette condition nous donne qui nous engage à le faire. Nous avons eu quelquefois l'honneur ou le malheur de voir nos opinions traduites devant l'Académie, et cela par M. Bouillaud lui-même, nous ne nous en sommes jamais plaint, pas même alors qu'en déférant nos opinions à la censure académique on invoquait en même temps contre le journal le droit rigoureux de réponse. Ainsi, ce que nous allons dire n'est ni pour nous, ni à l'occasion de nous. Nous ne voulons pas davantage prendre indiscrètement la défense de qui que ce soit; les écrivains que M. Bouillaud a mis en cause sont gens à savoir se défendre eux-mêmes et n'ont besoin de l'appui de personne. C'est une simple question de principe et d'équité qui nous préoccupe, et c'est à ce sentiment, l'équité, que nous faisons appel en nous adressant à M. Bouillaud.

Vous avez hier, dirons-nous à notre célèbre confrère, mis en cause des doctrines et des hommes dont il n'avait pas été dit un mot dans la discussion. Vous avez sévèrement apprécié les doctrines, et les hommes plus sévèrement encore. Vous avez cité des extraits d'articles d'un journal et vous leur avez infligé un blâme énergique. Cette exécution était-elle nécessaire, très honoré maître, et vous était-elle imposée par un devoir rigoureux? Je ne peux le penser. D'abord ces doctrines et ces hommes étaient complétement étrangers à la discussion actuelle, personne n'en avait soufflé mot, ils n'ont pas demandé à intervenir, c'est vous qui les avez traduits sur le banc d'accusation, et ils n'étaient pas là pour se défendre! Est-ce de la justice? Que veut la justice? son premier et éternel principe exige que la défense puisse se produire dans les mêmes conditions que l'accusation. Ce principe est méconnu et violé. Accusation produite dans un lieu où la défense ne peut se faire entendre, devant un public qui pourra l'ignorer. Accusation répétée et multipliée par les nombreux organes de la presse, défense limitée au seul journal qui la produit et dont la publicité ne peut équivaloir celle de la presse médicale toute entière. Est-ce de la justice cela?

Hélas! très honoré et très libéral maître, la position de la presse est assez difficile et assez périlleuse pour que des hommes de votre caractère et de votre autorité ne s'empressent pas de l'aggraver encore. Vous avez été attaqué, dites-vous, et vous usez du droit de légitime défense. Cette défense il fallait la faire là où l'attaque s'est produite et non ailleurs. La loi vous y autorise et la loi y condamne le journaliste. Mais, je n'aime pas la polémique, ajoutez-vous; et qu'avez-vous fait, hier, si ce n'est un article de polémique des plus incisifs et des plus mordans? Ajouterai-je que vous l'avez fait sans danger, puisqu'aucune contradiction, aucun adversaire n'étaient possibles.

Et puis, est-il bien prudent de faire entrer les opinions et les appréciations de la presse comme élémens de discussion académique? Prenez garde! il y a là des périls dont, en vérité, tout ce que je peux faire est de vous avertir.

La presse, vous le savez bien, très honoré maître, n'est et ne se croit ni inviolable ni irresponsable. En dehors même de la législation rigoureuse sous laquelle elle est placée, elle a un juge suprême plus exigeant et plus sévère encore, c'est l'opinion publique. Croyez que le journaliste qui la brave, qui verse le ridicule et le mépris sur ce qu'elle entoure de respect et d'hommages, n'a pas besoin de vitupérations académiques pour tomber dans le discrédit et l'abandon. Je ne sais, personne n'a pu deviner à qui vous faisiez allusion par ces hommes de *race vipérine* qui vous ont fourni une si piquante diversion. C'est ici, très honoré maître, que lorsque vous aurez la plume à la main, j'ose vous conseiller attention, prudence et mesure. Et si, par contraste, par une simple note, vous donniez un bienveillant encouragement à ces journalistes qui, le matin, se lèvent heureux en disant: Quel bonheur! je n'ai que du bien à dire aujourd'hui et que des éloges à faire; et dont la plume alors coule abondante et facile; qui, au contraire, maudissent leur triste devoir quand il leur faut critiquer et blâmer, dont la plume alors devient timide, hésitante, cherchant des tempéramens et des anesthésiques, qui, quelquefois, cela s'est vu, reculant devant l'actualité pressante, mais pénible, remettent au lendemain une appréciation qu'ils pourraient très bien faire le jour même; ces journalistes-là vous seraient reconnaissans, très célèbre confrère, d'un seul mot de justice. Ne le méritent-ils pas?

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES DE CHLOROFORME ET SON ADMINISTRATION A L'INTÉRIEUR, ET DE LA VALEUR COMPARATIVE DES DIVERS TRAITEMENS RECOMMANDÉS CONTRE CETTE AFFECTION;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 4, 6, 13 Janvier, 6 Février et 20 Mars.)

OBSERVATION V. — *Colique de plomb avec accidens paralytiques. Traitement par les purgatifs. Insuccès. Émolliens et calmans. Nécessité de recourir aux antiphlogistiques le dixième jour.*

Sebire, ouvrier cérusier, âgé de 36 ans, fut apporté à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Martin-Solon, le 3 janvier 1840, pour quelques accidens d'encéphalopathie saturnine: perte de connaissance, vertiges, mouvemens convulsifs. Sebire n'en était pas à ses débuts en fait d'accidens saturnins: il avait eu plusieurs coliques saturnines, des accidens paralytiques et des convulsions dont il avait guéri en allant habiter la campagne. Les accidens dont il était atteint au moment de son entrée à l'hôpital étaient dus à ce qu'il avait commis l'imprudence de reprendre depuis deux mois son travail dans une fabrique de céruse.

Les phénomènes d'encéphalopathie avaient presque entièrement disparu le lendemain de son entrée à l'hôpital: il ne conservait qu'un sentiment de pesanteur, de resserrement dans la tête et quelques hallucinations de la vue. En revanche, les phénomènes de la colique étaient assez marqués: douleurs de ventre exaspérées par la pression, constipation depuis deux jours, teinte ictérique des sclérotiques. Traitement: 3 gouttes d'huile de croton dans une once d'huile de ricin; lavement purgatif composé; bain savonneux.

L'administration de l'huile de croton fut suivie de nombreuses évacuations alvines et de vomissemens muqueux. Le lendemain, 5 janvier, il y avait un peu moins de céphalalgie; mais, contre toute attente, les douleurs de ventre avaient beaucoup augmenté. Le pouls était aussi un peu élevé. Néanmoins le traitement fut continué. Mal nous en prit; car le 6 janvier les douleurs de ventre avaient encore augmenté, les vomissemens étaient devenus presque continuels. M. Martin-Solon n'en persista pas moins dans l'emploi des purgatifs, en y associant les opiacés; mais ni les vomissemens ni les douleurs de ventre ne s'arrêtèrent, et le 9 janvier, force fut bien d'interrompre le traitement et de s'en tenir aux émolliens et aux calmans.

A partir de ce moment, les vomissemens cessèrent, le pouls, qui s'était élevé à 84, descendit à 72; les douleurs abdominales diminuèrent; mais il restait toujours à l'épigastre une douleur brûlante qui allait s'exaspérant, à mesure que les douleurs de ventre s'éteignaient de jour en jour. En même temps les deux membres supérieurs commençaient à se paralyser. Cependant les nausées et les vomissemens reparaissaient dès que le malade introduisait même un peu de lait dans son estomac, et cela malgré l'administration journalière de 2 centigrammes d'hydrochlorate de morphine, malgré l'application de cataplasmes fortement laudanisés. Aussi, le 13 janvier, M. Martin-Solon se décida à appliquer 20 sangsues à l'épigastre. Ces sangsues fournirent beaucoup de sang et le lendemain, les douleurs épigastriques avaient considérablement diminué; le pouls était normal à 72. Le malade avait de l'appétit et se trouvait très bien. Le 15 janvier le mieux était encore plus sensible. Le 16, les garde-robes étaient rétablies et le malade commençait à manger. Son état continua à être satisfaisant jusqu'au 20 janvier. Ce jour là, il survint des accidens généraux graves, se rapprochant de l'encéphalopathie saturnine et une paralysie du membre supérieur droit. Les accidens cérébraux disparurent, mais la paralysie envahit presque tous les membres et le malade succomba plusieurs mois après, le 3 septembre 1840, à une affection tuberculeuse du poumon.

Je rapprocherai du traitement par les purgatifs l'emploi de l'alun tel qu'il a été formulé par Grashuis et par mon prédécesseur à l'hôpital Saint-Antoine, M. Kapeler, tel qu'il a été surtout recommandé, dans ces dernières années, par M. Brachet (de Lyon). On comprend difficilement comment M. Gendrin a expliqué l'action de ce sel par l'excès d'acide sulfurique qui fait de l'alun un sel acide et par la réaction de cet excès d'acide sur les particules de plomb disséminées dans l'organisme. Quoi qu'il en soit, l'alun compte en sa faveur des autorités trop imposantes pour qu'on puisse lui refuser toute activité, et nos lecteurs savent probablement que M. Brachet s'en sert aujourd'hui comme d'une méthode générale.

Malheureusement pour cette méthode de traitement comme pour beaucoup d'autres, en associant les opiacés à l'alun, beaucoup d'auteurs et M. Brachet en particulier, ont ôté beaucoup de leur importance aux résultats qu'ils ont annoncés. J'étais, par conséquent, désireux de savoir à quoi m'en tenir relativement à la valeur de cette méthode curative. Huit malades ont été soumis par moi à l'emploi de l'alun pendant mon passage à l'hôpital Necker. De ces huit coliques, trois étaient assez intenses, quatre d'une intensité moyenne, une légère. Dans aucun des cas intenses, l'alun n'a suffi pour amener la guérison; dans deux cas, toutefois, il y a eu du soulagement; mais, dans ces deux cas, la persistance de la constipation et la réapparition fréquente des douleurs m'ont obligé d'en venir aux purgatifs. Sur les 4 cas de colique modérée, il en est 2 dans lesquels les effets du traitement ont été vraiment remarquables: en vingt-quatre heures les garde-robes ont été rétablies. Soulagement très marqué dans un troisième cas; insuccès complet dans le quatrième. L'alun semble, par conséquent, n'avoir qu'une influence très bornée sur les accidens de la colique saturnine; il soulage souvent et rétablit rapidement les garde-robes dans les cas moyens; il échoue, au contraire, dans les coliques intenses. Sans doute, les résultats que j'a

obtenus ne portent que sur un petit nombre de faits; mais ils empruntent une certaine valeur à leur concordance avec les résultats signalés par M. Tanquerel, qui a vu, lui aussi, l'alun employé seul échouer dans les cas graves, réussir quelquefois dans les cas modérés.

Il me reste à parler des traitements qui se proposent de rendre à l'intestin sa contractilité affaiblie et perdue. Si je les place ici au dernier rang, ce n'est pas tant à cause de leur insuffisance bien reconnue contre les accidens aigus et intenses de la colique de plomb, que de la place que me paraît devoir occuper ce traitement à la fin de la colique de plomb, lorsqu'il ne reste plus à combattre que la perversion de la contractilité intestinale. Je ne suis donc pas surpris que, malgré les succès attribués à la noix vomique et à la strychnine, tous ceux qui ont voulu reprendre ces expérimentations dans la colique de plomb proprement dite aient échoué entièrement. La noix vomique ne saurait avoir aucune influence sur les douleurs; elle ne peut ni faire cesser le spasme de l'intestin, ni rétablir les sécrétions intestinales; mais si on l'eût employée dans la colique chronique, chez les individus qui, après avoir eu plusieurs atteintes de cette affection, conservent, avec peu ou point de douleurs, une torpeur considérable de l'intestin, nous ne doutons pas que l'on eût réussi, comme on réussit avec ce moyen dans les constipations rebelles. Il y aurait même à se demander si l'électricité ne serait pas susceptible de rendre des services dans les cas de ce genre. Un courant électrique traversant le tube digestif de la bouche à l'anus ne pourrait-il pas réveiller la contractilité intestinale? C'est là une idée que je soumets à mes confrères, sans avoir pu en vérifier la justesse, les faits du genre de ceux auxquels s'applique ce traitement n'étant pas très communs.

On a vu plus haut que, malgré le caractère en apparence exclusif de chacune des médications que j'ai fait connaître et bien que chaque auteur ait cherché à déprécier les autres traitemens au profit de celui dont il était l'inventeur ou le partisan, il en est bien peu qui se soient toujours conformés dans la pratique à la règle qu'ils avaient établie, et, dans la plupart des observations, on voit reparaître, à un moment donné, tantôt les purgatifs, tantôt les calmans, preuve de l'importance de ces deux indications: calmer la douleur; rétablir le cours des matières. Eh bien! un traitement que l'on caractérise souvent de *barbare* et qui compte cependant les succès les plus incontestables, le traitement de la Charité, présentait le mélange, l'association, la succession, qualifiées à tort de bizarrerie et de barbarie; le mélange, l'association, la succession, dis-je, des vomitifs et des purgatifs drastiques les plus énergiques (sirop de nerprun, séné, sulfate de soude, jalap, tartre stibié, vin émétique), administrés tant par la bouche qu'en lavemens, et des calmans les plus efficaces, l'opium, la thériaque, la confection Hamech; enfin des sudorifiques, gayac, squine, sassafras, salsepareille. Or, quels sont les résultats de ce traitement? Extrêmement remarquables, au dire de tous les auteurs, et comme j'ai pu m'en assurer moi-même. M. Tanquerel, qui penche beaucoup pour les purgatifs et pour l'huile de croton en particulier, reconnaît sans hésiter que cette médication complexe est *des plus efficaces* contre la colique saturnine. Sur 345 cas de coliques de plomb, rassemblés par ce médecin, 110 de coliques violentes, 135 de colique modérée et 110 de colique légère, 308 ont été suivis de guérison, terme moyen en 6 ou 7 jours, et les 37 cas d'insuccès se composent de 5 encéphalopathies suivies de mort, de 17 coliques chroniques et de 15 coliques aiguës; de sorte que la proportion des insuccès, qui semble être de 1 sur 9, se réduit en définitive à 1 sur 23, si l'on ne tient compte des insuccès que pour les coliques aiguës, et à 1 sur 17 en y comprenant les encéphalopathies suivies de mort.

Mais là où il importe de juger ce traitement complexe, c'est dans la proportion des rechutes et dans le nombre des accidens cérébraux.

Le traitement de la Charité, d'après les observations de M. Tanquerel, ne compte que 17 rechutes sur 308 malades (1 sur 20 ou 1 sur 18, si l'on ne tient compte que des cas guéris), 7 encéphalopathies saturnines (1 sur 49), 12 paralysies saturnines (1 sur 29).

Le traitement par l'huile de croton ou par les purgatifs, de l'avis de M. Tanquerel, est bien moins heureux; car il y a eu 35 insuccès sur 460 cas, ou 1 sur 13, et le nombre des rechutes a été de 20, ou 1 sur 23. Le nombre des encéphalopathies et des paralysies ne diffère guère de ce qu'il a été dans le traitement de la Charité, 1 sur 28 pour les paralysies, 1 sur 24 pour les encéphalopathies. Dans les cas que j'ai recueillis moi-même, les résultats ont été moins favorables encore aux purgatifs; mais je dois reconnaître que les malades étaient tous assez gravement affectés.

Le traitement par les émolliens a compté dans les observations de M. Tanquerel 29 guérisons sur 48 cas, ou plus d'un insuccès sur 2, 3 rechutes (1 sur 16), 4 paralysies (1 sur 12), 2 encéphalopathies (1 sur 24). J'ai dit plus haut que M. Martin-Solon avait été plus heureux; puisque dans les 24 cas que j'ai recueillis dans le service de ce médecin, la guérison a eu lieu en 6 jours dans 20 cas; mais il y a eu 2 insuccès; un par le fait d'une encéphalopathie saturnine (1 sur 20), et l'autre dans lequel les accidens se sont longtemps prolongés.

Dans le traitement par la limonade sulfurique, qui nous a fourni des résultats plus favorables que les émolliens, la guérison a eu lieu en 4 ou 5 jours, et nous avons compté 2 insuccès, ou 1 sur 16, 3 rechutes, ou 1 sur 10. Il est assez remarquable que nous n'ayons pas observé un seul cas d'encéphalopathie saturnine sur 32 cas de colique. M. Tanquerel en a vu 2 cas sur 53 malades traités par la limonade sulfurique, ou 1 sur 26; mais en ajoutant nos faits à ceux de M. Tanquerel, la proportion est de 2 sur 85, ou 1 sur 42, ce qui se rapproche beaucoup du chiffre que nous avons indiqué pour le traitement par les purgatifs. D'après M. Tanquerel, la proportion des insuccès serait bien plus grande que celle que j'ai trouvée moi-même; elle serait de 1 sur 3; mais il y a tout lieu de croire que M. Tanquerel a été trompé par les malades qui ne prenaient pas le médicament.

Je pourrais continuer ce parallèle des insuccès, des rechutes et des accidens cérébraux observés pour chacun des traitemens exclusifs dont j'ai parlé, narcotiques, alun, anesthésiques, etc.; et toujours nous trouverions une proportion d'accidens défavorables plus forte que dans le traitement mixte dit *de la Charité*. En conclurons-nous que c'est à ce traitement qu'il faut revenir dans toute sa pureté, c'est-à-dire à cette formule étroite qui lie les mains du médecin, en déterminant jour par jour, heure par heure, les moyens à mettre en usage? Nullement. Mais ce qui nous semble résulter de la comparaison des résultats fournis par tous les traitemens exclusifs avec ceux que donne le traitement mixte de la Charité, c'est que c'est dans une combinaison convenable, dans un mélange heureux et approprié de ces divers traitemens aux indications qui se présentent, que se trouve la clé du succès dans la colique de plomb. Aucun traitement exclusif, quelle que soit d'ailleurs son efficacité générale, n'offre au médecin les avantages d'une médication reposant sur les indications et remplissant surtout ces deux indications si importantes de la colique de plomb: *calmer les douleurs, rétablir le cours des matières.*

Cet aveu paraîtra quelque peu singulier de ma part, moi qui viens proposer aujourd'hui un traitement reposant sur l'emploi exclusif du chloroforme *intùs* et *extrà*, et qui me suis efforcé de montrer que ce médicament employé seul suffit à guérir la colique de plomb?... Qu'aurait-on pensé cependant si, pour démontrer l'efficacité des anesthésiques, j'avais rapporté des faits de guérison par l'emploi combiné du chloroforme et des purgatifs, par exemple? Pour assurer aux anesthésiques une place même modeste dans la thérapeutique de la colique de plomb, il fallait prouver que ces moyens pouvaient à eux seuls assurer la guérison. Mais il y a loin d'une démonstration théorique à l'application pratique; et si, pour arriver à cette démonstration, j'ai dû me priver de l'emploi des purgatifs, ce n'a pas été sans le regretter et sans penser que leur association au chloroforme aurait simplifié et abrégé de beaucoup la guérison. Oui, l'association des anesthésiques aux purgatifs doux, ou plutôt, l'emploi de ces purgatifs succédant à celui du chloroforme, constitue, dans les coliques vraiment intenses, à la fois l'un des traitemens les plus efficaces, et le traitement qui apporte le soulagement le plus rapide, et qui transforme le mieux en une maladie relativement supportable l'une des affections les plus douloureuses du cadre nosologique.

Sans doute, on peut obtenir la guérison par le chloroforme seul dans les coliques modérées et légères, ce traitement suffit largement; mais on a vu plus haut que, pour assurer le résultat de la médication, dans les cas graves surtout, il faut persister longtemps dans l'emploi du chloroforme, dans la crainte d'une rechute, ce qui prolonge sans profit aucun le traitement. Autrement dit, c'est exactement ce qui se produit pour les narcotiques, avec cette différence que ces derniers agens exercent, pour la plupart, une action torpide sur l'intestin et retardent le rétablissement du cours des matières, tandis que le chloroforme n'a, sous ce point de vue, aucune influence fâcheuse. Ce qu'il y a encore de curieux dans l'association des purgatifs au chloroforme, c'est que les douleurs, une fois calmées par le mode de traitement que j'ai indiqué en commençant, il suffit du purgatif le plus doux, d'un peu d'huile de ricin, de quelques verres d'eau de Sedlitz pour que la constipation cesse définitivement. Il convient cependant, par prudence, de continuer le chloroforme quelques jours encore et de donner un ou deux purgatifs légers. Mais, je le répète, ce qui me paraît assurer au traitement mixte consistant dans l'emploi du chloroforme et des purgatifs doux la supériorité sur tous les autres traitemens, c'est que lui seul apporte un soulagement *immédiat*; lui seul fait cesser en très peu d'heures les phénomènes les plus effrayans de la maladie, les douleurs de ventre, les crampes, les vomissemens. Peut-être même, s'il m'est permis de tirer une conclusion d'un fait unique qui a passé sous mes yeux, le chloroforme serait-il destiné à assurer un immense progrès dans le traitement de l'intoxication saturnine, en nous fournissant les moyens de combattre d'une manière plus efficace et plus sûre que tout autre traitement connu les accidens de l'encéphalopathie saturnine? Seulement, il est probable que, dans les cas de ce genre, le chloroforme devrait être porté à des doses considérables pour lutter efficacement contre l'intensité et la rapidité des accidens encéphalopathiques. Voici, du reste, le fait auquel je fais allusion:

Observation VI. — *Colique intense avec accidens d'encéphalopathie saturnine. Traitement par le chloroforme intùs et extrà à haute dose. Guérison rapide.*

Le 17 juillet dernier, dans l'après-midi, on apporta dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le nommé Duperré (Lucien), âgé de 42 ans, peintre en bâtimens. A son entrée, cet homme était en proie aux plus vives souffrances; il se roulait dans son lit, au milieu d'une agitation effrayante. De temps en temps sa tête se renversait en arrière; les membres se raidissaient, et le corps, soulevé et courbé en arc, ne reposait plus que sur la tête et sur les talons. Symptômes d'asphyxie; gonflement extraordinaire des veines du cou; turgescence violacée de la face; sensation d'un poids énorme sur le sternum. Peau froide; lenteur du pouls. Les personnes qui apportaient ce malade rapportèrent que quelques heures auparavant il était tombé sans connaissance, par suite de douleurs atroces dans le ventre. Cette perte de connaissance avait duré quatre heures et avait été suivie de vomissemens et de mouvemens convulsifs.

La lenteur du pouls, jointe au liseré bleuâtre des gencives, ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence d'une intoxication saturnine; on apprit d'ailleurs que le malade avait déjà eu une colique de plomb, et que, depuis plus de quinze jours, il se plaignait de perte d'appétit, de coliques sourdes et de difficulté pour aller à la garde-robe. En conséquence, l'interne du service n'hésita pas à traiter ce malade comme il en avait déjà vu traiter un certain nombre, par le chloroforme à haute dose. 60 gouttes furent administrées dans un demi-verre d'eau; une application de chloroforme fut faite sur le ventre. Potion avec 50 gouttes de chloroforme. Deux quarts de lavement avec 20 gouttes de chloroforme.

Le soulagement fut immédiat; les crises devinrent plus rares et moins douloureuses; la nuit fut même assez calme. Néanmoins, le lendemain, je trouvai le malade dans un accablement extrême, accusant une sensibilité très vive de l'abdomen à la pression seulement; car les coliques spontanées étaient bien moins intenses que la veille. Inappétence complète, Constipation depuis neuf jours. Ventre développé. Peau froide. Pouls lent. Je n'avais pas encore trouvé un cas aussi intense, et je prescrivis un traitement en conséquence: 40 gouttes de chloroforme *illicò*. Deux juleps avec 80 gouttes de chloroforme pour chaque. Deux lavemens simples et deux quarts de lavement avec 50 gouttes de chloroforme.

Le lendemain, 19, le calme était parfait; pas de coliques; l'appétit avait reparu; le pouls commençait à se relever. Les lavemens avaient produit trois garde-robes dans la journée. (Deux juleps avec 50 gouttes de chloroforme. Deux lavemens avec 30 gouttes. Bain alcalin. Une portion d'alimens.)

Très bon état le 20. Même traitement. Deux portions d'alimens.

Le 21, je réduisis le traitement à un seul julep et un seul lavement.

La guérison était parfaite dès le 21. Seulement, je conservai le malade par précaution jusqu'au 1er août. En somme, ce malade avait été guéri d'accidens voisins de l'encéphalopathie saturnine et d'une violente colique de plomb en quelques heures; tandis que la première colique avait duré trois mois, malgré l'emploi des purgatifs.

Mais ce traitement par le chloroforme seul ou par le chloroforme associé aux purgatifs remplit-il toutes les indications? Non sans doute. A Dieu ne plaise, par conséquent, que je veuille rayer du cadre thérapeutique les traitemens divers dont j'ai parlé. C'est dans la colique aiguë que ce traitement mixte triomphe; plus les accidens sont intenses et douloureux, plus on peut compter sur un prompt et rapide succès. Dans la colique chronique, au contraire, chez les individus qui ont eu déjà plusieurs coliques, chez lesquels des douleurs légères coïncident avec une constipation rebelle, il n'y a vraiment rien à attendre du chloroforme. Ce sont les purgatifs les plus énergiques dont il faut faire choix, et les anesthésiques pas plus que les narcotiques ne feraient qu'entraver l'opération de ces médicamens. A plus forte raison, lorsque l'on a affaire à de véritables phénomènes de paralysie de l'intestin, faut-il s'abstenir de trop insister sur les purgatifs énergiques, et peut-être obtiendrait-on quelque chose dans ces cas de l'emploi de la noix vomique, de la strychnine, de l'électricité. C'est aussi dans ces cas que trouverait peut-être sa place l'administration de l'iodure de potassium ou des sulfureux, dans le but de neutraliser, d'éliminer les molécules métalliques disséminés dans l'économie. M. Guéneau de Mussy n'est parvenu à triompher des accidens dans l'empoisonnement qui a eu lieu à Claremont, il y a quelques années, qu'en administrant les sulfureux.

En résumé: contre les accidens aigus de la colique de plomb, le chloroforme, administré comme je l'ai indiqué plus haut: soit seul, si les accidens se calment et disparaissent rapidement par son emploi, soit en le faisant suivre des purgatifs doux si le rétablissement des garde-robes se fait attendre; et contre les accidens de la colique chronique, les purgatifs énergiques d'abord, la noix vomique, la strychnine, l'électricité même ensuite, si le tube digestif paraît frappé d'une atrophie profonde; l'iodure de potassium et les sulfureux à l'intérieur, pour prévenir les accidens ultérieurs de l'intoxication; voilà comment je conseillerais d'instituer aujourd'hui le traitement de la colique de plomb. Mais, je le répète, mon intention n'est nullement de faire abandonner à toujours les traitemens dont j'ai parlé. Il peut, au contraire, se trouver telle circonstance dans laquelle on serait heureux d'avoir recours à l'un ou à l'autre de ces traitemens, telle circonstance où ce traitement seul réussirait alors que les autres auraient échoué. J'ai voulu seulement faire connaître un traitement dont l'efficacité me paraît hors de doute, et si j'ai cherché à assurer au chloroforme une large place dans la thérapeutique de cette affection, on me rendra, je l'espère, cette justice, que je n'ai apporté ni partia-

lité ni mauvaise foi dans l'examen critique des autres traitemens dont j'ai eu à apprécier la valeur et les indications.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU BASSIN.

(Suite.—Voir les numéros des 26 Décembre 1854, 20 Février et 8 Mars 1855.)

OBSERVATION X. — *Rétrécissement du bassin. — Céphalotripsie. — Fistule vésico-uterine.*

Le mardi 28 novembre 1854, on apporta à la Clinique une femme en travail depuis trois jours, et qu'on avait essayé de délivrer, en ville, par plusieurs tentatives d'accouchement qui étaient restées sans succès.

Cette femme, nommée Jeanne L. V..., est âgée de 31 ans; elle est de taille moyenne; son apparence extérieure ne ferait pas soupçonner une déformation du bassin; les jambes sont droites, assez longues, un peu grosses. Réglée à l'âge de 16 ans pour la première fois, elle le fut depuis régulièrement tous les mois pendant quatre jours chaque fois.

Cette grossesse est la troisième. Nous avons obtenu sur les deux accouchemens précédens les détails que voici:

Premier accouchement: il y a trois ans, chez elle, elle accoucha à terme, pour la première fois; le travail durait depuis deux jours; un médecin qui avait été appelé termina l'accouchement par une application de forceps et amena un enfant vivant; les suites de couches furent naturelles; l'enfant est encore vivant maintenant.

Deuxième accouchement: il y a quatorze mois, au terme de la grossesse, elle accoucha chez une sage-femme spontanément d'un enfant qui présentait le siége; le travail dura trois jours. L'enfant fut ranimé difficilement et mourut dix-huit heures après l'accouchement, à la suite de convulsions qui ont été parfaitement constatées par la mère.

Cette fois-ci, lorsque la grossesse fut arrivée à terme, elle se présenta chez la même sage-femme, et les premières douleurs se manifestèrent dans la journée du dimanche 26 novembre. Dans la soirée, les contractions devinrent très énergiques, et à neuf heures du soir, le même jour, la poche des eaux se rompit spontanément. Pendant la nuit suivante, et la journée du lundi, les contractions furent énergiques et suivies, mais sans que le travail parût avancer.

A quatre heures du soir, Jeanne L. fut mise dans un bain où elle resta trois quarts d'heure, et à onze heures du soir, le même jour, la sage-femme voyant que les choses n'avançaient pas et que les contractions se ralentissaient eut l'inopportune idée de lui faire prendre deux doses de seigle ergoté. Dès lors l'action de l'utérus se ranima et s'exerça avec énergie pendant deux heures et demie ou trois heures, avec une telle force, dit la patiente, qu'il lui semblait *que son ventre allait éclater.*

Le mardi 28 novembre, à deux heures du matin, le mari de Jeanne L. ayant perdu confiance en la sage-femme, alla chercher un médecin du voisinage, qui arriva vers deux heures et demi du matin. Il examina la femme et crut reconnaître une présentation du siége, et sentir quelque chose qui ressemblait, dit-il, à la crête iliaque. Il songea alors à faire la version et introduisit la main dans l'utérus; mais il fut fort étonné au bout de quelques instans de trouver que, sans avoir fait autre chose qu'introduire sa main dans l'utérus, la tête de l'enfant était venue se placer au détroit supérieur. Il expliquait ce changement par un mouvement de bascule que la présence de sa main avait fait exécuter à l'enfant.

La tête se trouvait donc au détroit supérieur; le médecin tenta alors une application de forceps; mais les branches ne purent être articulées, de sorte qu'aucune traction ne fut faite à ce moment. L'instrument fut retiré et le médecin fit appeler un confrère; tous deux alors tentèrent une nouvelle application de forceps. Les branches furent introduites avec difficulté, et après des tentatives réitérées on parvint à les articuler. Puis l'un après l'autre, les deux médecins firent des tractions fortes; ces manœuvres durèrent environ une demi-heure ou trois quarts d'heure. Voyant qu'ils ne réussissaient pas, ils se décident à envoyer la patiente à la Clinique, où elle fut reçue à dix heures et demie du matin, le mardi 28 novembre. M. le professeur P. Dubois était alors en voyage; en son absence, M. Campbell, chef de clinique, fut appelé auprès de cette femme. Il la trouva dans l'état suivant: État général assez bon, malgré tant de fatigues; le pouls, faible, battait 108 par minute. Par le toucher, on constate que le bassin est petit dans toutes ses dimensions; la tête est à peine engagée dans le détroit supérieur; en passant le doigt au-dessous de la bosse séro-sanguine qui existe sur la tête de l'enfant, on arrive assez facilement à l'angle sacro-vertébral. Le diamètre antéro-postérieur, mesuré avec le doigt, n'a qu'une étendue de 8 centimètres. A l'auscultation, on entend les battemens du cœur de l'enfant. Les contractions utérines sont à peu près nulles.

M. Campbell, suivant alors les préceptes posés par M. Dubois, préceptes que nous avons déjà fait connaître, tâcha de concilier dans une certaine limite les intérêts de l'enfant avec ceux d'une mère déjà fatiguée par des manœuvres pénibles. Il tenta une application de forceps: les branches ayant été appliquées facilement et régulièrement, il fit des tractions fortes et ménagées, néanmoins, pendant une minute environ; la tête n'avança pas, et M. Campbell jugea, d'après la force qu'il avait employée, que la difficulté était insurmontable; n'ayant, d'ailleurs, plus rien à espérer de l'utérus, dont l'action était presque nulle, il se décida à diminuer le volume de la tête de l'enfant. La perforation du crâne fut faite en conduisant les ciseaux de Smellie à travers la bosse séro-sanguine, perpendiculairement à la surface crânienne, qui fut perforée, au niveau de la fontanelle antérieure, ainsi qu'on le vit ensuite. Cette circonstance prouve qu'au moment où la perforation fut faite, la tête se trouvait défléchie, ce qui explique la difficulté qu'elle avait eu à pénétrer dans le bassin dont le rétrécissement, quoique très prononcé, pouvait cependant permettre un commencement d'engagement.

Au moment de la perforation, une certaine quantité de matière cérébrale s'écoula hors du vagin. M. Campbell, pour éviter une nouvelle introduction d'instrument, résolut d'attendre quelques heures, espérant que l'utérus, si son action se réveillait, suffirait pour faire engager et pour expulser ensuite la tête dont le volume était diminué; il était alors onze heures du matin. A midi, quelques contractions utérines faibles s'étaient montrées, mais la tête n'est pas descendue. Ces contractions ont eu pour résultats, cependant, de fléchir la tête, car la perforation avait été faite dans l'axe du bassin, et, à ce moment, on la retrouve tout à fait sur un des côtés.

A trois heures de l'après-midi, M. Campbell revint et, voyant que la tête n'avait fait que peu ou point de progrès, il fit une application de céphalotribe. L'instrument s'adapta fort bien en deux points opposés du sommet de la tête et, après quelques contractions modérées, l'enfant put être extrait.

C'était une fille du poids de 2,950 grammes. Au bout d'une heure, le placenta ne s'était pas séparé, du moins en totalité, de la surface utérine; la femme dit alors qu'à ses deux autres couches précédentes, il avait fallu aller chercher le délivre; M. Campbell introduisit la main dans l'utérus et détacha le placenta, qui fut extrait en totalité.

L'accouchement fut ainsi terminé après une durée de plus de quarante-huit heures.

Le même jour, 28 novembre, on fit prendre à cette femme 10 centigrammes d'extrait thébaïque, en quatres doses, de deux en deux heures.

29 novembre. Etat satisfaisant. Pouls à 84. La malade a uriné seule; pas de douleurs dans l'abdomen, ni du côté des parties génitales; lochies peu abondantes. Cataplasmes sur le ventre; deux bouillons, deux potages.

30 novembre. Rien de particulier à noter; état satisfaisant.

5 décembre. Incontinence d'urine signalée par l'accouchée; elle date d'aujourd'hui; la vessie ne contient presque pas d'urine.

7 décembre. L'incontinence d'urine continue; M. Campbell examine alors cette femme: une sonde étant placée dans la vessie, le doigt peut sentir à la paroi antérieure du vagin, au fond et à droite, près de la commissure antérieure du vagin avec le col utérin, une perte de substance à travers laquelle on sent facilement la sonde; mais le doigt n'est pas en contact immédiat avec l'instrument. Une portion de tissu sain existe entre ce point et le col de l'utérus, Lorsque le doigt pénètre dans la cavité utérine, il sent, en se recourbant en avant, un orifice qui se dirige vers le bas-fond de la vessie.

10 décembre. M. le professeur Dubois examine cette femme et constate les lésions que nous venons d'indiquer.

Cette femme reste encore pendant quelques jours dans le service, et l'urine continuait à passer par le vagin. Quand elle fut reposée des fatigues de son accouchement, on la transporta dans le service de M. le professeur Nélaton.

Cette observation est curieuse sous plus d'un rapport; la malade qui en fait l'objet était bien conformée extérieurement et on n'eût pas soupçonné qu'il existait chez elle une déformation du bassin; il est rare qu'il en soit ainsi, comme nous l'avons dit précédemment. Nous voyons en outre se produire à la suite de l'accouchement une lésion grave, à cause des troubles fonctionnels qu'elle occasionne. Les fistules vésico-vaginales et vésico-utérines sont presque toutes produites par des manœuvres obstétricales et se montrent plus souvent dans les cas de vices de conformation du bassin. Les choses suivirent ici leur cours ordinaire; à la suite des manœuvres, il se forma dans les points que nous avons signalés une escarre qui tomba vers le cinquième ou le sixième jour en laissant une perte de substance. De là résulte une communication anormale entre le réservoir urinaire et les voies génitales.

La malade fut placée dans le service de chirurgie de l'hôpital des Cliniques. M. le professeur Nélaton l'examina et constata l'état suivant des parties: Dans le vagin il n'y a aucune lésion visible; la perte de substance qui existait au voisinage du col a disparu: par l'orifice de l'utérus on voit sortir un liquide qui paraît être de l'urine. Le doigt, introduit dans le col de l'utérus, sent en avant une cavité infundibuliforme par laquelle on peut faire passer une sonde à courbure spéciale qui vient alors en contact à nu avec le doigt. La malade perdait par là presque toutes ses urines, mais elle ne tarda pas à s'apercevoir que la quantité d'urine, qui passait par la fistule, diminuait, tandis qu'il en sortait davantage par l'urètre. L'amélioration continua et bientôt la malade ne perdit plus que fort peu de liquide par le vagin, surtout quand elle restait assise ou couchée sur le côté gauche; et enfin, le 29 janvier elle sortit du service. A ce moment toute l'urine passait par les voies naturelles, et elle en perdait un peu encore par le vagin, mais seulement quand elle était pressée par le besoin.

On peut donc espérer que cette fistule guérira spontanément; ce cas servait de texte à une leçon très intéressante de M. le professeur Nélaton, qui nous cita plusieurs cas de guérison spontanée de fistules vésico-vaginales; ce mode de terminaison n'est pas très rare, en effet, et beaucoup de chirurgiens ont pu en observer dans leur pratique. Il est bon de le savoir, afin de ne pas se hâter d'opérer; du reste ces lésions guérissent spontanément même lorsqu'on pratique des opérations pour y remédier, et l'on attribue alors à l'opération ce qui est le fait de la nature.

(*La suite à un prochain n°.*) JULES ROUYER.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Mars 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend:

Une demande du sieur GRUBIS, qui sollicite l'autorisation de fonder une fabrique d'eaux minérales à Lyon.

— Une demande du comte DE SAMPIGNY, d'Issoncourt (Ardèche), à l'effet d'être autorisé à livrer au public les eaux d'une source minérale située dans la commune de Vals.

— Un rapport du docteur REGNAULT, inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault (Allier), sur le service médical de cet établissement en 1854.

(Ces trois communications sont renvoyées à la commission des eaux minérales.)

— Sept rapports adressés au ministre de l'agriculture et du commerce par les médecins chargés du service des épidémies dans le département du Jura, sur les maladies qui ont régné dans ce département dans le cours de l'année dernière.

— Six rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1854 dans le département du Gard.

(Commission des épidémies.)

— Un rapport de M. HOUEIX, médecin des épidémies à Ploërmel, sur la dysenterie qui vient de sévir dans cette localité.

— Un rapport du docteur YVONNEAU, de Blois, sur une épidémie d'angine couenneuse observée depuis le mois d'avril 1854 jusqu'à février 1855, dans la commune d'Autrainville.

— Une relation de l'épidémie de choléra observée à Brest par le docteur D'AMET.

— Un rapport de M. OURGAUD, sur l'épidémie de choléra et de suette de la ville de Pamiers.

(Commission du choléra 1854.)

— La recette d'une préparation de ferro-cyanure de sodium et de salicine par les docteurs HALMAGRAND et DUHALDI, et M. GAUCHERON, pharmacien à Orléans, préparation destinée au traitement des fièvres intermittentes.

— La description du traitement proposé par le docteur DURAND contre le choléra.

— La formule d'un élixir dit de santé, par M. BONJEAN, pharmacien à Chambéry (Savoie).

— La formule d'un spécifique pour la guérison radicale des cors aux pieds.

(Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes:

Un rapport sur le choléra observé à Quissac (Gard), par le docteur ANTHOUARD.

— Une notice sur le choléra à St-Étienne, par le docteur VIAL.

(Commission du choléra.)

— Une note de M. HUBERT-RODRIGUES, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, sur le traitement de l'épilepsie par l'indigo. (Rapporteur: M. Baillarger.)

— Plusieurs lettres annonçant à l'Académie que les médecins dont les noms suivent se portent candidats aux places vacantes dans diverses sections, savoir:

MM. Moreau (de Tours), Sestier et Martinet, dans la section d'anatomie pathologique;

MM. Bouchut et Duchesne, dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale;

M. Reynal, chef de service à l'École d'Alfort, se présente comme candidat à la place vacante dans la section de vétérinaire.

— M. GALANTE soumet à l'Académie une vessie en caoutchouc vulcanisé pour application de glace sur la tête. (M. Poiseuille, rapporteur.)

— M. MATHIEU présente un nouveau bistouri, s'ouvrant et se fermant par un mécanisme particulier.

— M. PATISSIER déclare donner sa démission de trésorier de l'Académie.

— M. DEPAUL montre une tumeur du volume d'un gros œuf extraite dans les circonstances suivantes: Appelé dans la nuit auprès de la malade, qui venait d'être prise inopinément d'une métrorrhagie très abondante, M. Depaul crut d'abord à un avortement; mais en pratiquant le toucher, il reconnut bientôt la présence, dans le vagin, d'une tumeur ovoïde, assez dure, implantée sur la lèvre postérieure du col utérin, par un pédicule assez large. La perte de sang s'arrêta assez facilement sous l'influence d'un traitement approprié. Après avoir pris l'avis de plusieurs confrères, M. Depaul fit l'ablation de la tumeur en se servant de l'instrument imaginé par M. Chassaignac pour opérer ce qu'il désigne sous le nom d'écrasement linéaire. L'utérus ayant été attiré près de la vulve, la section du pédicule se fit avec assez de promptitude et ne donna lieu qu'à un faible écoulement de sang. La malade se rétablit. Quant au tissu de la tumeur, il a été considéré par quelques chirurgiens comme étant de nature cancéreuse; mais l'examen microscopique auquel M. Depaul a soumis cette production, en s'aidant des avis de M. Robin, lui a démontré qu'elle était composée de tissu fibreux et de culs-de-sac folliculaires remplis de cellules d'épithélium et de globules graisseux. Ceux-ci, très abondans, forment des amas jaunâtres, apparens sur la coupe, et en ont probablement imposé pour du suc cancéreux. En somme, il s'agissait donc d'une tumeur bénigne.

— L'ordre du jour rappelle la discussion sur le mémoire de M. Piorry. M. Bouillaud a la parole.

M. BOUILLAUD commence par lire plusieurs passages du livre d'Hippocrate *De prisca medicina*, qui viennent à l'appui des idées émises dans son discours de mardi dernier. Abordant ensuite la question du vitalisme, il s'exprime ainsi:

Nous sommes ici sur les hauteurs de la science, presque dans les nuages; essayons cependant de marcher d'un pied ferme et de n'avoir pas le vertige.

Ce que j'ai à dire du vitalisme comprendra:

1° Les théories de MM. Piorry et Bousquet;

2° L'historique du vitalisme, et surtout la comparaison des doctrines professées par Bichat et par Barthez;

3° Enfin, l'examen du néo-vitalisme ou de l'ultra-vitalisme que nous voyons se produire dans quelques journaux et qui se hausse tant, — sans doute parce qu'avec sa taille naturelle il ne ferait pas grande figure.

Disons d'abord un mot de la théorie de M. Piorry. M. Bousquet lui a reproché d'être spiritualiste en physiologie et matérialiste en pathologie; d'admettre que l'âme préside à la formation des organes, puis cette œuvre accomplie, de laisser l'âme s'envoler, de sorte que le médecin n'est plus en présence que des organes.

A cela M. Piorry répond que, dans son opinion, l'âme continue d'agir et que c'est précisément sous son influence que s'accomplissent les phénomènes de la vie, proposition, dit notre collègue, discutable sans doute, mais qui renferme les élémens d'une définition rationnelle de la vie. Cette définition, ajoute-t-il, n'a au moins rien d'obscur; et il cite, par comparaison, celle de Virey; vous l'avez entendue et vous l'avez trouvée bien longue, les mots de M. Piorry eux-mêmes sont courts à côté de cela.

Mais ce n'est pas dans Virey, c'est dans les livres de nos physiolo-

gistes modernes que M. Piorry aurait dû chercher la définition de la vie pour la comparer à celle dont il est l'auteur.

M. Piorry et M. Bousquet, qui reproche à son adversaire d'être *matérialiste*, ont souvent employé ce mot d'*âme* sans y attacher un sens assez précis peut-être. Et cependant, la psychologie est une science pour le moins aussi exacte que les autres. Elle repose sur ce principe incontestable qu'il existe chez l'homme un certain ordre de phénomènes qui ne peuvent être ramenés aux lois d'où dépendent les fonctions des autres êtres vivans. Quoi qu'on ait dit de l'intelligence des animaux, il y a un abîme entre eux et l'homme ; la distance qui les sépare de lui est aussi immense que celle qui existe entre l'homme et Dieu !

J'arrive à Bichat et à Barthez, à l'examen de leur croyance, à leur profession de foi, à leur évangile physiologique. On se plaît à les représenter comme les antagonistes les plus absolus ; mais lisez leurs ouvrages, et vous serez étonnés de voir que leurs opinions sont souvent analogues, quelquefois identiques, et vous constaterez qu'au fond il n'y a aucune différence essentielle entre l'école de Paris et celle de Montpellier. Et ici je déclare encore une fois, s'il en est besoin, que par école, je n'entends pas la Faculté de Paris ou celle de Montpellier, mais l'ensemble des doctrines qui y sont professées, soit dans ces Facultés elles-mêmes, soit par tous ceux qui, en dehors d'elles, discutent les questions de science, les Académies et les journaux y compris, car la presse médicale, elle aussi, est une puissance.

(L'orateur donne lecture d'un grand nombre de passages empruntés à Bichat et à Barthez et par lesquels il prouve que Barthez, comme Bichat, se fondait sur le principe *expérimental* pour l'étude des phénomènes de la vie, et qu'il était loin de bafouer Bacon, comme ceux qui, aujourd'hui, se prétendent ses continuateurs; que les facultés, les forces de Barthez ne sont autre chose que les propriétés vitales de Bichat; qu'à part la différence des termes, les propriétés admises par l'un, le sont aussi par l'autre. Il montre Barthez désavouant la prétendue école physiologique de Montpellier, « qu'on cherche à lui attribuer, » niant que le principe vital fût, pour lui, une entité, une chose distincte et réelle, et déclarant nettement qu'il n'y a nul rapport entre sa doctrine et l'*archée* de Van Helmont ou l'*animisme* de Stahl.)

Pour Bichat, la théorie des propriétés vitales, sensibilité et contractilité, s'étend dans ses applications jusqu'à la thérapeutique : c'est en modifiant ces propriétés que les médicamens influencent les organes. Pour Barthez, la force vitale subit une diminution ou un accroissement, une oppression ou une résolution par l'effet de ces agens; il y a là une différence en apparence assez grande, puisque Barthez semble admettre une force unique là où Bichat admet des propriétés multiples. Mais, en y regardant de plus près, on retrouve dans la force motrice et la force sensitive admises par le physiologiste de Montpellier comme subdivisions de son principe unitaire, les mêmes propriétés que Bichat signale sous un autre nom.

Il suit de là, dit M. Bouillaud, qu'il n'y a aucune divergence d'opinion réelle entre la philosophie physiologique de ces deux hommes, bien que la croyance contraire soit généralement accréditée, bien que, chose digne de remarque, ils l'aient partagée eux-mêmes.

Cette philosophie physiologique, soit qu'on l'examine dans les œuvres de Barthez ou de Bichat, pèche par un point fondamental. C'est que ni l'un ni l'autre n'a assez insisté sur la différence profonde qui sépare un certain ordre de phénomènes de la vie, d'un autre ordre entièrement distinct. Evidemment, les forces qui produisent les uns ne sauraient suffire pour l'explication des autres.

En regardant les globes qui se meuvent dans les sphères célestes, l'homme ne peut s'empêcher de se demander la cause de ce mouvement.

Felix qui potuit rerum cognoscere causas.

De même qu'il possède un œil pour voir, il a une vue intérieure fixée sur la cause des phénomènes et sur les lois de leur production (et par loi j'entends non la raison, mais l'ordre suivant lequel ils s'accomplissent). Pour découvrir la cause qui meut les astres, comment a-t-on procédé? Par l'observation. Il y a eu une époque de paganisme ou de polythéisme pour les sciences physiques ; on faisait alors présider des puissances particulières à chaque corps céleste ; Newton et Kepler ont eu la gloire de ramener ces causes mal connues et beaucoup trop multipliées à une seule, qu'ils ont appelée gravitation ou pesanteur. Cette force unique, ils ne l'ont pas vue, ils ne l'ont pas touchée, ils en ont reconnu la réalité à l'aide d'une faculté toute intérieure, à l'aide du raisonnement qui les forçait d'admettre une cause distincte là où ils avaient observé des phénomènes d'un ordre particulier.

C'est ainsi que s'est accompli l'immense progrès dans cette science de l'astronomie, science sublime et qui semble faite pour faire voir à l'homme « la main qui lance la planète sur la tangente de leur orbite. » Aussi, ne puis-je croire ce qu'on raconte de l'auteur de la *Mécanique céleste* : On dit que l'Empereur lui ayant demandé pourquoi, dans son livre, on ne trouvait pas le nom de Dieu, le célèbre astronome lui aurait répondu : Je n'avais pas besoin de cette hypothèse. Non, encore une fois, je ne puis ajouter foi à cette historiette.

Mais la gravitation est-elle la seule force qu'on doive invoquer pour se rendre compte de tous les phénomènes physiques? Est-ce que l'attraction et la répulsion des pôles électriques et magnétiques peuvent êtres rangées sous la même influence? Nullement. Et la chimie n'est-elle pas obligée, à son tour, de faire intervenir les affinités pour trouver la raison des combinaisons dont elle s'occupe ?

De même, pour faire aux êtres organisés l'application du même principe, il est évident que ni la pesanteur, ni l'électro-magnétisme, ni les affinités chimiques n'engendrent la volonté, la pensée ; il faut donc, de toute nécessité, admettre ici d'autres forces, il le faut, à moins qu'on ne soit aveugle et sourd du sens de la *causalité*. Tout homme dont l'organisation intellectuelle n'est pas frappée de cette triste infirmité, est obligé d'admettre ce dynamisme.

Ainsi, l'existence des forces, des facultés, des propriétés vitales (le nom importe peu), est un fait hors de toute contestation. Mais s'ensuit-il que, dans les êtres organisés, tout ce qui se passe relève nécessairement de ces causes et échappe à l'empire des forces qui régissent les corps non organisés? Faudra-t-il dire, avec Bichat, que lorsqu'un capillaire admet plus de sang que de coutume, ce n'est jamais parce qu'il est élargi, mais bien par suite d'un changement dans sa sensibilité? Sera-t-il raisonnable de réduire à des opérations toutes vitales tout ce qui, dans les phénomènes de l'organisation, s'accomplit mécaniquement, physiquement, chimiquement? Certes, non ; et ni Barthez, ni Bichat n'allaient jusque-là; je pourrais vous le prouver par d'innombrables citations. S'ils ont poussé trop loin le principe du vitalisme, c'est parce qu'à l'époque où ils écrivaient, une réaction s'opérait contre les idées trop mécaniques de Boerhaave, et qu'étant hommes, ils n'ont pu se défendre contre une certaine tendance à l'exagération.

D'ailleurs, le vitalisme, le spiritualisme ne date pas d'hier. *Mens agitat molem*, dit Virgile, qui, cependant, ne lisait pas la *Revue médicale*.

Me voici arrivé à ce que j'ai appelé le *néo-vitalisme*. Si j'entreprends ici une polémique, ce n'est pas par intérêt personnel, c'est parce que l'Académie entière a été attaquée par certains écrivains en dehors de cette enceinte. Vous vous rappelez que, lors de la discussion sur le cancer, j'avais pris la parole pour repousser les doctrines qu'on prêtait à l'école de Paris, taxée de matérialisme, d'anatomisme exclusif, de *cadavérisme*, et que, à cette occasion, j'ai cherché à prouver qu'aucun des fondateurs de cette école n'avait négligé la physiologie, la science de la vie dans l'étude des maladies. J'ai cité ces vitalistes qui se sont appelés Morgagni, Alibert, Corvisart, Bichat, Laënnec, Broussais. Mon seul but était de prouver qu'aucun de ces hommes ne s'était placé au point de vue exclusif de l'anatomie pathologique, et que la prétendue *école cadavériste* était le produit d'une imagination à qui je souhaitais la moindre fécondité possible, si, à l'avenir, elle devait enfanter encore d'autres monstruosités semblables. Qu'est-il arrivé? Messieurs. C'est qu'après nous avoir dit que nous n'étions pas vitalistes, on nous a reproché de ne l'être pas comme il faudrait. Faisant intervenir le principe vital et l'âme (et j'accepte, s'il le faut, la discussion sur ce terrain, car la médecine organique a sa base, est psychologique à son sommet), on a discuté un an chacun des grands noms que j'avais rappelés.

Morgagni ! Mais il s'est moqué des vitalistes. Eh bien, non, ceux qu'il a ridiculisés, ce sont les anatomo-pathologistes exclusifs, ainsi que je l'ai démontré.

Bichat, m'a-t-on dit, Bichat, pour qui vous avez un culte particulier... Oui, je le considère comme un grand génie, comme une des grandes gloires de la France, et cependant je sais que, comme Homère, il dormait quelquefois. Réfléchissez qu'il est mort à trente-et-un ans ! — Bichat, mais c'était un matérialiste ! Mais il ne voyait partout que des lésions ! — Or, voici ce que dit Bichat : « Unissez la *rigoureuse observation* à l'anatomie pathologique. » L'observation rigoureuse peut-elle exister si l'on ne tient compte des perturbations dynamiques ?

On a ajouté que Broussais serait bien étonné de se voir ranger parmi les vitalistes, que son ombre viendrait me demander raison de l'avoir représenté comme un partisan des *entités*, comme admettant les maladies générales. Cependant, je crois avoir prouvé que Broussais n'avait combattu les entités admises de son temps, qu'en tant qu'on les isolait des organes malades; et pour les maladies générales, pour les entités *incarnées*, je n'ai pas peur que son ombre vienne m'accuser ; je suis sûr, au contraire, qu'aux expressions près, il les adopterait parfaitement.

Le même argumentateur déclare qu'il ne peut exister que deux écoles, l'une qui voit dans les organes des instrumens, dans les maladies des fonctions anormales, et qui considère les lésions comme la conséquence des maladies, — c'est l'école vitaliste ou spiritualiste ; l'autre qui cherche et prétend trouver la raison des maladies dans les altérations moléculaires, matérielles des organes, — c'est l'école anatomo-pathologique, matérialiste ou éclectique. Vous voyez, ces messieurs l'ont décidé :

Nul n'aura de l'esprit hors nous et nos amis.

Eux seuls ont le privilége d'être spiritualistes..... je n'ai pas dit spirituels.

Le vrai médecin, selon eux, est celui dont la science adopte le symbole des apôtres, et le récite depuis *credo* jusqu'à *amen*; qui, ayant le choix entre une doctrine sans âme et une à deux âmes, adopte cette dernière comme étant celle d'Hippocrate, de Galien et de saint Thomas-d'Aquin ! Étrange confusion ! Étrange impiété aussi de la part de ceux qui se disent les représentans de la vraie foi!

On est d'abord fort aise de voir Hippocrate et Galien si bien d'accord en dépit du proverbe ; mais on est choqué de voir saint Thomas-d'Aquin à côté de ces deux noms-là, et l'on a peine à croire qu'Hippocrate et Galien aient jamais récité leur *credo*.

La vérité, Messieurs, c'est que le patron de ces néo-vitalistes, n'est ni Hippocrate, ni Galien, ni saint Thomas, mais un certain rêveur, un songe-creux, un fou, s'il faut le dire, qui a nom Hahnemann.

Celui-là ne savait ni l'anatomie, ni la physiologie, ni l'étiologie, ni rien de ce qui compose la notion de la maladie, car s'il avait connu un seul de ces élémens, par cela même qu'ils sont tous solidaires, il eût été obligé de les étudier tous.

Ils sont mystiques, dit-on. Et il faut qu'ils le soient singulièrement (si tant est qu'à ce degré le mysticisme soit encore compatible avec des facultés saines), pour croire qu'un globule, un atôme dilué dans un fleuve, puisse guérir un malade !

Comment ont-ils été précipités dans cette doctrine, Messieurs? C'est qu'ils n'ont pas tenu compte de l'état anatomique des organes. Sous des influences purement dynamiques, des troubles peuvent prendre naissance, qui simulent parfaitement ceux liés à une altération matérielle. Tout le diagnostic est là. Dans le premier cas, c'est une névrose, la maladie est généralement peu dangereuse ; s'il y a une lésion, au contraire, le cas est tout autre, et à moins de savoir à des signes précis reconnaître l'état anatomique, il est impossible d'appliquer un traitement rationnel.

Cela dit, Messieurs, un mot encore sur la physiologie telle qu'on l'enseigne aujourd'hui dans les deux écoles de Paris et de Montpellier.

Je n'ai pas la prétention de représenter la physiologie dans cette enceinte; nous comptons parmi nos collègues MM. Bérard, Longet, Adelon, à eux revient cet honneur. Mais je constate ce fait que, de la doctrine de Bichat à peine s'il reste aujourd'hui quelque trace. Ce qui a été conservé, ce sont ses recherches d'anatomie générale, ses expériences de physiologie ; sa théorie a disparu. M. Magendie, qui lui aussi est des nôtres, et nous en sommes fiers, M. Magendie n'a poursuivi, dans ses investigations, que les fonctions des organes, et ne s'est occupé des doctrines de Montpellier, des idées de Stahl ni pour les défendre, ni pour les attaquer. Au contraire, le dogme de Montpellier a été formulé par M. Lordat, en qui aujourd'hui il se personifie, comme autrefois dans Barthez (malgré le désaveu que j'ai cité tout à l'heure).

Je commence par déclarer que le vénérable professeur que je viens de nommer m'inspire une respectueuse et sincère sympathie. M. Lordat formule comme il suit sa doctrine : — L'homme est une unité complexe qui se divise successivement et de bas en haut :

En un agrégat matériel ;

En une âme de seconde majesté, mortelle et métaphysique à la fois qui fait vivre les organes ;

Enfin, en une âme intelligente.

(Cette distinction, comme vous voyez, est celle de l'âme en psychologique et physiologique, de Barthez.)

Quant à la différence des deux écoles, M. Lordat la caractérise ainsi : — Pour Montpellier, l'homme est un double dynamisme; pour Paris, il est monothéique, comme dans la doctrine de Stahl!

Certes, voilà une conclusion faite pour nous surprendre ! Vous ne vous attendiez guère, j'imagine, à être rangés parmi les disciples de Stahl !

Une réflexion se présente à mon esprit: c'est que ce double dynamisme de Montpellier n'est peut-être qu'un plagiat, et qu'il est calqué sur l'idée des deux vies organique et de relation admises par Bichat. C'était une des plus belles conceptions de ce grand esprit; et bien qu'elle l'ait conduit souvent à des conséquences erronées, elle n'en est pas moins fondée sur un fait vrai. La vie végétative et la vie animale se trouvent dans la nature même, qui a doué de ce mode d'existence deux classes différentes d'êtres vivans, les plantes et les animaux.

Je viens de vous exposer les doctrines actuelles de Montpellier. Vous voyez qu'on n'y fait pas intervenir dans l'étude de la physiologie, tout ce qu'il plaît à la *Revue médicale* d'y mêler. Nul plus que moi ne respecte les Pères de l'Église ; je vois en eux de grandes intelligences et des âmes d'élite, même en leur laissant toute leur sainteté ; mais j'aime à trouver leurs noms dans les livres de théologie, où ils sont à leur place.

Pour résumer tout ce qui précède et pour donner à mon tour ma formule, je dirai :

Tout système exclusivement organique, physique ou chimique est un contre-sens en physiologie.

Il en est de même de tout système exclusivement vitaliste ou dynamiste.

Je suis donc éclectique, et comme ce mot n'implique pas l'idée d'associer des choses contraires, il ne saurait être pris en mauvaise part; je suis éclectique, parce que je ne conçois pas comment un ensemble de phénomènes de divers ordres pourrait être expliqué par un seul ordre de causes, soit physiques, soit dynamiques.

Après tout cela, au-dessus de tout cela, plane la question de la psychologie, c'est-à-dire l'*homme* tout entier dans tout ce qui le différencie des autres animaux. Je l'ai dit, cette différence est un abîme. Il faudrait donc, pour se rendre compte de cette troisième série de manifestations, invoquer des causes d'un ordre nouveau et plus élevé encore. Ici, je ne puis que m'incliner et me taire.

Messieurs, il est des accusations que je ne puis entendre sans en être profondément affligé, et je veux y répondre. Je suis bon chrétien sous tous les rapports, surtout au point de vue de la morale et de la charité évangélique ; et pour rappeler les paroles d'un impie, il est vrai, mais d'un grand penseur cependant, je crois que si la vie et la mort de Socrate sont d'un sage, la vie et la mort de Jésus sont d'un dieu. Mais il est une race d'hommes que l'Évangile lui-même appelle *progenies viperina*, et que je ne puis aimer, parce que celui qui en fait partie n'est pas mon prochain. Cette race existe encore, quoique ceux qui la représentent ne soient que le diminutif de leurs aînés, les scribes et les pharisiens. Ils attaquent tout ce qui s'élève haut, tout ce qui brille et éclaire. Ils appellent cela leur mission ; étranges missionnaires ! Allons, mettez-vous à l'œuvre, vous aurez fort à faire. Effacez d'abord tous les noms illustres inscrits sur ces murs. Continuez toujours ; voici des images à briser, faites-vous iconoclastes, renversez les statues de Bichat, de Broussais, de Larrey ! — Ah ! c'est bien d'eux que le poète a dit :

Le dieu, poursuivant sa carrière,
Verse des torrens de lumière
Sur ses obscurs blasphémateurs.

Ce dieu, quel est-il? C'est le soleil, c'est le dieu du progrès. (Sensation.)

COURRIER.

Par arrêté de M. le ministre secrétaire d'etat au département de l'instruction publique et des cultes, en date du 2 mars, il est institué, dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui ne se trouvent pas au chef-lieu académique, et dans les Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, un secrétaire agent comptable, chargé, sous l'autorité du directeur, de la perception des droits pour le compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur et des écritudes qui s'y rapportent.

Les secrétaires agens comptables, dont les fonctions sont déterminées par l'article précédent, recevront, à titre de rétribution, un droit de cinq pour cent sur les recettes brutes faites pour le compte de l'enseignement supérieur.

Les dispositions du décret du 31 octobre 1849, relatif aux cautionnemens, sont applicables aux secrétaires agens comptables des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et des Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

— Par un autre arrêté en date du même jour, M. le ministre de l'instruction publique a nommé professeurs suppléans à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours:

1° Pour la pathologie interne et la clinique interne, M. de Lonjon, docteur en médecine ;

2° Pour l'anatomie et la clinique externe, M. Giraudet, chef des travaux anatomiques de ladite école.

M. Giraudet conserve avec les fonctions de suppléant celles de chef des travaux anatomiques.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 35. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 24 Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............	32 Fr.
6 Mois.........	17
3 Mois..........	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 MARS 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Une innovation heureuse, sollicitée, obtenue et immédiatement mise en pratique par M. Leverrier, a été de profiter de la rapidité des communications, par le télégraphe électrique, pour la connaissance des conditions météorologiques de diverses localités, dans un moment donné. Une illustre approbation est venue encourager le savant directeur de l'Observatoire de Paris. Dans une lettre adressée à M. Élie de Beaumont, voici comment s'exprime à cet égard M. A. de Humboldt : « Je suis entièrement de l'avis de ceux qui pensent » qu'une prompte connaissance de la simultanéité des varia» tions météorologiques, favorisée par la fréquence des télé» graphes électriques, peut, dans certains cas, devenir très » utile; par exemple, dans de grands bassins de rivières où » les chutes de neige sur des points éloignés annoncent le » danger des crues d'eaux qui menacent l'*artère* principale; » à l'époque du dégel des grands lacs et des grandes rivières, » la nouvelle précédant de beaucoup l'arrivée des glaces aux » lieux placés dans des bassins inférieurs; pour la connais» sance des grandes accumulations de neige sur de certains » points de la voie des chemins de fer; de même, dans les » tristes pays du Nord, où le voyageur a quitté sa voiture » pour continuer le voyage en traîneau, et ne trouve plus de » neige en avançant pendant deux journées..... »

Un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur la phthisie pulmonaire, la formation des tubercules et la cause première de leur développement*, a été lu par M. Boniface, et renvoyé à l'examen de MM. Serres, Andral et Rayer. Voilà tout ce qu'en dit le compte-rendu.

Nous n'avons qu'à rappeler ici la belle observation présentée par M. Jobert de Lamballe, et que nous avons publiée dans notre numéro du 17 mars courant, sur une opération d'autoplastie par glissement, pratiquée pour une fistule vésico-vaginale survenue dans les circonstances insolites que nos lecteurs n'ont pas oubliées.

De la fatigue de la voix dans ses rapports avec le mode de respiration. Tel est le titre d'un mémoire lu par M. Mandl. Le but de l'auteur est de démontrer anatomiquement et physiologiquement la justesse des observations faites par plusieurs professeurs de chant, qui ont remarqué que certain mode de respiration, la respiration supérieure ou claviculaire, a pour résultat de fatiguer la voix, de la rendre rauque, et finalement de la briser. M. Mandl fait observer que cette respiration claviculaire est impossible chez les oiseaux chanteurs, car ils sont privés de muscles qui puissent rendre mobile la partie supérieure du thorax. Voilà un précepte donné par la nature aux artistes.

M. Cabot a soumis au jugement de l'Académie un mémoire sur la physiologie des sensations de l'oreille, dont le compte-rendu ne donne que le titre.

La communication importante de cette séance a été faite par M. Lehmann. Ce savant chimiste a donné des analyses comparées du sang de la veine porte et du sang des veines hépatiques qui confirment les expériences célèbres de M. Cl. Bernard sur la fonction glucogénique du foie. A l'occasion de la présentation de ce mémoire, M. Bernard a pris lui-même la parole et a répondu aux objections récemment faites à sa doctrine. Nous publions religieusement ces deux documens importans.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DU PANSEMENT DES AMPUTÉS ;

Par M. COSTE, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, professeur à l'École de médecine.

« Toute intervention inutile de l'art est dangereuse, et » c'est un tort de vouloir coopérer à des résultats que la » nature sait spontanément accomplir. »
(M. SÉDILLOT. *Méd. opérat.*, prolégomènes, 2e édit.)

Ces sages paroles du professeur de Strasbourg seront la préface de mon travail; préface bien simple, bien courte, mais qui dit beaucoup en deux lignes.

Mon but, en écrivant cet article, est d'indiquer la méthode de traitement local que j'ai adoptée pour les amputés, méthode dont les pansemens rares forment la base, et de faire connaître les heureux effets que j'en ai obtenus.

J'ai introduit à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dès l'année 1846, pour les amputés, l'usage des pansemens rares, que M. Cauvière, mon savant maître, employait avec tant de succès, d'après les traditions de Larrey, dans les grandes lésions traumatiques. J'avais déjà moi-même, dans ces lésions, retiré de magnifiques avantages des pansemens faits à de longs intervalles. Fidèle à cette pratique éminemment conservatrice, j'ai eu le bonheur de sauver plus d'un membre dont la blessure paraissait devoir en réclamer impérieusement le sacrifice.

Mes débuts furent heureux dans l'application des pansemens rares aux amputations. J'eus deux guérisons successives, l'une chez un militaire, amputé du bras pour une fracture comminutive du coude, avec large ouverture de l'articulation ; l'autre chez une femme, que j'amputai à la partie supérieure de la cuisse pour une énorme tumeur cancéreuse; et ce double succès fut obtenu à une époque, où, selon la triste remarque généralement faite, la guérison d'un amputé, dans notre hôpital, était presque un événement.

C'est un devoir pour moi, au commencement de cette note, de mentionner les travaux afférens à mon sujet, qui émanent

---

Feuilleton.

CAUSERIES.

Depuis la grande et mémorable discussion sur la statistique médicale, qui eut lieu dans l'été de 1837, on ne se souvient pas que l'Académie de médecine se soit occupée de questions philosophiques et doctrinales. Un intervalle de dix-huit ans sépare donc cette discussion de la discussion actuelle, où il s'agit aussi de philosophie et de doctrine. Ce n'est pas que, de temps à autre, quelques questions de principes n'aient surgi, mais c'était par à-propos, par occasion, par incidence, et les velléités oratoires, excitées de ce côté, s'éteignaient bientôt à défaut de contradicteurs. Aujourd'hui même, ne nous y trompons pas, il n'y a pas foule au bureau pour l'inscription des orateurs. Après la réplique inévitable de M. Piorry au discours de M. Bouillaud, je crois bien que le combat finira faute de combattans; car M. Parchappe, dont j'ai annoncé l'intervention probable dans ce débat, hésite, et il y a de quoi. Quant à espérer que, comme en 1837, les plus grandes célébrités médicales viennent prendre part à la lutte, ce serait se préparer une complète déception. Les vieux maréchaux de l'école de Paris resteront à l'écart, soyez-en sûrs, et leurs jeunes généraux imiteront leur réserve. Un seul homme, dans l'Académie, se fut intrépidement jeté dans la mêlée, mais la compagnie vient de le perdre, et cette occasion rend plus douloureuse encore la mort du professeur Requin.

Il faut le reconnaître, et la discussion actuelle le prouve surabondamment, ceux qui s'abstiennent font acte de prudence. Il n'est que trop visible que nous ne sommes pas suffisamment familiarisés avec les questions philosophiques et historiques de la médecine pour intervenir avec utilité dans un débat de ce genre. M. Bouillaud a indiqué, seulement indiqué, un fait d'une vérité parfaite ; seulement il ne l'a appliqué qu'à un physiologiste célèbre, quand il aurait pu l'étendre à toute la génération médicale actuelle. Nous avons tous pris trop à la lettre, à la lettre étroite, la méthode de Bacon, observer, expérimenter. Quant à la causalité des phénomènes, nous avons systématiquement fermé toutes les portes de notre intellect par où pouvaient en passer quelques notions. On nous a tellement effrayés du danger des systèmes, des généralisations, des hypothèses, que nous nous sommes obstinément attachés aux faits, par désespoir de remonter aux causes. Aussi, ce n'est pas de l'hostilité que nous portons contre les doctrines, c'est de l'indifférence; nous ne les combattons pas, nous les ignorons; comment voulez-vous que nous en parlions avec pertinence ? Ce n'est pas par quelques lectures faites à la hâte, et dans l'intervalle d'une séance académique à l'autre, qu'il est possible de nous faire une éducation philosophique et historique suffisante. Ce procédé facile peut séduire quelques jeunes intelligences, mais les connaisseurs ne s'y trompent pas, et la banalité de l'exposition ne trahit que trop l'inexpérience, la pauvreté et la fraîcheur de l'érudition.

Je fais des vœux pour que la discussion actuelle ait un terme très prochain. Pour l'honneur de l'école de Paris, le débat doit cesser, à moins que quelque grande voix ne vienne s'y faire entendre, et cela n'est rien moins que probable. J'avais conçu de cette discussion des espérances qui ne se réalisent pas. Surpris et affligé de ce qui se passe, je désire le plus sincèrement du monde que l'Académie revienne vite à ses travaux habituels, c'est ce qu'il y a de mieux à faire dans les circonstances présentes.

La Faculté de médecine de Paris a eu à s'occuper de quelques modifications à apporter dans l'institution de l'agrégation. D'après le projet nouveau, le stage de trois ans pour les agrégés serait rétabli ; mais le temps de ce stage ne resterait pas sans emploi. On veut introduire dans les Écoles de médecine les conférences qui sont déjà instituées dans les Écoles de droit, et qui donnent, dit-on, de bons résultats. Les agrégés stagiaires auraient pour fonctions de diriger ces conférences.

La Grèce, depuis qu'elle a reconquis sa liberté, sa nationalité, fait les plus courageux efforts pour reconquérir aussi la place brillante qu'elle occupa dans la civilisation humaine, et dont l'esclavage et la barbarie avaient effacé jusqu'au souvenir. Dans ce mouvement de résurrection intellectuelle, les sciences médicales ne pouvaient pas être oubliées dans la patrie d'Hippocrate. Elles ne l'ont pas été, et le premier symptôme, symptôme irréfragable de toute tendance, de toute aspiration vers le progrès, l'apparition du journal n'a pas manqué à se manifester pour la médecine : la Grèce a un journal de médecine. C'était une entreprise hardie et périlleuse que la publication d'un journal scientifique en Grèce, où la masse abonnable est encore si peu considérable. M. le docteur Goudras, déjà avantageusement connu de ses compatriotes par une traduction de la *Pathologie générale* de M. Chomel, a eu le courage de tenter cette publication et le bonheur de réussir. L'*Abeille médicale d'Athènes* compte aujourd'hui deux ans d'existence ; et grâce au concours de nos confrères hellènes, grâce aux encouragemens du gouvernement, cette publication mensuelle marche et se soutient. Les sympathies des amis de la science sont acquises à M. le docteur Goudras, dont le dévouement, le zèle et les sacrifices sont dignes des plus grands éloges. Propager parmi ses compatriotes l'amour de la science, les initier à ses progrès, les encourager à y contribuer eux-mêmes par la publication de leurs travaux, c'est une noble mission que M. le docteur Goudras accomplit avec talent, et auquel je suis heureux de rendre un humble hommage.

La Société médicale du 1er arrondissement, fidèle à de bonnes, à d'excellentes traditions qu'on ne saurait trop imiter, s'est réunie samedi, 10 mars, en son banquet annuel. On ne sait pas assez tout ce que ces réunions confraternelles produisent de bien, combien d'angles elles effacent, de préventions elles dissipent, de rapprochemens elles provoquent. Pourquoi ne pas céder plus souvent à ce besoin de l'esprit et du cœur qui commande impérieusement un peu de diversion à d'austères devoirs ?

La séance a été longue et cependant bien remplie. Ses honorables membres ont eu cette sorte d'esprit exigé par Brillat-Savarin, celui de bien manger et de bien dire.

Le premier toast a été porté à la Société par son honorable président, qui, dans une péroraison très accentuée sur l'honorabilité professionnelle, a excité les vifs applaudissemens de l'assemblée.

Un des toasts les plus sympathiquement accueillis a été celui porté par notre honorable confrère, M. Bonnafont, qui s'est exprimé en ces termes :

« Messieurs,

» Le toast que je vous propose trouvera, je l'espère, auprès de vous » un accueil favorable. Les sentimens de bienveillance et de bonne » confraternité que j'ai d'ailleurs rencontrés dans votre Société m'en » sont de sûrs garans.

» Toute la France, Messieurs, s'est émue des fatigues, des privations » et des misères de tous genres subies par notre brave et noble armée » d'Orient; et, comme témoignage de ses sympathies, des souscriptions » et des dons de toutes sortes ont été faits dans le but d'alléger cette » situation. Ce que je vous demande aujourd'hui, Messieurs, c'est » que vous témoigniez à nos confrères ce que la patrie a témoigné à » nos soldats; seulement au lieu de ces dons matériels qui se digèrent » et s'oublient, envoyons-leur un bon souvenir confraternel, *cette » offrande morale qui va droit au cœur et ne s'oublie jamais*.

» Buvons donc, Messieurs, à la santé de nos camarades qui, après » avoir étanché le sang des glorieuses blessures reçues sur les champs » de bataille, vont dans les hôpitaux affronter tous les dangers des ma» ladies épidémiques. Buvons surtout à la santé de mon digne chef, » M. Michel Lévy, qui porte si haut la dignité professionnelle et qui » représente si dignement la médecine française en Orient. »

Qu'un bon vent de succès et de gloire apporte ces belles paroles à nos braves confrères en Crimée et les acclamations unanimes qu'elles ont provoquées.

Puis est venu le tour de la poésie, et MM. Bessières et Piorry ont charmé l'assistance, le premier par une pièce charmante, étincelante d'esprit et de verve ; M. Piorry par une cantate sur la guerre d'Orient, récitée avec une fougue qui a électrisé l'assemblée.

A bientôt aussi notre banquet annuel de l'UNION MÉDICALE, que nous réservons, cette année, pour le mois aimé du soleil et des fleurs, pour le premier mois de l'exposition universelle, que la confrérie médicale veut aussi fêter et célébrer.

Amédée LATOUR.

de deux hommes dont le nom est une garantie de science pratique.

M. Chassaignac a fait connaître, en 1844, par une lettre adressée à l'Institut, sa méthode de pansement par occlusion, qu'il employait surtout avec succès dans les fractures compliquées de plaie. On sait, par la description qu'en a publiée M. Trastour dans les *Archives de médecine* de l'année 1852, en quoi consiste cette méthode. Elle se compose de deux pansemens superposés : pansement interne ou immédiat, cuirasse protectrice, faite avec des bandelettes en sparadrap de diachylon, entrecroisées en X, et se recouvrant par imbrication; pansement externe, formé d'un linge criblé et cératé étalé sur la cuirasse, et dépassant son pourtour, de gâteaux de charpie et de compresses, le tout maintenu par le bandage de Scultet. Le pansement n'est renouvelé que tous les huit, dix ou même quinze jours. C'est donc, dans toute la signification du mot, un pansement retardé.

D'un autre côté, M. Sédillot, dans ses *Recherches sur les moyens d'assurer la réussite des amputations des membres*, nous apprend qu'il s'efforce de faire le moins de pansemens possibles, ou même de les supprimer, en plaçant les plaies dans des conditions assez heureuses pour qu'elles guérissent, pour ainsi dire, seules, et sans grande intervention du chirurgien.

Je suis infiniment flatté qu'il y ait, pour le principe, quelque rapprochement entre les doctrines des éminens praticiens que je viens de nommer et les idées que je professe depuis longtemps. Toutefois, comme on va le voir, de très notables différences me séparent de l'un et de l'autre, notamment de M. Sédillot.

Ainsi M. Chassaignac ferme la plaie par une double enveloppe, et n'y touche plus de dix à quinze jours; il fait donc un pansement très retardé, et c'est à ce titre que j'ai dû citer sa méthode dans ce travail. Mais, je l'ai déjà dit, cette méthode est principalement appliquée par son auteur au traitement des plaies avec fracas d'os, où il importe tant, tout en empêchant la pénétration de l'air jusqu'au foyer de la fracture, d'immobiliser le membre brisé. J'ignore si, pour les amputations, M. Chassaignac emploie le même pansement; je ne le crois point, car l'ensevelissement du moignon sous une cuirasse de diachylon aurait certainement des inconvéniens qui ne peuvent échapper à un esprit aussi sage que le sien.

M. Sédillot, qui veut, avant tout, assurer le libre écoulement des liquides, supprime les pansemens en vertu de ce raisonnement : le pansement a pour but de maintenir mécaniquement en contact les surfaces de la plaie; il devient inutile du moment où ces surfaces restent spontanément affrontées. Pour atteindre ce résultat, M. Sédillot substitue à l'amputation circulaire, autant que cela est possible, l'amputation avec un seul et grand lambeau antérieur, qui, retombant de son propre poids sur la plaie, la recouvre et la ferme sans le secours d'un appareil. Puis, après avoir appliqué sur l'os un linge de deux travers de doigt de largeur, plié et enduit de l'onguent digestif, de manière à constituer un canal central pour l'écoulement des liquides, il réunit par deux points de suture les angles du lambeau, et le moignon reste nu, fixé seulement par un linge quelconque sur le drap où on le fait reposer, et qui reçoit le pus à mesure qu'il s'échappe de la plaie. La compresse pliée, qu'on a placée sur le bout de l'os après l'opération, est extraite du troisième au quatrième jour. Ce mode d'agir s'oppose à la rétention des liquides, évite toute compression, et permet au chirurgien une observation incessante de ce qui peut se passer sur le moignon.

J'approuve de tous points cette réforme, qui, d'ailleurs, a valu à M. Sédillot de très beaux succès ; mais elle ne saurait, ce me semble, constituer une méthode générale, parce que la suppression du pansement ayant pour condition essentielle l'affrontement spontanée des parties divisées, lequel ne peut guère se produire que dans l'amputation à lambeau antérieur, cette suppression est exclusive de l'amputation circulaire. Or, dans une foule de cas, à cause de la nature de la lésion, en raison de l'état des chairs, l'amputation à lambeau n'est pas possible, et l'amputation circulaire doit lui être forcément préférée.

La méthode de pansement que je vais faire connaître s'applique, au contraire, à tous les procédés d'amputation, et son usage peut être ainsi généralisé.

Voici, après une amputation de membre, la conduite que je suis habituellement :

Je dirai d'abord que l'inutilité presque constante de la suture m'a porté à renoncer à ce moyen. L'exhalation sanguine de la plaie étant complétement arrêtée par la ligature des plus petits vaisseaux et tous les caillots bien enlevés, j'affronte doucement, en les amenant presque au contact, les lèvres de la plaie tégumentaire avec deux ou trois bandelettes agglutinatives, et j'ai soin de laisser un peu béans les angles de la plaie pour le passage des ligatures, qui ne sont point coupées au ras du nœud, et pour l'écoulement ultérieur des liquides; puis je termine le pansement comme à l'ordinaire, en appliquant successivement la compresse criblée, les gâteaux de charpie, les languettes et la bande. Avec un tel pansement, on peut quelquefois obtenir, beaucoup mieux que par la suture, une entière réunion de la plaie, au fond, comme à la surface, témoin la femme qui fait le sujet de l'observation d'amputation du bras, récemment publié dans l'Union Médicale, par un de mes élèves. Dans ce cas, la cicatrisation est extrêmement rapide.

Si l'on n'aboutit pas à cette fin, sans contredit la plus désirable, mais sur laquelle il ne faut pas trop compter, on obtient presque toujours, tout en écartant les chances d'inflammation, un amoindrissement notable de la plaie et l'adhésion plus ou moins complète de la face profonde de la manchette avec les muscles et l'os ou les os, selon la section du membre amputé; or, ce résultat est immense, il conjure presque tous les périls de l'amputation.

Le simple rapprochement des bords de la plaie par les bandelettes et la compression modérée qui en résulte pour l'enveloppe du moignon, suppriment les désavantages de la suture; car, avec le mode de réunion que je préfère, le suintement sanguin provenant de quelques petits vaisseaux qu'on n'a pas pu lier ne saurait être emprisonné dans le fond de la plaie ; il sort facilement entre les lèvres légèrement béantes et tombe dans la charpie.

On le voit, je ne fais ni la réunion immédiate proprement dite, ni la réunion médiate avec la compresse criblée et les boulettes ou la mèche de charpie, interposées aux lèvres de la plaie et enfoncées jusqu'au sommet du cône qu'elle doit représenter.

L'adhésion immédiate, tentée dans toute sa rigueur, telle que la fait la suture, si elle produit, dans bien des opérations où l'on ne peut s'en passer, des résultats admirables , ne m'a donné le plus souvent, pour l'amputation des membres, que des déceptions, et j'ai dû l'abandonner.

Quant à la réunion véritablement médiate, je ne saurais en parler par expérience, car je ne l'ai faite en aucun cas. Au lieu des avantages qu'on lui attribue, je n'ai pu y voir que des inconvéniens. Pourquoi, me suis-je toujours demandé, ce linge et cette charpie placés à l'intérieur du moignon? Ces corps étrangers, quelque soin qu'on apporte au pansement, me semblent devoir être inévitablement nuisibles en irritant plus ou moins vivement les parties qui viennent de subir l'atteinte du couteau, en pressant douloureusement sur elles, et favorisant ainsi la rétraction musculaire et tégumentaire, laquelle peut entraîner la saillie de l'os. Je fais donc ce qu'on peut appeler une demi-réunion immédiate, c'est-à-dire un pansement purement protecteur, d'une simplicité extrême, et dans lequel l'absence de tout corps étranger laisse à la nature le facile accomplissement de son rôle, le libre exercice de sa force réparatrice.

Dans ma pensée, la suture n'est pas seulement inutile, puisque les bandelettes y suppléent parfaitement, mais elle est encore dangereuse. Indépendamment de la douleur vive qu'elle procure, l'opéré n'étant plus, au moment du pansement, sous l'empire de l'anesthésie, en admettant qu'on l'ait employée, elle amène par les piqûres un écoulement de sang qui ne s'échappe pas tout entier au dehors, et dont une partie, s'infiltrant sous la manchette, vient se placer entre elle et la surface musculaire du moignon. Dès lors qu'arrive-t-il le plus ordinairement? la peau seule se réunit, et cette adhésion est sans profit pour l'opéré. Dans la grande majorité des cas, lorsqu'on fait le premier pansement, on trouve le moignon gonflé, tendu, rouge et douloureux. Les fils étranglent ou déchirent les ponts de peau qu'ils interceptent; dans les deux hypothèses on doit les couper. La suppuration s'est accumulée sous la manchette décollée; un abcès, enfin, souvent considérable, remplit cette espèce de sac, dont la suture représente l'ouverture fermée. Alors il est indispensable de vider ce foyer de pus et de détruire ainsi cet inutile travail de réparation qu'avait créé la suture. Ce sont des douleurs nouvelles pour le patient et un très grand retard apporté à la guérison. En effet, outre les pressions qu'il faut exercer sur un moignon enflammé et fort sensible, il est nécessaire de rouvrir la plaie dont on avait voulu, dans le principe, tenter l'occlusion.

Au reste, l'anatomie explique facilement, pour l'amputation des membres, la rareté de la réunion immédiate dans le véritable sens du mot.

Pour que l'adhésion soit réellement efficace, au point de vue de la sûreté et de la promptitude de la guérison, il ne suffit point qu'elle s'effectue à la superficie, c'est-à-dire seulement entre les lèvres de l'incision faite à la peau; il faut encore qu'elle s'opère du fond à la surface. Mais il est assez rare d'obtenir un tel résultat. Tous les élémens organiques divisés à la surface du moignon, peau, tissu cellulo-adipeux, aponévroses, muscles ou tendons, os, nerfs, vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques, tous ces élémens sont trop dissemblables pour se prêter à une facile et prompte réunion; par la diversité même de leur nature, et, conséquemment, par la différence de leur vitalité, ils placent le moignon dans des conditions très défavorables à la réunion immédiate, et propices, au contraire, à la suppuration. Or, c'est la suppuration qui fait échouer la réunion intime. En outre, quelque régulière que soit la section des muscles, la surface saignante n'est jamais parfaitement unie; elle est un peu anfractueuse; et dans les creux qu'elle offre s'amasse du pus dont la présence est toujours un obstacle à la réunion.

Enfin, le plus sérieux reproche que je fais à la suture dans les amputations des membres, c'est l'influence qu'elle me paraît avoir sur le phlegmon du moignon, cet accident si grave; car il ouvre la porte à tous les désordres qui compromettent beaucoup, s'ils ne l'empêchent absolument, la guérison du blessé.

Les deux principaux écueils de l'amputation, par les terribles suites qu'ils peuvent avoir, étant l'étranglement inflammatoire du moignon et la rétention du pus, le chirurgien doit porter là toute son attention. Eloigner ce double danger, c'est procurer à l'opéré des chances à peu près certaines de guérison.

Mes amputés n'ont jamais ou presque jamais, au premier pansement, leur moignon enflammé. Je trouve une raison plausible de cette heureuse particularité dans l'absence de la suture et de l'étranglement dont peuvent s'accompagner les piqûres de l'aiguille, qui traverse des parties très inflammables, la peau et le tissu cellulaire.

Le reste de ma méthode, pour le pansement des amputés, consiste dans la levée tardive du premier appareil et le renouvellement plus ou moins rare des pansemens subséquens. Ainsi, le malade n'est pansé pour la première fois que du sixième au dixième ou douzième jour de l'opération, puis une fois la semaine ou tous les dix à douze jours. Je ne déroge à ma façon d'agir habituelle que s'il y a une hémorrhagie, et dans le cas où une douleur vive, une sensation de constriction dans le moignon, ou bien encore une suppuration abondante accusent un état phlegmasique et montrent la nécessité de panser plus souvent. Mais je dois faire observer que cela est extrêmement rare.

Telle est ma manière de panser les amputés. Cette pratique place le chirurgien, après l'opération, dans son véritable rôle, celui de spectateur attentif du travail de la nature. Je lui dois, tant en ville qu'à l'hôpital, des succès que ne donnent jamais les pansemens ordinaires. Les guérisons obtenues dans mon service nosocomial ont eu pour témoins de nombreux élèves, et j'allongerais bien inutilement cette note en donnant des observations détaillées. Je me bornerai à dire que, durant le premier semestre de la dernière année scolaire, j'ai eu six amputations à pratiquer, trois du bras, une de l'avant-bras, une de la jambe et une des deux jambes; j'ai eu la satisfaction de voir guérir cinq de mes opérés ; le seul que j'ai perdu, et qui a succombé le huitième jour à l'infection purulente, avait été amputé du bras pour une lésion traumatique du coude.

Je fais habituellement par la méthode circulaire les amputations dans la continuité. Les chances de réussite, dues aux pansemens rares, seraient peut-être plus nombreuses encore dans les amputations faites par la méthode à un seul lambeau antérieur, selon la préférence de M. Sédillot, ou par le procédé mixte de cet habile chirurgien, qui a ainsi combiné, mélangé, l'on peut dire, l'amputation à lambeaux et l'amputation circulaire. On sait, en effet, que, dans ce procédé, on taille deux lambeaux ; mais, en le faisant, on ne rase point l'os, de façon à ne comprendre que peu de muscles dans chaque lambeau ; puis on divise obliquement de bas en haut et circulairement; au niveau des angles de la plaie, les chairs profondes, celles qui tiennent à l'os. Ce procédé, qui ne peut s'employer que pour le bras, l'avant-bras et la cuisse, serait surtout applicable aux sujets maigres et affaiblis, conséquemment aux amputations nécessitées par des affections chroniques. Je me propose, dans une occasion favorable, d'essayer ces deux modes opératoires du savant professeur.

Le but du pansement tardif, et rarement renouvelé, mérite à peine d'être signalé, tant il est évident; c'est, tout à la fois, de préserver la plaie du moignon de l'action de l'air aussi bien que des autres corps irritans qui sont inhérens aux pansemens quotidiens, et d'éviter les mouvemens, les tiraillemens, toujours si nuisibles à l'œuvre de réparation que la nature sait fort bien accomplir toute seule, et en ne demandant à l'art qu'une intervention très bornée.

Aussi, cette exsudation plastique qu'engendre l'inflammation, et qui s'étale comme un voile gris sur les bourgeons charnus, n'existe à peu près jamais dans les plaies rarement pansées; ces plaies offrent toujours le plus bel aspect, l'observation clinique l'atteste, parce qu'on ne les tourmente pas par des attouchemens inutilement multipliés; parce que les pansemens rares sont, qu'on me permette ce mot, l'antidote de l'inflammation; les pansemens retardés éloignent cet état pathologique, les pansemens fréquens l'appellent.

Les objections n'ont pas manqué à la méthode de pansement que je m'efforce de faire prévaloir; mais, dans ma conviction, ces objections ne résistent pas à une logique sévère et à une appréciation impartiale des faits.

Et d'abord, les adversaires des pansemens rares oublient trop cette vérité : que toute plaie, sauf, évidemment, celle qui n'est que la manifestation d'un vice constitutionnel, tend invinciblement à la guérison sous la seule égide d'un pansement protecteur ; en sorte que les pansemens trop fréquens contrarient cette tendance, bien loin de la favoriser, en entravant la formation de la membrane granuleuse des bourgeons charnus, qui, on le sait, constitue le rudiment de la cicatrice. Cette membrane, les travaux de Hunter, de Thompson et de M. Laugier, nous la montrent composée d'abord d'une couche de lymphe plastique, sécrétée ou exhalée par les bourgeons, lymphe qui est très facilement coagulable parce qu'elle est très fibrineuse, et bientôt pénétrée de vaisseaux sanguins, de nerfs et de vaisseaux absorbans. La rapide organisation de la membrane des bourgeons charnus lui donne promptement une

certaine consistance, incessamment accrue par l'arrivée de nouvelles couches de lymphe; puis la membrane se recouvre d'une pellicule épidermique, et se transforme enfin en tissu cicatriciel; c'est le moment de la guérison. Eh bien, la supposition qui s'offre le plus naturellement à l'esprit n'est-elle pas que les manœuvres souvent répétées du pansement, le contact d'une éponge mouillée, de boulettes de charpie, seront plutôt nuisibles qu'utiles aux progrès de la cicatrisation, en balayant, à mesure qu'ils sont déposés à la surface de la plaie, les matériaux qui doivent servir à la constitution du tissu de la cicatrice? D'autre part, il paraît tout simple que le travail réparateur doive s'accomplir d'autant plus aisément qu'il sera moins dérangé dans son évolution par des attouchemens intempestifs.

Ces courtes réflexions suffiraient pour établir et la complète innocuité du pansement retardé et sa supériorité sur le pansement quotidien.

Les principaux reproches qu'on avait adressés au pansement par occlusion pourraient aussi être faits aux pansemens retardés dans les amputations, mais l'expérience en démontre le peu de fondement. Ainsi, quand on n'a pas eu sous les yeux un nombre suffisant de faits pour être pleinement rassuré, on pourrait craindre l'érysipèle, l'étranglement inflammatoire par les bandelettes, les fusées purulentes et la trop grande fétidité du pus.

L'érysipèle est pour moi presque une chimère. Dans les circonstances très exceptionnelles où je l'ai observé, il se réduisait à un léger érythème occupant les alentours de la plaie; accident sans importance et qui cédait toujours à une application de la pommade nitratée.

Pour que les bandelettes n'étranglent pas, il faut les appliquer un peu larges, dût-on, par exemple, n'en placer que deux au lieu de trois; mais si, malgré cette précaution, il y a, avant l'époque que j'ai indiquée pour le renouvellement du pansement, douleur pulsative et sentiment de constriction, on défera la bande, on mettra à nu la base du moignon et, sans découvrir la plaie, on se bornera à décoller les bandelettes dans l'étendue de quelques centimètres. Cela suffit ordinairement pour soulager à l'instant même l'opéré et enrayer toute inflammation. On peut aussi, dans cette occurrence, en consultant l'état général, tirer un bon parti de la très sage et très rationnelle prescription de M. Chassaignac, je veux parler de l'application des sangsues à la racine du membre mutilé, sur les troncs veineux et lymphatiques.

Tout ce que je puis dire des fusées purulentes, c'est que je n'en ai encore vu chez aucun des amputés, déjà nombreux, auxquels j'ai fait l'application des pansemens rares.

Quant à la fétidité du pus, résultant de son séjour prolongé, c'est tout au plus un désagrément, mais non un danger; car, s'il n'est pas rigoureusement exact, je crois, de dire avec Magati que le pus, au lieu d'être nuisible, a pour la plaie des propriétés bienfaisantes, on peut du moins avancer que ce produit ne fait pas obstacle au travail de cicatrisation. D'ailleurs, il est généralement peu abondant, mais, le fût-il, on remédie toujours à l'odeur dont le malade pourrait être incommodé par des lotions fréquentes d'eau chlorurée (mélange par parties égales d'eau et de chlorure d'oxyde de sodium) ou d'eau-de-vie camphrée mélangée d'eau.

Je ne puis me défendre, en terminant, d'exprimer une plainte et une espérance. Il est extrêmement regrettable, je le dis de toute la force de mes croyances, que l'usage des pansemens rares ne s'implante pas solidement dans la pratique et ne se généralise au point de devenir le fondement de la thérapeutique locale des amputations. Que les chirurgiens, et surtout les chirurgiens des hôpitaux, essayent sans prévention de ce moyen, le succès répondra à leurs tentatives.

Pour moi, la préférence que je donne aux pansemens retardés sur les pansemens fréquens, dans l'amputation, n'est pas une affaire d'engouement, mais le résultat d'une conviction profonde. Et cette conviction, je la puise à une source infaillible : l'expérimentation clinique, l'observation attentive et rigoureuse des faits. Donc, tout en mesurant les résistances que la vérité rencontre toujours sur son chemin avant de triompher, j'espère fermement que, dans un avenir peut-être très prochain, le genre de pansement que je préconise sera universellement adopté, au grand profit de l'humanité et de l'art, pour les graves lésions traumatiques et les amputations, car ce sont là les deux indications capitales des pansemens rares.

Je crois pouvoir placer à la fin de ce travail ces deux seules conclusions, qui résument toute ma doctrine :

1° La suture a plus d'inconvéniens que d'avantages dans le pansement des amputés, et la demi-réunion doit lui être préférée.

2° La théorie et la pratique, le raisonnement et l'expérience se réunissent pour témoigner de l'efficacité des pansemens retardés dans les amputations des membres comme dans les grandes lésions physiques.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Mars 1855. — Présidence de M. Regnault.

Analyses comparées du sang de la veine porte et du sang des veines hépatiques, etc., pour servir à l'histoire de la production du sucre dans le foie.

Voici comment s'exprime M. C.-G. Lehmann, auteur de ce travail :

Les résultats des analyses qui vont suivre ont été obtenus sur des chiens et des chevaux soumis à des alimentations diverses. (On a toujours eu soin de placer convenablement des ligatures sur les vaisseaux, pour obtenir sans mélange les sangs dont on a fait l'examen chimique.)

Je ne m'étendrai pas sur les procédés d'analyse que j'ai suivis : ils se trouvent décrits dans mon *Traité de chimie physiologique*. Je dirai seulement que toutes les déterminations quantitatives du sucre ont été obtenues au moyen de la méthode par fermentation, excepté dans un cas où j'ai employé comme contrôle la méthode de dosage par la réduction d'un sel de cuivre. Je négligerai également certains détails sur la composition des sangs de la veine porte et des veines hépatiques, qui sont consignés, d'ailleurs, dans un premier mémoire que j'ai déjà publié sur ce sujet. Je n'insisterai ici que sur les points qui peuvent servir à éclairer la formation du sucre dans le foie.

1° *Sucre*. — Le sang de la *veine porte* ne renferme jamais les moindres traces de sucre chez les chiens à jeun et chez les chiens nourris avec de la viande. Les mêmes animaux nourris avec des substances végétales (pommes de terres cuites) présentent évidemment du sucre dans le sang de leur veine porte, mais en quantité si faible, que le dosage n'est pas possible.

Chez des chevaux nourris avec du son de seigle, de la paille hachée et du foin, le sang de la veine porte contient des proportions très-faibles de matière sucrée. J'ai trouvé dans un cas 0 g^r,055 de sucre pour 100 du résidu sec alcoolique du sang. Dans un autre cas, sur un cheval, le sérum de la veine porte renfermait 0 g^r,0052 pour 100 de sucre.

Le sang des *veines hépatiques* contient toujours du sucre en forte proportion. Sur trois chiens nourris avec de la viande, j'ai trouvé les chiffres suivans calculés sur le résidu sec alcoolique du sang : 0 g^r,814 pour 100, 0 g^r,799 pour 100, 0 g^r,946 pour 100. Sur trois autres chiens à l'abstinence complète depuis deux jours, j'ai trouvé, dans le sang des veines hépatiques, les quantités de sucre ci-après : 0 g^r,764 pour 100, 0 g^r,638 pour 100 et 0 g^r,814 pour 100. Chez deux autres chiens nourris avec des pommes de terre cuites, le sang des veines hépatiques renfermait 0 g^r,981 pour 100 de sucre chez l'un et 0 g^r,854 pour 100 de sucre chez l'autre.

Chez deux chevaux soumis à une alimentation végétale (son, paille, foin), le sang des veines hépatiques contenait dans un cas 0 g^r,635 pour 100 de sucre et dans l'autre cas 0 g^r,893 pour 100 de sucre.

Les résultats des analyses qui précèdent se trouvent résumés dans le tableau ci-contre :

ANIMAUX.	ALIMENTATION.	QUANTITÉ DE SUCRE dans le sang de la veine porte à l'entrée du foie.	QUANTITÉ DE SUCRE dans le sang des veines hépatiques à la sortie du foie.
		g^r.	g^r.
Chien,	à jeun depuis deux jours	»	0,764 p. 100.
Id.	*id.*	»	0,638
Id.	*id.*	»	0,804
Id.	nourri avec de la viande	»	0,814
Id.	*id.*	»	0,799
Id.	*id.*	»	0,946
Id.	nourri avec pom. de terre cuites.	trac. imp. à dos^r.	0,981
Id.	*id.*	*id.*	0,854
Cheval,	nourri avec son, foin et paille. .	0,055 p. 100	0,893
Id.	*id.*	0,0052	0,635

Il suffira de jeter les yeux sur les quantités comparatives de sucre que contient le sang de la veine porte qui entre dans le foie et le sang des veines hépatiques qui en sort, pour voir que l'opinion de la formation du sucre dans le foie, que M. Cl. Bernard a annoncée le premier, est mise hors doute.

2° *Fibrine, albumine*.—Le sang de la *veine porte* chez les chevaux et chez les chiens renferme de la fibrine qui ne diffère pas sensiblement par ses caractères et sa quantité de la fibrine des autres veines. Quelle que soit la nature de l'alimentation, le sang de la veine porte des chiens renferme en moyenne plus de fibrine que celui des chevaux.

Le sang des *veines hépatiques*, soigneusement recueilli et sans aucun mélange, ne contient pas de fibrine. Les quelques flocons qu'on obtient quelquefois par le battage, chez les chevaux, sont presque entièrement constitués par des globules blancs qui se montrent en très grande abondance dans le sang des veines hépatiques, comparé au sang de la veine porte. Le sang des veines hépatiques chez les chiens se comporte de la même manière par rapport à la fibrine, c'est-à-dire que cette matière disparaît presque en totalité dans le foie.

Des analyses très soignées et comparatives entre le sang de la veine porte et celui des veines hépatiques m'ont prouvé qu'une quantité remarquable d'albumine disparaît aussi dans le foie, et la quantité disparue est relativement plus grande chez les chiens que chez les chevaux.

Sur ce fait incontestable, que la fibrine disparaît dans le foie, j'ai établi mon opinion, déjà émise dans mon premier mémoire, que le sucre qui se forme dans le foie prend naissance de la fibrine.

3° *Graisse et globules sanguins*. — Le sang de la veine porte renferme toujours beaucoup plus de graisse que le sang des veines hépatiques. Le sérum du sang de la veine porte chez les chiens nourris avec de la viande est généralement plus riche en graisse que celui des chevaux. Néanmoins, on ne trouve pas davantage de graisse dans le sérum des veines hépatiques chez les chiens que chez les chevaux.

Chez les chevaux, les globules du sang de la veine porte sont plus riches en eau et particulièrement en fer; au contraire, il sont plus pauvres en globuline, en matières extractives, en sels que ceux des veines hépatiques. Chez les chiens, comme chez les chevaux, le sang des veines hépatiques est beaucoup plus riche en globules du sang et en matières extractives que celui de la veine porte.

J'ai remarqué, sur les chiens comme sur les chevaux, qu'une quantité considérable de fer disparaît toujours dans le sang en traversant le foie. Mais les différences de quantité de fer qu'on rencontre dans le sang qui arrive au foie et dans celui qui en sort, sont plus grandes encore chez les chiens que chez les chevaux. Il en résulte qu'une partie de l'hématine du sang disparaît dans le foie, et contribue probablement à la formation de la matière colorante de la bile, ce que prouverait encore la complète analogie de la bilifulvine et de l'hématoïdine, ainsi que vient de le montrer un de mes élèves.

Analyses comparatives du sang de diverses veines avec le sang artériel. (Toutes ces comparaisons ont été faites avec des sangs toujours pris sur le même cheval.) — Le sang qui sort du foie par les veines hépatiques est toujours le sang incomparablement le plus sucré de tout le corps. Ensuite, ce sang se mélange au sang de la veine cave pour remonter vers le cœur. Je ne puis, ici, que confirmer ce que M. Cl. Bernard a déjà dit depuis bien longtemps, à savoir, que le sang de la veine cave inférieure est celui qui contient toujours la plus grande quantité de sucre après les veines hépatiques. J'ai trouvé dans le résidu solide du sang de la veine cave chez les chevaux, 0 g^r,346 p. 100, 0 g^r,211 p. 100 et 0 g^r,492 p. 100 de sucre.

Lorsque le sang a traversé le poumon et est devenu artériel, on ne trouve généralement pas de sucre. Je n'en ai pas trouvé dans le sang artériel de chevaux qui avaient cependant mangé de l'amidon et de l'avoine. Chez les chiens et chez les lapins, on peut seulement trouver du sucre dans le sang artériel, si le sang veineux renferme plus de 0 g^r,3 p. 100 de sucre. C'est ce qui arrive dans toutes les conditions qui font passer du sucre dans l'urine : par exemple, après la piqûre telle que la fait M. Bernard, après l'injection de sucre en grande quantité dans les veines ou dans l'estomac, ou enfin chez les lapins qui ont mangé des quantités considérables de betteraves ou de carottes. Mais, dans toutes ces circonstances, ce sont encore les veines hépatiques qui contiennent la plus grande quantité de sucre, puis la veine cave, etc.

Le sang des petites veines, telles que la veine céphalique, la veine digitale, la veine temporale et la veine abdominale externe des chevaux, contient toujours moins de globules du sang, plus de sérum, et, par conséquent plus d'eau que de sang artériel. Mais les veines plus grosses, et principalement la veine cave inférieure, contiennent un sang qui possède la même concentration que le sang artériel, ou qui est peut-être même encore plus concentré. Toutes mes expériences semblent montrer qu'une quantité remarquable de globules du sang disparaît dans les vaisseaux capillaires généraux.

L'observation que la densité du sang de la veine cave inférieure se rapproche de celle du sang artériel ou même la surpasse, ne dépend pas seulement de l'expulsion de l'eau par la sécrétion urinaire, mais principalement de l'affluence du sang des veines hépatiques; c'est ce que m'ont prouvé d'une manière frappante les analyses du sang d'un cheval qui n'avait pas bu depuis vingt-quatre heures quand il fut sacrifié. La comparaison de toutes ces analyses semble prouver en même temps que dans le foie deux fonctions marchent séparément, savoir la formation du sucre et des globules du sang et celle de la bile, ainsi que M. Bernard l'a pressenti et établi depuis longtemps.

Le sang des plus petites veines renferme davantage de fibrine que le sang artériel et que celui de la veine cave et de la veine jugulaire. Dans la veine cave, j'ai trouvé deux fois moins de fibrine que dans le sang artériel.

Le sang artériel contient toujours plus de sels minéraux que le sang veineux.

Remarques sur la sécrétion du sucre dans le foie, faites à l'occasion de la communication de M. Lehmann.

M. Claude Bernard, auteur de ces remarques, s'exprime ainsi :

Lorsque, il y a six ans, j'annonçai aux physiologistes que le sucre est un produit normal de sécrétion chez l'homme et les animaux, j'établis par des preuves expérimentales diverses que cette fonction animale, restée jusqu'alors inconnue, devait être localisée dans le foie. Pour prouver que la matière sucrée est bien réellement formée dans l'organisme, qu'elle ne vient pas du dehors et qu'elle prend naissance sur place dans le foie où on la trouve, j'instituai une expérience physiologique qui est nette et décisive. Sur des animaux carnivores, nourris exclusivement pendant des temps très considérables (trois, six ou huit mois) avec de la viande cuite à l'eau, et dans laquelle l'expérience directe ne décèle pas la moindre trace de matière sucrée, je recueillis le sang de la veine porte avant son entrée dans le foie, et je n'y constatai jamais, dans des conditions physiologiques convenables, la présence du sucre, tandis qu'en recueillant le fluide sanguin dans les veines hépatiques à la sortie du foie, j'y rencontrai constamment du sucre en grande quantité.

Depuis lors, ces résultats ont été partout vérifiés par les physiologistes exercés qui les ont reproduits en Angleterre, en Allemagne, en Hollande, en Amérique, etc. Les belles analyses de M. Lehmann sur la composition comparée des sangs de la veine porte et des veines hépatiques confirment pleinement au point de vue chimique, et avec une autorité des plus considérables en pareille matière, mes propres recherches physiologiques.

Tous les argumens relatifs à la question de savoir si le foie fabrique ou non du sucre, doivent être ramenés à cette expérience fondamentale qui a pour objet l'examen comparatif des sangs de la veine porte et des veines hépatiques; et tant qu'il restera établi que le sang qui entre dans le foie ne renferme pas de sucre, et que le sang qui en sort en contient des proportions considérables, il faudra bien admettre que la matière sucrée se produit dans le foie, car on ne saurait échapper à cette conséquence de la logique la plus simple : que, puisque le sucre n'existe pas avant le foie et qu'il existe après, il faut bien qu'il se soit formé dans cet organe.

Mais le sucre sécrété dans le foie se répand ensuite dans tout l'organisme, au moyen de la circulation qui le porte par la veine cave dans le cœur droit, puis dans les poumons, etc. Suivant les quantités de sucre qui s'échappent du foie, cette matière peut se trouver détruite en traversant le poumon, ou bien dans certains cas, et particulièrement pendant et aussitôt après la période digestive, un excès peut se répandre plus loin dans le système artériel et même dans le système veineux superficiel. Néanmoins, dans tous ces cas, on constate invariablement que la proportion de sucre diminue d'autant plus qu'on s'éloigne davantage du foie qui est son lieu d'origine. Ce sont ces résultats physiologiques qui viennent encore prouver de la manière la plus évidente les analyses de M. Lehmann.

Cette diffusion du sucre dans tout l'organisme explique donc comment cette matière peut se rencontrer dans le sang de toutes les parties du corps. En 1846, M. Magendie a lu à cette Académie, sur la présence normale du sucre dans le sang, un mémoire dans lequel il indique déjà que c'est surtout au moment de la digestion que l'on trouve la matière sucrée en plus grande quantité dans le sang. Ce fait était donc connu et admis par les physiologistes depuis longtemps, bien qu'on ne connût pas la formation physiologique de cette matière dans le foie ainsi que je l'ai établi.

Mais il est arrivé que certains auteurs, ne répétant pas mes expériences méthodiquement et dans les conditions physiologiques requises, n'ont nécessairement pas pu comprendre le rapport qui existe entre cette diffusion du sucre dans l'organisme et son point réel d'origine.

C'est ainsi que M. Schmidt, en 1850, se fondant sur ce qu'il avait trouvé du sucre, en quantité variable, mais toujours très faible, tantôt dans le sang des saignées pratiquées sur l'homme (traces de sucre non dosées), tantôt dans le sang des animaux de boucherie (0gr,00195 à 0gr,0074 pour 1000 dans le sang de bœuf), etc., arrive à comparer la diffusion du sucre dans le sang avec la diffusion de l'urée, et poussant sa comparaison jusqu'au bout, cet auteur admet, purement par hypothèse, que la formation du sucre ainsi que celle de l'urée ne sont localisées dans aucun organe, mais que ces substances se forment partout dans l'organisme, l'urée aux dépens des matières azotées, et le sucre aux dépens des matières grasses.

Quant aux expériences de M. Schmidt sur la présence du sucre dans le sang, et quant à celles qu'on a pu reproduire depuis dans de semblables conditions, elles peuvent avoir en elle-mêmes et au point de vue chimique la valeur qu'on leur accordera; mais on ne saurait leur en reconnaître aucune au point de vue physiologique, parce que les auteurs n'ayant pas tenu compte de l'examen comparatif du sang de la veine porte et du sang des veines hépatiques, leurs analyses restent insuffisantes et ne peuvent s'appliquer à la question qui nous occupe.

Lorsqu'on a soin, comme l'a fait M. Lehmann, d'instituer des analyses comparatives du sang dans tous les points du système circulatoire en se plaçant dans les conditions que la physiologie indique, toutes les expériences s'enchaînent naturellement pour établir que le sucre, véritable produit d'une *sécrétion intérieure*, à laquelle j'ai donné le nom de *glucogénie*, prend naissance dans le foie aux dépens des élémens du sang et indépendamment de l'alimentation féculente et sucrée, pour se répandre ensuite dans tout l'organisme où il se détruit successivement en s'éloignant de son lieu d'origine.

Si l'on ne fait, au contraire, que des expériences incomplètes en se plaçant dans des conditions non méthodiquement et physiologiquement déterminées, on peut, par l'interprétation des résultats, arriver aux confusions les plus étranges. C'est ainsi, par exemple, que cette comparaison du sucre avec l'urée qui, au point de vue chimique, paraît peut-être spécieuse, ne saurait un seul instant soutenir l'examen physiologique.

Comment pourrait-on imaginer, en effet, que le foie joue, par rapport au sucre, le rôle d'un organe *dépurateur, condensateur, filtrateur*, ou qu'il est à la matière sucrée ce que le rein est à l'urée, quand nous savons que le sang qui entre dans le foie ne contient pas de sucre, mais que le sang qui en sort en contient beaucoup, tandis que, pour le rein, au contraire, l'urée existe dans le sang qui entre et ne se trouve plus dans le sang qui sort; quand nous savons, enfin, que si l'on supprime les reins, on fait accumuler l'urée dans le sang, tandis que si l'on arrête la fonction du foie en détruisant certains nerfs qui s'y rendent, le sucre disparaît complètement et rapidement de l'organisme? Il y a donc là, d'une part, un phénomène de production ou de *sécrétion* et, d'autre part, un phénomène d'expulsion ou d'*excrétion*, que l'on doit distinguer de la manière la plus radicale, au lieu de chercher à établir entre eux un rapprochement impossible.

Je me bornerai à ces quelques remarques pour montrer que les recherches chimiques appliquées à l'explication des phénomènes de la vie ne sauraient être instituées vaguement et comme au hasard, mais qu'elles doivent reposer, au contraire, sur la connaissance de conditions fonctionnelles précises que la physiologie seule peut déterminer.

En finissant, je ferai remarquer, ainsi que l'on a pu s'en convaincre, que la formation du sucre dans le foie n'est pas en litige. C'est une vérité physiologique parfaitement établie et complétement acquise à la science. La question qui se trouve actuellement en jeu, c'est de savoir quels sont les élémens du sang que le foie utilise pour fabriquer la matière sucrée. L'hypothèse de cette formation du sucre aux dépens des matières grasses se trouve renversée par mes expériences, dans lesquelles j'ai fait voir que l'alimentation purement graisseuse diminue la production du sucre dans le foie et la quantité de cette matière dans tout l'organisme. Il reste à examiner la théorie de la formation du sucre aux dépens des matières azotées, que les analyses chimiques de M. Lebmann et mes expériences physiologiques indiquent. C'est le sujet dont j'entretiendrai incessamment l'Académie.

De la fatigue de la voix dans ses rapports avec le mode de respiration.

M. le docteur L. Mandl lit sous ce titre un travail dont nous publions l'extrait suivant :

Le médecin est consulté quelquefois par les artistes pour une certaine faiblesse de la voix à laquelle l'examen le plus minutieux ne permet d'assigner aucune des causes organiques décrites dans les ouvrages de pathologie. Cependant, lorsque les artistes ont chanté ou déclamé pendant quelque temps, on entend leur voix s'affaiblir, se couvrir, devenir rauque, criarde. Cette altération, d'abord peu prononcée et passagère, se manifeste plus tard avec une grande facilité au moindre exercice; finalement la voix se perd complétement; elle est, comme l'on dit, brisée ou cassée.

Incertain d'abord sur les causes de cette affection, j'ai cru plus tard devoir fixer mon attention sur l'activité du larynx même, et je me suis demandé jusqu'à quel point une dépense de forces trop considérable, fatigante, dans l'émission de la voix, pourrait contribuer à l'origine de cet affaiblissement. L'examen de la question m'a bientôt amené à considérer les divers modes de respiration auxquels les professeurs de chant attachent tant d'importance. Plusieurs parmi eux affirment que la respiration exécutée avec la portion supérieure du thorax, brise la voix, et l'expérience paraît venir à l'appui de ces idées. Il s'agit donc de démontrer, par des recherches anatomiques et physiologiques, les rapports qui peuvent exister entre le mode de respiration et la dépense des forces nécessaires pour mettre en jeu les agens de la voix. Cette dépense mesure la fatigue.

L'émission de la voix se fait pendant l'expiration qui doit se prolonger pendant toute la durée de la phrase musicale ou parlée. Les agens expirateurs qui chassent l'air, afin qu'il serve à la production du son, entrent donc en lutte avec les agens inspirateurs, qui veulent le retenir pour prolonger l'expiration.

La lutte qui s'établit ainsi entre les agens inspirateurs et les expirateurs, et que nous appelons *lutte vocale*, est variable suivant le type de la respiration : plus elle est considérable, plus grande est la fatigue qui s'ensuit. Afin de pouvoir apprécier et déterminer exactement le degré de fatigue lié à cette lutte, il est nécessaire d'examiner préalablement le jeu des muscles dans tous les points intéressés pendant la respiration, quel que soit le mode suivant lequel s'accomplit cette fonction.

La respiration peut s'effectuer d'après trois types divers, le type diaphragmatique ou abdominal, le latéral (costo-inférieur) et le claviculaire costo-supérieur de MM. Beau et Maissiat). Dans le premier type, on voit les parois abdominales se soulever et s'affaisser alternativement par la principale action du diaphragme; dans le second type, ce sont les côtes inférieures; dans le dernier enfin, les côtes supérieures, surtout la première, et avec elle le sternum et la clavicule, qui sont déplacés.

La lutte entre l'inspiration et l'expiration, c'est-à-dire la lutte vocale, et par conséquent aussi la fatigue qui en résulte, est à son moindre degré dans la respiration abdominale, parce qu'alors un petit nombre de muscles seulement (principalement le diaphragme) est mis en jeu, parce qu'il ne s'agit que du déplacement des viscères mous et mobiles de la cavité abdominale; parce que pendant l'inspiration le larynx reste dans sa position normale; que la glotte ne subit ni élargissement ni rétrécissement notables; que les cordes vocales ne sont ni relâchées ni tendues d'une manière appréciable. L'expiration nécessaire à la modulation du son trouve donc les organes principaux dans leur position et tension naturelles. Le déplacement du larynx, le rétrécissement de la glotte, la tension des cordes vocales, la dilatation des poumons, toutes choses nécessaires à la production du son, peuvent, par conséquent, s'effectuer sans résistance, sans luttes notables et ainsi sans fatigue.

Dans la respiration claviculaire, au contraire, la lutte vocale et avec elle la fatigue sont très considérables, parce que beaucoup de muscles agissent dans l'inspiration et l'expiration; parce que les parties fixes et peu flexibles qui composent la portion supérieure du thorax, doivent être déplacées; parce que le larynx est fortement abaissé (1), la glotte élargie et les cordes vocales relâchées pendant l'inspiration, et que pendant l'expiration nécessaire à la modulation du son, le larynx, la glotte et les cordes vocales doivent se trouver dans des conditions diamétralement opposées. Tous ces mouvemens sont tellement enchaînés les uns aux autres, que l'inspection seule de la clavicule et des épaules permet de deviner la position du larynx.

Ces tractions opposées, exercées sur le larynx pendant le chant, lorsqu'on a adopté la respiration claviculaire, rendent l'émission de la voix plus difficile, plus fatigante, moins harmonieuse. L'effort considérable, l'enflement du cou, le gonflement des veines jugulaires, le renversement de la tête, l'inspiration bruyante, forment le cortége habituel de cette respiration fautive; elle peut même occasionner, à la longue, dans les muscles intéressés, une excessive sensibilité et des contractions spasmodiques; les tiraillemens dans la région mammaire, les enrouemens instantanés, se trouvent ainsi fréquemment expliqués. Cet état pathologique peut, dans les muscles intrinsèques du larynx, amener leur atrophie plus ou moins complète avec perte de la contractilité et perte de la voix consécutives.

La respiration latérale se combine toujours dans les profondes inspirations avec le type claviculaire ou l'abdominal, dont elle partagera par conséquent les inconvéniens et les avantages.

Le médecin doit, par conséquent, s'appuyant sur des raisons anatomiques et physiologiques, insister sur ce que le type de la respiration claviculaire soit banni dans l'enseignement et dans la pratique du chanteur. L'expérience des artistes et l'enseignement de quelques-uns de nos premiers maîtres de chant se sont déjà, depuis longtemps, prononcés dans ce sens. Nous n'avons, par conséquent, nullement la prétention d'indiquer les premiers le danger de la respiration claviculaire; notre but est uniquement de démontrer, par des preuves scientifiques, les conséquences forcées et invariables de certains mouvemens respiratoires, et d'expliquer par des argumens anatomiques l'opinion de quelques artistes.

Du reste, la nature fournit une preuve frappante de la vérité des remarques précédentes. La respiration claviculaire, en effet, est impossible chez les oiseaux qui passent pour les modèles du chant : chez eux, les parois abominales seules se dilatent pendant l'inspiration, tandis que le thorax reste immobile dans toute sa partie supérieure. Les poumons fixés en arrière poussent les intestins devant eux à l'aide de nombreux sacs aériens qui remplissent les fonctions du diaphragme : mais la respiration claviculaire est impossible, car les oiseaux sont privés des muscles sterno-mastoïdiens et trapèzes, et aussi, suivant M. Bernard, de la branche externe du spinal. C'est pour ainsi dire un précepte donné aux artistes par la nature. — (Comm. MM. Magendie, Serres, Flourens.)

PRESSE MÉDICALE.

ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE. — Le *Medicinisches correspondenzblatt de Würtemb. arztl. ver.* contient, dans les quatre premiers numéros de cette année, une excellente relation d'une épidémie de scarlatine observée par M. le dr Krauss, médecin cantonal à Tubingue. La maladie sévit dans deux villages, Walddorf et Oferdingen, à trois lieues et demie de Tubingue, ne présentant aucune condition hygiénique particulière; dans les deux elle éclata subitement et régna à peu près du 17 février 1854 au 20 avril dans le premier, et dans le second, du 6 avril au 7 mai. Sur 1,441 babitans, le premier fournit 226 malades; le second 78 sur 494 babitans. Comme toujours, les enfans ont fourni le plus fort contingent, surtout entre 1 et 10 ans; néanmoins, les adultes n'en étaient pas exempts; les extrêmes des âges sont représentées par quatre mois et 62 ans. La mortalité fut de 31 à 10 et de 7 à 0; elle pesait principalement sur les enfans de la troisième année. Cette épidémie se distingua des autres principalement par les caractères suivans : absence presque complète d'une période d'incubation; manifestation de l'éruption d'abord aux extrémités; la fixité de l'éruption; la diminution de l'angine, coïncidant avec le développement complet de l'éruption; la fréquence de la forme non exanthémateuse (dans les deux villages réunis, celle-ci était à l'autre à peu près comme 1 : 3); la fréquence et la signification favorable de la scarlatine miliaire; le peu d'intensité et de gravité de l'angine. La maladie était cependant caractérisée d'une manière particulière dans chacun des deux villages. La propagation était plutôt de nature miasmatique que contagieuse; pendant l'épidémie de Walddorf, la scarlatine ne se montra dans aucun des villages qui l'entourent, malgré des relations journalières. Ce n'est que longtemps après l'extinction de la maladie dans les deux villages cités, qu'elle éclata dans un bameau situé entre les deux, à un quart de lieue de Walddorf. L'éruption miliaire se montrait avant ou concurremment avec l'exanthème scarlatineux, ou bien elle le remplaçait totalement ou le suivait après la desquammation; dans 1 cas elle survint tard, sans rougeur antécédente. Les vésicules étaient extrêmement petites, rouges d'abord, puis, devenant limpides à la pointe, siégeaient principalement sur les extrémités et surtout aux faces internes; cette forme avait une marche très rapide. La scarlatine sans éruption était très fréquente, surtout chez les adultes et les tout petits enfans; pour le docteur Krauss, l'état scarlatineux n'est caractérisé ni par l'exanthème, ni par l'angine, qui peuvent manquer tous les deux; il regarde comme tel toute affection qui, pendant une épidémie plus ou moins intense de scarlatine, débute par une fièvre subite, intense, et s'accompagne principalement d'une congestion cérébrale aussi violente que passagère, avec grande prostration des forces. Dans la plupart des cas on observe en même temps des phénomènes moins constans, tels que : nausées, vomissemens, coliques, angine, mais principalement l'éruption qui reste toujours le symptôme secondaire principal. Chez les enfans à la mamelle, l'exanthème était ou rudimentaire ou ne se montrait pas du tout. La scarlatine se manifestait chez eux, sans exception, par une somnolence soporeuse d'où on ne pouvait les tirer que pour des momens. Un second symptôme assez constant était un écoulement muco-purulent du nez et une aphonie plus ou moins complète; les convulsions, très fréquentes, n'avaient pas, chez eux, la même signification fâcheuse que chez les enfans plus âgés.

Pour ce qui regarde l'absence si fréquente de l'éruption, je ferai seulement observer que celle-ci est souvent très discrète et fugace, de sorte qu'il faut un examen de tout le corps et souvent répété pour qu'elle n'échappe pas à l'observation. Or, dans le cas qui nous occupe, le médecin n'a pu voir ses malades que tous les deux jours, et quoiqu'il nous assure qu'il a été très bien secondé par deux confrères qui se trouvaient dans les villages mêmes, il est permis d'ajouter un point d'interrogation à ce sujet. Les suites de la scarlatine étaient, comme toujours, hydropisie fréquente. Le docteur Krauss en a observé lui-même 25 cas, et il laisse de côté tous ceux sur lesquels il n'avait pas de renseignemens positifs. Sur ces 25 cas, 11 ont débuté le vingtième et vingt-et-unième jour, et tous entre le huitième et le vingt-et-unième, à l'exception d'un seul qui s'est montré le trentième jour. Sur ce nombre, 5 malades n'avaient pas eu d'exanthème. Les principaux signes pronostics observés dans cette épidémie, étaient les suivans : la constitution robuste, le tempérament pléthorique étaient plutôt défavorables. Les vomissemens avec diarrhée indiquaient une maladie grave à marche apoplectique ou typhoïde. L'éruption précipitée de l'exanthème favorable. La desquammation de l'épithélium de la langue indiquait la fin de l'évolution éruptive; l'bumidité de la langue dénudée était bon signe; la moindre sécheresse, au contraire, faisait craindre des accidens apoplectiques ou typboïdes. L'extrême fréquence du pouls chez les jeunes enfans n'est, par elle-même, d'aucun mauvais signe tant que le pouls reste distinct et rhythmique; dans le cas contraire, le malade est perdu. Une crasse à la face trop considérable, lors du commencement de la desquammation, permet de soupçonner une marche longue, dangereuse, versatile; une croûte comme icbtbyosique en donne la certitude. La teinte trop foncée de l'exanthème, principalement brun-rouge, de la face, est douteuse; la moindre nuance lilas indique l'imminence d'un grave danger. Une raie blanche sur la ligne médiane de la face, brun-rouge ou livide, prouve une mort prochaine. L'épistaxis et la salivation ne sont pas des garans d'une issue heureuse, mais la font espérer. La véritable scarlatine miliaire est un des meilleurs gages d'une issue favorable. Les tumeurs lymphatiques du cou peuvent agir comme dérivatifs du cerveau; néanmoins, l'affection trop profonde et étendue de la parotide crée de nouveaux dangers. La tumeur tonsillaire est plus positive; si elle a les caractères d'une stase simple, elle garantit le plus sûrement une marche heureuse. Le traitement ne nous offre de particulier que l'emploi non préventif, mais curatif, de la belladone. Le docteur Krauss voyant la ressemblance des phénomènes scarlatineux avec ceux d'une intoxication de belladone, partit du principe homœopathique et donna la dernière jusqu'à dilatation de la pupille. (Il ne faut pas se laisser induire en erreur à cet égard, la scarlatine détermine généralement cette dilatation, mais à un moindre degré et sans donner au regard la même fixité.) Les débuts de ce traitement étaient très favorables, pas de mort pendant six jours; mais bientôt la mortalité revint, quoique beaucoup moins forte qu'avant. L'auteur fait remarquer lui-même, à cet égard, qu'il ne faut pas oublier que la belladone avait été donnée dans la seconde moitié de l'épidémie. Le meilleur adjuvant était l'acide chlorbydrique (0,50 à 2,00 sur 100 à 150 grammes), qui tempérait toujours la chaleur et la soif vives.

Par arrêté en date du 3 mars 1855, les secrétaires des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ci-après dénommés, sont chargés des fonctions d'agens comptables pour le compte du service spécial de l'enseignement supérieur près desdites écoles, savoir :

Amiens. — M. Boucher, professeur adjoint.
Angers. — M. Jouvet, professeur d'anatomie.
Arras. — M. Bregeant, professeur d'histoire naturelle et de matière médicale.
Limoges. — M. Bardinet, professeur d'anatomie et de physiologie.
Nantes. — M. Hélie, professeur adjoint.
Reims. — M. Philippe, professeur de clinique chirurgicale.
Rouen. — M. Godefroy, professeur de pathologie externe.
Tours. — M. Benoît, bibliothécaire archiviste.

Le Gérant, G. Richelot.

---

(1) Cet abaissement s'opère à l'aide des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens, fixes sur la première côte et le sternum. En effet, dans l'inspiration claviculaire, la première côte et le sternum s'élèvent à l'aide des muscles scalenes, sterno-mastoïdiens, etc.; tous les muscles fixés à la première côte et au sternum sont requis pour opérer ce déplacement, par conséquent aussi les sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens : mais le second point d'attache de ces deux muscles se trouve sur le cartilage thyroïde et sur l'os hyoïde, qui sont mobiles et ne peuvent par conséquent leur servir de point fixe. Il s'ensuit que le larynx s'abaisse nécessairement, lorsque dans l'inspiration claviculaire on élève la première côte et le sternum. Ces deux os restent immobiles dans l'inspiration abdominale; aussi le larynx ne change-t-il pas de place.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 36. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 27 Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

TOXICOLOGIE.

EMPOISONNEMENT ET MORT DE CINQ PERSONNES PAR LA TEINTURE DE COLCHIQUE;

Note communiquée par M. le docteur Jules ROUX, chirurgien en chef de la marine à Toulon, etc.

La connaissance des malheurs qu'entraînent les méprises des pharmaciens dans la vie civile comme dans celle des hôpitaux, porte un enseignement utile aux hommes de l'art et profitable à la science elle-même.

Dans ce double but, et maintenant que le temps a émoussé les impressions pénibles qu'elle avait fait naître dans la localité, je puis livrer à la publicité l'histoire d'un empoisonnement qui, en peu d'heures, a fait périr cinq personnes. J'en rapporterai toutes les circonstances médicales, et si je n'en omets pas les détails administratifs, judiciaires et disciplinaires, c'est afin de consacrer tout ce qu'ont exigé les mœurs et la législation du temps.

Les cas d'empoisonnement par les préparations de colchique ne sont malheureusement pas très rares dans la science; mais personne n'aura été à même de les étudier sur une aussi grande échelle que nous; aussi ce travail, ou mieux cette simple note servira, je pense, à jeter quelque clarté sur le mode d'action du colchique sur lequel les écoles française et italienne sont en dissidence.

Le dimanche, 7 décembre 1851, j'avais prescrit, à ma visite du matin, de sept à huit heures, 60 grammes de vin de quinquina aux malades dont les noms suivent :

Steinger;
Rougier;
Ahmet-Ben-Salah;
Gandillon;
Paradis.

Ces malades, appartenant au service des blessés de l'hôpital du bagne de Toulon, étaient, en général, d'un tempérament lymphatique, d'une assez forte constitution, mais affaiblis par leur séjour dans les prisons, par les opérations graves qu'ils avaient subies (*Trépanation du sternum, du calcanéum, du tibia.* Voir UNION MÉDICALE, 1851, pages 484-508), et dont ils étaient guéris ou en voie de guérison. Cependant, sur l'un d'eux, atteint de testicule tuberculeux, il n'avait pas été fait d'opération. Ces cinq malades étaient, depuis longtemps, à l'usage du vin de quinquina qui leur était donné par le pharmacien de mon service, sitôt après ma prescription et en ma présence.

Par suite d'une déplorable méprise dont l'homme, dans une longue carrière, n'est jamais rigoureusement exempt, et à laquelle semble avoir concouru une foule d'incidens qu'une sorte de fatalité a fait forcément converger vers un résultat funeste, 60 grammes de teinture de colchique furent administrés à huit heures à chacun des cinq malades, à la place de 60 grammes de vin de quinquina prescrits à chacun d'eux.

En buvant ces 60 grammes de la liqueur précitée, aucun malade n'en fut immédiatement incommodé; quelques-uns avaient même déclaré tout bas qu'elle était préférable à celle des autres jours. Pendant ma visite et quelques instans après, jusqu'à mon départ de la salle, rien ne pouvait faire pressentir les terribles accidens qui devaient se montrer quelques heures après. En effet, vers dix heures seulement, deux malades, qui éprouvaient déjà de l'ardeur à l'épigastre et des coliques, commencèrent à vomir. Le chirurgien de garde accourut, et trouva les cinq blessés pâles, froids, le pouls petit, en proie à des coliques intenses, à des nausées, à des vomissemens incessans, à des évacuations alvines abondantes et répétées. L'empoisonnement était évident; mais bien qu'il restât du liquide administré, on ne put sur le moment en constater la nature. On prescrivit successivement de l'eau tiède, du tannin, du café; on appliqua des sinapismes aux membres, on réchauffa les malades.

Averti de l'accident survenu dans mon service, j'accourus auprès de mes malades qu'à deux heures et demie je trouvai dans l'état suivant : Pâleur de la peau, froid général, ralentissement considérable de la circulation; le pouls, très petit, est même imperceptible chez deux; ardeur au pharynx et le long de l'œsophage, soif inextinguible, chaleur vive, douleur intolérable à l'épigastre et dans tout l'abdomen, vomissemens répétés et selles nombreuses de matières séreuses, jaunâtres, sans mucosités ni stries sanglantes. Intégrité complète de l'intelligence, de la parole, des sensations, des mouvemens. Chez un malade, seulement, il existait, depuis le matin, un bourdonnement incommode dans l'oreille gauche. Les pupilles n'offrent rien à noter.

Malgré l'examen attentif du liquide administré et tous les renseignemens demandés, je ne pus que déterminer que le liquide ingéré n'était pas du vin de quinquina, que c'était une teinture dont il me fut impossible de spécifier la composition; mais les symptômes observés étant évidemment ceux de l'empoisonnement par les substances narcotico-âcres, je prescrivis des boissons et des lavemens mucilagineux et albumineux, des cataplasmes émoliens sur l'abdomen.

Bientôt une consultation eut lieu; on pensa que l'empoisonnement était produit par la teinture de colchique, et l'on prescrivit la potion suivante, à prendre par cuillerées, chaque quart d'heure :

Infusion de mélisse.......	130	grammes.
Éther sulfurique..........	2	—
Laudanum de Sydenham	1	—
Sirop de sucre	30	—

On dut la faire suivre de l'administration d'un gramme de laudanum donné à distance à la dose de cinq gouttes dans une cuillerée d'eau sucrée. Les cataplasmes émolliens, les boissons mucilagineuses, les moyens de calorification durent être continués.

A cinq heures du soir, les symptômes étaient les mêmes chez quatre malades; chez Gandillon seul les vomissemens et les selles avaient cessé, la peau était chaude, couverte d'une sueur tiède et le pouls relevé; il était dans une période de réaction susceptible de faire bien augurer de son état et de celui des malades sur lesquels cette réaction viendrait à s'établir.

Malgré les soins assidus prodigués à nos malheureux blessés, trois succombèrent pendant la nuit, Ahmet-Ben-Salah, à trois heures un quart, Gandillon à trois heures un quart, Paradis à quatre heures un quart.

Le matin, à six heures, les deux malades qui vivaient encore étaient dans un déplorable état; on observait : ardeur gutturale, soif vive, coliques, ténesme rectal et vésical, douleurs dans les lombes et les membres, pesanteur de tête, oppression, froid de la peau, lividité des lèvres et des ongles. Les vomissemens avaient diminué. Des crampes aux jambes avaient été notées sur Steinger, chez qui la rétention de l'urine avait nécessité le cathétérisme.

Des stimulans à l'extérieur et à l'intérieur n'ont pu modifier l'état de ces deux malheureux qui, comme leurs camarades, sont morts avec calme et résignation, en conservant, jusqu'au dernier moment, la désespérante intégrité de leurs facultés intellectuelles, à peine troublée un instant chez Rongier, qui a succombé à dix heures du matin. Steinger a expiré le dernier, à une heure et demie de l'après-midi.

Trente-six heures environ, après la mort du dernier malade, par un temps d'orage et par une température de 20° centigrades, j'ai fait, l'autopsie des cinq cadavres. Il serait aussi superflu de rapporter chacune de ces cinq autopsies qu'il l'eût été de raconter en détail les cinq observations. La similitude des symptômes présentés nous eût exposé à des redites inutiles; il en serait de même des autopsies qui ont offert chez tous, à de très faibles nuances près les mêmes caractères anatomiques; je vais donc les indiquer dans leur ensemble.

AUTOPSIE.

Habitude extérieure. — Expression calme de la physionomie; paupières entr'ouvertes, pupilles normales, cyanose des ongles, des mains et de quelques parties de la peau qui est décolorée sur la plus grande étendue et nullement plissée comme dans le choléra; raideur cadavérique très modérée.

Voies digestives. — Pas d'ulcération ni de traces d'inflammation dans le pharynx et l'œsophage; l'estomac et les intestins contiennent peu de gaz mais beaucoup de liquides troubles; muqueuse en général très ramollie, mais sans ulcérations, rouge sur divers points. Foie très congestionné; vésicule contenant une médiocre quantité de bile. Rate gorgée de sang.

Voies urinaires. — Reins congestionnés; peu d'urine dans la vessie, dont la muqueuse présente des plaques rouges peu étendues.

Appareil circulatoire. — Cœur flasque, contenant peu de sang noir et de petits caillots de la même couleur. Distension de la veine porte et de la veine cave inférieure. Le sang offre partout l'aspect et la consistance de la gelée de groseille.

Appareil de la respiration. — Poumons sains, crépitans, sans hypostase; pas de sérosité dans les plèvres, le péricarde et le péritoine.

Axe cérébro-spinal. — Injection très prononcée de l'encéphale et de la moelle; rougeur très vive des membranes cérébro-spinales; les liquides céphalo-rachien et sous-arachnoïdien sont peu abondans, ainsi que celui des ventricules du cerveau. La coupe de ce dernier organe laisse suinter des gouttelettes de sang. L'axe cérébro-rachidien offre un ramollissement général très prononcé.

Les muscles des cavités splanchniques présentent partout une couleur vermeille qui frappe les assistans, ainsi que le bon état de conservation des cadavres dont les chairs étaient dures et n'offraient encore que d'insignifiantes traces de décomposition, trois jours après le décès.

Les analyses chimiques savantes faites, plusieurs fois, sur une grande quantité de liquides séreux rejetés par les vomissemens, les selles et recueillis dans le tube digestif, sur les organes parenchymateux, sur l'urine, n'ont pu faire découvrir la *vératrine*; mais les analyses comparées, faites avec des liquides contenant de la teinture de colchique, ont fait établir à nos chimistes que l'empoisonnement avait eu lieu par cette dernière substance.

Que dirai-je maintenant du mode d'action de la teinture de colchique comme agent toxique? Ce poison donne-t-il la mort en produisant une violente inflammation du tube digestif ou bien en agissant sur le système nerveux comme hyposthénisant? On le sait, l'école française est, sur ce point, en dissidence avec l'école italienne et Orfila est en opposition avec Giaccomini.

Je n'ai pas la prétention d'apporter dans ces débats une lumière plus vive et partant de faire changer les convictions, en faisant connaître la mienne. Je pense comme l'école italienne que la teinture colchique amène la mort plutôt par son action hyposthénisante que par l'inflammation des voies digestives. Je fonde mon opinion sur les trois considérations suivantes :

1° Chez nos malades, le poison n'a commencé à agir que deux heures après son ingestion dans l'estomac et alors seulement qu'il avait été absorbé.

2° Les phénomènes de sidération des forces ou, si on l'aime mieux, d'atteinte grave portée à l'innervation ont été primitifs et non subordonnés à l'irritation du tube digestif.

3° Les traces d'inflammation de la muqueuse intestinale nous ont paru insuffisantes pour expliquer la mort, et les altérations profondes de l'axe nerveux parfaitement en rapport avec les funestes résultats observés.

Après la relation et les appréciations scientifiques qu'on vient de lire, il n'est certainement pas sans intérêt d'ajouter, comme document historique, qu'informé de l'accident qui venait d'arriver à l'hôpital du bagne de Toulon, le préfet maritime ordonna une enquête à la suite de laquelle le ministre saisit de cette affaire le tribunal maritime; que l'auteur de la méprise, acquitté à la majorité de six voix contre deux, fut, plus tard, mis en non activité par retrait d'emploi et quelques mois après, réintégré dans ses fonctions de pharmacien. Il est mort depuis.

Il n'y a pas un grand nombre d'années que, dans l'un des hôpitaux de Paris, sept malades moururent à peu près au même instant par suite de l'ingestion d'une préparation d'acide hydrocyanique, malheureusement prise pour une autre. Nous avons vainement cherché à nous éclairer de ce que fit l'administration, après un accident qui a une similitude assez grande avec celui que nous avons raconté. (Orfila, *Médecine légale*, 1848, p. 689, t. III.)

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE PNEUMONIE CONTINUE RÉMITTENTE;

Lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 27 Décembre 1854,

Par le docteur Ch. BERNARD.

La Société n'entendra pas, je pense, sans quelque intérêt, la lecture du fait suivant, qui m'a paru digne de fixer son attention, surtout par la marche des accidens, lesquels n'ont pas été franchement intermittens, mais ont offert une certaine rémittence incontestable et cependant mal dessinée. Aussi est-ce avec hésitation que nous avons adopté le titre que nous venons de choisir et sur lequel nous reviendrons, après avoir rapporté l'histoire exacte et un peu minutieuse de la maladie, en même temps que nous signalerons les particularités les plus remarquables qu'elle nous a présentées :

La nommée M..., âgée de 16 ans, domestique, bien réglée, depuis deux ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, mais depuis plusieurs mois d'une mauvaise santé, sujette à des accès de fièvre et à une douleur dans le côté gauche de la poitrine, de nature névralgique probablement, est prise le 9 décembre, dans la matinée, de frissons qui durent toute la journée.

Le soir, à neuf heures, elle est en proie à une fièvre très intense. Le pouls, fort, développé et résistant, bat 130 fois par minute. Il existe une prostration assez grande. La malade se plaint d'une douleur très vive, qui occupe le côté gauche de la poitrine et de l'abdomen; mais

il n'y a ni toux ni expectoration. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucun phénomène morbide ni à gauche ni à droite; la respiration, parfaitement pure, s'entend jusqu'à la base. La langue est rouge, animée, et chargée d'un enduit saburral. (Saignée d'une livre et demie qui se prend en caillot et se recouvre d'une couenne peu épaisse).

La saignée est suivie d'une amélioration marquée qui permet à la malade de reposer quelques heures, mais qui cesse promptement.

Le 10 décembre, à dix heures du matin, nous retrouvons cette jeune fille à peu près dans l'état où nous l'avions laissée la veille. La fièvre est toujours très vive; il y a 120 pulsations, moins développées et moins fortes qu'avant la saignée. La douleur de côté a diminué, mais persiste encore avec quelque intensité; et cependant il y a toujours absence de toux, d'expectoration et de tout phénomène morbide révélé par l'auscultation. Par suite de l'état de la langue, un vomitif est administré, qui produit peu d'effet.

Le soir, à cinq heures, nous constatons une amélioration marquée sur l'état du matin, et que la malade est la première à nous signaler. Le nombre des pulsations est tombé à 100. La douleur thoracique a également diminué. Ni toux, ni expectoration, ni phénomènes stéthoscopiques morbides. La nuit n'est pas très calme.

Le 11 décembre, à une heure, nous apprenons que les règles ont paru le matin à leur époque ordinaire, après l'administration d'une pilule de calomel et de jalap qui a donné lieu à une selle abondante. L'état est, du reste, à peu près le même qu'hier matin : fièvre intense; 120 pulsations; figure très congestionnée; céphalalgie intense. En même temps la douleur du côté a presque disparu, et la poitrine continue à n'offrir ni signes fonctionnels, ni signes physiques d'une lésion pulmonaire.

Les choses en étaient là, quand la nuit suivante, vers deux heures du matin, la malade est prise d'un frisson violent et presque aussitôt d'un point de côté à droite et non plus à gauche; elle commence à tousser et à cracher. Nous devons faire remarquer que cette jeune fille couche sous le toit, dans une petite mansarde sans feu, et que cette nuit-là il tomba beaucoup de neige.

Le 12 décembre, à dix heures du matin, il y a une fièvre encore plus intense que les jours précédens; 130 pulsations, mais peu fortes et développées. La toux est fréquente et grasse; l'expectoration peu abondante et sanguinolente. Voici maintenant ce que découvrent la percussion et l'auscultation : matité peu considérable dans la moitié inférieure de la poitrine, du côté droit; dans le tiers moyen, du même côté, on entend un souffle léger, peu rude, qui ne paraît pas tout à fait superficiel et qui ne s'accompagne pas de crépitation, mais d'une bronchophonie marquée. Tout à fait à la base, râles sous-crépitans. Rien à gauche. — (Sirop d'ipéca avec poudre d'ipéca, 2 grammes, et tartre stibié 0,05, qui donne lieu à des vomissemens abondans.)

A cinq heures du soir, la malade se trouve beaucoup mieux. Le pouls est tombé à 100 et quelques pulsations; la figure est bonne. Le point de côté a très sensiblement diminué, la toux est moins fréquente, l'expectoration nulle depuis quelques heures. Les phénomènes physiques ont éprouvé la même marche décroissante que les phénomènes fonctionnels. Si la matité occupe toujours la demie au moins du côté droit du thorax, le souffle a notablement diminué en étendue et en intensité.

On fait coucher la malade dans une pièce bien chauffée et dont la température est maintenue à un degré assez élevé toute la nuit. Malgré cela, il survient encore vers deux heures du matin un frisson moins fort et moins long que celui de la veille.

Le 13 décembre, à dix heures du matin, nous trouvons une fièvre intense comme les matins précédens, 130 et quelques pulsations, une prostration prononcée; la langue est toujours rouge, animée et chargée. La soif vive. Peu de douleur de côté du reste. Mais la matité est un peu plus marquée, le souffle, plus fort qu'hier, s'entend depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du thorax, où on perçoit quelques râles humides. A la base du côté gauche il existe des bulles de râle sous-crépitant très fin. (Potion avec 0,30 de tartre stibié). Deux cuillerées suffisent pour déterminer des vomissemens abondans et plusieurs selles. La potion est aussitôt suspendue.

A huit heures du soir, la malade est encore fatiguée, mais se trouve mieux et tousse peu. 100 pulsations seulement. Le côté gauche paraît tout à fait dégagé, on n'y découvre plus de râle. A droite, le souffle a perdu de son intensité et de son timbre bronchique; il se rapproche de la respiration puérile. L'expectoration peu abondante est encore visqueuse et légèrement jaunâtre.

D'après les conseils de M. Marrotte, que j'avais entretenu de ce fait, à neuf heures du soir, 50 centigrammes de sulfate de quinine sont administrés à notre malade. La nuit est très bonne; sommeil tranquille pendant quatre heures. Il n'y a ni frisson ni froid.

Le 14 décembre, à onze heures du matin, la malade se trouve parfaitement bien; figure bonne, respiration tranquille; peu de toux; expectoration muqueuse et presque nulle. Le pouls est tombé à 90 par minute. Le côté gauche continue à ne plus offrir de phénomènes morbides. La respiration reste rude et soufflante dans la fosse sus-épineuse droite (diète; violette; sulfate de quinine 0,50, le soir). Dans la journée plusieurs selles liquides et une épistaxis. Nuit agitée et sans sommeil, quoique sans frisson.

Le 15 décembre, le matin, la malade est bien, mais la figure présente une légère stupeur; la langue est toujours animée et saburrale; le pouls est à 92. La peau est peu chaude. Ventre indolent, ni taches, ni gargouillement. Dans le côté droit, on n'entend plus que quelques râles humides (bouillon et sulfate de quinine 0,40, le soir).

Dans la journée, plusieurs selles liquides et une épistaxis. Dans la soirée, le point de côté reparaît à droite et cesse pendant la nuit, qui est excellente.

Le 16 décembre, à peu près même état que la veille. Pouls à 92. Vers la racine du poumon droit, on entend un souffle très léger et très lointain, qui persiste, mais qui va en diminuant les deux jours suivans.

Le 17, le pouls est tombé à 78; plus de fièvre.

Le 18, le pouls est à 72; la malade réclame des alimens et se trouve parfaitement bien. (2 potages.)

Le 19 décembre, le nombre des pulsations n'est plus que de 60; la respiration, mêlée de gros râles, est encore un peu rude à la racine du poumon droit. La malade mange.

Résumons les points essentiels de l'observation : Fille de 16 ans; somme toute, d'une bonne santé; depuis dix-huit mois à Paris dans un quartier sec, élevé et salubre; née dans un pays montueux et sain, et n'ayant jamais eu de fièvre d'accès; prise, le 9 novembre, de frissons et de fièvre intense, avec point de côté à gauche seulement (saignée très abondante); du 10 au 14, exacerbation très marquée de tous les symptômes tous les *matins*, et diminution ou rémittence tous les jours; frissons dans la nuit du 11 au 12, qui marque le début de la pneumonie droite, et dans celle du 12 au 13. Sulfate de quinine le 13 au soir. Le 14, diminution des symptômes. Le 14 et le 15, épistaxis et selles liquides qui coïncident avec une amélioration de plus en plus prononcée des symptômes généraux et une disparition presque complète des signes de la pneumonie. Le 17, c'est-à-dire le huitième jour, plus de fièvre. Le 19, guérison complète.

Comme nous le disions en commençant, c'est avec une certaine hésitation que nous donnons au fait précédent le nom de pneumonie continue rémittente; et cependant, quel autre titre pourrions-nous raisonnablement assigner à une maladie qui a offert, pendant quatre jours, sur les sept qu'elle a duré, une rémittence, je ne dis pas intermittence, aussi nette, aussi prononcée? Cette rémittence ne saurait être rapportée à la marche naturelle de toutes les affections fébriles, puisque, au lieu de se manifester le matin, elle se produisait le soir, au moment de l'exacerbation habituelle. D'ailleurs, si nous consultons la description que notre savant maître, M. le professeur Grisolle, donne dans son *Traité de la pneumonie de la forme sub-continue rémittente*, d'après la relation d'une épidémie observée par le docteur Griffouillère, en 1833, dans l'Aveyron, nous trouvons une ressemblance assez grande entre le fait que nous avons pu suivre et le tableau tracé par M. Grisolle, et dont voici un résumé succinct :

Frisson initial violent et début analogue à celui de la pneumonie ordinaire. Le mouvement fébrile, une fois établi, continue sans interruption, mais il éprouve de temps en temps, et à des intervalles variables, mais réguliers, des exacerbations et des rémissions. Les frissons légers, qui annoncent le retour des accès, manquent chez beaucoup de malades. Pendant l'accès, fièvre intense, anxiété, agitation ou prostration extrême; puis, peu à peu ou tout à coup, diminution des symptômes, abaissement du pouls et sueur plus ou moins abondante. On a constaté qu'il suffisait parfois de dix à douze heures pour qu'une portion du poumon passât à l'état complet d'hépatisation, qui restait ensuite pendant plusieurs jours stationnaire, malgré de nouveaux paroxysmes. Ces derniers ont varié dans leur moment d'apparition. J.-P. Frank les a observés dans le courant de la journée : la rémission avait lieu le soir et pendant la nuit. M. Griffouillère, dans l'épidémie d'Aubin, les a constatés presque toujours dans la soirée ou dans la nuit.

D'après cette description très sommaire, on s'apercevra facilement que notre observation présente quelques traits de ressemblance avec les faits acquis à la science et acceptés par les autorités les plus compétentes et les plus rigoureuses. Nous ne contesterons pas toutefois, et nous serons même le premier à le faire remarquer, qu'il existe entre ceux-ci et celle-là des différences assez notables. Ainsi, presque tous les cas de pneumonie intermittente ou rémittente ont été rencontrés chez des personnes soumises à l'influence d'émanations marécageuses. Cependant, en 1821, M. Roche a vu à Paris un pompier, affecté d'une pneumonie intermittente, qui, selon toute probabilité, n'avait pas été exposé à de semblables conditions. Notre jeune fille a toujours demeuré dans des endroits secs, et ne paraît pas avoir présenté d'accidens intermittens.

Dans les autres cas, un frisson initial marquait avec un point de côté, de la toux, etc., le début de la pneumonie. Chez notre malade, il y a bien eu un frisson et un point de côté à gauche, mais sans signes fonctionnels ou physiques de pneumonie du même côté, et ce n'est que 60 ou 72 heures plus tard, qu'après un nouveau frisson ont apparu les symptômes incontestables d'une pneumonie du côté opposé. Enfin, quoi qu'il y ait eu quatre rémissions bien constatées, il n'y a eu, outre le frisson initial, que deux frissons nocturnes; on n'a point observé de sueurs.

Faut-il attribuer en partie toutes les anomalies, par rapport à la marche ordinaire de la forme continue rémittente, qu'a offertes notre cas, au traitement énergique et perturbateur qui a été mis en usage dès le principe? Faut-il rapporter au sulfate de quinine, administré cinq heures seulement avant le moment du retour du frisson de la veille la suppression de ce frisson, et la rémission du lendemain matin, ou plutôt à la marche naturelle des choses, ce que nous serions tenté d'admettre?

Telles sont les questions que nous poserons en terminant, mais qu'il nous paraît impossible de résoudre.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU BASSIN (1).

OBSERVATION XI. — *Rétrécissement du bassin. — Induration du col de l'utérus; débridement. — Position vicieuse du fœtus; version. — Détroncation; céphalotripsie.*

La nommée Mathias accoucha pour la première fois à l'hôpital des Cliniques le 30 septembre 1851, au terme de la grossesse. Le bassin est déformé; l'étendue du diamètre antéro-postérieur est de 7 centimètres 1/2 au plus; l'accouchement dut être terminé par la céphalotripsie; la malade se rétablit bien et sortit assez promptement de l'hôpital.

Au commencement du mois de décembre 1853, elle se présenta de nouveau ici, enceinte de huit mois; on voulut tenter de déterminer l'accouchement prématuré. Trente et une douches d'eau chaude furent administrées, mais elles n'amenèrent que quelques contractions indolores qui disparurent assez rapidement. L'éponge préparée ne put être employée, car on pouvait à peine trouver l'orifice de l'utérus, le pourtour de cette ouverture ayant été probablement lésé lors du premier accouchement. La présence de cette altération est très probablement la cause de l'insuccès des douches qui ont toujours réussi jusqu'ici à l'hôpital des Cliniques.

On résolut alors d'attendre le terme de la grossesse. La femme Mathias sortit de l'hôpital, et revint à la Clinique d'accouchement le 1er janvier. Pendant la nuit du 1er au 2 janvier, elle eut des contractions utérines qui se continuèrent pendant la journée du lundi 2 et la nuit suivante. Le mardi, 3 janvier, les contractions devinrent très énergiques; la poche des eaux se rompit, et il s'écoula du liquide amniotique teint par du méconium. A l'auscultation, M. Campbell entendit les battemens du cœur de l'enfant, mais ils étaient faibles. L'orifice de l'utérus n'est pas sensible; on peut à peine le soupçonner, et on constate son existence en passant une sonde en gomme élastique par le petit pertuis qui semble en être le vestige. On peut espérer que les contractions utérines commenceront à dilater l'orifice, et alors on augmentera l'ouverture par des incisions, ce qui sera fait lors même que la dilatation ne commencerait pas spontanément.

Nous avons là une mauvaise conformation du bassin et une rigidité qui s'oppose à la dilatation de l'orifice de l'utérus; en outre, on peut craindre une position vicieuse du fœtus. M. Campbell croit avoir senti un membre au voisinage de l'orifice à travers l'épaisseur des parois utérines.

Mardi 3 janvier, une heure du soir. — M. Dubois, après avoir de nouveau introduit une sonde dans l'orifice de l'utérus, débride cette ouverture au moyen de plusieurs incisions, en se servant d'un bistouri boutonné légèrement courbé à son extrémité. Quatre incisions furent faites, une à droite, une à gauche, une en avant et à gauche, l'autre en arrière du même côté. Il s'écoula peu de sang de ces incisions. Par l'ouverture ainsi formée, M. Campbell reconnaît de nouveau la présence d'une colonne charnue, autour de laquelle on peut porter le doigt.

La malade doit prendre un bain, et M. Dubois se propose de la revoir à cinq heures.

Mardi, cinq heures. — La malade a pris le bain qui avait été prescrit. Les incisions n'ont pas fourni de sang l'orifice; n'est pas dilaté davantage. les contractions n'ont pas augmenté les incisions. M. Dubois prolonge les incisions pratiquées du côté gauche, celle de droite avait d'abord toute l'étendue que l'on pouvait lui donner. L'utérus était alors assez dilaté pour qu'on y introduisît trois doigts : M. Dubois constate de nouveau la présence d'un membre à l'orifice de l'utérus. Les battemens fœtaux ne sont plus perceptibles à l'auscultation, ainsi que cela est constaté par plusieurs personnes. On attend encore.

Mercredi matin, 4 janvier. — L'ouverture de l'utérus est assez grande à ce moment pour permettre, sans violence, l'introduction de la main. L'épaule se présentait à l'orifice de l'utérus; il était nécessaire de changer cette position vicieuse du fœtus en pratiquant la version. Cette opération devait être douloureuse et assez longue; la malade fut soumise aux inhalations anesthésiques. M. Dubois introduisit alors la main droite dans le vagin, ce qui ne fut pas douloureux : quand elle traversa l'orifice utérin, quelques cris furent poussés par la malade. La main arrivée au fond de l'utérus, trouva en même temps la tête et un membre inférieur plié; le doigt, passé sous le jarret, ramena ce membre à l'orifice de l'utérus, puis en dehors du vagin. L'enfant était mort, l'épiderme s'enlevait facilement; il n'y avait, de ce côté, aucune précaution à prendre. On put amener ensuite le second membre inférieur, puis le tronc, qui fut dégagé, ainsi que les bras; la tête restait seule dans l'utérus.

Il fallait alors recourir à une détroncation pour pouvoir réduire ensuite le volume de la tête par la céphalotripsie : ce moyen devait être préféré à tout autre. M. Dubois sépara le tronc de la tête au moyen de longs ciseaux courbes. L'application du céphalotribe fut assez simple; un aide pressait la tête à travers l'abdomen et la maintenait à l'orifice de l'utérus pendant que M. Dubois appliquait les branches de l'instrument. La compression fut faite et la matière cérébrale s'écoula aussitôt et assez rapidement, ce qui indiquait que le céphalotribe avait été bien appliqué et que l'on pourrait ensuite retirer assez facilement la tête, ce qui eut lieu, en effet, après quelques tractions.

Pendant tout ce temps, la femme était restée dans une demi-somnolence, et elle ne se réveilla que quand l'accouchement fut tout à fait terminé.

Le poids de l'enfant était de 2,800 grammes, après l'évacuation de la substance cérébrale. La tête avait été parfaitement saisie par l'instrument, dont les branches portaient sur les deux bosses pariétales; elle se trouvait bien fixée et son volume était réduit autant qu'il était possible.

Jeudi 5 janvier. — A la visite du matin, nous trouvons la femme Mathias dans un état assez inquiétant. Le pouls est fréquent, le ventre douloureux : la physionomie, quoique peu altérée, présente cependant l'expression d'un malaise intérieur assez grand. La malade prend un bain ce matin et sort de l'hôpital, emmenée par sa sœur, malgré les observations réitérées de M. Dubois.

Samedi 7 janvier. — M. Campbell a été revoir cette femme hier et

(1) Voir les numéros des 26 Décembre 1854, 20 Février, 8 et 23 Mars 1855.

aujourd'hui matin. Des symptômes très graves se sont manifestés : fréquence du pouls, respiration fréquente, diarrhée, vomissemens.

Elle succombe le samedi 7 janvier dans la soirée.

Cette observation nous montre un des cas les plus embarrassans et les plus graves que l'on puisse rencontrer dans la pratique des accouchemens; nous y trouvons à la fois trois complications dont une seule suffit pour rendre un accouchement difficile; rétrécissement du bassin; rigidité de l'orifice utérin; position vicieuse du fœtus. Ces obstacles furent vaincus successivement par l'habileté de M. le professeur P. Dubois.

Eût-on pu agir autrement? L'opération césarienne triomphait des trois difficultés à la fois; mais en raison des circonstances défavorables de l'hôpital, elle fut rejetée; c'eût été ajouter inévitablement une victime de plus au nombre de celles qui y ont été soumises, et l'on pouvait espérer vaincre les difficultés qui se présentaient sans compromettre la vie de la mère. L'opération césarienne eût été plus grave que les manœuvres nécessitées par l'état des choses.

Eût-on pu agir le mardi soir au lieu d'attendre au mercredi matin? Non; le mardi soir l'orifice n'était pas assez grand pour permettre d'exécuter les manœuvres nécessaires. Il eût été imprudent d'avoir recours à la dilatation forcée qui aurait pu causer de graves désordres en augmentant outre mesure les incisions pratiquées. Il valait mieux laisser agir la nature, et elle produisit, en effet, une dilatation suffisante.

Tous les obstacles ici avaient été reconnus à l'avance, et l'on pouvait prévoir les manœuvres nécessaires pour les vaincre; tout fut exécuté, en effet, ainsi que se le proposait M. Dubois. Il n'en est pas toujours de même dans la pratique des accouchemens, où l'imprévu joue quelquefois un grand rôle.

Observation XII. — *Rétrécissement du bassin. — Diamètre antéro-postérieur*, 0,065. — *Céphalotripsie.*

Audouin (Françoise), 26 ans, couturière, entre à la Clinique le 3 avril 1854, lit n° 2. Cette femme est enceinte pour la première fois; elle est rachitique: sa taille est de 1m,11. Ses jambes et ses cuisses sont courtes et fortement incurvées; la colonne vertébrale présente une incurvation à gauche extrêmement prononcée; au-dessus se trouve une autre courbure. Cette femme est née en Auvergne, où elle a passé les premières années de sa vie, habitant dans une vallée aux environs de Clermont-Ferrand, et se trouvant dans des conditions hygiéniques défavorables; elle commença à marcher à l'âge de 5 ans, et pendant longtemps fut obligée de se servir de béquilles.

Elle a été réglée à l'âge de 15 ans, et depuis régulièrement tous les mois pendant deux ou trois jours chaque fois; la dernière apparition des règles a eu lieu à la fin du mois de juillet 1853. La grossesse paraît être arrivée au terme de huit mois. A la visite du matin, le 4 avril, elle fut examinée: on mesura le bassin. M. Dubois trouva, pour le diamètre antéro-postérieur, une étendue de 6 centimètres et 1/2; M. Depaul et M. Campbell avaient également trouvé cette étendue.

Pour un bassin de cette dimension, on donnait autrefois, comme seule ressource, l'opération césarienne. Cependant, M. Dubois, en raison des circonstances défavorables de l'hôpital, recule devant cette opération, et se demande s'il n'y aurait pas possibilité de pratiquer la céphalotripsie sans danger pour la mère, bien entendu. M. Dubois se propose d'agir suivant les circonstances: aujourd'hui, 20 avril, des douleurs commencent à se manifester, faibles il est vrai; l'orifice utérin n'est pas encore dilaté et on ne peut connaître quelle est la partie de l'enfant qui se présente. M. Dubois pense que c'est la tête, mais qu'elle est maintenue élevée par la saillie de l'angle sacro-vertébral. Si c'était une autre partie qui se présentât, il faudrait de toute nécessité recourir à l'opération césarienne.

Cette femme était entrée à l'hôpital le 3 avril 1854: à ce moment le choléra régnait à Paris et plusieurs cas s'étaient déclarés dans le service: vers le 10 avril cette jeune femme fut prise d'une diarrhée que l'on ne put arrêter par un traitement suivi: cet état continua jusqu'au moment de son accouchement et elle se trouvait alors dans de mauvaises conditions pour supporter les manœuvres nécessitées par la déformation du bassin.

Les douleurs se sont manifestées dans la matinée du jeudi 20 avril: faibles d'abord, elles acquirent ensuite de la force, et continuèrent pendant toute la journée; la dilatation commença fit quelques progrès, et on put reconnaître que la tête se présentait. Le vendredi 21 avril, à trois heures du matin, on amena cette femme à la salle des accouchemens; les contractions utérines, énergiques alors, continuèrent à se montrer régulièrement jusqu'à neuf heures et demie du matin; la dilatation étant complète à ce moment, on opéra la rupture des membranes, la tête se plaça alors sur le détroit supérieur.

M. Dubois, après avoir examiné la disposition des parties, résolut de recourir à la céphalotripsie. La perforation du crâne fut faite par M. Campbell: les ciseaux de Smellie furent introduits dans le vagin et, lorsqu'ils furent parvenus au niveau de la tête de l'enfant, l'opérateur les fit basculer en les abaissant sur le périné afin de les enfoncer perpendiculairement sur la tête; ils pénétrèrent dans le crâne, très près de la fontanelle postérieure. La plus grande partie de la matière cérébrale s'écoula; le volume de la tête étant diminué, on décida de laisser agir les contractions utérines. Mais, à partir de ce moment, elles furent plus faibles et plus rares: cependant, à une heure, on put constater un certain engagement de la tête, et on attendit encore: à trois heures, on reconnut encore un peu de progrès dans le travail. M. Dubois résolut alors d'intervenir et de terminer l'extraction de l'enfant avec le céphalotribe. L'instrument fut appliqué, avec quelque difficulté à cause de l'engagement de la tête. L'orifice utérin était presque franchi et les doigts ne pouvaient en sentir facilement les bords pour guider les branches du céphalotribe. La seconde branche fut la plus facile à introduire. La compression fut faite en rapprochant les deux parties de l'instrument; mais, quand on eut opéré quelques tractions, le céphalotribe glissa en laissant la tête dans le vagin. M. Dubois se proposait d'employer un instrument plus petit; mais, pendant qu'on le préparait, M. Campbell, en examinant, par le toucher, l'état des choses, crut pouvoir extraire la tête en tirant avec les doigts: il saisit un des bords de la perforation, opéra quelques tractions, puis, saisissant la mâchoire inférieure, il amena la tête au-dehors de la vulve et acheva le dégagement du corps qui ne présenta aucune difficulté.

L'extraction de l'enfant fut terminée à huit heures et demie du soir, le 21 avril; le poids de cet enfant était de 2,000 grammes, sans le cerveau.

Samedi 22 avril. — Aujourd'hui cette femme se trouve dans un état fort grave: à l'affaiblissement causé par la diarrhée se joint la fatigue produite par les manœuvres obstétricales. Le faciès est altéré, le ventre douloureux à la pression; la diarrhée persiste, les urines sont rares et sanguinolentes. Pouls, 120 pulsations.

Dimanche 23 avril. — La malade se sent un peu mieux qu'hier; le faciès est meilleur, le ventre moins douloureux; mais la diarrhée persiste toujours.

Lundi 24 avril. — L'amélioration qui s'était manifestée hier ne s'est pas soutenue; la diarrhée persiste toujours; il y a eu douzes selles la nuit dernière: le ventre est peu douloureux; on ne remarque rien du côté des parties intéressées dans l'opération.

Mardi 25 avril. — Les symptômes deviennent de plus en plus graves; la malade est fort affaiblie; en outre, la respiration commence à devenir difficile; la mort survient le mercredi 26 avril, à trois heures du matin.

A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de péritonite, ni aucune lésion du côté des organes génitaux. La malade a succombé à l'influence épidémique qui, à ce moment, régnait dans les salles de la Clinique.

Le bassin présentait les dimensions que nous avons indiquées plus haut. L'étendue du diamètre antéro-postérieur sus-pubien était bien de 65 millimètres.

Ici se terminent les observations de céphalotripsie que nous avions l'intention de rapporter. Nous ne dirons que quelques mots du manuel opératoire. Il se compose de deux temps: perforation du crâne, application du céphalotribe. Autrefois, quelques personnes se contentaient de réduire le volume de la tête par la compression sans faire la perforation, mais cette manière d'agir pourrait avoir de graves inconvéniens. Le crâne, sous l'influence de la compression pourrait éclater sur les côtés, et les fragmens osseux lésaient alors les parties matérielles; en outre, la matière cérébrale ne trouvait pas toujours un écoulement facile au dehors. Il vaut mieux faire la perforation en un point que l'on peut choisir et qui permette d'éviter les inconvéniens que nous venons de signaler.

On a conseillé, après la perforation du crâne, de faire des injections d'eau tiède dans cette cavité pour délayer la substance célébrale et faciliter son écoulement; cela est inutile, il suffit de broyer la matière avec les ciseaux de Smellie, en faisant la perforation et elle s'écoule toujours en quantité suffisante quand on applique les branches de l'instrument. Il est même préférable qu'il reste une certaine quantité de la pulpe cérébrale dans la cavité crânienne, afin que la tête ne s'aplatisse pas trop par la compression, car alors les branches du céphalotribe peuvent glisser, ce que nous avons vu dans deux des observations précédentes.

Ajoutons, enfin, que les deux temps de l'opération, perforation du crâne et compression par le céphalotribe ne doivent pas être nécessairement faits dans la même séance. On peut se contenter d'abord de faire la perforation et on laisse agir les contractions utérines, qui suffisent pour réduire le volume de la tête dans certains cas et achever l'expulsion du corps de l'enfant.

(*La suite à un prochain n°.*)

Jules Rouyer.

MÉDECINE LÉGALE.

MANOEUVRES EXERCÉES SUR LE SCROTUM DE JEUNES ENFANS; INFIRMITÉS SUBSÉQUENTES.

Nous devons à l'obligeance de notre cher et savant ami, le professeur Ch. Burci, des renseignemens sur une affaire qui vient de se dérouler devant la Cour criminelle de Toscane, et qui nous a paru présenter une question médico-légale du plus haut intérêt. C'est à ce titre que nous appelons sur ce qui va suivre l'attention de ceux de nos confrères chargés plus particulièrement d'éclairer la justice dans ses laborieuses investigations.

L'étrangeté de l'accusation ne le cède en rien à la particularité des lésions; mais en laissant à chacun de nos lecteurs le soin de stigmatiser le délit, nous mentionnerons les faits sans commentaires, regrettant malheureusement que les monstruosités morales ne soient ni moins nombreuses ni moins affligeantes que les monstruosités physiques.

Depuis quelque temps, les habitans du petit village de San Miniato s'étaient aperçus que le nommé Louis P... recherchait volontiers les lieux isolés en compagnie de jeunes enfans de 8 à 12 ans, auxquels il prodiguait les soins les plus assidus.

Observé et suivi de près par le père de l'un d'eux, on constata qu'après avoir mis à découvert les parties génitales de ces jeunes créatures, Louis P... prenait dans le creux de sa main leur scrotum, et exerçait sur les parties qu'il renferme des manœuvres modérées, une espèce de massage, un *palleggiamento* (action d'une boule que l'on roule doucement dans la main); de temps à autre, il pressait légèrement le cordon spermatique, cherchant ainsi à surprendre sur les traits de ses victimes cet air de contentement et de satisfaction qui se manifestait dans tout son être par des mouvemens convulsifs et libidineux. Une plainte est déposée immédiatement au parquet; et en procédant à une enquête minutieuse, le juge d'instruction se voit en présence d'un nombre très considérable d'enfans qui se plaignent, par l'organe de leurs parens, d'avoir subi les attouchemens de Louis P..., et d'avoir été réduits par lui à l'état d'impuissance et d'infirmité.

En présence de ces allégations, la justice réclame le concours et les lumières de la science.

Plus de 30 enfans sont soumis à l'examen des médecins experts, et sur ce nombre 13 présentent des altérations plus ou moins appréciables des parties génitales.

Ne pouvant attribuer au hasard ces vices de conformation, ils les réfèrent aux manœuvres énoncées plus haut; et dans un premier rapport, ils établissent que les diverses lésions sont la conséquence directe et immédiate desdites manœuvres.

L'affaire acquérant par cette déclaration une plus grande gravité, le juge d'instruction adjoint d'autres médecins aux premiers; mais un deuxième rapport, rédigé après de nouvelles investigations, vient confirmer les conclusions précitées.

Dès lors suffisamment éclairé, le procureur général se croit fondé à soutenir devant la Cour l'accusation contre le nommé Louis P..., qui a mis de malheureux enfans dans les conditions où seraient des individus ayant subi la castration!

Dans l'impossibilité d'opposer une dénégation aux faits parfaitement établis des manœuvres impudiques, mais voulant détourner de sa tête les terribles conséquences qui résulteraient de l'accusation, touchant l'infirmité de ses victimes, L. P... invoque de son côté les témoignages des hommes de l'art.

Après avoir soigneusement étudié l'affaire, les professeurs Burci et Centofanti viennent, dans une consultation médico-légale, renverser les conclusions de leurs confrères.

Sans s'arrêter à la singularité et au nombre des lésions, ils nient de la manière la plus absolue l'influence des manœuvres de Louis P..., et combattent les deux rapports des médecins experts par une réfutation qui impressionne assez les juges pour faire écarter la partie de l'acte d'accusation relative à l'infirmité subséquente des jeunes enfans.

Nous allons actuellement suivre les diverses phases du procès et passer en revue les principaux argumens de l'accusation et de la défense.

Voici d'abord les questions posées par le juge d'instruction aux médecins experts, en présence de la plainte; l'état des personnes, c'est-à-dire la description des principales altérations, et les conclusions posées dans les premiers rapports:

1° Les lésions constatées sur les parties génitales des enfans qui seront soumis à l'examen des médecins experts sont-elles acquises et accidentelles; peuvent-elles être considérées comme le résultat de manœuvres diverses, de violences manuelles pratiquées avec une intention coupable?

2° Est-il possible de déterminer l'époque où ces altérations ont été produites?

3° Quelles sont les conséquences de pareilles lésions?

Parmi les enfans soumis à l'examen des médecins, 13 ont présenté des anomalies, et 17 n'ont offert aucune altération d'organes appréciable:

1° Ange Z..., 12 ans. — Absence absolue du testicule gauche; le cordon spermatique pour ainsi dire tailladé, se termine par un léger renflement à peine sensible. — Il a eu pendant deux heures des rapports avec l'accusé et a ressenti du plaisir.

2° Séraphin M..., 12 ans. — Tempérament lymphatico-veineux. — Les testicules, réduits à l'état d'atrophie, ont à peine le volume d'une grosse lentille; le gauche, en outre rétracté, est situé à l'ouverture de l'anneau inguinal.

3° Sabatino S..., 6 ans. — Testicules petits, placés au-devant de l'anneau inguinal. (L'instruction établit que cet enfant n'a jamais été touché.)

4° Emile G..., 10 ans. — Le testicule droit, plus petit, remonte jusqu'à la région inguinale; il y avait un an qu'il avait passé plusieurs minutes avec Louis P....

5° Louis F.... — Parties génitales normales et bien développées. — Testicule droit plus petit.

6° Mariano M..., 14 ans. — Constitution grêle et scrofuleuse. — Le scrotum petit, est pour ainsi dire écorné à la partie latérale gauche: le testicule de ce côté, diminué dans son volume, ne franchit pas l'anneau inguinal, où il produit un léger renflement. (Manœuvres à quatre reprises, chaque fois pendant quatre minutes.)

7° Louis C..., 10 ans. — Testicule gauche plus petit, eu égard à son âge; le testicule droit présente la même anomalie, et remonte vers l'orifice de l'anneau inguinal.

8° Pellegrino F... — Scrotum plus petit qu'à l'ordinaire; le testicule droit est également moins développé et légèrement rétracté.

9° Pierre S..., 10 ans. — Tempérament lymphatique. — Verge assez développée; testicule droit petit; testicule gauche plus petit encore et atrophié; le cordon spermatique correspondant est plus gros par le fait de l'état variqueux de ses vaisseaux.

10° Émile T..., 10 ans. — Constitution grêle; testicules peu développés. — Un an avant, il avait été touché deux fois en éprouvant de la douleur.

11° et 12° G... et P... sont atteints de hernie inguinale.

13° Joseph F..., 6 ans. — A eu une hernie dans sa première enfance. Le cordon spermatique du côté gauche est plus résistant au toucher, plus tendu, un peu grossi; le scrotum se trouve très développé, et ses parois sont légèrement hypertrophiées.

Voici ceux sur lesquels on n'a rencontré aucune lésion:

14° Gaetan G... (Quatre séances de demi-heure chaque.)

15° Serafin S... (Une fois pour un quart d'heure, une seconde fois pour une heure.)

16°, 17°, 18°, 19°, 20° François G..., Jean et Ange M..., Joachin et Antoine C...

21° Valentin T... avait ressenti de la douleur après une longue séance de deux heures.

22°, 23°, 24° Joseph, Joachin et Louis S...

25°, 26°, 27° Sabatino S..., Joachin F... et Sabatino F....

28°, 99°, 30° Joachin U..., Leopold B... et Louis B...

Énumérons les principes sur lesquels ont été basées les réponses.

(*La suite au prochain n°.*) Dr Prosper de Pietra Santa.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 27 Décembre 1854. — Présidence de M. Bricheteau.

Sommaire. — Observation de pneumonie continue rémittente, par M. Ch. Bernard. Discussion : MM. Moutard-Martin, Hérard, H. Roger, Hervieux, Legroux. — Présentation par M. Becquerel d'une machine électrique nouvelle, imaginée par M. Gaiffe, et construite par M. Loiseau. Discussion : MM. Aran et Becquerel.

M. Ch. Bernard lit l'observation suivante. (Voir plus haut, article : *Clinique médicale.*)

M. Moutard-Martin : Il me paraît manquer, dans l'observation de M. Bernard, quelques détails qui ont une grande importance. Nous savons tous que, dans les pays où la fièvre intermittente est endémique, il n'est pas rare de voir les autres maladies prendre le caractère intermittent dans certaines de leurs périodes, et quelquefois même pendant toute leur durée. Il aurait donc été important de savoir : 1° si la malade a eu des fièvres intermittentes, et, dans l'affirmative, depuis combien de temps elle en est guérie ; 2° si son pays est un pays fiévreux, et depuis combien de temps elle l'a quitté. C'est sur ces points que j'appelle l'attention de M. Bernard, et que je l'engage à prendre des renseignemens.

M. Bernard répond que la malade qui a fait le sujet de son observation n'avait pas habité de pays marécageux, et qu'elle n'avait jamais eu d'accès de fièvre intermittente.

M. Hérard : Je crois qu'il ne faut accepter qu'avec réserve le titre sous lequel M. Bernard a désigné l'observation intéressante qui vient de nous être communiquée. Je ne trouve, en effet, ni dans le traitement mis en usage, ni dans les symptômes observés, la preuve certaine qu'un élément intermittent est venu compliquer les phénomènes continus produits par la lésion pulmonaire. Pour ce qui est du traitement, je vois bien que l'administration du sulfate de quinine a été suivie de la cessation de l'accès; mais, il faut remarquer que le médicament n'avait été donné à la malade que peu de temps avant l'heure habituelle des accès; et que très probablement la non apparition du frisson a été indépendante du sulfate de quinine, d'autant, ainsi que nous l'a dit M. Bernard, que la veille déjà l'accès avait été moins intense que la nuit précédente.

Quant aux symptômes observés, il y a eu effectivement, le soir, un amendement dans l'état de la malade; mais néanmoins le pouls restait à 100 et quelques pulsations, les crachats encore visqueux et légèrement colorés; le souffle persistait, quoique moins intense. Or, ce sont là des modifications qui s'observent quelquefois, dans les quelques heures qui suivent l'administration d'un médicament actif, telle qu'une émission sanguine, un éméto-cathartique. Remarquons, d'ailleurs, que la malade n'était âgée que de 16 ans, et un sait combien, dans l'enfance, les phénomènes stéthoscopiques sont mobiles. Bien des fois, étant interne à l'hôpital des Enfans, il m'est arrivé de constater à la visite du soir un souffle bronchique intense, des râles crépitans nombreux, et le lendemain ces phénomènes avaient presque complétement disparu.

M. Roger (Henri) : J'appuie ce que vient de dire M. Hérard, de la fugacité que l'on observe assez souvent dans les phénomènes d'auscultation chez les enfans affectés de pneumonie. Je crois que ce fait peut s'expliquer, dans quelques cas, de la façon suivante : On sait que la pneumonie lobulaire est une forme très commune dans l'enfance. Or, il arrive fréquemment que l'oreille ne perçoit plus les mêmes signes stéthoscopiques que la veille, dans un point déterminé, parce que le lobule enflammé est arrivé à résolution, parce que l'altération matérielle s'est modifiée, tandis qu'au contraire d'autres lobules donnent lieu aux mêmes phénomènes physiques dans des points où, la veille, le murmure vésiculaire était normal ; la pneumonie se fait, pour ainsi dire, chez ces petits malades, par plusieurs poussées.

M. Moutard-Martin : M. Hérard vient de signaler la fréquence de ces pneumonies à type presque intermittent chez les enfans ; il n'est pas rare non plus de rencontrer de ces alternatives de disparition des symptômes de pneumonie et de leur réapparition complète, à période très courte et plusieurs fois répétée chez les vieillards, et je ne doute pas que M. Bernard ne se rappelle un certain nombre de ces faits que nous avons observés ensemble à la Salpêtrière, à une époque où je m'occupais spécialement de l'étude de la pneumonie chez les vieillards. M. Roger attribue cette apparence de périodicité à des éruptions successives de pneumonie lobulaire chez les enfans, de telle sorte que, la résolution de la pneumonie s'opérant dans un certain nombre de lobules, d'autres sont envahis. Cette explication me paraît parfaitement applicable aux vieillards comme aux enfans, car, chez eux également, la pneumonie lobulaire n'est pas rare, et c'est dans cette forme de pneumonie que l'on observe cette intermittence dans les symptômes. Reste donc à savoir si la malade de M. Bernard a été atteinte de pneumonie intermittente véritable, ou simplement de cette forme de pneumonie pseudo-intermittente que l'on vient de signaler chez les enfans et chez les vieillards.

M. Hervieux : Je crois que l'on peut expliquer la disposition des phénomènes stéthoscopiques par l'engourdissement dans lequel se trouvent les enfans, le matin. Le soir, au contraire, il y a une sorte d'excitation des puissances inspiratrices qui permet à une plus grande quantité d'air d'entrer dans la poitrine, et met en relief les symptômes.

M. Legroux doute que la pneumonie disparaisse chez le vieillard aussi brusquement que l'a prétendu tout à l'heure M. Moutard-Martin. S'il ne s'agissait que de la pneumonie, avec engouement, on le comprendrait et on pourrait en trouver la raison dans les positions diverses que prennent les malades ; mais l'hépatisation qui suppose des modifications profondes dans le tissu pulmonaire, c'est plus extraordinaire.

M. Moutard-Martin : Je répondrai à M. Legroux que j'ai examiné avec soin cette question dans un mémoire couronné, et présenté pour les prix des hôpitaux, et que j'ai parfaitement constaté un fait déjà, du reste, signalé par M. Prus. Je crois, je le répète, que l'explication donnée par M. Roger peut s'appliquer aussi aux vieillards chez lesquels la pneumonie lobulaire a été notée comme chez l'enfant.

M. Legroux : Il me semble que M. Moutard-Martin n'a pas résolu la difficulté. Je parle de la pneumonie au second degré et non de l'engouement. Qu'importe qu'un noyau lobulaire apparaisse, vous n'en constaterez pas moins le noyau reconnu la veille, car il ne peut se dissiper en vingt-quatre heures. Il restera de la matité à la percussion ; et si l'on fait tousser le malade, on constatera du râle crépitant et du souffle.

M. Hervieux fait remarquer que, chez les enfans, la matité ne prouve pas grand'chose ; car les pneumonies lobulaires les mieux caractérisées peuvent exister sans qu'il y ait la moindre différence dans le son perçu.

M. Legroux accepte volontiers la remarque de M. Hervieux pour la percussion ; mais pour ce qui est de l'auscultation, il se refuse à admettre que les signes stéthoscopiques de l'hépatisation fassent défaut quand on les recherche avec soin.

— M. Becquerel présente à la Société une *machine électrique nouvelle*, construite par M. Loiseau et imaginée par M. Gaiffe.

Cette machine, dit M. Becquerel, est une modification très heureuse des appareils en usage, c'est-à-dire des appareils d'induction proprement dits et sans emploi de la pile. Celui dont il se rapproche le plus est le modèle le plus récent de MM. Breton frères.

Voici en quoi il consiste et les avantages qu'il offre :

1° Un volume beaucoup moins considérable ;

2° Une constance dans les effets produits, due à la construction de l'appareil ;

3° Une puissance qu'on peut rendre énorme ;

4° La possibilité de changer le courant à volonté.

La modification la plus importante consiste dans l'emploi d'un *morceau de fer doux disposé en fer à cheval, et entouré à ses deux extrémités de fils isolés*, venant s'aimanter au contact d'un fer à cheval plus grand, aimanté et entouré lui-même d'un fil isolé.

Il se développe, par suite de ce contact, un double courant d'induction : 1° celui qui se développe dans le fil du grand fer à cheval ; 2° celui qui se développe dans le fil du petit.

Dès que la rotation cesse, les quatre bobines se placent les unes en face des autres, et ce contact empêche toute déperdition dans la force magnétique du grand aimant.

C'est cette absence de contact qui fait que la plupart des autres appareils d'induction perdent au bout d'un certain temps une partie de leur intensité.

On conçoit de quelle puissance doit être un aimant qui est en perpétuelle tension, et quelle masse d'électricité d'induction peut développer l'association de quatre bobines entourées d'un fil de cuivre isolé.

La graduation est très bien disposée, et le rapprochement plus ou moins grand des deux fers à cheval s'opère au moyen d'un petit mécanisme très simple, que l'on mesure sur le cadran muni d'une aiguille.

Le commutateur des deux courans a été ajouté sur les indications de M. Edmond Becquerel, et construit d'après ses instructions.

Quant aux autres détails de l'appareil, il suffit d'un essai de cinq minutes pour s'assurer que c'est celui qui répond le mieux aux besoins du médecin.

Doit-on ajouter que son prix est peu élevé.

M. Aran : Je ferai remarquer qu'il y a effectivement dans l'appareil que vient de nous présenter M. Becquerel une particularité intéressante et nouvelle, à savoir, l'enroulement d'un fil isolé autour d'un morceau de fer doux. Si la puissance de la machine s'en trouve augmentée, j'en serai, pour ma part, très heureux ; car je crois que nous avons besoin d'appareils plus forts que ceux que nous possédons. Mais, pour cela, il faut que l'expérience le démontre, non chez l'homme en santé, mais chez l'homme en maladie. Je ferai une dernière observation. Je regrette que l'auteur n'ait pas inventé un appareil volta-électrique, qui, d'après les hommes compétens, a une puissance plus grande que l'appareil magnéto-électrique.

M. Becquerel : Je remercie M. Aran de ses observations, et je demande à répondre quelques mots. M. Aran vient de nous dire que nous n'avions pas d'appareil assez fort. Je crois que c'est une erreur. Il y a un an, mon frère a fait construire un appareil très simple et très puissant. Nous l'avons essayé sur un chien, et nous l'avons tué. M. Aran aurait probablement été satisfait de la force de l'appareil. Quant à moi, je pense que ces appareils ne trouvent leur application que dans des cas très restreints.

Sur un autre point, je regrette d'être en désaccord complet avec M. Aran : les appareils magnéto-électriques sont aussi bons que les appareils volta-électriques. Les effets sont les mêmes, il ne peut y en avoir d'autres. Il n'y a de différence que dans ce qu'on appelle assez maladroitement courant inducteur, courant induit.

— A la séance suivante, M. Becquerel déclare qu'il a expérimenté l'appareil électrique de M. Loiseau, et qu'il y a trouvé une énergie extrême, à tel point qu'à un certain degré il ne peut plus être supporté.

M. Aran : Depuis la dernière séance, M. Duchenne de Boulogne a examiné l'appareil de M. Loiseau, et a reconnu qu'il lui manquait une propriété bien essentielle, c'est de produire à volonté un courant continu ou un courant intermittent; le courant dans cette machine est toujours continu. Il faut bien distinguer l'action des courans électriques sur la motilité et sur la sensibilité; les courans continus agissent principalement sur cette dernière, et les courans intermittens sur la motilité; et c'est une chose bien précieuse, en thérapeutique, de pouvoir agir à volonté sur l'une ou sur l'autre. Les malades supportent difficilement les courans continus qui agissent sur la sensibilité, tandis qu'ils peuvent supporter les plus fortes doses d'électricité quand elle agit sur la motilité.

M. Becquerel connaît tous les effets de l'appareil qu'il a présenté, tant sur la motilité que sur la sensibilité ; il les a analysés ; et sans vouloir entrer dans une discussion interminable sur la physique, il se borne à affirmer que l'appareil de M. Loiseau est excellent et qu'il est très puissant.

Le secrétaire, Dr Hérard.

PRESSE MÉDICALE.

Antidotes des sels de cuivre (*Expériences sur les*); par le docteur Schrader, de Gottingue. — *Proto-sulfure de fer hydraté.* Recommandé par M. Mialhe, ce composé n'a pas empêché la mort des lapins dans la nuit, quoiqu'il eût été donné en quantité suffisante pour décomposer les 3 à 6 grains d'acétate de cuivre employés. Le docteur Schrader essaya alors le sulfure seul ; 12 à 20 grammes tuèrent également les lapins dans la nuit. Un chien prit le sulfure obtenu avec 1 gros de sulfate ferreux ; après vingt-cinq minutes vomissement violent, puis plaintes, tremblemens ; l'animal ne se leva qu'avec peine, ne mangea pas pendant trois jours et but seulement de l'eau. Après qu'il eût été remis, on lui rendit la même dose en deux fois ; après la première, inquiétude, tremblemens et vomiturations ; après la seconde, soif, gémissemens et deux vomissemens. Rétabli le lendemain. L'autopsie des lapins ne montra que le cœur et les gros vaisseaux remplis de sang noir, liquide ; pas d'odeur manifeste d'hydrogène sulfuré dans le corps. (Le persulfure de fer hydraté, préconisé par MM. Bouchardat et Sandras, aurait-il une action analogue ?).

Magnésie hydratée. — Contrairement aux résultats obtenus par différens expérimentateurs et en dernier lieu par M. Roucher (*Gaz. méd. Strasb.*, 1851), cette substance ne s'est pas montrée efficace. Lapins : 1° Mélange de 4 grains de vert-de-gris cristallisé dissous dans un peu d'eau et un 1/2 gros d'hydrate de magnésie ; plus tard, encore 10 grains. Mort dans la nuit. 2° 3 grains d'acétate neutre et 36 grains de magnésie, donnés en deux fois à une heure de distance. Rien les premiers jours ; puis l'animal ne mangea plus, maigrit et mourut le neuvième jour. 3° Vert-de-gris, 5 grains ; magnésie 1 gros, en deux fois. Mort en dix heures. 4° Acétate neutre 3 grains ; magnésie 36 grains, en deux fois. Mort en dix heures. 5° 3 grains de vert-de-gris furent additionnés avec de l'eau tenant en suspension de la magnésie, jusqu'à ce que le prussiate de potasse ne décelât plus de cuivre dans la liqueur. Il en fallut près de 1 gros. Ce mélange fut donné à un lapin qui mourut dans la nuit.

Le *sucre* eut les mêmes résultats négatifs.

Prussiate de potasse. — Les lapins sont tués par 1 à 2 gros de ce sel ; les chiens le supportent beaucoup mieux. Une chienne en prit 1 scrupule, sans effet ; le lendemain 1 gros en une fois ; une demi-heure après, vomissemens ; le chien remangea les matières rendues ; le troisième jour, 2 gros en une fois. Après trois quarts d'heure vomissement, dont les matières furent avalées de nouveau. Le quatrième jour, une demi-once en une fois ; pas de vomissement ; le chien resta gai. 1 scrupule d'acétate de cuivre dissous fut précipité complétement par du prussiate de potasse, et le mélange donné à un chien ; pas d'effets. Huit jours après, demi-gros de verdet avec excès de 3 gros de prussiate ; l'animal vomit ; le lendemain, même résultat. Alors 1 scrupule de sel de cuivre et 3 gros de prussiate, dans le moins d'eau possible ; ligature de l'œsophage. Vomiturations. Après deux heures et demie, la ligature fut enlevée et l'animal était complétement guéri le huitième jour.

L'*albumine* et le *lait*, pris en excès, ne nuisent pas, sont faciles à se procurer et neutralisent provisoirement le sel vénéneux. Mais il faut avoir grand soin d'évacuer le caséate ou l'albuminate de cuivre. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 4.)

COURRIER.

Exposition universelle. — L'hygiène, la pharmacie, la médecine et la chirurgie, sont compris dans le 4me groupe, XIIme classe des objets qui feront partie de l'exposition universelle. Le jury de cette section est composé de la manière suivante :

Jurés titulaires : MM. Rayer, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie impériale de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité ;

Nélaton, professeur de clinique à la Faculté de médecine, chirurgien à l'hôpital des Cliniques ;

Mélier, membre de l'Académie impériale de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de la France ;

Bussy, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie impériale de médecine, directeur de l'École de pharmacie ;

Bouley (Henry), professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

Jurés suppléans : Tardieu (Ambroise), professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène publique de la France ;

Demarquay, chirurgien des hôpitaux.

— Nous avons reçu de M. Jolly une réponse à la dernière lettre de M. Roche, que le défaut d'espace ne nous permet pas de publier dans notre numéro d'aujourd'hui.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 14 mars 1855, M. Patin, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, en remplacement de M. Pillore, décédé.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 37. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 29 Mars 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
—
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
—
Pour Paris et les Départemens,
1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
—
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 MARS 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est M. le professeur Gerdy qui a tenu, hier, la tribune.

L'honorable académicien a-t-il voulu faire un discours sur la philosophie médicale? Nous ne l'affirmons pas, mais, ce qui est certain, c'est qu'il n'a fait qu'une dissertation — nous allions dire une leçon — de ce qu'en langage de l'école on appelle pathologie générale sur la *maladie*, sa définition, son siége, sa nature, ses symptômes, etc., avec entrefilets sur les classifications et les nomenclatures. Tout cela eût été à sa place dans l'amphithéâtre de la Faculté et devant un auditoire d'élèves, mais devant l'Académie, nous devons en prévenir l'orateur, tout cela a paru un peu maigre et assez insuffisant.

Lorsque, dès le début de son discours, nous avons entendu M. Gerdy dire qu'il fallait de l'étude, de la réflexion et de l'expérience pour traiter les questions philosophiques de la médecine, ce sur quoi nous sommes parfaitement de son avis, lorsqu'il a annoncé que, depuis vingt-cinq ans, il s'occupait de ces matières, un espoir nous est venu que le débat, jusqu'ici assez terne et vulgaire, allait s'élever et s'animer. Hélas! c'est une déception nouvelle qu'il nous faut ajouter à toutes celles que cette discussion nous préparait.

Nous aurons pour le discours de M. Gerdy la même respectueuse réserve que nous avons montrée envers le discours de M. Bouillaud; nous attendrons que le *Bulletin* de l'Académie en ait publié la version officielle et arrêtée. Nous ne saurions, en vérité, quoi attaquer, quoi défendre dans cette oraison, dont nous n'avons compris ni le but, ni la signification. *Fiat lux*, demanderons-nous donc au *Bulletin*, et nous verrons après.

Pour le moment, nous déclarons avec humilité que nous voyons si peu clair dans tout cela que la plus vulgaire prudence nous commande l'abstention. Nous ne comprenons ni le but, ni la nature, ni les conséquences du débat, comment pourrions-nous le suivre et l'apprécier?

Ce que nous apercevons de plus sensible, c'est que si les orateurs de cette discussion inintelligible avaient eu pour but de dégoûter la génération médicale actuelle des questions générales et de principes, ils l'auraient certainement atteint. Que de vaines et de stériles loquelles, mon Dieu!

Ce qui se montre surtout de plus patent, c'est que, s'il fallait juger de l'aptitude de ce qu'on appelle l'école de Paris, à s'élever dans les hautes régions de la philosophie médicale, par les discours qui se déroulent actuellement devant l'Académie, il faudrait accepter sans conteste l'accusation d'impuissance qui lui a été souvent portée.

Nous ne croyons ni à ce but, ni à cette impuissance.

La discussion dévie et se trouble, parce qu'on a perdu de vue son point de départ. Il était humble et simple, on l'a rendu prétentieux et complexe. On y a mêlé par incidence des questions de la plus haute gravité qui ont absorbé le débat, et pour lesquelles ni orateurs ni auditeurs n'étaient pas suffisamment préparés. La question du vitalisme n'est et ne peut être une question incidente en philosophie médicale, c'est une question de principe. M. Velpeau a dit avec raison : On ne part pas de l'anatomie pathologique, on y arrive. Si nous avions la même autorité que notre illustre confrère, nous dirions à notre tour : On n'arrive pas au vitalisme, on en part. Sur ces deux propositions savamment commentées et sagement développées, on construira tout un programme de bonne éducation médicale.

Ce programme a manqué à la plupart d'entre nous. On le voit à la discussion actuelle qui se caractérise par la confusion dans les choses, par l'impropriété dans les termes. Les esprits un peu familiarisés avec l'histoire et la philosophie de notre science voient avec surprise confondre, par exemple, l'animisme avec le vitalisme, le spiritualisme philosophique avec les croyances religieuses, et s'étonnent de beaucoup d'autres erreurs de langage ou de pensée que nous aurons peut-être la triste mission de signaler. C'est là, encore une fois, la faute de l'éducation médicale actuelle, qui, livrée tout entière à l'observation et à la connaissance des faits de détail, n'a ni le temps ni l'occasion de s'élever à l'étude des principes et des généralisations. La clinique laisse peu de place à la philosophie, et de tout temps les médecins qui ont pu réunir les exigences des études cliniques aux spéculations des études philosophiques, ont été très rares.

Notre temps en est peut-être un peu plus pauvre, et cela vient précisément de ce que l'étude de la clinique est devenue beaucoup plus difficile, plus complexe, plus longue qu'autrefois. Cependant, ne jugeons pas absolument notre temps par les seules exhibitions oratoires de ces derniers jours. Il y a, même dans cette école de Paris que l'on dit absorbée dans l'unique contemplation du cadavre, il y a des médecins, des cliniciens qui savent traiter magistralement les hautes questions de dogme et d'histoire. Nous doutons fort, pour ne citer que des exemples connus de tous, qu'il se soit fait ailleurs un cours d'histoire de la médecine plus savant et plus philosophique à la fois que celui fait pendant deux ans, à la Faculté de Paris, par M. le professeur Andral. A-t-on écrit ailleurs des pages plus éloquentes et plus élevées que l'*Introduction* de M. Pidoux au *Traité de thérapeutique et de matière médicale*? Le *Traité de la science médicale*, de M. E. Auber, n'a-t-il pas été écrit à Paris? Où se composent et s'impriment les belles traductions d'Hippocrate, de Galien, d'Oribase, de Paul d'Egine, avec les *introductions*, les *argumens* et les *commentaires* de MM. Littré, Daremberg, Briau?

Ne soyons donc pas injustes envers notre temps, envers nos contemporains. Ce qu'il faudrait surtout, c'est de ne plus parler d'écoles diverses, de Paris ou de Montpellier, distinctions qui n'ont plus de raisons d'être, on ne le voit que trop par la discussion actuelle. Car qui donc parmi les médecins n'est pas pour la sévérité, la rigueur, l'exactitude de l'observation et de l'expérimentation? Qui s'insurge contre les moyens anatomiques, physiques et chimiques d'investigation et de diagnostic? Qui ne demande aujourd'hui à la méditation de l'histoire et de la philosophie un guide, des principes, une foi? On pense à Paris comme à Montpellier; on observe à Montpellier comme à Paris; et de quelque côté que vous jetiez les yeux, sur l'enseignement ou la littérature, à part quelques malheureux hérésiarques, ambitieux de bruit, on ne voit partout qu'une seule médecine, la médecine du bon sens et de la vérité.

Amédée LATOUR.

TÉRATOLOGIE.

NOTE SUR UNE FISSURE CONGÉNIALE DU STERNUM, QUI PERMET D'ÉTUDIER PRESQUE A NU LES BATTEMENS DU COEUR;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Lue à la Société médicale des hôpitaux, le 28 mars 1855.)

J'ai l'honneur de présenter à la Société un jeune homme affecté d'un vice de conformation du sternum, consistant en une division presque complète de cet os sur la ligne médiane. Sauf dans une étendue de 3 centimètres inférieurement, où il existe une lame cartilagineuse flexible, la région sternale est creusée par une fente profonde, fermée seulement par les tégumens. Cette fente, longue de 11 centimètres, en mesurant verticalement d'une ligne idéale tirée du bord supérieur d'une clavicule à l'autre, affectant une forme triangulaire, mesurant 2 centimètres entre les deux extrémités des clavicules, un demi-centimètre au plus tout à fait inférieurement, est susceptible d'être élargie considérablement par la volonté du malade, qui contracte fortement les deux muscles grands pectoraux; les tégumens qui forment la fissure se tendent alors, et arrivent au niveau du reste de la peau de la poitrine. De chaque côté de cette fissure, et dans toute sa longueur, règne un rebord osseux formé évidemment par une moitié du sternum, et qui se recourbe en dedans vers la ligne médiane, tandis qu'en dehors elle donne insertion aux côtes.

Ce vice de conformation du sternum entraîne des modifications considérables dans les relations des parties osseuses et musculaires du cou et de la poitrine, comme dans l'accomplissement des fonctions respiratoires.

Les clavicules, qui offrent leur courbure et leur conformation normale, se terminent par leur extrémité renflée au-dessus de chaque moitié du sternum, sans qu'il y ait trace d'articulation sterno-claviculaire. Les muscles sterno-cléido-mastoïdiens ne s'insèrent que sur la clavicule, et sont seulement des cléido-mastoïdiens. Les sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens manquent du côté droit, tandis que du côté gauche, on les aperçoit dans les grandes inspirations comme deux cordes saillantes.

L'inspiration calme à la fois est diaphragmatique et costale supérieure, avec cette particularité que le diaphragme ouvre la scène et que les côtes supérieures se soulèvent après le refoulement commencé des parois abdominales. Mais ce qui est curieux et bizarre à la fois, c'est la manière dont s'opère l'inspiration forcée. On voit alors ce jeune homme soulever et agrandir en masse la poitrine avec les trapèzes et les sterno-mastoïdiens, tandis que le diaphragme et les côtes supérieures n'augmentent pas proportionnellement leur action. Dans l'expiration calme, rien de particulier à noter; mais dans les expirations forcées, la poitrine et l'abdomen se rétrécissent, les veines du cou deviennent plus apparentes, quelques espaces intercostaux deviennent convexes en dehors, puis la fissure commence à se distendre d'abord à sa partie moyenne, puis à sa partie supérieure, de sorte que les tégumens finissent par affleurer et par dépasser même de quelques lignes le niveau de la paroi antérieure du thorax.

A elles seules, les particularités dont je viens de faire part à la Société suffiraient sans doute pour exciter son intérêt. La division médiane soit partielle, soit complète du sternum, sans que le cœur fasse hernie au dehors et sans que les parois cutanées de la poitrine soient divisées sur la ligne médiane, est un vice de conformation assez rare, ainsi qu'on peut le voir dans l'excellent *Traité de tératologie* de M. Is. Geoffroy St-Hilaire; et si quelques auteurs en ont cité un assez grand nombre, si même Wiedeman a pu écrire sur ce sujet une dissertation spéciale que je n'ai pu malheureusement me procurer (*Ueber das fehlende Brustbein*. Brunsw., 1794), il est incontestable que la plupart des faits indiqués sous ce titre se rapportent à d'autres vices de conformation. Il existe cependant dans la science un fait, communiqué en 1821 à la Société de médecine de Paris, par M. Cullerier neveu (*Journal général de médecine*, t. 74, p. 305), qui présente une analogie frappante avec le fait du jeune homme que j'ai l'honneur de vous présenter.

Ce jeune homme, qui est âgé aujourd'hui de 25 ans, est bien portant, quoique d'une constitution un peu faible. Toutes les fonctions s'exécutent chez lui avec la plus grande perfection. Il en était de même de la malade présentée en 1821 par Cullerier à la Société de médecine. Elle était parvenue à l'âge de 31 ans sans se préoccuper de son vice de conformation, se livrant aux travaux rudes de la campagne, ayant eu deux fausses-couches et un accouchement à terme sans que la fissure congéniale du sternum eût gêné l'accomplissement d'aucune des fonctions importantes de l'économie. Et cependant chez Florentine A..., comme chez M. Alex. Graux, que vous avez en ce moment sous les yeux, « le sternum était » bifurqué supérieurement dans toute la hauteur de la pre- » mière pièce et dans les trois quarts de celle de la seconde. » Les parties latérales de cet os formaient, dit Cullerier, » comme les deux branches d'une fourche aux côtés externes » desquelles les côtes et les clavicules s'articulaient comme à » l'ordinaire.... L'échancrure avait trois pouces neuf lignes de » profondeur; il ne restait qu'un pouce trois lignes pour l'os- » sification jusqu'au sommet de l'appendice sternal. L'écar- » tement ou plutôt le diamètre transversal mesuré en haut et » à la partie moyenne donnait un écartement d'un pouce neuf » lignes; en bas, cet écartement n'était que de huit lignes. »

Mais c'est surtout au point de vue de l'étude des fonctions de l'organe central de la circulation, que le jeune homme que je vous présente me paraît offrir le plus grand intérêt, et cet intérêt, il l'a trouvé auprès des plus grandes notabilités médicales et physiologiques de l'Allemagne, auprès de quelques-uns d'entre vous qui ont bien voulu déjà l'examiner. La fissure du sternum permet, en effet, d'étudier presque à nu, à travers une couche très peu épaisse des tégumens, l'accomplissement d'une partie des fonctions du cœur. Il en était, du reste, ainsi chez la femme présentée par Cullerier à la Société de médecine : « Les pulsations de la crosse de l'aorte se mani- » festaient au doigt et à l'œil dans l'intervalle de la bifurca- » tion. Dans les mouvemens actifs de la locomotion, et lorsque

» Florentine faisait un effort quelconque pour soulever un » fardeau ou tel autre qui nécessitait des inspirations plus » étendues ou la suspension momentanée du mouvement » d'expiration, les pulsations devenaient tumultueuses, et il » paraissait une tumeur plus ou moins grosse sous les tégu» mens. Les battemens du cœur se faisaient peu sentir à l'en» droit ordinaire; on les sentait au contraire très bien à la » base de l'échancrure. » Cullerier ne s'est-il pas trompé sur la nature de la tumeur qu'il appelle la *crosse de l'aorte*? Cette question me paraît pouvoir être jugée par les phénomènes particuliers qu'on observe chez M. Graux.

A la partie moyenne de cette fissure, à gauche de la ligne médiane qu'elle dépasse cependant un peu en dedans, à 4 centimètres 1/2 environ d'une ligne fictive tirée des deux bords supérieurs des clavicules, on aperçoit sous les tégumens une tumeur oblongue, se dilatant et s'affaissant alternativement de 60 à 64 fois par minute, offrant, au moment de sa dilatation maximum, environ 6 centimètres dans son plus grand diamètre, qui est vertical, et se réduisant de moitié ou des deux tiers, en s'affaissant dans une direction particulière, de haut en bas et de droite à gauche. La dilatation et l'affaissement sont alternatifs et battent une mesure à deux temps, sauf que le premier temps ou la dilatation est un peu plus long que le second. La dilatation est très rapide, quoiqu'elle semble se compléter et arriver ensuite graduellement à son maximum avec un petit mouvement de locomotion en avant, immédiatement suivi de l'évacuation du liquide qui s'y trouve manifestement contenu et de l'affaissement de la tumeur. Cet affaissement est progressif et commence par la partie la plus supérieure qui s'exprime en quelque sorte en bas et à gauche, en même temps que les parois latérales se rapprochent de son centre en suivant le mouvement d'affaissement.

Cette tumeur pulsatile donne à la percussion une sonorité relativement moindre que les parties voisines, et cette espèce de matité se continue sans ligne de démarcation avec la matité des ventricules ou du cœur proprement dit, qui mesure au maximum 9 centimètres dans le sens transversal à partir de la ligne médiane, et 10 centimètres verticalement. Au niveau de la tumeur, les deux bruits s'entendent très forts, très éclatans, surtout le second ; à la limite de la matité ventriculaire, qui dépasse un peu le niveau de l'impulsion, les deux bruits sont presque égaux en durée, en force et en éclat; mais en remontant obliquement vers la base, le deuxième bruit prend plus d'éclat et de force et le premier devient même un peu soufflant au voisinage du sternum. Le deuxième bruit de l'artère pulmonaire est plus fort et plus superficiel que celui de l'aorte.

Si l'on place la main sur le point où l'impulsion du cœur se trouve à son maximum, près du mamelon, dans le quatrième espace, le malade étant couché; derrière la cinquième côte, le malade étant debout ou même sur le cinquième espace où l'impulsion se perçoit également, quoique plus faible; on constate que l'impulsion coïncide exactement avec le commencement de l'affaissement de la tumeur sous-cutanée. Pour mieux traduire ma pensée, je dirai que l'impulsion du cœur est toujours produite avant que la tumeur sous-cutanée ait fini de s'exprimer inférieurement et que cette impulsion coïncide surtout avec les premiers momens de cet affaissement.

Si, maintenant, l'on place les doigts sur l'artère radiale ou sur la carotide, tandis que l'œil suit attentivement les mouvemens de la tumeur sous-cutanée, on trouve toujours un intervalle appréciable entre l'affaissement de la tumeur et la dilatation artérielle; autrement dit, il n'y a pas d'isochronisme entre l'affaissement de la tumeur et la dilatation artérielle; celle-ci est toujours consécutive.

Cette tumeur sous-cutanée présente, du reste, de grandes variations dans sa réplétion suivant diverses circonstances, elle augmente de volume et se distend considérablement au moindre effort; dans l'expiration forcée elle est une des principales causes de la saillie et du refoulement en dehors de la peau de la fissure sternale; mais même dans cet état de distension elle ne cesse pas de présenter des mouvemens de contraction incomplets qui se dirigent dans le même sens que lorsque la respiration est calme, de haut en bas et de droite à gauche; la saillie qui se forme au-dessus de cette tumeur à un moment ultérieur de l'expiration forcée résulte évidemment de la protrusion du tiers antérieur des deux poumons, ainsi que le montre la percussion.

Mais cette tumeur pulsatile sous-cutanée, quelle est sa nature? est-ce, comme le pensait Cullerier, la crosse de l'aorte? C'est là une question fort grave et dont la solution est d'autant plus épineuse que le cœur n'est pas à nu dans toute son étendue. Si cependant on réfléchit au siége de cette tumeur, à la direction suivant laquelle se fait son affaissement, sa contraction, on arrive à conclure que ce n'est pas, que ce ne peut pas être la crosse de l'aorte. On trouve, d'ailleurs, en plongeant le doigt un peu plus haut dans la fissure sternale des battemens parfaitement isochrones à ceux de la carotide et de la radiale, etc., et qui doivent être ceux de l'aorte. Est-ce que la crosse de l'aorte pourrait acquérir le développement si brusque que prend cette tumeur dans les accès de toux, dans l'effort, etc.? Il me semble donc qu'il ne peut y avoir beaucoup de doute à cet égard : c'est l'oreillette droite. Mais cette détermination une fois établie emporte avec elle une conclusion bien grave également, touchant la cause de l'impulsion, à savoir, que l'impulsion du cœur, le choc de cet organe contre les parois thoraciques est dû à la pénétration de la colonne de sang de l'oreillette dans le ventricule et se produit, par conséquent, dans la diastole du ventricule et non dans la systole comme on le pense généralement. L'observation de ce fait nous ramène donc à l'opinion de Descartes, de Lancisi, défendue avec tant de talent par notre savant collègue, M. le docteur Beau.

L'étude des bruits du cœur semble encore favorable, sinon complétement, au moins pour une certaine partie, à l'explication qui en a été donnée également dans ces derniers temps par notre collègue. Si, en effet, on suit attentivement les contractions de l'oreillette tandis qu'une autre personne compte et indique à mesure la perception du premier bruit, l'isochronisme est parfait entre l'affaissement, la contraction de l'oreillette et l'énonciation du premier bruit faite à haute voix par la personne qui ausculte. Il résulte au moins de cette expérience que chacun de vous pourra faire que l'isochronisme est parfait entre la contraction de l'oreillette et, par suite, la pénétration du sang dans le ventricule et le premier bruit; et peut-être serez-vous tenté de penser, avec moi, que de cette constatation d'isochronisme à conclure à la production du premier bruit par la pénétration du sang dans le ventricule, il n'y a pas loin. Quant au deuxième bruit, les difficultés me paraissent encore très grandes pour son explication, même après l'examen du jeune homme que j'ai l'honneur de vous présenter. Si on compte les deux bruits en les appelant successivement tandis qu'une personne suit de l'œil les mouvemens de l'oreillette, on constate le plus souvent que le deuxième bruit correspond à la dilatation de l'oreillette; mais assez souvent aussi, lorsque ce jeune homme est fatigué et les contractions de l'oreillette un peu irrégulières ou précipitées, l'isochronisme cesse entre le deuxième bruit et la dilatation de l'oreillette, au point que je conserve, pour ma part, de très grands doutes relativement à la possibilité de faire servir l'observation de ce jeune homme à la détermination de la cause du second bruit. Qui ne comprend, d'ailleurs, que si le passage du sang dans le cœur s'opérant avec une grande rapidité ne laisse sur son passage aucune condition physique propre à rendre compte de la production du premier bruit autre que le passage même de cette colonne de sang, il n'en est pas de même du deuxième bruit; car si l'oreillette se dilate brusquement après qu'elle a évacué le sang dans le ventricule, la colonne de sang chassée par celui-ci dans les artères revient sur ses pas dès que le *vis à tergo* est supprimé, de sorte qu'il y a isochronisme entre la dilatation de l'oreillette et le retour de la colonne de sang sur les valvules semilunaires!...

Telles sont les remarques que je voulais communiquer à la Société en lui présentant ce vice de conformation. Je suis loin de les considérer comme le dernier mot des résultats que peut fournir ce fait intéressant. Encore moins est-il dans mes intentions d'imposer mes opinions à mes collègues. Je fais, au contraire, appel aux lumières des membres de la Société. Peut-être la Société jugera convenable de nommer dans son sein une commission chargée d'examiner ce jeune homme avec détails et de lui présenter un rapport circonstancié et motivé sur les graves questions de physiologie et de pathologie que soulève ce fait rare et intéressant. Je serais heureux, pour ma part, de mettre à la disposition de la commission le peu que m'a appris l'observation plusieurs fois répétée de ce jeune homme.

A la suite de la lecture de cette note, la Société a décidé la formation d'une commission chargée de lui présenter un rapport. Cette commission est composée de MM. Aran, Beau, Béhier, Bouvier, Hérard et Monneret.

ANESTHÉSIE.

Note adressée à la Société médicale d'émulation

Par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE,

A l'occasion du rapport de M. Ludger LALLEMAND, intitulé ; *Recherches expérimentales sur les moyens à employer contre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme.*

Le rapport de la commission instituée par la Société médicale d'émulation, dont il a été donné lecture dans la séance du 13 janvier 1855, est incontestablement le travail le plus remarquable qui ait été publié sur les questions qu'il soulève; il est écrit avec talent ; les expériences nombreuses qui s'y trouvent relatées ont, en général, un cachet de précision et d'exactitude remarquable.

Mais, en raison même de l'importance de ce rapport et surtout à cause de la haute influence qu'il est appelé à exercer sur la pratique, les propositions qui s'y trouvent formulées doivent être discutées si elles ne sont pas rigoureusement déduites de l'expérimentation et combattues si elles ne paraissent pas l'expression de la vérité.

Ce préambule fait pressentir les motifs qui me déterminent à intervenir dans la discussion que doit provoquer le rapport de M. L. Lallemand. Je me trouve, en effet, à mon grand regret, dans la nécessité de combattre certaines de ses conclusions, pour ce qui a trait à l'application de l'électricité soit comme excitant général, soit comme moyen de pratiquer la respiration artificielle après l'intoxication chloroformique, ces conclusions me paraissant ou en contradiction avec l'expérimentation, ou une interprétation erronée des faits dont j'ai été témoin (1).

Le fait capital qui ressort du rapport de M. L. Lallemand, c'est la possibilité de rétablir les fonctions vitales suspendues par le chloroforme, même après que tous les mouvemens de la circulation sont abolis, en insufflant l'air atmosphérique dans les voies pulmonaires ou en produisant la respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques.

La commission a formulé très nettement ces faits dans les septième et huitième conclusions, mais elle a ajouté plus loin, dans le 2me paragraphe de ses conclusions générales : « Pour nous, la faradisation localisée des nerfs phréniques ne viendrait qu'en seconde ligne, car elle ne nous paraît pas douée d'une action aussi puissante que l'insufflation au moyen de laquelle on peut introduire l'air dans les poumons en aussi grande quantité et avec autant de force qu'il est nécessaire, et d'un autre côté, l'intoxication chloroformique peut contre-indiquer l'emploi de l'électricité à cause de l'épuisement de l'excitabilité nerveuse qui est susceptible de se produire alors sous l'influence de cet agent. »

Rien, dans les expériences que j'ai faites sous les yeux de la commission ne justifie une semblable assertion. Je ne crois pas non plus que la commission soit en droit de conclure de ses recherches que, dans aucun cas, l'électrisation générale ne peut être employée avec succès contre l'intoxication chloroformique. — C'est ce que je vais essayer de démontrer aussi brièvement que possible.

1° Est-il vrai que l'épuisement de l'excitabilité nerveuse soit susceptible de se produire sous l'influence du chloroforme, quand l'animal n'est pas mort ?

Les animaux chez lesquels on a suspendu les mouvemens respiratoires et dont le cœur bat encore, sont déjà dans une période très avancée de la chloroformisation, puisque, abandonnés dans cet état, ils meurent infailliblement. Je ne puis croire que la commission ait voulu dire que les animaux qui se trouvent dans ces conditions perdent leur excitabilité nerveuse sous l'influence de l'électrisation. Cependant, comme il pourrait rester quelques doutes dans les esprits, le rapport ne s'expliquant pas suffisamment à cet égard, je dois dire qu'une telle opinion serait en contradiction manifeste avec l'expérimentation. En effet, dans la seule expérience de la commission où l'électrisation générale ait été appliquée à un animal chloroformisé, chez lequel les mouvemens respiratoires étaient arrêtés et dont le cœur continuait de battre, l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles est restée parfaitement normale pendant tout le temps de l'opération.

Mais ce que la commission a formulé d'une manière absolue, c'est que l'électrisation épuise l'excitabilité nerveuse dès que le cœur a cessé de batre sous l'influence des inhalations de chloroforme. Je ne saurais trop m'élever contre une aussi grave assertion, qui ne s'appuie que sur une fausse interprétation de quelques expériences.

Chez plusieurs animaux chloroformisés dont le cœur ne battait plus, la faradisation a été pratiquée de manière à ne pas provoquer la respiration artificielle, et après dix à douze minutes de cette opération l'excitabilité nerveuse était épuisée. Ceci est parfaitement exact.

Mais voici, selon moi, la seule manière rationnelle d'interpréter ce phénomène : il est, on le sait, démontré par les expériences qui ont été faites par la commission que l'électrisation générale est impuissante contre l'intoxication chloroformique, après la suspension de la respiration et de la circulation. Or, l'animal chloroformisé qui se trouve dans de telles conditions et qui est soumis à ce mode d'électrisation reste sous l'influence de l'agent toxique qui ne tarde pas à le tuer. La preuve que les choses se passent ainsi, c'est que l'électrisation pratiquée de manière à produire la respiration artificielle (la faradisation des nerfs phréniques) non seulement n'épuise pas l'excitabilité nerveuse, mais aussi qu'elle rappelle l'animal à la vie. Eh bien ! c'est au moment où la mort a lieu

(1) Je crois qu'il importe aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE de savoir à quel titre et pourquoi j'interviens dans cette discussion. — Ceux qui ont pris connaissance du rapport de M. L. Lattemand savent que la commission, au nom de la Société médicale d'émulation, à laquelle je suis étranger, m'a fait l'honneur de m'inviter à m'adjoindre à elle pour étudier sur des animaux l'influence thérapeutique de l'électricité dans l'intoxication chloroformique. Lorsqu'il fut bien démontré que l'excitation électrique générale était impuissante dans les cas où le cœur avait cessé de battre, mon concours cessait d'être utite à la commission, dont j'avais rempli les intentions. — Cependant, ayant écrit dans mon mémoire *sur le diaphragme*, publié en 1853 dans l'UNION MÉDICALE, que la respiration artificielle produite par la faradisation des nerfs phréniques pouvait être appliquée avec succès à l'empoisonnement par le chloroforme, je désirais saisir l'occasion qui m'était offerte d'étudier la valeur de mon assertion, qui, jusqu'alors, n'était qu'une vue de l'esprit. Comme il fallait, avant tout, examiner s'il était vrai, ainsi que l'avait avancé M. Robert, que les nerfs ont perdu leur excitabilité électrique dans l'intoxication chloroformique, je priai la commission de me permettre de faire quelques expériences dans cette direction. Il ressortit bientôt de nos expériences que l'excitabilité électrique des nerfs ne diminuait pas d'une manière appréciable sous l'influence du chloroforme, et alors seulement je proposai de pratiquer immédiatement la respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques chez les animaux chloroformisés, dont le cœur avait cessé de battre. On comprend quelle dût être ma joie quand je vis réussir une opération dont j'avais entrevu le succès. — Ces courtes explications sur le rôle que j'ai joué dans le sein de la commission feront comprendre, j'espère, qu'il est de mon devoir de combattre des conclusions qui ne me semblent pas l'expression rigoureuse des expériences que j'ai provoquées et dont j'ai été témoin.

réellement à la suite de l'intoxication chloroformique, que l'excitabilité électrique des nerfs s'épuise rapidement. La seule conclusion qu'on puisse donc tirer de ce fait, c'est que l'excitabilité nerveuse s'épuise très vite *après la mort produite par l'intoxication chloroformique.*

Le chloroforme n'est pas le seul agent qui produise ce phénomène curieux *post mortem.* Ne sait-on pas, en effet, que chez l'animal foudroyé par le *curare*, l'excitabilité des centres nerveux des nerfs est immédiatement abolie? Les études musculaires auxquelles je me suis livré depuis plusieurs années sur les sujets qui viennent de succomber, m'ont permis de rechercher en même temps quelle est la durée de l'irritabilité musculaire après la mort. Eh bien! il ressort de ces recherches que la durée de l'excitabilité des nerfs et des muscles varie beaucoup suivant la nature de la maladie qui a causé la mort. Ainsi, tout en me réservant de traiter ailleurs cette question, je dirai que je suis en mesure de démontrer que s'il est vrai que l'excitabilité des nerfs et des muscles persiste longtemps chez l'homme qui passe rapidement de la vie à la mort (chez le supplicié, par exemple), cette irritabilité s'éteint au contraire rapidement chez l'homme qui a été épuisé par une maladie chronique. — La nature de la maladie a aussi une influence sur la durée plus ou moins longue de l'excitabilité nerveuse *post mortem.* — Je n'en citerai qu'un exemple récent: Une femme couchée au n° 7 de la salle Saint-Bernard (Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau), était au dixième jour d'une fièvre typhoïde grave, dont cependant il était permis d'espérer la guérison, lorsque, au moment de la visite du matin, elle tombe, sans cause connue, dans une syncope dont il est impossible de la faire revenir et qui est bientôt suivie de tous les signes de la mort. J'arrive dix minutes à peine après la syncope pour pratiquer la respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques. Mais l'excitabilité de ces nerfs est déjà tellement diminuée, que je n'obtiens qu'une seule et faible inspiration, après laquelle ces nerfs ne paraissent plus irritables. Le plexus brachial excité provoque une très faible contraction dans les muscles du bras, puis, en quelques secondes, la faradisation a épuisé toute excitabilité nerveuse. Je constate également que l'irritabilité musculaire est diminuée et qu'elle s'affaiblit sous l'influence du courant à intermittences rapides.

Ce fait, à côté duquel j'en pourrais placer d'autres analogues, démontre que l'excitabilité nerveuse s'épuise rapidement après la mort occasionnée par certaines maladies, comme elle s'épuise plus rapidement encore après la mort due à l'intoxication chloroformique.

On pourrait supposer que chez les sujets dont l'excitabilité nerveuse s'éteint si vite après la mort, l'électrisation, pratiquée quelques instans avant que la vie les ait abandonnés, épuise cette même excitabilité, et éteigne par conséquent le peu de forces vitales qui leur restent.

L'expérience m'a démontré le contraire. En effet, sur plusieurs sujets agonisans et atteints d'affections chroniques, chez lesquels se montraient les phénomènes d'asphyxie qui précèdent la mort, j'ai pratiqué la faradisation des nerfs phréniques pendant huit à dix minutes, dans l'espoir de prolonger leur existence, sans remarquer que leur excitabilité nerveuse eût diminuée d'une manière appréciable. Une fois cependant j'ai constaté chez l'un d'eux qu'elle était considérablement affaiblie quelques minutes après la mort. C'est que, dans ces cas, comme dans les faits d'intoxication chloroformique qui ont donné lieu à cette discussion, il faut que la source de la vie soit tarie avant que l'excitabilité nerveuse puisse être épuisée par l'électrisation.

2° On lit dans la dixième conclusion du rapport: L'électricité, employée comme excitant général du système nerveux, est impuissante contre l'intoxication chloroformique.

Si la commission a voulu seulement faire allusion aux cas dans lesquels les vapeurs de chloroforme ont suspendu et les mouvemens de la respiration et les battemens du cœur, cette conclusion est en parfait accord avec l'expérimentation, comme on peut s'en convaincre en prenant connaissance des faits exposés dans le rapport.

Mais la commission ne serait nullement fondée à dire que cette même excitation (l'électrisation générale) ne peut rappeler à la vie un animal dont la respiration a été suspendue par l'inhalation du chloroforme et dont le cœur continue de battre (conditions dans lesquelles cet animal doit périr infailliblement, si l'art n'intervient pas). Une seule fois, en effet, l'électrisation générale a été appliquée à un chien chloroformisé au moment où il avait cessé de respirer et dont le cœur battait encore. — Voici, en résumé, cette expérience. Je fis passer, de la gueule au rectum, un courant à intermittences rapides de mon appareil d'induction, à un degré d'intensité modéré et de manière à laisser un temps de repos d'une seconde après toutes les deux ou trois secondes d'excitation. A chaque passage du courant, les muscles se contractaient énergiquement, principalement ceux de la colonne vertébrale et des membres; les matières stercorales étaient repoussées au-dehors. Après deux minutes de cette électrisation, l'animal respira spontanément et fut rappelé à la vie. — C'est bien l'excitation générale électrique qui, dans cette expérience, a sauvé l'animal menacé de périr par l'intoxication chloroformique, car ce mode d'électrisation ne peut produire la respiration artificielle. On voyait, pendant cette opération, que j'avais déjà faite antérieurement sur des chiens et des chevaux, le tronc et les membres agités de secousses générales, comme tétaniques, pendant le passage du courant; mais jamais on n'entendait entrer l'air dans les poumons. Je ferai remarquer, d'ailleurs, que si ce mode d'électrisation faisait réellement respirer l'animal, il n'aurait pas échoué dans les cas où le cœur avait cessé de battre, cas dans lesquels la respiration artificielle, par la faradisation des nerfs phréniques, a triomphé. L'expérience précédente n'est que la confirmation des faits rapportés par M. Jobert, et desquels il ressort, de la manière la plus évidente, que l'électrisation générale peut rappeler à la vie des animaux dont la respiration est suspendue par l'intoxication chloroformique, pourvu que les battemens du cœur soient encore perçus (1).

Est-il besoin d'ajouter que la respiration par la faradisation des nerfs phréniques est, dans tous les cas, préférable à l'électrisation générale, puisqu'elle est applicable à tous les degrés d'intoxication chloroformique?

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Ces faits sont exposés dans un mémoire intitulé: *De l'influence de l'excitabilité dans les accidens chloroformiques* (voir l'UNION MÉDICALE, page 413, année 1853). Il serait injuste de nier la valeur de ce travail parce que M. Jobert aurait commis une erreur matérielle en écrivant, dans la relation d'une observation, que, chez un animal chloroformisé et qui a été rappelé à la vie par l'excitation électrique générale, le cœur avait cessé de battre avant la disparition des mouvemens respiratoires. Il est, en effet, facile de constater qu'il n'y a là qu'une erreur de rédaction; car cet habile expérimentateur en a conclu que l'électrisation peut rappeler à la vie un animal dont la respiration seule est suspendue, et cela après avoir démontré précédemment que, chez l'animal dont le cœur a cessé de battre, la mort est instantanée et l'électrisation impuissante.

MÉDECINE LÉGALE.

MANOEUVRES EXERCÉES SUR LE SCROTUM DE JEUNES ENFANS; INFIRMITÉS SUBSÉQUENTES.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

La compression violente des testicules et du cordon spermatique produit toujours sur ces parties des lésions graves accompagnées de douleurs aiguës.

La violence extérieure peut n'être pas assez forte pour produire une phlogose aiguë, et cependant être assez notable pour amener successivement un état sub-irritatif et irritatif du cordon spermatique, et par suite, la diminution du volume des testicules.

La compression peut donc être la cause occasionnelle, et l'irritation la cause efficiente d'une altération grave des parties génitales.

La répétition d'une violence, même modérée, peut conduire aux mêmes résultats qu'une violence intense.

D'après cela, les médecins experts se croient autorisés à poser les conclusions suivantes:

1° Les affections des hernies des n°s 11 et 12 ne reconnaissent pas pour cause des violences extérieures; elles dépendent des causes ordinaires qui font sortir les viscères de leurs ouvertures naturelles.

2° La diminution de volume des testicules, leur atrophie, l'absence absolue de l'un d'eux (chez le n° 1), malgré la persistance du cordon spermatique, doivent se rapporter à un état irritatif dépendant de la meurtrissure du cordon spermatique.

Cette irritation et cette compression sont les conséquences directes des manœuvres faites avec la main.

3° A cette irritation doit aussi se référer la rétraction des testicules vers l'anneau inguinal, observée sur plusieurs enfans.

4° Il est impossible de déterminer de quelle époque datent ces diverses lésions.

5° Quelles qu'elles soient, ces lésions ne peuvent pas faire admettre l'impuissance ultérieure de ces jeunes garçons; chez les uns, il existe un second testicule, et les monorchides peuvent engendrer; chez les autres, la diminution du testicule n'est pas assez considérable pour faire craindre une atrophie complète de l'organe, et partant une stérilité absolue.

Sur ces données le parquet établit en ces termes l'acte d'accusation:

Louis P... est accusé d'avoir, par des attouchemens impudiques et des manœuvres criminelles, exercées sur le scrotum d'un grand nombre de jeunes enfans, occasionné chez plusieurs d'entre eux une altération des testicules assez grave pour leur ôter la faculté de séparer du sperme, et placer ces malheureuses créatures dans l'impossibilité de procréer comme si elles avaient subi la castration ou la semi-castration.

Occupons-nous actuellement de la consultation médico-légale des professeurs de Pise.

Ils commencent par établir avec M. Ferrus une distinction fondamentale entre l'atrophie d'un organe et la diminution de son volume.

Un organe atrophié ne peut plus revenir à ses dimensions naturelles, à sa forme, ses apparences, ses fonctions premières.

Un organe diminué de volume peut reprendre plus tard son état primitif, parce qu'il n'y a pas chez lui une lésion d'agrégation et de composition, c'est-à-dire une altération des élémens anatomiques et essentiels qui le composent.

Les testicules des enfans étaient plus petits, mais non atrophiés; la preuve en est que les médecins experts ne les ont pas considérés comme impropres à la génération;

Qu'ils ont reconnu que, chez quelques-uns, la diminution de volume n'était pas de nature à faire craindre l'atrophie;

Qu'ils ont admis que souvent, chez les enfans, les testicules sont très petits, et ne prennent leur développement normal qu'à l'âge de la puberté.

L'autorité des anatomistes les plus distingués, Huschke, Camper, Malgaigne, Astley Cooper, Cruveilhier, Gorgone, Uccelli, Marjolin, Sabatier, Boyer, Bayle, Bégin, J. Cloquet, Turling, établit:

1° Que dans l'enfance il est facile de trouver les testicules naturellement plus petits;

2° Qu'il n'est pas rare de voir l'un des deux testicules seulement descendu dans le scrotum.

En principe, la compression peut amener l'atrophie d'un organe, mais pour cela elle doit être ou instantanée et violente, ou très lente et continue.

Or, aucune de ces deux conditions ne se retrouve dans les manœuvres pratiquées par l'accusé.

Il n'y a pas eu de compression brusque, puisqu'à l'époque des attouchemens les enfans ne se sont pas plaints de douleurs (douleurs de nature à ne pouvoir être dissimulées), et que quelques-uns, au contraire, ont éprouvé du plaisir.

La compression lente et continue ne peut pas être raisonnablement invoquée:

1° Chez la plupart, des rapports avec Louis P... n'ont eu qu'une durée très limitée.

2° Sabatino S... (n° 3), qui présentait la lésion la plus grave n'en avait eu aucun.

3° La nature et l'importance des altérations n'étaient pas en raison directe de la cause présumée.

4° Dix-sept enfans n'ont offert aucune anomalie.

Pour la défense, admettre un état sub-irritatif du cordon spermatique, portant une atrophie de la glande, c'est admettre une hypothèse, et les hypothèses n'ont aucune valeur en médecine légale.

En donnant des développemens à ces idées, les professeurs Burci et Centofanti ont présenté à la Cour les conclusions suivantes:

1° La diminution de volume des testicules, chez les enfans, doit être considérée comme une conformation naturelle chez eux.

2° Il est très présumable que, chez Ange Z... (n° 1), le testicule gauche n'était pas encore descendu dans le scrotum.

3° La contraction du muscle crémaster partant, la rétraction du testicule à la région inguinale doit reconnaître pour cause efficiente l'impression brusque et instantanée du froid sur le scrotum.

4° La main de Louis P... n'a eu aucune influence sur les lésions organiques qui ont été constatées sur les enfans soumis à l'examen des médecins experts (du n° 1 au n° 13).

Ici finit notre rôle d'historien. Sans avoir la prétention d'imposer notre opinion personnelle, nous sommes enclins à admettre les conclusions de la défense médico-légale.

Les médecins experts nous paraissent avoir exagéré l'influence des manœuvres pratiquées par Louis P... Cette irritation du muscle crémaster, cette diminution de volume, voire même d'atrophie des testicules, par suite d'un travail sub-irritatif, constituent pour nous aussi une hypothèse; toutefois, nous ne pouvons pas nous empêcher d'avouer qu'il est bien extraordinaire de trouver sur un nombre aussi considérable d'enfans des lésions importantes des organes génitaux.

Initiés par Louis P..., ces enfans, livrés à eux-mêmes, ne se seraient-ils pas adonnés sans ménagemens à des manœuvres nuisibles à leur santé?

Dans la consultation médico-légale des professeurs Centofanti et Burci, nous ne comprenons pas bien sur quelles données ils ont pu admettre comme cause efficiente des lésions, l'impression brusque et instantanée du froid.

Quoi qu'il en soit, en livrant ces faits à la publicité, nous serions heureux, comme nous l'avons dit plus haut, de provoquer les appréciations et avis de ceux de nos confrères plus familiarisés avec les études de médecine légale.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Mars 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend:

Un mémoire sur l'opium indigène, publié par M. DESCHARMES, chancelier de l'Académie d'Amiens. (M. Bouchardat, rapporteur.)

— Une série de rapports sur les maladies qui ont régné épidémiquement en 1854 dans les départemens des Deux-Sèvres, de Tarn-et-Garonne, de l'Oise, des Vosges.

— Un rapport de M. DUTEIL, sur une épidémie de variole observée dans l'arrondissement de Saint-Lô.

(Commission des épidémies.)

— Un mémoire du docteur BIZOT, chirurgien-adjoint à l'hospice d'Évreux (Eure), sur la morve chronique, et la transmission de cette maladie du cheval à l'homme. (Comm. MM. Rayer et Renault.)

— La recette d'un remède que M. POIRIER considère comme propre à guérir promptement les blessures de toutes sortes et pour arrêter les hémorrhagies.

— La recette d'une préparation à laquelle M. HOFFMANN, vice-président de l'hospice de Saverne, attribue la vertu de préserver du choléra.

(Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle comprend:

Une lettre du docteur Casimiro DOMINGO, secrétaire de l'Institut médical de Valence, qui fait connaître la composition du nouveau bureau de cette Société, et exprime le désir de voir des relations s'établir entre elle et l'Académie.

— Une note du docteur X. DELORE, sur trois opérations de lithotritie pratiquées par M. Barrier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à l'aide du brise-pierre pulvérisateur de M. Guillon.

— Une communication du docteur THIL, sur un moyen de détruire l'amertume du sel de Sedlitz, sans modifier en rien les propriétés purgatives de ce composé. Ce moyen consiste à ajouter à ce sel dissous une suffisante quantité d'eau acidule gazeuse. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Une lettre du docteur RENAUD, d'Alençon, accompagnée d'un relevé des vaccinations pratiquées par ce médecin depuis 1825 jusqu'à 1855; ces opérations sont au nombre de 60,203.

— Un lettre d'un sieur KAUFFMANN, de Berlin, où se trouve exprimée cette idée que si les pertes séminales nocturnes ont jusqu'à présent été rebelles à toutes les médications, c'est que les malades couchaient dans des draps de coton; on obtiendrait la guérison de cette infirmité en leur prescrivant de coucher entre deux couvertures de laine.

A l'occasion du procès-verbal, M. CHEVALLIER et quelques autres membres demandent qu'une commission soit nommée pour examiner les motifs de la démission de M. Pâtissier, trésorier de l'Académie, et qu'en attendant le travail de cette commission, M. Pâtissier soit maintenu dans ses fonctions.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée. Les membres de la commission seront désignés par le bureau de l'Académie.

M. BOUCHARDAT lit un rapport sur une série de remèdes secrets proposés contre la rage, il les divise en deux catégories ; dans la première, figurent toutes les préparations qui ont pour base l'écaille d'huître additionnée de diverses substances aromatiques stimulantes ou inertes, dans la seconde, sont comprises toutes les recettes dans lesquelles entre la poudre de cantharides mélangée à diverses autres substances. Après avoir démontré que la plupart de ces formules ne sont que des répétitions ou des modifications de celles indiquées dans divers auteurs, le rapporteur conclut qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux demandes d'exploitation et de débit adressées au ministre par les personnes qui se croient les inventeurs de ces remèdes.

M. RENAULT remarque que, souvent, les personnes sont de bonne foi en préconisant leurs prétendus spécifiques et que, pour croire à leur efficacité, ils se fondent seulement sur une erreur d'observation. En effet, parmi les individus mordus par les chiens enragés, il en est un grand nombre qui ne contractent pas la rage, et trop souvent on attribue aux vertus d'un médicament l'immunité qui tient à des conditions très variées. Comme exemple de conviction sincère, M. Renault raconte qu'il a vu un vieillard, possesseur d'une de ces panacées, se précipiter bravement vers la cage d'un chien atteint d'une rage des plus caractérisées, et qu'ayant été empêché, non sans peine, d'exécuter ce funeste dessein, qui faillit lui coûter la vie, cet homme ordonna à son propre fils de se faire mordre par le même animal afin qu'on pût expérimenter sur lui l'efficacité du remède. C'est là un acte qui dénote une conviction profonde poussée jusqu'au fanatisme.

L'honorable membre ajoute : La bave de ce chien fut inoculée à trois moutons, à deux chiens et à deux chevaux ; à l'un des moutons, à l'un des chiens et aux deux chevaux, on donna le remède réputé spécifique contre la rage. Eh bien, la maladie éclata précisément chez les animaux qu'on avait soumis à cette médication, tandis que le chien et le mouton, qui étaient restés sans traitement, ne la contractèrent pas. A quelle conclusion erronée n'eût-on pas été conduit si le hasard avait voulu que le contraire arrivât !

— L'ordre du jour rappelle la discussion sur le travail de M. Piorry. M. Gerdy a la parole.

M. GERDY : La discussion actuelle, partie d'un point de détail, le traitement de la variole, s'est élargie au point qu'elle roule actuellement sur la partie la plus philosophique et la plus élevée de la médecine. C'est peut-être le premier débat de ce genre auquel l'Académie assiste. Malheureusement, sur des questions de ce genre, il est difficile de se mettre d'accord. La principale raison en est que peu de personnes en font l'objet habituel de leurs méditations, qu'il en est peu qui y aient suffisamment réfléchi. Quant à moi, depuis vingt-cinq à trente ans, je n'ai cessé de m'en occuper ; ce que je vais dire est donc le fruit d'une longue étude et non une argumentation improvisée.

Le premier point à élucider est celui-ci : Qu'est-ce que la maladie ? Il serait inutile de reproduire ici les définitions, variées à l'infini, que l'on trouve dans les auteurs.

Mais je dois m'arrêter un instant à l'opinion d'un médecin qui prétend n'admettre que des hommes malades, des organes malades, et nier l'existence d'une maladie.

Dans cette manière de voir, la maladie n'ayant pas d'existence distincte en dehors des organes, ne saurait être considérée comme une réalité, comme un *être*. C'est là, évidemment, un mauvais raisonnement, un raisonnement erroné. Il est des abstractions qui offrent le plus haut degré de réalité possible. Est-ce que la couleur existe indépendamment des corps? Et l'élasticité, la consistance, le poids ne sont elles pas autant de propriétés *expérimentales*, autant d'entités parfaitement claires pour notre esprit ? Il est absurde de croire que les idées métaphysiques sont vagues, obscures, insaisissables et que les entités physiques offrent à l'esprit une image plus précise. C'est le contraire qui est vrai. Prenons pour exemple cette entité, Paris : pour la concevoir physiquement, il faut déterminer, d'une manière exacte, son étendue, le nombre, la grandeur, les proportions de ses édifices, connaître ses habitans, leurs vices, leurs vertus, tout cela serait indispensable, pour que ce mot *Paris* représentât pour chacun une idée physique ; ce n'est pas une idée de ce genre qu'elle fait naître dans notre esprit, car, pour l'acquérir, il faudrait une étude de plusieurs années, d'une vie entière.

Il est donc faux de dire que tout ce qui est métaphysique est vague, que ce qui est physique est clair et précis. En conséquence, il est inutile de discuter plus longtemps sur la réalité d'une maladie qui *est*, incontestablement, bien que son existence ne soit pas distincte de celle des organes.

Pour moi, la maladie est un *état des êtres vivans, pénible ou au moins dangereux, qui trouble les fonctions et qui dure au moins quelques heures.*

Je dis *pénible ou au moins dangereux*, parce que de cette façon j'éloigne de la définition la *lésion*, que beaucoup d'autres ont eu le tort d'y faire entrer. Une anomalie est une lésion, et cependant personne ne considère comme des maladies les variétés si nombreuses d'origine et de division des artères et des nerfs, les transpositions des viscères, etc., etc. Par contre, une hernie est une maladie, parce que celui qui en est atteint est exposé aux accidens de l'étranglement ; si les intestins pouvaient impunément séjourner dans le scrotum, ce ne serait rien qu'une lésion, ce ne serait pas une maladie.

De même, il faut que cet état, cette manière d'être dure un certain temps, sans quoi il n'y a pas de maladie, mais indisposition passagère.

J'ai dit tout à l'heure ce qu'était un *être*; j'ai dit qu'il y avait des êtres physiques et des êtres métaphysiques. Maintenant qu'est-ce qu'*un fait ?* C'est tout ce qui *est, a été ou sera*. La mort de César est un fait; un autre fait est que demain la terre ne sera pas dépeuplée. La plupart des faits sont métaphysiques; les faits physiques forment la minorité de ceux que nous connaissons.

Je continue à décrire les caractères de la maladie. Elle est essentielle ou symptomatique, c'est-à-dire ou elle existe par elle-même, ou elle se rattache à une autre maladie, soit comme symptôme, comme accident ou comme conséquence. Existe-t-il des maladies essentielles ? La doctrine de Broussais, que l'on peut, je crois, regarder comme bien morte aujourd'hui, cette doctrine niait les maladies et surtout les fièvres essentielles. Broussais, qui se disait métaphysicien, avait imaginé de ridiculiser les partisans des maladies essentielles, en disant que, pour eux, la maladie était une sorte de personnage vivant, caché derrière un rideau, un poignard à la main. C'est là une plaisanterie. Le fait est que Broussais niait les maladies diathésiques, c'est-à-dire la plus grande partie de ce qui constitue réellement la médecine. Remarquons, pour le décharger de la responsabilité d'une erreur aussi immense, que ses prédécesseurs ne les connaissaient pas mieux que lui, et que si l'on trouve dans Pinel, par exemple, le nom de la scrofule ou du scorbut, c'est, çà et là, comme par hasard. A quoi tient cette vaste lacune dans tous les traités de pathologie de cette époque ? Serait-ce au peu d'importance du sujet ? Non certes, car la classe des maladies essentielles comprend non seulement toutes les affections locales, inflammatoires, abcès, etc., mais encore les diathèses syphilitiques, scorbutiques, purulentes, gangréneuses, et celle qui engendre une multitude de lipômes chez le même individu, et celle qui fait naître de toutes parts les tumeurs fibro-plastiques, les cancers, et une infinité d'autres encore.

Embarrassés par ce grand nombre de maladies diathésales, les *hémiticiens* d'aujourd'hui ont tenté de les placer dans le sang. Pour moi, je ne conçois pas que l'on regarde comme doué de vie un liquide, un ensemble de molécules qui ne sont rattachées les unes aux autres par aucun lien, une foule qui se meut et s'agite à chaque coup de piston que donne le cœur. Je ne comprends pas mieux la vie dans le sang que dans les courans d'air déterminés par des différences de température.

Si l'on n'admet pas que le sang puisse être malade, du moins il est altéré, dit-on. Sans doute, on constate souvent cette altération, elle est quelquefois visible. Mais rien ne prouve qu'elle soit le point de départ, la cause des troubles observés, qu'elle n'ait pas été produite par une autre cause antérieure, ni même qu'elle soit morbide. Car enfin, si un malade avait le nez trop grand, il ne s'ensuivait pas que ce grand nez est le fond de la maladie. (On rit.) Tantôt le sang serait trop abondant, tantôt il n'y en aurait pas assez ; mais comme la quantité du sang nécessaire au maintien de la santé n'est pas connue et ne saurait être la même pour tous les individus, vous voyez bien qu'il n'y a là aucune base d'observation ; et qu'avec toutes leurs prétentions à évaluer mathématiquement les quantités de sang, les *humoriens* d'aujourd'hui ne nous avancent pas plus que les humoristes d'autrefois.

Il y a mieux, c'est qu'évidemment le sang n'a pas sur l'économie une influence aussi grande qu'on veut bien le dire. C'est ce qui frappe quand on songe à ces gens qui avalent des litres d'alcool, des dizaines de bouteilles de vin, qui mangent les alimens les plus excitans assaisonnés des condimens les plus âcres ; ou encore à ces individus qui ingurgitent des drogues de toute espèce à des doses quelquefois incroyables, — le tout sans que les forces, l'intelligence, ni même le sommeil en soient troublés. Tous ces courans se jettent dans l'océan du sang, comme autant de rivières qui ne fécondent pas les terres qu'elles parcourent. Bien souvent, en réfléchissant à cette organisation si bien faite pour résister à tant d'influences, y compris celle des drogues susdites, j'ai admiré et j'ai dit que celui qui l'a créée s'y était singulièrement bien pris.

Autre caractère des maladies : elles sont simples ou complexes. Les maladies simples sont l'exception; il est bien rare, en effet, d'en voir où une seule propriété vitale soit lésée, où un seul point de l'économie soit frappé. Pour les maladies complexes qui forment la majorité, c'est faire preuve d'un grand défaut de critique, et c'est ignorer la métaphysique médicale que d'essayer de les décomposer en refusant à cet ensemble un nom commun.

On a dit : les maladies sont si variées, elles diffèrent tant d'un individu à un autre qu'il est impossible de leur imposer un nom *générique*. Remarquons d'abord que dans tous les coins de la terre tous les hommes instruits s'entendent parfaitement sur ce qu'il faut désigner par ces noms : scrofule, inflammation, névrose ; ce sont autant d'êtres abstraits, mais réels. Si l'on ne tenait compte que de ce fait, qu'il n'est pas deux arbres tout à fait pareils, on ne devrait pas admettre l'existence des arbres (et il est des botanistes qui ont, en effet, supprimé ce nom, je le sais). Mais le premier principe de toute nomenclature et le plus fondamental est celui-ci : les noms génériques servent à exprimer les *ressemblances*, pour caractériser les *différences* on crée des noms spéciaux. Si vous vous écartez de ce principe, vous essayez de détruire l'intelligence. (Heureusement que vous n'y parviendrez pas, car l'intelligence s'exerce suivant des lois à elle, sous l'impulsion d'instincts trop puissans pour qu'on puisse les combattre.) Voyez comment l'enfant procède : ce nom de *papa*, par lequel il désigne son père, — et si on ne le lui apprenait pas, soyez sûr qu'il en créerait un autre, — ce nom, il le donne souvent à tout autre homme, — quelquefois avec raison peut-être (on rit), jusqu'à ce qu'il ait appris à distinguer les différens individus de la même espèce à leur physionomie particulière. Les peuples les plus sauvages possèdent dans leur langue des noms pour appeler les individus, un autre pour désigner la tribu ou la société à laquelle il appartient, un autre encore qui s'applique à l'humanité entière.

On voit par là que les langues, même les plus imparfaites, même celle de l'enfant et du sauvage, sont de véritables classifications. A plus forte raison, les classifications sont-elles indispensables dans les sciences.

Pour faire une bonne nomenclature, il faut d'abord connaître aussi exactement que possible la chose que l'on veut dénommer, sans quoi la dénomination sera mauvaise et ne pourra rester longtemps dans la langue ; il faut, aujourd'hui, que cette dénomination repose sur la nature de l'objet qu'elle sert à désigner, c'est-à-dire sur l'ensemble de ses qualités, sur sa manière d'être.

Une difficulté se présente ici. D'où faut-il tirer les noms dont une science a besoin, et la médecine en particulier ? On pourrait laisser au hasard d'accoupler des consonnes et des voyelles dans un ordre quelconque. Mais, habituellement, on emprunte ces noms à une langue étrangère, et il faut avouer que la principale raison de ce choix est le pédantisme des auteurs.

(L'orateur cherche à montrer que le grec a fourni à l'histoire naturelle et aux autres sciences beaucoup de mots très durs, ceux en *ique* et en *iens*, par exemple ; que le latin s'approprie mieux au génie de la langue française, et il conclut que si l'on ne peut puiser les noms aux sources de la langue maternelle, c'est au latin qu'il faut donner la préférence.)

Un dernier caractère des maladies consiste dans les symptômes et les lésions. Le broussainisme ne voulait pas que les uns pussent exister sans les autres. Mais en quoi, je le demande, la lésion éclaire-t-elle mieux l'esprit que le symptôme? Vous voyez de la rougeur dans l'intestin, vous voilà satisfait. Mais que vous apprend cette rougeur ? Rien absolument. A cette époque-là on voyait partout des rougeurs; mais desséchant les membranes ainsi altérées, ce qui permettait de les conserver indéfiniment, il a été facile de démontrer qu'un intestin prétendu malade ne différait nullement d'un autre qui était sain. J'en dirai autant des ulcérations intestinales chez les individus atteints de fièvre grave : tantôt elles existent, tantôt elles sont absentes, et il n'y a nulle proportion entre leur étendue et leur multiplicité et la bénignité ou la malignité, la rapidité ou la lenteur du symptôme. Bien plus, beaucoup de malades succombent au moment où toutes les ulcérations sont guéries. Les symptômes ne découlent donc pas ici des lésions; les uns et les autres sont des phénomènes diathésaux, dérivant d'une même cause générale.

Les symptômes considérés dans les maladies sont de divers ordres: 1° *locaux; 2° de voisinage*, comme un engorgement ganglionnaire coïncidant avec une plaie du pied, etc.; 3° *sympathiques*, liés aux symptômes locaux comme l'ombre l'est aux corps, les accompagnant dans leur accroissement, leur décroissement, mais ne s'y rattachant par aucune continuité ni contiguïté matérielles; 4° *diathésaux*, c'est-à-dire résultant d'une disposition morbide générale, et, enfin, 5° *conséquens*, c'est-à-dire entraînés à la longue par la persistance de la maladie, exemple : l'amaigrissement.

Les altérations matérielles sont si peu le point de départ des symptômes, que bien souvent elles se développent consécutivement à quelque changement dans les propriétés vitales. Ainsi, les hypertrophies, les atrophies ne surviennent que par suite d'une perturbation de la propriété ou faculté des organes de se nourrir et de s'accroître, et c'est avec raison que M. Andral admet dans son *Anatomie pathologique* une classe de maladies par altération de nutrition. C'est aussi ce qui a lieu pour les monstruosités, pour les fausses membranes, etc. Presque toujours les lésions sont précédées d'un trouble phénoménal et fonctionnel. Sous ce rapport les maladies forment deux classes; les unes sont le résultat d'une violence extérieure, et ici c'est par la lésion que le mal débute ; les autres sont, à leur origine, constituées par des altérations fonctionnelles, et, dans ce cas, la lésion est consécutive.

(*La fin au prochain numéro.*)

PRESSE MÉDICALE.

SANG DES CHOLÉRIQUES (*Observations sur le*). — M. SCHMIDT, de Dorpas, avait essayé de démontrer la présence d'un ferment spécifique dans ce sang, en y ajoutant différens corps décomposables, procédé déjà indiqué par M. Claude Bernard. L'addition d'amygdaline développa l'odeur caractéristique d'acide prussique, et l'expérimentateur en conclut la présence, dans ce sang, d'une substance analogue à l'émulsine. Dans la dernière épidémie de Munich, M. Thiersch trouva qu'en outre la même réaction se produisait avec les déjections alvines et différens organes des cholériques. Voyant, d'ailleurs, la formation facile de champignons sur ces déjections, il en conclut que des champignons devaient être les porteurs du miasme cholérique qui se dégage des selles. Le professeur Virchow, de Wurtzhourg, indique, dans une lettre adressée au professeur Schonlein, que les cholériques ne sont pas les seuls à décomposer l'amygdaline. Dans une épidémie de typhus (fièvre typhoïde ?), son aide, M. Grohe, démontra la même réaction avec le sang, le contenu du tube digestif et l'extrait de la rate de ces malades. Même résultat avec le sang d'une femme morte d'un goître carcinomateux, d'une femme morte hydropique à la suite d'une bronchite chronique et le sang extrait d'un céphalæmatome datant de six semaines, chez un enfant. Il fallait, comme pour les cholériques, de quatre à seize heures pour produire la réaction. La décomposition de l'amygdaline ne peut donc être regardée comme spéciale au choléra ou au typhus, quoique l'on ne puisse non plus revendiquer cette propriété à toute matière animale en décomposition ; car les mucosités purulentes bronchiques et le liquide dans lequel on avait fait macérer des reins de nouveau-nés, ne l'avaient pas. Il est clair qu'un corps qui se rencontre si souvent, ne peut être le centre spécifique d'une seule maladie. Du reste, il s'agit encore de savoir s'il existe un corps analogue à l'émulsine, ou si ce n'est pas un mouvement chronique, qui est capable d'ébranler la composition moléculaire de l'amygdaline, comme il dédouble d'autres substances. Cette dernière supposition devient plus probable, depuis que Kletzinsky a montré que les albuminates des cholériques décomposaient de la même manière l'urée, le sucre, l'acide tannique, le malate de chaux. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 4.)

Dans le numéro suivant, le docteur Zimmermann, de Hamm. indique une réaction particulière de l'hématosine des cholériques. Du sang, pris dans la période algide, se coagula ; le cruor desséché, traité à froid par l'alcool, céda à celui-ci une énorme quantité d'hématosine, chose qui n'arrive qu'avec l'alcool, chauffé ou additionné d'acide sulfurique. L'eau précipita une grande quantité de cette matière colorante, qui, recueillie sur un filtre, soigneusement lavée et desséchée, constituait une poudre d'un brun clair ayant une saveur amère décidée. Du sang d'autres maladies et le sang du même malade, dans la période de réaction, n'avait plus ces qualités. L'auteur a étudié l'action de différens agens sur cette hématosine, mais n'ayant plus eu depuis l'occasion de répéter ces expériences, il ne peut en tirer de conclusions certaines.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 38. NEUVIÈME ANNÉE. Samedi 31 Mars 1855.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue Saint-Georges, n° 12, A PARIS. On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris. ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT : Pour Paris et les Départemens, 1 An.............. 32 Fr. 6 Mois............ 17 3 Mois............ 9 — Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue St-Georges, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 MARS 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Si nous n'avons à signaler aucune communication de médecine proprement dite, quelques autres travaux sur des sciences afférentes à notre science ne doivent pas passer inaperçus de nos lecteurs.

Un mémoire de chimie organique de M. Pelouze, *sur la saponification des huiles sous l'influence des matières qui les accompagnent dans les graines*, présente quelques résultats dont la pharmacie et la thérapeutique doivent tenir compte. Ainsi, M. Pelouze a constaté que la farine de lin, selon qu'elle est récente ou vieille, est neutre ou acide. Il en conclut qu'elle ne doit pas agir de la même manière comme médicament, ce que l'expérience, en effet, a depuis longtemps démontré. Un lait d'amandes qui vient d'être fait, contient de l'huile d'amandes douces neutre; dès le lendemain, cette huile a déjà subi un commencement d'acidification. Les meilleures huiles comestibles sont celles dont l'extraction a été faite immédiatement après le broyage de la graine.

Un jeune géologue, M. Gaston Planté, a trouvé un petit os, au Bas-Meudon, dans de l'argile. Ce petit os cause une assez vive sensation. Il renouvelle, en effet, le curieux et admirable travail d'induction qui a immortalisé le nom de Cuvier. Avec cet os, même mutilé, un habile anatomiste a reconstruit un animal, un oiseau gigantesque, dont le volume et le poids approchaient peut-être de ceux d'un cheval, qui nageait probablement comme un cygne et jouissait en même temps de pouvoir rester debout sur le sol, même pendant son sommeil, le corps porté sur une seule jambe tendue, comme le font les cigognes et plusieurs échassiers.

A l'occasion de cette découverte, un savant géologue, M. Constant Prevost, a lu une note dont nous citerons quelques extraits :

« L'intérêt est, à juste titre, excité par la découverte d'un grand oiseau fossile, qui aurait vécu lorsque l'emplacement occupé aujourd'hui par la ville de Paris était profondément submergé; avant l'époque même où se déposaient dans la mer les assises nombreuses de pierre à bâtir dont sont construites nos habitations et nos monumens; bien antérieurement, par conséquent, à la formation du gypse de Montmartre et de la plupart des collines de nos environs, matière si précieuse pour les constructeurs et devenue si célèbre pour les naturalistes du monde entier par le grand nombre de débris d'animaux fossiles terrestres et fluviatiles, tous jusque-là inconnus et dont la restitution est due aux immortels travaux de Cuvier; pierre à plâtre qui elle-même est recouverte par les marnes à huîtres et par les grès marins que surmontent encore les meulières caverneuses dont les caractères minéralogiques et paléontologiques attestent qu'elles ont été produites par des sources thermales et silicifères, sourdant du fond de marécages peu profonds.

» En effet, combien de temps s'est-il écoulé depuis l'instant qui a vu enfouir le cadavre de cet être dont l'existence nous est révélée aujourd'hui par le fragment d'un seul os.....

» Que serait-ce pour l'imagination si elle s'emparait de cet autre fait que, dans nos bancs de pierre à bâtir, les naturalistes, sur près de deux mille espèces de mollusques marins dont ils ont constaté la présence, n'en ont pas trouvé cinquante qui fussent identiques avec celles des mers actuelles; tandis que dans les dépôts marins, évidemment plus nouveaux que nos meulières de Paris et qui remplissent les bassins de la Loire, de l'Aquitaine, du Rhône, qui forment en partie les rivages et les îles de la Méditerranée, qui constituent les collines subapennines, les montagnes subhymalayennes, qui se voient dans l'Amérique du Sud et dans le nord des deux mondes, les mêmes naturalistes rencontrent dans les plus récentes assises placées souvent à des élévations de plusieurs centaines de mètres au-dessus du niveau des mers, jusqu'à 80 pour 100 d'espèces semblables à celles qui vivent encore ?

» M. Constant Prevost prend occasion du fait nouveau qui vient d'être introduit dans la science pour jeter un coup d'œil rapide sur la répartition et les circonstances de gisement des débris et vestiges d'oiseaux conservés dans le sol à diverses époques, depuis les empreintes de pas signalées dans les grès rouges du trias supérieur du Massachussets, jusqu'aux ossemens et œufs recueillis dans les dépôts les plus modernes, à la Nouvelle-Zélande et à Madagascar, et il cherche à déduire des observations constatées quelques conséquences relativement à la valeur des caractères fournis par les fossiles pour classer et distinguer soit les formations, soit les terrains, et à l'insuffisance des documens que les vestiges de corps organisés peuvent fournir pour tenter la solution de questions de la plus haute portée philosophique, que plusieurs géologues, ou plutôt *paléontologistes*, croient cependant pouvoir résoudre définitivement, telles que :

» *La fixation de l'époque absolue de la création des premiers êtres à la surface de la terre ;*

» *Celle d'époques successives d'apparition des diverses* classes, ordres, genres et espèces;

» *Des époques de destruction des êtres dont on ne retrouve plus les analogues ;*

» *Le tableau exact des flores et faunes aux diverses périodes géologiques ;*

» *Les relations et proportions numériques entre les espèces fossiles et les espèces vivantes ;*

» *La preuve de révolutions générales et subites séparées par des intervalles de repos*, etc.

» M. Constant Prevost déclare profiter de la circonstance, comme il le fait en toute occasion analogue, pour protester, au nom des progrès de l'histoire de la terre et de celle des êtres qui en ont couvert, sans interruption, la surface, depuis le moment de la création jusqu'à l'instant actuel, contre ces solutions anticipées dont le moindre inconvénient est de discréditer une science assez riche de faits pour que les vrais géologues se fassent un devoir de ne proposer que des démonstrations sinon évidentes, au moins déduites logiquement d'observations bien discutées.

» Il regarde, en définitive, comme une erreur grave et un préjugé sans fondement scientifique la croyance trop généralement accréditée, que les animaux et les végétaux devenus fossiles ont été placés dans les couches minérales qui conservent les traces de leur existence, par suite

---

Feuilleton.

CAUSERIES.

Conciliation ! Voilà le mot à l'ordre du jour. C'est un beau mot, et qui exprime un beau sentiment. Il y a douze ou quatorze ans, j'ose m'en flatter, qu'il a été écrit par l'humble plume qui l'écrit encore aujourd'hui. Conciliation! cela ne veut-il pas dire qu'il est inutile et imprudent de fragmenter désormais la médecine en petits morceaux, selon sa provenance; en médecine d'Édimbourg, de Vienne, de Montpellier ou de Paris, comme on le fait de la rhubarbe ou de l'opium ? Conciliation ! La belle pensée que ce mot représente peut être développée à un double point de vue, le point de vue scientifique et philosophique, le point de vue moral et professionnel. Le feuilleton demande la permission de laisser aux colonnes supérieures le premier point de vue, et de s'en tenir au second. Il a aussi son importance que le feuilleton voudrait bien faire valoir.

Un grand enseignement a été donné aux hommes par la bouche de Dieu même : Tout royaume divisé périra, disent les Écritures saintes. Cela est vrai de tout et partout. En médecine, l'aphorisme divin resplendit de vérité. Jetez les yeux sur l'histoire des hérésies médicales, des excentricités ou des absurdités érigées en système, vous rencontrerez invariablement les mêmes procédés de propagation. Oh ! ils ne font pas de grands frais d'invention, les hérétiques de notre science et de notre art. Depuis le faux Alexandre qui faisait couver, dans une île du Tibre, les œufs du serpent d'Épidaure, en passant par Paracelse qui brûlait en place publique le bonnet et les œuvres de Galien, pour arriver à Hahnemann, c'est toujours la même clarinette et le même *boniment*.

Le niais, le souffre-douleur, le *pitre* de cette éternelle et toujours neuve parade, c'est la *vieille médecine* que l'on ridiculise, que l'on insulte, que l'on bafoue. Ses dissentimens trop réels, ses erreurs trop fréquentes, son impuissance trop souvent évidente, les prétentions, les exagérations, les ridicules des divers systèmes, voilà l'invariable thème sur lequel ont été brodées, depuis deux mille ans, toutes les charlataneries médicales.

Par ce qui se passe aujourd'hui, sous vos yeux même, vous pouvez avoir une juste idée de toute l'histoire du charlatanisme médical.

Un trop grand nombre de publications sur l'homœopathie et sur la médecine par le camphre rentrent dans la catégorie de ces parades, avec accompagnement de clarinette et de queue rouge.

Eh bien, il faut avoir le courage de le reconnaître, le charlatanisme a exploité habilement, exploite et exploitera longtemps encore, si nous n'y prenons garde, un filon que nous avons nous-même découvert.

Tous les systématiques de notre science ont procédé comme les charlatans à l'endroit de la *vieille médecine*. Ils ont commencé par tout jeter par terre, afin de se faire place nette pour l'édification de leur système.

Quel a été le résultat général de ces démolitions successives ? Il est écrit partout, dans la littérature, dans l'enseignement, dans nos discussions académiques; il est patent surtout dans le succès de la médecine excentrique :

Scepticisme parmi les médecins ;

Incrédulité dans les masses, incrédulité pour la *vieille médecine*, entraînement irréfléchi, ignorant sans doute, mais fatal vers toutes les idées nouvelles.

Car, la médecine honnête et charitable ne doit jamais perdre cela de vue, le peuple, et nous sommes tous peuple sur ce point, même les médecins, quand il s'agit *de pelle nostrâ*, le peuple a besoin de foi et d'espérance : il va vers celui qui lui donne celle-ci et qui affirme celle-là. Ah ! vous vous disputez, nous dit-il, ah ! vous doutez, vous niez, vous désespérez de ma guérison; permettez que j'aille vers celui qui me la promet.

Cela est évident comme le jour, nos dissentimens et nos disputes font la fortune des excentricités médicales.

Il y a à Paris — ô Athènes moderne ! — dans une des rues les plus fréquentées du centre de la ville, une maison de commerce, de tripotage médical, sur la porte de laquelle on voit écrit ceci :

Consultations gratuites. — De 8 heures du matin à midi, par l'ancienne médecine. — De midi à 4 heures, par l'homœopathie. — De 4 à 8 heures du soir, par la méthode Raspail. — Il y a une pharmacie dans la maison.

L'existence de la pharmacie dans la maison explique et commente la *gratuité* de la consultation.

Quelle misère, quelle honte professionnelle !

Et je ne divulgue pas toutes celles que je connais.

Conciliation ! Cela pourrait dire, si nous le voulions : Efforts communs pour amoindrir, s'il n'est possible de l'extirper entièrement, cette lèpre rongeante du charlatanisme qui étouffe la science, énerve l'art, déshonore la profession, et compromet si gravement les intérêts du peuple.

Voyez et lisez : Un individu, riche commerçant, tombe malade. Il est atteint d'une pneumonie double. Deux médecins instruits et honorables font tout ce qu'ils peuvent, tout ce qu'ils doivent faire pour le tirer d'embarras. Pendant ce temps, la fille du malade, femme cependant instruite et lettrée, prend un gilet de flanelle de son père et va consulter une somnambule. Elle en revient avec l'ordonnance qui suit, dont je possède l'autographe et dont je conserve précieusement l'orthographe :

Cataplasme.

Faite griller 1 litre de son et une grande poygné de vervaine haché, et lorsque tout seras bien Roti Retire le du feue, et Vercé de dant, en Remuant toujours un grand demi Ver d'halccoole camphré, et faite avec cela un grand cataplasme que Vous appliquerez le plus chaud possible sur le mal.

Prenez le matin à jeune une culiere à café d'huile dolive pendant 3 ou 4 jours.

Il serait même nesaissair mettez 15 sangsus à lanus.

Faite attention de Renouvelé les cataplasmes tout les 4 heures et les garder nuit et jours pendant 2 jours.

C'est a dire 2 nuit et deux jours.

Mettez les scinapisses aux pieds.

Et cette ordonnance a été exécutée à l'insu des médecins traitans, et c'est à elle, à elle seule, qu'est attribuée la guérison du malade !

Conciliation ! cela voudrait dire, si nous le pouvions, assez d'entente et de fermeté parmi nous pour poursuivre au nom de l'humanité et de la science une aussi honteuse exploitation de la vie de l'homme.

Souffririons-nous qu'un fabricant de je ne sais quelle drogue alcoolique, la plaçât sous le patronage des noms les plus respectables, se fît écrire des lettres par des médecins *morts*, parmi lesquels, devinez qui?... Transformer en prôneur et propagateur du punch, un de nos confrères qui ne buvait que de l'eau, et qui de sa vie ne prit une goutte de liqueur alcoolique, le sobre, l'austère, le vénérable Capuron !...

Conciliation ! si elle peut se faire dans les doctrines, hâtons-en la venue, mes chers confrères, car la profession médicale étouffe sous les étreintes du parasitisme industriel.

L'homœopathie, le camphre et le somnambulisme, ces trois grands et actuels parasites de l'art médical, sont nés de nos discordes, en vivent et se propagent en proportion de leur durée et de leur aggravation.

Et ces discordes ne sont qu'apparentes, siégeant toutes dans les mots et non dans les choses, si bien que toute discussion doctrinale venant à surgir, tout le monde se trouve à peu près d'accord, au moins sur le principe. Qui n'est pas plus ou moins vitaliste? Qui n'est pas plus ou moins organiciste? Qui veut rejeter les conquêtes que les progrès des sciences modernes ont fait faire à la médecine? Qui n'emploie pas, au diagnostic des maladies, l'auscultation, la percussion, le spéculum, le microscope au besoin, le réactif chimique, le polarimètre? Qui ne tient pas compte, dans sa thérapeutique, du dynamisme organique, de l'état intellectuel et moral, des conditions extrinsèques et intrinsèques, quand elles sont accessibles à l'investigation ?

Conciliation ! les temps sont venus de l'opérer ; philosophiquement, elle est dans tous les esprits, dans toutes les espérances ; professionnellement, elle est devenue un besoin urgent. C'est par elle que vous atteindrez les parasites qui vous étouffent en déconsidérant la science et l'art.

Amédée LATOUR.

de ce que l'on appelle *les révolutions du globe*; ce que l'on désigne ainsi ne sont que des événemens et accidens plus ou moins locaux qui ont pu déplacer les êtres, en faire périr un très grand nombre, mais la plupart des victimes de ces révolutions prétendues universelles ne sont pas celles qui ont laissé les témoignages d'êtres anciens; la plupart de ceux-ci ont été placés dans les nombreux feuillets du sol par des causes lentes, successives, naturelles, analogues à celles qui agissent chaque jour sous nos yeux. »

Quel vaste et profond sujet de méditation! Qu'une seule réflexion nous soit permise: Les médecins qui, dans les choses de notre science, veulent river l'esprit à la chaîne de l'observation pure du fait brut, ont une belle occasion de comprendre que le fait brut, fût-il mille fois répété, est constamment stérile s'il n'est fécondé par l'induction. Un fragment d'os gisant dans un lit d'argile noirâtre, quoi de plus simple et de plus facile à observer! Mais à quoi conduirait la contemplation éternelle de ce fragment osseux, si la plus belle faculté de l'esprit n'intervenait aussitôt avec ses heureuses hardiesses? L'induction est au fait brut ce que le clivage est au diamant brut, elle le dépouille de sa gangue pour en montrer les formes régulières et les facettes brillantes.

Autre exemple pris dans les communications faites dans cette même séance. Laissons parler M. de Quatrefages dans son exposition des premiers résultats d'un travail qu'il a entrepris sur la monstruosité double chez les poissons:

« J'aurais désiré, dit M. de Quatrefages, attendre, pour parler de ces recherches à l'Académie, qu'elles eussent porté sur un plus grand nombre de cas; mais possédant encore en vie, en ce moment, un sujet qui doit être extrêmement rare, j'ai pensé qu'il serait vu avec intérêt par ceux de nos confrères qui s'occupent de cette question. Il s'agit, en effet, d'un monstre double dont j'ai pu suivre le développement pendant près de deux mois (du 24 janvier au 18 mars), et qui s'est formé par la soudure de deux individus primitivement entièrement distincts. C'est la première fois que l'observation directe permet de décider une question qui a divisé, pendant deux siècles, les esprits les plus éminens.

» Le sujet de cette observation me fut remis, le 24 janvier, par M. Millet, inspecteur des eaux et forêts, qui s'occupe de pisciculture avec un zèle bien connu de tous. L'œuf d'où était sorti le monstre était éclos depuis dix-sept à vingt jours. En avant, on voyait encore très nettement une scissure assez profonde indiquant le point de soudure des deux vitellus confondus partout ailleurs en une masse unique. Deux jeunes poissons, entièrement séparés, adhéraient en face l'un de l'autre à ce double vitellus. Celui de droite avait la face difforme et manquait complètement d'yeux; tout le reste de son corps était, au contraire, très développé. L'individu placé à gauche avait la tête bien conformée si ce n'est que les yeux n'etaient pas circulaires, et que l'opercule présentait des dimensions évidemment exagérées; mais le corps était difforme, comme bossu, et au delà de l'anus il se repliait en tire-bouchon.

» On comprend quelles précautions j'ai dû prendre pour conserver vivant un sujet qui devait me montrer comment se forment, soit les monstres autositaires, soit les monstres parasitaires: car, à cette époque, il était difficile de prévoir à laquelle des deux classes appartiendrait le produit. Je fus assez heureux pour réussir. Le développement suivit sa marche ordinaire comme dans un œuf normal, seulement l'individu de droite conserva un avantage marqué. Le 19 février, les deux poissons se touchaient en chevauchant un peu l'un sur l'autre. Les parois abdominales étaient prêtes à se rejoindre sur la droite de l'individu placé à droite. A sa gauche, un large espace occupé par le vitellus les séparait encore. Aujourd'hui la résorption du vitellus est à peu près complète, et il est facile de voir que l'individu de droite, bien plus fort que son frère, aurait déjà besoin d'être nourri. C'est ce que je compte faire; mais le succès de cette tentative est tellement incertain, que j'ai cru devoir placer sous les yeux de l'Académie un objet qui, je l'espère, offrira quelque intérêt à tous ceux qui connaissent l'histoire de la tératologie.

» On voit que la réunion est complète et que les deux individus adhèrent par un espace assez limité correspondant à la région abdominale au delà du point d'insertion dans le foie des veines portes (veines abdominales). L'individu jusqu'à présent placé à droite est devenu supérieur. Quoique aveugle, c'est lui qui transporte son frère dont la difformité a augmenté et qui est tout pelotonné.

» On peut, dès à présent, conjecturer presque à coup sûr quelles sont les dispositions organiques que révélera la dissection de ce monstre. Les foies seront confondus. Peut-être même y aura-t-il adhérence sur un point de l'intestin, mais sous tous les rapports les viscères seront simples et normaux, sauf les anomalies indépendantes de la monstruosité double. Quoi qu'il en soit, on voit qu'il résulte clairement de ce fait que le monstre double s'est formé par la coalescence de deux embryons primitivement séparés comme l'avait soutenu Lemery contre Winslow et Haller, comme l'ont toujours admis MM. Geoffroy-Saint-Hilaire père et fils, malgré l'autorité de Meckel. »

A cette communication pleine d'intérêt, a succédé l'interprétation savante et l'induction; notre célèbre confrère, M. Serres, a ajouté les considérations suivantes:

« La communication que M. de Quatrefages vient de faire à l'Académie, a-t-il dit, offre beaucoup d'intérêt sous le rapport de la tératogénie, car elle présente le développement d'une monstruosité double, observée dans ses différens temps sur un même individu, ou plutôt sur deux individus réunis qui vivent encore.

» Dans cette duplicité ichthyologique, la réunion des deux embryons s'opère par l'intermédiaire de la vésicule ombilicale de chacun d'eux, qui se résolvent en une vésicule ombilicale unique, ainsi que le démontrent les vaisseaux omphalo-mésentériques si bien représentés par M. de Quatrefages.

» Chez les oiseaux, les réunions analogues s'effectuent par l'intermédiaire de l'allantoïde. Chez les vertébrés, l'association des deux individus a toujours lieu entre des parties similaires de l'organisme. Ainsi, c'est par la réunion des deux bassins, des deux abdomens, des deux thorax ou des deux têtes, que se produisent chez eux les variétés si nombreuses de la duplicité monstrueuse. Chez l'homme, en particulier, ce mécanisme autoplastique s'opère avec une précision et une constance qui se lient à la supériorité harmonique de toute son organisation.

» Ces faits si nombreux et si bien observés dans ces derniers temps par les anatomistes, ont fait disparaître de la science l'hypothèse des greffes qui avait prévalu jusqu'au commencement de ce siècle. Ils ont prouvé également que la théorie botanique du *dédoublement* n'était point applicable aux vertébrés pour rendre raison de leur duplicité, quelque séduisante que fût d'ailleurs cette théorie si bien justifiée chez les plantes et surtout pour les fleurs; si bien justifiée encore chez les polypes, chez les infusoires, chez les zoospermes, ainsi que chez les annélides, d'après les belles expériences de Bonnet et de Charles Morren.

» A la vérité, les doigts surnuméraires que l'on rencontre assez fréquemment chez l'homme, ont paru devoir leur origine au dédoublement des artères collatérales de l'arcade palmaire. Certains cas de monstres hétéradelphes ont également paru se prêter à cette explication; mais dans ces cas, comme dans les duplicités ordinaires, deux individualités organiques se sont associées, et la science ne peut admettre, avec Burdach, qu'un individu se soit fendu en deux pour les produire.

» Quoi qu'il en soit, le fait le plus important qui ressort de la communication faite par M. de Quatrefages, est celui de la viabilité des monstres doubles chez les vertébrés. C'est sur ce fait de la viabilité de la duplicité monstrueuse chez l'homme, que je désire arrêter un instant l'attention de l'Académie.

» Ritta-Christina a vécu huit mois et quelques jours; Philomèle et Hélène ont vécu deux mois; Marie-Hortense un mois et demi. Les annales de la science renferment des cas, chez lesquels la vie de deux individus associés s'est prolongée bien au delà de la première enfance. Le plus remarquable est celui des deux jeunes gens, qui vécurent jusqu'à l'âge de 28 ans à la cour de Jacques III, roi d'Écosse.

» De même que Ritta-Christina, ces deux jeunes gens étaient doubles supérieurement à partir de l'ombilic, et simples inférieurement. De même que chez nos deux filles, lorsque l'on irritait les parties inférieures, l'impression était perçue en commun par les deux individus; lorsqu'au contraire on irritait les parties supérieures, la sensation s'isolait et devenait individuelle. L'éducation de ces deux jeunes gens avait été très soignée; ils excellaient l'un et l'autre dans la musique, ils avaient appris plusieurs langues, *et variis voluntatibus duo corpora secum discordia discutiebant, ac interim litigabant.*

» Du reste, de même que chez Ritta-Christina, leur mort ne fut point simultanée. L'un des deux individus survécut plusieurs jours à l'autre, et la mort du dernier parut hâtée par la putréfaction du corps de son frère.

» On conçoit, indépendamment de toute théorie, l'intérêt qui se rattache chez l'homme à cette communauté de deux vies, et l'importance qu'il y a pour deux êtres ainsi associés d'en étudier, comme je l'ai fait, les conditions anatomiques et physiologiques. Ces conditions sont simples, comme toutes les œuvres de la nature, et la dualité des vies est amenée à l'unité par un procédé qui consiste à transposer tous les viscères de l'un des conjoints, tandis que ceux de l'autre conservent leur disposition normale.

» Ainsi, chez Ritta, chez Philomèle, chez Marie, le foie était situé au flanc gauche, l'estomac dans l'hypocondre droit, le cœcum occupait la fosse iliaque gauche, l'S iliaque du colon la fosse iliaque droite. Le cœur était situé à droite dans le thorax, la crosse de l'aorte se déjetait à gauche, côté auquel correspondait, chez les trois enfans, le tronc brachio-céphalique. Enfin, le poumon gauche offrait les deux scissures qui, d'ordinaire, caractérisent le poumon droit. En présence de cette transposition générale des viscères de l'abdomen et de la poitrine, ceux de Christina, d'Hélène et d'Hortense n'avaient subi aucun changement de position; tous avaient conservé leurs rapports habituels, ainsi que leurs connexions normales.

» Dans le développement de la duplicité monstrueuse, comment s'opère cette transposition viscérale constante de l'un des enfans, à côté de la régularité parfaite des viscères de l'autre? Ce phénomène, duquel dépend la viabilité des enfans associés, a sa cause dans l'union primitive des deux foies. Or, pour que cette union puisse s'accomplir, il faut, de toute nécessité, que le foie de l'un des enfans se transpose, pour se trouver en présence du foie de l'enfant qui conserve sa position normale.

» C'est ce qui a lieu, par suite de la réunion des deux veines ombilicales, qui servent en quelque sorte de *gubernaculum* à ces dispositions insolites et normales. Le foie de l'un des enfans ayant passé de droite à gauche, on voit de suite comment et pourquoi la veine cave inférieure et les veines sus-hépatiques amènent au côté gauche du thorax l'oreillette et le ventricule du cœur, situés ordinairement à droite, en même temps que la demi-rotation qu'éprouve cet organe fait passer à droite l'oreillette et le ventricule gauches, ainsi que la pointe du cœur. Ces évolutions sont mécaniques; elles sont le résultat de l'union des foies, et des veines ombilicales des enfans dans le cours de la vie intra-utérine.

» Le fait de cette évolution de la base du cœur de l'un des enfans, malgré le voisinage de celui de son frère, a pour résultat d'isoler complètement leur circulation veineuse et pulmonaire, par conséquent, de prévenir le mélange du sang veineux et artériel et la mort qui suivrait de près ce mélange.

» On voit, de cette manière, par quel mécanisme aussi simple qu'admirable, la nature transpose tous les viscères de l'un des enfans, au profit de la vie qui doit être commune à tous les deux.

» Après avoir constaté et suivi la vie commune des poissons associés, comme le fait M. de Quatrefages, il sera très intéressant pour la science de reconnaître les voies anatomiques par lesquelles elle s'entretient dans cette classe de vertébrés. »

Nos lecteurs ne regretteront pas sans doute que, de temps à autre, mais avec la réserve commandée par la spécialité de ce journal, nous les entrainions dans quelques-unes de ces excursions scientifiques avec les guides illustres que nous leur avons donnés.

Amédée LATOUR.

ANESTHÉSIE.

Note adressée à la Société médicale d'émulation

Par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE,

A l'occasion du rapport de M. Ludger LALLEMAND, intitulé: *Recherches expérimentales sur les moyens à employer contre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme.*

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

3° La respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques doit-elle venir en seconde ligne, c'est-à-dire après l'insufflation?

Si la commission avait été réellement convaincue que l'électrisation pût épuiser l'excitabilité nerveuse dans la période de chloroformisation, elle aurait dû, pour être logique, condamner ce mode de traitement d'une manière absolue, car il constituerait un danger de plus. Mais elle n'a pas osé frapper d'une telle proscription une opération qu'elle a vue constamment réussir, quand elle a été méthodiquement appliquée.

Après avoir été témoin de l'admiration dont la commission fut saisie quand elle vit l'animal, qui était réduit à un état cadavérique apparent par le chloroforme, respirer immédiatement d'une manière bruyante et bientôt rappelé à la vie par la faradisation des nerfs phréniques, je ne comprends pas qu'elle ait eu la fâcheuse idée de compromettre cette méthode de traitement par une interprétation aussi hasardée de certains phénomènes électro-pathologiques. Mais les faits et les considérations que j'ai exposés précédemment ont démontré, j'espère, que les doutes de la commission ne sont pas légitimés par l'expérimentation, et qu'elle n'est pas fondée à dire que la respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques doit venir en seconde ligne, surtout à cause de l'épuisement nerveux qui est susceptible de se produire alors sous l'influence de l'électricité.

La respiration par l'excitation des nerfs phréniques ne paraît pas, dit la commission, douée d'une action aussi puissante que l'insufflation, au moyen de laquelle on peut introduire l'air dans les poumons en aussi grande quantité et avec autant de force qu'il est nécessaire; et pour ces motifs, elle place encore en seconde ligne la faradisation des nerfs phréniques. — Je ne puis croire que la commission ait méconnu la puissance de la respiration diaphragmatique produite par la contraction énergique du muscle qui l'exécute, au point de lui préférer l'insufflation de l'air atmosphérique. En effet, n'est-il pas démontré expérimentalement que, par la contraction du diaphragme, non seulement le diamètre vertical du poumon est augmenté, mais encore que la moitié inférieure de la poitrine est agrandie en tous sens? Ne se produit-il pas alors une sorte de vide virtuel dans la cavité thoracique, en vertu duquel l'air atmosphérique, qui est attiré jusque dans les dernières ramifications bronchiques, va déplisser les cellules pulmonaires avec d'autant plus de force et de rapidité, que la contraction du muscle est plus grande? Chaque inspiration diaphragmatique ne fait-elle pas pénétrer dans les voies aériennes un volume d'air proportionnel à l'agrandissement de la capacité thoracique, agrandissement dont on se fait une idée lorsqu'on a vu le maximum de contraction du diaphragme?

Je doute fort que, par le procédé d'insufflation employé par la commission, la colonne d'air, envoyée dans les voies aériennes à chaque coup de soufflet pénètre aussi profondément dans les cellules pulmonaires que l'air attiré dans les parties les plus intimes des poumons à l'aide de la puissance inspiratrice, mise en jeu par la faradisation des nerfs phréniques. L'air poussé par le soufflet doit, avant de déplisser toutes les cellules pulmonaires, vaincre la résistance opposée par la force élastique du poumon et des parois thoraciques, force telle, qu'elle suffit presque pour produire l'expiration. On conçoit donc que cet air soit en partie repoussé et ressorte entre les parois de la trachée et le tube dont le diamètre est trop petit pour fermer hermétiquement la glotte. — Il n'est pas un physiologiste qui ne préfère le mécanisme admirable employé par la nature (le vide virtuel des voies aériennes) pour faire pénétrer l'air profondément et avec force dans les cellules pulmonaires au mécanisme grossier de l'insufflation d'air atmosphérique.

Enfin, ce n'est pas la difficulté de l'exécution qui doit faire placer en seconde ligne la respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques, car rien n'est plus simple et plus facile que cette opération qu'on me voit pratiquer si souvent dans mes expériences. (Elle est décrite dans mon mémoire sur le diaphragme et dans mon livre *Sur l'électrisation localisée*, page 486.) — Ayant exercé pendant quelques années dans une ville de bains, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer et de voir pratiquer l'insufflation d'air atmosphérique dans l'asphyxie par submersion, et je puis affirmer que cette opération est loin d'être aussi simple que se l'imaginent ceux qui ne l'ont faite que sur des animaux. Les personnes que j'ai consultées sur ce sujet, pensent aussi, comme moi, qu'il n'est pas facile de pénétrer dans le larynx de l'homme.

Si la respiration artificielle, par la faradisation des nerfs

phréniques, avait échoué contre l'intoxication chloroformique, on comprendrait que la commission, pour en expliquer la cause, eût hasardé les assertions dont je crois avoir démontré le peu de fondement. Mais puisqu'elle proclame, au contraire, que cette opération a réussi, dans toutes les expériences, aussi bien que l'insufflation atmosphérique, pourquoi donc a-t-elle cherché à exalter autant la supériorité de celle-ci aux dépens de l'autre ?

En résumé :

1° Rien ne prouve que l'électrisation, appliquée chez un animal arrivé au dernier degré de l'intoxication chloroformique, épuise l'excitabilité nerveuse (1). — Mais, après la mort produite par le chloroforme, cette excitabilité s'éteint rapidement sous l'influence de l'électrisation, ainsi qu'on l'observe chez des sujets qui ont succombé à certaines maladies.

2° L'électricité, employée comme excitant général du système nerveux peut sauver l'animal si la respiration est seulement suspendue; elle n'est impuissante que lorsque le cœur a cessé de battre.

3° La respiration artificielle, produite par la faradisation des nerfs phréniques, qui imite parfaitement la respiration naturelle, fait pénétrer l'air dans les parties les plus intimes du poumon, en vertu du vide virtuel qu'elle y produit, et cela avec d'autant plus de force, et en quantité d'autant plus grande, qu'on excite plus énergiquement la contraction du diaphragme. — Cette respiration artificielle peut, comme l'insufflation, rappeler à la vie les animaux, alors même que le cœur a cessé de battre. — Elle est simple et facile à pratiquer. — Il n'existe donc aucune raison pour lui préférer l'insufflation dans le traitement de l'intoxication chloroformique.

MÉDECINE LÉGALE.

QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES TOUCHANT LA MORT PAR SUSPENSION ET LA DISTINCTION DU SUICIDE ET DE L'HOMICIDE.

Une affaire criminelle qui a eu un grand retentissement et qui a été longuement débattue devant la Cour d'assises d'Evreux, puis, après cassation, devant celle de Rouen, a suscité une discussion médico-légale d'un très grand intérêt. Nous avons cru utile de reproduire les documens scientifiques de ce débat, qui trouvera dans le public médical ses juges naturels.

Procès-verbal de M. Claude dit Boulard, docteur-médecin à Chambray.

Je, soussigné, Joseph Claude dit Boulard, docteur en médecine, demeurant à Chambray, canton de Vernon, département de l'Eure,

Déclare avoir été mandé à neuf heures et demie du soir, le 27 février courant, *de la part du sieur Auguste Langlois-Duroulle, par sa domestique, pour assister sa femme, la dame Anaïs Desjardins, trouvée morte par suite de strangulation*, dans la même commune, hameau dit des Grandes-Bruyères; *le maire de ma commune et le garde-champêtre tout aussitôt prévenus par moi*, je me rendis en leur compagnie sur les lieux pour la constatation des faits.

1° Monté immédiatement au grenier de la maison du sieur Duroulle, j'y trouvai le corps de sa femme déjà presque froid, sans signe de vie, la face gonflée, bleuâtre, couchée à terre sur un matelas et vêtue de ses vêtemens accoutumés, robe, tricot de coton, chemise, bas de laine noire, chaussons, sans traces de déchirure ni de tiraillemens. Pour la commodité des investigations, je coupai une manche à l'épaulage du corsage; à côté du corps, un peu à droite de l'escalier, vers le levant, était attachée une corde en passementerie brune, de 4 à 5 millimètres de diamètre, déjà vieille, sèche et peu solide, irrégulièrement attachée et coupée de nœuds, faisant deux tours sur la filière et rompue fraîchement sur deux de ses branches, avec un fragment tombé, retrouvé près du corps, et qui présentait également deux ruptures fraîches et correspondantes aux autres; la poutre distançait le sol de 1 mètre 81 centimètres, et l'anneau présumé d'attache était à 20 centimètres environ plus bas. Une portion d'excrément gisait sur le sol, directement sous l'attache de la corde.

Autour du col une ecchymose circulaire, linéaire, d'un seul dessin, interrompue seulement par la longueur de 1 centimètre au niveau de la partie moyenne de la région maxillaire inférieure, brunâtre, transversale, avec élargissement irrégulièrement circulaire de 1 centimètre environ de diamètre de cette cicatrice, au point où la trace s'arrêtait en avant de la mâchoire.

L'examen général de la tête, du corps, des membres, ne révèle pas la moindre égratignure, contusion, ni aucun signe de violence extérieure, pas même de celles qui auraient pu résulter de la chute spontanée du cadavre.

Conclusion. — De l'ecchymose circulaire siégeant autour du col, de l'absence de contusion et signes de violence sur aucune partie du corps autres que la conséquence naturelle de strangulation, du caractère violent, déraisonnable et quelquefois dément de cette dame, malgré la faible distance du sol, je déclare que la mort résulte de strangulation volontaire, sans violence étrangère et par monomanie suicide;

Que la vétusté, la faiblesse et la mauvaise qualité de la corde en expliquent la rupture et la chute du cadavre, dont le bruit éveilla l'attention et conduisit immédiatement au lieu du sinistre;

Que la réplétion de l'estomac, au sortir d'un souper abondant, a dû précipiter l'asphyxie, qui, sans cette condition, ne se serait peut-être pas opérée mortelle.

Rapport de MM. Bidault et Claude dit Boulard, docteurs-médecins.

Nous Joseph Claude dit Boulard, docteur en médecine, demeurant à Chambray, Louis-François-Désiré Bidault, docteur en médecine, médecin adjoint de l'hôpital d'Evreux, requis par M. le procureur impérial près le tribunal de première instance d'Évreux, et serment prêté selon la loi, avons procédé en présence de ce magistrat et de M. le juge d'instruction, le 6 mars 1854, à quatre heures du soir, en la commune de la Chapelle-Réanville, à l'examen et à l'autopsie du corps de la dame Anaïs Desjardins, femme Langlois-Duroulle, décédée au hameau des Grandes-Bruyères, commune de Chambray, le 27 février dernier, vers neuf heures du soir, et inhumée le 2 mars, dans le cimetière de la Chapelle-Réanville, *à l'effet de constater à quelle cause la mort doit être attribuée, et dans le cas où elle serait le résultat de la suspension, de déterminer si elle doit être attribuée à un suicide ou à un homicide.*

(1) M. le docteur Forget, membre de la Société médicale d'émulation, a défendu chaleureusement et avec talent cette proposition dans le sein de la commission.

L'exhumation opérée, le cercueil a été transporté dans un endroit retiré du cimetière; l'ouverture en a été faite, et l'identité du corps a été établie par le témoignage de la femme qui l'avait enseveli.

Le cadavre, soumis à notre examen, est celui d'une femme de 30 ans environ, de la taille de 1 mètre 55 centimètres, de moyen embonpoint. La putréfaction est peu avancée, relativement à la date de la mort (septième jour), ce qui s'explique par le peu d'élévation de la température et par la nature argileuse et humide du terrain dans lequel le corps a été déposé; néanmoins, la rigidité cadavérique n'existe plus, le ventre est ballonné, coloré en vert, ainsi que la partie inférieure de la poitrine. —La surface du corps, examinée avec un soin minutieux, ne nous présente aucune trace de blessure, ni indices de compression ou de constriction exercée sur les poignets ou sur les jambes.

La personne qui avait enseveli le corps de la dame Duroulle ayant signalé des traces de contusions qu'elle aurait remarquées sur la poitrine et sur les reins, nous l'avons invitée à nous faire voir ce qu'elle avait observé. Ce sont des taches violacées évidemment dues à un effet cadavérique; les parties déclives du corps présentent, en effet, une teinte rouge violacée, tranchant nettement avec la couleur du reste de la peau; cette même teinte rosée s'observe également sur des points non déclives, tels que la partie antérieure et supérieure de la poitrine, sur les épaules et sur les bras.

La face est bouffie, fortement colorée en rouge violet, particulièrement du côté droit sur lequel elle repose; du sang s'écoule de la narine droite et de la bouche. Les oreilles présentent une coloration rouge vif; paupières closes, globes oculaires saillans, très injectés, conjonctive d'un rouge vineux. Excoriation très superficielle sans ecchymose de l'aile gauche du nez. Lèvres violacées, dents serrées, langue gonflée, la pointe appliquée contre les arcades dentaires, les bords saillans et serrés entre les dents.

Cou. — Au cou, dans l'angle sous maxillaire, entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, se trouve un sillon très marqué, unique, dirigé circulairement autour du cou, passant à 4 centimètres au-dessous de l'angle maxillaire du côté droit, se relevant légèrement en arrière où il se trouve à 2 centimètres de la naissance des cheveux, présentant à gauche une interruption de 15 millimètres à partir du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, et offrant au-dessous de l'angle du maxillaire une empreinte plus large à bords irréguliers. Ce sillon présente une largeur uniforme de 7 à 8 millimètres, divisée en deux parties égales par un liseré linéaire formé par une légère saillie de la peau injectée, ce qui indique que le lien de suspension était formé par deux cordes réunies placées l'une à côté de l'autre, et offrant les dimensions du cordon en passementerie qui nous a été présenté. La peau du sillon est blanche à la partie antérieure et droite du cou; en arrière et à gauche, où la dépression est plus profonde, elle est brune et parcheminée. Les deux lèvres du sillon présentent à la partie antérieure du cou une injection contrastant avec la blancheur du reste de la peau, et se confondant en arrière et sur les parties latérales du cou, avec la coloration rouge générale de la peau de ces parties.

En disséquant la peau qui tapisse le fond du sillon nous remarquons, au-dessous de l'empreinte observée au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, une ecchymose, large d'un centimètre environ, développée dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et paraissant avoir été produite par la pression d'un nœud de la corde. Les muscles et les parties profondes du cou ne présentent pas l'empreinte de la corde, les cartilages du larynx et l'os hyoïde sont à l'état normal.

Le fond de la bouche, le pharynx, le larynx, la trachée-artère renferment une quantité notable de mousse à bulles très fines. La membrane muqueuse de la base de la langue, de l'arrière-bouche et des voies aériennes est fortement injectée et d'une teinte violacée.

Tête. — Après avoir coupé les cheveux et constaté l'absence de blessures sur le cuir chevelu, nous avons ouvert le crâne par un trait de scie: les sinus de la dure-mère et les veines de la surface du cerveau sont gorgés de sang noir, liquide; la pulpe cérébrale incisée laisse suinter des gouttelettes de sang noir.

Poitrine. — Les poumons sont fortement congestionnés, surtout à la base; leur tissu est gorgé de sang qui s'écoule lorsqu'on les incise; les cavités droites du cœur renferment une grande quantité de sang liquide. L'ouverture de la veine jugulaire faite pendant la dissection du cou, avait donné lieu à un écoulement de sang très abondant; les cavités gauches en contiennent une quantité un peu plus considérable, également liquide.

Abdomen.—Les viscères abdominaux sont sains, l'estomac est distendu par des gaz, et par une quantité considérable d'alimens à demi-digérés, parmi lesquels on reconnaît des morceaux de pain, de carotte, de viande. La membrane interne de cet organe ne présente aucune trace d'ulcération ou d'inflammation résultant de l'action d'une substance toxique irritante. Le foie, les reins, la rate et le tube intestinal sont à l'état normal. La vessie est vide, l'utérus est le siége d'un engorgement chronique.

Conclusions. — 1° *La mort de madame Duroulle a été le résultat de la suspension.*

Cette conclusion est basée sur la coloration violacée de la face, du cou et de la partie supérieure de la poitrine, l'injection des deux lèvres du sillon, la présence d'une ecchymose dans le tissu cellulaire au-dessous de l'empreinte de la corde, l'injection des membranes du cerveau, la coloration violacée de la muqueuse de la langue, du larynx et de la trachée-artère, la présence de mousse dans la trachée et dans l'arrière-bouche, l'engorgement des poumons, la fluidité du sang.

2° *La suspension nous paraît avoir été le fait d'un suicide.*

Il n'existe en effet sur le corps aucune trace de violence pouvant se rattacher au fait d'un homicide; ainsi absence de contusions, d'excoriations, annonçant une lutte engagée. Pas de traces de compression aux poignets ni aux jambes. Nous ne trouvons d'ailleurs aucun indice d'empoisonnement ni aucune autre cause de mort que la suspension.

Consultation médico-légale dans l'affaire Duroulle;

Par M. Alph. DEVERGIE.

Nous, Alphonse Devergie, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, invité par la famille Duroulle à donner notre avis sur la question de savoir si, au point de vue de la science, la mort de la dame Anaïs Desjardins, femme Duroulle, a été la conséquence d'un suicide ou d'un assassinat ? Nous avons cru devoir, en présence d'une affaire qui a parcouru toutes les phases de sa juridiction, ne pas nous restreindre, *d'une manière absolue*, aux bornes étroites de la médecine légale. Nous avons pris connaissance des débats qui ont reçu la publicité, non pas pour y chercher *des preuves morales* à l'appui de telle ou telle opinion, mais pour y puiser des documens qui vinssent se grouper autour des inductions de la science, et en corroborer la portée et la valeur.

Faits sommaires.

Les époux Duroulle étaient mariés depuis neuf ans. Duroulle avait fait des études fort incomplètes en médecine (trois ou quatre inscriptions prises à la Faculté); elles étaient beaucoup plus complètes en droit, car il avait été reçu licencié. — Lors de son mariage avec Anaïs Desjardins, le 27 avril 1845, il s'aperçut que sa femme *n'était pas vierge*, et, dès ce moment, il n'eut pas d'estime pour elle; le ménage ne fut donc pas heureux. Anaïs Desjardins accoucha à terme après huit mois de mariage. Trois jours après son accouchement, elle fit à son mari l'aveu que cet enfant n'était pas de lui; elle signa cette déclaration. — De mauvaises affaires dans le commerce de la *commission*, auquel les époux Duroulle s'étaient livrés, les obligent à se retirer dans le pays habité par la famille de Duroulle; ils y vivent dans une maison isolée qu'ils y avaient acquise dans la commune de Chambray (Eure), canton de Vernon, arrondissement d'Évreux. C'est dans cette maison qu'a succombé Anaïs Desjardins. — Au mois d'avril 1852, la fille Esther Neveu, dont la famille habitait une maison contiguë à celle de Duroulle, entre au service de celui-ci en qualité de domestique. Cette fille ne tarde pas à devenir enceinte du fait de Duroulle. Elle vient faire ses couches à Paris, et elle rentre chez Duroulle comme par le passé.

Le 27 décembre 1853, la dame Duroulle fait un testament en faveur de son mari.

Le 26 février 1854 (dimanche gras), les époux Duroulle dînent chez le père et la mère de Duroulle. Ils reviennent chez eux à sept heures du soir. Deux témoins déclarent que, dans cette soirée, et sans pouvoir *préciser* l'heure, ils ont entendu, du dehors, le bruit d'une scène de violence; le cri *à moi ! à moi !* articulé d'abord avec force par la dame Duroulle, puis répété quelques instans après d'une voix plus faible et presque éteinte (Mme Duroulle avait une voix très sonore).

C'est à ce moment que l'accusation rattache la mort violente de la dame Duroulle.

Les accusés, d'une part Duroulle, de l'autre Esther Neveu, sa domestique, racontent ainsi qu'il suit la mort de la dame Anaïs Duroulle, qui ne serait survenue que le lendemain, 27 février, après neuf heures du soir : « Durant le dîner, il ne s'était révélé rien d'extraordinaire dans le moral de la dame Duroulle; elle était seulement un peu agitée, ce qui lui arrivait souvent. Après le repas, le mari et la femme se mirent à lire le journal. La lecture du feuilleton était habituellement interdite à celle-ci par son mari avant qu'il en eût pris lui-même connaissance. La dame Duroulle s'étant mise spontanément à lire le feuilleton, son mari lui en fit reproche; elle s'impatienta; il y eut une légère discussion; elle continua sa lecture; elle devint rouge, empourprée; sa respiration devint bruyante. Son mari lui demanda ce qu'elle avait. Elle lui dit : Ce n'est rien. Duroulle alla se coucher.

La dame Duroulle avait l'habitude de souper avec sa domestique. Elle mangea un peu. Au dire de la fille Esther Neveu, la dame Duroulle est restée une bonne demi-heure après le départ de son mari, puis elle dit à la fille Neveu : Je sors (elle partit sans lumière). Un instant après neuf heures, la fille Neveu entend un bruit sourd dans la maison, comme si quelque chose de lourd tombait sur un plancher. Elle prend de la chandelle, va dans la chambre où elle couche avec la dame Duroulle, et de là elle monte au grenier. Elle trouve Mme Duroulle tombée à terre sur la figure, la tête contre la croisée, le corps reposant sur la poitrine et le ventre, les pieds vers l'escalier. Elle crut, dit-elle, qu'elle avait des attaques de nerfs, ainsi qu'elle en avait déjà eu. Elle prend Mme Duroulle, lui enlève une petite cravate qu'elle avait au cou, elle aperçoit une corde. Elle s'écrie alors : Mme Duroulle s'est pendue ! M. Duroulle se lève, monte au grenier, et dit à la fille Neveu : Descends, apporte un matelas. Tous deux étendent Mme Duroulle sur le matelas, la dégrafent, la délacent, lui font des frictions sur l'estomac. Après avoir enlevé la corde du cou, Duroulle envoie chercher la mère de la fille Neveu, et en même temps fait prévenir le médecin voisin, le docteur Boulard.

Une heure après environ, c'est-à-dire vers dix heures ou dix heures et demie, arrive le maire assisté du d^r^ Boulard et du garde champêtre. Des investigations furent faites, au point de vue médico-légal, à deux époques différentes, par la justice : 1° sur le moment même de l'arrivée du magistrat, par le docteur Boulard; 2° huit jours après, par un juge d'instruction et par un substitut, avec l'assistance des docteurs Bidault et Boulard.

Faits résultant de cette double investigation. — Le corps est trouvé étendu sur un matelas. Une corde en passementerie (cordons de tirage de rideaux) est placée autour de la filière du grenier dans un point donnant vis-à-vis d'une fenêtre; elle fait deux tours autour de la filière où elle est fixée par un nœud. La filière est distante du sol dans ce point d'une hauteur de 1 mètre 85 centim., à partir de son arête supérieure, et de 1 mètre 67 centim., à partir de son arête inférieure. La taille de la dame Duroulle est de *un mètre cinquante-cinq centimètres*. Deux bouts de cordon pendaient de la poutre et ils s'étaient rompus inégalement par le poids du corps; l'un d'eux avait 45 centim. et l'autre 37. En réunissant les deux bouts supérieurs du cordon fixé à la poutre, aux deux bouts inférieurs qui embrassaient le cou et qui y faisaient un tour de 40 centimètres, on trouve, dans l'hypothèse où le cordon du cou faisait anse avec un nœud placé près de l'extrémité du cordon, ce qui paraît certain d'après l'inspection du cadavre, que du bas du lien total au sol, c'est-à-dire du point final de suspension par le cordon, il y avait une distance ou une hauteur de 1 mètre 45 centimètres. Telle était la hauteur de la pendaison du corps, et, par conséquent, la hauteur de la chute après la rupture du cordon de suspension. Immédiatement au-dessous de ce lien, et sur le sol, se trouvait un peu de *matière fécale* ainsi que de l'*urine* qui n'était pas encore absorbée par le sol.

A terre et dans le voisinage du corps, on trouvait l'autre partie du lien rompu; elle était double comme la première, et elle se terminait par une anse ou anneau formé au moyen du lien doublé noué sur lui-même; de sorte que les médecins experts ont supposé que cet anneau était accidentel, et que la dame Duroulle avait pu enrouler la double corde autour de son cou, passer cette corde double *immédiatement* au-dessous du nœud qui formait l'anse libre et flottante, puis venir attacher le double à la filière pour l'y fixer définitivement.

Quant à la rupture récente du lien de suspension, elle a paru constante à un cordier appelé comme expert. Elle se serait opérée par le poids du corps, ainsi qu'on va le voir, et la chute du corps en avant sur le sol aurait causé le bruit entendu par la fille Neveu, qui était alors au rez-de-chaussée. L'expérience du bruit produit par la chute du corps, répétée plusieurs fois en présence de M. le juge d'instruction et de M. le substitut du procureur impérial, a démontré que ce bruit *pouvait être entendu du rez-de-chaussée.*

Le docteur Boulard, en présence du maire et du garde champêtre, procède, le soir du 27 février 1854, à l'examen du corps; voici ce qu'il trouve : « Le corps est presque froid; la face gonflée, bleuâtre. Les vêtemens se composent d'une robe, d'un tricot de coton, d'une chemise, de bas de laine noire et de chaussons, le tout sans aucun indice de déchirure ni de tiraillemens. Autour du cou, une ecchymose circulaire, linéaire, d'un seul dessin, interrompue seulement dans la longueur d'un centimètre (M. Bidault dit 15 millimètres), au niveau de la partie moyenne de la région maxillaire inférieure, brunâtre, transversale, avec élargissement d'un centimètre, du sillon au point où il était interrompu. Vétusté, faiblesse et mauvaise qualité du lien de la suspension. Aucune apparence de violence extérieure. » — *Conclusion :* Suicide.

Le corps était tiède, ce que constate le garde champêtre chargé de déshabiller la femme Duroulle; *la rigidité cadavérique n'existait pas*; les membres étaient souples (déposition renouvelée devant M. le juge d'instruction).

Enquête du juge de paix; conclusion des magistrats au suicide; permis d'inhumer; inhumation le jeudi 2 mars. Affaire reprise par le parquet. Exhumation et ouverture du corps le 6 mars, après sept jours de décès, par MM. Bidault et Boulard.

La putréfaction est très peu avancée, relativement à la date de la mort (7me jour), ce qui s'explique par le peu d'élévation de la température. Le ventre est ballonné, coloré en vert, ainsi que la partie inférieure de la poitrine.

Aucun indice de violence ou de compression exercée sur les poignets ou sur les jambes. *Excoriation très superficielle, sans ecchymose de l'aile gauche du nez. Lèvres violacées, dents serrées, langue gon-*

flée; la pointe appliquée contre les arcades dentaires; ses bords saillans et serrés entre les dents.

Au cou, dans l'angle sous-maxillaire, *entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde*, un sillon double très marqué et très rapproché, dirigé *circulairement* autour du cou, passant à *quatre centimètres* au-dessous de l'angle maxillaire *du côté droit*; *se relevant* en arrière, où il se trouve à *deux centimètres* au-dessous de la naissance des cheveux; présentant à gauche une interruption de *quinze millimètres sur le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien*, et offrant au-dessous de l'*angle maxillaire* (gauche) une empreinte *plus large* à hords irréguliers. Largeur uniforme du sillon (7 à 8 millimètres) *divisé en deux parties égales* par un liseré linéaire formé par une légère saillie de la peau injectée. Peau blanche du sillon en avant. Peau du sillon parcheminée en arrière, où le sillon est plus profond. Ecchymose souscutanée arrondie, d'un centimètre de diamètre au niveau de l'angle de l'os maxillaire inférieur.

Tous les tissus à l'état normal sous le sillon; aucune rupture ou fracture des cartilages et des os du cou.

Pas d'autres traces d'empreintes au cou.

Mousse à bulles très fines dans les voies aériennes; injection violacée de la base de la langue, du pharynx et des voies aériennes.

Sinus de la dure-mère gorgés de sang, ainsi que la substance cérébrale: pas de traces de contusions du cuir chevelu. Poumons congestionnés, tissu gorgé de sang. Estomac rempli d'alimens à demi-digérés. Les autres organes à l'état normal. *La vessie est vide.*

Tel est le résumé de tous les faits observés. Je dois déclarer que leur énoncé est, en presque totalité, extrait de la copie des pièces de l'instruction qui est délivrée par le greffe à l'accusé; il faut en excepter quelques renseignemens tirés de l'acte d'accusation ou de l'interrogatoire des accusés à l'audience.

(La suite au prochain numéro.)

PATHOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

SUR UNE FORME NON DÉCRITE DU CANCER DU SEIN;

Par MM. P. Lorain et Ch. Robin.

Nous empruntons l'observation suivante, qui nous a paru offrir beaucoup d'intérêt, aux comptes-rendus que la Société de biologie fait publier dans la *Gazette médicale de Paris*:

Le 26 décembre 1854, est entrée dans le service de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, une femme de 68 ans atteinte d'une maladie du sein. Cette femme a une santé habituellement honne; elle n'est point débilitée et n'offre aucun des signes de la cachexie; ce ne sont point de vives douleurs, ce n'est pas un malaise habituel qui l'ont amenée à l'hôpital; c'est la peur de succomber à son mal que les médecins lui ont dit être un cancer. La maladie siége au sein gauche; elle présente un aspect inusité et non décrit. On aperçoit d'abord une surface rose de 0,08 sur 0,05 de diamètre qui occupe le milieu de la mamelle et ressemble à une plaie de vésicatoire traitée par la pommade épispastique. Le mamelon n'existe pas, et l'on ne voit pas non plus trace de l'auréole; la malade nous apprend que le mamelon n'a jamais fait saillie, qu'il a toujours été rentré, qu'il n'a donc pas disparu par le fait de la maladie. Il y a six ans, vous dit-elle, une petite plaie se forma au niveau du mamelon; elle n'avait alors que l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et elle conserva ses dimensions pendant plusieurs mois, puis elle s'étendit progressivement avec une extrême lenteur, puisque en six ans elle n'a occupé que l'étendue de 8 centimètres de long sur 6 de large. Cette petite plaie causait de vives démangeaisons qui ont persisté; la malade assure ne pas connaître la cause qui a produit cette exulcération; elle n'a imaginé aucune explication; elle n'a jamais éprouvé, antérieurement à la date qu'elle indique comme le début de sa maladie, aucune lésion du sein. Elle a été mère plusieurs fois, mais elle n'a jamais allaité. Les médecins qu'elle a consultés ont traité de dartre cette maladie de la peau. Des pommades ont été appliquées sur cette surface malade, un vésicatoire y fut aussi appliqué. Il n'y eut jamais en ce point d'hémorrhagie ni de suppuration abondante; la malade n'éprouvait d'autre inconvénient qu'une démangeaison insupportable; elle nie qu'il y ait jamais eu sur cette surface de petites vésicules contenant un liquide qui, par la dessiccation, aurait formé des croûtes ou des squammes. Il y a deux ans seulement, elle s'aperçut qu'une tumeur se formait dans le sein lui-même; cette tumeur a acquis depuis cette époque le volume d'une grosse noix; depuis deux mois seulement des ganglions se sont indurés et hypertrophiés sous l'aisselle gauche.

Cette tumeur du sein donne lieu, surtout depuis quelque temps, à des douleurs lancinantes assez vives.

La présence d'une semblable tumeur compliquée d'engorgement des ganglions voisins, l'âge de la malade, la marche de la maladie, firent penser à M. Nélaton que cette tumeur était cancéreuse, et il résolut d'en faire l'ablation.

La surface rouge, semblable à la plaie que produit l'application d'un vésicatoire, était plus difficile à caractériser. Cependant, se fondant sur un fait analogue précédemment observé, M. Nélaton pensa que cette lésion pouvait aussi être cancéreuse. Elle était limitée exactement, nulle transition n'existant entre la peau saine et le tissu morbide, et ne pouvait être comparée à aucune lésion connue. L'ablation de toutes les parties malades, c'est-à-dire de la mamelle presque toute entière et des ganglions, fut pratiquée par M. Nélaton le vendredi 29 décembre 1854.

L'examen microscopique pratiqué par M. C. Robin a donné sur la nature de cette production morbide les renseignemens suivans:

La peau, dans une étendue de 8 cent. de long sur 6 de large, a une teinte rosée due à des vaisseaux nombreux très fins formant une sorte de piqueté extrêmement serré. Cette portion ne présente ni saillie ni dépression par rapport au reste de la peau. Le bord de cette portion rougeâtre est ondulé; mais la ligne de jonction avec la peau saine est nettement délimitée, en sorte qu'on passe brusquement, et de la manière la plus tranchée qu'on puisse concevoir, de la surface malade rosée à la portion blanche de la peau saine. La coupe du tissu laisse apercevoir le derme complétement sain; mais entre lui et la mince couche d'épiderme qui recouvre la portion malade, on aperçoit une mince couche demi-transparente, grisâtre, épaisse d'un demi à un millimètre; elle occupe toute l'étendue de la partie malade, et cesse brusquement vers la ligne de jonction de la peau saine et de la peau affectée. Cette couche grisâtre est même plus épaisse vers ce point de jonction où elle cesse brusquement que dans le milieu de la région malade. Cette région aussi affectée a présenté les particularités suivantes de structure: 1° La surface rougeâtre est recouverte d'une couche épithéliale épaisse de 1 à 2 dixièmes de millimètre dans les portions les plus minces, et offrant le double de cette épaisseur environ en d'autres points. Elle peut se détacher par de légères tractions à l'aide des pinces. Portée sous le microscope, elle présente des cellules d'épithélium adhérentes les unes aux autres, minces, aplaties, généralement peu granuleuses, toutes dépourvues de noyaux dans les cellules superficielles; mais pourtant quelques-unes des plus profondes offrent encore le noyau petit et ovale sans nucléole qu'on trouve habituellement dans les cellules de la couche de Malpighi; ce sont là tous les caractères de l'*épiderme* tel qu'on le trouve dans les régions de la peau où il offre peu d'épaisseur, telles que l'auréole du mamelon et la peau des paupières. 2° Au-dessous de cet épiderme très mince se trouve immédiatement la couche grisâtre demi-transparente signalée plus haut; celle-ci est formée presque entièrement d'élémens cancéreux, savoir des noyaux libres volumineux peu granuleux pourvus d'un à trois nucléoles, énormes, brillans. Il existe aussi des cellules plus nombreuses que les noyaux libres, tantôt se détachant facilement, tantôt entassés sans ordre. Ces cellules sont uniformément granuleuses. Quelques-unes sont arrondies, d'autres polyédriques; ces dernières conservent, lorsqu'elles sont détachées sous forme de dépression ou d'excavation, la trace des cellules voisines qui s'y implantaient en quelque sorte et les déprimaient; il en résulte, pour ces cellules, un aspect des plus singuliers. Ces cellules renferment de 1 à 3 et même 4 noyaux semblables aux noyaux libres; quelques-unes présentent, en outre, des excavations vésiculiformes remplies ou non de granulations moléculaires telles qu'on les rencontre assez souvent dans les cellules cancéreuses. Le diamètre de ces noyaux est de 12 à 16 millièmes de millimètre. Le nucléole a de 1 à 3 millièmes, et même sur quelques-uns atteint le volume énorme de 5 millièmes de millimètre. Les cellules, aussi variables de volume que de forme, nous ont offert des diamètres oscillant entre 2 et 7 centièmes de millimètre; quelques-unes même ne dépassaient pas ce dernier diamètre. Outre ces élémens qui, dans cette couche grisâtre, sont plus abondans que tous les autres, on rencontre une matière amorphe finement granuleuse des globules de pus, des cystoblastèmes et des vaisseaux capillaires. Telle est la structure de la couche qui caractérise essentiellement la lésion de la peau. 3° Au-dessous d'elle et se continuant presque insensiblement avec la couche précédente, se trouve le *derme* un peu plus épais en ce point que dans les parties saines; il ne présente aucune altération dans sa trace; mais, au lieu d'y retrouver la couche capillaire telle qu'on l'observe dans les parties non malades, il est facile de constater que cette couche est entièrement remplacée par la même lame de tissu cancéreux décrite, et même cette lame empiète un peu dans la profondeur du derme qui s'est épaissi pathologiquement dans sa partie adhérente. La lésion ne se borne point là: du côté du sternum, vers la limite de jonction de la partie saine et de la partie malade de la peau, se trouve une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de pigeon. Elle est placée au-dessous du derme; elle empiète à peine au-dessous de la partie malade de la peau, mais là en est séparée par l'épaisseur du derme qui est sain comme ailleurs, mais toutefois un peu aminci en ce point. Dans le reste de son étendue, cette tumeur adhère un peu à la face profonde du derme sans l'avoir envahi. Du côté opposé, elle adhère au muscle grand pectoral dont on a dû enlever une petite portion; mais pourtant le muscle n'est pas encore envahi par le produit morbide. Le reste de la périphérie de la tumeur se trouve plongé dans du tissu adipeux, anormal, la masse de la tumeur est grisâtre uniformément, ne renferme presque pas de vaisseaux (et ce sont des capillaires); elle est dure, friable, donne une pulpe plutôt que du suc, et exige pour cela l'action de racler, la pression seule étant insuffisante. Ce tissu offre la composition suivante:

1° Des cellules cancéreuses, semblables à celles qui existent sur la peau, si ce n'est que leurs noyaux sont généralement fortement granuleux, et que quelques-uns sont dépourvus de nucléoles. La plupart pourtant de ces noyaux sont très considérables et offrent aussi un nucléole volumineux; même caractère, du reste, de volume, de forme, etc. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de noter des noyaux qui atteignent dans des grandes cellules les dimensions exceptionnelles de 20 et 25 millièmes de millimètre. Le reste de la substance est de la matière amorphe granuleuse assez consistante, mais peu abondante relativement à la quantité de cellules qui s'y rencontrent. Elle contient aussi quelques rares élémens fibroplastiques, surtout à la surface de la tumeur. Au niveau du milieu de la portion de peau malade s'observe une légère dépression à peine perceptible qui semble être la trace du mamelon (lequel a toujours manqué comme on sait), et ce qui porte à croire que c'est là sa situation, c'est que de ce point se détache un faisceau de canaux galactophores qui, après un trajet de 3 centimètres, aboutissait à une tumeur du volume d'une noisette offrant le même aspect que les précédens et aussi la même structure; de la périphérie de cette petite tumeur se détachent des faisceaux de tissu fibreux qui se perdent en s'amincissant dans le tissu adipeux abondant de cette région. Bien qu'il ne renferme plus de tissu mammaire, il semble incontestable que ce sont là les restes de la glande dont une portion a été envahie par la petite masse cancéreuse qui vient d'être décrite.

On a enlevé, comme on le sait, trois ganglions de l'aisselle; ils n'ont aucun lien, aucun rapport de continuité avec la masse cancéreuse de la mamelle. Voici le résultat de l'examen de ces ganglions: l'un est gros comme une noisette, les deux autres comme des pois. De ces trois ganglions, le plus volumineux seul présente l'aspect offert par le reste de la tumeur; lui seul renferme les noyaux et cellules du cancer; les autres n'offrent que les élémens normaux des ganglions sans trace d'élémens hétéromorphes, et leur aspect extérieur est celui des ganglions atteints d'hypertrophie simple.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre.

On voit là une forme nouvelle, non décrite, du cancer de la peau à la mamelle. Ce qui nous a le plus frappé, c'est la lenteur du développement de la maladie, le peu de désordres causés par ce cancer déposé à la surface du derme, sous l'épiderme, faisant à peine saillie, ne s'étendant ni dans la profondeur de la peau ni à sa surface, ne végétant pas, et très différent dans ses manifestations de la forme généralement décrite. En outre, on voit qu'il n'y avait nulle communication, qu'il n'y avait nulle part continuité entre le cancer de la peau et le cancer de la mamelle, celui-ci n'ayant apparu que lorsque existait déjà depuis quatre ans le cancer de la peau. Enfin le point de départ de la maladie a été le mamelon. Nous noterons que dans le fait analogue observé par M. Nélaton antérieurement. c'est aussi sur le mamelon que la maladie avait débuté.

En présence d'une maladie non décrite, et pour ainsi dire inconnue, le diagnostic était difficile; mais quel parti n'eût-on pas tiré du microscope si, prenant à la surface de ce sein une parcelle du tissu morbide, on l'eût soumise à l'observation micrographique; on eût aussitôt assuré le diagnostic. Ici ce n'est pas seulement le pronostic, c'est le diagnostic lui-même qu'eût éclairé le microscope. Le mot de *dartre* n'eût pas été prononcé, si cet examen eût été pratiqué d'abord; on n'eût pas attendu si longtemps avant de pratiquer l'extirpation de la partie malade. Donc, ce que l'expérience a pu deviner, le microscope le faisait savoir avec toute certitude, et sans passer par les longues hésitations quelquefois fatales aux malades; et nous ne pouvons nous empêcher de donner le fait présent comme démontrant de la façon la plus évidente le droit qu'a le microscope d'intervenir, non pas seulement après les opérations, comme un des élémens du pronostic, mais même avant l'opération, comme moyen de diagnostic, alors que les yeux seuls, même les plus exercés, ne peuvent discerner la nature intime du mal.

PRESSE MÉDICALE.

HYDROMÉTRIE (*Cas d'*); par M. Shanks. — Le sujet de cette observation est une femme de 53 ans, d'un tempérament sanguin, qui avait eu dix enfans. Le plus jeune était né douze ans auparavant, en 1841. La menstruation avait cessé à l'âge de 47 à 48 ans. Les premiers symptômes de l'affection de l'utérus se déclarèrent à la suite d'une dysenterie chronique, et consistèrent en une tumeur située à la partie inférieure de l'abdomen. Douze mois après l'apparition de cette tumeur, elle consulta différens médecins, qui différèrent d'opinion sur sa nature et son siége.

Après un examen attentif, M. Shanks, après une consultation avec M. Fruyser, fut convaincu que le grand développement qu'avait pris l'abdomen de cette femme était le résultat de la distension de l'utérus, et que la grande quantité de fluide qui était contenu soit dans sa propre cavité (l'orifice interne du col étant fermé), soit dans un gros kyste intra-utérin qui distendait l'organe. Ce diagnostic était indiqué par la fluctuation abdominale très distincte, et qu'on reconnaissait par la palpation et par la distension du col et du segment inférieur de l'utérus, qu'on reconnaissait par l'examen vaginal et rectal.

Ce diagnostic étant porté, on se décida à opérer. Il n'y avait aucune ulcération du col, aucun écoulement ichoreux ou de mauvaise nature, qui indiquât quelque ulcération cachée ou toute autre affection.

Le 6 février 1854, après avoir essayé vainement d'introduire une bougie métallique de moyenne grosseur et différens cathéters, M. Shanks s'arrêta au porte-caustique utérin. En employant une force motrice, il réussit à le faire pénétrer de 2 pouces dans l'orifice de la matrice, et trouvant une résistance élastique produite par le kyste, il dirigea la pointe de l'instrument dans le sens du centre de la tumeur, à travers le kyste qui se trouvait dans la cavité. 2 onces d'un liquide épais et gélatineux, de couleur de miel, furent évacuées. On introduisit de nouveau l'instrument dans le kyste et 18 pintes d'un fluide séro-sanguinolent furent tirées sans aucune difficulté. Au bout d'un mois, le liquide s'étant formé de nouveau, exigea une deuxième opération.

Le 7 mars, M. Shanks tira encore, par le même moyen, 14 pintes de liquide. Cette fois, il avait davantage l'apparence d'un mélange de pus et de mucosités, ou de matière albumineuse et de sérum.

Lorsque le kyste eut été évacué, M. Shanks injecta, par la canule, environ 20 onces d'eau, à laquelle il ajouta 3 gros de teinture d'iode qu'il laissa quelques minutes dans le sac; puis il les fit sortir.

16 avril. Six semaines après la dernière opération, l'opérée vint à la ville, distante à peu près de 20 milles du lieu de son habitation. Quoique la matrice fut encore très distendue, sa santé générale était beaucoup améliorée.

Le 17 avril, M. Shanks tira encore 18 pintes de liquide, et injecta 20 onces d'eau avec 4 gros de teinture d'iode. Elle partit trois jours après l'opération, et M. Shanks n'en eut plus de nouvelles. — (*The American journal of the médical sciences*, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 12, 1855.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Paris, 16 Mars 1855.

Monsieur le rédacteur,

L'Union Médicale du 15 mars courant renferme un article au sujet duquel je viens vous prier de vouloir bien accueillir les quelques lignes de rectification que voici:

Cet article est relatif à une observation de *grossesse extra-utérine*, publiée par M. Binet, interne à la Maison de santé. Cette observation, intéressante à plus d'un titre, a été remise par moi à M. Demarquay lors de l'entrée de la malade à la Maison de santé; mais là n'est pas le motif de ma réclamation.

M. Binet, en terminant la deuxième partie de cette observation, qui lui est propre, m'adresse, indirectement, le reproche de n'avoir pas pratiqué *trois mois plutôt l'opération césarienne, qui eût pu avoir alors des chances de réussir*, dit-il; d'accord; mais à cela je répondrai, ce que j'avais déjà dit à M. Demarquay, que le 31 octobre, le 14 novembre, puis le 23 du même mois, les ponctions ayant donné issue à un pus odorant, je proposai *dès le 31 octobre* cette opération, qui, chaque fois, fut rejetée bien loin. Ce ne fut que plus tard, le 23 décembre, après avoir fait une injection iodée, et à force d'insistance, que je parvins à décider Mme R... à la subir; seulement, eu égard à l'état de la malade, je ne voulus plus en accepter la responsabilité, et je priai M. Demarquay de lui avoir un lit à la Maison de santé, où je la fis entrer le 6 janvier.

Je tenais beaucoup à rétablir ce fait dans sa rigoureuse exactitude.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Dr E. Lepère.

ERRATA. — Plusieurs fautes typographiques sont à rectifier dans la note lue à la Société médicale des hôpitaux par M. Aran.

Ainsi: 2me colonne, ligne 8; au lieu de: l'*inspiration calme à la fois est*, lisez: l'*inspiration calme est à la fois*....

2me page, 2me colonne, ligne 38 et suivantes, au lieu de: *si le passage du sang... ne laisse sur son passage*, etc., lisez: *si le passage du sang... ne laisse sur le trajet qu'il parcourt*.....

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltreste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 39. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 3 Avril 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

OBSTÉTRIQUE. — MALADIE DES FEMMES.

RECHERCHES SUR LA PARALYSIE QUI SURVIENT PENDANT LA GESTATION ET DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL;

Par le docteur Fleetwood CHURCHILL, membre du Collége des médecins d'Irlande.

Cet intéressant mémoire de M. Churchill, dont nous ne pouvons donner qu'un extrait, à cause de sa grande étendue, est destiné à établir plusieurs points importans relativement à une affection qui, pour n'être pas commune, n'est cependant pas très rare, et au sujet de laquelle on ne trouve dans les auteurs spéciaux aucune indication particulière. Je me propose d'établir, dit M. Churchill, les propositions suivantes :

1° L'hémiplégie, la paraplégie ou la paralysie partielle peuvent se montrer avant, pendant ou quelque temps après le travail de l'accouchement.

2° Pour quelques auteurs, la paralysie et la paraplégie principalement seraient dues à la pression exercée sur les muscles ou sur les nerfs, pendant un travail prolongé; mais cela n'est rien moins que prouvé, cette même maladie pouvant suivre un travail facile ou se montrer quelques jours après l'accouchement.

3° La paralysie peut terminer des convulsions ou les accompagner.

4° La paralysie peut être la conséquence d'une maladie organique ou d'un épanchement dans le cerveau, la moelle épinière ou à la surface de ces deux centres nerveux.

5° La paralysie peut résulter de l'action réflexe.

6° La paralysie peut dépendre de causes temporaires, et parmi ces causes, il faut inscrire au premier rang l'albuminurie.

7° L'hémiplégie peut aboutir rapidement à l'apoplexie ou n'y arriver qu'après des semaines ou plus lentement encore. La paraplégie peut laisser après elle une faiblesse temporaire ou assez durable; les paralysies locales, amaurose, surdité, etc., ne durent, en général, que très peu de temps.

8° Une paralysie nerveuse ou hystérique peut se montrer parfois en dehors de la grossesse ou pendant la durée de celle-ci; mais elle continue rarement après la délivrance.

M. Churchill fait suivre ces propositions de la relation abrégée des 34 cas de paralysie empruntés, pour la plupart, à divers auteurs, et dont quelques-uns ont été observés par lui-même. Ces cas sont divisés en trois séries, la première comprenant ceux dans lesquels la paralysie est survenue pendant la grossesse; la seconde, qui contient ceux dans lesquels la paralysie s'est montrée au moment du travail, et la troisième enfin où figurent les faits de paralysie consécutifs à l'accouchement.

Après ces observations, M. Churchill en présente un résumé analytique, suivi de quelques remarques sur les points les plus importans qu'elles soulèvent. Toutefois, ajoute ce médecin distingué, ces faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en déduire des conclusions bien positives; tels qu'ils sont cependant, ces résultats sont dignes d'attention. Voici le résumé de M. Churchill :

1° Des 34 cas, il en est 22 dans lesquels l'attaque de paralysie est survenue pendant la grossesse, 12 dans lesquels la paralysie est survenue pendant ou après le travail.

Dans 23 cas où cette circonstance est mentionnée, il est dit que 12 femmes étaient à leur premier enfant, 1 au second, 4 au troisième, 2 au quatrième, 3 au cinquième, 1 au sixième, 1 au treizième, et 1 qui avait eu plusieurs enfans, sans que le nombre en soit spécifié.

Des 34 cas, il en est 17 d'hémiplégie complète et 1 d'hémiplégie partielle, 4 de paraplégie, dont 2 avec paralysie d'une seule jambe, 6 de paralysie faciale, 3 d'amaurose et 3 de surdité; mais, dans quelques-uns de ces derniers cas, les paralysies locales étaient combinées à une hémiplégie. Des 14 cas d'hémiplégie, dans lesquels il est fait mention du côté affecté, 11 avaient leur siége à droite et 3 à gauche.

De ces 34 cas, 4 ont été suivis de mort.

Il est bon maintenant de considérer ces cas d'une manière un peu plus intime, et pour cela il convient de les diviser en deux classes : ceux qui sont survenus pendant la grossesse et ceux qui se sont montrés pendant ou après le travail.

2° De ces 22 cas, dans lesquels la paralysie est survenue pendant la grossesse, 12 étaient des hémiplégies, 1 une paraplégie qui s'était montrée auparavant, 4 des paralysies faciales, 2 des amauroses et 3 des surdités. Il n'existe aucune régularité relativement à la période de la grossesse à laquelle l'attaque a eu lieu; car sur 13 cas dans lesquels il est fait mention de cette circonstance, il en est 1 dans lequel la paralysie est survenue au deuxième mois, 1 au troisième ou quatrième mois, 1 au cinquième, 1 au sixième ou au septième, 3 au septième, 2 au huitième et 4 au neuvième; d'où il semblerait résulter que c'est surtout dans les derniers mois que les femmes enceintes sont le plus exposées à cet accident.

De ces 19 cas, 11 paraissaient avoir guéri avant ou après la délivrance, et dans 8 cas, la maladie a continué un temps plus ou moins long après la délivrance.

Des 20 cas, un seul a succombé; et dans ce cas, il est évident que la mort était due à une maladie du cerveau plus ancienne que la grossesse, plutôt qu'à la paralysie qui avait augmenté pendant la durée de celle-ci; de sorte que ce cas de mort ne saurait infirmer le caractère relativement peu dangereux de ces attaques pendant la grossesse.

Dans 3 cas seulement, la paralysie avait été précédée de convulsions. Dans la plupart de ces cas, il ne paraît pas qu'il y ait eu de symptômes précurseurs; peu ou point de céphalalgie ou aucune autre circonstance propre à exciter des craintes relativement au développement de la paralysie. Les caractères de cette paralysie ressemblaient beaucoup à ceux d'attaques semblables qui n'ont aucun rapport avec la grossesse : la motilité était affaiblie ou entièrement perdue; dans quelques cas, la sensibilité était augmentée, diminuée ou modifiée; mais, dans d'autres cas, on peut conclure du silence de l'observation qu'il n'y avait que peu ou point de changement dans les conditions normales. L'intelligence paraît avoir conservé son intégrité dans tous les cas. Une particularité d'un grand intérêt dans plusieurs de ces cas, et sur lesquels je reviendrai, c'est la présence de l'albumine dans l'urine, toutes les fois que cette sécrétion a été examinée avec soin.

3° La seconde classe, composée de 12 cas, est caractérisée par l'attaque qui survient pendant ou après le travail. Il est remarquable que, dans 3 cas seulement, la paralysie est survenue dans le travail, et dans 2 de ces cas, après des convulsions; dans tous les autres cas, non seulement elle n'a pas succédé immédiatement au travail, mais elle en a été séparée par un intervalle quelquefois considérable, un, deux, trois, sept, huit, dix jours, et un mois après.

De ces 12 cas, 5 étaient des cas d'hémiplégie complète; dans un seul cas, le bras était affecté; 1 cas de paraplégie complète;

Feuilleton.

CHIRURGIE DE PAUL D'ÉGINE;

Texte grec restitué et collationné sur tous les manuscrits de la Bibliothèque impériale, accompagné des variantes de ces manuscrits et de celles des deux éditions de Venise et de Bâle, ainsi que de notes philologiques et médicales, avec traduction française en regard, précédé d'une introduction;

Par René BRIAU, D.-M. P.

Un volume in-8°, Paris, 1855. — Victor Masson, libraire.

Paul d'Égine, l'un des auteurs anciens les plus cités, est néanmoins un de ceux dont les œuvres ont été le moins souvent réimprimées dans leur texte et le moins souvent traduites en langue vulgaire. On ne connaît que deux éditions grecques de son œuvre complète, telle du moins que le temps nous l'a conservée, l'édition de Venise, de 1528, et l'édition de Bâle, de 1538. Toutes les deux sont incorrectes, la seconde moins que la première. Quant aux traductions, il existe de nombreuses versions latines, dont celle de Cornarius (1556) passe pour la meilleure. Les deux traductions françaises, incomplètes d'ailleurs, celle de Pierre Tolet (1540), et celle de Dalechamps (1610), sont à peu près illisibles et remplies d'erreurs.

M. le docteur Briau, qui vient de se révéler comme savant helléniste autant que comme judicieux critique, a eu une bonne et heureuse pensée en publiant une nouvelle édition du texte grec de Paul d'Égine, accompagné d'une traduction française. Cette publication ne comprend encore que la *Chirurgie de Paul d'Égine*; mais il est à espérer que les encouragemens donnés à M. Briau lui permettront de continuer ce beau travail et de doter le monde savant d'une édition complète, avec traduction des œuvres du dernier médecin grec.

L'édition de la *Chirurgie de Paul d'Égine*, donnée par M. Briau, peut être considérée comme une reconstitution nouvelle du texte de l'auteur grec. Notre savant confrère, en effet, a pu consulter les nombreux manuscrits de cet auteur que possède notre Bibliothèque impériale, sur lesquels il a collationné chaque mot, et en a relevé toutes les variantes, comme a fait M. Littré pour son texte d'Hippocrate, travail long et pénible, dont il a consigné les résultats dans des notes placées au bas des pages, afin qu'il soit toujours possible de recourir aux mêmes sources, et de vérifier à l'instant la fidélité de sa traduction.

L'appréciation d'un travail de ce genre ne peut appartenir qu'à un helléniste exercé. Un jugement de notre part manquerait de compétence. Autant que nos très faibles lumières nous permettent de le dire, le texte grec donné par M. Briau nous semble réunir tous les élémens sérieux d'exactitude, et sa traduction toutes les garanties désirables de fidélité. Quoique littérale, cette traduction est élégante et présente surtout une grande clarté dans le style. Nous avons vu avec plaisir que M. Briau n'a pas été séduit par un exemple célèbre; que, tout en restant fidèle au texte, il n'a pas cherché à *hellenniser* sa traduction française, et qu'il a conservé à notre langue ses tours, sa construction naturelle et sa sobriété dans les inversions.

L'ouvrage est précédé d'une *Introduction* pleine d'intérêt; nous allons y suivre l'auteur dans quelques-uns de ses principaux chapitres.

Après des considérations judicieuses et très littérairement présentées sur les avantages que présente la connaissance de la littérature médicale ancienne, sur l'utilité particulière que l'on pourra retirer de la *Chirurgie de Paul d'Égine*, M. Briau expose et discute les rares documens qui sont restés sur la personne et sur la vie de ce médecin.

L'épithète constamment ajoutée à son nom de Paul, ne permet aucun doute sur le lieu de sa naissance; il vit le jour dans l'île d'Égine. A quelle époque a-t-il vécu? De la discussion à laquelle se livre M. Briau, il résulte que, sans pouvoir fixer cette époque d'une manière précise, il y a des raisons suffisantes pour affirmer qu'elle ne peut être reculée plus loin que le commencement du VIIme siècle. Parmi les motifs invoqués par M. Briau, il fait valoir que Paul d'Égine mentionne un cas rapporté par Alexandre de Tralles, cas qui ne sera pas lu sans intérêt par notre savant ami, M. le professeur Forget, de Strasbourg, dont nous avons dernièrement publié un travail remarquable sur la *phthisie calculeuse*. Au liv. V, chap. 4 de ses œuvres, on lit : « Un homme cracha une pierre » parfaitement distincte, non point une humeur épaisse et visqueuse, » mais une véritable pierre. Elle n'était pas raboteuse, mais très lisse, » dure et résistante, de telle sorte que, jetée à terre, son choc était » bruyant. Cet homme, tourmenté depuis longtemps par la toux, ne » put être délivré de ses efforts de toux que par l'expuition du calcul. »

M. Briau établit sur des preuves péremptoires que Paul d'Égine visita Alexandrie et étudia dans son école. C'est probablement le dernier médecin célèbre qui ait étudié dans la capitale des Ptolémées; et d'après la discussion chronologique de M. Briau, il a pu être contemporain de la destruction de son école illustre (641).

Où vécut, où exerça Paul d'Égine? De grandes obscurités, que M. Briau n'a pu dissiper, enveloppent ces questions. La plus grande probabilité est pour croire qu'il fut médecin *périodeute*. La perte de ses ouvrages sur les *maladies des femmes* et l'hygiène des enfans nous prive, dit M. Briau, des notions intéressantes que nous aurions trouvées dans ces ouvrages spéciaux qui étaient l'unique fruit de la pratique de Paul d'Égine et de sa longue expérience.

Dans le chapitre suivant, M. Briau examine et apprécie les écrits de Paul d'Égine. Nous voudrions pouvoir le suivre dans cette exposition savante et dans cette critique élevée. Nous en citerons ce qui peut en être regardé comme la conclusion :

« ..... Un des principaux titres du livre de Paul à notre intérêt se » tire de l'époque où vécut l'auteur. J'ajoute : et de la manière dont » ce livre a été composé. En effet, contenant sous un médiocre volume » les résultats de la science pratique et de l'expérience de tous les médecins antérieurs, il présentait, dans un moment où toutes les choses » intellectuelles étaient en décadence, un résumé, un *compendium* » succinct, mais fidèle de toute la médecine, fait par un homme instruit, » très intelligent et expérimenté. Il rendit l'acquisition de la science » facile aux esprits indolens et déjà à demi-barbares de cette époque, » et servit ainsi à entretenir quelques lueurs des lumières acquises, » dans des temps où les intelligences, énervées et détournées des » études paisibles par d'autres préoccupations, se trouvaient dans l'im-

la jambe droite était seulement paralysée dans 1 cas, la gauche dans un autre; 2 étaient des exemples d'amaurose; 1 de paralysie faciale; et dans 3 cas seulement d'hémiplégie, la face participait à l'attaque. Dans un cas très remarquable, la paralysie du mouvement d'un côté était accompagnée de perte de sensibilité de l'autre. Dans quelques cas, la sensibilité était diminuée, sans altération dans d'autres; elle n'était augmentée dans aucun. Les phénomènes de la maladie n'avaient rien de particulier; dans la majorité des cas, l'attaque était survenue le plus ordinairement sans avertissement et sans aucune autre cause connue. Dans 2 cas, les convulsions s'étaient terminées par amaurose; mais dans 1 cas, la paralysie avait précédé les convulsions; et pendant ces dernières, les membres paralysés avaient été agités de convulsions.

La durée de la maladie a varié considérablement, la paralysie diminuant graduellement dans la plupart des cas; aussi la guérison a eu lieu dans un cas après plusieurs jours; dans un second après six semaines; dans un troisième en quinze jours; mais la vision est restée imparfaite pendant plusieurs mois; dans un quatrième en un mois; dans deux autres en deux mois; une autre malade a recouvré en deux mois la faculté de marcher, mais elle a été atteinte d'une autre maladie qui a été suivie de mort; une autre malade, enfin, a quitté l'hôpital sans amélioration.

Dans 3 cas, la mort est survenue, une fois au quatorzième jour, une autre fois au vingt-quatrième jour; la date manque pour le troisième fait.

4° J'ai déjà fait remarquer, ajoute M. Churchill, que, dans la plupart des cas, l'attaque est survenue sans avertissement et sans aucune cause apparente. Il faut cependant qu'il y ait une cause à ces accidens, mais il est beaucoup plus facile, dans la plupart des cas, de dire ce qui ne l'est pas que ce qui l'est. Par exemple, dans aucun de ces cas, excepté un, il ne paraît pas qu'il y ait eu d'influence extérieure telle que le froid, des violences extérieures ou de trouble moral; dans un très petit nombre de cas, tout au plus s'il y avait eu une congestion cérébrale antérieure ou une maladie d'un autre organe.

On a supposé que la paralysie pouvait être simplement la conséquence des convulsions, et quelques-uns des faits précédens sembleraient confirmer cette opinion; mais si la chose était vraie d'une manière générale, on devrait voir plus souvent les convulsions précéder la paralysie et un plus grand nombre de cas de convulsions se terminer par paralysie. Or, sur tous les cas que j'ai cités, le plus grand nombre n'avait pas offert de convulsions du tout, et, d'un autre côté, au milieu de tous les cas de convulsions rapportés par Collins, Mac Clintock et Hardy, il n'est pas un seul exemple de cette terminaison. Force est donc de rapporter les convulsions et la paralysie à quelque cause commune ou différente.

Je ne doute pas, ainsi que Romberg l'a fait remarquer, que, dans un certain nombre de cas, surtout parmi ceux qui surviennent pendant la grossesse, la paralysie est due à une action réflexe, dont le point de départ se trouve dans quelque organe ou quelque tissu à l'état morbide et dans lequel le système nerveux semble seulement servir de voie de transmission, sans aucune désorganisation centrale. Dans ces cas, la cause déterminante peut être ou bien quelque lésion, quelque condition morbide des organes générateurs, ou peut-être seulement une excitation passagère, telle que celle de la grossesse. Il est possible également que quelques-uns des cas de paralysie survenant pendant la grossesse devraient être classés dans le groupe des paralysies hystériques de MM. Romberg et Layerck; mais cette distinction n'est pas toujours facile à faire.

L'obstruction des artères par des caillots ou des végétations arrêtées dans les artères a été décrite récemment par M. Simpson comme une cause de paralysie après l'accouchement; mais comme la mort du membre et celle de la malade sont les conséquences directes de cet accident, et que rien de pareil n'a été observé dans les cas cités plus haut, il est impossible d'admettre une pareille cause.

On pourrait supposer encore que les efforts considérables nécessités par le travail, efforts qui produisent une congestion si grande vers la tête et vers la face, qui congestionnent aussi le cerveau, sont la principale cause de cet accident; mais cette supposition ne peut tenir devant les faits; car si l'on excepte les cas de convulsions, la paralysie n'est pas survenue une seule fois à l'époque du travail, mais bien avant le travail ou à une époque à laquelle toute action directe avait cessé, et dans quelques cas même après un intervalle tel, qu'on ne pouvait la regarder comme un effet même éloigné des efforts de l'accouchement. D'un autre côté, lorsqu'on songe au nombre d'accouchemens laborieux dans lesquels cet accident n'a pas été observé, ou qu'on compare sa fréquence avec celle des convulsions pendant le travail, il est difficile d'attribuer beaucoup d'influence à cette cause.

Nous l'avons dit plus haut, la paraplégie a été attribuée à un travail laborieux et prolongé et à la pression mécanique exercée sur les nerfs et les muscles du bassin. Cette explication semble au premier abord acceptable et satisfaisante; car la chose est possible. Néanmoins, il est bien remarquable que dans tous nos cas, sauf un, le travail avait été naturel, facile et non prolongé (dans un seul cas, la malade avait été délivrée avec le forceps). D'ailleurs, dans les autres cas, l'époque du début de la paralysie était trop éloignée de l'accouchement, pour qu'on pût admettre cette cause. D'un autre côté, si l'on veut bien se rappeler que les relevés statistiques des accouchemens laborieux de tous les pays, en Angleterre et à l'étranger, ne font aucune mention de cet accident, il faudra bien regarder cette particularité du travail comme n'étant ni une cause nécessaire, ni une cause fréquente.

Dans deux cas, la paralysie semble avoir été liée à un état anémique, suite d'hémorrhagie, soit par l'effet direct du manque de sang, soit indirectement par l'accroissement de susceptibilité du système nerveux, dans ces circonstances, aux causes excitantes ordinaires. Dans un autre cas, la paraplégie paraissait être due à l'action du froid; mais dans la majorité des cas, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, il n'y avait ni pléthore, ni anémie, ni misère, ni privations, ni lésions physiques, ni âge avancé, ni chagrin, ni impression morale vive, bref, aucune cause apparente.

(La fin à un prochain numéro.)

MÉDECINE LÉGALE.

QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES TOUCHANT LA MORT PAR SUSPENSION ET LA DISTINCTION DU SUICIDE ET DE L'HOMICIDE.

Consultation médico-légale dans l'affaire Duroulle;

Par M. Alph. Devergie.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Discussion des faits. — En présence de cet ensemble de faits, il y a lieu de poser et de résoudre les deux questions suivantes :

1° A quel genre de mort a succombé la dame Duroulle ?

2° La mort a-t-elle été le résultat d'un assassinat ou d'un suicide ?

1° *A quel genre de mort a succombé la dame Duroulle* ? La connaissance de la cause de la mort se déduit en général de deux ordres de preuves : *preuves positives* représentées par des *altérations matérielles; preuves négatives*, lorsqu'elles ressortent de l'impossibilité absolue de l'accomplissement de tel ou tel genre de mort.

Dans l'espèce, *les preuves positives* existent. Si l'on n'a pas vu un lien de suspension autour du cou, au moins on en a *médicalement* et *judiciairement constaté la présence*, ainsi que les caractères qui dénotent que ce lien a été appliqué pendant la vie, et qu'il a amené la mort avec l'ensemble des phénomènes qui accompagnent son application circulaire, presque complète. En effet, dire : *Rien d'anormal dans l'expression de la figure, les dents serrées et comprimant l'extrémité de la langue engagée légèrement entre les arcades dentaires; congestion du pharynx et des voies aériennes; écume à bulles fines dans la trachée-artère; sang en abondance au cerveau et dans les poumons; expulsion de l'urine et d'une petite quantité de matière fécale*, autant de preuves d'une constriction du cou opérée pendant la vie.

Les preuves *négatives* se déduisent de l'absence de toutes contusions, blessures ou violences propres à rendre compte de la mort. La cause de la mort violente ne peut pas exister sans traces de violences. Il est évident que, sous ce rapport, l'examen médico-légal, fait à deux époques différentes, ne saurait élever aucun doute à l'égard de l'absence de ces sortes d'altérations.

Inutile d'ajouter que les hypothèses d'empoisonnement, d'asphyxie par le charbon, de submersion, etc., ne pourraient être un moment invoquées.

Ainsi se trouve résolue la première question : *La mort de la dame Duroulle a été la conséquence de l'application d'un lien autour du cou*, l'accusation et la défense sont d'accord avec la science pour le reconnaître.

2° *La mort a-t-elle été le résultat d'un assassinat ou d'un suicide?* —Ici deux systèmes en présence : L'accusation prétend que la dame Duroulle a été *étranglée ou pendue* pendant la soirée du 26 février. La défense soutient que cette dame s'est pendue dans la soirée du 27. —Il y a donc là une question de date qu'il faut avant tout résoudre, et dont la science peut donner la solution.

Un fait passé presque inaperçu dans les débats, si l'on s'en réfère aux rapports des journaux, vient, suivant nous, *jeter une vive lumière dans ce procès.*

Il existe, dans les pièces de la procédure, un procès-verbal du garde champêtre et une déposition du même individu devant M. le juge d'instruction. Les faits, dans l'un comme dans l'autre sont identiques, et la déposition, il faut bien le dire, est peu favorable aux accusés,

Ce garde champêtre, qui a assisté le maire dans ses premières investigations, a été chargé, par le docteur Boulard, de déshabiller la femme Duroulle, afin que l'on pût voir s'il existait quelques traces de violence à la surface du corps. Il a constaté que le corps *était tiède*, et le docteur Boulard a reconnu que les membres n'étaient pas roides ou rigides. Le juge d'instruction a insisté auprès du garde champêtre, lors de la déposition de ce dernier, sur ce fait de *température du corps*, et le garde champêtre a reproduit *son dire.*

Or, pour comprendre toute la portée de cette circonstance, *la chaleur encore manifeste du corps* de la dame Duroulle, dans la soirée du 27 février, il faut entrer dans quelques détails scientifiques sur les phénomènes qui suivent toujours la mort.

Ces phénomènes sont au nombre de quatre : 1° Diminution progressive et disparition de la chaleur; 2° rigidité ou roideur cadavérique; 3° souplesse des chairs et des membres par la cessation de la rigidité; 4° putréfaction.

La succession de ces phénomènes dans l'ordre de leur manifestation est *immuable*, toujours *constante :* aussi immuable et aussi constante que les phénomènes de la vie. La seule différence qu'ils présentent en raison des conditions diverses dans lesquelles la mort survient, existe dans la rapidité de leur succession, ou dans la durée de chacun d'eux. Or, on connaît les circonstances qui font varier et l'époque de leur apparition et celle de leur durée. Ces circonstances se rattachent surtout au genre de mort et à la température de l'atmosphère, et comme, dans l'espèce, le genre de mort est connu, on voit que l'on arrivera à résoudre cette question, à quelques heures près dans certains cas donnés : *L'un de ces phénomènes existant dans le cas de suspension ou de strangulation, déterminer la date de la mort.*

En hiver, où la température extérieure est, le plus souvent, basse, l'extinction de la chaleur est très rapide; l'apparition de la rigidité ou de la roideur des membres a souvent lieu quelques minutes après la mort chez les enfans et les vieillards; elle est généralement manifeste dans les deux ou trois premières heures; généralement aussi elle ne se

---

» possibilité de produire quelque chose de saillant et de nouveau dans » le domaine médical. »

Nous avons dit que la critique de M. Briau est savante et élevée; nous tenons à justifier cette appréciation et, pour cela, rien de mieux à faire que de citer le passage suivant de son *Introduction* au milieu de tant d'autres également dignes d'être reproduits :

Paul « ferme l'ère de la médecine grecque classique, en la résumant » tout entière d'une manière concise, il est vrai, mais aussi complète » que possible. Après notre auteur, l'école grecque est finie et la » science tombe dans les ténèbres du moyen âge, pour ne plus pro- » jeter de lumière que bien des siècles après, lorsque refleurirent les » lettres grecques dans l'occident de l'Europe. (Nous appelons surtout l'attention sur l'appréciation qui suit de la littérature médicale des Arabes.) « Quelle que soit la réputation qu'on ait voulu faire aux mé- » decins arabes, ils ne peuvent, à aucun titre, être regardés comme » les continuateurs de la médecine grecque classique. Car, l'école » arabe, et je saisis avec empressement cette occasion de le dire, n'eut » rien d'original, rien de spontané, rien qui lui fût propre, pas plus en » médecine qu'en philosophie; malgré l'éclat dont brilla cette école » pendant quatre siècles, tant en Asie qu'en Espagne, il faut qu'on le » sache, elle ne fut qu'un reflet bien pâle et bien décoloré du génie » grec, à qui cet éclat fut emprunté. Les commentateurs arabes furent » plus ou moins intelligens, plus ou moins ingénieux, profitèrent avec » plus ou moins de jugement des riches trésors que les traducteurs » firent passer dans leur langue, mais tous furent dénués d'esprit d'ini- » tiative et d'originalité : leurs ouvrages ne furent que d'imparfaites » copies, que d'arides commentaires des écrits helléniques, dont les » textes mêmes leur étaient inconnus.

» Héritiers collatéraux des richesses littéraires et scientifiques de la » Grèce, les Sémites se contentèrent de jouir de cette bonne fortune » comme des gens qui n'étaient pas en état d'en apprécier la valeur; » pas plus qu'aujourd'hui encore, ils ne peuvent apprécier les magnifi- » ques et splendides développemens de l'industrie européenne; leur » génie infécond, associé à la mâle raison des Grecs, ne retira de cette » adultération qu'un produit hybride, dépourvu de caractère et frappé » de stérilité, qui ne put transmettre aux occidentaux qu'une image » incomplète et défigurée de la grande école hellénique. »

M. Briau termine cette *introduction* par l'examen appréciatif du *Traité de chirurgie*, sujet de la publication.

Selon M. Briau, ce livre de Paul est, avec celui de Celse, tout ce que l'antiquité nous a laissé de plus complet sur la médecine opératoire. Et comme Paul est postérieur à Celse de 600 ans, son livre acquiert un haut degré d'importance, puisqu'il nous fait connaître les progrès qui se sont accomplis, dans cette branche de la médecine, dans ce long espace de temps, et qu'il nous conduit jusqu'à la nuit du moyen-âge.

M. Briau passe en revue les principaux faits chirurgicaux qui se produisirent pendant cette période de 600 ans, et dont les résultats sont consignés dans la *chirurgie* de Paul. Le parallèle entre celle-ci et la chirurgie de Celse, est des plus instructifs, et nous regrettons de ne pouvoir accompagner l'auteur dans les nombreux détails par lesquels il suit, pas à pas, les progrès de la médecine opératoire chez ces deux auteurs. Nous ne craignons pas de dire que M. Briau aura rendu un très grand service à ceux de ses confrères à qui manquent le temps et l'occasion de recourir aux sources, et qui, néanmoins, ont besoin d'être instantanément renseignés sur des questions historiques importantes.

Nous craignons de n'avoir pas suffisamment exposé les titres de cette publication à toute l'estime des savans : « Si je ne me suis pas fait illu- » sion sur l'utilité du travail que je livre en ce moment au public, dit » modestement M. Briau, et si les chirurgiens, mes juges, pensent, » comme j'en ai l'espérance, que j'ai fait une œuvre digne d'encoura- » gement, malgré la longueur et l'âpreté d'un pareil labeur accompli au » milieu des soucis quotidiens et des tracas que me donne la nécessité » absolue dans laquelle je me trouve d'exercer ma profession pour » vivre, je poursuivrai ma tâche, et sans me reposer; après ce premier » travail, je ferai pour le quatrième et le cinquième livre ce que j'ai » fait pour celui-ci. »

Nous faisons des vœux sincères pour que notre modeste et savant confrère reçoive ces encouragemens qu'il espère et dont il est si digne.

Amédée Latour.

ARMÉE D'ORIENT. — ÉTAT-MAJOR GÉNÉRAL.

ORDRE GÉNÉRAL.

Depuis le commencement de cette pénible et glorieuse campagne, les officiers de santé des hôpitaux, des ambulances et des divers corps ont rivalisé de zèle et d'activité. Pour donner des soins aux soldats malades ou blessés et remplir dignement une tâche que les circonstances rendaient laborieuse et périlleuse, ils ont multiplié leurs efforts et su pourvoir à toutes les nécessités de la situation.

Chaque jour témoin des actes de dévouement du corps de santé, le général en chef lui adresse des remercîmens auxquels l'armée tout entière voudra s'associer.

Le général en chef, Canrobert.

9 mars, 1855.

— Le corps de santé vient de faire de nouvelles pertes en Crimée et à Constantinople. L'un des médecins les plus distingués des hôpitaux, le docteur Ancinelle est mort en Crimée au commencement de mars. Cette perte a été suivie de celle des aides-majors Senaux et Vernau. Les médecins-majors Colmant et Marmy ont été gravement malades, ainsi que l'aide-major Vink.

La plupart des médecins de l'armée sont fatigués et épuisés par une besogne excessive; il se joint à cela un découragement moral qui tient à la position fausse et subalternisée que l'on fait à nos médecins. L'ordre suivant du général Canrobert témoigne des efforts et du dévouement des officiers de santé. Il est regrettable que, par oubli ou par intention, un témoignage de gratitude du général en chef ne soit pas porté à la connaissance des officiers de santé des hôpitaux, c'est-à-dire de ceux-là mêmes auxquels il était destiné.

— Par décret impérial du 14 mars, ont été nommés chevaliers dans l'ordre de la Légion d'Honneur, MM. Duparge, médecin-major au 55e de ligne, et Rohault, médecin-major au 76e.

montre jamais plus tard que les *sept premières heures* après la mort. C'est, il faut le dire de suite, dans l'asphyxie par le charbon qu'elle se développe plus tard, mais alors elle dure plus longtemps. Nysten, dans un cas de ce genre, l'a vue se prolonger pendant sept jours ; mais elle ne s'était montrée que seize heures après la mort. C'est le seul cas de ce genre où l'on ait vu *la rigidité cadavérique se montrer aussi tard.*

Or, la rigidité succède à l'abaissement de la température du corps ; elle n'existait pas dans les membres de Mme Duroulle ; et le corps était encore tiède ; cependant, à l'époque de l'examen du cadavre, près de *trente heures* devaient être écoulées depuis la mort, selon l'accusation, puisque c'est dans l'après-midi du 26 que deux témoins déclaraient avoir entendu au dehors des indices d'une scène de violence qui se serait passée chez les époux Duroulle ; et ils ne peuvent indiquer l'heure à laquelle ils auraient entendu des cris.

Il résulte de renseignemens authentiques, qui m'ont été fournis par M. Leverrier, directeur de l'Observatoire de Paris, renseignemens relevés des registres de cet établissement, qu'à Paris la température de l'atmosphère, le 26 et le 27 février 1854, était de 2 degrés 5 à 6 dixièmes à dix heures du matin et à dix heures du soir, le 26, et de 2 degrés 5 dixièmes aux mêmes heures le 27; le thermomètre a dû s'abaisser pendant la nuit du 26 au 27, tout en remontant de quelques degrés à midi, le 27.

Donc, à cette époque de l'année, la température était basse, et ce qui vient à l'appui de cette assertion, c'est que M. Bidault, chargé, après sept jours de décès, de procéder à l'autopsie lors de l'exhumation du corps, a été frappé de la conservation de celui-ci. Il ne s'en est rendu compte qu'en invoquant l'abaissement de la température du moment.

Mais l'accusation suppose que la dame Duroulle a été assassinée le 26 février dans l'après-midi et que les inculpés ont pris des précautions pour maintenir la chaleur du corps et s'opposer au développement de la rigidité, afin de conserver le corps jusqu'au lendemain au soir et de le pouvoir présenter à cette époque comme étant le fait d'une mort récente.

Dans cette hypothèse, qui suppose un ensemble d'idées si bien concertées, prévues et arrêtées à l'avance de la part des accusés, je dis que le fait me paraît *matériellement* impossible, puisque l'on cite dans la science comme un fait *exceptionnel*, un cas d'asphyxie par le charbon où le développement de la rigidité a pu tarder à se développer jusqu'à la seizième heure après la mort et qu'on ne connaît pas un seul exemple analogue de ce genre.

Admettons si l'on veut, qu'à l'aide de conditions, de précautions, toutes exceptionnelles, on ait pu reculer le développement de la rigidité ; aurait-on jamais pu le reculer jusqu'à *vingt-cinq ou trente heures*? Le phénomène de la roideur des muscles est encore une sorte de phénomène vital, de contractilité fibrillaire, qui est le dernier de tous les phénomènes vitaux, puisqu'il s'opère après que la mort générale est survenue. Comment supposer que l'on pourrait entretenir pendant trente heures ce reste de vitatité de tissu, quand la mort générale est arrivée ?

Ainsi l'hypothèse de l'accusation n'est pas soutenable, la science la repousse et le bon sens seul la rejette.

Voilà donc un phénomène de la plus haute portée, bien constaté, bien reconnu, et qui est passé inaperçu dans les débats. Nous appelons toute l'attention sur sa valeur. C'est là un fait matériel de la plus grande importance. Ou il a été constaté, ou il ne l'a pas été. S'il a été constaté, ce n'est pas le 26 *que la dame Duroulle est décédée, cela est impossible.*

Mais si l'assassinat de la dame Duroulle n'a pas été opéré le 26, à quelle cause faut-il donc attribuer ces cris *à moi ! à moi!* primitivement accentués d'une voix forte, puis répétés d'une voix éteinte ? C'est une question qu'il ne nous est pas donné de résoudre. Ce que nous venons dire, c'est que si cet appel de secours a été fait d'une manière *décroissante* il ne saurait se rattacher à la strangulation ou à la suspension, *car une fois le lien appliqué autour du cou et commençant à exercer son influence*, il ne peut plus y avoir d'appel à du secours ; la transition est *brusque, instantanée*, comme la constriction. Or, en réfléchissant aux conditions diverses dans lesquelles les assassins auraient pu se placer pour opérer la suspension ou la strangulation, je cherche en vain à me rendre compte de cet appel à du secours. Pendant le sommeil ? impossible ! Pendant la veille, avec le bâillonnement ? Mais alors, pas de possibilité de crier. Avec la contention des bras et du corps ? Mais alors, la victime conserve la faculté de jeter des cris jusqu'au moment *brusque, instantané*, où le lien exerce la constriction.

Et puis, si l'on eût étranglé la dame Duroulle, et qu'on l'eût pendue ensuite, on aurait trouvé deux empreintes du lien distinctes autour du cou : l'une *horizontale*, dénotant la constriction circulaire de l'étranglement préalable à la suspension, l'autre *oblique*, conséquence de la suspension du corps, ce qui n'existait pas ; l'empreinte était double et parallèle, parce que le lien avait été doublé.

Concluons donc que les cris de la dame Duroulle ont pu être entendus par deux témoins, mais que ces cris doivent être alors rattachés à une autre scène que celle dans laquelle la mort s'est accomplie.

Reste une dernière hypothèse, celle qui consisterait à admettre que la dame Duroulle a été pendue par des mains homicides dans la nuit du 27 février.

Nous avons déjà prouvé que la dame Duroulle n'avait pas pu succomber le 26, mais nous n'avons pas démontré qu'elle avait succombé par la suspension. — Il ne peut s'élever aucun doute à cet égard. Les phénomènes de congestion cérébrale et d'asphyxie signalés à l'ouverture du corps, la présence de l'écume dans les voies aériennes et surtout la contraction des mâchoires, avec la langue engagée et comprimée entre les arcades dentaires ; puis la présence des matières fécales et de l'urine sur le sol, immédiatement au-dessous du point d'insertion du lien à la filière du grenier, constituent autant de preuves surabondantes de la mort par application d'un lien autour du cou *pendant la vie*, et aussi de la suspension.

L'accusation a supposé que, pour mieux simuler cette suspension dans le grenier, on avait déposé un peu de matière fécale et versé un peu d'urine sur le sol. Mais, outre que les phénomènes de l'émission de l'urine et de la défécation sont constans chez les chiens, ils sont très souvent observés chez les femmes surtout, et quelquefois chez les hommes. Je dis quelquefois chez les hommes parce qu'en effet, chez eux, il se montre une éjaculation spermatique qui s'oppose le plus souvent à l'émission de l'urine. L'autopsie est d'ailleurs venue démontrer que la vessie ne contenait plus d'urine, coïncidence parfaite avec la présence de l'urine sur le sol. Ajoutons, enfin, que le nez porte l'empreinte d'une petite ecchymose dépendant de la chute de la dame Duroulle sur la figure au moment où le lien de suspension s'est rompu par le poids de son corps.

L'accusation a souvent interrogé les inculpés sur le fait de savoir comment les vêtemens de la femme Duroulle n'auraient pas été trouvés maculés par l'urine ou les matières fécales. Cette circonstance n'a rien qui nous surprenne. Ne sait-on pas que, dans les basses classes de la société, beaucoup de femmes ont l'habitude d'uriner debout dans les rues, sans se mouiller ? Il leur suffit d'écarter les jambes et de porter le corps un peu en avant pour opérer l'éjection de l'urine sans en être le moindrement souillées. Elles n'ont même pas besoin de relever en quoi que ce soit leur jupon. Or, telle aurait été la position *nécessairement* prise par la dame Duroulle pour se pendre à cause du peu de hauteur du point de suspension, ainsi que nous le dirons tout à l'heure.

Ces circonstances, dont l'accusation a paru se faire un argument, sont donc tout entières en faveur de la suspension pendant la vie, dans le lieu même où le corps de la dame Duroulle a été trouvé.

Ainsi, il est constant que la dame Duroulle est morte par *application d'un lien* autour du cou, dans le grenier et dans le point du grenier où elle a été trouvée.

S'est-elle pendue, ou l'a-t-on pendue ? Supposons un moment le ménage des époux Duroulle parfaitement heureux ; admettons de la part de Duroulle une conduite régulière ; mettons complétement à l'écart la fille Esther Neveu, et plaçons-nous sans préventions, sans préoccupations aucunes, en présence du cadavre. Notre première pensée va être celle d'un suicide. Cette pensée a même été celle des premiers magistrats instructeurs, quoiqu'ils connussent parfaitement les antécédens des inculpés ; un permis d'inhumer a été délivré et l'inhumation a eu lieu.

La rumeur publique seule paraît avoir motivé de nouvelles investigations de la part de la justice. C'est qu'en effet tout est naturel dans l'ensemble des moyens mis en usage par la dame Duroulle pour opérer la suspension.

Madame Duroulle a la taille de 1 mètre 55 centimètres. Elle peut, après avoir enroulé le lien de suspension autour de son cou et l'avoir fait passer dans l'anse qui le termine immédiatement au-dessous du nœud formé par cette anse, venir en fixer les extrémités à la filière du grenier, filière qui n'est distante du sol, y compris son épaisseur, que de 1 mètre 87 centimètres. Elle n'a donc pas eu besoin de chaise. Elle n'a pas eu besoin de lumière pour cette opération ; il lui a suffi de s'orienter dans le grenier qu'elle connaissait d'ailleurs fort bien, et le faible transparent de la fenêtre ne lui a même pas été nécessaire. Le lien fixé, elle a écarté les jambes pour perdre point d'appui ; elle a abandonné le devant du corps à lui-même en le portant en avant. La strangulation s'est opérée d'autant plus vite et d'autant plus complétement, qu'il n'existait pas de nœud coulant, mais une simple corde passant à travers une anse. C'est à gauche que se trouve le passage de la corde dans l'anse du lien et au voisinage de l'angle gauche de la mâchoire inférieure, c'est-à-dire dans le point que la main droite et la main gauche peuvent atteindre plus facilement. La corde est enroulée *obliquement* autour du cou et dirigée du côté droit vers le côté gauche ; il y a aussi une différence de hauteur de plusieurs centimètres entre ces deux côtés. Le lien repose entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, comme dans tous les cas de suspension par suicide. Il n'existe qu'un double sillon correspondant parfaitement à la corde mise en double. On trouve une légère ecchymose à l'angle de la mâchoire, du côté gauche, ecchymose correspondant à la pression naturellement plus forte de la corde formant nœud et *anse d'arrêt* en ce point. La corde s'est rompue parce que la personne qui se suicidait avait tenu peu de compte de son état de solidité. La suspension a dû être brusque, et l'effet de suspension avec strangulation s'est produit aussitôt, c'est-à-dire l'évacuation des matières fécales et d'urine. Enfin, aucun désordre dans les vêtemens, aucune trace de violences !

Dans l'hypothèse d'une suspension par des mains étrangères, que de force, que de prévoyance, que d'art n'aurait-il pas fallu pour produire un ensemble de faits aussi complet ? de la force ? Dans l'espèce une seule personne s'empare d'une femme de vingt-neuf ans, de complexion moyenne, après l'avoir conduite en compagnie de son complice dans le grenier. Là elle l'étreint, la rend immobile, lui fixe, à lui seul, les bras, le corps, les jambes, la tête, de manière que la fille Neveu puisse lui passer une corde autour du cou, et la lui mettre, non pas avec un nœud coulant ordinaire, une anse toute prête à passer par la tête pour venir prendre place au cou, ainsi que pourrait le faire un assassin, de manière à ce qu'une fois la corde passée autour du cou il suffise de tirer sur son extrémité libre pour comprimer celui-ci ; mais en appliquant d'abord la corde doublée autour du cou ; faisant ensuite le nœud coulant, c'est-à-dire en suivant le mode le plus long, le plus difficile ; puis celui qui étreint sa victime ayant le soin de la saisir par le côté droit du corps, afin que le nœud coulant corresponde au côté du cou pour simuler le suicide.

Une fois appliqué au cou, il aura fallu attacher le lien à la poutre, et comme on ne peut pas abandonner la victime à elle-même pour terminer la suspension par la chute seule du corps, puisqu'il n'y a que 1 mètre 55 centimètres de distance de l'extrémité du lien au sol, il aurait fallu fixer pour ainsi dire la dame Duroulle à terre, lui faire baisser la tête et le corps en avant, afin que le poids du corps exerce une traction sur le lien ; puis lui faire tenir les jambes écartées, pour que l'urine et les matières fécales s'échappent sans salir les vêtemens ; et tout cela s'exécuter, pour ainsi dire, avec la puissance presque seule d'un homme, sans violences, sans étreintes, sans contusions, sans résistance de la part d'une femme de 29 ans ! et puis des assassins qui choisissent un lieu de suspension sur lequel ils ne peuvent pas compter ; qui prennent pour corde un cordon de tirage de rideaux, dont la vétusté est telle, qu'il suffit du poids du corps d'une femme de complexion moyenne et de 1 mètre 55 centimètres de hauteur pour en amener la rupture !

Je ne saurais trop le redire : Effacez un moment les antécédens du mari et de la fille Neveu et vous arrivez *nécessairement* et *rigoureusement* à la pensée du suicide.

Aussi l'accusation avouait-elle qu'elle ne pouvait donner la preuve de l'existence du corps du délit ! Mais alors, je le demande, comment peut-on qualifier un acte d'assassinat lorsque l'on ne peut pas même démontrer que le meurtre est le fait d'un homicide ?

Je conçois que lorsqu'une *mort violente* est constatée, par des blessures, par exemple, l'accusation, qui ne peut pas produire des preuves *de visu* de l'accomplissement de l'acte criminel, cherche dans les antécédens de l'accusé, dans sa conduite, dans l'intérêt plus ou moins direct qu'il a pu avoir à commettre cet acte, des preuves de culpabilité, mais pour qu'une accusation de ce genre repose sur une base un peu solide, il faut qu'il y ait eu, tout d'abord, une personne assassinée ; c'est donc cette preuve qu'il faut donner, et quand elle manque, il ne peut y avoir de base à un crime puisqu'il ne saurait exister de crime sans corps de délit.

Résumé. — Je crois avoir établi :

1° Que la cause de la mort de la dame Duroulle est connue et démontrée par des preuves positives ; qu'elle a été le résultat de l'application d'un lien autour du cou.

2° Que la date de la mort doit être rapportée au 27 février et non pas au 26.

3° Que les cris ou appels au secours, proférés par la dame Duroulle dans l'après-midi du 26 février, ne sauraient être rapportés au jour de la mort.

4° Qu'il est impossible d'admettre que le sieur Duroulle, aidé de la fille Esther Neveu, ait pu accomplir l'acte de suspension qui a causé la mort de la dame Duroulle le 27 février.

5° Que toutes les circonstances de la suspension dénotent une suspension volontaire.

Conclusion. — La dame Duroulle s'est suicidée par suspension, le 27 février 1854.

(*La fin au prochain numéro.*)

ÉPIDÉMIOLOGIE.

SIMPLE RÉPLIQUE A LA LETTRE DE M. ROCHE.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Cher confrère,

Je ne répondrai point à M. Roche, et il en comprendra facilement la raison. Il ne peut plus me convenir de le suivre sur le ton de sa lettre dans une discussion qu'il a su rendre toute personnelle, et dont la forme n'est probablement plus du goût du public médical, pas plus qu'elle n'est dans mes habitudes d'esprit et de caractère.

Mais je dois aux lecteurs de l'Union Médicale, qui ne seraient pas suffisamment édifiés sur l'objet des récriminations de M. Roche, une courte et simple explication sur deux points essentiels de sa lettre ; les seuls d'ailleurs qui puissent intéresser la science dans le débat qui s'est élevé entre nous.

1° M. Roche me reproche de lui avoir fait dire que, dans toute épidémie de choléra asiatique, *le premier cas se développe nécessairement sous l'influence épidémique* (ce qui doit être, puisque, de l'aveu de l'honorable auteur, l'*on n'a jamais observé le choléra asiatique que sous forme épidémique ;* puisque *c'est au sein de l'épidémie même que l'on est réduit, dit-il, à chercher des faits réels de contagion*, Lettre 3me, page 26) ; *tandis que ceux qui le suivent sont indubitablement nés sous l'influence contagieuse.*

Non seulement M. Roche proteste de la manière la plus énergique contre cette citation, qui *ne lui appartient pas*, dit-il, *et que j'ai dû emprunter à d'autres*, mais *il me porte le défi le plus formel de lui indiquer l'endroit de ses écrits où j'aurais pu en trouver la trace.*

Pour toute réponse à M. Roche, il me suffira de rappeler à sa mémoire que la citation qui traduit pour ainsi dire son opinion à l'égard des faits relatés par lui comme exemples de contagion, est toute entière dans sa 3me Lettre, page 27, lignes 36 et suivantes, où M. Roche pourra la trouver, quand il voudra se convaincre que je ne l'ai ni inventée, ni empruntée à personne qu'à lui seul ; ou mieux encore, et pour qu'il ne l'oublie plus, comme pour mettre nos lecteurs dans le cas de juger comparativement et par eux-mêmes en quoi pourrait différer le sens du texte original et le sens de la citation incriminée, nous reproduirons littéralement, avec points et virgules, les paroles mêmes de l'auteur : Le *premier cas*, dit M. Roche, *s'était développé sous l'influence épidémique, ou avait puisé la contagion au dehors, ceux qui l'ont suivi sont indubitablement nés sous l'influence contagieuse.*

M. Roche sera parfaitement libre de donner à son texte l'interprétation qu'il jugera convenable ; c'est son bien, c'est son droit ; à lui donc, à lui d'abord de commenter sa propre loi ; et comme il nous a fait entendre qu'il ne voudrait pas que l'explication qu'il en a donnée pût être considérée comme l'expression d'une doctrine générale sur la contagion, laquelle serait, suivant lui, *parfaitement absurde ;* il ne peut nous convenir de le contredire sur ce point.

Mais en présence de faits bien spécifiés et de la citation qui les résume et les explique, nous avions peut-être aussi le droit d'exprimer notre opinion sur le peu de valeur qu'ils nous semblent avoir dans la question de contagion du choléra, et il nous était au moins permis de demander à leur auteur, comme nous lui demandons encore, « pourquoi la » puissance épidémique si constamment, si nécessairement liée à la loi » d'invasion et de migration du choléra, disparaîtrait si facilement, et si » contrairement à sa doctrine (celle du miasme cholérique, qui veut » que *toute maladie miasmatique soit nécessairement épidémique » et contagieuse*), pour laisser à la contagion le soin exclusif de la » propagation du mal ? Pourquoi elle ne pourrait produire que le » premier cas de choléra, sans pouvoir produire aussi le second, le » troisième, etc., dans le même lieu ou la même habitation ? Pourquoi » les membres d'une même famille ou les habitans d'un même lieu, qui » subissent en commun les mêmes influences locales, seraient traités » si différemment par le fléau, les uns exclusivement voués aux coups » de l'épidémie, les autres aux coups de la contagion ? »

De pareilles questions ne nous semblaient pas devoir blesser si vivement la susceptibilité de l'auteur, et nous n'y trouvions rien d'incompatible même avec le sentiment de l'amitié. Mais M. Roche, qui est un enfant gâté de la presse, il faut bien le dire, ne souffre pas même les plus simples objections d'un adversaire. La moindre étincelle de contradiction le met tout en feu ; et peu s'en faut qu'il ne se soit révolté contre d'innocens *sic* que nous avions préposés comme de vigilantes sentinelles autour et à la défense des grands principes de l'*hypothèse réhabilitée.*

2° Pour prouver à M. Roche que la prétendue analogie qu'il a trouvée entre le choléra et la rougeole, la scarlatine et autres maladies miasmatiques, relativement à leur commune propriété contagieuse, est un argument insoutenable dans la démonstration de la contagion du choléra, nous avions tout simplement demandé à l'honorable adversaire :

Si, d'une part, il y a lieu de douter de la propriété contagieuse de la rougeole et de la scarlatine, même à l'état sporadique ? Et si la science et la pratique ne sont pas suffisamment édifiées sur ce point ?

Si, d'une autre part, il existe des faits, un seul fait bien constaté de transmission individuelle ou de contagion proprement dite du choléra, en dehors d'un milieu épidémique ou à l'état purement sporadique ?

Cette double question portait avec elle un sens assez évidemment affirmatif pour la contagion de la rougeole et de la scarlatine, un sens au moins douteux, sinon absolument négatif à l'égard de la contagion du choléra. Elle pouvait donc, par elle seule, frapper de caducité l'argument de l'analogie. Mais soit erreur typographique, soit inadvertance de M. Roche, la phrase qui exprimait la première question a été complétement démembrée, reproduite avec des transpositions de mots et sans points d'interrogation, de manière à prendre un sens négatif au lieu du sens affirmatif que nous lui avions donné.

Quelle que soit la cause de ce changement, qui a dû nous surprendre, et qui pourrait passer pour une petite ruse de guerre, si nous n'avions pleine foi dans la loyauté de notre adversaire, nous devions cependant signaler le fait comme ne devant rien enlever à notre objection de la valeur qu'elle peut avoir contre l'argument de M. Roche.

Je n'ajouterai rien, d'ailleurs, à ces deux rectifications, bien décidé que je suis à ne plus troubler M. Roche dans le libre exercice de ses bienveillantes dispositions d'esprit et de cœur à mon égard. L'honorable adversaire n'accepterait pas même le ton tant soit peu aigre-doux de la discussion, en échange de toutes les amertumes de sa critique, et je suis bien forcé d'avouer que je ne pourrais pas trouver en moi assez de douceurs ni assez d'aménités d'expression pour répondre au style de sa lettre.

Je laisserai donc croire à M. Roche que des coups de boutoir lancés à un adversaire, en place d'argumens, contre l'opinion de la contagion du choléra, ne sont que d'innocentes *piqûres de mouche*, qui ne peuvent blesser personne. Que l'on peut toujours attaquer impunément

un auteur, le poursuivre sans pitié de toutes les hyperboles d'une critique sans mesure; lui interdire même le droit de se plaindre ou de se défendre, si l'on a pris soin de ne pas le nommer, ou si l'on a fait mine de ne pas le connaître.

M. Roche pourra aussi se donner la petite satisfaction de dire à tous ceux qui voudraient bien le croire, que le jour où j'ai sollicité devant l'Académie la discussion du rapport si impatiemment attendu de la commission du choléra, pour connaître la *vérité* sur la grave question de contagion, j'ai donné le conseil de proclamer partout et bien haut une erreur dangereuse comme une vérité utile, un fait au moins douteux, comme un fait patent, bien démontré, bien et dûment acquis à la science.

Je ne puis que savoir gré à M. Roche des leçons de politesse et de goût littéraire qu'il a bien voulu me donner, et surtout de la peine qu'il a prise de m'avoir signalé complaisamment une erreur d'impression (le mot *celui* pour *le ton*), qui a introduit dans une phrase de ma lettre une de ces fautes grammaticales que mon bienveillant Aristarque se pardonne bien facilement à lui-même, mais qu'il ne pardonne jamais à un adversaire.

Je laisserai d'ailleurs à M. Roche le plaisir, le triste plaisir, il est vrai, de persifler tout à son aise un sentiment que l'on a au moins l'habitude de respecter, celui de l'amitié, alors même que l'on n'est point disposé à l'accepter.

Mais il me permettra de décliner l'honneur qu'il me fait de penser avec ses amis que j'ai plaidé mieux que lui-même sa cause dans la question de contagion du choléra. Comme je ne pourrais devoir un tel honneur qu'à l'extrême modestie de mon généreux adversaire, je lui laisserai le droit de se glorifier seul dans le triomphe d'un succès qui n'appartient qu'à lui.

Il ne me reste donc plus qu'à attendre, loin de M. Roche et à la distance qu'il lui a plu d'établir entre nous, le sort de la question qui nous divise, et à l'attendre sur cette brèche où la gravité du sujet m'a conduit, où des convictions plus profondes que jamais me retiennent. C'est là maintenant, là seulement que mon honorable adversaire me trouvera, et qu'il me trouvera toujours *sans haine et sans crainte*.

Veuillez, cher confrère, agréer la nouvelle et sincère expression de tous mes sentimens d'affectueuse confraternité.

P. JOLLY.

12 Mars 1855.

PHARMACIE.

NOTE SUR LA FORMULE LA PLUS CONVENABLE A L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME A L'INTÉRIEUR;

Par M. G. DANNECY, pharmacien à Bordeaux.

L'emploi du chloroforme à l'intérieur est considéré par beaucoup de praticiens comme une ressource précieuse dans certains cas; mais à cause de sa densité et son indissolubilité dans les liquides aqueux, il est difficile de l'administrer dans les potions sans que son action s'affaiblisse; car il faut agiter celles-ci avec soin et prendre des précautions sur lesquelles le médecin ne peut que rarement compter de la part des personnes qui entourent les malades. Cette difficulté est encore bien plus grande dans les hôpitaux, où ces derniers sont eux-mêmes chargés de ce soin.

Pour obvier à ces inconvéniens, plusieurs procédés ont été proposés: la solution de gomme a d'abord été employée. Si cette addition a l'avantage de rendre le mélange plus stable, elle ne suffit cependant pas pour le préserver d'une séparation complète dans un temps plus ou moins long. Il a donc fallu rechercher un autre procédé.

L'alcool, ajouté au chloroforme dans la proportion d'une partie de chloroforme et quatre d'alcool, a été proposé par quelques praticiens. Si cette addition d'alcool au chloroforme, qui a l'avantage de rendre celui-ci un peu soluble, peut être employé quand le chloroforme est prescrit à petite dose, il n'en est pas de même quand il l'est dans de plus fortes proportions. D'une part, il introduit de l'alcool dans des préparations qui ne doivent pas en contenir, et d'un autre côté, il laisse indissoute une certaine quantité de chloroforme.

Ayant eu l'occasion, dans la pratique civile et dans les hôpitaux, de constater l'imperfection de ces deux procédés, je me suis appliqué à trouver une combinaison exempte des défauts signalés, et je crois y être arrivé.

L'emploi de l'huile, tenant en dissolution le chloroforme, m'a paru réunir tous les avantages; savoir :

1° De maintenir le mélange parfaitement homogène et stable, quelles que soient les proportions de chloroforme prescrites;

2° De ne pas introduire, dans les potions qui doivent le plus souvent agir comme calmant, une substance aussi excitante que l'est l'alcool;

3° Enfin, de dispenser le malade ou ceux qui le soignent de toute espèce de précaution avant d'administrer le remède.

Voici la formule que j'ai le plus souvent employée, et dont les proportions peuvent changer suivant les indications :

Prenez :	Chloroforme pur.	2	grammes.
	Huile d'amande douce . . .	8	—
	Gomme arabique.	4	—
	Sirop de fleurs d'oranger. .	30	—
	Eau distillée	60	—

Mêlez l'huile avec le chloroforme, et faites avec ce mélange une potion huileuse, en procédant de la manière ordinaire.

Je profiterai de cette occasion pour recommander à mes confrères un procédé simple et très sûr, afin de constater la pureté du chloroforme : c'est de le mêler avec de l'huile; la limpidité de celle-ci n'est nullement altérée par le chloroforme lorsqu'il est chimiquement pur, tandis qu'elle l'est d'une manière très sensible lorsque d'autres corps s'y trouvent mêlés, en quelque faible proportion que cela soit.

Le mélange avec l'éther sulfurique anhydre est le seul qui ne présente pas cette réaction, et je sais qu'une semblable adultération a été signalée; mais j'avoue que jamais encore un pareil mélange ne m'est tombé sous la main (1).

(1) Extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1855.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances du 28 Février et du 7 Mars 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Sommaire. — Ankylose du genou, avec luxation du tibia sur le fémur. — Appareil inamovible en stuc. — Luxations des cartilages costaux. — Plaie du cou. — Entérolithe.

Ankylose par fusion des os du genou droit, avec luxation incomplète en arrière et en dehors du tibia sur le fémur.

M. FANO a recueilli cette pièce sur une femme âgée d'environ 65 ans. Avant toute dissection, on constatait les particularités suivantes :

Plusieurs cicatrices existent sur la face antérieure du genou. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, et tout le membre inférieur est porté dans la rotation en dehors; il est plus court que le membre inférieur gauche d'environ 8 centimètres.

Au-dessous de la rotule existe une forte dépression; le condyle interne du fémur constitue une saillie très prononcée; le condyle externe du tibia proémine fortement en dehors : d'où résulte un agrandissement manifeste dans le diamètre transversal de l'articulation. Il est impossible d'imprimer le moindre mouvement de flexion ou d'extension à la jambe.

La dissection des parties molles qui entourent l'articulation montre que le muscle triceps crural est notablement atrophié; les fibres en sont pâles, décolorées, mélangées d'une grande quantité de graisse. Autour de l'extrémité inférieure du fémur, le tissu cellulaire est très épaissi et intimement adhérent à la couche osseuse subjacente.

La rotule est soudée par sa face postérieure avec la moitié externe de la trochlée fémorale. En raison du déplacement que le tibia a subi en arrière, le ligament rotulien, fortement tendu, est dirigé obliquement en bas, en dehors et en arrière. Dans tout l'espace qui sépare la face postérieure de ce ligament des os, il existe une grande quantité de graisse.

Le condyle externe du tibia est porté en arrière et en dehors du condyle externe du fémur. Dans le premier sens, c'est-à-dire en arrière, la saillie est d'environ trois centimètres et demi; en dehors, elle est de deux centimètres. Le condyle interne du tibia est porté en dehors du condyle interne du fémur.

En résumé, il semble que l'extrémité supérieure du tibia ait décrit un mouvement de rotation d'avant en arrière et de dedans en dehors, de telle façon qu'il existe une luxation incomplète du tibia sur le fémur, en arrière et en dehors à la fois.

A l'extérieur, c'est-à-dire avant que toute espèce de coupe ait été pratiquée sur les os, on peut facilement limiter les anciennes surfaces articulaires du fémur et du tibia, bien qu'il n'existe entre elles aucune séparation. Le cartilage d'incrustation de ces surfaces a complétement disparu.

Une coupe verticale antéro-postérieure et médiane du genou montre une continuité parfaite entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia. Une autre coupe verticale antéro-postérieure, pratiquée en dedans de la précédente, permet de reconnaître qu'il n'existe aucune ligne de démarcation tranchée entre le condyle fémoral et le condyle tibial; la double lame compacte qui séparait les deux os a complétement disparu, et à la place existe un tissu spongieux plus ou moins serré. Ajoutons, comme dernier trait à cette description, que le tissu spongieux de l'extrémité supérieure du tibia est notablement raréfié.

Nouvelle espèce d'appareil inamovible en stuc.

L'UNION MÉDICALE a publié, il y a peu de temps, un mémoire de M. RICHET, sur une nouvelle espèce d'appareil inamovible, fait au moyen de plâtre et de gélatine dans des proportions déterminées. L'auteur de cette innovation ayant tout d'abord communiquée à la Société de chirurgie, celle-ci a été appelée à en discuter la valeur.

M. GIRALDÈS fait ressortir les avantages de l'appareil en plâtre simple, dont les pièces peuvent être préparées à l'avance; qui n'exige pas un tissu spécial; dont les matières premières se rencontrent si facilement. Il en est de même des appareils de gutta-percha, substance dont on fabrique à l'instant des gouttières ou des attelles par le simple ramollissement dans l'eau chaude. M. Giraldès donne même la préférence à la gutta-percha sur le plâtre pour le service des armées en campagne; mais il se montre peu partisan des appareils inamovibles dans ce cas particulier.

M. LARREY ne partage pas cette dernière opinion; et comparant entre elles les diverses espèces d'appareils, il donne la préférence au plâtre.

Une objection a été adressée par M. RICHET aux appareils en gutta-percha. Cette substance se ramollit dans l'eau chaude et tombe en culot au fond du vase. D'un autre côté, l'auteur reconnaît au stuc un autre avantage, celui de pouvoir résister à l'action de l'urine, ce qui mérite d'être pris en sérieuse considération chez les enfans.

M. CLOQUET a retiré de grands bénéfices de l'appareil en plâtre dans le traitement des fractures qui présentent une consolidation tardive; et M. HERVEZ DE CHÉGOIN a cité un fait qui vient à l'appui de cette assertion.

M. MARJOLIN a été forcé, après des essais nombreux, de renoncer aux appareils inamovibles pour le traitement des fractures des membres inférieurs chez les jeunes enfans. En effet, ces sortes d'appareils sont rapidement imprégnés d'urine, d'où résultent des éruptions de diverse nature. M. Marjolin donne la préférence, pour les cas de ce genre, à de petites attelles de cuir entourées de taffetas gommé qu'il maintient avec des bandelettes de diachylon autour du membre.

Pour notre compte, nous avons vu M. Richet appliquer, à l'hôpital St-Antoine, des appareils inamovibles en stuc, et nous avons été surtout frappé de la rapidité avec laquelle ces appareils se dessèchent. C'est là incontestablement un des plus grands avantages que présente le nouvel appareil.

Lipômes multiples et symétriques.

M. HUGUIER a fait voir un homme atteint d'un nombre considérable de lipômes parvenus à des degrés divers de volume. Ces lipômes sont distribués avec une symétrie remarquable sur le tronc, le cou, le thorax, l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs. M. Huguier, qui en a fait avec soin le dénombrement, en a compté jusqu'à quarante-trois, répartis inégalement dans les diverses régions que nous avons indiquées.

Luxations des cartilages costaux.

Sous ce titre, M. DÉSORMEAUX lit un rapport sur un travail dû à M. le docteur SAUREL. Le mémoire a été renvoyé au comité de publication et M. Saurel a été proclamé membre correspondant de la Société.

Plaie du cou. — Ligature de la carotide primitive et de la carotide interne.

Le malade qui fait le sujet de cette observation a été atteint d'une plaie de la région parotidienne, suivie d'une hémorrhagie grave par le pharynx. M. RICHET n'ayant pu découvrir la source de cette hémorrhagie, a pratiqué avec succès définitif la ligature de la carotide primitive et de la carotide interne du même côté.

Entérolithe formé de carbonate de magnésie.

M. CLOQUET montre un calcul du volume d'un gros œuf de pigeon, expulsé par le rectum d'une femme qui prit par erreur 45 grammes de carbonate de magnésie, au lieu de sulfate de la même base.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Paris, 31 Mars 1855.

Monsieur le rédacteur,

Votre numéro d'aujourd'hui, 31 mars, renferme une réclamation de M. Lepère, au sujet d'une observation de grossesse extra-utérine publiée par moi le 15 mars dernier; *cette observation*, dit M. Lepère, *intéressante à plus d'un titre, a été remise par moi à M. Demarquay lors de l'entrée de la malade à la Maison de santé.*

Je n'ai pas l'honneur de connaître M. Lepère, je sais seulement que M. Demarquay me remit, le 6 janvier (L'opération a été pratiquée le 14 et l'autopsie le 17), une note signée Lepère, contenant quelques renseignemens sur les ANTÉCÉDENS de Mme R..., et dont je me suis servi pour constater les réponses de la malade et de ses parens. Deux fois, dans le courant de l'observation, j'ai nommé M. Lepère au sujet de l'examen local de la malade pendant les années qui ont précédé son entrée dans ma salle, cela ne suffit pas à M. Lepère. Du reste, Monsieur le rédacteur, si je ne craignais d'abuser bien inutilement des colonnes de votre journal et du temps de vos lecteurs, je rechercherais la note de M. Lepère et vous prierais de la publier. Les faits seraient alors rétablis, comme dit M. Lepère, dans leur *rigoureuse exactitude*.

Quant à la seconde partie de la réclamation de M. Lepère, que ce médecin se rassure, je n'ai nullement songé à lui, en disant : que *l'on aurait pu pratiquer l'opération césarienne trois mois plus tôt*; il cherche à se justifier, mais aucune idée d'incrimination ne m'est jamais venue.

Agréez, etc.

Alf. BINET,
Interne des hôpitaux.

COURRIER.

Le concours pour une place de médecin du bureau central des hôpitaux vient de s'ouvrir, les juges sont :

MM. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu; Devergie, médecin à l'hôpital Saint-Louis; Frémy, médecin à l'institution de Sainte-Périne; Cullerier, chirurgien à l'hôpital de Lourcine; Barth, médecin à l'hôpital Beaujon.

Les juges suppléans sont : MM. Grisolle, médecin à l'Hôtel-Dieu; Manec, chirurgien à la salpêtrière.

Les candidats sont au nombre de vingt-six; ce sont : MM. Dumoulin, Destouches, de Beauvais, Clairin, Charcot, Chammartin, Caillault, Cahen, Boivin, Blondeau, Axenfeld, Grange, Hervieux, Laboulbène, Labric, Lamaestre, Matice, Mesnet, Montanier, Piogey, Racle, Rotureau, Simonet, Empis, Triboulet, Woillez.

La première épreuve, composition faite, a eu lieu le mercredi 14 mars. La question tirée au sort a été celle-ci : *Du délire envisagé au point de vue du diagnostic et du pronostic des maladies* (les affections mentales exceptées).

— Par arrêté du ministre de la guerre, tous les aides-majors stagiaires, à leur entrée à l'école du Val-de-Grâce, devront s'engager dorénavant, sur l'honneur, à se vouer au service de santé pendant cinq années au moins. Cette disposition a pour but d'empêcher les vacances trop fréquentes par suite de démission.

— En Angleterre, les hôpitaux ne forment pas, comme en France, une administration publique; ils ne sont pas soutenus par l'Etat, mais bien par des souscriptions particulières, et il arrive quelquefois que, pour un motif ou pour un autre, ces souscriptions ne suffisent pas à l'entretien de l'établissement. C'est ce qui vient d'arriver pour l'un des plus importans hôpitaux de Londres, *the University College hospital*. Aussitôt un grand dîner a été organisé; la présidence en a été offerte à un orateur distingué, lord Granville, et à la fin du repas, sous l'influence d'un chaleureux discours, une liste de souscription a été ouverte, qui en quelques instans a réuni une somme de 1,287 livres sterling (32,175 fr.). Que nous sommes loin des mœurs anglaises!

Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfans. — M. le docteur Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfans, continuera, à dater du mois d'avril :

1° Tous les jours les visites, à 7 heures 1/2;

2° Tous les jeudis visites, leçons et opérations, de 7 heures 1/2 à 10 heures;

3° Consultations gratuites tous les jours, à 9 heures, excepté le jeudi et le dimanche.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 40. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 5 Avril 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens,
1 An.................. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

Le 15 avril prochain, les Bureaux de l'UNION MÉDICALE seront transférés *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56, dans le local qu'ils ont occupé pendant plusieurs années.

PARIS, LE 4 AVRIL 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Enfin, *Parchappe* vint.....

L'événement de la séance a été, en effet, le discours de ce savant confrère. Simple membre *correspondant* et candidat actuel à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, M. Parchappe a voulu probablement saisir l'occasion de la discussion philosophico-pathologique qui depuis plus de deux mois occupe l'Académie, pour poser sa candidature. Cette intervention de l'honorable orateur a été des plus heureuses, elle a obtenu un succès immédiat incontestable, et si, au moment plus ou moins prochain de faire un choix, l'Académie se souvient de cette oraison remarquable à la fois par le fond et par la forme, l'Académie confirmera l'opinion généralement exprimée, hier, par une nombreuse assistance, à savoir que M. Parchappe venait de conquérir un titre éclatant à ses suffrages.

Nous publions textuellement le discours de M. Parchappe, l'analyse en serait donc superflue. Nos lecteurs apprécieront avec nous le bonheur rare avec lequel l'orateur a su poser, énoncer et limiter la question, le bonheur plus rare encore de l'exposition, des développemens et de la solution. Au milieu de la confusion où quelques précédens orateurs avaient jeté et laissé la discussion, M. Parchappe a eu le grand mérite de la rappeler à l'ordre et à la lumière. Grâce à lui, l'Académie a pu, enfin, comprendre où était et ce qu'était la question et se faire une idée nette et juste des divers sujets qui, durant de nombreuses séances, ont passé successivement devant son esprit, revêtus jusque-là de formes singulièrement fantastiques. D'une main ferme et expérimentée il a tracé le tableau des deux écoles qui depuis tant de siècles se dressent en antagonistes l'une de l'autre sous des noms divers et qui se résument aujourd'hui sous les appellations incomplètes et vicieuses de *vitalisme* et d'*organicisme*. Il a exposé les principes, la philosophie de ces deux écoles, ce qui les caractérise, ce qui les différencie, et sous sa parole lucide et correcte, cette exposition si souvent faite et déjà bien connue, prenait l'attrait et l'intérêt d'une chose nouvelle.

Nous demanderons à notre savant confrère la permission de lui présenter quelques observations pour lesquelles l'espace nous manque aujourd'hui. Nous n'avons pas voulu retarder la publication de son discours que nos lecteurs trouveront certainement avec plaisir dans nos colonnes. Nous espérons prouver que malgré l'éloquente protestation de M. Parchappe, contre une conciliation impossible, a-t-il dit, M. Parchappe lui-même est aussi près que nous d'un rapprochement qu'il désire et que son discours d'hier doit contribuer à accomplir.

Amédée LATOUR.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

LE VITALISME ET L'ORGANICISME;

Discours prononcé à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 3 avril 1855,

Par M. le docteur PARCHAPPE, membre correspondant.

Bien que le débat soulevé par le mémoire de M. Piorry, sur le traitement de la variole, ait pris des proportions telles, que la question originaire se soit en quelque sorte effacée pour faire place à un ensemble de questions qui n'embrassent pas moins que la médecine tout entière, y compris son histoire, je crois qu'il est encore utile de revenir, au moins pour quelques instans, au point de départ.

Si en traitant ce sujet je me trouve forcé de m'élever, moi aussi, contre les doctrines de mon honorable et savant confrère, qu'il veuille bien se rappeler que, dans cette lutte scientifique, il a été l'agresseur, et que, par conséquent, ceux qui le combattent se défendent!

En effet, M. Piorry a commencé son mémoire par une double accusation d'*inconséquence* et d'*insuffisance* contre le *traitement de la variole tel qu'il est généralement compris.*

L'inconséquence consiste en ce que le traitement *reposant sur l'idée générale et doctrinale de l'unité des maladies*, les praticiens l'appliquent à une maladie qui n'est pas pour eux *toujours la même*, puisqu'ils ont cru devoir établir un grand nombre d'*espèces morbides dont la variole est le genre*, sous les noms de *vaccine, varicelle, variole, varioloïde, variole discrète, variole confluente, variole noire, variole compliquée*, sans compter les *formes inflammatoire, bilieuse, maligne*, etc.

L'insuffisance résulte de ce qu'on ne *songe guère*, dans le traitement de la variole, *à remédier à autre chose qu'à des complications organiques, accidentelles*, au lieu de *mettre le traitement en rapport avec les élémens complexes d'indications que présente l'état morbide le plus simple.*

Il ne me paraît pas difficile de repousser l'accusation d'inconséquence.

En se croyant autorisés à distinguer dans la variole divers degrés, diverses formes, diverses variétés, les pathologistes ne se mettent pas, comme l'imagine M. Piorry, en contradiction avec la doctrine de l'unité des maladies.

D'abord ils ont parfaitement raison de ne pas confondre avec la variole, la vaccine et la varicelle.

Puis, quand ils distinguent sous les noms de variole discrète, variole confluente, variole simple, variole compliquée, diverses formes, diverses variétés d'un développement morbide, dont la nature essentielle demeure néanmoins pour eux identique, ils appliquent à la médecine une méthode dont usent toutes les sciences d'observation, et qui est profondément inhérente aux procédés logiques de l'esprit humain. Distinguer et dénommer des degrés, des formes, des variétés dans une maladie, ce n'est en aucune sorte admettre, soit implicitement, soit explicitement, que ces degrés, ces formes, ces variétés, n'appartiennent pas à une même maladie; ce n'est en aucune sorte renoncer à la doctrine de l'unité morbide en ce qui touche cette maladie.

Mais les partisans de la doctrine de l'unité morbide ne se contentent pas de distinguer des formes et des variétés dans la variole; ils croient pouvoir trouver, dans les différences que présentent ces divers états d'une même maladie, des indications spéciales de traitement et ils conforment leur pratique à cette vue. Quoi de plus logique? N'est-ce pas là ce que fait M. Piorry et ce que font tous les médecins, quelles que soient, du reste, leurs conceptions systématiques sur la nature des maladies? Où est l'inconséquence?

Il ne me sera pas aussi facile de disculper du reproche d'insuffisance le traitement de la variole.

Il est certain que ce traitement est théoriquement fort imparfait et pratiquement fort inefficace.

Les médecins sont dans l'impuissance de combattre directement la maladie dans sa nature; et, sauf quelques indications générales qui, pour les médecins vitalistes, peuvent être, avec quelque avantage, déduites de la considération de l'état dynamique de l'organisme dans ses rapports avec les diverses phases du développement morbide, les médecins se trouvent réduits à faire ce qu'on appelle la médecine des symptômes, et à combattre les complications accidentelles. Et il arrive trop souvent que, dans les cas graves, toutes les ressources de la thérapeutique ne puissent empêcher une terminaison fatale.

C'est là une situation fâcheuse que tous les médecins déplorent; et certes je serai l'interprète de tous en louant sans réserve les efforts courageusement et persévéramment consacrés par M. Piorry au perfectionnement de la thérapeutique de la variole.

Mais cette situation a-t-elle changé depuis la publication du mémoire du 30 janvier? En d'autres termes, l'application de la doctrine des élémens organo-pathiques à la détermination des indications curatives dans le traitement de la variole, a-t-elle fourni à la thérapeutique des bases plus solides et plus scientifiques; et les moyens proposés par l'auteur de cette doctrine pour satisfaire ces indications, représentent-ils réellement des ressources nouvelles et plus efficaces contre ce que la variole peut avoir de plus redoutable?

Voici, en substance, ce que contient sous le double point de vue des indications et des médications, le mémoire de M. Piorry.

La variole étudiée anatomiquement et cliniquement comprend, suivant les cas, un nombre plus ou moins grand d'états pathologiques distincts. Des indications thérapeutiques spéciales se rapportent à chacun de ces états ou élémens organo-pathiques.

Deux élémens principaux, le virus introduit dans l'économie, *variose*, et l'infection du sang par le virus, *variosémie*, ne peuvent être combattus qu'au moyen des boissons aqueuses.

L'éruption cutanée, *variodermite*, doit être traitée : dès sa naissance et pour prévenir son développement, par l'application de corps gras, qui empêchent l'action de l'air et de la lumière; après le développement des pustules, par des bains pour les ramollir, par des frictions rudes avec un linge pour les ouvrir, et au besoin par des vésicatoires pour favoriser l'élimination de leur contenu; après la transformation des pustules en croûtes, par des lotions et des bains pour débarrasser la surface cutanée.

Les abcès sous-cutanés, *pyocélies*, doivent être ouverts. Quand les pustules sont noires, *variodermite-hémorrhéique*, il y a diminution de la fibrine du sang, *hypoplastémie*, et les sucs d'herbes sont indiqués.

Quand des pustules se sont développées dans la cavité buccale et dans le pharynx, il y a *vario-stomatite* et *vario-pharyngite*; on doit recourir à la cautérisation des pustules par l'azotate d'argent. Si les pustules se développent au voisinage du canal de Stenon, elles peuvent amener l'obstruction du canal, *emphraxie*, et la phlegmasie *sialostasique* de la glande.

Quand l'éruption pustuleuse envahit le larynx et les bronches, on a la *vario-laryngite* et la *vario-bronchite*, et pour prévenir l'asphyxie, c'est-à-dire l'*hypoxémie* et l'*anoxémie*, il est utile, il est nécessaire de recourir à la trachéotomie.

Enfin, il est encore question, dans le mémoire, d'états organo-pathiques, appelés *vario-pneumonite, variencéphalite, pyémie, variophtalmite, vario-blépharite*, etc., qui fournissent aussi des indications spéciales, pour la satisfaction desquelles l'auteur du mémoire ne propose néanmoins rien de bien particulier.

Si, laissant pour un instant de côté la doctrine des élémens organo-pathiques, on se borne à apprécier en fait, dans le traitement proposé, la méthode et les moyens qui le constituent, il est facile de reconnaître que la méthode consiste purement et simplement dans l'emploi de ce qu'on appelle la médecine des symptômes, et que les moyens, sauf le traitement local des pustules dans toutes les phases de leur développement et le recours à la trachéotomie, ne diffèrent pas de ceux qui représentent les ressources ordinaires de la pratique usuelle.

Quant à la méthode, loin de moi la pensée d'en déprécier la valeur! je me contente de constater qu'en l'employant M. Piorry ne se donne pas une situation différente de celle qui appartient à tous les praticiens, et qu'aussi impuissant que tout autre contre la maladie elle-même, il s'efforce, à la manière de tous et de chacun, de neutraliser, partout où il peut les atteindre, les effets de la maladie.

Quant aux moyens, il me paraît juste de reconnaître qu'il y a lieu de louer et qu'il y aura souvent lieu d'imiter l'emploi judicieux que M. Piorry a fait de diverses médications plus ou moins connues pour prévenir localement les fâcheux effets du développement des pustules soit sur la peau de la face, soit sur les muqueuses. Mais il me paraît fort douteux que la trachéotomie parvienne jamais à se faire accepter par une saine pratique, comme moyen de traitement de la variole, même dans les cas de suffocation imminente, plus ou moins évidemment produite par le développement des pustules sur la muqueuse laryngienne ou bronchique.

Se borner, ainsi que je viens de le tenter, à une appréciation positive de la valeur pratique des règles posées par notre savant confrère pour le traitement de la variole, ce serait peut-être avoir fait ce qu'il y avait de plus important et de plus pressé, après la lecture du mémoire du 30 janvier, mais ce n'eût pas été à ce moment satisfaire complétement les désirs de M. Piorry, et ce ne serait actuellement répondre ni aux besoins de la discussion, ni à l'attente de l'Académie.

Il y a donc nécessité d'examiner si, conformément à l'opinion et aux affirmations de notre honorable confrère, l'application qu'il a faite de la doctrine des élémens organo-pathiques au perfectionnement de la thérapeutique de la variole, démontre l'excellence de cette doctrine et doit conduire à l'adoption de la nomenclature qui en est la langue.

Tout aussitôt s'ouvre presque nécessairement, à propos de l'appréciation d'un système particulier de médecine, le large débat dans lequel pourraient se soulever, pour s'agiter sans limites et sans fin, toutes les questions philosophico-médicales qui ont partagé en sectes et en écoles rivales le monde médical depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

Avant de prendre part, suivant la mesure de mes forces, à ce débat de doctrines, qu'il me soit permis de le restreindre, encore pour quelques instans, dans les limites du mémoire qui a été le point de départ de la discussion.

En quoi donc l'application de la doctrine des élémens organo-pathiques à l'étude de la variole aurait-elle éclairé la pathologie et perfectionné la thérapeutique de cette maladie?

L'auteur de la doctrine, prenant la variole telle qu'elle est connue de tous, sans ajouter un seul fait nouveau à son histoire clinique et anatomo-pathologique, décompose l'ensemble des phénomènes, par lesquels peut se traduire cette maladie, en un certain nombre d'états pathologiques qu'il prétend élever au rang d'élémens intégrans et distincts de la maladie et auxquels il donne des noms dérivés du grec.

Il est conduit par l'emploi de la méthode analytique, qui est propre à sa doctrine, à admettre comme états organo-pathiques distincts dans la variole :

1° La cause même de la maladie, c'est-à-dire le virus qui l'a engendrée, le *variose;*

2° Un état inconnu du sang qui représente l'effet de la cause, la *variosémie;*

3° Un autre état du sang dont la cause est ignorée, qui consiste en une diminution de la fibrine, *hypoplastémie* et qui produit la variole noire, *vario-dermite hémorrhéique;*

4° Divers groupes d'un même symptôme, faisant partie essentielle du développement morbide, l'éruption pustuleuse, qui, suivant son siége

sur la peau ou sur diverses muqueuses, donne naissance à un grand nombre d'états organo-pathiques distincts, *vario-dermite*, *vario-stomatite*, *vario-pharyngite*, *vario-laryngite*, *vario-bronchite*, etc.;

5° Des groupes de symptômes qui font partie essentielle du développement de la maladie ou qui se produisent accidentellement, les symptômes cérébraux primitifs ou consécutifs, *encéphalopathie* due à l'action du sang infecté de *variose*, et diverses espèces plus ou moins problématiques de *variencephalite*;

6° Des accidens et des complications de diverse nature, tels qu'abcès, *pyocélies*, obstruction des bronches, *bronchemphraxies*, inflammation des bronches et du poumon, *vario-bronchite*, *pneumonite*, etc.

Ce simple exposé ne suffit-il pas pour faire comprendre immédiatement que la pathologie ne peut consentir à accepter une méthode analytique qui ne tient compte ni de la succession, ni de l'enchaînement des phénomènes, qui ne distingue pas ce qui est cause de ce qui est effet, ce qui est essentiel de ce qui est accidentel, qui ne repose sur aucun principe philosophique, et pour faire reconnaître que l'appréciation scientifique du développement morbide, qui a reçu le nom de variole, n'a aucun avantage sérieux à tirer du produit de cette méthode, c'est-à-dire du morcellement arbitraire en élémens disparates de l'une des maladies qui offre au plus haut degré les caractères de l'unité.

Mais c'est principalement en vue de la thérapeutique que l'auteur de la doctrine affirme avoir institué les élémens organo-pathiques; et c'est dans la détermination rigoureuse des indications thérapeutiques que consiste, suivant son opinion, la plus grande utilité de la création de ces élémens.

Je n'ai pas à revenir sur l'appréciation de l'influence réellement exercée par l'application de la doctrine organo-pathique sur la thérapeutique de la variole. Je crois avoir suffisamment établi qu'en fait le traitement de cette maladie n'y a rien gagné de bien important, même entre les mains habiles de M. Piorry.

Mais, en principe, il me paraît impossible d'admettre que la thérapeutique de la variole ne puisse pas perdre quelque chose entre les mains de tous, par la substitution d'indications secondaires, les seules que puisse fournir la considération d'états, pour la plupart purement symptomatiques, aux indications principales qui peuvent être déduites soit de la nature de la maladie, soit de l'appréciation de l'état dynamique de l'organisme dans ses rapports avec la marche de la maladie.

Enfin, et c'est le dernier point qui me reste à examiner, de quelle utilité a été pour l'institution du traitement proposé par M. Piorry, l'application à l'étude de la variole de l'analyse et de la nomenclature organo-pathiques?

Il me paraît tout à fait évident qu'il eût été possible de déterminer très positivement toutes les indications thérapeutiques signalées par l'auteur du mémoire, en se contentant de la méthode ordinaire et du langage usuel.

Pour motiver l'indication de la cautérisation des pustules, se développant dans la bouche au voisinage de l'orifice du canal de Stenon, sur la possibilité d'un obstruction de ce canal et d'une inflammation consécutive de la parotide, était-il donc indispensable d'instituer dans la variole un élément organo-pathique distinct sous le nom de *variostomatite*, et d'admettre une *emphraxie* du canal avec phlegmasie *sialostasique* de la glande.

Et l'indication d'ouvrir la trachée pour prévenir la suffocation dans le cas de développement de pustules sur la muqueuse respiratoire avec obstruction des bronches par le mucus et interception mécanique de l'air, à supposer qu'elle dût se présenter réellement, avait-elle besoin pour être saisie et motivée d'être rattachée à une *vario-laryngite* et à une *bronchemphraxie* amenant *l'hypoxémie* et *l'anoxémie*.

Mais s'il est vrai que l'auteur de la doctrine des élémens organo-pathiques aurait pu lui-même, à la rigueur, s'abstenir de tout ce néologisme dans la construction et dans l'exposition de son système médical, n'est-il pas naturel, n'est-il pas raisonnable que la médecine, qui n'a pas encore consenti à subir le système, défende avec quelque énergie, contre cette invasion de termes techniques, sa langue que le progrès tend de jour en jour à épurer, en la rapprochant de la langue commune à toutes les sciences.

Cette appréciation exacte, je l'espère, modérée, j'en suis sûr, du mémoire de notre savant confrère sur le traitement de la variole, aurait pu suffire dans des conditions ordinaires de discussion froide et restreinte.

Mais tout d'abord et dès les premiers mots de contradiction, une simple question de thérapeutique spéciale dans une maladie déterminée, en devenant une question de doctrine générale, a passionné et personnalisé le débat.

En face de la doctrine organo-pathique défendue par son auteur avec son habituelle énergie contre des attaques vivement engagées au nom du vitalisme, est venue se poser une autre doctrine qui n'a pas de moins ardentes prétentions à l'orthodoxie, et qui se croit appelée à concilier dans le sein de son unité éclectique les doctrines, d'après elle, beaucoup moins antagonistes qu'on ne le suppose, des écoles de Paris et de Montpellier.

Et en même temps les questions se sont amoncelées sur le véritable domaine de la science médicale; anatomie, physiologie, pathologie, thérapeutique, classifications, nomenclatures, et ont débordé jusque sur les domaines les plus étrangers, philosophie, psychologie, histoire, cosmologie, astronomie, esthétique, religion.

S'il est dans les véritables besoins de la discussion et dans l'attente de l'Académie, que le débat doctrinal s'étende au delà du champ étroit du traitement de la variole, je ne pense pas qu'il soit dans le désir et dans la puissance de personne de lui faire embrasser, avec quelque chance d'intérêt et d'utilité, un cercle aussi immense.

Il fallait donc choisir.

J'ai tout d'abord renoncé à suivre deux de mes honorables et savans confrères sur le domaine privé et personnel où ils se sont placés. Ce n'est pas dans un discours académique, et dans la courte durée qu'il suppose, que seraient possibles la discussion et l'appréciation de l'ensemble considérable de travaux importans et utiles sur lequel s'appuient les doctrines pathologiques propres aux savans auteurs de la *Pathologie iatrique* et de la *Nosographie organique*.

C'est sur le terrain commun des doctrines générales de la science que j'ai cherché à prendre position, en dehors de toute préoccupation de luttes personnelles.

Il m'a semblé qu'il y avait au fond de cette discussion une question principale dont l'intérêt dominant est généralement senti, bien que les termes dans lesquels elle se pose le plus souvent ne soient pas toujours suffisamment clairs et catégoriques.

Je veux parler de la question du vitalisme.

En quoi consiste le vitalisme en pathologie?

Y a-t-il antagonisme réel entre les systèmes pathologiques qui admettent ou excluent le vitalisme comme doctrine fondamentale?

Les doctrines vitalistes en pathologie sont-elles ou non dans la voie de la vérité qui n'exclut pas le progrès?

Voilà, Messieurs, les questions que je me propose d'examiner.

1° Parmi les différences qui séparent les doctrines pathologiques, il en est une primitive, fondamentale, qui appartient à toutes les époques de l'histoire de l'art aussi bien qu'à notre époque, et qui interdit, quelque louable amour qu'on professe pour l'harmonie universelle, toute possibilité de conciliation, c'est celle qui, portant sur ce qu'il y a de plus essentiel dans la conception de la maladie, consiste en ce qu'on admet ou exclut, comme élément nécessaire de cette conception, la donnée fondamentale d'une intervention de la force vitale.

En effet, à une époque quelconque du développement historique des sciences essentielles ou accessoires à la médecine, sous la domination de systèmes et de théories quelconques et à travers les définitions les plus variées dans les termes, il est possible à l'analyse philosophique de distinguer nettement et positivement deux grandes classes de doctrines pathologiques.

Ainsi, dans toute une classe de doctrines pathologiques, la conception de la maladie repose essentiellement sur l'idée d'une réaction de la vie, de la force ou des forces qui la représentent, contre l'action des causes morbifiques.

Cette conception implique, comme expression de la réaction vitale, un développement de phénomènes déterminés pour leur nature, leur siége et leur durée, avec tendance vers un but, la suppression de la cause morbifique et de ses effets; elle suppose la subordination de ces phénomènes ou symptômes de la maladie, qui comprennent les altérations fonctionnelles et les altérations organiques, à l'action de la cause et à la réaction de la vie.

C'est cette conception qui caractérise en pathologie le vitalisme. Elle a été formulée pour la première fois dans le naturisme hippocratique, et c'est en ce sens que toutes les doctrines dynamiques et vitalistes, qui l'ont admise pour point de départ, se sont à bon droit qualifiées de doctrines hippocratiques.

Dans une autre classe de doctrines pathologiques, la conception de la maladie repose exclusivement sur l'idée d'un changement produit dans les organes ou instrumens de la vie par l'action des causes morbifiques; elle implique comme expression de ce changement un développement déterminé d'altérations fonctionnelles qui sont les symptômes de la maladie; elle suppose la subordination des altérations fonctionnelles à la nature et au siége des changemens organiques.

Cette conception, en excluant la donnée essentielle du vitalisme, a rompu avec la tradition hippocratique; cette rupture, qui a commencé avec Asclepiade et l'école méthodique, s'est continuée, à travers les doctrines mécaniques et chimiques, jusqu'à l'organicisme exclusif de nos jours.

Entre ces deux conceptions fondamentales, il n'y a pas, quoi qu'on ait pu dire, de conciliation possible.

Si la conception vitaliste de la nature de la maladie est conforme à la vérité, il faut, bon gré malgré, que les autres conceptions s'absorbent en elle sous peine de demeurer incomplètes ou fausses.

Car, il y a ceci de remarquable, que la conception vitaliste, plus large et plus compréhensive, peut parfaitement, comme elle n'a du reste cessé de le faire, s'approprier, sans se contredire, tous les progrès de la science, et notamment les immenses résultats dus au perfectionnement des méthodes d'observation, tandis que la conception exclusivement organiciste ne peut prétendre à se faire accepter sérieusement et définitivement qu'à la condition de la fausseté de la conception vitaliste.

Il ne faudrait pas croire qu'entre ces deux principes pathologiques il ne s'agisse que d'une question de mots.

On n'est pas libre à son gré de se croire et de se dire vitaliste ou organiciste.

On n'est pas vitaliste en pathologie parce qu'on admet plus ou moins positivement en théorie que l'organisme est doué de vie, que les fonctions accomplies par les organes sont subordonnées à une force ou à des forces vitales, si, lorsqu'il s'agit d'apprécier la nature des maladies pour en déduire les indications thérapeutiques, on relègue la vie et ses forces dans le domaine des abstractions pour ne tenir compte que des organes et de leurs altérations matérielles.

On ne cesse pas d'être vitaliste, bien qu'on préfère, je ne sais trop pourquoi, s'appeler organicien ou organiciste, en prenant son nom de la partie au lieu de l'emprunter au tout, quand accordant à la considération des organes et de leurs altérations matérielles toute l'importance qu'elle mérite, on ne perd pas de vue, soit dans l'appréciation de la nature des maladies, soit dans les indications du traitement, que les forces vitales sont impliquées, comme condition première, dans tout développement morbide.

Sans nous préoccuper d'interminables querelles de mots, allons au fond des choses et disons: il y a une pathologie vitaliste, celle qui considère la maladie comme un développement, dans le corps organisé, de phénomènes représentant essentiellement une réaction de la force ou des forces vitales contre la cause ou les causes morbifiques et tendant à la suppression de la cause ou de ses effets; il y a une pathologie non vitaliste, quelle que soit le nom qu'elle se donne ou qu'on lui donne, celle qui considère la maladie purement et simplement comme un changement produit dans les organes par l'action de diverses causes et entraînant comme conséquence un trouble dans les fonctions.

2° Cette différence fondamentale entre les deux principes dominans des doctrines pathologiques, dont la réalité comme fait ne peut être contestée, a-t-elle une importance qui motive l'insistance que j'ai mise à en démontrer l'existence? Et faudrait-il admettre, comme on affecte de le croire, que l'antagonisme, qui se perpétue entre les doctrines pathologiques, au point de vue de la conception en quelque sorte métaphysique de l'essence de la maladie, ne soit en définitive qu'une vaine dispute de mots, et qu'après tout, quand il s'agit de l'exercice de l'art, oubliant les définitions de l'école, tous les praticiens soient à peu près d'accord et par rapport à l'appréciation de la véritable nature des maladies particulières, et par rapport au discernement des véritables indications thérapeutiques?

Ce serait là, à mon avis, une grave erreur. Les deux conceptions antagonistes de l'essence de la maladie qui caractérisent la pathologie vitaliste et la pathologie non vitaliste, ne sont pas de pures abstractions formulées en définitions par des penseurs dans le silence du cabinet. Ces conceptions contiennent en puissance, comme développement nécessaire, tout un ordre particulier de conséquences théoriques et pratiques. A travers les tumultes de sectes, les révolutions et les évolutions de la science, constamment elles ont, l'une ou l'autre, animé et dominé les théories régnantes; constamment elles se sont placées, vivantes et agissantes, au chevet des malades pour décider de leur sort en dirigeant la pensée et les actes des praticiens. Il est facile de démontrer que chacune d'elles a ses solutions propres et distinctes pour toutes les questions capitales de la pathologie et de la thérapeutique.

L'unité morbide est admise comme un dogme fondamental par la pathologie vitaliste, et elle conçoit cette unité principalement au point de vue de l'unité de la vie.

De là ses tendances à admettre la généralisation dans la considération des états morbides, et à ne voir en beaucoup de cas dans les altérations organiques aussi bien que dans les altérations fonctionnelles, que l'expression plus ou moins locale d'une maladie qui intéresse l'organisme tout entier.

L'unité morbide est niée par la pathologie non vitaliste ou admise seulement au point de vue de l'identité de la nature des altérations organiques.

De là ses tendances à admettre la localisation des altérations organiques comme le fait principal dans les maladies, à ne concevoir les maladies générales que comme exprimant une localisation plus large dans des organes généraux, soit le sang, le système circulatoire, le système nerveux, et à ne voir dans les troubles même les plus généraux que l'expression plus ou moins étendue d'une maladie qui n'intéresse qu'une partie plus ou moins circonscrite de l'organisme.

Ainsi, en ce qui touche la maladie qui a été le point de départ de cette discussion, la pathologie vitaliste conçoit le développement morbide, qui porte le nom de variole, comme l'expression d'une réaction de la vie contre la cause virulente qui s'est introduite dans l'organisme et qui doit en être éliminée; elle considère la maladie comme intéressant l'organisme tout entier et comme n'ayant pas pour siége réel la peau, bien que l'éruption cutanée soit un de ses élémens intégrans; elle n'admet pas qu'on puisse la rapporter aux phlegmasies en général et aux phlegmasies de la peau en particulier, bien que le développement des pustules à la surface de la peau offre l'ensemble des caractères qui appartiennent à l'inflammation. L'unité morbide est par elle conçue non seulement au point de vue de l'unité de la cause, mais aussi au point de vue de l'unité des effets, à savoir, un développement morbide unitaire dont les divers élémens, troubles fonctionnels et altérations organiques, sont entre eux liés, subordonnés et coordonnés de manière à constituer un tout unique.

Cet ensemble de vues relatives à l'unité morbide se retrouve, pour les doctrines vitalistes, applicable à un grand nombre de maladies, rougeole, scarlatine, fièvres continues, fièvres intermittentes, choléra-morbus, typhus, rage, morve, syphilis, tubercules, scrofules, cancer, etc.

Les doctrines pathologiques non vitalistes conçoivent la variole comme le résultat de l'action d'une cause virulente sur les organes.

L'unité morbide n'est admise qu'au point de vue de l'action produite par un virus, ou de sa présence actuelle dans le sang.

La généralité de la maladie n'est comprise que par rapport à l'altération d'un organe général, le sang.

L'éruption pustuleuse est regardée comme l'élément organique principal de la maladie dont le siége est localisé pour les uns à la peau, pour d'autres dans le sang et à la peau.

Le développement des troubles fonctionnels n'est considéré que comme un effet des altérations organiques du sang et de la peau.

Bien qu'évidemment due à une cause spécifique, la maladie est assimilée aux inflammations et classée au nombre des phlegmasies de la peau.

Cet ensemble de vues est généralement appliqué, dans les doctrines non vitalistes, à la théorie des maladies en ce qui se rapporte à toutes les questions d'unité, de nature, de siége de la maladie.

La rougeole et la scarlatine sont des phlegmasies cutanées.

Les fièvres continues sont des angio-cardites, des gastro-entérites, des entéro-mésentérites, etc.

Les fièvres intermittentes sont des maladies de la rate.

La morve est une rhinite.

Le tubercule, le cancer sont rattachés, comme effets secondaires, à l'inflammation locale des organes, jointe ou non, à une altération du sang.

Les scrofules ne constituent plus une unité morbide, ce sont des maladies locales, des inflammations d'une nature particulière.

Les diathèses sont des chimères, etc.

Cette divergence dans les vues entre les doctrines vitalistes et non vitalistes ne se retrouve pas moins profonde et moins capitale dans la thérapeutique pour se traduire, non plus alors simplement en conception et en raisonnemens qui pourraient n'intéresser que la science, mais en prescriptions et en actions qui intéressent très positivement les malades.

D'après leur conception fondamentale de la maladie, les doctrines vitalistes attribuent à l'organisme lui-même en tant que doué de la vie, sous les noms de nature ou de forces vitales, une part essentielle et principale dans la guérison des maladies.

Elles admettent que la réaction de la vie, qui donne naissance au développement morbide, a pour tendance la suppression de la cause morbifique ou de ses effets.

De là cette conception de la force médicatrice de la nature, dont le rôle est à leurs yeux si important dans les maladies, qu'il ne laisse généralement au médecin que le rôle secondaire d'interprète et d'auxiliaire.

Pour les doctrines vitalistes, il y a dans le développement morbide qui constitue la maladie quelque chose de nécessaire, soit pour la manifestation des altérations fonctionnelles et organiques dans un ordre déterminé d'enchaînement et de succession, soit pour le passage de l'état morbide à travers diverses phases, dont l'ensemble représente la marche et la durée de la maladie.

Aussi, tout en ne négligeant pas l'indication, commune à toutes les doctrines, de chercher à supprimer ou à neutraliser autant que possible la cause ou les causes morbifiques, les doctrines vitalistes repoussent comme téméraire et impuissante la prétention de mettre obstacle au développement morbide une fois qu'il s'est évidemment établi, et ils empruntent les indications thérapeutiques principales à la convenance de seconder les efforts médicateurs de la nature, en favorisant soit la marche régulière du développement morbide dans sa tendance générale vers la guérison, soit la direction des mouvemens vitaux qui produisent les phénomènes appelés critiques, et de n'intervenir très activement que pour remédier aux accidens et aux complications.

Les doctrines non vitalistes ne comptent pas sur les effets de la force médicatrice, qu'elles méconnaissent, qu'elles dédaignent ou qu'elles raillent.

Elles ont la prétention de combattre directement et positivement le développement morbide, de l'enrayer, de le supprimer.

Pour parvenir à ce but elles recourent énergiquement aux remèdes les plus héroïques.

Elles empruntent les indications principales du traitement non pas à la considération de l'état des forces, de la marche de la maladie, des mouvemens critiques, mais à la considération de la nature de la maladie et de son siége organique.

Ainsi, dans le traitement de la variole, les doctrines vitalistes imposent une extrême circonspection, en ce qui se rapporte à l'emploi des médications perturbatrices.

Les indications qui leur paraissent importantes sont celles de respecter la marche de la maladie, quand elle parcourt régulièrement et modérément les phases de son développement nécessaire ; celles de modérer ou d'activer ce que la réaction de la vie peut avoir d'excessif ou d'insuffisant, en ce qui se rapporte soit au mouvement fébrile, soit au développement de l'éruption cutanée ; celles de favoriser, d'aider, de suppléer même, autant que possible, le mouvement des forces vitales vers la peau, lorsqu'à l'insuffisance de l'éruption cutanée se rattachent des symptômes fâcheux de concentration vers les viscères.

Ces principes de conduite ne sont jamais perdus de vue par les doctrines vitalistes, qui les appliquent d'une manière toute spéciale au traitement de la rougeole, de la scarlatine, des fièvres, des maladies qui, plus ou moins connues dans leur nature, sont considérées, dans ces doctrines, comme des maladies générales.

On a vu que dans le traitement de la variole tel que l'a exposé M. Piorry, il n'est nullement question de toute la série des indications qui forment la base de la thérapeutique vitaliste. Mais en revanche on y trouve présentées comme principales des indications qui, pour les doctrines vitalistes, n'ont qu'une valeur secondaire ou ne doivent pas être admises. Il en est ainsi, par exemple, des diverses méthodes qui auraient pour but de mettre obstacle au développement de l'éruption cutanée.

C'est dans le traitement des maladies générales localisées que les doctrines vitalistes se posent surtout à l'état d'antagonisme par rapport aux doctrines organicistes.

Dans ces maladies, si l'on en croit les organicistes, à raison même de leur gravité, on ne saurait trop tôt, trop énergiquement, trop longtemps agir.

En les traitant convenablement, non seulement on guérit presque tous les malades, mais encore on abrége considérablement la durée des maladies.

Les théories et les remèdes diffèrent, mais les résultats se ressemblent.

Ainsi, dans ces maladies prétendues générales, l'état fébrile qui n'est autre chose qu'une irritation ou une inflammation du sang, ou de la membrane interne des vaisseaux sanguins et du cœur, est souverainement vaincu par la saignée.

C'est à l'inflammation de la muqueuse digestive que sont dus les autres troubles fonctionnels qui ne manquent pas de se laisser enrayer et suspendre, quand, après avoir reconnu que leur cause est dans une altération inflammatoire des organes digestifs, on sait convenablement les combattre par la saignée.

D'un autre côté, les purgatifs ne sont pas moins héroïques que les antiphlogistiques actifs dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Et il n'y a véritablement des insuccès un peu notables que pour les médecins vitalistes qui s'obstinent à croire que toutes ces maladies ont un développement nécessaire et une durée fatale, et sont assez aveugles pour craindre que des coups si valeureusement dirigés contre la maladie puissent atteindre fâcheusement les malades.

Il y a donc bien réellement dans la pathologie deux doctrines générales, qui se séparent profondément l'une de l'autre au point de vue théorique et pratique, et qui peuvent être rapportées l'une au vitalisme l'autre à l'organicisme, à raison de la part principale attribuée dans la génération de l'état morbide, par l'une à l'action des forces vitales, par l'autre à l'altération des organes.

Et bien que la différence entre ces doctrines ne soit pas poussée aussi loin que la passion des luttes scientifiques le prétend, en accusant, contrairement à la vérité, les doctrines vitalistes de pousser la préoccupation de l'état des forces vitales jusqu'à ne tenir aucun compte de l'existence des organes, les doctrines organicistes de pousser leur préoccupation de l'état des organes jusqu'à oublier l'existence des forces qui les animent, il n'en demeure pas moins évident que la différence suffit pour qu'on doive renoncer à toute pensée de confusion et même de conciliation.

Et maintenant de quel côté est la vérité ?

3° Il est tout d'abord évident que la vérité ne peut être dans l'une ou l'autre de ces doctrines poussées jusqu'à l'exagération.

Les forces vitales, sans le milieu où elles se développent, sans les conditions que suppose leur déploiement, sans les instrumens de leur action réelle, ne sont pas moins chimériques que des actions organiques qui ne compteraient pas au nombre de leurs conditions un déploiement de ces forces qui sont propres aux êtres doués de vie.

Le vitalisme, qui supprimerait de l'appréciation de l'état morbide la considération de l'état des organes, serait aussi complétement dans la voie de l'erreur que l'organicisme qui en éliminerait la considération des forces sans lesquelles ces organes ne seraient que de la matière morte.

Je ne dis pas qu'on ne puisse pas arriver et qu'on ne soit pas arrivé en effet jusqu'à ces excès, mais ce n'est en quelque sorte qu'accidentellement, sans se l'avouer à soi-même et sans l'avouer aux autres.

Là n'est pas le véritable débat scientifique.

Il faut bien aussi mettre hors de cause certaines théories qui, développées dans le sein du vitalisme ou de l'organicisme, ont eu la prétention mal fondée de représenter au vrai ces deux grandes doctrines.

L'ensemble des forces qui président aux phénomènes de la vie aussi bien dans l'état de santé que dans l'état de maladie, a été conçu par certains physiologistes et par certains pathologistes comme se résumant absolument en une force unique, l'âme.

Les phénomènes de la vie, impliquant chez l'homme l'intelligence, la force unique qui anime sa vie, ne pouvait être par eux privée de cet attribut essentiel.

Dès lors, si la maladie est conçue comme un développement de phénomènes exprimant une réaction de la vie, et par conséquent des forces vitales, et par conséquent de l'âme, on se trouve logiquement conduit à admettre que l'intervention de l'âme dans les phénomènes morbides ne peut être qu'intelligente.

De là les théories pathologiques animistes, l'animisme de Stahl, et sans doute aussi le vitalisme spiritualiste moderne.

Mais l'identification de la force ou des forces qui président aux phénomènes de la vie avec la force que supposent les phénomènes d'intelligence, de liberté et de moralité, ne peut être admise ni philosophiquement, ni physiologiquement.

Il s'agit là de deux ordres de phénomènes différens par leur essence, qui ne sont pas soumis aux mêmes lois, et qui ne peuvent dépendre du déploiement d'une même force ou de forces semblables.

Sans qu'il soit possible de pénétrer le mystère de l'unité de la vie humaine dans un organisme animé par des forces de nature différente, c'est-à-dire le mystère des liens du corps et de l'âme, des rapports du physique et du moral, on est nécessairement conduit, par la nature même des choses, à séparer, à la manière de Platon et d'Aristote, et de tant d'autres après eux, dans l'homme le principe spirituel, immatériel, immortel, qui régit les manifestations intellectuelles et morales, du principe ou des principes materiels et périssables qui représentent dans les corps vivans les forces qui président à l'exercice de leurs fonctions, comme la gravitation, l'affinité, l'électricité, etc., représentent dans les corps non vivans les forces qui président à leurs actions et à leurs mutations.

C'est donc à tort qu'on croit ou qu'on dit synonymes les mots vitaliste et spiritualiste.

Malgré que cela répugne à ses tendances philosophiques, le vitalisme pourrait, à la rigueur, être positivement matérialiste.

Et l'organicisme dans sa plus haute expression, témoin la doctrine de M. Piorry, n'exclut pas le spiritualisme.

Je crois qu'il n'est pas moins équitable d'écarter du débat scientifique les théories qui n'ont admis pour principes des actions organiques, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, que des causes physiques ou chimiques, et qui ne conçoivent le fonctionnement des organes que comme des mécanismes ou des actions de composition et de décomposition chimiques. Quels que soient les services rendus ou à rendre à la médecine par les sciences physiques et chimiques, jamais il ne sera possible d'assimiler complétement l'action du cœur à celle d'une pompe et l'action de l'estomac à celle d'une cornue. Les théories physiques et chimiques ne seront jamais que des auxiliaires plus ou moins utiles dans l'intelligence et l'explication des phénomènes de la vie.

Il est juste de reconnaître que les doctrines pathologiques non-vitalistes, malgré l'importance, souvent exagérée, qu'elles attribuent aux conditions physiques et chimiques des phénomènes, se tiennent généralement en deçà des excès dans lesquels sont tombées les écoles iatromécaniques et iatro-chimiques.

Les exagérations et les excentricités théoriques étant mises de côté, et la question doctrinale étant ramenée à ses véritables termes, de quel côté, dans le vitalisme ou dans l'organicisme, se trouvent la véritable conception de la maladie, et partant les véritables principes de la pathologie au double point de vue de la théorie et de la pratique ?

A mon avis du côté du vitalisme.

Pour justifier cette opinion, que recommande déjà en quelque sorte suffisamment l'exposé comparatif des caractères essentiels aux deux doctrines, que j'ai cherché à rendre aussi impartial que possible, je ne choisirai pas le type morbide beaucoup trop favorable aux doctrines vitalistes que, dans sa consciencieuse et honorable conviction, l'un des adversaires les plus ardens du vitalisme a pris pour exemple en vue de la glorification de la doctrine organo-pathique.

En s'appuyant sur l'étude de la variole pour proclamer sa prééminence, le vitalisme semblerait vouloir se donner trop beau jeu.

Je chercherai un exemple là où il paraîtrait au premier coup d'œil que les doctrines vitalistes ne pussent trouver place, parmi les maladies qui consistent en une lésion mécanique produite par une cause mécanique dans un organe dont la fonction est mécanique ; je prendrai cet exemple dans la fracture.

Sous l'influence d'une cause mécanique, un os a été fracturé. La cause de la maladie a disparu après avoir produit son effet ; mais cet effet, dans ce qu'il a d'essentiel, est de même nature que la cause. L'os est mécaniquement lésé. Le trouble fonctionnel qui résulte immédiatement de cette lésion est aussi de nature mécanique ; la solution de continuité de l'os et le déplacement de ses fragmens ne lui permettent plus le rôle de levier à propos de l'action des puissances musculaires ; certains mouvemens sont rendus impossibles.

Les moyens du traitement curatif consistent aussi en des actions mécaniques ; ils ont pour but et pour effet de replacer et de maintenir les fragmens de l'os dans leur situation naturelle.

Voilà donc une maladie dont toutes les conditions semblent se résumer en phénomènes de l'ordre physique. C'est dans une telle maladie ou jamais que doivent triompher les doctrines opposées au vitalisme.

Et pourtant, si l'on ne s'arrête pas, comme il arrive trop souvent, à la surface des choses, en quoi donc consiste ce qui fait l'essence de la maladie dans une fracture ?

Serait-ce dans la cause, un coup ou une chute, serait-ce dans son effet immédiat, la rupture de l'os, serait-ce dans la suppression de l'aptitude fonctionnelle de l'os au rôle de levier ? Non, car tout cela peut se produire sur un cadavre.

Ce qui constitue essentiellement la maladie, c'est ce qui se produit dans l'organisme vivant à la suite de l'action et de l'effet immédiat de la cause, c'est, conformément à la doctrine vitaliste, une réaction de la vie contre la cause morbifique et ses effets ; c'est un développement morbide déterminé pour les lésions fonctionnelles et organiques, pour l'enchaînement et la succession des phénomènes, pour la marche, pour la durée, pour la tendance finale de ce développement, à savoir, la reconstitution de l'os fracturé dans ses conditions primitives de continuité, de formes, de relations, d'aptitude à son fonctionnement normal.

Tous les merveilleux artifices de la formation du cal, sont-ce de simples résultats physiques, chimiques et même vitaux, qui ne soient pas subordonnés et coordonnés par rapport à un but d'après des lois propres aux êtres vivans, sous l'influence d'actions fonctionnelles qui supposent un déploiement de forces vitales ?

L'ensemble des lois que, sous l'influence de ces forces, suivent les parties organiques solides et liquides pour réaliser la formation du cal, ne représente-t-il pas, qui oserait le contester, une action unitaire de la vie, expression vive et frappante de ce que les vitalistes entendent sous le nom d'action de la force médicatrice de la nature ?

Et certes nul ne niera que le chirurgien qui réduit la fracture, qui maintient par un appareil les fragmens dans la position qu'ils doivent garder, qui impose la situation et le repos, qui prescrit le régime alimentaire, qui combat les accidens et les complications par toutes les ressources de son art, n'ait une part importante dans le traitement et dans la cure de la maladie.

Et pourtant est-ce le chirurgien ou la nature qui guérit les fractures ?

Je crois donc que la conception vraie de la maladie est celle que le vitalisme a admise dès le temps d'Hippocrate.

Je crois que cette conception n'exclut aucun des progrès réalisés ou à réaliser dans le vaste domaine de la pathologie ; qu'elle n'est particulièrement hostile ni aux méthodes d'observation chimique et physique, dont l'emploi a rendu de si immenses services, soit dans le diagnostic, soit même dans la pathogénie, ni à l'anatomie pathologique qui a si puissamment concouru à éclairer la science, soit sur le siége des maladies, soit sur les altérations organiques qui font partie de leur développement.

Je crois qu'il y a, en effet, un antagonisme réel et même un antagonisme inconciliable entre les doctrines vitalistes et les doctrines non vitalistes ; que cet antagonisme revêt sa plus haute expression dans les sectes ultra-vitalistes et ultra-organicistes.

Mais je pense que le vitalisme, pour l'honneur de la science et pour le bonheur des malades, est aujourd'hui et sera toujours la doctrine médicale dominante, malgré tous les dissentimens qui se partagent et qui se partageront longtemps encore le domaine de la science et de l'art.

Le vitalisme n'appartient pas en propre, malgré des prétentions illusoires, à l'école de Montpellier ; et l'organicisme, conçu comme un antagonisme par rapport au vitalisme, ne caractérise pas, quoi qu'on ait pu dire, l'école de Paris.

Aucune école n'a le privilége de la vérité et de l'erreur.

Le vitalisme a eu toujours et a encore des représentans dans l'école de Paris.

L'école de Paris, qui a résisté à la doctrine dite physiologique, même en recevant dans son sein l'illustre auteur de cette doctrine, l'école de Paris, qui a montré dans un passé peu éloigné Laënnec à côté de Broussais, et qui montre dans son présent, pour ne parler que de la pathologie médicale, MM. Andral, Cruveilhier et Louis entre MM. Chomel et Rostan, représente la médecine tout entière ; elle marche réellement dans la large voie du progrès moderne, en s'appuyant sur la tradition et sans briser l'unité du developpement scientifique dont l'histoire de la médecine déroule l'imposant tableau.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Avril 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Une série de rapports adressés au ministère de l'agriculture et du commerce, par MM. Peste, Cousard, Indrin, sur les maladies épidémiques qui, en 1854, ont régné dans les arrondissemens de Beaune, Châtillon et Sémur ; par les médecins chargés du service des épidémies dans le Pas-de-Calais, sur les affections qui ont sévi dans ce département ; par M. Chéron, chirurgien de marine à Brest, sur la rougeole observée dans l'île de Seins (Finistère), dans le cours de la même année. (Comm. des épidémies.)

— Les rapports de M. Martineau, sur le choléra qui, en 1854, a frappé les cantons de Ferté-sous-Jouarre, Dammartin et Lizy ; de M. Haillard, d'Arcy, sur la même maladie observée à Clamecy. (Com. du choléra 1854.)

— Une notice sur la bile, les maladies bilieuses et le choléra, par le sieur Peire. L'auteur de cet écrit regarde le choléra comme un empoisonnement par le picromel et propose, pour le combattre, l'eau par *torrens*, l'opium à haute dose, et, dans un *post-scriptum*, le blanc d'œuf, remède qui, « innocent dans son essai, peut être héroïque dans son effet. » (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— La formule d'un remède proposé par le sieur Billod, pour combattre les fièvres intermittentes et les névralgies. (Même commission.)

— L'exposé du procédé suivi par le docteur Maurin, de Luc, pour la conservation du vaccin à l'état liquide. — (Commission de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des communications suivantes :

Une lettre de M. Goubaux, professeur d'anatomie et de physiologie

à l'École d'Alfort, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

— Un mémoire de M. BONJEAN sur les usages de l'ergotine, travail que son auteur présente pour le prix Itard.

— Un rapport de M. GONDOT sur le choléra qui, en 1854, a sévi à Fresne-Saint-Mamès, avec une introduction en vers. (Comm. du choléra.)

— Une note de M. DELFRAYSSÉ, médecin, maire de la commune de Pradines, sur une simplification de l'opération césarienne. (M. Depaul, rapporteur.)

— Une observation communiquée par M. Jules DUBOIS, d'Abbeville, d'un cas de morve farcineuse chronique, contractée par un homme qui avait été mordu par un cheval sain. Ce serait, selon l'auteur, le seul cas de ce genre que possède la science. (MM. Rayer et Renault, rapporteurs.)

— Un mémoire sur la luxation pathologique du premier métacarpien, par M. Massacric DURAND, qui a observé cette maladie deux fois sur lui-même, et croit devoir l'attribuer à une hydropisie articulaire. (M. Malgaigne, rapporteur.)

— Une note de M. HERPIN (de Metz), sur l'emploi de l'acide carbonique en bains et en douches. (Commission des eaux minérales.)

— Une lettre par laquelle M. LARNAGE demande qu'une commission nommée à cet effet par l'Académie, se transporte à Tains (Drôme), pour assister à la distribution qu'il fait deux fois par an à deux cent cinquante épileptiques d'un remède merveilleux dont la providence a mis le secret entre les mains de sa famille.

La commission des remèdes secrets, déjà saisie d'une demande adressée par M. Larnage au ministère de l'agriculture et du commerce, a fait un premier rapport dont les conclusions ne sont pas favorables au prétendu spécifique de M. Larnage.

Plus récemment, MM. Delasiauve et Lélut ont été invités par l'Académie à expérimenter ce moyen dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, mais M. Larnage exprime la crainte que cette épreuve ne soit trop longue et insuffisante.

— M. GUÉNEAU DE MUSSY dépose sur le bureau une notice historique *sur le gallium mollugo* (c'est le spécifique de M. Larnage). D'après les faits contenus dans cette notice, le médicament dont il s'agit serait connu depuis longtemps et aurait été expérimenté à Tains même par Jourdan, médecin de cette localité, il y a un siècle environ, sans succès; de sorte que le remède que M. Larnage regarde comme un secret de famille, appartiendrait depuis cent ans au domaine public. Au surplus, ce chiffre de 250 épileptiques venant deux fois par an à Tains pour recevoir le même remède, n'est pas de nature à inspirer une grande confiance dans l'efficacité de cet agent.

— M. POULLIEN présente à l'Académie *un Irrigateur vaginal à double courant*, aussi simple que commode. Il se compose d'une canule métallique en forme d'olive que l'on introduit dans le vagin; cette canule est percée de deux rangées de trous dont l'une communique avec un tube donnant le liquide que l'on veut employer, l'autre amène dans un autre tube déversoir ce même liquide quand il a produit son effet et cherche à s'échapper du vagin.

Un réservoir contenant le liquide et adapté au tube, et un robinet pour en régler le cours complètent l'appareil.

Quand on veut se servir de cet Irrigateur, on place le réservoir deux ou trois pieds au-dessus du lit de la malade; on introduit la canule à la manière d'un spéculum dans le vagin qu'il doit oblitérer complètement. Elle y reste retenue par la contraction du sphincter qui s'applique sur un petit rétrécissement de la canule; il est bon d'élever un peu le siége au moyen d'un coussin. Enfin le tube déversoir est passé sous la cuisse de la malade et plonge dans un vase au pied du lit ainsi que l'indique la figure.

Il suffit alors d'ouvrir le robinet pour déterminer dans le vagin un courant continu que l'on peut régler à volonté, sans qu'il s'écoule une seule goutte au dehors du vagin.

Les expériences les plus concluantes à cet égard ont été faites par les chirurgiens les plus distingués de la capitale, tels que MM. le professeur Jobert de Lamballe, Robert, Huguier, Monod et Schuster; tous ont été étonnés de la simplicité et des avantages de ce nouvel irrigateur.

— M. MATHIEU présente à l'Académie un nouveau modèle de seringue. L'instrument, sous un très petit volume, permet d'aspirer et d'injecter tour à tour une quantité indéfinie de liquide. Il se compose d'un corps de pompe de 10 centimètres de longueur sur 3 centimètres et 1/2 de diamètre, portant une soupape à l'une de ses extrémités; dans ce corps de pompe se meut un piston muni également d'une soupape, et dont la tige est creuse. Le corps de pompe, ainsi que la tige du piston, reçoivent alternativement soit une canule, soit un canon à échelle muni d'un tube d'écoulement, selon que l'instrument doit servir pour aspirer ou pour injecter.

Cet instrument a été construit d'après la demande de M. le docteur Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

— M. LE PRÉSIDENT annonce qu'une commission composée de MM. Moreau, Adelon, Gimelle, Bégin et Paul Dubois s'est réunie pour entendre les motifs de la démission de M. Pâtissier, et qu'elle a conclu à l'acceptation de cette démission. L'Académie aura donc à procéder, dans la séance de mardi prochain, à la nomination d'un nouveau trésorier.

L'ordre du jour rappelle la discussion sur le travail de M. Piorry.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole à M. Parchappe, membre correspondant de l'Académie, et ajoute que si la réponse de M. Piorry devait se prolonger au-delà de la séance du jour, les travaux académiques qui sont en souffrance obligeraient à renvoyer la suite de cette discussion à une séance supplémentaire, qui aura lieu samedi.

M. PIORRY réclame contre cette décision. Attaqué par deux orateurs et pendant trois séances successives, il sera forcé d'entrer dans d'assez longs détails pour soutenir ses doctrines, et quelques efforts qu'il fasse pour être bref sur chacun des points controversés, son discours ne saurait être terminé en une seule séance. L'Académie a discuté pendant quatre semaines sur le cancer; la discussion actuelle, qui est plus étendue et plus importante aussi, peut prétendre aux mêmes développemens. Lui assigner des limites trop courtes, c'est vouloir l'enterrer. M. Piorry propose, en conséquence, que la discussion soit continuée mardi prochain.

M. BÉGIN : La mesure prise par M. le président a pour but de hâter la discussion, mais non de l'enterrer, comme le pense M. Piorry.

M. PIORRY : J'ai été attaqué en séance publique, c'est en séance publique que je désire me défendre. La justice le veut ainsi.

M. LE PRÉSIDENT consulte l'Académie. La proposition de M. Piorry n'est pas adoptée. En conséquence, la continuation de la discussion est fixée à samedi.

— M. PARCHAPPE a la parole. (Voir plus haut, article *Philosophie médicale*.)

— M. COLLINEAU demande la parole. M. le Président la maintient à M. Piorry.

M. PIORRY insiste de nouveau, mais inutilement, pour que la discussion sur son travail soit reprise dans la séance publique de mardi. Il aborde ensuite la réfutation des discours de MM. Bouillaud et Gerdy.

Avant de commencer cette argumentation, dit l'orateur, qu'il me soit permis de répondre en deux mots à une allégation contenue dans le discours si remarquablement pensé de M. Parchappe. D'où vient qu'on cherche à créer deux camps parmi les médecins ? Qu'aux uns on attribue l'idée de laisser agir les forces de la nature, tandis que l'on accuse les autres de n'en tenir aucun compte ? Je défie qu'on me montre un seul passage de mes écrits qui autorise une semblable pensée ; s'il le fallait, je prouverais par maintes citations de mes livres qu'autant que qui que ce soit, je reconnais et j'admire les phénomènes salvateurs et médicateurs de l'organisation en action ; seulement ces phénomènes je les place dans les organes eux-mêmes ; en dehors d'eux je ne puis les concevoir. Mon Mémoire avait pour objet un point tout pratique. Or, en pratique il est impossible d'agir sur des forces et sur des propriétés. Quoi qu'on fasse, c'est aux organes qu'il faut s'adresser en dernière analyse.

On dit que les efforts de la nature dans les maladies à germes, étant d'éliminer la matière morbide, il faut rester spectateur oisif de la maladie, et l'on nous cite Hippocrate. Mais si vous agissez ainsi dans la variole, pourquoi ne suivez-vous pas les mêmes principes dans tous les empoisonnements? Est-ce à la nature que vous confiez le soin de neutraliser ou d'éliminer l'arsenic ou l'acide cyanhydrique ?

Je reviendrai sur ce point, mais dès à présent je proteste contre cette distinction des médecins en ceux qui invoquent l'intervention de l'organisme pour la curation des maladies et en ceux qui prétendent s'en passer. Jamais je n'ai rien dit ni écrit qui ressemblât à une pareille prétention, et en me la prêtant on prouve qu'on veut juger mes doctrines sans les connaître.

Messieurs, l'opinion publique s'est émue de la discussion actuelle, la presse médicale s'en est faite l'écho en France et à l'étranger ; son importance excusera, je l'espère, le développement que je suis forcé de donner à mon discours.

Les objections auxquelles j'ai ai répondre sont nombreuses.

M. Bouillaud, dans un discours dont la forme incisive ne m'empêchera pas de me tenir ici sur le terrain de la science seule, M. Bouillaud commence par se demander ce qu'il y a de nouveau dans mon mémoire sur la variole. A part la forme et le langage, il n'y voit que la reproduction de ce qui a été dit partout. C'est justement le contraire de ce que me reprochait M. Bousquet. Lequel de ces deux messieurs a raison? Pour m'éclairer sur ce point, j'ai relu l'article *Variole* de la nosographie de notre collègue, et je n'ai trouvé nulle analogie entre cet article et mon mémoire ; j'y ai vu l'éruption variolique décrite d'après M. Rayer; au chapitre de l'anatomie pathologique, les pustules du pharynx, celles du larynx sont mentionnées. Mais quant aux accidens spéciaux qui les accompagnent, quant au danger qu'elles entraînent, quant aux moyens d'y remédier, il n'en est pas dit un mot. Parmi les topiques abortifs, l'auteur cite l'emplâtre de Vigo; il ne dit rien ni du diachylum, que j'ai employé dix ans avant M. Briquet, ni des corps gras. Ceci prouve que notre collègue n'était pas autorisé à reprocher à mon mémoire le manque de nouveauté.

Au surplus, je suis peu jaloux de ce mérite, et la conviction d'avoir fait une chose utile me suffit amplement. Je laisse à M. Serres et à M. Velpeau (dont les travaux sur ce sujet m'étaient inconnus) de disputer sur la priorité des cautérisations employées pour faire avorter les pustules ; mais j'insiste sur les indications de cette opération, sur la nécessité de la faire profonde et de la réitérer pour éteindre les pustules de la face et celles du pharynx. Je crois avoir le premier signalé l'efficacité des emplâtres et des corps gras, qui protègent les surfaces malades contre le contact de l'air. Que M. Bouillaud n'en tienne pas compte, passe encore. Mais quand il vient m'accuser de *légèreté* à propos des indications de la trachéotomie dans la variole, je ne puis rester impassible et je dois lui signaler l'erreur déplorable où il est à cet égard. C'est un de mes grands étonnemens que, médecin expérimentateur, il s'effraie d'une opération qui n'a nul danger par elle-même; que, physiologiste, il méconnaisse l'importance qu'il y a, quand des mucosités écumeuses obstruent les voies de l'air, de les évacuer le plus promptement possible.

C'est grâce à cette erreur là que tant d'enfans succombaient au croup, tandis qu'aujourd'hui un grand nombre d'entre eux guérissent à la faveur de la trachéotomie.

J'ai cité un fait (et c'est un de ceux qui, à mes yeux, en valent mille), c'est celui d'une femme variolée qui, ayant la trachée et les bronches remplies de mucosités qu'elle ne pouvait rejeter au dehors, était cyanosée, prête à mourir. Je l'opère, et l'écume est d'abord évacuée, la respiration se rétablit, pendant trente-six heures ce mieux se soutient. Et l'on dira que ce fait n'est pas probant ! que la trachéotomie n'a pas été utile ! Quand, d'un autre côté, j'ai vu au moins cinquante fois la variolaryngite être suivie d'asphyxie et de mort ! C'est comme si l'on disait qu'il est inutile de tendre la perche à un homme qui se noie. Non, vraiment, ce n'est pas à la légère que j'ai fait l'opération, ce n'est pas à la légère que je donne le conseil de la pratiquer en cas pareil. Je me fonde sur les travaux résumés dans mon mémoire *sur l'asphyxie par l'écume bronchique*, et sur un millier d'autopsies qui démontrent toute la gravité de cet état pathologique. J'ai précisé aussi, quoi qu'en ait dit M. Bouillaud, le moment où il convient de recourir à la trachéotomie, et, au risque de me répéter, je dis encore qu'elle est indiquée toutes les fois qu'il y a variolaryngite ou variopharyngite, que des mucosités s'accumulent dans les voies de l'air et que la présence des pustules s'oppose à l'expectoration de ces mucosités, enfin que l'hypoxémie existe et que l'anoxémie est imminente. C'est que les mucosités écumeuses constituent un véritable corps étranger, et, soit dans la variole, soit dans toute autre affection, quand les médicamens ne réussissent pas à en provoquer l'expulsion, il faut que l'art intervienne pour les extraire.

M. Bouillaud taxe ma doctrine d'*exagérée*. Mais je me souviens qu'on me reprochait aussi, il y a quelques années, d'exagérer l'importance du plessimètre. Pourquoi? parce qu'on ne savait pas bien s'en servir. Toujours on est enclin à voir une hyperbole dans ce que l'on ne connaît pas assez. Je me console de ces attaques, en pensant à l'accueil qui a été fait à Fulton par l'Empereur, ou à Sophocle obligé de réciter ses vers pour prouver qu'il était sain d'esprit. Il se peut que je mette beaucoup de chaleur dans ce que je dis et écris, mais j'agis très froidement, et il serait à désirer que M. Bouillaud eût montré autant de calme quand il préconisait sa *formule* ou quand il rattachait à l'endocardite les maladies organiques du cœur, ou qu'il exposait ses prétentions personnelles à la médecine *exacte*. Pour tout juge impartial il est évident que s'il y a une individualité Piorry, il existe aussi et incontestablement une individualité Bouillaud.

En second lieu, laissant de côté la question de la variole, M. Bouillaud cherche à me démontrer l'existence des unités morbides que j'ai niées. Suivant lui, je serais dans l'erreur, quant à l'idée qu'on doit se faire de l'*unité*; je me ferais illusion sur ce point. Sans m'égarer dans les hypothèses, je réponds simplement que ce que je nie, c'est l'idée de la maladie considérée comme une collection de phénomènes dont on peut déterminer *a priori* l'enchaînement et la succession. Ce que je nie, c'est la réalité de la scrofule, de la fièvre inflammatoire, bilieuse, ataxique, de la fièvre intermittente, envisagées comme autant de choses parfaitement semblables à elles-mêmes dans tous les cas, dessinées en quelque sorte, susceptibles de recevoir un nom et de se prêter à une classification, susceptibles, quand on les additionne, de former une statistique, et enfin, obéissant aux mêmes moyens de traitement. Ne sont-ce pas là les unités que vous admettez? Ce sont celles-là que j'attaque et non les unités abstraites et personnifiées que critiquait Broussais.

Je laisse de côté les *entités* de la nosographie philosophique, et je m'occupe de la pneumonie, de la pleurésie, de la gastrite décrites comme maladies unitaires dans la nosographie dont M. Bouillaud est l'auteur. J'ai déjà dit les inconvéniens de cette manière de considérer les faits. Je vais les énumérer de nouveau.

1° Ces unités ne sont pas identiques : le rhumatisme comprend plus de vingt états morbides qui diffèrent par leur cause, leur siége, leur nature et leur traitement ; la scrofule est une collection des lésions les plus dissemblables ; la fièvre inflammatoire est tantôt l'expression d'une certaine altération du sang (l'*hémite* de la nomenclature), tantôt le début des fièvres éruptives et alors elle traduit une altération du sang toute opposée à la précédente ; les fièvres bilieuses et ataxiques ne sont que des complications ou des variétés de ce que l'on appelle fièvre typhoïde; la fièvre intermittente résulte de souffrances organiques variables, soit d'une congestion, d'une hypertrophie, d'une inflammation, d'une tuberculisation de la rate, soit d'une névralgie intercostale, soit d'une affection des voies urinaires : le miasme des marais n'est pas sa cause unique et constante, sa nature n'est pas la même chez tous les malades, son danger est infiniment variable, la périodicité même ne lui est pas propre, mais appartient à une foule de phénomènes de l'état de santé ou de maladie ; enfin, le quinquina n'en est pas le spécifique puisque, suivant la cause qui l'a produite, elle guérit tantôt par l'application d'un vésicatoire, tantôt par un traitement dirigé contre la maladie des voies urinaires, etc.

2° Les maladies résultant d'un ensemble ou d'une succession de lésions, chacune de celles-ci devient la source d'indications qui changent presque à tout instant. En chirurgie on sait bien qu'à l'inflammation succède la suppuration, au phlegmon l'abcès ; que le premier indique les évacuations sanguines, le second celle du pus. En médecine la maladie est considérée comme toujours semblable, depuis le début jusqu'à la convalescence (ou jusqu'à l'autopsie), quoique les lésions aient changé et que l'état général ait varié.

3° Dans ce que l'on est convenu d'appeler fièvre typhoïde, il existe une inflammation des plaques de Peyer, à laquelle succèdent des ulcérations ; il peut y avoir ouverture d'un vaisseau et hémorrhagie; il peut survenir une gangrène, une perforation ; le sang est diminué dans sa quantité, il perd un de ses élémens les plus essentiels ; des résorptions putrides peuvent avoir lieu ; le poumon, la rate, la peau deviennent malades, — et tout cela, vous l'appelez *entéro-mésentérite!* En vérité, si vous n'étiez entraîné par vos tendances ultra-phlegmasiques, une pareille unité vous paraîtrait, comme à moi, complétement inadmissible.

4° Au point de vue du diagnostic, l'idée de la maladie unitaire n'a pas moins d'inconvéniens. Avec cette idée, le but du médecin se borne à trouver un nom pour désigner les phénomènes les plus saillans qu'il observe ; cette appellation trouvée, à la satisfaction du public non médical, il ne s'agit plus que d'indiquer le remède, et l'on ne tient plus compte que des complications les plus graves et les plus apparentes. On se dispense d'interroger, comme il faudrait le faire, le poumon, la rate, l'intestin ; la maladie marche, et souvent l'autopsie seule vient révéler l'existence de graves lésions, qu'une étude plus attentive eût permis de reconnaître pendant la vie, et de combattre avec succès. Imbu de cette idée *unitaire*, le médecin fait la visite dans un hôpital avec la rapidité d'une visite de salon, il court de lit en lit en récitant quelque recette du Codex ou du Formulaire. Je sais que les médecins instruits font autrement : au lit du malade ils renoncent à une théorie erronée et explorent consciencieusement les organes l'un après l'autre. Et encore la force de l'habitude est si grande, qu'ils oublient quelquefois de désapprendre une mauvaise doctrine pour faire de la clinique utile.

5° Cette doctrine conduit à une thérapeutique déplorable. Une fois la maladie dénommée, on la fait précéder de la particule *anti*, et l'on trouve sur les vitres des officines et à la quatrième page des journaux médicaux et non médicaux la série des anti-apoplectiques, des antiscrofuleux, des anti-épileptiques. C'est le moyen de donner aux gens du monde une fausse idée de la médecine et du médecin, de faire que celui-ci néglige les lumières de l'anatomie et de la physiologie et s'abandonne à un aveugle empirisme.

Maintenant d'où vient que M. Bouillaud défend contre moi les unités morbides? d'où vient cette opposition à l'organo-pathisme, quand cette doctrine, que l'on attaque si violemment tient compte et du *quid ignotum*, élément réel mais insaisissable des souffrances organiques, quand elle étudie avec un soin extrême les causes, le siége, les complications, la composition, la filiation des états morbides, qu'elle tend à en rendre le diagnostic plus positif, la thérapeutique plus précise? Quand cette doctrine est en harmonie avec la pratique des grands médecins de tous les temps, quelles sont donc les causes d'une contradiction si *acharnée*, pour me servir d'une épithète employée par M. Bouillaud?

Ces causes sont bien nombreuses, Messieurs ; je vous les dirai dans la prochaine séance.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 41. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 7 Avril 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An...............	32 Fr.
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

Le 15 avril prochain, les Bureaux de l'UNION MÉDICALE seront transférés *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56, dans le local qu'ils ont occupé pendant plusieurs années.

PARIS, LE 6 AVRIL 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Les sciences médicales ont fourni un contingent considérable aux travaux de cette séance. Leur nombre et leur étendue nous forcent même à ne donner qu'une indication sommaire de chacune d'elles.

Commençons en signalant un bon exemple donné par un vétéran de la science, par un des doyens de l'Académie, par le respectable M. Duméril, qui a conservé la vieille tradition de rapporter, et aussitôt qu'il le peut, les travaux confiés à son examen. Il y a un mois à peine que M. d'Escayrac a présenté à l'Académie un intéressant mémoire sur le *ragle*, ou hallucination du désert, et M. Duméril en a déjà fait le rapport. Si cette bonne habitude de zèle et de prompte justice pouvait pénétrer dans une certaine section de l'Académie, les travailleurs béniraient le loyal exemple donné par M. Duméril.

M. J. Guérin a lu la seconde partie de son *Essai d'une généralisation de la méthode sous-cutanée*, et cette deuxième partie est relative aux applications chirurgicales. Après avoir suivi la méthode sur le théâtre physiologique, M. Guérin l'a suivie sur le théâtre chirurgical, et les divisions de l'un lui ont servi à former les divisions de l'autre. Ainsi, dans une première catégorie, il place les *sections* qui comprennent toutes les opérations sous-cutanées qui ont été exécutées sur le tissu cellulaire, les tendons, les muscles, les aponévroses, les vaisseaux, les nerfs, les os, les glandes et les organes parenchymateux, à l'état sain et à l'état pathologique. Dans une seconde catégorie correspondent les opérations sous-cutanées qui se pratiquent sur les cavités closes naturelles ou accidentelles.

M. le docteur Bérigny, de Versailles, un de nos plus zélés observateurs en météorologie, a communiqué des observations comparatives faites à Versailles et en Crimée, desquelles il résulte que, du 22 décembre 1854 au 31 janvier 1855, malgré la distance de mille lieues environ qui sépare ces deux points d'observation, les mêmes phénomènes se sont exercés en même temps, dans ces deux localités, pendant quelques jours, à un, deux ou trois jours de distance, et qu'en général, lorsque la marche identique de ces phénomènes n'a pas eu lieu, il s'est manifesté des interversions assez régulières, parallèles et simultanées, pour que ces interversions doivent dépendre de la même cause que celle qui a présidé à la marche concordante des phénomènes. Si l'on cherche le rapport numérique qui existe entre la pression atmosphérique et la température de la Crimée et de Versailles, pendant les trente-huit jours d'observations qui forment le travail de M. Bérigny, on trouve en moyenne :

Pour le baromètre : en Crimée, 758 millimètres; à Versailles, 754 millimètres ; différence, 4 millimètres.

Pour le thermomètre : en Crimée, 5 degrés; à Versailles, 3 degrés; différence, 2 degrés.

La pression atmosphérique est donc plus forte de 4 millimètres, et la température plus élevée de 2 degrés en Crimée qu'à Versailles pendant ces trente-huit jours d'observation.

Une nouvelle communication sur la fonction, ou plutôt contre la fonction glycogénique du foie, a été faite par M. L. Figuier. Nous publions *in extenso* le nouveau mémoire de notre savant confrère, sur un texte qu'il nous a remis lui-même et corrigé par lui. Dans ce grave conflit, qui tient tous les physiologistes en éveil, dans une question toute expérimentale et sur laquelle des expériences contradictoires sont en présence, notre rôle doit se borner à publier impartialement toutes les pièces de cet important procès, et c'est ce que nous faisons.

Nous ne pouvons qu'indiquer un mémoire intéressant de MM. Boutron et Félix Boudet, *sur l'hydrotimétrie ou nouvelle méthode d'analyse des eaux de sources et de rivières* ; le troisième mémoire de M. Camille Dareste, *sur les circonvolutions du cerveau chez les mammifères*.

Dans un cas d'angine scarlatineuse diphthéritique, M. Marchal (de Calvi), guidé par une idée préconçue qui paraît légitime, a employé le bicarbonate de soude à l'intérieur, à haute dose, et a obtenu un succès complet. Ce fait est digne de remarque et pourra engager les praticiens à essayer ce moyen dans le traitement d'une maladie terrible, qui ne laisse trop souvent que la ressource ultime et si peu sûre de la trachéotomie.

Signalons une note de M. Herpin (de Metz), sur l'emploi des bains et douches de gaz carbonique sur l'efficacité desquels, dans le traitement des vieux rhumatismes, l'empirisme aurait mis sur la voie.

M. Desormeaux a présenté son ingénieux instrument appelé *endoscope*, et destiné à éclairer certaines cavités intérieures de l'économie. A l'aide de cet appareil, M. Desormeaux a pu examiner non seulement le canal de l'urètre, mais encore l'intérieur de la vessie et les corps étrangers qui peuvent s'y trouver, quels que soient, dit-il, leur petitesse, la cavité du col et du corps de l'utérus, l'intérieur des fosses nasales et la partie supérieure du pharynx. Si la pratique, comme nous l'espérons, réalise les promesses de M. Desormeaux, notre confrère aura doté l'art d'un moyen précieux de diagnostic.

Amédée LATOUR.

SYPHILIOGRAPHIE.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS ;

Par M. A. RODET, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon.

Lorsque la syphilis fit son apparition en Europe, à la fin du XVme siècle, elle se répandit avec une rapidité inouïe et frappa ses victimes avec une effroyable intensité. Mais on ne tarda pas à voir ce fléau perdre peu à peu une partie de sa fureur ; aussi les auteurs qui écrivirent un demi-siècle plus tard, crurent-ils pouvoir prédire qu'il ne serait que temporaire et qu'il disparaîtrait au bout de quelques siècles, comme avait fait la lèpre, cet autre fléau plus effroyable et plus terrible encore. Cette prédiction ne s'est pas réalisée et, malheureusement, rien n'annonce qu'elle doive se réaliser un jour. Entretenue et propagée par des passions que l'on ne parviendra jamais à étouffer, la syphilis s'étend de plus en plus, au lieu de disparaître. Elle s'insinue peu à peu dans les villages, dans les hameaux et quelquefois jusque dans les chaumières, d'où l'avaient exclue pendant longtemps des mœurs simples et pures, et si elle se montre moins cruelle qu'autrefois pour chacune de ses victimes, c'est peut-être uniquement parce que l'art est mieux armé pour la combattre (1).

(1) D'après une idée émise récemment par M. le docteur Clerc (voyez UNION MÉDICALE, 1854, nos 151 et 152), les chancres indurés et la syphilis constitutionnelle

Feuilleton.

LETTRE A M. LE DOCTEUR PARCHAPPE,

A L'OCCASION DE SON DISCOURS.

Si j'avais à dire mon *Credo* en philosophie médicale, j'en prendrais la formule dans les conclusions de votre discours. Mais le public éclairé se soucie peu de savoir ce que pense tel ou tel individu ; ce qu'il demande surtout à ceux qui se donnent le difficile et périlleux honneur de s'adresser à lui, c'est moins des professions de foi individuelles que des motifs d'admettre ou de rejeter telles ou telles croyances. Je ne ferai donc pas de profession de foi. Mais ce qu'il me semble utile de dire, ce que j'aurais voulu trouver dans votre discours, d'ailleurs si plein de choses et si merveilleusement lucide, c'est le pourquoi de la discussion actuelle, ce qui fait qu'au milieu du sommeil profond où semblait plongé l'esprit médical sur les questions générales de doctrine, il se soit tout à coup réveillé et se soit jeté avec plus d'ardeur souvent que de prudence dans les plus graves sujets de dogme, d'histoire et de philosophie.

Il vous appartenait de dire, très savant confrère, que ce sommeil n'était pas aussi profond qu'on le croyait. Plusieurs fois déjà, avant la discussion actuelle, des voix s'étaient fait entendre pour appeler l'attention sur un mouvement intestin, mais sensible de l'esprit médical, mouvement vague, indéterminé, traduisant l'inquiétude plus qu'une volonté, des aspirations plus qu'une tendance, indiquant surtout un malaise général et le désir mal formulé d'un changement.

Vous le savez, très honoré confrère, de même qu'en cette pathologie vitaliste dont vous avez loyalement arboré le drapeau, on admet l'imminence morbide, état mal défini qui n'est plus la santé, qui n'est pas encore la maladie, de même il faut admettre une sorte d'imminence intellectuelle et morale qui précède tout grand changement de l'ordre philosophique ou politique. Les grands observateurs ne s'y trompent pas; l'esprit plane sur les eaux, s'écrient les prophètes ; *mens agitat molem*, chantent les poètes ; et pendant que les inattentifs ou les satisfaits — il y en a en toute chose — reposent dans leur quiète indifférence, l'étincelle s'allume, l'incendie éclate et la révolution est consommée.

L'esprit médical se trouvait-il, avant la discussion actuelle, dans l'état d'imminence intellectuelle et morale qui précède les révolutions ?

Révolution serait beaucoup trop dire. Je ne vois pas de révolution imminente, et cela par la meilleure des raisons, c'est qu'il n'y a pas de révolutionnaire, et il n'y a pas de révolutionnaire parce que, sur l'horizon médical, on ne voit poindre aucune idée nouvelle. Pas plus que moi, vous ne reconnaîtrez l'étoffe de révolutionnaires à quelques agitateurs bruyans, à quelques fanatiques sectaires, qui ne pouvant élever leur dogme médical à la hauteur d'une hérésie, en cachent la misère sous un manteau respectable. Vous ne donnerez pas les proportions d'idée à ces tristes et ridicules conceptions, écloses dans un cerveau malade, propagées par d'ignorans enthousiastes et exploitées par d'improbes industriels.

Mais s'il n'y a pas de révolution imminente dans l'esprit médical, il y a certainement imminence d'un retour vers un ordre d'idées sur lesquelles l'esprit médical vivait depuis un grand nombre d'années dans l'indifférence.

C'est cet esprit de retour que j'ai souvent signalé, que j'aurais voulu encourager si j'avais pu le faire, que j'aurais voulu surtout maintenir dans de justes limites, en souvenir du danger de toutes les réactions trop vives et trop précipités, en effroi de tous les dangers qu'elles entraînent.

Si je ne me trompe, Monsieur et savant confrère, cette appréhension s'est présentée aussi à votre esprit juste et prévoyant. C'est elle, sans doute, qui s'est réfléchie dans votre discours par cette qualité qui donne à mes yeux une si grande valeur à votre oraison, par la mesure, ce don des esprits vigoureux. La philosophie médicale que vous défendez avec un talent si remarquable, a aussi, vous l'avez compris, vous l'avez dit, ses fanatiques, ses *ultràs*, et d'avance vous avez pris vos précautions contre les excès de leur zèle. C'est fort sage. Il est bon de dire à tous, quand on peut le dire avec votre autorité, que la philosophie vitaliste n'implique ni blâme ni abandon des merveilleuses conquêtes que l'esprit d'examen et d'observation a réalisées dans le domaine des sciences médicales depuis un demi-siècle. Avec moins de modestie, vous auriez rappelé que cette philosophie ne vous a pas fermé la porte des recherches savantes et de l'analyse exacte, et que vos beaux travaux sur l'*Anatomie pathologique de l'aliénation mentale et du cœur*, faites par un médecin vitaliste, sont acceptées par tous les médecins organiciens.

Il y a donc un retour visible vers les doctrines vitalistes ; à quoi l'attribuer ?

Quoique la réponse à cette question soit dans toutes les bouches, il serait peut-être dangereux de la formuler.

Dangereux, car les satisfaits de l'état actuel des choses ne manqueraient pas d'en contester l'exactitude en dissimulant la pauvreté de l'ensemble sous la richesse des détails, en niant l'immobilité du corps par l'agitation des membres.

Dangereux, car les sectaires et les industriels de la médecine s'empresseraient de charger le tableau, de le tourner à la confusion de la science, à la glorification de leur secte, et au profit de leur industrie.

Dangereux, car la société, prise en masse, n'est ni d'intelligence, ni de tempérament à accepter, sans lésion pour la médecine et pour ses ministres, l'aveu loyal et sincère des imperfections de l'une et des défaillances des autres.

Ne recherchons donc pas avec une curiosité trop indiscrète la cause du phénomène; constatons son existence; et quant à son étiologie, bornons-nous à l'indiquer par ces deux mots qui disent tout d'ailleurs :

Déception et espérance.

Je n'ai pas à redire ce que vous avez si bien dit mardi dernier, et je n'ai point d'autre caractéristique à donner que celle que vous avez donnée vous-même du vitalisme et de l'organicisme. Cependant, relativement à ce dernier, n'avez-vous pas tracé un tableau plus d'après le souvenir du passé que d'après l'état actuel des choses ? Voyez ! tout le monde se défend d'être organiciste exclusif. M. Piorry lui-même s'indi-

Lorsqu'on réfléchit à tous les ravages que produit cette maladie; lorsqu'on voit le nombre de victimes qu'elle frappe incessamment; lorsqu'on songe surtout que bon nombre de ces victimes, ignorant la gravité du mal qui les dévore, ne se soumettent pas à des traitemens suffisans, et transmettent à leurs descendans le poison qui circule dans leurs veines, il est impossible de ne pas être effrayé et de ne pas appeler de tous ses vœux la découverte de quelque remède efficace, qui, tarissant le mal dans sa source, l'empêche de se propager, le rende de plus en plus rare et finisse par le faire disparaître entièrement.

Plusieurs tentatives hardies ont été faites pour obtenir ce résultat immense, mais jusqu'ici, il faut l'avouer aucune n'a été couronnée de succès. La *syphilisation* la plus audacieuse de toutes n'a pu réaliser ses brillantes promesses. Séduit par ses pompeuses annonces, je l'ai mise en pratique une fois et ce fait unique a suffi pour me convaincre de son impuissance et de ses dangers (1).

La *vaccination syphilitique*, imaginée par M. Diday, s'est montrée bien plus modeste et, surtout, bien plus innocente. Elle n'avait pour but que de prévenir la syphilis constitutionnelle chez les malades atteints déjà de chancres; mais, comme elle excluait de sa sphère d'action tous les chancres indurés, il en résulte qu'elle ne prétendait préserver que les malades les moins exposés à l'infection générale.

Persuadé que rien n'autorise jusqu'à présent à espérer la découverte d'un vaccin syphilitique, et que ce vaccin, s'il était connu, serait encore difficilement applicable, ce n'est pas dans ce sens que j'ai dirigé mes investigations. J'ai cherché à découvrir une substance qui soit douée du pouvoir de neutraliser complètement le virus syphilitique, même lorsqu'il est insinué depuis plusieurs heures dans l'épaisseur de la peau ou des membranes muqueuses et de l'anéantir avant qu'il ait eu le temps de produire les moindres effets. Le problème était très difficile à résoudre, car il fallait que cette substance réunît plusieurs conditions presque inconciliables. Ainsi il fallait: 1° qu'elle fût douée de propriétés assez actives pour détruire ce virus, mais pas assez pour cautériser les piqûres ou les excoriations; 2° qu'elle fût liquide pour pouvoir s'insinuer facilement dans les membranes, à travers les moindres fissures; 3° qu'elle ne fût pas irritante afin que la peau et les membranes muqueuses pussent supporter son contact; 4° qu'elle ne fût ni toxique, ni vénéneuse, afin que son absorption n'exposât à aucun accident; et 5° enfin, qu'aucun élément d'un prix élevé n'entrât dans sa composition et ne l'empêchât de devenir vulgaire.

Ces difficultés ne me rebutèrent pas. Certain que si une telle découverte était difficile, du moins elle n'était pas impossible, puisque *Luna Calderon* avait déjà trouvé, en 1812, un liquide neutralisant dont il ne fit pas connaître la composition; encouragé d'ailleurs par l'espoir de découvrir un secret qui pouvait avoir des conséquences incalculables, je me mis à l'œuvre avec ardeur et j'entrepris, en novembre 1853, une série d'expériences dont je vais indiquer brièvement les résultats, me proposant de les publier bientôt d'une manière plus étendue.

Depuis quelque temps je me livrais à des recherches sur les effets que pouvaient produire les différens chlorures employés dans le pansement des chancres et des bubons ulcérés, et j'avais remarqué que celui d'entre tous qui était doué, sous ce rapport, des propriétés les plus remarquables, était le chlorure de zinc. Dissous dans trente ou quarante fois son poids d'eau distillée ou d'alcool, il modifie puissamment la surface des chancres, les transforme quelquefois rapidement en plaies simples, surtout s'ils sont élevés, et amène alors la cicatrisation en un petit nombre de jours. Assez souvent, il est vrai, il produit des eschares superficielles; il agit alors trop fortement et doit être remplacé par un chlorure plus faible, celui de barium, par exemple, ou par tout autre moyen. Ce chlorure étant d'ailleurs sans effet sur la peau tant que l'épiderme est intact, et s'insinuant facilement à travers les plus légères fissures, me parut réunir plusieurs conditions favorables, et ce fut par lui que je commençai mes expériences. Dissous dans huit fois son poids d'eau distillée et appliqué sur une piqûre récemment inoculée, il détruit le virus et empêche la formation du chancre; mais, comme il cautérise légèrement tout l'intérieur de la piqûre, il se forme, au bout de deux ou trois jours, un léger travail éliminatoire, d'où résulte une pustule simple qui dure ordinairement de six à neuf jours.

Le chlorure de zinc ne remplit donc pas toutes les conditions désirables. Il préserve mais il cautérise. J'eus beau varier les doses de ce remède et l'associer de différentes manières, je ne pus pas sortir de l'alternative de cautériser ou de n'obtenir qu'une préservation incomplète.

L'iodure de zinc, le chlorure de cadmium et le chlorure de barium, que j'essayai ensuite, produisent des effets analogues: ils préservent, lorsque leur solution est assez concentrée, mais en donnant lieu à une pustule simple.

Le perchlorure de fer ne cautérise pas les piqûres, mais il ne préserve pas; il ne fait que retarder un peu les effets du virus. Quel que soit le degré de concentration auquel on l'emploie, on n'obtient pas de meilleur résultat. Tout insuffisant qu'il est, ce médicament me parut doué de propriétés précieuses et, loin de le rejeter, je cherchai, par différentes combinaisons ou associations, à lui donner les qualités qui lui manquent sans lui faire perdre celles qu'il possède déjà. Après quelques essais, le problème me parut résolu. Ayant appliqué, sur une piqûre d'inoculation, une solution de perchlorure de fer et d'acide citrique, la préservation fut obtenue de la manière la plus irréprochable. Je répétai l'expérience un certain nombre de fois et j'obtins toujours à peu près les mêmes succès. Je me croyais arrivé au terme de mes expériences, lorsque je fus arrêté tout à coup par un de ces obstacles imprévus que la nature sème souvent sous les pas des expérimentateurs, comme si elles voulaient que les découvertes fussent toujours le prix de la persévérance.

L'échantillon de perchlorure de fer qui m'avait servi jusque-là étant épuisé, je m'en procurai un autre qui ne fut plus doué des mêmes propriétés : la préservation ne fut plus obtenue, ni avec les mêmes doses, ni avec les doses plus fortes. Je m'adressai alors à toutes les officines, mais ce fut en vain ; je ne pus plus trouver du perchlorure semblable au premier. Je fus alors tenté de douter de moi-même et de croire que je m'étais fait illusion dans mes premières expériences. Heureusement je trouvai dans mon cabinet deux petits flacons contenant encore un peu du liquide que j'avais préparé avec le premier échantillon. Je les essayai et la préservation fut obtenue. Il n'y avait plus de doute possible. La différence des résultats ne tenait qu'à la différence de composition du perchlorure que j'avais employé. Mais quelle était cette différence et que fallait-il ajouter aux derniers échantillons pour les rendre semblables aux premiers? Plusieurs tentatives que je fis dans ce sens furent infructueuses; mais, remarquant ensuite que le premier perchlorure était entièrement soluble dans l'eau distillée, tandis que les autres l'étaient incomplètement et formaient tous un dépôt plus ou moins considérable, je pensai que là était probablement la clef de l'énigme. J'ajoutai donc à la solution de mes nouveaux échantillons une quantité suffisante d'acide chlorhydrique pour en compléter la solubilité et faire disparaître toute trace de dépôt, et, dès-lors, les mêmes résultats purent être obtenus. La préservation eut lieu comme avec le premier échantillon.

Maître désormais de graduer à mon gré les effets du remède, il ne me restait plus qu'à résoudre des questions accessoires et à déterminer :

1° Qu'elles sont les doses et les compositions qui préservent le mieux sans irriter les tissus sains;

2° Quelle est la manière la plus simple et la plus efficace d'employer le remède;

3° Quels sont les effets appréciables du remède sur les piqûres d'inoculation;

4° Quelle est, à partir de l'insertion du virus, la durée du temps pendant lequel le remède jouit d'une puissance préservatrice, et quelles sont les modifications que présentent ses effets à différentes distances de ce point de départ;

5° Quelles sont les causes qui peuvent faire varier les effets préservatifs du remède;

Et 6° enfin, quelles sont les applications dont ce remède est susceptible.

Quoique je me propose de publier un peu plus tard la plupart de ces expériences, je vais exposer brièvement ici quelques-unes des plus importantes :

I. — Nico*** (Etienne), âgé de 19 ans, entre, le 17 novembre 1854, pour un vaste chancre phagédénique du prépuce et du gland, datant de trois semaines, pour un bubon virulent de l'aine droite et pour un chancre inoculé sur l'index de la main gauche.

Le 14 décembre, je prends du virus sur de nouveaux chancres qui se sont inoculés spontanément sur le limbe du prépuce, et je l'inocule sur la cuisse gauche, au moyen d'une lancette. Je couvre ensuite la piqûre d'un verre de montre, que je laisse à demeure.

Le 15, l'inoculation a produit une pustule caractéristique au fond de laquelle se voit un petit ulcère à fond gris, à bords taillés à pic et entouré d'une auréole rouge.

A dix heures et vingt minutes, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'inoculation, je dépose sur ce petit ulcère une goutte d'un liquide préservatif composé de 32 grammes d'eau distillée, de 4 grammes de perchlorure de fer, et de quantité égale d'acide citrique et d'acide chlorhydrique.

A dix heures quarante minutes, j'absorbe le liquide avec de la charpie. Les bords et le pourtour de l'ulcère présentent une élevure de 6 ou 7 millimètres de diamètre, mais cette élevure est un peu irrégulière, comme mamelonnée. Il semble que quelques points, protégés probablement par un dépôt de lymphe plastique, n'ont pas été atteints par le liquide.

Le 16, l'auréole inflammatoire a presque disparu et s'est affaissée. La surface de l'ulcère est un peu brunâtre.

Le 17, M. Bondet, interne du service, pratique, à sept heures cinq

deviendraient de plus en plus rares. Cet auteur pense que non seulement les individus qui ont ou ont eu la syphilis constitutionnelle, ne peuvent plus contracter des chancres indurés, comme l'a établi M. Ricord, mais encore que, le virus, en passant de nouveau par leur organisme, perd pour toujours le pouvoir d'infecter d'autres constitutions et ne conserve que celui de produire des effets locaux, c'est-à-dire de reproduire des chancres simples.

(1) Voyez *Gazette médicale de Paris*, 1852, n° 39, p. 606.

---

gne contre cette accusation. Tout le monde, aujourd'hui, est ou veut être vitaliste, chacun à sa manière, il est vrai, — et vous l'avez très justement remarqué, — sans descendre dans les profondeurs de la question, sans s'interroger sur la signification que l'on veut donner au mot maladie, sans remonter aux notions de causalité, sans s'inquiéter où est la vérité dans ces deux propositions qui s'excluent :

La maladie est une fonction ;

La maladie est un accident.

Mais ne voyez-vous pas, avec moi, qu'un grand pas a été déjà fait vers le rapprochement des idées et des esprits? Ce n'est pas dans les confins des doctrines qu'il faut aller chercher l'expression de l'opinion générale. Toutes les opinions extrêmes ne peuvent qu'égarer le jugement. Ce n'est ni aux *Jacobins* ni aux *Feuillans*, en quoi que ce soit, que se montre le véritable esprit public. Mais nous n'avons plus d'ultras organiciens, et les ultras vitalistes forment une secte si imperceptible, et d'ailleurs si profondément divisée dans la pratique, qu'il est tout à fait inutile d'en tenir compte. Cette secte, laissons-la macérer dans l'eau bénite. La discussion lui donnerait une importance qu'elle n'a pas, et si, par aventure, elle pouvait en prendre une quelconque, malheur au vitalisme ! Elle nous ramènerait rapidement au matérialisme organique, comme le fanatisme religieux ramènerait à Voltaire.

La conciliation et le rapprochement il faut les tenter, il faut les encourager chez les organiciens d'aujourd'hui, et ce sont les plus nombreux, qui ayant négligé l'étude des hautes questions qui vous sont familières, sentent, dans leur éducation médicale, un vide qu'ils voudraient combler. Je les appellerais volontiers des aspirans au vitalisme. Déjà vous leur avez éloquemment exposé que se donner une doctrine générale, en pathologie, cela ne voulait pas dire: Brûlez ce que vous avez adoré. Non, vous l'avez dit vous-même, le vitalisme, et c'est ce qui fait sa force et sa durée, se concilie sans effort avec les progrès de tout genre, avec l'observation et l'expérimentation, avec l'application précieuse de toutes les sciences afférentes à la médecine. Il ne s'agit de rien renier, de rien dédaigner, de rien rejeter. Au contraire, le vitalisme se sert avec plus d'efficacité de tous ces moyens, de tous ces instrumens d'étude, parce que seul il connaît les limites de leur puissance et de leur action, parce que seul il peut mesurer leurs forces, borner leur application, prévenir leurs égaremens et les déceptions auxquelles ils peuvent entraîner.

Le rapprochement et la conciliation il faut les prêcher aux vitalistes intelligens et sages, et ils sont en majorité, qui comprennent que la médecine ne peut être une pure abstraction métaphysique, une stérile contemplation de phénomènes morbides, mais qui, tout en partant des hanteurs philosophiques de la doctrine, admettent l'existence d'un art médical, capable de prévenir et de combattre les maladies, puisant ses moyens d'action à toutes les sources, comprenant que la vie ne s'exerce pas dans une sphère hypothétique, mais dans un milieu soumis à toutes les influences de la température, de l'hygrométrie, de l'électricité et le reste; qu'il est insensé de nier l'action de ces agens divers sur l'organisme, comme de rejeter la conception d'une participation évidente des phénomènes physiques et chimiques dans l'accomplissement des actes de la vie.

C'est sur ce terrain seul, je le reconnais avec vous, très savant confrère, que la conciliation est possible. Qui dit conciliation, dit presque toujours concession réciproque. Le temps semble venu de demander ces concessions aux deux écoles qui se sont partagé l'esprit médical. On a beaucoup effrayé les générations actuelles des doctrines et de la philosophie médicale, il faut les rassurer à cet égard. Le moment paraît opportun. Dissipez, éloquent confrère, les nuages qui obscurcissent encore, pour quelques esprits, les véritables notions de la médecine. Dites à nos jeunes gens de Paris, et même à nos académiciens, que le vitaliste n'est pas ce rêveur abstrait qu'on leur a dépeint, assistant impassible à quelque drame morbide et s'inquiétant plus de la lutte des forces vitales que de prendre la lancette au moment décisif ou d'administrer un grain d'opium. Dites à nos jeunes gens de Montpellier que l'organicien n'est que par exception rare et qui n'a pas d'imitateurs, le médecin incessamment courbé sur l'organe souffrant, fouillant sans relâche le cadavre, ne tenant compte ni de l'état dynamique, ni des phénomènes généraux, ni des diathèses, ni des infections organiques, décrivant une altération comme le minéralogiste une roche, isolant les symptômes dans une analyse étroite et sans relation avec ce *consensus* admirable qui fait de l'organisme un tout complexe, mais UN, et dont la moindre fibrille ne peut être ébranlée sans retentissement universel sur tout le mécanisme.

Dites à tous que des vitalistes de ce genre, il n'y en a pas, que des organiciens de cette espèce, il n'y en a presque plus ; et voilà pourquoi, savant confrère, la conciliation est aujourd'hui possible entre Paris et Montpellier, entre le vitalisme tolérant et l'organicisme raisonnable ; et la preuve, c'est que votre discours est le type parfait et le modèle exquis de la doctrine tolérante et raisonnable, qui, je l'espère, deviendra bientôt la doctrine générale.

Spes et fides.

Agréez, etc. Amédée LATOUR.

Dans l'un des pavillons du Palais de l'Industrie, des appartemens convenables ont été disposés et aménagés pour faire face aux éventualités que peut présenter un nombre de visiteurs aussi considérable que celui qui est attendu pour cette époque. Une boîte complète de médicamens et des appareils chirurgicaux pour les premiers pansemens seront toujours prêts dans le cabinet du médecin de service.

Le personnel se compose de MM. les docteurs de La Porte, Lehâtard, Troncin et Hiffesheim; de deux internes des hôpitaux, MM. Rogé et Épron.

M. le docteur Calvo a été nommé médecin du Palais des beaux-arts.

Le service médical sera permanent; un docteur et un interne seront toujours présens, ainsi que les hommes qui, à titre d'infirmiers, sont attachés à ce service.

— M. le professeur Trousseau reprendra ses cours de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le mardi 10 avril et les continuera les mardi, jeudi, samedi de chaque semaine.

— M. le professeur Jobert reprendra ses cours de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 11 avril et les continuera les lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine.

minutes du matin, deux inoculations sur la cuisse droite, avec le pus des chancres du limbe, que j'ai déjà éprouvé, et, en outre, avec celui d'un petit chancre qui s'est formé depuis deux ou trois jours sur la partie inférieure du méat urinaire.

Le même jour, à neuf heures dix minutes, il pratique une troisième inoculation, 8 centimètres plus bas, avec le pus des mêmes chancres.

A midi et trois minutes, quatre heures cinquante-huit minutes après les premières inoculations et deux heures cinquante-trois minutes après la troisième, je dépose sur chaque piqûre une goutte du préservatif déjà indiqué.

Le 18, l'une des trois piqûres est un peu rouge, les deux autres ne le sont pas.

Ce jour-là, M. Boudet a pratiqué deux inoculations nouvelles avec le pus des mêmes chancres que la veille, l'une à six heures et demie du matin, sur la cuisse droite, et l'autre à huit heures et demie, sur la cuisse gauche.

A dix heures et demie, c'est-à-dire quatre heures après la première inoculation et deux heures après la deuxième, je mets une goutte du préservatif sur chacune des deux piqûres; dix minutes après, chaque piqûre est entourée d'une élevure régulière semblable à une piqûre de cousin.

Ce malade a donc six piqûres d'inoculation, deux sur la cuisse gauche et quatre sur la cuisse droite. Ces piqûres ont été traitées par le liquide préservatif, vingt-quatre heures, cinq heures (en ne tenant pas compte des fractions), quatre heures, trois heures et deux heures après l'inoculation, et, pour me rendre plus clair, c'est par ces chiffres que je les désignerai dans la suite de ma description.

Le 17, la piqûre de vingt-quatre heures va assez bien, l'ulcère ne s'étend pas et l'auréole diminue toujours. Les quatre autres vont parfaitement bien et ne présentent ni rougeur ni élevure.

Le 20, les piqûres de cinq heures et de trois n'offrent toujours aucune rougeur. Celles de quatre et de deux en présentent une légère. (Je dois faire remarquer que le liquide avait été tenu moins longtemps en contact avec ces deux piqûres, à cause de la direction oblique des surfaces.)

Le 22, le petit ulcère de vingt-quatre heures n'offre plus d'auréole inflammatoire, mais il est stationnaire. Les quatre autres piqûres sont complétement guéries.

Le 23, l'ulcère de vingt-quatre heures étant toujours stationnaire, je le fais panser avec un mélange de 16 grammes d'onguent basilicum et de 4 grammes d'oxyde rouge hydrargyrique.

(La suite à un prochain numéro.)

MÉDECINE LÉGALE.

QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES TOUCHANT LA MORT PAR SUSPENSION ET LA DISTINCTION DU SUICIDE ET DE L'HOMICIDE.

(Suite. — Voir les numéros des 31 Mars et 3 Avril.)

Rapport sur les questions médico-légales relatives à la mort de la dame Duroulle.

Par M. Ambroise Tardieu.

Nous soussigné, Ambroise Tardieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, commis par ordonnance de M. le président des assises de la Seine-Inférieure, en date du 12 mars 1855, à l'effet d'examiner les rapports de MM. les dr[s] Bidault et Boulard, en date des 28 février et 10 mars 1854, relatifs à la mort de la dame Langlois Duroulle, et exprimer notre opinion sur les conclusions auxquelles sont arrivés ces deux médecins; en conséquence, dire si la mort de la dame Duroulle doit être attribuée à la suspension, et dans le cas de l'affirmative, si la suspension doit être considérée comme le fait de M[me] Duroulle elle-même ou comme le fait de mains étrangères; en d'autres termes, si, dans le procès, on doit conclure au suicide ou à l'homicide; commis, en outre, pour examiner les questions suivantes qui ne sont pas résolues dans les deux rapports transmis, mais que le procès donne lieu de soulever : 1° Dans quel espace de temps se produisent la rigidité cadavérique et la disparition complète de la chaleur dans la mort par suspension? 2° Après ce genre de mort, serait-il possible, à l'aide de vêtemens chauds et de couvertures, d'empêcher le développement de la rigidité et de maintenir la chaleur du corps pendant un temps assez long, même vingt-quatre heures? Après avoir prêté serment entre les mains de M. Rohault de Fleury, juge d'instruction près le tribunal de première instance de la Seine, avons reçu de lui, avec la commission rogatoire de M. le président des assises de la Seine-Inférieure, les deux pièces sur lesquelles nous devons donner notre avis.

Ces documens consistent en un procès-verbal succinct, dressé par M. Boulard au moment même où la mort de la dame Duroulle fut connue, et en un rapport signé par MM. les docteurs Bidault et Boulard, concernant l'autopsie cadavérique faite dix jours plus tard et après l'exhumation. C'est là que nous devons trouver l'exposé des faits matériels que nous avons à apprécier. Ce sont là les seuls élémens sur lesquels nous voulions faire porter notre jugement, laissant avec soin de côté les circonstances matérielles et les considérations morales que n'a pas à invoquer ici le médecin expert. En effet, si, dans certains cas, le médecin peut être autorisé à faire intervenir, pour établir la réalité du suicide, des faits de l'ordre moral, c'est seulement lorsque ceux-ci sont de nature à constituer une perversion de l'état mental, une véritable maladie dont les causes, les symptômes, la marche, sont du domaine de la médecine. Dans le cas qui nous est soumis, les raisons morales qui ont pu être invoquées sont d'une toute autre nature et ne doivent pas nous occuper. Nous nous renfermerons donc strictement dans les termes mêmes des questions qui nous sont posées, et nous chercherons, dans les seules constatations faites sur le cadavre, les moyens de juger si les conclusions qu'on ont déduites les premiers experts sont bien fondées, et répondent à la fois aux données générales de la science et aux circonstances spéciales du fait auquel elles se rapportent.

Avant d'entrer dans cet examen, nous devons cependant faire encore une remarque préalable. C'est que ces constatations matérielles, ces élémens anatomiques, base fondamentale de toute discussion médico-légale, pour permettre une conclusion absolue dans un sens ou dans l'autre, doivent être non seulement exactes, ce que nous ne révoquons pas en doute un instant, mais encore aussi précises et aussi complètes que possible; et, sur ce dernier point, nous ne pouvons nous dispenser de faire observer que des lacunes très regrettables existent dans les deux rapports, et que des renseignemens très importans y font absolument défaut. Dans l'impossibilité où nous sommes et où seraient eux-mêmes aujourd'hui les premiers experts de combler cette lacune, de réparer ces omissions, nous aurons soin du moins de ne pas ajouter aux chances d'erreur qui en peuvent résulter, en interprétant et en étendant le sens des termes employés dans les deux rapports; nous nous attacherons à la lettre même, qui, seule ici, peut faire foi en l'absence du corps lui-même, dont nous ne pouvons plus interroger les restes.

Nous ne croyons pas utile de reproduire une fois de plus les faits consignés dans les premiers rapports, nous entrerons sur-le-champ dans l'examen des questions qui nous sont posées, en rappelant, à mesure qu'ils se présenteront, les élémens du problème à résoudre.

I. — La première question, celle qui domine toutes les autres, est de savoir *si la pendaison est bien la cause réelle et unique de la mort de la dame Duroulle, et si nulle autre cause n'a pu agir seule ou concurremment avec la pendaison.*

Cette question, considérée d'une manière générale et en quelque sorte théorique, est de l'aveu de tous les auteurs l'une des plus difficiles à trancher d'une manière absolue, l'une de celles où la réserve ou le doute même soient impérieusement commandés, alors même que l'on possède la notion exacte et complète de toutes les circonstances du fait. Que sera-ce donc dans les cas où, comme pour la mort de la dame Duroulle, on sera privé d'élémens importans? En effet, ni la position du cadavre, ni le mode d'application du lien autour du cou, ni la spontanéité, ni la réalité même des évacuations auxquelles on a attaché une certaine importance, ni la prétendue chute du corps, n'ont été constatées. Et toutes les hypothèses que l'on pourrait faire à cet égard ne suppléeront jamais au silence des faits.

Réduits aux signes tirés de l'inspection et de l'état du cadavre, les experts en trouveront-ils qui autorisent une conclusion absolue? Il est un principe qu'il eût été prudent de ne pas oublier et que nous empruntons à M. Devergie : « Pour qu'un signe puisse prouver que la suspension a eu lieu pendant la vie, il faut que sa formation entraîne avec elle l'idée d'un phénomène vital : il faut de plus que ce phénomène *n'appartienne qu'à la suspension*, et enfin qu'il soit constant pour parvenir à prouver, *dans tous les cas*, que la mort est bien le fait de la suspension. *Mais nous sommes loin de posséder encore un caractère d'une telle valeur.* » L'auteur conseille alors d'examiner non seulement les lésions isolées, mais leur ensemble, pour voir dans quelles circonstances on peut résoudre la question qui nous occupe.

Faisons l'application de ces principes à l'état du cadavre de la dame Duroulle.

Les signes sur lesquels les experts se fondent pour admettre que la suspension a été la cause de la mort sont : la teinte rouge-violacée de la peau, la bouffissure de la face, la saillie et l'injection des globes oculaires, la coloration rouge-vineuse de la conjonctive, la teinte violacée des lèvres, le gonflement de la langue, dont la pointe est appliquée contre les arcades dentaires, la présence d'écume dans les voies aériennes, l'engorgement sanguin des poumons et du cerveau, la fluidité du sang, l'excrétion supposée de matières fécales; jointe à la présence du sillon circulaire autour du cou avec injection de la peau au-dessus et au-dessous de l'empreinte, et intégrité du tégument dans un point que l'on suppose correspondre au nœud formé par la corde, et enfin une ecchymose dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce sont là, à ce que l'on avance, autant de preuves surabondantes de la mort par suspension.

Nous n'hésitons pas à déclarer, dès le principe, qu'une telle conclusion n'est nullement légitime, qu'elle est fausse, par cela même qu'elle est absolue; et qu'il n'est aucun de ces signes qui, soit isolément, soit réuni aux autres, ne puisse être tout aussi justement invoqué comme preuve de la strangulation et de la suffocation suivie ou non de pendaison. C'est ce que va démontrer l'examen de chacun d'eux.

Nous laissons de côté les traces de congestion sanguine du cerveau et des poumons, aussi bien que la fluidité du sang, phénomènes qui appartiennent à la plupart des asphyxies, de quelque nature qu'elles soient. Nous ferons toutefois remarquer qu'une description plus détaillée de l'état des poumons et moins sommaire qu'on ne la trouve dans le rapport de MM. Bidault et Boulard eût pu fournir des signes importans, notamment au point de vue de la suffocation.

La bouffissure et la coloration de la face, l'injection et la saillie des yeux, la propulsion de la langue en avant et l'écume sanguinolente à la bouche peuvent, sans doute, exister chez les pendus, mais c'est là le cas le plus rare. La face est généralement pâle, les yeux sont entr'ouverts et la bouche béante. Il est une double circonstance cependant qui peut amener l'état de la face et de la langue qui a été notée chez la dame Duroulle. C'est, d'une part, le cas où le lien serait resté longtemps appliqué autour du cou après la mort, et, d'une autre part, lorsqu'il aurait été placé au-dessous des attaches de la langue, c'est-à-dire beaucoup plus bas que dans le cas qui nous occupe. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'importance capitale que peut avoir ce fait au point de vue de la détermination de l'époque de la mort et des violences homicides. Nous aurons à y revenir. Ajoutons, toutefois, que si cet état de la face, coïncidant avec la présence d'un sillon qui dénote l'application d'un lien, peut établir la présomption de la suspension pendant la vie, M. Devergie, que nous nous plaisons à citer, fait lui-même cette large restriction, qu'il resterait cependant « *le cas où on aurait fait périr par asphyxie un individu en lui comprimant avec les mains la trachée artère et que l'on aurait pendu ensuite!* »

L'excrétion de matières fécales et même celle de l'urine si elle a lieu, en admettant que ces évacuations provinssent bien réellement du corps de la dame Duroulle, n'ont, dans le cas présent, aucune signification; pas plus comme indice de la pendaison pendant la vie que comme preuve du moment où elle aurait rendu le dernier soupir. Nous nous bornerons sur ce point, quant à présent, à cette seule observation; que le cadavre ayant été, de l'aveu de tout le monde, déplacé, manié, transporté, il est absolument impossible de savoir comment et à quel moment ces matières seraient sorties du corps. La pression sur le bas-ventre, le développement des gaz dans l'intestin suffiraient parfaitement pour donner l'explication de cette circonstance tout à fait secondaire.

Nous arrivons à des signes plus importans et sur lesquels certainement les experts ont pu compter davantage pour soutenir leur opinion exclusive.

L'existence d'un sillon produit par un lien autour du cou est un fait constant. Mais ni le siége, ni la forme, ni la direction de ce sillon, ni l'injection de ses bords, ni l'état de la peau qui en porte l'empreinte ne peuvent servir le moins du monde à établir, avec quelque certitude, qu'il ait été appliqué primitivement et uniquement dans le but d'opérer la suspension, ni même qu'il ait été appliqué sur la dame Duroulle encore vivante.

En effet, les expériences les plus positives et le consentement unanime des auteurs ont mis depuis longtemps hors de doute que toutes les formes et toutes les directions du sillon peuvent se présenter indifféremment dans les cas de strangulation ou de pendaison; et qu'il n'est nullement nécessaire qu'il y ait deux empreintes pour que l'on admette qu'il y ait eu successivement l'une et l'autre; que l'état de la peau est exactement le même, soit que le lien ait été appliqué sur le cadavre ou sur le vivant, et que l'injection même des lèvres du sillon se produit après la mort pour peu que la constriction ait été opérée dans les premiers momens qui la suivent. Tout au plus la direction et la forme du sillon peuvent-ils fournir quelques probabilités de strangulation ou de suspension, suivant qu'il est plus ou moins horizontal, plus ou moins complet et placé plus ou moins haut. Mais on comprend que toutes ces circonstances s'effacent devant la possibilité de la suffocation préalable, et de l'application du lien suspenseur sur une personne évanouie et déjà privée de vie. Nous nous contenterons de faire remarquer que l'obliquité du sillon chez la dame Duroulle était loin d'être très prononcée, qu'il n'y avait que 2 centimètres au plus entre le point le plus élevé et le point le plus bas. Quant à l'interruption qu'il présentait dans l'étendue de 1 centimètre environ, le premier médecin appelé à examiner le cadavre la place à la *partie moyenne* de la région maxillaire inférieure, tandis que dans le rapport d'autopsie elle est indiquée comme existant sur la partie latérale gauche du cou. Quoi qu'il en soit, elle n'a aucune valeur, et l'on comprend, sans qu'il soit besoin d'y insister, que la pression directe du lien sur ce point a pu être interrompue par trop de causes secondaires pour que l'on puisse faire autre chose que des hypothèses sur cette prétendue conséquence de la position et de la direction du lien dans la suspension de la dame Duroulle.

La formation d'écume dans les voies aériennes est un phénomène exceptionnel dans la pendaison. M. Devergie n'en a observé que dans quelques cas, et encore était-elle très peu abondante et composée de bulles larges et épaisses, ce qui est le contraire de ce que l'on a observé dans les organes de la dame Duroulle, où, suivant les termes mêmes du rapport, il existait une quantité notable de mousse à bulles très fines dans la trachée-artère et le larynx. C'est là précisément une disposition presque constante dans la strangulation et la suffocation.

Enfin, une ecchymose a été constatée au cou, et ce caractère est celui qui peut donner lieu aux interprétations les plus contradictoires. Aussi est-il nécessaire d'en bien préciser la valeur et, pour cela, nous devons rappeler avant tout le principe que nous avons cité en commençant. Ce signe appartient-il en propre à la pendaison et s'y montre-t-il dans la plupart des cas? La doctrine admise très généralement aujourd'hui est loin de répondre à cette question par l'affirmative. Nous nous rangeons pleinement, pour notre part, à cette conclusion, qui est celle d'Esquirol, Ollivier (d'Angers), Orfila, Briand et Chaudé et de M. Devergie, à savoir, que « *dans le plus grand nombre des cas de suspension il n'y a pas d'ecchymose; qu'il n'y a, en général, ecchymose que lorsqu'au fait de suspension se joint quelque circonstance de violences, lors, par exemple, que la suspension est l'œuvre de meurtriers qui ont exercé une traction violente sur le corps de leur victime.* » C'est là le fait général, la règle : mais on admet des exceptions, et il nous reste à rechercher si la mort de la dame Duroulle est de ce nombre. Il importe, à cet égard, de rappeler les caractères précis qu'offrait cette ecchymose. Elle était située « au niveau de l'angle du maxillaire inférieur dans le tissu cellulaire sous-cutané et large de 1 centimètre environ. » Les experts ajoutent qu'elle paraissait avoir été produite par la pression d'un nœud de la corde. En laissant de côté cette explication, qui n'est qu'une hypothèse de plus sur la position du lien, il est impossible de ne pas reconnaître qu'une semblable ecchymose peut avoir été produite par des causes tout autres que la suspension; qu'elle n'a aucun des caractères de siége, de forme, d'étendue, de direction qu'ont présentés celles que l'on a rencontrées dans quelques cas rares de pendaison simple; et qu'elle répondrait tout aussi bien à une pression limitée, de quelque nature qu'elle soit. Enfin, il est bon d'ajouter que le corde, appliquée pendant l'évanouissement ou au moment où la vie vient de cesser, pourrait déterminer la même lésion; qu'ainsi ce signe n'a pas plus de valeur que les autres, soit à un point de vue général, soit dans le cas particulier qui nous occupe.

Première Conclusion. — Sur la première question qui nous est soumise, et après la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, nous sommes donc parfaitement en droit de conclure que :

Les caractères anatomiques tirés de l'état du cadavre et des lésions constatées à l'autopsie, pris isolément ou dans leur ensemble, ne permettent en aucune façon d'affirmer que la mort de la dame Duroulle doive être attribuée à la suspension; et peuvent tout aussi bien, et plus légitimement peut-être, conduire à admettre qu'elle a succombé à une strangulation ou à une suffocation suivie de pendaison.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Mars 1855. — Présidence de M. Regnault.

Rapport sur un mémoire de M. le comte de d'Escayrac de Lauture, *relatif au Ragle ou hallucination du désert.*

Voici comment s'exprime M. le professeur Duméril, auteur de ce rapport :

L'Académie a désigné MM. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Milne Edwards et moi pour lui faire le rapport que nous venons lui soumettre sur un mémoire de physiologie qui lui a été adressé par M. le comte d'Escayrac de Lauture, actuellement au Caire.

L'auteur y décrit avec beaucoup de détails une affection nerveuse singulière, qu'il a éprouvée lui-même et qui se reproduit souvent en Afrique, dans certaines circonstances, avec des caractères propres à la faire distinguer de quelques autres erreurs de l'imagination auxquelles l'homme est sujet.

C'est un état extraordinaire de l'intelligence, une sorte de rêvasserie éveillée, qui donne lieu à des perceptions illusoires et à des effets si bizarres, que l'auteur a cru devoir désigner cette agitation particulière de l'esprit, sous le nom de *ragle*, expression qu'il a empruntée et traduite littéralement de la langue des peuples Arabes, chez lesquels cet état singulier se manifeste assez souvent et où il est si bien connu, qu'ils emploient ce terme pour l'indiquer, et qu'ils ont fait dériver de ce mot *ragle* tantôt un verbe actif, tantôt un participe.

Ce mémoire, dont les détails très circonstanciés nous ont offert un véritable intérêt, fait très bien connaître un effet une altération spéciale des facultés mentales, qui se manifeste pendant la veille chez des individus bien portans, mais à la suite de fatigues sous un climat chaud, quand il s'y joint la privation prolongée d'un sommeil qu'on se voit dans la nécessité de combattre.

Sans être une véritable maladie, cette affection se présente avec des phénomènes constans, assez caractérisés pour qu'on puisse la considérer comme une altération des facultés mentales, avec des aberrations de la pensée, un peu différentes de celles que la plupart des médecins les plus distingués ont fait connaître dans les observations qu'ils ont publiées sur ce sujet. Ces particularités pourront peut-être fournir par la suite quelques conjectures nouvelles dans les interprétations de la psychologie, dont l'étude est si difficile et si incomplète. Voilà pourquoi vos commissaires ont cru devoir entrer ici dans plus de détails que ne le comportait le court extrait qui a été inséré dans le *compte rendu* de la séance du 12 février dernier.

Il est évident pour nous que cette affection rentre dans la catégorie des hallucinations ; car c'est ainsi que l'on désigne les exaltations de la pensée dans les perceptions qu'on croit éprouver et que l'on n'a pas réellement ressenties. Ce sont des idées fausses qui représentent fictivement à l'esprit des images réelles, avec toutes les qualités des objets et dans tous les détails qui sont propres à les caractériser.

C'est à l'aide de la mémoire ou du souvenir que nos sens en ont conservé que ces tableaux semblent se recopier de nouveau et font naître une sorte d'impression qui se réalise probablement dans notre conscience. Le plus ordinairement, cet effet est le résultat de la préexistence supposée de causes matérielles, et alors celles-ci semblent se reproduire avec toutes les circonstances habituelles qui les accompagnent et les conséquences qui doivent naturellement en être déduites. Malheureusement l'imagination poursuit ces idées fausses avec avidité, malgré les convictions inverses de la raison ou de l'intelligence qui tend à les combattre, en conservant l'intégrité de ses jugemens. On dirait alors que la sensation et le jugement se manifestent chez deux individus bien distincts.

Quelques perceptions de l'un ou de plusieurs de nos sens sont ordinairement la cause première, ou deviennent le point de départ de ces écarts de l'imagination, qui n'a éprouvé que très incomplètement les sensations supposées ; cependant celles-ci persistent avec tous leurs attributs réels. Ce sont des rêvasseries raisonnées, même dans l'état de veille, ou lorsque tous les sens peuvent recevoir d'ailleurs les redressemens que les impressions fausses semblent y avoir déterminées. Elles diffèrent en cela du somnambulisme, état dans lequel les individus sont véritablement dans le sommeil et souvent privés de l'intégrité de l'un ou de plusieurs de leurs sens.

D'autres altérations passagères du jugement sont analogues à l'affection que M. d'Escayrac fait connaître ; elles ont avec elle les plus grands rapports, mais on en a reconnu les causes. Telles sont quelques inflammations, les fièvres dites cérébrales, et, après l'abus des liqueurs alcooliques, l'ivresse et le *delirium tremens*. On remarque alors une activité extrême, une susceptibilité exagérée des organes des sens, une grande mobilité de l'imagination et de la pensée qui produisent des illusions chimériques. On sait que des effets semblables sont produits par l'administration intérieure de certaines substances : l'opium, la jusquiame, la belladone, le hachisch, etc. Il en est quelquefois de même pendant l'insensibilité qui suit les inhalations du chloroforme et de l'éther.

L'auteur de ce mémoire n'est pas médecin ; c'est un voyageur très instruit, qui s'est montré fort capable et très bon juge dans ce sujet important. C'est un logicien dont l'esprit méditatif a pénétré dans tous les détails des faits nombreux qu'il a pu recueillir dans les périlleuses investigations auxquelles il s'est livré, en observant les climats de l'Afrique boréale sous tous les rapports météorologiques et en faisant connaître le commerce, les mœurs et les préjugés des Arabes, avec lesquels il a vécu, ainsi qu'avec les Musulmans et les noirs colonisés. On trouve tous ces détails dans un ouvrage très important et fort remarquable par sa diction, gros volume in-8°, qu'il a publié sous le titre de *le Désert et le Soudan*.

C'est dans ce livre que M. d'Escayrac avait consigné la première observation, faite sur lui-même, de l'affection qui fait le sujet du mémoire actuel et dont nous croyons devoir transcrire ici l'un des alinéas (page 619) :

« J'ai souvent souffert de la privation de sommeil, qui est la plus cruelle de toutes ; peu à peu je sentais le trouble se mettre dans mes idées : c'est en vain que je parlais avec mes guides, que je chantais, que je descendais pour marcher un peu, que je m'aspergeais le visage d'eau fraîche ; il me semblait bientôt que l'horizon s'élevait autour de moi comme une muraille ; le ciel formait à mes yeux la voûte immense d'une salle fermée de tous côtés, les étoiles n'étaient plus que des milliers de lampes et de lustres destinés à éclairer cette salle ; puis mes yeux se fermaient, ma tête se penchait, et, tout d'un coup sentant que je perdais l'équilibre, je me rattrapais à ma selle, et je cherchais, en chantant, à écarter de nouveau l'ennemi qui m'assiégeait sans cesse. Bientôt ma voix perdait de sa force, je bégayais et je retombais dans mon premier état, dont une nouvelle perte d'équilibre me tirait encore. »

Les Européens ont peu d'occasions d'observer le *ragle*. Il n'a guère été connu que par des soldats et dans des circonstances rares, comme pendant les marches de nuit ou les veilles prolongées en temps de siége, et le *qui-vive* perpétuel quand les campemens sont menacés ou insultés par un ennemi insaisissable ; mais, dit l'auteur, les soldats n'écrivent guère leurs impressions.

Lorsque M. d'Escayrac voyageait dans le Bélad-el-Soudan, il lui arriva plus d'une fois de faire, en une traite, un voyage de cinq journées de marche ordinaire et d'y employer de suite trois nuits et deux journées. La fatigue causée par une si longue privation de sommeil produisait alors toutes les hallucinations du ragle. Il n'avait pas songé à revenir sur la description exacte, incomplète il est vrai, que nous venons de transcrire ; mais, après avoir éprouvé récemment les mêmes phénomènes, il a cru devoir les retracer avec plus de détails. Cette fois, il se trouvait dans des circonstances physiologiques particulières, il venait d'être malade ; encore convalescent, il se trouva dans l'obligation de faire, sur un dromadaire, un voyage de trente lieues ; il n'avait pas emporté de vivres et il ne put en trouver en route ; obligé, en outre, de passer deux nuits sans sommeil, le *ragle* se développa dans toute son intensité pendant une grande partie de la seconde nuit.

Voici, en abrégé, quelques-uns de ces phénomènes. Les sens sont émoussés, les perceptions confuses ; c'est le point de départ des constructions de la fantaisie et de l'enchaînement des idées qui suivent la pente des préoccupations du moment. Les aberrations commencent par l'un des sens, le plus fréquemment, c'est celui de la vue : tel est le redressement des surfaces horizontales comme si des treillis s'élevaient sur les côtés de la route ; l'horizon devient une mer ou une cuve immense ; une partie du ciel se transforme en une longue bande de gaze. Le cas peut se présenter pour l'ouïe ; de là toutes sortes d'illusions qui se suivent et se succèdent.

A la suite de sa propre expérience, l'auteur cite quelques exemples de cas qui ont été observés et parfaitement relatés par un archéologue très érudit, par un habile paysagiste et par un médecin distingué qui lui ont communiqué leurs sensations, et surtout celles d'un des plus récens martyrs de la science, James Richardson, qui s'était perdu dans le désert, et celle d'un noir qui s'y était égaré et y resta complétement abandonné pendant soixante heures.

Nous terminons ce rapport, en déclarant que M. d'Escayrac de Lauture nous paraît mériter les remercîmens de l'Académie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Deuxième mémoire à propos de la fonction glycogénique du foie.

M. le docteur L. FIGUIER s'exprime ainsi :

J'aurais désiré ne pas entretenir encore l'Académie des expériences qui m'occupent en ce moment, et par lesquelles j'espère achever de démontrer que c'est à tort que l'on accorde au foie la propriété de sécréter du sucre. Mais la communication qui lui a été faite dans son avant-dernière séance me décide à publier, dès à présent, la partie de mes recherches qui se rapporte au point décisif qui vient d'être soulevé.

La communication faite à l'Académie se compose : 1° de la présentation d'une série d'expériences dues à un chimiste étranger, et qui prouvent que, dans certaines conditions, le sang de la veine porte est privé de sucre, tandis que celui des veines sus-hépatiques contient de notables quantités du même produit ; 2° de réflexions qui consistent à montrer que les résultats obtenus par M. Lehmann tranchent sans retour la question qui s'agite.

J'établirai à la fin de ce mémoire que les résultats obtenus par l'habile chimiste étranger de Leipzig ne déposent nullement en faveur de la théorie glycogénique ; mais j'exposerai d'abord les faits qui font l'objet de mon travail.

Dans la note présentée à l'Académie, il est dit que le phénomène de la formation du sucre dans le foie est « une vérité physiologique parfaitement établie et complétement acquise à la science. » La démonstration de cette vérité repose, dit-on, surtout sur ce fait, depuis longtemps reconnu, que le sang de la veine porte est dépourvu de sucre, tandis que le sang qui sort du foie est chargé de ce produit : « Tous les argumens relatifs à la question de savoir si le foie fabrique ou non du » sucre doivent être ramenés, dit l'auteur de ce travail, à cette expé» rience fondamentale qui a pour objet l'examen comparatif des sangs » de la veine porte et des veines hépatiques. Tant qu'il restera établi que » le sang qui entre dans le foie ne renferme pas de sucre, et que le sang » qui en sort en contient des proportions considérables, il faudra bien » admettre que la matière sucrée se produit dans le foie ; car on ne » saurait échapper à cette conséquence de la logique la plus simple, » que, puisque le sucre n'existe pas avant le foie et qu'il existe après, il » faut bien qu'il soit formé dans cet organe. »

Or, je viens annoncer à l'Académie l'existence certaine, incontestable, du fait que l'on révoque en doute, c'est-à-dire prouver que le sang de la veine porte, au moment de la digestion d'un repas de viande crue, renferme une notable quantité de sucre.

Voici le détail des expériences qui établissent le fait que j'annonce, et que je serais heureux de répéter, dans un bref intervalle, sous les yeux de la commission nommée par l'Académie pour l'examen de mon précédent travail.

I. Un chien jeune et de forte taille a été privé de toute nourriture pendant trois jours. On a commencé alors à le nourrir avec de la *viande de bœuf crue*, et l'on a continué pendant huit jours ce régime. Au bout de ce temps, le chien a été laissé à jeun pendant quarante heures. On lui a donné alors un repas composé de deux livres et demie de viande de bœuf, et, *deux heures après*, on a procédé à l'opération qui consistait à recueillir séparément le sang de la veine porte et celui des vaisseaux situés au-dessus du foie. A cet effet, une incision a été pratiquée au flanc droit de l'animal ; le doigt indicateur, introduit par cette ouverture, et suivant le bord inférieur du foie, a permis de saisir le paquet des nerfs et des vaisseaux qui pénètrent dans cet organe ; la veine porte étant saisie, on l'a liée. Après cette ligature, on a ouvert l'abdomen, ce qui a permis d'apercevoir les vaisseaux de l'intestin noirs et gonflés par la stase du sang, suite de la ligature. En incisant la veine porte, on a recueilli le sang de ce vaisseau. On s'était procuré de même celui des veines mésentériques. Après ces diverses opérations, la poitrine de l'animal a été ouverte, et l'on a recueilli le sang du ventricule droit du cœur et celui de la veine cave inférieure à son entrée dans cet organe. Enfin, on a extrait le foie. L'estomac du chien contenait encore une assez grande quantité de viande non digérée et d'une couleur grisâtre.

Voici maintenant les résultats auxquels a conduit l'analyse chimique comparée du sang de la veine porte et du sang pris au dessus du foie.

Sang de la veine porte. — Ce sang pesait 102 grammes. Il a été coagulé par l'addition de trois fois son volume d'alcool. Le liquide, passé à travers un linge, a été rendu acide par quelques gouttes d'acide acétique et évaporé à siccité. Le poids de ce résidu était de 1 gr,07. En reprenant par de l'eau distillée, on a obtenu une liqueur limpide qui a été évaporée à siccité. Le poids de ce dernier résidu était de 0 gr,61. Une partie de cette liqueur, *traitée par le réactif de Frommhertz, a fourni un précipité abondant de sous-oxyde de cuivre*, ce qui indiquait la présence d'une notable quantité de sucre.

Le lendemain, avec la liqueur cupro-potassique titrée à 5 centigrammes de sucre d'amidon pour 10 centimètres cubes de liqueur, j'ai procédé à la détermination de la quantité de glycose contenue dans un poids connu du résidu de l'évaporation. J'ai trouvé ainsi que la sang, sur lequel j'avais opéré, contenait, sur 100 parties, 0,248 de glycose. Ajoutons que le sang des veines mésentériques renfermait aussi du sucre, mais la proportion n'en a pas été dosée (1).

Sang pris au dessus du foie. — Le poids de ce sang était de 25 grammes. Traité comme le précédent, il a laissé un résidu du poids de 0 gr,150. Le réactif cupro-potassique n'a indiqué dans ce résidu que des *traces à peine appréciables* de glycose. La quantité en était si faible qu'ayant essayé de la doser avec la liqueur cupro-potassique qui avait servi à l'analyse du sang de la veine porte, je n'ai pu y parvenir ; car la coloration bleue de la liqueur titrée a été à peine altérée par l'affusion de la presque totalité du liquide.

Dans le sang pris au dessus du foie, *deux heures après le repas*, il n'existait donc que des traces de glycose.

Quant au *foie*, qui pesait 315 grammes, il était chargé d'une quantité notable de sucre.

Il résulte de cette première expérience que, chez un chien nourri de viande crue et tué *deux heures après le repas*, on trouve dans la veine porte une quantité notable de glycose, et qu'il n'existe que des traces de ce produit dans le sang qui sort du foie, bien que ce dernier organe soit lui-même chargé de sucre.

II. La même expérience a été répétée, *quatre heures après le repas*, sur un chien placé dans les mêmes conditions que le précédent, et nourri exclusivement depuis douze jours avec de la viande de bœuf crue. Au bout de quarante heures de jeûne, on a donné à ce chien un repas composé de deux livres de viande de bœuf crue, et, *quatre heures après*, on l'a opéré comme le précédent. On a recueilli, pas incision, le sang de la veine porte. La poitrine étant ouverte, on a pris le sang du ventricule droit et celui de la veine cave inférieure. La digestion était presque entièrement terminée, car l'estomac ne contenait plus que quelques morceaux de viande au milieu d'une masse demi-liquide et pultacée qui n'occupait qu'une partie du viscère. En procédant à l'analyse comparée de ces deux sangs, j'ai obtenu les résultats qui suivent :

Sang de la veine porte. — Le sang recueilli pesait 76 grammes. A la seconde évaporation (l'évaporation du liquide aqueux), il a laissé un résidu du poids de 0 gr,39. J'ai trouvé, en analysant un poids connu de ce résidu avec la liqueur cupro-potassique titrée, que le sang qui avait fourni ce résidu renfermait 0,231 pour 100 de glucose.

Sang pris au dessus du foie. — Ce sang pesait 25 gram. Le résidu alcoolique pesait 0 gr,165. On a trouvé, par le même procédé d'analyses que ce sang contenait 0,304 pour 100 de glycose.

Le *foie* renfermait une quantité notable de sucre.

Ainsi, chez un chien nourri de viande crue, et tué *quatre heures après le repas*, on trouve du glycose dans le sang de la veine porte, et le sang qui sort du foie renferme alors une quantité de glycose plus considérable que quand on l'a recueilli deux heures seulement après le repas.

Examinons maintenant les conséquences auxquelles conduisent ces deux expériences si importantes dans la question qui nous occupe.

Ce que tout le monde remarquera certainement dans leur résultat, c'est la démonstration de ce fait capital, que le sang qui pénètre dans le foie pendant la digestion renferme déjà du sucre, et que, par conséquent, le foie ne joue point dans la production de ce principe le rôle qui lui a été attribué.

Une seconde particularité, qui ressort des mêmes expériences, frappera peut-être moins que la précédente, mais elle est pour nous tout aussi précieuse, car elle démontre avec évidence que le foie est bien, comme nous l'avons dit, un organe dans lequel les produits de la digestion viennent séjourner un certain temps, s'y accumuler, s'y réunir, pour être ensuite répandus et distribués dans la circulation générale.

Rapprochons, en effet, les résultats de ces deux expériences. Dans la première, quand on recueille le sang *deux heures après le repas*, le sang qui provient du foie ne renferme encore qu'une quantité insignifiante de sucre, bien que cet organe soit rempli de matière sucrée. Dans la seconde expérience, faite *quatre heures après le repas*, le sang qui s'échappe du foie contient des proportions notables de glycose. Ne voit-on pas là la démonstration évidente de ce fait, que le foie arrête quelque temps dans son tissu les matières qui lui sont apportées de l'intestin ? Par suite de l'extrême lenteur de la circulation dans l'organe hépatique, par la nature même du tissu spongieux de cette glande, le sang est contraint de subir dans le foie une stagnation qui a pour effet d'y retenir ces produits un temps plus ou moins long. Aussi, lorsque, dans la première expérience, nous avons recueilli le sang deux heures seulement après le repas, nous avons saisi le moment précis où le sucre, arrivant du tube intestinal par suite de la digestion, avait pénétré dans le foie, mais n'avait pas eu le temps d'en sortir, et se trouvait encore arrêté dans le réseau vasculaire de cette glande. Et c'était un spectacle remarquable et plein d'enseignemens physiologiques que de voir s'échapper d'un foie gorgé de sucre un sang presque dépourvu de ce produit ! Mais lorsque, dans la seconde expérience, on a recueilli le sang quatre heures après le repas, on a laissé au glycose le temps de s'échapper par les vaisseaux sus-hépatiqes, et l'analyse a permis de constater, dans le sang de ces vaisseaux, l'existence d'une notable proportion de matière sucrée.

Si quelques doutes pouvaient subsister sur la réalité du mécanisme physiologique que nous signalons, il nous suffirait de rappeler que le glycose n'est pas la seule substance qui, dans les conditions normales, se trouve en quantité notable dans le foie et en faible proportion dans le sang. Un fait tout semblable s'observe pour l'albuminose. Nous avons trouvé dans le sang du bœuf et des lapins jusqu'à 3 pour 100 d'albuminose, tandis que le même produit ne figurait dans le sang des mêmes animaux qu'en très faible proportion. C'est que l'albuminose, comme le glycose, retenue dans le foie pendant un intervalle assez long après la digestion, est reprise peu à peu par les veines sus-hépatiques et déversée dans le sang, où elle doit disparaître soit par la respiration, soit par l'assimilation organique (1). Je rappellerai enfin, à l'appui de la même opinion, que, depuis Orfila, les toxicologistes ont posé le principe de chercher dans le foie, de préférence à tout autre organe, les substances vénéneuses qui ont pénétré par absorption dans l'économie.

La réunion de ces divers faits nous paraît suffisante pour établir la vérité de la proposition que nous avions avancée dans notre premier mémoire, en disant que le foie est un organe dans lequel les produits de la digestion doivent séjourner et être tenus un certain temps en réserve. Cette idée a été, en effet, considérée par beaucoup de personnes, qui jugeaient, d'ailleurs, la question avec impartialité, comme une simple explication, comme une théorie mise à la place d'une autre. On voit aujourd'hui que ce n'est pas en vertu d'une idée préconçue que nous avons adopté cette opinion, mais que nous n'avons fait que traduire et exprimer par là un fait organique susceptible d'être vérifié par l'expérience.

(La suite au prochain numéro.)

COURRIER.

La première prédiction que nous avions faite lors de la réorganisation du service de santé s'est réalisée, quand M. le ministre de la guerre a imposé aux nouveaux médecins militaires, l'obligation de servir l'Etat pendant cinq ans au moins. La seconde est sur le point de s'accomplir : les médecins des hôpitaux civils, vont, dit-on, prendre la plupart les services des hôpitaux militaires, dont les titulaires vont remplir leurs fonctions dans l'armée active. — (*Moniteur des hôp.*)

— Dans une de ses dernières réunions, la Faculté de médecine a décidé qu'il y avait lieu à rétablir le stage de trois ans pour l'agrégation. En conséquence, les agrégés qui seront nommés au concours de 1856 pour entrer en fonctions au mois de novembre resteront stagiaires pendant une période de trois ans et n'entreront en exercice qu'au mois de novembre 1859. Et, pour assurer le service pendant ces trois années de stage, les agrégés nommés en 1847, et dont les fonctions expiraient en 1856, seront continués dans leurs fonctions pendant trois ans. Ils feront ainsi douze ans d'agrégation.

— Par décret en date du 20 février dernier, S. M. la reine d'Espagne a conféré à M. le docteur Ed. Cazenave, de Pau, le titre de chevalier de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique, en récompense des soins qu'il a donnés aux nombreux Espagnols qui viennent dans les Pyrénées.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Avis.* — MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique, pour les cours d'été, aura lieu le mardi 10 avril, dans une des salles de la Faculté.

(1) On s'est assuré, sur un autre chien placé dans les mêmes conditions, qu'après un jeûne de quarante heures, la veine porte ne contenait pas de sucre. A cet effet, le chien a été tué par la section du bulbe rachidien. L'abdomen étant ouvert, on a appliqué une ligature sur la veine porte et l'on a recueilli le sang de ce vaisseau. Ce sang ne renfermait aucune trace de glycose ; on s'en est assuré en le traitant par l'alcool suivant le procédé ci-dessus décrit.

(1) Il faut ajouter que ces deux matières servent aussi probablement à la sécrétion de la bile et aux autres sécrétions d'un ordre secondaire qui s'accomplissent dans le foie. C'est ce qui concourt à expliquer la prédominance du sucre et sa longue persistance dans l'organe hépatique.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 42. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 10 Avril 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT : *Rue Saint-Georges*, n° 12, À PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

Le 15 avril prochain, les Bureaux de l'UNION MÉDICALE seront transférés *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56, dans le local qu'ils ont occupé pendant plusieurs années.

PARIS, LE 9 AVRIL 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance supplémentaire du 7 Avril 1855.)

La discussion est close. M. Piorry a terminé samedi la lecture de son discours. M. Collineau a fait une courte, mais substantielle allocution, et M. Bouillaud, qui a eu le dernier la parole, a répondu à quelques critiques personnelles que M. Piorry lui avait adressées.

A part quelques innocentes épigrammes contre les journalistes d'assez mauvais goût pour résister à l'invasion de l'organopathisme et de l'onomopathologisme, épigrammes que, pour notre compte, nous lui pardonnons très volontiers, et auxquelles nous ne nous sentons ni le désir, ni le besoin de répondre, le discours de M. Piorry a été complétement dirigé contre son collègue et ami M. Bouillaud. Quant à la belle et forte argumentation de M. Parchappe, à peine si M. Piorry en a dit quelques mots par incidence. Son siége était fait. Il n'a trouvé non plus rien à répliquer à la note succincte de M. Collineau, où, dans quelques mots pleins d'idées et de haute raison, cet honorable académicien a posé les grands principes de la logique médicale. Son siége était fini. Et quant à la réplique chaude et émue de M. Bouillaud, M. Piorry, sans métaphore, avait levé le siége; il a laissé poliment son ami s'escrimer en son absence.

Suivrons-nous M. Piorry dans l'immense dissertation qui a couronné son œuvre? Nous abuserions, sans doute, de la patience de nos lecteurs. En quelques mots, disons que, ne tenant aucun compte des objections qui se sont produites contre ses opinions, M. Piorry y persiste avec une malheureuse obstination.

Confondant la *complication* avec la *diversité* morbide, M. Piorry persiste à nier et à rejeter l'unité maladie.

Confondant les *formes* pathologiques avec le *fond* pathogénique, M. Piorry persiste à ne voir que des organopathies distinctes dans les multiples et protéiformes manifestations des diathèses strumeuses, tuberculeuses, rhumatismales, herpétiques, etc.

Confondant l'*ombre* avec le *corps*, l'effet avec la cause, l'objectif avec le subjectif, M. Piorry persiste à faire d'un accident, d'un pur symptôme, un état organopathique.

M. Piorry persiste dans les principes et l'application de sa nomenclature, que les critiques dont elle a été l'objet n'ont pas le moins du monde ébranlée, dit-il.

Au lieu d'accepter, avec les modifications imposées par les progrès scientifiques modernes, la grande conception du vitalisme hippocratique, M. Piorry persiste à se croire vitaliste, parce qu'il admet l'animisme infécond des stahliens.

Enfin, M. Piorry n'accepte aucune objection, ne fait aucune concession, et persiste à se séparer de tous ses contemporains dans la conception et l'enseignement de la médecine.

Ainsi soit fait!

Les efforts tentés au dedans et au dehors de l'Académie pour convaincre M. Piorry de l'erreur dangereuse dans laquelle il persiste à s'engager de plus en plus, ayant été infructueux, nous ne pourrions espérer de meilleurs résultats de nos propres tentatives. L'interprétation désobligeante que M. Piorry donne aux dissidences d'opinions qui se produisent et à la critique qui lui est adressée, ne nous empêchera pas d'exprimer le regret sincère que nous éprouvons de voir son zèle, son activité, son intelligence et son talent d'observation s'égarer et se consumer dans la poursuite d'une réforme impossible. A ces quelques mots se réduira tout ce que nous voulons dire, en ce moment, du dernier discours de M. Piorry.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION CURIEUSE DE VARIOLE AVORTÉE SOUS L'INFLUENCE DE LA SATURATION MERCURIELLE;

Par M. le docteur GIGON, médecin des prisons et de l'Hôtel-Dieu de la ville d'Angoulême, vaccinateur titulaire du canton.

Depuis quelque temps, les questions relatives à la variole ont repris un vif intérêt, et pour preuve, j'en appelle non seulement à la discussion actuelle de l'Académie, mais encore à une foule de publications récentes, parmi lesquelles l'UNION MÉDICALE a eu sa bonne part. Cette préoccupation des médecins n'est pas d'un bon augure : elle prouve que le fléau variolique qu'on avait cru, pendant quelque temps, destiné à disparaître, a fait de nouvelles et soudaines irruptions; que ces formes variées, si bien décrites par nos devanciers, reparaissent parmi nous. Nous voici revenus au temps des varioles pourprées, charbonneuses, hémorrhagiques, etc., que les espérances fondées sur les progrès de la vaccine nous avaient presque fait considérer comme éteintes à jamais.

Nous avons eu, nous aussi, l'occasion d'observer deux épidémies de varioles graves trop souvent compliquées de charbon, et dont la mort, hélas! était la fréquente terminaison. En présence de ce fléau, nous nous sommes demandé aussi quelquefois s'il n'y aurait pas quelque moyen de faire avorter dès le début cette cruelle maladie, comme il en existe un pour la prévenir. Le hasard, sur lequel nous étions loin de compter, nous a peut-être mis sur la trace de cet abortif, ainsi que je vais l'exposer dans l'observation qui suit. Il est bien entendu qu'il ne peut être ici question de prophylaxie; la vaccine prévient la variole, ou plutôt se substitue à la variole; ce n'est pas la faire avorter; le problème consisterait à trouver un moyen d'arrêter la maladie lorsque déjà elle a manifesté son existence par les symptômes généraux et les symptômes locaux.

Quelques tentatives ont bien déjà été faites par nos devanciers dans ce sens. Ainsi Moublet, cité par M. Bousquet (*Traité de la vaccine*) avait avancé qu'à l'aide des évacuans énergiques, des émétiques et des purgatifs, on pouvait faire avorter la variole. Je ne sais jusqu'à quel point ce médecin put atteindre le but qu'il se proposait, mais je n'ai pas une grande confiance daans son procédé. Et d'abord, les vomitifs, loin de faire avorter la variole, sont plutôt employés pour la faire surgir lorsqu'elle ne sort pas, pour la faire saillir lorsqu'elle est languissante, et en général le médicament est efficace dans ce sens. Il faudrait donc, pour suivre les idées de Moublet, porter les évacuans à une dose si énergique, si soutenue, que le praticien le plus hardi reculerait devant un tel abus de cette médication. Je ne sache pas, au reste, que les conseils de Moublet aient été expérimentés avec suite et succès par aucun médecin.

De la Mettrie, de son côté, avait avancé qu'il arrivait au même résultat à l'aide de la saignée abondante; je crois que l'assertion de ce médecin n'a pas la sanction de l'expérience, car la saignée a été employée aussi énergiquement qu'elle pût l'être par M. le professeur Bouillaud; et si elle a amené des résultats favorables, si elle a modéré l'intensité de la maladie, elle ne l'a point fait avorter.

C'est à ces quelques tentatives, je crois, que se bornent les méthodes générales de thérapeutique employées pour faire avorter la variole.

Il n'en est pas de même des méthodes locales. La crainte de compromettre la beauté du visage, de perdre la vue ou l'ouïe en totalité ou en partie; mais surtout la première de ces causes a engagé les médecins à faire depuis longtemps d'assez nombreuses tentatives dont plusieurs fort douloureuses (méthode ectrotique). Pour arrêter les progrès de la variole sur la face et éviter ces horribles cicatrices si fatales à la beauté, de tous ces moyens le plus efficace est, sans contredit, l'emploi des emplâtres et des onctions d'onguent mercuriel; on a eu vainement recours aux corps gras, pensant qu'il suffisait d'isoler la peau de la face du contact de l'air; le mercure seul a fait réellement avorter les pustules, les a arrêtées à l'état naissant, et a empêché la formation du pus; fait mis hors de doute par les expériences de M. le docteur Briquet, et que nous avons cent fois expérimenté nous-même, fait enfin sur lequel tous les bons esprits sont d'accord, et à la vérité duquel reviennent ceux qui avaient pu d'abord penser autrement, ainsi que l'a fait M. Valleix, dont les opinions ont été publiées dans le n° 16 de l'UNION MÉDICALE (année 1853). Ainsi, le mercure est donc un médicament réellement abortif de la variole; mais si le mercure en topique est un abortif local de la variole, il n'y a plus, *en logique*, qu'un pas à faire pour se demander pourquoi le mercure, donné d'une manière générale, ne serait pas un abortif contre la maladie tout entière? Je sais parfaitement qu'en médecine, la logique ne suffit pas : il faut avant tout et par dessus tout l'expérience; les faits doivent être la pierre de touche du raisonnement; ils sont l'écueil ou le port de salut de tout système, de toute vue de l'esprit, c'est aussi aux faits que je vais arriver.

Je vais rapporter une observation qui tend à faire passer dans le domaine des faits ce qui, jusqu'ici, n'était qu'une idée préconçue.

OBSERVATION (1). — Le 1er janvier 1852, je pris la direction du service clinique de la division militaire de l'hôpital d'Angoulême; déjà plusieurs cas de variole confluente avaient éclaté, et quelques-uns s'étaient terminés d'une manière funeste.

Le 16 janvier, entra à la salle St-Charles, le nommé Bichou, soldat au 75me de ligne, d'une forte constitution, d'une taille moyenne, face colorée, cheveux bruns, intelligence bornée; ce soldat n'a jamais été ni vacciné, ni variolé, bien que son livret porte qu'il a été vacciné. Nous examinons ses bras avec le plus grand soin : il n'y a pas la plus légère trace de cicatrices; sa mère, au reste, m'a dit qu'il n'avait point été vacciné. La mention portée à son livret paraît donc avoir été mise au hasard, car ce soldat déclare qu'il n'a pas été visité au corps.

Le jour de son entrée il nous raconte qu'il est malade depuis hier, qu'il a eu la fièvre et le mal de tête, et voici ce que nous constatons :

Facies empreint de stupeur, air hébété, narines pulvérulentes, quelques gouttes de sang sont sorties hier par le nez, céphalalgie frontale intense, langue rouge au centre, pupilles développées, soif vive, inappétence, pas de sommeil, pas de toux, pas de douleur dans la poitrine; l'auscultation donne des résultats complétement négatifs.

Examen de l'abdomen : Le malade se plaint de douleurs abdominales, mais dans l'hypogastre seulement; l'épigastre n'est pas sensible; tandis que la pression dans les deux flancs détermine une douleur très évidente, sans être très forte; il existe aussi du gargouillement dans le flanc droit; il y a eu trois évacuations alvines presque liquides et infectes; il n'y a pas eu de vomissemens ni de vomiturition; pas de douleur lombaire.

Le pouls est fréquent, concentré, serré, battant 112 fois par minute, assez rénitent. Il n'y a pas de taches d'aucune espèce ni sur le ventre, ni sur aucune autre partie du corps.

Je crus reconnaître les symptômes d'une fièvre typhoïde au début, d'autant mieux que déjà plusieurs cas avaient éclaté dans la garnison. Mais comme le malade ne faisait que d'être apporté, je remis au lendemain pour porter un diagnostic définitif et instituer un traitement.

Le 17, tous les symptômes sont encore plus prononcés qu'hier. La fièvre est très forte; la peau sèche et brûlante; le facies a pris un aspect encore plus marqué de stupeur et d'apparence typhoïde; le ventre est météorisé, douloureux à la pression; trois évacuations liquides. Encore quelques gouttes de sang écoulées par le nez; pituitaire plus sèche; poils chargés de corpuscules pulvérulens; en un mot, le même appareil de symptômes existe, seulement ils sont plus prononcés; il n'y a, du reste, aucune trace d'éruption à la peau.

Prescription : Saignée de 350 grammes, trois ventouses scarifiées sur le flanc droit, lavement d'eau de mauve, tisane de riz gommé.

Ce traitement est mis en usage dès le matin, et le soir même des taches rouges commencent à apparaître à la figure, d'après le rapport de la religieuse, car je ne vois pas le malade ce soir-là.

Le 18. A la visite du matin, je trouve un peu d'amélioration dans l'état général. Le facies a moins de stupeur, la fièvre est moins forte, le pouls bat 100 fois; il est toujours concentré; la douleur abdominale est moindre; pas de diarrhée ni de saignement de nez.

Je remarque à la face une vingtaine de points rouges, que je reconnais immédiatement pour un commencement de variole; j'interroge le malade pour savoir s'il a été vacciné : il me répond négativement, et l'inspection des bras me prouve qu'il n'existe aucune cicatrice caractéristique.

Il n'y a plus de doute, nous avons affaire à une variole avec symptômes typhoïdes.

Pour tout traitement, tisane de bourrache et de violettes.

Le 19. Les traces de variole se multiplient; la face est couverte de pustules initiales, où l'on commence à distinguer les ombilics; le haut de la poitrine présente un grand nombre de pustules; le pouls est petit, déprimé, fréquent (105); la face a toujours l'aspect typhoïde.

Afin de pousser un peu la nature, qui paraît lente dans ses mouve-

(1) Cette observation faisait partie d'un mémoire sur la vaccine adressé l'année dernière à l'Académie de médecine; elle est mentionnée dans le rapport général de M. Bousquet.

mens, et de donner une secousse qui active la marche de l'éruption, je prescris la poudre suivante :

Ipécacuanha en poudre. . . . . 1 gramme.
Émétique. . . . . 5 centig.

En deux paquets.

Je prescris en même temps de larges frictions d'onguent mercuriel double sur toute la face.

Le 20. Même état général; les pustules se multiplient sur tout le corps, et tout annonce une variole très confluente. Le vomitif, loin de produire des vomissemens, a agi par le bas et procuré trois évacuations alvines abondantes, sans douleur.

Comme l'aspect typhoïde est toujours très prononcé, que le pouls est petit, facile à déprimer, battant 110 fois, que les pustules sont lentes, sans animation, je prescris trois cuillerées de sirop de quinquina dans la journée; même tisane; les frictions mercurielles sont continuées matin et soir.

Dès le second jour de l'emploi des onctions mercurielles, les pustules s'arrêtent et cessent de progresser; puis les jours qui suivent, on les voit se rapetisser, se ratatiner et finir par se réduire à un noyau sec, papuleux, sans aucune suppuration.

Pendant ce temps, les pustules continuent leur marche naturelle sur tout le corps.

Le 23, quatre jours après le commencement de l'usage de l'onguent napolitain, il survient un flux salivaire extrêmement abondant, des plaques muqueuses blanches sont dispersées çà et là dans la bouche, sur la face interne des joues, sur les gencives et le voile du palais; tout le reste de la muqueuse est d'un rouge prononcé. Malgré cela, l'état général s'est amélioré; il y a moins de fièvre.

Traitement : Cautérisation des plaques avec un pinceau imbibé d'acide hydrochlorique pur; gargarisme alumineux. Cesser les onctions mercurielles. Même tisane.

Le 24 et le 25, rien de nouveau. La salivation est très abondante; la salive coule incessamment de la bouche; le malade ne se plaint pas. L'éruption est toujours très prononcée.

Le 26, neuvième jour depuis le commencement de l'éruption, les pustules de la face, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont complétement avortées et réduites à un petit noyau insignifiant, tandis que les pustules aux pieds et aux poignets sont fort belles, très ombiliquées, au centre, très bombées, partout blanches et en pleine suppuration; mais quel n'est pas mon étonnement de voir que sur les bras, les cuisses et la poitrine les pustules ont complétement disparu; la veille et l'avant-veille elles étaient très bombées, très prononcées; aujourd'hui on peut passer le doigt sur la peau sans sentir autre chose qu'une légère inégalité épidermique qui marque la place où étaient ces pustules; mais on n'y rencontre plus ni croûtes ni élevures. Sur la place occupée hier par les pustules, on observe de larges taches d'un rouge cuivré et un peu livide, qui s'effacent sous la pression, mais qui n'ont rien d'érysipélateux, attendu qu'il n'y a ni tuméfaction, ni chaleur, ni sensibilité particulière; ces taches sont très inégales, très étendues, et laissent entre elles des espaces de peau saine; beaucoup sont grandes comme des pièces de 1 franc, d'autres sont fort étendues et comme serpigineuses.

Malgré la disparition presque subite des pustules, l'état général continue à être bon; pas de fièvre; pouls à 75; nulle souffrance, excepté aux gencives qui fluent toujours, mais dont pourtant le malade se plaint peu.

Justement étonné de la disparition des pustules varioliques, je prie plusieurs de mes collègues attachés à l'hôpital de vouloir bien examiner ce fait, et le lendemain 27, MM. Brun, Vigneron, Jeannin et M. le docteur Maupin, chirurgien-major du régiment, constatent et l'abondance du flux salivaire et la disparition totale des pustules, dont les traces sont pourtant extrêmement abondantes autour des extrémités inférieures. Les pustules des poignets et des pieds, qui, hier encore, étaient si volumineuses, si turgescentes de pus, ont également disparu en presque totalité; elles sont considérablement affaissées; quelques-unes, fort rares, existent encore autour des malléoles avec leurs caractères normaux, comme pour témoigner de la réalité de l'affection disparue.

Tous mes collègues pensent aussi, comme moi, que ces taches rouges, si nombreuses et si étendues que j'ai précédemment décrites, sont un effet de l'absorption du mercure : une hydrargyrie.

Même tisane, même gargarisme; bouillon.

28. L'amélioration continue, pouls à 72; salivation abondante. Plaques muqueuses sur la langue, les joues, les gencives. Mêmes taches rouges sur le corps.

Cautérisation de la muqueuse buccale avec l'acide hydrochlorique; purgatif avec 70 grammes d'huile de ricin.

30. Le purgatif administré avant-hier a parfaitement agi; il y a eu huit évacuations aqueuses, abondantes. Les taches rouges hydrargyriques existent toujours. Je m'aperçois que trois pustules sur la poitrine, d'abord arrêtées, reprennent un nouveau développement et qu'elles se remplissent avec un aspect tout à fait variolique; celles des pieds et des mains ont complétement disparu, de telle sorte, qu'au lieu de présenter ce masque plastique qui a coutume d'entourer le corps des varioleux, ce malade ne présente que des taches légères, de la dimension des anciennes pustules, et qui masquent la place qu'elles occupaient. Les taches hydrargyriques pâlissent.

Deux potages au bouillon de viande.

31. Les trois pustules que j'ai constatées hier sur la poitrine sont très prononcées. L'état général est excellent; le pouls bat 72 fois, d'une manière naturelle. Le malade a de l'appétit et demande à manger, malgré la salivation et la stomatite. Les plaques hydrargyriques ont considérablement diminué sur le tronc; elles sont beaucoup plus prononcées aux membres. La salivation elle-même diminue depuis la dernière cautérisation et le purgatif.

Un quart d'aliment. Sirop de quinquina au vin de Bordeaux, deux cuillerées chaque jour; gargarisme.

A partir de ce moment, la convalescence s'établit parfaitement; l'amélioration devient progressive. J'examine de nouveau les bras, et je constate qu'il n'y existe aucune trace vaccinale. J'interroge le malade pour savoir s'il aurait eu quelques symptômes de syphilis, ce qu'il nie énergiquement. Ainsi, il paraît démontré que ce malade n'avait été ni variolé, ni vérolé, ni vacciné.

Malgré l'amélioration générale et les traitemens locaux employés chez ce malade, les ulcères mercuriels de la bouche persistèrent fort longtemps; et même le malade obtint pour cette raison un congé de convalescence, pendant lequel il s'est parfaitement rétabli. Depuis longtemps il est rentré à son corps, où il a repris son service, et il jouit d'une santé aussi parfaite que jamais.

De ce fait, extrêmement intéressant, il résulte en substance ceci, c'est que, pendant que notre malade était sous l'influence d'une mercurialisation intense, manifestée par le ptyalisme et les taches à la peau, une variole confluente, des plus caractérisées et en pleine suppuration, a disparu dans l'espace de vingt-quatre heures, sans que, non seulement, il y ait eu d'aggravation dans la maladie, mais encore avec une amélioration consécutive presque immédiate; ainsi, il n'y a pas eu métastase, transport du pus variolique sur un des organes essentiels de la vie; il y a eu résolution complète de la variole, c'est-à-dire qu'on a obtenu, d'une manière générale, ce que M. Briquet et les autres expérimentateurs avaient obtenu par les applications topiques.

Pourrait-on nier ici l'influence du mercure et attribuer au hasard la disparition de l'éruption? Cela ne nous paraît pas soutenable; on sait, en effet, que lorsqu'une éruption languit, lorsqu'elle est incomplète et, *à fortiori*, lorsqu'elle disparaît rapidement, il survient des accidens redoutables qui, presque toujours, compromettent l'existence des malades, tandis qu'ici une amélioration évidente et instantanée a été le résultat de cette disparition; il nous paraît donc beaucoup plus raisonnable, beaucoup plus conforme à l'observation d'attribuer au mercure une action résolutive ou, peut-être, une action spécifique contre le virus varioleux, de même que contre le virus syphilitique.

Mais jusqu'à quel degré doit être poussée la mercurialisation pour atteindre le but? est-ce jusqu'à la salivation? Faut-il que l'action du mercure se soit manifestée à la peau comme dans ce cas? Question insoluble pour moi. Ce que je puis dire à cet égard, c'est que M. Briquet, dans son mémoire *sur l'emploi des topiques mercuriels dans la variole*, signale quelques cas de ptyalismes sans mentionner la résolution générale des pustules.

Après l'exposition détaillée et consciencieuse de ce fait, on se demande jusqu'à quel point la thérapeutique pourrait-elle tirer parti de ce moyen? Y a-t-il prudence et même moralité à le tenter? Sans doute, la réponse ne saurait être trop réservée dans la crainte de voir l'expérience démentir les prévisions de l'esprit. Toutefois, quand on a affaire à une maladie aussi grave que la variole confluente, qui peut détruire jusqu'aux cinq-sixièmes des sujets qu'elle atteint, on est excusable de faire des tentatives; et, d'ailleurs, ne sait-on pas que l'usage du mercure, poussé jusqu'à la salivation dans certaines maladies tout aussi graves (la péritonite puerpérale par exemple), est souvent suivi de succès, et dans la maladie dont nous nous occupons actuellement, l'observation que nous venons de rapporter et quelques faits parmi ceux relatés par M. Briquet, prouvent que l'usage du mercure dans la variole peut être porté jusqu'à la salivation sans aucun danger pour la vie. Maintenant je ne me permets de donner aucun conseil dans une question aussi incertaine, chacun doit relever de sa conscience et de son expérience.

Quant à moi, je ne me suis pas trouvé depuis dans une position favorable à des tentatives dans le même sens. J'ai voulu montrer que, dans certains cas, peut-être encore incomplétement définis, la saturation mercurielle était susceptible d'amener l'avortement général de la variole. Après avoir ouvert cette vue nouvelle sur la thérapeutique, je laisse au temps d'en tirer les conséquences, *veritatem tempus manuducit*.

MÉDECINE LÉGALE.

QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES TOUCHANT LA MORT PAR SUSPENSION ET LA DISTINCTION DU SUICIDE ET DE L'HOMICIDE.

Rapport sur les questions médico-légales relatives à la mort de la dame Duroulle.

Par M. Ambroise TARDIEU.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 31 Mars, 3 et 7 Avril.)

II. — La seconde question a pour objet de rechercher *si, dans le cas où il y aurait lieu d'admettre la mort par suspension, celle-ci doit être considérée comme le fait de madame Duroulle elle-même ou comme le fait de mains étrangères; en d'autres termes si, dans le procès, on doit conclure au suicide ou à l'homicide.*

La réponse que nous venons de faire à la première question simplifie singulièrement et abrége notre tâche, puisqu'elle montre que la mort peut avoir eu lieu autrement que par pendaison, et qu'elle transforme ainsi le problème ordinairement si obscur de la pendaison volontaire ou criminelle. Nous sommes dispensé de réfuter cette objection banale, qui consiste à tracer le tableau imaginaire de la lutte qu'aurait à soutenir contre sa victime le meurtrier qui n'accomplirait son crime qu'à l'aide d'une suspension violente; nous n'avons pas à montrer toute la fausseté de cette proposition singulière, et chaque jour contredite par l'évidence, qu'il n'y a pas de mort violente sans traces de violences. Nous pouvons nous borner à rappeler que, dans tous les cas, assez nombreux aujourd'hui, où la pendaison a été notoirement criminelle, les assassins auraient d'abord étouffé ou étranglé, avant de les pendre, ceux qu'ils voulaient faire périr. Et il nous sera facile de montrer que la mort de la dame Duroulle peut avoir eu lieu de la même façon.

Nous sommes privé, il est vrai, de la lumière que pourrait répandre sur ce fait une connaissance exacte et certaine de la position dans laquelle se trouvait le corps suspendu. Mais, sur ce point, nous n'avons aucune donnée précise, et nous croyons d'autant plus inutile de discuter les hypothèses diverses qui ont pu se produire, que ces circonstances sont, en réalité, tout à fait accessoires. Personne ne conteste que la mort puisse survenir dans les conditions de suspension les plus diverses, les plus invraisemblables en apparence, et que celles-ci ne peuvent le plus souvent fournir aucun indice propre à distinguer sûrement le suicide de l'homicide. Il est donc tout à fait superflu de se livrer à des suppositions stériles sur la manière dont la dame Duroulle aurait pu attacher elle-même le lien, disposer ses jambes et s'abandonner à ce lien qui, assez fort pour déterminer l'asphyxie, se serait rompu à un moment donné. Il vaut mieux rechercher si le cadavre porte quelque trace matérielle qui puisse éclairer d'un jour moins faux cette obscure question.

Par malheur, l'une des constatations qu'il eût été le plus utile de faire à ce point de vue, a été omise par les experts auxquels l'autopsie a été confiée. Nous voulons parler de l'état de la colonne vertébrale dans la région du cou, là où se rencontrent quelquefois et presque exclusivement dans les cas de pendaison homicide des lésions véritablement caractéristiques. A défaut de ce renseignement, nous devons insister sur quelques-uns de ceux que nous avons déjà cités. L'ecchymose au-dessous de la mâchoire dans le tissu cellulaire sous-cutané peut, en effet, avoir été produite par une pression exercée directement sur la bouche pour étouffer les cris qui, de moins en moins énergiques, n'auraient cessé que lorsque la suffocation ou la strangulation eût été complète. Sa forme arrondie, ses dimensions limitées, son siége, sa profondeur, se réunissent pour lui donner ce caractère, bien plutôt que celui des ecchymoses circulaires, étendues, superficielles, que produit, dans quelques cas rares de pendaison, la simple constriction du lien. Enfin, on pourrait encore l'expliquer par quelqu'une de ces violences auxquelles les auteurs s'accordent à attribuer les ecchymoses lorsqu'elles existent sur le cou des pendus.

L'idée d'une occlusion forcée des voies aériennes, opérée soit immédiatement avec la main, soit médiatement à l'aide d'un corps quelconque, fournirait, en outre, une explication très simple et beaucoup plus plausible que celle qui a été donnée de la légère blessure qui existait sur l'aile gauche du nez de la dame Duroulle. Cette excoriation superficielle ne serait-elle pas le fait d'un coup d'ongle ou de la compression des narines, plutôt que la trace, et la trace unique de la chute du corps sur la face au dernier moment de l'agonie, lorsque la corde s'est rompue? Cette circonstance même n'est-elle pas singulièrement suspecte, quand on considère l'état du cadavre sur lequel le premier médecin appelé s'étonnait lui-même de ne pas trouver les marques *qui auraient pu résulter* de cette prétendue *chute spontanée?* Que l'on compare le fait de la dame Duroulle avec cette expérience de M. Devergie, dans laquelle la corde s'étant rompue, le cadavre d'une femme pendue peu de temps après sa mort tomba la face contre terre. Une quantité notable de sang s'écoula du nez où une petite plaie s'était formée, la pommette gauche devint en même temps le siége d'une ecchymose assez considérable, et une infiltration sanguine s'étendit dans le tissu cellulaire sur toute la pommette et jusqu'à l'os. Que penser, après un tel exemple, de cette prétendue chute du corps de la dame Duroulle, qui, dans des circonstances si exactement comparables, n'aurait laissé d'autres traces que l'écorchure superficielle, non pas même de la partie la plus saillante du visage, mais d'une des ailes du nez?

Enfin, nous ne pouvons oublier que outre ces traces de violences extérieures, qui, malgré leur peu d'étendue, ne doivent cependant pas être négligées, la présence de l'écume dans les organes respiratoires jointe à la coloration rouge de la face et à la saillie de la langue, constitue une présomption de mort par strangulation et comme une marque intérieure de ces violences qui excluent l'idée d'une mort volontaire.

Deuxième conclusion. — En résumé, en admettant même que la mort de la dame Duroulle doive être attribuée à la suspension, rien n'autorise à conclure d'une manière absolue que la pendaison ait été volontaire; bien des circonstances, au contraire, tendraient à faire admettre qu'elle a été opérée par des mains étrangères, sur un corps préalablement privé du sentiment ou de la vie, par la strangulation ou l'occlusion forcée des voies respiratoires.

III. — Il nous reste à examiner les deux questions subsidiaires énoncées en ces termes dans l'ordonnance de M. le Président des assises de la Seine-Inférieure :

1° *Dans quel espace de temps se produisent la rigidité cadavérique et la disparition complète de la chaleur dans la mort par suspension?*

2° *Après ce genre de mort, serait-il possible, à l'aide de vêtemens chauds et de couvertures, d'empêcher le développement de la rigidité et de maintenir la chaleur du corps pendant un temps assez long, même vingt-quatre heures?*

Si nous bornions notre réponse à des considérations théoriques, qui ne pourraient fournir qu'une solution abstraite de ces deux questions, nous ne remplirions qu'imparfaitement la mission qui nous a été confiée. Il est évident, en effet, qu'elles n'ont l'une et l'autre qu'un même but, arriver par l'appréciation des phénomènes cadavériques à déterminer, autant que possible, l'époque précise de la mort de la dame Duroulle. Aussi croyons-nous devoir ramener à ses termes véritables le problème que nous devons agiter; et si nous trouvons dans l'état des organes quelque autre indice propre à nous éclairer, nous n'hésiterons pas à le faire ressortir, afin de fortifier, en les réunissant, les élémens d'appréciation, et d'asseoir notre jugement sur des bases plus profondes et plus solides.

En thèse générale, si les phénomènes qui se produisent après la mort dans le corps humain se succèdent dans un ordre régulier, sinon absolument constant, si le refroidissement graduel, la rigidité cadavérique et la putréfaction se suivent ordinairement, il s'en faut de beaucoup que l'enchaînement de ces phénomènes ait lieu d'une manière toujours identique et invariable. Tout au contraire, les rapports de développement, de durée, de disparition qui existent entre eux sont essentiellement

variables et changeans; et s'il existe quelque loi à laquelle il semble possible de les rattacher, telle que la cause de la mort, l'état de santé antérieure et les conditions dans lesquelles le corps était placé au moment où la vie l'a abandonné, il n'en est pas moins vrai qu'ils n'ont rien d'assez certain, rien d'assez fixe pour qu'on leur attribue une valeur réelle dans la détermination de l'époque de la mort. Aucun auteur n'a songé à la faire, et nous ne craignons pas de dire qu'il y aurait une insigne légèreté à le tenter. Ce sont là des principes tellement incontestés et dont nous avons tant de fois nous-même constaté la justesse, que nous croirions tout à fait inutile d'y insister.

Cependant, précisons davantage, et rappelons que la rigidité survient, dans un très grand nombre de cas, alors que la chaleur n'a pas encore complètement disparu. D'un autre côté, sa durée est très incertaine, puisqu'elle a varié depuis deux heures jusqu'à sept jours. Plus elle survient rapidement, plus elle disparaît promptement. Quant à la chaleur, elle peut persister à un degré plus ou moins abaissé pendant plus de vingt-quatre heures. De sorte que si la rigidité, par exemple, était survenue après trois ou quatre heures sur un corps non encore privé de chaleur, et qu'elle n'eût duré que six ou sept heures, on pourrait, en examinant le cadavre seulement au delà de ce terme, considérer comme non encore développé un phénomène qui aurait déjà disparu depuis un temps plus ou moins long.

Nous avons dit que certaines circonstances pourraient influer sur l'enchaînement et la durée relative de ces divers phénomènes. Elles sont loin d'avoir toutes la même importance. Ainsi, le genre de mort ne fournit à cet égard que des données très incertaines; et pour la suspension en particulier, il n'existe aucun fait, aucune expérience qui permettent d'apprécier, même approximativement, l'influence qu'elle peut avoir sur l'époque d'apparition et la durée de la rigidité. Mais il en est d'autres dont l'action est moins douteuse, nous voulons parler des conditions mêmes dans lesquelles le corps est resté placé après la mort. Pour ce qui est de la rigidité, par exemple, surtout si elle était peu prononcée, des mouvemens imprimés aux diverses parties du cadavre, pour le déplacer ou pour toute autre cause, auraient pour effet de la faire disparaître plus vite et sans retour.

Quant à la chaleur, personne n'ignore qu'elle persiste, d'autant plus que le corps a été plus à l'abri du refroidissement extérieur; ce n'est pas seulement de la saison et de l'état de l'atmosphère qu'il faut tenir compte, mais encore, et bien plus, de l'état de nudité ou d'enveloppement du cadavre. Alors que dans les amphithéâtres où se sont faites la plupart des expériences des savans, le refroidissement est complet dans un court espace de temps, dans un lit, sous des couvertures, enveloppé de vêtemens, un corps peut garder plus de vingt-quatre heures une certaine chaleur. C'est là, est-il besoin de le rappeler, la cause de ces doutes qui naissent bien souvent sur la réalité de la mort, et qu'une pieuse sollicitude signale dans plus d'un cas à la science. En effet, il est bon de le répéter, le corps privé de vie retombe sous l'empire exclusif des lois physiques, et se refroidit comme la matière inerte. La rigidité, phénomène d'un autre ordre et soumis aux lois organiques, est indépendante du refroidissement du corps. On voit donc, si nous nous sommes fait bien comprendre, que l'homme de l'art, placé devant un cadavre rigide ou non (hors le cas de décomposition que nous laissons à dessein de côté), ne peut, *à priori*, et par la seule considération du phénomène de la rigidité, se prononcer sans témérité sur l'époque de la mort.

Ces observations préliminaires étaient nécessaires pour faire mieux comprendre les circonstances dans lesquelles s'est présenté le cadavre de la dame Duroulle, et quels renseignemens plus ou moins précis l'inspection du corps a pu fournir sur l'époque de la mort.

Le médecin appelé le premier à examiner le cadavre très peu de temps, une heure environ après le moment où la mort était censée avoir eu lieu, trouve le corps de la dame Duroulle, ce sont ses expressions mêmes, déjà presque froid. Il ne fait pas mention de l'existence ou de l'absence de la rigidité. C'est à ce seul témoignage, recueilli par un homme de l'art, et consigné par lui comme impression première, que nous pouvons nous en rapporter. Par quel abus de langage, par quelle inadvertance pourrait-on transformer cet état de froid presque complet en celui de chaleur persistante? Et comment ne ferait-on pas la remarque que si la mort eût été toute récente, datant d'une heure seulement, ce corps, vêtu de ses vêtemens accoutumés, et couché sur un matelas, eût gardé encore non pas un reste de chaleur, mais la chaleur même de la vie? Cette seule observation ne dispense-t-elle pas de toute discussion, et ne suffit-elle pas à lever de prétendues difficultés, en particulier cette impossibilité de voir la chaleur persister plus de vingt-quatre heures? Non, la chaleur ne persistait pas après vingt-quatre heures, mais elle eût persisté après deux; et il est possible que même après vingt-quatre heures, dans les conditions indiquées, le refroidissement ne fût pas complet.

La rigidité n'existait pas au moment de l'examen fait par le docteur Boulard. Mais sur quelle preuve matérielle, en vertu même de quel raisonnement pourrait-on affirmer sans crainte qu'elle n'avait pas existé déjà, suivi plus ou moins naturellement son cours et disparu depuis un temps plus ou moins long. Dans ce cas, on le voit, il n'y aurait plus à s'étonner de l'apparition tardive de la rigidité et à faire de cette hypothèse la base du système de la mort récente de la dame Duroulle.

Déjà, d'après ces seules considérations sur l'état de refroidissement incomplet et de non rigidité du cadavre, nous voyons qu'il serait impossible de nier absolument que la mort de la dame Duroulle remontât à vingt-quatre heures et plus, au moment du premier examen. Mais il est d'autres signes qui peuvent donner à ce fait un caractère de très grande probabilité, sinon de certitude.

Le gonflement et la coloration bleuâtre notée dès le principe par M. Boulard, et constatés lors de l'autopsie, l'injection des oreilles et des yeux attestent, ainsi que nous l'avons dit, outre la probabilité des violences, la permanence et la durée de la constriction du cou. Nous avons montré l'unanimité des auteurs à reconnaître que cet état ne se rencontrait guère que dans les cas où le lien était resté longtemps appliqué après la mort. Comment concilier ces caractères si nettement, si explicitement décrits à deux reprises par les experts avec l'hypothèse d'une mort récente et d'un lien appliqué tout au plus pendant une demi-heure? N'y a-t-il pas là une preuve de plus que le lien était resté beaucoup plus de temps autour du cou, et que la mort de la dame Duroulle remontait par conséquent à une époque plus éloignée?

Enfin, il est un dernier fait qui ne devait pas être négligé et qui résulte, comme tous ceux que nous avons invoqués dans le cours de cette discussion, de constatations matérielles. On lit dans le rapport des médecins qui ont procédé à l'autopsie: « La personne qui avait enseveli le corps de la dame Duroulle ayant signalé des traces de contusions qu'elle aurait remarquées sur la poitrine et sur les reins, nous l'avons invitée à nous faire voir ce qu'elle avait observé. *Ce sont des taches violacées évidemment dues à un effet cadavérique.* » Ainsi, de l'aveu des experts, il existait au moment où a eu lieu l'ensevelissement des signes d'un commencement de décomposition putride peu compatible avec une mort encore assez récente et très facile à comprendre si la mort n'avait eu lieu que vingt-quatre heures et même plus, avant le premier examen. Ce serait là, il est permis de le dire, une nouvelle et bien forte preuve à ajouter à celles que nous avons réunies pour démontrer que très probablement la mort de la dame Duroulle n'était pas toute récente, malgré la persistance d'un reste de chaleur et la non rigidité du cadavre.

Conclusions. — Nous avons terminé ce long examen des questions soumises à notre appréciation; nous avons cherché à ne jamais nous écarter des faits et de leur interprétation rigoureuse; nous n'hésitons pas à conclure que:

1° La mort de la dame Duroulle ne peut être attribuée d'une manière certaine et exclusive à la suspension.

2° Il n'existe aucune preuve positive que la suspension de la dame Duroulle ait été opérée par elle-même. Il ressort au contraire de l'état du cadavre plus d'une raison de penser qu'elle a été opérée par des mains étrangères.

3° Les phénomènes cadavériques, notamment la non rigidité et le refroidissement incomplet observés chez la dame Duroulle, n'autoriseraient en aucune façon à affirmer que la mort fût récente au moment où le corps a été examiné pour la première fois. Ces caractères peuvent servir, au contraire, à démontrer que la mort remontait à une époque plus éloignée.

Telles sont les différentes pièces qui permettent de juger les questions scientifiques soulevées dans cette grave affaire. Quant au procès criminel, nous nous bornons à rappeler qu'il s'est terminé à Évreux par la condamnation, à Rouen par l'acquittement des accusés.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Mars 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Deuxième mémoire à propos de la fonction glycogénique du foie.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

M. le docteur L. FIGUIER continue ainsi:

Il y a lieu de supposer que les expériences que nous venons de rapporter deviendront l'objet de critiques; nous croyons utile d'aller au-devant de ces objections. Contre la certitude de leurs résultats, on invoquera cet argument bien connu, du reflux possible du sang du foie dans les vaisseaux abdominaux situés au-dessous de lui, c'est-à-dire dans la veine porte et la veine cave inférieure. On sait que l'auteur de la théorie glycogénique s'est efforcé de prouver, par des expériences spéciales, que quand on ouvre l'abdomen d'un animal sans avoir fait, au préalable, la ligature de la veine porte, il peut arriver, par suite de la pression atmosphérique qui vient alors s'exercer à la surface des viscères abdominaux, que le sang contenu dans le flanc reflue dans la veine porte. Il ne nous sera pas difficile d'échapper à cette objection. Il nous suffira, pour cela, de faire remarquer que nous avons eu le soin de n'ouvrir l'abdomen pour inciser la veine porte, qu'après avoir préalablement lié ce vaisseau, grâce à une incision étroite pratiquée au flanc droit de l'animal, conformément aux précautions qui sont recommandées dans ce cas.

Néanmoins, comme les raisons qui précèdent pourraient peut-être paraître insuffisantes, il nous a paru utile d'instituer une expérience spéciale pour démontrer que, dans le cas où nous nous étions placé, le reflux du sang dans l'intérieur de la veine porte ne peut avoir les conséquences que l'on pourrait lui prêter; nous avons voulu prouver, par l'expérience, que le sang du foie, quand on ouvre l'abdomen d'un animal, ne se mêle pas forcément avec celui des vaisseaux abdominaux. Pour cela, à un chien de moyenne taille, nous avons donné un repas presque entièrement composé de substances pouvant se transformer en ce produit, c'est-à-dire une soupe au lait à laquelle on avait encore ajouté une certaine quantité d'empoi d'amidon et de glycose en nature. Après ce repas, le chien fut laissé *trente-six heures* sans recevoir d'autre aliment. L'abdomeu fut alors largement ouvert de haut en bas sans pratiquer préalablement aucune ligature. Après cette ouverture de l'abdomen, l'animal, vivant, fut abandonné à lui-même pendant quelques minutes, et alors seulement la veine porte fut liée au-dessous du foie et le sang recueilli. Or, le foie, examiné aussitôt, contenait une quantité notable de glycose; au contraire, le sang de la veine porte était entièrement privé de sucre, ce qui prouve suffisamment que le mélange n'avait pu s'opérer entre le sang de l'organe hépatique et celui de la veine porte, car, s'il en eût été ainsi, le sang de la veine porte eût renfermé du sucre comme celui du foie.

Les expériences que nous venons de rapporter amènent aux conclusions suivantes:

1° Chez les chiens nourris de viande crue, tués deux et quatre heures après le repas, il existe du sucre dans le sang de la veine porte.

2° Le sucre introduit dans le foie par la veine porte, séjourne un certain temps dans cet organe; après cet intervalle, il commence à être charrié par les vaisseaux sus-hépatiques, et transporté dans le système général de la circulation.

3° Quand la digestion intestinale est accomplie, et que le tube digestif s'est entièrement débarrassé de la matière sucrée fournie par les alimens, le sang qui, après avoir parcouru le cercle de la circulation, retourne au foie par la veine porte, est privé de glycose; mais, en traversant le foie, il reprend une nouvelle quantité de ce produit, de telle sorte que le sang des veines sus-hépatiques, versé dans le cœur droit par la veine cave inférieure, renferme nécessairement une certaine quantité de sucre.

4° Il résulte de là, que, chez les animaux à jeun depuis deux ou trois jours, il n'existe point de sucre dans la veine porte, mais que les veines sus-hépatiques en renferment une certaine quantité; ce dernier principe a été cédé au sang de ces vaisseaux par le foie, qui constitue dans l'économie un véritable réservoir de glycose.

Après avoir entendu la lecture de ces conclusions, l'Académie n'aura aucune peine à reconnaître que les faits contenus dans la communication qui lui a été adressée, dans l'avant dernière séance, au nom de M. Lehmann, ne sont point contraires à nos propres résultats, ni à la manière dont nous considérons l'origine et la distribution successive du sucre dans l'économie animale. Que dit, en effet, M. Lehmann en rapportant le résultat de ses trois premières expériences? Qu'il n'a point trouvé de sucre dans *la veine porte de trois chiens à jeun depuis deux jours*, et qu'il en a trouvé, chez les mêmes animaux, dans le sang des *veines sus-hépatiques*. Ce résultat n'a rien que de conforme à nos propres conclusions. On sait, depuis longtemps, que le foie conserve du sucre pendant plusieurs jours chez les animaux laissés à l'abstinence. C'est le résidu des digestions antérieures qui ne disparaît que très lentement du tissu de cette glande, et dont on peut retrouver des traces même après dix ou douze jours de jeûne absolu. Il est donc tout simple que, dans le sang de la veine porte d'un chien à jeun depuis deux jours, on ne trouve point de sucre, et qu'il en existe dans celui des veines sus-hépatiques. Ce principe a été tout simplement emporté par le sang dans son passage à travers un organe sucré.

Dans les expériences qu'il rapporte ensuite, M. Lhemann dit qu'il n'a point trouvé de glycose, ou qu'il n'en a trouvé que des traces dans la veine porte, chez des chiens et un cheval soumis à des régimes de différente nature. Mais, je dois faire observer que, dans l'extrait du travail de M. Lehmann, qui a été communiqué à l'Académie, on a négligé de faire mention du nombre d'heures qui se sont écoulées entre le repas et le moment de la saignée de la veine porte. Cette circonstance était pourtant indispensable à établir. Supposez, en effet, que le sang ait été recueilli à une époque éloignée de la digestion, par exemple, sept à huit heures après le repas, et, d'après ce qui a été dit plus haut, l'absence du sucre dans le système de la veine porte n'aura plus rien que de simple et de très naturel. Il est donc indispensable que l'oubli que nous signalons soit réparé.

Nous ajouterons que, d'après la manière dont sont représentés, dans l'extrait du même travail, les résultats numériques, il est presque impossible de les comprendre. En effet, dans le tableau récapitulatif, les chiffres paraissent se rapporter à 100 parties de sang pris dans sa totalité; de telle sorte que, pour prendre un exemple dans le premier résultat inscrit sur le tableau, on attribuerait au sang des veines sus-hépatiques du chien à jeun, 0 gr,764 pour 100 grammes du liquide sanguin. Mais, d'un autre côté, dans le cours de la rédaction, M. Lehmann annonce qu'il rapporte ses résultats au poids du *résidu alcoolique du sang*. Laquelle choisir de ces deux manières si opposées de représenter les résultats d'une analyse chimique? On comprend que, jusqu'à ce que l'auteur même de ces expériences ait indiqué nettement ce qu'il a obtenu, il faut renoncer à discuter de pareilles ambiguïtés. Ces éclaircissemens une fois fournis, nous espérons que l'opposition qui semble exister entre les résultats de M. Lehmann et les nôtres disparaîtra, et nous nous applaudirions vivement de cet accord (1).

Qu'il nous soit permis d'ajouter, en terminant, que le fait du dépôt temporaire du sucre dans le tissu hépatique permet de rectifier une expérience qui a été invoquée récemment dans des leçons publiques pour démontrer la sécrétion du sucre par le foie. Voici en quoi cette expérience consiste:

On prend un chien à jeun depuis deux à trois jours, on recueille le sang de la veine porte, et l'on constate que, dans ce sang, il n'existe aucune trace de sucre. Au contraire, le sang des veines sus-hépatiques, traités par les mêmes procédés chimiques, fournit des signes non douteux de la présence du glycose. De cette expérience, on tire la conséquence que le glycose trouvé dans la veine porte provient du foie, qui a la propriété de le sécréter, puisqu'il n'en existait point dans le sang pris au-dessous du foie et qu'on en trouve dans le sang recueilli au-dessus de cet organe. Cette expérience et la conclusion que l'on en tire, pourraient être citées en exemple pour montrer qu'en physiologie, pas plus qu'en chimie, il ne faut se hâter de conclure. Quand on sait, en effet, que le foie est un véritable réservoir de matière sucrée, qui, pendant plusieurs jours, conserve ce produit dans son tissu, cette expérience perd toute sa valeur; car on voit tout de suite que le sucre trouvé dans les veines sus-hépatiques provient tout simplement du foie, où il se trouvait emmagasiné. Lorsque le sang a parcouru tout le cercle circulatoire, lorsqu'après avoir subi, pendant tout ce trajet, l'action chimique

(1) Ce n'est pas la première fois qu'une confusion de ce genre est commise à propos de cette question. Le *Moniteur des hôpitaux* a publié une analyse des leçons faites les 10 et 13 février au Collége de France; l'auteur de cette analyse s'exprime ainsi dans le numéro du 22 février de ce journal:

« Avant de rendre compte des deux leçons où ont été élucidées par de nouvelles expériences plusieurs des questions relatives à la fonction glycogénique du foie, nous croyons devoir rappeler en quelques mots les expériences de Lehmann, auxquelles il a été fait allusion depuis quelques jours. Le mémoire dans lequel ces expériences sont relatées a été lu dans la séance de 30 novembre 1850 de la Société royale des sciences de Leipzig, et publié dans les comptes-rendus des séances de cette Société.

» Chez un cheval nourri avec du foin et de l'avoine et assommé pendant la digestion, l'analyse du sang a donné les résultats suivans:

Sucre contenu *dans* 100 *grammes*, de sang de la veine porte. . . . . 0,055 gr.
Sucre contenu *dans* 100 *grammes*, de sang des veines sus-hépatiques. 0,635

» Chez un autre cheval nourri de même et assommé après la digestion, on a trouvé:

Sucre dans le sang de la veine porte. . . . . 0,0052 gr.
Sucre dans le sang des veines sus-hépatiques 0,893

» Chez un autre cheval, le sang des veines sus-hépatiques contenait:

Sucre. . . . . 0,776 gr.

» Chez un animal carnivore, nourri avec de la viande, le sang des veines sus-hépatiques contenait pendant la digestion:

Sucre. . . . . 0,838 gr.

» Ces résultats confirment pleinement ceux de M. Bernard, dont nous allons maintenant reprendre les leçons. »

Dès la lecture de cette note, nous avons été surpris de l'énorme quantité de sucre que M. Lehmann aurait trouvée, selon l'auteur de cet article, dans le sang qui s'échappe du foie. Si dans 100 grammes de sang des veines sus-hépatiques il pouvait exister, comme on le fait dire au chimiste allemand, 0 gr,893 de sucre, il en résulterait ce fait étonnant que le sang des veines sus-hépatiques renfermait *trois fois plus de sucre* que le sang de la circulation générale ne renferme de *fibrine*. Nous avons donc voulu nous assurer de l'exactitude des nombres cités dans ce journal, et nous avons eu recours au mémoire original de M. Lehmann. Ce travail intitulé: *Analyse comparative du sang de la veine porte et des veines hépatiques* (Einige vergleichende Analysen des Blutes der Pfortader und der Lebervenen), se trouve imprimé dans le 2e volume, année 1851, *Journal für pracktische Chemie*, pag. 205. Or, il est facile de s'assurer en parcourant ce travail, que l'auteur rapporte le résultat de ses analyses, non à 100 *grammes de sang*, comme on le lui fait dire, mais à *cent parties du résidu de l'évaporation du liquide sanguin*. Une courte citation suffira pour mettre le fait en évidence:

« 26,872 grains de résidu bien séché du sang de la veine sus-hépatique d'un cheval, repris par l'alcool additionné de potasse, neutralisé ensuite par l'acide tartrique et mis en fait en contact avec la levûre de bière, me donnèrent, dit M. Lehmann, 0,093 grains d'acide carbonique. D'après ce résultat, ce *résidu contenait donc, sur cent parties*, 0,635 *de sucre*.

» 21,276 grains de résidu solide du sang de la veine hépatique d'un autre cheval, donnèrent, par la même opération, 0,093 grains d'acide carbonique. D'après ce résultat, le *résidu solide du sang contenait, sur cent parties*, 0,893 *de sucre*.

» 31,704 grains du même résidu de sang, provenant d'un troisième cheval, donnèrent 0,120 grains d'acide carbonique, c'est-à-dire 0,776 *de sucre pour cent parties du résidu de ce sang desséché.* »

Cette citation ne laisse aucun doute sur la singulière erreur qui a été commise par l'auteur de l'article du *Moniteur des hôpitaux*.

Si, maintenant, le lecteur est curieux de connaître à quels chiffres exacts conduisent les résultats obtenus par M. Lehmann, il ne nous sera pas impossible de satisfaire à ce désir. Dans son mémoire, M. Lehmann admet que 100 parties de sang de la veine porte chez le cheval laissent, en moyenne, 20 parties de résidu sec. Si l'on calcule, d'après cette donnée, les résultats de M. Lehmann, on trouve, pour le premier cas cité plus haut, que le sang de la veine porte contenait sur 100 *parties de sang liquide* 0,12 de sucre; c'est-à-dire que sur 100 grammes de sang, par exemple, il existait 0 gr,12 et non 0 gr,635, comme le pense l'auteur de l'article dont nous parlons. Pour le deuxième cas, 0 gr,17 et non 0 gr,893, comme le dit le même auteur; enfin, pour le troisième cas, 0,15 pour 100, ou 0 gr,15 pour 100 grammes de sang de la veine sus-hépatique, et non 0 gr,776, comme le dit le même critique.

L'auteur de l'analyse des leçons faites au Collége de France est bien justifié, d'après cela, de s'écrier dans le cours de sa critique: « Il ne faut pas confondre la physiologie avec la chimie! »

de la respiration, il retourne au foie par la veine porte, il est tout simple qu'il soit dépourvu de sucre.

Cette expérience, qui est présentée comme un argument presque sans réplique en faveur de la théorie glycogénique, ne prouve donc rien et ne peut rien prouver. Pour arriver à une conclusion expérimentale à l'abri de toute objection, il faudrait agir sur un animal *deux à trois heures après le repas*, et rechercher alors si le sang de la veine porte contient ou non du sucre. Bien entendu que, pour chercher le glycose dans le sang, on ne se contenterait pas de faire bouillir ce sang avec de l'eau et du sulfate de soude. En effet, en opérant ainsi, on n'élimine point l'albuminose, qui existe en grande quantité dans le sang de la veine porte pendant la digestion, et en très faible proportion dans le sang des veines sus-hépatiques. Or, la présence de l'albumine dans le sang est un obstacle, aujourd'hui bien connu, à la manifestation du sucre par le réactif de Frommhertz, et l'emploi de ce procédé chimique, vicieux et illusoire, est précisément ce qui a causé toutes les erreurs, toutes les confusions que nous nous attachons à combattre. On traiterait les deux sangs par l'alcool, selon le procédé que nous avons fait connaître, et qui a pour résultat de précipiter l'albumine, et, par conséquent, de laisser le sucre accessible au réactif cupro-potassique qui sert à déceler sa présence.

On voit, d'après les faits contenus dans ce mémoire, que la théorie de la formation du sucre dans le foie n'est pas en litige : elle est jugée. La question qui est actuellement en jeu, c'est de déterminer quelles sont, dans l'alimentation, les matières qui apportent au foie le sucre que l'on trouve dans son tissu, et *antérieurement dans la veine porte*. Ce sera l'objet d'un nouveau mémoire que j'aurai l'honneur de soumettre incessamment au jugement de l'Académie.

Essai d'une généralisation de la méthode sous-cutanée.

M. le docteur Jules Guérin lit la deuxième partie de ce travail, dont nous publions l'extrait suivant :

APPLICATIONS CHIRURGICALES.

Le théâtre chirurgical de la méthode sous-cutanée est aussi étendu que son théâtre physiologique, et les divisions de l'un forment les divisions de l'autre.

L'expérimentation physiologique avait établi l'innocuité des sections sous-cutanées : du tissu cellulaire, des tendons, des muscles, des aponévroses, des vaisseaux (artères, veines et vaisseaux lymphathiques), des nerfs, des os, des glandes et des organes eux-mêmes. Cette catégorie de sections physiologiques correspond à une première catégorie d'opérations chirurgicales : les *sections*, comprenant toutes les opérations sous-cutanées qui ont été exécutées sur le tissu cellulaire, les tendons, les muscles, les aponévroses, les vaisseaux, les nerfs, les os, les glandes et les organes parenchymateux, à l'état sain et à l'état pathologique.

Une seconde catégorie d'expériences sur les animaux avait établi l'innocuité de l'ouverture sous-cutanée des cavités closes de l'économie, des cavités articulaires, pleurales, abdominales, cérébrales, de toutes les cavités en un mot dont l'ouverture béante avait été justement considérée jusqu'alors comme une source des plus grands dangers. A cette seconde catégorie physiologique correspond une seconde catégorie d'opérations sous-cutanées, les *ponctions* ou *divisions*, pratiquées sur les mêmes cavités ou autres cavités accidentelles, en vue d'en extraire les liquides ou les solides pathologiques qu'elles renferment. C'est cette même division que nous allons suivre dans cet exposé.

Première catégorie. — *Sections sous-cutanées.*

Parmi les applications de la première catégorie et en suivant l'ordre anatomique, je citerai :

§ I. *Peau et tissu cellulaire sous-cutané.* — Le *décollement sous-cutané de la peau* dans les cas d'adhérences ou de cicatrices vicieuses.

§ II. *Tendons.* — 1° *Section des tendons*, comme moyen orthopédique ; 2° comme moyen de faciliter la réduction des luxations anciennes et des luxations et fractures récentes. La ténotomie orthopédique, dont l'Académie a bien voulu récompenser la généralisation par un de ses grands prix, a été employée trop de fois et dans des circonstances trop variées pour qu'il soit nécessaire de rappeler ses services de tous les jours : il suffit de la mentionner. Mais, considérée au point de vue des méthodes et des procédés opératoires, elle a offert ceci de remarquable, que c'est par elle qu'on a pu le mieux montrer immédiatement la différence qui existe entre les préliminaires empiriques et particuliers du *procédé sous-cutané* appliqués à la section d'un ou de deux tendons, et la *ténotomie régularisée* d'après la méthode rationnelle. Je ne citerai qu'un exemple pour montrer que cette différence est capitale. Dans la ténotomie ordinaire on se préoccupe peu de la réunion normale des deux bouts divisés, et le résultat, dans le plus grand nombre des cas, est la perte totale ou partielle du mouvement ; dans la vraie ténotomie sous-cutanée on a pour but la réunion parfaite et sans adhérences des extrémités tendineuses, et le mouvement est généralement conservé dans toute son intégrité physiologique.

§ III. *Aponévroses.* — 1° La *section des aponévroses* comme moyen orthopédique ; 2° comme moyen de débridement dans les engorgemens inflammatoires. La première catégorie est trop connue pour que je m'y arrête. La seconde l'est moins. Dans un certain nombre de cas, j'ai fait cesser presque immédiatement, par l'aponévrotomie sous-cutanée à la cuisse, et à la jambe, des étranglemens inflammatoires causés par des chutes, des contusions considérables avec ou sans épanchement. C'est surtout comme moyen de faciliter la réduction des luxations et des fractures récentes, que la ténotomie sous-cutanée peut être regardée comme une application originale de la méthode.

§ IV. *Muscles* — La *myotomie sous-cutanée* comprend la section des plus forts muscles du corps humain, comme celle des plus petits. Je l'ai appliquée à une multitude d'opérations d'une grande étendue, qui intéressaient des masses musculaires tout entières. Parmi les plus importantes, je rappellerai la section des muscles du dos pour les déviations de l'épine : myotomie rachidienne ; celle des muscles de la hanche et de la cuisse pour les luxations coxo-fémorales congénitales : myotomie coxale ou pelvienne ; celle des muscles de l'œil dans le strabisme et la myopie : *myotomie sous-conjonctivale ;* celle du sphincter à l'anus : *myotomie anale ;* sans compter toutes les sections particulières pour une foule de difformités moins caractérisées, et qui m'ont fourni l'occasion de faire la section sous-cutanée de presque tous les muscles du corps humain. Mais la myotomie sous-cutanée a été l'instrument de bien d'autres ressources. Je citerai en premier lieu la cure radicale des hernies réductibles, puis le débridement sous-cutané des hernies étranglées. La herniotomie sous-cutanée, comme nous l'employons, est une véritable myotomie, c'est-à-dire qu'elle consiste à diviser dans plusieurs directions toute l'épaisseur des muscles et aponévroses formant les parois du canal herniaire ; l'exsudation plastique qui résulte de ces sections donne naissance à un bouchon organisé qui a ses racines dans les différentes plaies musculaires, et finit par se confondre avec les parois dont il émane. Cette méthode, que j'ai appliquée onze fois déjà, et sans jamais produire le moindre accident, m'a procuré plusieurs guérisons permanentes, dont l'une date déjà de quatorze ans, et une autre de six ans. Pour ce qui est du *débridement sous-cutané* de la hernie étranglée, je ne l'ai pratiqué qu'une seule fois, faute d'occasions ; mais le succès de cette première tentative, que j'ai communiquée à l'Académie, le 2 août 1841, témoigne de la valeur de l'opération.

§ V. *Ligamens.* — La section sous-cutanée des ligamens, que j'ai le premier pratiquée comme opération et comme méthode opératoire, a surtout consisté à diviser autour des articulations atteintes de difformités les ligamens dont la brièveté fait obstacle au redressement des parties. Elle est le moyen capital du traitement des difformités que j'appelle *fixes*, parce que les articulations qui en sont atteintes continuent à rester rigides et irréductibles après la section des tendons et muscles qui les tiennent sous leur dépendance. J'ai exécuté cette opération au pied, au genou, au coude, au poignet, à la colonne vertébrale, un si grand nombre de fois, que je ne les compte plus.

§ VI. — *Vaisseaux.* — J'ai guéri plusieurs tumeurs vasculaires sous-cutanées à l'aide de sections et de scarifications qui ont ont eu pour résultat de convertir en tissus cicatriciels la trame pathologique de ces tumeurs.

§ VII. *Les nerfs.* — J'avais indiqué, et l'on a réalisé la *section sous-cutanée des nerfs* pour des cas de névralgie.

§ VIII. *Cartilages.* — J'avais également indiqué, et l'on a un grand nombre de fois pratiqué la *section sous-cutanée de la symphyse du pubis*, comme moyen de favoriser certains accouchemens.

§ IX. *Os.* — Parmi les opérations sous-cutanées que j'ai pratiquées sur les os, je citerai l'*ablation d'exostoses douloureuses*, la *fracture sous-cutanée des os rachitiques* pour obtenir le redressement instantané de certaines courbures qui résistent à l'action des appareils mécaniques. J'ai montré que, dans les courbures rachitiques, les os se composent de deux tissus osseux, l'os ancien réduit à des lamelles perdues dans l'os nouveau. A la seconde période de la maladie, celui-ci, composé d'un tissu spongieux très serré, reste flexible. L'effort de redressement immédiat n'a donc à vaincre que les quelques lamelles de l'os ancien. Lorsque la courbure est anguleuse, je fais au sommet de l'angle la section sous-cutanée de la moitié de l'os.

Avant de clore cette première catégorie d'opérations, j'en citerai quelques autres qui forment comme une catégorie intermédiaire entre les *sections* et les *ponctions*, et qui participent en quelque façon des unes et des autres. De ce nombre je citerai :

1° *Le traitement abortif du phlegmon suppurant par l'incision sous-cutanée de la tumeur.* J'ai cherché à établir que toute tumeur phlegmoneuse commence par un noyau, espèce d'épine morbide déposée dans le tissu cellulaire. L'incision sous-cutanée de ce noyau a pour effet d'arrêter brusquement le travail d'inflammation phlegmoneuse. Le phlegmon guérit sans suppurer.

2° *La destruction sous-cutanée de certaines glandes douloureuses du sein.* Je divise en tous sens, sous la peau, la glande douloureuse ; je la sépare, au moyen de ces sections, des filets nerveux et des vaisseaux avec lesquels elle est en rapport. Le résultat de l'opération est la conversion de la glande pathologique en un tissu cicatriciel amorphe, insensible, qui finit par se résorber.

3° *La destruction de certaines tumeurs douloureuses* indéterminées qui se développent dans l'épaisseur des muscles. De ce nombre, je citerai deux cas intéressans :

Le premier sujet avait dans le muscle deltoïde une tumeur bosselée, de la grosseur d'une forte demi-noix, douloureuse à la pression, et qui était le siége d'élancemens fréquens. Le second sujet portait dans le mollet une tumeur du volume d'une grosse noisette, plus dure et bien plus douloureuse que dans le cas précédent. Dans ces deux cas, des incisions sous-cutanées, qui ont traversé et divisé les tumeurs dans tous les sens, ont amené la résolution.

Dans tous les cas de cette sous-catégorie, la méthode sous-cutanée a mis en évidence un ordre de ressources inespéré et tout à fait inconnu jusqu'alors. En divisant le tissu pathologique et en lui substituant un simple tissu cicatriciel, elle a changé le caractère d'organisation du tissu morbide, elle l'a détruit.

Deuxième catégorie. — *Ponctions et extractions.*

Les opérations comprises dans cette catégorie sont celles qui ont été pratiquées pour extraire des cavités closes naturelles ou accidentelles de l'économie les liquides ou solides pathologiques qu'elles renferment.

De ce nombre sont : 1° la *ponction des abcès froids* et *des abcès par congestion ;* 2° la *ponction des tumeurs hématiques séreuses* qui se forment à la suite de fortes contusions ou autres causes équivalentes ; 3° la ponction des *hydarthroses ;* 4° la ponction et la scarification des *tumeurs synoviales ;* 5° la ponction des *tumeurs hydrorachiques* chez les nouveau-nés ; 6° la *thoracentèse sous-cutanée* dans l'empyème ; 7° la ponction des *kystes abdominaux* ; 8° l'*extraction des corps étrangers articulaires*. Toutes ces opérations, que j'ai pratiquées un grand nombre de fois, et qui ont été répétées par une foule de chirurgiens, offrent tant d'analogie entre elles, et elles sont si répandues, qu'on peut se dispenser de les aborder ici chacune en particulier. Outre le caractère général d'utilité que toutes présentent en tant que soustrayant les malades aux dangers inhérens à toute plaie qui suppure, trois d'entre elles méritent d'être signalées à part, parce qu'elles consacrent trois progrès évidens et d'une importance réelle dans la thérapeutique chirurgicale : je veux parler du traitement des *abcès par congestion* par les *ponctions sous-cutanées ;* de la *thoracentèse sous-cutanée dans l'empyème* et de l'*extraction des corps étrangers articulaires* ; trois opérations qui, avant d'être ramenées à la méthode sous-cutanée, faisaient mourir presque tous ceux qui étaient obligés d'y avoir recours.

Tel est est l'ensemble des applications de la méthode sous-cutanée réalisées jusqu'à ce jour. Quelques-unes de ses opérations, considérées isolément, peuvent plus ou moins ressembler extérieurement à celles qui se pratiquaient antérieurement par d'autres méthodes ; mais groupées autour du principe qui les relie et les cimente, rattachées à ce principe, elles s'imprègnent de sa signification, elles se régularisent de sa règle, et complètent, par leur efficacité et la sûreté de leurs résultats, le caractère d'homogénéité, d'originalité et de généralité de la méthode. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Note sur l'emploi des carbonates alcalins dans le traitement de l'angine couenneuse.

M. Marchal (de Calvi) lit sous ce titre une observation dont nous publions l'extrait suivant :

L'angine couenneuse, l'une des plus cruelles maladies, est aussi, comme on le sait, l'une de celles contre lesquelles l'art est presque désarmé complétement. Il n'existe aucune méthode que l'on puisse lui opposer avec assurance ou même avec un espoir fondé de guérison. La cautérisation n'est qu'un moyen local, qui ne touche pas au principe ; celui-ci est dans le sang, car l'angine couenneuse est une holopathie, c'est-à-dire une maladie de l'ensemble, qui se localise dans certains points des membranes muqueuses. Il se pourrait même que la cautérisation fût nuisible par l'irritation qu'elle occasionne, outre qu'elle est très laborieuse et souvent incomplète chez les enfans. Je puis affirmer que j'ai vu plusieurs fois les accidens s'aggraver tout de suite après la cautérisation, et j'entends dire après la cautérisation bien faite.

Le principe qui cause la maladie ne nous est pas connu ; mais il se manifeste par un phénomène, la formation de fausses membranes, qui atteste un excès de plasticité dans le sang. Cet excès de plasticité, s'il n'est point le phénomène le plus élevé de la pathogénie de l'angine couenneuse, le fait principe, la cause prochaine, est du moins le fait le plus rapproché de celui-là, le fait au delà duquel on ne peut parvenir quant à présent, et auquel il faut s'adresser pour attaquer le mal le plus près possible de sa racine. J'étais donc depuis longtemps résolu à agir, le cas échéant, c'est-à-dire à combattre l'excès de plasticité du sang, sans négliger toutefois l'élément inflammatoire, lorsque l'occasion s'est présentée de faire l'application de mes principes.

M. Bassompierre, ingénieur en chef du chemin de fer de Vincennes, qui m'a permis de le nommer, fut atteint, au commencement de ce mois, mars 1855, d'un mal de gorge qui parut d'abord léger, mais qui s'aggrava rapidement. Appelé dès l'invasion, j'avais prescrit des moyens simples. Le lendemain, l'inflammation gutturale était beaucoup plus intense ; la muqueuse de l'arrière-gorge était très rouge et œdématiée ; la déglutition était extrêmement pénible, et la douleur spontanée très vive, tant à l'arrière-gorge qu'aux régions sous-maxillaires. Mais, ce qui me frappa surtout et m'inspira, dès le premier coup-d'œil, la plus grande inquiétude, ce fut de voir, à la surface de la langue, et plus particulièrement sur la muqueuse palatine et sur les amygdales qui n'étaient pas très tuméfiées, des stries blanches nacrées, formant, par leur rapprochement, des taches très apparentes, sur lesquelles il n'y avait pas à se tromper. C'était bien le produit d'une exsudation plastique ; seulement, sur la muqueuse gutturale, le produit était interstitiel : en d'autres termes, il n'avait pas traversé l'épithélium ; tandis que, sur la langue, les fausses membranes, dont une offrait la largeur de l'ongle du petit doigt, étaient à nu. J'essayai, pour plus d'exactitude, de racler avec l'ongle une des taches de la muqueuse du voile palatin ; je n'y pus parvenir, et le malade éprouva un mouvement violent de vomissement..... Le malade se plaignait d'une gêne extrême à la partie postérieure des fosses nasales, gêne qui arrivait à son comble dans les mouvemens de déglutition. Le pouls était à 130, large et mou. En raison du grand nombre de fièvres éruptives qui existaient dans ce moment, l'idée d'une scarlatine imminente se présenta naturellement à mon esprit. Mais, d'une part, la mère du malade avait succombé (en 1845) à une angine couenneuse, et tout le monde sait que cette angine est ce qu'on pourrait appeler une maladie de famille. Entre autres faits analogues, je connais une famille dans laquelle trois enfans sur quatre en ont été affectés, dont deux sont morts, le traitement ayant été le même pour tous.

D'autre part, la suffusion plastique de la muqueuse gutturale et les fausses membranes de la surface de la langue étaient de toute évidence. Il y avait donc diphthérite ; et chez un homme prédisposé héréditairement, on avait à craindre que cette maladie, enrayant l'éruption, ne suivît son cours comme si elle avait été idiopathique.

Je me décidai donc, suivant les principes sus-énoncés, à faire une application de sangsues, pour atténuer l'élément inflammatoire, et à donner le bicarbonate de soude à doses notables et rapprochées, pour combattre l'excès de plasticité du sang..... Je prescrivis douze sangsues aux régions sous-maxillaires (six de chaque côté) et 12 grammes de bicarbonate de soude en douze paquets (un toutes les demi-heures dans une cuillerée d'eau sucrée).

Il était neuf heures du matin. Je revins à une heure, Le malade avait pris 8 grammes de bicarbonate de soude. Les sangsues avaient donné beaucoup de sang et il coulait encore abondamment moins plastique évidemment qu'à l'état normal. Quant à la gorge, ce que je vis est inouï, et me causa autant de surprise que de joie. Ce fut au point que je doutai un moment de ce que j'avais vu quatre heures auparavant ; mais j'y avais porté trop d'attention pour que le doute pût subsister. Les fausses membranes de la langue persistaient, au milieu d'une couche pultacée, gris sale, qui recouvrait aussi les gencives, où elle était blanche ; mais la suffusion plastique de l'arrière-gorge avait complétement disparu ; il n'en restait plus trace. Dans l'espace de quatre heures, un signe capable d'inspirer le plus grand effroi s'était effacé complétement. Était-ce sous l'influence du bicarbonate de soude ? Mais c'est trop peu d'un fait pour une telle croyance et pour l'espoir qui en découlerait.

Je me hâte de dire que, dès le soir, des points rouges, paraissant à la peau, signalaient l'éruption scarlatineuse, qui fut générale et intense, et qui, à peine arrivée à son déclin, fut suivie d'une miliaire, à vésicules blanches, séroïdes, très rapprochées au cou et aux bras, avec de courts paroxysmes pendant lesquels le cœur battait violemment, comme dans la suette.

Je dois ajouter que Mme B..., qui, dûment avertie du danger de la contagion, ne quittait pas la chambre de son mari, fut prise, à son tour, au huitième jour, de la maladie de ce dernier, de mal de gorge avec fièvre, puis de scarlatine, et bientôt après d'une suette miliaire.

L'angine, quoique intense et très douloureuse, ne présenta aucunement le caractère diphthéritique ; mais, en revanche, la suette fut beaucoup plus accusée que chez M. Bassompierre, avec abcès subintrans très caractérisés et de longue durée, contre lesquels je dus employer le sulfate de quinine à haute dose.

Je reviens maintenant au point essentiel de cette communication : la disparition de la diphthérite gutturale sous l'influence probable d'un sel alcalin. D'abord, il est bien certain qu'en thérapeutique on ne peut rien établir sur un seul fait. Ensuite, ce fait n'est pas aussi probant qu'on le désirerait, attendu que, chez mon malade, l'angine diphthéritique était liée à la scarlatine, et que l'angine couenneuse scarlatineuse est beaucoup moins grave que l'angine couenneuse idiopatique. Mais, comme je l'ai déjà fait observer, il y avait une circonstance, l'hérédité, qui donnait à l'angine, quoique scarlatineuse, une gravité particulière. Ensuite, quand je pense à la disparition si prompte de la diphthérite gutturale après l'admininistration du bicarbonate de soude, j'ai bien de la peine à ne pas voir là un effet et une cause ; et je me demande si le même effet n'aurait pas lieu dans la diphthérite idiopathique.

J'ai dit que le sel alcalin avait pour objet de combattre l'excès de plasticité du sang ; il aurait aussi un autre mode d'action, un effet local ou direct sur la diphthérite, effet qui n'a pas échappé à M. Trousseau, auquel j'ai communiqué le cas, et qui l'a pris en considération, au point de vouloir essayer les carbonates alcalins dans le traitement de l'angine couenneuse. L'effet local dont je viens de parler est d'autant plus facile à comprendre, qu'un gramme de bicarbonate de soude dans une cuillerée d'eau est assez difficile à avaler et passe en grattant, suivant l'expression du malade. (Comm. MM. Andral, Rayer, Bernard.)

COURRIER.

Dans le semestre d'hiver actuel, 18,201 étudians ont été inscrits dans les 28 universités allemandes : 847 professeurs en titre, 253 agrégés, 46 professeurs honoraires, 450 maîtres particuliers et quelques maîtres de langues ; en tout 1,699 personnes sont chargées de l'enseignement donné dans lesdites universités. Pendant le semestre d'hiver de 1851-1852, le nombre des étudians s'était élevé à 19,354 ; l'été suivant, à 17,810 ; pour le semestre d'hiver de 1852-1853, à 18,596, et, pendant l'été, à 17,905. Le nombre total des étrangers dans toutes les universités d'Allemagne est de 2,711. (*Gazette de Cologne.*)

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris a renouvelé son bureau pour l'année 1855. Ont été nommés :

Président honoraire, M. Davenne, directeur de l'assistance publique ; président, M. Dufour (2e arrondissement) ; vice-président, M. Janin (3e arrondissement) ; vice-président, M. Labarraque (5e arrondissement) ; secrétaire général, M. Fontès (4e arrondissement) ; secrétaire, M. Thibault (5e arrondissement) ; vice-secrétaire, M. Caron (4e arrondissement) ; secrétaire-trésorier, M. Moret (1er arrondissement) ; secrétaire-archiviste, M. Machelard (11e arrondissement).

Conseil d'administration. — M. Collomb (6e arrondissement) ; M. Payen (4e arrondissement) ; M. Nicolas (1er arrondissement).

— M. Becquerel, agrégé, chargé du cours de pathologie interne à la Faculté, pendant le semestre d'été, commencera ses leçons le mardi 10 avril, à deux heures.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 43. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 12 Avril 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
—
Pour Paris et les Départemens,
1 An............. 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9
—
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

Le 15 avril prochain, les Bureaux de l'UNION MÉDICALE seront transférés *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56, dans le local qu'ils ont occupé pendant plusieurs années.

PARIS, LE 11 AVRIL 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La partie scientifique de la séance a été remplie par un rapport très étendu fait par M. Bouvier, sur un mémoire relatif au traitement de la chorée par la gymnastique, lu à l'Académie, il y a quelques mois, par M. le docteur Blache. M. Bouvier a pris très au sérieux son rôle de rapporteur ; son rapport présente non seulement une analyse exacte et une appréciation impartiale du travail de l'auteur, mais encore un historique et un exposé général de l'état de la science sur une maladie qui a été l'objet de travaux remarquables dans ces derniers temps. Nous nous proposons de faire plusieurs emprunts au consciencieux rapport de M. Bouvier, qui nous semble fixer l'état actuel de la pathologie et de la thérapeutique d'une affection très savamment étudiée par M. Blache, auquel M. le rapporteur a rendu bonne et complète justice.

Les plus minces honneurs académiques, les fonctions les moins agréables de l'Académie, trouvent de nombreux compétiteurs, et il n'a pas fallu moins de deux tours de scrutin pour élire un trésorier en remplacement de l'honorable M. Pâtissier, qui a donné sa démission. C'est M. Gimelle qui a obtenu la majorité, et qui tiendra donc désormais les cordons de la bourse académique. L'Académie ne pouvait pas faire un meilleur choix.

M. le professeur Bérard a, pendant un instant trop court, et de sa parole spirituelle, intéressé l'assemblée par l'analyse de la thèse de Sauvages, soutenue en 1737, thèse dont les exemplaires étaient devenus introuvables et qu'un descendant de ce médecin célèbre vient de faire réimprimer.

Amédée LATOUR.

OBSTÉTRIQUE. — MALADIE DES FEMMES.

RECHERCHES SUR LA PARALYSIE QUI SURVIENT PENDANT LA GESTATION ET DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL ;

Par le docteur Fleetwood CHURCHILL, membre du Collége des médecins d'Irlande.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 3 Avril.)

5° Malheureusement pour la cause de la science, il n'y a qu'un très petit nombre d'examens cadavériques qui puissent servir à décider avec quelque certitude la nature de cette affection. Dans tous les cas légers de paralysie partielle, la vie est conservée ; et lorsque la mort est survenue dans des cas plus graves, on n'a pas toujours obtenu la permission d'examiner le corps. Des quatre cas suivis de mort qui ont été détaillés plus haut, deux seulement ont été suivis d'autopsie ; dans ces cas, et je ne doute pas qu'il devait en être de même dans les deux autres, il existait une maladie du cerveau ou de ses membranes. Dans le cas du docteur Ley, il est dit qu'il n'existait aucune désorganisation positive du cerveau. Toutefois, les ventricules contenaient plus de sérosité que dans l'état normal ; et on trouva, plus particulièrement au niveau du siége primitif de la douleur, un épaississement et une augmentation de vascularité des membranes, avec des adhérences modérément solides en quelques points ; dans d'autres points, un dépôt d'apparence gélatineuse, transparent et incolore, était interposé entre elles. Bref, il semble qu'il y ait eu, dans ce cas, une méningite partielle ; et le contraste entre le groupe particulier de symptômes autres que la paralysie dans le cas de M. Duke, est très intéressant, lorsqu'on se rappelle la désorganisation remarquable qui fut découverte dans ce dernier cas (1).

(1) Dans le fait de M. Duke, auquel M. Churchill renvoie le lecteur, il y avait un ramollissement de la substance cérébrale dans deux points : dans le lobe antérieur de l'hémisphère gauche, immédiatement en avant de la terminaison antérieure du ventricule (la substance blanche et la substance grise dans une certaine étendue étaient réduites en pulpe dans un espace d'un pouce et demi de long sur demi-pouce de large, sans aucun changement dans la coloration), et dans le lobe postérieur du même hémisphère, mais dans une plus petite étendue, sans aucune trace de vascularité ou d'induration. (*Note du traducteur.*)

Mais si, dans ces cas, nous pouvons affirmer, avec quelque assurance, que la paralysie et la mort elle-même étaient le résultat de la maladie du cerveau et de ses membranes, à quoi rapporter les cas légers bien plus nombreux que les précédens ? Ne doivent-ils pas être rangés dans cette classe de paralysies décrites par Abercrombie, comme dépendant d'une cause qui est d'une nature temporaire, et susceptible de disparaître rapidement et complétement.

6° Quelle est donc cette cause temporaire produisant un trouble si sérieux, et cependant ne compromettant que très rarement l'existence ? Est-ce celle à laquelle Latham fait allusion, celle que l'on observe dans ces convulsions et ces apoplexies qui apparaissent et disparaissent, et dans lesquelles la principale circonstance qui attire notre attention est la présence de l'albumine dans l'urine ? Cette dernière circonstance mérite, en effet, de fixer notre attention. On ne peut conserver de doute aujourd'hui sur le fait de la coïncidence de l'albuminurie avec certaines affections du système nerveux pendant la grossesse ou dans l'état puerpéral. MM. Lever et Simpson ont signalé la présence de l'albumine dans les cas de convulsions survenant dans la grossesse ou pendant le travail. J'ai examiné avec soin l'urine, dit M. Lever, dans tous les cas de convulsions puerpérales qui se sont présentés à moi tant dans les salles d'accouchemens de l'hôpital de Guy que dans ma pratique particulière, et dans tous les cas, sauf un, l'urine a été trouvée albumineuse à l'époque des convulsions. M. Lever ajoute : J'ai depuis recherché les altérations de l'urine chez plus de cinquante femmes, en me servant du cathéter pour extraire ce liquide, et en ayant soin d'éviter son mélange avec les écoulemens vaginaux, et le résultat a été complétement négatif. Je n'ai découvert d'albumine dans aucun cas, si ce n'est dans ceux où il y avait eu des convulsions, ou bien dans lesquels il était survenu des symptômes faciles à reconnaître pour des symptômes précurseurs des accès puerpéraux. Les observations de M. Simpson, faites à la même époque, et celles plus récentes de MM. Sabatier, Legroux, Richelot et autres, ont confirmé les conclusions de M. Lever, en ce qui touche la présence de l'albumine dans l'urine dans les cas de convulsions puerpérales ; de sorte qu'aucun doute ne peut exister aujourd'hui à cet égard, bien qu'on puisse rencontrer parfois des convulsions sans urines albumineuses, et de l'albuminurie sans convulsions (1).

Or, comme dans quelques cas, la paralysie s'est montrée en même temps que les convulsions, sinon comme conséquence de celles-ci, on pouvait assez naturellement s'attendre à trouver de l'albumine dans l'urine de ces malades, et c'est effectivement ce qui a été constaté chez la malade de M. Lever et chez d'autres.

Mais il nous est possible de faire un pas de plus, et d'établir que, dans ces cas dans lesquels la paralysie n'avait pas été précédée de convulsions, l'albuminurie a été observée également. Dans aucun des cas qui lui appartiennent, M. Lever n'a vu l'albumine faire défaut dans l'urine, et la grande expérience de M. Simpson est tout à fait d'accord avec l'assertion de M. Lever. Il en était ainsi, du reste, dans le cas de M. Duke, dans lequel la paralysie succéda à la délivrance, et dans lequel il y a lieu de penser, à ce que je crois, que l'albumine avait diminué à l'époque où l'urine fut examinée pour la première fois. Selon toutes les probabilités, on l'aurait découverte dans plusieurs autres cas, si on l'eût cherchée.

Ainsi, nous trouvons que l'albuminurie peut être un symptôme très marqué dans les convulsions puerpérales, qu'elles aboutissent ou non à la paralysie, et dans la paralysie des femmes enceintes ou des femmes en couches, que la paralysie soit partielle ou complète, locale ou générale ; et si les observations sont encore trop peu nombreuses pour permettre aucune conclusion positive, cela tient, je pense, à ce que notre attention n'a pas été tournée vers ce sujet. Et lorsque, en outre, nous trouvons, comme l'établit M. Lever, que, à mesure que l'albumine diminue, la paralysie tend à disparaître, il est difficile de ne pas admettre quelque relation importante entre ces deux phénomènes.

(1) Il n'est peut-être pas sans intérêt de faire connaître les conclusions de Seyfert sur le même sujet : « 1° L'albuminurie n'est pas l'accompagnement essentiel de la grossesse normale et saine. 2° La théorie qui attribue l'albuminurie à la pression de l'utérus augmenté de volume sur les vaisseaux des reins est insoutenable. 3° Lorsqu'à la suite de la maladie de Bright, il survient de l'anasarque pendant la grossesse, les malades sont rarement attaquées d'éclampsie. 4° L'albuminurie, dans les cas d'éclampsie, est occasionnée par l'interruption des fonctions respiratoires et circulatoires à la suite de l'attaque. 5° Dans ces cas, l'albuminurie se termine avec l'attaque. 6° L'albuminurie n'existe pas dans tous les cas d'éclampsie. 7° L'albuminurie existe en très grande quantité dans l'urine des épileptiques, immédiatement après l'attaque, mais non constamment après chaque accès ou dans tous les cas de cette maladie. 8° Pourvu qu'il n'y ait pas de maladie de Bright, cette albuminurie qui se montre chez les épileptiques disparaît aussitôt après les convulsions et ne revient qu'après l'attaque suivante. »

Quelle est alors la véritable signification pathologique de l'albuminurie ? On peut regarder comme bien établi que, tout en existant dans la maladie de Bright, elle n'est pas *à elle seule* la preuve de l'existence de cette maladie ; mais dans l'état actuel de nos connaissances, il est très difficile, peut-être même impossible, d'arriver à quelques conclusions très précises à cet égard. Il est concevable qu'un élément anormal, morbide ou nuisible de l'urine, peut s'y produire de l'une des trois manières suivantes : 1° par simple élimination en dehors du sang dans lequel il existe ; 2° comme résultat d'un trouble pathologique de l'action des reins, à la suite ou de la présence de quelque principe nuisible dans le sang, ou d'une altération morbide de ces organes ; 3° enfin comme un composé nouveau, résultat d'une action chimico-pathologique que nous pouvons expliquer ou non.

Or, l'albumine ne peut être rangée dans cette dernière catégorie. Ce n'est pas un principe nouveau, mais un principe existant dans le sang. Ce n'est pas non plus à la première hypothèse que l'on peut se rattacher ici ; car s'il est possible que l'albumine soit éliminée du sang dans la composition duquel elle existe, ce ne peut être à titre d'élément nuisible, et la simple élimination ne rendrait pas compte, d'ailleurs, de l'état des reins ou des symptômes concomitans. Il semblerait donc que cette sécrétion de l'albumine doit tenir à quelque trouble dans l'action des reins, suscité par quelque élément morbide sous le rapport de la nature ou de son intensité, élément qu'ils ont pour but d'éliminer du sang. Telle est, au moins, l'opinion d'une autorité, M. Johnson, qui, en décrivant la néphrite aiguë avec desquammation, dans laquelle l'albumine est sécrétée en si grande abondance, fait remarquer que tous les changemens de structure commencent dans les cellules sécrétantes de la glande, et sont le résultat d'un effort fait par les cellules pour éliminer du sang quelques produits anormaux, quelques matériaux qui ne doivent pas entrer naturellement dans la composition de la sécrétion rénale. Cette opinion trouve encore sa confirmation dans l'examen nécroscopique de l'état des reins eux-mêmes dans l'albuminurie.

Dans un mémoire récent, M. Handfield Jones a décrit trois variétés : la première ou l'engorgement, telle qu'on l'observe chez les sujets qui succombent dans les premières périodes de l'anasarque aiguë ou dans l'anasarque qui succède à la scarlatine ; dans cette variété, l'organe est augmenté de volume, gorgé de sang de toutes parts ; son tissu n'est pas détruit, mais on aperçoit sous le microscope plusieurs tubes qui contiennent des caillots d'exsudation fibrineuse, emprisonnant des globules sanguins et plus ou moins de cellules épithéliales. La deuxième variété de maladie du rein est celle dans laquelle cet organe est volumineux, lourd, souvent marbré et pâle ; ici l'hypérémie n'existe pas ; c'est même l'inverse qu'on observe le plus habituellement. A la coupe, le tissu n'a pas l'aspect de l'état normal ; il semble qu'une matière particulière se soit implantée parmi les élémens constituans normaux, de manière à les obscurcir et à produire un aspect confus. Les tubes sont remplis de matière épithéliale, mais sans être constamment obstrués, bien qu'ils puissent être irrégulièrement dilatés, etc. La troisième variété est celle si familière à l'observation dans laquelle le rein est granulé, lobulé, etc.

Lorsqu'on réfléchit à la nature temporaire de l'albuminurie dans plusieurs des cas de paralysie que nous avons cités, il ne peut y avoir de doute à cet égard, la condition du rein qui préside à cette albuminurie doit correspondre à la première variété ou à celle de la congestion extrême, et cette opinion est confirmée par l'examen microscopique d'un des faits cités plus haut, dans lequel nous avons trouvé un haut degré de congestion qui avait même passé à un état plus avancé. Je crois, par conséquent,

que l'on peut soutenir hardiment que l'albuminurie est due à un état de congestion des reins, et tout en admettant comme plus d'accord avec l'état actuel de nos connaissances l'explication de Johnson, etc., qui attribue cette congestion aux efforts d'élimination de quelques élémens nuisibles, je ne dois pas cependant oublier de mentionner que quelques personnes l'ont attribuée à la pression exercée par l'utérus chargé du produit de la conception sur les vaisseaux du rein. On a vu plus haut que M. Seyfert rejette cette explication mécanique et semble rapporter l'albuminurie à l'éclampsie et par suite à l'interruption brusque des fonctions respiratoires et circulatoires.

Mais si la première théorie est vraie, quel est donc cet élément morbide, morbide par sa nature ou par son intensité? Il est très difficile de répondre à cette question. M. Simpson soupçonne qu'il peut y avoir un excès d'urée ou quelque quantité ou qualité morbide de la caséine dans le sang. Les observations de Johnson tendent à prouver que, dans ce cas, en outre d'un changement de proportion dans les élémens normaux du sang, dont la diminution de l'albumine fait partie, il y a toujours un excès d'urée.

On peut alors se demander à quoi est dû l'effet produit sur le système nerveux. Ici se présentent les trois hypothèses suivantes: 1° cela peut tenir à la présence continuelle du principe nuisible dans le sang; ou bien 2° à la destruction de l'équilibre des matériaux constituans du sang; ou bien, enfin, 3° à l'état de maladie du rein. Mais quant à juger la question entre elles, c'est ce qui me paraît fort difficile à décider. A quelque conclusion qu'on arrive, du reste, touchant ces points intéressans, tout le monde sera d'accord avec moi, je l'espère, pour regarder comme probable, en prenant ces circonstances en considération, que les reins jouent dans ces affections paralytiques un rôle plus important qu'on ne l'a soupçonné, et que ce sujet mérite plus d'attention qu'on ne lui en a accordé. Nous voyons, en effet, que l'on peut trouver de l'albuminurie dans les cas de convulsions terminés par paralysie; que les urines peuvent offrir les mêmes altérations dans la paralysie qui survient avant la délivrance sans convulsions ou dans la paralysie qui suit la délivrance, et que, de plus, dans les cas légers, les convulsions et la paralysie décroissent avec la diminution de la sécrétion albumineuse. Maintenant, que la paralysie soit causée par l'état des reins, ou que la congestion rénale et la paralysie soient toutes les deux le résultat de la présence dans le sang et de la circulation dans l'économie de quelques élémens morbides, il est évident qu'un nouvel élément peut être ajouté à ceux qui ont été généralement considérés comme susceptibles de donner lieu à la paralysie.

7° Cette théorie n'est pas purement spéculative; et si elle est vraie, elle doit avoir une influence directe sur la pratique, en ce sens que notre attention ne doit pas être uniquement fixée sur l'affection secondaire du système nerveux dans ces cas, mais aussi être dirigée vers le soulagement de la maladie des reins et le rétablissement des reins dans un état tel qu'ils puissent remplir efficacement leurs fonctions d'organes éliminateurs des matériaux morbides du sang, et ce qui doit nous encourager à cet égard, c'est que nous avons vu la diminution de l'albumine dans l'urine être suivie de la mitigation et de la guérison de la paralysie. Contre cette dernière affection, les saignées, générales si l'organisme peut les supporter, ou locales, au moyen des sangsues ou des ventouses, les vésicatoires, les purgatifs et les mercuriaux sont les remèdes généralement employés; ils doivent être modifiés selon l'état du malade, les circonstances de l'attaque et la durée de la maladie. Lorsque beaucoup de sang a été perdu dans le travail, on doit renoncer aux saignées et se borner aux révulsifs; peut-être l'application d'une série de petits vésicatoires au cou, le long de la colonne vertébrale ou sur le membre est-elle encore ce qu'il y a de mieux. Les forces des malades doivent être convenablement soutenues par un bon régime, et quelques stimulans, tels que l'ammoniaque ou le camphre peuvent être nécessaires. Lorsque la paralysie est devenue chronique, la strychnine ou le galvanisme peuvent être utiles, et Stokes s'est servi avec succès de la galvano-puncture dans la paralysie de la face. La maladie des reins ne doit jamais être traitée par les diurétiques, mais par les irritans externes, tels que les sinapismes ou les linimens rubéfians sur les lombes, et à l'intérieur par les diaphorétiques, et à un état de chronicité plus avancée par l'acide gallique, le fer, etc. (1).

(1) Extrait du *Dublin quarterly journal of med.*, t. XVII, 1854.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, BANDAGES ET APPAREILS; par le professeur Ch. SÉDILLOT, de Strasbourg. — 2me édition, tome II, 1re partie, avec 67 figures. — Paris, Victor Masson, 1855.

Quelle que soit la précision avec laquelle un auteur décrive le manuel d'une opération, il est souvent bien difficile d'en saisir toutes les particularités, et des figures placées à côté du texte en facilitent singulièrement l'intelligence. Nous ne saurions trop encourager cette heureuse innovation que la librairie française a tout récemment adoptée, et qui prend tous les jours une plus grande extension. Dans l'ouvrage que nous avons sous les yeux on a multiplié les figures, et celles-ci, exécutées avec un grand talent de précision, ne laissent vraiment que peu à désirer. Ajoutez à ces premières qualités un texte à la fois clair, concis et élégant, une appréciation impartiale dans la comparaison des différentes méthodes et des divers procédés, une classification méthodique, et vous ne douterez pas que le traité de M. Sédillot n'en soit rapidement à une troisième édition.

Le fascicule dont nous avons à rendre compte contient l'exposé des opérations qui se pratiquent sur le crâne, sur les nerfs, sur les lèvres, le voile du palais, l'appareil de la vision, etc., etc.

Parmi les opérations pratiquées sur le crâne, celle qui occupe la plus large place est l'opération du trépan. Ce sujet ayant été traité dans le premier volume publié antérieurement, il n'en est nullement question ici, et cette lacune apparente peut être facilement comblée par le lecteur. Les opérations pratiquées sur les nerfs, section, résection, cautérisation, sont décrites avec détails, et plusieurs figures bien exécutées facilitent l'intelligence du manuel opératoire, qui n'est certes pas sans présenter de difficultés sérieuses.

A quel âge faut-il opérer le bec-de-lièvre congénital? M. Sédillot discute la question et la résout par l'opération prématurée, c'est-à-dire immédiatement après la naissance. Après avoir passé en revue les diverses modifications proposées dans ces derniers temps pour corriger le mieux possible cette difformité, il donne la préférence au procédé de Clémot, de Rochefort. Nous ne ferons que mentionner les paragraphes consacrés aux opérations que nécessitent les fistules salivaires, les tumeurs de la parotide, la grenouillette, etc. Dans le parallèle tracé par l'auteur entre les opérations d'excision et les opérations de ligature pratiquées pour le cancer de la langue, il donne la préférence aux premières. Nul doute, cependant, que la ligature partielle ou totale de la langue ne soit une de ces opérations qui sont réclamées, ou bien par des circonstances inhérentes à la maladie, ou bien par la pusillanimité des malades; et nous aurions désiré que l'auteur intercalât dans le texte quelques figures propres à faciliter l'intelligence des procédés qu'il décrit. Ce reproche ne saurait être adressé à l'article BÉGAIEMENT, affection qui a perdu aujourd'hui l'importance chirurgicale qu'elle avait acquise après les premiers travaux de Dieffenbach.

M. Sédillot a perfectionné, comme on le sait, l'opération de la staphyloraphie, inventée par Roux et modifiée depuis plus ou moins heureusement par d'autres chirurgiens. Le but principal que M. Sédillot s'est proposé dans son procédé, est de mettre obstacle à la tension permanente des lèvres de la plaie réunies par la suture, en pratiquant des incisions sur les muscles qui meuvent le voile du palais, et dont les contractions contrarient sans cesse les effets de la réunion. Le lecteur trouvera une description détaillée de l'opération et des figures fidèles des instrumens qu'elle réclame. Nous ne saurions trop louer l'auteur d'avoir fait bon marché de tous ces instrumens plus ou moins ingénieux qui ont été inventés dans le but de passer les aiguilles ou les fils à travers le voile du palais.

Les procédés de ligature des polypes des fosses nasales sont nombreux; et ici encore quelques chirurgiens ont cru devoir inventer des instrumens plus ou moins compliqués pour exécuter l'opération. On trouvera dans le livre de M. Sédillot une analyse succincte de ces divers procédés.

L'auteur a exposé avec un esprit méthodique tous les procédés qui se rapportent à l'opération de la fistule lacrymale; il a décrit avec non moins de netteté les méthodes de la cataracte. Il n'a fait qu'énumérer en quelque sorte tous les procédés et sous-procédés qui ont trait à la pupille artificielle, et nous l'en félicitons. La médecine opératoire de l'œil et de ses dépendances est aujourd'hui tellement encombrée de méthodes et d'instrumens, que c'est rendre un service à ceux qui débutent dans leurs études que d'en simplifier l'exposition. C'est ainsi que dans le livre même que nous analysons, il n'y a pas moins de trente-et-un procédés pour l'établissement d'une pupille artificielle; et remarquez bien que, très souvent, ces procédés diffèrent entre eux par des nuances tellement peu prononcées, qu'il faut la plus grande attention de la part du lecteur pour trouver dans la description autre chose que des points d'analogie. Cette réflexion n'est pas un reproche adressé à M. Sédillot, qui, ayant voulu faire un traité classique, s'est cru sans doute obligé de suivre l'exemple de ses devanciers, c'est-à-dire d'exposer l'état de l'art.

Après avoir retracé, dans quelques bons articles, les opérations pratiquées sur l'appareil de l'audition, l'auteur a consacré une quarantaine de pages à l'anaplastie, sur laquelle il a présenté quelques considérations générales; puis il est entré dans l'étude des différentes espèces d'autoplastie: rhinoplastie, blépharoplastie, cheiloplastie, etc.

PRÉCIS ICONOGRAPHIQUE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ET D'ANATOMIE CHIRURGICALE; par MM. Claude BERNARD et Ch. HUETTE. — Paris, Méquignon-Marvis, libraire.

Voici un petit livre destiné à faire la fortune d'un éditeur. Cette assertion n'a rien d'exagéré, car l'ouvrage, dit-on, est déjà traduit en plusieurs langues; plusieurs tirages sont, d'après la chronique, déjà épuisés. Ce succès vraiment remarquable n'a rien qui nous étonne, car le livre est conçu sur un plan tout à fait nouveau. Les auteurs se sont proposé surtout de parler aux yeux de leurs lecteurs et cela au moyen de 113 planches gravées au burin sur acier. Or, chaque planche présente au moins en moyenne cinq figures, ce qui donne le chiffre assez respectable d'environ 600 figures dans un volume de 480 pages. Ajoutez encore 25 autres planches servant d'introduction à l'œuvre et destinées à représenter les instrumens principaux de l'arsenal chirurgical et vous vous ferez une idée nette de la richesse de la partie graphique de l'œuvre.

Après la description des opérations élémentaires, les auteurs s'occupent de la ligature des diverses artères. Deux figures placées l'une à côté de l'autre, indiquent, d'une part, l'anatomie chirurgicale de la région sur laquelle l'instrument tranchant doit être porté, de l'autre, le trajet des incisions et les diverses couches que l'on traverse. La partie qui traite des désarticulations est calquée sur le même plan; la planche 18 présente des figures exécutées d'une manière remarquable. Mais, par contre, la planche 22, qui est relative à la désarticulation de l'épaule est un peu pauvre en procédés; car elle ne mentionne que celui de Lisfranc et celui de Larrey. La désarticulation tarso-métatarsienne est représentée, dans ses divers temps, d'une manière irréprochable; il en est de même de l'amputation de Chopart. Nous ne pouvons nous empêcher de signaler aux auteurs une lacune; c'est l'absence complète de la désarticulation sous-astragalienne et tibio-tarsienne. Viennent ensuite les amputations dans la continuité des membres; ici encore nous sommes heureux de reconnaître que les auteurs n'ont rien négligé pour faciliter l'intelligence des manœuvres opératoires. Des coupes perpendiculaires à l'axe du membre indiquent la place des vaisseaux qu'il est nécessaire de lier après l'amputation. Les principales résections sont représentées dans trois planches; la figure qui a trait à la résection du maxillaire supérieur laisse à désirer suivant nous. Les opérations qui se pratiquent sur les voies lacrymales et les paupières sont décrites et représentées avec soin; de même l'opération du bec de lièvre avec les ingénieuses modifications imaginées dans ces dernières années, à l'exception toutefois du procédé de M. Nélaton, qui a été complétement passé sous silence. Comme introduction aux méthodes opératoires que réclament les hernies, signalons quelques bonnes figures sur l'anatomie chirurgicale de la région inguinale. L'ouvrage se termine par une revue des principales opérations tocologiques.

D[r] FANO,
Prosecteur de la Faculté.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

A Monsieur AMÉDÉE LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Mon cher ami,

Un magistrat célèbre avait coutume de dire: Donnez-moi deux lignes de l'écriture d'un homme et je me charge de le faire pendre. M. Jolly a choisi quatre lignes de la mienne, il les a isolées de leur entourage, leur a fait subir une toute petite torture, et les a forcées à confesser un crime d'hérésie médicale qu'elles n'avaient pas commis. Le moyen est facile et toujours infaillible.

Il suffira de rétablir la phrase dans ses rapports et son intégrité, pour lui voir tenir un langage tout différent de celui qu'on lui a arraché. C'est ce que je vous demande la permission de faire en peu de mots par la voie de votre journal.

Dans ma troisième lettre sur le choléra, consacrée à démontrer la contagion de cette maladie, après avoir cité, à l'appui et comme preuve, le fait qui s'est reproduit plusieurs centaines de fois d'un homme fuyant d'un lieu où règne l'épidémie pour se réfugier dans un endroit où le choléra n'existe pas encore, emportant avec lui les prodromes de la maladie ou la maladie elle-même, celle-ci se propageant à une, deux ou trois personnes qui lui ont donné des soins, et n'atteignant aucun autre individu dans la localité; après dis-je, avoir cité ce fait, j'ajoute:

« A ces faits nous pouvons en ajouter d'autres encore. Qui de nous » n'a pas vu tous les membres d'une même famille, composée de deux » à trois personnes et d'une domestique, être frappés successivement, » à douze ou quinze heures les uns des autres, dans des maisons, à » côté d'appartemens, où pas un autre cas de choléra ne s'est manifesté. On ne peut évidemment expliquer ces attaques successives » dans une même famille, placée dans les mêmes conditions d'habitation et d'aisance que d'autres familles que le mal n'atteint pas, on ne » peut les expliquer que par la contagion. *Le premier cas* S'ÉTAIT » DÉVELOPPÉ SOUS L'INFLUENCE ÉPIDÉMIQUE OU AVAIT PUISÉ LA CONTAGION AU DEHORS; CEUX QUI L'ONT SUIVI *sont indubitablement nés* » *sous l'influence contagieuse.* » Au lieu de cette phrase, qui est mon bien, comme dit M. Jolly, notre honorable confrère a substitué la phrase suivante, que je désavoue et dans sa teneur et dans la pensée qu'elle exprime: LE PREMIER CAS (de choléra) SE DÉVELOPPE TOUJOURS ET NÉCESSAIREMENT *sous l'influence épidémique, tandis que* TOUS CEUX QUI LE SUIVENT *sont indubitablement nés sous l'influence contagieuse.*

C'est ainsi que M. Jolly a converti, par défaut d'attention ou par erreur de copiste, l'explication d'un fait particulier de la propagation du choléra, en la doctrine générale qu'il m'attribue touchant la contagion, doctrine si monstrueusement absurde, que je ne voudrais pas la prêter au moins instruit des élèves de première année. Quant à la valeur de cette explication, je ferai remarquer que tous les médecins du monde interprètent de la même façon les faits d'extension de la rougeole, de la scarlatine et de la coqueluche, qui se produisent dans des circonstances semblables à celles que j'ai relatées. Lorsqu'en effet, un individu atteint de l'une de ces maladies arrive dans une famille, et que le mal s'étend successivement aux personnes qui l'entourent ou le soignent, et s'arrête à elles, il n'est pas un médecin qui n'en attribue la propagation, ainsi restreinte et limitée, à la seule influence de la contagion. M. Jolly prouvera peut-être un jour que cette explication est erronée; mais en attendant ses preuves, il voudra bien nous permettre de croire qu'elle est l'expression de la vérité, même à l'égard du choléra.

Si M. Jolly avait eu la bonté de me lire jusqu'au bout, il aurait trouvé la pensée fondamentale de toute ma discussion, résumée en termes assez clairs pour ne pas laisser subsister le plus léger doute dans son esprit. Voici, en effet, comment je conclus: « Le choléra-morbus asiatique a deux manières de se propager, l'influence épidémique et la » contagion. *L'influence épidémique est la plus commune et la plus* » *puissante. La contagion est rare*, mais elle n'en existe pas moins. » M. Jolly se serait épargné la peine de se livrer à une argumentation passablement confuse, qu'il me permette de le lui dire, pour prouver que je restreins le rôle de l'influence de la cause épidémique à la production du premier cas de choléra dans chaque épidémie, et que je laisse à la contagion le soin exclusif de la propagation du mal; et, de plus, à une argumentation inutile, puisqu'elle s'attache à réfuter des opinions qui n'ont de réalité que dans l'imagination inventive de notre honorable confrère.

Je ne discuterai pas davantage avec M. Jolly. Sa cause est mauvaise, il le sent, et cela l'irrite. Il se fâche, parce qu'il a tort. C'est l'ordinaire en pareil cas. Je ne voudrais pas l'exciter encore en signalant les nouvelles erreurs de sa dernière lettre, et je me tais.

Votre dévoué confrère et ami,

L.-Ch. ROCHE.

8 Avril 1855.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance supplémentaire du 7 Avril 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance comprend :

Une lettre de M. DELENDA, médecin à Santorin (Grèce), sur les romans considérés au point de vue médical. (M. Collineau, rapporteur.)

— Une note sur la coagulation du muco-pus de la blennorrhagie et du chancre par le chlorure double de manganèse et de fer, par le docteur LEBEL. (Comm. MM. Chevallier et Lagneau.)

— Une communication de M. DESGRAS, qui envoie à l'Académie trois numéros du *Boletin de commercio* de Santador (Espagne), où se trouve exposée la méthode suivie par le docteur MARTINEZ dans le traitement du choléra. (Comm. du choléra de 1854.)

— L'ordre du jour rappelle la discussion sur le mémoire de M. Piorry.

M. PIORRY : Messieurs, j'en étais resté à l'examen des raisons de la vive opposition que rencontrent mes doctrines. D'abord, quand on a étudié les faits d'une certaine façon, on renonce difficilement à son ancienne opinion ; puis il est des systèmes que cette nouvelle manière de voir mettrait en péril ; on a pendant longues années professé une certaine doctrine, et l'amour-propre empêche d'en faire le sacrifice ; l'orgueil s'irrite à l'idée qu'un autre puisse en savoir davantage ; on a écrit des mémoires, des articles de journaux ou de gros livres, qui perdraient leur réputation par une pareille conversion à des idées nouvelles ; ou bien on se dit : J'ai toujours suivi une certaine méthode, et j'ai parfois réussi ; faudra-t-il recommencer sur nouveaux frais l'étude de la médecine ? Enfin, il est des personnes qui ne savent ni assez de plessimétrisme, ni assez d'auscultation, des littérateurs qui prennent la parole à propos des engorgemens utérins et de toutes les questions de pratique.

Ce sont ceux-là qui signalent M. Bouillaud comme un de mes plus terribles adversaires. Mais il l'a été beaucoup plus dans son discours qu'il ne l'est dans ses livres et dans son enseignement clinique.

Notre collègue est broussaisien ; comme Broussais, son maître, il individualise la maladie, qui, pour lui, consiste dans l'irritation. L'irritation est une abstraction de l'esprit, elle signifie augmentation de la vitalité, elle est le point de départ de la congestion et de la phlegmasie. N'est-ce pas là une hypothèse toute gratuite ? Une piqûre, disait Broussais, exalte les propriétés vitales des tissus qu'elle intéresse, de là congestion inflammatoire, puis inflammation. Mais lorsque le corps piquant a cessé d'agir, qu'est-ce qui fait persister cette exaltation de vitalité dans la partie blessée ? N'est-il pas évident qu'il y a eu une lésion des vaisseaux et des nerfs qui ont été intéressés dans leur structure, leurs propriétés physiques ? L'inflammation, cette unité citée comme type, présente, au point de vue des causes, des symptômes, des produits, des modifications de texture qu'elle entraîne, des variétés infinies. M. Bouillaud voit partout des inflammations, et il tombe, à cet égard, dans une véritable logomachie : la tuberculisation pulmonaire est, pour lui, une lymphangite et une ganglionite pulmonaire ; le squirrhe et la mélanose sont, à ses yeux, des produits phlegmasiques ! Il me reproche de ne pas tenir un compte suffisant de la nature des maladies. Or, ce qui pour lui est une inflammation, bien souvent n'en est pas une pour les autres, et pour ne pas encourir sa critique, je devrais prodiguer la désinence *ite*.

C'est aussi parce qu'il accorde une importance si démesurée à l'inflammation, que M. Bouillaud a préconisé sa formule des saignées coup sur coup. En 1826, j'avais établi, par des expériences, qu'on pouvait, par des saignées modérées et pratiquées à une certaine distance les unes des autres, faire perdre à un animal, dans l'espace d'un mois, la vingt-quatrième partie de son poids total, sans que cette énorme diminution du sang entraînât de notables incommodités. Les avantages de saignées peu abondantes et répétées avaient déjà été signalés par Sarcone, Bosquillon, Sydenham ; éclairé par l'expérience directe, j'ai donné ce conseil de faire, pour la curation des maladies aiguës, des saignées peu considérables mais rapprochées, j'ai ajouté qu'il fallait, en pareilles circonstances, se guider d'après l'état organique général et local, et apprécier, à l'aide du plessimètre, le volume des différens viscères. Telle est ma *médecine exacte*. Celle de mon collègue consiste à tirer quatre livres ou quatre livres et demie de sang dans les premiers jours ; quantité énorme et que, pour ma part, je ne me déciderais à soustraire à mes malades que si je trouvais son appareil circulatoire gorgé de sang. Mon collègue ajoutait, à l'honneur de sa méthode, ce résultat qui tient du merveilleux, à savoir que, sur deux mille malades observés dans l'espace de douze ans, il avait à peine observé quelques cas de terminaison fatale.

On comprend qu'avec cette tendance à voir et à combattre partout l'inflammation, mon collègue soit peu satisfait de me voir attaquer non seulement l'unité morbide, mais encore et surtout la désinence *ite* elle-même ; de voir que la *gastrite* est pour moi tantôt une *oxygastrie*, tantôt une *gastrosténosie*, une *aérogastrie*, une *nevrogastrie*. M. Bouillaud n'est pas le seul qui ait cette foi robuste en la doctrine de l'irritation ; beaucoup d'anciens adversaires du Val-de-Grâce en sont encore aujourd'hui plus partisans qu'ils n'ont l'air de le croire, et pourvu qu'on s'abstienne de changer la terminaison *ite*, ils adopteraient sans répugnance les noms les plus hétéroclites.

On comprend aisément maintenant pourquoi mon honorable collègue aime mieux dire *ganglionite pulmonaire* que *pneumophymie* ; pourquoi il préfère appeler *entéro-mésentérite* une maladie qui, souvent, est une gangrène et non une phlegmasie, que *entérospilosie*, malgré toute la précision de ce dernier terme.

Il fallait de toute nécessité sortir de cette logomachie inflammatoire, de cette phlegmasie maligne, et cesser de voir partout l'inflammation et l'irritation active. Pour cela, il fallait ou bannir du langage de la science les noms grecs terminés en *itis*, et les remplacer par de longues périphrases différentes dans la langue de chaque pays, ou, tout en conservant le radical grec, y ajouter une particule qui indique qu'il s'agit d'un état autre que l'inflammation. C'est ce dernier parti que j'ai cru devoir prendre.

Dans tout ce qu'a dit mon collègue, il m'a semblé moins préoccupé d'attaquer mes idées et ma nomenclature, que de plaider sa propre affaire. Il dit que ma doctrine est, au fond, celle de tout le monde, que, comme tout le monde, j'admets des maladies, et que seulement je les appelle des états organopathiques. Et cependant la différence est grande. Admettons, si voulez, que les maladies simples correspondent aux états organopathiques, il en résultera qu'un homme malade pourra avoir une foule de *maladies* dans le sens que vous attachez à ce mot ; il pourra être atteint en même temps de fièvre inflammatoire, de bronchite, de diarrhée, d'encéphalite ; tandis que dans ma manière de voir, l'encéphalite, la diarrhée, la bronchite, la fièvre ne sont que des états organopathiques, dont l'ensemble constitue la *maladie* de cet homme.

Ne croyez pas, d'ailleurs, que les maladies admises par M. Bouillaud soient celles des autres auteurs. Dans son ouvrage, qui a paru six ans après le premier volume du mien et cinq ans après le second, il a bien voulu admettre quelques-uns de mes états organopathiques au nombre de ses *maladies*, par exemple, la *septicémie* ; en cela il se rapproche de moi, mais à Dieu ne plaise qu'il accorde la même faveur à la *pyémie*, ou fièvre hectique : pour lui elle est restée une fièvre inflammatoire différant des autres seulement par sa marche plus lente. Je lui abandonne cette idée ; je lui abandonne aussi son *endocardite* qui, pour moi, n'est pas une inflammation, mais le dépôt sur la face interne du cœur de la fibrine du sang et le résultat de l'*hémite*. Vous voyez que M. Bouillaud fait, lui aussi, des noms ; il a créé l'endocardite et la lymphangite pulmonaire, mais il se refuse à admettre la *scorentérasie* de ma nomenclature.

Nosographie et organopathisme. — M. Bouilland, qui reproche à ma nomenclature de n'être pas fondée sur la nature des maladies, prétend, en même temps, que la sienne repose entièrement sur cette considération. Examinons d'abord si le reproche est juste.

Il est si vrai que j'ai constamment tenu compte de la nature des altérations morbides que, dans ma nomenclature, le nom de l'organe est précédé d'une racine indiquant la cause du mal : *aéro, hydro, oxy, toxi, vario*, etc., sont placés au devant des noms des organes atteints. D'une autre part, ces noms sont suivis de désinences qui expriment toutes les variétés connues de souffrances : *topie, ectasie* ou *asie* par abréviation, *sténosie, sclérosie, malaxie, hémie, rrhée, rrhagie*, et la particule *ite*, si chère à M. Bouillaud, indiquent les changemens de situation, la dilatation, le rétrécissement, l'induration, le ramollissement, la congestion, les flux, les hémorrhagies, les inflammations ; *ie* ou *pathie* désigne un état morbide dont on ne veut pas préjuger la nature ; *syphiliosie, phymie, carcinie* les altérations syphilitiques, tuberculeuses, cancéreuses ; *nevrie, myosie* celles qui atteignent les nerfs ou les muscles ; s'agit-il de nommer l'état des forces, nous avons les mots *sthémie* et *dynamie* ; il n'est pas jusqu'aux troubles de la pensée qui ne puissent recevoir une appellation convenable : les mots *psychie* ou *psychisme* sont alors employés. Enfin, la mortification des organes est exprimée par *nécrosie*.

Ainsi, donc, je nomme en même temps et l'organe malade et la cause de l'altération et sa nature. Le reproche que m'adresse M. Bouillaud a de quoi me surprendre et ne se concevrait que si les particules dont je me sers étaient peu expressives ou peu connues. Or, elles sont parfaitement claires et, de plus, elles sont généralement usitées.

M. Bouillaud me blâme aussi de n'avoir pas de classification. Mais un tableau de nomenclature n'est autre chose qu'une classification. Jetez les yeux sur celui que je vous ai communiqué et vous verrez que je passe en revue successivement les lésions physiques et mécaniques de siége, de volume, de continuité, puis les hémorrhagies, les suppurations, les écoulemens, les productions anormales, etc. ; et ainsi de suite jusqu'à la mort des organes. M. Bouillaud, supposant, sans doute, à son lecteur une intelligence supérieure, une véritable puissance divinatoire, procède, lui, du difficile au simple, de ce qui est le plus obscur à ce qui l'est le moins. Je n'entreprendrai pas l'analyse de toute la nosographie et me bornerai, ici, à quelques remarques critiques.

Prenant pour point de départ de sa classification la *nature* des maladies, lorsque cette nature se trouve être inconnue, notre collègue est réduit quelquefois à faire les hypothèses les plus fantastiques et à établir des classes entières de maladies sur des manières de voir et des manières d'interpréter. Telle est la classe des *fièvres* dont il admet plusieurs espèces : l'hectique, l'inflammatoire, celle-ci, caractérisée pour notre auteur, comme pour M. Andral, par l'excès de fibrine, tandis que je crois avoir prouvé qu'il y a alors simplement suspension de cette fibrine dans le sérum où, à l'état normal, elle est dissoute. Il ne mentionne même pas mes recherches sur ce sujet, bien qu'il indique, comme moi, les rapports qui existent entre l'arthrite et l'hémite. Il place le typhus parmi les irritations, sauf à en parler de nouveau à propos des maladies virulentes et septiques, et ici il ne dit rien de mes recherches sur la septicémie, sur l'encombrement. La fièvre typhoïde est, pour lui une entéro-mésentérite tantôt simple, tantôt compliquée de septicémie ; son histoire, séparée de celles des fièvres, se trouve exposée dans le chapitre des phlegmasies. *La fièvre* essentielle est niée comme telle et rattachée à une angiocardite, ce qui n'empêche pas l'auteur de diviser *les fièvres* en continues et intermittentes, existant avec ou sans état typhoïde. A l'occasion des fièvres intermittentes, qu'il considère comme des névroses actives du système sanguin, il mentionne à peine mes travaux, mais il discute les opinions de M. Monneret sur la matière.

Au nombre des mêmes névroses actives se trouvent encore les névralgies, puis l'épilepsie et l'hystérie, maladies dont le siége est placé dans le système cérébro-spinal, ainsi que la lypémanie, l'hypochondrie, la monomanie érotique, localisées dans le cerveau. Le squirrhe, le cancer, la mélanose sont envisagés comme des produits de l'inflammation. — La pléthore figure à côté de la chloro-anémie. — L'hypertrophie est rattachée à l'irritation. — Dans les aberrations de la vitalité, nous trouvons la paralysie, l'intermittence d'action, le somnambulisme, l'atonie, l'ataxie, la cachexie, les hétérocrinies, les hétérotrophies, ces deux derniers mots, qu'il emprunte à ma nomenclature, n'ont pas, paraît-il, blessé l'oreille de notre collègue, encore les a-t-il allongés, par erreur sans doute, en les écrivant *hétérototrophie, hétérotocrinie*.

M. BOUILLAUD : Cela n'est pas dans mon livre.

M. PIORRY : Je m'engage à le montrer dans la prochaine séance.

En résumé, cette classification n'est guère fondée que sur une seule hypothèse : l'inflammation et l'état opposé. Le dichotomisme de Thémison, la sthénie et l'asthénie de Brown, l'irritation et l'état opposé de Broussais, c'est là ce que reproduit la classification de notre collègue et *ami*. (On rit.) Ce n'est pas à dire que son livre ne renferme un grand nombre de choses d'une valeur réelle, mais celles-là ont pour base non des vues de l'esprit, mais des faits anatomiques. Ce n'est pas avec des hypothèses qu'on peut élever l'édifice de la médecine exacte ; ce ne sont pas les hypothèses qui lui ont appris l'utilité des saignées coup sur coup ; et par là, je n'entends pas cette formule qui, de l'aveu même de M. Bouillaud, deviendrait dangereuse si l'on ne savait la varier, l'individualiser, l'accommoder aux exigences des cas particuliers.

Or, les saignées coup sur coup sont la suite de mes recherches, qui datent de 1826, et auxquelles j'ai ajouté, en 1827, un complément d'exactitude, en montrant comment, à l'aide du plessimètre, on pouvait avoir la mesure précise de la maladie et des effets de la médication.

La gloire de M. Bouillaud, c'est d'avoir suivi cette même voie de positivisme et de certitude ; c'est d'avoir étudié, comme il l'a fait, le souffle à double courant, les maladies organiques du cœur, la mensuration des cavités de cet organe, etc. Quant à savoir lequel de nous deux a précédé l'autre, peu importe ici ; un jour, en faisant l'historique des progrès accomplis par notre époque en médecine, on sera obligé de remonter jusqu'à Vésale, Morgagni, Corvisart, Laënnec, Bayle, Avvenbrugger ; nous ne sommes que les continuateurs de ces hommes-là.

Des abstractions. — Les abstractions sont tantôt des idées simples (vertu, bonheur), tantôt des collections (peuple, assemblée). Comme elles expriment les rapports de ressemblance que les choses ont entre elles, on ne saurait s'en passer ; elles font le charme du discours ; elles reviennent à chaque instant dans les œuvres des poètes. Je conviens de tout cela, mais je ne saurais admettre que les abstractions seules soient faciles à concevoir et que les idées matérielles le soient moins. Ainsi, je n'ai nulle peine à concevoir l'unité Paris comme une ville matérielle située à 49° de longitude, à 0° de latitude, bornée par le mur d'octroi et l'enceinte des fortifications. Quant à Paris artiste, à Paris moral et immoral, à Paris penseur, à Paris scientifique, sans doute c'est là un Paris abstrait, parce qu'il nous représente un être collectif. Et encore un tel être prouve-t-il bien souvent son existence matérielle, par exemple, une nation quand on la gouverne, et une assemblée quand on la dissout.

Je crois pour ma part que, dans les sciences, il faut le moins d'abstractions possible ; que dans les sciences il faut des faits. Les abstractions sont des abstractions, on ne doit pas les matérialiser au gré d'une hypothèse. On m'a reproché de ne pas les aimer assez ; je n'ai cependant contre elles aucune antipathie systématique ; je les admets volontiers en morale, en littérature (ce qui le prouve, c'est que j'ai fait moi-même quelques vers). Je cherche le *bonheur* ; je crois à l'*amitié*, à la *bienveillance*, autant d'abstractions et souvent de déceptions !

Mais, en médecine, je crois qu'il faut s'abstenir de personnifier une conception de notre intelligence, d'accorder à ces mots : vitalité, forces, propriétés vitales une valeur qu'ils n'ont pas. On ne peut agir avec des médicamens sur des abstractions. De même la *maladie*. Une maladie est une collection de phénomènes si peu précise, si peu déterminé qu'elle n'est pas la même pour tel auteur et pour tel autre. Cherchez dans le livre de M. Bouillaud la cardiacie de Cœlius, l'embarras gastrique, cherchez-y les fièvres de Pinel, vous ne les y trouverez pas. Ces mêmes fièvres, vous ne les verrez pas décrites dans Alibert. Mais les travaux de Rœderer et Wagler, de Petit et Serres, de Bretonneau, de Louis, vous les rencontrerez dans l'ouvrage de notre collègue comme dans tous les traités contemporains. C'est que les travaux d'anatomie ne passent pas comme de vaines hypothèses.

C'est un grand tort de transformer l'idéal abstrait en idéal sensible. Dans l'antiquité, la beauté était devenue Vénus ; l'amour fut matérialisé en Cupidon ; on sacrifiait à ses passions, on sacrifiait aussi à une divinité qu'on appelait la paix... En pathologie, on a fait quelque chose d'analogue : on a institué une foule de génies, le génie hémorrhoïdal, par exemple ! ! En cherchant à combattre un pareil fantôme, au lieu de soigner les organes malades, on risque fort de s'escrimer, comme le noble héros de Cervantes, contre d'innocens moulins à vent.

La forme et la diction ont un si grand empire sur nos jugemens, qu'après avoir entendu le discours de notre collègue et l'appréciation que les journaux en ont faite, je m'attendais, en relisant ce discours lui-même, à éprouver « la cruelle déception » qui m'était promise. Cela n'a pas eu lieu. J'étais étonné, il est vrai, de subir une attaque assez vive de la part d'un collègue dont les livres n'annoncent que des dispositions bienveillantes à mon égard. Mais, pour me rassurer, je n'ai eu qu'à me souvenir avec quelle énergie d'hyperbole M. Bouillaud s'exprime quelquefois. N'est-ce pas lui qui a appelé Desgenettes le Thucydide de la peste de Jaffa, Dupuytren l'aigle de la chirurgie française, et Broussais le messie de la médecine ? C'est de la même façon qu'il a parlé de la proposition que je lui aurais faite de partager avec lui le sceptre de la médecine. D'abord, la médecine aurait-elle un sceptre, l'exemple de l'empire romain serait là pour me montrer les dangers des sceptres partagés. Mais non, la science est une république où il n'y a pas même place pour deux consuls, c'est un aréopage dont le président de chaque jour est celui qui, ce jour-là, a le mieux mérité de l'humanité. Au surplus, je le déclare hautement, je n'ai jamais fait à M. Bouillaud une offre de partage quelconque ; ce que je lui ai proposé, c'est de réunir nos efforts, tous tant que nous sommes, d'oublier nos dissensions, de former enfin ce faisceau dont parle le vieillard de la fable.

Nomenclature. — Bien que l'idée de réformer la nomenclature médicale ait été émise par moi en 1825, je ne m'en attribue pas le moins du monde la priorité. J'ai connu Alibert et j'ai bien des fois assisté à ses leçons ; sa nomenclature, qui n'est pas aussi oubliée que M. Bouillaud le pense, est un des degrés par lesquels la réforme du langage scientifique a dû passer avant d'arriver à une perfection plus grande. Elle a le tort de trop viser à l'harmonie poétique, mais elle constitue un commencement de progrès qui, j'en ai l'espoir, sera achevé par l'*onoma-pathologisme*. Puisque M. Bouillaud a exprimé le vœu de voir une société d'hommes de science épurer la nomenclature, que l'Académie soit ce corps savant, et je cesserai mes recherches sur ce sujet. En somme, M. Bouillaud approuve le principe d'une réforme, puisqu'il le revendique ; son blâme porte donc exclusivement sur la manière dont j'ai tenté de réaliser le vœu émis par lui-même. Examinons la valeur de cette critique.

J'ai emprunté au grec des racines aussi courtes que faire se pouvait ; j'y ai ajouté des particules dont le sens est précis. Le tout forme une sorte de définition en abrégé destinée à prévenir les confusions et les discussions stériles qu'entraînent si souvent les noms en médecine. Je ne me suis pas servi des génitifs de peur de « créer des mots qui de Paris iraient jusqu'à Pontoise » (vers qui, soit dit en passant, n'est pas de Boileau, mais de l'auteur des Plaideurs). Les mots *hétérotrophie*, *hétérocrinie*, *névraxie*, *nilioémie* et d'autres prononcés par M. Bouillaud d'une certaine façon, ont provoqué le rire. Mais il en serait de même si l'on disait sans s'interrompre : mélancolie, Constantinople, orthodoxie, néocatholicisme ; cela ferait un galimatias cacophonique. Et cependant, dans l'usage, à peine si l'on s'en aperçoit. C'est aussi en accumulant les mots : bradypepsie, dyspepsie, apepsie, lienterie, dysenterie, etc., que Molière faisait rire son public. Les noms de la chimie organique tels que ceux-ci, que j'emprunte au *Dictionnaire* de MM. Robin et Littré, sont-ils beaucoup plus harmonieux ? *parabromacétine*, *parachloronaphtaline*, *pantpophobie*, *paracephalocèle*, *pancréatamphraxie*, qui appartiennent à la vieille médecine et qu'il cite d'après Capuron et Nysten ; valent-ils mieux que ceux-ci de la nomenclature : *pédencéphalie*, *panhypérémie*, *panhypémie?* M. Bouillaud emploie, sans en être choqué, les expressions de *cardite*, *endocardite*, *péricardite*, *chloro-anémie*. Cette dernière expression lui sert pour désigner la diminution du fer dans le sang, elle serait avantageusement remplacée par le mot *hypochalybémie* de notre nomenclature.

Puisque, selon notre collègue, les neuf dixièmes de nos termes doivent être rejetés, j'en conclus qu'il est bon d'en conserver au moins un dixième. Si M. Bouillaud tenait moins à ses idées d'irritation et de phlegmasie, il m'en accorderait davantage, peut-être même les laisserait il subsister tous, jusques et y compris *polygraphie*, qui fait pendant à *monographie*. Il était utile de créer un nom pour le centre nerveux cérébro-rachidien : *nevraxe ;* ajoutez à ce nom les désinences bémie, ite, malaxie, etc., faites le précéder des particules *tox*, *septi*, *pyémo*, etc., vous constituerez ainsi tous les noms des maladies qui affectent l'appareil central de l'innervation. De même avec le radical *iose*, virus, combinez *loï* qui traduit peste, vous aurez *loïose*, virus de la peste, et pour dire typhus d'Europe, suette picarde, choléra indien, etc., placez les mots : *Euro*, *gallo*, *Indo*, au devant de *loïose*.

En deuxième lieu, M. Bouillaud reproche à la nomenclature d'être incorrecte, à quoi je puis répondre qu'elle est assez bien vue à Athènes où elle a été récompensée par une médaille d'or et un prix de douze cents francs. Ce qui est réellement barbare, ce sont des noms où la désinence *ite* s'accole à des mots celtiques, latins ; ce sont la *cérébrite*, la *conjonctivite* et la *moëllite* ! Pourquoi ne dirait-on pas aussi *nasite*, *vénite*, *peauite* ? Si bizarres qu'ils soient, ces dénominations pourraient vous agréer à cause de leur terminaison en *ite*. Vous faites une logomachie de grec, de latin, de celte, de danois, d'allemand. Vous citez la critique faite par Pinel de la nomenclature d'Alibert ; à mes yeux, cette critique de l'illustre maître est injuste, et je ne vois, dans tout cela, qu'un nosographe compromis par un autre nosographe.

L'impartialité vous faisait un devoir de faire ressortir aussi les avantages de la nomenclature, puisque vous insistiez tant sur ses défauts et ses imperfections. Pourquoi n'avez-vous pas cité les expressions d'*oxémisme*, respiration, d'*hypéroxémie*, d'*hypoxémie*, d'*anoxémie* qui servent à spécifier les divers degrés d'oxygénation du sang ? Les mots de *névrosystémie*, d'*angiove*, d'*angière*, dont les maladies sont indiquées par la désinence *ie* ou *pathie?* Ce sont là des noms courts et euphoniques.

Par *psychisme* j'indique l'intelligence. Cela ne veut pas dire que je matérialise la pensée. Si je connaissais l'organe où se passe cette sublime fonction je le nommerais ; mais jusqu'à présent je l'ignore, et sans partager les idées de localisation que vous admettez, je distingue l'homme physique et l'homme moral, et dussé-je soulever votre indignation, je dirai que, chez l'homme comme chez l'animal, les organes malades réclament à peu de chose près les mêmes soins.

Vitalisme.— La question du vitalisme a été discutée par M. Bouillaud, puis par M. Gerdy, enfin par M. Parchappe. A moi, qui croit que l'âme, en influençant les organes, produit la vie, qui proclame la merveilleuse résistance opposée par les corps organisés aux causes qui tendent à les détruire, à moi, qui reconnais les guérisons spontanées opérées sans intervention aucune de l'art, on me dit que je ne suis pas vitaliste, que je nie la nature médicatrice, etc. Évidemment ceux qui m'accusent de cette négation ne connaissent pas mes ouvrages.

Je connais la profonde différence qui sépare les corps inorganiques des corps vivans; pendant vingt ans, j'ai fait des cours de physiologie, où je m'attachais à établir les caractères différentiels qui constituent la distinction entre les corps animés et ceux qui sont doués d'une *activité spontanée* de la vie. Celui qui n'accorderait pas aux corps organisés cette activité spontanée, en vertu de laquelle ils naissent, s'accroissent en s'assimilant les matériaux empruntés au monde extérieur, parcourent différens âges, serait dénué de sens et aurait besoin d'une forte dose d'ellébore. Quant à la définition de la vie, elle a été le sujet de bien des controverses. Depuis Barthez et Bichat, on fait consister la vie en deux propriétés : la sensibilité et la contractilité. C'est là une erreur, car le végétal est vivant, et ce serait faire de la poésie et non de la science que d'accorder ces deux propriétés même aux végétaux qui présentent les phénomènes qui semblent les plus voisins de ceux de sensation et de mouvement spontané. Autant vaudrait dire que l'aiguille aimantée en est douée également. La vie est donc cette activité spontanée qui fait que le corps qu'elle anime attire à lui les matériaux de sa nutrition, qu'il se les assimile, qu'il élabore dans son intérêt les germes qui assurent sa reproduction, et qu'il rejette ce qui lui est inutile ou nuisible. Dans les animaux supérieurs, il y a, en outre, des appareils à sensation et de mouvement, et des fonctions correspondantes : *névrisme*, *myosisme*.

Sans m'aventurer plus loin dans cette question ardue, j'admets avec Stahl que la vie et l'âme sont des degrés de la même force, et que la vie est inséparable de l'âme. Quant à ces expressions de grande âme, d'âme périssable, physiologique, etc., elles peuvent être commodes, c'est le seul mérite que je leur trouve.

Vous le voyez, je suis on ne peut plus vitaliste. Je ne divise pas la vie en forces et en propriétés, parce que l'esprit humain a une malheureuse tendance à individualiser ces forces et ces propriétés, et au lieu de se rappeler que ce sont autant d'artifices de la pensée pour étudier les phénomènes, il s'habitue à les traiter ni plus ni moins que des êtres réels.

Mais les opinions vitalistes ont été plus loin. On a supposé une puissance imaginaire, occulte, veillant à la conservation des organes, provoquant à jour fixe les actes salutaires de la coaction des crises, séparant le bon grain de l'ivraie; cette puissance, on l'a appelée nature, φυσις, archée ; confiant en cette bonne nature, le médecin n'avait plus qu'à la regarder faire, avec stoïcisme, en se croisant les bras. Cette doctrine repose sur ce grand fait que la cause du mal étant détruite en ayant cessé d'agir, le mal tend lui-même à disparaître : *Sublatâ causâ tollitur effectus.* J'ai moi-même fait ressortir l'importance de ce principe dans une thèse soutenue en 1829 et qui avait pour titre : *An omnes morbi sanabiles sanandi?*

Cependant si les poisons tendent à être éliminés au dehors, et si cette sorte d'émonction par les nombreuses surfaces du corps est souvent un bienfait, n'oublions pas, d'une autre part, quels dangers y sont souvent attachés ; de sorte qu'en admettant un principe qui veille à cette élimination, il faudrait convenir qu'en produisant la fièvre typhoïde, le choléra, l'albuminurie, la morve, les éruptions syphilitiques, il n'est rien moins que sage et bienfaisant, et l'on serait tenté de le prier d'élire domicile ailleurs que dans l'organisation.

J'ai cité, dans mes écrits, deux exemples de guérison dans des cas graves par l'évacuation d'urines purulentes, et une hémorrhagie spontanée. Quant aux jours critiques, je les ai cherchés de bonne foi sans arriver à les constater ; recherche d'autant plus difficile, que le début d'une affection aiguë est souvent difficile à préciser, ce début étant souvent lent, insensible, le frisson initial étant loin d'être constant.

En somme, je n'admets pas l'existence de la *nature* en tant que force spéciale présidant à la guérison des maladies, je crois qu'elle est inhérente à l'organisation née sous l'influence de l'âme et continuant à agir sous cette influence, de tendre à guérir d'elle-même.

Je termine en résumant tous les points de cette argumentation : on n'a produit aucune objection sérieuse contre le traitement de la variole tel que je l'ai indiqué ; on n'a pas ébranlé mes doctrines.

L'unité morbide est une abstraction qui présente plus d'un inconvénient pour l'étude des symptômes et de la thérapeutique des états morbides de l'organisation.

On ne doit étudier et l'on ne doit soigner que des organes malades.

Les forces, les propriétés vitales, la nature médicatrice sont des expressions par lesquelles nous résumons certains ensembles de phénomènes ; elles ne peuvent devenir la source d'indications thérapeutiques, et il serait chimérique de chercher à les modifier.

Quant à la nomenclature, les mots à racine grecque étant facilement compris de tous les médecins, doivent servir de base pour la dénomination des états organo-pathiques. La seule chose que je revendique, à cet égard, c'est la systématisation, c'est l'application du principe à une réforme complète des termes de médecine. Lorsqu'il s'y rencontre des mots trop longs, c'est là un faible inconvénient s'ils sont utiles. Ceci soit dit avec tout le respect que j'ai pour la langue admirable de Périclès et d'Homère.

Il n'existe pas deux sortes de médecine, deux camps ennemis, dont l'un admettrait et dont l'autre nierait l'utilité de ce qu'on appelle la nature médicatrice. Les mêmes faits sont connus de tous les hommes de l'art, la différence est tout entière dans la manière d'interpréter les phénomènes qu'on observe ; différence toute théorique et qui ne doit pas faire perdre de vue le but essentiel de notre art, qui est la pratique.

M. Collineau : Nous ne prenons pas la parole pour attaquer, mais pour nous défendre. On prétend que nous considérons à tort les états morbides comme des unités simples et fixes, et que, sous l'influence de dénominations fausses ou défectueuses, nous prescrivons le même traitement pour toutes les maladies auxquelles nous donnons arbitrairement le même nom. Ce serait une accusation grave si elle était juste ; c'est une calomnie si elle ne l'est pas.

Les mots *malaise*, *indisposition*, *maladie*, sont des termes abstraits qui représentent, d'une manière générale, à l'esprit qui les a créés, des états divers de l'économie : états caractérisés par une augmentation, une diminution d'action, des altérations de texture, ou un trouble, un défaut d'accord entre les manœuvres fonctionnelles qui concourent simultanément au plein exercice de la vie.

Ce trouble des fonctions peut résulter de lésions organiques évidentes. Il peut se produire sans que, pendant la vie ni après la mort, rien ne puisse révéler l'existence de ces lésions. C'est le cas d'un grand nombre d'affections dites nerveuses.

Prétendre qu'en général les lésions n'existent pas parce qu'elles ne tombent pas sous les sens, c'est vouloir arrêter le travail de l'intelligence au point où les faits ne lui offrent plus de base sensible. Affirmer que, dans ces conditions elles existent ou elles ont dû exister, c'est se livrer à des suppositions que la connaissance de l'esprit humain et le bon sens ne justifient pas.

Il n'y a point de ligne de démarcation, de bornes posées entre le malaise, l'indisposition et la maladie. Les points d'arrêts, les divisions sont des créations de l'esprit.

Les maladies peuvent naître de causes internes et de causes externes.

Les premières ont, nous ne disons pas leur cause première, mais leur origine et leurs moyens d'action et de manifestations primitives dans les organes et dans les mouvemens organiques.

Les secondes ont leur source dans le résultat plus ou moins grave, plus ou moins immédiat de l'action de choses étrangères à l'économie.

Dans un ensemble où tout s'enchaîne, et doit se mouvoir dans un but commun, aucun désordre n'est une chose simple, car le mouvement reçu par un organe, ou une partie, exerce nécessairement une influence sur d'autres organes, ou sur d'autres parties avec lesquels des rapports intimes de composition ou d'action sont établis.

Il n'y a donc pas de maladies simples, ou, en d'autres termes, la maladie n'est jamais un fait absolument simple.

C'est dire qu'elles sont toutes plus ou moins compliquées. Toutefois, les unes et les autres forment des unités, parce qu'elles se composent d'un nombre quelconque d'agens et de mouvemens, qui concourent à un ensemble, à un but commun. C'est ce qui a lieu pour tous les êtres organisés, et conséquemment pour nous-mêmes, qui, bien que formés d'un nombre infini de parties très diverses, n'avons pas moins notre individualité, ne formons pas moins une unité, que nous signalons par un mot : Pierre, Paul, Jacques, etc.

Le mot unité est également un terme abstrait, une généralisation, car toutes les choses auxquelles on l'applique, ne sont pas semblables, ni de même nature : Ainsi, l'unité mathématique, la représentation du nombre, qui n'est qu'une création de l'esprit, ne ressemble en rien à l'unité organique.

Non seulement, l'unité morbide est plus ou moins compliquée, mais elle est mobile et variable. Tout en conservant ses caractères généraux qui nous la font placer dans telle ou telle catégorie, elle manifeste des caractères particuliers, qui la font différer de tout autre, et qui forment en quelque sorte, son individualité. C'est ainsi que l'on n'observe jamais, soit chez des malades différens, soit chez le même sujet, des maladies pas plus que des visages absolument semblables.

D'un autre côté, l'état morbide qui apparaît ou même qui est parvenu à son plus haut degré n'est pas l'état morbide qui se termine. Une foule de changemens s'opèrent, qui donnent à la maladie qui finit des caractères que n'a pas la maladie qui commence.

Il s'agit maintenant de donner des noms à ces états morbides compliqués, mobiles et variables et de les ranger dans un ordre quelconque. Ce dernier point est de la plus haute importance, car l'esprit ne saisit et ne conçoit bien que ce qui est coordonné; la diffusion le trouble et l'égare.

Cette coordination est le plus haut degré du travail intellectuel; elle exige la connaissance plus ou moins complète des faits, et dès lors l'exercice des sens, de la comparaison, du jugement, de la réflexion, de la mémoire et de la prévision, pour arriver à placer un fait dans telle ou telle classe, tel ordre, tel genre, telle espèce, d'après la ressemblance ou l'analogie qu'il présente avec d'autres faits, c'est-à-dire que nous séparons, que nous divisons, que nous déplaçons pour édifier nos systèmes.

Mais c'est ici que la difficulté se manifeste : l'ordre est partout dans la nature ; il frappe nos regards, il excite notre admiration, et pourtant elle ne divise point; ses actes merveilleux se succèdent, se transforment, se renouvellent par des transitions insensibles. Dès lors aucune classification humaine n'est naturelle : c'est un travail de l'esprit, travail qui, quelque imparfait qu'il soit, lui est indispensable.

Voilà pour les classifications.

Il n'en est pas de même des nomenclatures, elles sont en général d'une bien faible importance. Qu'est-ce qu'un nom? Un mot, un signe local, un chiffre, une lettre morte; une création facile de l'esprit, création qui ne lui apprend rien, mais appelle l'attention sur des faits et des actes qu'il connaît déjà, car, s'il ne les connaissait pas, le nom le mieux appliqué ne serait qu'un bruit. Le point capital, c'est la description, c'est la science de la chose. Quel que soit le mot ou le nom que l'on applique à l'objet ou au sujet d'une observation fidèle ou d'une bonne description, il atteint le but aussitôt qu'il la rappelle à l'esprit.

Nous ne voulons pas dire pour cela que l'on ne doive apporter aucun choix dans l'emploi des mots qui composent nos nomenclatures ; mais il nous semble que notre français peut, aussi bien que le latin et le grec, satisfaire, pour sa part, aux exigences du néologisme le plus raffiné. Veuillez bien observer, Messieurs, que je ne blâme personne ; je me plais, au contraire, à reconnaître que, pour fournir certaines nomenclatures, même inadmissibles, il a fallu quelquefois de la science et du talent.

Quant à l'influence du nom de l'état morbide sur le traitement, elle a pu se montrer alors que les maladies étaient mal observées et mal décrites; mais elle est nulle aujourd'hui. Il n'est pas un médecin qui ne sache varier ses prescriptions, non d'après un mot, mais d'après la succession des phénomènes et les changemens qui s'opèrent. Prétendre, comme on le fait, que les médecins, de même que les charlatans, n'ont qu'un remède ou qu'un traitement pour certaines maladies, parce qu'on les nomme syphilis, scrofule, hydropisie, épilepsie, etc., c'est calomnier le corps médical, c'est un acte de mauvaise foi ou d'ignorance pour faire prévaloir des systèmes que très souvent le bon sens répudie.

Résumé général et conclusions. — Aucun état morbide, soit par cause interne, soit par cause externe, n'est simple. Aucune division naturelle n'existe entre les divers états morbides. Dans leur généralité et dans leur origine, toutes les transformations, toutes les transitions, s'opèrent d'une manière insensible.

La composition ou la complication des états morbides n'exclut ni leur individualité, ni leur unité.

Les classifications, l'ordre systématique sont des produits de l'intelligence auxquels elle ne peut se soustraire, à moins de tout confondre. Pas d'ordre, point de science.

La nomenclature est également indispensable, mais le choix des mots n'a pas la même importance; il suffit qu'ils rappellent à l'esprit les faits et leurs caractères déjà connus. C'est ainsi qu'il est à peu près indifférent que l'on se serve des mots fièvre ou pyrexie pour signaler l'état fébrile en général, et, tel que l'observation nous l'a fait connaître par un mot; tout est convention, et la plus grande valeur du mot est dans l'assentiment général.

Une nomenclature nouvelle peut non seulement être inutile, mais elle peut nuire aux progrès, à la généralisation et à la propagation des connaissances, et cela d'autant plus qu'elle s'écarte davantage des nomenclatures ordinaires, parce qu'elle fatigue la mémoire et doit, tôt ou tard, rendre difficile l'intelligence des anciens auteurs, pères de la science.

En définitive, les argumens sur lesquels on se fonde pour proclamer la nécessité d'une nouvelle nomenclature tout entière, c'est-à-dire non-unité, la multiplicité des états morbides dans le cours de la même maladie et le danger de la signaler aujourd'hui par un nom commun sont faux et ne méritent pas un examen sérieux.

(Nous publierons, dans notre prochain numéro, la réplique de M. Bouillaud à M. Piorry, et le compte-rendu de la séance du 10 avril.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 44. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 14 Avril 1855.**

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue Saint-Georges, n° 12,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............	32 Fr.
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue St-Georges*, n° 12.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

Le 15 avril prochain, les Bureaux de l'UNION MÉDICALE seront transférés *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56, dans le local qu'ils ont occupé pendant plusieurs années.

PARIS, LE 13 AVRIL 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Une seule communication qui nous intéresse a été faite dans cette séance ; et quoique très courte, elle a produit une grande émotion.

Si nous avions besoin de nous justifier de notre réserve et de notre abstention jusqu'ici dans la question de la fonction glucosurique du foie, nous trouverions cette justification dans les phases très émouvantes que suit cette grave affaire. Nous faisions connaître, dans notre dernier compte-rendu, le mémoire si assuré, si carré, et, disons-le, si saisissant de M. Figuier, à l'encontre des doctrines de M. Bernard. Or, voilà que M. Bernard, dans la séance suivante, vient déclarer, avec non moins d'assurance, que les expériences de M. Figuier sont entachées d'erreur. Il prie la commission de se mettre à l'œuvre, et, par un sentiment que tout le monde comprend et approuve, il se retire de la commission. L'Académie décide immédiatement que M. Rayer remplacera M. Bernard.

Il est très désirable que la commission soit prochainement en mesure de dissiper le doute et cette espèce d'anxiété pénible qui pèse aujourd'hui sur tous les esprits.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

DE LA PNEUMONIE CONTINUE RÉMITTENTE.

Mon excellent confrère, le docteur Ch. Bernard, a lu, le 27 décembre 1854, à la Société médicale des hôpitaux, une observation très intéressante de pneumonie continue rémittente, qui a été reproduite dans l'UNION MÉDICALE du 27 mars 1855. La lecture de ce fait, des remarques qui l'accompagnent et de la discussion à laquelle il a donné lieu au sein de la Société, m'a engagé à rapprocher de l'observation de M. Ch. Bernard une observation analogue qui a été insérée dans ma thèse *sur la pneumonie catarrhale* (Paris, 20 décembre 1848).

Voici le fait tel que je l'ai recueilli pendant mon internat à l'hôpital Saint-Antoine :

Le 27 février 1847, entre dans la salle Sainte-Cécile, la nommée Bertin (Jeanne), âgée de 42 ans, journalière. Cette femme, d'une bonne constitution, n'a jamais eu *les fièvres* ; non réglée depuis cinq ans, elle a eu, il y a quatre ans, un rhumatisme, et, dans la même année, elle fut prise d'une douleur vive dans le côté droit de la poitrine. C'est M. Guérard qui la soigna, dit-elle, pour une pleurésie ; toussant depuis une semaine, elle a été prise, il y a quatre jours, de frissons répétés et vagues ; en même temps la toux est devenue plus intense et une douleur s'est déclarée dans le côté droit de la poitrine. Il n'a été fait aucun traitement jusqu'à son entrée à l'hôpital. Le soir de son arrivée, je la trouve ayant la respiration très gênée ; point de côté assez intense s'étendant jusque dans l'abdomen ; pouls d'une fréquence modérée, mou, sans développement ; expectoration abondante, constituée par des mucosités aérées, légèrement colorées en jaune ; matité dans les deux tiers supérieurs du poumon droit, avec souffle assez doux et râle crépitant à bulles inégales. (Saignée de trois palettes ; julep avec 0,50 de tartre stibié ; violette gommée)

Le 28. La douleur de côté, l'anxiété, l'oppression n'offrent point d'amélioration sensible ; même état du pouls ; l'état local est à peu près comme hier ; il y a eu des selles nombreuses, sans vomissemens. Même prescription qu'hier, moins la saignée.

2 mars. Respiration plus libre ; expectoration mousseuse, diffluente, présentant une très légère teinte rouillée. Le souffle bronchique a disparu et se trouve remplacé par le bruit d'expansion pulmonaire un peu rude et affaibli et par du râle muqueux et sibilant. La malade se plaint de ne pouvoir dormir un seul instant. (Julep gommeux avec kermès, 0,20, sirop diacode, 30 grammes, extrait de belladone, 0,05, violette, diète.)

6. Les crachats, qui, depuis avant-hier, ne présentaient plus la moindre coloration jaunâtre, ont, ce matin, une teinte orangée ; les râles à grasses bulles humides sont remplacés par des bulles fines, sèches et nombreuses de râle crépitant. Hier, à deux heures de l'après-midi, sans cause appréciable, la malade a éprouvé un frisson qui a duré vingt minutes et a été suivi de sueurs. Le traitement n'est pas modifié, on attend pour voir si l'accès se reproduira. (Julep avec kermès 0,60 et sirop diacode.)

7. Point de frisson ; râles plus humides, moins abondans ; expectoration aérée, blanchâtre, sans la moindre teinte jaune. (*Idem, ut suprà.*)

8. Hier, à la même heure que le 5, le frisson s'est reproduit, quelques crachats rouillés ont reparu avec du râle crépitant sec. (3 pilules de sulfate de quinine de 0,10 chaque, tisane de violette, un peu de bouillon.)

9. Aujourd'hui la malade se trouve mieux ; l'expectoration est redevenue tout à fait catarrhale ; râles doux, bien liés. Le sulfate de quinine est continué.

10. Hier encore, frisson à la même heure que les jours précédens, toujours suivi de chaleur et de sueur, et ce matin on trouve encore quelques mucosités colorés dans le vase. (0,60 de sulfate de quinine dans un julep.)

13. Le frisson n'a plus reparu, l'expectoration n'a plus été modifiée. Le sulfate de quinine est continué pendant quelques jours. La maladie marche rapidement vers la guérison sans autre incident. Sortie le 25.

Cette observation nous montre, dans une pneumonie catarrhale en voie de guérison, la fièvre prenant un type rémittent tierce qui, à chaque redoublement, amenait une recrudescence fluxionnaire sur le poumon. Faisons remarquer que l'accès qui a suivi l'administration de la première dose de sulfate de quinine n'a été nullement modifié.

Dans la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux, on a confondu, il me semble, la marche pseudo-intermittente ou rémittente de la lésion anatomique avec la périodicité de la maladie tout entière. Que la lésion anatomique lobulaire suive souvent cette marche chez l'enfant et le vieillard, et quelquefois chez l'adulte, c'est un fait que l'observation a maintefois confirmé ; mais je crois que le phénomène de la périodicité doit être envisagé sous un autre point de vue.

Dans les cas ci-dessus, ces éruptions pseudo-intermittentes de la pneumonie lobulaire se passent, pour ainsi dire, d'une manière latente : à peine manifestée par un peu d'exagération de la température cutanée, il faut que l'examen de la poitrine vienne révéler cette évolution irrégulière ; mais il n'y a pas d'accès fébriles proprement dits. Dans le fait que je rapporte, ainsi que dans le fait de M. Bernard, il y a eu, au contraire, comme dans la vraie fièvre intermittente, des stades bien dessinés et complets avec frisson, chaleur et sueur. Quotidien dans l'observation de mon confrère, le type a revêtu dans le nôtre la forme tierce.

Nous reconnaissons que, dans la pneumonie, ainsi que dans les autres maladies qui s'accompagnent d'accès périodiques, il faut souvent tenir compte des antécédens du malade. Si celui-ci a déjà eu les fièvres, ou s'il a quitté naguère un pays paludéen, on peut être en droit de rattacher la marche de la pneumonie à la modification imprimée à l'économie par ces circonstances. Mais il est une forme de pneumonie qui, par s

Feuilleton.

NÉCESSITÉ D'UNE PHILOSOPHIE MÉDICALE.

Je publie, sans en demander excuse au lecteur, la lettre qui va suivre. Personne, je l'espère, ne croira que, par petite et sotte vanité, je me sois laissé prendre à la bienveillance de l'appréciation qu'elle renferme. Cette bienveillance, nul plus que moi ne la trouvera excessive, et j'en aurais supprimé l'expression si j'avais pu, après mutilation, raccorder la pensée de mon honorable correspondant. Esprit sérieux, M. Jules Guyot est incapable de flagornerie envers qui que ce soit, et j'ose assurer qu'il m'estime assez pour me croire peu susceptible d'être influencé par des moyens de ce genre. Je laisse donc à sa pensée, que je crois sincère, sa forme, que je trouve exagérée, et je lui demande la permission de lui présenter à la suite de sa lettre quelques courtes réflexions uniquement sur la question grave qu'il a soulevée.

« Sillery, 3 Avril 1855.

» Cher confrère et ami,

» Depuis quelques semaines, je suis charmé de ce que je lis dans l'UNION MÉDICALE, et j'y vois avec une extrême satisfaction que vous saisissez toutes les occasions d'éveiller, de stimuler, d'irriter même nos académiciens à l'endroit de la philosophie médicale : jamais on a su mettre plus d'adresse et employer plus d'esprit pour échauffer une discussion nécessaire aujourd'hui, et pour amener, sur le terrain qu'on n'a choisi soi-même en secret, le plus possible de combattans distingués. Faites sonner vos trompettes, faites battre vos tambours ; les temps sont venus où la médecine doit marcher à pas de géant, où les médecins doivent sortir d'une logomachie qui égare leur pratique, d'un rationalisme qui donne au monde et au charlatanisme une apparence de raison et de succès au détriment de la science.

» Est-il permis de voir des hommes éminens par le cœur et l'esprit, ayant accumulé tout ce que les sciences médicales renferment de positif et de progressif, après des années passées dans l'étude et dans la pratique, primés dans la thérapeutique (cette *ultima ratio medicinæ*) par des charlatans, des guérisseurs sans instruction et sans garantie morale ? Est-il possible de voir les malades ou leurs familles hésiter dans leur choix, ou abandonner la médecine officielle pour implorer de n'importe qui, du premier venu, la santé que l'art et la science sont impuissans à leur rendre ?

» Pour moi, je l'avoue, cette existence déprimée et dépréciée du médecin dans la société est depuis longtemps un sujet de tristesse et d'indignation à la fois ; aussi ai-je longtemps médité sur cette situation pour en découvrir les causes.

» Ne croyez pas qu'elles résident entièrement dans l'injustice, la jalousie, la crédulité, la sottise et la superstition des masses ; non, de tout temps les hommes ont aimé les merveilles, les prodiges, le mystérieux ; de tout temps la mise en scène, les oripeaux, les phrases et le bruit les ont séduits ; de tout temps le *profanum vulgus* a poursuivi de ses huées et de ses pierres la science et les vertus ignorées dans son milieu inculte et grossier. Notre époque présente plutôt à l'observateur loyal un abaissement qu'une élévation de niveau dans cet Océan de brutalité, et les masses sont plus éclairées et plus clairvoyantes aujourd'hui que jamais.

» Ce n'est point de la société que nous avons le plus à nous plaindre, c'est de nous-mêmes, j'en suis profondément convaincu. Ayons le courage de nous faire cet aveu, de constater cette vérité, et, par cela seul, nous entrerons dans une ère nouvelle, où la médecine reprendra rapidement la haute et noble influence qui lui appartient en fait et en droit.

» N'allez pas croire que je regarde notre art sublime comme une de ces créations fantastiques qui puissent s'amoindrir ou prendre des proportions gigantesques au souffle capricieux de cet autre fantôme qu'on appelle la popularité : la médecine repose sur des bases de granit ; elle est plus réelle et plus palpable qu'aucun monument scientifique que l'intelligence humaine ait jamais élevé. Chacune des sciences qui la composent spécialement domine à elle seule, par ses faits incontestables, par ses détails admirablement observés et décrits, par ses déductions générales, par ses vérités en apparence insaisissables et pourtant démontrées au grand jour, toutes les sciences dont la logique de l'homme est si fière ! Rassemblez l'astronomie, la géographie, la géologie, la minéralogie, la botanique, la zoologie ; ajoutez-y la physique, la chimie, la mécanique ; prenez même les mathématiques, et toutes ces sciences réunies ne formeront que le piédestal du colossal édifice qui les surmonte et les résume sous le nom de *médecine.*

» Si je tiens la science médicale en une si haute estime, croyez bien aussi que je ne suis pas disposé à faire bon marché de celui qui la cultive et la met en pratique avec instruction, avec conscience et avec conviction. Sans doute, la médecine s'élève et s'abaisse au niveau de l'homme qui s'en fait le ministre ; il en est de même pour la religion, pour la politique, pour la justice ; il en est de même pour l'application de toutes les sublimités sociales. Mais toutes choses égales, d'ailleurs, le médecin a droit au premier rang dans la hiérarchie humaine, si le premier rang appartient au savoir le plus positif et le plus étendu, à l'intelligence la mieux meublée, à la philosophie la plus avancée dans les mystères physiques et moraux du genre humain.

» Tout homme qui croit sincèrement à l'ignorance d'un docteur en médecine aujourd'hui (j'entends d'un docteur qui mérite son titre et qui l'a obtenu en accomplissant réellement les travaux qu'il exige), est lui-même un ignorant et un sot ; il ne connaît rien des sciences que le médecin est obligé de connaître ; et si tout à coup il pouvait s'en faire une juste idée, il s'inclinerait dans une véritable admiration et dans un profond respect.

» Ma haute opinion de notre art et de nos confrères, opinion qui vous est bien connue, du reste, vous est un sûr garant de mon dévouement à leur cause ; et si je provoque l'aveu d'une infirmité relative et temporaire de notre corporation, c'est parce qu'à mes yeux c'est le seul moyen de la faire disparaître.

» *Nous sommes trop savans et pas assez modestes.* La science et l'orgueil, voilà le double mal qui nous étiole et nous amoindrit ; c'est le même mal qui engendra les désastres de Babel, qui réduisit la Grèce en servage, anéantit la puissance de Rome ; c'est le même mal qui livra aux barbares les nations trop civilisées, à moins qu'une main puissante, un

nature même, et indépendamment de ces prédispositions acquises, s'accompagne fréquemment d'accès fébriles, telle est la pneumonie catarrhale. C'est rarement au début, mais presque toujours quand la maladie est en voie de guérison que ces accès se montrent. La pneumonie catarrhale, d'ailleurs, n'est pas la seule affection de cette nature qui s'accompagne d'accès périodiques : ainsi la grippe simple en offre d'assez fréquens exemples à son déclin ou dans sa convalescence.

Le sulfate de quinine ne paraît pas avoir contre cette périodicité les mêmes avantages que dans la périodicité palustre. Ainsi, dans le fait de M. Bernard comme dans le mien, on peut se demander si c'est au sulfate de quinine qu'il faut rapporter la disparition des accès ou bien à la marche naturelle de la maladie ; et cette dernière opinion nous paraît la plus probable. Dr LEMAESTRE.

SYPHILIOGRAPHIE.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS ;

Par M. A. RODET, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 7 Avril.)

II. — Litau*** (François), âgé de 45 ans, entre à l'Antiquaille, le 21 décembre 1854, pour un chancre simple du sillon balano-préputial, datant de trois semaines, et pour lequel il n'a fait aucun traitement.

Le 22, j'inocule le pus de ce chancre sur la cuisse gauche au moyen de deux piqûres pratiquées à 6 centimètres l'une de l'autre.

Une heure après, je lave la première piqûre avec le liquide de M. Langlebert et je mets sur cette piqûre un bourdonnet de charpie imbibé du même liquide. Immédiatement après je mets, sur la deuxième piqûre, un bourdonnet de charpie imbibé du liquide préservatif indiqué dans l'observation précédente.

Le même jour, je fais une troisième inoculation sur la cuisse droite et je ne mets sur cette piqûre aucun préservatif.

23. Le liquide de M. Langlebert a produit la vésication de tous les points qu'il a touchés.

La deuxième piqûre, sur laquelle j'ai mis mon préservatif, ne présente ni rougeur ni élevure.

La troisième n'offre pas encore de pustule, mais elle est rouge et élevée, et, en la pressant latéralement, on fait sortir un peu de sérosité roussâtre.

24. La troisième piqûre offre une petite pustule caractéristique. Je la déchire et je dépose, sur l'ulcère qui commence à se former au dessous, un petit fragment de nitrate d'argent fondu.

27. La cautérisation a arrêté le progrès du chancre inoculé.

Le liquide de M. Langlebert a neutralisé les effets de l'inoculation, au moins en partie, mais en produisant le soulèvement de l'épiderme et en érodant la superficie du derme.

La piqûre, traitée par l'autre préservatif, n'offre ni pustule, ni inflammation.

III. — Mai*** (Louis), âgé de 16 ans, entre à l'Antiquaille, le 28 octobre 1854, pour une syphilis secondaire survenue à la suite d'un chancre induré qu'il a contracté il y a trois mois, et qui est actuellement cicatrisé. Je le soumets à un traitement mercuriel.

Le 19 décembre, à dix heures quarante-trois minutes du matin, M. Boudet pratique deux inoculations sur la verge, une dans le fond du sillon balano-préputial, à droite, et l'autre sur la partie antérieure de la muqueuse préputiale. Cette inoculation est faite avec le pus qui vient d'être pris, à la consultation gratuite, au chancre perforant du frein, datant de vingt-quatre à vingt-cinq jours et encore à la période de progrès.

A onze heures treize minutes, trente minutes après l'inoculation, je dépose, sur chaque piqûre, une goutte du préservatif déjà indiqué et je mets pardessus un peu de charpie imbibée du même liquide.

20. La charpie est restée en place. Les parties avec lesquelles elle a été en contact ne sont nullement irritées. Les piqûres sont à peine visibles. Celle du prépuce est si peu apparente, que nous restons incertains sur son véritable siége.

21. Les piqûres sont à peine apparentes.

22. *Idem.*

23. *Idem.* La préservation a été aussi parfaite que possible.

Le 24 décembre, à six heures vingt-cinq minutes du matin, M. Bondet pratique deux nouvelles inoculations sur la muqueuse du prépuce, l'une en haut, près du limbe, et l'autre à droite, près du sillon, avec du pus virulent pris sur le chancre du nommé Georges Vial***, qui est arrivé à l'hospice le 23. Ce chancre, situé à gauche du frein, date de trois semaines, et il est en voie de progrès.

Le même jour, à dix heures quarante-huit minutes (quatre heures et vingt-trois minutes après l'inoculation), je lave tout le gland et le prépuce avec le même liquide que précédemment, et je mets pardessus une bandelette de linge imbibée de ce liquide. Cette bandelette est enlevée une heure après.

26. La piqûre du prépuce est sèche et à peine visible. Celle du sillon ne présente pas de pustule, mais elle est un peu béante.

27. Les piqûres n'ont absolument rien produit.

28. Le résultat est aussi parfait que possible. Un contact d'une heure produit donc une préservation aussi complète qu'un contact plus prolongé.

IV. — Bois (Gaspard), âgé de 24 ans, entre, le 7 décembre 1854, pour une syphilis constitutionnelle commençante, survenue à la suite d'un chancre induré de la lèvre inférieure, contracté il y a trois mois, cicatrisé et accompagné d'un bubon sous-maxillaire indolent. Je le soumets immédiatement à un traitement général.

Le 24 décembre, à six heures dix-sept minutes du matin, M. Bondet pratique deux inoculations sur la muqueuse du prépuce, près du sillon, avec du pus virulent qui vient d'être pris sur les chancres d'une femme du service des vénériennes. Ces chancres existent depuis dix-huit jours, sont phagédéniques, multiples, en voie de progrès et occupent la fourchette, ainsi que les grandes et les petites lèvres.

A dix heures et trente-neuf minutes (quatre heures et vingt-deux minutes après l'inoculation), je lave tout le gland et le prépuce avec un liquide composé de 32 grammes d'eau distillée, de 4 grammes de perchlorure de fer, de 4 grammes d'acide citrique et de 2 grammes d'acide chlorhydrique, et, par conséquent, plus faible que les précédentes. J'entoure ensuite ces parties d'une bandelette de linge imbibée du même liquide, et cette bandelette est enlevée une heure après.

26. Les piqûres sont un peu plus élevées, mais ne présentent pas de pustules.

27. Pas de pustule, mais les piqûres ne sont pas fermées.

28. Toujours point de pustule, mais les piqûres sont un peu plus apparentes que dans les précédens.

29. Les piqûres sont guéries et ne paraissent presque plus.

V. — Châtelet (François), âgé de 19 ans, entre le 16 octobre 1854, pour un chancre du sillon balano-préputial, compliqué de phimosis. Quelque temps après le chancre s'indure, et je commence le traitement général le 25 novembre suivant.

Le 24 décembre, l'induration a presque disparu, et il n'y a pas eu de manifestation secondaire.

Ce jour-là, à six heures dix minutes du matin, M. Bondet pratique deux inoculations, l'une sur la muqueuse du prépuce, à gauche, et l'autre sur le gland, à droite, avec le pus virulent de la même femme qui en a fourni pour les inoculations du malade précédent.

Le même jour, à dix heures vingt-sept minutes (quatre heures et dix-sept minutes après l'inoculation), je lave le gland et le prépuce avec un liquide préservatif fort (c'est-à-dire composé de perchlorure de fer, d'acide citrique et d'acide chlorhydrique, 4 grammes de chaque sur 32 grammes d'eau distillée), et j'applique ensuite tout autour une bandelette de linge imbibée du même liquide. Cette bandelette est laissée en place pendant vingt-quatre heures.

En même temps, pour m'assurer des qualités du virus employé, je fais inoculer le même pus sur la cuisse gauche et je ne mets sur la piqûre aucun préservatif.

26. La piqûre de la cuisse a produit une pustule chancreuse très caractérisée, de 2 millimètres de largeur, au-dessous de laquelle est un ulcère à fond gris et à bords taillés à pic. J'arrête les progrès de cet ulcère en y mettant un petit fragment de nitrate d'argent fondu.

Les deux piqûres du prépuce et du gland n'ont produit aucun résultat.

27. Ces deux piqûres n'ont toujours rien produit.

La cautérisation a arrêté le chancre de la cuisse.

28. Les piqûres ont été si bien préservées, qu'il est difficile de reconnaître les points où elles ont été pratiquées.

Les nombreuses expériences que j'ai faites pour éclairer ces différentes questions, et que je ne puis rapporter ici, me permettent d'établir les propositions suivantes :

1° La dose la plus convenable de perchlorure de fer et d'acide citrique est de 4 grammes de chaque pour 32 grammes d'eau distillée. En ajoutant à cette solution 1 gramme d'acide chlorhydrique, la préservation a lieu, mais elle est incomplète ou incertaine. Avec 2 grammes d'acide chlorhydrique, la préservation est plus sûre, et avec 4 grammes elle est plus sûre encore. On obtient ainsi pour formule :

Eau distillée		32 grammes.
Perchlorure de fer. . .	ãã.	4 grammes.
Acide citrique		
Acide chlorhydrique. .		

M. s. a.

On forme encore un liquide doué de propriétés à peu près identiques en retranchant l'acide citrique et en augmentant d'un tiers la dose de l'acide chlorhydrique, ce qui donne pour formule :

Eau distillée	32 grammes.
Perchlorure de fer.	4 —
Acide chlorhydrique	6 —

M. s. a.

Cependant, ce dernier liquide me paraît un peu plus irritant, et je donne la préférence au premier.

2° La manière la plus simple d'employer ce liquide consiste à en déposer une goutte sur la piqûre et à l'y laisser pendant dix ou quinze minutes, ou bien à appliquer sur la piqûre un peu de charpie ou de linge qu'on en a préalablement imbibés. Si le contact du liquide est de trop courte durée, la préservation est incomplète, et l'on voit survenir un petit ulcère qui marche lentement et que je considère comme un chancre imparfait.

Il suffit que la charpie ou le linge soient maintenus appliqués pendant une heure pour que la préservation soit complète. Un temps plus court suffirait même probablement, mais il n'y a point d'inconvénient à les laisser vingt-quatre heures.

3° Aussitôt que le liquide est mis en contact avec la piqûre, le malade éprouve un sentiment de cuisson qui ne dure qu'un instant. Un moment après on voit la piqûre s'élever et prendre la forme d'une papule. Puis cette élevure s'étend peu à peu du centre à la circonférence et finit par prendre assez bien l'aspect d'une piqûre de cousin. Au bout de vingt à trente minutes, environ, elle cesse de s'étendre ; demi-heure après, elle commence à se flétrir, et, quelques heures plus tard, il n'en reste plus aucune trace. Cette élevure est l'indice certain que le liquide a pénétré dans la piqûre, qu'il s'est infiltré dans les mailles du tissu réticulaire de la peau et que le virus qui paraît s'y insinuer beaucoup plus lentement, a été complétement atteint. Pour que la préservation soit assurée, il faut que cette élevure acquière une étendue suffisante, ce qui nécessite l'absorption d'une certaine quantité de liquide, et voilà pourquoi il faut que ce liquide reste en contact avec la piqûre pendant un certain temps.

4° La préservation peut être obtenue tant que le virus n'a produit, sur la piqûre, aucun effet appréciable. Au bout de deux heures, de quatre heures et de six heures, elle a été aussi complète qu'après un temps plus court, pourvu que le liquide ait été laissé sur la piqûre pendant un temps suffisant.

Si l'inoculation a déjà produit des effets sensibles, soit une pustule, soit seulement une papule, l'absorption du liquide se fait mal, l'élevure ne se forme pas d'une manière régulière et, conséquemment, la préservation demeure incomplète. La

---

principe exceptionnel, ne mette un frein au désordre de leur imagination et de leur logomachie, en donnant à leur science et à leur force acquise une direction fixe et uniforme qui en centuple l'effet.

» Oui, les barbares sont à nos portes ; les saltimbanques, les charlatans nous débordent dans la pratique ; les guérisseurs se multiplient, et chaque mère de famille recueille des recettes pour se passer du médecin qu'elle redoute. Telle est la triste vérité : vous ne la celez point, et vous avez raison. Vous avez raison de croire que cet état paradoxal ne doit pas durer longtemps, et que le moyen le plus sûr de le faire disparaître, est d'évoquer au grand jour les hautes questions de philosophie, de doctrine et de pratique médicales ; car c'est toujours par défaut d'entente entre les individualités, par l'absence de principes et d'une foi commune, que les nations et les corporations s'amoindrissent et succombent.

» Courage donc, mon cher confrère, élargissez vos arènes, élevez votre drapeau, vous avez déjà rendu de grands services à notre art ; mais entre tous, ce sera le plus grand si, comme je n'en doute pas, l'*union médicale*, en une même philosophie, est le résultat de vos courageux efforts !

» Que n'ai-je un écusson blasonné, une brillante armure, une lance dorée qui me permettent de figurer dans ce magnifique tournoi ! Mais vous êtes maistre du camp, et si vous voulez m'y souffrir avec ma blouse et mon simple bâton, je serai bien malheureux si je ne puis m'y utiliser.

» Tout cela, me direz-vous, ne m'explique pas comment la science peut donner prise sur nous. L'orgueil et la présomption sont sans doute de graves défauts ; et nous pourrions nous en corriger si nous en étions affectés (ce que je nie) ; mais la science ne peut jamais nuire. La vraie science, et c'est celle-là, sans doute, que vous nous attribuez, est la base indispensable de toute pratique médicale.

» *Vous raisonnez juste, et pourtant vous n'avez pas raison.* Entre ces deux membres de phrase se trouve toute la question de la science et de la pratique médicales : des médecins instruits et des guérisseurs ignorans. Le raisonnement conduit à une résultante juste à l'égard de ses composans ; mais s'il manque une composante nécessaire et qu'on ne connaît pas, le raisonnement est faux sans qu'on s'en doute. Pourtant il paraît irréprochable, et inspire à celui qui le fait une confiance qui l'égare, au point que les résultats fâcheux sont souvent impuissans à lui ôter la foi en son raisonnement. Or, plus une science s'élève au-dessus des autres, plus ses élémens sont difficiles à découvrir et à dégager de toute obscurité. Comparez la physique, ou les lois et forces de la nature inanimée, et la physiologie, ou les lois et forces de la nature vivante : quel savant pourrait se flatter aujourd'hui de faire un raisonnement absolument juste sur l'électricité, la lumière, la pesanteur, etc. ; quel médecin, à plus forte raison, pourrait affirmer qu'il raisonne avec précision sur la sensibilité, la contractilité de l'influx nerveux, etc. ?

» Mais il est temps que j'arrête ma lettre ici. J'en ai dit assez, au surplus, pour qu'un esprit comme le vôtre ait déjà saisi ma pensée dans toute son étendue. Vous voyez qu'elle répond à la vôtre, à savoir que le problème à résoudre aujourd'hui gît tout entier dans la philosophie médicale ; l'enseignement, la pratique, la confiance publique, tout réside, dans l'*union médicale*, en une même philosophie.

» Veuillez, mon cher et honoré confrère, agréer l'expression de mes sentimens les plus amis.

» Dr Jules GUYOT. »

Puisque mon honorable confrère fait appel à mes sentimens particuliers, je lui dirai loyalement que si j'éprouve une grande sympathie pour plusieurs des idées contenues dans sa lettre, il en est quelques autres que je ne peux accepter.

Avec lui je crois à la nécessité d'une philosophie médicale. Avec lui je crois, et je l'ai déjà dit, que l'absence de doctrines a été une des principales causes de l'abaissement moral de la médecine et du médecin, en contribuant plus que toute autre chose à la propagation facile des théories excentriques et des pratiques charlatanesques.

Avec lui je crois qu'il serait bien désirable que la science médicale pût être résumée en un corps de doctrine, et que cette doctrine pût avoir l'assentiment de la généralité du corps médical.

C'est parce que je crois cela, qu'après de longues hésitations qui ne traduisaient pas de l'indifférence, mais de grandes perplexités, je me suis rallié à la doctrine du vitalisme *tolérant et progressif*, telle que l'entendent aujourd'hui les plus éminens représentans de cette philosophie, à la tête desquels je place hardiment M. le docteur Pidoux, n'adjugeant d'ailleurs cette primauté que d'après l'impression toute individuelle que les écrits trop rares de ce médecin ont produite sur mon esprit.

M. Jules Guyot accepte-t-il la doctrine spiritualiste du vitalisme tolérant et progressif ? En confesserait-il la formule suivante, qui m'en semble l'expression la plus sage et la plus élevée :

« Le principe vital n'est point cette puissance intellectuelle de l'âme » à laquelle il est, à la vérité, intimement lié. Il existe en nous ; il assi» mile les parties analogues, sépare celles qui sont hétérogènes, veille » à tout. Toutes ces choses sont autant de faits que la nature donne, » qu'aucune hypothèse ne peut renverser, qu'aucun langage ne peut » anéantir : reconnaître ces faits, c'est la philosophie la plus ancienne » de la terre, comme vraisemblablement elle en sera la dernière. » Autant je sais avec certitude que je pense et que je ne connais point » ma force pensante, autant je vois et je sens certainement que je vis, » quoique je ne connaisse point non plus ce que c'est que le principe » de vie. Cette puissance est innée, organique, génératrice ; elle est le » fondement de mes forces naturelles ; elle est le génie intime de tout » mon être. » (Herder, *Histoire de la philosophie de l'intérieur de l'homme.* — Je ne peux vérifier instantanément d'où me vient cette citation d'un ouvrage que je confesse n'avoir pas lu. Je la trouve dans mes notes sur le *vitalisme* sans autre indication. Je crois cependant l'avoir tirée de l'article PRINCIPE VITAL du *Dictionnaire des sciences médicales.* (Je ne tiens pas à faire de l'érudition avec l'érudition d'autrui.)

Le vitalisme, ainsi interprété, me semble couper court à toutes les déplorables logomachies sur la nature, l'origine, le siége, les fonctions, etc., du principe vital et des propriétés vitales, et laisser le médecin dans toute sa liberté d'observateur et de praticien.

cautérisation avec le nitrate d'argent solide est alors bien plus sûre et doit être préférée.

5o Les effets du liquide préservatif peuvent être modifiés, non seulement par les doses des substances actives qui entrent dans sa composition et par la durée de son contact avec les parties contaminées, mais encore par le degré d'activité du virus employé. J'ai vu des doses faibles préserver complétement dans certains cas, et ne produire, dans d'autres, que des préservations incomplètes. D'après les faits que j'ai observés, je crois pouvoir établir que le virus syphilitique a d'autant plus d'énergie que l'ulcère qui le fournit est plus récent, et d'autant moins, au contraire, que cet ulcère se rapproche davantage du moment où il se transforme en plaie simple. Cela ne veut pas dire que le virus produise des chancres nécessairement plus bénins dans un cas que dans un autre, car il peut se retremper et se régénérer par une nouvelle germination, mais seulement qu'il épuise, en quelque sorte, le sol sur lequel il a été implanté, qu'il s'affaiblit lui-même en vieillissant, qu'il produit plus lentement ses effets et qu'il résiste moins à l'action neutralisante du liquide préservatif.

6o Ce liquide me paraît susceptible de plusieurs autres applications. D'abord il modifie les chancres simples avec une rapidité vraiment remarquable et leur fait perdre quelquefois en vingt-quatre heures la propriété de sécréter du pus virulent.

Le vaccin est neutralisé par ce liquide, de la manière la plus complète. Ce fait offre peu d'importance par lui-même, mais il permet de croire que l'on parviendrait peut-être à empêcher l'éruption variolique et les stigmates désolans qu'elle laisse quelquefois, en lavant avec ce liquide, en temps opportun, les parties de la peau que l'on voudrait préserver.

Enfin, ce liquide serait-il capable de neutraliser le virus de la rage aussi bien que celui de la syphilis et de la vaccine? Si l'expérience venait à répondre affirmativement, la science aurait fait une conquête importante. Ce remède ne cautérisant pas les tissus, on ne craindrait pas de s'en servir pour laver toutes les morsures, même les moins suspectes, et la rage n'aurait jamais lieu ; tandis que la cautérisation, outre qu'elle repousse bon nombre de victimes par l'effroi qu'elle inspire, n'atteint pas toujours toutes les morsures et ne détruit pas toujours tout le virus.

Je viens de faire connaître un moyen très simple et très facile de neutraliser le virus syphilitique partout où il se trouve, et de tarir ainsi dans sa source l'une des maladies les plus répandues et les plus redoutées (1). En le livrant à la publicité, je crois remplir un devoir impérieux et sacré ; mais qu'il me soit permis de ne pas le suivre dans ses applications et de jeter un voile sombre sur ces plaies hideuses de la société. Sera-t-il accueilli favorablement, et ne me semble-t-il pas déjà entendre murmurer de loin le reproche d'immoralité? Si un reproche semblable venait à être formulé, je le repousserais de toutes mes forces. Ce qui est immoral, c'est la débauche, c'est la dépravation, c'est la promiscuité, c'est, en un mot, ce qui peut nécessiter l'emploi de ce moyen prophylactique. Ce qui serait immoral encore, pour un médecin, ce serait d'avoir dans ses mains les moyens de prévenir de grands maux et de refuser d'en faire usage, pour un motif quelconque. La médecine est comme la charité; elle doit faire le bien en détournant la tête. Sa mission sainte est de guérir les maux, de quelque source qu'ils émanent; et l'on voudrait qu'elle refusât de les prévenir! et qu'on ne dise pas que la syphilis doit faire exception à ces règles éternelles. Si Dieu avait voulu l'envoyer en expiation à la débauche, comme on l'a soutenu, pourquoi n'aurait-elle pas exercé ses ravages dans les sociétés antiques où la dépravation des mœurs était portée au comble?

Si les mœurs sont aujourd'hui meilleures, ce n'est pas à la crainte qu'inspire la syphilis qu'il faut l'attribuer, mais à l'action bienfaisante du christianisme. Que la religion poursuive donc son œuvre; qu'elle épure les sentimens et les mœurs qui en sont l'expression générale; qu'elle apaise les passions désordonnées; qu'elle éteigne peu à peu ces foyers impurs où s'allument tant de maux et qui sont la honte des sociétés, et la médecine applaudira la première à de tels résultats. Mais, en attendant, qu'on ne lui oppose point d'obstacles lorsqu'elle poursuit aussi son œuvre non moins sublime, qui consiste à prévenir les maladies toutes les fois qu'elle le peut, à les guérir lorsqu'elle n'a pu les prévenir, et à les soulager lorsqu'elle ne peut les guérir (1).

(1) Avant de me livrer aux recherches que je viens de faire connaître, j'avais essayé plusieurs fois le liquide de M. Langlebert. Je l'ai essayé plusieurs autres fois depuis et voici les résultats que j'en ai obtenus : 1o Un petit tampon de charpie imbibé de ce liquide et placé à demeure sur une piqûre, peu de temps après l'inoculation, détruit le virus mais produit inévitablement une vésication sur toute l'étendue de la peau qui a subi son contact. Si l'on enlève l'épiderme ainsi soulevé, on voit le derme rouge, irrité et quelquefois excorié sur plusieurs points. On voit aussi le point où la piqûre a été faite. Ce point est ordinairement érodé, mais le chancre ne s'y forme pas. 2o Si l'on se borne à laver la piqûre et à la laisser couverte d'une couche spumeuse de ce liquide, la vésication a encore lieu, mais elle se forme lentement. 3o Si on lave la piqûre sans la laisser couverte de liquide, la vésication ne se produit pas, mais la préservation n'a pas lieu ou est incomplète.

Ces résultats ont été observés sur la cuisse. Ils seraient probablement plus prononcés encore sur la peau délicate et sur la membrane muqueuse des organes génitaux.

(1) Extrait de la *Gazette médicale de Lyon*, mars 1855.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE ;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Vingtième Leçon.

SOMMAIRE. — Œuf du ruminant. — Œuf du rongeur. — Le fœtus respire par sa mère ; expériences de Vésale et de Legallois. — Le fœtus se nourrit par sa mère.

Tout œuf est composé de même, ai-je dit; et, en effet, nous avons retrouvé dans l'œuf du mammifère carnassier toutes les parties que nous avions vues dans l'œuf de l'oiseau.

Vérifions la loi de conformité dans d'autres ordres de mammifères : prenons l'œuf du ruminant. Celui-ci a un intérêt historique ; il a été étudié pour la première fois par le plus grand esprit qui se soit occupé de physiologie, par Galien. On sait que, de son temps, la dissection des dépouilles humaines était défendue. Galien a pris sur le ruminant tout ce qu'il dit des enveloppes du fœtus humain. Il est facile de s'assurer du fait.

Galien donne à l'allantoïde ces deux caractères : 1o d'être en forme de boyau ; 2o d'être couverte de cotylédons.

En premier lieu, ni le carnassier, ni le rongeur ne nous offrent d'allantoïde en forme de boyau ; en second lieu, nous trouvons bien le premier de ces caractères dans le pachyderme, mais l'allantoïde de celui-ci n'a pas de cotylédons. Vous avez devant les yeux l'allantoïde d'une truie ; vous y remarquez, non des cotylédons, mais de simples disques.

Les deux caractères, observés par Galien, ne se réunissent que dans le ruminant.

L'œuf du ruminant nous présente d'ailleurs les autres enveloppes que nous connaissons.

Passons à l'œuf du rongeur : il se rapproche beaucoup de celui du carnassier. Contentons-nous de noter que le chorion, rudimentaire et à peine visible dans le carnassier, est mieux accusé dans le rongeur.

Le carnassier a un chorion si mince qu'on avait même douté qu'il en eût un ; Cuvier, le premier, en a reconnu les traces.

La nature est donc partout fidèle à son plan : nous retrouvons le chorion dans les vivipares ; seulement il y est à l'état rudimentaire. Et, en effet, l'œuf des vivipares, se développant dans le sein de la mère, n'avait pas besoin d'un organe de protection très marqué, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Au contraire, l'œuf de l'ovipare étant, par suite d'un développement qui se fait à l'extérieur, exposé à des chances nombreuses de destruction, la nature lui a donné une enveloppe générale, un chorion résistant. Elle a poussé plus loin la précaution : l'œuf de l'oiseau a reçu encore une coquille. L'œuf de l'ophidien, qui n'a pas de coquille, a, par compensation, un chorion très épais.

C'est en portant son attention sur de pareils faits, c'est en les comparant que l'on voit bien cette grande vérité, savoir que toute la physiologie est un commentaire des causes finales : quand une partie de l'organisme devient très utile, elle prédomine ; si elle est inutile, la nature n'en offre plus que des débris, indices encore subsistans d'un *plan suivi*.

Ce grand principe des causes finales, principe éclaireur, nous le voyons luire à chaque pas dans l'ovologie. Ainsi, le fœtus de l'oiseau, plongé dans l'air, respire directement par les vaisseaux de l'allantoïde ; le fœtus des mammifères, plongé dans le liquide amniotique, a besoin, pour respirer, d'un organe intermédiaire, supplémentaire, qui est le *placenta*.

Le placenta, — vous le voyez sur cette préparation d'un œuf de *carnassier* — est une masse vasculaire placée à la face externe du chorion, enveloppant comme une ceinture tout l'œuf et le partageant en deux parties à peu près égales. Il est formé par la terminaison des vaisseaux ombilicaux. Il offre deux faces : l'une interne, ou *fœtale*, elle est lisse ; l'autre externe, ou *utérine*, elle est rugueuse et parsemée de vaisseaux qui s'unissent à ceux de l'utérus. Enfin, sur cet organe même, on voit une zône vasculaire, et c'est le *placenta utérin*.

Le placenta est unique dans certaines espèces, et multiple dans d'autres; en sorte que : 1o par cela seul qu'il existe ou non, il sert à distinguer les vivipares des ovipares, et 2o par cela seul qu'il est unique ou multiple, il distingue les vivipares des uns des autres.

Tous les animaux fissipèdes ont un placenta unique. Tous les animaux solipèdes ont un placenta multiple.

Passons à un autre objet, à la respiration du fœtus.

Le fœtus respire par sa mère : ceci est un point fondamental, et qu'il s'agit de démontrer expérimentalement.

Vésale est le premier qui ait éclairé cette question par l'expérience. Ayant ouvert le ventre d'une *chienne*, pleine et à terme, il retira un des petits de la matrice et le posa sur une table, sans déchirer les enveloppes : il vit bientôt, à travers les enveloppes, le petit faire de vains efforts pour respirer et enfin mourir comme suffoqué. *Et veluti suffocatus moritur*, dit Vesale. Un autre petit, dont il déchira les enveloppes à temps, respira efficacement, dès qu'il eut la tête dégagée.

Que prouve cette double expérience ? Que le fœtus vivipare respire dans la matrice, par l'intermédiaire de sa mère, et non par ses enveloppes.

Les expériences de Legallois sont encore plus décisives. Il les fit sur des lapins.

Il constata d'abord qu'un fœtus a la faculté de résister pendant vingt minutes à l'asphyxie, tandis que l'adulte ne peut être impunément privé de sa respiration plus de deux minutes.

Cela étant acquis, il soumit à ses expériences des lapines pleines, qu'il plongeait dans l'eau, et il obtint constamment ce résultat que le petit, tiré de sa mère asphyxiée, ne lui survivait que dix-huit minutes. Donc, l'asphyxie du fœtus a commencé avec celle de la mère. Les deux minutes d'asphyxie de la mère et les dix-huit minutes de survie du fœtus donnent les vingt minutes pendant lesquelles celui-ci peut résister à l'asphyxie.

Mon honorable correspondant entend-il le vitalisme de cette façon ?

Si, avec la libéralité habituelle de son esprit, M. Jules Guyot accepte l'espérance d'une union médicale philosophique et doctrinale, peut-être aurait-il dû m'éviter l'embarras de lui faire cette question toujours fort délicate : Quelle est, pour vous, la doctrine qui a le plus de chances d'être généralement acceptée ?

Mais, il y a autre chose encore, dans la lettre de mon honorable confrère, il y a une accusation très inattendue contre le médecin qui serait, dit-il, trop *savant* et pas assez *modeste*. Je déclare ne pas comprendre la signification de ce reproche pas plus que son antithèse entre le médecin savant et le guérisseur ignorant. De nous deux, c'est assurément moi qui me trompe ; mais je ferais une inversion à cette proposition, et je croirais plus vrai de dire que le médecin savant est trop modeste. Trop modeste, c'est-à-dire trop réservé, trop douteur, pas assez actif, au rebours de l'ignorant médicastre qui ne doute de rien, hasarde les pratiques les plus téméraires, et frappe les esprits par son audace. Il est d'observation trop fréquente et vulgaire que, dans le cas de perte des malades, ce n'est presque jamais d'avoir trop fait qu'on accuse le médecin, mais presque toujours de n'avoir pas assez fait. Telle est la cause de la faveur dont jouissent dans le monde les médicastres et les charlatans. Il a fait tout ce qu'il a pu, dit le monde de cette plaie sociale. Il l'a laissé mourir, dit-il, du médecin savant et honnête que sa science rend craintif et retenu.

Si par cette accusation d'immodestie, M. Jules Guyot veut dire que les médecins ne s'occupent pas assez de connaître, d'étudier et d'expérimenter les médications que le vulgaire croit efficaces, je lui répondrai que rien, absolument rien, ne démontre cette prétendue efficacité ; que, du reste, il n'est pas de moyen si bizarre, si extravagant soit-il, qui n'ait été, qui ne soit encore tous les jours sérieusement expérimenté. J'ai vu expérimenter dans les hôpitaux de Paris, pour ne citer que quelques exemples, les doses infinitésimales d'Hahnemann, la rupture forcée des ankyloses, la cautérisation de l'hélix pour guérir la sciatique, le chatouillement du conduit auditif pour guérir les névralgies faciales, un baume pour la guérison de la cataracte, toutes les drogues possibles pour la guérison de la phthisie, de l'épilepsie, du cancer, que sais-je ? Et de tout cela quel a été le résultat ? Déception, toujours déception. Il n'est pas resté un seul fait qui puisse servir d'excitant à un médecin instruit et probe. Mais, on le voit, l'empirisme expérimental ne répugne pas à la médecine moderne autant que M. J. Guyot le croit peut-être.

D'ailleurs, nul, plus que lui, ne sait que l'expérimentation thérapeutique est renfermée dans des limites assez étroites, qu'un médecin, jaloux de ses devoirs, ne doit jamais franchir. *Primò, non nocere*, voilà la règle suprême. Un homme vient d'être mordu par un chien enragé ; parce qu'un empirique, vingt empiriques viendront vous dire qu'en administrant tel remède qui peut être immédiatement dangereux, vous préserverez cet homme de la rage, l'emploierez-vous ? J'assure que non, cher confrère, et pourquoi ? Parce que la science vous a dit qu'il n'est pas vrai que cet homme, par cela qu'il a été mordu par un chien enragé, soit fatalement voué à la rage ; que des dispositions de son organisme, inconnues et mystérieuses, peuvent le rendre réfractaire à ce virus ; qu'après quelques générations, la rage des chiens n'est plus transmissible, toutes conditions qui, méconnues, oubliées ou ignorées, font la fortune des amulettes et des omelettes des guérisseurs de la rage.

Je sens qu'il y en aurait très long à dire sur tout cela. Nous y pourrons revenir si cela plaît à M. J. Guyot. La philosophie vitaliste tolérante et progressive ne répugne à rien, se concilie avec tout, même avec l'empirisme expérimental. Et cela doit être. Si le vitaliste croit que la maladie, fonction pathologique dont la marche, la durée, la phénoménalité sont presque fatales, et dont la terminaison est toujours en raison du degré de résistance de la force vitale, il croit aussi que cette *histoire naturelle* de la maladie qui serait la base et le critérium de la thérapeutique, n'est pas connue, ne peut pas l'être et ne le sera jamais, par des raisons que tout le monde comprend. L'homœopathie hahnemannienne pouvait seule nous conduire à sa notion, mais on dit qu'il n'y a plus d'homœopathes infinitésimaux. Le médecin le plus *naturiste* est donc presque toujours obligé d'agir. Mais qui a plus intérêt que lui à savoir dans quel sens il peut agir, c'est-à-dire à bien connaître l'action physiologique et pathologique des médicamens ? Voilà pourquoi, mon cher confrère et ami, le vitalisme bien entendu est essentiellement tolérant et progressif, car il a besoin de tout savoir et de tout expérimenter.

Je crois que cette philosophie vaut mieux que le stérile scepticisme des rationalistes purs, que l'aveugle croyance des empiriques purs ; science sérieuse, elle admet tous les moyens scientifiques d'étude ; elle compte, mesure et pèse ; elle emploie la balance et le réactif, le microscope et le spéculum ; elle croit à une physique organique et à une chimie vivante : y a-t-il ailleurs une philosophie plus tolérante et plus progressive ?

Je crois d'ailleurs que je prêche un converti. M. Guyot est vitaliste, si j'en juge par sa thérapeutique. Sa belle conception trop peu connue des appareils incubateurs pour la guérison des plaies, fractures, etc. ; son traitement du choléra par le sulfate de soude et les alcooliques, le seul à ma connaissance, avec celui de M. Gorlier, de Rosny, qui ait donné des résultats sérieux et dignes d'examen, me prouvent que mon honorable confrère et ami touche de près le but que je cherche à atteindre, et j'avoue qu'une adhésion de sa part me serait infiniment précieuse.

Amédée LATOUR.

M. le professeur Piorry commencera, le lundi 16 avril, à 8 heures précises du matin, sa clinique à l'hôpital de la Charité, et la continuera tous les jours à la même heure.

Les leçons, qui auront lieu à 9 heures, se feront les *lundis*, *mercredis* et *vendredis*.

Les leçons du *mercredi* seront consacrées à l'étude du plessimétrisme.

— M. S. Sandras commencera, le mercredi 18 courant, ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses*, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, dans l'amphithéâtre no 2, à l'Hôtel-Dieu.

Tous les jours, visite des malades à 8 heures.

Leçon dogmatique, le mercredi, à 9 heures. — Leçons cliniques les lundis et vendredis, à 9 heures.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera son cours public, sur les maladies syphilitiques, lundi, 16 avril, à midi, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Ces expériences de Legallois, faites la montre à la main, prouvent, avec évidence, que la respiration du fœtus est liée à celle de la mère.

Venons à une autre question, et non moins importante : comment se fait la nutrition du fœtus ?

Il faut bien avouer que, sur cette seconde question, la lumière ne s'est pas faite aussi complétement que sur la première. Quelques-uns ont pensé que le fœtus vivait au moyen des eaux de l'amnios. Opinion inadmissible : le liquide amniotique est une excrétion du fœtus. Le fœtus vivrait donc sur lui-même !

Il ne peut se nourrir que par le moyen de sa mère, par la connexion qui existe entre les vaisseaux utérins et les vaisseaux placentaires.

J'ai voulu le démontrer expérimentalement. Sur des lapines pleines j'ai fait des injections soit du fœtus à la mère, soit de la mère au fœtus, et j'ai toujours vu passer l'injection de l'un à l'autre, dans les deux cas. La communication avait lieu par les vaisseaux utéro-placentaires.

Je dois dire que mes expériences ont été répétées, et que l'on a prétendu que, dans ces injections, il y avait eu rupture des vaisseaux. Cela est possible, et, quoique le fait de la rupture soit encore douteux pour moi, je l'accepte, un moment, même comme exact.

Il n'y aurait donc pas communication par *continuité* ; mais resterait l'*endosmose*, cette grande force que nous a révélée Dutrochet ; et cela nous suffit. Nous pouvons dire, avec toute certitude, qu'il y a communication, sinon par *continuité*, du moins par *contiguïté*.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 Avril 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Sur la présence du sucre dans le sang de la veine porte et dans le sang des veines hépatiques.

M. Claude BERNARD lit sur ce sujet la note suivante :

Dans la séance de l'Académie du 12 mars dernier, j'ai rappelé que M. le professeur Lehmann (de Leipzig) venait encore, avec une autorité des plus considérables en pareille matière, confirmer une de mes expériences fondamentales à l'aide desquelles j'ai établi depuis longtemps que le foie fabrique du sucre.

Cette expérience consiste, comme on sait, à montrer que chez des animaux carnivores, à jeun ou en digestion de viande, il n'existe pas de sucre dans le sang de la veine porte qui circule des intestins vers le foie, tandis qu'il en existe constamment et en notable proportion dans le sang qui sort du foie par les veines hépatiques pour circuler vers le cœur.

Dans la dernière séance de l'Académie, on a nié l'exactitude de ces faits constatés et vérifiés par les hommes les plus compétens et les plus habiles.

L'auteur qui a émis cette négation est arrivé non seulement à dire que chez les animaux carnivores, à certaines périodes de la digestion, il y a du sucre dans le sang de la veine porte aussi bien que dans celui des veines hépatiques, mais il n'a pas craint d'avancer que deux heures après le repas on trouve chez un chien qui a mangé de la viande de bœuf crue une plus forte proportion de sucre dans le sang de la veine porte que dans le sang pris au dessus du foie.

L'assurance avec laquelle une pareille assertion a été avancée pourrait peut-être en imposer à certaines personnes. C'est pourquoi je crois de mon devoir de venir déclarer ici que ces résultats sont entièrement inexacts.

Par suite d'expériences très nombreuses faites depuis six années et que j'ai répétées devant des savans de tous les pays, je ne pouvais avoir aucun doute à cet égard. Je viens même encore cette semaine de refaire mon expérience devant différens physiologistes ou chimistes en plaçant les animaux dans les diverses conditions de digestion, et spécialement dans celles indiquées par l'auteur du mémoire, soit relativement à la nature de l'alimentation, soit relativement à l'époque de la digestion, soit enfin relativement à la manière dont le sang a été traité, pour y rechercher la matière sucrée. Or je déclare de nouveau que j'ai toujours obtenu le résultat que j'avais annoncé, à savoir : que chez un chien en digestion de viande cuite ou crue, il n'y a pas de sucre dans la veine porte ni une heure, ni deux heures, ni trois heures, etc., après le repas, et qu'il y en a, au contraire, dans les mêmes circonstances constamment et en notable proportion dans le sang des veines hépatiques.

Maintenant, quant à apprécier les causes de l'erreur dans laquelle est tombé l'auteur du mémoire en question, ce rôle appartient à la commission qui, je l'espère, ne tardera pas à faire son rapport.

Mais, par un sentiment que l'Académie comprendra, j'ai l'honneur de prier M. le président de vouloir bien nommer en ma place un autre commissaire pour examiner les mémoires de M. Figuier.

(Conformément à cette demande, l'Académie désigne M. Rayer pour remplacer M. Cl. Bernard dans la commission chargée d'examiner les communications de M. Figuier.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance supplémentaire du 7 Avril 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

M. BOUILLAUD : Mon intention n'est pas de répondre au long discours de M. Piorry, mais seulement de relever plusieurs erreurs qu'il a commises en se livrant à la critique de mes opinions. Quant à la question principale, je n'y reviendrai pas, les orateurs qui, après moi, ont occupé cette tribune, ont tous été de mon avis et se sont attachés, comme moi, à faire ressortir l'importance de la doctrine *anatomo-physiologique*.

M. Piorry a fait sonner bien haut le nom d'ami ; mais, je le lui dis sans détours, n'ayant pas l'habitude de déguiser ma pensée, M. Piorry a prouvé qu'il était un méchant ami.

Ce que j'avais prévu est arrivé : aux conseils que je lui ai donnés, il a répondu par des attaques contre mon ouvrage, qu'il n'a pas lu, tout son discours le prouve. Je conviens, du reste, que je n'ai fait que parcourir son traité au moment où cette discussion s'est engagée, et sur l'honneur je ne l'ai pas lu. M. Parchappe a également démontré qu'il ne connaissait pas le mien, puisqu'il l'appelle *Nosographie organique*, alors qu'il est intitulé : *Nosographie médicale*. A la place de ce mot j'avais eu le désir de mettre *exacte*, mais j'ai rencontré une vive opposition. Si jamais ce livre parvient jusqu'à la postérité, elle saura que je n'ai pas pu inscrire le nom de *Nosographie exacte* sur la première page.

M. Piorry aime à prendre toute chose *ab ovo*, il fait ses confessions à tout le monde ; il a donc eu soin de nous apprendre qu'autrefois il avait fait partie des broussaisistes. C'est au mieux.

Mais quand il me range, moi aussi, parmi les disciples de Broussais, il commet une grande erreur. Je n'ai jamais appartenu à aucune école. Dès 1824, à l'occasion d'un article publié dans un journal de médecine, il m'arriva ce qui m'a rarement fait défaut depuis, c'est que je fus attaqué par les deux partis opposés : celui de Broussais m'accusait d'avoir vendu ma plume à celui de Laënnec, et réciproquement.

Mais si je n'ai pas été le disciple de Broussais, je lui ai rendu la justice qu'il méritait, comme j'ai rendu justice à Laënnec, comme j'ai soutenu les organiciens ; dans tout cela, j'ai un peu joué le rôle de Bertrand, et les marrons étant tirés du feu, j'en ai toujours été récompensé de la même manière.

Un premier service rendu à la science par Broussais, était d'avoir démontré la non-existence des fièvres essentielles. Il serait plus juste d'attribuer cet honneur à Prost, auteur oublié aujourd'hui, et qui, dès 1804, avait placé le siége du typhus dans le tube digestif. Un fait digne d'être rappelé, c'est que Brousssais avait commencé par attaquer cette opinion, qu'il devait embrasser quelques années plus tard.

Un autre grand fait sur lequel Broussais a insisté, c'est l'existence des phlegmasies chroniques considérées comme point de départ des maladies chroniques organiques. Cette doctrine était déjà celle de Corvisart, d'Awenbrugger. C'est dans ce sens que la mélanose et le cancer sont des espèces de corps étrangers, des produits, des reliquats de l'inflammation, ce qui ne veut pas dire du tout que je les envisage comme étant eux-mêmes des inflammations.

J'ai établi, dans la nosographie, douze classes de maladies. Une de ces classes, une seule est constituée par les inflammations ; les onze autres par des états entièrement différens. Si M. Piorry ne calculait pas comme il raisonne, il comprendrait que 11 ne peut être égal à 1, et qu'il est impossible de m'accuser d'avoir imité Broussais et de ne voir partout que l'irritation.

Il me reproche d'avoir désigné la tuberculisation pulmonaire par le nom de lymphagite et de ganglionite pulmonaire. J'ai voulu dire seulement que peut-être les tubercules sont le *produit* de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et des ganglions contenus dans le parenchyme pulmonaire. Car il ne suffit pas d'étudier l'inflammation dans un organe, il faut encore la considérer dans chacun des élémens anatomiques de cet organe.

En isolant les élémens des maladies, j'ai de même été conduit à étudier l'entéro-mésentérite que M. Piorry m'accuse de regarder comme synonyme de fièvre typhoïde. Pouvais-je ne pas décrire l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés parmi les inflammations de l'intestin grêle ? Or, à une époque déterminée de la maladie, cette altération est toujours accompagnée de phénomènes typhoïdes. Mais la lésion folliculaire peut guérir sans que ceux-ci aient eu le temps de se développer, comme une blessure de la cuisse peut se fermer avant d'être devenue le point de départ d'accidens généraux graves.

J'ai considéré la fièvre comme une maladie générale dont les phénomènes se passent dans le système sanguin et dans le sang lui-même. Peu importe, pour le moment, ma théorie sur ce sujet. Ce sur quoi j'insiste, c'est la nécessité logique où j'étais de décrire, tout d'abord, la fièvre inflammatoire, sauf à signaler les modifications qu'y introduisent les conditions typhoïdes qui s'y ajoutent par la suite ou qui l'accompagnent primitivement. N'est-ce pas ainsi qu'ont fait tous les auteurs en décrivant l'érysipèle simple et l'érysipèle phlegmoneux ?

Parce que j'ai exprimé le désir de voir donner à certaines maladies des noms plus convenables que ceux qu'elles portent, M. Piorry veut me faire dire que j'ai appelé de mes vœux un changement total de la nomenclature. Voilà comment M. Piorry pousse tout jusqu'à l'exagération et comment j'aime la mesure en toute chose. Je ne reviendrai pas sur cette malheureuse nomenclature, mais je dirai encore que je n'en veux pas, qu'un système de noms grecs s'étendant jusqu'aux symptômes, composé de termes dont je défie qui que ce soit d'apprendre une demi-douzaine seulement en huit jours entiers, qu'un pareil système est une innovation parfaitement inutile, pour ne pas dire plus.

En m'accusant d'admettre à tout propos des *gastrites*, M. Piorry prouve encore qu'il n'a pas lu ma *Nosopraphie*. Depuis vingt-cinq ans, je ne me lasse pas de montrer combien sont fréquentes les gastralgies, surtout chez les sujets chloro-anémiques. Les thèses sur la chlorose et sur la gastralgie, écrites dans mes idées, se sont tellement multipliées depuis quelque temps que la Faculté a failli y mettre ordre et ne plus accepter de thèse sur ce sujet. Ma clientèle est presque exclusivement composée de personnes qui viennent de tous les coins du monde me consulter sur de prétendues maladies organiques du cœur et de l'estomac et qui n'ont que des chloroses avec palpitations ou gastralgie. Si je n'avais à poser tous les jours ce diagnostic différentiel, mais il ne me resterait plus qu'à fermer boutique ! (On rit.)

C'est au point que je suis presque honteux de voir si peu de gastrites. Dans la statistique de tous les malades traités dans l'espace d'une année dans mon service, c'est à peine si j'en trouve deux atteints de cette inflammation naguère si commune !

M. Piorry est de ceux que leurs idées dominent au point de les rendre réfractaires même à l'évidence. M'ayant fait broussaisien, il veut à toute force prouver que, pour moi, tout est irritation, inflammation. Mais d'abord ne confondons pas ces deux choses. L'inflammation est un état anatomique dont je n'admets la réalité que lorsqu'elle est incontestable, lorsque je constate soit des fausses membranes, soit le ramollissement des tissus, soit leur ulcération, soit l'une ou l'autre des formes admises par Hunter, dont nous sommes tous les copistes. Quant à l'irritation, ce n'est pas, comme le dit M. Piorry, une abstraction vague et sans valeur, et l'augmentation des propriétés vitales n'est pas une chimère, et le mot *irriter* a un sens parfaitement clair pour tout le monde.

J'ai pu dire que Dupuytren était l'aigle de la chirurgie française, et appeler Broussais le Messie de la médecine (quant à la question des fièvres essentielles). Si c'est là de l'exagération, elle ne porte au moins que sur les mots, et M. Piorry sait bien que sans figures le langage ne serait pas possible. Mais autant j'admets l'hyperbole littérairement parlant, autant je la déteste dans les choses de science. J'exècre et j'abhorre les exagérés. C'est l'immense défaut que j'ai toujours reproché à Broussais. Il est vrai que Broussais avait cette croyance qu'avec plus de modération dans les idées, il eût été moins utile à l'humanité.

M. Piorry fait acte du donquichotisme lorsqu'il attaque les *maladies* qui, encore un coup, ne sont pas autre chose que ses *organo-pathies*. Il se dit vitaliste, et il n'a pas la moindre idée du vitalisme. Il veut être positif, et pour cela il rejette le secours de l'abstraction, de ce sens intellectuel sans lequel nous ne saurions faire un pas. Un organe est rouge, chaud, tuméfié, cela nous le voyons et nous le touchons ; mais nous allons au delà de la rougeur, de la chaleur, du gonflement, et nous disons qu'il y a une inflammation. Nous ne constatons, à proprement dire, que les altérations anatomiques ou les troubles fonctionnels ; mais le *quid ignotum*, l'âme de la maladie, nous la *concevons*. Cette conception, l'esprit y croit comme il croit au témoignage des sens ; car ce qu'on voit avec l'entendement est aussi net et aussi irrécusable que ce qu'on voit avec les yeux. Avec le prétendu positivisme de M. Piorry, il n'y aurait pas de médecine possible ; et sérieusement, un pareil système ne mérite pas le moindre examen.

Nos moyens d'exploration nous servent à reconnaître les maladies mécaniques, physiques, statiques ; l'absence de tout signe matériel qui soit en rapport avec le trouble observé, voilà ce qui constitue les maladies dynamiques. Tel est le point de départ de toute classification rationnelle ; c'est celui sur lequel j'ai fondé la mienne. Je n'admets l'inflammation que là où elle existe ; je ne lui accorde pas plus d'importance qu'à d'autres états matériels, tels que l'hypertrophie ou l'atrophie, par exemple. Ce n'est pas pour rectifier les idées de M. Piorry à mon égard que je dis tout cela, je le dis pour l'Académie.

Séance du 10 Avril 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance comprend :

Une nouvelle notice sur la médication iodo-bromurée, par le docteur Ludger LUNIER, directeur de l'asile des aliénés de Blois. (Commission déjà nommée.)

— Une lettre par laquelle le docteur Henri ROGER annonce qu'il se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. Bérard a la parole à propos de la correspondance.

M. BÉRARD : Un arrière-neveu de Sauvages, M. le baron d'Hombres Firmas, a découvert parmi ses papiers de famille, un manuscrit de la thèse de son illustre ancêtre, thèse qui était devenue extrêmement rare et qui ne se trouvait même pas dans les collections de la Faculté de Montpellier. Il a eu l'heureuse idée de la faire réimprimer et l'obligeance de m'en communiquer deux exemplaires, dont l'un est destiné à l'Académie de médecine. Cette thèse, imprimée à Montpellier en 1724, est intulée : *Dissertatio medica atque ludicra de amore. Utrum sit amor sanabilis herbis?* C'est une œuvre charmante de style et de pensée ; l'auteur, alors âgé de vingt ans, prouve qu'il est un digne disciple d'Apollon.

Les classiques latins, Ovide surtout, y sont cités à chaque ligne dans leurs passages les moins classiques. Ces emprunts sont si habilement fondus avec le texte, qu'on dirait le tout sorti de la même plume. Quant au fond, la thèse est écrite dans l'esprit et les principes de la secte iatro-mécanique ou iatro-mathématique. Sauvages, dont les opinions devaient plus tard subir une réaction si profonde et donner le branle à son expulsion de Montpellier, Sauvages expliquait alors toutes choses par l'oscillation et la vibration des fibres tendues. Soit une jeune fille dont le sein mesure dans son diamètre transversal 7 pouces, et acquiert, en se distendant et en devenant hémisphérique, 11 pouces ; la tension des fibres transversales sera comme 100 est à 314. Le moyen qu'elle ne sache pas après cela ce que c'est que l'amour. De semblables fibres existent dans l'utérus et se trouvent tendues par l'afflux du sang menstruel. La turgescence est encore admise dans d'autres organes *nobilissimis* et *elegantissimis*.

En métaphysique, le jeune Sauvages professe les mêmes principes. Le jugement sur le bien est le résultat des vibrations synchrones ou isochrones des deux fibres, dont l'une représente une propriété, et l'autre la notion que notre corps en pourra recueillir quelque bien. La volonté n'est que l'attention fixée sur la perception de cette convenance.

Aujourd'hui les choses sont bien changées. Hommes et brutes, quand nous ressentons l'aiguillon de l'amour, c'est par la détermination volontaire d'une force qui nous porte à faire ce qui convient à notre désir. Ce principe, dont Montpellier semble aujourd'hui avoir usurpé le privilége, et que l'on appelle *âme*, y vit avec le principe vital en parfaite intelligence, ce dont on n'a pas l'air de se douter à Paris.

Après que le futur nosologiste a décrit l'amour, ce doux mal *qui inter puellos et adolescentulos serpit*, il s'occupe à y chercher un remède, et il conclut, *invito Apolline*, que l'amour peut guérir par l'usage des plantes.

Dans la réimpression que nous devons à M. d'Hombres Firmas, on a eu soin d'ajouter à la dernière page l'argumentation dont la thèse a été l'objet, et que Sauvages a eu à soutenir contre Deidier, Haguenot et Astruc.

Je termine en invitant M. le bibliothécaire à serrer précieusement l'opuscule que je lui remets, de peur que quelque bibliomane ne mette, par distraction, ce tout petit livre dans sa poche.

— M. LE PRÉSIDENT annonce l'ouverture du scrutin pour la nomination d'un nouveau trésorier. — Au premier tour :

M. Poiseuille obtient. . . . . 26 voix.
M. Gimelle. 25
M. Bricheteau 15
M. Pâtissier 1
M. Jolly 1

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolu des suffrages, qui est de 36 voix, il est procédé à un deuxième tour de scrutin, qui donne le résultat suivant :

M. Gimelle obtient. . . . . . 35 voix.
M. Poiseuille. 20
M. Bricheteau 6

Majorité absolue 32.

En conséquence, M. Gimelle est nommé trésorier de l'Académie.

— M. BOUVIER lit un rapport sur un travail de M. Blache, médecin à l'hôpital des Enfans, relatif au *traitement de la chorée par la gymnastique*. Après avoir précisé le diagnostic de la chorée et l'avoir distingué de la *dansomanie*, le rapporteur examine les résultats statistiques des différentes méthodes employées dans le traitement de cette affection : les purgatifs, les antispasmodiques, les stupéfians, les bains sulfureux, le quinquina, les ferrugineux, la strychnine, puis compare ces résultats avec ceux obtenus à l'aide de la gymnastique. Cette comparaison prouve que la durée de la maladie est à peu de chose près la même, quelle qu'ait été la médication employée ; d'où l'on peut conclure ou bien qu'elles sont toutes sans influence réelle sur la marche de la chorée, ou que leur degré d'efficacité est sensiblement le même. Mais, d'une part, la chorée a peu de tendance à guérir spontanément ; d'une autre part, l'influence positive des diverses méthodes est démontrée par les modifications plus ou moins rapides dont leur emploi est suivi. Dans les cas graves, le succès de la gymnastique a été remarquable dans plusieurs faits de cette catégorie cités par M. Blache. Quant au mode d'action de cet agent thérapeutique, il paraît consister en ce que les muscles antagonistes acquièrent un degré de force de plus en plus suffisant pour résister aux mouvemens volontaires produits directement ; or, c'est précisément ce défaut d'équilibration entre les contractions directes et volontaires et les contractions antagonistes, qui fait naître dans la chorée les mouvemens plutôt désordonnés que convulsifs qui la caractérisent.

La parfaite innocuité de la gymnastique est une circonstance qui la recommande à l'attention des médecins, surtout quand on songe à quels dangers l'on expose les malades en employant des médicamens aussi actifs que la strychnine, par exemple.

M. Bouvier termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Blache de son intéressante communication ;

2° L'engager à continuer ses recherches sur le traitement de la chorée ;

3° Renvoyer son travail au comité de publication.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de zoologie.* M. C. Duméril, professeur, membre de l'Académie des sciences, sera suppléé par M. le docteur Aug. Duméril, aide-naturaliste, professeur agrégé de la Faculté de médecine, qui ouvrira ce cours le *lundi* 16 *avril, à* 11 *heures* 1/2, dans les galeries du Muséum. Les séances suivantes auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. — L'histoire des poissons sera le sujet du cours de cette année. Le professeur, en faisant connaître leur organisation, exposera les modifications les plus remarquables qui résultent de leur structure, de leurs mœurs et de leurs habitudes. Dans la seconde partie du cours, il s'occupera de leur distribution en familles naturelles. — Les premières séances seront consacrées à l'étude des divers modes d'utilité des poissons, à des considérations générales sur les pêches et à l'exposition des principaux faits relatifs à la pisciculture.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 45. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 17 Avril 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

PLEURÉSIE PURULENTE ; — THORACENTÈSE.

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 Janvier 1855,

Par M. le docteur BARTHEZ, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie.

La jeune Marie Bontemps, âgée de 4 ans, entra dans mon service, le 4 août 1854, au 4me mois et 1/2 d'une pleurésie du côté gauche.

La maladie avait commencé par de la fièvre, de la toux, de l'oppression et un point de côté. La fièvre avait diminué peu à peu et avait cessé pendant que l'oppression allait en augmentant. En même temps l'enfant avait maigri, avait perdu ses couleurs, était devenue triste, chagrine et jalouse, bien qu'elle eût conservé de l'appétit.

Au moment de l'entrée, M. Legendre, qui me remplaçait, constate un vaste épanchement dans le côté gauche de la poitrine, et pendant deux jours ne fait aucune médication. Le 8 septembre il se décide à pratiquer la ponction du thorax ; l'enfant était alors dans l'état suivant :

Peau fraîche, pouls à 92, oppression très grande. Le côté gauche de la poitrine mesure 4 centim. de plus que le côté droit; le mamelon du même côté est élevé de 2 centim. 1/2 au-dessus du droit; la voussure, considérable en avant, est moins marquée en arrière. En arrière, aussi à gauche, la matité est absolue et la respiration très faible; le long de la colonne vertébrale on perçoit un peu de souffle bronchique. En avant, à gauche, la matité est considérable, sans être aussi absolue qu'en arrière, et se prolonge sur presque tout le côté droit, où elle a pour limite une ligne abaissée verticalement de la partie antérieure de l'aisselle. La respiration est très faible dans tout le côté gauche; un peu de souffle bronchique à l'expiration peut être entendu au niveau du mamelon. Les bruits du cœur sont nuls à la région précordiale ; mais on les trouve sous le mamelon droit, au dessous duquel on voit battre la pointe de l'organe.

Une ponction, faite dans le 6me espace intercostal avec un trocart garni de baudruche mouillée, amène l'écoulement de 550 grammes de pus non fétide.

Après l'opération, le côté malade mesure seulement 15 millimètres de plus que le côté sain ; les deux mamelons sont au même niveau ; la voussure a considérablement diminué; la sonorité est revenue en avant; en arrière, il y a une légère différence de son en faveur du côté droit : on entend parfaitement le murmure respiratoire en avant et en arrière presque jusqu'en bas, bien que l'auscultation soit gênée par une toux incessante qui a commencé avec l'écoulement du pus. Les battemens du cœur perçus peuvent être à la région précordiale, mais ils restent plus forts sous le sternum et à droite. L'enfant n'est plus oppressée, elle est gaie et demande à manger.

Le lendemain, l'état général est toujours très bon; la piqûre faite par le trocart est fermée, l'examen stéthoscopique donne les mêmes résultats qu'après la ponction, sauf que, sous la clavicule gauche, la sonorité a quelque chose de tympanique. Le surlendemain, à la base de ce côté, en avant et en arrière, il y a de la matité; on perçoit aussi dans l'expiration un souffle voilé très léger, c'est-à-dire que, deux jours après la ponction, la reproduction de l'épanchement était évidente ; en même temps le pouls est remonté à 100.

Le 12 septembre, quatrième jour après l'opération, la matité était absolue en arrière, la respiration à peu près nulle, la pointe du cœur battait de nouveau à un travers de doigt au-dessous et en dehors du mamelon droit.

Depuis lors, l'épanchement va toujours en augmentant sans que les symptômes locaux présentent rien d'inaccoutumé, si ce n'est que le bruit tympanique, perçu sous la clavicule gauche, subit quelques variations en étendue et en intensité, plus faible un jour, plus fort le lendemain, sans qu'on sache à quoi attribuer ces modifications.

La fièvre s'établit de nouveau, l'enfant est faible, triste, et très oppressée, ce qui m'engage à pratiquer une nouvelle ponction le 23 septembre, quinze jours après la première.

L'ouverture est faite dans le cinquième espace intercostal et donne issue à une grande quantité de pus. Immédiatement après, j'injecte deux seringues entières d'eau tiède pour laver la plèvre, et, lorsque l'eau est ressortie presque sans mélange de pus, je la remplace par une solution d'iode mélangée, à parties égales, d'eau pure. Au bout de quelques secondes, je lui donne issue, mais une bonne partie reste dans la plèvre.

Pendant l'opération, quelques bulles d'air se sont introduites dans la poitrine, la seringue ayant été mal purgée d'air; cependant l'examen stéthoscopique, immédiatement pratiqué, ne décèle pas sa présence : pas de son tympanique, pas de bruit de flot par la succussion ; le bruit respiratoire est presque aussi fort à gauche qu'à droite ; les bruits du cœur peuvent être perçus aussi bien à la région précordiale qu'à droite du sternum, sa pointe bat au niveau de l'appendice xiphoïde. De nouveau l'enfant n'est plus oppressée, elle redevient gaie et mange avec appétit du potage et du poulet.

Le lendemain et les quatre jours suivans, les urines, traitées par l'acide nitrique et l'amidon, donnent une coloration bleue, d'abord très foncée, puis faible, preuve de l'absorption et de la présence persistante de l'iode dans l'économie.

Dès ce jour aussi on constate le retour d'un épanchement peu abondant qui augmente les jours suivans et s'accompagne d'un léger mouvement fébrile, bien que l'enfant mange avec appétit et demande à se lever tout le jour. Mais bientôt les symptômes locaux et généraux reprennent toute leur gravité, et le 3 octobre, dix jours après la seconde ponction, je me détermine à pratiquer l'opération de l'empyème.

Une large incision faite dans le 6me espace intercostal amène la sortie de 5 à 600 grammes de pus liquide, grisâtre, mais non fétide ; après quoi on injecte dans la plèvre plusieurs seringues d'eau chlorurée. — Immédiatement après le cœur est revenu battre à la région épigastrique, près l'appendice xiphoïde, et bien que l'air ait largement pénétré dans la cavité pleurale gauche, la respiration est presque aussi forte de ce côté qu'à droite, et la sonorité n'est pas exagérée.

Pendant les dix premiers jours qui suivirent l'opération, l'état général de l'enfant est bon; il n'y a pas de fièvre ou à peine un peu d'accélération du pouls; l'oppression est nulle; l'enfant mange et digère une suffisante quantité d'alimens. Les pansemens sont faits chaque matin : les linges sont toujours imbibés d'une certaine quantité de suppuration qui s'échappe lorsque l'enfant tousse, ainsi qu'on s'en assure lorsque la place est à nue. — Dans l'expiration ordinaire rien ne sort de la cavité pleurale ; rien n'y pénètre dans l'inspiration, quelque profonde qu'elle soit, malgré la présence d'une mèche et sans doute à cause d'un défaut de parallélisme entre l'ouverture de la peau et celle de la plèvre. C'est seulement lorsqu'on introduit une sonde dans la plaie que l'air pénètre ; la sonde rencontre, d'ailleurs, immédiatement le poumon, et il faut l'incliner fortement le long des parois costales pour la faire pénétrer. Elle n'amène que très peu de suppuration, une ou deux cuillerées à peine de pus non fétide : L'eau chlorurée d'une première seringue est troublée par la suppuration ; celle d'une seconde injection sort limpide.

Après le pansement, on perçoit du tintement métallique en arrière, surtout dans presque toute la hauteur ; il est moins fort en avant ; mais une heure après, le tintement a disparu et la respiration paraît pure, quoique faible.

La colonne vertébrale reste droite ; cependant, l'enfant a un peu de tendance à s'incliner sur le côté gauche, qui paraît un peu aplati : les côtes gauches s'élèvent un peu moins que les droites, bien qu'à chaque inspiration un peu forte on sente les espaces intercostaux repoussés au dehors également des deux côtés.

Malgré la persistance du bon état général, il survient, sur la fin de cette période, quelques symptômes fâcheux : l'enfant est prise de quintes de toux, d'abord faibles et rares, puis fréquentes et violentes, ayant lieu le jour et la nuit, et bientôt accompagnées d'un sifflement inspiratoire aigu semblable à celui de la coqueluche qui régnait alors dans les salles. En même temps, la sonorité diminue au sommet du poumon gauche, en arrière, l'expiration y devient un peu soufflante ; ces symptômes s'étendent du haut en bas et bientôt il s'y mêle, à la partie supérieure, quelques bulles de râle humide. En avant, aussi, survient de la matité qui est absolue à la base, qui, au sommet, a un timbre creux particulier ; cependant là, partout on entend la respiration faible mêlée au sommet de quelques bulles de râle humide. Bientôt l'état général parti-

Feuilleton.

DE L'ÉCOLE DE FLORENCE.

« M. Bufalini est un brillant professeur, un critique » ingénieux et profond, un habile praticien; par lui la » clinique de Florence a acquis une supériorité incon- » testable sur toutes les cliniques d'Italie. »

(H^{te} COMBES.)

L'un des organes de la presse médicale italienne les plus influens, rédigé naguère par trois hommes de mérite et de cœur (les docteurs Balocchi, Landi et Minati), vient de subir, par suite de la retraite de ces deux derniers, une métamorphose des plus heureuses ; la *Gazetta medica Toscana* s'est assurée du concours de studieux collaborateurs, élèves de l'école de Florence, et son illustre fondateur, le professeur Bufalini, n'a pas craint de descendre dans l'arène militante en accordant au journal et son patronage et sa haute direction.

Quoique l'Académie impériale de médecine compte ce savant au nombre de ses membres, peu de personnes connaissant ses œuvres, il sera peut-être utile et intéressant de donner un résumé de quelques-uns des principes généraux professés dans cette école célèbre.

Les premiers travaux du professeur Bufalini remontent au commencement du siècle : l'*Essai sur la vie* révéla, dans le jeune athlète, l'esprit philosophique le plus étendu, le plus solide, et lorsqu'au plus fort du triomphe du Brownisme l'Institut de Modène décerna au docteur Emiliani le prix : *Sur la valeur et l'importance des idées nouvelles*, toute la Péninsule italique fut étonnée de voir accorder l'accessit au mémoire du jeune médecin qui venait saper hardiment l'édifice médical de l'époque, et poser avec plus de hardiesse encore les principes de la pathologie analytique. Appelé depuis plus de vingt ans à la chaire de l'école de perfectionnement de Florence, il a pu, sur ce vaste théâtre, donner un libre essor à son amour pour la science, à sa prédilection pour les études et les observations pratiques.

Loin de considérer la maladie comme la négation de la santé, M. Bufalini constate qu'elle engendre des effets qui lui sont propres, qu'elle constitue, par cela même, un être positif, qu'elle réside dans une altération ou un nouvel état des parties du corps vivant, avec lésion de ses actions particulières.

Il faut donc, de toute nécessité, comprendre dans la maladie : l'altération matérielle, l'état morbide ; et l'altération de l'action, l'acte morbide.

L'état morbide existe par lui-même : l'acte morbide n'existe qu'en raison de l'état.

Une épine pénètre dans les chairs, c'est un état morbide ; elle suscite autour du point d'implantation de la congestion, de la douleur, elle donne naissance à un acte morbide.

Le premier naît d'une manière immédiate, connue, bien définie ; le deuxième est engendré par des actions de l'organisme plus ou moins inconnues par nous, et que l'observation microscopique et les secours de la chimie organique concourent à élucider.

Quoique les maladies soient constituées par des états et des actes morbides, il n'y a pas entr'eux un lien étroit de cause à effet; elles sont dites *simples* si elles ne comprennent que ces deux élémens, *composées* si elles en renferment un plus grand nombre.

Les états morbides simples constituent les *élémens morbides* qui siégent ou dans les tissus ou dans les humeurs de l'organisme.

Jusqu'ici, les distinctions nosologiques s'étayaient sur l'une des quatre bases :

1° Supposer arbitrairement dans nos maladies une nature déterminée, en arguër les distinctions.

2° Les déduire de la considération des symptômes (critérium sémiologique).

3° Les déduire de la considération des causes (critérium étiologique).

4° Les déduire de la considération des moyens de traitement (critérium thérapeutique).

M. Bufalini fonde la sienne sur les suivantes :

1° Rapporter les divisions nosologiques aux seuls élémens de la maladie.

2° Déterminer les différences de ces élémens en raison de leurs relations connues avec les causes et les phénomènes morbides, les moyens curatifs.

Ceci l'a conduit à reconnaître des altérations de l'état morbide, mécanico-organiques et chimico-organiques.

Les premières consistent dans le changement du rapport réciproque des parties, l'altération de leur composition organique, la présence dans cet organisme d'une matière insolite.

Les attributs des secondes sont moins visibles, ils se déduisent des aspects divers sous lesquels ces altérations chimico-organiques se manifestent dans le corps humain.

Il peut, en effet, y avoir :

1° Simple modification des processus ordinaires des assimilations organiques.

2° Série non prévue de métamorphoses organiques.

3° Mutation permanente de leurs conditions organiques tendant à la destruction.

De même, les actes morbides ne se révèlent à nous que par l'état manifeste des actions dynamiques du corps humain.

Ici aussi, nous ne procédons que par signes indirects :

Lorsque ces phénomènes morbides sont propres à un état morbide bien déterminé, qu'ils ont avec lui un lien nécessaire de cause à effet, nous les disons : signes pathognomoniques, divisés eux-mêmes en absolus et probables, selon leur degré de fréquence.

Les désordres des fonctions dynamiques peuvent résider ou dans l'excès ou dans le défaut des actions (sthénie, asthénie) ; ils peuvent intéresser ou le système nerveux, ou le système sanguin; de là découlent des distinctions très importantes pour l'étude du diagnostic.

A propos du diagnostic, nous ne pouvons nous empêcher de citer ici quelques passages d'une leçon d'ouverture du cours de clinique de cette année : *De l'art de recueillir les signes diagnostiques des maladies.*

cipe à cette augmentation du mal. L'enfant, déjà très pâle, pâlit encore, devient grognon, perd l'appétit, il survient de la diarrhée, facilement arrêtée par quelques prises de sous-nitrate de bismuth ; puis revenant au bout de quelques jours.

Cependant, pendant tout ce temps, la quantité de suppuration qu'on trouve dans les linges à pansement paraît diminuée chaque jour.

Le 17 octobre, quinze jours après l'opération, l'enfant est dans l'état suivant : Le pouls donne 124 pulsations régulières, suffisamment larges et résistantes ; 36 inspirations. Face pâle anémiqné, expression abattue et triste. La chaleur de la peau est naturelle, elle est un peu sèche. En avant, la poitrine est toujours un peu bombée à gauche, le mouvement des côtes est moindre à gauche qu'à droite ; en arrière, au contraire, la poitrine semble un peu plus développée à droite. Légère concavité gauche de la colonne dorsale.

La différence de son est toujours notable dans toute la hauteur, en arrière. Au sommet, la respiration peut être perçue assez forte et assez naturelle à gauche, mais, à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, on entend de la respiration bronchique sans retentissement de cri. A droite respiration pure.

En avant, son normal à gauche au sommet, matité en bas. Au sommet, respiration pure, très obscure à la base. Les battemens du cœur peuvent être perçus, à la région précordiale, plus faibles qu'à l'épigastre et plus forts que du côté droit correspondant.

Ventre gros et tendu. Deux ou trois selles en diarrhée d'un vert foncé. Les quintes de toux continuent.

Quand on ouvre la plaie, l'air entre à la première inspiration, mais il ne commence jamais par en sortir. Le pus ne séjourne pas dans la plèvre, il s'écoule au fur et à mesure et imbibe le pansement, il est plus séreux que les premiers jours, mais non fétide.

21 octobre. Depuis plusieurs jours, les quintes sont suivies d'expectoration moitié salivaire mousseuse, moitié muqueuse épaisse verdâtre. Peu de fièvre et conservation de l'appétit. Selles moins fréquentes, plus solides. Pouls à 108, mou. Chaleur de la peau, douce, légèrement moite. 36 inspirations régulières, larges. Toujours même pâleur de la face, surtout des lèvres, des gencives et des conjonctives. Langue humide, pâle, un peu gonflée sur les bords ; ventre souple, peu développé.

En arrière, la poitrine paraît un peu plus aplatie à gauche, la courbure latérale gauche a augmenté. La matité est toujours considérable à la base, surtout en dehors. Elle n'est pas absolue le long de la colonne vertébrale. Au sommet, la sonorité est à peu près la même qu'à droite.

Au sommet gauche, respiration assez forte mais mêlée d'une grande quantité de bulles humides et assez grosses. Au niveau de l'épine de l'omoplate, respiration bronchique mêlée de gros râles humides qu'on perçoit jusqu'à la base. Dans toute la hauteur, à droite, râles humides et gros. Le mouvement d'élévation des côtes et le refoulement des espaces intercostaux dans l'inspiration sont pareils des deux côtés.

En avant, matité à la base gauche, sonorité au sommet, mais d'un timbre différent de la sonorité normale du côté opposé. La matité va en augmentant du sommet à la base.

Au sommet gauche, mêmes râles qu'en arrière, avec un peu d'expiration rude.

Les injections sont continuées tous les deux jours. On ne peut guère injecter à la fois dans la plèvre que 30 grammes de liquide. La suppuration devient moins abondante et plus séreuse.

25 octobre. Quintes de toux plus fréquentes et plus longues. Expirations saccadées, courtes, accompagnées d'expectoration muqueuse, filante. Inspirations beaucoup moins nombreuses que les expirations, toujours un peu sifflantes. Au début des quintes, congestion de la face. Pas de diminution dans la quantité du pus. Moins de fièvre, mais beaucoup d'oppression. L'affaiblissement fait des progrès, rapides, l'appétit est presque nul, les nuits sont mauvaises.

26 octobre. Peau froide, respiration fréquente et inégale. Assoupissement fréquent, quintes plus nombreuses et plus fortes. Au sommet gauche, toujours des râles humides ; à la base respiration bronchique. Matité dans les trois quarts inférieurs ; sonorité au sommet. La mère de l'enfant vient la voir dans la journée et l'emmène avec elle.

Le 29 octobre. Mon interne, M. Lefort, est allé voir l'enfant chez sa mère. Il la trouve beaucoup plus affaiblie et plus chagrine. Le pansement est fortement imbibé d'une sérosité louche très fétide. L'appétit est nul. La fièvre vive. La matité existe dans toute la hauteur en arrière. On entend partout les râles humides perçus les jours précédens. Ils occupent également le sommet du poumon droit, mais on en retrouve également un peu à la base. Les quintes de toux sont toujours aussi fréquentes et aussi fortes.

Le 2 novembre, en allant de nouveau visiter la malade, on apprend qu'elle a succombé le matin dans une quinte de toux très violente.

L'autopsie n'a pu être faite.

Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, bien que l'on ne sache pas la cause exacte de la mort, cette observation reste utile :

Ce n'est pas par le fait de l'opération, ni de ses suites immédiates que l'enfant est mort.

Y a-t-il eu coqueluche compliquée de broncho-pneumonie?

Y a-t-il eu tuberculisation ?

L'autopsie seule pouvait le dire.

Voici quelques conclusions qui ressortent de ce fait :

L'air entré dans la poitrine en sort avec facilité et n'empêche pas la dilatation immédiate ou au moins très rapide du poumon, qui ne reste pas ratatiné et inerte.

L'air ne pénètre pas à chaque inspiration, à moins qu'on ne maintienne exprès la plaie béante ; le moindre pansement, même avec une mèche à demeure, le moindre défaut de parallélisme des lèvres de la plaie, s'opposent à son entrée.

L'air entré s'échappe avec facilité, ou est résorbé, et le poumon effleure bientôt les côtes.

La dépression des côtes est évidemment moindre, dans les deux faits que j'ai lus, que dans les autres.

Le pneumothorax, c'est-à-dire l'entrée de l'air dans la plèvre, s'est fait dans les deux cas de MM. Legroux et Trousseau ; il s'est fait dans le premier des miens avant l'empyème et pendant les ponctions successives.

Y a-t-il avantage à ce que l'air pénètre plutôt par le poumon qu'à travers les côtes?

N'y en a-t-il pas plutôt à éviter la perforation du poumon en ne déterminant pas l'énorme pression qui pèse sur les cellules pulmonaires?

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital de la Charité. — Clinique de M. le professeur VELPEAU.

OBSERVATION D'HÉMOPHTHALMIE ; — REMARQUES CLINIQUES SUR LE PRONOSTIC DE CETTE AFFECTION.

Au n° 54 de la salle Sainte-Vierge, était couché le nommé Quoquelet (Edmond), âgé de 22 ans, peintre de profession. Ce malade raconte que, le 24 mars dernier, il a reçu sur l'œil du côté gauche un coup de clef ou de navette, en voulant intervenir dans une lutte. Depuis le jour de l'accident, la vue a été complètement abolie du côté gauche ; du 24 au 30 mars, Quoquelet a été soigné à l'hôpital de Tours ; le 25 mars, lendemain du jour de l'accident, vingt sangsues ont été posées à la tempe du côté blessé. Le 27, deux cuillerées d'huile de ricin ont été administrées, et, pendant les six jours que le malade a passés à l'hôpital de Tours, des compresses imbibées d'eau de guimauve ont été maintenues sur l'œil affecté.

C'est dans l'après-midi du lundi 2 avril que Quoquelet entre dans le service de M. Velpeau.

Le 3 avril, à la visite du matin, voici ce que l'examen des parties malades permet de constater :

Paupière supérieure un peu abaissée sur le globe oculaire ; petite plaie contuse transversale de la paupière inférieure à son tiers interne. De plus, à l'angle externe de l'œil, au niveau de la commissure des paupières, on remarque deux petites plaies dont les extrémités supérieures se prolongent sur la face conjonctivale de la paupière, vers la glande lacrymale. Œdème et injection vasculaire très vive de la conjonctive, surtout vers le petit angle de l'œil. Conjonctivite caractérisée par une injection arborescente multiple, de coloration vineuse.

Il y a aussi de la kératite, à en juger par le cercle vasculaire qui rayonne autour de la cornée, mais l'épiphora et la photophobie manquent, comme caractères de la kératite, par le fait même de l'insensibilité de l'œil aux rayons lumineux qui n'arrivent plus jusqu'à la rétine.

La cornée présente une tache blanche verticale, de la longueur de 3 à 4 millimètres, sur une largeur de 1 millimètre à peine. Cette tache linéaire, de date ancienne, est le vestige d'une kératite pour laquelle le malade fut soigné par M. Sichel en 1845. La cornée n'est point régulièrement ronde ; son diamètre transversal l'emporte sensiblement sur son diamètre vertical, et lui donne une forme ovalaire facilement appréciable. La teinte générale de la cornée est d'un rouge noirâtre ; vers la demi-circonférence interne, la teinte est plus sensiblement rougeâtre. Cette coloration est due à du sang dans la chambre antérieure et le corps vitré ; il est facile de reconnaître que la cornée a conservé sa transparence normale, excepté au niveau de la tache blanchâtre sus-mentionnée. Au milieu de cette coloration noirâtre, il est impossible de distinguer l'ouverture pupillaire, toute la portion cornéenne de l'œil ayant derrière elle un voile noir rougeâtre qui ne permet même pas de distinguer la coloration normale de l'iris ; chez notre malade, l'iris du côté sain est d'un bleu prononcé.

Le globe oculaire fait saillie en avant, surtout par sa portion cornéenne qui se détache de la sclérotique, en présentant à l'extérieur un segment de sphère beaucoup plus saillant qu'à l'état normal. Ici, en effet, la cornée est bombée comme dans le cas d'hydropisie des chambres de l'œil.

L'œil est complètement insensible à la lumière ; le malade ne peut distinguer le jour de la nuit, et nous dit éprouver par instans des picotemens dans le globe oculaire, accompagnés d'étincelles de feu. De plus, il y a de la douleur sus-orbitaire au niveau du trou sus-orbitaire ; la douleur ne se prolonge point sur le trajet des rameaux du nerf du même nom, mais le muscle orbiculaire est douloureux dans toute son étendue, et le malade ne peut ouvrir ni complétement fermer les paupières. La tête du malade est lourde.

Si l'on résume les principaux faits mentionnés dans cette observation, nous remarquons :

Une contusion violente du globe oculaire ; perte *immédiate* et *persistante* de la vision ; coloration rouge-noirâtre des parties de l'œil que la cornée laisse voir par transparence ; saillie en avant de la cornée ; impossibilité de distinguer l'ouverture pupillaire ; impossibilité de distinguer la coloration normale de l'iris.

Avec ces signes, il est impossible de ne point reconnaître l'affection que Midlemore, Demours et Carron du Villards ont décrite, sous le nom de hypohéma ou, pour mieux dire, une des variétés de l'hémophthalmie ou épanchement de sang dans l'œil.

M. Velpeau, dans une de ses leçons cliniques, fit suivre cette observation des remarques suivantes :

Le globe oculaire, composé de milieux et de membranes, peut être le siége d'épanchemens sanguins qui offriront de grandes différences suivant leur siége.

Trois espèces principales d'épanchemens hématiques doivent être notés, d'une manière particulière, au point de vue clinique.

1° L'épanchement hématique sera situé dans les chambres

« Vous tous, dit le professeur Bufalini, qui êtes ici réunis avec le but le plus magnanime, celui de secourir vos semblables, de leur rendre la vie menacée par la maladie, vous êtes-vous jamais demandé quels sont les moyens les plus logiques pour l'atteindre ; connaissez-vous la voie la plus sûre que doit suivre l'intelligence dans la recherche, la connaissance et le traitement des infirmités humaines ?

» Est-ce une simple intuition, un instinct naturel, une habitude accidentelle qui dirigent votre jugement dans une œuvre si complexe? D'abord, vous le savez, le but essentiel de toute étude scientifique doit être de résumer dans des règles générales les enseignemens que nous fournissent les observations particulières ; c'est dans l'ordre même de la nature que nous trouvons la nécessité de ces formules synthétiques, seules aptes à suppléer à la faiblesse de notre intelligence !

» Les préceptes de l'art du diagnostic formulés par les auteurs de médecine nous paraissent insuffisans.

» La méthode anatomique laisse beaucoup à désirer ; elle aide à la mémoire, mais la logique n'est pas toujours observée.

» La méthode physiologique nous entraîne fatalement dans l'erreur, car, d'abord, la connaissance des fonctions à l'état normal ne fournit pas celle de ces mêmes fonctions à l'état de maladie ; en second lieu, parce qu'une grande partie de nos notions physiologiques, sont encore entourées d'obscurité et d'incertitude.

» Pour nous, une seule règle fondamentale doit guider l'intelligence du médecin dans toutes ses recherches et tous ses jugemens au sujet de chaque maladie ; il doit toujours procéder de diagnostic en diagnostic, de raisonnement en raisonnement, et des premiers les plus évidens, déduire les seconds les plus probables.

» Une bonne pathologie générale doit lui avoir enseigné que, malgré leurs nombreuses analogies, les maladies se rapportent à un nombre plus limité d'altérations organiques, que nous appelons : altérations de l'état morbide.

» Leur manière d'être comprend les causes qui les engendrent, les phénomènes qui les représentent, les agens thérapeutiques qui les combattent.

» Chacun de ces élémens forme la base de critérium particuliers qui nous dévoilent, l'observation clinique aidant, l'entité même de la maladie ; l'étude attentive des phénomènes ou signes nous révèle aussi leur entité : quand nous trouvons un rapport direct avec l'altération, nous les appelons pathognomoniques, et nous arrivons par ce moyen à établir un diagnostic immédiat, direct. Lorsqu'au contraire nous ne pouvons juger de l'altération de l'acte que par des manifestations qui n'ont qu'un rapport indirect avec l'état morbide, nous ne pouvons plus poser qu'un diagnostic indirect : c'est dans ces cas qu'il faut procéder de diagnostic en diagnostic, de jugement en jugement, en passant successivement en revue les altérations de l'état morbide, selon qu'elles se rapportent à la classe des mécanico-organiques ou à celle des chimico-organiques, selon qu'elles se réfèrent au genre des simples modifications des processus d'assimilation organique, ou à celui des mutations permanentes de leurs conditions, enfin selon qu'elles dépendent de l'espèce, défaut ou excès de ces processus assimilatifs, disproportion ou altération de leurs produits. »

En finissant, le professeur exhorte ses élèves à étudier avec le plus grand soin la logique de la science : « Cette étude est notre bouclier contre l'erreur si facile à l'esprit humain ; c'est notre boussole pour naviguer dans cette mer parsemée d'écueils ; avant d'enrichir votre esprit des connaissances particulières qui constituent la science, vous devez apprendre la voie que vous devez suivre dans la recherche et l'acquisition de ces connaissances elles-mêmes. »

Si les principes ci-dessus énoncés paraissent un peu abstraits, ils deviennent en pratique d'une application très simple.

En présence d'une maladie, on aperçoit aisément sa nature principale et l'on détermine tout d'abord s'il s'agit d'une altération de l'état morbide, ou d'une altération de l'acte morbide. Les attributs caractéristiques de la première sont évidens, et il est aussi très facile de savoir si l'altération est mécanico-organique ou chimico-organique. Les symptômes des premiers sont connus, ceux des seconds ne se manifestent que par les effets.

Le premier travail de l'esprit est donc un travail analytique ; de déductions en déductions, on établit la classe, le genre, l'espèce de la maladie ; puis pour la caractériser mieux encore, on étudie les élémens morbides qui la constituent. S'il existe des signes pathognomoniques de ces élémens, on a un diagnostic direct ; s'il n'en existe pas, on procède par voie d'élimination.

L'auscultation, la percussion, l'examen de l'expectoration permettent de diagnostiquer par des signes directs une Pleuropneumonie.

La chimie nous donne le moyen de reconnaître le Diabète, en constatant directement la présence du sucre.

Si nous nous trouvons, au contraire, en présence d'une Cirrhose, nous ne pouvons établir son diagnostic que par voie d'élimination.

Le phénomène qui accompagne le plus souvent la maladie, c'est l'ascite ; mais comme ce phénomène peut dépendre :

1° D'une péritonite inflammatoire ou rhumatismale ;

2° D'une maladie du cœur et des gros vaisseaux ;

3° D'une altération particulière du sang,

avant de dire qu'il est propre à l'altération du foie, il faut, après une étude attentive de son mode de manifestation, de ses causes, de ses symptômes, établir qu'il n'appartient pas à l'une des altérations ci-indiquées, et ce par l'élimination successive de ces diverses entités morbides.

Nous avons vu qu'une maladie pouvait être constituée par la réunion de plusieurs élémens morbides ; ainsi dans la maladie de Bright, par exemple, par des signes directs, on reconnaît :

1° Une proclivité aux hydropisies générales (hydroémie) ;

2° Une quantité plus considérable d'urines ;

3° La présence de l'albumine dans ces urines ;

4° Une altération particulière de la substance du rein.

Toutefois, malgré cette multiplicité d'élémens morbides, nous avons là une entité morbide ; la maladie ne réside dans aucun de ces élémens isolés, elle est constituée par leur ensemble : aussi, après avoir, par un travail analytique, déterminé l'existence de ces altérations de l'état morbide, il faut, par la synthèse, s'élever à une généralisation féconde, mettre la maladie en rapport avec ses causes connues ou présumées, et suivre dans l'application thérapeutique les enseignemens de l'observation clinique.

Et, puisque nous avons parlé de thérapeutique, nous allons terminer cet article par quelques considérations sur la classification des agens thérapeutiques (directs et indirects), classification adoptée par M. Gintrac, revendiquée par M. le professeur Forget, exposée dès 1813 par le professeur Bufalini dans les ouvrages susnommés.

Dans une lettre adressée au professeur Gintrac, de Bordeaux, sur la classification des agens thérapeutiques (*Bulletin général de thérapeu-*

de l'œil et occupera le plus souvent leur partie déclive si l'épanchement n'est point assez considérable pour remplir la chambre antérieure tout entière; alors on apercevra, derrière la cornée, un dépôt de liquide rougeâtre qui aura la disposition de l'hypopyon et la vision pourra être conservée, parce qu'un certain nombre de rayons lumineux pourront encore arriver jusqu'à la rétine.

2o Les membranes de l'œil peuvent être le siége des épanchemens sanguins, et l'épanchement hématique offrira plusieurs variétés, suivant qu'il sera situé entre la rétine et la choroïde; entre la choroïde et la sclérotique; enfin entre la sclérotique et la conjonctive oculaire. L'épanchement dû à la rupture des vaisseaux nombreux de la choroïde ne se traduira par aucun symptôme physique s'il a son siége entre la choroïde et la rétine, mais la sensibilité rétinienne pourra alors être plus ou moins modifiée. Si au contraire, l'épanchement est situé entre la choroïde et la sclérotique, il pourra manifester sa présence par une coloration de la sclérotique d'un bleu plus foncé qu'à l'état normal. Quant aux épanchemens sous-conjonctivaux, ils offriront la teinte ecchymotique en nappe que l'on remarque dans les cas de fracture du crâne, par exemple.

3o Enfin le corps vitré et la membrane hyaloïde peuvent être le lieu de l'épanchement hématique. Alors il y a perte *immédiate* de la vue.

On comprend aisément combien variera le pronostic avec les différentes espèces d'hémophthalmie. L'anatomie et la physiologie des parties affectées rendent compte des différences du pronostic, dont la gravité sera plus grande encore s'il y a complication de plaie de la cornée, de la sclérotique ou pénétration du corps contondant dans les milieux de l'œil. En effet, si les plaies des membranes sont étendues, l'inflammation qui s'ensuivra pourra déterminer la fonte purulente de l'œil. Mais supposons la coque oculaire intacte, la gravité de l'épanchement sanguin dépendra encore de différentes circonstances.

1o Chez un jeune sujet, l'épanchement sera moins à redouter, à cause de la propriété de résorption des tissus chez les jeunes sujets, où les vaisseaux jouissent d'une grande activité.

2o L'épanchement a-t-il son siége dans les chambres de l'œil, la résorption aura de grandes chances de s'effectuer, car le sang épanché sans cesse en rapport avec l'humeur aqueuse sera pour ainsi dire *dilué* par cette humeur et pourra être repris par les vaisseaux absorbans de la séreuse oculaire et ainsi reporté dans le torrent circulatoire.

3o L'épanchement a-t-il lieu entre les membranes de l'œil, le pronostic sera plus favorable encore, car les nombreux vaisseaux à la surface et dans le tissu même de ces membranes offriront des chances de résorption assez rapide.

4o Dans le corps vitré, au contraire, l'absorption est extrêmement difficile; un cristallin abaissé dans le corps vitré peut y rester toute la vie, cela s'explique par le peu de vitalité de ce milieu transparent et de la membrane hyaloïde, qui est presque entièrement dépourvue de vaisseaux; aussi l'épanchement sanguin dans le corps vitré ne sera que bien rarement résorbé, lors même qu'il serait à l'état d'infiltration diffuse. Mais là ne s'arrête point la gravité des épanchemens non résorbés. M. Velpeau, à ce sujet, nous a fait part d'une opinion clinique qui lui est particulière, sur les conséquences de l'hémophthalmie du corps vitré. En effet, le professeur de la Charité pense que les caillots hématiques non résorbés peuvent devenir quelquefois le point de départ de maladies organiques de l'œil. « J'ai vu, dit-il, plusieurs individus affectés » de cancer de l'œil qui faisaient remonter l'origine de leur » mal à un coup sur le globe oculaire. »Dans ces cas, l'hémophthalmie avait eu son siége dans le corps vitré, et la perte de la vision avait été *immédiate* et *persistante*.

On peut cependant, ajoute le professeur, espérer la résorption de l'épanchement sanguin, tant que le premier mois qui suit l'accident n'est point encore écoulé, surtout si l'on favorise la résorption par un traitement convenable, les topiques résolutifs, les purgatifs et les émissions sanguines, et en modérant le travail inflammatoire qui peut compliquer l'épanchement sanguin. Mais si le mois passe sans qu'il y ait eu une amélioration sensible dans la vision, l'hémophthalmie n'a guère de chances d'être résorbée.

Telles sont les remarques du professeur de la Charité. Nous regrettons de n'avoir pu les faire précéder de l'observation complète du malade qui quitte le service après un séjour de quatre jours à l'hôpital; mais nous avons cru utile de publier les réflexions cliniques de M. Velpeau, sur une affection dont on ne trouve que de rares descriptions dans les livres classiques, et dont le pronostic est si différent suivant le siége de l'épanchement hématique.

Am. DUMONTPALLIER,
Interne des hôpitaux.

MÉDECINE LÉGALE.

OBSERVATION DE SUICIDE PAR PENDAISON.

Monsieur et très honoré confrère,

L'affaire de la dame Duroulle, sur laquelle vous publiez l'opinion si remarquablement exposée de deux de nos savans confrères, bien que leurs conclusions soient différentes, me remet en mémoire un fait de suicide par pendaison, entouré de circonstances assez singulières, eu égard à la mort volontaire, pour que j'en vienne réclamer l'insertion dans votre intéressant journal, si toutefois ce fait vous semble, comme à moi, mériter d'être mis sous les yeux de vos nombreux lecteurs.

C'était dans le commencement de ma pratique médicale, en 1832, je ne me rappelle pas le mois au juste, et, bien que vingt-trois années se soient écoulées depuis, les principaux détails de l'affaire me sont restés assez profondément gravés dans l'esprit pour que je puisse les produire affirmativement et sans hésitation. Je fus donc requis par le procureur du roi pour me transporter à Milly, l'un des chefs-lieux de canton de notre arrondissement, à l'effet d'examiner le corps d'un vieillard qu'on supposait avoir péri d'une mort violente, et chargé par lui de lui en faire mon rapport. Arrivé dans la maison, je trouvai le juge de paix et deux médecins de la localité, M. Chemin père et l'autre, M. Guillaume, de la Ferté-Aleps, autre chef-lieu de canton de l'arrondissement d'Etampes. Ces messieurs n'avaient examiné l'affaire que superficiellement et n'avaient même pas dérangé le cadavre. Leur opinion, que partageait le public, était qu'il s'agissait d'un homicide, et voici les causes, tant morales que matérielles, sur lesquelles elle se fondait: Ce vieillard habitait depuis environ deux mois avec un jeune ménage, auquel il avait abandonné son bien moyennant qu'il le nourrirait et l'entretiendrait sa vie durant; je crois qu'il y avait un degré de parenté entre les jeunes gens et le vieillard, mais il n'était ni le père ni l'aïeul d'aucun d'eux. Cet homme n'avait jamais manifesté aucune envie de se détruire et semblait se plaire, au dire de tous, dans sa nouvelle position. Sa mort, prompte et sans maladie, étonna l'autorité locale et la détermina à s'assurer de ce qui pouvait l'avoir occasionnée. On se transporta donc dans la demeure commune et on trouva le vieillard inanimé et couché dans son lit, ayant un bonnet de coton, une chemise et des draps tout blancs. En découvrant la tête on reconnut deux plaies sur son sommet qui était chauve, celles-ci étaient à peu près transversales, assez profondes et à bord presque net; l'une avait à peu près 3 centimètres et l'autre 2, leur écartement était de 2 centimètres et leur surface encore saignante. En ouvrant le lit on s'aperçut que la partie du drap de dessous, qui correspondait aux pieds, était largement tachée par du sang encore frais, et cependant ces extrémités, ainsi que le reste de la surface du corps, ne présentaient aucune autre trace de lésions superficielles ou profondes que les deux plaies ci-dessus indiquées. Les époux X..., après avoir longtemps dit qu'ils avaient trouvé leur pensionnaire mort dans son lit, qu'ils ne s'expliquaient ni les plaies de la tête ni le sang qui tachait les draps, finirent cependant par avouer, après de nouvelles questions pressantes, que, ne voyant pas revenir leur parent, suivant ses habitudes, ils étaient allés voir dans différentes parties de la maison s'il n'y était pas par hasard, et qu'ils l'avaient trouvé pendu à une poutrelle dans leur grange, d'où ils l'avaient détaché en coupant la corde, qu'ils représentèrent; et que le trouvant encore chaud ils l'avaient couché dans son lit pour tâcher de le faire revenir; que, pendant qu'il était couché, les plaies de la tête ayant ensanglanté le drap qui couvrait le traversin, ils avaient changé celui-ci de bout et avaient ainsi placé la partie tachée aux pieds du corps; que, de plus, ils lui avaient mis une chemise et un bonnet blancs; qu'enfin, s'ils n'avaient pas déclaré de suite la cause de la mort du vieillard, c'est qu'ils craignaient d'avoir encouru une peine très grave pour avoir touché à un cadavre avant que la justice en eût fait la levée officielle, opinion, du reste, très répandue dans nos localités; que quant au changement de place du drap ensanglanté, ils l'avaient opéré dans la crainte d'être soupçonnés de meurtre.

Après m'être informé de toutes ces circonstances, nous allâmes dans la grange où nous trouvâmes une échelle de dix à douze échelons, appuyée contre une poutrelle distante du sol d'environ 2 mètres 70 centimètres. Cette dernière était entourée, à 35 centimètres du mur non crépi de la grange où elle était scellée, d'une anse complète de corde, solide, assez forte et double, dont les deux bouts, libres, étaient coupés nets à la même distance, qui était de 15 à 18 centimètres au dessous de la face inférieure de la poutrelle. Une autre partie de corde identique nous fut présentée; elle était double aussi, sa section correspondait à la précédente, elle formait une anse qui s'adaptait parfaitement au sillon qui existait autour du cou du vieillard; après être passés dans le nœud coulant ces deux bouts avaient encore une longueur commune de 14 à 12 centimètres; de sorte qu'entre le bas de la poutre et le point du cou d'où se détachait ce double lien, il pouvait exister une longueur de corde de 30 centimètres au moins; malgré cela les pieds du cadavre n'avaient pas dû porter à terre, il s'en fallait même de plusieurs centimètres, ainsi que nous le constatâmes en mesurant la taille du pendu.

L'examen de la face, de la bouche, du sillon double qui entourait un peu obliquement le cou, la dissection de celui-ci, l'ouverture du cadavre faite avec le soin que demandait ce cas difficile, nous firent reconnaître que la mort avait eu lieu par strangulation et suspension. Avait-elle pour cause un attentat ou le suicide? Tel était le point important qu'il nous restait à établir.

Il existait bien deux plaies sur le sommet de la tête, mais elles ne pénétraient pas même jusqu'au péricrâne et n'étaient accompagnées ni d'ecchymoses, ni d'épanchement, ni d'une lésion cérébrale assez marquée pour faire supposer que l'homme avait été étourdi à l'aide d'un corps contondant, puis pendu respirant encore. D'un autre côté, les liquides trouvés dans l'estomac ne contenaient, en apparence au moins, aucune substance qui pût faire croire qu'il avait été plongé dans un état d'engourdissement avant la suspension, l'absence de toute espèce de lésion à la surface du corps tendait à nous faire repousser l'idée d'une lutte nécessaire pour arriver à l'accomplissement de desseins criminels. Cependant restaient toujours les deux petites plaies du sinciput; en examinant avec attention la surface du mur, au-dessous de la poutrelle, nous remarquâmes une pierre offrant deux saillies transversales, tranchantes, bien détachées, distantes l'une de l'autre de 2 centimètres à peu près; cette pierre était placée immédiatement sous la pièce de bois, à environ 15 centimètres de distance. Nous pensâmes alors que la pierre

---

tique, tome XLVII, 30 novembre 1854), M. le professeur Forget s'exprime en ces termes.

« Parmi les rares fleurons de ma légère couronne, il en est quelques-uns auxquels je tiens essentiellement, en ce qu'ils me paraissent lumineux et féconds, en ce qu'ils me semblent constituer des services réels rendus à la science et à la pratique. Parmi ces œuvres de prédilection, figure ma classification des agens thérapeutiques, en directs et indirects. Il y a quelque douze ans que cette distinction germa pour la première fois dans mon esprit. »

Voici les commentaires du savant professeur de Strasbourg, *Exposé de la doctrine des élémens, basée sur les exigences de la pratique :*

« Un des produits les plus heureux du reflux de la doctrine des élémens sur la thérapeutique, pour parler le langage de Bichat, c'est de nous avoir inspiré l'idée de diviser les médications en directes et en indirectes: Division lumineuse, j'ose le dire.....

» Nous entendons par médication directe celle qui s'adresse à l'élément réputé primitif, celle qui est en rapport avec la nature supposée de la maladie; la médication indirecte est celle qui s'adresse aux élémens accessoires qui n'ont pas de rapport ostensible avec la nature du mal.

» Exemples : la saignée est un antiphlogistique direct, elle s'adresse à l'afflux du sang comme élément principal, comme cause première d'inflammation, mais l'inflammation ne guérit pas seulement par la saignée; les sédatifs, les irritans mêmes, l'opium, le tartre stibié, les mercuriaux, les vésicatoires sont aussi des antiphlogistiques. Eh bien, l'obscurité se dissipe, la difficulté disparaît, du moment où vous admettez que ces agens anormaux sont des antiphlogistiques indirects s'adressant à d'autres élémens que l'afflux du sang, ce qui, de prime abord, les fait paraître en désharmonie avec la nature de l'inflammation. L'opium est un sédatif direct : les débilitans et les excitans sont des sédatifs indirects. »

M. Forget cite les passages de l'ouvrage de M. Gintrac, qui adopte franchement cette dichotomie des médications en directes et en indirectes, puis il ajoute :

« Invention ou réminiscence, je n'en suis pas moins flatté de cette communion d'idées, car elle confirme la valeur des miennes, qui trouvent dans votre publication une autorité et une propagande que je n'osais espérer de mes propres écrits. »

Obéissant à un sentiment de reconnaissance envers notre illustre maître, nous allons présenter ici quelques citations d'ouvrages qui remontent à 1813, et exposer quelques-unes des idées professées à ce sujet depuis plus de vingt ans dans la clinique de Florence.

« Quand nous voulons combattre une maladie, ou nous portons dans le corps humain une action qui frappe directement et annihile l'altération morbide ; ou bien nous modifions les fonctions ordinaires de la vie de la même manière que nous les modifierions dans un corps sain.

» Ce sont là deux manières distinctes de combattre nos infirmités.

» J'appelle le premier traitement direct ou spécifique.

» Je désigne le deuxième sous le nom de traitement indirect ou commun.

» Exemples : En avalant la substance neutralisante d'un poison introduit dans l'estomac, on agit d'une manière immédiate sur la cause première de tous les troubles fonctionnels, on fait un traitement direct.

» Si, au contraire, par l'administration d'un émétique, on excite le vomissement pour porter ainsi au dehors la cause du mal, on opère sur l'estomac malade comme sur celui d'un homme sain, on accomplit un traitement indirect.

» Dans une ascite, la ponction de l'abdomen, pour en extraire la sérosité, constitue évidemment un traitement direct; mais si l'on fait usage de diurétiques et de cathartiques pour provoquer des évacuations séreuses de la même manière qu'on les provoquerait sur l'homme sain, on retombe dans le traitement indirect.

» L'épine, implantée dans un doigt, suscite une douleur atroce ou des mouvemens spasmodiques; en l'enlevant, on éloigne de la sorte toute cause de trouble fonctionnel, on traite directement cette condition morbide. Si l'on applique des émolliens, des sédatifs qui opèrent le relâchement des tissus organiques et émoussent la sensibilité, la douleur et les mouvemens spasmodiques se calment par un traitement indirect.

» La circulation du sang languit à la suite d'un vice organique du cœur; le malade est sous l'imminence d'une syncope. L'administration d'une liqueur spiritueuse, agréable, relève les actions circulatoires, comme cela serait arrivé chez l'homme sain, et éloigne le péril inhérent à la cessation des mouvemens du cœur; c'est là un traitement indirect.

» Pour modifier toute maladie, il faut :

» 1° Exciter les actions des organes du corps malade, en provoquer les fonctions.

» 2° Modifier l'être matériel du corps et par là les attitudes et les propriétés vitales qui lui appartiennent.

» Dans le premier cas, on veut susciter des actions organiques qui peuvent ou dissiper l'état morbide ou s'opposer à ces phénomènes. On combat indirectement l'état morbide.

» Dans le second on cherche à rendre les fibres sensibles et irritables moins susceptibles à l'influence déconcertante de l'acte morbide, on rend les souffrances du patient moindres, on empêche les successions des effets morbides.

» L'opportunité de l'usage d'un remède spécifique ne peut être démontrée que par l'observation clinique, la convenance des agens indirects ou actions communes se déduit entièrement des lois de la physiologie.

» Les actions communes, (autant que les lois de la vie nous permettent de le constater) sont ou chimico-organiques ou dynamiques.

» Les premières capables de modifier l'état d'agrégat, de composition des liquides et des tissus organiques ayant un effet plus ou moins permanent.

» Les deuxièmes aptes seulement à exciter en eux des mouvemens vitaux.

» Parmi les puissances chimico-organiques, on en distingue qui, en favorisant l'ordre de la composition organique, favorisent aussi le maintien des propriétés vitales, l'ordre et l'énergie des fonctions ; *analeptiques* (nutritifs, toniques, astringens). D'autres qui troublent directement l'agrégat, le composé organique, de manière à diminuer les propriétés et les actions vitales; *puissances pervertantes* ou *altérantes* (contre-stimulans des vitalistes). Les sédatifs, les calmans, les antispasmodiques constituent des variétés de ces dernières.

» Dans les puissances dynamiques, il n'y a aussi que des agens aptes à exciter des mouvemens vitaux, ou selon l'ordre de la santé, ou contrairement à celle-ci; à ces actions analeptiques et pervertantes correspondent de même des puissances *analeptiques* et *pervertantes*. »

Ces citations nous nous paraissent plus que suffisantes pour mettre le professeur Bufalini à même de répéter, à son tour, ces paroles de M. Forget: « Invention ou réminiscence, je n'en suis pas moins flatté de » cette communion d'idées, car elle confirme la valeur des miennes. » Et les siennes remontent à 1813, 1819, 1836.

Essai sur la vie;

Fondemens de pathologie analytique;

Leçons cliniques à l'école de perfectionnement de Florence.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

en question avait bien pu être la cause des lésions du cuir chevelu, d'autant mieux qu'elle s'y adaptait parfaitement; et que ce vieillard voulant se pendre, et dans le désespoir qui accompagne presque toujours la destruction volontaire, se serait précipité contre le mur en quittant l'échelle afin de s'étourdir et se serait fait ainsi les blessures dont il s'agit. La chose était d'autant plus probable que si on ajoute à l'épaisseur de la tête la partie libre du lien suspenseur, on aura au moins la longueur voulue pour que le crâne, dans le mouvement que nous supposons, ait pu atteindre la paroi inégale de la grange, et elle ne pouvait, d'ailleurs, guère se dévier de la direction de la pierre à double tranchant, eu égard au point où la corde enveloppait la poutrelle et à la fixité assez grande du lien, qui ne lui permettait guère de glisser. Il est bien vrai que les saillies tranchantes qui nous semblent la cause évidente des lésions des parties molles du crâne n'offrent aucune trace de sang, mais la promptitude de l'acte et la tête retombée immédiatement, n'avaient pas permis qu'elles fussent ensanglantées.

Les vêtemens que portait le pendu avaient été lavés dans le but de faire croire à une mort naturelle, après qu'ils eurent compris, à leurs yeux, la fâcheuse imprudence de déranger le corps du pendu.

L'examen attentif de ces faits nous fit établir que l'asphyxie par strangulation et suspension avait occasionné la mort, et que celle-ci était le résultat du suicide.

Ces conclusions parurent si légitimes et coïncidèrent si bien avec les faits démontrés par un commencement d'instruction, que l'accusation fut abandonnée et les époux X... mis en liberté presque immédiatement.

Ce fait prouve avec quelle circonspection il faut agir dans des cas de ce genre; combien il faut se défendre des opinions préconçues, et quel soin minutieux on doit apporter dans l'examen des circonstances les plus futiles en apparence, car alors c'est plus que la fortune et la liberté des accusés, c'est leur vie qui est en quelque sorte entre nos mains; notre opinion, en effet, étant du plus grand poids dans le résultat de l'affaire, et qu'alors même que tout semble démontrer la culpabilité des prévenus, il peut se faire qu'il n'y ait là qu'un enchaînement fatal de circonstances malheureuses qui tendent à les faire regarder comme coupables, alors même qu'ils sont innocens.

Agréez, etc. Dr Bourgeois, d'Étampes.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 10 Janvier 1855. — Présidence de M. Bricheteau.

Sommaire. — Observation de pleurésie purulente, avec thoracentèse, par M. Barthez. Discussion : MM. Aran, Hérard, Barthez. — Rapport sur le travail de M. Dechambre, intitulé : *Note sur la théorie de MM. Andral et Gairdner, concernant la formation de l'emphysème vésiculaire dans les poumons tuberculeux*, par M. Léger.

M. Barthez lit une observation de *pleurésie purulente, traitée par l'empyème.* (Voir plus haut, article : *Clinique médicale.*)

M. Aran : M. Barthez vient de lire une observation très intéressante, mais il me semble qu'il y a quelque chose à dire. Je ne sais pas s'il y a, dans un cas pareil, avantage à se conduire comme l'a fait M. Barthez. Je crois qu'au lieu de débuter d'emblée par l'empyème, il serait préférable de faire une ponction ordinaire, avec ou sans injection iodée; puis, plus tard, quand on a la certitude que la ponction ne peut plus suffire, mettre une canule à demeure, et réserver l'empyème pour les cas où ce second moyen n'aurait pas réussi. La pleurésie purulente n'est pas une indication suffisante d'empyème. Dans un cas, j'ai obtenu la guérison par les ponctions, et ce cas avait été remarquable par une extrême fétidité qui s'était développée sans doute au contact de l'air, et qui avait ensuite disparu par les injections.

M. Barthez : Il me semble que M. Aran me donne en ce moment raison en parlant d'une horrible fétidité remarquée dans un cas de simple ponction. Dans l'empyème, je n'observe rien de semblable, et je dois ce résultat aux injections qui nettoient largement les surfaces enflammées.

M. Hérard : J'ai eu l'occasion d'observer récemment un fait très intéressant que je me propose de communiquer à la Société, et qui vient à l'appui des idées soutenues par M. Barthez. Il s'agissait d'un homme chez lequel, après plusieurs ponctions et injections iodées, je m'étais décidé à placer une canule à demeure. Pendant quelques jours, tout alla à merveille; mais bientôt le pus contenu dans la cavité thoracique contracta une odeur des plus fétides, et je priai M. Richet de pratiquer l'empyème. A partir de ce moment, sous l'influence des injections à l'eau chlorurée, l'odeur fétide disparut. Je dois ajouter, toutefois, que le malade succomba un peu plus tard, mais une péritonite fut la cause de cette fâcheuse terminaison.

M. Aran : M. Barthez nous a dit qu'il n'y avait pas d'air dans la poitrine, que l'air sortait avec le liquide, et que ce liquide ne pouvait par conséquent pas se vicier au contact de l'air. Je ne sais comment M. Barthez peut prouver qu'il ne restait pas d'air dans la cavité thoracique. Si c'est par l'auscultation, la preuve n'est pas suffisante. L'auscultation reçoit en ce moment d'assez forts démentis, pour qu'il ne faille pas s'en rapporter exclusivement aux renseignemens qu'elle fournit.

M. Barthez : Je connais aussi bien que M. Aran les coups qu'a reçus dans ces derniers temps l'auscultation, puisque j'ai été un des premiers à lui en porter, à propos du souffle caverneux perçu dans la pleurésie. Ce n'est pas l'auscultation seule qui nous a fait penser qu'il ne restait pas d'air, quoique, s'il en eût été autrement, nous aurions dû observer la succussion hippocratique, mais l'observation directe. Nous voyions, en effet, sortir l'eau par la plaie, et pas une bulle d'air.

— M. Léger a la parole pour la lecture d'un rapport sur le travail de M. Dechambre.

Nous avons été chargés, M. Barth et moi, de vous rendre compte d'un travail lu par M. Dechambre, dans une des séances précédentes, à l'appui de sa candidature au titre de membre associé. Ce travail est intitulé : *Note sur la théorie de MM. Andral et Gairdner, concernant la formation de l'emphysème vésiculaire dans les poumons tuberculeux.* Ce titre indique exactement dans quelles limites M. Dechambre a prétendu circonscrire son travail. En effet, acceptant comme démontrée l'existence habituelle, chez les phthisiques, d'une dilatation terminale des bronches, et toute réserve faite sur la dénomination d'emphysème appliquée à cette lésion, M. Dechambre recherche seulement si la théorie en question est compatible avec l'état actuel de nos connaissances en physique et en physiologie.

Selon M. Andral, la dilatation des vésicules dans la tuberculisation pulmonaire leur permet de recevoir, dans un temps donné, une plus grande quantité d'air que dans l'état normal; de là résulte l'établissement d'une sorte de respiration supplémentaire, qui peut faire comprendre, selon lui, comment chez beaucoup de phthisiques, dont un grand nombre de vésicules sont refoulées, comprimées, oblitérées, envahies par les tubercules, la dyspnée est cependant peu considérable.

M. Gairdner, représentant par un nombre quelconque la quantité d'air qui doit nécessairement traverser le poumon dans un temps donné, pour suffire aux besoins de l'hématose, admet que, dans le cas où une portion d'un lobe n'est plus perméable à l'air, la quantité de ce fluide, qui était destinée au lobe entier, devra forcément circuler dans la portion de ce lobe restée saine, et tendra à dilater cette portion.

Après avoir exposé ces deux théories, M. Dechambre fait remarquer que si, dans la tuberculisation, les parties saines du poumon reçoivent, à titre additionnel, une quantité d'air équivalente à celle que ne peuvent admettre les parties malades, cette respiration supplémentaire ne peut s'effectuer qu'à l'aide de l'un des deux mécanismes suivans. Ou bien l'inspiration ayant lieu avec son amplitude normale, il entre dans le poumon autant de gaz que s'il ne renfermait pas de tubercules, et ce gaz, obligé de se loger quelque part, s'accumule dans les cellules libres; ou bien le déploiement anormal de ces cellules provient de ce que des inspirations profondes y attirent l'air avec une force inaccoutumée. Il établit que la quantité d'air, qui s'introduit dans une inspiration donnée, est rigoureusement déterminée par le rapport géométrique qui existe entre le tuyau d'appel et la capacité pulmonaire; que cette capacité étant diminuée, la masse d'air inspirée diminue proportionnellement, et que, par conséquent, le nécessité habituelle d'inspirations profondes doit être une condition présupposée dans la théorie de la respiration supplémentaire. Toutefois, alors même que la théorie de MM. Andral et Gairdner impliquerait la nécessité de cette dernière condition, il ne croit pas, pour cela, qu'elle serait plus acceptable; car il ne lui paraît nullement démontré que les efforts inaccoutumés de respiration chez les phthisiques puissent donner lieu à la dilatation des vésicules pulmonaires. Il fait remarquer, à cette occasion, que, dans une inspiration moyenne, il ne pénètre dans la capacité pulmonaire qu'une quantité de fluide très inférieure à celle qu'elle peut contenir, et qu'à supposer que l'étendue du mouvement inspiratoire fût doublée, les vésicules ne seraient vraisemblablement pas soumises à une distension réelle, capable de déterminer l'agrandissement de leur cavité. Pour qu'un tel résultat pût se produire, il faudrait, dit-il, de la part de la colonne atmosphérique une force de pression que ne peut jamais amener l'expansion naturelle des poches vésiculaires.

M. Dechambre oppose ensuite à la théorie qu'il combat une objection qui lui paraît grave, et qu'il tire du mode de respiration. Chez les phthisiques, les tubercules occupant d'abord le sommet du poumon, ce mode, qui était auparavant costo supérieur, du moins chez les femmes, devient costo inférieur. C'est donc la partie inférieure du poumon qui est alors soumise à une expansion insolite; et c'est dans cette partie que devrait se rencontrer principalement la dilatation vésiculaire. Or, ajoute-t-il, tous les observateurs sont d'accord pour la placer, au contraire, au sommet des poumons, dans les environs des tubercules.

Eu égard à l'influence favorable que l'on attribue à l'agrandissement des vésicules sur la dyspnée, M. Dechambre s'appuyant, d'une part, sur les recherches de Sœmmering et de Reissessen, qui ont démontré que la circulation capillaire tend à s'appauvrir dans le poumon des vieillards, chez lesquels la dilatation des vésicules est pour ainsi dire constante; et d'autre part sur l'observation clinique, qui nous apprend que l'emphysème du poumon coïncide généralement avec une gêne plus ou moins prononcée de la respiration, se demande, avec raison, s'il est permis de supposer que cette même lésion puisse diminuer la dyspnée chez un phthisique. Enfin, il ajoute qu'il y a des raisons physiologiques de penser que, hors les cas où un obstacle mécanique, un gaz délétère ou impropre à la respiration empêche le libre contact ou la libre réaction chimique de l'air et du sang, une inspiration capable d'emplir très modérément les vésicules, permet l'accomplissement parfois de l'hématose partout où ne s'y oppose pas une lésion organique ou dynamique du tissu pulmonaire. Il cite à ce sujet les expériences de Magnus, qui permettent de juger de ce qui reste d'air non utilisé dans une poitrine alimentée seulement par les inspirations ordinaires. Il reconnaît, il est vrai, que chez un phthisique le sang contient plus de matières combustibles, mais il pense que la différence ne saurait être assez grande pour réduire beaucoup la quantité d'air resté sans emploi. Il résulte, d'ailleurs, de cette condition spéciale, que le plus grand besoin d'un phthisique doit être non d'appeler une plus grande masse d'air à la fois dans ses poumons, mais de renouveler souvent le contact de l'air avec le sang. Or, ce résultat s'obtient par des respirations précipitées plutôt que profondes, et tel est en effet le caractère de la respiration des phthisiques.

M. Dechambre résume ainsi la discussion à laquelle il s'est livré. Selon lui : 1° les plus grandes inspirations ne sauraient amener la dilatation anormale et permanente des vésicules pulmonaires; 2° la quantité d'air attirée dans les poumons par une inspiration moyenne peut suffire dans une certaine mesure, même à des besoins exceptionnels de l'hématose; 3° enfin la dilatation des vésicules fréquemment observée chez les phthisiques ne contribue pas à rendre leur respiration moins gênée.

Tel est, en substance, le travail de M. Dechambre, dans lequel il s'est attaché seulement, ainsi qu'il l'avait d'ailleurs annoncé, à examiner la théorie de MM. Andral et Gairdner. La critique qu'il fait de cette théorie nous paraît très fondée, et nous croyons qu'il serait difficile de combattre les raisons sur lesquelles il s'appuie pour démontrer son insuffisance. Nous regrettons seulement qu'il se soit renfermé dans un cercle aussi étroit, et qu'au lieu de formuler son opinion sur le mécanisme et sur la nature de l'emphysème pulmonaire, il se soit borné à nous la faire pressentir, en disant qu'il était disposé à chercher la cause de la dilatation des vésicules dans les embarras de l'expiration. Ce regret de notre part est d'autant plus légitime, que les recherches auxquelles M. Dechambre s'était livré à une époque antérieure, de concert avec Hourmann, lui donnaient certainement le droit d'intervenir avec autorité dans cette question.

Nous ne croyons pas devoir insister sur les titres scientifiques de M. Dechambre, ils vous sont parfaitement connus; chacun de vous, nous n'en doutons pas, sait apprécier la valeur des travaux qu'il a publiés et la position distinguée qu'il s'est faite dans la presse médicale. Aussi n'hésitons-nous pas à croire que la Société voudra compter parmi ses membres un confrère aussi recommandable par l'honorabilité de son caractère que par son talent.

En conséquence, nous proposons :

1° D'admettre M. Dechambre au nombre des membres associés de la Société;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

La seconde conclusion est mise aux voix et adoptée.

L'élection de M. Dechambre est renvoyée à la séance prochaine.

Le secrétaire, Dr Hérard.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Mon cher confrère et ami,

Vous avez dit, dans votre dernier numéro : .... *Je crois qu'il serait bien désirable que la science médicale pût être résumée en un corps de doctrine....* Eh bien, mon cher confrère, votre vœu a été rempli, car mon *Traité de la science médicale* est *principalement l'exposé* de la médecine dogmatique coordonnée, résumée et synthétisée. C'est ainsi, du moins, qu'il a été *considéré* et *posé* par des critiques qui font autorité, par MM. Cerise, Brochin, Munaret, Costes, Gaussail, Cotin, Bessière et Dechambre.

Veuillez donc, cher confrère, donner accès à ma réclamation, et agréer, comme toujours, l'expression de mes meilleurs sentimens.

Dr Éd. Auber.

Avec le complément de la phrase du feuilleton auquel mon honorable confrère fait allusion, il lui aurait enlevé tout soupçon d'oubli d'un ouvrage auquel, *sans être un critique qui fait autorité*, j'ai rendu plusieurs fois, ainsi qu'à son auteur, mon humble hommage. J'ajoutais en effet ces mots : « ... et que cette doctrine pût avoir l'assentiment de la généralité du corps médical. » Cet assentiment général peut être dans nos vœux communs, mais il n'est pas encore dans la réalité des choses; et c'est là tout ce qu'a voulu dire le feuilleton.

A. L.

15 Avril 1855.

Mon très honoré confrère,

Le court extrait de mon rapport sur la chorée, qui a paru dans votre numéro d'hier, me fait dire que le mode d'action de la gymnastique dans le traitement de cette affection « paraît consister en ce que les » muscles antagonistes acquièrent un degré de force de plus en plus » suffisant pour résister aux mouvemens volontaires produits directe- » ment. » C'est le contraire que j'ai voulu exprimer, c'est-à-dire que l'effet de la gymnastique « paraît consister en ce que les mouvemens » volontaires acquièrent un degré de force de plus en plus suffisant » pour résister à l'action des muscles antagonistes (opposés à ceux qui » produisent ces mouvemens). »

Vous m'obligerez s'il vous est possible de faire introduire une petite rectification à ce sujet dans votre prochain numéro.

Veuillez agréer, etc. Dr Bouvier.

COURRIER.

AVIS.

Depuis le 15 avril, les Bureaux de l'Union Médicale sont transférés *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*, dans le local qu'ils ont occupé pendant plusieurs années.

Banquet de l'internat. — MM. les internes et anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris sont conviés à un banquet le samedi 12 mai 1855. On se réunira aux Frères-Provençaux, à 6 heures du soir. La cotisation est de 15 francs.

On souscrit à l'Hôtel-Dieu (M. Remilly, commissaire), à la Charité (M. Parrot), à la Pitié (M. Tarnier), à Saint-Louis (M. Garreau) et à Lariboisière (M. Codet). On peut souscrire de province par un mandat sur la poste, adressé à un des commissaires.

La liste des souscriptions sera close le mercredi soir, 9 mai 1855.

— M. le professeur Jules Cloquet commencera son cours de pathologie chirurgicale, à la Faculté de médecine, le lundi 18 avril, à trois heures, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 46. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 19 Avril 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 AVRIL 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il y a quelques mois à peine, M. le docteur de Pietra Santa lut devant l'Académie un mémoire relatif aux influences de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des détenus. Dans ce travail, notre honorable confrère ne se fondant, d'ailleurs, que sur les résultats spéciaux observés dans la prison Mazas, à Paris, dont il est l'un des médecins, attribuait au régime pénitentiaire suivi dans cette maison des influences fâcheuses sur la santé, sur l'intelligence et sur la vie des détenus.

C'est sur ce travail que M. Collineau a lu hier un rapport. Le fort enrouement dont était atteint l'honorable rapporteur a privé l'assemblée du plaisir de l'entendre. Mais les conclusions, relues par M. le Secrétaire perpétuel, ont soulevé un petit orage qui a eu pour résultat le renvoi du rapport à la commission, à laquelle quatre ou cinq membres nouveaux ont été adjoints. L'Académie n'a pas voulu consacrer par un vote, sans nouvel examen, la réprobation très formelle de l'emprisonnement cellulaire formulée par M. Collineau.

L'Académie a sagement agi. Aux points de vue divers où la question pénitentiaire de l'emprisonnement cellulaire peut être envisagée, elle est encore, et malgré les nombreux travaux auxquels elle a donné lieu, un des problèmes les plus graves de philosophie sociale et d'hygiène appliquée. C'est surtout, c'est seulement de la question d'hygiène telle que l'a posée M. de Pietra Santa qu'il peut s'agir devant l'Académie. Quelques orateurs, et des plus respectables, n'ont pas craint de manifester leur opinion sur le côté social de la question ; nous ne pouvons les suivre sur ce terrain, où le sujet a été souvent agité dans la presse et dans les assemblées législatives. Si l'Académie est jamais officiellement consultée à cet égard, il est probable qu'on ne lui demandera qu'une chose, à savoir, quelle est l'influence hygiénique du système cellulaire.

C'est ce qu'a très bien compris M. le Secrétaire perpétuel, qui, pour légitimer le renvoi à la commission, a surtout fait valoir cette considération que l'Académie n'avait pas à porter un jugement sur le système cellulaire, mais simplement à examiner son influence hygiénique.

La question est encore même plus limitée. Il s'agit de savoir si, comme l'assure un médecin de la prison Mazas, le système pénitentiaire suivi dans cette maison a une influence défavorable sur la santé des détenus. M. de Pietra Santa, avec indépendance et courage, contrairement à des enquêtes et à des rapports officiels, M. de Pietra Santa, bien placé pour voir et observer tous les jours et à toute heure, émet une opinion défavorable, et il l'appuie sur des chiffres. M. de Pietra a-t-il bien ou mal vu? Ses résultats sont-ils vrais? Ses chiffres sont-ils réels? Les conséquences qu'il en tire sont-elles légitimes? Il nous semble que là seulement est la question soumise à l'Académie, et que c'est uniquement de cela que la commission doit s'enquérir. La science médicale ne peut avoir la prétention de faire des lois ou même des sytèmes de détention pénitentiaire; son rôle, et il est assez beau, est de fournir des élémens au législateur. C'est ce dernier qui a à examiner quels sont les droits et les devoirs de la Société pour se prémunir contre les inconvéniens de tel ou tel système; c'est lui seul, mais jamais le médecin, qui peut s'élever à ces hauteurs de philosophie sociale d'où on n'aperçoit plus quelques souffrances individuelles, obscurcies qu'elles peuvent être par le bien général. Le médecin doit rester l'avocat de toutes les misères du corps. Partout où il les rencontre il les signale, il cherche à les soulager ou à les prévenir.

C'est à ce rôle, sans doute, que s'est borné M. de Pietra Santa, et c'est de cela que nous le félicitons, sans autre réserve que celle qui pourra résulter de la vérification de ses observations. Il serait même bon et utile que cet exemple fût encouragé par l'Académie. La science médicale a aussi des devoirs, que l'administration reconnaîtrait d'autant mieux, que l'excitation à les remplir partirait d'un corps aussi autorisé que l'Académie. Nos honorables confrères attachés au service pénible des prisons ne se croient pas toujours libres de faire connaître, en dehors du cercle administratif, le résultat de leurs observations. L'exemple de M. de Pietra Santa peut les encourager ; et, à ce point de vue, il y aurait peut-être quelques considérations à faire valoir que nous osons indiquer à l'attention de l'Académie.

Quant au fond de la question, il nous semble juste de faire observer que M. de Pietra Santa n'a eu en vue, dans son travail, que la prison Mazas, et qu'il n'est peut-être pas légitime de lui opposer le beau travail de M. Lélut, travail d'ensemble, fait d'après les résultats observés par lui dans toutes les maisons de détention cellulaire, à l'exception de la prison Mazas, qui ne recevait pas encore de détenus.

Il est néanmoins certain qu'on ne peut s'empêcher de tenir grand compte du mémoire de M. Lélut, dont les résultats généraux sont en opposition formelle avec ceux annoncés par M. de Pietra Santa. Moins de malades, moins de morts, moins d'aliénés, moins de suicides dans les prisons cellulaires que dans les prisons en commun, tels sont les faits qui ressortent de l'enquête rigoureuse à laquelle M. Lélut s'est livré pendant plusieurs années consécutives, et qui avaient décidé le savant rapporteur de la Chambre des pairs, M. Bérenger, à adopter le projet du gouvernement sur la généralisation du système cellulaire à toutes les prisons de la France. Il n'est pas douteux que, sans la révolution de Février, qui survint au moment où cette loi allait être discutée, le projet n'eût été adopté.

Cette question se représentera tôt ou tard, et voilà pourquoi il est bon qu'elle soit reprise par l'Académie, au moins et seulement au point de vue hygiénique. La commission nommée nous donnera certainement un bon travail sur la matière, et M. de Pietra Santa aura eu l'honneur de le provoquer.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — Nécessité de l'étude préalable de la pathologie pour l'intelligence de la clinique. — Caractère des fièvres typhoïdes dans le dernier trimestre. — Contagion de la coqueluche. — Syphilis tertiaire réfractaire à l'iodure de potassium, traitée avec succès par les mercuriaux.

Messieurs,

Sans faire un discours d'ouverture, ce qui n'est point dans mes habitudes, je dois cependant dire à chacun ce qu'il peut espérer trouver en venant ici, et quelles conditions il doit y apporter pour profiter de ce qu'il y entendra. Il existe une très grande différence entre l'enseignement du professeur de pathologie et celui du professeur de clinique. Le premier doit être le miroir fidèle de l'état actuel de la science, au courant de tout ce qui se publie pour l'enseigner à ses auditeurs, une sorte d'encyclopédie parlante; après quoi vient pour lui un autre rôle. Quittant le simple exposé des opinions des autres, il se fait l'homme de sa propre personne, de ses opinions et de ses convictions; de sorte qu'on puisse dire de lui : *Loquitur ad docendum et non ad narrandum.* Pour le professeur de clinique, le rôle est différent : c'est de prime-abord qu'il doit être l'homme de ses propres opinions, de sa croyance médicale; il est entièrement personnel, même dans l'application d'idées qu'il prend autour de lui; et s'il doit se tenir au courant de la science, c'est pour lui-même et non pour en faire l'exposé à ceux qui viennent l'entendre, car ils sont pour lui des pathologistes. Vous comprenez de suite qu'il y a danger à venir entendre un pareil enseignement sans notions suffisantes de la pathologie. Que de choses inintelligibles, étranges même on peut y entendre, à défaut de cette instruction préalable! Si bien que ce serait le cas de dire du professeur et de l'élève : *Barbarus hic ego sum quia non intelligor illis;* soit dit sans blesser personne, car le mot barbare s'applique simplement à l'homme qui vient dans un pays où l'on parle une langue qu'il ne sait pas comprendre. Il faut donc que vous sachiez la pathologie, car je n'ai pas mission de l'enseigner, mais de la contrôler. Les descriptions de maladie bien méthodiques, où les symptômes sont exposés dans un ordre parfait, classés suivant leur importance; la marche et les terminaisons habilement déterminées; ces descriptions, dis-je, ne se trouvent que dans les livres pour la facilité et au grand avantage de l'étude; mais il n'en est plus ainsi au lit du malade : celui-ci apparaît avec un caractère propre, se révèle par son individualité; et si très souvent il apporte une confirmation à ce que nous avons appris, il n'est pas rare non plus qu'il nous force à y faire quelques corrections. Eh bien, mon rôle est de vous montrer, dans une maladie, comment il y a dissidence ou accord avec ce que vous a enseigné la pathologie ; je dois vous guider dans la partie pratique de notre art, et je ne puis le faire qu'avec mes idées propres; bonne ou mauvaise, chaque professeur a une personnalité à laquelle il ne peut mentir : de même que vous ne ferez jamais porter à un arbre d'autres fruits que ceux qu'il est dans sa nature de produire. Eh bien, Messieurs, je ne suis point l'homme des grandes généralités, des abstractions, j'ai instinctivement une répulsion pour la philosophie *médicale*; peut-être, probablement même, parce que je ne la comprends pas assez pour y voir clair ; mais je préfère de beaucoup observer les faits, leurs détails, les rassembler, les grouper, et en déduire quelque théorie simple et pratique.

Quant aux grandes questions qui dominent, comme on dit, toutes les autres, vous ne les verrez pas intervenir dans mon enseignement, et vous n'aurez pas à vous inquiéter de savoir si je suis animiste ou matérialiste; car je ne ferai point intervenir l'âme pour expliquer l'accomplissement des actes physiologiques ou leurs troubles pathologiques. Cela dit, jetons un coup d'œil sur ce qui s'est passé dans nos salles depuis quelque temps.

Aucune affection n'a pris ce caractère de diffusion qui caractérise les épidémies. Parmi les fièvres typhoïdes assez nombreuses, quelques-unes ont été remarquables par la violence des accidens pectoraux, et le diagnostic fut difficile au début, quand la fièvre putride survenait chez des individus atteints depuis cinq ou six jours d'accidens de grippe et de catarrhe. Toutes les femmes grosses de nos salles ont été exemptes de maladie jusqu'à l'accouchement; mais après l'accouchement, nous avons vu la fièvre se prolonger, et chez un certain nombre, se continuer en une véritable fièvre putride.

Nous avons eu une petite épidémie de coqueluche dans nos salles d'enfans; elle y a été introduite par l'admission d'un seul cas; pendant quelque temps, tous les enfans de la salle et ceux qui sont entrés ont pris la coqueluche; puis à un certain moment, bien qu'il y eût huit ou dix enfans au fort de la maladie, nous avons pu en admettre d'autres sans qu'aucun d'eux ait pris la coqueluche, ce qui peut servir, en passant, à prouver que, pour rendre la contagion possible, il est besoin de certaines conditions particulières qui, bien que non déterminées, n'en sont pas moins réelles.

Au n° 6 de la salle des femmes, est une malade atteinte de douleurs de tête très violentes, continues, mais plus fortes pendant la nuit, avec des exostoses sur le coronal et le temporal droit. Le début des douleurs remonte à dix-huit mois; nous avons recherché les antécédens syphiliques primitifs ou secondaires sans rien apprendre à cet égard. Dans l'interrogatoire des femmes, relativement à l'accident primitif, on n'obtient généralement rien, ou bien parce qu'elles ne veulent pas dire la vérité, ou parce qu'elles n'ont pas noté l'existence de l'ulcération infectante; ce qui arrive souvent pour les personnes d'une certaine classe peu soigneuses d'elles-mêmes. Elles ne laissent pas passer aussi facilement inaperçus les accidens secondaires vers la gorge ou vers la peau, et c'est à l'égard de ceux-ci que l'interrogatoire a de l'importance.

Jugeant que nous avions affaire à des accidens tertiaires, nous donnâmes l'iodure de potassium, mais sans résultat. Cet insuccès ne nous fit pas abandonner notre diagnostic, et nous jugeâmes seulement qu'il s'agissait là d'un cas de syphilis tertiaire rebelle à l'iodure.

Ce remède est nouveau, puisque ce fut en 1826 que Wallace, de Dublin, l'employa pour la première fois contre la syphilis constitutionnelle, et que l'iode lui-même n'est connu thérapeutiquement que depuis 1822. En France, M. Ricord formula que l'iodure de potassium était le remède des accidens tertiaires, et avec son immense talent, désirant faire accepter la vérité en l'exagérant dans la forme, proclama la suprématie

exclusive du médicament. Mais il faut bien prendre garde que cette idée exclusive nous empêche, dans les cas analogues à celui que je vous signale, de recourir à une autre médication, au grand détriment du malade. Ainsi, avant l'iodure de potassium, on guérissait les accidens tertiaires avec les mercuriaux, et c'est encore à eux que vous devrez vous adresser dans les cas exceptionnels réfractaires à l'iodure.

Chez la malade, j'ai commencé par donner ce que j'appelle la pierre de touche de la médication mercurielle, 0,05 centig. de calomel en dix prises pendant trois jours de suite; voyant, comme résultat, la cessation des douleurs et une amélioration très sensible, j'en ai conclu que les mercuriaux se trouvaient indiqués, et je donne depuis un mois le proto-iodure de mercure qui a produit une amélioration très considérable. Dans quelques jours, nous abandonnerons le mercure pour l'iodure de potassium, qui, probablement, nous donnera les résultats qu'il nous refusait d'abord. L'économie cesse d'être impressionnée par un agent thérapeutique, de même que, dans l'état physiologique, elle se lasse et n'est plus réparée par un même aliment continué indéfiniment. C'est donc une raison suffisante pour nous faire suspendre l'usage du mercure et nous faire recourir au remède qui nous a manqué au début, bien qu'indiqué par la nature des accidens syphilitiques.

(*La suite à un prochain n°.*) Dr E. ARCHAMBAULT.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU BASSIN (1).

L'observation suivante nous présente un cas de vice de conformation du bassin tellement prononcé, qu'il n'y avait d'autre ressource que l'opération césarienne, qui fut en effet pratiquée, malgré les conditions défavorables de l'hôpital des Cliniques.

OBSERVATION XIII. — *Rétrécissement du bassin. — Diamètre antéro-postérieur : 54 millimètres. — Opération césarienne; mort.*

La nommée Trichon, âgée de 32 ans, domestique, entra à l'hôpital des Cliniques le 25 janvier 1855, au terme de sa première grossesse. Cette femme est d'une stature très petite : sa taille est de 1 mètre 16 centimètres. Cette brièveté tient à la petitesse des membres inférieurs, qui sont gros et courts sans déformation sensible; les membres thoraciques sont également très courts. La colonne vertébrale ne présente aucune incurvation, non plus que les autres parties du squelette : les clavicules seules paraissent plus courbées qu'elles ne doivent l'être. Le racbitisme avait agi chez cette femme en produisant un arrêt de développement, et de là résultait une étroitesse générale du bassin : en outre, l'affaissement produit par la colonne vertébrale avait déterminé une saillie considérable de l'angle sacro-vertébral.

Aucun accident n'était venu compliquer le cours de cette grossesse; il y avait seulement de l'œdème des membres inférieurs; les urines étaient albumineuses. Cette circonstance parut assez inquiétante à M. Dubois, qui a remarqué que les femmes rachitiques sont plus sujettes aux attaques d'éclampsie et a vu souvent cette complication se montrer chez elles avant que le travail ne fût déclaré, avant que les obstacles à l'accouchement ne se soient manifestés. Cependant, aucun accident convulsif ne s'est montré.

La femme Trichon a vu ses règles pour la dernière fois à la fin d'avril 1854; elle croit être devenue enceinte le 25 du même mois. Le 25 janvier, la grossesse paraissait être arrivée à son terme; et les premières douleurs se sont manifestées; cette femme se rend alors à l'hôpital le même jour, 25 janvier. Les douleurs continuent pendant la nuit, et le lendemain 26, au moment de la visite, elle est présentée à M. Dubois, qui l'examine. Il trouve l'orifice de l'utérus dilaté: les bords en sont amincis, les membranes sont intactes et bombent fortement. M. Dubois crut alors devoir attendre encore un peu pour que la dilatation augmentât, quel que fût le parti à prendre.

En étudiant la conformation du bassin, on trouve qu'il est petit dans tous les sens. L'angle sacro-vertébral est saillant en avant. Le diamètre antéro-postérieur sous-pubien donne 7 centimètres 1/2, d'où l'on retrancha 1 centimètre 1/2 à cause de l'obliquité de la direction que suivait le doigt: l'étendue de ce diamètre était, d'après cette évaluation, de 6 centimètres; mais cette mesure était encore supérieure à celle qui existait réellement; nous verrons plus loin quelle était la cause de cette erreur.

M. Dubois hésita un instant dans le choix de l'opération à pratiquer; il y avait deux partis à prendre : créer une voie nouvelle au fœtus par l'opération césarienne, ou réduire son volume par la céphalotripsie; M. Dubois pensa tout d'abord que l'opération césarienne devait être préférée. La dilatation étant peu avancée à ce moment (dix heures du matin), il résolut d'attendre jusqu'à quatre heures. A trois heures et demie, il revint à l'hôpital, et examina de nouveau la femme Trichon : la dilatation avait beaucoup augmenté et les membranes s'étaient rompues; par l'auscultation, les battemens du cœur de l'enfant furent nettement entendus. Dès lors, l'opération césarienne fut décidée, et M. Dubois se prépara à la pratiquer.

La patiente fut conduite à l'amphithéâtre; on la plaça convenablement sur un lit un peu élevé; on lui fit respirer du chloroforme, et après qu'on eût vidé la vessie au moyen d'une sonde, M. Dubois commença l'opération en présence de nombreux assistans. Une incision fut pratiquée sur la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'à la région pubienne, un peu au-dessus de la symphyse du pubis; il fallut ensuite prolonger cette incision un peu au-dessus de l'ombilic. La paroi abdominale était séparée de l'utérus par une certaine quantité de liquide, dont la présence avait été reconnue à l'avance; néanmoins, l'opérateur procéda avec précaution; puis les parois utérines furent incisées, et on arriva à l'enfant qui fut extrait rapidement : il était bien vivant. Les assistans avaient suivi avec émotion tous les temps de cette grave opération. Ce résultat leur causa une satisfaction partagée par l'opérateur, qui voyait bien que c'était là le seul des deux êtres intéressés dans l'opération qui dût y survivre.

Le placenta fut extrait ensuite, ce qui donna lieu à un écoulement de sang assez abondant.

Les lèvres de la plaie utérine furent abandonnées à elles-mêmes, et on réunit celles de l'incision abdominale au moyen de serres-fines assez fortes; on plaça par dessus des gâteaux de charpie, et on appliqua un bandage de corps. Une petite partie de la plaie fut laissée béante en bas, au voisinage des pubis.

La malade, qui avait été soumise aux inhalations anesthésiques, n'eut pas conscience de la douleur, ainsi qu'elle le déclara ensuite; cependant, elle l'exprimait par ses cris; elle avait été surexcitée par ces inhalations, qui n'avaient pas été poussées très loin, parce qu'on se proposait seulement d'atténuer les sensations douloureuses.

Quand l'opération fut terminée, on reconduisit la malade à son lit. Elle était faible, mais l'état général paraissait satisfaisant. On lui fit prendre une petite quantité d'opium en plusieurs doses. La nuit fut assez bonne, la malade dormit un peu; mais, le lendemain matin, sous l'influence de secousses produites par la toux, les lèvres de la plaie abdominale se désunirent malgré les serres-fines, et une anse intestinale sortit à travers cette ouverture béante. M. Hipp. Blot, chef de clinique, fut appelé, il essaya de réduire l'anse herniée, mais, comme elle était considérablement distendue par des gaz, il fut obligé de pratiquer quelques ponctions pour les évacuer : la réduction fut faite ensuite, et les bords de l'incision abdominale furent réunis au moyen de la suture enchevillée.

A la visite du matin, la malade exprimait une souffrance vague; l'abdomen n'était pas très douloureux; le pouls battait 108 fois par minute; à onze heures du matin, elle demanda à boire et fut prise de toux; à ce moment, elle eut une sorte de défaillance, et elle s'éteignit ainsi sans manifester de douleur.

L'autopsie fut pratiquée le surlendemain. Les bords de l'incision furent écartés et on ouvrit largement la cavité abdominale. On ne trouva aucune trace d'inflammation. Il n'y avait pas d'injection du péritoine; on ne trouva non plus aucune trace d'hémorrhagie; un petit caillot seulement se trouvait dans la fosse iliaque. Du reste, il est rare qu'il y ait épanchement sanguin, malgré les probabilités, d'après la disposition des choses; car l'utérus, en se rétractant, ne reste plus à la même hauteur, et la plaie qui intéresse ses parois ne correspond plus à celle de l'abdomen; mais l'écoulement du sang se fait par le vagin, et c'est en partie pour cela qu'il faut attendre que la dilatation de l'orifice utérin soit assez avancée.

En examinant l'étendue des diamètres du bassin, on trouva les mesures suivantes :

Diamètre transverse.	12 centimètres.
Diamètres obliques	11 centimètres.
Diamètre sacro-pubien. . . .	5 centimètres 4 millimètres.

Ce dernier présente une étendue moindre que celle qu'on avait reconnue; cela tenait à l'épaisseur des pubis; mais, en outre, de la partie supérieure de la symphyse pubienne partait une sorte de projection osseuse qui se dirigeait dans le plan du détroit supérieur, et rétrécissait le diamètre antéro-postérieur. Les autres diamètres présentent une étendue moindre qu'à l'état normal, mais la diminution n'est pas proportionnée à celle du diamètre sacro-pubien.

Cette observation a fourni à M. le professeur Paul Dubois l'occasion de traiter une question des plus importantes de l'obstétrique, le choix à faire entre la céphalotripsie et l'opération césarienne dans les cas de rétrécissement du bassin, quand l'accouchement ne peut se terminer par les efforts naturels ou par une application de forceps. Cette question a déjà donné lieu à de nombreuses discussions, et depuis les leçons de M. Dubois, que nous allons rapporter, son opinion a déjà rencontré des contradictions, peu sérieuses, il est vrai.

Dans les derniers siècles, et même au commencement de celui-ci, lorsqu'on se trouvait en présence d'une femme enceinte dont le bassin était trop petit pour qu'on pût espérer un accouchement spontané, ou pour qu'on pût obtenir la délivrance avec des instrumens inoffensifs pour l'enfant, dans ces conditions, disons-nous, on avait recours à des opérations intéressant toujours la mère, et ayant pour but d'augmenter l'étendue des voies naturelles ou d'en créer de nouvelles. La première indication se trouvait remplie par la symphyséotomie, opération à laquelle on avait attaché trop d'importance pendant un certain temps, et qui, depuis, a été justement abandonnée. L'opération césarienne, au contraire, ouvrait une voie nouvelle au fœtus, et les accoucheurs avaient recours presque exclusivement à ce moyen dont on dissimulait les dangers, puisqu'on avait la prétention alors de sauver une femme sur trois. Ce résultat, déjà peu favorable, n'était même pas obtenu.

Les accoucheurs se préoccupaient alors exclusivement de l'enfant; ils savaient qu'en le sacrifiant, ils pouvaient sauver la mère; mais ils n'hésitaient pas, et ils préféraient agir sur elle avec l'espérance presque toujours illusoire de sauver les deux individus.

M. Capuron, un des derniers représentans de cette opinion, disait que le sacrifice de l'enfant par la céphalotripsie était un véritable homicide. Au moment du concours pour la chaire de clinique d'accouchemens, en 1834, M. Dubois, encore sous l'influence des idées dominantes à cette époque, adopta cette manière de voir; et dans les cas où le diamètre antéro-postérieur du bassin n'avait pas plus de 67 millim. d'étendue, M. P. Dubois indiquait comme seule ressource l'opération césarienne; mais l'expérience lui a depuis fait adopter l'opinion contraire.

En supposant même réels les avantages que croient obtenir les partisans de l'opération césarienne, on pourrait encore contester la préférence donnée à cette manière d'agir.

En effet, on a à choisir entre une opération qui fait périr certainement l'enfant, mais qui conserve presque constamment les jours de la mère, et une opération qui, tuant presque certainement la mère, ne donne pas toujours naissance à un enfant vivant. La question, quand on l'examine attentivement, ne peut laisser de doute; il n'y a pas de comparaison à établir entre un être qui vit, qui est attaché à la société par de nombreux liens, et un être qui n'est pas encore né, qui ne tient pas à la société, et dont le berceau est entouré de nombreux dangers.

La science, ici, n'a rien à faire, cette question est une de celles où la conscience doit guider le chirurgien dans le choix de l'opération. Chacun la résoudra d'après ses propres idées, et la discussion ne peut faire changer cette opinion. Toutes les fois que l'occasion s'est présentée, M. Dubois n'a pas hésité à sacrifier l'enfant pour sauver la mère. M. Dubois insiste spécialement sur ce point; il y a quelque temps, une discussion s'est engagée sur ce sujet à l'Académie de médecine; les idées que nous venons d'exposer étaient adoptées à Paris; mais à ce propos, des opinions contraires furent produites venant des départemens et de l'étranger, d'Allemagne et surtout de Belgique; on citait en même temps des cas d'opérations césariennes pratiquées avec succès, et les partisans de cette manière d'agir voulaient en quelque sorte l'imposer aux praticiens de Paris.

Je viens de dire, ajoute M. Dubois, que c'est la conscience qui doit résoudre la question; elle m'a toujours servi de guide, mais je dois ajouter que ma détermination est aussi appuyée par l'observation scientifique et basée sur l'expérience. J'ai admis, comme bien établies, les deux propositions sur lesquelles se fondent les partisans de l'opération césarienne, et cependant, elles sont encore fort sujettes à contestation. Ainsi, ils admettent qu'on peut sauver un certain nombre de femmes par l'opération césarienne; mais, sans vouloir contester les succès obtenus ailleurs, je dois dire qu'ici, à Paris, dans les conditions où nous nous trouvons placés, l'opération a toujours entraîné la mort de la mère. Ils admettent également que, presque toujours, l'enfant est conservé. Il y a encore ici une distinction à établir, car les enfans qui naissent dans la pratique civile se trouvent au milieu d'une famille qui peut leur donner des soins, tandis que ceux qui naissent ici, à la Clinique, se trouvent dans des conditions différentes; ils sont transportés à l'hospice des Enfans-Trouvés, et chacun sait que presque tous les enfans succombent dans cet établissement avant la fin de la première année. Enfin, par l'opération césarienne, on court grand risque de ne sauver ni la mère ni l'enfant, on sacrifie presque certainement la mère, tandis que, par la céphalotripsie, on conserve presque toujours cette dernière.

Mais pourquoi, dira-t-on, avez-vous pratiqué dans ce cas l'opération césarienne, puisque la conscience et l'expérience vous la font rejeter ordinairement? Parce qu'ici nous n'avions pas le choix, ainsi que nous l'avons dit plus haut; on n'avait pas l'alternative de la céphalotripsie ou de l'opération césarienne, parce que le rétrécissement du bassin était trop considérable pour permettre les manœuvres nécessitées par la première opération. Il nous a fallu recourir ici à l'opération césarienne, malgré la certitude presque complète de voir périr la mère : aussi n'avons obtenu ici que le seul résultat qu'il nous fût réellement permis d'espérer. Cette enfant est née vivante et bien portante; elle ne sera pas envoyée à l'hospice des Enfans-Trouvés; nous la placerons au contraire dans des conditions favorables à sa santé et à son développement.

(*La suite à un prochain n°.*) JULES ROUYER.

(1) Voir les numéros des 26 Décembre 1854, 20 Février, 8, 23 et 27 Mars 1855.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE.

DU FER DANS LES URINES NORMALES ET DANS LA SUEUR;

Mémoire de MM. VIALE et LATINI, professeurs à l'Université de Rome.

MM. les professeurs Viale et Latini ont, dernièrement, publié, dans la *Correspondance scientifique de Rome*, un mémoire important sur l'existence du fer dans les urines et dans la sueur. Les conclusions qu'ils en ont tirées et que reproduit le numéro de ce journal, nous ont paru mériter l'attention des savans.

Quant au sujet de ce mémoire, il est vrai de dire qu'en 1841, Donné annonçait à l'Académie des sciences de Paris qu'une certaine quantité de fer existait dans les urines normales. Mais cette assertion n'étant pas soutenue par des preuves et des expériences, n'obtint pas l'approbation des chimistes, et fut même combattue par Becquerel et Lhéritier.

A ce sujet, les auteurs du mémoire firent d'abord des expériences sur les urines de deux femmes chlorotiques, qui, quelques jours avant, avaient été traitées au moyen de préparations ferrugineuses. Ces urines furent soumises à l'action du feu, et le charbon qui en résulta, traité par l'acide chlorhydrique allongé, puis avec le cyanure de potassium et de fer jaune, ne donna aucune réaction. Afin de détruire toute molécule organique adhérente, une autre partie de ce même charbon exposée à un feu ardent fut également traitée par l'acide chlorhydrique, et la solution qui en résulta, après avoir été filtrée et évaporée, offrit, sans qu'on eût employé de cyanures, une coloration bleue dans le résidu sec. Les premiers essais engagèrent MM. Viale et Latini à faire des expériences de comparaison pour connaître s'il y avait du fer dans les urines normales.

Trois onces d'urine d'un homme sain qui n'avait pris aucune prépa-

ration ferrugineuse furent soumises à l'épreuve : ayant acquis d'abord la consistance du miel, elles furent réduites en charbon au feu d'une lampe à esprit de vin, et mises ensuite dans un creuset fermé. Le charbon qui en résulta fut mis dans de l'eau distillée, acidulée d'acide chlorhydrique très pur, puis exposé au feu d'une lampe à esprit de vin jusqu'à ébullition, prolongée pendant quelques minutes ; après quoi l'on passa le tout au filtre préalablement mouillé d'acide chlorhydrique allongé. Quelques gouttes de cyanure jaune de potassium et de fer furent versées sur le liquide devenu clair et froid, et l'on obtint une couleur bleue avec un précipité abondant de la même couleur. Cette première expérience indiquait la présence du fer. Les épreuves de comparaison faites par les professeurs susdits démontrèrent ensuite jusqu'à l'évidence que l'effet de ces réactions n'appartenait pas à la décomposition du cyanure de fer et de potassium employé, mais plutôt à l'existence du fer dans les urines.

Les observations coïncidaient avec ce qui avait été plusieurs fois remarqué par ces professeurs, et par d'autres chimistes distingués. En effet, sans faire mention de l'oxyde de fer trouvé par Reel dans le conduit thoracique d'un homme pendu, et par Simon dans le chyle de trois chevaux nourris d'avoine et de petits pois, nous rappellerons que Thenard avait constaté la présence de ce métal dans la sueur, et les auteurs de ce mémoire avaient déjà trouvé des traces de fer très évidentes dans la masse musculaire du cœur, dans le foie, la rate, les os, et surtout dans l'ivoire après les avoir réduits en cendres. En effet, si les boissons et les alimens contiennent de petites parcelles de sels de fer, si ces substances se retrouvent dans le sang qui les dépose sur le parenchyme des organes, il sera juste de dire que le fait énoncé par MM. Viale et Latini s'accorde parfaitement avec les lois de l'économie animale ; car il répugne à la raison d'admettre qu'il puisse s'accumuler dans notre sang une si grande quantité de fer sans admettre en même temps une voie d'élimination.

Nous ne nous arrêterons pas ici à rapporter les nombreuses expériences faites avec beaucoup de précision, au moyen desquelles lesdits professeurs parvinrent à reconnaître l'existence du fer dans les urines, et à en constater l'exacte quantité qu'ils évaluent dans celles qu'un homme adulte rend dans les vingt-quatre heures 0,0279014 + 0,0279014 = 0,0558028 grammes. Nous ajouterons seulement qu'ils voulurent s'assurer si un autre métal, qui s'allie souvent au fer, c'est-à-dire le manganèse se retrouvait aussi dans les urines normales. Pour y parvenir, on fit une solution dans l'eau d'une certaine quantité de sulfate de fer, et la solution évaporée à siccité fut reprise ensuite avec l'eau distillée. Suivant la méthode de Trum, ils mirent dans un tube de verre de l'acide de plomb, puis de l'acide nitrique allongé, et enfin la solution de fer qui devait être explorée. Le tube ayant été exposé à l'action d'une lampe à esprit de vin, et la réaction vive qui a lieu lorsque l'acide de plomb se trouve uni à l'acide nitrique, ayant cessé, l'on vit s'élever du liquide une couleur rosée, indice certain d'une quantité, quoique infiniment petite, de manganèse dans les urines.

Par d'autres expériences MM. les professeurs Viale et Latini purent constater aussi la quantité d'ammoniaque qui est contenue dans les urines. Ils en reconnurent une quantité plus grande que n'en trouvèrent Liebig, Berzélius et Boussingault, puisque, sur 20 millimètres de liquide, ils obtinrent 0,027405 grammes d'ammoniaque.

Pour ce qui concerne la sueur, ce fluide sécrété qui ne diffère pas beaucoup de l'urine quant aux principes constitutifs dont il est composé, l'existence du fer y avait été remarquée par Thénard et par Anselmin. Les professeurs Viale et Latini en soupçonnèrent l'existence par la couleur que prend la peau mise en contact avec le cuir tel qu'on l'emploie pour les chaussures, et de ce seul indice ils conclurent que l'emploi de l'acide tannique aurait pu résoudre la question, et détruire les difficultés qui s'y opposaient. Pour soumettre cette conjecture aux épreuves de l'expérience, ils prirent une petite bourse carrée de drap, avec une ouverture interne de deux pouces également carrés. Ce tissu préalablement délivré de toute partie de fer qu'il pût contenir au moyen d'une solution d'acide chlorydrique et avec de l'eau distillée, fut rempli d'acide tannique, et suspendue au cou d'une personne de manière à la lui faire tomber sur la poitrine. L'expérience dura un mois ; au 20e jour, la partie de la flanelle superposée à la petite bourse prit une couleur bleue foncée, laquelle dissipée avec l'acide oxalique fit reconnaître l'existence du fer dans la sueur.

Au 31e jour, la même petite bourse fut exposée dans un creuset et pendant une heure à la chaleur d'une lampe à esprit de vin. Le résidu qui se forma au fond fut dissous dans l'eau acidulée d'acide chlorhydrique très pur.

La solution fut filtrée après avoir été lavée avec l'acide chlorhydrique allongé, dont l'excédant fut diminué par l'union de l'ammoniaque jusqu'à ce que la solution pût réagir légèrement sur le papier de tournesol ; alors on ajouta quelques gouttes de sulfo-hydrate d'ammoniaque, et l'on eut en effet un abondant précipité d'une couleur foncée.

La solution fut filtrée, et l'on versa d'abord de l'eau distillée, puis de l'alcool bouillant sur la partie insoluble. Une fois le sulfure de fer délivré de tout mélange d'avec le soufre, l'on procéda à l'évaluation de son poids qui était de 0,036500 grammes.

Ainsi, d'après les calculs et les déductions nécessaires, l'on pourrait en conclure que la quantité de fer que perd notre corps, par suite des diverses sécrétions, s'élève pendant le cours de trente-et-un jours, à 41 degrés 53'54" de latitude, dans le mois le plus chaud de l'année, et sur un homme d'un âge mûr, s'élève, dis-je, à 1,58757 grammes, tandis que celle que l'on rend pendant vingt-quatre heures est de 0,1512420 grammes.

Il ne restait plus qu'à reconnaître, ajoutent les auteurs du mémoire, si le fer que l'on retrouve dans la sueur est uni au manganèse, ainsi que nous l'avons constaté dans les urines. C'était une entreprise difficile, et la petite quantité de fer n'était pas propre à nous rassurer sur le succès de cette expérience. Cependant nous étant servi, comme pour décomposer les urines, de la méthode de Trum, une légère teinte rosée que la réaction nous fit reconnaître, nous engageait plutôt à admettre qu'à rejeter la présence de ce métal.

De tout ce qui précède l'on peut conclure :

1° Qu'il y a toujours une certaine quantité de fer dans les urines normales ;

2° Qu'elle est égale dans les vingt-quatre heures à 0,0558028 grammes ;

3° Qu'une quantité remarquable de fer est contenue dans la sueur ;

4° Qu'au 41°53'54" de latitude, le fer qui se reproduit dans la sécrétion du système cutané est pendant les vingt-quatre heures de 0,0512120 grammes ;

5° Que, pendant le mois le plus chaud de l'année, l'homme d'un âge mûr perd dans les vingt-quatre heures, par l'effet de l'une et de l'autre sécrétion, 0,1070148 grammes ;

6° Que ce métal, contenu dans les urines et dans la sueur, est probablement uni au manganèse, comme il l'est dans les os ;

7° Que le fer fait probablement partie des molécules organiques dans les urines et dans la sueur ;

8° Que la couleur bleue, qu'on remarque quelquefois dans les urines et celle que prend la peau dans certaines maladies, pourrait être attribuée à une modification de l'action moléculaire organique dans ses principes constitutifs, probablement due au passage de l'état de cyanate à celui de cyanure (1) ;

9° Que le fer que l'on rend par la sueur dans l'été est moindre que celui que l'on perd par les urines de 0,0035908 grammes ;

10° Que le carbone rendu par les urines en un jour, sans compter celui qui est enlevé par les carbures d'hydrogène et par les oxydes de carbone, est égal à 4,092 grammes ;

11° Que l'ammoniaque qu'on peut séparer de ce produit de la sécrétion urinaire est égale à 2,05536 grammes ;

12° Que ce même liquide contient une huile empyreumatique qui, après avoir été distillée à sec, répand une odeur de musc très sensible à l'odorat ;

13° Que les urines contiennent des parties de manganèse ;

14° Que l'on a des raisons pour admettre plutôt que pour exclure la présence de ce dernier métal dans le produit de la transpiration.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Avril 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance comprend :

Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, suivie d'une notice du docteur Blouquier, sur les eaux minérales de Fonsanche (Gard). Renvoyé à la commission des eaux minérales.

— Une deuxième lettre accompagnant le compte-rendu des maladies qui ont régné dans le département de la Moselle pendant l'année 1854, et trente-et-un rapports adressés par les médecins cantonaux chargés du service des épidémies dans le même département. (Commission des épidémies.)

— Un travail du docteur Philippe, intitulé : Quelques considérations pratiques sur l'épidémie de choléra et sur les fièvres cholériques qui ont régné à Batna (Algérie, province de Constantine), dans le courant de l'été 1854. (Commission du choléra.)

— Une observation de résorption du placenta, par le docteur Sabatier, médecin de l'hospice de Bédarieux. (M. Depaul, rapporteur.)

— Un mémoire qui a pour titre : Nouvelles observations sur la revaccination, par M. Andre Margras, de Nancy. (Comm. de vaccine.)

— Un travail du docteur Mangin, de Lamarche (Vosges), sur un cas de résorption de la substance calcaire des os de l'avant-bras, à la suite d'une fracture du cubitus, maladie qui a nécessité l'amputation du bras au-dessus du coude. La pièce anatomique est jointe à l'observation. (Comm. MM. Gerdy et Barth, rapporteur.)

— Une lettre du docteur Maslieurat-Lagemard, qui présente à la commission du prix Itard son mémoire sur la trachéotomie.

— Une lettre de M. Brierre de Boismont, qui annonce sa candidature à la place vacante dans la section d'hygiène.

— L'envoi d'un trocart modifié (plat et recourbé), proposé par M. E. Lecoq, élève en médecine, pour l'opération de la cure radicale des hernies. (Comm. MM. Velpeau et Jobert.)

— M. Collineau, au nom d'une commission composée de MM. Londe et Collineau, lit un rapport sur un travail de M. le docteur de Pietra Santa, relatif à *l'influence que l'emprisonnement cellulaire exerce sur la santé des détenus*. Les conclusions de ce rapport sont : que ce mode d'emprisonnement est incompatible avec le caractère national ; qu'il devrait être réservé pour des cas spéciaux, ceux de prévention, par exemple ; que l'influence fâcheuse qu'il exerce sur le moral des détenus s'oppose à son application générale.

M. Guéneau de Mussy : Il est une idée qui me préoccupe bien vivement, et que je regrette de ne pouvoir développer ici longuement. Il me semble, et ce reproche peut être adressé également au rapport que vous venez d'entendre, il me semble qu'on envisage généralement les détenus comme des hommes coupables et dangereux, et qu'on oublie qu'ils sont susceptibles aussi d'être moralisés. Or, l'emprisonnement en commun, c'est le moyen non seulement de punir, mais encore de corrompre, c'est une école mutuelle d'immoralité et de crime ; ceux qui y entrent pour des délits correctionnels en sortent pour figurer sur les bancs des assises ; chaque jour fournit la preuve de cette triste vérité. Pour empêcher cet état de choses, il n'y a qu'un remède, c'est la prison solitaire. Entourons de certaines précautions cette mesure essentielle, à mon sens ; prévenons les dangers qu'elle peut entraîner, c'est bien. Mais n'oublions pas, encore une fois, que la société a mission pour punir et non pour corrompre.

M. Londe : L'isolement n'est pas fait pour corriger un malfaiteur, et j'estime que le laisser en face de lui-même, c'est le laisser en fort mauvaise compagnie.

M. Moreau : Je m'associe à la pensée si bien exprimée par M. Guéneau de Mussy, et j'ajoute comme un autre inconvénient de l'emprisonnement en commun, l'impossibilité où elle met le condamné à rentrer dans la vie honnête une fois qu'il a subi sa peine. Que dans de telles circonstances, il vienne à être rencontré et reconnu par un de ses compagnons de prison, celui-ci le fait *chanter*, pour employer le terme des bagnes, et lui extorque tout ce qu'il possède en le menaçant de le dénoncer.

M. Baillarger : J'ai entendu M. Londe dire que, mis en face de lui-même, un malfaiteur était en mauvaise compagnie. Mais il n'a jamais été question d'isoler les détenus à ce point. Le système cellulaire français voulait précisément qu'ils fussent en contact avec les employés, les aumôniers, les visiteurs, etc., la communication des criminels entre eux est seule rigoureusement interdite. Dans l'application, ce sont les moyens matériels qui ont manqué pour se conformer toujours à ce principe.

Quant aux accusations dirigées contre la prison cellulaire, ce n'est pas la première fois qu'elles se produisent, et il y a été déjà répondu. C'est un point dont j'ai fait une étude toute spéciale il y a près de quinze ans. Lorsque le système eut été mis en usage en Amérique, un des inconvéniens qui ont été signalés tout d'abord, c'était que, sous son influence, les détenus perdaient la raison ; mais un médecin dont le nom m'échappe, a fait, à cet égard, un travail fort consciencieux : il a eu soin d'examiner les prisonniers à leur entrée dans le pénitencier, et de s'assurer de leur état mental. Or, le résultat de ses recherches a été que, chez un certain nombre, il y avait un véritable dérangement de l'intelligence.

Sans cet examen fait à l'entrée, tous ces cas d'aliénation auraient infailliblement été rapportés à l'influence de l'isolement.

Des conclusions entièrement semblables ont été tirées par un médecin de Lausanne, M. Pellis, très avantageusement placé pour faire, à cet égard, des observations concluantes, puisqu'il était à la fois médecin des prisons et de l'asile des aliénés. Comme précédemment, l'aliénation mentale, bien confirmée ou existant à l'état de germe, a été notée chez un certain nombre de prisonniers.

Déjà, en 1840, j'avais cherché à établir que, toutes choses égales, d'ailleurs, on devait rencontrer parmi les prisonniers beaucoup plus d'aliénés que dans la population libre. Or, c'est ce qu'a démontré depuis M. Lélut. Il résulte, en effet, des recherches faites dans les maisons centrales, que la proportion des aliénés est six fois au moins plus forte que dans la population libre.

Vous voyez que toutes ces considérations répondent en grande partie, aux objections soulevées quant à l'influence de l'isolement sur la raison des détenus.

Je termine en adoptant complétement les idées énoncées par M. Guéneau de Mussy et j'ajoute que, dût-on mettre sur le compte de l'isolement quelques faits d'aliénations mentales qui se rattachent réellement à l'influence qu'il exerce sur l'esprit des détenus, ce ne serait pas encore une raison suffisante pour rejeter le système dont il s'agit ; la société a le droit de se garantir contre le crime, et le crime s'apprend dans la prison commune. De même, il a été prouvé, il y a sept ou huit ans, que le chiffre de la mortalité était plus grand dans les maisons de détention que dans la population saine, et cependant nul n'a songé, certes, à supprimer les maisons de détention en raison de cette circonstance.

M. Gibert : Je regrette que la commission se soit laissé entraîner à traiter la question au point de vue philosophique ; mieux eût valu la restreindre à ce qu'elle a de purement médical. Il est tout un côté de cette question qui ne nous regarde pas, du moins comme médecins.

Le rapport dit que le système cellulaire est incompatible avec notre caractère national, qu'il est mal supporté ; comment dès lors peut-il conclure à appliquer l'isolement aux cas de simple prévention ? Ce serait infliger une punition des plus pénibles, fût-elle même très courte, à des individus dont la culpabilité n'est pas démontrée. M. Baillarger nous a bien dit que la séquestration n'était pas absolue, mais il a ajouté aussi que des exigences matérielles s'opposaient à ce que les détenus fussent mis en communication avec les visiteurs, ce qui revient, en somme, à une réclusion complète.

Comme il s'agit ici d'une opinion particulière et non d'un avis qui engage la responsabilité de l'Académie, je propose à M. le rapporteur de retrancher ce qu'il a dit de l'isolement réservé aux cas de prévention.

M. Dubois (d'Amiens) : Je ne saurais partager le sentiment de M. Gibert, et, selon moi, l'Académie engagerait gravement sa responsabilité en s'associant par un vote à la pensée que la commission formule dans les conclusions du rapport. De ces conclusions, les deux premières semblent contradictoires, puisque la première déclare le système cellulaire incompatible avec le caractère national (chose qui, d'ailleurs, me paraît assez difficile à affirmer), et que la deuxième en conseille l'application dans certains cas spéciaux. La troisième conclusion, qui établit les inconvéniens de la réclusion au point de vue de l'hygiène des détenus, est la seule réellement médicale, la seule qui me semble devoir être conservée.

M. Londe demande que la discussion soit ajournée à la séance prochaine.

M. Dubois : Je propose de renvoyer le rapport à la commission, afin qu'elle en modifie les conclusions.

M. Desportes : Des hommes sages, éclairés, qui envisagent et le passé et l'avenir, doivent considérer comme dangereux de biffer l'institution de l'emprisonnement cellulaire, sans y avoir d'abord mûrement réfléchi. On dit que ce système n'est pas français. C'est une erreur ; il est né en France, c'est de France qu'il a passé en Angleterre, où il a produit les plus heureux changemens dans la moralité des détenus. Qu'on

(1) Dans le choléra asiatique, les médecins ont surtout constaté trois conditions morbides, savoir : l'oxygénation du sang diminuée, le refroidissement du corps, la suppression des urines, la couleur bleue du système cutané ou la cyanose. La température du corps est diminuée, parce que les 1,015 gram. d'oxygène ordinairement absorbés dans les vingt-quatre heures par un homme sain ne se combinent plus avec le carbone, quelle que soit la forme sous laquelle cet élément se trouve combiné dans le corps humain ; l'oxygénation du sang ne s'effectue pas en grande partie ; dès lors la même quantité d'oxygène n'étant pas consommée dans un temps préfixé, le degré de chaleur doit proportionnellement diminuer. L'urée, qui est un des principaux produits de l'oxygénation du sang, c'est-à-dire de la combinaison de l'oxygène avec le carbure d'azote (cyanogène) et avec l'ammoniaque, ne doit pas se former du tout, ou bien elle ne doit se produire qu'en très petite quantité. Car les reins ne peuvent pas séparer du sang un produit qui n'y existe pas, si, comme Stols, on veut admettre son existence dans ce liquide. Dès lors le carbure d'azote qui, par sa combinaison avec le fer constitue la molécule organique, ne passant pas à l'état d'oxyde, c'est-à-dire ne pouvant pas être brûlé, doit former un sesqui-cyanure de fer, d'où résulte la couleur bleue ou la cyanose.

ne vienne pas vanter les avantages de l'ancien système, on sait à quoi s'en tenir à cet égard; qu'on ne cherche pas non plus à attaquer, par une simple assertion qui, d'ailleurs, n'est pas fondée, un système qui doit être regardé comme un véritable bienfait, comme un service rendu à la société. Les inconvéniens de la prison cellulaire ne lui sont pas inhérens, ils viennent de ce que, dans l'application, on est sorti des conditions primitives; les détenus ne sont pas visités assez souvent; la disposition des cellules est telle, qu'ils ne peuvent voir le prêtre officier, comme cela devrait avoir lieu. Il y a encore bien d'autres inconvéniens auxquels il faudrait remédier; aihsi, entre autres, les fosses d'aisances y sont si mal construites, que des vapeurs infectes viennent à chaque instant corrompre l'air de la prison. Est-ce par hasard encore la faute du système cellulaire?

M. Baillarger : Je me rappelle que la question du système cellulaire a déjà fait l'objet d'un rapport, dont les conclusions étaient favorables à ce mode d'emprisonnement. Il serait fâcheux qu'à dix ans d'intervalle on fît émettre à l'Académie deux opinions contradictoires. Je me joins, en conséquence, à la proposition de M. Dubois, mais je demanderais en même temps qu'on y adjoignît quelques autres membres.

M. Adelon : Comme M. Baillarger, je crois la question assez grave pour mériter un examen approfondi. J'ai fait partie, avec Esquirol, d'une commission qui avait à examiner l'influence de la prison solitaire sur le développement de la folie, et ses conclusions furent *négatives*.

Au surplus, j'engage l'Académie à ne pas se prononcer pour ou contre dans un moment où se prépare une réforme du système pénitencier, et où son vote pourrait influer sur l'adoption de telle ou telle mesure.

M. Ségalas demande la fusion de l'ancienne commission et de la nouvelle.

M. le Président consulte l'Académie, qui adopte :

1° Le revoi du rapport à la commission ;

2° L'adjonction à cette commission de MM. Moreau, Guéneau de Mussy, Baillarger, Ségalas, Ferrus.

— M. Robinet lit un rapport sur une note de M. Berthé, relative au moyen proposé par ce pharmacien pour reconnaître *les falsifications dont l'huile de foie de morue est souvent l'objet*. La réaction de l'acide sulfurique donne des signes utiles, mais non pas absolument caractéristiques, pour distinguer les huiles végétales et les huiles de poisson, de l'huile de foie de morue.

M. Robinet donne ensuite lecture d'une série de rapports sur divers remèdes secrets, proposés comme spécifiques du choléra. Les conclusions, toutes défavorables, sont mises aux voix et adoptées.

M. Larrey observe que tous ces remèdes sont proposés par des personnes qui exercent la médecine illégalement. Ne serait-il pas de la convenance et du devoir de l'Académie de signaler ce fait à M. le ministre, et de l'inviter à regarder comme anéantie d'avance toute communication faite dans de telles conditions?

M. Robinet : Nous le faisons chaque fois qu'il s'agit de guérisseurs exploitant leurs prétendus spécifiques; mais nous usons d'indulgence envers les personnes qui vantent leurs recettes de bonne foi et sans pensée de lucre, comme cela arrive quelquefois.

— M. Rousseau, chirurgien en chef de l'hôpital d'Epernay, lit une observation de *grossesse extra-utérine abdominale primitive, guérie par la gastrotomie*.

Pendant les premiers mois de la grossesse, la femme avait ressenti dans la partie gauche de l'abdomen quelques douleurs passagères; un peu plus tard, il y eut, pendant vingt-quatre heures, du ténesme vésical. Les règles étaient supprimées. Neuf mois après l'époque présumée de la conception, les mouvemens du fœtus, qui s'étaient fait sentir plus tôt et plus fortement que dans une grossesse antérieure, cessent d'être perçus. Peu de temps après, il se fait par la vulve un écoulement notable de sang, et pendant quinze jours, la sécrétion du lait, dont le commencement avait coïncidé avec la cessation des mouvemens du fœtus, augmente d'activité. A ce moment, surviennent des troubles de la digestion et de la santé générale, de la fièvre, de l'amaigrissement, et la malade entre à l'hôpital d'Épernay le 31 octobre 1852. En novembre, on pratique successivement six cautérisations avec un cautère cultellaire sur la région iliaque gauche où la tête était sentie; le 6 décembre, on achève avec le bistouri la section de ce qui restait encore à diviser pour pénétrer dans la cavité de l'amnios; la tête du fœtus est ouverte; on enlève les os de la voûte et la substance cérébrale; le placenta et les membranes sont laissés en place. L'opération s'exécute sans ouverture du péritoine; il ne survient pas de péritonite; mais il se déclare une phlébite des deux bras. On pousse dans la cavité amniotique des injections émollientes d'abord, puis chlorurées; sulfate de quinine. L'inflammation des veines du bras se termine par la guérison. La capacité de l'amnios décroît de jour en jour. Le placenta continue à vivre, et prend part à la cicatrisation qui marche rapidement; la plaie extérieure se rétrécit et se réduit bientôt à une petite fistule.

Après avoir signalé les particularités les plus remarquables de ce fait, M. Rousseau termine par cette conclusion : toutes les fois qu'en pratiquant la gastrotomie pour un cas de grossesse extra-utérine, on trouvera le placenta et les membranes non détachés, il faudra les laisser en place.

(Le travail de M. Rousseau, et le fœtus qu'il met sous les yeux de l'Académie sont renvoyés à une commission composée de MM. Moreau et Depaul.)

— M. Poggiale, pharmacien en chef et professeur de chimie au Val-de-Grâce, donne lecture d'un travail intitulé : *De l'origine du sucre dans l'économie animale*, et dont voici les conclusions :

1° Le sucre peut se former dans l'économie aux dépens des alimens azotés et peut-être des corps gras.

2° L'alimentation absolue à la graisse ne semble pas diminuer la proportion de sucre dans l'organisme.

3° Les alimens amylacés se transforment en sucre par l'action digestive.

4° Chez les animaux nourris avec des matières amylacées, le sang de la veine porte contient une quantité considérable de sucre.

5° Chez les animaux nourris avec de la viande, il n'existe pas de sucre dans la veine porte; on en trouve au contraire en quantité notable dans les veines hépatiques, dans la veine cave inférieure et même dans le sang artériel.

6° Le sang de la veine porte des animaux soumis à l'abstinence complète, ne contient pas de sucre.

7° Par conséquent, on est bien obligé d'admettre que chez les animaux nourris avec des matières azotées et de la graisse, la production du sucre a lieu dans le foie.

PRESSE MÉDICALE.

Maladies mentales (*De la saignée dans les*); par M. Earle. — Après s'être livré à l'examen des différentes opinions des auteurs sur cette question, et d'après le résultat de sa propre expérience, M. Earle est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La folie, sous quelque forme qu'elle se présente, n'est pas en elle-même une indication pour la saignée ;

2° Son existence est, au contraire, par elle-même, une contradiction; par conséquent, la personne qui est atteinte de folie devrait être, toutes choses étant égales d'ailleurs, moins saignée que celle qui n'est pas atteinte de folie;

3° L'état habituel du cerveau dans la manie n'est pas une inflammation active, mais une espèce d'excitation, d'irritablilité ou d'irritation résultant peut-être le plus fréquemment ou étant accompagnée d'anémie, de débilité ou d'une prépondérance anormale des fonctions nerveuses sur les fonctions circulatoires, plutôt que d'être liée à la pléthore ;

4° L'excitation à la fois mentale et physique produite par cette irritation peut, dans la plupart des cas, être calculée d'une manière permanente, et sa cause radicale éloignée par d'autres moyens d'une manière plus prompte que par les saignées;

5° Toutefois, la folie peut exister avec un état tel que la pléthore, une tendance à l'apoplexie ou à la paralysie, et quelquefois avec une congestion sthénique ou une inflammation qui exigent les émissions sanguines ;

6° La phlébotomie dans les affections mentales ne doit pas être abandonnée d'une manière absolue, quoique les cas qui l'exigent soient très rares ;

7° En règle générale la saignée locale est préférable à la saignée générale;

8° Dans bien des cas où l'indication d'une déplétion directe n'est pas urgente, mais où la saignée, particulièrement locale, peut être pratiquée sans dommage, il est plus sûr et plus convenable d'employer d'autres moyens qui régularisent la circulation et accélèrent les sécrétions et les excrétions ;

9° Les conditions physiques qui exigent la saignée existent plus souvent dans la manie que dans aucune autre forme d'aliénation mentale ;

10° La folie qui suit l'accouchement, toutes choses étant égales, doit être traitée par la saignée plus fréquemment que celle qui a son origine dans d'autres causes ;

11° Si le désordre mental est le résultat direct d'une lésion de la tête, le traitement doit être dirigé du côté de la blessure ou des effets physiques, et non spécialement du côté de l'état mental ;

12° Dans beaucoup de cas où la folie s'accompagne de symptômes physiques, et dans quelques cas où elle a l'aspect d'une frénésie aiguë, des stimulans actifs peuvent seuls sauver le malade et une déplétion directe de la circulation est presque certainement fatale. — (*The American journal of insanity*, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 12, 1855.)

Quinquina sur l'utérus fécondé ou non (*Influence du*); par M. Cochran. — M. Cochran a constaté que le quinquina et les sels de quinine exerçaient une influence sur l'utérus; que chez les femmes qui étaient sous son influence, si elles étaient à l'époque menstruelle, elles se plaignaient souvent de la surabondance de l'écoulement. Dans quelques cas, il semble avoir la propriété de hâter leur apparition, si on l'administre juste avant le retour; il a vu aussi ce médicament provoquer leur retour lorsqu'elles étaient subitement supprimées par le froid, etc. Il est pleinement convaincu que le quinquina ou le sulfate de quinine combinés avec le fer est un remède populaire dans beaucoup d'affections utérines, tels que l'aménorrhée, ou la suppression des règles, ou la médication tonique est indiquée. Il est utile aussi dans beaucoup d'autres dérangemens de l'utérus, comme la dysménorrhée, la ménorrhagie, la leucorrhée, etc., ou ces désordres sont liés à un état de débilité ou d'anémie du système.

Une circonstance importante liée à l'action du quinquina, et qui peut probablement jeter quelque lumière sur son mode d'action sur l'utérus, est que, lorsqu'il est administré à hautes doses et fréquemment répété, il défibrine le sang, le rend fluide et incoagulable; ce fait a été clairement établi par les expériences des docteurs Baldwn, Mélier, Briquet et autres autorités respectables.

Peut-on administrer librement et sans distinction le quinquina ou ses sels aux femmes enceintes et peut-on le faire impunément? Lorsqu'une femme est attaquée par la fièvre peut-on rester les bras croisés et permettre à la maladie de faire des progrès, ce qui amène souvent l'avortement, ou, ce qui est encore pis, la mort probable de la malade? Dans de tels cas, M. Cochran veut qu'on administre le quinquina aussi hardiment et aussi librement que le cas l'exige, parce qu'alors on substitue un mal moindre en vue d'en éloigner un plus grand. Mais, s'il est permis d'apporter quelque restriction à l'usage de cet agent, il admet, dit-il, celui qui est dicté par la raison, l'expérience et la conscience, savoir que, dans le cas où la fièvre survient chez une femme enceinte délicate, nerveuse et d'une grande sensibilité, si cette fièvre est modérée et n'offre pas de danger, on doit employer un substitutif, surtout si elle est prédisposée à l'avortement. — (*Charleston medical journal* et *Gazette méd. de Paris*, n° 12, 1855.)

Remarques sur la relation qui existe entre le choléra, la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente. — Sous ce titre, l'auteur, inconnu, donne d'abord la description d'une épidémie de choléra qu'il a observée dans un district de la Lithuanie russe, en 1853 et 1854. Puis il relate une épidémie de fièvre intermittente à forme particulière, développée en l'été 1854. Le choléra sévissait dans les alentours, et tout le monde avait peur d'une nouvelle invasion (il avait envahi cette contrée l'année précédente); cette circonstance, ainsi que la ressemblance des symptômes avec ceux du choléra, avaient d'abord induit en erreur le médecin lui-même. En effet, les malades se plaignaient de malaise, de froid des extrémités, de cyanose du bout des doigts, de gargouillemens, de vomissemens, de diarrhée et de tiraillemens dans les cuisses, provoqués en partie du moins par la peur; pouls petit; peau froide, mais non paralysée. Des applications chaudes et de l'huile de ricin furent ordonnées, et bientôt le médecin fut fort étonné de voir tout se dissiper après l'invasion de chaleur et de sueur. Mais le troisième et le cinquième jour, les mêmes accidens se reproduisirent. Il faut noter que, dans le milieu de l'été, les fièvres intermittentes sont plus rares dans cette contrée. L'auteur ne dit malheureusement rien de la topographie médicale du pays; mais il résulte de différentes assertions que cette affection y est fréquente. Ce qui caractérise surtout cette maladie, c'étaient sa marche et ses suites. Les hommes les plus robustes étaient tombés si bas après trois accès, qu'ils ne pouvaient plus se promener dans la chambre, et que, malgré une bonne nourriture et l'administration de quinine et de fer, ils ne se rétablissaient qu'après des mois. C'étaient encore là les cas légers et favorables; car, après deux accès, la plupart dégénéraient en fièvre typhoïde plus ou moins grave, avec complication cérébrale, pectorale ou abdominale. L'hypertrophie de la rate était considérable dès les premiers jours. Les exacerbations de la fièvre intermittente se montraient clairement, même dans les typhoïdes les plus violentes, continuaient souvent après la guérison de la dernière, et exigeant pendant des mois les préparations de quinquina. Dans quelques cas, la typhoïde était lente, sans délire, sans symptômes abdominaux violens, mais avec fièvre, peau et langue sèches, la dernière moins; alternativement diarrhée et constipation; hypertrophie considérable de la rate, et finalement maladie de Bright. Dans la plupart des cas, l'urine était albumineuse pendant quelques jours, et perdait ce caractère après des sueurs et la présence de phosphates terreux dans l'urine. Le traitement était simple: au commencement, du calomel pendant un ou deux jours, dans les cas graves; puis des infusions amères avec du nitrate de soude, du quinquina, ordinairement en substance; et à la fin, du fer et des extraits amers, surtout celui de noix vomique, 1/8me de grain.

En même temps que cette forme compliquée, il existait beaucoup de fièvres intermittentes simples; les cas graves ne se montraient que chez les adultes entre 14 et 60 ans, et principalement chez des personnes exposées aux intempéries de l'air. Sur une population de 5 à 6,000 âmes, il y eut plus de 300 cas graves, sur lesquels il n'en mourut que 5. Outre les vicissitudes atmosphériques, l'auteur invoque encore la misère de l'hiver et du printemps précédens, pour expliquer la quantité considérable de malades. Une épidémie de charbon décimait les troupeaux pendant cette époque.

Il est beaucoup à regretter que quelques indications nécessaires manquent à cette relation, pour déterminer le rapport qui peut y avoir entre le choléra, la fièvre intermittente et la fièvre typhoïde; ainsi, nous ne savons pas s'il n'a pas existé quelques circonstances particulières, météorologiques, telluriques, hygiéniques ou autres, capables de déterminer l'explosion de cette forme particulière de fièvre intermittente, qui ne peut être appelée pernicieuse; si le choléra s'est montré concurremment ou non; à quelle distance il se manifestait; quels étaient la nature et le caractère des autres maladies observées en même temps, etc. Néanmoins, cette épidémie offrait des traits assez caractéristiques pour devoir être mentionnée, ne fût-ce que comme épidémie de fièvre intermittente ou de typhoïde. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 7.)

Vaccination des chiens. — Dans le même numéro, le docteur Santlus dit connaître un vieux chasseur, très renommé pour l'éducation des chiens, qui, depuis dix-sept ans, inocule à ses jeunes élèves du virus-vaccin sur le nez, et dit ne pas avoir observé un seul cas de maladie des chiens depuis ce temps.

Ulcères de la jambe (*Traitement des — par l'onguent à la chaux de Spender, et le bandage roulé*); par M. Patterson. — M. Patterson a constaté 125 cas d'ulcères chroniques non spécifiques de la jambe, qui ont été traités avec l'onguent à la chaux de Spender, et le bandage; la guérison a été rapide et parfaite.

La formule qu'il préfère est celle-ci :

Prenez chaux préparée . . .	4 livres.
Saindoux frais.	1 —
Huile d'olive	3 onces.

Après avoir fait chauffer l'huile et le saindoux, on ajoute graduellement la chaux réduite en poudre fine. Une fois l'onguent et le bandage roulé placés, on abandonne le tout jusqu'à ce que la cicatrice se soit fermée. — (*The medical examiner* et *Gaz. méd. de Paris*, n° 12, 1855.)

AVIS.

Depuis le 15 avril, les Bureaux de l'Union Médicale sont transférés *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56, dans le local qu'ils ont occupé pendant plusieurs années.

— M. Baillarger, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, commencera son cours de clinique sur les maladies mentales le dimanche 22 avril, à neuf heures du matin, et le continuera tous les dimanches, à la même heure.

Cours public de chirurgie. — M. Fano, prosecteur de la Faculté, commencera ce cours le mardi 24 avril, à midi, à l'École pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivans, à la même heure.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 47. NEUVIÈME ANNÉE. Samedi 21 Avril 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — Pneumonie du sommet; explication du point de côté par la névrite intercostale. — Action contro-stimulante du kermès; avantages de la forme pilulaire.

Au n° 32 de la salle des femmes est entrée une jeune fille atteinte de pneumonie depuis six jours. La maladie a débuté à la manière ordinaire : frisson, vomissemens, point de côté, fièvre, crachats caractéristiques. A l'examen, on trouva une pneumonie très étendue, occupant le sommet du poumon gauche, descendant en avant et latéralement presque jusqu'à la base, ne laissant de sain que la partie inférieure et postérieure de l'organe pulmonaire. Le pouls était très fréquent, d'une force, d'une amplitude très considérables, eu égard à la constitution faible de la malade. A ces symptômes se joignaient une gêne de la respiration et une anxiété extrêmes; plus, un point de côté violent au niveau de la région précordiale.

Considérant l'anxiété excessive et la douleur correspondant au niveau du péricarde, M. Trousseau se demanda si le péricarde lui-même ne serait pas pris d'inflammation; car ce n'est pas une chose rare de voir une phlegmasie passer du poumon au cœur, et réciproquement, en raison des nombreux liens anatomo-physiologiques qui unissent ces deux viscères; et dans ces cas, les péricardites qui se développent et marchent parallèlement à une phlegmasie pulmonaire, peuvent passer inaperçues du médecin, dont l'attention est exclusivement fixée sur l'affection de l'organe respiratoire. Mais chez la malade, il n'y avait rien au péricarde; l'absence de matité, de voussure, la régularité des bruits cardiaques qui s'entendaient sous l'oreille, en étaient de sûrs garans.

Il faut donc considérer le point précordial, dans ce cas, comme étant une douleur névralgique inflammatoire, une manifestation de la névrite intercostale, démontrée par M. Beau dans les inflammations de la plèvre pariétale, névrite qui, bien qu'elle porte sur le tronc du nerf, produit la douleur à la périphérie, là où se terminent les filets nerveux. De sorte qu'une phlegmasie, occupant une portion de la plèvre placée près de la colonne vertébrale, détermine de la douleur à la partie antérieure de la poitrine, dans un point plus ou moins déclive, suivant que la pleurésie est plus ou moins bas. Ainsi, dans une pleurésie de la base, il faut chercher le point de côté dans l'hypochondre, et dans celle du sommet, il siége vers la région précordiale, en raison de l'obliquité des nerfs intercostaux. C'est là le cas de notre malade, chez laquelle la pneumonie se sera accompagnée de pleurésie au sommet.

Le pronostic devait être grave pour plusieurs raisons, telles que le siége de l'affection, son étendue et la violence des phénomènes réactionnels. Il paraît indiqué de rejeter la saignée, en raison de la faiblesse constitutionnelle de la malade, et de s'arrêter à l'administration du kermès, préparation antimoniale d'action puissante, beaucoup plus facile à manier que le tartre stibié, dont il a presque toutes les propriétés physiologiques et thérapeutiques; comme lui, il détermine des vomissemens au début de l'administration, et un peu plus tard de la diarrhée.

Il est un mode d'administrer ce remède qui d'abord semble de peu d'importance, bien qu'en réalité il en ait beaucoup; il consiste à donner des pilules au lieu d'une potion, et voici pourquoi. Lorsque l'émétique est donné plusieurs jours de suite, en potion, il finit par déterminer dans la gorge et l'œsophage une irritation particulière, disséminée, qui est suivie de pustules analogues à celles qui se produisent à la peau sous l'action de la pommade d'Autenrieth. Ce que fait l'émétique, le kermès le produit, bien qu'à un moindre degré et moins promptement. Ce résultat est dû au contact renouvelé du médicament avec tous les points de la muqueuse; lorsqu'on donne une potion, et que, mêlée au liquide visqueux des organes de la déglutition, la préparation antimoniale s'applique pour un temps plus ou moins long aux parois de ces organes. La forme pilulaire pare à cet inconvénient, évite la pustulation et mérite, pour ces motifs, d'être adoptée exclusivement.

Laënnec, qui connaissait les pustules dont nous parlons, les regardait comme une preuve de la saturation antimoniale, établissant une analogie avec la saturation mercurielle. C'était là une erreur, comme on peut le démontrer directement en donnant en pilules l'émétique ou le kermès, qui ne produisent alors jamais la pustulation.

Un autre avantage des antimoniaux sous forme pilulaire, c'est qu'ils ne déterminent pas aussi facilement les vomissemens et la diarrhée, à des doses doubles ou triples. Ainsi, la malade a pris 1 gramme en dix pilules, une par heure, les deux premiers jours, sans aucun trouble; ce qui n'aurait pas manqué avec une pareille dose en potion.

Quelques-uns ont attribué l'action thérapeutique des antimoniaux à la révulsion intestinale; c'était l'opinion de Broussais qui s'en faisait une objection contre Laënnec, lui disant qu'il n'arrivait à autre chose qu'à mettre un vésicatoire sur l'intestin; c'était aussi l'opinion admise plus volontiers par un clinicien d'un très rare mérite, M. Chomel. Laënnec croyait au contraire à l'absorption du remède, à son action sur le système nerveux, d'où la sédation de la plèvre, lui accordant la vertu contro-stimulante reconnue par l'école de Rosari. Nous croyons simplifier le problème en évitant les vomissemens et la diarrhée qui donnaient une apparence de raison aux partisans de la révulsion intestinale. Ainsi, chez la malade, avec la tolérance la plus parfaite, la pneumonie restant localement la même, vous pouvez voir que la chaleur de la peau a disparu; à peine y a-t-il un peu de fréquence du pouls; l'antimoine a dompté les phénomènes réactionnels; il a été absorbé, est venu agir sur le système nerveux, et, par son intermédiaire, sur le centre circulatoire; contro-stimulant, il a porté son action sur le système nerveux, et celui-ci a été pour ainsi dire écrasé; de telle sorte que les réactions inflammatoires n'ont pu se produire.

En agissant ainsi, nous avons interrompu la chaîne établie par l'intermédiaire des nerfs entre les centres circulatoires et l'organe malade, de sorte que ce dernier reste isolé, cantoné dans la poitrine avec la lésion, que vous pouvez constater. Mais la fièvre et les phénomènes généraux qui l'accompagnent a disparu, et c'est un résultat immense; car, s'il n'est pas permis de négliger l'état local, il faut tenir bien plus grand compte de l'action indirecte que cet état exerce sur l'économie. C'est à cette action que nous nous sommes adressé avec notre contro-stimulant, et nous sommes parvenu à annihiler l'excitation, la sorte de titillation exercée sur le système nerveux par la lésion locale, qui reste aujourd'hui seule privée des réactions qui l'accompagnaient le premier jour.

Il faut, en médecine, regarder autre chose que les états

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

Sillery, 17 Avril 1855.

Très cher et très honoré confrère,

Dans le numéro du 14 avril de l'UNION MÉDICALE, vous m'avez fait les honneurs du petit salon : c'est une faveur dont je sens tout le prix; mais le feuilleton, tout brillanté de vos charmantes causeries, eût été un sanctuaire trop coquet pour que je pusse m'y trouver bien à l'aise, si vous ne m'y eussiez traité, ma foi, très cavalièrement, en me portant coup sur coup des bottes (j'ai failli écrire des saignées) d'estoc et de taille. Vous m'avez ainsi ôté le temps d'être embarrassé, à peine si j'ai celui de me défendre.

J'ai donc dit que nous étions *trop savans* et *pas assez modestes*, et que *tout notre mal* venait de là : j'éprouve le besoin, avant tout, de décharger ma conscience de cette énormité.

De tout temps on a établi une distinction légitime entre la *science* et la *pratique*; toutes les hautes professions humaines comprennent la partie spéculative et la partie appliquée; de tout temps on a distingué l'aptitude et les mérites spéciaux du *savant* de ceux du *praticien*, et presque toujours cette aptitude et ces mérites, quoique compatibles, atteignent leur apogée dans des individualités séparées. La médecine, autant que toute autre profession, présente ce dualisme; il n'est donc pas paradoxal de dire que trop de science, ou pour mieux préciser, trop de théorie, peut nuire à la pratique.

Lorsqu'une science théorique n'est pas fondée d'une manière absolue et évidente pour tous, l'enseignement doit présenter les diverses théories comme de simples points de vue, et concentrer toute sa puissance sur l'exposé des faits conquis. La connaissance des faits traditionnels et actuels devrait s'appeler le *savoir*, et la *science* proprement dite serait cette partie d'une profession qui s'occupe d'enchaîner les faits par un ensemble de raisonnemens plus ou moins spécieux; le savoir constituerait l'arsenal de la pratique, et la science serait le laboratoire des découvertes et du progrès.

Cette philosophie, la seule qui puisse donner à la pratique toute sa puissance d'action et laisser à la théorie toutes ses chances de progrès, a-t-elle été appliquée à l'enseignement médical depuis quarante à cinquante ans, c'est-à-dire depuis l'époque où la portion la plus nombreuse et la plus active des médecins actuels a pris ses degrés? *Oui*, pour la chirurgie qui n'a pas dévié un seul instant de l'ordre des faits, qui a religieusement profité de la tradition en y joignant tout ce que les progrès admirables de l'anatomie, de la physiologie et de la mécanique ont pu lui fournir de ressources et d'idées ingénieuses. Aussi s'est-elle élevée et maintenue à une grande hauteur, au point même de dépasser en importance et en considération la médecine, dont elle n'est en réalité que la branche la moins haute dans la région spéculative et pratique. *Non*, pour la médecine proprement dite, qui, sous l'influence de quelques hardis novateurs, a rompu brusquement avec la tradition, et s'est précipitée hors de la voie des faits pour entrer dans celle d'un rationalisme sans fondement sérieux, mais d'autant plus acceptable et d'autant mieux accepté par les étudians, qu'il rendait l'étude de la médecine plus simple et plus commode. Dans cette période regrettable, la pathologie interne n'était plus qu'une description rhythmée, où chaque maladie constituait une strophe identique dont la thérapeutique était une ritournelle invariable. La matière médicale ne figurait plus que pour mémoire; on allait jusqu'à nier l'action des spécifiques les plus héroïques; le mercure, le quinquina, le soufre ne guérissaient plus ni la syphilis, ni les fièvres intermittentes, ni la gale, le rationalisme suffisait à tout; l'hygiène était réduite au pain et à l'eau, et la santé à l'absence du sang!.... Quelle folie; quel orgueil, quelle vaste carrière ouverte au charlatanisme! L'homme n'était plus un être vivant placé au milieu de conditions météorologiques et sociales, au milieu de forces extérieures, physiques et morales, par lesquelles et contre lesquelles il avait à entretenir, à défendre sa vie, son être, par ses forces intérieures. Ses maladies n'étaient plus le résultat de son insuffisance dans sa lutte ou dans ses moyens; ce n'était plus un moi malade, c'était un assemblage d'organes sans un principe commun qui les protége ou les ramène à un ensemble d'action commune; l'individu disparaissait devant une république fédérale d'organes.

Depuis quelques années, heureusement, la défaillance de pareils systèmes s'est manifestée trop clairement en présence des faits pour ne pas amener une réaction salutaire, et c'est à ce moment de réaction que se posa tout naturellement la question de philosophie médicale.

Vous avez eu raison de croire que j'étais *vitaliste*. Mais peut-être ne le suis-je pas absolument dans les termes que vous énoncez : dans ce cas, je ferais un appel à la tolérance que promet votre devise et aux intentions progressives qu'elle énonce pour cimenter l'*union philosophique* si désirable.

Si le vitalisme consiste dans l'admission d'*une force unique, organogène d'abord, puis entretenue par l'organisation formée*, je suis vitaliste.

Si ce principe, à la fois cause et effet de l'organisation vivante, est considéré par le pathologiste comme attaqué dans son ensemble ou dans ses parties, réagissant sur son ensemble par les maladies, et s'il est considéré par le thérapeutiste comme se défendant lui-même contre un état pathologique général ou local et réclamant aide et secours, dans ce double sens, — je suis vitaliste.

Le principe vital maintenu dans son existence et dans son intégrité par l'ensemble de l'organisation, réagit ensuite sur elle de façon à régulariser les fonctions de chacun des organes ou à en activer la destruction par sa propre puissance.

La fonction des organes d'un animal vivant est, au principe vital, ce que les fonctions des organes d'une machine à vapeur sont au principe de la puissance de cette machine; retranchez successivement la plupart des organes, le principe vivant et agissant restera debout, sinon avec toutes ses manifestations, du moins avec toute sa force. Quand une roue se brise, quand un essieu se rompt, quand une soupape adhère, quand une chaudière s'oxyde ou s'encroûte de sels, où réside le danger? dans l'accident? Nullement. Il est tout entier dans la puissance du principe qui domine et entraîne le système. Sans doute, il faut pour-

locaux, les organes malades; c'est l'homme tout entier et la façon dont il est impressionné qu'il faut envisager; le plus souvent, c'est à l'état général seul que s'adresse la médication, même celle des partisans de la localisation, qui sont en cela bien moins exclusifs qu'ils pensent, ouvrant hardiment la veine dans le cas d'une pneumonie, sans se rendre bien compte si cette pratique s'accorde avec leurs idées théoriques.

Le kermès sera continué quelques jours, puis suspendu, sous peine de voir arriver vers l'estomac et l'intestin la pustulation que nous évitons dans la portion du tube digestif. Sur un malade des salles s'est manifestée une entérite ainsi produite artificiellement, et qui entrave la convalescence. En général, pour les affections internes, on est enclin à continuer longtemps la médication, peut-être parce qu'on ne se rend pas bien compte de l'état où sont les parties; tandis qu'on devrait imiter la conduite des chirurgiens qui, après avoir procuré un écoulement facile au pus d'un phlegmon, laissent à la nature le soin de résoudre les engorgemens périphériques, et l'inflammation restante. Il est un moment où il faut s'arrêter, c'est lorsque la résolution est franchement commencée. Ainsi quand, dans une pneumonie, les phénomènes généraux ont disparu, et qu'on entend les signes locaux de retour, il faut suspendre le traitement et commencer l'alimentation : ce que nous ferons pour notre malade.

(La suite à un prochain n°.) Dr E. ARCHAMBAULT.

ANESTHÉSIE.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Paris, le 13 Avril 1855.

Monsieur,

L'UNION MÉDICALE a publié (1) une note de M. Duchenne de Boulogne, à l'occasion du Rapport lu par moi, le 13 janvier 1855, à la Société médicale d'émulation, au nom d'une commission chargée de rechercher les moyens à employer contre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme (2).

Il est de mon devoir, comme rapporteur de la commission, de répondre aux observations de M. Duchenne de Boulogne, et de faire connaître la nature et la portée de son intervention dans les expériences que nous avons instituées.

Après avoir constaté l'efficacité merveilleuse des insufflations d'oxygène pur et d'air atmosphérique chez les animaux plongés dans la mort apparente par le chloroforme, il nous restait à essayer comparativement l'action de l'électricité, qui a été préconisée par des expérimentateurs distingués. Comme nous ne possédions pas d'appareil galvano-faradique, je priai M. Duchenne de Boulogne de vouloir bien en mettre un à notre disposition. Notre honorable confrère nous exprima le désir d'assister à nos expériences, nous proposant avec une bonne grâce parfaite de faire fonctionner lui-même son appareil, excellente fortune que nous acceptâmes avec autant de reconnaissance que d'empressement, puisqu'elle nous donnait une garantie irrécusable de la bonne application de l'agent nouveau dont nous avions à étudier les effets.

C'est ainsi que nos expériences électriques ont eu lieu en présence et avec l'assistance de M. Duchenne de Boulogne. Nul plus que moi n'honore le caractère et le talent de ce savant distingué; nul n'a plus de reconnaissance pour les services que la commission a obtenus de son concours zélé et éminent; mais il n'est pas possible de ne pas déclarer que les expériences sur l'action de l'électricité contre les accidens chloroformiques, consignées dans mon rapport, appartiennent en propre à la commission qui en avait conçu et résolu l'exécution.

M. Duchenne avait bien proposé (*Recherches sur le diaphragme*, p. 55) d'employer la faradisation des nerfs phréniques dans l'empoisonnement par le chloroforme; mais c'était, comme il le dit lui-même, plutôt une vue de l'esprit qu'une idée pratique, réalisable; car, en arrivant dans le sein de la commission, il croyait, d'après les expériences de M. Robert, auxquelles il avait assisté, que les propriétés excito-motrices de la moelle et des nerfs étaient suspendues chez les animaux chloroformés, sans pouvoir se manifester sous l'action de l'électricité.

La commission démontra, par des expériences irrésistibles, que les propriétés excito-motrices de la moelle et la motricité des nerfs éteintes à l'action des irritans mécaniques, se réveillent par un courant électrique, contrairement à l'assertion de M. Robert, et elle fit voir ainsi que la faradisation des nerfs phréniques peut être appliquée avec succès chez les animaux dont le chloroforme a suspendu la respiration, et qu'elle peut remplacer artificiellement cette fonction suspendue.

Les animaux chez lesquels nous avons expérimenté l'action de l'électricité étaient dans les mêmes conditions que ceux auxquels nous avons pratiqué les insufflations pulmonaires, c'est-à-dire que les inhalations de chloroforme faites soit lentement à petites doses, soit rapidement à dose élevée, avaient été continuées jusqu'à la suspension des mouvemens respiratoires et des battemens du cœur.

Nous avons essayé successivement la faradisation générale par un courant qui passait de la bouche à l'anus, et la faradisation localisée aux nerfs phréniques.

Les conclusions tirées de nos expériences paraissent à M. Duchenne de Boulogne *ou en contradiction avec l'expérimentation, ou une interprétation erronée des faits observés.*

Je vais démontrer que nous ne sommes ni aussi coupables, ni aussi malheureux que le prétend notre honorable contradicteur.

Nous avons essayé la faradisation généralisée sur quatre chiens, et nous n'avons pu en rappeler qu'un à la vie; celui-ci est le seul chez lequel le courant galvanique ait provoqué la respiration artificielle.

Nous avons tiré de ces expériences cette conclusion qui nous paraît aussi logique que rigoureuse :

« L'électricité, employée comme excitant général du système nerveux, est impuissante contre l'intoxication chloroformique : elle ne peut produire des effets salutaires que quand elle parvient à déterminer la respiration artificielle. »

Je ne comprends pas que M. Duchenne de Boulogne n'admette pas cette conclusion; peut-être n'a-t-il pas, comme un passage de sa note semblerait l'indiquer, donné assez d'attention au second membre de phrase qui en achève et complète la pensée. Je comprends moins encore la préoccupation qui lui a fait commettre une erreur matérielle en rapportant l'unique expérience dans laquelle un chien soumis à la faradisation généralisée a été rappelé à la vie. Chez cet animal, contrairement à ce que dit M. Duchenne, les mouvemens du cœur avaient cessé, ainsi que ceux de la respiration, au moment où eut lieu l'application de l'électricité, ainsi que le constate le rapport, et comme nos procès-verbaux en font foi.

Nous accordons donc à la faradisation généralisée plus d'efficacité que M. Duchenne lui-même, qui en proclame l'impuissance quand le cœur a cessé de battre.

2° Nous avons vu, dans deux de nos expériences, la faradisation générale amener l'épuisement complet de l'excitabilité nerveuse une fois après dix minutes, une autre fois après cinq minutes.

Il nous était impossible de ne pas signaler ces faits importans, dont la connaissance pouvait mettre en garde contre une application trop prolongée de l'électricité chez des individus chloroformés.

M. Duchenne prétend que cet épuisement ne se manifeste qu'après la mort, et que les animaux chez lesquels nous l'avons constaté étaient morts. Mais c'est là une assertion qui n'a de preuve que dans son affirmation. Souvent nous avons vu chez des chiens la première inspiration ne se manifester qu'après six ou sept minutes sous l'action de l'insufflation pulmonaire. Pendant tout ce temps, ils étaient en état de mort apparente; mais la vie existait *en puissance*, si elle ne se traduisait pas en acte : il est bien probable que l'insufflation employée chez le chien, dont l'excitabilité nerveuse était complétement épuisée au bout de cinq minutes de faradisation, aurait rappelé cet animal à la vie.

Au lieu de dire que la perte de l'excitabilité n'est que la suite de la mort, n'est-il pas plus logique et surtout plus vrai d'admettre que l'électricité a épuisé les derniers restes de l'excitabilité nerveuse et des propriétés vitales, et étaient ainsi l'étincelle ultime de la vie qui se serait ranimée sous l'impulsion salutaire d'un autre agent? En effet, si le chloroforme modifie la substance nerveuse, de manière qu'aussitôt après la mort son excitabilité ne se manifeste plus sous un courant électrique, il faut bien que cette modification, commencée pendant la vie, devienne de plus en plus profonde sur les dernières limites de l'existence, en sorte que la diminution de l'excitabilité nerveuse soit proportionnelle à la diminution de la résistance et de l'énergie vitales.

Nous croyons donc être dans le vrai en disant que l'électricité peut épuiser rapidement l'excitabilité nerveuse chez les animaux arrivés à la dernière période de l'intoxication chloroformique, c'est-à-dire plongés dans l'état de mort apparente.

3° Nous avons été les premiers à proclamer l'efficacité de la respiration artificielle produite par la faradisation des nerfs phréniques, à laquelle nous préférons cependant l'insufflation; en effet, l'indication capitale étant de faire pénétrer l'air dans les cellules pulmonaires, n'arrive-t-on pas à les remplir au moyen de l'insufflation pratiquée à l'aide d'un soufflet, qui, sans danger aucun, introduit dans l'arbre pulmonaire un courant gazeux aussi rapide et aussi abondant que peut le désirer l'opérateur, tandis que la contraction artificielle du diaphragme ne permet l'entrée de l'air qu'en proportion de l'ampliation de la poitrine amenée par cette contraction. Enfin, ne pourrait-on pas avoir à craindre encore l'épuisement de l'excitabilité des nerfs phréniques, si l'on était obligé de prolonger leur faradisation?

Je regrette, Monsieur le rédacteur, d'avoir été obligé à des détails aussi longs; si, dans le débat soulevé par M. Duchenne de Boulogne, il ne s'était agi pour moi que d'une question personnelle, j'aurais gardé le silence; mais, rapporteur d'une

(1) 29 et 31 mars 1855.
(2) UNION MÉDICALE, numéros du 20 janvier au 1er février 1855.

---

voir au mal local, il faut réparer l'accident, mais la guérison sera d'autant plus facile, que vous aurez mieux raisonné et mieux agi à l'égard de la force motrice.

Le spiritualisme et l'animisme n'ont rien à faire avec ce principe, qui se trouve dans l'huître aussi bien que dans l'homme; il est indépendant de l'âme et de l'esprit, auxquels il s'associe néanmoins aussi bien et mieux que tout autre point de vue. Mais si la pathologie et la thérapeutique sont forcées par l'évidence des faits à tenir un grand compte des influences métaphysiques, le physicien et le physiologiste purs peuvent et doivent les écarter, jusqu'à ce qu'ils aient dégagé les mystères de la vie de leur obscurité.

Est-ce à dire que le physicien et le physiologiste doivent être matérialistes? Loin de moi cette pensée : je veux dire ici que, pour établir solidement la physique et la physiologie, on doit étudier et connaître d'abord tout ce qui appartient à la matière et aux forces qui l'animent. Que penserait-on aujourd'hui d'un savant qui persisterait à attribuer à la colère du ciel le bruit du tonnerre? Franklin a-t-il offensé ou nié Dieu pour avoir prouvé que ce phénomène était dû à l'état électrique des nuages? Au contraire, il a ajouté un nouveau lustre à l'esprit de l'homme, et un motif de plus d'admirer la divinité dans la simplicité, et par conséquent dans la grandeur de ses voies. Il en est de même de toutes les découvertes de la science et de la médecine; et il n'appartient qu'aux ignorans ou esprits étroits de s'en alarmer.

Vous pouvez juger maintenant, très cher confrère et ami, si je suis vitaliste orthodoxe ou hétérodoxe. Je vous le dis en toute liberté, à mes yeux, le principe vital n'est point une partie quelconque de l'âme. Personne, je pense, aujourd'hui, ne reconnaît une âme aux mollusques, aux crustacés, aux reptiles, aux poissons, aux mammifères même, l'homme excepté; moins encore aux insectes. Or, chacune de ces organisations vivantes a un principe général de vie : j'insiste sur ce fait, parce qu'il m'empêche, tout en trouvant très bonne la formule que vous citez, de la confesser comme un symbole absolument parfait. Cette dissidence de ma part n'est point une vaine chicane, elle a un objet des plus sérieux : si la confusion entre le spirituel et le temporel persiste, nous éternisons les querelles, en rendant la constatation, l'étude, et l'analyse du principe vital dans sa cause et dans ses effets : or, je crois fermement que le principe vital n'est point un être de raison et qu'il est appréciable autant et plus qu'aucune autre force physique. Je ne puis admettre non plus que ce principe soit inné. Il est communiqué pendant une grande partie du temps nécessaire à la formation et au développement de l'organisation, et ensuite entretenu par l'ensemble et par le jeu des organes jusqu'à la mort, où il cesse d'exister.

Si la recherche et la constatation de la force et des actions vitales qui en dérivent nous étaient interdites, le vitalisme ne serait plus qu'une doctrine métaphysique, tandis que le vitalisme est une doctrine essentiellement physique et physiologique, reposant sur des faits tangibles et mesurables.

C'est la thèse que j'exposerai dans une troisième lettre, si les deux premières ne vous ont pas, ainsi que vos lecteurs, sursaturé de ma prose.

Veuillez agréer, très cher et très honoré confrère, l'expression de mes sentimens les plus affectionnés.

Dr Jules GUYOT.

Une indisposition douloureuse m'empêche de répondre, aujourd'hui, à M. Jules Guyot, ainsi qu'à quelques questions que M. de Castelnau m'adresse dans le dernier numéro du *Moniteur des hôpitaux*.

A. L.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Voici le programme des questions proposées par l'Académie pour le concours de 1855-1856 :

Première question. — « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères et métallurgiques du royaume. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Deuxième question. — « De la coïncidence et de l'antagonisme des maladies au point de vue de la géographie médicale, et des modifications que les affections les plus répandues dans nos climats ont subies, à certaines époques, quant à leur fréquence et à leur forme. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

Troisième question. — « Quelles sont les indications et les contre-indications des évacuations sanguines dans les maladies fébriles? »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

Quatrième question. — « Exposer l'état actuel de la science quant aux maladies du système nerveux chez le cheval, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic différentiel de ces affections. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français, et leur remise devra avoir lieu avant le 15 mars 1856.

Les mémoires manuscrits, lisiblement écrits, seront seuls admis aux concours; ils devront être adressés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires, doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après le terme ci-dessus fixé, seront exclus du concours.

Les manuscrits des mémoires admis à concourir restent déposés dans les archives de la compagnie comme étant devenus sa propriété; mais leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, en s'adressant à cet effet, au secrétaire de l'Académie.

L'Académie informe MM. les concurrens :

1° Que ses membres, les correspondans exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires, et que leurs auteurs auront droit d'en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

Le secrétaire de l'Académie, D. SAUVEUR.

Bruxelles, le 28 Février 1855.

commission, je devais à mes honorables collègues, sans prétendre engager ni continuer une polémique qui n'est nullement dans mes goûts, je devais à la commission dont je suis l'organe, de rétablir en présence des attaques qui ont été formulées, la vérité des faits que nous avons observés, et la légitimité des conclusions que nous en avons déduites.

Agréez, etc.

Dr Ludger Lallemand,
Médecin-major aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

BIBLIOTHÈQUE.

CODE MÉDICAL OU RECUEIL DES LOIS, DÉCRETS ET RÈGLEMENS SUR L'ÉTUDE, L'ENSEIGNEMENT ET L'EXERCICE DE LA MÉDECINE CIVILE ET MILITAIRE EN FRANCE; par Amédée Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. 2me édition, revue et augmentée. Un volume in-12 de 470 pages. Paris, 1855, chez J.-B. Baillière.

Le *Code médical* de M. Amette est un ouvrage d'un caractère éminemment utile et pratique qui manquait à la profession médicale. Nous ne sommes donc pas surpris du succès qu'il a obtenu. Ce succès nous l'avions prévu, et nous ne doutons pas, par conséquent, que la deuxième édition de ce livre ne trouve auprès du public médical un accueil aussi favorable que la première.

Les modifications que la législation de l'enseignement médical a subies sur des points d'une importance capitale rendaient cependant nécessaire la publication de cette nouvelle édition. Les aspirans au doctorat soumis à de nouveaux tarifs tant pour les inscriptions que pour les examens; une scolarité sérieuse et des droits universitaires imposés aux officiers de santé; les jurys médicaux modifiés dans leur organisation, dans leurs circonscriptions et dans leurs attributions, tous ces changemens accomplis en si peu de temps réclamaient de M. Amette un remaniement complet de son livre pour mettre en harmonie toutes les parties de ce vaste réseau de lois et de règlemens qui concernent l'étude de la médecine. M. Amette n'a pas reculé devant ce grand travail et, nous pouvons le dire sans exagération, cette seconde édition du *Code médical*, par les changemens de détail que l'auteur y a introduits, par les améliorations qu'il y a apportées, par les additions qu'il y a faites, est un livre entièrement nouveau.

Parmi les additions utiles nous signalerons la reproduction des dispositions nouvelles de la loi du 9 juin 1854, relatives aux membres du corps enseignant et à tous les fonctionnaires ou employés qui en dépendent; ils y trouveront tous les renseignemens qui peuvent les éclairer sur la retenue qui les atteint et sur les droits qu'elle leur confère à une pension de retraite, reversible, dans certains cas, sur leurs veuves et sur leurs enfans. Mais ce qui continuera surtout à faire du *Code médical* de M. Amette le *vade mecum* des médecins, des élèves en médecine et de leurs familles, c'est que cet ouvrage, qui s'adresse à tous ceux qui étudient, enseignent ou exercent la médecine, renferme, sous un format restreint et dans un ordre méthodique, toutes les dispositions législatives et règlementaires qui les concernent.

La Faculté de médecine de Paris, à laquelle M. Amette appartient depuis tant d'années, avait prévenu les suffrages du public en accordant à l'auteur du *Code médical* la médaille d'or de ses grands prix; mais M. Amette a trouvé, nous l'assurons, sa principale récompense dans la satisfaction d'avoir été utile à la profession médicale, et nous sommes heureux de l'en remercier publiquement au nom des médecins et des élèves dont son livre est et sera longtemps le véritable guide, au milieu du dédale de lois et de règlemens qui concernent notre profession.

Dr Aran,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 Avril 1855. — Présidence de M. Regnault.

Rapport sur un mémoire de M. Alvaro Reynoso, intitulé : Expériences pour servir à l'histoire de l'empoisonnement par le curare.

M. Flourens, au nom d'une commission composée de MM. Duméril, Magendie, Pelouze, Rayer, Cl. Bernard, Flourens rapporteur, lit le rapport suivant :

Dans la séance du 28 novembre 1853, M. Brainard, professeur de chirurgie au collége médical de Chicago (Illinois), a présenté à l'Académie un mémoire touchant l'action des solutions d'*iode* contre la morsure de certains *crotales*, et particulièrement du *Crotalophorus trigeminus*.

Les expériences de M. Brainard avaient été faites sur des pigeons. Les pigeons, soumis à la morsure du *Crotalophorus trigeminus*, périssent en peu d'instans. Pour prévenir l'effet du venin, M. Brainard applique d'abord des ventouses, lesquelles en retardent l'absorption; et puis il fait pénétrer, par injection, sous la plaie et les parties environnantes, une solution aqueuse d'iodure de potassium (1).

Au moyen de cette substance, employée à temps, et avec les précautions qui viennent d'être indiquées, M. Brainard a sauvé, dans la plupart de ses expériences, la vie à ses animaux.

Nous nous bornons à reproduire ici les résultats de M. Brainard, tels qu'il les a lui-même énoncés. Faute des *serpens venimeux*, qui avaient servi à ses études en Amérique, et qui lui ont manqué à Paris, il n'a pu répéter ses expériences devant la commission.

C'est alors que cet habile et laborieux observateur a tourné ses vues d'un autre côté. Ayant pu disposer, grâce à M. le prince Charles Bonaparte, d'une certaine quantité du poison américain nommé *curare*, il a imaginé d'essayer contre ce terrible poison ces mêmes solutions d'*iode*, qui lui avaient réussi contre le venin des crotales; et, dans la séance du 27 février 1854, il a présenté à l'Académie, de concert avec M. Greene, une note ayant pour titre : *De l'iode considéré comme contre-poison du curare.*

(1) M. Brainard a aussi employé, et de même en solution aqueuse, le *lactate de fer*; mais il a reconnu une action plus certaine à l'*iodure de potassium*.

Cette fois-ci, M. Brainard a pu répéter ses expériences devant la commission, et toutes ont paru exactes.

Voici les trois principales :

Dans une première, M. Brainard a injecté sous la peau d'un cochon d'Inde dix gouttes d'un mélange composé de 500 grammes de *curare* et de vingt gouttes d'eau distillée. L'animal est mort au bout de trois minutes.

Dans une seconde, après avoir injecté dix gouttes du même mélange sous la peau d'un cochon d'Inde, il a aussitôt injecté, et par la même canule restée en place, une solution aqueuse d'*iode* (1); une ventouse a été immédiatement appliquée; puis, au bout de cinq minutes, enlevée; et l'animal n'a point succombé.

Enfin, dans une troisième expérience, M. Brainard a commencé par mêler ensemble dix gouttes d'une solution de *curare* et vingt gouttes d'une solution *iodée*. Ce mélange a été injecté sous la peau d'un pigeon; il n'a point été appliqué de ventouse, et l'animal n'est point mort.

Ainsi, ce même *curare* qui, injecté sous la peau d'un animal, le tue en quelques minutes, ne le tue plus, si, à l'injection du *curare*, on fait immédiatement succéder une injection *iodée*, ou si l'on a mêlé préalablement ensemble la solution de *curare* et la solution d'*iode*.

Dans les expériences de M. Brainard, l'*iode* paraît donc agir à la fois, et comme empêchant l'absorption du *curare*, c'est-à-dire comme *caustique*, et comme détruisant ce venin.

Nous disons *paraît agir*, parce qu'en effet, pour résoudre entièrement ces difficiles et importantes questions, les expériences dont nous venons de rendre compte auraient eu besoin d'être continuées et complétées; et c'est ce que le départ de l'auteur ne lui a pas permis de faire.

Les choses en étaient là, lorsqu'un jeune chimiste, dont l'Académie connaît la passion ardente pour le travail et la rare sagacité, a repris toute cette matière et a répandu sur quelques-uns de ses détails les plus essentiels un jour tout nouveau.

Le premier point que M. Reynoso s'est proposé d'éclaircir est celui de l'action des ventouses; et il s'est assuré que cette action se borne à suspendre l'absorption du *venin*, mais aussi qu'elle la suspend ou l'arrête complétement.

Il a fait, devant la commission, l'expérience suivante :

Il a introduit, par une petite blessure, sous la peau d'un cochon d'Inde, 1 décigramme de *curare;* et il a immédiatement appliqué une ventouse sur la plaie.

Le vide a été maintenu pendant une heure entière, et l'animal n'a rien éprouvé.

La ventouse a été enlevée, et l'animal est mort au bout de 8 minutes.

C'est donc un fait physiologique constant, et qui a bien son importance, que l'action des ventouses arrête complétement l'absorption du *curare;* mais il est de même constant que cette action se borne là; et que, la ventouse enlevée, l'absorption du venin reprend aussitôt sa marche rapide (2).

M. Reynoso s'est ensuite appliqué à déterminer le mode d'action particulier et précis de l'*iode*.

Il était d'abord bien établi, par les expériences de M. Brainard, que l'*iode* agit comme *caustique;* car toutes les fois qu'on l'injecte à temps, après avoir injecté le *curare*, l'absorption du *venin* est arrêtée.

Mais agit-il aussi comme *destructeur du venin ?*

Pour résoudre cette question, M. Reynoso a fait les deux expériences suivantes, qu'il a répétées devant la commission.

Dans la première, M. Reynoso a mêlé ensemble 60 milligrammes de *curare*, et 4 décigram. d'*iode*, dissous dans l'alcool (3) : ce mélange a été injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, et n'a produit aucun effet.

Mais, comme dans ce mélange l'*iode* était resté libre, il pouvait bien se faire qu'il n'eût agi encore que comme *caustique;* et par conséquent, la question n'était pas résolue.

Il fallait donc en venir à un mélange, débarrassé de toute portion libre d'*iode*.

A cet effet, M. Reynoso a mêlé ensemble 60 milligrammes de *curare* et 4 décigrammes d'*iode*, dissous dans l'*alcool*. Il a fait disparaître l'*iode libre*, au moyen de l'*hyposulfite* et du *carbonate de soude :* ce mélange a été injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, et l'animal est mort au bout d'une heure 40 minutes.

L'*iode* altère donc le *curare*; il en affaiblit l'énergie délétère; mais l'altération ne va pas jusqu'à détruire complétement ses effets toxiques; et le succès qu'on obtient, lorsqu'on l'emploie après avoir injecté le *curare*, ne doit être attribué qu'à son action *caustique*.

Il restait donc à chercher un agent qui décomposât le *curare* en même temps qu'il en empêcherait l'absorption comme *caustique*, et prévînt ainsi l'empoisonnement par une action multiple et doublement assurée.

M. Reynoso a trouvé cet agent dans le *brome*.

Après avoir injecté, sous la peau d'un chien, 2 décigrammes de *curare*, délayés dans de l'eau, il a immédiatement cautérisé la plaie avec du *brome*, et l'animal n'a point été empoisonné.

Le *brome* prévient donc l'empoisonnement par le *curare;* mais comment le prévient-il ?

Pour résoudre cette dernière difficulté, M. Reynoso a mêlé, devant la commission, un demi-gramme de *curare* avec quelques gouttes de *brome*. Il a fait disparaître ensuite le *brome* libre, en ajoutant du *carbonate* et de l'*hyposulfite* de soude à doses assez fortes, pour que la liqueur donnât une réaction franchement alcaline.

Ainsi débarrassé du *brome* libre, le mélange a été injecté sous la peau d'un chien, et n'a produit aucun effet.

Le *brome* détruit ou décompose donc complètement le *curare*.

M. Reynoso a voulu voir, en outre, quelle pouvait être l'action du *brome*, employé seul.

Il a injecté, sous la peau d'un chien, jusqu'à 8 grammes de *brome;* l'animal n'a point été empoisonné : il n'y a eu d'autre effet que celui qu'aurait produit un caustique très énergique (4).

(1)		
	Composé d'iode..........	0,50
	Iodure de potassium......	1,50
	Eau distillée.............	24 gouttes.

(2) Ces résultats confirment les expériences de plusieurs physiologistes (et notamment celles de M. Barry) touchant l'action des ventouses.

(3) L'*iode*, dissous dans l'*alcool*, restant entièrement libre, agit avec beaucoup plus d'énergie que lorsqu'il est dissous dans l'eau, au moyen de l'iodure de potassium.

(4) M. Reynoso a fait aussi quelques expériences avec le *chlore*. Nous citons les deux suivantes dans les termes mêmes où il les expose, parce qu'elles n'ont pas été répétées devant la commission :

« *Chlore à l'état naissant.* — 1re EXPÉRIENCE. Nous avons mélangé de l'hypochlorite de soude avec 0 gr,060 de curare; nous y avons ajouté quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Après avoir mis dans le mélange un peu de carbonate de soude, nous y avons versé de l'hyposulfite de soude; la liqueur présentait une réaction alcaline, et injectée sous la peau d'un cochon d'Inde, elle ne détermina aucun accident.

» *Chlore à l'état de liberté.* — 2e EXPÉRIENCE. 0 gr,060 de curare ont été triturés avec de l'eau de chlore; nous avons ensuite ajouté au mélange un peu de carbonate de soude et quelques gouttes d'hyposulfite de soude. Le mélange présentait une réaction alcaline, et injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, il ne détermina aucun accident. Cependant, quelquefois les animaux périssent au bout d'un temps plus ou moins long, par suite de la blessure.

» Ainsi le chlore, soit à l'état naissant, soit à l'état de liberté, détruit complétement le curare.

» Le sel marin qui se forme dans ces réactions n'empêche pas l'absorption du curare : ainsi, 0 gr,060 de curare, mélangés avec une dissolution saturée de chlorure de sodium, furent injectés sous la peau d'un cochon d'Inde, qui mourut au bout de sept minutes. »

Tels sont les principaux résultats des expériences que M. Reynoso a répétées devant la commission.

Elle pense que des recherches si bien conduites, où toutes les circonstances sont démêlées et appréciées, où chaque progrès dégage une idée nette et précise, ne sauraient être trop encouragées, surtout dans une matière où les données théoriques peuvent devenir d'une application si utile.

Notre conclusion est que le mémoire de M. Reynoso mérite d'être inséré dans le *Recueil des Savans étrangers*.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Observations et réflexions complémentaires sur le travail intitulé : Observations sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes.

MM. Fuster et Girbal adressent sous ce titre un mémoire qui est terminé par un résumé dont nous extrayons ce qui suit :

En comparant l'ensemble des faits qui composent notre premier mémoire avec ceux que nous avons observés depuis, nous croyons devoir en modifier, de la manière suivante, les conclusions :

L'acide arsénieux a une action fébrifuge contre les fièvres intermittentes invétérées dues à une intoxication paludéenne profonde, et contre les fièvres intermittentes paludéennes récentes. Il paraît agir plus promptement dans les fièvres tierces que dans les quotidiennes et les quartes.

Dans quelques cas, il a une action favorable sur l'état général et sur les engorgemens viscéraux, malgré la persistance des accès. Indépendamment de sa propriété fébrifuge, il exerce principalement aux doses de cinq à quinze milligrammes par jour, une action tonique stimulante.

L'administration de l'acide arsénieux doit avoir lieu par la bouche, pendant les intermissions ou au déclin des paroxysmes, de manière que la dernière dose soit ingérée quatre heures au moins avant le retour de l'accès, et qu'il y ait au moins un intervalle de deux ou trois heures avant et après les repas. Le mode de préparation le plus commode consiste en un mélange intime d'acide arsénieux bien purifié et bien pulvérisé avec du sucre également pulvérisé, dans la proportion de 1 sur 100, à prendre dans 60 grammes de véhicule. Il convient de débuter par un centigramme, par jour, pris en deux fois, et d'augmenter, au besoin, progressivement la dose. Quand les accès sont arrêtés, il convient de réduire, suivant la même progression, les doses de l'acide arsénieux. Après dix ou douze jours on n'insistera plus sur l'emploi de l'acide arsénieux, si la fièvre persiste au même degré. On le remplacera avantageusement par les préparations de quinquina. Il est prudent de suspendre ou tout au moins de réduire considérablement les doses de l'acide arsénieux, dès l'apparition de l'épigastralgie, des coliques, des nausées, de la diarrhée, et, à plus forte raison, des symptômes cérébraux.

L'emploi des émétiques (tartre stibié ou ipécacuanba) soit avant, soit pendant l'administration de l'acide arsénieux, facilite ou retablit la tolérance et contribue à la guérison de la fièvre.

L'irritation phlogistique du tube digestif, et un éréthisme nerveux général, contre-indiquent le plus souvent l'emploi de l'acide arsénieux. La médication arsenicale doit être exclue du traitement des fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses. *Toutes choses égales d'ailleurs, la médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique.* — (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Nouvelles recherches sur l'emploi de l'ergotine, spécialement considérée par rapport à la médecine militaire; examen des modifications qu'apporte cet agent aux propriétés irritantes du perchlorure de fer.

M. Bonjean (de Chambéry), annonce que l'ergotine a été employée avec grand succès par les médecins de l'armée russe, tandis que dans l'armée française elle n'a pu encore être admise, l'administration s'étant fait une règle de n'introduire dans la pratique de la médecine militaire aucun agent thérapeutique dont l'emploi n'ait été approuvé par l'Académie de médecine ou par l'Académie des sciences. — (Commissaires, MM. Dumas, Rayer, Cl. Bernard.)

Note sur deux nouveaux instrumens destinés à arrêter les hémorrhagies dans le cas où les moyens ordinaires sont difficilement employables : la pince hémostatique et l'appareil à crochets.

M. Leroy-d'Étiolles adresse à l'Académie une note relative aux moyens d'arrêter l'écoulement du sang pendant les opérations qui se pratiquent sur la tête et le tronc. Le chirurgien est obligé de suspendre l'action du bistouri pour lier les artères à mesure qu'il les divise, ou de faire placer les doigts des aides sur leurs ouvertures, ce qui gêne la manœuvre et rend plus difficile la recherche des vaisseaux enfoncés dans les chairs par la pression. Les pincettes hémostatiques, avec lesquelles un aide saisit les orifices des artères, les laissant en place jusqu'après les ligatures, obvient à ce double inconvénient. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances du 14, du 21 et du 28 Mars 1855. — Présidence de M. Huguier.

Sommaire. — Traitement des fistules par un mode spécial de cautérisation. — Présentation de divers malades. — Rapport sur le croup. — État du col de l'utérus dans la seconde moitié de la grossesse. — Transformation fibreuse partielle des testicules.

Sur le traitement de certaines fistules par la cautérisation périphérique.

M. Fano lit, sous le titre précédent, une série d'observations dans lesquelles on a essayé de guérir des fistules vésico-vaginales, pharyngobuccales par un procédé de cautérisation qui est peu connu en France et qui appartient à Chelius de Heidelberg. Ce procédé consiste à cautériser non pas les bords de la fistule, mais le pourtour de la continuité, à une certaine distance des bords.

Présentation de malades.

Plusieurs malades ont passé, dans ces trois séances, sous les yeux des membres de la Société.

1° C'est une malade opérée avec succès par M. Denonvilliers, pour un cancroïde de la lèvre supérieure, ayant envahi une partie de la

sous-cloison du nez. Après avoir retranché toutes les parties altérées, M. Denonvilliers prit, aux dépens des deux joues, des lambeaux d'une étendue et d'une forme convenables, pour réparer la perte de substance.

Le résultat de cette opération a été des plus satisfaisans, et la difformité de la face, qui, dans les premiers temps était très marquée, est devenue aujourd'hui beaucoup moins appréciable.

2° C'est un enfant âgé d'environ 12 ans, atteint d'une division congénitale du voile du palais, que M. P. GUERSANT traite depuis quatre mois, en cautérisant l'angle supérieur de la solution de continuité au moyen d'un petit cautère chauffé à blanc. Il faut dire que jusqu'ici le petit malade n'a retiré aucun bénéfice de ces tentatives. Toutefois, il est bon de faire remarquer que la division comprenant non seulement la portion membraneuse, mais encore une petite fraction de la portion osseuse du plafond buccal, le procédé de la cautérisation ne peut avoir dans ce cas le succès qu'on pourrait espérer dans les conditions où la solution de continuité ne s'étendrait pas au-delà des parties molles.

3° Cette réflexion nous est inspirée par un autre petit malade que M. J. CLOQUET a guéri d'une division congénitale de la portion membraneuse du voile du palais, par le procédé propre à l'auteur, et consistant à cautériser l'angle supérieur de la solution de continuité, tous les quinze jours d'abord, plus tard tous les mois.

4° M. HUGUIER a montré un jeune enfant de 3 ans qui est venu au monde avec absence de la main et de la moitié de l'avant-bras droit. L'avant-bras semble coupé vers le milieu et l'on distingue très bien, dans ce tronçon, la présence du cubitus et du radius.

5° C'est, enfin, un malade adulte auquel M. MICHON a pratiqué, avec succès, l'opération du trépan et ouvert un abcès sous-méningien, consécutif à l'application de caustique sur le crâne.

Rapport sur le croup.

M. le docteur MARCHANT (de Charenton) a émis, sur le croup, quelques idées nouvelles qu'il a bien voulu soumettre à la juridiction de la Société de chirurgie. Ces idées peuvent être résumées dans les trois propositions suivantes.

1° Le croup est une maladie spéciale qui a ses caractères propres.

2° L'angine gangréneuse ne devient jamais croup, alors même qu'elle envahit les voies aériennes.

3° La diphthérite, ayant tous les caractères des gangrènes et la production diphthéritique subissant les mêmes changemens et dans le même ordre que les eschares gangréneuses, doit être regardée *non pas comme une production nouvelle s'appliquant sur des tissus vivans, mais, comme ces tissus eux-mêmes,* PRIVÉS DE VIE *et constituant une eschare.*

M. GUERSANT a protesté contre ces idées qui ne tendent à rien de moins qu'à renverser tous les travaux de MM. Bretonneau, Guersant père, Trousseau, Blache, etc. Analysant avec soin les signes propres aux diverses angines, M. Guersant en reconnaît avec raison cinq espèces bien différentes :

1° Un faux croup ou laryngite striduleuse, sans fausses membranes, ayant pour principal caractère d'avoir une durée courte et de guérir le plus souvent.

2° Une angine diphthéritique pharyngée, caractérisée par la présence de fausses membranes sur les amygdales et le pharynx.

Cette variété guérit dans le plus grand nombre de cas par des cautérisations.

3° Un vrai croup, caractérisé anatomiquement par l'existence de fausses membranes dans le larynx : maladie, tantôt développée d'emblée dans le larynx, d'autres fois le résultat d'une propagation de l'affection primitivement développée, soit dans le pharynx, soit dans l'arbre trachéo-bronchique ; affection qui détermine de l'*aphonie*, de l'oppression et des étouffemens ; qui *tue par asphyxie.*

4° Une diphthérite générale, maladie contagieuse, se développant avec lenteur et d'une manière insidieuse ; caractérisée par la prostration, la débilité du pouls, l'adénite cervicale subaiguë, l'existence de fausses membranes dans les fosses nasales, le pharynx, sur la vulve, la trachée et les bronches.

Cette maladie n'a pas plus que le croup le caractère gangréneux, c'est ce qu'il est facile de reconnaître dans les autopsies des sujets qui ne succombent que trop souvent aux suites de l'empoisonnement général. En effet, lorsqu'on enlève avec soin les fausses membranes, on trouve au-dessous d'elles le tissu muqueux parfaitement intact ; c'est à peine si ce tissu présente quelquefois de légères érosions.

5° Une angine gangréneuse véritable, détruisant les tissus qu'elle attaque ; bien différente de l'angine diphthéritique, pharyngée, caractérisée, comme il a été dit, par des fausses membranes qui manquent dans l'angine véritablement gangréneuse.

De l'état du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse.

Tel est le titre d'un travail dont M. CAZEAUX a donné lecture à la Société de chirurgie, et sur lequel M. LABORIE a fait un rapport avec un zèle et une activité qui ne comptent malheureusement que peu d'imitateurs dans les Sociétés savantes.

Le col de l'utérus, chez les femmes enceintes, a été bien souvent exploré par le toucher seul ; ce n'est que depuis quelques années qu'un autre mode d'investigation, l'examen avec le spéculum, a été mis en usage. Ce sont les résultats obtenus par ce dernier genre de recherches que M. Cazeaux vient faire connaître. D'après l'auteur, la portion vaginale du col, chez les primipares, et chez les multipares, présente une couleur rouge foncé, lie-de-vin ; chez la primipare, le col est assez lisse dans toute son étendue. L'orifice utérin, dont les lèvres sont très ramollies, est en général plus ou moins arrondi, plus large, que dans l'état de vacuité. La portion libre du col utérin offre rarement des ulcérations, plus souvent des granulations d'un rouge cerise et facilement saignantes. Chez les femmes multipares, le col est plus volumineux, l'orifice est divisé en plusieurs fragmens, il est plus large et on peut en explorer la cavité. Les parois de l'organe très inégales, offrent une série de saillies fongueuses qui saignent facilement ; dans les sillons qui les séparent on voit souvent des ulcérations linéaires plus ou moins profondes. M. Cazeaux croit ces ulcérations peu graves et rejette toute espèce de traitement employé contre elles.

MM. Boys de Loury, Costilhes et Coffin ont considéré les ulcérations de la première moitié de la grossesse comme ayant une influence très marquée sur la production de l'avortement.

Admettant, jusqu'à un certain point, cette opinion, M. Cazeaux la rejette, en ce qui touche les ulcérations de la période ultime de la gestation ; et, d'après cette idée, il propose de ne faire aucun traitement pour ces dernières. Donc, à l'exception des ulcérations spécifiques, M. Cazeaux veut qu'on abandonne les autres à elles-mêmes ; à moins d'une tendance excessive à l'envahissement, il faut s'abstenir de tout traitement local.

M. GOSSELIN croit les ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse moins fréquentes que M. Cazeaux ; il ne les considère pas comme ayant une influence fâcheuse sur la marche de la gestation. Si quelques personnes ont émis une pareille opinion, c'est qu'elles ne tenaient compte que des ulcérations et qu'elles négligeaient d'autres états morbides qui accompagnent souvent celles-ci et qui sont la véritable cause de l'avortement. Tels sont ces catarrhes utérins qui s'opposent à ce que la matrice subisse une application proportionnée à l'évolution du fœtus ; la blennorrhagie ou même une syphilis constitutionnelle. Ajoutez encore, comme cause d'avortement, l'examen répété au spéculum des femmes atteintes d'ulcérations du col, ou l'emploi intempestif d'ingestions médicamenteuses. En résumé, M. Gosselin croit que les ulcérations du col n'exercent qu'une influence douteuse sur la production des fausses couches.

M. DANYAU a recherché, à l'hôpital de la Maternité, l'état du col de l'utérus, sur 22 femmes enceintes. Sur ce nombre, il en a trouvé 8 qui offraient des érosions à la surface du col et un état fongueux ; chez 6 autres femmes, les érosions occupaient l'entrée du col ; les 8 dernières étaient indemnes de toute ulcération et, chez elles, le col était seulement inégal et violacé. Ces dernières étaient arrivées au dernier mois de la gestation. Les érosions coïncidaient généralement avec un catarrhe utérin ; toutefois, chez deux malades, il y avait un catarrhe et point d'érosion.

M. CLOQUET considère les ulcérations du col de l'utérus comme plus fréquentes dans les derniers mois de la grossesse. Toutefois, il ne les envisage pas comme de véritables ulcérations, mais comme un boursouflement des follicules et des papilles du col de l'utérus ; ou encore, comme des congestions sanguines de ces papilles avec érosion épithéliale. Il les compare avec la surface framboisée de certaines hémorrhoïdes internes, saignant facilement comme ces dernières par le moindre contact ; sécrétant comme elles du mucus ou un liquide muco-purulent. M. Cloquet n'a jamais cru nécessaire de les cautériser et il n'a eu recours qu'à des injections astringentes, quand elles donnaient lieu à des écoulemens ou à des hémorrhagies. Après l'accouchement, ces sortes de végétations disparaissent spontanément, comme les hémorrhoïdes et les varices qui sont liées à la grossesse.

M. VOILLEMIER n'a point trouvé d'ulcérations sur un grand nombre de femmes arrivées au huitième mois de la grossesse, qu'il a examinées au spéculum.

M. GERDY a vu des érosions du col utérin fongueux et mollasse, chez les femmes enceintes ; ces érosions disparaissent après l'accouchement. Il attribue à l'engorgement du système veineux, sous l'influence de la déclivité de l'utérus, l'état violacé de la vulve, du vagin et du col, et recommande la position horizontale, dans le but de faire cesser promptement cet engorgement.

M. HUGUIER croit nécessaire d'étudier séparément quatre états morbides du col de l'utérus pendant la grossesse, à savoir : le catarrhe utérin, les granulations utérines, les ulcérations et l'état fongueux du col.

1° *Catarrhe utérin.* — On rencontre chez presque toutes les femmes qui sont arrivées au dernier mois de la grossesse, un écoulement muqueux, épais, filant, transparent ou opaque, ayant son siége sur le col utérin ou dans sa cavité. Cet écoulement résulte, suivant M. Huguier, d'une hypersécrétion simple ou d'une hypersécrétion avec inflammation légère des follicules muqueux du col. L'auteur possède une série de dessins qui démontrent que cet écoulement n'est qu'une exagération et une prolongation hors du col du bouchon muqueux et gélatiniforme qui remplit chez les femmes enceintes la cavité du col de l'utérus dans toute sa hauteur et qui envoie des prolongemens multipliés dans les cavités mêmes des follicules. Dans certains cas, le mucus est fourni, non seulement par la cavité du col, mais encore par les follicules qui sont sur le museau de tanche.

2° *Granulations.* — M. Huguier en distingue trois espèces bien différentes les unes des autres. Les unes sont pleines, forment de petits grains arrondis et coexistent avec la vaginite granuleuse. Elles sont formées par les papilles hypertrophiées de la membrane muqueuse.

D'autres sont de véritables végétations, entièrement comparables aux végétations syphilitiques. Elles sont rameuses, granulées à la surface et coexistent avec des végétations analogues sur les parois vaginales ou vulvaires. D'autres, enfin, ont leur siége au pourtour de l'orifice du col et consistent en un développement hypertrophique des follicules muqueux de l'organe, dans leur hypérémie ou dans la dilatation de leur cavité par l'accumulation du mucus qu'ils sécrètent.

3° *Ulcérations du col.* — Elles sont rares pendant la grossesse, à moins qu'il ne s'agisse d'ulcérations spécifiques ou d'ulcérations qui sont le résultat de violences extérieures. Ce qui en a imposé sous ce rapport à beaucoup de praticiens, c'est que le col de l'utérus présente souvent à la fin de la grossesse un plus ou moins grand nombre de fentes, de plicatures, de sillons, au fond desquels séjourne et adhère, très intimement, du muco-pus. Or, cette matière simule le fond d'un ulcère dont les bords rouges et saillans sont figurés par les crêtes des plis, que si on fait disparaître ceux-ci avec le spéculum et que l'on essuie bien le col avec un pinceau, les prétendues ulcérations disparaissent. Ajoutez encore que, souvent, on a pris pour des ulcères du col des plaques diphthéritiques, des tubercules muqueux, ou un état fongoïde de la muqueuse de l'orifice du col, dépourvue de son épiderme et saignant au moindre contact.

4° *État fongueux du col.* — D'après M. Huguier, on trouve souvent chez les femmes enceintes, chez celles qui ont eu beaucoup d'enfans, chez celles qui abusent du coït, l'épiderme du col de l'utérus ulcéré, les couches superficielles de la membrane muqueuse, au pourtour du museau de tanche, ramollies et boursouflées ; le réseau vasculaire congestionné ; les follicules muqueux hypertrophiés, enflammés ; les orifices des orifices des follicules agrandis, béans et laissant suinter un mucus épais ; la substance propre de l'utérus est souvent ramollie. Tel est l'ensemble des altérations qui constituent l'état fongueux de la muqueuse du col de l'utérus chez la femme enceinte, état qui est consécutif et presque inhérent à celui de la gestation.

Quant à l'influence exercée par les exulcérations du col ou les ulcérations circulaires et multiples des orifices des follicules mucipares de l'organe, sur la grossesse, M. Huguier la considère comme peu importante, et, d'après cette idée, il n'emploie que des moyens très simples dans le traitement.

Transformation fibreuse des testicules.

M. FANO présente deux testicules atteints d'une transformation fibreuse partielle de leur substance propre.

Ces pièces ont été recueillies sur un homme d'environ trente-cinq ans. Pas de renseignemens sur les antécédens. Le sujet, vigoureusement constitué, paraît avoir succombé à une phthisie pulmonaire. En effet, les deux poumons sont farcis de tubercules en partie ramollis. Des cavernes occupent le sommet des deux organes. Le poumon gauche est appliqué dans toute son étendue sur la paroi costale, à laquelle il est uni par des adhérences tellement intimes qu'il est impossible de les détacher.

La cavité pleurale gauche est totalement effacée.

1° *Testicule droit.* — La tunique fibreuse commune au testicule et au cordon est épaissie. La cavité de la tunique vaginale a disparu et des adhérences intimes unissent ces deux tuniques au corps même du testicule.

L'épididyme adhère dans toute son étendue au bord supérieur du testicule.

Une coupe verticale antéro-postérieure du testicule nous montre un épaississement de la tunique albuginée, dont les dimensions vont en certains points à 3 millimètres. La substance testiculaire, qui a conservé son aspect rougeâtre, a disparu complétement dans certains points, où elle est remplacée par une substance gris blanchâtre, d'aspect fibreux, paraissant se continuer à la périphérie avec la tunique albuginée et n'être que le développement anomal des cloisons celluleuses que la face profonde de la tunique albuginée envoie dans l'intérieur de l'organe. Examinée à un grossissement de 600 diamètres, cette substance gris blanchâtre paraît formée de fibres de tissu cellulaire sans aucun mélange d'élémens fibro-plastiques.

2° *Testicule gauche.* — Mêmes altérations que pour le testicule droit, si ce n'est qu'elles sont moins avancées. Aussi la substance propre au testicule est-elle moins envahie par le tissu fibreux de nouvelle formation que le testicule droit.

Une discussion s'engage sur cette présentation.

M. VIDAL considère les pièces présentées par M. Fano comme un exemple de sarcocèle syphilitique. Il s'élève fortement contre l'opinion émise par M. Fano à savoir que cette altération appartient à la période des accidens tertiaires de la syphilis. Le sarcocèle syphilitique est quelquefois primitif, c'est quand il est héréditaire. En tous cas, M. Vidal, privé de renseignemens sur le sujet dont les pièces sont présentées par M. Fano, ne peut que formuler une opinion aussi probable que possible, et il fonde la sienne sur l'existence de l'altération fibreuse des deux côtés, caractère qui appartient au sarcocèle syphilitique.

PRESSE MÉDICALE.

PREUVES EXPÉRIMENTALES QUE LE CYSTICERQUE DU TISSU CELLULAIRE SE TRANSFORME EN TÆNIA SOLIUM, DANS LE CANAL INTESTINAL DE L'HOMME; par le docteur KUECHENMEISTER, de Zittaux. — Ce médecin, bien connu par ses beaux travaux sur les migrations des entozoaires, rapporte le fait suivant : Un criminel venait d'être condamné à mort à quelques lieues de mon domicile, et, grâces à quelques amis, il me fut possible de réaliser l'expérience que j'avais en tête depuis longtemps déjà. Le résultat en a été des plus satisfaisans, quoique la brièveté du temps dont je pouvais disposer n'autorisât pas de belles espérances. A peu près cent-trente heures avant le jour de la décapitation, je fis avaler au condamné des cysticerques tenuicollis frais, pris du mésentère du porc, n'ayant pas de *cyst. cellulosæ* à ma disposition ; dix heures avant ce même jour, il prit encore 6 cysticerques pisiformis du lapin. Ces entozoaires furent donnés dans un potage de pâte d'Italie ayant la forme d'étoiles, etc., auxquelles ils ressemblaient, *refroidi à la température du sang*, et après qu'on leur eût coupé ou ouvert les ampoules caudales. Plus tard, je parvins à me procurer des cysticerques cellulaires du porc ; soixante-douze heures avant la mort, le délinquant en mangea 12 dans du boudin, dont on avait sorti quelques fragmens de lard, qui furent remplacés par les cysticerques. Il en prit encore 18 dans du riz, soixante heures avant la mort ; 15 dans du potage au vermicelle, trente-six heures avant ; 12 dans de la saucisse, vingt-quatre heures avant ; et encore 18 dans de la soupe, douze heures avant la décapitation. Il avala donc, en tout, 75 cysticerques cellulaires, qui avaient été à l'air, soixante-douze, quatre-vingt-quatre, cent-huit, cent-vingt et cent-trente-deux heures après la mort de l'animal.

Le jour de l'exécution, je me rendis à l'Institut anatomique, distant de vingt lieues de chez moi, et où le cadavre devait être transporté ; malheureusement je ne pus examiner les intestins que quarante-huit heures après la mort. L'autopsie fut faite en présence de plusieurs professeurs. Quoique le peu de temps écoulé depuis l'arrivée de mes hôtes dans l'intestin ne me laissât que peu d'espoir d'un résultat favorable, je fus néanmoins plus heureux que je ne pensais. Dans le duodénum, où, d'après le temps écoulé, je m'étais attendu à trouver quelque chose, j'aperçus un petit tænia fixé à la muqueuse au moyen de sa trompe allongée ; tous les assistans ont constaté ce fait. Le petit animal fut enlevé avec la portion de muqueuse et porté sous le microscope. Là nous vîmes distinctement la trompe sortie, à laquelle étaient fixés légèrement quatre crochets également dirigés en avant. La comparaison de ces crochets avec ceux du tænia solium, tænia serrata vera, tænia cysticerque tenuicollis, les démontra appartenir au tænia solium. En continuant nos investigations, je trouvai encore, dans le duodénum, un exemplaire avec deux paires de crochets, un autre avec une paire, enfin, un troisième ayant toute la couronne de crochets, à l'exception de deux de la première rangée, en tout vingt-deux crochets. Tous appartenaient au tænia solium.

Outre ces 4, nous avons trouvé, dans l'eau qui avait servi à laver l'intestin, encore 6 jeunes tænias, sans crochets. Un de ces 10 tænias, d'une longueur de 6 à 8 millimètres, avait un appendice très bien formé et à peine cicatrisé ; les autres n'avaient que de 3 à 4 millimètres de longueur. Tous possédaient à l'extrémité abdominale le petit enfoncement en forme d'*S*, bien connu de ceux qui ont essayé, au moyen d'une alimentation artificielle, de convertir des cestoïdes du second degré avec des vésicules caudales, en tænias.

Il ne s'est trouvé, dans tout le canal intestinal, aucune trace des derniers entozoaires avalés, et je crois qu'il n'y a que les deux premières expériences avec le cysticerque cellulosæ qui aient donnés un résultat ; probablement la plupart des cysticerques cellulaires avaient déjà péri avant leur migration dans l'intestin de notre homme. Du moins je ne suis encore jamais parvenu à convertir en tænias, des cysticerques employés trois à quatre jours après la mort de leur hôte primitif.

Mon expérience permet les conclusions suivantes :

1° Le cysticercus cellulosæ devient chez l'homme tænia solium ;

2° Le mode de transmission du tænia solium est le même que celui de tous les entozoaires provenant de cysticerques et généralement de la plupart des tænias ;

3° Nous gagnons le tænia solium en mangeant des cysticerques cellulosæ dans les alimens crus, ou bien cuits et refroidis et pris chez les bouchers, charcutiers ou autres.

J'ajoute encore que, d'après les essais de Benedeus et ceux qui me sont communs avec le professeur Haubner, on produit le cysticerque cellulosæ chez le porc, au moyen d'articulations mûres du tænia solium, et en quantité innombrable, tandis que le même résultat ne s'obtient ni chez le chien, ni chez le mouton. Nous avons aussi peu réussi à obtenir des cysticerques cellulosæ, en employant le tænia serrata vera, le tænia du cysticerque tenuicollis, le tænia coenurus et le tænia echinococcus, tandis qu'on les produit facilement avec le cysticerque pisiformis, tenuicollis et le coenurus cerebralis.

Je termine en invitant mes collègues, en position de pouvoir répéter mon expérience, à ne pas laisser échapper ces occasions. Il faudrait s'y prendre un peu plus tôt ; administrer, par exemple, à un accusé dont la condamnation à mort paraît certaine, à différentes reprises et à des distances de quatre semaines, des cysticerques frais, chaque fois en petit nombre. On suivrait ainsi le développement de ces entozoaires et l'on pourrait constater si le cysticerque pisiformis et le tenuicollis se développent dans l'homme, ce que je ne suis pas tenté de croire. L'essai serait tout à fait innocent, car, en cas de grâce, nous possédons assez de moyens sûrs pour chasser le tænia. — (*Wiener med. Wochenschrift.* 1855, n° 1.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 48. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 24 Avril 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — De la pneumonie rhumatismale.

M. Trousseau appelle l'attention sur une forme de pneumonie qui n'est pas généralement décrite, et qu'on n'est pas même dans l'habitude d'admettre, bien qu'il ne manque pas de fort bonnes raisons pour établir son existence.

Il y a un mois, entrait dans les salles, au n° 15, un jeune homme qui, à la suite d'un refroidissement, avait été pris d'une inflammation du tissu pulmonaire, comme on pouvait le reconnaître à l'existence des signes physiques et généraux caractéristiques de cette affection. On lui administra le kermès en pilules, et le lendemain la pneumonie avait complétement disparu; ce dont on pouvait s'assurer positivement en pratiquant l'auscultation et la percussion. A quoi pouvait tenir cette brusque rétrocession? Était-elle le résultat du traitement? ou bien fallait-il en chercher la cause dans quelques particularités attenant à la nature même de la maladie? La première interprétation n'était guère acceptable et trop en dehors de ce qui se passe habituellement, pour n'être pas regardée comme invraisemblable. Quant à la seconde, elle pouvait être éclairée par ce qui se présentait à la visite suivante, où l'on trouva le gros orteil du pied gauche rouge, tuméfié, douloureux, avec un état semblable des gaînes tendineuses du dos du pied. Le lendemain, le pied droit se prenait de la même façon, bien qu'à un degré moindre.

Aucun cas analogue ne s'était représenté dans les salles; mais, il y a deux jours, est entrée, au n° 27, une femme qui s'est offerte à notre observation dans les conditions suivantes : fièvre assez vive, rougeur et gonflement du pied et de la jambe gauches; douleur très vive dans tout le membre supérieur et le tronc du même côté, ce dont on peut s'assurer en faisant exécuter des mouvemens ou en prenant les masses musculaires, auquel cas la douleur s'élève jusqu'à arracher des cris.

La malade souffrant particulièrement au niveau du côté gauche, on examine avec soin la poitrine, sans noter aucune altération des bruits respiratoires normaux. Pendant la nuit, survient de la toux, et à la visite du matin, on constate du souffle manifeste dans la fosse sus-épineuse; autour et dans la fosse sous-épineuse, du râle sous-crépitant, à bulles fines. Dans les efforts de toux, râle crépitant fin, sec, et bronchophonie, plus trois ou quatre crachats péripneumoniques.

Nous étions arrivé à un diagnostic, mais, s'il faut le dire, ce diagnostic nous paraissait incomplet, ne comprenait pas la nature même de la maladie. Voici que ce matin la pneumonie n'existe plus; on ne retrouve plus de souffle, de résonnance de la voix; dans les efforts de toux, il existe à peine quelques bulles de râle sous-crépitant.

En voyant pour la seconde fois cette terminaison rapide d'une maladie qui, généralement, a plus de durée, j'ai ressenti beaucoup de répugnance encore à en faire honneur au traitement; considérant surtout qu'il s'agissait d'une pneumonie du sommet, variété regardée par tous les médecins comme particulièrement grave, j'ai dû chercher ailleurs que dans l'intervention des remèdes employés l'explication d'une aussi rapide terminaison, et je l'ai trouvée dans la nature même de cette pneumonie, que je regarde comme rhumatismale.

Localisateurs, nous ne sommes habitués à reconnaître le rhumatisme que pour certains tissus, les muscles, les aponévroses, les jointures. S'il existe partout ailleurs, nous ne le reconnaissons plus, c'est pour nous autre chose; et, bien que je ne prétende pas donner une comparaison rigoureuse, nous sommes un peu dans la condition d'un médecin qui ne verrait la vérole que dans les accidens siégeant sur le gland, et ferait des affections distinctes de toutes les manifestations vers la gorge, la peau, les bulbes pileux, les os, etc. Un tel médecin serait seul de son opinion, car chacun de nous reconnaît la syphilis dans les accidens que je viens de rappeler. Pourquoi n'en agissons-nous donc pas de même à l'égard du rhumatisme? Il frappe toutes les séreuses, c'est un fait incontestable et incontesté depuis les beaux travaux de M. Bouillaud, travaux qui ont fait faire un pas immense à la pathologie du cœur. Si, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, vous voyez l'endocarde se prendre, vous dites il y a endocardite; péricardite, si c'est le péricarde qui est affecté; ou bien pleurite, méningite, suivant la séreuse prise. Cela est vrai, mais insuffisant, incomplet, et cette dénomination de la maladie, qui est une sorte de définition en un seul mot, veut être complétée par l'épithète *rhumatismale*.

Pourquoi ne pas faire à l'égard de ces phlegmasies séreuses la distinction que nous faisons quand il s'agit d'une phlegmasie articulaire? Si celle-ci suit un coup, une chute, n'affecte qu'une jointure, tend à suppurer, nous l'appelons arthrite; si, au contraire, elle se développe sous l'influence d'un refroidissement, frappe à la fois ou successivement plusieurs articles, nous disons que c'est un rhumatisme.

Qu'il en soit de même pour les phlegmasies séreuses, et faisons passer dans le langage ce qui est dans l'esprit de chacun.

Quand un homme, habitué à souffrir de rhumatisme, prend, sous l'influence d'un refroidissement, une douleur dans l'épaule, la hanche ou tout autre point, il ne manque pas de dire : j'ai mon rhumatisme. Cette douleur vient-elle à être remplacée par un mal de gorge, le malade et son médecin cessent d'être logiques, et disent angine au lieu de rhumatisme. Comme si ce n'était pas une véritable douleur rhumatismale des parties fibreuses du pharynx et du voile du palais; douleur qui traîne après elle la fluxion, la tuméfaction et la rougeur de la muqueuse pharyngienne. Ne voit-on pas le rhumatisme des tissus fibro-séreux d'une jointure s'accompagner de gonflement du tissu cellulaire sous-cutané et d'une rougeur très prononcée de la peau elle-même? Pourquoi ne pas vouloir admettre la même influence pour la muqueuse, infiniment plus délicate et plus vasculaire? Pour nous, Messieurs, dans un cas pareil, nous n'hésitons pas à reconnaître un rhumatisme, ou, si vous le voulez, une angine rhumatismale.

Cette distinction peut servir à expliquer des différences très grandes dans la marche et les terminaisons différentes d'angines, que certains médecins regardent comme étant de même nature; ainsi le tonsillitis, inflammation franche des amygdales, parcourt toutes ses périodes, en dépit de tous les traitemens qu'on peut lui opposer, et quand une personne en a eu plusieurs, elle sait très bien prévenir son médecin de l'inutilité de tentatives qui n'empêcheront pas les choses d'aller jusqu'à la formation d'un abcès. S'agit-il, au contraire, d'une angine rhumatismale, elle disparaît souvent dans l'espace d'une nuit, quel qu'ait été le traitement institué, laissant le médecin émerveillé des succès de sa thérapeutique, tandis que la vraie raison réside dans la nature essentiellement mobile de l'affection.

Si nous descendons dans le tube digestif, nous retrouvons le rhumatisme pour expliquer ces diarrhées qui se manifestent du jour au lendemain, sous l'influence d'un refroidissement.

Feuilleton.

A M. Amédée Latour.

Mon cher confrère,

Vous avez parfaitement apprécié la portée du travail que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, et je vous remercie sincèrement de la manière claire et précise avec laquelle vous avez posé la question.

Jamais il n'est entré dans ma pensée d'engager la responsabilité du savant aréopage sur l'examen du *point de vue philosophique, du côté social.* A mes risques et périls, au prix de beaucoup de contrariétés, d'obstacles infinis, d'humeurs et de récriminations, j'ai exposé devant le grand tribunal de l'opinion publique le résultat de mes études sur le système cellulaire : une série d'articles publiés dans les journaux politiques, une brochure tirée à plusieurs centaines d'exemplaires, un mémoire présenté à l'Académie des sciences morales et politiques m'ont permis de donner à mon opinion tous les développemens désirables.

Si je n'ai pas eu l'honneur de provoquer une mesure que je crois utile et sage (circulaire ministérielle du 17 août 1853 : « le gouvernement renonce aujourd'hui à l'application du système cellulaire, pour s'en tenir à celui de la séparation par quartiers »), je me suis donné la satisfaction de la soutenir, de la préconiser en face des mêmes hommes qui avaient gagné leur position sociale, leur fortune littéraire et politique dans ce que l'on a justement appelé cette croisade humanitaire.

Le titre adopté pour ma lecture : *Influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus,* indique parfaitement les limites que je me suis assignées.

C'est sur la partie médicale et hygiénique de la question, et uniquement sur ces deux points, qu'ont porté mes réflexions.

Après avoir mis en présence les résultats obtenus à Mazas, la prison cellulaire modèle, et aux Madelonnettes, la prison en commun; après avoir fait observer que ces deux établissements, situés au centre même de Paris, étaient dans les conditions les plus favorables de surveillance administrative, de progrès, d'améliorations hygiéniques, j'ai posé ces trois propositions :

1° La mortalité générale de Mazas a été moindre que celle des Madelonnettes;

2° Le nombre des aliénations mentales a été plus considérable dans la première;

3° Et celui des suicides douze fois plus élevé.

Une étude attentive des conditions d'emprisonnement, un examen impartial et désintéressé de documens rassemblés avec soin m'ont seuls amené à ces conclusions.

Je n'étais plus comme les premiers partisans du système sur le terrain des considérations *à priori*, des renseignemens empruntés à la Belgique, à la Suisse, à l'Amérique; je me trouvais sur celui plus positif de l'application, de la pratique journalière, au milieu d'une population toute française.

Les restrictions que j'ai apportées à l'appréciation du *chiffre*, je les ai demandées à l'observation pendant les longues heures du séjour dans la prison.

Ainsi, tout en reconnaissant que la mortalité est moindre qu'ailleurs, j'ai dû noter les meilleures conditions organiques des individus écroués à Mazas; la possibilité qu'ils ont de se faire soigner à la moindre indisposition; les conséquences qui résultent des transfèremens, alors qu'ils sont gravement malades.

De 1852 à 1854, 10 détenus sont arrivés aux Madelonnettes, venant de Mazas, frappés d'affections mortelles, et y sont morts peu de temps après.

En bonne statistique, ces 10 décès ne devraient-ils pas être compris dans la mortalité de l'établissement où s'est développé et accru le germe de la destruction?

Pour ce qui concerne la folie, j'ai signalé le grave inconvénient de prendre en bloc le nombre des aliénés écroués pendant une ou plusieurs années, sans s'inquiéter des antécédens, de l'état fonctionnel, au moment de l'incarcération.

Cette méthode conduit à offrir, pour les deux prisons, un chiffre à peu près égal : 0,28 et 0,31 p. 100; mais si l'on s'enquiert minutieusement de l'intégrité ou de l'anormalité de l'intelligence avant et pendant, on arrive à ce résultat :

A Mazas, de l'aveu même des enthousiastes du système, il y a eu, en deux ans, sur les 35 aliénés, 19 cas de folie, nés incontestablement dans la cellule.

Aux Madelonnettes, pendant la même période, sur les 16 cas d'aliénation, tous étaient antérieurs au moment de l'arrestation, et presque tous ont été transférés à Bicêtre dans la huitaine.

Et pour me rendre compte de ces phénomènes, j'ai décrit ce que j'avais vu à plusieurs reprises, ce que vous me permettrez de répéter ici, car ce point est capital :

« Le moment où le détenu voit se fermer sur lui la porte de la cellule produit une impression profonde sur l'homme qui a reçu de l'éducation comme sur celui qui a toujours vécu dans l'ignorance, sur le criminel comme sur l'innocent, sur le prévenu comme sur le condamné : cette solitude, l'aspect de ces murs, ce silence absolu l'effraient et le confondent. S'il a de l'énergie, s'il possède une âme forte, bien trempée, il résiste, et peu de temps après il demande des livres, de l'occupation, du travail. Si c'est un être faible et pusillanime, il se laisse abattre; insensiblement *il* devient taciturne, triste, morose; bientôt il refuse ses alimens, et s'il ne peut occuper ses mains, il reste de longues heures immobile sur son escabeau, les bras appuyés sur la table, les yeux fixés sur elle. Quelques jours encore, et la promenade ne sera plus un besoin pour lui, et les visites des aumôniers ne le soulageront guère, et les paroles des médecins ne le tireront pas de ses rêveries.

» Selon les degrés de son intelligence, selon ses habitudes, sa manière d'être, son organisation morale, la monomanie prendra une forme érotique ou religieuse, gaie ou triste.

» Les affections dépressives sont les plus ordinaires; mais à côté des mélancolies les mieux caractérisées, j'ai vu l'exaltation la plus complète : un ancien militaire, par exemple, s'excitant au combat, à la mêlée, parlant de cliquetis d'armes et de bruits de clairons; un commis, détenu

Les portions fibreuses deviennent douloureuses et les contractions plus considérables et plus fréquentes, en même temps qu'il s'établit un mouvement fluxionnaire vers la muqueuse, dont les produits de sécrétion se trouvent augmentés. Les diarrhées dont je parle ont peu de durée, à moins pourtant que le rhumatisme ne prenne ici la forme chronique, qu'il peut prendre partout.

Après ces considérations, peut-on trouver étrange que nous admettions l'existence de la pneumonie rhumatismale? Supposez le tissu pulmonaire, ou, ce qui est la même chose, le tissu fibreux de l'extrémité des bronches frappé de rhumatisme, quels seront les résultats immédiats? La tuméfaction et la congestion de la muqueuse, l'infiltration du tissu cellulaire, c'est-à-dire les conditions anatomo-pathologiques de l'œdème ou de la pneumonie au premier degré, avec cette particularité, que de telles lésions, participant de la nature morbide fugace du rhumatisme, n'ont pas la fixité, la persistance des lésions de la pneumonie ordinaire, et peuvent expliquer certains résultats thérapeutiques trop merveilleux! Ainsi feraient les deux cas que je vous ai signalés, si nous n'avions une meilleure raison à donner de leur rapide curation. C'étaient deux pneumonies rhumatismales, l'une chez un jeune homme souffrant en même temps de douleurs de rhumatisme dans les deux pieds; l'autre chez une femme qui avait eu, dans un hôpital de Lyon, un rhumatisme articulaire aigu de longue durée; depuis lors, d'autres accidens de même nature, et en même temps que l'affection de poitrine, des douleurs rhumatiques dans toute l'étendue du même côté du corps. Dans des cas semblables, je n'hésiterai pas à admettre l'existence de la pneumonie rhumatismale, trop heureux de compléter mon diagnostic et d'être éclairé sur l'importance de ma thérapeutique.

(La suite à un prochain n°.) Dr E. Archambault.

OBSTÉTRIQUE.

RÉSORPTION DU PLACENTA;

Par M. le docteur Sabatier, de Bédarieux.

Le placenta qui demeure inclus dans la matrice est-il résorbé sur place sans qu'aucun phénomène physiologique ou pathologique vienne nous déceler ce travail de la nature, à l'instar de certaines tumeurs sanguines, dont les élémens dissociés rentrent sans secousses dans le torrent circulatoire? Telle est la question que je me pose en commençant, et à laquelle plusieurs de nos célèbres accoucheurs, MM. Stoltz, Dubois, Cazeaux, etc., paraissent avoir répondu par l'affirmative. Je n'ignore pas qu'il existe dans la science des faits bien observés d'une pareille terminaison. Mon intention n'est pas de les contester ici. Tout ce que je me propose, c'est de montrer dans les trois observations qui suivent quelle est la voie que suit la nature pour débarrasser l'économie des principes organiques putrides provenant de la décomposition du placenta.

Observation I. — La nommée Catherine Bousquet, âgée de 35 ans, femme d'un menuisier, enceinte pour la quatrième fois, se blesse, le 24 mars 1853; elle était grosse alors de trois mois et demi. Hémorrhagie abondante; expulsinn du petit fœtus; mais le placenta demeure dans la matrice. Application du tampon et seigle ergoté, le tout inutilement.

L'orifice se rétracte et l'utérus se trouve entièrement fermé.

Je me décide à attendre et à surveiller les suites de couches. Pendant quatre jours tout se passe bien; mais, le cinquième, frisson violent qui dure une heure; céphalalgie; fièvre; sensibilité dans la région de l'utérus; douleurs aux lombes et aux aines.

Frictions sur l'hypogastre avec l'onguent napolitain à fortes doses; calomel à l'intérieur.

Le toucher montre que le col utérin est légèrement entr'ouvert, et qu'un liquide purulent et fétide commence à en suinter.

Injections répétées dans la matrice avec une seringue à matrice surmontée d'une canule de gomme élastique. Ces injections pénètrent difficilement, à cause du peu d'ouverture du col.

Durant trois jours, les lochies continuent ainsi à couler assez abondantes, mais surtout horriblement fétides; le facies s'altère et prend un aspect jaune-terreux. Mais le dixième jour après le début des accidens, la scène change: un violent frisson se déclare, la malade accuse une douleur vive entre les épaules et presque aussitôt commence à expectorer une grande quantité de crachats extrêmement fétides.

Ces crachats ont exactement la même odeur que les lochies; les bronches en paraissent pleines. A l'auscultation, on entend de gros râles humides dans toute l'étendue des deux poumons.

Pendant une semaine, notre malade en remplit chaque jour un pot d'un tiers de litre, et, chose singulière, à mesure que cette expectoration se fait, le liquide purulent de la vulve diminue en quantité, et déjà le cinquième jour il avait cessé de couler.

Cette femme, sous l'influence des toniques, du camphre et d'une bonne alimentation, s'est entièrement rétablie.

Les vases destinés à recevoir les déjections de la malade, ainsi que les linges souillés par les lochies n'ont présenté aucun atome de tissu placentaire.

Observation II. — La nommée Cambon (Marie), femme d'un cordonnier de notre ville, grande et forte, âgée de 24 ans, grosse pour la première fois, accouche le 25 juin de la même année de deux filles. Mais le placenta ne se détachant pas spontanément de la matrice, on se décide à m'envoyer chercher.

Je constate, à mon arrivée, que l'utérus est fortement rétracté sur le placenta, qui est très volumineux; les tractions exercées sur lui ont été assez fortes, puisqu'un des deux cordons a été rompu. En introduisant le doigt dans la cavité du col, on ne touche pas l'arrière-faix. Hémorrhagie légère.

La sage-femme m'ayant avoué qu'elle avait administré 2 grammes de seigle ergoté pour accélérer le travail, je pensai que la rétention du placenta était due à une contraction tétanique de l'utérus, contraction que j'ai souvent observée à la suite de l'emploi intempestif, exagéré de ce remède.

Je prescrivis une potion antispasmodique et laudanisée, et j'attendis une heure.

Après ce laps de temps, voyant que le placenta ne s'engageait pas, je me décidai à aller moi-même à sa recherche. Ma main introduite dans l'utérus, après avoir exploré le délivre, glisse entre la face cotylédonnaire et la paroi utérine; et je constate que, décollé dans une grande partie de la circonférence et au centre, le placenta est encore très adhérent vers son bord supérieur. Quelques tractions exercées sur lui avec prudence, ne parviennent pas à le décoller.

J'ai alors recours à l'injection de la veine ombilicale, mais sans succès.

Cependant, l'hémorrhagie devenant inquiétante, je me décide, après avoir introduit ma main dans l'utérus, à emporter toute la portion décollée.

L'examen du délivre montre, à sa partie supérieure, une profonde échancrure, correspondant à la portion adhérente, qui me paraît être approximativement de la grosseur du poing.

Cette femme m'avoua, qu'étant au sixième mois de sa grossesse, à la suite d'une querelle avec son mari, elle avait reçu sur le ventre un violent coup de bâton. Qu'immédiatement elle avait ressenti dans l'intérieur de l'utérus une espèce de craquement, accompagné d'une douleur vive. Le lendemain, un peu de sang s'était montré à la vulve; mais, sous l'influence du repos au lit et de lavemens laudanisés, ordonnés par un confrère, ces accidens s'étaient calmés, et la grossesse avait pu suivre sa marche ordinaire.

Les suites de couches furent simples d'abord, mais, au quatrième jour, il se déclare un frisson violent, suivi de sueurs, avec fièvre, céphalalgie, soif intense; sensibilité de l'utérus; les lochies commencent à présenter de l'odeur. Durant quelques jours ces phénomènes vont en s'aggravant; le facies s'altère, la figure devient jaune-paille, et tout fait craindre une terminaison fatale et prochaine.

Mais bientôt (le douzième jour) se déclare un nouvel et violent frisson; une douleur vive se fait sentir dans la région scapulaire, et cette malade, comme celle de l'observation précédente, se met à expectorer une grande quantité de crachats fétides.

Ces crachats sont d'un vert tirant sur le jaune; quelques-uns sont comme rouillés; on y constate des filets d'un sang corrompu. Ils exhalent une odeur horrible. La malade demande avec instances des substances très fortement odorantes, pour neutraliser cette insupportable fétidité. Elle croit avoir le poumon gangréné.

Comme dans le cas précédent, le camphre, les toniques et le chlorure de chaux sont successivement employés.

Cette expectoration purulente persiste quinze jours; les lochies, d'abord très abondantes, se supprimèrent six jours après son début.

L'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin, nous montra que tout se passait du côté des bronches, et que le poumon était tout à fait exempt d'un travail phlegmasique. Pas de crépitation, pas de souffle, mais de gros râles humides dans toute l'étendue des bronches, et principalement en arrière.

Les sueurs qui, au début, étaient abondantes, cessèrent complétement aussitôt que se fut déclarée cette fluxion vers les bronches: elles ne furent jamais fétides.

Cette femme s'est complétement rétablie, et elle jouit encore aujourd'hui de la plus parfaite santé.

Comme chez la précédente, nous n'avons constaté la sortie d'aucune portion de tissu placentaire.

Observation III. — Il s'agit d'une malade que je n'ai vue qu'en passant, qui habite un village voisin de Bédarieux. Cette femme, nommée Hilaire, est sujette à des avortemens qu'elle qualifie du nom de perte. Le dernier eut lieu en mai 1853; elle était enceinte de quatre mois. L'hémorrhagie fut assez abondante, et l'expulsion du petit fœtus eut lieu, mais le placenta demeura inclus dans la matrice. Elle put néanmoins reprendre ses occupations. Mais au huitième jour, survint un violent frisson, avec douleur de côté, et bientôt après expectoration de crachats horriblement fétides. Deux confrères qui lui donnaient des soins, n'ayant pas porté leur attention sur l'utérus, crurent avoir affaire à une pneumonie terminée par suppuration, à une véritable vomique. Il n'en était rien cependant, car il fut facile de s'assurer que par le col utérin suintait un liquide ayant la même odeur que celui que la malade expectorait. L'auscultation, d'ailleurs, n'avait jamais révélé aucun des bruits qui caractérisent les inflammations du poumon.

Cette femme, comme les précédentes, s'est parfaitement rétablie.

Réflexions. — Ces trois observations me paraissent démontrer que c'est surtout par la voie des poumons que la nature se débarrasse des produits putrides qui proviennent du placenta décomposé. Mais comment se fait cette élimination? Sont-ce les veines qui vont puiser ces principes toxiques, et les vaisseaux lymphatiques ne sont-ils pour rien dans ce transport?

Nous pensons que, dans le principe, ce sont les veines qui s'emparent des matériaux les plus ténus de la décomposition organique, et qui les portent dans le torrent circulatoire, d'où les diverses excrétions, la salive, les sueurs, les larmes, etc., servent à les éliminer. Ce teint jaune terreux que nos malades ont d'abord présenté ne peut guère s'expliquer que par une

---

pour vol d'une cravate, soupirant sans cesse des vers à sa maîtresse; un choriste de l'Opéra se livrant à la danse la plus échevelée.

» Cependant dans les momens de calme, d'intermittence, ces malheureux répondent parfaitement aux demandes qu'on leur adresse: souvent même il faut un interrogatoire minutieux pour déterminer le point sur lequel leur esprit divague et se perd.

» De pareils troubles de l'intelligence sont inhérens au système: ils prennent naissance chez des individus qui jouissaient antérieurement d'une parfaite santé, qui n'avaient présenté aucune prédisposition héréditaire, ou acquise, et, de plus, ils sont facilement modifiés par un traitement convenable, ils disparaissent avec la cause première.

» J'ai déjà eu occasion de parler plus haut, comme moyens très efficaces, de l'influence des distractions, de la société, des promenades, du transfèrement dans une maison en commun. »

Quant à la question des suicides, j'ai d'abord montré qu'en 1852, MM. Guérard et Paillard de Villeneuve, organes d'nne commission éminente, avaient, dans des rapports officiels, enregistré le fait du nombre considérable de ces morts accidentelles. Plus tard, M. Lélut, en son nom et au nom de ces mêmes collègues, s'était efforcé de prouver que le chiffre des suicides de Mazas n'avait rien d'exorbitant, et qu'il pouvait constituer, d'ailleurs, un fait exceptionnel.

En voyant se succéder avec une fréquence effrayante ces malheureux accidens, j'ai porté toute mon attention sur les conditions et les circonstances dans lesquelles ils se produisent, et j'ai formulé en ces termes le résultat de mes investigations:

En quatre ans, depuis l'ouverture de la prison, sur 25,268 détenus, il y a eu 26 suicides et 43 tentatives.

Soit 1 suicide sur 971
1 tentative sur 765

Pendant la même période, on a constaté aux Madelonnettes:

1 suicide sur 12,000

De même que pendant vingt ans (de 1830 à 1850), on n'avait eu à déplorer à la Vieille-Force que:

1 suicide sur 12,465

De pareilles disproportions ne sont pas discutables. Il faut accepter le fait, et au lieu d'employer toutes les ressources de l'esprit à en atténuer la signification, mieux vaut rechercher les moyens de les prévenir.

Sur les 26 suicidés, 21 étaient prévenus, 5 seulement condamnés.

La nature des préventions et des condamnations, pour être diverse, n'impliquait pas une grande gravité (vols, vagabondage, attentats à la pudeur, coups, rébellion).

C'est dans les premiers jours de la détention qu'avaient été exécutés ces actes funestes, perpétrés par des individus qui se trouvaient, pour la plupart, dans la force de l'âge.

J'ai placé sous les yeux de la commission les documens, tableaux et pièces à l'appui, et je les tiens à la disposition des incrédules.

Et ici, qu'il me soit permis de protester contre la phrase suivante de l'honorable M. Desportes:

« Qu'on ne cherche pas non plus à attaquer par une simple assertion qui, d'ailleurs, n'est pas fondée, un système qui doit être regardé comme un bienfait. »

Libre à vous, Monsieur, de considérer comme un bienfait ce qui constitue, pour d'autres, une calamité; mais rien ne vous autorise à taxer d'*assertion mal fondée* l'opinion d'un confrère qui appuie son dire sur des faits précis, des chiffres irrécusables!

Quant à l'origine bretonne du système, M. Desportes nous permettra de n'accueillir son affirmation que sous bénéfice d'inventaire.

Ce n'est qu'en 1821 que l'Amérique a introduit dans son régime pénitentiaire la règle d'Auburn. Mais, antérieurement, il existait, à Gand, une maison qui l'inaugurait en 1794, et, dès 1677, l'abbé Filippo Franci fondait, à Florence, une prison correctionnelle sur le principe de la réclusion individuelle.

Oserais-je prier le savant aliéniste, M. Baillarger, de prendre préalablement connaissance du travail que j'ai eu l'honneur de présenter. Il y trouvera très certainement des faits nouveaux capables de modifier des idées qui remontent à quinze ans.

En consultant le *Bulletin* de l'Académie impériale, il constatera aussi que, postérieurement au rapport de M. Esquirol déclarant « *que le système de Pensylvanie n'abrège pas la vie des prisonniers et ne compromet pas leur raison*, » il en a été fait un autre par MM. Collineau et Ferrus, donnant leur assentiment à cette proposition de M. le docteur Joret: « *Le régime pénitentiaire actuellement suivi dans la prison de Vannes rend fou.* »

Les détails de ces discussions sont excessivement intéressans. Les conclusions des deux rapports furent adoptées. Or, si celles d'Esquirol, en 1839, nous donnent tort, celles de M. Ferrus, en 1847, confirment nos idées.

Je ne puis malheureusement pas commenter ici cette pensée du savant académicien:

« La société a le droit de se garantir contre le crime, et le crime s'apprend dans la maison commune. »

Cette affirmation est, comme on dirait, grosse de tempêtes!

Le libre exercice des droits de la société n'implique pas le sacrifice de ceux que tout individu tient de Dieu, et, pour sauver de la contagion morale un prévenu qui peut être innocent, vous n'êtes pas autorisé à le placer dans des conditions, où il n'aura d'autre alternative que la folie ou le suicide.

Car, on ne doit jamais perdre de vue cette vérité pratique: Pour accomplir cet acte de suprême désespoir (le suicide), il faut une dose d'énergie, une exaltation de la volonté, une fièvre de la pensée que l'on ne retrouve pas, en général, dans une âme dépravée. Ses principaux mobiles sont l'isolement, la misère succédant à l'aisance, la passion, la perte d'une position sociale, la perspective du déshonneur. La lâcheté est en raison directe de la dépravation, et le lâche n'a pas le courage de se donner la mort.

Je dépasserais les limites de la présente, mon cher confrère, si je devais reproduire les argumens qui m'ont fait rejeter les conclusions trop absolues du savant M. Lélut. J'ai cherché dans mon estime pour sa personne, dans ma considération pour son imposante autorité, la force de combattre ses opinions.

Un dernier mot à l'adresse de notre savant et excellent confrère, M. Baillarger.

Il ne s'agit pas, en l'espèce, de savoir ce qu'a *voulu* le système dit français, il faut constater ce qu'il *est réellement*. Or, des études longues, pénibles, consciencieuses, m'ont précisément montré dans le système cellulaire de Mazas les inconvéniens suivans:

La lecture n'est une ressource que pour un nombre très limité de prisonniers.

Le temps de la promenade (trois quarts d'heure au plus) est insuffisant.

Le travail, ce correctif obligé du mode de détention, n'est pas assez généralisé.

L'effet moralisateur se traduit, pour le détenu, par 47 minutes par mois de conversation avec les directeurs, aumôniers et médecins.

L'exercice réel, véritable, sérieux du culte, c'est-à-dire la religion agissant sur l'âme par l'intermédiaire des sens, est impossible à Mazas.

Agréez, etc. Dr Prosper de Pietra Santa.

20 Avril 1855.

infection générale, c'est-à-dire par une absorption directe des matières délétères par les veines.

Mais tout en admettant cette absorption par cet ordre de vaisseaux, le fait si remarquable qui se passe vers les bronches, ne me paraît pas recevoir une explication satisfaisante. A qui persuadera-t-on, en effet, que ce frisson, cette douleur sternale, cette expectoration de crachats horriblement fétides, est l'analogue de ce que l'on observe dans le cas d'infection putride provenant de la résorption d'un pus altéré? Cette fluxion, que l'on me passe ce mot, n'est en rien comparable avec les phénomènes qui se montrent du côté de la poitrine dans la période ultime de certaines affections, alors que l'amaigrissement, la fièvre hectique, les sueurs nocturnes, et surtout la diarrhée, viennent terminer la scène.

Le hasard a fait entrer dans mon service à l'hôpital un homme affecté d'une gangrène humide et spontanée de la jambe. J'ai noté avec le plus grand soin les divers phénomènes qui se sont montrés chez ce malade du côté du système pulmonaire. Tout s'est réduit à de la toux, à quelques crachats ayant un peu d'odeur gangréneuse; mais les sueurs qui ont été très abondantes, les urines, les matières fécales, en ont été tout aussi imprégnées.

Or, dans nos observations, pas de sueurs, pas de fétidité dans les autres diverses sécrétions; c'est uniquement du côté des bronches que tout le travail se fait, et c'est par elles seules qu'a lieu l'élimination.

Je serais donc porté à admettre qu'à cette absorption des veines, qui a été évidente, est venue se joindre celle des vaisseaux lymphatiques. Cette opinion paraîtra hardie, maintenant surtout que les physiologistes s'accordent à nier aux lymphatiques toute faculté absorbante (Bérard, *Physiologie*, tome II). Quant à nous, nous pensons qu'on a été beaucoup trop loin et que la science, malgré de récentes découvertes, n'a pas dit son dernier mot sur les propriétés de cet ordre de vaisseaux. Le développement énorme qu'ils acquièrent quelquefois, à la suite de certaines métrites puerpérales, le pus que l'on trouve dans leur intérieur, n'est-il que le résultat d'un travail phlegmasique, et répugne-t-il d'admettre que, dans certaines circonstances, les lymphatiques de l'utérus peuvent se remplir par une absorption directe.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait existe : c'est surtout par les poumons que s'éliminent les produits putrides dont nous parlons. Il est probable que c'est aussi par cette voie qu'ont disparu la plupart des placentas qui, soit en partie, soit même en totalité, ont été abandonnés dans la matrice. Il m'est difficile de croire à une résorption complète, sans décomposition préalable. Le fait de M. Olande (*Gazette médicale*, 1848, p. 55), si souvent cité, ne me paraît pas être un exemple du contraire.

Enfin, qu'il nous soit permis de faire remarquer, en finissant, que, dans ma seconde observation, la cause des adhérences utéro-placentaires me paraît on ne peut plus évidente : c'est le coup de bâton que la femme Cambon a reçu sur le ventre au cinquième mois de la grossesse, qui a provoqué un décollement du placenta, une hémorrhagie. Le sang épanché entre la face externe du placenta et la paroi utérine s'est organisé, et, par suite, se sont formées des adhérences.

N. B. On pourrait encore expliquer cette fluxion par une véritable métastase. Le poumon et l'utérus ont de singulières connexions qui se révèlent dans certains états pathologiques, et, pour n'en citer qu'un exemple, ne voyons-nous pas quelquefois des hémoptysies périodiques venir remplacer les règles?

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Vingt-et-unième et vingt-deuxième Leçons.

SOMMAIRE. — Mode de génération des marsupiaux. — Œuf du reptile; œuf du poisson. — La fécondation se fait sur l'œuf. — Œuf humain.

Nous avons retrouvé dans l'œuf des mammifères toutes les parties principales de l'œuf des oiseaux. Nous avons vu que ce qui donne un caractère particulier à l'œuf des mammifères, c'est, d'un côté, le peu de développement de la membrane ou poche vitelline, et, d'un autre côté, l'existence d'un ou de plusieurs placentas; tandis que, dans l'œuf de l'oiseau, la membrane vitelline est très développée et que le placenta n'existe pas : nous avons donné la raison physiologique de ces différences. Enfin, nous avons vu que le fœtus des mammifères respire et se nourrit aux dépens de sa mère et par le moyen du placenta.

Le fœtus respire par sa mère : les expériences de Vésale et de Legallois ne laissent aucun doute à cet égard. Est-il également certain qu'il se nourrit par sa mère? Pour moi, je n'en doute pas. Où le fœtus puiserait-il les matériaux de sa nourriture? Dans la membrane ombilicale? Oui, durant les premiers jours; mais ces matériaux, peu abondants, ont bien vite disparu. Dans l'amnios? Mais l'amnios est le produit d'une excrétion émanée du fœtus lui-même. Se nourrir de son excrétion est impossible. Ainsi, déjà, et par la seule voie de l'exclusion, on arrive à trouver que le fœtus se nourrit par sa mère. Mais nous pouvons fournir du fait une preuve plus sensible : si, dans la matrice, on dégreffe, on sépare l'un de l'autre les deux placentas, fœtal et utérin, du moment que la connexité n'existe plus, le fœtus meurt; c'est que les élémens de respiration et de nutrition ne lui arrivent plus. Tous les jours cet accident se produit : ne cherchons pas d'autre cause aux fausses-couches que le *dégreffement* des placentas.

Reste une difficulté à résoudre, et je vous l'ai indiquée : si le fœtus se nourrit par sa mère, il y a nécessairement une communication entre les vaisseaux du placenta fœtal et les vaisseaux du placenta utérin. A ce sujet, vous avez vu mes expériences et je vous ai dit les objections qu'on y a faites; objections que, pour le moment, j'admets comme valables. Je me propose de continuer mes expériences; peut-être arriverai-je à quelque chose de tout à fait concluant. Dès à présent, il me suffit qu'il y ait *contiguïté* entre les vaisseaux de l'un et de l'autre organe pour que j'affirme la communication; elle peut se faire par voie d'*endosmose*.

D'après ce que nous avons dit du développement du fœtus des mammifères, il semblerait naturel que tous les animaux de cette classe eussent un placenta. Il n'en est pourtant pas ainsi. La découverte de l'Amérique nous a révélé tout un groupe nouveau de mammifères qui n'offrent aucune trace de placenta : ce sont les *marsupiaux* ou, comme Linné les appelait, les *didelphes*, ordre important et dont le premier genre connu, le genre *américain*, est celui des *sarigues*. La découverte de ces animaux fut un événement physiologique. L'étonnement des savans redoubla lorsqu'ils apprirent, peu de temps après, que, dans la Nouvelle-Hollande, on ne trouve presque, en fait de mammifères, que des marsupiaux.

Les *marsupiaux* ont un mode de génération particulier : la femelle est pourvue à l'extérieur d'une *poche* ou *bourse*; dans cette bourse sont des mamelles, et à chacune des mamelles est attaché, durant tout le premier temps de l'allaitement, et comme *greffé*, un fœtus.

Deux os caractéristiques en forme de languette, articulés et mobiles sur le pubis, servent à l'attache des muscles qui ouvrent et ferment la poche : on les appelle *os marsupiaux*.

Tout d'abord, on se demanda : les petits naissent-ils dans cette poche, et se forment-ils aux mamelles de leur mère? On le crut, sur les apparences. Et cette opinion ne fut pas seulement celle du vulgaire; elle eut cours parmi les naturalistes. Marcgrave l'admet; je trouve dans son ouvrage, *Rerum naturalium Brasiliæ libri octo* (1648), le passage suivant : « La bourse est proprement la matrice de la sarigue. Je m'en suis assuré par la dissection. »

Valentyn, ministre de la religion réformée et voyageur, dit dans son ouvrage *Les Indes orientales* (1685) : « La poche des philandres est une matrice dans laquelle sont conçus les fœtus. » En 1786, le comte d'Aboville disait la même chose. L'erreur persista si longtemps qu'en 1819, M. Geoffroy Saint-Hilaire y touchait encore. Il y a, de lui, une brochure publiée à cette date et intitulée : *Si les animaux à bourse naissent aux tétines de leur mère.*

C'est à un Anglais, le docteur Barton, que l'on doit les premières bonnes observations sur les marsupiaux.

Nous savons aujourd'hui que les femelles des marsupiaux ont, comme les autres femelles mammifères, deux ovaires, deux oviductes et une matrice; les organes intérieurs de la génération sont les mêmes. Le mode de developpement du fœtus est aussi essentiellement le même. Mais le temps de la gestation est autrement distribué : chez les mammifères à placenta, le petit reste dans la matrice tout le temps nécessaire au développement; à sa naissance, il est complétement formé, il est *viable*. Chez les marsupiaux, les jeunes sont expulsés de la matrice, pour ainsi dire, avant terme. Quand ils arrivent dans la bourse, ils sont très imparfaits; ceux des petites espèces ne pèsent pas, à cette époque, plus d'un grain; on ne voit leurs membres que comme des tubercules. C'est dans la bourse marsupiale que leur développement s'achève.

Les jeunes des autres mammifères ont deux époques de nutrition : 1° la nutrition utérine; 2° la nutrition extérieure ou la lactation. Chez les marsupiaux, la lactation est le principal moyen d'alimentation. Les petits commencent à téter qu'ils ne sont encore qu'ébauchés. On comprend que, pour ces animaux, un placenta était inutile; il est remplacé par la mamelle.

Ici se présente une difficulté sérieuse :

La gestation, nous venons de le voir, se partage, pour les marsupiaux, entre deux organes : la matrice et la bourse marsupiale. Nous comprenons très bien comment s'opère la gestation *extérieure* ou *marsupiale* : ce n'est autre chose qu'une lactation. Mais pour la gestation *utérine*, comment les choses se passent-elles? Comment le fœtus peut-il respirer et se nourrir dans la matrice, quand il n'y a pas de placenta pour le mettre en rapport avec la mère?

M. Richard Owen a étudié dans l'oviducte l'œuf d'un marsupial (le kanguroo géant) et voici ce qui résulte de ses observations : pour cet animal, la durée de la gestation utérine est de trente-huit jours, celle de la gestation marsupiale est de huit mois. L'œuf reproduit toutes les conditions essentielles des mammifères placentaires; il présente un chorion, une vésicule ombilicale, une vésicule allantoïde, un amnios; et toutes ces parties ont des rapports de situation analogues. On y trouve une masse vitelline, et même elle est plus considérable que dans les mammifères ordinaires; il en devait être ainsi, puisqu'il faut que le fœtus vive un temps plus long sur cette seule ressource. L'allantoïde est très petite et ne gagne pas la surface de l'œuf de manière à produire sur le chorion l'organisation vasculaire qui constitue le lien placentaire. C'est donc seulement au moyen des vaisseaux vitellins, communiquant par contiguïté avec les vaisseaux de l'utérus, que s'établit le rapport avec la mère. La respiration se fait par ces vaisseaux vitellins. Quant aux élémens de nutrition, ils sont, comme nous venons de le dire, puisés dans la masse vitelline.

Voilà tout ce que nous savons sur la question; et j'avoue que c'est bien peu de chose.

Quoi qu'il en soit, nous ne trouvons point de placenta dans ce groupe de mammifères, tandis que nous avons vu les fissipèdes en avoir un et les solipèdes en avoir plusieurs. Ces différences d'organisation m'ont donné l'idée, il y a déjà longtemps, d'une division des mammifères, division physiologique et qui marche parallèlement à la division adoptée en botanique.

On sait que le cotylédon, dans la plante, est, jusqu'à un certain point, l'analogue du vitellus et du placenta, dans le mammifère. Se fondant sur le caractère du cotylédon, MM. de Jussieu ont rangé tous les végétaux dans trois grandes classes : ils ont appelé *monocotylédones* ceux qui en ont un, *dicotylédones* ceux qui en ont deux, et *acotylédones* ceux qui n'en ont pas. On peut de même distinguer les animaux vivipares ou mammifères en trois classes : la première comprend ceux qui ont un placenta unique, ou les *monoplacentaires*, la deuxième ceux qui en ont plusieurs, ou les *polyplacentaires*, et la troisième ceux qui n'en ont pas, ou les *aplacentaires*.

Nous venons d'étudier l'œuf des vivipares et celui des oiseaux. Examinons rapidement l'œuf dans les ovipares, autres que les oiseaux.

Il va sans dire que je n'emploie, pour le moment, ces mots *vivipares*, *ovipares*, que dans le sens ordinaire, vulgaire, dans le sens qui se rapporte aux apparences; car, dans le vrai, et au fond, tous les animaux sont *ovipares*. N'oublions jamais le grand principe : *omne vivum ex ovo*.

On divise les ovipares : 1° en ovipares *aériens*, ce sont les oiseaux et la plupart des reptiles; 2° en ovipares *aquatiques*, ce sont les batraciens et les poissons (il ne s'agit encore que des vertébrés).

Cela posé, nous ne serons pas étonnés de retrouver dans l'œuf de la tortue et dans celui du crocodile, qui sont des ovipares aériens, la structure et les principaux caractères que nous avons vus dans l'œuf de l'oiseau. Celui du crocodile avait attiré l'attention d'Hérodote à cause de sa petitesse, remarquable quand on la compare au développement de l'adulte.

L'œuf de la tortue présente cette particularité, que sa coquille est ponctuée : la membrane calcaire est également ponctuée.

Dans les œufs des ophidiens, faisons, encore une fois, cette remarque des structures qui se *compensent* : l'œuf n'a pas de coque; par compensation, le chorion est très épais.

L'œuf des ovipares aquatiques n'a pas d'allantoïde. Cette membrane, qui sert de poumon fœtal aux ovipares aériens, n'est plus nécessaire aux ovipares aquatiques : ils respirent par leurs branchies, même à l'état fœtal. Nous voyons par là que les organes fœtaux varient selon le milieu dans lequel le fœtus se développe : dans le sein de la mère, le fœtus respire par le placenta; plongé dans l'air, il respire par les vaisseaux de l'allantoïde; plongé dans l'eau, il respire par les branchies.

Chez les batraciens et chez les poissons, la fécondation s'opère après la pondaison. Le batracien mâle embrasse la femelle, la presse et force les œufs à sortir : à mesure qu'ils sortent, il les féconde. Les poissons (j'entends les poissons osseux) nous présentent un degré de simplicité de plus : la femelle pond ses œufs et les dépose sur le sable; le mâle survient et les arrose de sa liqueur fécondante, de la laite.

La fécondation se fait sur l'œuf. Ceci est encore une loi générale. Dans les poissons, cette loi s'offre directement aux regards de l'observateur; dans d'autres vertébrés, elle se déduit de faits pathologiques, tels que les grossesses extra-utérines. L'œuf est déjà fécondé lorsqu'il tombe dans l'abdomen et s'y développe anormalement.

Je dirai un mot de l'œuf humain. Malgré quelques particularités de structure qui masquent le caractère des enveloppes, les physiologistes ont retrouvé, dans cet œuf, toutes les parties de l'œuf des vivipares. Je crois avoir été l'un des premiers qui aient déterminé le véritable caractère de la membrane appelée jusqu'alors (1836) *membrane caduque*, laquelle n'est autre chose que le chorion. Les autres parties, l'amnios, l'allantoïde, la membrane ombilicale, ont été observées dans l'œuf humain.

Cet œuf est celui qui nous intéresse le plus et qui, pourtant, a été étudié le plus tard. Aujourd'hui, il est complétement ramené à la loi d'analogie.

(*La suite prochainement.*)

CORRESPONDANCE.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Strasbourg, 19 Avril 1855.

Cher et très honoré confrère,

« La *Gazette médicale de Toscane* a publié récemment un article » ayant pour but de démontrer que cette division de médications en » *directes* et *indirectes*, a été formulée, il y a déjà longtemps, par le » personnage médical le plus éminent de l'Italie, M. le professeur » Bufalini, de Florence. Pas n'est besoin de dire que cette particu- » larité était inconnue en France, et je me félicite de m'être rencontré » avec un esprit aussi distingué. »

Cette note fait partie du discours de rentrée de mon cours de clinique prononcé le 16 courant. J'ai saisi la première occasion qui s'est présentée de rendre solennellement à César ce qui appartient à César. En matière de priorité, c'est la chronologie, c'est la date des publications qui fait foi; à cet égard, les droits de M. Bufalini sont incontestables. Reste la question de bonne foi, que je ne descendrai pas à discuter et que, du reste, personne n'a soulevée.

On pourrait penser que pareil aveu coûte beaucoup à mon amour-propre. Quelques réflexions suffiront pour faire comprendre qu'il n'en est rien. Ma plus grande appréhension lorsqu'il m'arrive de produire un fait, une pensée qui n'ont pas cours et qui me paraissent de quelque importance pour la science ou pour l'art, c'est de les voir rester isolés, sans écho, sans antécédens et sans approbateurs. C'est ce qui m'est arrivé quelquefois, hélas! Alors je me mets à douter de la valeur du fait ou de l'idée, à douter de la rectitude même de mon jugement. C'est ce qui m'est arrivé pour mes conceptions les plus chères : pour mes travaux sur la fièvre typhoïde, pour mes aperçus nouveaux sur les maladies du cœur, pour ma doctrine des élémens pratiques, pour mes médications directe et indirecte, etc.

Ce n'est que depuis peu de temps que l'on consent à prendre en considération la *lésion intestinale* dans les fièvres graves. L'Allemagne seule a paru distinguer mon *Précis des maladies du cœur*, au point de lui faire l'honneur de le traduire. Il y a quelques semaines seulement qu'un article bienveillant de la *Gazette médicale de Paris* et un autre de la *Presse médicale* ont rappelé au monde savant qu'il existe une *doctrine des élémens pratiques*. Enfin, c'est de Bordeaux qu'est venue l'approbation anonyme de mes médications *directe* et *indirecte*. Jugez de ma satisfaction, lorsque j'ai vu le premier clinicien d'Italie réclamer comme sienne une de mes conceptions les plus lumineuses! Une telle communion d'idées me donne foi en moi-même et me console de tant de labeurs que je pouvais croire condamnés à l'oubli, à la stérilité.

Je remercie donc M. de Pietra Santa du parallèle si flatteur pour moi qu'il vient de produire dans votre précieux journal, et si cette lettre tombait sous les yeux de M. le professeur Bufalini, je le prierais d'accueillir le témoignage de ma gratitude pour l'honneur qu'il m'a fait d'accepter ce parallèle.

Votre tout dévoué et affectionné,

Professeur FORGET.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 24 Janvier 1855. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Sommaire. — Nominations. — Communication de M. Legroux sur le traitement du sclérème. Discussion : MM. Barthez, Bouchut, Roger (Henri), Hervieux, Legendre, Legroux. — Lecture par M. Legendre d'une observation de difformité congéniale de la main. Discussion : M. Delasiauve.

M. Dechambre est nommé, à l'unanimité des suffrages, *membre associé* de la Société.

M. Legendre est nommé membre de la commission des prix, en remplacement de M. Requin, décédé.

M. Bourdon est nommé membre du conseil d'administration.

— M. LEGROUX a la parole pour une communication *sur le traitement du sclérème des nouveau-nés*.

J'ai, dit-il, à l'Hôtel-Dieu, un service qui comprend une salle de trente-quatre lits de femmes en couches; beaucoup de ces femmes ne restent pas même pendant neuf jours à l'hôpital, par conséquent on peut observer, en peu de temps, un grand nombre d'enfans nouveau-nés. La plupart sont robustes, et sortent en bonne santé; très peu sont malades; aussi toutes les mères nourrissent pendant tout le temps qu'elles restent à l'hôpital. A Beaujon, où je ne l'exigeais pas comme à l'Hôtel-Dieu, un grand nombre d'enfans succombaient en peu de jours. J'ai eu l'occasion d'observer quelques cas de sclérème, surtout dans ces derniers jours, où le froid a été intense; aussi est-il évident pour moi que le froid est la cause déterminante de la maladie, et la faiblesse de la constitution une cause prédisposante.

Il y a deux mois environ M. Legroux vit un enfant atteint de sclérème, ses jambes étaient gonflées et dures, ses bras également, principalement à leur partie interne; il avait une coloration violacée générale, la peau froide, son cri était faible et presque éteint, faiblesse générale extrême. M. Legroux prit les deux jambes dans ses mains, et fit un massage méthodique de plus en plus fort, et toujours en cherchant à faire refluer les liquides des extrémités vers le centre. Peu à peu les tissus devinrent plus souples, moins résistans, la coloration moins violette, le cri de l'enfant plus fort, il exerça alors une pression alternative sur le ventre et sur la poitrine, pour favoriser les mouvemens respiratoires, il continua ainsi le massage sur les membres pendant plusieurs minutes; l'assouplissement augmentait progressivement, ainsi que la force des cris de l'enfant, l'ampleur des mouvemens respiratoires, la disparition de la couleur violette; et, quand il le quitta, l'enfant était déjà dans un état bien plus satisfaisant, il recommanda de le faire téter, de recommencer le massage cinq ou six fois dans la journée, de lui faire prendre un ou deux bains aromatiques chauds. Le lendemain, l'amélioration est très grande, l'enfant a repris de la force, il tète et ne crie plus; l'œdème a disparu, la respiration est ample, la coloration parfaite, en un mot, l'enfant est guéri; mais, au bout de quelques jours, la mère le laissa tomber de son lit sur la tête et il mourut.

Depuis ce moment, quelques faits semblables, mais moins prononcés, ont été observés. Dans ces derniers jours, trois nouveaux cas se sont présentés. Le premier enfant fut trouvé, le matin, ayant les jambes et les pieds très tuméfiés, durs, violacés, il est extrêmement faible, ne tète plus, ses cris sont à peine accentués. Le massage est commencé, et, au bout de quelques minutes, les membres sont ramollis, rosés, les cris plus forts, les mouvemens mieux marqués, et la peau moins froide; on recommence la même opération cinq ou six fois dans la journée; l'enfant prend le sein de sa mère; le lendemain matin, il était très bien, et, aujourd'hui il est parfaitement guéri. Actuellement, les deux autres sont en traitement depuis trois jours: il s'agit de deux jumeaux, garçon et fille, tous deux extrêmement faibles, aussi peu développés que s'ils étaient nés à huit mois, quoique venus à terme. La fille fut prise la première, elle avait les jambes et les avant-bras tuméfiés et durs, coloration violacée de toute la peau, qui est froide, absence de tous cris, impossibilité de prendre le sein. On fait le massage de bas en haut en refoulant le liquide; peu à peu les membres s'assouplissent, l'enfant commence à crier de plus en plus fort, la coloration devient rosée, la respiration est plus forte, les mouvemens plus libres. Avant-hier matin, il tétait, l'œdème avait à peu près complètement disparu, et, aujourd'hui on peut dire que la guérison est complète. Le garçon a été pris avant-hier, et présentait les mêmes symptômes que la fille, on fit le massage méthodique comme chez l'autre, et, à mesure qu'il se prolongeait, on voyait la vie revenir avec la coloration normale, et l'assouplissement des membres. Hier au soir, tout allait parfaitement bien, l'enfant tétait; pendant la nuit le traitement fut interrompu; ce matin, la fille était très bien, le garçon très faible, ses pieds étaient un peu œdématiés, durs, son teint ardoisé, il ne criait plus, on recommença le massage; au bout de peu de temps, les cris revinrent de plus en plus fort, la respiration se fit plus librement, on fit la pression alternative sur la poitrine et sur le ventre, la coloration violacée disparut, les membres s'assouplirent, la chaleur revint; ce soir, l'enfant respire bien, sa coloration est normale, il n'a plus d'œdème, il tète, il est en bon état. M. Legroux ne sait, du reste, si ces enfans vivront; ils sont tellement faibles, qu'il est fort possible qu'ils meurent, mais guéris de leur sclérème. M. Legroux appelle l'attention sur ces faits, qui lui paraissent très importans. Dans six ou sept cas, ce traitement lui a parfaitement réussi, et il n'a pas eu un seul insuccès, il ne sait ce qu'il adviendra plus tard, mais il engage à faire des essais dans cette voie, dans ce moment surtout, où la température, très froide, rend ces affections plus communes.

M. BARTHEZ voit, dans la communication de M. Legroux, deux points importans: 1° la cause de la maladie. Pour lui, comme pour M. Legroux, il n'est pas douteux que le froid joue le principal rôle; cet effet du froid s'observe même chez les enfans plus âgés, mais faibles; il en a observé sept ou huit à l'hôpital et trois ou quatre en ville, chez lesquels il est survenu de l'œdème sous l'influence du froid. L'un de ces enfans, affaibli par la diarrhée, sort malgré la défense qui en avait été faite; le soir, il avait de la bouffissure, et, deux jours après, un œdème général presque dur. Il n'y avait pas trace d'albumine dans les urines. M. Barthez fut tellement convaincu de l'influence du froid dans la production de cet œdème, qu'il fit envelopper les membres de ses malades dans de la ouate de coton, et, par ce seul traitement, tous ont guéri en trois, quatre et huit jours. Il n'est donc pas douteux que le traitement de M. Legroux peut avoir une grande efficacité, car le massage est un puissant moyen de calorification.

M. LEGROUX ne veut, pour le moment, entrer dans aucune considération théorique sur l'action du massage; tout ce qu'il veut, c'est que l'on essaie son traitement dont il n'aurait peut-être pas parlé si promptement, si, dans ce moment, le nombre considérable de sclérèmes qui se produit ne fournissait de nombreuses occasions d'en apprécier l'efficacité.

M. BOUCHUT voit, dans les manœuvres conseillées par M. Legroux, l'intention de refouler les liquides de la périphérie vers le centre; mais souvent, dans le sclérème, il y a endurcissement du tissu cellulaire sans liquide épanché. Quand il y a infiltration séreuse, le massage est parfaitement indiqué et peut être d'une très grande utilité; mais dans le cas contraire, il serait insuffisant. Dans ces jours derniers, il a eu aussi l'occasion d'observer plusieurs enfans qui ont eu de l'œdème avec refroidissement. Chez un enfant, entre autres, très faible, âgé de 18 mois, il survint un œdème considérable des membres inférieurs, coloration violacée des tégumens, refroidissement, affaiblissement extrême. M. Bouchut le fit envelopper à nu dans un sac de laine, il lui fit administrer tous les quarts d'heure un peu de lait, en fit introduire dans l'estomac avec la sonde œsophagienne quand l'enfant ne voulait pas avaler; l'estomac fonctionna; la chaleur se rétablit peu à peu; l'œdème disparut, et l'enfant guérit parfaitement. L'œdème, du reste, n'est qu'un symptôme de la maladie, qui consiste dans l'affaiblissement de la nutrition. On ne le rencontre, en effet, que chez les enfans faibles naturellement, ou affaiblis par des maladies. Il faut réchauffer à l'intérieur par une alimentation appropriée, réchauffer à l'extérieur également; et que l'on emploie la ouate de coton, le sac de laine ou le massage, le but est le même et l'action la même. M. Barthez a dit n'avoir pas trouvé d'albumine dans les urines des enfans œdémateux qu'il a observés. M. Bouchut, de même, n'en a pas trouvé chez six enfans œdémateux, indurés et refroidis; chez trois autres enfans infiltrés, dont l'un était rachitique, l'autre diarrhéique, le troisième anémique, il n'a pas trouvé non plus d'albumine dans l'urine.

M. ROGER (Henri) insiste sur la distinction qui doit être établie entre le sclérème et l'œdème simple; on sait fort peu de chose sur les lésions anatomiques qui constituent ces deux états morbides; mais, toutefois, on en sait assez pour conclure que la lésion est différente et dans l'infiltration séreuse du tissu cellulaire, et dans l'induration. Par suite, le même traitement ne doit pas s'appliquer aux deux. Le vrai sclérème est toujours incurable par les moyens employés jusqu'à ce jour. C'est surtout dans l'œdème qu'il est bon de nourrir, de réchauffer, de masser les membres; mais il est douteux que ce traitement puisse suffire dans le sclérème proprement dit.

M. LEGROUX ne sait quel est l'avenir du traitement qu'il préconise aujourd'hui, et si, plus tard, il réussira aussi bien que maintenant; toujours est-il qu'il a parfaitement réussi dans sept ou huit cas sans un seul insuccès. Il fait remarquer qu'il existe une grande différence entre les faits cités par MM. Barthez et Bouchut et les siens, car, dans les uns, il s'agit d'enfans d'un certain âge déjà; tandis que lui n'a parlé que d'enfans nouveau-nés. Il admet les observations de M. Roger sur les deux formes de sclérème; mais tous les faits qu'il a cités, à l'exception d'un seul, ont trait au sclérème avec infiltration. Dans le cas où il n'existait pas d'infiltration, le massage a été mis en usage, les membres se sont ramollis et réchauffés, la coloration normale a reparu, l'enfant a repris de la force; seulement, au bout de quelques jours, il lui est survenu un abcès dans la région parotidienne et un autre sous la mâchoire, et le malade est mort.

Au point de vue de l'étiologie, M. Legroux n'est pas du même avis que M. Bouchut, qui a dit que c'étaient toujours les enfans faibles qui devenaient sclérémateux; il en a vu de très robustes tomber malades, mais ils avaient été saisis par le froid; on voit fréquemment le sclérème disparaître entièrement pendant les chaleurs pour reparaître avec le retour du froid, et cela chez les sujets robustes comme chez les enfans faibles.

M. HERVIEUX : On peut trouver la cause des succès obtenus par M. Legroux dans les conditions où il s'est trouvé placé, il a traité seulement des œdèmes partiels. S'ils avaient été généraux, nul doute qu'il eût compté plus d'insuccès, puis, il a pu faire donner le sein à ses petits malades. S'il avait eu à essayer son traitement sur des enfans abandonnés, il n'aurait certainement pas réussi, car, à l'hospice des Enfans-Trouvés, par exemple, les enfans sont dans les conditions suivantes : ils sont changés quatre fois par jour et ils boivent quatre fois, ils restent dans la position horizontale pendant au moins vingt heures sur vingt-quatre, et tout le monde sait que, dans cette position, le refroidissement est plus facile et plus prompt, et, d'ailleurs, la position horizontale a, par elle-même, une influence manifeste, car, même dans les chaleurs de l'été, on voit le sclérème se développer et le refroidissement survenir à cause de la position horizontale et de l'insuffisance de l'alimentation.

M. LEGENDRE : Dans le traitement de M. Legroux, il faut considérer deux choses : les bains aromatiques et le massage; les bains réchauffent le malade, le massage détermine des cris, des efforts respiratoires qui deviennent un exercice salutaire pour le poumon, dans lequel l'hématose se fait mieux. Ces cris sont la cause principale de la guérison. La chaleur a disparu parce que la respiration a diminué, il s'est fait un engouement des poumons qui disparaît par suite de l'excitation de la respiration que les cris déterminent.

M. LEGROUX est de l'avis de M. Hervieux, en ce sens que lui-même a dit que les enfans privés de nourrices succombent presque tous, dans les hôpitaux, en sept ou huit jours, et que si on avait à traiter un œdème général, la guérison serait difficile à obtenir; mais il faut traiter avant que le sclérème soit général, et comme cela on en guérit. M. Legendre a raison, jusqu'à un certain point, en parlant de l'influence des cris sur le retour de la respiration, de l'hématose et de la chaleur; mais il y a aussi autre chose, le massage ramollit les membres, rend la circulation plus forte et plus facile. Activer la circulation veineuse, c'est autre chose qu'exciter la respiration; il faut ajouter, du reste, que les deux effets marchent parallèlement.

— M. LEGENDRE lit l'observation suivante : *Difformité congéniale des doigts annulaire et auriculaire droits et de la moitié correspondante de la paume de la main.*

Hatton (Victor), âgé de 4 ans 1/2, né de parens sains ayant trois autres enfans qui n'offrent pas la moindre difformité, vient au monde avec une hypertrophie difforme des deux derniers doigts de la main droite, et de la moitié interne de la paume de la main. Au fur et à mesure que cet enfant grandit, la difformité suit le développement proportionnel des parties saines.

Cet enfant étant entré dans mon service, salle Saint-Joseph, n° 3, le 14 novembre 1854, voici les particularités que présente cette curieuse difformité : Le pouce, l'index, le médius et l'éminence thénar de la main droite sont bien conformés, et ces parties offrent le volume qu'elles doivent présenter à cet âge. Quant à l'annulaire, il présente à peu près le volume de celui d'un adulte, à cela près qu'il est plus gros. En même temps ce doigt, à l'état de repos, présente deux courbures, l'une le long de sa face dorsale, qui donne au doigt un aspect recourbé; l'autre, le long de son bord radial, et qui dépend de ce que le côté externe de ce doigt est plus court que le côté interne. La première des courbures est surtout constituée par l'extension forcée de la phalange onguéale, qui forme presqu'un angle droit avec le reste du doigt; il en résulte que, lorsque la main est pendante et en supination, l'ongle regarde directement en haut au lieu de regarder en arrière.

La peau de ce doigt n'est altérée, ni dans sa couleur, ni dans sa texture; ainsi, à la face palmaire, on aperçoit parfaitement les stries courbes et concentriques, constituées par les papilles du derme; le tact est conservé, l'altération paraît consister surtout dans une hypertrophie du tissu adipeux sous-cutané, donnant tout à la fois de la mollesse et de la résistance à la face palmaire du doigt; la résistance de ce tissu est surtout très marquée au niveau de la pulpe du doigt. Cette hypertrophie de la face palmaire de l'annulaire éloigne considérablement la peau des surfaces osseuses sous-jacentes; le long de la face dorsale, au contraire, la charpente osseuse se sent presque immédiatement sous la peau, comme dans l'état normal. Les articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes sont mobiles et très lâches.

Quand on dit à l'enfant d'étendre ou de fléchir ce doigt, il lui imprime quelques mouvemens de flexion et d'extension, mais très peu étendus; toutefois, pendant les légers mouvemens d'extension, on voit manifestement le tendon extenseur de l'annulaire se raidir un peu et faire une légère saillie sous la peau. Quand on saisit ce doigt, il n'est pas possible davantage de le fléchir et de lui faire dépasser la verticale; à peine peut-on diminuer un peu la courbure que décrit la face dorsale du doigt : on le briserait plutôt que de le fléchir; au contraire, on peut imprimer à ce doigt l'extension la plus exagérée, et, par exemple, faire toucher la face dorsale du métacarpe par la pulpe recourbée de ce doigt, qui décrit alors une espèce de pont, d'arc-de-cercle.

La possibilité de renverser ainsi l'annulaire, dépend de la mobilité de l'articulation de la première phalange avec la deuxième, mais surtout de la laxité de l'articulation métacarpo-phalangienne.

L'auriculaire droit n'a guère plus de longueur que celui du côté sain, mais participe à l'hypertrophie de l'annulaire; il est au moins deux fois plus gros que dans l'état normal, ce qui le fait paraître court; aussi, au premier abord, est-on porté à prendre le petit doigt pour le pouce, d'autant plus écarté de l'annulaire et formant avec lui un angle d'environ 35 degrés; il semble comme opposé aux doigts précédens, de même que le pouce est opposé aux autres doigts.

L'augmentation de volume de l'auriculaire dépend surtout, comme pour l'annulaire, de l'hypertrophie du tissu adipeux de la face palmaire. Ce doigt jouit d'une flexion presque aussi étendue que dans l'état naturel, et une fois fléchi, il peut être redressé complétement par l'action de l'extenseur; il est comme un peu étranglé à sa base, et en même temps il est un peu recourbé le long de son bord radial, qui est plus court que le bord cubital.

La face dorsale du métacarpe n'offre aucune hypertrophie sous-cutanée; il n'en est pas de même de la face palmaire, qui présente une hypertrophie adipeuse et une augmentation de volume en rapport avec celle des doigts qu'elle supporte; elle occupe les deux tiers internes de la paume de la main; de telle sorte qu'une ligne verticale, passant par le médius, se trouve un peu comprise dans cette difformité. La rénitence mollasse de la face palmaire de la main est moins considérable que celle des doigts.

Nous terminerons ces détails en présentant les mesures comparatives du médius qui est sain et des doigts malades :

	Longueur des doigts.	Circonférence à la base des doigts.
Médius.	5 centimètres 1/2.	4 centimètres 1/2.
Annulaire. . . .	9 centimètres.	10 centimètres.
Auriculaire. . .	4 centimètres.	6 centimètres 1/2.

Maintenant, nous nous demandons s'il y a quelque opération à tenter pour débarrasser cet enfant de sa difformité, ou bien s'il ne vaut pas mieux, au moins pour le moment, le laisser vivre avec ce vice de conformation qui n'altère en rien sa santé.

Si la difformité hypertrophique portait seulement sur l'annulaire et l'auriculaire, on pourrait songer à amputer les deux doigts, mais plus de la moitié interne de la paume de la main y participe également; on la laisserait donc subsister en n'amputant que les doigts; et de plus, on ne sait pas quels pourraient être les conséquences d'une plaie portant sur des tissus dont on ne connaît pas la nature, et s'il ne pourrait en résulter un travail inflammatoire et suppuratif des plus sérieux.

M. DELASIAUVE : Ce fait me rappelle une femme que j'ai observée à Gentilly, et qui avait l'extrémité des doigts hypertrophiée et renversée en arrière. Cette difformité était congéniale, mais augmentée encore par son état de blanchisseuse; cette femme a un enfant de 10 ans qui présente les rudimens de la même affection.

Le secrétaire, E. MOUTARD-MARTIN.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 49. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 26 Avril 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 AVRIL 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un petit incident de procès-verbal a jeté une légère animation sur le commencement de la séance. M. Piorry a porté plainte devant l'Académie pour un déni de justice, dont il serait victime. Tandis que les discours de ses adversaires auraient été publiés *in extenso* dans le *Bulletin*, on voudrait supprimer de son discours 17 pages sur 34, juste la moitié. M. Piorry ne peut consentir à cette amputation cruelle, et il demande que l'Académie décide qu'il ne sera pas plus mal traité que ses collègues, et que son discours ne subira aucune mutilation.

M. Dubois (d'Amiens) invoque la raison suprême, la pénurie de fonds, les limites d'un budget dépassées, un arriéré à combler avec l'imprimeur, et autres raisons analogues qui ne semblent néanmoins produire aucun effet sur M. Piorry, dont l'insistance a pour résultat de faire renvoyer l'affaire au comité d'administration, par lequel, en effet, des réclamations de ce genre peuvent seulement être jugées. M. Piorry a raison au fond, et il est probable que justice lui sera rendue.

Les eaux minérales et les remèdes secrets ont fait le fond des travaux de cette séance. Plusieurs sources nouvelles ont été déclarées bonnes à être autorisées, dont une tout à côté de Contrexéville. Quant aux remèdes secrets, M. Robinet en a fait une nouvelle hécatombe, avec cet esprit et cette verve railleuse qui en ont fait le rapporteur incomparable de la commission.

Amédée LATOUR.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

RAPPORT SUR LES RÉSULTATS DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT EMPLOYÉES EN ANGLETERRE DANS LE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.

Quelle est des nombreuses méthodes de traitement qui se disputent la faveur des médecins celle sur laquelle on peut compter davantage dans le choléra-morbus épidémique? Telle est la question que le corps médical se pose de nouveau à chaque invasion du choléra-morbus et dont la solution semble s'éloigner chaque fois davantage. Ne pourrait-on pas cependant trouver dans la réunion d'un assez grand nombre de faits des élémens propres sinon à la résoudre complètement, du moins à en préparer la solution? C'est ce qu'a pensé la section médicale du conseil général de la santé de Londres. Cette section, composée des médecins les plus distingués de l'Angleterre, parmi lesquels il nous suffit de citer les noms de Babington, Tweedie, Paris, etc., a adressé à tous les médecins des districts dans lesquels le choléra avait régné des tableaux imprimés, en les priant de les remplir de tous les renseignemens qu'ils pourraient lui communiquer sur le nombre, le caractère, la nature, la terminaison, le traitement, etc., etc., de tous les cas qu'ils auraient eu à traiter. Les renseignemens que cette commission a recueillis auraient pu être plus nombreux, car ils ne portent que sur 2,749 cas; tels qu'ils sont cependant, ils méritent d'être connus, et nous allons en présenter un résumé à nos lecteurs, en ne reproduisant pas, bien entendu, les nombreux tableaux publiés par la commission.

« A la suite d'un travail difficile, mais soigneux de classification, dit le rapport, les 2,749 cas dont il vient d'être parlé ont été rangés par nous sous divers chefs; le traitement a été analysé et ses résultats ramenés à des moyennes. Tous ces cas nous ont paru pouvoir être rangés en trois groupes :

» 1° Ceux qui se sont produits dans les hôpitaux de Londres, au nombre de 1,104.

» 2° Ceux qui se sont présentés dans les districts métropolitains, en dehors des hôpitaux, au nombre de 1,645.

» 3° Ceux qui se sont montrés dans les districts de province.

» Ces trois classes ont été elles-mêmes subdivisées, suivant le caractère plus particulièrement prédominant du traitement qui a été employé, et les cas ont été rangés sous les quatre chefs suivans : 1° traitement par les altérans; 2° traitement par les astringens; 3° traitement par les stimulans; 4° traitement par les éliminateurs (vomitifs, purgatifs).

» Sur les 2,749 cas, on compte dans les hôpitaux de la métropole 680 cas traités par les altérans, 231 traités par les astringens, 84 par les stimulans, et 100 par les éliminateurs;

» Et dans les districts de la métropole, en dehors des hôpitaux, 977 traités par les altérans, 426 par les astringens, 196 par les stimulans, 46 par les éliminateurs. »

Ici se trouvent plusieurs tableaux qui font connaître les résultats de ces divers modes de traitement. Le rapport continue ainsi :

« Les tableaux qui précèdent fournissent évidemment la condamnation formelle du traitement éliminateur. Ils témoignent encore contre le traitement par les stimulans, excepté comme ressource dans les cas extrêmes. Ils accordent, au contraire, un avantage marqué aux altérans, surtout au calomel associé à l'opium; ils reconnaissent enfin une supériorité encore plus tranchée aux astringens, en particulier à la chaux unie à l'opium. La mortalité moyenne est, en effet, comme suit dans chaque traitement :

Dans le traitement par les éliminateurs. . de	71.7 p. 100.
— par les stimulans. . . .	54.
— par les altérans, calomel et opium	36.2
— par les astring., chaux et opium.	20.3

» Pour juger exactement de la valeur de ces preuves, il est nécessaire d'apprécier, autant que possible, le degré de gravité des cas, et le seul moyen que la commission eût sous la main pour fixer sa conviction à cet égard était de rechercher la proportion relative des cas de collapsus par rapport au nombre des cas de mort dans chacune de ces classes respectivement. En comparant par conséquent le nombre des cas de collapsus à celui des morts, nous trouvons que le calomel et l'opium occupent le rang le plus élevé dans l'échelle des succès, et l'ordre de préférence se trouve le suivant :

Calomel et opium. . . . . . de	59.2 p. 100
Calomel à hautes doses. . .	60.9
Médication saline.	62.9
Chaux et opium	63.2
Calomel à petites doses. . .	73.9
Huile de ricin.	77.6
Acide sulfurique	78.9

» La chaux, associée à l'opium qui se trouve à la tête de la liste dans la moyenne générale, tant dans la pratique civile que dans la pratique hospitalière, n'occupe donc plus que le quatrième rang, si l'on compare les cas de collapsus avec le nombre des décès. Dans les relevés des hôpitaux, le nombre des cas de collapsus est beaucoup moindre; mais, en revanche, à la suite de l'emploi de cette espèce d'astringens, le nombre des accidens fébriles consécutifs dépasse de beaucoup la moyenne. On pourrait admettre qu'une bonne méthode de rendre compte de cette différence des résultats fournis par les astringens en général et dans les cas graves, serait de tenir note de la proportion relative des accidens fébriles consécutifs dans les cas graves; on en conclurait alors que ce traitement a arrêté le passage à l'état de collapsus pour augmenter le nombre des passages à l'état fébrile dans les cas qui ont survécu.

» Les divers modes de traitement suivis dans les hôpitaux ont fourni des résultats dans un rapport tout à fait semblable à ceux que ces mêmes méthodes de traitement ont donnés dans la pratique privée. C'est là un témoignage précieux et intéressant qu'il y a quelque chose de réel dans ces résultats.

» On peut expliquer de plusieurs manières la mortalité plus grande qui a toujours été constatée dans les hôpitaux par rapport à la pratique civile. D'abord, les cas dans les hôpitaux sont toujours graves; ils ont tous subi l'influence du déplacement, ce qui les met dans une condition particulièremt défavorable pendant une période, qui, malgré sa brièveté, n'occupe pas moins un très grand espace par rapport à la durée totale de la maladie. Ils sont en même temps exposés à la perte de leur chaleur vitale, ce qui tend à précipiter le collapsus. Ces circonstances semblent plus que suffisantes pour contrebalancer l'amélioration qui résulte du changement d'air ou de logement et des appropriations plus convenables. D'un autre côté, un grand nombre de cas se montrent dans les classes moyennes de la société, chez lesquelles la maladie est rarement abandonnée à elle-même jusque dans les périodes les plus avancées, et chez lesquelles on a habituellement institué un traitement. C'est là ce qui explique les résultats plus particulièrement favorables du traitement dans la pratique civile.

» On ne saurait nier, de plus, que les relevés de la pratique civile sont assez irréguliers, et que le défaut de précision dans l'emploi des termes qui représentent les diverses périodes de la maladie, ôte beaucoup à l'authenticité des déductions qu'on pourrait tirer de cette classe de renseignemens; tandis que l'inscription qui se fait régulièrement dans la plupart des hôpitaux assure un certain degré d'uniformité, et peut fournir, par conséquent, des renseignemens auxquels on peut ajouter plus de foi....

» Il est assez difficile, alors que plusieurs remèdes ont été employés soit simultanément, soit successivement, de faire la part de l'influence de chacun d'eux; néanmoins, on peut arriver approximativement à apprécier la valeur de ces moyens en particulier, en agissant sur un grand nombre de cas, et en comparant les résultats dans les cas dans lesquels ces moyens ont été employés, et dans ceux dans lesquels ils ne l'ont pas été. Prenons pour exemple l'emploi des vomitifs, des lavemens de térébenthine ou de l'eau glacée.

» Sur 1,100 cas observés dans les hôpitaux de la métropole, 643 ont eu des vomitifs au début; sur ce nombre, 410 ont eu du collapsus, et 140 des accidens fébriles consécutifs; 344 sont morts, ou 53.4 p. 100, et en ne tenant compte que des cas de collapsus, 83.9 p. 100. Au contraire, 457 cas n'ont pas été traités par les vomitifs; sur ce nombre, il y a eu 303 collapsus, 106 fièvres consécutives et 226 morts (49.4 p. 100, ou 74.6, en ne tenant compte que des cas de collapsus).

» Sur ce même nombre de 1,100 cas, 102 ont eu des lavemens de térébenthine, avec divers autres traitemens, 87 ont eu du collapsus, 59 ont succombé (57,8 p. 100, ou 67.8, en tenant compte seulement des cas de collapsus). Le nombre des malades qui n'ont pas eu de ces lavemens a été très considérable, 998; il y a eu 626 collapsus et 511 décès (51.2 p. 100, ou 81.6, en tenant compte des cas de collapsus seulement).

» De même encore sur les 1,100 cas, il en est 496 dans lesquels l'eau à la glace a été employée en même temps que divers autres traitemens; sur ce nombre, 404 ont passé au collapsus, et 248 sont morts (50 p. 100, ou 61.1 p. 100, par rapport aux cas de collapsus); tandis que sur les 604 cas dans lesquels il n'a pu être donné d'eau à la glace, 309 ont passé au collapsus, 322 ont succombé (53.8 p. 100 et plus que le nombre des cas de collapsus).

» Une remarque qui a été faite par la commission, et qui tend à infirmer quelque peu les déductions que l'on pourrait tirer de ces documens, c'est que les médecins ne se sont pas assez attachés à bien préciser ce qu'ils entendaient par *fièvre consécutive*, de sorte qu'il est très difficile de savoir à quelle période de la fièvre les divers traitemens ont été employés, s'ils l'ont été successivement ou simultanément. Tout ce qu'on peut tirer des renseignemens, c'est que sur 272 cas de fièvre consécutive, un peu plus des deux tiers ont pris des salins, 1/5e du calomel, et 11 furent traités par l'alimentation simple; saignées locales dans 6 cas, générales dans 2; vésicatoires dans 12 cas; toniques dans 1/5e des cas. Proportion des décès, 73, ou 26.8 p. 100. 54 cas ont passé à la fièvre consécutive sans avoir passé par le collapsus. Dans les districts de la métropole, en dehors des hôpitaux, 296 cas de fièvre consécutive; un peu moins des deux tiers traités par les salins, 1/10e par le calomel; 23 traités par l'alimentation seule; toniques dans 1/10e des cas; stimulans dans 1/9e. Proportion des décès, 92 ou 31 p. 100. Dans 94 cas, la fièvre consécutive est venue sans que la maladie eût passé par le collapsus. La mortalité moyenne excède d'un peu plus de 5 p. 100 celle causée par la fièvre typhoïde.

» Les 1,104 cas traités dans les hôpitaux métropolitains, qui fournissent des renseignemens sur les périodes du choléra confirmé, ne donnent malheureusement que des renseignemens très rares, relativement à la période de diarrhée simple

ou prodromique. Dans 1,008 cas, il n'est pas dit s'il y avait eu ou non un traitement à l'époque de la diarrhée simple; 73 autres n'avaient pas été traités; 23 seulement avaient été soumis à un traitement dans cette période. Dans 1,005 cas, il n'est pas dit non plus s'il y avait eu un traitement à la période de diarrhée cholériforme; dans 48 cas, il n'y avait pas eu de traitement du tout, et dans 51 seulement un traitement avait été mis en usage. Dans 123 cas enfin, il est dit que la diarrhée simple et cholériforme avait fait défaut. Reste donc un bien petit nombre de cas dans lesquels on a fait connaître les moyens employés contre la diarrhée simple et la diarrhée cholériforme. Relativement à ces deux espèces de diarrhée, on voit figurer dans le traitement les astringens, altérans, stimulans, éliminateurs, dont nous avons parlé plus haut. Mais ces cas étant peu nombreux, la commission a cru devoir utiliser tous les documens qu'elle avait reçus relativement à la diarrhée prodromique, et qui portent sur un chiffre important de 17,333. Ces documens témoignent, comme on va le voir, en faveur des astringens. Le tableau suivant donne la proportion des cas de diarrhée qui ont passé au choléra confirmé, sans que la maladie ait pu être arrêtée dans sa première période ou dans celle de la diarrhée prémonitoire :

Traitement salin.	13.6	—	» (1)
Mixture de chaux.	8.9	—	12.6
Calomel et opium.	6.9	—	7.1
Opium.	»	—	2.6
Calomel.	2.4	—	»
Chaux, opium, calomel et astringens. . .	1.5	—	1.7
Acide sulfurique, opium, calomel.	1.3	—	1.5
Acide sulfurique et opium.	»	—	0.3
Chaux, opium, ammoniaque et cachou . .	0.2	—	»
Acide sulfurique avec ou sans opium et associé quelquefois au calomel	1.33	—	1.54
Chaux, avec ou sans opium avec confection aromatique et ammoniac, cachou, kino, bois de campêche, calomel comme moyens auxiliaires.	1.31	—	1.55

(1) En y ajoutant les cas de mort par diarrhée, considérés comme insuccès.

THÉRAPEUTIQUE.

QUELQUES MOTS SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE ;

Par M. le docteur MASSON DE KERLOY.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous adresser quelques lignes relatives au traitement de la fièvre typhoïde ; et j'espère qu'elles trouveront place dans votre estimable journal. Elles résument bien succinctement, mais d'une manière fidèle et explicite, une longue et riche expérience en cette matière. En les mettant au jour, le praticien consciencieux dont je ne suis ici que l'interprète, mais que j'ai eu plus d'une fois l'heureuse occasion de voir à l'œuvre, n'a d'autre intention que celle d'être utile en même temps et à la souffrante humanité et à la science qui lui vient en aide, en lui apportant le fruit de son observation et de son expérience. — Plût à Dieu, comme il le dit très bien lui-même, que chacun apportât ainsi sa pierre à l'édifice. Certes, de tous les devoirs du médecin, ce n'est pas là le moins sacré; et quand sonne aussi pour lui l'heure fatale à laquelle il ne saurait se soustraire, et qu'il n'a fait que retarder pour les autres, ce ne serait pas la moins douce consolation que d'emporter l'espérance et presque la certitude de continuer, même après la mort, cette œuvre d'utilité et de bienfaisance à laquelle il a épuisé sa vie.

A Dieu ne plaise que M. le docteur Masson de Kerloy prétende se jeter dans l'histoire complète, étiologique, diagnostique, thérapeutique, etc., de la fièvre typhoïde. Il n'ignore pas tout ce qu'il y aurait de fastidieux à répéter ce que des hommes éminens ont dit avant lui, et sans doute mieux que lui. Aussi, ne se propose-t-il que de porter à la connaissance de ses confrères et à leur appréciation le genre de traitement dont il a obtenu les meilleurs effets, et qu'un succès presque constant semble devoir consacrer. M. Masson désire, entre toutes choses, fixer l'attention des praticiens sur l'emploi *bien entendu* des bains dans la fièvre typhoïde, emploi qui, à son avis, n'a pas peut-être obtenu toute la part qu'il mérite dans le traitement de cette terrible maladie. Du reste, il a hâte, et c'est un devoir qu'il accomplit avec bonheur, de rapporter à qui de droit l'initiative de cette méthode émanée d'un des génies les plus féconds de la médecine, feu M. Récamier, son illustre maître et ami.

La fièvre typhoïde paraît affecter trois formes principales et dominantes, à savoir : 1° forme plus ou moins inflammatoire; 2° forme bilieuse, saburrale, muqueuse, humorale; 3° forme nerveuse, cérébrale, délirante. Or, c'est surtout sur cette dernière que les bains ont une prise merveilleuse. Lorsque la maladie se présente à M. Masson sous cette prédominence, il l'attaque immédiatement par des bains courts, c'est-à-dire de quinze à trente minutes et d'un tiède léger, 26 à 28° Réaumur. Il les répète une ou deux fois par jour, et ordonne, pendant la durée du bain, d'arroser le front et le visage du malade avec de l'eau un peu plus fraîche que celle du bain. En même temps sont administrés, toutes les deux heures, un quart de lavement à l'eau simple, à la température de l'appartement, et enfin, pour boisson, ou de l'eau pure ou de l'eau légèrement acidulée soit avec du sirop de groseilles, soit avec du jus de citron ou d'orange.

Ainsi qu'on le voit, les bains constituent, dans ce cas, la médication essentielle. On s'en trouve à merveille. Quoique moins exclusivement, ils entrent aussi dans le traitement des deux autres formes de la maladie, formes inflammatoire et bilieuse; seulement on s'empresse de satisfaire aux indications premières suscitées par les accidens prédominans. En définitive, une forme se présente rarement sans que les autres s'y mêlent plus ou moins, et, de leurs comparaisons diverses résulte un état caractéristique dans lequel chacune d'elles l'emporte sur les autres. Il est donc on ne peut plus rationnel de combattre tout d'abord les accidens qui paraissent prendre le dessus. C'est ainsi que, dans les cas d'inflammation intense, M. Masson invoque, mais toujours avec prudence et ménagement, la saignée, soit locale (quelques sangsues au siége), soit générale (une légère saignée). Mais il se laisse peu aller à cette médication véritablement énergique relativement à la suivante. Il a expérimenté, en effet, et avec succès, que cet état inflammatoire, terrible en apparence, cédait comme par enchantement, même à un bain, de ceux que nous venons de mentionner, accompagné aussi de quelques lotions du front et du visage.

L'efficacité des bains n'est pas moins appréciable, quand on a affaire à un état typhoïde bilieux, et après que les révulsifs ont été mis en jeu, à savoir : 1° une macération d'ipéca; 2° une bouteille d'eau de Sedlitz le lendemain, toutes prescriptions qui suffisent quelquefois pour enlever d'assaut la maladie, ou au moins pour la modifier avantageusement et en simplifier la marche, quand on a eu le bonheur d'arriver à temps, c'est-à-dire dès le début. Est-il d'ailleurs besoin de dire que, pour user ainsi des révulsifs, il faut que les indications soient franches, non équivoques, provoquées par un véritable état bilieux, sans complication inflammatoire?— M. Masson n'emploie pas l'émétique. Cependant, il craindrait d'être trop absolu, en émettant l'opinion qu'il doit être entièrement proscrit.

C'est à l'aide d'une pareille médication que M. Masson a eu le bonheur de marcher dans un succès non interrompu jusqu'en 1837. Mais, à cette époque, il perdit deux ou trois malades, enlevés qu'ils furent par d'effroyables gangrènes. Il crut alors devoir plus particulièrement faire appel aux purgatifs doux, surtout l'eau de Sedlitz, administrée vers la fin de la maladie, comme pour en enlever le détritus.

Si, à cette période de la maladie, on a recours aux bains, ce que nous ne saurions trop conseiller, il se manifeste, chez les malades, un phénomène tout particulier et facile à observer. L'économie semble rejeter d'elle-même les bains, et en signaler, en quelque sorte, l'inefficacité. On est averti de les cesser par un certain malaise qu'éprouve le malade, soit quand il est encore plongé dans l'eau, soit aussitôt après qu'il en est sorti. Il m'a été donné d'apprécier toute la vérité de cette observation, car, il y a peu de temps, j'ai été soumis, par M. Masson lui-même, à un pareil traitement pour une une fièvre typhoïde. J'ai, on ne peut mieux, senti cette espèce de saturation de bains, se manifestant dans tout le corps par un malaise particulier qui me rendait le bain insupportable. Ce moment qui, comme on le voit, est le véritable moment de cessation des bains, est très bien saisissable, puisqu'il ne peut échapper au malade et par lui au médecin. Il existe, d'ailleurs, un autre signe : c'est la cessation des redoublemens fébriles. Il n'est pas indifférent, on le comprend bien, d'administrer les bains à un moment quelconque du mouvement fébrile : il y a un immense avantage à en bien saisir l'opportunité, et cette opportunité réside dans l'époque du paroxysme. Si, en effet, on donne le bain avant que le redoublement soit au maximum, il cède, il est vrai, mais momentanément et pour renaître preque aussitôt. Au contraire, si on attaque le paroxysme luimême, il est complétement emporté, et on a, de la sorte, épargné au malade la moitié de la fatigue et des souffrances du redoublement; c'est là un avantage qu'on ne peut méconnaître, surtout si on songe aux progrès rapides de débilitation et d'anémie qui résultent de pareils accidens.

Un point pleurétique ou pneumonique sont-ils une contre-indication formelle à la prescription des bains? Non; mais ils commandent au médecin une réserve qu'il doit proportionner à la gravité des accidens concomitans.

« Que si les méninges se mettent de la partie, soit primitivement, soit consécutivement, je n'hésite pas, dit M. Masson, et indépendamment du traitement précité, je n'hésite pas à appliquer des vésicatoires au cou, ou seulement aux membres inférieur.

» J'aime les hémorrhagies nasales au début de ces maladies; mais je les redoute beaucoup vers la fin; les premières simplifient la maladie, les secondes affaiblissent considérablement le malade.

» Je redoute encore plus les hémorrhagies intestinales vers la fin des fièvres typhoïdes : celles-là compromettent la vie du malade. J'ai eu à me louer, pour les combattre, de l'eau antihémorrhagique de Tisserant, administrée ou par la bouche ou en lavement, soit pure, soit coupée avec de l'eau de riz.

» Je ne puis que dire du mal des préparations de quinquina, à moins que ce ne soit dans la convalescence, pour remonter le ton des organes. »

Tels sont, Monsieur le rédacteur, les quelques mots que nous désirions vous transmettre sur un mode de traitement dont le succès nous faisait comme un devoir de le signaler à nos confrères. Puissent-ils en même temps être de quelque utilité aux pauvres typhoïdes, et nos plus chaleureuses aspirations seront réalisées!

Nous avons cru inutile et surtout trop long d'ajouter ici les faits nombreux d'observation qui ont été l'objet et de notre médication et de nos succès. Assurément, il y en aurait parmi eux de très intéressans, de très instructifs et surtout de très probans pour ce qui est de notre manière d'agir. Ils ont pu être recueillis, pour la plupart, à la Maison de santé des frères de Saint-Jean-de-Dieu, à laquelle M. le docteur Masson donne ses soins; maison trop peu connue, peut-être, où l'on trouve à la fois soins assidus et dévouement incomparable, véritable Providence pour les étudians en médecine, auxquels je me fais un devoir de la signaler, avec d'autant plus d'empressement que, d'une part, j'en ai ressenti les salutaires effets, puisque je lui dois la vie, et que, d'un autre côté, je ne connais que trop, puisque j'ai failli en être victime, le délaissement cruel des étudians malades, sans famille, quelquefois sans amis, mal logés, privés presque toujours de la plupart des soins que nécessite leur état, et allant ainsi à la mort d'une façon par trop fatale et malheureuse!...

J'ai l'honneur d'être, etc. V. L.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU BASSIN (1).

Après avoir exposé sa manière d'agir, et les raisons qui l'ont conduit à l'adopter, M. Dubois ajoute que son opinion pourrait se modifier s'il se trouvait dans des conditions où les chances de réussite de l'opération césarienne fussent plus grandes. Mais, dans les circonstances défavorables où nous nous trouvons, à Paris, à l'hôpital des Cliniques, cette opération n'est pratiquée par lui que dans le cas où c'est la seule ressource qui reste : nous venons d'en voir un exemple.

M. Dubois ajoute ensuite quelques réflexions relatives à l'opération césarienne en elle-même. Cette opération fut, dans le cas rapporté plus haut, pratiquée peu de temps après le commencement du travail, peu de temps surtout après la rupture des membranes; on doit agir ainsi et laisser commencer le travail afin que l'orifice utérin, ayant acquis une certaine dilatation, puisse donner passage au sang et ensuite aux lochies. On a conseillé de laisser les membranes intactes, lorsqu'elles ne se rompaient pas spontanément, mais cela n'a pas une grande importance.

On a conseillé de ne pas employer le chloroforme dans les grandes opérations où il y avait une hémorrhagie à craindre; mais il n'y a aucun inconvénient à en faire usage ici, et, dans l'opération que nous venons de rapporter, on en a fait respirer à la malade de manière à la placer dans un état suffisant pour anéantir la conscience de la douleur. Elle n'a éprouvé aucune sensation douloureuse, quoique ses cris pendant l'opération parussent être l'expression d'une souffrance assez vive.

L'opération a été faite par le procédé ordinaire, qui est le meilleur que l'on puisse employer. Il existe cependant de nombreux procédés. Autrefois, on pratiqua dans plusieurs cas l'incision au bord externe du muscle droit, au lieu de la faire sur la ligne médiane : et le vulgaire désigne encore souvent l'opération césarienne sous le nom d'*accouchement par le côté*; ce procédé était sans doute employé afin de ne pas rencontrer la vessie, mais il est facile d'éviter cet organe ; on a renoncé à cette manière d'agir qui laissait une incision moins favorable à la réunion, et exposait à des hémorrhagies plus graves à cause de sa situation sur les parties latérales.

Lauverjat pratiqua une fois l'incision transversalement; mais les inconvéniens que nous venons de signaler existent encore ici et ne sont compensés par aucun avantage; aussi on a renoncé à ce procédé.

D'autres auteurs ont cherché à pratiquer l'opération de manière à ne pas léser le péritoine. Physick conseille de faire l'incision abdominale presque immédiatement au-dessus du pubis, et de décoller le péritoine pour arriver jusqu'au col de l'utérus qu'on ouvrirait sans intéresser la membrane séreuse. Ritgen pensait qu'on pourrait faire l'incision le long de la crête iliaque, décoller le péritoine jusqu'au détroit supérieur, et, alors ouvrir le col de l'utérus. Enfin, M. Baudelocque neveu pratiqua l'opération de la manière suivante : l'incision fut commencée près de l'épine des pubis et conduite parallèlement au ligament de Poupart jusqu'au delà de l'épine iliaque antéro-supérieure ; le péritoine fut ensuite refoulé jusque dans l'excavation du bassin. L'opérateur met ensuite à nu la partie supérieure du vagin, la divise et, en faisant basculer l'utérus, tâche de ramener le col utérin en rapport avec la plaie abdominale. Ces divers procédés sont plutôt restés à l'état de projets ; celui de M. Baudelocque fut essayé une fois par lui ; mais il fut obligé de terminer ensuite l'opération par le procédé ordinaire.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 26 Décembre 1854, 20 Février, 8, 23, 27 Mars et 19 Avril 1855.

Dans l'opération que nous venons de rapporter, l'incision qui avait été pratiquée entre l'ombilic et les pubis fut insuffisante et M. Dubois dut la prolonger en haut. Baudelocque conseillait de donner, tout d'abord à cette incision, l'étendue qu'elle reçut ici, mais cela pourrait avoir l'inconvénient de laisser échapper les intestins, complication gênante pour l'opérateur et qui pourrait devenir dangereuse pour la patiente. Il vaut mieux faire l'incision entre l'ombilic et le pubis, sauf à la prolonger dans le cas où elle serait insuffisante, et la sortie des intestins est alors moins à craindre.

Lorsqu'on incise les parois utérines, il y a un écoulement de sang assez abondant et que l'on ne peut empêcher; on a conseillé de faire une suture à l'utérus; mais ce moyen ne suffirait pas et pourrait avoir des inconvéniens.

On a conseillé, pour éviter l'écoulement de sang dans la cavité péritonéale après l'opération, de réunir chacune des lèvres de l'incision utérine à la lèvre correspondante de l'ouverture abdominale, avant de réunir les deux bords de cette dernière incision. M. Dubois a essayé cette modification, mais il n'y trouve aucun avantage. Nous avons déjà dit plus haut que, généralement, il n'y avait pas, après l'opération, d'écoulement de sang dans la cavité abdominale, quoique cet accident paraisse, au premier abord, devoir arriver souvent.

L'étude des vices de conformation du bassin, au point de vue de l'accouchement, est une des questions les plus délicates de l'art obstétrical. Cette étude peut être simplifiée jusqu'à un certain point. Dans l'analyse des observations précédentes, nous avons insisté sur le diagnostic de ces déformations, et nous avons exposé quelques-unes des ressources dont l'art peut disposer pour venir en aide à la nature.

Il en est d'autres dont nous n'avons pas eu à parler, à cause des conditions spéciales où nous nous trouvons. A l'hôpital des Cliniques, les femmes arrivent ordinairement au terme de leur grossesse, et c'est alors seulement que l'on peut prendre un parti pour leur venir en aide. Quelques-unes, cependant, averties par les difficultés d'un premier accouchement, viennent avant que la grossesse soit arrivée à son terme, et on peut alors mettre en usage une autre ressource, l'accouchement prématuré artificiel. Ce moyen place le fœtus dans des conditions favorables; en s'opposant à son développement, elles mettent son volume en rapport avec l'étroitesse du canal osseux qu'il doit traverser. Le régime débilitant appliqué à la mère, pendant la grossesse, est encore un moyen destiné à agir dans le même sens. Nous pouvons donc diviser les ressources de l'art en deux classes; celles que l'on emploie au terme de la grossesse; celles que l'on peut mettre en usage avant ce moment; nous allons d'abord examiner les premières.

Dans l'étude des indications opératoires on tient d'abord compte du degré de rétrécissement du bassin, et on trace d'avance la conduite que doit tenir l'accoucheur, suivant que ce rétrécissement est plus ou moins considérable. Dans les observations rapportées plus haut, nous avons vu que l'on doit accorder toujours une certaine part aux efforts naturels lorsque le rétrécissement n'est pas très considérable; si l'accouchement ne se termine pas spontanément, on doit intervenir d'une manière inoffensive pour l'enfant et pour la mère; et en cas d'insuccès bien constaté, alors on devra prendre un parti décisif pour terminer l'accouchement. C'est dans ce cas qu'on doit choisir entre la céphalotripsie et l'opération césarienne; nous avons comparé plus haut ces deux opérations et nous avons vu que la première de ces opérations était pratiquée de préférence par M. le professeur Paul Dubois et par les chirurgiens de Paris. Enfin, dans les cas de rétrécissement extrême lorsque la céphalotripsie ne pourra être employée, on devra nécessairement recourir à l'opération césarienne. Quel est le degré de rétrécissement du bassin qui ne permette que cette manière d'intervenir? On place cette limite à 6 centimètres 1/2; nous pensons cependant qu'entre 6 centimètres et 6 centimètres 1/2 elle pourrait encore être pratiquée dans certains cas; mais on devra dans de telles circonstances agir avec prudence; car il serait fort triste, sous tous les rapports, d'être obligé de recourir à l'opération césarienne après avoir pratiqué la perforation du crâne de l'enfant.

Dans cette manière d'agir, on semble peu se préoccuper du degré exact de rétrécissement du bassin; cependant, on devra reconnaître, d'une manière aussi précise que possible, l'étendue du diamètre antéro-postérieur et la forme générale du détroit supérieur, afin de savoir quels secours on peut attendre de la nature et quelles peuvent être les chances d'une heureuse terminaison. On devra surtout donner la plus grande précision à ces investigations lorsqu'il s'agira d'un rétrécissement considérable du bassin.

Nous avons vu, précédemment, qu'il y a un des élémens de la question qui reste inconnu ou sur lequel on ne peut avoir que des données bien vagues; c'est le développement plus ou moins grand de l'enfant, qui le plaçant dans des conditions défavorables ou favorables, augmente ou atténue le danger causé par le rétrécissement du bassin. Cette raison empêche encore de formuler d'avance la manière d'intervenir dans les vices de conformation des parties osseuses du bassin.

Il existe d'autres ressources que l'on peut mettre en usage quand la grossesse n'est pas arrivée à son terme. Ainsi, lorsque l'on est appelé à donner des soins à une femme enceinte, à une époque moins avancée de la grossesse, on peut venir en aide à la nature, et préparer une terminaison heureuse pour la mère et pour l'enfant. Si, par exemple, chez une femme enceinte de sept ou huit mois, on reconnaît un rétrécissement du bassin, on pourra déterminer l'accouchement avant le terme naturel de la grossesse. Ce n'est pas ici le lieu de nous étendre sur ce sujet; disons cependant que ce moyen ne devra être employé que lorsque l'enfant aura atteint et même dépassé le terme de la viabilité; vers la fin du huitième mois, on se trouvera, sous ce rapport, dans des conditions favorables; l'enfant est déjà fort à ce moment, et, lorsqu'il a pu acquérir le développement normal qu'il doit avoir à cette époque, son volume est encore au-dessous de celui qu'il doit avoir au terme de la grossesse. Quelquefois les diamètres de la tête sont peu inférieurs à ceux qu'on trouve à la fin du neuvième mois; mais l'ossification est beaucoup moins avancée, et, lorsque la tête commence à s'engager dans le bassin rétréci, le chevauchement facile des os permet une réduction de volume très favorable.

Il est encore un autre moyen que l'on peut mettre en usage à une époque encore moins avancée de la grossesse et qui agit de la même manière que le précédent, en plaçant le fœtus dans des conditions telles, qu'il puisse traverser avec facilité le canal osseux rétréci. Je veux parler du régime débilitant appliqué à la mère pendant la grossesse pour modérer le développement du fœtus. Cette question a été étudiée, dans ces derniers temps, par M. Depaul (1). C'est un moyen qui a été peu appliqué encore, mais les résultats qui en ont été obtenus paraissent satisfaisans et le recommandent à l'attention des accoucheurs.

En modérant ainsi le développement du fœtus, on place ce dernier dans les mêmes conditions que par l'accouchement prématuré, et l'on obtient ainsi une réduction de volume favorable à l'accouchement. La manière d'agir dont nous nous occupons maintenant est même plus favorable à l'enfant, car si, dans les deux cas, il se trouve dans les mêmes conditions physiques, il n'en est pas de même des conditions physiologiques. L'enfant qui aura séjourné dans l'utérus pendant le temps normal, sans y trouver tous les élémens nutritifs dont il aurait pu profiter, se trouvera, sous le dernier rapport, disposé beaucoup plus favorablement, il se développera après sa naissance avec plus de facilité; nous avons pu vérifier ce fait dans quelques circonstances spéciales.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la manière de diriger le traitement débilitant; nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au travail consciencieux de M. Depaul, où il trouvera, sur ce sujet, des renseignements très précis.

JULES ROUYER.

(1) *De l'influence de la saignée et d'un régime débilitant sur le développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine.* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1849.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Avril 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Des mouvemens de la respiration dans le chant.

M. MARCHAL (de Calvi) communique, sous ce titre, une note dont nous publions l'extrait suivant :

Dans la séance du 12 mars dernier, M. le docteur Mandl a présenté une note intitulée : *De la fatigue de la voix dans ses rapports avec le mode de respiration.* J'ai observé le même fait que M. Mandl; mais je m'en suis rendu compte autrement, et j'ai institué un traitement qui remédie à ce que j'appelle la brièveté de la respiration chez les chanteurs.

Le chanteur ne prend pas assez d'air, d'où il résulte que le soufflet respiratoire ayant moins d'ampleur et de force, il faut que le larynx y supplée. Ainsi le larynx se fatigue, et la voix avec lui. Voilà le fait dans toute sa simplicité. Mais d'où vient ce mode vicieux et pernicieux de respiration? Chez quelques-uns, c'est un fait naturel; chez d'autres, c'est un fait acquis, et voici alors comment il se produit : l'artiste ne reste pas maître de lui-même, craint de ne pas arriver, de manquer la mesure, et ne prend qu'un tiers de respiration (ce que M. Mandl appelle respiration claviculaire); il s'ensuit, d'une part, que le larynx s'efforce pour ménager et faire durer cet air insuffisant; d'autre part, que l'artiste, pressé de finir, tourne court et mutile ses phrases. Prendre le temps de respirer, respirer largement, voilà une des principales règles de l'art du chanteur; et, en vérité, il ne faut guère plus de temps pour une ample et bonne respiration, qui fournit le moyen de bien développer une phrase, avec tranquillité, avec sûreté, avec expression, que pour une respiration timide, incomplète, dans laquelle le chanteur prend de l'air en se cachant et en se pressant, et qui ne lui laisse d'autre préoccupation que le désir d'en finir le plus tôt possible, vaille que vaille.

Quand l'habitude est prise, il y faut le secours de la médecine, aussi bien que dans le cas où la brièveté de la respiration est un fait naturel. Les moyens que j'emploie pour agrandir le champ de la respiration sont de deux sortes. Ils agissent de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

1° De dehors en dedans. Je prescris des exercices gymnastiques partiels, journaliers, qui ont pour effet de dilater la cage thoracique.

2° De dedans en dehors. Je fais respirer deux ou trois fois par jour, par séries de vingt à trente respirations, lentes, larges et profondes, dans un appareil très simple, imaginé par M. Duroy pour la respiration des vapeurs iodées.

Cet appareil consiste en un flacon fermé par un bouchon en liége au travers duquel passent deux tubes de verre : l'un de ces tubes est vertical et sert à la prise d'air; l'autre, coudé à angle droit, est introduit dans la bouche pour servir à l'aspiration. Il va de soi que ces tubes ne doivent pas descendre jusqu'à toucher le fond du flacon. On met dans le flacon une certaine quantité de liquide jusqu'à une hauteur qui est indiquée sur le verre. Je me sers généralement d'eau de goudron additionnée de teinture de benjoin. Si la membrane muqueuse laryngienne est malade, je varie ce liquide de différentes manières.

J'ai obtenu de très bons résultats de ce simple moyen, que j'ai souvent employé seul, c'est-à-dire sans le secours de la gymnastique. Non seulement il donne à la voix plus d'ampleur, plus de sûreté, mais il lui donne aussi plus de solidité et plus d'éclat. C'est au point que je le recommanderais volontiers à tous les chanteurs indistinctement, à titre d'exercice hygiénique.

La brièveté de la respiration n'est qu'une des causes très nombreuses qui fatiguent et altèrent la voix chez les chanteurs. — (Comm. MM. Magendie, Serres, Flourens.)

Recherches sur la fonction glucogénique du foie.

Sous ce titre, M. LECONTE communique un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Attaché au Collége de France comme préparateur du cours de M. Magendie, il m'a été donné d'assister M. Cl. Bernard dans la plupart de ses expériences sur le foie, et de répéter un grand nombre de fois moi-même, soit pour les besoins du cours, soit dans d'autres circonstances, les recherches qui démontrent qu'il n'existe pas de sucre dans le sang de la veine porte d'animaux nourris de viande, tandis qu'il en existe dans le sang des veines hépatiques. La question étant aujourd'hui controversée, j'ai cru devoir soumettre à l'Académie les résultats de ces recherches.

Tous les animaux qui m'ont servi ont été rapidement sacrifiés par la section du bulbe rachidien; une incision, pratiquée au flanc droit, permettait de lier la veine porte; l'abdomen était alors ouvert; on liait la veine cave inférieure au-dessous du diaphragme; puis, faisant une incision à ce muscle, on appliquait une seconde ligature sur la veine cave inférieure, au-dessous du diaphragme : il était alors facile de recueillir sans mélange le sang des veines hépatiques en introduisant un tube de verre dans la portion de la veine cave comprise entre les deux ligatures; en introduisant de même un tube de verre dans la portion de la veine porte comprise entre la ligature et les intestins, on recueillait sans mélange le sang provenant de ces derniers organes.

L'expérience m'a démontré qu'en recueillant le sang entre la ligature et le foie, ce fluide contenait toujours une quantité notable de sucre, par suite d'un reflux déjà et depuis longtemps signalé par M. Cl. Bernard.

Le sang, mêlé exactement avec trois fois son poids d'alcool à 36 degrés, était jeté sur des carrés de toile fine et fortement comprimé; les liqueurs étaient filtrées; le contenu des toiles, les vases et le filtre étaient lavés à l'alcool. Toutes les liqueurs étaient évaporées au bain-marie, après avoir été acidulées par l'acide nitrique pur. Les extraits alcooliques étaient délayés dans l'eau, additionnés de 1 gramme de levure de bière fraîche, introduits dans des cloches graduées pleines de mercure, et placés à une douce température. Un gramme de la même levure, délayée dans l'eau distillée, était placé dans le tube, rempli de mercure, et servait à prouver que la levure seule ne produisait pas de gaz. Après dix-huit à vingt-quatre heures, on mesurait l'acide carbonique, et l'on opérait les corrections relatives à la pression et à la température. Le poids du sucre était calculé d'après la formule

$$C^{12} H^{12} O^{12} = 4 CO^2 + 2 (C^4 H^6 O^2).$$

Avant de doser le sucre dans le sang, je fis les deux expériences qualitatives suivantes :

Première expérience. — Un chien de moyenne taille, laissé à jeun pendant vingt-quatre heures, fut sacrifié une heure après un repas composé de 1 kilogramme de viande crue. L'extrait alcoolique du sang de la veine porte ne donna rien par la fermentation ni par le cuprotartrate de potasse avec celui des veines hépatiques, réduction très notable avec le même réactif; la fermentation donna une quantité assez considérable d'acide carbonique.

Deuxième expérience. — Un jeune chien de trois mois fut nourri de viande cuite pendant dix jours; on le sacrifia le onzième, deux heures après un repas composé de viande de bœuf crue. 33 grammes de sang de veine porte donnèrent un extrait alcoolique qui donna une réduction douteuse avec le cuprotartrate de potasse, et rien par la fermentation. 4 grammes de sang des veines hépatiques fournirent un extrait alcoolique qui donna une réduction abondante par le cuprotartrate de potasse, et par la fermentation une quantité appréciable de gaz carbonique.

Troisième expérience. — Un chien de très forte taille fut nourri pendant quinze jours avec de la viande cuite; le seizième jour on le sacrifia deux heures après un repas composé de 1 kilogramme de viande crue de bœuf. On recueillit : sang de la veine porte 73 grammes qui donnèrent : extrait alcoolique repris une seconde fois par l'alcool 0,60 : ce qui donne, pour sang frais, 1.000 parties, extrait sec de la deuxième solution alcoolique, 8,22. Cet extrait alcoolique ne donna aucune trace de gaz par la fermentation. On obtint de même : sang des veines hépatiques 49 grammes, qui donnèrent extrait alcoolique repris une seconde fois par l'alcool, 0 gr,70 : ce qui donne, pour sang frais, 1,000 parties, extrait sec de la seconde solution alcoolique, 14,65. Cet extrait sec donna, par la fermentation, après 18 heures, 21 cc,39 d'acide carbonique qui représentent 0gr,0422 de ce gaz, soit 0gr,0863 de sucre : ce qui donne, pour sang frais des veines hépatiques 1,000 parties, sucre 1,771, et pour extrait alcoolique des veines hépatiques 1,000 parties, sucre 123 parties; le tube ternaire ne donna pas de gaz.

Quatrième expérience. — Un épagneul de forte taille fut mis à la diète pendant vingt-quatre heures, puis nourri cinquante-huit jours à la viande cuite; on le sacrifia deux heures et demie après son dernier repas. On obtint : sang de la veine porte 149 grammes, qui donnèrent : extrait alcoolique 2,059; soit pour sang frais 1,000 parties, extrait alcoolique sec 13,74. Cet extrait ne donna rien par la fermentation. Le produit resté dans la toile, séché à 100 degrés, pesait 33 grammes; en y ajoutant l'extrait alcoolique, 2,056, on obtint 35,056 ce qui donne, pour sang de la veine porte 1,000 parties eau 766,26, substances sèches 233,74. Le sang des veines hépatiques pesait 54gr,8; il laissa, extrait alcoolique sec, 1,096, soit pour sang frais 1,000 parties, extrait alcoolique sec 21,82. Cet extrait, ainsi que le précédent, ne fut pas repris une seconde fois par l'alcool; après dix heures de fermentation, il fournit 17cc,9 d'acide carbonique, représentant 0gr,0726 de sucre : ce qui donne pour sang frais des veines hépatiques 1,000 parties, sucre 1,344, et pour extrait alcoolique des veines hépatiques 1,000 parties, sucre 66,2. Les substances restées sur la toile, séchées à 100 degrés,

pesaient 13gr,21, y ajoutant l'extrait alcoolique 1,069, on obtient, 14,306 : ce qui donne, pour sang des veines hépatiques 1,000 parties, eau 737,20, substances sèches 272,62 : donc, substances sèches des veines hépatiques 1,000 parties, contiennent, sucre 5,11.

Cinquième expérience. — Un chien de très forte taille fut mis à jeun pendant vingt-quatre heures, puis il fit un repas composé de 1,250 grammes de viande de bœuf crue ; on prit 61 grammes de sang de la veine porte et 61 grammes de sang des veines hépatiques. L'extrait alcoolique du premier ne donna rien par la fermentation ; celui des veines hépatiques, au contraire, donna par la fermentation 67 centigrades cubes d'acide carbonique, représentant 0 gr,2715 de sucre, ce qui donne la composition suivante : sang frais des veines hépatiques, 1,000 parties; sucre, 4,452.

Tableau résumant les quantités de sucre contenues dans 1,000 parties de sang frais.

	De la veine porte.	Des veines hépatiques.
1re expérience.	0	notable, non dosé.
2me —	0	*id.*
3me —	0	1,771
4me —	0	1,344
5me —	0	4,452

En résumé, il résulte des expériences précédentes :

1° Qu'en se plaçant dans les conditions indiquées plus haut et en opérant rapidement la section du bulbe rachidien et la ligature des vaisseaux, on ne trouve pas de *sucre* dans le sang de la veine porte d'animaux nourris de viande crue ou cuite ;

2° Que, dans les mêmes circonstances, le sang frais des veines hépatiques contient de un à quatre millièmes de son poids de sucre, ce qui prouve que l'intervention des substances amylacées n'est pas nécessaire à la formation du sucre dans le foie ;

3° Que le foie est bien un organe formateur de sucre et non pas un organe condensateur, comme on l'avait avancé ;

4° Que le sang des veines hépatiques laisse plus de substances sèches et fournit plus d'extrait alcoolique que la même quantité de sang de la veine porte. — (Comm. MM. Dumas, Pelouze, Rayer.)

Cure radicale des fistules à l'anus profondes.

M. le professeur Gerdy lit sous ce titre un travail dont nous publions l'extrait suivant :

Jusqu'en 1852, nous ne savions pas traiter les fistules à l'anus profondes, et nous étions obligés de les abandonner à la nature pour ne pas exposer les malades à la mort par l'incision. Et ce principe paraît remonter jusqu'à l'école d'Alexandrie, peut-être même à la chirurgie grecque, puisque l'auteur hippocratique du livre des fistules en fait un précepte, puisqu'il les appelle des fistules *qu'on ne peut inciser*, et ne propose que des injections irritantes. La ligature est également impuissante ou dangereuse. Le danger vient toujours alors de la possibilité d'ouvrir un vaisseau de l'intestin au-delà de la longueur du doigt, tandis que les doigts n'y peuvent parveuir pour lier et cautériser le vaisseau lésé et arrêter l'hémorrhagie. Il vient aussi de la possibilité de blesser le péritoine, ce qui peut encore amener la mort. Dans cet état peu consolant de la chirurgie, m'étant trouvé en face d'une difficulté pratique de ce genre en 1852, je n'hésitai pas d'abord à rejeter toutes les méthodes connues, et le hasard et la réflexion m'inspirèrent assez heureusement pour me faire improviser une opération que l'expérience a montrée moins douloureuse, moins effrayante que les autres méthodes, et d'une sécurité et d'une innocuité remarquables. C'est ce que prouve l'expérience clinique ou pratique.

Dans la première observation, un homme entré à l'hôpital fut opéré par un de nos plus habiles chirurgiens, mais incomplétement et par prudence, de peur que, en incisant plus profondément, l'opéré ne fût exposé à une hémorrhagie mortelle. Le malade m'étant revenu non guéri, je dus rejeter toutes les méthodes connues et en chercher une nouvelle. Heureusement le hasard me servit; je dis le hasard, parce que, dans toutes les choses d'improvisation, le hasard a besoin de s'en mêler pour qu'on réussisse. On pense un jour, mieux qu'on ne l'aurait fait la veille ou le lendemain, à un moyen qui ne serait pas venu à l'esprit dans tout autre moment. C'est ce qui m'est arrivé pour le malade en question. Après l'avoir examiné, je reconnus tout de suite que je ne pouvais le guérir, sans danger, sans douleurs vives, sans fièvre ni accidens graves, qu'en détruisant par la compression au moyen du mors d'une pince, la cloison intestino-fistulaire. L'entérotome pouvant atteindre ce but, je l'employai immédiatement ; et comme ce cas particulier exigea trois fois l'application de l'instrument, je pratiquai réellement trois fois l'opération avec le même succès sur le même malade. Enfin, peu de temps après, je trouvai l'occasion d'expérimenter une quatrième fois la même opération et avec le même succès sur un second malade. Tous deux guérirent sans accident, sans fièvre, et presque sans douleur. — (Commission de médecine et de chirurgie.)

— M. L. Bouyer adresse, de Fursac (Creuse), un mémoire ayant pour titre : *Étude sur la pneumonie et son traitement par la vératrine seule ou associée avec la saignée, le tartre stibié, le kermès et les vésicatoires.*

Ce mémoire, envoyé depuis longtemps, mais parvenu depuis peu de jours, est destiné, par l'auteur, au concours pour le prix de médecine et chirurgie.

Réservé pour la commission, qui tiendra compte de la date de réception.

(Nous publierons dans notre prochain numéro la suite du compte-rendu de l'Académie des sciences.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Avril 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Après la lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. Piorry demande la parole pour une réclamation. On veut, dit-il, retrancher du *Bulletin* de l'Académie dix-sept pages du discours que j'ai consacré à la défense de ma doctrine. Au nom de la justice, je demande que ce discours soit imprimé dans son entier, afin de ne pas achever de lui ôter une publicité, déjà fort restreinte, que l'Académie lui a accordée en renvoyant à une séance particulière la discussion sur mon mémoire.

M. le Secrétaire perpétuel fait observer que le discours de M. Piorry est fort long, et que les bulletins de l'Académie ne peuvent dépasser un nombre déterminé de pages; il ajoute que M. Piorry a fait, dans sa réplique, l'analyse d'un livre et élevé des récriminations personnelles; que tout discours prononcé à l'Académie doit passer sous les yeux des membres du bureau avant d'être livré à l'impression, pour prévenir que les auteurs ne les amplifient, et que M. Piorry ne s'est pas conformé à cet usage; qu'enfin, M. Piorry obtient une publicité suffisante en faisant tirer son discours à cinq cents exemplaires.

M. Piorry affirme n'avoir pas amplifié d'un mot ce qu'il a dit à la séance de l'Académie; les bulletins donnent tout au long les attaques dirigées contre lui, il demande que le même droit soit accordé à sa défense. Si l'impression de son discours entraînait des frais, il offre de les acquitter.

MM. Londe, Duméril et Chevallier appuient la demande de M. Piorry, qui est renvoyée au conseil d'administration.

La correspondance comprend:

Plusieurs communications du ministère de l'agriculture et du commerce :

1° La recette d'un vin médicamenteux, composé par le sieur Dujardin.

2° Celle du *gruau sacchariné*, proposé par le sieur Cordier, pour l'alimentation des personnes délicates. (Renvoi à la commission des remèdes secrets et nouveaux.)

3° Un rapport du docteur Jobert, à Guyonvelle (Haute-Marne), sur une épidémie de choléra observée en 1854, dans le canton de la Ferté-sur-Amance. (Com. du choléra de 1854.)

4° Un rapport du docteur Monteils, sur les épidémies qui ont régné à Florac en 1854. (Com. des épidémies.)

5° Un rapport du docteur Puisaye, médecin adjoint des eaux d'Enghien, sur le service des années 1851, 1852, 1853.

6° Une demande de M. Lanery, à l'effet d'être autorisé à fonder, dans la ville de Lyon, des fabriques d'eau minérales.

7° Une demande semblable de MM. Bonne et Liégeon.

(Ces trois dernières communications sont renvoyées à la commission des eaux minérales.)

— Une lettre de M. Colin, chef de clinique à l'école d'Alfort, qui annonce sa candidature à la place vacante dans la section de vétérinaire.

— Un pli cacheté déposé par M. Béhier.

— Deux lettres de M. Foucault, de Nanterre, la première contenant une réclamation de priorité au sujet de l'irrigateur vaginal de M. Poullien; la seconde relative à un *appareil à réduction des fractures et des luxations les plus compliquées et les plus rebelles.* (Comm. déjà nommée.)

— Une lettre de M. Bertin, de Montpellier, concernant l'hygiène de l'emprisonnement cellulaire.

— Une lettre par laquelle le docteur Delaux, de l'île de Jersey, sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie.

— M. Charrière fils présente une sonde de Belloc qu'il a simplifiée en réunissant le stylet et le ressort dans la sonde pour la placer unique dans la trousse sans rien démonter.

— M. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de plusieurs rapports :

1° Analyse des eaux minérales de Vittel et d'Autrancourt, près Contrexéville (Vosges). Le rapporteur, ayant examiné sur les lieux l'eau de ces deux sources, l'a trouvée très analogue, celle de Vittel surtout, à l'eau de Contrexéville (source du Pavillon). Elle est plus riche en chaux et surtout en magnésie que cette dernière; de là sa digestibilité plus grande et ses propriétés légèrement purgatives.

Le rapporteur conclut à ce que l'autorisation sollicitée par M. Boulomié d'exploiter l'eau de ces deux sources lui soit accordée.

2° Un rapport sur l'eau sulfureuse de La Hontalade, à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). L'analyse de cette eau, faite par M. Bérard, de Montpellier, y a décélé la présence du sulfure iodique, du chlorure de sodium, du sulfate de soude, de la glairine et de quelques sels magnésiens. On trouve aussi de l'iode dans les dépôts formés au fond du bassin, comme le rapporteur s'en est assuré.

Légèrement thermale (22° centigrades), cette eau se rapproche, par ses effets, des Eaux-Bonnes; elle peut être conservée sans altération.

Le rapport conclut à ce que l'exploitation de cette eau minérale soit autorisée, mais à la condition expresse de capter convenablement la source par des opérations indispensables.

3° Analyse de l'eau minérale de Saint-Yorre, près la ville de Vichy (Allier).

Il existe à Saint-Yorre deux sources très analogues entre elles, et dont l'eau a la plus grande analogie avec celle de Vichy. Cette eau, froide, alcaline et gazeuse, coule avec un débit de plus de dix mille litres par jour. Elle a été déjà soumise à une première analyse par M. Bouquet, chimiste; la commission vient de la soumettre à un nouvel examen. Elle y a constaté une grande quantité de bicarbonates alcalins et terreux, associés à une bonne quantité d'acide carbonique libre, des chlorures, des sulfures, du fer, de la magnésie, de l'arsenic à l'état d'arséniate, sans doute, de la silice combinée ou non à de l'alumine, à de la soude; puis, quelques traces de phosphates, de borates, une matière organique bitumineuse, et, d'après les derniers essais du rapporteur, un iodure alcalin.

Considérant l'analogie de composition de cette eau et de celle de Vichy, ainsi que la similitude des effets thérapeutiques, la commission conclut à ce que l'autorisation d'exploiter les sources de Saint-Yorre au point de vue médical, soit accordée à MM. Larbaud et Baroche, qui la sollicitent.

Les conclusions de ces rapports sont mises aux voix et adoptées.

— M. Robinet lit une série de rapports défavorables sur plusieurs remèdes secrets proposés comme préservatifs et curatifs du choléra.

— M. Raynal montre plusieurs pièces pathologiques :

Deux volailles affectées d'angine couenneuse et qui présentent dans la gorge, le larynx et les intestins des pseudo-membranes très caractérisées, ayant la forme de cylindres, et tapissant les tubes membraneux où elles ont pris naissance.

Les organes d'un cheval *cryptorchide*, atteint d'albuminurie : le testicule gauche, atrophié, est appendu à la colonne lombaire par un repli péritonéal ; le testicule droit, qui a la même situation, est représenté par une grosse tumeur bosselée, probablement cancéreuse. Le rein gauche paraît sain; l'uretère correspondant est renflé vers son origine, et sa cavité obstruée par des végétations de la membrane muqueuse; le rein droit hypertrophié ; la vessie petite, contenant, ainsi que les uretères et les bassins, de l'urine albumineuse. A la voûte lombaire, une tumeur volumineuse, ayant l'aspect du tissu de la parotide et que traversent l'aorte et la veine cave; la première a une largeur double de l'état normal dans toute l'étendue de ce passage ; la seconde présente également une dilatation considérable, elle contient en outre un caillot fibrineux.

PRESSE MÉDICALE.

Ophthalmie puerpérale (*Cas d'*). — Le docteur Santlus, après avoir énoncé quelques considérations générales sur les maladies puerpérales et s'être rattaché aux opinions de MM. Chiari et N. Guillot, publie l'observation suivante : Une femme, toujours bien portante, est prise, dans la troisième semaine de ses couches, d'une ophthalmie de l'œil gauche, survenue sans cause appréciable et l'état puerpéral étant tout à fait normal. Gonflement des paupières et de toute la moitié gauche de la face, présentant une teinte blanche et une certaine résistance au doigt. Au bout de quelques heures il s'écoula de l'œil une sécrétion vert-jaunâtre abondante ; la couleur de la conjonctive enflammée différait de celle de l'ophthalmie catarrhale et rhumatismale ; elle n'était pas rouge scarlatineuse ou cinnabre, mais d'une nuance qui allait du rouge violet au rouge lilas. Pas de chemosis ecchymotique ; exsudation floconneuse blanche sur la conjonctive; les lochies continuaient à couler cependant un peu moins; pas de trouble de la sécrétion laiteuse; fièvre, etc. Au bout de six jours la blennorrhée oculaire disparut rapidement, mais la maladie traîna jusqu'à la quatrième semaine. La femme avait eu cette ophthalmie déjà dans ses deux dernières couches, avec les mêmes caractères et la même marche. Pour appeler puerpérale cette affection, l'auteur s'appuie sur son apparition dans trois couches successives, sur la disparition rapide de la blennorrhée, sur la couche exsudative qui recouvrait la conjonctive et sur l'aspect de la tuméfaction des paupières et de la face, tuméfaction analogue à la phlegmasie blanche. Il ne décide pas si elle est idiopathique ou métastatique. Le traitement avait consisté en purgatifs, vésicatoires derrière les oreilles, fomentations tièdes d'eau phagédénique avec mauvais résultats, puis sachets aromatiques camphrés; vers la fin teinture ferrugineuse en petite dose.

Cette ophthalmie mérite-t-elle le nom de puerpérale? Il y a lieu à en douter, car, à part la singularité de sa répétition dans trois couches, il n'existe rien de spécial ni dans ses symptômes, ni dans sa marche, ni dans sa terminaison. La comparaison de la tuméfaction faciale à la phlegmasie blanche des accouchées, peut servir pour la symptomatologie, mais non pour élucider la nature de la maladie, aujourd'hui que l'on connaît le point de départ de cette dernière. En admettant une espèce de pyémie puerpérale, on a plus de peine à expliquer la disparition de l'écoulement de muco-pus au sixième jour, qu'en supposant une affection purement locale. Enfin, l'exsudation blanchâtre sur la conjonctive n'a rien de particulier à cette ophthalmie ; on la rencontre également dans des ophthalmies blennorrhagiques en dehors de l'état de puerpéralité. Quant à sa triple apparition, ne pourrait-on pas l'expliquer peut-être par un transport direct de la matière lochiale sur la muqueuse oculaire? Enfin, l'époque tardive dans les couches, de la formation de cette ophthalmie n'est pas non plus en faveur de sa nature spéciale ; trois semaines après la parturition, avec des lochies et une sécrétion laiteuse normales, la diathèse particulière des femmes en couches doit être de beaucoup diminuée ; et, effectivement, dans ces conditions les affections puerpérales proprement dites sont bien rares. Néanmoins, cette observation ne doit pas être perdue de vue ; si de pareils faits se multipliaient, on ne pourrait méconnaître un certain rapport de cause à effet entre la puerpéralité et cette ophthalmie. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 10.)

Scarlatine après la rougeole. — Le docteur Roser a observé, en été 1854, une petite épidémie de scarlatine, où, peu de temps avant, les deux tiers des enfans malades avaient été atteints de rougeole. Savoir : 3, deux semaines auparavant; 4, trois semaines; 6, quatre semaines; 6, cinq semaines; 9, six semaines. Chez ces enfans la scarlatine ne présentait aucune différence qui la distinguât en quoi que ce soit de celle des autres enfans. Quelques-uns, qui étaient encore affectés de toux depuis la rougeole, l'ont perdue par la seconde maladie. Ce qui caractérise encore cette épidémie, c'était la rareté de l'urine albumineuse et de la maladie de Bright. L'hydropisie sans urine albumineuse réclame les diurétiques et les sudorifiques ; celle qui s'accompagne d'altération des reins, l'iodure potassique. Ce sel a donné également de bons résultats au docteur Roser, dans plusieurs cas de maladie de Bright sans scarlatine. — (*Med. corresp. blatt. d. Würt. aerzt. ver.*, 1855, n° 5.)

COURRIER.

Dans sa séance du 23 avril, l'Académie des sciences a procédé à l'élection d'un membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Orfila. Les candidats présentés par la section étaient :

En 1re ligne, M. Bonnet, à Lyon.
En 2me ligne, M. Guyon, en Algérie.
En 3me ligne, *ex æquo*, M. Denis (de Commercy), à Toul, M. Gintrac, à Bordeaux.
En 4me ligne, M. Stoltz, à Strasbourg.
Sur 52 votans, ont obtenu :

M. Bonnet. . . . . . 39 voix.
M. Guyon. 11
M. Stoltz. 2

En conséquence, M. Bonnet a été proclamé membre correspondant de l'Académie des sciences.

— Les épreuves préparatoires du concours pour deux places de médecins au Bureau central des hôpitaux viennent de se terminer.

Ont été déclarés admissibles les candidats dont les noms suivent :

MM. Matice, Woillez, Rotureau, Simonis-Empis, Cahen, Mesnet, Laboulbène, Racle.

— M. le docteur Blain des Cormiers, qui faisait déjà le service de chef de clinique à la Charité, en remplacement de M. le docteur Charcot, vient d'être nommé titulaire de ces fonctions.

— La *Gazette médicale de Montpellier*, dont M. le docteur Chrestien était le rédacteur en chef, annonce qu'elle cesse de paraître.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 50. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 28 Avril 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

De l'épilepsie.

A l'occasion d'un malade atteint d'épilepsie, le professeur se propose de décrire, toujours au point de vue clinique, cette maladie, qui bien que connue de l'antiquité même, n'a pourtant commencé à être bien comprise qu'à partir du commencement de ce siècle. La thèse de M. Calmeil, de Charenton, est la première monographie où l'épilepsie soit exactement décrite avec un soin et une précision qui font de cet écrit, très petit en étendue, une œuvre très grande et très complète. Il manqua pourtant à l'auteur d'avoir observé le sujet de ses études dans la pratique civile et dans la clientèle de ville, ce qui explique de sa part l'omission d'une forme très fréquente, et sur laquelle M. Trousseau se propose d'insister particulièrement.

La forme décrite par les auteurs latins sous les noms de *morbus comitialis*, *morbus sacer*, *herculeus*, était la grande attaque qui est caractérisée par les signes suivans : un cri aigu, la prostration du malade, qui est jeté contre terre, des convulsions d'une forme particulière et de peu de durée, suivies d'un état de somnolence qui dure plus longtemps, et d'autant plus que la congestion cérébrale a été plus forte. La connaissance détaillée de chacun de ces symptômes ne permet pas au médecin de méconnaître l'épilepsie quand elle existe, et ne la rend simulable que par un médecin très habile. Esquirol croyait même qu'elle n'était simulable par personne. Mais, sur ce point, il n'avait pas convaincu tout le monde. Il était, après la visite, dans son cabinet, causant avec ses deux élèves, MM. Trousseau et Calmeil. Ce dernier tombe sur le tapis, offrant tous les signes caractéristiques d'une attaque; si bien qu'après un instant d'examen, Esquirol disait avec une expression de vrai chagrin : « Le pauvre garçon, il est épileptique ! » Cette sentence n'était pas achevée, que Calmeil était debout, serrant la main de son maître, et lui demandant s'il croyait encore que l'épilepsie ne fût pas simulable.

Cependant, Messieurs, il est un signe qui se produit au moment de la chute, et qui n'est imitable pour personne, c'est la pâleur très prononcée, cadavérique qui couvre pour un instant la face de l'épileptique; nous ne la voyons pas, parce que nous arrivons toujours trop tard; alors que la face est déjà d'un rouge très prononcé. Après la chute viennent les convulsions, mais pas immédiatement, car avant elles, il y a presque invariablement un temps fort court d'une immobilité complète. Un caractère capital des convulsions épileptiques consiste dans leur *prédominance* dans l'un des deux côtés. Quelquefois un seul côté les présente, ce qui est rare, mais, dans tous les cas, il n'y a jamais identité des deux côtés.

Il existe une première période de convulsions toniques; regardez alors le bras du malade, qui est à terre, vous voyez le pouce se fléchir dans la main, les muscles pronateurs de l'avant-bras et rotateurs du bras en dedans entrer en contraction permanente et faire tourner le bras en dedans par un mouvement lent et saccadé, allant quelquefois jusqu'à produire des luxations. En même temps que ceci se passe dans un bras, la face est portée du côté opposé par la contraction du sterno-cléido-mastoïdien du côté où existe la prédominance. Ceux qui ne sont pas médecins ignorent ce détail, et ne manqueront pas, dans une attaque simulée, de tourner la face du côté du bras où existent les convulsions les plus fortes, auquel cas vous ne devez pas hésiter à reconnaître la supercherie. Les muscles de la face entraînent les commissures du côté de la *prédominance.*

Pendant cette période, les parois du ventre et de la poitrine sont rigides et sans mouvemens; la respiration est suspendue, d'où l'engorgement du système veineux et les congestions; la défécation et l'émission involontaire des urines, et quelquefois du sperme. Les muscles abaisseurs de la mâchoire inférieure peuvent entrer en contraction et tenir la bouche entr'ouverte, tandis que la langue tirée au dehors par la contraction tonique des génioglosses vient se placer entre les arcades dentaires, où elle est grandement exposée à être mordue, surtout au moment des spasmes cloniques. Les morsures de la langue, qui sont la cause de la coloration sanguinolente de l'écume, éclairent singulièrement le diagnostic, surtout quand il n'y a que des attaques nocturnes.

A la suite de la période de tonicité, viennent les convulsions cloniques très rapides d'abord, devenant de plus en plus rares et amples; et, après une durée de une à deux minutes, cessant complétement à l'instant où le malade qui, jusque-là, respirait irrégulièrement par saccade, pousse un profond soupir et tombe écumant, la respiration ronflante et stertoreuse, dans l'attitude d'un homme frappé d'apoplexie ou ivre-mort. Ces deux périodes durent de une à trois minutes au plus. Car il ne faut pas confondre l'attaque avec l'état épileptique dans lequel, avant d'être sorti du coma, le malade peut être saisi d'une nouvelle attaque, ce qui, à Bicêtre ou à la Salpêtrière, est connu sous le nom de grand mal. Il y a pourtant des cas où la durée est exceptionnelle, particulièrement chez les femmes en couches, et sur lesquels nous reviendrons.

Le coma dure de huit à dix minutes, après quoi le malade se relève, semble honteux, évite les regards, les soins des personnes qui l'environnent, ne répond pas aux questions; et s'il est en public, cherche le moyen le plus court d'échapper à la curiosité. Outre ces particularités, on remarque assez souvent, ordinairement même, des signes d'un véritable dérangement des fonctions intellectuelles. Quelques malades ont été pris d'idées de suicide, et les ont exécutées; d'autres se sont livrés à des emportemens, des actes de violence contre les personnes qui les assistaient. Un bon nombre se relèvent avec des hallucinations, du délire, une véritable manie. Souvent, il ne reste que du mal de tête et de la tristesse. Quelques malades présentent de l'embarras de la parole, non qu'il y ait paralysie, mais parce que la langue, qui a été mordue, est douloureuse et gonflée.

Il est superflu de dire que, pendant les convulsions et le coma, il y a perte de l'intelligence et de la sensibilité; ce qui forme un caractère diagnostique important, car on peut exciter la muqueuse de l'œil, du nez, faire respirer de l'ammoniaque, chez le véritable épileptique, lui tirer un coup de pistolet à l'oreille, sans qu'il y ait la plus légère manifestation de sensibilité; ce qui n'est pas possible chez celui qui simule. Quand ce dernier veut tomber, il choisit le lieu où il doit tomber et la portion du corps qui devra porter. Jamais il ne tombe sur la tête, la face contre terre, ou bien, dans ce cas, il porte irrésistiblement les mains en avant pour se garantir. Le véritable épileptique tombe n'importe où, et presque toujours c'est la tête qui porte; il est précipité la face contre terre, et ces parties sont le siége d'ecchymoses, de plaies contuses; tandis que le faux épileptique, dont la chute a lieu de côté, ne présente aucun de ces stygmates.

L'épilepsie est très souvent nocturne, surtout dans le début, et il peut en être ainsi pendant huit et dix ans, sans que personne, pas même le malade, sache qu'il s'agit d'une affection

Feuilleton.

CAUSERIES.

ÆGRI SOMNIA.

— Toc! toc! toc!
— Qui est là?
— La fièvre.
— On n'entre pas!
— J'entre.

Elle était entrée. C'est toujours comme cela. On se sent quelque lassitude dans les jambes, on rentre chez soi; on s'emmitoufle dans sa robe de chambre, on ferme sa porte, on se couche; mais la fièvre est entrée, le frisson vous galope, bientôt suivi de la chaleur âcre et mordante; vous êtes malade, que va-t-il survenir?

Quelle étrange chose qu'un accès de fièvre! Ne le disons pas trop haut à nos malades, mais cet état n'est pas sans charme. On pourrait le comparer aux excitations produites par une légère prise de haschich. Ce sont les mêmes illusions, les mêmes hallucinations, les mêmes erreurs sur la durée du temps, sur les distances, sur tout le monde extérieur, la même bizarrerie dans les impressions internes, se succédant avec la même rapidité. Comme, dans l'ébriété du haschich, au milieu de l'inénarrable variété d'idées saugrenues, se multipliant avec une fécondité sans pareille, il en est une, il en est quelquefois deux qui reviennent sans cesse, obsédantes, agaçantes, opprimantes, qu'en vain vous cherchez à chasser et qui s'asseoient sur votre oreiller avec des ricanemens diaboliques.

J'en avais deux :

L'impôt sur les chiens,

Et l'organopathie.

Quel étrange assemblage!

La nouvelle loi sur les chiens était représentée par un homme grand, sec et maigre, tout de vert habillé et portant sur son képy ces mots, brodés en lettres blanches : *Impôt sur les chiens.*

Il voulait s'emparer de mon pauvre Tom, levrette Lamartine, d'une robe charmante, variété, que je le dise par incidence, horriblement calomniée, à laquelle on a refusé le flair, l'intelligence et l'affection. Le flair! Je vous le demande, Monsieur Nicolas, vous que Tom a vu deux ou trois fois à peine, et qu'il reconnut ces jours derniers sur le boulevard de la Madeleine, en sautant sur votre beau paletot des dimanches. L'intelligence! Ce chien qui me sent venir à un kilomètre de distance, qui s'agite, crie et pleure jusqu'à ce qu'on lui ouvre la porte. L'affection! Mon pauvre Tom, qui tous les soirs, quand je rentre au colombier, se livre à des joies sans fin et souvent importunes; qui pendant ces quelques jours de fièvre ne m'a pas quitté d'une minute, refusant sa nourriture et toutes sortes d'exonérations, et qui couché sur mes pieds, sa longue tête tournée vers la mienne, semblait chercher à lire dans mes yeux quels petits services il pourrait me rendre.

C'est donc de ce pauvre chien, de mon fidèle Tom que le grand homme vert voulait s'emparer. Il le tenait du côté de la queue, je le tenais du côté de la tête; il tirait, je tirais, mais nous tirâmes si fort que mon pauvre Tom se désarticula vers le milieu de la colonne épinière. Le côté de la queue resta à l'homme vert, j'eus en partage le côté de la tête.

Le côté qui m'était échu se mit à japper, à sauter, à me faire toutes sortes de caresses ce qui m'étonnait fort. Mais à mon plus grand ébahissement, ce côté se mit à parler!.....

— C'est stupide!

— Chut! lui dis-je, la loi....

— Oui, la loi est la loi, je m'incline. Mais vous qui faites partie de la Société des bêtes, vous n'avez pas protesté!...

— Mon pauvre Tom, la Société à laquelle tu fais allusion, et qui s'appelle *Société protectrice des animaux*, a non seulement adhéré à la loi, mais encore a adressé au Corps législatif une adresse très chaude en sa faveur.

— J'en suis confondu! Ne parlons donc plus de la loi, quoique j'eusse bien voulu connaître les documens sur les fameux 40 millions de nourriture que nous faisons perdre à l'espèce homme. Si j'en juge par moi.....

— Est-ce que tu te plains d'être mal nourri?

— Au contraire, mais je mets en fait que les rogatons qui seraient complètement perdus suffisent à ma nourriture et ne nuisent à celle de personne. Même au prix où sont les vivres, avouez que je n'augmente pas votre budget des dépenses.

— Je n'ai jamais compté avec toi, mon pauvre Tom.

— Ça, c'est vrai. Et cette statistique de deux cents cas de rage qui s'observent par année, en France, sur les hommes, en avez-vous vu les élémens?

— Non, ma foi!

— Ni moi non plus, et je doute fort qu'ils existent, si je m'en rapporte à ce que m'a dit un chien de ma connaissance et de très haute maison qui prétend que, là où l'on sait le mieux ce qui se passe à cet égard, on assure que le maximum des cas de rage, chez l'homme, en France, depuis plusieurs années, n'a pas dépassé cinquante.

— C'est encore beaucoup trop, mon cher ami.

— Sans doute, mais nous, pauvres chiens, ne sommes pas les seuls à inoculer ce terrible virus à l'homme. Il y a encore les loups, les chats, les renards qui figurent dans cette statistique, et c'est nous seuls qui payons pour tout le monde. Est-ce juste?

— On ne peut imposer ni les loups, ni les renards, que l'homme n'a pas pour habitude de prendre pour compagnons. Mais, quant aux chats, cela pourra venir.

— Je ne critique pas la loi, c'est la loi. Mais, puisqu'on veut nous garantir et garantir l'homme de la rage, ne pourriez-vous pas souffler dans l'oreille de M. le préfet de police que le meilleur moyen de nous faire devenir enragés, c'est de faire précisément ce à quoi on nous condamne, outre l'impôt?

— Que veux-tu dire? pas de théorie, Tom, pas de théorie.

— On nous attache pendant des journées entières; un chien qui se respecte ne se livrera à aucune exonération là où il est attaché; il attendra vingt-quatre heures s'il le faut, souffrant tout ce qu'on peut souffrir de la non-satisfaction des besoins les plus naturels. Ces longues rétentions sont-elles sans influence sur la production de la rage, qui est spontanée chez nous? Est-ce de la théorie, cela?

— Après,

aussi grave. Il est deux grands signes diagnostiques dans ce cas, ce sont les morsures de la langue et l'émission involontaires des urines, surtout chez les femmes. Si la personne qui vous consulte s'est levée avec du mal de tête, que les parties latérales de la langue soient coupées, mordues, et que, de plus, elle ajoute : Je ne sais comment cela se fait, mais j'ai renversé mon vase de nuit dans mon lit sans me souvenir que je m'en sois servie, ou que, par vos questions, vous arriviez à savoir qu'il y a eu émission involontaire des urines, vous ne devez pas hésiter à prononcer qu'il y a eu une attaque nocturne d'épilepsie. En outre, dans un très grand nombre de cas, vous pourrez observer sur le front, et surtout au-dessous des yeux, des myriades de pétéchies de la grosseur d'une tête d'épingle, ce qui ne se produit dans aucune autre circonstance. Avec ces détails, le diagnostic de cette forme devient sûr; tandis que sans leur connaissance, il est presque toujours impossible.

(La suite à un prochain n°.) Dr E. ARCHAMBAULT.

MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

DE LA DÉCRÉPITUDE INFANTILE, DE SA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET DE SON TRAITEMENT;

Par M. le docteur E. HERVIEUX.

On voit souvent les nouveau-nés tomber dans un état de dépérissement extrême, qui leur donne l'habitude extérieure et toutes les apparences d'une vieillesse anticipée; c'est cet état particulier que je désigne sous le nom de *décrépitude infantile*.

Dans cet état, la surface tégumentaire est le siége d'une décoloration générale et profonde qui ne laisse pas même soupçonner la circulation du liquide nourricier dans les parties accessibles à la vue. Les diverses muqueuses, dans toutes les parties de leur étendue que l'œil peut apercevoir, participent plus ou moins manifestement à cette pâleur. Leur teinte rose fait place à une coloration terne, violacée, et le sens de la vue ne suffit plus pour distinguer, dans les régions où ces membranes muqueuse et tégumentaire sont limitrophes, ce qui est muqueuse de ce qui est tégument.

La décoloration de la peau et des muqueuses s'accompagne des phénomènes qui caractérisent le marasme le plus prononcé. Les yeux sont profondément excavés. La peau du visage est sillonnée de rides profondes qui font ressembler les nouveau-nés à de petits vieillards. Le front est parcouru par des lignes transversales plus ou moins nombreuses, dont on ne retrouve plus les analogues sur la face humaine qu'à un âge très avancé. Puis on remarque les traits divers signalés par Eusèbe de Salles et M. Jadelot, savoir, le trait oculo-zygomatique, le trait nasal, le trait labial, le trait génal, qui, contrairement aux opinions trop exclusives de ces auteurs, n'ont d'autre valeur séméiologique que celle d'indiquer un dépérissement plus ou moins grand de l'enfant.

Ce n'est pas seulement à la face qu'on observe les rides et sillons résultant de la résorption du tissu adipeux et de l'amoindrissement des parties molles; les tégumens du cou, du tronc, des membres, et surtout de la paroi antérieure de l'abdomen reviennent sur eux-mêmes et se plissent pareillement. La surface entière de la peau, naguère lisse et brillante, prend un aspect terreux. En même temps, les principales saillies osseuses se dessinent à travers cette membrane, et des lignes anguleuses remplacent partout les contours gracieux du corps de l'enfant. Le squelette du thorax apparaît avec toute son évidence; le ventre se creuse en carène, les crêtes iliaques s'accusent, et les membres tant supérieurs qu'inférieurs n'offrent plus de saillant que les régions articulaires, dont le volume se trouve être disproportionné avec les parties intermédiaires. Telle est l'idée qu'on peut se faire de la décrépitude infantile.

L'aspect étrange que présentent les nouveau-nés atteints de cette vieillesse précoce, ne pouvait échapper à l'attention des observateurs; aussi trouvons-nous cet état signalé par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Doublet, Billard, MM. Cazenave, Trousseau et Lasègue, Bouchut, Grisolle, Monneret et Fleury, etc. Malheureusement, on a donné de cet état des interprétations fort diverses; et à l'heure qu'il est, le praticien, mis en présence d'un de ces nouveau-nés, qu'on appelle des *petits vieillards*, ou bien éprouverait le plus grand embarras s'il s'agissait de porter le diagnostic et d'instituer un traitement; ou bien, suivant en cela les erremens de quelques auteurs, considérerait l'enfant comme nécessairement entaché d'un vice constitutionnel; et dès lors, ce n'est plus seulement l'organisation particulière du sujet qu'il ferait responsable de cette décrépitude anticipée, mais, ce qui est plus grave, la santé antérieure des parens ou de la nourrice.

Nous avons donc ici à résoudre non pas seulement une question plus ou moins subtile de diagnostic et de thérapeutique, mais un des problèmes les plus délicats qui puissent se présenter dans la pratique civile; car, de la solution qu'on aura donnée à ce problème et de la détermination qui s'ensuivra, peuvent dépendre, d'une part, les jours de l'enfant; de l'autre, le repos et l'honneur d'une famille.

Les citations qui vont suivre, et que nous empruntons à quelques-uns des auteurs mentionnés plus haut, nous serviront à mieux faire comprendre notre pensée.

M. Cazenave, discutant la nature du pemphigus infantilis, s'exprime ainsi : « On n'observe jamais, avec les bulles du pemphigus, cet état général si remarquable, cette peau flétrie, *cet aspect d'un petit vieillard* que l'on sait appartenir à l'enfant atteint en naissant *de syphilis constitutionnelle.* » (*Dict. en* 30 *vol.*, art. PEMPHIGUS, t. XXIII, p. 397.)

Voici maintenant le portrait que tracent MM. Monneret et Fleury des nouveau-nés atteints de *syphilis héréditaire* : « Le corps maigrit, l'enfant est faible, émacié, sa peau terreuse, parcheminée; les rides du visage profondes, multipliées, jointes à la maigreur, à l'expression de souffrance et à la décrépitude qui se peint sur le visage, font ressembler ces êtres *à de petits vieillards.* » (*Comp. de méd. prat.*, t. VIII, p. 76.)

A propos du pemphigus des nouveau-nés, M. Grisolle exprime une opinion exactement semblable à celle de M. Cazenave : « Bien que les enfans, dit-il, qui présentent cette éruption succombent généralement peu après la naissance, on n'observe chez eux aucun signe de syphilis congéniale, et surtout ils n'ont pas cette peau flétrie, *cet aspect de vieillard*, cet état général si remarquable que présentent souvent les nouveau-nés *quand ils sont réellement infectés.* » (*Pathol. int.*, 4me édit., t. II, p. 70.)

Il résulterait des citations qui précèdent, et j'aurais pu les multiplier beaucoup, que la décrépitude infantile est l'apanage exclusif des nouveau-nés atteints de syphilis constitutionnelle. Cette opinion est partagée par un grand nombre d'auteurs, et notamment de syphiliographes; elle a été même exprimée, si nous avons bonne mémoire, au sein de l'Académie, dans la dernière discussion sur les accidens secondaires de la vérole. Mais nous allons voir que ce n'est pas là la seule interprétation qu'on a donnée de la décrépitude infantile.

Billard, par exemple, en fait un des symptômes de l'entérite : « Pendant que cette maladie fait des progrès, dit-il, l'enfant tombe dans un marasme complet; les tégumens prennent un aspect terreux et blafard; les saillies osseuses se dessinent beaucoup plus qu'elles n'ont coutume de le faire à cet âge; les boules graisseuses des joues disparaissent; les joues sont creuses et les orbites enfoncés comme chez les vieillards; la figure prend même *un aspect de vieillesse* qui ne s'observe pas chez les adultes. » (*Maladies des enfans nouveau-nés et à la mamelle*, p. 417.)

Laissons maintenant parler M. Bouchut sur cette question : « L'amaigrissement se dessine et les chairs perdent leur fermeté par suite de la disparition rapide du tissu graisseux sous-cutané. La peau se flétrit, celle du ventre surtout, qui conserve les plis qu'on imprime à sa surface. L'éclat et la fraîcheur du visage disparaissent, les joues tombent, et les yeux, battus et cernés, s'excavent d'une manière effrayante. Ces déformations s'opèrent quelquefois en vingt-quatre heures, ce qui est du plus fâcheux augure. Lorsque la maladie dure depuis longtemps, des rides nombreuses s'établissent sur la face, la sillonnent en tous sens, et déforment les traits à un tel point, qu'un enfant de quelques mois ressemble *au vieillard* le plus cacochyme et le plus maltraité que l'on connaisse..... *Il n'est pas de maladie chronique autre que l'affection des intestins* qui soit capable de faire disparaître ainsi tout le tissu cellulaire de la face pour lui donner ce caractère de *vieillesse prématurée* dont nous parlons. » Et plus loin le même auteur ajoute : « *La pneumonie chronique est la seule affection* qui prolonge assez longtemps la vie pour communiquer à la physionomie l'apparence bien caractérisée de la décrépitude. » (*Manuel des malad. des nouveau-nés*, p. 102, 217.) Ainsi, pour M. Bouchut comme pour Billard, la décrépitude infantile est une des expressions symptomatiques de l'inflammation des voies digestives. Seulement, M. Bouchut considère la pneumonie chronique comme étant également susceptible de produire cette vieillesse prématurée.

Suivant une autre opinion, celle de M. Valleix, c'est au muguet qu'il faudrait rapporter comme à sa véritable cause le phénomène de la décrépitude infantile. Voici textuellement citées les paroles du médecin de la Pitié : « Dès que la pâleur se montrait, la face commençait sensiblement à maigrir; bientôt l'amaigrissement faisait des progrès extrêmement rapides, et, dans les derniers jours, les enfans n'avaient sur les os qu'une peau lâche, mince et ridée. Les pommettes faisaient une saillie considérable, les yeux étaient profondément enfoncés dans les orbites, les petits malades présentaient, en un mot, *cette face de vieillard* dont tous les auteurs ont parlé. » (*Clinique des malad. des nouveau-nés*, p. 407.)

En présence de tant d'opinions contradictoires soutenues par des hommes également recommandables, il est facile de concevoir l'embarras qu'éprouvera le praticien lorsqu'il aura à prendre un parti en ce qui concerne la valeur diagnostique qu'il doit attribuer à la décrépitude infantile. La considérera-t-il, avec MM. Cazenave et Schedel, Grisolle, Monneret et Fleury, etc., comme une des manifestations de la syphilis constitutionnelle? Avec Billard, comme un symptôme de l'inflammation des voies digestives? Avec M. Valleix, comme une

---

— On nous musèle! Que fait-on, cela faisant? On supprime chez nous une de nos fonctions les plus importantes, la transpiration, et cela juste au moment où cette fonction est la plus active, c'est-à-dire pendant la saison chaude. Vous savez bien que, nous autres chiens, nous ne suons pas par la peau, mais seulement par la langue. Or, croyez-vous sans inconvénient de nous boucher ainsi cette grande voie d'élimination? Est-ce de la théorie cela?

— Il y a du vrai dans cela.

— Et puis, sans être un chien de mauvaises mœurs, voyez comment nous pouvons remplir la plus grande des fonctions naturelles, celle dont le but est la conservation de l'espèce. Que de gêne, de peine, de difficultés! Et cela se conçoit. Les relevés de notre état civil, à cet égard, sont fort curieux : il y a vingt chiens pour une chienne. L'homme imprudent sacrifie, dans les portées, presque toutes les femelles. Aussi voyez ce qui se passe quand, pour les rares qui restent, vient la saison des amours. Quel spectacle affligeant et immoral! Une longue théorie de chiens à l'œil ardent et lubrique courant dans les rues, sur les chemins, après une pauvre femelle.....

— Assez, assez Tom.

— Pour un vainqueur, que de mécontens, que d'irrités, que de désirs non satisfaits! Et vous croyez que tout cela est sans influence sur la production de la rage? Pourquoi cette affreuse maladie est-elle inconnue en Orient et dans les pays chauds? C'est que là, on nous laisse vivre en liberté, en promiscuité complète, et que la nature, toujours sage, fait naître autant de filles que de garçons.

— Je te soupçonne d'un peu de relâchement dans les mœurs, Tom...

Mais Tom ne m'écoutait plus; il avait aperçu le grand homme vert, tenant toujours son côté de la queue, se glissant sous les couvertures du lit. Les oreilles érigées, Tom ne bougeait pas. A un certain moment, et comme attiré par une force d'attraction irrésistible, le côté de la queue se précipita sur le côté de la tête et s'arrangea de telle façon qu'il y eut soudure immédiate. Mon pauvre Tom était revenu à la plénitude et à l'intégrité de son être. Je jetai les yeux sur l'homme vert; ô surprise! il diminuait, diminuait à vue d'œil; il devenait petit, petit, et quand il eût été réduit aux dimensions d'un petit lézard vert, Tom se précipita sur lui et n'en fit qu'une bouchée.

Seul le képi resta intact, portant toujours ces mots brodés en blanc : impôt sur les chiens.

Étrange chose que la fièvre! mais, je l'ai dit, au milieu d'une hallucination on peut en avoir une autre, et c'est ce qui m'advint.

Avec l'homme vert et simultanément je voyais aussi un autre grand monsieur, tout de noir habillé, ayant..... mais je ne ferai pas de portrait, par crainte qu'il pût ressembler à M. tel ou tel, et je ne veux désobliger personne.

— Je viens vous guérir, mon ami.

— Vous êtes donc médecin?

— Oui, et pratiquant la bonne, la seule bonne médecine. Voyons, où avez-vous mal?

— Partout.

— Oh! oh! aurions-nous affaire à une panpathie? Il est plus probable que ce n'est qu'une polypathie. Procédons avec ordre. La tête?

— J'y souffre horriblement, monsieur.

— Écrivons : céphalalgie.

— Les yeux?

— Éloignez cette bougie, elle me fait mal.

— Écrivons : céphalalgo-photophobie.

— Souffrez-vous dans les oreilles?

— Beaucoup : il y a dans chacune un forgeron qui bat l'enclume.

— Écrivons : céphalalgo-photopho-otalgie.

— Les fosses nasales sont libres?

— Pas du tout, monsieur, elles sont sèches, gonflées, douloureuses.

— Écrivons : céphalalgo-photopho-otalgo-rhinite.

— Comment va la gorge?

— Très mal.

— En effet, les amygdales sont très rouges et gonflées. Écrivons : céphalalgo-photopho-otalgo-rhino-amygdalite.

— Après les amygdales, il y a encore quelque chose de douloureux, monsieur?

— Oui, le pharynx est rouge et enflammé. Écrivons : céphalalgo-photopho-otalgo-rhino-amygdalo-pharyngite.

— Mais, monsieur, entendez ma voix, elle est rauque et presque éteinte.

— C'est que le larynx participe à l'inflammation. Écrivons : céphalalgo-photopho-otalgo-rhino-amygdalo-pharyngo-laryngite.

— Toussez-vous?

— Incessamment.

— Crachez-vous?

— Avec peine.

— Voyons les bronches.

— Aie! aie! aie! ne frappez pas si fort; tous mes muscles sont douloureux.

— Les bronches sont remplies de mucosités, signe d'inflammation. Écrivons : céphalalgo-photopho-otalgo-rhino-amygdalo-pharyngo-laryngo-bronchite.

— Râles muqueux dans les poumons. — Rien dans le cœur, — dans le foie, l'abdomen.

— Ah! tant mieux, monsieur.

— Mettez-vous sur le dos.

— Aie! aie! aie! je ne le peux, monsieur, tous mes muscles sont horriblement courbaturés, les bras, le tronc, le dos, les cuisses et les jambes.

— Myoite générale. Écrivons : céphalalgo-photopho-otalgo-rhino-amygdalo-pharyngo-laryngo-broncho-myoite.

— Comment, monsieur, j'ai tout cela! Et mon brave camarade et confrère X..., qui sort d'ici, qui m'a dit : c'est la grippe, avec courbature générale. Et la fièvre, monsieur! et l'état des forces, monsieur! Mais mon organopathiste s'était éclipsé en répétant : céphalalgo-photopho-otalgo, etc., etc.

Le repos au lit, du lait chaud coupé de décoction d'orge, selon la méthode hippocratique, ont fait à peu près justice de cette céphalalgo-photopho-otalgo, etc., etc., à moins que je ne sois encore bien malade et que ce pauvre griffonnage ne soit peut-être l'effet des visions délirantes du pauvre fébricitant.

Amédée LATOUR.

des nombreuses expressions symptomatiques du muguet? Avec M. Bouchut, comme un signe de gastro-entérite ou de pneumonie chronique? A quelque parti qu'il s'arrête, ne devra-t-il pas être agité des préoccupations les plus vives, des inquiétudes les plus sérieuses?

Une alternative effrayante se présente, en effet, dans ce cas à l'esprit du praticien. De deux choses l'une : ou bien il rejettera l'idée que la décrépitude infantile est une des manifestations de la syphilis, ou il l'adoptera sur la foi des auteurs que nous avons cités. Dans le premier cas, tout en éloignant l'hypothèse d'unesyphilis constitutionnellequi aurait ainsi imprimé le cachet de la vieillesse sur la face du nouveau-né, il peut conserver des doutes et se demander si, par l'inaction à laquelle il se condamne, il ne va pas favoriser les progrès d'une maladie dont l'existence ne lui a pas paru démontrée. Dans le second, ses perplexités sont bien plus grandes, car il ne s'agit pas seulement de combattre dans ses effets la vérole, dont la décrépitude infantile serait une expression, il faut encore l'atteindre dans son principe, dans son origine. En d'autres termes, il ne faut pas seulement détruire chez le nouveau-né la cachexie syphilitique, il faut tarir la source où le poison a été pris, c'est-à-dire rechercher si les parens de l'enfant et sa nourrice ne sont pas affectés, et les soumettre à un traitement approprié. Or, s'il est déjà très grave pour le médecin animé d'une conviction profonde, pour le médecin qui parle au nom des faits les plus évidens, de se livrer à une pareille enquête, combien n'est-il pas plus périlleux et plus délicat de poursuivre non pas seulement chez le nouveau-né, mais jusque chez ses auteurs ou les personnes qui le soignent, un mal de l'existence duquel vous ne possédez pas les preuves irrécusables? Il y a, en effet, là un triple danger : danger pour l'enfant qu'on peut soumettre inutilement aux longueurs d'un traitement antisyphilitique; danger pour les parens ou la nourrice, dont on mettra peut-être mal à propos en cause la moralité, l'honneur; danger pour le médecin lui-même, qui risque à ce jeu terrible sa propre réputation.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Avril 1855. — Présidence de M. Regnault.

Origine de la monstruosité double chez les poissons osseux.

M. Coste : Dans la séance du 19 mars dernier, M. de Quatrefages a présenté à l'Académie un cas de monstruosité double, plusieurs fois observé par Jacobi (1), dans lequel deux jeunes poissons vivans, assez difformes, d'inégale grandeur, adhéraient, en regard l'un de l'autre, par leur face ventrale, aux pôles opposés de ce que notre confrère appelle un *double vitellus*, c'est-à-dire une double vésicule ombilicale, pourvue de l'appareil vasculaire caractéristique de cette expansion du fœtus.

Sur ce double vitellus, M. de Quatrefages a cru remarquer, en avant, une scissure assez profonde qui lui est apparue comme le *point de suture des deux vitellus* ou des deux vésicules ombilicales dont la conjugaison, par conséquent, aurait donné naissance à l'anomalie dont il s'agit : hypothèse que l'expérience ne justifie point.

L'examen des formes extérieures du sujet dont il a donné la description, lui a paru assez concluant pour démontrer que la double monstruosité était *le résultat de la soudure de deux individus primitivement entièrement distincts*, et suffisant pour résoudre enfin, *par l'observation directe, une question qui, selon lui, a divisé, pendant deux siècles, les esprits les plus éminens.* En sorte que, suivant cette appréciation, les anomalies de cette nature, au lieu d'être un fait initial, contemporain de la formation des germes et de la fécondation, seraient, au contraire, un fait subséquent, et comme le résultat d'une rencontre plus ou moins tardive, d'une sorte d'entraînement d'un individu déjà formé vers l'autre. Aussi, guidé par cette croyance, notre confrère n'a-t-il pas hésité à dire qu'on pouvait conjecturer, presque à coup sûr, sans dissection préalable, que l'autopsie révélerait dans ces êtres en voie de coalescence, la fusion des deux foies, et peut-être aussi l'adhérence des deux intestins : double impossibilité que je mettrai en évidence.

Si la question d'origine des monstres doubles pouvait être tranchée par l'examen extérieur de sujets étudiés vingt jours après leur éclosion, l'opinion des anatomistes serait fixée sur ce point, depuis que Jacobi, Rathke, Baer (2), d'Alton, Valentin (3), etc., ont décrit ou figuré toutes les variétés des anomalies de ce genre sur des individus vivans beaucoup plus jeunes, et dont chacun de ces observateurs a eu plusieurs échantillons à sa disposition. Mais, pour aborder avec succès un aussi difficile problème, il faut des études plus approfondies, un grand nombre de dissections délicates, souvent répétées, sur chacune des phases du développement normal et du développement anormal, afin d'éclairer l'un par l'autre, ce qui suppose un nombre pour ainsi dire illimité de sujets à sacrifier.

C'est le résultat de ce travail que je viens exposer devant l'Académie,

(1) Voici dans quels termes s'exprime Jacobi à l'occasion de cette monstruosité : « En faisant éclore des truites, j'ai quelquefois remarqué quantité d'avortons ou de » monstres, certaines années plus, d'autres moins. Quelques-uns avaient deux têtes » et le corps bien formé; d'autres avaient le ventre commun et du reste étaient deux » poissons bien distincts, comme seraient deux poissons ordinaires que l'on couche» rait sur une table bien serrés l'un contre l'autre par le ventre. »

(2) *Mémoires de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg*, 1845, page 79, pl. I.

(3) *Archiv für physiol. Heilk.* H. Vierordt. Stuttgardt, 1851. Dans ce mémoire, analysé et discuté par M. Hiffelsheim dans la *Gazette médicale* et dans les comptes-rendus de la Société de biologie, présidée par notre confrère M. Rayer, M. Valentin fait remonter l'origine des monstres doubles à l'époque de la formation des germes.

dans une série de communications qui embrasseront l'histoire de la monstruosité double chez les animaux qui ont une allantoïde, et chez ceux qui en sont dépourvus, c'est-à-dire dans les deux grandes catégories qui comprennent toute la série animale. Je commence par les animaux qui n'ont pas d'allantoïde, et je prends les poissons osseux pour type.

J'ai récolté depuis trois ans un si grand nombre de monstres doubles vivans, que, sans nuire à mes propres recherches, il m'a été possible de fournir des sujets d'étude à trois de mes élèves ou de mes amis, à M. Gerbe, l'habile préparateur du Collége de France, à M. le docteur Robin, anatomiste exercé aux dissections fines, à M. le dr Hiffelsheim, connu de l'Académie par son travail sur les mouvemens du cœur. Dans l'espace de deux mois, de décembre en janvier dernier, sur quatre cent mille embryons de truite commune, de grande truite des lacs, des saumons d'ombre-chevalier, éclos dans mes appareils, j'ai trouvé plus de cent monstres doubles dont tous les jours on faisait la cueillette, comme notre confrère M. Moquin-Tandon et toutes les personnes qui suivent mes expériences, ont pu le constater.

Je mets douze de ces monstres sous les yeux de l'Académie (1), parmi lesquels sept dans l'alcool, qui font partie de ma collection d'embryogénie comparée, et cinq vivans qui font partie du singulier troupeau que j'élève dans ma piscine du Collége de France. Ces pièces, ainsi que celles dont j'ai déjà opéré la dissection, me permettront d'établir que, chez les poissons osseux, le sort de la monstruosité double se règle dès l'origine; et de démontrer que, pour découvrir les causes de la loi de conjugaison, mise en évidence par les travaux tératologiques de M. Geoffroy-Saint-Hilaire et de M. Serres, il faut remonter à l'époque de la formation des germes et admettre une espèce d'orientation primitive de ces derniers, orientation primitive qui serait la raison même de ces anomalies. Tous les phénomènes subséquens observés après l'éclosion ne seraient donc que l'accentuation plus marquée de ces liens originels, et l'on prendrait l'apparence pour la réalité, si l'on donnait à ces phénomènes consécutifs une autre signification.

Si la monstruosité double était vraiment le résultat de la fusion de deux vitellus ou de deux vésicules ombilicales originairement distinctes, et de la coalescence de deux individus primitivement entièrement séparés sur ces vésicules ombilicales conjuguées, il suffirait, pour assister à l'accomplissement du phénomène, d'étudier cette monstruosité dans l'œuf, et l'on surprendrait les deux vésicules ombilicales distinctes; on verrait ensuite sur ces vésicules ombilicales, ultérieurement conjuguées, les deux embryons, primitivement entièrement distincts, obéir à l'espèce d'entraînement qui les contraint à subir la loi de coalescence.

Or, si haut que l'on remonte, on ne rencontre jamais qu'une seule vésicule ombilicale pour les deux embryons, et, plus tard, sur cette vésicule ombilicale unique qui fait de ces embryons un même organisme, on ne voit d'autre solidarité, sauf les modifications de forme introduites par le progrès du développement, que celle dont un acte antérieur à la formation de la vésicule ombilicale elle-même avait préparé la réalisation, en fixant les conditions irrévocables de la coalescence.

Trois motifs également péremptoires démontrent qu'il n'y a, dans la monstruosité double, qu'une seule vésicule ombilicale pour deux embryons : le fait d'abord, la dissection ensuite, et enfin le cercle circulatoire unique dans lequel cette vésicule ombilicale commune place ces deux êtres qu'elle lie en un même organisme.

Or, dire que, chez les poissons osseux, deux embryons font partie d'une même vésicule ombilicale, c'est avoir démontré qu'ils ont coexisté sur le blastoderme qui a précédé cette vésicule ombilicale; car tous les anatomistes savent que chez ces poissons, les formes de l'être nouveau sont déjà nettement dessinées dans la paroi du blastoderme avant que ce blastoderme se transfigure en vésicule ombilicale.

La question d'origine de la monstruosité double se réduit donc à déterminer comment deux germes peuvent constituer un blastoderme commun. C'est le problème que je me propose d'aborder dans la prochaine séance; les dessins qui accompagnent ce travail seront alors terminés, et je pourrai plus facilement faire comprendre ma pensée à l'Académie. Je montrerai alors dans quelles conditions primordiales il faut que les germes se trouvent placés pour que la conjugaison s'accomplisse. Je montrerai par quel curieux mécanisme, *dans l'œuf des poissons osseux*, des granules moléculaires dispersés se concentrent vers un point commun pour y constituer la cicatricule, phénomène que j'ai découvert depuis plusieurs années (2) et dont la connaissance était nécessaire pour expliquer les anomalies dont je m'occupe.

Dire de deux fœtus opposés face à face qu'ils sont fixés aux pôles d'un *double vitellus*, c'est-à-dire d'une double vésicule ombilicale, c'est, au fond, s'exprimer d'une manière inexacte ; car la vésicule ombilicale et les deux fœtus constituent un seul et même organisme. Le feuillet externe de cette vésicule ombilicale formant la paroi abdominale commune, le lieu est, au moment où les deux êtres conjugués paraissent le plus distincts par l'éloignement de leur colonne vertébrale, ce qu'il sera plus tard : seulement, par le progrès du développement, les troncs se rapprocheront parce que l'étoffe, si je puis ainsi dire, de la paroi abdominale commune coexistante se rétrécira, mais ils ne subiront aucune fusion subséquente.

Non seulement aucun lien nouveau ne s'établira par voie de conjugaison au moment où les troncs de ces fœtus, d'abord très écartés, se rapprocheront ; mais, au contraire, une portion considérable de leur connexion primordiale s'effacera. La vaste poche que forme, dans la cavité abdominale commune, le feuillet interne de la vésicule ombilicale auquel l'intestin de chaque embryon tient d'abord par un pédicule spécial, cessera d'avoir avec ces intestins toute communication directe, ses parois distendues servant désormais à porter les vaisseaux omphalo-mésentériques qui assurent la circulation du double organisme. Mais cette poche persistera après l'éclosion pendant près de trois mois encore, tenant ces intestins écartés et les laissant se développer d'une manière indépendante.

(1) Je mets également sous les yeux de l'Académie une très nombreuse série d'anomalies simples qui font aussi le sujet de mes recherches.

(2) *Histoire générale du développement des corps organisés*, p. 107, Paris, 1847.

Ce que je viens de dire du développement indépendant des deux intestins s'applique également aux deux foies : ces deux viscères placés chacun au côté droit de l'embryon auquel ils appartiennent, et séparés l'un de l'autre par toute l'épaisseur de la poche que forme le feuillet interne de la vésicule ombilicale commune, ne sauraient, tant que cette poche persiste, se mettre au contact l'un de l'autre, et, par conséquent, se fusionner, comme le démontrent les pièces et les dessins que je fais passer sous les yeux de l'Académie. Cette fusion est bien plus impossible encore lorsque, par suite de la résorption complète de la poche interposée, ils arrivent au contact, attendu qu'ils sont alors, à peu de chose près, ce qu'ils seront à l'état adulte.

La conjugaison, je le répète, est un phénomène primordial plus profond et plus intime qu'une simple adhérence. Pour qu'elle s'accomplisse, il faut que les êtres en voie de formation et de coalescence soient placés de façon que, par le seul fait de la prise de possession de l'espace qu'ils doivent occuper, ils s'envahissent.

Avant de terminer, je dirai encore quelques mots sur un fait physiologique des plus curieux, dont je ferai plus tard l'objet d'une communication spéciale, mais sur lequel je désire aujourd'hui appeler l'attention de l'Académie : je veux parler de la circulation des monstres doubles chez les poissons osseux. Cette circulation peut être considérée comme commune aux deux embryons : elle est combinée de telle façon que la plus grande partie du sang qui a circulé dans le corps de l'un, passe, à travers le foie, par l'intermédiaire de l'artère omphalo-mésentérique, dans la vésicule ombilicale, où il est recueilli, en majeure partie, par une veine (l'analogue de la veine omphalo-mésentérique des animaux allantoïdiens), qui le conduit dans l'oreillette de l'autre, et réciproquement. Les contractions des deux cœurs sont en rapport avec le jeu de cette circulation commune : elles ne sont pas isochrones. Pendant que le ventricule de l'un se contracte pour lancer le sang, l'oreillette de l'autre se dilate pour le recevoir. On pourrait donc dire, jusqu'à un certain point, que, dans les monstres doubles des poissons osseux, un embryon sert d'artère à l'autre.

M. de Quatrefages : N'ayant entendu que la dernière partie de cette communication, je ne puis savoir jusqu'à quel point nous sommes d'accord, mon honorable confrère et moi. Je me bornerai donc aujourd'hui à signaler deux points sur lesquels nos opinions ne concordent pas entièrement.

M. Coste a trouvé qu'il y avait dépendance ou relation entre les mouvemens du cœur des deux poissons adhérens à un même vitellus. J'ai de mon côté reconnu une entière indépendance dans deux cas. Nous pouvons d'ailleurs avoir vu également juste, les deux faits pouvant se produire selon des circonstances qu'il resterait à étudier.

Le fait sur lequel j'ai appelé l'attention de l'Académie dans une séance précédente me semble prouver que, dans certains cas au moins, deux vitellus peuvent se souder et se confondre. On ne peut guère expliquer autrement l'existence du raphé que j'ai indiqué dans ma communication. Cette soudure, cette coalescence doit être, selon moi, bien antérieure à la fécondation et s'accomplir à l'époque où l'œuf se constitue. Au reste, le fait signalé par M. Geoffroy prouve que les soudures peuvent se former même longtemps après l'organisation du blastoderme.

M. Coste : M. de Quatrefages me fait remarquer que, au fond, il n'y a peut-être pas, entre sa manière de voir et la mienne, autant de différence que les apparences pourraient le faire supposer, attendu qu'il a parlé d'un double vitellus, et que le vitellus étant un élément primitif de l'œuf, on peut bien, en se plaçant à ce point de vue, comprendre la monstruosité double comme le résultat d'une fusion de deux vitellus sur lesquels une suture indiquerait plus tard le point de conjugaison.

Notre confrère me permettra de lui rappeler que, dans la partie qu'il a désignée sous le nom de *double vitellus*, il a décrit un double appareil vasculaire qui, pour tous les anatomistes, appartient exclusivement à la vésicule ombilicale ; le vitellus proprement dit, ou l'analogue du jaune de l'œuf des oiseaux, n'étant jamais pourvu de vaisseaux. En m'en rapportant à sa rédaction, et à l'organisation même du sujet que M. de Quatrefages a mis sous les yeux de l'Académie, j'en ai donc légitimement conclu que c'est bien d'une double vésicule ombilicale qu'il s'agit, attendu que notre confrère a lui-même tacitement accepté cette détermination, quand M. Serres à fait ses remarques. Mais, en laissant ce qu'il a dit pour prendre ce qu'il a voulu dire, j'ajouterai que, chez les poissons osseux, comme chez les oiseaux, ce n'est pas ce que, en général, les anatomistes appellent vitellus qui forme le germe, mais une cicatricule dont j'ai découvert le mode de formation, et que, sous ce rapport, il y a lieu d'examiner, à un autre point de vue, la question d'origine des monstres doubles, en ce qui concerne ces poissons.

M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, revenant aux vues émises par M. Coste, présente les observations suivantes :

Les vues qu'a émises M. Coste me paraissent applicables, avec avantage, à un grand nombre de monstruosités doubles, mais non à toutes. On ne saurait concevoir sans une union très précoce et presque primordiale les cas (les plus nombreux aussi bien que les plus remarquables de tous) où l'on voit les deux sujets composans intimement confondus dans une grande partie de leur être. Pour expliquer de telles monstruosités, il faut, comme le dit M. Coste, remonter aussi près que possible de la conception.

Mais il est aussi des monstres composés résultant d'unions très superficielles, restreintes à une seule région du corps, à un ou quelques organes. De telles unions, par cela même qu'elles sont seulement locales et superficielles, ne semblent pas pouvoir remonter à une époque aussi reculée que celle où il y a *fusion*, comme nous disons aujourd'hui, *pénétration*, comme on disait autrefois. Les effets sont nécessairement en raison des causes, et la nature, la gravité des déviations que présentent les deux individus composans, l'étendue des atrophies qu'ils ont subies, varient trop d'un cas à l'autre, pour que l'époque de l'union ne varie pas aussi. Chaque fait porte véritablement avec lui sa date ; nous ne sommes pas encore assez avancés pour savoir la lire ; mais nous pouvons déjà assurer qu'elle n'est pas la même pour tous.

Je citerai, comme exemple d'une union tardive, un poulet double observé par mon père en mai 1826, et qu'il mit alors sous les yeux de

l'Académie, mais en ajournant à une autre époque les développemens qu'il se proposait d'ajouter à sa première et très brève communication. Le temps lui a manqué pour donner ces développemens, en sorte que ce cas remarquable n'est encore connu que par les comptes rendus des séances de l'Académie dans les journaux du temps, et par la mention très succincte que j'en ai faite dans mon *Histoire générale des anomalies*.

Le sujet de cette observation, à laquelle il est bon de rendre sa place et sa date dans la science, est un poulet double, présentant les caractères de l'*omphalopagie*. Dans ce monstre, complétement double, les deux sujets, d'ailleurs bien conformés, étaient réunis, ventre à ventre, par une portion commune, allant d'un vitellus à l'autre : exemple, par conséquent, d'une union aussi superficielle et aussi restreinte que possible ; d'une union qu'on est dès lors conduit à considérer comme devant être, non très précoce et presque primordiale, mais d'une date comparativement récente.

Or, c'est ce qui a lieu en effet : l'induction théorique est ici justifiée par l'observation. Le double poulet n'avait pas été, comme tant d'autres, trouvé par hasard dans un œuf, sans aucune étude possible des circonstances antérieures : il venait d'un œuf, non encore couvé, très remarquable par son volume, et que par cette raison on avait apporté à mon père pour la collection du Muséum. Les gros œufs que pondent parfois les oiseaux domestiques ne sont le plus souvent que des œufs ordinaires où le jaune est entouré d'une plus grande quantité de blanc; celui-ci, au contraire, contenait deux jaunes, comme on le constata aussitôt au moyen du *mirage*, et ces deux jaunes étaient non seulement distincts, mais placés à distance l'un de l'autre. Les contenans étant séparés, les contenus l'étaient aussi, et à plus forte raison. Les deux poulets ont donc été d'abord des jumeaux normaux ; chacun s'est développé à part, vers l'un des pôles de l'œuf, jusqu'à ce qu'ayant pris un accroissement considérable, il se trouvât par là même porté vers le centre, à la rencontre de son frère. C'est alors qu'il s'est uni avec lui par un point de la région ventrale.

Ce monstre double, peu remarquable par les faits tératologiques qu'il présentait à l'observation, mais très digne d'intérêt par les circonstances où ils ont été observés, appartient à un des types chez lesquels la prolongation de la vie est possible. Il eût été d'un très grand intérêt de suivre hors de l'œuf les phénomènes dont la région d'union eût été le théâtre. Malheureusement, au terme normal de l'incubation, au vingt et unième jour, l'un des individus composans a seul béché son œuf: l'autre était mort.

En terminant ces observations, je me plais à faire remarquer qu'au milieu des divergences d'opinion qui viennent de se produire sur divers points entre trois de nos savans confrères et M. Lereboullet, il n'y en a eu, du moins, aucune en ce qui concerne les deux points fondamentaux de la théorie de la monstruosité double. Tous les anatomistes au courant de la science s'accordent enfin à le reconnaître : ces monstres doubles et triples qu'on a si longtemps appelés des *monstres par excès*, dans lesquels Meckel lui-même voyait encore des êtres unitaires à organes surnuméraires plus ou moins nombreux, sont, en réalité, des *êtres composés* résultant de l'union de deux, de trois individus (1) ; et cette union se fait toujours par les parties homologues, suivant la loi d'abord démontrée par mon père en tératologie (2), et bientôt généralisée par lui sous le nom d'*affinité de soi pour soi*, ou affinité des parties similaires.

M. Coste : Notre confrère M. Geoffroy-Saint-Hilaire a pu remarquer que j'ai soigneusement divisé mon travail en deux parties distinctes : l'une qui a trait à la monstruosité double chez les poissons osseux, ou chez les animaux dépourvus d'allantoïde; l'autre dans laquelle j'étudierai l'origine de cette même anomalie chez les animaux qui ont une allantoïde. Une pareille division était nécessaire, parce que la vésicule ombilicale ou blastodermique qui sert partout à créer l'être nouveau, n'est cependant pas partout employée tout entière à cet usage. Il y a des classes, comme les mammifères et l'espèce humaine, où la plus grande partie de cette vésicule reste au dehors de l'embryon et meurt sans s'incorporer à l'organisme. Il y en a d'autres, comme les reptiles écailleux et les oiseaux, où elle rentre dans la cavité abdominale, pour y être résorbée après que l'embryon a épuisé toute la provision de nourriture qu'elle renferme. Ces différences, jointes à celles qu'apporte l'intervention de l'allantoïde, ainsi que l'a très judicieusement reconnu M. Serres, en amène d'autres dans la formation des monstres doubles. C'est pour cela que je me propose d'en faire l'objet d'une communication spéciale, et alors j'examinerai, au point de vue de ces différences, la question sur laquelle notre confrère M. Geoffroy-Saint-Hilaire appelle l'attention de l'Académie.

M. Serres : Dans les observations qui viennent d'être présentées sur l'étiologie de la duplicité monstrueuse, on n'a pas assez tenu compte des conditions anatomiques qui la préparent d'abord, et sous l'influence desquelles elle s'accomplit ensuite graduellement.

Ces conditions sont de deux sortes : les unes sont relatives aux règles fixes que suivent les embryons dans le cours de leur développement, les autres concernent l'influence que le système sanguin exerce sur l'association des deux composans embryonnaires, amenés à l'unité par l'unité même du système sanguin de la duplicité monstrueuse.

L'influence que le système sanguin exerce sur le développement de la monstruosité a été l'objet d'un long travail que j'ai soumis, en 1825, à l'examen de l'Académie. Voici en quels termes M. Cuvier en présentait, dans son rapport, les résultats principaux, il y a bientôt trente ans :

« Les travaux de M. Geoffroy-Saint-Hilaire s'appliquent particulière-» ment à la classe des *monstres par défaut*.

» M. le docteur Serres, dans un ouvrage intitulé : *Anatomie com-» parée des monstruosités animales*, embrasse aussi ceux que l'on » nomme *monstres par excès*.

» La durée de la vie chez ces derniers est généralement plus grande » que celle des monstres par défaut; plusieurs ont même vécu âge » d'homme.

» La comparaison des monstres de tout genre a conduit M. Serres à » ce résultat général, que les monstruosités semblables coïncident tou-» jours avec des dispositions semblables du système sanguin.

» Ainsi, les acéphales complets sont privés de cœur ; les anencé-» phales, de carotides internes ; ceux qui n'ont pas d'extrémités pos-» térieures n'ont pas d'artères fémorales, et ceux qui manquent » d'extrémités antérieures manquent aussi d'artères axillaires ; il y a » une double aorte descendante dans les monstres doubles par en bas, » et une double aorte ascendante dans ceux qui le sont par en haut.

» M. Serres assure même que les parties surnuméraires, quelle que » soit leur position à la périphérie du corps, doivent toujours naissance » à l'artère propre à l'organe qu'elles doublent ; qu'une partie sura-» joutée, par exemple, sortît-elle au-dessous du menton, reçoit une » artère axillaire qui rampe sous la peau du cou pour aller vivifier ce » membre insolite.

» Il n'a trouvé aucune exception à cette règle, dans les nombreuses » monstruosités dont il a fait la dissection, et elle fait que ces sortes » d'anomalies sont restreintes dans certaines limites : une tête, par » exemple, ne se verra jamais implantée sur le sacrum, parce que ce » trajet serait trop long et trop embarrassé pour les carotides ou les » vertébrales surnuméraires.

» Il en résulte aussi que ces organes surnuméraires ne peuvent » être que des répétitions plus ou moins exactes, des parties propres » à l'animal dans lequel on les observe ; qu'un monstre humain n'aura » pas en plus des pieds de ruminant ou d'oiseau, et réciproquement. » En un mot, que des personnes peu versées dans les connaissances » anatomiques ont seules pu croire retrouver dans un monstre la » combinaison des parties propres à diverses classes ou à diverses » espèces.

» On sent qu'il reste toujours à se demander pourquoi les artères » se multiplient. Mais, si l'ouvrage de M. Serres ne répond pas à cette » question, il n'en présente pas moins un grand nombre de faits étudiés » avec soin, et classés sous des *lois* qui commencent à mettre de l'ordre » dans une matière dont on ne s'était pas occupé encore avec tant de » méthode (1). »

Depuis cette époque, j'ai été chargé par l'Académie de faire l'anatomie comparée des plusieurs monstres doubles, afin de vérifier l'exactitude de la subordination de leurs organismes aux conditions d'existence de leur système sanguin.

Dans une des prochaines séances, j'aurai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie ces nouvelles anatomies de monstres doubles, dans lesquelles on trouvera, je l'espère, la réponse à la question posée par M. Cuvier : Pourquoi les artères se multiplient-elles dans la duplicité monstrueuse ?

On y verra, de plus, comment, en remontant la chaîne des développemens embryonnaires, j'ai été conduit, de proche en proche, à rechercher la cause de cette multiplication dans les dispositions primitives de l'allantoïde des embryons associés. Le résultat que j'ai obtenu, et que vient de rappeler M. Coste, l'a été particulièrement chez les oiseaux.

C'est, en effet, dans l'embryogénie de cette classe que, d'une part, on suit avec plus de netteté les évolutions de la membrane blastodermique, et que, d'autre part, on observe distinctement comment, de la lame séreuse de cette membrane, naissent les organismes de relation, de la lame muqueuse les organismes de nutrition, et de la lame vasculaire l'ensemble des vaisseaux sanguins qui relient entre elles les parties constitutives de l'embryon en voie de développement.

M. Coste : Notre illustre confrère, M. Serres, a bien raison d'accorder à l'appareil circulatoire un rôle prépondérant dans la formation de la monstruosité en général ; mais en ce qui concerne les poissons osseux, ce n'est pas dans l'influence de cet appareil circulatoire qu'il faut chercher la cause déterminante de la monstruosité double, parce que la circulation ne commence qu'après la réalisation de cette anomalie.

Formations de monstres doubles chez les poissons.

M. Lereboullet a dressé une lettre sur ce sujet à M. de Quatrefages, et dont nous publions l'extrait suivant :

Depuis ma lettre à l'Académie, j'ai fait, le 4 avril, une fécondation d'œufs de brochet, et j'ai mis ces œufs dans de mauvaises conditions de développement, espérant produire des monstres. J'ai parfaitement réussi.

J'ai en ce moment une vingtaine d'œufs offrant des anomalies très variées. Deux corps, deux têtes, deux queues, un corps normal avec un tubercule représentant le rudiment d'un embryon, etc. J'ai passé bien du temps à épier le moment où apparaît la bandelette primitive, afin de voir comment se forme le poisson double; mais cette recherche est extrêmement difficile à cause de la pâleur de cette bandelette. Je crois cependant que la duplicité provient de la formation de deux centres ou, si vous voulez, de deux points d'origine de développement partant tous deux du bourrelet blastodermique ; c'est-à-dire de ce bourrelet marginal qui limite le sac blastodermique lorsque celui-ci a envahi la presque totalité du vitellus. Chacun de ces points produit une bandelette ; chacune de ces deux bandelettes se sillonne longitudinalement, et il en résulte deux corps embryonnaires qui tiennent tous deux au bourrelet générateur.

Tumeur congéniale de la région sacrée. — Monstruosité par inclusion cutanée, guérie par l'extirpation, sur un enfant de 11 mois.

M. le professeur Laugier lit sous ce titre une observation dont nous publions l'extrait suivant :

Au mois de novembre 1853, fut admis, avec sa mère, salle Saint-Augustin, n° 3, à l'hôpital de la Pitié, un enfant de 11 mois, du sexe féminin, Marie Flamain, née à Neuilly-Saint-Fron, département de l'Aisne, d'une mère de 34 ans, bien constituée. Cette petite fille avait apporté en naissant une tumeur, tenant par un large pédicule à la région du sacrum, et qui, déjà volumineuse à la naissance, s'était accrue lentement, et continuait à augmenter de volume en attirant à elle la peau des régions sacrée et lombaire. L'enfant avait peine à se tenir debout, perdait son équilibre et était condamné à un repos presque absolu. De plus sa santé générale était faible ; il était pâle, maigre, et sujet à la diarrhée. Il était arrêté dans son développement, et la tumeur, qui vivait à ses dépens, paraissait devoir amener, dans un temps assez court, l'épuisement et la mort.

L'idée d'une opération se présentait aussitôt à l'esprit ; mais cette opération, dans tous les cas fort grave pour un sujet aussi jeune et aussi faible, était-elle praticable ? N'était-elle point contre-indiquée soit par la nature de la tumeur, soit par le mode de connexion qui l'unissait à la région sur laquelle elle était implantée ? La consistance de cette tumeur était celle du lipôme dans presque toute son étendue ; en quelques points on sentait une fluctuation profonde; mais ce qui éveillait surtout l'attention, c'était la présence bien manifeste de parties osseuses profondément engagées dans sa substance. Une tumeur congénitale développée au niveau de la région postérieure du bassin, et offrant en quelques points une consistance osseuse et, en d'autres points, de la fluctuation, revêtue d'ailleurs de tégumens sains, faisait naître la pensée d'une monstruosité par inclusion sous-cutanée, l'une des variétés indiquées par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire. Mais sa connexion avec l'autosite permettait-elle l'ablation ? La tumeur était complétement mobile sur le sacrum; son pédicule était large et de consistance fibreuse: la fluctuation indiquée pour le corps de la tumeur ne s'y prolongeait pas. Celle-ci n'était point réductible même en partie, et le toucher ne faisait reconnaître sur le sacrum aucune fissure, aucune ouverture anormale. Ce n'était donc pas un cas de *spina bifida;* et en admettant la monstruosité par inclusion, l'adhérence avec l'autosite paraissait simplement fibreuse. Dès lors je résolus d'enlever la tumeur....

Une incision elliptique fut pratiquée sur la tumeur elle-même au voisinage du pédicule, de manière à rendre à la région du sacrum ses tégumens, et à pouvoir pratiquer, dans la plus grande partie de la plaie, la réunion immédiate. Je ne craignis pas de conserver une trop grande quantité d'enveloppe tégumentaire, sachant fort bien que la peau distendue par une tumeur revient sur elle-même après l'extirpation de celle-ci, et peu à peu occupe moins de surface en reprenant l'épaisseur qu'elle avait perdue.

La tumeur fut promptement enlevée ; cependant l'enfant eut une syncope dont il fut toutefois facile de le faire revenir. Huit points de suture entortillée servirent à fermer les trois quarts de la plaie. Le traitement fut très simple. A dater du jour de l'opération la diarrhée diminua, et ne tarda point à être arrêtée. Des bains dans l'eau de son, des cataplasmes de farine de graine de lin enveloppant toute la région des lombes et des cuisses servirent à contenir l'inflammation traumatique dans des limites très restreintes.

L'enfant continua à prendre le sein, et, au bout de quelques jours, quelques crèmes de riz. Enfin il était presque guéri au bout de trois semaines, lorsque l'invasion du choléra dans ma salle décida la mère à retourner dans son pays.

L'enfant a atteint aujourd'hui 23 mois. Il a repris de l'embonpoint, le coloris de la santé ; il est vif, et peut exécuter sans gêne tous les mouvemens du tronc et des membres inférieurs.

La tumeur, incisée après l'opération, contenait plusieurs kistes du volume d'une noix, ou d'une grosse noisette, contenant une matière grasse. L'un de ces kistes me parut tapissé à l'intérieur d'une membrane muqueuse, revêtue de poils fins et nombreux. Je ne voulus point pousser plus loin l'examen anatomique ; et dans l'hypothèse que j'avais faite d'une monstruosité par inclusion sous-cutanée, je me hâtai de porter à M. Geoffroy-Saint-Hilaire une pièce dont ses connaissances, beaucoup plus étendues que les miennes en tératologie, lui permettraient d'assigner plus sûrement la nature. — (Com.; MM. Serres, Geoffroy, de Quatrefages.)

COURRIER.

Il vient d'arriver en France un troupeau de chèvres d'Angora, dont une moitié est, depuis quelques jours, déposée à la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle.

Le nombre des individus envoyés en France par Abd-el-Kader était de 16. L'un d'eux étant mort en route, il est arrivé à Marseille 4 boucs et 11 chèvres, dont 2 ont bientôt mis bas. Le troupeau est donc aujourd'hui de 17 individus. Une moitié de ce troupeau est actuellement dans les Alpes, confiée aux soins de la Société d'acclimatation de Grenoble; l'autre, celle qui est à Paris en ce moment, sera placée dans les Vosges.

— Monseigneur l'évêque de Montpellier ayant généreusement offert au gouvernement sa magnifique maison de campagne pour y établir un hôpital de convalescens, pour les militaires venant de Crimée, l'administration de la guerre fait disposer à cet usage cette belle habitation qui pourra recevoir 1,600 malades.

— M. Pidoux, médecin de l'hôpital Lariboisière, ouvrira, le mercredi, 2 mai, dans cet hôpital, des leçons de clinique médicale, et les continuera le mercredi de chaque semaine.

La visite commencera à 7 heures 1/2, et la leçon à 9 heures.

(Salles Saint-Henri et Sainte-Elisabeth.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) Ce qui n'exclut pas la possibilité de quelques anomalies, soit véritablement par excès, soit par dédoublement; mais celles-ci, comme l'existence de mamelles surnuméraires, la polydactylie, etc., sont de simples *hémitéries*, que personne ne saurait plus confondre avec les monstruosités doubles.

(2) D'abord chez les monstres doubles, dont il a poursuivi si loin l'étude, et ensuite chez les autres.

(1) *Analyses des travaux de l'Académie royale des sciences*, pendant l'année 1825, partie physique, p. 33 et 34, par M. Cuvier.

Tome IX.—N° 51. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 1er Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 AVRIL 1855.

LE VITALISME ET L'ORGANICISME DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA THÉRAPEUTIQUE.

Lettre à M. le docteur Parchappe.

C'est peut-être venir un peu tard, mon cher confrère, pour élever la voix contre les doctrines thérapeutiques que vous avez développées à l'Académie de médecine, dans la discussion sur le vitalisme et l'organicisme. Un mois nous sépare du moment où l'enceinte académique retentissait de votre remarquable discours. Ne croyez pas cependant que l'émotion causée par vos paroles soit entièrement apaisée : la netteté et la franchise de vos affirmations, la rigueur et la logique de vos déductions ont laissé, dans l'esprit de tous ceux ceux qui vous ont lu ou entendu, une impression profonde dont vous pouvez être d'autant plus fier que vous n'avez demandé votre succès qu'à l'exposition ferme et inflexible de vos principes. De quel droit, d'ailleurs, me serais-je mêlé à ce débat? Je ne suis pas académicien et je pouvais espérer, j'espérais même, je vous l'avoue, trouver, dans les réponses que votre discours devait inévitablement provoquer, quelques-unes des objections qui se présentaient à mon esprit ou que j'entendais développer autour de moi et qui me paraissaient pouvoir vous être opposées avec avantage. Une abstention que je déplore et dont je n'ai pas à rechercher les motifs, ne m'a laissé que l'alternative ou de m'abstenir à mon tour et, par suite, d'être absorbé parmi les partisans tacites du vitalisme, ou de prendre la parole pour combattre en mon propre et privé nom, à mes risques et périls, ce que vos doctrines me semblent avoir de dangereux pour les progrès et l'avenir de la thérapeutique.

Je ne vous le cacherai pas, mon cher confrère, il y a peu de temps encore, ce retour, cette tendance vers le vitalisme ne nous auraient pas autant effrayé qu'aujourd'hui. Nous autres, de la jeune génération médicale, nous rêvions la conciliation, la fusion de l'organicisme et du vitalisme. Organiciens par éducation, l'observation et l'expérience nous avaient cependant ramenés à admettre que l'organisme est doué de vie, que les fonctions accomplies par les organes sont probablement subordonnées à une force ou à des forces particulières aux êtres organisés. Hélas! pourquoi avoir détruit nos illusions, pourquoi nous avoir ouvert les yeux? Vous l'avez dit vous-même, *toute conciliation est impossible*; hors du vitalisme, pas de salut. Il ne nous reste donc qu'à vous exposer les motifs qui ne nous permettent pas de vous suivre dans la voie que vous nous avez tracée.

Au seuil de cette discussion, je me sens pris d'un scrupule que je ne serais pas fâché de vous voir lever. Je suis tout prêt, pour ma part, à accepter comme base du débat les doctrines que vous avez formulées : votre vitalisme me paraît de bonne maison, je le crois frappé au coin de l'orthodoxie. Mais êtes-vous bien certain d'avoir formulé exactement et dans toute leur rigueur les croyances des écoles qui s'intitulent vitalistes? Ne pensez-vous pas que plus d'une de ces écoles pourrait bien ne pas accepter les déductions par trop logiques et absolues que vous avez déduites de vos principes? Ce sont là sans doute des affaires de famille dans lesquelles nous n'avons, à la rigueur, rien à voir. Mais au moins, faut-il bien fixer le terrain et savoir sur quel pied l'on marche. Ce qui me donne, d'ailleurs, jusqu'à un certain point le droit de vous poser cette question, c'est l'inexactitude, pour ne rien dire de plus, d'après laquelle vous avez exposé les doctrines organiciennes. Est-ce bien sérieusement, en effet, que vous reprochez à l'organicisme : 1o *de nier l'unité morbide*; 2o *de méconnaître, dédaigner ou nier la force médicatrice*; 3o *de ne tenir aucun compte, dans le traitement des maladies, de l'état des forces, de la marche des maladies, des mouvemens critiques*, etc.

Nier l'unité morbide; mais vous savez bien, mon cher confrère, que l'unité morbide a au contraire été affirmée par tous les organiciens, et vous avez pu voir dans la dernière discussion que le savant professeur qui a défendu l'opinion contraire est resté seul sur la brèche, abandonné de tous.

Méconnaître, dédaigner ou nier la force médicatrice. Nous verrons plus loin jusqu'à quel point on peut compter sur cette force, mais la négation de la force médicatrice serait un non-sens plus encore dans l'organicisme que dans toute autre doctrine? Ne serait-il pas étrange, en effet, qu'une doctrine qui fait une si large part aux organes dans la production des maladies; une doctrine qui leur reconnaît la propriété de se développer et de se nourrir, niât la spontanéité de l'organisme et lui refusât la faculté de réparer les altérations morbides dont il peut être le siége?

Ne tenir aucun compte dans le traitement de l'état des forces, de la marche des maladies, des mouvemens critiques. Mais quel est le médecin vraiment digne de ce nom, à quelque doctrine qu'il appartienne, qui ait jamais négligé des indications aussi importantes? Les partisans des traitemens les plus exclusifs n'ont-ils pas eux-mêmes donné le précepte d'accommoder toujours le traitement à l'état des forces, à la marche de la maladie, etc.

En vérité, si je ne connaissais votre bonne foi, mon cher confrère, je croirais que vous avez affaibli à plaisir les argumens de vos adversaires pour les réfuter plus à votre aise; et si votre exposition du vitalisme n'était pas plus exacte que celle que vous avez donnée de l'organicisme, j'aurais bien peur d'en être pour mes frais d'argumentation.

Nous voici maintenant arrivés au cœur de la discussion. Ce qui paraît décidément vous désobliger le plus dans l'organicisme, c'est la prétention que vous lui prêtez, un peu gratuitement, à mon avis, *de combattre directement le développement morbide, de l'enrayer, de le supprimer et de recourir énergiquement dans ce but aux remèdes les plus héroïques.* Je n'ai pas besoin de vous dire que cette prétention me paraît très naturelle et en rapport direct avec le but que la médecine s'est toujours proposé. Avouez même que les malades n'auraient pas trop à se plaindre, si cette prétention pouvait aboutir à des résultats sérieux et réels. Mais je comprends, d'un autre côté, qu'avec la notion que vous donnez de la maladie, cette prétention vous paraisse exorbitante et mal sonnante au dernier chef. Si, comme vous le professez, « il y a, dans le développement » morbide qui constitue la maladie, *quelque chose de nécessaire*, » soit pour la manifestation des altérations fonctionnelles et » organiques dans un ordre déterminé d'enchaînement et de » succession, soit pour le passage de l'état morbide à travers » diverses phases dont l'ensemble représente la marche et la » durée de la maladie; » si, comme vous le dites, « la réaction » de la vie, qui donne naissance au développement morbide, a » pour tendance la suppression de la cause morbifique ou de ses » effets, » je ne suis pas surpris que vous réduisiez l'intervention du médecin au rôle secondaire d'interprète et d'auxiliaire de la force médicatrice, et que vous repoussiez, comme *téméraire* et *impuissante*, la prétention de mettre obstacle au développement morbide, *une fois qu'il s'est pleinement établi*.

Ah! vous avez raison de le dire, mon cher confrère, entre le vitalisme tel que vous le définissez, et l'organicisme, j'allais dire la médecine, telle que nous la comprenons, la conciliation est impossible. Il y a un monde, il y a un abîme entre nous.

Toute la discussion porte, en définitive, sur les deux propositions suivantes :

1o Est-il vrai que les maladies aient une *évolution nécessaire* et une *durée fatale*?

2o Est-il vrai que l'organisme lui-même, en tant que doué de la vie, prenne une part *essentielle et principale* à la guérison des maladies? Est-il vrai, comme vous le dites un peu plus loin, que la réaction de la vie qui donne naissance au développement morbide a pour tendance la suppression de la cause morbifique ou de ses effets?

Je cherche vainement dans votre discours un commencement de preuve à l'appui de ces deux propositions. Je n'y vois, permettez-moi de vous le dire, mon cher confrère, que des affirmations dogmatiques, des conceptions théoriques.

Comment pouvez-vous affirmer, par exemple, que la maladie est le développement, dans le corps organisé, de phénomènes représentant essentiellement une réaction de la force ou des forces vitales contre la cause morbifique? Ne voyons-nous pas, au contraire, tous les jours, manquer la réaction. La maladie ne commencerait-elle donc pour vous, comme vous semblez du reste l'indiquer par l'exemple de la fracture que vous avez choisi, ne commencerait-elle, dis-je, qu'au moment où, par son étendue et ses progrès, l'altération matérielle d'un organe réveille enfin des sympathies dans l'organisme? Avec une pareille argumentation, on arriverait facilement à prouver qu'une personne qui a une fracture, laquelle ne s'est pas consolidée par une cause ou une autre, n'est pas malade de sa fracture, mais seulement de la cause qui s'oppose à la consolidation; qu'un phthisique chez lequel des altérations profondes se sont développées sourdement dans le parenchyme pulmonaire, sans éveiller de réaction, n'est pas malade, qu'il en est de même d'une personne affectée de pneumonie lorsque cette inflammation, ainsi que cela se voit quelquefois, laisse le malade presque sans fièvre et sans troubles généraux, etc.

Où est la preuve que la réaction de l'organisme qui occasionne, suivant vous, la maladie, a pour tendance constante de le guérir, de même, passez-moi la comparaison, que la lance d'Achille guérissait les plaies qu'elle avait faites? Sans doute on ne peut nier, et les organiciens l'ont nié moins que les autres parce qu'ils ont mieux étudié les organes, on ne peut nier, dis-je, que la réparation des organes malades réclame de la part de l'organisme un travail particulier qui constitue la force médicatrice ou réparatrice. Mais ce travail particulier est-il le même que celui qui a produit la maladie? C'est ce que vous ne pouvez affirmer. Êtes-vous sûr ensuite que cette force médicatrice ou réparatrice fera à elle seule les frais de la guérison, de manière à vous permettre de vous abstenir de tout traitement, *à moins de complications ou d'accidens.* Hélas! il n'est que trop vrai qu'il n'y a pas beaucoup à compter sur cette force brutale et aveugle. Avec elle, cette fracture dont vous avez cité l'exemple avec tant de complaisance, pourrait bien devenir l'occasion d'une difformité irremédiable; avec elle, la réparation d'un organe pourrait devenir plus dangereuse et plus cruelle que la maladie elle-même.

Mais ce qu'il eût fallu surtout démontrer c'est *l'évolution nécessaire*, c'est la *durée fatale* des maladies. Avez-vous bien réfléchi, mon cher confrère, à la portée d'une pareille affirmation? Mais ce serait la destruction de la médecine, la négation de la thérapeutique. Eh quoi! les maladies seraient des espèces de projectiles qui, une fois lancés, devraient arriver à leur destination, quoi qu'on fasse. Étant donnée une inflammation, par exemple, la suppuration serait inévitable et une pneumonie devrait toujours passer par le second, peut-être même par le troisième degré. Ne voyons-nous pas, au contraire, tous les jours, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, les phlegmasies les plus intenses s'arrêter plus ou moins rapidement dans leur marche, rétrograder et se résoudre en très peu de temps? Sans doute, il y a des maladies, et la variole est du nombre, à l'égard desquelles l'expérience a appris depuis longtemps que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de respecter leur marche, quand elles parcourent régulièrement et modérément les phases de leur développement. Mais, soit dit en passant, nous n'avons pas beaucoup à nous louer de la nature médicatrice en pareille circonstance; et pour qui connaît le chiffre de la mortalité dans la variole, il n'y a vraiment qu'à déplorer, comme vous le faites vous-même d'ailleurs, l'impuissance de la thérapeutique dans cette affection. Qui donc peut affirmer qu'on ne découvrira pas à l'avenir un traitement efficace contre la variole? N'est-il pas vrai que la découverte de la vaccine a réalisé une amélioration inespérée; pourquoi ce que la vaccine a fait de bien comme traitement prophylactique, d'autres moyens ne pourraient-ils pas le réaliser à titre de traitement curatif!..

Rayez-donc de vos doctrines ces prétendues nécessités, ces prétendues fatalités des maladies. Fatales et nécessaires aujourd'hui, elles seront peut-être demain attaquables avec le plus grand succès par les moyens les plus simples, et si mes premières espérances ne sont pas trompées, peut-être aurai-je moi-même à vous fournir bientôt les moyens de supprimer dans son cours, sans danger aucun, l'une des maladies les plus redoutables parmi celles que vous déclarez nécessaires dans leur marche et fatales dans leur durée. Rayez-donc de vos doctrines ces prétendues nécessités, ces prétendues fatalités des maladies; car le moindre défaut de ces classemens arbitraires, c'est de jeter dans l'esprit des médecins un respect mêlé de terreur pour certaines maladies, et de les empê-

cher, par suite, de se livrer, avec prudence, aux tentatives qui fourniraient peut-être la solution du problème.

Que de maladies que l'on n'osait attaquer autrefois qu'après un certain temps, après les avoir abandonnées à elles-mêmes, de manière à leur permettre de suivre leurs principales phases et que l'on attaque aujourd'hui d'emblée sans aucun scrupule! On peut lire dans Torti, par exemple, les objections que ses contemporains faisaient à l'emploi du quinquina, et il n'est peut-être pas une amélioration de la thérapeutique qui n'ait trouvé sur sa route toute espèce de *bonnes raisons* destinées à détourner les médecins de son emploi, sous prétexte de dangers imaginaires auxquels on exposait les malades.

Je me résume, mon cher confrère; en opposition avec les opinions que vous avez soutenues, d'accord, au moins je le suppose, avec les faits et l'expérience de tous les temps, je soutiens :

1° Que les maladies n'ont pas d'évolution nécessaire et de durée fatale; que cette prétendue nécessité d'évolution, cette prétendue fatalité dans la marche traduisent seulement l'insuffisance actuelle de nos moyens thérapeutiques pour les combattre, et ne préjugent rien contre ce que l'on pourra découvrir dans l'avenir.

2° Que la médecine se propose et doit se proposer, sous peine de manquer à son but, non pas seulement de guider les maladies, d'en combattre les accidens et les complications, mais d'en ralentir et d'en arrêter les progrès, d'en abréger la durée, et même de les faire rétrograder, si la chose est possible.

Est-ce du vitalisme ou de l'organicisme? Peu importe; mais si, au nom du vitalisme, vous prétendez nous interdire de mettre en usage les méthodes déjà éprouvées pour arrêter ou abréger les maladies, si vous nous défendez d'aller à la recherche de nouvelles médications propres à remplir le même but, sous prétexte de la nécessité et de la fatalité de leur évolution et de leur durée, vous ne serez pas surpris de nous voir protester contre de pareilles prétentions. Entre un vitalisme qui représente l'intolérance et l'immobilité, et l'organicisme qui laisse la porte ouverte à toute amélioration et à tout progrès, je n'hésite pas, mon choix est fait. Mais il est un autre vitalisme dont l'honorable rédacteur en chef de ce journal a pris l'initiative, *vitalisme tolérant et progressif*, prêt à accueillir tout ce qui se présente au nom de la vérité et de l'observation, un vitalisme qui procède en ligne droite de la méthode expérimentale. C'est sur le terrain de ce vitalisme que je serais heureux de me rencontrer avec un confrère dont les beaux travaux avaient donné tant de gages à l'organicisme, et que nous ne pouvons croire entièrement perdu pour nous, malgré les dissentimens graves qui nous séparent en ce moment.

F.-A. Aran,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

DE LA DÉCRÉPITUDE INFANTILE, DE SA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET DE SON TRAITEMENT (1);

Par M. le docteur E. Hervieux.

Si j'ai réussi, par les considérations développées dans l'article précédent, à faire comprendre ma pensée, on peut apprécier l'importance du problème que je me suis proposé de résoudre, celui de savoir quelle est la valeur séméiotique de la décrépitude infantile.

Ma manière de voir, à cet égard, peut se résumer dans les propositions suivantes :

La décrépitude infantile n'est jamais exclusivement et fatalement, une des expressions symptomatiques de la cachexie syphilitique des nouveau-nés.

Pas davantage, cette sorte d'état sénile ne signifie que l'enfant qui en est atteint porte immanquablement une inflammation chronique des voies digestives.

Ainsi du muguet, ainsi de la pneumonie chronique, ainsi de toutes les affections que l'on a considérées comme causes productrices exclusives de la décrépitude infantile.

Selon moi, la décrépitude infantile reconnaît pour causes toutes les maladies du premier âge qui peuvent, soit par leur nature particulière, soit par la lenteur qu'elles mettent à guérir, porter une atteinte plus ou moins profonde à la nutrition.

Je mets en première ligne les affections intestinales, aiguës ou chroniques, qui, comme on le sait, s'accompagnent toujours d'un dépérissement rapide, preuve évidente que les fonctions de nutrition sont plus ou moins gravement lésées. On trouverait dans le livre de Billard de nombreux exemples de l'ensemble desquels il résulte que toutes les variétés de maladies intestinales peuvent amener la décrépitude infantile. C'est ce dont il est facile de se convaincre en parcourant les observations 44, 47, 48, 50 et 52, relatives à des cas d'entérite folliculeuse, de colite chronique, de gangrène du colon, du ramollissement de l'estomac. (*Traité des maladies des nouveau-nés*, pag. 391, 403, 406, 411 et 426.)

D'un autre côté, l'ouvrage de M. Valleix contient des faits qui prouvent que la décrépitude infantile est très souvent consécutive au muguet. (Voir les observations 5, 6, 9, 11, *loc. cit.*, pag. 221, 239, 287, 325.)

(1) Voir le numéro du 28 avril.

Il résulte donc déjà de cette première catégorie de faits que les maladies des voies digestives en général, indépendamment de tout vice constitutionnel, sont une des causes les plus réelles, en vertu desquelles se manifeste la décrépitude infantile.

En second lieu, je signalerai l'anémie dans laquelle tombent les enfans soumis à l'influence d'une alimentation vicieuse ou insuffisante. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion d'observer les effets de cette dernière cause, d'être appelé, par exemple, pour des enfans revenus de nourrice dans un état d'émaciation tel, qu'ils présentaient, quelques mois après leur naissance, toutes les apparences de la vieillesse la plus décrépite. Après avoir maintes fois constaté ce fait à l'hospice des Enfans-Trouvés chez les sujets qui sont rapportés de la campagne, j'ai été plusieurs fois à même de le vérifier dans la pratique civile chez des enfans qu'on avait retirés de nourrice dans un état de cachexie sénile qui ne reconnaissait pas d'autre cause que le manque de soins et l'insuffisance de l'alimentation.

Ce qui prouve, en pareil cas, que la cachexie sénile et l'émaciation qui l'accompagne ne dépendent pas d'une cause autre que celle qui vient d'être signalée, ce qui prouve qu'on ne peut pas invoquer ici l'influence d'une affection grave, d'un vice constitutionnel, par exemple, c'est que les enfans confiés à une bonne nourrice prennent le sein avec avidité et se relèvent rapidement de l'état de marasme et de décrépitude où ils sont tombés.

Je me rappelle avoir, en 1849, donné des soins à un enfant de 3 mois, que sa mère avait repris à une nourrice de campagne, entre les mains de laquelle il dépérissait visiblement depuis quelque temps. Lorsque je fus appelé, je trouvai l'enfant réduit au dernier degré de marasme, et offrant cet aspect de petit vieillard que j'ai tant de fois observé aux Enfans-Trouvés. Je fis donner aussitôt à l'enfant une nourrice sur lieu, et trois mois après il était rendu complétement à la santé.

En avril 1853, Mme X..., marchande de soieries à Paris, accouchait, par mes soins, d'une petite fille qui vint au monde robuste et bien conformée, et fut remise en très bon état aux soins d'une jeune femme habitant la commune du Grand-Montrouge. Six mois après, Mme X... m'appelait pour visiter sa fille, qui n'était plus, disait-elle, qu'un petit squelette vivant. Cette enfant était réduite, en effet, à une maigreur squelettique; ses joues décharnés, ses yeux excavés, sa pâleur transparente, les rides profondes qui sillonnaient son visage avaient quelque chose d'effrayant. Néanmoins, la nourrice assurait qu'elle n'avait jamais été malade, et je trouvai effectivement tous les organes parfaitement sains. On remarqua avec surprise que, malgré son état en apparence désespéré, l'enfant prenait avidement le lait qu'on lui offrait. Mais ce qui mit le comble à l'étonnement, ce fut la circonstance suivante : on avait un soir couché l'enfant avec un petit cataplasme sur le ventre. On trouva le lendemain la petite fille occupée à manger la bouillie du cataplasme, bouillie qu'elle était parvenue à saisir et à porter à sa bouche. En l'absence de toute maladie antérieure, l'insuffisance de l'alimentation pouvait seule expliquer cette voracité de l'appétit. On y pourvut, dès lors, par un régime approprié aux besoins de l'enfant, qui recouvra en quelques semaines sa fraîcheur et son embonpoint, et qui jouit aujourd'hui de la santé la plus florissante.

Si la décrépitude infantile n'est pas rare chez les enfans devenus anémiques par inanition, elle est beaucoup plus fréquente encore dans l'anémie qui succède à certaines maladies aiguës. Telle est, par exemple, la pneumonie.

M. Valleix avait déjà noté (*loco cit.*, p. 164) le marasme extrême dans lequel tombent souvent les nouveau-nés atteints de pneumonie. Non seulement j'ai constaté plusieurs fois la vérité de cette assertion, mais j'ai vu chez quelques-uns des petits pneumoniques soumis à mon observation la cachexie sénile se produire avec une extrême rapidité. J'en citerai un seul cas :

Cahen (Hippolyte), petit garçon âgé de 6 jours, est apporté le 17 juin 1845, à l'infirmerie de l'hospice des Enfans-Trouvés. Il offre tous les signes d'une inflammation de la base et du bord postérieur du poumon droit, sans complication intestinale. Trois jours après son entrée, il était réduit au dernier degré de marasme et offrait tous les caractères de la décrépitude infantile; il succomba le quatrième jour. Tout le bord postérieur du poumon droit était splénisé. Les autres organes étaient sains.

J'ai encore vu la décrépitude infantile se manifester dans un grand nombre de cas à la suite de la rougeole; une fois seulement sous l'influence de la varioloïde.

Deux nouveau-nés, morts avec toutes les apparences de la cachexie sénile, m'ont présenté, à l'autopsie, l'un un emphysème pulmonaire interlobulaire, l'autre une hémorrhagie arachnoïdienne. Je ne pense pas qu'on puisse voir là autre chose qu'un fait de coïncidence.

Je considère, au contraire, comme très réelle, l'influence qu'a pu avoir chez un enfant de quinze jours, sur le développement de la cachexie sénile, l'existence d'une péritonite chronique constatée après la mort.

Il y avait bien évidemment aussi une relation de cause à effet entre l'éruption syphilitique qui se manifesta chez un petit garçon âgé de seize jours, dont j'ai recueilli l'observation, et la cachexie sénile dans laquelle tomba bientôt le nouveau-né. La maladie avait débuté par des plaques muqueuses aux fesses et au pourtour de l'anus; puis était apparue une éruption de papules rouges, saillantes, volumineuses, bientôt suivie d'une sorte de desquammation lichénoïde. Je ne trouvai à l'autopsie que la lésion suivante : La face inférieure de l'estomac était couverte d'une multitude de petites excroissances très adhérentes à la muqueuse et qui présentaient exactement l'aspect des végétations dont se couvrent parfois le prépuce et le gland chez l'homme, la vulve chez la femme. La pièce, conservée par M. le docteur Mignot, a dû être présentée à la Société anatomique.

Je ne multiplierai pas davantage les exemples qui prouvent que la décrépitude infantile peut être l'expression symptomatique d'une foule d'affections très diverses, et qu'elle n'appartient exclusivement et en propre ni à la syphilis constitutionnelle, comme le veulent les uns, ni à l'entérite chronique, comme le prétendent les autres. La décrépitude infantile n'étant, en réalité, que le marasme et l'anémie poussés à leurs dernières limites, est l'apanage de toutes les affections, soit aiguës, soit chroniques, qui portent à la nutrition une atteinte plus ou moins grave.

A quelle méthode de traitement faut-il recourir contre la décrépitude infantile? Évidemment, la première indication consiste à combattre les affections sous l'influence desquelles elle s'est manifestée. Dans la cachexie syphilitique, par exemple, les bains de sublimé, les onctions pratiquées plusieurs fois par jour sur le tronc avec l'onguent napolitain, etc., doivent être tout d'abord mis en usage. Dans les affections intestinales, les ventouses scarifiées et les cataplasmes sur la région abdominale, les bains, les lavemens, etc., constitueront les premiers moyens auxquels on doit avoir recours. Dans la pneumonie, la péritonite, soit aigues, soit chroniques, on devra préalablement combattre les accidens inflammatoires par les remèdes usités en pareils cas.

Mais, concurremment à l'usage de ces divers agens thérapeutiques, il ne faut pas omettre un moyen en l'absence duquel toutes les médications les plus rationnelles sont destinées à échouer, je veux parler de l'allaitement naturel.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'ALIMENTATION DES ENFANS NOUVEAU-NÉS ATTEINTS DE FAIBLESSE NATIVE;

Par M. le docteur Marchant (de Charenton).

Les lecteurs du journal l'Union Médicale doivent se rappeler que le premier j'ai dit, dans un mémoire *sur l'asphyxie et la faiblesse native des nouveau-nés*, inséré dans ce journal (nos des 20 et 22 janvier 1852), qu'il ne suffisait pas de les réchauffer seulement, mais qu'il fallait en outre les alimenter, et j'ai indiqué l'usage de la sonde œsophagienne dans le cas où ils ne pourraient déglutir le lait qu'on voulait leur donner. Depuis ce moment, j'ai eu quelquefois à alimenter des nouveau-nés faibles, et les résultats que j'ai obtenus ont de beaucoup dépassé mes espérances. Les deux observations qui suivent sont les plus intéressantes de celles que j'ai pu recueillir, parce que, outre la faiblesse, il y avait dans la première un dévoiement considérable, et dans la seconde un sclérème poussé jusque dans ses dernières limites.

Le moyen employé pour l'alimentation, dans ces deux cas, a été d'une bien grande simplicité : il consiste à coucher le petit enfant sur les genoux de la personne chargée de l'alimenter, de manière à ce que la tête de l'enfant repose sur la cuisse gauche de cette même personne, et que le corps ainsi que la tête soient dans une position tout à fait horizontale. Il ne faut plus que faire boire l'enfant. Pour lui faire ouvrir la bouche, il suffit de presser les deux joues un peu en dehors des commissures des lèvres, ce que l'on fait avec la main gauche. Avec la main droite, on prend une petite cuillère à café, pas tout à fait pleine de lait, que l'on fait sortir à ce moment du sein de la mère ou d'une nourrice, et on le verse dans le fond de la bouche. L'enfant n'avale pas immédiatement, mais le lait tombant par son propre poids dans le pharynx, s'il reste un peu de vie à l'enfant, un léger mouvement de déglutition se fait apercevoir : on voit le larynx monter et descendre, et le lait parvient dans l'estomac. On recommence la même manœuvre cinq ou six fois, jusqu'à ce que le lait reste dans la bouche sans aller plus loin. Pour le faire pénétrer dans l'estomac, il suffit d'abaisser la base de la langue; mais il est prudent de s'arrêter, parce qu'on excite le vomissement et tout le lait pris est rendu.

Les deux ou trois premiers jours, il faut faire boire l'enfant toutes les deux ou trois heures au plus, la nuit comme le jour, et on ne tarde pas à voir les fonctions reprendre leur cours; la chaleur renaît, les évacuations urinaires et alvines suspendues reparaissent; on entend d'abord quelques cris faibles, puis plus forts; enfin, du troisième au cinquième jour, l'enfant peut téter seul. Il ne faut plus que lui continuer ces soins et ne pas attendre qu'il crie pour lui donner à téter, car, ainsi que l'a remarqué M. Henriette (de Bruxelles), les enfans faibles supportent la faim sans crier et meurent bientôt, si on ne les alimente pas selon leurs besoins.

Ces détails paraissent minutieux et d'une bien grande simplicité; c'est aussi en raison de cette simplicité même qu'ils

ne doivent pas être négligés, et il arrive bien souvent qu'on croit malade un enfant qui se meurt de faim, soit que la femme n'ait pas de lait, soit qu'elle ait les mamelons trop peu prononcés ou trop gros, pour que l'enfant puisse les prendre; si ce cas se présente, il faut de toute nécessité alimenter artificiellement les enfans faibles.

OBSERVATION I. — Mme G..., rue des carrières, à Charenton, appartient à la classe bien élevée de la société; elle a eu un premier enfant qu'elle a nourri elle-même, cela l'a fatiguée beaucoup, et, peu après le sevrage de son premier enfant, elle devint enceinte dans l'année 1852. Je fus alors consulté par la famille, qui me manifesta l'idée bien arrêtée que l'on avait d'élever l'enfant au biberon. Toutes les objections que je fis à ce mode d'allaitement furent vaines; ce que je pus seulement obtenir, c'est que l'on prendrait une nourrice dès que l'on s'apercevrait que l'enfant commencerait à pâtir.

L'accouchement eut lieu le 3 février 1853; l'enfant, du sexe féminin, vint au monde fort et bien portant. Je renouvelai mes instances pour avoir une nourrice; je ne fus pas écouté; et l'on donna l'enfant à une femme du voisinage, qui en avait déjà élevé plusieurs au biberon. J'étais blessé du peu de cas que l'on avait fait de mes observations; je ne voulus voir cet enfant que dans le cas où l'on me le demanderait formellement : cela eut lieu dans les premiers jours de mars; la famille s'extasiait sur les progrès qu'il avait fait; j'en éprouvais une opinion toute contraire, que je manifestai. J'insistai surtout sur la nécessité de ne pas attendre que l'enfant fût tout à fait affaibli pour prendre une nourrice; et je ne le revis plus que le 9 avril suivant. Ce jour-là, le père vint de bon matin chez moi, en me disant que l'enfant était bien malade, qu'il craignait bien de m'avoir appelé trop tard. Je fus bien surpris à mon arrivée, en voyant l'état de maigreur et de faiblesse dans lequel il était tombé depuis ma dernière visite, et ce que j'en dirai sera bien au-dessous de la réalité.

Ce malheureux enfant n'avait rien pu avaler depuis la veille au soir; il urinait très peu; il avait du dévoiement et rendait des matières vertes. Lorsqu'on lui présentait le biberon, il ne suçait plus, le lait restait dans sa bouche; le corps était très amaigri, pâle et froid; la face était semblable à celle d'un vieillard; les yeux enfoncés dans leur orbite et presque ternes; point de cris; enfin, le pouls était insensible. Il était évident, pour moi, que la cause qui avait amené cet état, était l'allaitement au biberon, peut-être aussi l'insuffisance de l'alimentation, cette insuffisance étant une des causes les plus communes de mort chez les enfans que l'on place à la campagne.

L'état de cet enfant était réellement fort grave; je craignais qu'il ne pût vivre jusqu'au soir. Cependant, j'engageai la famille à envoyer chercher immédiatement, à Paris, une nourrice, et je prescrivis une potion contenant :

Sous-nitrate de bismuth. . .	2	grammes.
Sirop diacode	5	—
Sirop de gomme.	30	—
Eau distillée.	100	—

A prendre par cuillerée à café toutes les heures.

Mme G..., me pria de l'accompagner et de choisir moi-même la nourrice. Pendant que j'étais au bureau et que j'examinais celle qui me paraissait la plus convenable, elle trouva le moyen de s'esquiver et d'aller consulter M. Deguise pour savoir si elle pouvait se passer de nourrice; mais l'avis de M. Deguise se trouva conforme au mien. La nourrice fut arrêtée et conduite avec nous à Charenton.

L'état dans lequel j'avais vu l'enfant me faisait craindre qu'il ne pût téter; mais j'étais résolu à faire l'essai de l'alimentation artificielle avec la sonde œsophagienne, si je ne pouvais pas l'alimenter autrement; et j'avais une nourrice pour me fournir une quantité suffisante de lait : l'enfant ne téta pas; j'essayai alors, l'enfant étant placé comme je l'ai dit plus haut, d'introduire dans l'arrière-bouche une cuillerée à café de lait de la nourrice, après quelques instans d'attente, un léger bruit m'indiqua que la déglutition du lait s'était opérée; je répétai cette manœuvre six fois, la septième, l'enfant n'avala plus; je le retournai sur le ventre pour faire sortir de la bouche le restant du lait, et il fut replacé dans son berceau. Ainsi que je l'avais prescrit, on fit boire l'enfant toutes les deux heures, et le lendemain, 10 avril, l'enfant vivait encore.

Les 10, 11 et 12 avril, on continua à l'alimenter de la même manière et à lui faire boire une cuillerée de potion ci-dessus, toutes les heures; les fonctions de la digestion et de la respiration s'exécutaient bien, les évacuations urinaires et alvines reprenaient leur cours naturel. Enfin, le 13 avril au matin, il téta seul, et de ce moment il fut sauvé.

A partir du 13 avril, l'enfant téta, l'allaitement fut continué jusqu'à l'âge de près d'un an, mais pendant les deux premiers mois, elle resta pâle et délicate; la santé reparut enfin, et aujourd'hui c'est une belle enfant de deux ans, forte et bien portante.

OBSERVATION II. — La femme Victorine Machin, dans une position des plus malheureuses, habitant une chambre sans feu, sous les combles d'une pauvre maison, accoucha le 7 décembre 1853, à 8 heures du matin, de deux enfans, d'un garçon et d'une fille, dans le village de Maisons-Alfort.

Le 12 décembre au soir, je fus chargé de constater le décès du garçon, et comme je me retirais, la femme Machin me pria de repasser le lendemain matin, parce que la petite fille serait probablement morte; je demandai à la voir immédiatement : voici dans quel état elle était. Le corps était froid, et un endurcissement du tissu cellulaire existait aux joues, sur les parois de l'abdomen, les bras, les avant-bras, les fesses, les cuisses et les jambes. La taille de l'enfant est de 0,40; il lui restait probablement peu d'instans à vivre, vu l'état dans lequel je la trouvais.

Les renseignemens suivans me furent donnés : l'enfant n'a pas tété depuis le 9 décembre (72 heures); elle a bu seulement quelques cuillerées d'eau sucrée, mais en très petit nombre. Le 10, elle a été à la garderobe, un peu (48 heures). Le 11, à midi, on l'a changée pour la porter à l'église et la baptiser; en la recouchant, on a vu qu'elle avait uriné (36 heures); depuis, elle n'a plus rien fait. Depuis vingt-quatre heures, elle a des vomissemens de matières jaunes. Tous ces symptômes, dont la gravité était si grande, ne m'empêchèrent pas de tenter un dernier effort pour soustraire cet enfant à une mort qui ne m'offrait pas le moindre doute. Je demandai alors à la femme, si elle regrettait son enfant mort, et si elle voulait bien exécuter mes ordres ponctuellement, pour sauver la vie à sa petite fille. Je fis arranger de suite le poêle, dans lequel on ne pouvait pas faire de feu, et je fus chercher une cuiller à café dans le voisinage. J'enseignai à la mère la manière de faire boire l'enfant, et j'eus la satisfaction de voir qu'elle avait assez de lait et qu'elle le faisait sortir de son sein, avec abondance et facilité; elle me promit en outre de se conformer à mes avis, ce qu'elle a fait du reste avec beaucoup de dévouement pendant tout le temps qu'a duré la maladie.

13 décembre. L'enfant vit encore; elle a été le matin un peu à la garderobe et a rendu des matières noires. Le soir, elle a uriné. Je prescris la potion suivante :

Iodure de potassium . . .	0,05 centig.
Eau sucrée.	120 grammes.

A prendre par cuillerées toutes les heures.

14 décembre. Même traitement; l'enfant paraît se réchauffer un peu.

16 décembre au soir. L'enfant prend le sein; le sclérème a disparu sur les joues et l'abdomen.

26 décembre. Plus d'endurcissement; l'enfant, quoique faible, est tout à fait guérie, et depuis ce moment jusqu'à ce jour, 26 avril 1855, elle n'a jamais été malade; elle est forte et bien portante.

Le succès que j'ai obtenu dans les deux cas dont je viens de rapporter l'histoire, succès sur lequel je ne comptais certainement pas, me paraît devoir être exclusivement attribué à l'alimentation artificielle. Les médicamens employés ont pu remplir l'indication pour laquelle ils avaient été prescrits; mais l'alimentation seule a pu fournir au sang les élémens réparateurs nécessaires à la conservation de la vie. Ces deux observations montrent, en outre, qu'il ne faut pas abandonner à leur sort les nouveau-nés faibles, et qu'on peut, avec des soins bien entendus, les ramener souvent à la vie.

J'ai encore essayé de faire vivre un fœtus de six mois, mais je n'ai pas réussi.

DU TRAITEMENT DE M. LANDOLFI, DES AFFECTIONS CANCÉREUSES.

Nous recevons de M. le docteur Leriche, de Lyon, la lettre suivante, qui offre un intérêt d'actualité :

Lyon, le 26 Avril 1855.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans les journaux que, d'après les ordres de l'empereur, un service de neuf lits, à l'hospice de la Salpêtrière, vient d'être mis à la disposition de M. Landolfi, pour expérimenter sa méthode de traitement des affections cancéreuses, qui a fait tant de bruit en Allemagne. Depuis un an, je me suis procuré tout ce qui a été écrit sur ce sujet chez nos voisins d'outre-Rhin, et je connais la méthode dans ses moindres détails. Depuis un an aussi j'ai eu l'occasion de l'expérimenter plusieurs fois et dans diverses circonstances. Le résultat de ma pratique n'a pas répondu aux espérances des promoteurs de cette méthode et je crains bien qu'on n'ait jamais guéri par son emploi une affection *véritablement cancéreuse*. Le *chlorure de brome*, le seul élément nouveau de cette médication, seul ou combiné avec le chlorure d'antimoine, employé à l'extérieur comme caustique, ou à l'intérieur comme modificateur général, ne me paraît avoir aucune action spéciale sur l'élément cancer. Je l'ai administré vainement pendant dix mois sans que ce moyen ait pu empêcher la marche fatale de la maladie. Je tiens à la disposition de la commission de la Salpêtrière tous les faits que j'ai été à même d'observer, un cas entre autres d'une pauvre malade, traitée par M. Landolfi lui-même, et qui a succombé il y a trois mois.

Je voudrais, et de toute mon âme, avoir un meilleur témoignage à rendre de la méthode de Landolfi, mais j'ai cru urgent d'annoncer, dès à présent, mes insuccès et mes déceptions.

Agréez, etc. Dr LERICHE.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Vingt-troisième Leçon.

SOMMAIRE. — Œuf des ovo-vivipares. — Œuf de la seiche. — Transition de la vie fœtale à la vie d'adulte. — Théorie du dédoublement organique.

Après avoir considéré les œufs dans les ovipares et dans les vivipares, je dois dire quelques mots de l'œuf des *faux vivipares* ou *ovo-vivipares*. Mais, avant d'en venir là, voyons ce qu'est l'œuf dans les poissons osseux. Il a une structure fort simple : il se compose d'une coque et d'un vitellus. Point d'allantoïde ni d'amnios. Si l'on examine la contexture de la coque, on y trouve deux lames, l'une extérieure, qui est l'analogue du chorion, l'autre intérieure. Doit-on regarder celle-ci comme un amnios? Non, car l'on ne retrouve point dans cette tunique le caractère de l'amnios; elle n'enveloppe pas spécialement le fœtus, elle ne tient pas à lui. Nous ne devons la considérer que comme l'analogue de la membrane calcaire.

Des poissons osseux passons aux poissons cartilagineux qui sont des ovo-vivipares. Le petit du *requin* reste enfermé dans la matrice et s'y développe. L'œuf est recouvert d'une membrane très fine. Le petit sort vivant avec l'œuf, à peu près comme un animal mammifère.

Comment le petit du requin se nourrit-il et respire-t-il dans la matrice? Ayant un vitellus, il s'y nourrit comme tous les ovipares. Quant à sa respiration, elle s'y fait au moyen des vaisseaux vitellins qui contractent avec les vaisseaux de la mère une certaine continuité, une adhérence. Cuvier a dit, en parlant de l'œuf du requin : « Il n'y a pas de placenta, et toutefois, le vitellus fort réduit des fœtus de requins, prêts à naître, m'a paru adhérer à la matrice presque aussi fixement qu'un placenta. »

Dans le cours de ces rapides études d'ovologie, nous n'avons pris nos exemples que parmi les vertébrés. Mais la loi d'analogie se retrouve dans toute la série des êtres animés. Je me bornerai à vous montrer, dans les invertébrés, l'œuf de la seiche (mollusque céphalopode).

C'est un sphéroïde elliptique assez semblable aux grains de certains raisins. Il se prolonge en un pédicule terminé par un anneau qui, d'ordinaire, embrasse quelque corps étranger, comme une branche de fucus, par exemple. Puis, à un premier pédicule s'attachent souvent les pédicules d'autres œufs. De là ces grappes que vous voyez : on les a comparées à des grappes de raisin.

L'œuf de la seiche a été l'objet des observations d'Aristote, de Cavolini, de Cuvier. Ce dernier, dans un travail qui a précédé sa mort à peine de quelques jours (1), démontre que le développement de la petite seiche se fait comme celui des poissons et des batraciens, par le seul passage de la matière du vitellus dans le canal intestinal, et sans le concours d'un organe temporaire de respiration. « C'est, à ce qu'il paraît, dit Cuvier, une loi commune à tous les animaux à branchies. » Ils n'ont jamais d'autre organe respiratoire que leurs branchies. Cuvier ajoute : « On peut même dire que la seule différence un peu importante entre les poissons et les seiches, c'est que l'insertion du canal vitellaire, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, se fait plus près de la bouche; ce qui était nécessité, dans la seiche, par la disposition de ses viscères. »

Cuvier prouve qu'Aristote et Cavolini ont vu les mêmes choses que lui; il rectifie le texte altéré et mal compris d'Aristote, et interprète, mieux qu'on ne l'avait fait, un passage obscur de Cavolini. M. de Baër prêtait à Cavolini l'opinion que le vitellus de la seiche était en communication avec la bouche.

Je termine ici la physiologie fœtale; et je résume l'étude que nous en avons faite par quelques idées d'ensemble.

Le fœtus vit par des organes qui lui sont propres; je reviens sur ce point de la physiologie comparée des âges, il est capital. Quand le nouvel être passe de la vie fœtale à la vie d'adulte, il se dépouille de ses organes fœtaux et nous présente d'autres organes. Ainsi, ne perdons pas de vue ces deux ordres de faits : 1° entretien de la vie fœtale au moyen d'organes spéciaux; 2° dépouillement de ces organes par le fœtus, quand il passe à la vie d'adulte.

Les hommes ont été frappés de bonne heure de cette transition de la vie fœtale à la vie d'adulte; et c'est là ce qui leur a donné l'idée des *métamorphoses*. Les poètes de l'antiquité se sont mis à broder sur ce texte. Qui ne connaît le poème d'Ovide? Les données scientifiques du temps n'étaient guère plus exactes que le poème des *Métamorphoses*. Fort avant dans les temps modernes, on a cru que l'insecte se changeait en un autre animal, en une autre espèce, qu'il se *métamorphosait*.

Ne nous récrions pas trop : si l'observation directe ne nous l'avait appris, pourrions-nous jamais soupçonner que la *mouche* est le même être que le *ver de la viande*? Dans les phénomènes de cet ordre, les apparences ne conspirent-elles pas contre la vérité?

Swammerdam fut le premier qui donna des idées justes sur cette matière. J'ai déjà parlé de ses expériences à propos du système de Leibnitz, sur la préexistence des germes. Swammerdam, ayant soumis des chrysalides de vers à soie à des procédés très fins d'anatomie, est arrivé à découvrir, sous la peau extérieure de la chrysalide, toutes les parties du futur papillon, les antennes, les pattes, les ailes, etc. Il est allé plus loin; il a retrouvé, dans la larve, toutes les parties de la chrysalide. Ainsi, larve, chrysalide et papillon, c'est un seul et même être modifié à la superficie. Swammerdam, le premier, a eu le mérite de le démontrer. C'est par des études de ce genre que l'on substitue au faux merveilleux, qui en impose au vulgaire, le merveilleux de bon aloi, bien plus attrayant que l'autre et qui provoque les méditations des esprits sérieux.

Tout le monde connaît le ver à soie; je ne m'arrêterai pas à décrire ses *métamorphoses* — nous savons quel sens il faut attacher à ce mot. — Ces phases de la vie nous frappent dans les insectes parce qu'elles s'accomplissent à l'extérieur, sous nos yeux; elles ont également lieu dans les espèces supérieures : ces espèces, en passant de la vie embryonnaire à la vie d'adulte, changent d'organes. Mais là, le phénomène s'opérant dans l'œuf, échappe à l'observation ordinaire.

Il existe toute une classe de vertébrés, les batraciens ou amphibiens, qui accomplissent, comme les insectes, leurs métamorphoses à l'extérieur. La grenouille se présente à nous, dans son premier état, sous forme de têtard : qui reconnaîtrait, de prime abord, la grenouille dans le têtard? Celui-ci, qui est l'analogue du fœtus, a une queue; il est dépourvu de membres, il respire dans l'eau par des branchies. La grenouille, qui est l'animal à l'état adulte, n'a pas de queue, elle a des membres, elle respire par des poumons.

Le fœtus se dépouille de ses organes par deux moyens : 1° par le dépérissement; 2° par la résorption.

Le dépérissement a lieu, par exemple, quand, dans le fœtus de l'oiseau, le sang se portant au poumon, les parties de l'allantoïde qui servaient à la respiration se flétrissent et tombent. Mais le moyen le plus important à étudier est celui de la résorption. Ainsi, la membrane ombilicale est résorbée; la queue du têtard disparaît par résorption, etc.

Il en est de même des branchies du têtard. On avait imaginé qu'elles se transformaient en poumons : c'était retomber, par un autre côté, dans la vieille erreur de la *métamorphose*. Cela est si peu vrai, qu'il y a un moment où les poumons existent simultanément avec les branchies.

L'être animé est donc, en quelque sorte, composé de deux corps, il a des organes doubles. Quand il passe de l'état de fœtus à l'état d'adulte, il se dédouble, en ce sens qu'il perd une partie de lui-même, qu'il perd sa *doublure*. C'est sur ce fait démontré que j'ai fondé, il y a environ vingt ans, ma théorie du *dédoublement organique* (2). Cette théorie ayant été adoptée par la plupart des physiologistes, je puis croire qu'elle contient la véritable explication des métamorphoses des animaux.

J'ai épuisé les deux premières questions de ce cours, savoir : la spé-

(1) *Sur les œufs de seiche*, mémoire inséré dans les *Nouvelles annales du Muséum d'histoire naturelle*; Paris, 1832.

(2) Voyez mes *Mémoires d'anatomie et de physiologie comparées*.

cification des êtres et la formation des êtres. Dans la prochaine leçon, j'aborderai la troisième question : la distribution des êtres sur le globe.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Séances des 10 Août et 14 Septembre 1854. — Présidence de M. MARROTTE.

Sommaire. — De la gale et de son acarus ; situation constante de celui-ci ; son développement spontané est-il possible ? — Conditions favorables à son développement ; métastases de la gale. — De l'influence des sciences accessoires sur la médecine. — Du sulfate de strychnine dans le choléra. — De la lithotritie ; les séances courtes et répétées sont préférables aux longues séances ; calcul prostatique simulant une paralysie de la vessie.

M. BOURGUIGNON communique à la Société un travail remarquable sur la gale en général, mais dont l'étendue ne nous permettra malheureusement qu'un sommaire écourté. L'auteur s'attache, tout d'abord, à réfuter les idées théoriques de l'honorable M. Devergie. Prenant sa définition de la gale, il prouve qu'elle ne répond nullement aux caractères essentiels de cette affection, parce que le mot *bouton*, qu'il lui applique, n'a par lui-même aucune signification précise et déterminée ; parce qu'il existe également dans d'autres maladies de la peau, parce qu'il peut manquer dans celle dont il s'agit et, enfin, parce que, dans cette dernière, il n'existe souvent qu'à titre de complication. Si M. Devergie, ajoute-t-il, moins dominé par les idées étiologiques des temps passés, avait étudié la gale à l'aide du microscope mobile, il aurait vu que le sillon dans lequel le sarcopte est logé n'a aucune communication avec la vésicule proprement dite ; il aurait vu encore que ce sillon s'ouvre par un orifice étroit, mais constant, à la surface externe de la peau ; que, constitué d'abord par un simple pertuis, il augmente successivement d'étendue, à mesure que l'insecte chemine plus avant sous l'épiderme soulevé, et que toutes ces circonstances, jointes à d'autres encore qu'il est inutile de rappeler ici, auraient probablement suffi pour le convaincre que l'insecte en question vient du dehors et n'a pu se développer spontanément dans l'épaisseur de la peau.

Quant à ce développement spontané des acares dont M. Devergie argüe en faveur de son opinion et qui lui paraît incontestable, tout au moins pour l'homme qui, le premier, a été atteint de la gale, M. Bourguignon trouve l'objection plus spécieuse que solide. Il objecte, à son tour, que, parce que tous les êtres qui existent ont été créés une première fois de toutes pièces, il ne s'ensuit pas qu'il doive consécutivement et toujours en être ainsi ; il est certain, au contraire, que, depuis le premier, tous se sont reproduits par des germes fécondés, et des travaux modernes, justement estimés, ont même démontré qu'il était absolument impossible qu'il en fut autrement.

A cette occasion, M. Bourguignon entre dans de curieux détails touchant les transformations diverses que subissent certains animaux, quelques helminthes, par exemple, avant d'arriver à leur complet développement, et cela en passant un temps variable dans le corps d'êtres de plus en plus élevés dans l'échelle animale. Ainsi, les helminthes des mollusques deviennent la proie des poissons, ceux-ci des oiseaux, qui, plus tard, sont mangés à leur tour par les carnassiers. Eh bien, l'helminthe poursuit, dans l'intérieur de ces divers animaux, la série régulière des métamorphoses qui doivent constituer son complet développement. M. Bourguignon cite des faits analogues touchant les germes du tænia, et s'élève, sur les transformations successives d'autres parasites encore, à de hautes et intéressantes considérations, que nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici.

A l'objection de M. Devergie, qui se croit autorisé à nier l'acarus, comme cause essentielle de la gale, parce qu'on voit parfois cette éruption disparaître, pendant le cours d'une maladie aiguë, pour reparaître lors de la convalescence, M. Bourguignon réplique que cela prouve tout simplement que, pour se développer et se reproduire, l'acarus a besoin de conditions particulières inhérentes à la localité qu'il habite ; qu'il lui faut, par exemple, des liquides et une température en harmonie avec son organisation et qu'il est tout naturel qu'il languisse jusqu'à ce que le retour à la santé ait rendu à la peau ses qualités et ses fonctions primitives. Il cite, à ce sujet, des différences remarquables : chez le mouton malade et débilité, par exemple, l'acarus réussit mieux et se reproduit plus énergiquement que chez le mouton fort et bien portant ; chez l'homme, au contraire, c'est précisément l'inverse. Il rapporte, d'un autre côté, les expériences que M. Gruby a faites sur lui-même, et qui démontrent que quelques circonstances extérieures peuvent encore exercer une grande influence sur la vie de l'insecte, car il meurt sur la peau de l'homme, si on le recouvre d'un verre, tandis qu'il prospère et se multiplie si on le laisse à l'air libre.

De tout ce qui précède, M. Bourguignon conclut que M. Devergie n'a démontré par aucun fait probant la génération spontanée de l'acarus de la gale ; qu'il s'est trompé sur l'étiologie de cette dernière affection, et que ses erreurs théoriques doivent l'amener nécessairement à des erreurs de pratiques plus sérieuses encore.

M. MARROTTE, sans partager toutes les opinions de M. Devergie, serait assez disposé à lui donner raison tout au moins relativement aux métastases. Selon lui, en effet, il y a à distinguer, dans la gale, deux choses bien différentes, l'acarus proprement dit et les éruptions qui en sont la suite ou qui le compliquent. Quant à l'acarus, il en fait bon marché et pense qu'on peut le faire disparaître, sans inconvénient, aussitôt que possible, mais qu'il n'en est pas de même des éruptions surtout si elles sont anciennes ; qu'il est plus prudent, dans ce cas, de ne les faire cesser que progressivement et que ce n'est qu'à cette condition qu'on évitera des répercussions dangereuses dont on se préoccupe trop peu de nos jours.

M. BOURGUIGNON répond qu'il y aurait, en effet, un inconvénient réel à faire disparaître trop vite les éruptions qui datent de plusieurs années, par exemple ; qu'en principe, par conséquent, M. Marrotte a raison, mais qu'en fait il a tort, parce que les complications de la gale ne disparaissent jamais du soir au lendemain, parce que le traitement généralement employé contre l'acarus, loin de les répercuter, les excite au contraire, et, par cela même, les maintient plus longtemps sur la place qu'elles occupent. Il ajoute qu'au surplus il a observé une masse énorme de galeux, et qu'il n'a jamais vu aucune de ces prétendues métastases qui, bien à tort, effraient tant M. Devergie.

M. MARROTTE réplique qu'il ne peut se contenter de cette assurance, parce qu'elle n'est pas fondée sur une assez longue série de faits irréprochables ; il soutient même qu'il ne peut en être autrement, attendu qu'il est à peu près impossible de constater positivement les effets consécutifs du traitement chez les galeux. Si quelque maladie leur survient, en effet, ultérieurement, ils s'adressent ailleurs qu'à l'hôpital spécial où la maladie première a été soignée.

M. RENOUARD proteste à son tour contre une autre assertion du mémoire de M. Bourguignon, qui tendait à faire croire que la science médicale n'a réellement commencé qu'au XIXme siècle et, à cette occasion, jetant rapidement un coup d'œil rétrospectif sur les découvertes capitales qui ont été faites antérieurement sur l'anatomie, la physiologie, voire même sur la physique et la chimie, il s'attache à prouver que notre siècle, quoi qu'on en dise, n'a pas tout découvert, n'a pas tout fondé.

Quand j'ai parlé de la supériorité de notre époque, répond M. BOURGUIGNON, j'avais en vue la physique, la chimie, et la microscopie, ces trois grands instrumens de la science médicale et je n'ai eu garde de considérer cette dernière comme parvenue à son ultime perfection : je crois, au contraire, que, de nos jours, elle a fait peu de conquêtes avouables, surtout en application, surtout en thérapeutique. Comment voulez-vous qu'il en soit autrement ? Nous ne savons pas même ce que c'est que la santé ! Nous ignorons complètement la nature des diathèses qui dominent les maladies ; la chimie organique qui pourrait seule donner un peu de précision à la thérapeutique est à peine ébauchée ; l'anatomie pathologique elle-même, malgré ses prétentions à la précision, n'a pas fait faire de progrès importants à la médecine, parce qu'elle n'interroge que la mort ; or, la logique veut qu'on ne puisse arriver à quelque résultat utile qu'en étudiant la maladie dans tous ses rapports avec les diverses fonctions et cela aussi bien sur les animaux que sur l'homme lui-même.

M. RENOUARD reprend la parole pour faire remarquer que, si M. Bourguignon, comme il croit l'avoir établi, a été injuste envers les anciens, il ne l'est pas moins envers les modernes, et, ajoute-t-il, envers lui-même, car, le traitement actuel de la gale, dont il a été pour ainsi dire la première inspiration, constitue un progrès véritable. D'un autre côté, les mercuriaux contre la maladie vénérienne, l'iode contre les affections lymphatiques, les alcalins contre certaines lésions fonctionnelles, des voies urinaires, etc., sont, eux aussi, pour tous les esprits non prévenus, des conquêtes thérapeutiques qui ont, à coup sûr, une valeur réelle.

M. CHARRIER, revenant aux sciences dont M. Bourguignon avait tout d'abord exalté l'utilité et l'influence, soutient que, jusqu'ici, elles n'ont rendu aucun service important à la médecine en général et encore moins à la thérapeutique. Voyez plutôt : on a étudié chimiquement, dit-il, et certes avec grand soin, le sang dans la phthisie ; eh bien, qu'en est-il résulté pour le traitement de cette affection ? Absolument rien. Il en a été de même pour la fièvre typhoïde, de même pour le choléra, de même pour beaucoup d'autres maladies et il en sera très probablement toujours ainsi, parce qu'il se passe en nous autre chose que des phénomènes chimiques, en deux mots, parce que la vie est autre chose que la chimie.

M. DUCROS DE SIST va plus loin encore et s'attache à prouver, par des considérations générales, que les sciences ont plutôt nui à la médecine qu'elles ne lui ont servi et spécialement à la physiologie. N'a-t-on pas voulu, dit-il, expliquer la vie par l'électricité, et, pourtant, qui oserait soutenir aujourd'hui, sérieusement, que la vie n'existe pas par elle-même et en dehors des influences physiques générales ? L'anatomie pathologique elle-même a pu sans doute rendre le diagnostic plus précis, mais voilà tout et elle ne nous édifiera pas plus sur la nature des maladies, que la dissection du cœur ne nous apprendra les passions qui animent cet organe pendant la vie.

M. BOURGUIGNON répond qu'on ne l'a pas compris, qu'il n'a eu nullement la pensée de subordonner la médecine aux sciences accessoires ; qu'il y a pour la médecine, comme pour les autres sciences, deux méthodes différentes de progrès : l'analyse et la synthèse, et qu'il reste convaincu qu'on n'arrivera au point capital, c'est-à-dire à la connaissance exacte de la nature des maladies que lorsque l'analyse aura atteint son dernier degré de perfection ; or, en médecine, les sciences accessoires en sont les seuls instrumens. Il ne conteste pas toutefois que l'observation ne puisse à elle seule amener de grands résultats, et spécialement en thérapeutique.

M. RENOUARD annonce qu'à l'inverse de certains médecins qui ne parlent que de leurs succès, il vient, lui, entretenir la Société de ses mécomptes. Quoique généralement incrédule à l'endroit de tous ces prétendus antidotes qu'on prône si souvent contre le choléra, il a fait exception en faveur de celui que M. Abeille vient de faire revivre, mais il avoue n'avoir pas eu à se féliciter d'être sorti de sa réserve ordinaire. Deux hommes, dans la force de l'âge, sont pris presque en même temps, sans symptômes prodromiques d'un choléra qui arrive promptement au froid glacial, à la cyanose, à l'aphonie et à l'absence du pouls, 4 centig. de sulfate de strychnine sont administrés, en douze heures, à l'un et à l'autre, selon la formule de M. Abeille, mais, sans obtenir la moindre réaction ; tous les deux ont succombé rapidement. Il regrette d'autant plus d'avoir cédé à l'entraînement général, qu'il est persuadé, qu'à l'aide des moyens ordinaires, il aurait obtenu des résultats plus satisfaisans, et il cite, à l'appui de ce regret, deux autres malades chez lesquels une réaction salutaire s'est opérée en peu de temps, quoiqu'ils fussent aussi gravement pris et moins fortement constitués que ceux qu'il avait traités par le sulfate de strychnine.

M. COSTER rappelle, à ce sujet, qu'en 1832, et partant bien avant les expériences de M. Abeille, il fut pris d'un choléra que tout annonçait devoir être très grave, et qu'il combattit par 5 centigrammes de strychnine délayée dans 500 grammes d'eau. Il est d'autant moins disposé à rapporter sa guérison à l'emploi de ce moyen, qu'il n'éprouva aucun des effets physiologiques qu'on lui attribue généralement, et qu'il l'a vu échouer depuis sur tous les malades auxquels il l'a administré ; c'est alors que supposant que l'asphyxie était la cause première des principaux désordres qui constituent le choléra, il proposa l'emploi de l'oxygène. Il constata, en effet, que ce moyen énergique amenait promptement la réaction, mais que les malades n'en mouraient pas moins. Il comprit alors que la réaction n'était pas la guérison et qu'elle était impuissante à rendre au sang ses qualités premières, par exemple, la vie qui lui est propre, la sérosité qu'il avait perdue.

M. DEMARQUAY rapporte le fait suivant : un vieillard de 70 ans présente tous les signes rationnels et sensibles d'un calcul dans la vessie, mais cet organe est très irritable, mais la prostate est considérablement tuméfiée. Cette dernière circonstance détermine MM. Denonvillers et Monod à proposer l'opération de la taille. M. Lenoir, au contraire, est d'avis que la litbotritie doit lui être préférée, et qu'on pourra aisément l'appliquer après avoir habitué le canal à la présence des instrumens et l'avoir soumis à une dilatation progressive. M. Demarquay se décide pour ce dernier parti et pratique le broiement du calcul en deux séances, à dix jours d'intervalle l'une de l'autre : après chaque opération le malade est pris d'accès de fièvre intermittente pernicieuse, mais le sulfate de quinine à hautes doses en fait prompte justice. Bientôt les urines deviennent claires, les symptômes d'irritation vésicale se calment et le malade quitte l'hôpital ; toutefois, quelques jours après il rend spontanément par la verge un fragment assez volumineux et un calcul entier de la forme et de la grosseur d'un haricot.

M. BOURGUIGNON, après s'être assuré près de M. Demarquay que le calcul principal qui a été broyé avait 26 millimètres de diamètre, soutient qu'il est matériellement impossible de détruire en deux séances un calcul de ce volume, et qu'il est grandement probable qu'il en reste encore dans la vessie.

M. DEMARQUAY répond que, selon lui, il est très important de multiplier le moins possible les séances de broiement, qu'il vaut mieux les faire plus longues et que celles-ci fatiguent moins la vessie, lorsque surtout on l'a habituée préalablement au contact des instrumens lithontripteurs. Il ajoute, relativement à la dernière partie de l'objection de M. Bourguignon, qu'il a cathétérisé plusieurs fois le malade, depuis la dernière opération, et qu'il est certain qu'il ne reste plus rien dans la vessie.

M. BOURGUIGNON réplique à son tour que la garantie ne lui paraît pas suffisante, attendu que parfois des calculs même volumineux se cachent derrière des replis du sac urinaire, attendu surtout que, de son propre aveu, M. Demarquay a été *surpris* de voir sortir le calcul qu'il vient de présenter à la Société.

M. PHILIPS, contrairement à l'opinion de M. Demarquay, pense que les longues séances sont généralement nuisibles dans l'opération de la lithotritie, et qu'il vaut beaucoup mieux les répéter plus souvent, les suspendant dès que la douleur provoque des contractions vésicales un peu persistantes ; de la sorte, pense-t-il, on fatigue moins l'organe, on l'expose moins aux inflammations consécutives, aux hémorrhagies et aussi à ces accès intermittens à forme pernicieuse qui, parfois, présentent une gravité réelle.

Il pense également qu'il est de la plus haute importance de ne jamais permettre au malade d'uriner sans la sonde, dans l'intervalle des séances, parce que, grâce à cette précaution, on évite les contractions de la vessie sur les fragmens irréguliers qui l'offensent, et l'irritation souvent très vive de ces mêmes fragmens sur la membrane muqueuse de l'urètre. Il ajoute que, depuis qu'il applique ces deux principes, il n'a éprouvé aucun accident sérieux, même dans les cas les plus compliqués et en apparence les plus défavorables.

Profitant de l'occasion, M. Philips fait part à la Société de deux exemples récens de lithotritie qui lui ont présenté quelques particularités dignes d'être mentionnées, en raison du siége des calculs et des erreurs de diagnostic auxquelles ils avaient donné lieu.

Le premier de ces cas a trait à un vieillard âgé de 82 ans, affecté en même temps d'un catarrhe vésical, d'un rétrécissement et d'une incontinence d'urine qu'on avait pris pour une paralysie de la vessie se vidant par regorgement, et qu'on avait traitée par la strychnine à doses progressivement croissantes. M. Philips, dès le premier examen, diagnostiqua un calcul prostatique ; trois semaines furent employées à la dilatation du canal ; cela fait, huit séances de litbotritie eurent raison du corps étranger, et le malade, malgré son grand âge, guérit sans aucun accident consécutif.

Le second malade, âgé de 38 ans, porteur également d'un calcul arrêté au col de la vessie, avait passé trois semaines dans un hôpital où on avait vainement tenté de dilater le canal et de faire cesser un rétrécissement considérable qui mettait obstacle à l'introduction des instrumens lithontripteurs. M. Philips, plus heureux, fit disparaître l'obstacle et broya le calcul en dix-sept séances. Celui-là, non plus, n'eut aucun accident appréciable ni pendant, ni après l'opération.

M. DEMARQUAY répond que, dans le manuel opératoire de la lithotritie, il faut tenir compte de deux faits principaux : la composition chimique du calcul et l'état actuel des voies urinaires. Pour les calculs phosphatiques avec inflammation de la muqueuse vaginale, dit-il, je suis de l'avis de M. Philips, il faut procéder avec prudence et ne faire que des séances de deux à trois minutes. Dans le fait que j'ai rapporté, les conditions étaient opposées ; le calcul était composé d'acide urique, la vessie parfaitement saine et tolérante ; je crus donc pouvoir, sans inconvénient, broyer en une séance la majeure partie du calcul, et j'estime qu'en pareille occurrence, il y a plus d'avantage à procéder de la sorte qu'en multipliant les séances et en tentant pour ainsi dire itérativement l'irritabilité de la vessie.

Le secrétaire général, ARNAL.

L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte par la mort de M. le docteur Macartan, de la section de pathologie médicale. M. Macartan était âgé de 84 ans.

— La section d'anatomie pathologique de l'Académie de médecine a fixé de la manière suivante la liste des candidats à la place vacante dans cette section :

En 1re ligne, M. Blache. — En 2me, M. Beau. — En 3me, *ex æquo*, M. Sestier et M. Barthez. — En 4me, M. Bayle. — En 5me, M. Moreau (de Tours).

Tout le monde verra avec étonnement que le nom de M. Parchappe ne se trouve pas sur cette liste.

— A la suite du dernier concours pour deux places de médecin du bureau central, ont été nommés : MM. Matice et Woillez.

— M. Cl. Bernard, suppléant M. Magendie, a commencé son cours au Collége de France le vendredi 27 avril, à midi, et le continue les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 52. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 3 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 MAI 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les candidatures qui sont actuellement en instance devant l'Académie de médecine, vont alimenter les séances de nombreuses lectures. Il n'en a pas été cependant ainsi pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique; la section n'a pas eu besoin, à ce qu'il semble, de nouveaux élémens pour déterminer son classement, que nous avons fait connaître dans notre dernier numéro. Nous avions prévu que l'absence du nom de M. Parchappe, de cette liste de présentation, causerait une surprise générale; nous ne nous sommes pas trompé; c'est tout ce qu'il y a à dire sur cette regrettable lacune. Tant que les sections seront enchaînées par les étroites dispositions d'un règlement qui fixe à six le chiffre extrême du nombre des candidats, les sections seront exposées à commettre des éliminations dont l'opinion publique s'étonne et s'afflige. Nous ne savons pas si jamais cet article du règlement a eu sa raison d'être, mais ce qu'il est facile de voir, c'est qu'aujourd'hui il expose l'Académie et il l'exposera de plus en plus à des inconvéniens graves.

La section d'hygiène et de médecine légale qui a aussi une vacance dans son sein, s'étant un peu moins hâtée que la section d'anatomie pathologique, les candidats ont le temps de présenter quelques-uns de leurs travaux à l'Académie. Hier, MM. Tardieu et Boudin en ont profité pour lire, le premier un mémoire sur la mort par suffocation envisagée au point de vue médico-légal, le second un travail sur la foudre envisagée au point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale.

De ces deux savans confrères on ne pouvait attendre qu'une exhibition intéressante, c'est aussi avec grand intérêt que leur lecture a été écoutée. L'extrait étendu que nous en publions en donnera une juste idée à nos lecteurs.

M. Charlier, médecin-vétérinaire à Reims, a lu un très curieux mémoire sur la castration des vaches, opération qu'il pratique par un nouveau procédé très inoffensif, et qui a pour résultats d'augmenter dans de fortes proportions la sécrétion laiteuse, et de rendre la viande de la vache analogue, et même supérieure à celle du bœuf.

M. Despines, d'Aix-en-Savoie, a clos la séance par une lecture sur un appareil destiné à l'administration des eaux minérales, surtout dans les maladies syphilitiques.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — Ramollissement du cerveau; de son diagnostic différentiel d'avec l'hémorrhagie cérébrale.

La génération médicale actuelle pense, du ramollissement et de l'hémorrhagie cérébrale, que ce sont deux affections caractérisées par des symptômes si tranchés, qu'il est impossible de les confondre. Scolastiquement, il est établi que, lorsqu'un individu prédisposé ou non présente soudainement les phénomènes morbides suivans : étourdissement, perte de connaissance, paralysie d'un des côtés du corps, cet individu est atteint d'une hémorrhagie cérébrale dans le côté des centres nerveux opposé au côté de la paralysie. Tandis qu'au contraire, quand il a existé pendant plus ou moins longtemps des vertiges, des fourmillemens, des crampes, et que la paralysie s'est établie peu à peu, il s'agit d'un ramollissement. Telle est la règle, règle vraie en général, mais qui cependant souffre des exceptions telles, qu'on ne peut se fonder sur le mode d'invasion ou l'ordre de succession des symptômes pour reconnaître la nature de la lésion. Ainsi, l'on voit des paralysies qui se sont établies graduellement à la suite de prodromes, et dépendent d'une apoplexie sanguine, tandis que, dans d'autres cas, une attaque subite de paralysie est sous la dépendance d'un ramollissement cérébral, comme l'observation suivante en est un exemple:

La nommée R..., âgée de 42 ans, entra au n° 42 de la salle St-Bernard.

Vers les premiers jours de février, cette femme se coucha bien portante; le lendemain, en se réveillant, elle s'aperçut que le côté gauche, et surtout le bras étaient moins forts que les mêmes parties du côté droit. Effrayée, elle se lève, s'habille elle-même, quoique avec difficulté, et se rend chez un médecin, qui lui pratique une saignée. Pendant que celle-ci coule, la malade perd connaissance, et quand elle revient à elle, le côté gauche se trouve paralysé, et on est obligé de la transporter chez elle.

En retard de quelques jours, les règles apparaissent le jour de l'accident même.

Dans les jours qui suivirent, les symptômes de la paralysie allèrent en diminuant graduellement, et il ne restait plus qu'un peu d'engourdissement quand revint l'époque des menstrues.

Le jour où elles apparurent, cette femme fut de nouveau frappée subitement de paralysie à gauche, et c'est alors qu'on l'apporta à l'hôpital.

Voici quel était, à cette époque, l'état où elle se trouvait :

Constitution faible, lymphatico-nerveuse; système musculaire peu développé; peu d'embonpoint.

Le bras gauche est rapproché du tronc, l'avant-bras demi-fléchi, la main dans la pronation forcée, les doigts et le pouce fléchis fortement dans la paume de la main. La malade ne peut faire exécuter aucun mouvement au bras; et quand on lui dit de donner la main, elle ne peut que porter un peu en avant le moignon de l'épaule.

La jambe est également paralysée, mais à un moindre degré; la malade peut encore fléchir la cuisse sur le bassin, et la jambe sur la cuisse, mais elle ne peut faire quitter le lit à son talon.

Tout le côté gauche de la figure est paralysé; la commissure labiale est entraînée à droite, et tout ce côté gauche paraît comme bouffi.

La vessie est paralysée, et l'on est obligé de sonder la malade jusqu'au jour de sa mort.

Les selles sont involontaires.

La sensibilité est intacte, la vue et l'ouïe ne sont nullement affaiblis; il n'existe pas de déviation de la langue.

Enfin, l'intelligence est parfaitement nette, et la malade raconte son histoire avec la plus grande lucidité.

Dans les jours qui suivirent l'entrée à l'hôpital, les symptômes de paralysie parurent diminuer : la malade pouvait faire exécuter quelques mouvemens au bras; la vessie sembla reprendre quelque ressort; les urines sortaient en jet par la sonde, et pendant deux jours le cathéthérisme devint inutile.

Telle était la position lorsque les règles arrivèrent de nouveau; dès les premiers jours, l'intelligence s'affaiblit; tout mouvement volontaire devint impossible dans le bras et dans la jambe.

19 avril. Dans la nuit du 18 au 19, survint de l'agitation et des convulsions cloniques dans le bras et la jambe gauche; face rouge, injectée; pouls plein et fréquent; peau chaude et couverte de sueur.

20. Le lendemain, à la visite, la malade était plongée dans le coma le plus profond, avec la respiration ronflante et stertoreuse. Tout le côté droit, où les mouvemens s'étaient jusqu'alors conservés, était dans la résolution la plus complète.

Mort dans la nuit.

Autopsie, 36 heures après la mort. — A l'extérieur du cerveau existe une injection très prononcée des méninges, particulièrement du côté droit. La pie-mère adhère à la substance cérébrale, qui se laisse enlever avec la membrane. Dans l'une des anfractuosités du lobe moyen, au voisinage de la scissure de Sylvius, existe une notable quantité de pus; les circonvolutions du lobe antérieur, du même côté, sont ramollies, surtout à la base, et la pulpe cérébrale se laisse entraîner par un filet d'eau.

Dans les parties centrales, on trouve deux noyaux de ramollissement blanc, l'un dans la couche optique, l'autre dans le corps strié, nulle part n'existe de foyer hémorrhagique, non plus que ces petites sugillations sanguines regardées comme indiquant une hémorrhagie capillaire. La coloration cérébrale n'est pas modifiée au niveau des points ramollis et ne présente en aucune façon la teinte jaunâtre attribuée aux ramollissemens hémorrhagipares.

Quel devait être le diagnostic dans un semblable cas, si ce n'est le suivant, qui est tout à fait classique : Qu'il s'était fait du côté droit une hémorrhagie dans la substance cérébrale; qu'au retour d'une seconde époque menstruelle cette hémorrhagie s'était renouvelée, et qu'enfin, suivant les idées établies par Lallemand, autour du noyau hémorrhagique s'était produite une inflammation de la substance cérébrale, qui venait expliquer les phénomènes réactionnels qui terminèrent la scène. C'était là, Messieurs, le diagnostic indiqué et vrai dans la grande généralité des cas.

Il y avait en outre une raison puissante pour croire à l'apoplexie sanguine; c'est que chaque fois les accidens étaient survenus au milieu du molimen hémorrhagique de la menstruation, et je me trouvais entraîné vers l'opinion commune, bien que j'eusse de puissantes raisons pour suspendre mon jugement; raisons que je puisais dans la nature même des accidens de paralysie. La malade avait une *hémiplégie du mouvement, très prononcée*, mais en même temps, *conservation intacte* de la *sensibilité générale*, des *sens* et de l'*intelligence*.

Or, je me souvenais d'avoir entendu professer à Récamier, et j'ai depuis observé moi-même, que quand il y a *dissonance* dans les symptômes, il s'agit d'un ramollissement; tandis qu'au contraire il faut conclure à une hémorrhagie, quand il y a *consonnance* dans les phénomènes paralytiques, c'est-à-dire que si un individu tombe paralysé du mouvement et de la sensibilité, avec perte ou affaiblissement très notable des facultés sensoriales et intellectuelles, il y a consonnance des symptômes et vous devez prononcer qu'il y a une apoplexie sanguine. Existe-t-il au contraire, comme chez notre malade, paralysie du mouvement seul, avec intégrité de l'intelligence, des sens et de la sensibilité générale, il y a dissonance des symptômes et nous devons reconnaître un ramollissement.

Ce qui, dans le cas actuel, semblait devoir faire suspendre le jugement, c'est-à-dire le molimen hémorrhagique qui précéda la paralysie, ne donne que plus de force à la distinction établie par Récamier, et il reste dans tous les cas démontré qu'une paralysie subite d'une des parties du corps peut être le fait d'un ramollissement.

(La suite à un prochain n°.) Dr E. ARCHAMBAULT.

THÉRAPEUTIQUE.

CURE DU PETIT-LAIT [1].

Les bains de lait, simples ou additionnés d'essences, étaient en grande faveur chez les anciens. Cléopâtre, Aspasie, Phryné, en faisaient un fréquent usage, et la célèbre Poppée élevait à cet effet cinq cents ânesses qu'on nourrissait d'herbes aromatiques, et dont elle se faisait suivre pendant ses voyages. Aujourd'hui ces bains sont presque entièrement tombés en désuétude, du moins dans nos contrées.

En Suisse on utilise, comme moyen thérapeutique, et de la même manière à peu près que les eaux minérales, non pas le lait en substance, mais le petit-lait qui provient de la fabrication du fromage : ainsi on l'administre en boisson et en bains dans de nombreux établissemens, sous la direction de médecins spéciaux.

Il n'y a pas plus d'une soixantaine d'années que cette méthode de traitement a pris faveur en Europe. Ce fut au sujet de la guérison d'un haut personnage auquel on avait conseillé, comme dernière ressource, de venir demeurer près du lac de Constance, dont le climat doux et tempéré paraissait convenir pour l'affection pulmonaire dont il était atteint. Son état ne s'étant point amélioré, il voulut essayer d'un air plus vif, et il se rendit à Gais, un des sites les plus élevés des Alpes d'Appenzell; c'est alors qu'on l'engagea de boire du petit-lait de chèvre, ainsi que le faisaient les pâtres, quand ils étaient

(1) Cet article, de même que ceux du même auteur que nous avons publiés sur la Bohême, est extrait de la troisième édition de son livre sur les eaux, qui va paraître sous peu de jours à la librairie de Victor Masson, et qui a pour titre : *Guide pratique du médecin et du malade aux Eaux minérales et aux Bains de mer.* Un volume grand in-18, avec une carte itinéraire des eaux, et 16 vignettes gravées sur acier.

enrhumés. Il en but, et s'en trouva si bien, qu'il recouvra en peu de temps des forces et de l'embonpoint, et que sa santé redevint florissante. Cette espèce de résurrection eut un tel retentissement, que bientôt Gais devint le rendez-vous des personnes malades de la poitrine.

Gais est l'endroit le plus célèbre pour la cure du petit-lait. C'est le quatrième village, en hauteur, de toute la Suisse, son élévation au-dessus du niveau de la mer étant de 924 mètres. Il y a plusieurs hôtels occupés par les malades : mais, comme ces hôtels seraient insuffisans, on loge aussi dans les maisons particulières. L'air qu'on respire à Gais a des propriétés vivifiantes tout à fait remarquables : il est sec, léger, vif, d'une admirable pureté. Les habitans craignent tellement de le vicier, qu'ils ne labourent pas la terre et la laissent en pâturages, afin d'éviter plus sûrement les émanations miasmatiques ou autres, qui résulteraient de la culture.

On trouve autour de Gais, dans un rayon de quelques lieues, trois établissemens renommés également pour la cure du petit-lait; ce sont : Gontein, Heinrichsbad et Weissbad. C'est à ce dernier établissement que se rendent de préférence les malades pour lesquels il faut une atmosphère plus douce et moins vive : en effet, Weissbad, par sa situation dans une vallée étroite et profonde, est de toutes parts abrité par les montagnes.

J'ai visité tout près de Rorschach, à Horn, un très bel établissement du même genre, où le petit-lait est apporté tous les matins des Alpes d'Appenzell : la situation en est admirable, et l'on y jouit d'une magnifique vue sur le lac de Constance.

C'est principalement près de Sealpersee, charmant petit lac situé au milieu des pâturages et des bois, qu'on fabrique le fromage, et par cela même le petit-lait, qui n'en est que le résidu. Les chèvres, pendant la journée, vont jusqu'au sommet des montagnes brouter les herbes qui croissent au pied des glaciers et les petites feuilles résineuses qui tombent des sapins. A six heures, on les ramène au village pour les traire; puis, à minuit, commence la confection du fromage, qu'on obtient de la manière suivante :

On verse le lait dans une grande chaudière suspendue sur l'âtre, à une potence mobile, et, quand sa température marque 30° centig. environ, on le retire du feu, puis on y ajoute de la presure, en l'agitant en tous sens. Une fois la coagulation obtenue, le *greverand* (celui qui fabrique le fromage) divise le caséum et le brasse à la main ou avec une branche de sapin, afin de le réduire en pulpe; puis on le remet sur le feu pour le brasser de nouveau. Cette manœuvre est répétée plusieurs fois, jusqu'à ce que tout le fromage se soit précipité au fond du vase, ce qui exige environ deux heures : alors on l'enlève avec un tamis, et on le dépose dans des moules où, après en avoir extrait par la pression tout le sérum qu'il contenait, on le sale, pour le soumettre ensuite à d'autres manipulations.

Quant au petit-lait, des porteurs en remplissent des barils qu'ils chargent sur leurs épaules, et qu'ils transportent bouillant aux divers établissemens.

Ce petit-lait offre une teinte verdâtre, et est comme crémeux ; sa transparence est légèrement troublée par de petits grumeaux de caséum qui n'ont pas encore été entièrement séparés pendant l'opération; il a une saveur douce, balsamique, un peu sucrée et tout à fait agréable. Sous ce rapport, le petit-lait qu'on prépare en France ne saurait en donner l'idée, tout l'avantage appartenant aux chèvres d'Appenzell.

La composition chimique du petit-lait consiste en une solution de sucre de lait, d'acide lactique, d'une matière animale extractiforme qui rappelle jusqu'à un certain point l'osmazôme, et de différens sels. On comprend, d'après cela, qu'il joigne aux propriétés des boissons acidules celles des solutions mucilagineuses et salines ; il jouit d'un certain degré de puissance nutritive.

C'est le matin, entre six et huit heures, que les malades vont boire le petit-lait d'Appenzell, qu'on prend pur, et qui a conservé une température élevée : la dose habituelle est de sept ou huit verres. On met entre chaque verre un quart d'heure d'intervalle, pendant lequel on se promène pour faciliter la digestion et hâter les résultats qui, du reste, ne se font pas longtemps attendre : dès le troisième ou le quatrième verre, les malades sont pris d'une diarrhée séreuse, accompagnée de borborygmes, sans coliques ni ténesme, et, une heure après le dernier verre, tout est en général terminé. On mange alors un potage à la farine pour contre-balancer l'action laxative de la boisson. Il est rare que, dans la journée ou dans la nuit, on ait encore des garderobes.

Lorsqu'au bout de quelques jours la langue devient blanche, la bouche pâteuse, et qu'il y a un peu de tension du ventre, on fait cesser ces phénomènes de saturation en ajoutant au premier verre de petit-lait un mélange, à parties égales, de rhubarbe, sucre et crème de tartre : c'est un laxatif très doux.

Quelques malades prennent aussi des bains de petit-lait, mais c'est du petit-lait de vache, provenant également de la fabrication des fromages. Ces bains, dont il ne faut pas s'exagérer l'importance, agissent surtout comme moyen sédatif dans les cas où la peau est chaude et sèche, le pouls fréquent et le système nerveux irritable.

Le petit-lait, par l'activité plus grande qu'il imprime aux sécrétions et aux excrétions, agit puissamment sur la composition de nos humeurs. C'est surtout chez les enfans scrofuleux qu'on peut le mieux observer ses excellens effets. Si l'on a pu dire avec quelque raison qu'il existe entre le sang des scrofuleux et le sang normal, la même différence qu'entre le colostrum et le lait tout formé, on pourrait presque ajouter que le petit-lait restitue au sang appauvri les globules qui lui manquent : or, on sait que ceux-ci, par l'élévation ou l'abaissement de leur chiffre, marquent la force ou la faiblesse de l'organisme.

Il y a deux genres d'affections pour lesquelles la cure de petit-lait paraît le mieux convenir : ce sont les maladies de poitrine et celles du bas-ventre.

La grande majorité des personnes qui se rendent aux établissemens d'Appenzell y viennent pour des bronchites, des laryngites chroniques, des catarrhes ou des tubercules pulmonaires. Ces divers états morbides ne tardent pas à être modifiés dans leurs principaux symptômes : ainsi la toux, l'expectoration, la dyspnée, les sueurs diminuent ou même cessent complétement, à moins qu'elles ne se rattachent à une lésion organique trop profonde. On comprend combien il est difficile de distinguer, dans l'appréciation des heureux effets du traitement, ce qui appartient à l'action directe du petit-lait de ce qui dépend des influences atmosphériques. Celles-ci doivent jouer également un rôle immense; en effet, si l'on ne peut respirer sans danger les effluves pestilentiels des marais, on ne saurait non plus, sans un avantage réel pour le poumon et les autres organes, se baigner dans l'air des montagnes, toujours imprégné des émanations les plus suaves, et où ne se mêle pas une molécule qui n'ait une source pure, bienfaisante, réparatrice.

Je serais tenté de faire une plus large part à l'intervention du petit-lait pour les affections du bas-ventre. Le contact immédiat de ce liquide sur la muqueuse de l'intestin, la stimulation légère qu'il y entretient, l'espèce de dépuration journalière qui en est la conséquence, ne peuvent que dégager les viscères, et par suite modifier favorablement leur vitalité.

Quel que soit, du reste, le degré respectif d'influence qu'exercent ces divers modificateurs, un de leurs effets constans est de réveiller l'appétit et de favoriser la nutrition.

Une cure de petit-lait dure en général de trois à quatre semaines ; toutefois, il est impossible d'établir rien de bien fixe à cet égard, surtout pour les localités où, comme nous l'avons vu, on associe le petit-lait aux eaux minérales.

Quant à choisir l'endroit où l'on devra suivre cette cure, on ne saurait y apporter une trop sérieuse attention. Si d'habitude on préfère la Suisse, c'est que la qualité du petit-lait dépend nécessairement de celle du lait : or, le lait ne peut être réellement bon que quand les animaux ont, ainsi que cela se pratique en Suisse, la nourriture et le genre de vie les plus conformes à leur nature. Aussi, tandis que les vaches et les chèvres, captives dans les étables de nos grandes villes, meurent la plupart de la phthisie tuberculeuse, on n'observe rien de semblable chez celles qui vivent en liberté dans les montagnes. Le lait des premières sera donc bien inférieur à celui des secondes, et, à cet égard, le choix ne saurait être douteux.

Ce que je viens de dire des conditions si parfaites de Gais et de ses succursales est également applicable aux autres établissemens de la Suisse, tels que ceux du Righi, d'Interlaken, de Kreutz et de Weissenstein. Cependant c'est au petit-lait d'Appenzell que je donne incontestablement la préférence, de même que je préfère le petit-lait d'Ischl à celui de tous les établissemens d'Allemagne.

Dr Constantin JAMES.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 Avril 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Mémoire sur la cautérisation méthodiquement appliquée à la guérison des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale.

M. Jules CLOQUET lit, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Il est des accidens graves en apparence qui ont pourtant les plus tristes conséquences plutôt par suite des troubles qu'ils apportent aux relations sociales des malades que des lésions matérielles qu'ils ont déterminées. Bien des personnes se résigneraient facilement à des douleurs habituelles, qui ne peuvent se faire à l'idée de devenir pour elles et pour les autres un objet de dégoût. Parmi ces accidens, doivent se ranger en première ligne les divisions de la cloison recto-vaginale.....

..... Il faut arriver au XVIme siècle pour trouver le premier conseil d'y remédier donné par Ambroise Paré et la première tentative exécutée par Guillemeau..... Bien des procédés différens de suture simple ou combinée avec l'autoplastie ont été proposés depuis, s'appuyant tous sur quelques résultats heureux ; mais leur nombre même est une preuve de la fréquence des insuccès dont ils ont été suivis..... Frappé dès le commencement de ma pratique de l'influence funeste de cette infirmité et de l'insuffisance des moyens que la science mettait à ma disposition pour y remédier, je cherchais une méthode de traitement plus certaine et moins périlleuse, lorsque le succès que j'avais obtenu par la cautérisation pour la restauration du voile du palais (1), m'engagea à traiter de la même manière les ruptures de la cloison recto-vaginale, et c'est le résultat de l'emploi de cette méthode que je vais avoir l'honneur de soumettre à l'Académie.

(1) Mémoire sur une méthode particulière d'appliquer la cautérisation aux divisions anormales de certains organes, et spécialement à celles du voile du palais. Obs. I, page 9.

L'application des caustiques, et en particulier du cautère actuel, à la guérison des fistules est bien connue sans doute et de date ancienne. Ainsi, Collot, au rapport d'Heister (1), traitait par ce moyen les fistules urinaires qu'il ne pouvait guérir, méthode renouvelée plus tard avec succès par M. Lallemand; ainsi Sédillot, puis Dupuytren (2), l'employèrent pour les fistules vaginales. Ainsi, M. Martin Saint-Ange l'a appliquée par un procédé fort ingénieux aux fistules à l'anus (3). Mais, dans tous ces cas, la cautérisation porte sur toute l'étendue des bords de l'ouverture, quelquefois même sur toute la surface du trajet fistuleux ; aussi, la forme du cautère doit-elle être, autant que possible, adaptée à celle de la fistule, et Dupuytren recommandait-il l'emploi d'un cautère ayant la forme d'un haricot. La méthode que je propose consiste, au contraire, à agir sur un seul point des bords de la division, sur leur angle de réunion, à attendre la chute de l'escarre et la cicatrisation de la petite plaie pour pratiquer une nouvelle cautérisation et à recommencer ainsi autant de fois que la nature des désordres l'exige; c'est le tissu cicatriciel qui, par sa rétraction, rapproche les bords de la plaie ; c'est comme j'avais l'honneur de le dire à l'Académie dans un précédent mémoire, une série de points de suture qu'on place successivement sur la division qu'il s'agit de réunir. En 1832, dans la première édition de sa *Médecine opératoire*, M. Velpeau a décrit cette manière d'appliquer le cautère actuel et les caustiques à la restauration du périnée et de la cloison recto-vaginale (4).

Les premières cautérisations ont ordinairement pour effet de déterminer une réunion assez étendue ; mais, plus on approche de l'extérieur, plus le résultat obtenu chaque fois est faible, de sorte que la réunion des extrémités de la division se fait souvent longtemps attendre : faible inconvénient, d'ailleurs, puisque les accidens les plus graves de l'infirmité disparaissent avec les premières cautérisations.

M. Velpeau pense qu'il y a plutôt abaissement graduel de la cloison recto-vaginale qu'une réunion réelle de la division; de sorte que la cautérisation produirait le même effet que l'autoplastie par glissement, mais avec cet avantage de le procurer par une opération simple, peu douloureuse, que tous les chirurgiens peuvent pratiquer, et de permettre, par conséquent, aux malades de se soustraire aux inconvéniens si graves de leur infirmité, sans aller chercher au loin des secours qu'on ne peut trouver que dans les grandes villes. Mon expérience personnelle me permet d'affirmer que, dans certains cas au moins, les deux bords de la division se réunissent bien réellement. La cicatrice, reconnaissable à sa couleur particulière, peut être facilement distinguée des tissus normaux et occupe l'espace primitivement béant par suite de la division. Quel que soit, d'ailleurs, le mode suivant lequel la réunion a lieu, le fait certain, c'est qu'elle s'opère pourvu que le traitement soit assez longtemps continué. Une opération légère, à peine douloureuse, d'une réussite assurée, vient ainsi remplacer une opération longue, très pénible, qui peut déterminer des accidens graves, et est trop souvent suivie d'insuccès.

Je terminerai par l'analyse des observations jointes à ce mémoire.

La première a été recueillie en 1828, à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'une femme de 22 ans, qui avait éprouvé une rupture profonde du périnée en accouchant, un an auparavant, de son premier enfant. Les bords de la division s'étaient ulcérés sous l'influence d'une affection syphilitique, et, la maladie générale étant guérie, s'étaient cicatrisés isolément en laissant une large perte de substance. Au moyen de cautérisations successives par le nitrate acide de mercure, j'obtins une guérison complète.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de 26 ans, qui avait éprouvé pendant un premier accouchement une rupture de la cloison recto-vaginale et du périnée, remontant à 3 centimètres au-dessus du sphincter, et que j'opérai par le cautère actuel à l'hôpital des Cliniques, en 1837. Le traitement, qui dura quatre mois, fut terminé par M. Aug. Bérard, qui a consigné cette guérison dans un article sur les ruptures du périnée, publié par lui dans le *Dictionnaire de médecine* (5).

Le sujet de la troisième observation, qui fut opéré par MM. Guérard et Jarjavay, est une femme de 38 ans, qui, dans les mêmes circonstances que les deux premières, avait éprouvé une rupture du périnée et de la cloison recto-vaginale remontant à 4 centimètres. La suture, pratiquée avec le plus grand soin par M. Jarjavay, échoua, et la position de la malade se trouva aggravée. Des cautérisations successives faites par M. Guérard avec le caustique de Vienne solidifié procurèrent une guérison complète.

La quatrième observation, qui appartient à M. Nélaton, a été recueillie en 1847, à l'hôpital Saint-Antoine, sur une femme de 30 ans, accouchée six mois auparavant. M. Nélaton ayant constaté une rupture du périnée et une procidence consécutive de la muqueuse vaginale, proposa la suture ; mais la malade ne voulut jamais s'y soumettre. Elle avait eu connaissance d'un cas de mort après cette opération et restait inébranlable dans sa détermination. M. Nélaton lui fit alors accepter la cautérisation par la pâte de Vienne. Quatre applications successives du caustique suffirent pour amener une guérison complète.

La cinquième observation a été recueillie sur une malade que j'ai soignée avec M. Paul Dubois et qui a été opérée par ce professeur. Il s'agit ici d'une fistule recto-vaginale de 15 millimètres environ de diamètre, située à 3 centimètres au-dessus du périnée, et produite chez une jeune femme pendant un premier accouchement. Plusieurs applications successives du cautère actuel procurèrent une guérison solide.

Enfin, M. le docteur Martin Saint-Ange a bien voulu me communiquer la note suivante, sur un cas de sa pratique particulière :

« Mme X..., âgée de 21 ans, primipare, a eu le périnée déchiré dans toute son étendue au moment de la délivrance. Deux mois après l'accouchement, première application du cautère actuel, application d'un gros tampon d'ouate de coton dans le vagin et de compresses imbibées dans l'eau froide sur la partie cautérisée. Douze applications

(1) Heister, *Inst. Chir.*, tome III, page 776.
(2) Michon, thèse de concours, 1841, page 201.
(3) *Notice analytique sur les travaux de M. Martin St-Ange*, 1850, page 37.
(4) Velpeau, *Médecine opératoire*, 1re édition, tome III.
(5) *Dictionnaire de méd. en 30 vol.*, 2e édit., tome XXIII, page 527.

successives du cautère actuel, faites de semaine en semaine. Guérison complète après trois mois de traitement. » — (Renvoyé à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Determination des véritables caractères des plaies sous-cutanées.

Sous ce titre, M. BOUVIER lit un travail dont nous publions l'extrait suivant :

Il y a deux phases à considérer dans ces plaies. Dans la première, elles communiquent à l'extérieur par la piqûre qui a livré passage à l'instrument; dans la seconde, la piqûre étant fermée, elles sont réellement sous-cutanées. Comme toute blessure, ces plaies sont une cause d'irritation traumatique, et guérissent au moyen de l'inflammation. Leur travail de cicatrisation est en effet accompagné de gonflement, d'augmentation de la sensibilité et de la vascularité de la partie, en sorte qu'il faut, avec le savant éditeur des œuvres de Hunter, rejeter la doctrine de l'organisation directe du sang épanché, de même que la prétendue organisation immédiate des plaies sous-cutanées au moyen du sang artériel et de la lymphe plastique épanchés, sans inflammation locale.

Ce qui distingue les plaies sous-cutanées, c'est le faible degré de leur inflammation consécutive, renfermée dans les limites du travail adhésif ou cicatriciel, sans qu'il y ait production de pus. Ce fait, déjà signalé par Hunter, a donné lieu aux opérations sous-cutanées, partiellement pratiquées ou proposées, depuis 1816, par MM. Brodie, Carmichaël, Sam. Cooper, Gagnebé, Ch. Bell, A. Cooper, Abernethy, Boyer, généralisées pour la ténotomie, par M. Stromeyer et par Dieffenbach, puis répétées et multipliées par les ténotomistes français, par les chirurgiens de tous pays. Cette propriété des plaies sous-cutanées résulte du contact parfait des tissus divisés : 1° parce qu'il est plus propre qu'un contact étranger quelconque à calmer l'irritation traumatique; 2° parce qu'il favorise l'organisation de la matière plastique, en multipliant ses rapports avec les tissus vivans.

Les plaies sous-cutanées subissent quelquefois l'inflammation suppurative par l'effet d'irritations accidentelles, comme les distensions, les pressions, l'introduction de substances irritantes, ou par l'influence des diathèses qui augmentent la susceptibilité traumatique des sujets. Les plaies sous-cutanées qui intéressent les veines, les nerfs, celles que complique un épanchement sanguin considérable, sont plus exposées à suppurer. L'inflammation suppurative peut encore dépendre d'un défaut d'occlusion de la plaie, et de sa communication permanente avec l'extérieur. Les expériences de M. Malgaigne et mes observations propres, chez l'homme, prouvent que la suppuration n'a pas lieu quand l'air est simplement emprisonné dans les tissus après l'occlusion de la piqûre extérieure.

La nature de la cicatrice ne saurait fournir un caractère distinctif des plaies sous-cutanées non suppurantes. La nouvelle substance ressemble à celle qu'elle supplée, ou en diffère plus ou moins, suivant la nature du tissu divisé, suivant le degré d'écartement des bouts, sans que cela dépende généralement de l'existence ou de l'absence de la suppuration pendant le travail de cicatrisation. La suppuration ne met obstacle à la réparation que lorsqu'elle est tellement abondante, que les extrémités des tissus divisés nagent dans le pus, ou bien quand l'inflammation suppurative entraîne l'adhésion accidentelle et la fusion des divers tissus. Le cal n'est pas moins osseux dans beaucoup de fractures compliquées de suppuration que dans les fractures simples. Les cicatrices des tendons sont identiquement les mêmes, que leur section ait été suivie ou non de suppuration. Les cicatrices des muscles ne sont pas plus de nature musculaire dans les plaies sous-cutanées non suppurantes que dans les plaies qui suppurent. Les cicatrices des nerfs sont d'une nature également douteuse dans les unes et les autres, et le retour des fonctions des cordons nerveux a été observé à la suite de plaies suppurantes, comme après des lésions sous-cutanées guéries par cicatrisation immédiate.

En résumé : 1° Les plaies sous-cutanées, comme tous les autres genres de blessures, sont une cause d'irritation traumatique, et provoquent une inflammation locale qui se lie au mécanisme de leur guérison;

2° Ce qui fait leur caractère spécial, c'est le faible degré d'irritation et d'inflammation qu'elles déterminent, c'est la cicatrisation immédiate ou sans suppuration qui en est la suite; d'où les avantages reconnus par divers chirurgiens, depuis 1816, aux opérations sous-cutanées, et en particulier à celles qui ont pour objet la section des muscles et des tendons;

3° L'occlusion des plaies sous-cutanées produit leur innocuité relative et leur mode de cicatrisation, en appliquant les tissus les uns contre les autres, en excluant tout contact étranger, en multipliant les rapports du liquide organisable ou blastème avec la matière organisée et vivante;

4° L'inflammation suppurative s'empare exceptionnellement des plaies sous-cutanées par suite d'irritations locales accidentelles, d'une diathèse générale, de la prédisposition inflammatoire de certains tissus, d'un épanchement sanguin trop considérable, ou du défaut d'occlusion de la plaie, qui rentre alors dans la classe des lésions traumatiques communiquant avec l'extérieur;

5° Les cicatrices des différens tissus, os, muscles, tendons, nerfs, etc., dans les plaies sous-cutanées guéries par cicatrisation immédiate, ne sont point d'une autre nature que celles qui succèdent à beaucoup de plaies suppurantes; la formation du pus ne nuit que dans certaines conditions à la production ou à la perfection de ces cicatrices. — (Renvoyée à la section de médecine et de chirurgie.)

Traitement d'une fracture ancienne de l'humérus par la suture des fragmens après leur résection oblique.

M. LAUGIER lit, sous ce titre, l'observation suivante :

J'ai pratiqué, le 9 mars dernier à l'Hôtel-Dieu, une opération assez rare et assez importante par ses résultats pour qu'un exemple de plus de sa réussite soit digne d'attirer l'attention des savans. J'ai fait pour une ancienne fracture de l'humérus droit non consolidée, datant de deux ans et traitée sans succès en divers pays, la suture des fragmens après leur résection. Aujourd'hui, la consolidation est déjà avancée et avec une régularité parfaite du membre.

On compte les exemples de résection et de suture des fragments de fractures. Kearny Rodgers, en 1825, fit pour une ancienne fracture de l'humérus, chez un jeune homme de 15 ans, la résection des deux fragmens, les perfora près de leur extrémité et les réunit à l'aide d'un fil d'argent. L'anse métallique tomba au bout de seize jours, et au soixante-neuvième jour la consolidation était complète. Il paraît que Valentine Mott obtint, en 1831, un pareil succès sur l'humérus. M. Flaubert de Rouen, en 1838, après la résection des fragments, fit la suture avec une ligature formée de quatre fils cirés et assura ainsi un contact très exact; la ligature tomba le vingtième jour, mais la consolidation n'eut pas lieu.

Il est à remarquer que, jusqu'ici, la résection des fragmens a toujours été faite dans une direction perpendiculaire à l'axe de la diaphyse. M. Flaubert a émis la pensée qu'il y aurait peut-être plus de chances de guérison si l'on sciait chaque fragment obliquement pour le faire correspondre par une plus large surface : idée qui n'avait pas été mise à l'épreuve.

L'opération que je viens de pratiquer a réalisé cette pensée, mais j'ai été conduit à remarquer que l'avantage signalé par M. Flaubert n'est point le véritable et même n'est pas réel, au moins d'une manière générale; la section oblique a deux avantages d'une plus grande importance :

1° De ne pas produire un raccourcissement de l'os;

2° De rendre l'opération plus facile, moins longue et moins dangereuse.

En effet, voici ce qui arrive dans ces fractures anciennes non consolidées : l'un des fragments est plus saillant, plus superficiel, ou du moins plus facilement accessible; l'autre est plus difficile à amener à l'extérieur. Pour faire leur coupe perpendiculaire à l'axe, il faut préalablement dépouiller de parties molles l'extrémité que l'on veut reséquer sur toute sa circonférence; pour la section oblique, au contraire, il suffit d'amener au dehors le côté du fragment profond qui répond au fragment superficiel, et de l'entailler latéralement dans une longueur égale à celle de la section pratiquée sur l'autre fragment. Cela fait, on perfore les deux fragmens pour passer la ligature à deux chefs qui sert à les réunir.

Le malade que j'ai opéré est un homme de 41 ans, bien constitué. La fracture de son humérus droit avait eu lieu à la partie moyenne de l'os, au dessous de l'insertion deltoïdienne, de sorte que le fragment supérieur était attiré en haut et en dehors par le deltoïde, le fragment inférieur en bas par le poids du membre, et en dedans par le triceps brachial. Les deux fragmens, depuis longtemps cicatrisés isolément, restaient à une distance de 4 à 5 centimètres, et les mouvemens très étendus du fragment supérieur faisaient varier en tous sens leur inclinaison réciproque. En somme, ce membre n'était guère qu'un poids incommode. Diverses tentatives avaient été faites pour la guérison de cette pseudarthrose.

Dans un autre hôpital de Paris, le malade avait subi l'opération du séton sans aucun succès; moi-même, à l'Hôtel-Dieu, j'ai répété cette opération en la combinant avec le grattage du bout des fragments par la méthode sous-cutanée, et je n'ai produit aucun changement favorable dans l'état de la fracture. Je me suis décidé alors à faire la suture des fragmens après la *résection oblique*. L'extrémité du fragment supérieur, de forme conique, attirée à travers une incision des parties molles pratiqué au côté externe du bras, fut taillée en biseau aux dépens de son côté interne. L'extrémité du fragment inférieur était restée cylindrique; son volume était un peu plus grand que celui de la diaphyse de l'os au point correspondant à la fracture à l'état normal. Elle fut, à son tour, amenée au dehors à travers la plaie; mais, au lieu de la séparer des parties molles sur toute la circonférence de l'os, je traçai avec le bistouri, sur le côté externe de son sommet, une zone dont la base était à peu près égale à la tranche de l'autre fragment et de forme elliptique comme elle. Après l'action de la scie, le canal médullaire des deux fragmens était largement ouvert. Une perforation pratiquée à chaque fragment permit de le traverser par une ligature composée de plusieurs fils cirés, dont les deux chefs furent ensuite noués sur l'os par un double nœud. Après l'adaptation aussi exacte que possible des tranches des fragmens, les deux chefs de la ligature furent laissés dans la plaie entre les bords, et cette plaie fut rapprochée doucement.

A dater de l'opération, les fragmens restèrent en contact. La ligature tomba d'elle-même au bout de trois semaines, et l'anse de fil sortit entière; donc elle avait usé et coupé les bouts d'os qu'elle traversait : cependant aucune parcelle d'os nécrosée ne s'est présentée à la plaie. La suppuration a toujours été peu abondante et il n'y a eu aucun accident général. Dès les premiers jours qui ont suivi l'opération, le malade a pu manger les trois quarts de la portion d'alimens que l'on accorde aux sortans. Depuis quinze jours le bras a été placé dans un appareil inamovible en gutta-percha, dont une valve amovible permet d'examiner le bras sans imprimer de mouvement aux fragmens, le bras conserve sa rectitude parfaite; on constate encore un peu de mobilité au siége de la fracture, mais le travail de consolidation au quarante-deuxième jour, depuis l'opération, paraît en très bonne voie, et il est très probable que d'ici à un mois il sera achevé.

On peut conclure de cette observation que la section oblique des fragmens, si elle ne donne pas toujours une plus large surface d'adaptation (car cela dépend du degré d'obliquité de la section de l'os et de l'épaisseur de la portion d'os retranchée), permet de conserver à l'os sa longueur, et qu'elle n'exige pas la dénudation circulaire des fragmens avant leur résection, manœuvre ordinairement très laborieuse, quelquefois très dangereuse par le voisinage d'organes importans, et nécessairement suivie, toutes choses égales d'ailleurs, d'une inflammation plus étendue et plus grave.

Elle a, d'ailleurs, un avantage particulier, c'est de permettre la suture des fragmens dans le cas de leur chevauchement considérable. L'extrémité d'un fragment répond alors non pas à l'extrémité libre de l'autre fragment, mais à une partie de la diaphyse plus ou moins distante de cette extrémité.

Il serait facile alors, après la section oblique du fragment le plus superficiel, de pratiquer sur la diaphyse de l'autre fragment une entaille longitudinale au niveau du fragment reséqué, et d'établir, par le rapprochement de ce fragment et de cette entaille, une sorte de greffe *par approche* comme dans les végétaux. — (Renvoi à la section de médecine.)

— M. CHARRIÈRE fils soumet au jugement de l'Académie la description d'un instrument de lithotritie, un *brise-pierre* dont il a simplifié le mécanisme sans rien changer à la manœuvre, le nombre des pièces qui composaient primitivement l'instrument étant réduit de près de moitié dans celui-ci.

M. Civiale est invité à prendre connaissance de cette note et à en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport.

— M. DUROY, à l'occasion d'un rapport fait récemment à l'Académie, rappelle qu'antérieurement aux communications de *M. Alvaro Reynoso* et de *MM. Braynard* et *Green*, il avait été conduit, par l'examen des propriétés déjà constatées de l'*iode*, à proposer d'essayer l'emploi de cet agent comme moyen de combattre les virus et les venins, ainsi que les empoisonnemens miasmatiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er Mai 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

La recette transmise par le ministre de l'instruction publique et des cultes, d'un remède proposé par le sieur TEYSSIER-MONTAGNE, contre le rhumatisme, le catarrhe et la surdité. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Une série de rapports adressés au ministre de l'agriculture et du commerce, sur les épidémies qui ont régné dans plusieurs départemens :

1° Rapport de M. SERRES, sur une épidémie de fièvre pernicieuse observée dans la ville de Peyrchorade (Landes), en janvier dernier;

2° Du docteur YVONNEAU, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a sévi récemment dans la commune d'Autainville;

3° De M. GUILLEMIN, sur une épidémie de varioloïde dans les communes de Moyeuvre-Grande, Rosselange, Montois, Jœuf et Morange (Mars et février 1855);

4° Du docteur SCLAFER, sur la petite-vérole qui a régné dans les communes de Wittering et de Wiswiller;

5° De M. DEGEN, sur la même maladie, observée à Petitrederching et à Groredercbing;

6° Du docteur MENESTREL, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Serécourt (arrondissement de Neufchâteau);

7° Compte-rendu des maladies qui ont régné dans le département de l'Orne en 1854.

(Toutes ces communications sont renvoyées à la commission des épidémies.)

— Rapports sur le choléra de la commune de Valogne, par M. SBIRE, et de la commune de Brausac (arrondissement de Provins), par le docteur RAPHAEL. (Com. du choléra de 1854.)

— Une lettre de M. BORELLI DE SERRES, et deux brochures du même médecin sur l'établissement thermal de Bagnols-les-Bains (Lozère).

— Le tableau des vaccinations faites en 1854 dans le département de la Meuse et dans celui de Lot-et-Garonne.

La correspondance manuscrite se compose des envois suivans :

Une lettre de Mme veuve HUSSON et de M. HUSSON fils, qui font hommage à l'Académie du portrait du docteur Husson, ancien président de la compagnie.

— Une lettre du docteur LÉLUT, au sujet de l'emprisonnement individuel. M. Lélut y joint un court mémoire également sous forme de lettre, où se trouve formulée son opinion relativement à ce mode de réclusion, ainsi que deux discours qu'il a prononcés sur le même sujet au sein du Corps législatif. (Commission déjà nommée.)

— Une lettre d'un ecclésiastique, suivie de nouveaux documens à l'appui de l'efficacité de la *spirée ulmaire* contre l'hydropisie. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Une lettre de M. Constant DESPINES, qui sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie.

— M. CHARRIÈRE fils présente une pince à pansement qui, tout en conservant tous les avantages primitifs pour la trousse usuelle, lui a ajouté la possibilité de s'allonger suffisamment pour servir au pansement de l'utérus, et même à d'autres usages, où il faut aussi beaucoup de force.

C'est en remplaçant les branches pleines entre l'entablure et les anneaux par des tubes solides contenant des branches pleines, entrant à coulisses et s'arrêtant aux trois points différens de longueur, ainsi qu'on le voit figures 1re et 2me; l'un reçoit à volonté les tiges internes par le bout inférieur et l'autre par le bout supérieur.

— Une réclamation de priorité adressée par M. POULLIEN, au sujet de l'irrigateur vaginal dont M. Foucault, de Nanterre, revendique l'invention.

— M. MALGAIGNE dépose sur le bureau un mémoire de M. SIRUS-PIRONDY, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, *sur un polype sarcomateux* occupant la totalité de la fosse nasale droite, le sinus maxillaire, une grande partie de l'orbite, les sinus frontal et sphénoïdal. Opération, guérison, commencement de récidive. La tumeur était fibro-plastique. (M. Malgaigne rapporteur.)

— M. le docteur Ambroise TARDIEU, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, donne lecture d'un travail dans lequel il s'est proposé de tracer l'histoire médico-légale d'un genre de mort violente extrêmement commun, dont les caractères ne sont cependant indiqués nulle part et sont restés confondus avec ceux des asphyxies en général, la *mort par suffocation*, quoiqu'elle se présente avec des signes anatomiques constans et tout à fait distincts.

On ne saurait douter de l'utilité de ces recherches si l'on songe à l'extrême fréquence des crimes commis par suffocation, et aux difficultés qui entourent trop souvent l'appréciation des faits de cette nature. Sur 116 enfans nouveau-nés chez lesquels M. Tardieu a été chargé par la

justice de rechercher les causes de la mort, il a pu constater que 58 de ces faibles créatures auraient péri étouffées. C'est pourquoi, pénétré de l'importance de cette question et frappé de la constance et de la spécificité des lésions propres à ce genre de mort, non moins que du silence que tous les auteurs, excepté H. Bayard, qui les avait entrevues, gardaient à cet égard, il n'a pas voulu s'en tenir aux seules données de l'inspection cadavérique, et a entrepris un grand nombre d'expériences dans lesquelles il a varié, autant que possible, sur plusieurs espèces d'animaux, les modes de suffocation, en les comparant à d'autres genres de mort analogues.

La mort par suffocation comprend tous les cas dans lesquels un obstacle mécanique autre que la strangulation, la pendaison ou la submersion est apporté violemment à l'entrée de l'air dans les organes respiratoires. Avant de passer en revue ces différens cas, M. Tardieu décrit les lésions essentielles et fondamentales communes aux diverses espèces de suffocation.

Celles-ci ont leur siége dans les organes respiratoires, sur le cœur et sur le crâne; et consistent principalement : à la surface des poumons, en petites taches d'un rouge très foncé, presque noires, en nombre extrêmement variable, quelquefois si considérables, que le poumon offre l'apparence du granit; ou réunies entre elles et agglomérées de manière à former des plaques et des espèces de membranes. Il est assez fréquent de rencontrer aussi un emphysème partiel; et dans la trachée et dans les bronches une écume très légèrement rosée, à bulles très fines et généralement assez abondantes.

Pour le cœur, on trouve souvent de petites taches ecchymotiques ou des suffusions sanguines développées sur le péricarde, principalement à l'origine des gros vaisseaux et en tout semblables à celles qui existent sous la plèvre.

Enfin, il existe sur le crâne des lésions analogues et non moins caractéristiques, taches ecchymotiques ponctuées, épanchemens sanguins très limités, disséminés sur la voûte crânienne, dans le tissu cellulaire périostique.

Tels sont les signes généraux et communs de la mort par suffocation.

Si l'on étudie les divers modes de suffocation et leurs signes particuliers, M. Tardieu, pour faciliter leur étude, les rattache à quatre groupes principaux :

1° *Occlusion directe des voies aériennes*, à l'aide des doigts fortement appliqués à l'orifice des narines et de la bouche, ou d'un corps étranger, d'un voile plus ou moins épais placé à l'entrée des voies aériennes ou même plus profondément, jusque dans l'arrière-gorge. Tous ces procédés donnent lieu à quelques blessures locales extérieures, et notamment à la déformation persistante du nez et des lèvres, qui se joignent aux lésions internes les mieux caractérisées.

2° *Compression des parois de la poitrine et du ventre.* — Les exemples de ce genre de mort ne manquent pas. Des enfans nouveau-nés, serrés étroitement dans des linges, des adultes et des vieillards violemment pressés par les genoux des meurtriers, des enfans étouffés pendant leur sommeil par le bras ou le corps d'une nourrice, ou par quelque animal domestique accroupi, des individus, enfin, pressés dans la foule, ont péri victimes de ce genre de suffocation.

Les parois thoraciques et abdominales gardent très rarement l'empreinte extérieure d'une compression qui a le plus souvent agi sur une large surface. Mais, il n'en est pas de même des organes extérieurs, qui présentent au plus haut degré les altérations spéciales que nous avons décrites.

Il est bon toutefois de distinguer ces exemples bien caractérisés de mort par suffocation, des cas d'écrasement dans lesquels la suffocation peut bien avoir une part, mais qui entraînent le plus souvent des lésions plus complexes et d'une autre nature. M. Tardieu a rapproché ces faits de ceux qui ont été observés dans plus d'une circonstance véritablement désastreuse, au milieu de la foule. Il les a comparés avec les événemens survenus au Champ-de-Mars, en 1837, et dont Ollivier (d'Angers) a publié la relation, et avec un accident plus récent, survenu en 1848, dans un atelier du faubourg Saint-Antoine, et dans lequel les victimes, transportées à l'hôpital Bon-Secours, ont été heureusement sauvées par les soins éclairés de M. le docteur Hardy. Enfin, M. Tardieu a recherché dans ses expériences l'analogie qui pouvait exister entre les cas de mort déterminés par certaines affections convulsives et ceux qui sont produits par la suffocation.

3° *Enfouissement du corps vivant.* — Tout être enterré vivant ou enfoui dans un milieu solide plus ou moins pulvérulent, succombe après un temps variable et présente les lésions caractéristiques de la mort par suffocation. Mais ce mode offre certaines conditions spéciales qui peuvent fournir des signes particuliers propres à montrer si l'enfouissement a eu lieu pendant la vie ou après la mort, et tirés de la pénétration plus ou moins complète de la matière pulvérulente dans les voies aériennes ou digestives. Des observations de MM. Matthyssens, en Belgique, Béringuier, de Toulouse, Raynaud, de Montauban, et Bidault, d'Evreux, ont été examinées par M. Tardieu, qui, de ses propres expérimentations, a conclu que dans les cas d'enfouissement, outre les signes caractéristiques communs à tous les modes de suffocation, on peut regarder comme constant que l'enfouissement a eu lieu pendant la vie, si la matière dans laquelle le corps a été enfoui a pénétré jusque dans l'œsophage et dans l'estomac. Dans les cas au contraire où l'enfouissement n'a été opéré qu'après la mort, bien que le plus ordinairement la poussière s'arrête à l'entrée de la bouche et des narines, on peut en retrouver la trace dans l'arrière-bouche et, tout à fait exceptionnellement, dans les voies aériennes, mais jamais dans le conduit œsophagien, ni dans l'estomac.

4° *Séjour forcé dans un espace confiné et privé d'air.* — Ce dernier mode, dont M. Tardieu a cité des exemples, n'a pas fourni des signes moins caractéristiques. — L'auteur a pensé qu'il serait curieux de rechercher s'ils offraient quelque ressemblance avec les altérations auxquelles succombent les animaux placés dans le vide. Des expériences faites dans ce but lui ont montré une complète dissemblance.

Afin de ne pas laisser incomplète et stérile l'étude qu'il avait entreprise, M. Tardieu a comparé les signes de la mort par suffocation avec ceux des autres espèces d'asphyxie, et par une expérimentation suivie il est arrivé à établir que les signes anatomiques qu'il a établis, non seulement caractérisent la mort par suffocation, mais encore la distinguent de la mort par submersion, par pendaison et par strangulation.

Les conclusions qui terminent et résument ces recherches, en précisent la valeur médico-légale. Nous les reproduisons textuellement :

La seule présence des altérations qui ont été décrites, et notamment des extravasations sanguines disséminées sous la plèvre et sous le cuir chevelu, à quelque degré et en si petit nombre que ce soit, suffit pour démontrer d'une manière positive que la suffocation est bien en réalité la cause de la mort.

A ces lésions viennent s'ajouter souvent, mais d'une manière moins constante des taches ecchymotiques sous le péricarde, la rupture de quelques vésicules pulmonaires superficielles et la présence d'écume fine, blanche ou légèrement rosée dans les voies aériennes, ainsi que les diverses traces extérieures de violence, telles que l'aplatissement du nez et des lèvres, l'excoriation des tégumens, la dépression ou l'écrasement des parois de la poitrine et du ventre, etc., etc.

La multiplicité et l'étendue de ces différentes lésions peuvent jusqu'à un certain point mesurer, sinon la durée, du moins l'énergie de la résistance opposée par ceux qui sont morts étouffés.

Il est juste dans cette appréciation des circonstances de la mort, et notamment de sa plus ou moins grande rapidité, de tenir compte de la constitution et de la force de la victime, et du mode suivant lequel a été opérée la suffocation.

Ces signes permettent de distinguer sûrement la mort par suffocation de la submersion, de la pendaison, et même de la strangulation, et fournissent ainsi, dans plus d'un cas, un moyen précieux de ne pas confondre l'homicide avec le suicide. (Com. MM. Londe, Piorry, Adelon, rapporteur.)

— M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, lit un travail *sur la foudre considérée au double point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale.* (MM. Bussy, Bégin et Guéneau de Mussy, rapporteur.)

— M. Pierre Charlier, médecin-vétérinaire à Reims, fait une communication sur la *castration des vaches*, dont nous publions l'analyse suivante :

Jusqu'en juin 1850, dit M. Charlier, époque à laquelle j'opérai pour la première fois la castration de la vache, *par l'incision vaginale et la torsion des vaisseaux ovariques jusqu'à leur rupture complète*, tous les vétérinaires français et étrangers qui s'étaient livrés à cette opération la faisaient en pratiquant, dans le flanc droit ou gauche, *une large ouverture*, pour pénétrer avec une ou les deux mains dans l'abdomen, aller y chercher les ovaires, et les arracher ensuite avec les doigts.

Ce procédé que j'avais cherché à améliorer était encore, malgré ces améliorations, suivi le plus souvent d'accidens consécutifs de toute nature, dont les plus graves étaient : l'hémorrhagie des artères ovariques, avec épanchement, quelquefois considérable, de sang dans l'abdomen, et le développement d'une gangrène traumatique ou d'une péritonite violente consécutive, soit à l'épanchement sanguin, soit à la douleur et à l'irritation provoquée par l'opération elle-même, ou par la pénétration et le séjour de l'air dans le sac péritonéal, ou seulement par son contact avec le péritoine pendant toute la durée de l'opération, durée qui n'était pas moins de huit à dix minutes.

C'est pour prévenir ces accidens qui faisaient rejeter la castration de la pratique, malgré les précieux avantages qu'elle présente, que je cherchai à arriver aux ovaires par les voies naturelles, et à extraire ces organes par la torsion jusqu'à rupture du ligament et des vaisseaux ovariques, au lieu de les arracher avec les doigts.

Deux perforations complètes du vagin, survenues chez une jument et une ânesse de deux de mes cliens, perforations qui se guérirent rapidement, m'avaient porté à penser à inciser le fond de la paroi de cet organe, pour pénétrer dans le bassin ; quand le 10 novembre 1849, en explorant quatre vaches, chez un cultivateur de Reims, M. Démoulin-Sorette, pour savoir si elles étaient pleines, je reconnus d'une manière certaine la possibilité d'aller chercher les ovaires par l'incision vaginale, substituée à l'incision du flanc.

Cette possibilité d'opérer ainsi reconnue, restait à préciser le point d'élection pour inciser, sans risquer de blesser l'animal, et à imaginer les instrumens nécessaires pour pratiquer l'incision avec sécurité et précision. D'un autre côté, il fallait aussi chercher à opérer la torsion des vaisseaux ovariques pour éviter l'hémorrhagie, puisque celle-ci était presque inévitable, souvent suivie d'accidens, et pouvait même déterminer la mort.

Après bien des essais, bien des études, bien des instrumens imaginés, puis brisés, je parvins enfin à trouver : et l'endroit de la paroi vaginale où l'on peut facilement, et sans danger, la transpercer en l'incisant, et les instrumens nécessaires pour pratiquer cette incision, et ceux propres pour opérer convenablement la torsion des vaisseaux.

Ces instrumens, inventés par moi seul, et construits pour la première fois, d'après mes modèles et mes indications, par M. Tricour-Drexel, de Reims, puis à Paris par MM. Bourgoin, Charrière et Mathieu, lequel, d'après mes conseils, les a heureusement modifiés, sont au nombre de quatre :

1° Un dilatateur vaginal, espèce de spéculum formé de quatre bandes d'acier, articulées entre elles, à leur extrémité, avec une plaque fenêtrée les recouvrant, et également en acier.

2° Un bistouri à serpette, à lame rentrant dans son manche, au moyen d'un bouton fixé en arrière de la base du talon de la lame.

3° Une pince à torsion *ad hoc.*

4° Un poucier d'acier.

Opération. — Les vaches, pour être castrées, ne doivent être ni en *rut*, ni en *état de gestation* et avoir vêlé depuis un mois six semaines. Pour toute préparation, elles seront à jeun, si c'est dans la matinée qu'on les opère, et ne recevront que très peu à manger et à boire dès le matin, si c'est dans l'après-midi.

La vache est attachée, soit à sa place ou sous un hangar ou dehors et reste debout; un aide lui serre la cloison nasale avec l'index et le pouce d'une main, et la maintient par l'une des cornes avec son autre main ; deux autres aides sont placés de chaque côté des hanches, pour l'empêcher de se tourner à droite ou à gauche, et l'un d'eux lui relève la queue sur le côté de la croupe.

L'opérateur, après s'être enduit la main et l'avant-bras gauche d'un peu d'huile, les introduit dans la vulve et le vagin, en rapprochant ses doigts en forme de cône, afin de pénétrer plus facilement ; il commence par dilater ce conduit par un mouvement de va-et-vient. Cet effet étant produit, il introduit dans le vagin, avec la main droite, le spéculum, en l'accompagnant avec la main gauche, dont les doigts sont serrés et allongés les uns contre les autres, pour favoriser l'intromission. L'instrument arrivé dans le fond du vagin, l'opérateur fixe dans le col utérin le prolongement mousse qui réunit les branches et la plaque fenêtrée ; par ce moyen, il donne à celui-ci la fixité nécessaire pour qu'il ne se dérange pas, il l'ouvre, et, par un mouvement de rotation opéré sur l'extrémité du manche, dilate les bandes flexibles jusqu'à ce qu'il éprouve une petite résistance dans la vis qui sert à les tendre ; il introduit alors la main droite munie du *bistouri serpette* fermé et dont il fait sortir la lame dans l'intérieur, par la simple pression du pouce ; il cherche la fenêtre de l'instrument sur laquelle est tendue la paroi supérieure du vagin, puis il pratique l'incision en accompagnant, toutefois, la lame avec l'index pour ne rien blesser.

Extraction des ovaires. — L'incision faite, la serpette et le spéculum refermés et sortis du vagin, l'opérateur introduit la main gauche dans son fond, cherche l'incision pratiquée dans la paroi supérieure, passe deux doigts, l'index et le médius, par cette ouverture, cherche l'un des ovaires, puis l'amène dans le conduit, où il lui fait faire hernie, et le place ensuite dans les anneaux de la pince ; il serre ensuite le ligament entre les mors, au delà du colliet de la glande, puis tord jusqu'à rupture complète des vaisseaux, limitant la torsion avec les doigts, armés ou non du poucier d'acier, suivant la résistance qu'il éprouve.

Pendant que l'opérateur exerce ces manœuvres, l'aide placé à sa droite plisse avec ses doigts autour du tube servant à desserrer et à serrer la pince, sans trop étreindre celui-ci, la lèvre droite de la vulve et la maintient jusqu'à la fin de la torsion; il empêche ainsi l'air de pénétrer dans l'abdomen.

Le second ovaire, extrait exactement de la même manière termine l'opération, qui dure de 3 à 5 minutes au plus, ne paraît faire éprouver à l'animal que peu ou point de douleur, et ne donne lieu qu'à un faible écoulement de sang, qui s'arrête bientôt de lui-même.

Les phénomènes consécutifs passent pour ainsi dire inaperçus.

Pour tous soins, la vache est soumise à une demi-diète pendant huit ou dix jours, aux boissons blanches, tenue bien chaudement, à l'abri des courans d'air s'il fait froid, et pourvue d'un abondante litière. — La vache castrée donne *une rente annuelle de lait double* de celle qui n'a point subi cette opération; la sécrétion lactée n'étant plus dérangée par les ruts, ni interrompue par la gestation, ce liquide devient plus crémeux, plus butyreux, plus nourrissant. En outre, n'étant plus tourmentée par les ruts, elle s'engraisse plus facilement, plus vite et donne une viande pour le moins aussi bonne que celle du bœuf.

M. Moreau fait observer que l'un des instrumens de M. Charlier n'est autre chose que le tire-tête des anciens accoucheurs.

— M. Despine, médecin des eaux d'Aix-en-Savoie, lit une note *sur un appareil pour l'usage des eaux thermales, spécialement dans les maladies syphilitiques.* (Comm. des eaux minérales.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

30 Avril 1855.

Monsieur,

Dans le numéro du jeudi 26 avril, de votre intéressant journal, on a rendu compte de différens rapports, lus par moi à l'Académie de médecine, et particulièrement de celui sur les Eaux de Vittel et d'Outrancourt, dans les Vosges. Dans ce compte-rendu, il s'est glissé une erreur que je vous prierais bien de vouloir faire rectifier par une note ; c'est celle-ci. On dit : *elle est plus riche en chaux et surtout en magnésie*, etc., etc. ; il faut dire : *elle contient moins de chaux (sulfatée surtout)*, et *est plus riche en magnésie*, etc., etc. ; dans l'Eau de Contrexéville, *le rapport de la chaux à la magnésie* est de 4,4 à 1, et dans Vittel, de 1,65 à 1.

Veuillez agréer, etc. O. Henry.

On lit dans la *Presse médicale belge :*

« Nos lecteurs se rappelleront le procès intenté au docteur Bessems, d'Anvers, à propos d'une déclaration de naissance dans laquelle ce praticien honorable s'est refusé à faire connaître le nom de la mère, qui lui avait été confié sous le sceau du secret. Cette affaire intéressant vivement le corps médical belge, dont un grand nombre de membres prit part à une souscription destinée à supporter les frais du procès, nous insérons aujourd'hui avec la plus vive satisfaction le jugement rendu par le tribunal correctionnel, et entièrement favorable à notre confrère.

» Espérons que cette décision sera définitive et mettra un terme aux embarras qui pesaient sur le corps médical, par le fait de la malencontreuse incertitude de la loi sur le secret médical.

« Attendu que les lois pénales sont de stricte interprétation et que l'art. 346 du Code pénal ne commine de peine que contre l'inobservation de l'art. 56 du Code civil ;

» Attenduque cet article n'impose aux personnes qui y sont désignées d'autre obligation que celle de déclarer le fait de la naissance dont elles ont été témoins, mais qu'il n'exige point d'elles l'indication du père ni de la mère ;

» Attendu que le docteur Bessems a satisfait aux prescriptions de l'art. 56, mais qu'il s'est refusé à faire connaître la mère, par le motif que le nom de cette dernière ne lui a été révélé que sous le sceau du secret ;

» Attendu que dès lors l'art. 378 du Code pénal défendait au prévenu de révéler un fait, dont aucune loi ne l'obligeait de se porter dénonciateur :

Par ces motifs,

» Le tribunal met le prévenu hors de cause et sans frais. » — (Jugement du Tribunal correctionnel d'Anvers du 4 avril 1855. Plaidant Me Cuylits.)

— Le docteur Clerc a commencé, le mardi, 1er mai, à midi, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, son cours public de syphilis, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivans, à la même heure.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 53. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 5 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de M. VALLEIX.

HÉPATITE AIGUE.

Les exemples d'hépatite aiguë sont assez rares dans nos climats pour qu'il y ait un certain intérêt à réunir ceux qui peuvent se présenter, tant pour les comparer entre eux que pour les rapprocher de ceux observés dans les pays chauds. Peut-être cette étude comparative conduirait-elle à une connaissance plus exacte d'une maladie, qui, tout en étant extrêmement rare en France, s'y observe plus souvent qu'on ne serait tenté de le croire, si l'on attend pour la diagnostiquer que l'on se trouve en présence d'un des types décrits par les médecins qui ont étudié la maladie dans les régions tropicales. Là, en effet, cette affection est fréquente et sa gravité y est extrême; en France, au contraire, son existence est rare, et si, dans certaines circonstances, elle a offert une gravité aussi considérable que dans les pays chauds, souvent aussi elle est distinguée par une bénignité remarquable, due peut-être à l'influence favorable du climat.

C'est ce que sembleraient démontrer deux faits que nous avons pu observer dans le service de M. Valleix, l'un en 1849, à l'hôpital Sainte-Marguerite, l'autre cette année, à la Pitié. Ces deux observations ont entre elles une analogie frappante, que nous essaierons de faire ressortir, après avoir rapporté les détails de la seconde ; la première ayant été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 22 mai 1849.

OBSERVATION. — Mouling (Louis), 32 ans, d'une petite taille, cheveux blonds, système pileux peu développé, peau blanche, presque glabre, yeux gris, bien musclé, surtout aux membres supérieurs. C'est un enfant trouvé, il ne peut donc nous donner de renseignemens sur ses ascendans, ni sur ses collatéraux. Quant à lui, il est d'un caractère, sinon violent, au moins assez irascible. Son hygiène a toujours été bonne ; pendant son enfance, il a été élevé en Bourgogne, puis il est venu à Paris, et n'a jamais, depuis, quitté cette ville; jamais il n'a fait de voyage hors de France. Pendant longtemps il s'est livré aux travaux de journalier, soit à la ville, soit à la campagne; mais depuis douze ans, il a constamment exercé la profession d'ouvrier boulanger. Il se nourrit bien, mange de la viande et principalement du bœuf; il boit beaucoup, sans s'enivrer fréquemment ; cependant cela lui est arrivé plusieurs fois, mais cette année la cherté des vins l'a forcé à en user plus modérément que d'habitude ; rarement il boit de l'eau-de-vie, ou des liqueurs fortes; jamais il n'a fait d'excès de coït, et n'a jamais eu d'accidens syphilitiques.

Il y a six ans, il a fait une maladie légère, consistant en un point de côté à la base et à la partie externe de la région thoracique droite ; il n'avait ni toux, ni fièvre, ni céphalalgie, ni vomissemens, ni coloration ictérique ; mais la douleur était vive dans l'hypochondre droit et répondait à l'épaule, du même côté. Pour cette affection, il est entré dans un hôpital de la banlieue de Paris, et on lui a appliqué des ventouses scarifiées, dont on voit encore les traces au niveau de la région hépatique ; il n'est resté que trois jours à l'hôpital, non qu'il fût guéri au bout de ce temps, mais parce qu'il avait de l'appétit et ne voulait pas s'astreindre à la diète, qui lui était prescrite ; depuis il a presque constamment éprouvé, sinon des douleurs, au moins un peu de gêne dans l'hypochondre et la région lombaire, du côté droit.

Pendant l'été dernier, il a eu des épistaxis fréquentes, mais peu abondantes, et cela sans éprouver d'autres accidens. Au mois de novembre de la même année il a ressenti des douleurs lombaires, qui l'ont forcé à garder le lit pendant huit jours. Les douleurs n'étaient pas de telle nature qu'il ne pût se mouvoir et s'asseoir facilement dans son lit. Elles siégeaient principalement en arrière et au-dessus de la crête iliaque. Alors il n'eut ni ictère, ni diarrhée, ni vomissemens, ni mouvement fébrile. Un mois plus tard, le 25 décembre, il est pris de diarrhée, qui dure trois ou quatre jours ; suivant lui, ses garderobes auraient présenté alors une coloration verdâtre ; il a eu un vomissement. Le traitement aurait consisté en lavemens laudanisés, boissons émollientes et diète. En même temps que lui, son enfant, qu'il aimait beaucoup, tombe malade et meurt au bout de six semaines. Tout en étant souffrant, il se lève, se fatigue pour lui donner des soins ; il a, à la même époque, un violent accès de colère pour un motif futile, et éprouve un vif chagrin de la mort de son enfant qui survint alors ; puis après de telles fatigues physiques et morales, oubliant de suivre un régime sévère, comme on le lui avait prescrit, il continue à se lever, mange comme d'habitude, c'est alors qu'il est repris de coliques très fortes, de vomissemens et de diarrhée, et se voit forcé de s'aliter.

Après avoir gardé le lit pendant un certain temps, il se lève, il y a environ trois semaines, et nous dit s'être aperçu alors que le soir ses jambes étaient enflées. Sans reprendre son travail, il se trouve relativement bien portant, peut aller, venir, etc. Il était dans cet état, lorsqu'il y a huit jours, peu de temps après son repas, il fut pris subitement, au milieu de la rue, d'une douleur vive à la région lombaire droite, douleur qu'il compare à celle que ferait éprouver la pression d'un corps pesant. Malgré cette douleur, il peut continuer sa marche. Les jours suivans son appétit est conservé et il mange absolument comme à son habitude ; il souffre, sans être obligé de s'aliter ; il n'a pas de vomissemens, pas de diarrhée, pas de frisson. L'ictère ne se serait déclaré que deux jours avant son entrée à l'hôpital, sans qu'il ait reçu de coup ni de violence sur la région hépatique, sans qu'il ait eu de nouvelle colère; il se décide à entrer à l'hôpital de la Pitié, le 19 février 1855. Il est couché salle Saint-Raphaël, n° 12, service de M. Valleix.

État actuel. — Le 20 février, à la visite du matin: Face jaune, excepté aux pommettes, qui sont colorées en rouge. Les sclérotiques sont jaunes, en même temps que un peu injectées. La physionomie est naturelle, n'exprimant ni la souffrance, ni la stupeur. Les gencives sont un peu jaunâtres. Le reste du corps présente la même coloration, mais à un moindre degré. Cette teinte jaune, tout en étant très évidente, ne présente pas une intensité considérable. La peau est de chaleur naturelle, sans moiteur ni sécheresse anormale. Elle a été pendant quelques jours le siége de démangeaisons qui existaient sur tout le corps, et se faisaient sentir plus particulièrement pendant la nuit ; ces démangeaisons n'existent plus aujourd'hui. Le pouls est à 76, large, vibrant. L'auscultation et la percussion de la région précordiale ne permettent de constater l'existence d'aucun phenomène morbide. La respiration un peu douloureuse, surtout dans les grandes inspirations, est cependant facile, nullement anxieuse ; il y a de 16 à 18 inspirations par minute. Le thorax est bien conformé, sonore partout à la percussion. Le bruit respiratoire est normal dans toute la poitrine; il est cependant un peu plus faible à droite qu'à gauche, mais il n'y est pas autrement altéré ; il n'y a pas de toux.

Les mouvemens que fait le malade dans son lit, surtout lorsqu'il veut se mettre à son séant, développent dans l'hypochondre droit une douleur qui ne se manifeste pas d'une manière spontanée. Le sommeil est bon ; il n'y a pas de soif. L'appétit est conservé ; il n'y a pas de nausées, pas de vomissemens; quelques selles liquides qui sont décolorées. La langue est souple, humide, naturelle. Le ventre est souple, indolent, bien conformé dans tous les points autres que l'hypochondre droit, où l'on trouve, par la palpation, une tumeur douloureuse à la pression qui déborde le rebord inférieur des fausses côtes, du côté de l'épigastre. Cette tumeur ne dépasse pas en dehors le rebord des côtes, mais en haut et en dedans, du côté de l'épigastre et dans toute la moité supérieure du rebord cartilagineux des fausses côtes, la tumeur dépasse ce rebord de trois à trois demi-travers de doigt. Cette tumeur ne présente ni saillies irrégulières, ni bosselures; elle a partout la même consistance, on n'y constate ni fluctuation, ni frémissement particuliers. Par la percussion, on constate qu'elle est mate, et sa matité se continue sans ligne de démarcation avec celle fournie par le foie, de telle sorte que la ligne tracée sur les limites de cette matité se porte en avant et en dedans, du côté de l'épigastre, jusqu'à trois travers de doigts du rebord des fausses côtes, puis se dirige en bas et en dehors, pour venir rejoindre ce rebord à peu près au milieu de sa hauteur et se confondre inférieurement avec lui. En haut, les limites de la matité s'élèvent en dedans du mamelon, jusqu'à la cinquième côte,

---

Feuilleton.

CAUSERIES.

La discussion philosophico-littéraire qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine a été naturellement le sujet de beaucoup de commentaires et a défrayé un grand nombre d'articles de journaux. Mais les discours académiques n'ont pas été seuls l'objet de l'appréciation et de la critique, la critique elle-même, c'est-à-dire la presse a comparu devant le tribunal suprême ; à Paris et à Montpellier on s'est occupé d'elle, et parmi ses représentans j'ai vu, non sans terreur, que de l'UNION MÉDICALE et de son rédacteur en chef il s'agissait souvent, trop souvent. La *Revue médicale*, par exemple, et par la plume taquine de M. Salles-Girons, a la bonté de leur consacrer plusieurs pages de son dernier cahier. C'est un grand honneur, sans doute, et j'y suis toujours sensible, quoique M. François-de-Salles m'y ait un peu habitué. Il n'est pas, en effet, de numéro de ce pieux recueil où, soit naturellement, soit par incidence, il ne soit question de mes humbles publications. Je suis obligé de reconnaître que, si les articles de M. de Girons ne brillent pas toujours par l'esprit de charité et de justice, en revanche ils laissent beaucoup à désirer pour la vérité du récit et pour la justesse des citations. Ces petites stratégies de polémique orthodoxe se remarquent surtout dans le dernier numéro de M. de Saint-Girons. Il n'est peut-être pas une ligne de celles qu'il a bien voulu me consacrer où je n'eusse à reprendre des citations mutilées ou inexactes, des interprétations vicieuses, des appréciations erronées, des attributions fausses et des prétentions que je n'ai jamais eues. Je me priverai du facile avantage que m'offre mon pieux critique. Je ne veux pas faire descendre l'intérêt et l'émotion de la discussion philosophique actuelle aux proportions vulgaires d'une polémique personnelle. M. saint Thomas-Taquin comprendra lui-même que l'importance et la gravité de la question exigent d'autres allures. Quand il en sera temps, à mon loisir et à mon heure, je lui donnerai sérieusement toutes les explications qu'il pourra désirer. A cette heure, mon rôle est d'observer et d'écouter. Aussi je donne la parole à qui la veut prendre. Quand on se sera tout dit de part et d'autre, j'espère pouvoir démontrer que tout le monde aspire vers les doctrines de conciliation que j'ai indiquées, mais qu'il me reste à développer, je suis le premier à le reconnaître, pour les faire sortir du vague à travers lequel les yeux de M. Salles-Girons ne les distinguent pas très bien. Qu'il ait un peu de patience, c'est la vertu des saints. Je lui promets tout cela avant que les roses aient fini de diaprer les plates-bandes de mon petit jardin. Leur parfum porte au calme de l'esprit et à la modération du langage. Union, concorde, conciliation, je vous invoquerai. Jamais je n'aurai eu plus besoin que vous remplissiez mon cœur des bienveillans sentimens que vous inspirez ; jamais cet humble bec de plume n'aura eu plus soif d'une encre anesthésique. Muses de la paix, leur dirai-je, composez-la, cette encre, d'éther et de chloroforme parties égales, additionnée de belladone et de morphine, de chaque quelques milligrammes, mêlez le tout à eau de laitue, quantité suffisante, édulcorez avec sirop de pavots blancs, 30 grammes, afin qu'elle coule douce comme l'huile du Samaritain sur quelques plaies vives qu'il me faudra découvrir.

Hélas! pendant que nous discutons ici sur les doctrines de Montpellier, Montpellier voit disparaître son plus ancien journal, son plus courageux et vaillant défenseur, dont le dernier numéro porte, comme en épitaphe, cette triste ligne : *Ici finit la Gazette médicale de Montpellier.*

Et pourquoi cette fin non prévue? M. le docteur Chrestien, son rédacteur en chef, l'explique dans une *post-face* dont nous reproduirons ces quelques lignes :

« Pourquoi continuerions-nous, en effet, une publication qui nous a empêché, par son indépendance, d'arriver au professorat, et qui même nous a fait assigner devant le conseil académique? Pourquoi continuerions-nous une publication qui, par son indépendance, a été exclue de la bibliothèque de notre Faculté ? Pourquoi continuerions-nous une publication qui, par son indépendance, nous a empêché d'être présenté au ministre de l'instruction publique comme candidat à la modeste place de conservateur des collections de notre Faculté? Pourquoi continuerions-nous une publication qui, par son indépendance, nous a attiré tout récemment le double affront de voir notre modeste place d'agrégé en exercice mise au concours avant que notre temps fût écoulé, de n'être que juge suppléant dans le concours où devait être nommé notre successeur, et de nous voir préférer, comme juges vrais, deux de nos collègues dont l'un avait été vaincu par nous dans un concours de 1842-43, et dont l'autre est encore bien plus jeune que nous dans l'agrégation ? . . . . . »

Voilà, certes, des accusations graves, si graves qu'il est possible que, dans la convulsion suprême des approches de la mort, M. Chrestien en ait exagéré l'expression. Il est probable que, pas plus à Montpellier qu'à Paris, le journaliste ne doit coucher sur un lit de roses; je crois aussi qu'à Montpellier comme à Paris la condition du journaliste est à peu près ce qu'on la fait soi-même. Ce qu'il y a de certain, c'est que le journalisme déjà si difficile, si périlleux à Paris, l'est bien davantage encore en province au point de vue moral et financier. M. le docteur Barrier nous semble avoir apprécié avec une grande justesse certaines causes de l'état de souffrance de la presse médicale dans les départemens, dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Lyon*. Cependant, nous ne partageons pas toutes ses idées à cet égard, et nous ne croyons pas, par exemple, qu'une organisation administrative de la médecine, différente de celle qu'elle est aujourd'hui, eût le pouvoir de donner vie, action et influence aux journaux médicaux de nos départemens. C'est là une question fort complexe que je félicite, d'ailleurs, M. Barrier d'avoir soulevée et sur laquelle je lui demanderai la permission de lui présenter prochainement quelques observations.

Dans sa biographie d'Arago, M. E. de Mirecourt cite une anecdote charmante sur la façon dont l'illustre savant faisait son cours public, de manière à être bien compris par tous ses auditeurs, même les plus *béotiens*.

Une fois assis dans sa chaire, F. Arago examinait les personnes présentes, et, quand il avait cru reconnaître le plus simple, le moins intelligent de ses auditeurs, il se recueillait un moment, puis, fixant son regard sur celui du crétin, il s'efforçait de rendre son raisonnement

tandis qu'en dehors, et du côté de l'aisselle, elles ne dépassent pas la sixième. La hauteur de la matité est :

	centimètres.
Suivant la verticale abaissée de la paroi antérieure de l'aisselle.	18 »
Suivant la verticale abaissée du mamelon.	14 1/2
Suivant la verticale parallèle au bord droit du sternum . . .	8 »

L'émission des urines a lieu facilement, sans douleur. Leur coloration est foncée, d'un rouge-brun, tirant sur le vert; elles tachent le linge en jaune. Leur aspect est huileux; elles sont acides, laissent déposer un sédiment blanchâtre abondant. Lorsqu'on les traite par la chaleur, ce précipité disparaît; si on les traite par l'acide azotique, on voit se former dans le verre à expérience quatre couches d'aspect et de coloration différentes, qui sont superposées l'une à l'autre et très distinctes, bien que, sur leurs limites, elles tendent à se mélanger entre elles. La plus inférieure a une coloration purpurine; celle qui est immédiatement au-dessus est d'un vert foncé; celle qui lui est supérieure présente une teinte blanchâtre, opaque, semblable à celle du sédiment qui s'était déposé spontanément dans le vase. Enfin, la quatrième couche, la plus supérieure, présente tous les caractères de l'urine telle qu'elle était avant le commencement de la réaction. Si l'on décante ces diverses couches, de façon à isoler celle qui est la troisième, en comptant de bas en haut, et présente l'aspect d'un dépôt salin, et qu'on le traite par la chaleur, on voit le dépôt se dissoudre et l'urine reprendre sa coloration et sa transparence.

On prescrit : huit ventouses scarifiées sur la région hépatique; cataplasmes; chiendent nitré, deux pots, avec 2 grammes de nitrate de potasse par litre; 35 grammes de sirop des cinq racines; Sedlitz, un verre; une portion.

Le 21 février. Même état que la veille. Les urines rendues depuis une demi-heure présentent un dépôt qui occupe le quart de la hauteur du verre. Même réaction que la veille.

Le 22 février. Pendant la nuit, il y a eu des démangeaisons à la peau; mais elles ont disparu au moment de la visite. Les douleurs pendant les mouvemens sont moins vives. Le pouls est à 72; la chaleur naturelle; il y a de l'appétit. Il y a eu une selle plus colorée et moins liquide que les précédentes. La région hépatique est moins douloureuse à la palpation; la portion du foie qui déborde le rebord des fausses côtes du côté de l'épigastre est à peine diminuée de volume, car la matité donnée par le foie est :

1° Verticale de l'aisselle.	12 1/2
2° Verticale mammaire	10 »
3° Verticale parallèle au bord droit du sternum. .	7 »

Les urines sont moins foncées en couleur; elles ne précipitent plus par le refroidissement; celle que nous examinons a été rendue depuis près d'une heure, et il n'y a pas de dépôt spontané; seulement l'acide azotique donne les mêmes réactions que les jours précédens. (Lavemens émolliens; bain; deux portions.)

Le 23. Même état que la veille; pouls à 72. L'ictère est toujours le même. Il y a eu une selle grisâtre. Les limites du foie sont les mêmes. Les quatre zones formées dans l'urine par l'acide azotique sont moins nettement distinctes. (Huile de ricin, 30 grammes.)

Le 24. Foie de moins en moins douloureux; il forme pourtant encore une saillie à l'épigastre. La matité a diminué de hauteur, suivant la verticale parallèle au bord droit du sternum, car il n'a plus que 5 centimètres 1/2; les autres dimensions restent les mêmes que le 22. Appétit. La teinte jaune disparaît et est remplacée par de la pâleur. Il y a au cœur un léger bruit de souffle au premier temps, qui est très doux, et se prolonge dans les carotides. (Bain; trois portions.)

26. L'ictère diminue toujours; il y a encore de la sensibilité à la pression à la région épigastrique. Les dimensions du foie sont les mêmes que les jours précédens. (Traitement : *ut suprà*; six ventouses scarifiées.)

27. Le mieux continue; l'épigastre est complétement indolent; disparition de la tuméfaction en ce point. Le foie a repris sa forme normale. La matité n'a pas plus de 4 1/2 à 5 centimètres, suivant la verticale abaissée du bord droit du sternum, et au lieu de faire, comme précédemment, saillie tant au-dessus qu'au-dessous des lignes limitant le bord supérieur et le bord inférieur du foie, elle les continue directement. Urines encore un peu colorées; une des quatre zones formée par l'acide azotique a presque complétement disparu, c'est la troisième en comptant de bas en haut, celle que nous avons dit être formée par un précipité salin. (Bain; quatre portions.)

Les jours suivans, l'amélioration persiste; la teinte jaune diminue, puis disparaît complétement; mais une pâleur mate lui succède. L'appétit se maintient; les urines deviennent naturelles, au point de ne plus donner de coloration verte ni pourpre par l'acide azotique. Le bruit de souffle de la région précordiale persiste encore le 3 mars, lorsque cet homme quitte l'hôpital, complétement guéri et en état de reprendre ses occupations.

Avant d'arriver au rapprochement que nous voulons faire entre les deux cas d'hépatite aiguë que nous avons eu occasion d'observer nous-même, justifions le diagnostic porté dans le fait dont les détails viennent d'être lus. La douleur siégeant spécialement dans l'hypochondre droit, et se propageant jusqu'à l'épaule, du même côté, succédant à des troubles gastro-intestinaux, peu intenses, mais assez prolongés, et qui peuvent être regardés soit comme un des premiers symptômes, soit comme une des causes de la maladie, en même temps que se développait une fièvre, qui sans être considérable, s'est pourtant annoncée par de la céphalalgie, de l'élévation du pouls, et la présence de sels abondans dans l'urine; tous ces phénomènes généraux, correspondant à la tuméfaction du foie comme lésion locale, et disparaissant à mesure que cette tuméfaction diminue sous l'influence d'un traitement antiphlogistique : telles sont les raisons plus que suffisantes pour faire admettre une phlegmasie de l'organe hépatique. Avec quelle autre affection, en effet, pourrait-on la confondre? La disparition de la tumeur éloigne de prime-abord l'idée d'une lésion organique du foie et sa présence empêche de croire à un ictère simple. En effet, l'ictère fébrile simple s'accompagnant de tuméfaction du foie donnerait lieu à une augmentation de volume de la totalité de l'organe, et non pas seulement à une tuméfaction limitée comme elle l'était ici : point de jonction du lobe gauche avec le lobe droit. Quant nous avons présenté ce fait à la Société médicale d'observation, nous avons entendu un de nos collègues mettre en doute, dans ce cas, l'inflammation du parenchyme du foie, et admettre que les symptômes observés ont pu être occasionnés par une phlegmasie de nature catarrhale des vaisseaux biliaires. Outre que cette *inflammation des canaux biliaires* n'est pas tellement connue, comme symptomatologie, ni même comme anatomie pathologique, qu'il soit possible jusqu'à présent de la différencier de l'inflammation du parenchyme, nous pensons (non d'après les faits, puisqu'il n'en existe pas qui puissent démontrer clairement l'existence d'une telle maladie, mais *à priori*) que l'inflammation, *catarrhale ou non*, des vaisseaux biliaires donnerait lieu, non pas à une tuméfaction limitée en un point du foie, mais à un engorgement et à une augmentation de volume de tout l'organe.

Les deux sujets chez lesquels nous avons vu l'hépatite sont tous deux dans les conditions d'âge et de sexe que l'on a indiquées comme étant les plus favorables au développement de cette maladie. Ce sont deux hommes adultes. L'un a été atteint subitement sans cause occasionnelle évidente, mais c'était un ancien militaire, ayant séjourné plusieurs années en Afrique, et l'on a déjà noté cette tendance que conservent les sujets à être affectés d'inflammation du foie, même longtemps après avoir quitté les pays chauds, dans lesquels cette maladie est fréquente. Celui dont nous venons de rapporter l'histoire n'avait au contraire jamais été soumis à l'influence des pays chauds, mais il y a eu chez lui l'une des causes que l'on regarde comme très efficaces : la colère, le chagrin, toutes les émotions morales tristes qu'il a éprouvées pendant la maladie, et par la mort de son enfant.

Il est bon de remarquer surtout que l'influence de la chaleur ne peut pas être invoquée plus comme saison, que comme climat, dans les deux cas dont je parle; l'un ayant été observé au mois de février, l'autre au mois d'avril; chez l'un et chez l'autre nous avons vu la douleur de l'hypochondre droit plus vive à la pression et pendant les mouvemens; la fièvre était peu intense; il y a eu de l'ictère moins marqué chez le malade de l'hôpital Sainte-Marguerite que chez celui de la Pitié; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que dans les deux cas, l'augmentation de volume du foie, tout en portant sur l'organe entier, était plus forte et un peu limitée, si bien que l'on est autorisé à penser que le reste de l'organe étant seulement congestionné, le travail inflammatoire se limitait à cette partie plus tuméfiée. On se rappelle que, chez le malade dont je viens de donner l'observation, cette tuméfaction siégeait en plus grande partie sur le lobe gauche, et que la tumeur se portait vers l'épigastre; c'est aussi dans ce point que l'organe a été le plus lent à reprendre ses limites normales. Chez l'autre, cette tuméfaction siégeait plus à droite et débordait de quatre travers de doigts le rebord inférieur des fausses côtes. N'est-on pas autorisé à penser que, si au lieu de se terminer rapidement par résolution, comme cela a eu lieu, l'inflammation s'était terminée par suppuration, c'est dans ces points ainsi tuméfiés que se serait formé le pus?

Dans les deux cas, les urines, outre la teinte jaune et bilieuse, et les changemens de coloration dus à la réaction de l'acide azotique sur la bile, ont présenté un dépôt sédimenteux indiquant leur caractère fébrile. Enfin, dans les deux cas, la résolution a été rapide, obtenue par l'association des émissions sanguines, des purgatifs et des diurétiques. Le malade de l'hôpital Sainte-Marguerite, chez lequel le début de la maladie a pu être fixé rigoureusement au 4 avril, entrait à l'hôpital, le 10; le 15, sa convalescence commençait, et, le 20, il demandait sa sortie, étant parfaitement guéri.

Chez celui dont nous venons de donner l'observation, le début a pu moins facilement être précisé, cependant on serait peut-être, jusqu'à un certain point, autorisé à le rapporter à l'époque où il a été pris de cette douleur subite dans la région hépatique, c'est-à-dire, huit jours avant son entrée à l'hôpital, où il n'a séjourné que douze jours.

Dr T. GALLARD,
Interne.

SYPHILIOGRAPHIE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE ET SUR LE TRAITEMENT DIT PRÉVENTIF DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE [1];

Par M. le docteur JANSSENS, de Bruxelles.

Bien que l'utilité absolue du mercure dans le traitement de la syphilis constitutionnelle ne donne plus aujourd'hui matière à aucune contesta-

(1) Ces principes ont été développés dans les leçons professées à l'hôpital Saint-Pierre, par M. le professeur Thiry, pendant le mois de mars 1855.

---

si clair, si lucide, si saisissant, qu'il triomphait de ce cerveau rebelle. — Lorsque l'œil de cet auditeur s'était illuminé, le digne professeur se disait : — Bravo! tout le monde alors a dû me comprendre! — A chaque leçon, même manœuvre; — F. Arago appelait cela chercher *son thermomètre*.

Un jour, Arago causait avec un de ses amis; — un monsieur fut introduit près d'eux, c'était un brave bourgeois à figure bête, qui désirait voir le savant.

Arago était justement en train d'expliquer à son ami sa recette pour être compris de tout le monde : — faire sa leçon en se mettant au niveau de celui qui avait l'air le plus bête de l'auditoire. Quelle ne fut pas la joie de François, lorsque le nouveau venu s'avançant avec effusion vers lui, s'écria, d'un air naïvement reconnaissant :

— Oh! monsieur Arago, que je vous remercie! je suis confus de tant d'honneur! hier, vraiment vous sembliez faire votre cours pour moi!...

Arago regarda fixement son ami; — son regard voulait dire : — Que vous disais-je? *c'est un de mes thermomètres?*

Il y a longtemps, trop longtemps que je n'avais entendu parler de notre cher et spirituel confrère, M. Munaret. Mais le voilà, il me revient comme toujours, avec quelque bonne et généreuse idée. Je n'attendais pas moins de lui, et aussi vais-je lui donner l'accolade hospitalière.

On nous écrit de Givors :

« Une motion des plus intéressantes pour le peuple des campagnes vient d'être faite et prise en considération dans la réunion préparatoire du Comice agricole de Givors.

» Les bras manquent à la culture et il y a dégénérescence physique parmi nos paysans, d'après le chiffre toujours croissant des réformes pour le service militaire.

» Un des membres du Comice, le docteur Munaret, bien connu par son dévouement à tout ce qui peut intéresser la population rurale, s'est préoccupé des causes de cette dépopulation, et il croit les avoir trouvées dans la mortalité relativement plus grande à la campagne qu'à la ville, pendant la première enfance, et plus tard dans la désertion des travaux rustiques, pour apprendre un *état* ou habiter la ville. — Considérant que la production humaine est plus importante, au point de vue industriel seulement, que la production animale et qu'on doit se soucier davantage de la santé des hommes que de celle des bœufs, il a proposé d'instituer des prix pour les petits propriétaires, fermiers, valets de ferme ou manœuvriers qui présenteront à l'examen d'un jury spécial les enfans les mieux constitués et les plus beaux, de l'âge de un à deux ans.

» Nous possédons déjà une société protectrice des animaux, et elle fonctionne à la satisfaction générale. Je l'approuve hautement, a dit l'auteur de la motion, mais je blâme nos philanthropes parce qu'ils abordent trop timidement une réforme aussi capitale que celle qui touche à la conservation et au perfectionnement physique de l'animalité. — L'homme est et restera, pour son intelligence servie par sa force, à la tête de toutes les espèces vivantes et utiles; il fallait commencer par le commencement, en créant d'abord une *société protectrice de l'homme* faible, ignorant et pauvre, par l'homme fort, instruit et riche.

» Le concours proposé étant mis à l'essai, nous ne doutons pas qu'il se vulgarisera bien vite et que le gouvernement, par une mesure législative nouvelle, lui donnera raison et autorité.

» L'idée-mère appartient à un médecin écossais; Buchan écrivit, en 1772 : « Si l'on intéressait les pauvres à soigner la vie de leurs enfans, nous en perdrions peu, etc. » Les cultivateurs américains ont été les premiers à comprendre tous les avantages de ce conseil, et ils le suivent, depuis quelques années, avec un plein succès.

» Le Comice agricole de Givors peut acquérir une place glorieuse dans l'histoire des progrès de l'agriculture, en France, en suivant l'exemple que le Nouveau-Monde donne à l'ancien; il a nommé une commission pour étudier la proposition de M. Munaret, et en attendant le rapport de cette commission qui sera lu à la séance publique du mois d'août, il a été décidé que le mémoire du savant médecin serait honorablement déposé dans les archives et analysé dans le procès-verbal du jour. »

Ne soyons pas injustes ni ingrats envers notre époque, dirons-nous à notre loyal confrère. De grandes, d'excellentes choses ont été faites dans ces derniers temps, dans la direction des idées qui enflamment son cœur. Une surveillance plus attentive du service des nourrices, le placement à la campagne des enfans-trouvés, l'institution des crèches, des salles d'asile, les primes accordées à la vaccination, les mesures hygiéniques prescrites dans les écoles primaires et dans tous les établissements d'instruction, voilà des bienfaits récens, contemporains et qui viennent concourir à la réalisation d'un *desideratum* antique : *Mens sana in corpore sano.*

Il ne faut pas moins remercier M. Munaret de sa généreuse initiative. Il est vrai qu'au fond des campagnes, les améliorations sociales que je viens de rappeler ne pénètrent pas avec la même facilité que dans les grands centres de population, et que leur application y rencontre des obstacles souvent insurmontables. C'est aussi en faveur des enfans de la campagne que M. Munaret élève la voix; espérons qu'elle sera entendue.

Amédée LATOUR.

FALSIFICATION DU LAIT SOUMISE AUX LOIS DES FALSIFICATIONS ALIMENTAIRES. — La Cour de cassation, sections réunies, vient de décider que le lait n'est pas seulement une boisson, mais un aliment, et sa décision se trouve ainsi d'accord avec la saine physiologie. Maintenant, le vendeur qui falsifie le lait ne commet plus une simple *contravention* entraînant 15 fr. d'amende et un emprisonnement de 24 heures à 8 jours, mais il se rend coupable d'un délit prévu par la loi du 22 mars 1851 et l'art. 423 du Code pénal, et puni par 50 fr. d'amende et 3 mois à 1 an de prison.

COURS PUBLIC DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. le docteur Axenfeld commencera ce cours le *lundi* 7 mai 1855, *à 4 heures*, et le continuera les *mercredis* et *lundis* suivans, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

Il traitera des maladies du tube digestif.

tion, il est certaines questions pratiques, ayant trait à l'administration de ce remède héroïque, qui entretiennent parmi les praticiens de notre époque une division aussi déplorable pour l'honneur de la science, que nuisible aux progrès de celle-ci.

C'est ainsi que peu de problèmes ont donné lieu, en syphiliographie, à des solutions plus disparates, plus controversées que cette demande, au premier abord si simple : quels sont les premiers signes qui indiquent l'emploi des mercuriaux dans le traitement des maladies vénériennes ? ou en d'autres termes : le mercure possède-t-il une action curative contre les accidens généralement désignés sous le nom de maladies vénériennes primitives ? Peut-il réellement constituer une médication prophylactique de l'infection générale consécutive à ces accidens locaux.

Avant de chercher à résoudre les doutes suscités par ces questions si importantes, constatons tout d'abord que la science aurait déjà depuis longtemps prononcé, sur ce point en litige, une décision définitive et sans appel, si la majorité des praticiens se fût bornée à s'en référer à la logique éloquente de la bonne observation, de la médecine expérimentale et positive. Mais au lieu de cela, il est arrivé ce qu'on n'observe que trop fréquemment dans la plupart des controverses médicales : les partisans de chaque système, ne pouvant s'accommoder des sages lenteurs de l'expérience, et ayant tout intérêt à prévenir son arrêt, s'emparèrent aussitôt de la question pour la résoudre d'une manière conforme aux théories qu'ils s'étaient créées dans la pathologie des affections vénériennes. C'est ainsi que les uns, considérant les affections dites primitives comme le résultat de l'absorption et de la pénétration dans l'économie d'un agent spécifique particulier, qu'ils décorent du nom de virus syphilitique, conclurent pour être d'accord avec leurs prémisses que le mercure doit être administré, non-seulement dans la syphilis constitutionnelle, mais aussi dans tous les accidens locaux qui font l'objet des études du syphiliographe ; ceux-ci, pour quelques partisans de cette doctrine, doivent avoir une durée et une marche invariable, qu'il serait très dangereux d'abréger ou de troubler, puisque la suppuration du chancre, l'écoulement de la blennorrhagie servent à débarrasser l'économie d'une partie du virus syphilitique qui s'y trouve emprisonné.

Dans une seconde catégorie se rangent les auteurs qui ne voient dans les accidens vénériens primitifs qu'une affection purement locale mais susceptible, au bout d'un certain temps, de donner lieu à une affection constitutionnelle, par suite de l'absorption consécutive du virus qu'ils sécrètent. Toutefois, pour être d'accord sur ce principe fondamental de la théorie, les auteurs dont nous parlons n'en sont pas moins profondément divisés lorsqu'il s'agit du traitement : les uns, en effet, ont coutume d'attendre que l'infection constitutionnelle soit caractérisée par des signes non équivoques avant d'avoir recours au remède spécifique, tandis que les autres reconnaissant au mercure une vertu préservative contre la syphilis constitutionnelle, l'administrent avant l'évolution de celle-ci, espérant par cette conduite prévoyante empêcher l'extension du mal au delà de la circonscription des organes génitaux.

C'est parmi ces derniers qu'il nous faut ranger les médecins qui, à la suite des blennorrhagies, des ulcérations superficielles des organes génitaux, mettent en usage ce qu'ils appellent un *demi*, voire même un *quart de traitement* ; ou qui encore, par simple mesure de précaution, conseillent aux individus dont la jeunesse fut orageuse, de se soumettre à un traitement mercuriel complet, comme pour se *faire peau neuve* avant d'entrer en ménage. En vérité, si l'argument était moins sérieux, ne serait-ce pas ici le cas d'appliquer le : *Risum teneatis, amici?*

Il est impossible, on le comprend, de bien apprécier la valeur de toutes ces différentes méthodes de traitement, sans dire un mot des théories qui leur servent de base. C'est ce que nous allons faire, aussi brièvement toutefois que le comporte un article de journal, après quoi il nous sera permis de donner une solution satisfaisante aux questions thérapeutiques que nous avons eu pour but d'examiner.

L'idée fondamentale qui domine l'esprit de tous les auteurs qui préconisent le mercure pendant la période des accidens primitifs, soit comme agent curatif, soit comme moyen prophylactique, c'est évidemment l'unité de nature de toutes les affections vénériennes, l'ubiquité du virus syphilitique dans toutes les altérations siégeant aux organes sexuels. En effet, pour la grande majorité d'entre eux, toutes les maladies de ces organes, susceptibles de se communiquer par simple contact, sont virulentes, et toutes les maladies virulentes des organes génitaux sont syphilitiques. Donc, toutes ces affections réclament indistinctement le traitement antisyphilitique, c'est-à-dire les mercuriaux ; et partant de ces données, en apparence si logiques, on administre ces remèdes tout aussi bien contre la blennorrhagie simple ou virulente que contre les douleurs ostéocopes, contre le chancre comme contre l'ulcère secondaire, contre la pustule plate comme contre les syphilides.... Opposiez-vous une objection un peu sérieuse à cette manière de voir et d'agir ? vite on invoquait contre vous le langage de l'expérience : on mettait en avant de longues statistiques de faits pour vous prouver sans réplique que des individus saturés de mercure pendant la période d'activité des accidens primitifs, avaient été exempts de toute affection consécutive ; que des applications mercurielles locales avaient eu pour résultat de provoquer la résolution de bubons, de faire cicatriser des chancres, etc. ; on vous rappelait aussi que Harrison avait obtenu des résultats négatifs en inoculant du pus chancreux, préalablement mélangé et intimement incorporé au mercure gommeux de Plenk, etc. Ces argumens n'étaient-ils pas plus que suffisans pour démontrer que les partisans du traitement hydrargyrique *quand même*, avaient la vérité et la raison de leur côté ?

Malheureusement pour le succès de ces théories ingénieuses et faciles, les raisonnemens qui les appuient sont erronés et contraires à la saine observation, et les faits dont elles invoquent avec tant de confiance le témoignage sont tout à fait inconcluans.

Pour celui qui ne substitue pas aux réalités sensibles de la nature les spéculations rêveuses de la théorie, il est bien prouvé aujourd'hui que les altérations qui sont consécutives aux actes sexuels ne revêtent pas une nature uniforme par la seule raison qu'elles siégent aux organes génitaux, qui ne présentent réellement de spécial que la nature de leurs fonctions. L'anatomie pathologique a répandu la clarté dans les ténèbres à la faveur desquelles cette partie intéressante de la pathologie avait été abandonnée à toutes les divagations du mysticisme ; elle a mis en évidence pour tous les praticiens qui s'en tiennent à ce qu'ils voient, que les organes génitaux peuvent être le siége d'une foule d'affections simples et de plusieurs affections spécifiques ; non contente de ce résultat, elle a encore fourni des caractères infaillibles pour distinguer ces différentes maladies les unes des autres. Venant ensuite en aide à la médecine expérimentale, elle a prouvé que l'existence d'un virus syphilitique voyageant dans toute l'économie était une supposition tout à fait gratuite et sans aucun fondement, et elle est arrivée à une conclusion de la plus haute importance pour le diagnostic comme pour le traitement, que la syphilis constitutionnelle est le résultat d'un principe spécial de détérioration renfermé dans l'induration qui succède au chancre et qui est une de ses terminaisons. Le scalpel et le microscope se sont accordés pour sanctionner cette vérité en faisant découvrir dans les altérations particulières de la syphilis le type caractéristique de l'induration qui a été leur point de départ. L'induration exclut la virulence : donc l'expression généralement admise dans la science, de *virus syphilitique*, est impropre, elle représente une idée fausse, dangereuse, et doit conséquemment disparaître du langage technique. Pour nous il n'existe qu'un *principe*, une *cachexie syphilitique*.

Mais si l'existence du virus syphilitique est entièrement controuvée, celle du virus chancreux est au contraire appuyée par tous les témoignages les plus irrécusables de l'expérience et du raisonnement : Les résultats identiques de son inoculation, pratiquée dans des conditions convenables, les altérations anatomiques constantes qu'il produit et qui, à leur tour, peuvent le reproduire à l'infini, sont des preuves indubitables de l'existence de ce virus, et font du chancre une espèce tout à fait distincte dans le cadre nosologique, ne se rattachant à la syphilis que par un chaînon intermédiaire, l'induration que nous avons dit être un de ses résultats possibles, mais non certainement constant. Le chancre a une existence indépendante du reste de l'organisme dans ce sens qu'il a en lui-même sa raison d'être, qu'il ne nécessite aucune prédisposition générale, mais seulement des conditions locales favorables ; il peut se reproduire chez un même individu aussi souvent que celui-ci s'y expose dans les conditions voulues, et cette circonstance établit une différence de plus entre le chancre, affection contagieuse locale, et les maladies contagieuses générales qui, telles que la variole, procèdent du dedans au dehors, et ont pour caractère ordinaire de n'attaquer qu'une seule fois le même individu. En dehors donc du danger dont sa propagation facile menace les parties qui l'avoisinent, le chancre (pendant sa période d'activité, bien entendu) se comporte à l'égard de l'économie comme un corps étranger, comme une épine introduite dans les tissus vivants : rien ne l'a précédé, rien ne lui succédera, s'il se termine par transformation sur place, par cicatrisation nette, auquel cas l'individu qui en était porteur peut être considéré comme parfaitement guéri ; il n'a par conséquent à craindre aucune conséquence ultérieure de ce chancre. Mais si, au contraire, celui-ci laisse après lui une cicatrice dure, éburnée, néo-plastique, sans analogue, en un mot une induration, tout est à craindre : l'économie est sous l'influence de la vérole constitutionnelle ; elle va puiser dans ce noyau cellulo-fibreux les élémens de cette cachexie qui reproduira dans les différens organes des altérations analogues, lesquelles trahiront ainsi leur origine uniforme.

Quant à l'absorption du virus chancreux, que la plupart des auteurs considèrent comme l'unique mécanisme de production de la syphilis, nous l'admettons, non pas parce que la théorie nous y engage, mais parce que l'observation nous en fournit la preuve, entraîne notre conviction : rien n'est plus commun que de voir en effet pendant la période d'état d'un chancre siégeant par exemple au pénis, se former au pli de l'aîne une petite tumeur irrégulière, dans laquelle le doigt sent un creux, une espèce de godet, où il perçoit une fluctuation manifeste, et cela en dehors des phénomènes de la suppuration, laquelle n'a lieu que consécutivement et alors que le pus chancreux a déjà eu le temps d'agir comme un violent irritant. C'est là ce qui constitue le bubon d'absorption, dit aussi chancre sous-cutané, qui n'est pas plus une manifestation de la vérole que le premier chancre qui lui a fourni l'élément de son développement, puisque, nous l'avons dit, le virus chancreux est incapable de donner lieu par lui-même à des accidens syphiliques, à moins d'admettre la syphilis d'emblée : ce virus ne peut susciter qu'un chancre, et, nous le répétons, les bubons qui se développent sous l'influence de son absorption, ne sont que des chancres sous-cutanés, présentant sans exception tous les caractères des chancres à découvert.

Nous avons cru indispensable d'entrer dans les explications anatomiques qui précèdent afin de pouvoir élucider en toute connaissance de cause la question de thérapeutique que nous nous sommes proposé de résoudre en commençant.

(La suite à un prochain numéro.)

CRITIQUE.

DU TRAITEMENT DU CANCER PAR LA MÉTHODE DE LANDOLFI.

Il est beaucoup question, dans ce moment, du traitement de M. Landolfi contre le cancer. Cette méthode, expérimentée en Allemagne, y a donné lieu à de nombreuses publications. Nous avons pensé que nos lecteurs verraient avec intérêt l'analyse impartiale de ces travaux, publiée dans le dernier numéro des *Archives générales de médecine*, par M. le docteur Lasègue ; nous l'empruntons à ce recueil :

Un certain nombre de malades atteints d'affections cancéreuses vient d'être confié aux soins du docteur Landolfi. Ces malades, pris dans les salles de l'hospice de la Salpêtrière, ont été choisis par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie de cet établissement, MM. Moissenet, Cazalis et Manec, assistés d'une commission composée de MM. Mounier, Broca, Furnari. Les expériences sont, dès à présent, instituées. On comprend sans peine que nous n'avons pas à intervenir et à préjuger des résultats soumis à l'examen de juges compétens ; mais la méthode du docteur Landolfi date déjà de plusieurs années, elle n'en est pas à ses premiers essais, et il est utile même, pour apprécier les faits dont nous sommes destinés à être les témoins, de faire connaître les résultats déjà obtenus.

Les médications spécifiques employées contre ces affections, jusqu'à présent réputées incurables, excitent une défiance assez légitime ; le plus souvent, les inventeurs sont ou des médecins déclassés ou des hommes complétement étrangers à la science, et qui mettent d'autant plus d'ardeur à prôner leurs découvertes qu'ils ont une notion moins exacte du but à remplir. Les sociétés savantes sont accoutumées à sacrifier dédaigneusement la foule des recettes qui leur est journellement soumise, et le public médical, fatigué de tant de panacées transmises par héritage, pieusement enregistrées ou évoquées par une sorte d'inspiration providentielle, ne se sent pas mieux disposé que les académies.

Le docteur Landolfi n'appartient pas à la classe des éditeurs habituels de remèdes secrets, sa méthode ne s'enveloppe d'aucun mystère ; pour emprunter une de ses expressions favorites, il cherche à répandre ses procédés dans l'intérêt de l'humanité, et son premier désir est de les soumettre au contrôle de la science. Chirurgien en chef de l'armée sicilienne, professeur de clinique des maladies cancéreuses à l'hôpital de la Trinité, à Naples, il s'est fait un devoir de rechercher une publicité qu'amis comme ennemis ont reconnue parfaitement honorable. Au lieu de faire venir les malades à lui, de se constituer, dans le secret de sa clinique privée, le seul juge des succès et des insuccès, il a été au devant de l'examen de savans dont on ne pouvait récuser ni l'indépendance ni la compétence ; c'est ainsi qu'il a parcouru les grands centres scientifiques de l'Allemagne ; c'est dans la même pensée qu'il est venu à Paris.

Nous n'avons pas l'honneur de connaître le professeur Landolfi ; mais nous connaissons ses recherches, et nous avons tenu à mettre nos lecteurs au courant du problème et des tentatives faites pour le résoudre, sans nous prononcer sur le mérite de la solution.

La médication à laquelle le docteur Landolfi s'est arrêté en dernier lieu et celle qu'il paraît avoir adoptée définitivement n'est pas celle à laquelle il avait été d'abord conduit et qu'il avait signalée dans ses communications au congrès scientifique de Naples. La formule du traitement n'est pas même aujourd'hui tellement absolue qu'elle ne subisse quelques variations suivant les circonstances.

Le principe sur lequel le traitement repose consiste à transformer une tumeur de nature maligne en lui donnant un caractère de bénignité qui permette la guérison. Cette transformation s'opère par des cautérisations à l'aide d'un médicament réputé scientifique, le *chlorure de brome*, associé ou non à d'autres substances déjà essayées un grand nombre de fois, mais employées jusqu'ici isolément. Le traitement interne n'est guère qu'un accessoire.

Les formules du caustique sont, sauf quelques exceptions, les suivantes :

Chlorure de brome,
Chlorure de zinc,
Chlorure d'or,
Chlorure d'antimoine.

Mêlez par parties égales, ajoutez au composé liquide quantité suffisante de farine pour former une pâte visqueuse.

C'est là la formule que l'auteur avait surtout appliquée en Italie ; à Vienne, il paraît avoir usité de préférence un mélange des mêmes substances dans d'autres proportions.

Chlorure de brome	3 parties.
Chlorure de zinc	2 —
Chlorure d'antimoine	1 —
Chlorure d'or.	1 —

Poudre de racine de réglisse, q. s. pour faire une pâte épaisse.

Il faut, pour cette préparation, opérer dans un lieu ouvert, à cause des vapeurs qui se dégagent.

L'élément essentiel de la combinaison est le chlorure de brome, qui, surtout dans les dernières expériences, a été souvent employé seul sans l'addition des adjuvans.

Chlorure de brome, de 10 à 15 grammes.
Poudre de réglisse, q. s.

D'après les idées du docteur Landolfi, le chlorure de zinc est indispensable dans les cancers ulcérés, à titre d'hémostatique. Le chlorure d'or n'est utile que dans un petit nombre de circonstances, et en particulier dans les cas de cancer encéphaloïde, contre lequel il exercerait une action spéciale, sinon spécifique. Les cancers de la peau, les épithéliomas, les lupus, les cystosarcomes peu considérables sont traités à l'aide du chlorure de brome mêlé à l'onguent basilicon dans la proportion de 1 à 8.

Dans les pemiers temps, l'auteur se contentait d'étendre la pâte sur une toile de l'étendue du mal qu'il s'agissait de combattre, en recommandant de proportionner l'épaisseur de l'emplâtre à la profondeur qu'on avait en vue d'atteindre ; il calculait qu'un épithème d'une ligne d'épaisseur agissait environ à la profondeur d'un demi-pouce. Depuis, il a eu recours à un mode opératoire plus complexe et à des précautions accessoires que nous allons décrire dans tous leurs détails.

Les parties saines qui entourent la tumeur hétérologue sont recouvertes de bandes de toile larges d'un pouce et demi à deux pouces, et enduites d'une pommade au chloroforme, composée comme il suit :

Chloroforme.	4 grammes.
Axonge, ou mieux onguent rosat. . .	30 —

La pâte spécifique est ensuite étendue sur des compresses à une épaisseur variable et appliquée doucement sur la partie malade. On doit, à ce moment de l'opération, user des précautions que nous avons déjà signalées à propos de la manipulation pharmaceutique, et tenir le malade près d'une fenêtre ouverte, pour éviter l'action nuisible des vapeurs de chlore. La pâte n'est donc plus étendue sur une compresse unique de la grandeur de la lésion, mais sur de petits morceaux de linge juxtaposés ou même imbriqués, de manière à établir un contact plus intime avec les parties sous-jacentes. L'application de la pâte ne doit pas porter jusqu'aux parties saines, son action se propageant souvent dans un espace d'une à deux lignes.

Lorsque le pansement a été ainsi fait, on le recouvre d'un plumasseau de charpie et d'une couche de compresses maintenues par des bandes de diachylon.

A une sensation de chaleur assez vive, succèdent bientôt des douleurs souvent très intenses, qui durent de quatre à six heures ou même au delà, et sont combattues simplement par la potion suivante :

Liqueur anodine minérale d'Hoffmann.	4	grammes.
Laudanum de Sydenham.	4	—
Sirop d'écorces d'oranges.	60	—
Eau distillée.	100	—

Une cuillerée à bouche toutes les heures, pendant la durée des douleurs vives.

La pâte, qui restait autrefois ainsi appliquée de dix à quinze jours, n'est pas maintenue le plus souvent au delà de vingt-quatre heures. En levant l'appareil, on trouve presque toujours une ligne de démarcation qui sépare les portions saines des parties altérées; la tumeur elle-même est en partie blanchâtre, en partie rougeâtre, ou marbrée de jaune et de bleu. On remplace le caustique par des cataplasmes de mie de pain, de feuilles de laitue, ou par des compresses enduites d'onguent basilicon, qu'on renouvelle toutes les trois heures jusqu'à ce que l'escarre soit détachée. La douleur va toujours diminuant, si elle n'a pas complètement disparu, à mesure que la mortification fait des progrès. La ligne de démarcation devient de jour en jour plus manifeste; vers le quatrième ou le cinquième jour, la portion cautérisée commence à se soulever, et, du huitième au quinzième jour, elle se détache ou s'enlève sans douleur, à l'aide d'une pince, laissant à découvert une surface suppurante sécrétant un pus de bonne qualité, et tapissée de granulations louables. S'il reste quelques points d'un aspect moins satisfaisant ou présentant encore des traces de l'altération première, on réapplique un peu de pâte caustique.

La plaie, d'ailleurs, est pansée suivant les règles suivies pour le traitement des ulcères simples, soit avec du linge fenêtré enduit de cérat, soit avec des onguens balsamiques, soit même, si la suppuration se fait trop lentement, avec de la charpie imbibée de la solution suivante :

Chlorure de brome, de.	20 à 30 gouttes.	
Eau de Goulard, de.	4 à 8 grammes.	
Eau distillée.	500	—

Dans la plupart des cas, la guérison a lieu rapidement; la cicatrisation s'effectue de la circonférence au centre, il ne survient pas de complications, et la cicatrice rappelle celle qui succède à une blessure par arme tranchante. L'état général est très satisfaisant, sans que le docteur Landolfi ait rien changé au régime habituel des malades; les cancéreux, pour lesquels il n'y a pas lieu d'espérer une guérison réelle, éprouvent un notable soulagement. Malgré l'intensité parfois assez grande de la douleur locale, on n'a pas à constater de réaction fébrile.

Les faits que nous venons d'indiquer sont uniformément consignés par tous les observateurs qui ont suivi les expériences, à quelque point de vue qu'ils se soient placés, et ils se présentent avec la garantie des autorités les plus recommandables.

Quant au traitement intérieur, nous avons dit que le professeur de Naples le considérait comme un adjuvant, auquel il n'était pas toujours nécessaire de recourir. Il admet que la modification produite par le chlorure de brome employé à l'extérieur n'est pas seulement locale, mais qu'il y a également absorption par la peau ou par la plaie de la substance spécifique. C'est à titre de complément de la cure et pour prévenir les récidives qu'il prescrit surtout la préparation interne dont voici les formules :

Chlorure de brome.	2 gouttes.
Poudre de semences de phellandrie.	1 gramme 50 cent.
Extrait de ciguë.	0,80 centig.

Mêlez, et divisez en pilules n° 20; à prendre une pilule par jour pendant deux mois, et après deux mois, 2 pilules.

Chlorure de brome.	0,10 centig.
Poudre de semences de phellandrie.	1 gramme.
Extrait de ciguë ou d'aconit. . . .	0,50 centig.

Mêlez, et divisez en pilules n° 10; à prendre une le matin, une le soir, pendant six mois.

Enfin, dans les affections cancéreuses de l'utérus, lorsque les cancers des parties plus facilement accessibles sont trop étendus pour être cautérisés, lorsque la cachexie cancéreuse est portée au plus haut degré, on emploie la solution suivante, comme modificateur local :

Chlorure de brome.	10 à 20 gouttes.
Eau distillée	500 grammes.

Nous avons exposé avec les plus minutieux développemens le manuel opératoire tel qu'il a été pratiqué par le professeur Landolfi, et les préparations pharmaceutiques auxquelles il a eu recours, ouvrant ainsi la voie à toutes les expérimentations contradictoires; ce serait peu que d'avoir indiqué ces procédés, si nous ne cherchions en même temps, à l'aide des observations publiées, à en apprécier sommairement la valeur.

Notre but n'est pas, nous l'avons déjà dit, d'ouvrir ici une discussion dont les élémens, nous feraient défaut; c'est une tâche que nous laissons à la commission, dont personne ne suspectera le savoir ou l'honorabilité. Mais la défiance est si légitime quand il s'agit d'une médication spécifique, les moindres apparences de l'assentiment sont si dangereuses, qu'il est de devoir, avant d'essayer quelqu'une de ces méthodes, de s'assurer au moins du terrain sur lequel on prend pied.

La première question à se poser est celle de l'innocuité de la médication. Les témoignages, sous ce rapport, sont si univoques, qu'ils commandent la conviction; aucun des observateurs plus ou moins bienveillans qui ont suivi de près les essais en Italie ou en Allemagne n'a noté d'accident grave provoqué par la médication. Or les faits se comptent par centaines. L'inflammation locale éliminatrice ne dépasse pas les bornes que lui assigne l'opérateur, la réaction générale est nulle ou insignifiante; tous s'accordent à dire que les malades ont été soulagés; qu'ils n'ont rien perdu de leur appétit, de leurs forces, de leur sommeil; qu'ils ont, au contraire, dès les premiers jours, gagné une certaine alacrité. Cette première donnée, qui nous semble incontestable, suffit pour rassurer la conscience des expérimentateurs; elle légitime parfaitement les mesures prises par les diverses administrations hospitalières qui ont facilité au professeur les moyens de propager son mode de traitement.

La seconde question est plus délicate. Les tumeurs traitées par le docteur Landolfi étaient-elles bien de nature cancéreuse? N'y a-t-il pas eu là, pour expliquer un prétendu succès, des erreurs de diagnostic comme on en pratique trop souvent lorsqu'on a à patroner une méthode curative. Jamais époque ne fut moins disposée à accueillir avec une placide complaisance des cancers diagnostiqués à la hâte et pour les besoins d'une cause. Si les opinions définitives ne sont pas toutes uniformes, ou s'accorde sans réserve sur la nécessité d'examiner de près, et de ne pas s'en fier aux apparences, Il nous semble plus que probable que, parmi les malades soumis au traitement, des tumeurs et des ulcérations de toute nature ont dû être confondues sous une dénomination trop facilement généralisée; les descriptions ne sont pas toutes, il s'en faut, tellement explicites, que nous ne conservions des doutes sur la plupart des cas auxquels se rapportent les plus éminens succès. Le docteur Landolfi a, comme tous les inventeurs, trouvé à côté des sceptiques des partisans prompts à l'enthousiasme, et, par conséquent, enclins à grossir les mérites de la découverte en amplifiant la gravité de la maladie; mais, quelles que soient les limites assez étroites de notre confiance, nous nous associons volontiers aux réflexions judicieuses du docteur Calderini. Si l'expérience sérieusement instituée ne prouve pas qu'on ait encore entre les mains un spécifique du cancer, les observations autorisent à croire que la médication conseillée par le docteur Landolfi remplit des indications précieuses; qu'elle guérit, sans faire courir de danger aux malades, des tumeurs et des ulcérations d'une curation jusque-là périlleuse ou délicate; qu'elle fournit au chirurgien un modificateur d'une grande puissance en même temps que d'une grande sûreté, qu'elle améliore des plaies contre lesquelles l'art manquait même de palliatifs; qu'elle mérite enfin à son auteur qu'on le distingue de la foule des inventeurs dont il ne reste rien d'utile, du jour où on a prouvé que leur panacée n'était ni spécifique ni infaillible.

Nous avons exprimé en toute franchise l'opinion à laquelle nous avons dû nous en tenir jusqu'à plus ample démonstration; mais, en ces sortes de choses, une opinion ne vaut pas un fait. Les statistiques seraient peut-être encore moins décisives; aussi nous avons tenu, malgré la longueur de cet exposé, à rapporter ici des observations. Les cas publiés ont été recueillis par des médecins qui paraissent sympathiques à la méthode, mais qui s'appuient sur des témoignages scientifiques; ils ont été trop récemment observés pour qu'il soit permis d'en tirer aucune conclusion légitime quant à la possibilité d'une récidive: aussi nous sommes-nous abstenu de parler de la valeur curative absolue du traitement, convaincu qu'il serait prématuré de porter aucune conclusion de ce genre et d'engager l'avenir. La médication de M. Landolfi ne peut être jugée que dans ses résultats actuels.

Le docteur de Brunn a été témoin des cures opérées dans la ville de Cothen, où le docteur Landolfi avait été appelé le 13 novembre 1853, pour donner des soins à une princesse de la famille régnante, et où il traita, dans l'espace de trois mois, environ 100 cancéreux. Parmi les observations qu'il rapporte, deux surtout méritent de fixer l'attention.

Dans la première, il s'agit d'une femme de 59 ans, atteinte d'une tumeur du sein, constatée par Meckel, de Berlin, et décrite ainsi par ce micrographe : La masse propre de la tumeur consiste dans un appareil réticulé, modérément pourvu de vaisseaux sanguins dans sa trame fibreuse, au milieu de laquelle on constate distinctement des mailles ou alvéoles remplies de cellules cancéreuses caractéristiques.

La tumeur, reconnue depuis un an environ et perdue d'abord dans une tuméfaction générale de la mamelle, s'était de plus en plus isolée; elle était dure au toucher, anguleuse, avait résisté aux divers moyens indiqués, et avait fini par s'ulcérer en formant une excoriation ichoreuse, à bords épais et soulevés. L'application de la pâte eut lieu le 14 novembre. — Le 25, l'escarre fut enlevée avec des pinces, sans hémorrhagie ni douleur; la plaie, n'étant pas jugée dans un état assez satisfaisant, fut soumise à de nouvelles applications du caustique jusqu'au 4 décembre. — Le 23 janvier, la plaie, transformée d'abord en une vaste caverne, est cicatrisée, sauf des excoriations du volume d'une lentille.

La seconde a trait à une femme de Berlin, âgée de 60 ans, affectée depuis vingt ans d'une tumeur dure, située au côté externe du sein gauche. Cette tumeur, ulcérée depuis sept ans, était très douloureuse, d'une odeur infecte, et donnait naissance à de fréquentes hémorrhagies; état presque constamment fébrile, débilité, abattement. A l'époque où le traitement est institué (23 novembre), l'ulcère s'étend jusqu'au bord de la cavité axillaire; il est long de 5 pouces, haut de 3. Les bords sont calleux, fortement adhérens; vers la limite postérieure, groupe de tumeurs noueuses laissant écouler de la sanie.

M. Landolfi diagnostique un fongus hématode; l'examen microscopique fait par Meckel indique un fongus médullaire. — Le 3 décembre, le fond de la plaie est net, couvert de granulations récentes; les bords restent durs et noueux. Nouvelle application du chlorure. — Le 15 décembre, les bourgeons charnus sont bien développés, les bords tendent à se rapprocher; il s'établit une cicatrice lisse et nette. L'état général s'est amélioré, le mieux fait de rapides progrès, et le 15 janvier la guérison est complète après vingt ans de maladie.

A Vienne, le docteur Landolfi, du commencement de juin à la fin de juillet, a traité également un grand nombre de cancéreux. L'auteur anonyme qui a entretenu la Société de médecine des résultats, cite 33 cas plus ou moins détaillés qu'il a observés lui-même et qui se décomposent ainsi : pseudoplasma des seins, 17 femmes; du nez, 4; cancer des lèvres, 2; d'autres parties du visage, 5; infiltration cancéreuse des ganglions axillaires, des côtes, de l'omoplate, 2; carcinome étendu des ganglions inguinaux, 1; cancer enkysté, 1.

Nous rapporterons quelques-unes des observations sans choix et d'après l'ordre chronologique du traitement.

I. — Femme de 40 ans, d'un bonne santé habituelle. Depuis deux ans, noyau induré dans le sein gauche, douloureux, augmentant assez rapidement de volume. D'autres tumeurs se sont développées; les ganglions axillaires sont engorgés. Le nombre des nouvelles tumeurs, qui varient entre la grosseur d'un pois et celle d'une noisette, est d'au moins une vingtaine; la peau n'est pas altérée. Le docteur Wattmann, consulté, refuse l'opération et pose pour diagnostic un fongus médullaire en grappe (*fongus medullaris racemosus*). Au moment du traitement, on constate particulièrement trois tumeurs de la grosseur d'un œuf de poule, ulcérées, laissant suinter une sanie infecte, d'un mauvais aspect; les lésions voisines ont également fait des progrès. État anémique, teint de couleur paille. Le docteur Landolfi entreprend la cure à titre de palliatif et sans se promettre autre chose que de consoler la malade.

Le 9 juin, application partielle de la pâte. Vers onze heures du matin, douleurs vives jusqu'à cinq heures du soir, très supportables jusqu'à quatre heures du matin; légère perte de sang, qui s'arrête d'elle-même.

Le lendemain, la malade, malgré la persistance de la douleur, peut se lever; pouls normal, bon appétit. La patiente a assez de courage pour solliciter une nouvelle application du caustique, qui a lieu en effet.

Le 19 juin, en levant l'appareil, une partie, de la grosseur d'une pomme, se détache sans douleur, sans hémorrhagie; soumise à l'examen du professeur Bokytansky, elle est reconnue formée par un cancer encéphaloïde.

La pâte est encore employée quatre ou cinq fois, et chaque fois avec une nouvelle ablation d'une partie mortifiée; la plaie est pansée avec l'onguent basilicon. La malade se trouve notablement améliorée, mais elle n'est pas guérie, et la guérison paraît peu probable.

II. — A..., homme de 38 à 40 ans. Tumeurs indurées, douloureuses, dans l'aisselle droite, s'étendant en avant jusqu'a la cinquième côte, à laquelle elles adhèrent; induration analogue à l'olécrâne, tuméfaction considérable de tout le bras et même de la main, ainsi que de l'épaule. Il y a deux ans que quelques-unes de ces tumeurs ont été déjà extirpées par un chirurgien. L'opération a amené un soulagement momentané; la lésion n'a pas tardé à marcher avec une nouvelle violence. Aspect général du malade mauvais; teint pâle, terreux. A la percussion, matité à droite, en arrière et en haut; râles muqueux. Malgré ces déplorables conditions, le malade est soumis au traitement.

Le 9 juin, plusieurs tumeurs sont attaquées par la pâte; légère perte de sang, qui s'arrête spontanément. Le docteur Landolfi ne donne aucun espoir.

Après quelques jours, les parties mortifiées se détachent; elles sont constituées par un cancer encéphaloïde. Les plaies guérissent lentement, mais guérissent; la tuméfaction du bras persiste; les noyaux adhérens aux os n'ont pas été traités. Le malade est encore en traitement; la guérison reste au moins douteuse.

III. — Femme de 72. Hémiplégie droite, tumeur hétérologue du sein droit suppurée, large de 4 pouces, épaisse de deux pouces environ. La cautérisation est essayée seulement par parties, à cause de l'âge et de l'état d'infirmité de la malade.

Le 11 juin, première application.

Le 19, une partie mortifiée, de la grosseur d'une pomme, se détache; plaie suppurante de belle qualité. La tumeur, examinée par les professeurs Rokitansky et Wedl, est un *cystosarcoma phyllodes*.

Les 20, 21, et 1er juillet, applications du caustique suivies du même résultat. A la fin de juillet, la malade est délivrée d'un mal qu'elle porte depuis trente-deux ans; son état général est satisfaisant. Elle n'a pas éprouvé, dans tout le cours du traitement, la moindre réaction fébrile.

IV. — Femme de 64 ans; tumeur cancéreuse du sein droit datant de quatre ans, parvenue graduellement à la grosseur du poing, ulcérée depuis le mois de novembre. — Le 12 juin, emploi du caustique. — Le 21, toute la masse tombe; elle est formée, d'après Rokitansky et Wedl, par un cancer fibreux. La plaie est complétement fermée le 20 juillet.

V. — Femme de 40 ans, souffrant depuis douze ans d'un lupus à la joue droite, s'étendant jusqu'au petit lobe de l'oreille. Déjà deux cautérisations ont été pratiquées sans succès. Le docteur Landolfi applique une pâte composée de chlorure de brome, 4 grammes; onguent basilicon, 30 grammes. Au bout de douze jours, la partie mortifiée se détache; il reste une plaie, qu'on panse pendant trois semaines d'abord avec le baume de Sainte-Geneviève, et ensuite avec la solution suivante: chlorure de brome, 20 gouttes; eau distillée, 500 grammes; acétate de plomb (solution saturée), 4 grammes. Cicatrisation parfaite au bout de ce laps de temps.

VI. — Femme de 50 ans, tuberculeuse, amaurotique depuis dix-huit ans, atteinte depuis deux ans d'un lupus occupant les deux ailes du nez, s'étendant jusqu'à l'angle interne de l'œil d'un côté, extrêmement douloureux, déjà cautérisé sans succès par un médecin de la ville. Même traitement et même résultat avantageux que dans le cas précédent.

VII. — Femme de 40 ans, portant, d'après son dire, depuis vingt ans, un noyau induré dans le sein gauche, lequel s'est développé rapidement en causant des douleurs vives. Extirpation, à l'aide de l'instrument tranchant, par le professeur Dumreicher, le 13 avril. La plaie n'est pas encore guérie, qu'un nouveau bouton cancéreux plus gros et plus douloureux se montre; il acquiert bientôt le volume d'une pomme. Quelques ganglions sous-axillaires sont infiltrés; le mouvement de la main gauche est difficile.

Le 14 juin, application de la pâte sans chlorure d'or.

Le 23, la partie atteinte par le caustique tombe, et est reconnue par le professeur Bokitansky comme encéphaloïde; quelques points suspects sont de nouveau cautérisés. Les ganglions diminuent et disparaissent, en même temps que la plaie se guérit à la fin de juillet; la main a recouvré sa mobilité. La santé est bonne; malheureusement cette malade n'a été revue qu'une douzaine de jours après la guérison; il n'y avait, à cette époque, pas de traces de récidive.

VIII. — Homme de 30 ans. Ablation du testicule droit cancéreux il y a un an et demi; tumeur fongueuse du testicule gauche s'étendant dans la région inguinale droite et formant un gâteau de la dimension d'une assiette; pas de douleur. Le traitement est essayé inutilement; aucune portion ne se détache.

IX. — Femme de 43 ans. Tumeur bosselée, dure, du sein droit, durant depuis vingt-quatre ans; quatre masses, de la grosseur d'un œuf d'oie, situées autour du mamelon, très douloureuses. La pâte est appliquée, sans chlorure d'or, le 20 juin. — Le 28, une des tumeurs se détache, et est caractérisée par le professeur Rokitansky de cystosarcome; successivement les autres tumeurs sont enlevées par la même méthode, en ménageant le mamelon, resté sain. La plaie, réduite à la dimension de 1 franc, est en voie de guérison prochaine. La malade se sent bien portante; les douleurs ont cessé.

Ces exemples, qu'il serait inutile de multiplier, suffiront pour donner une idée du traitement, pour en démontrer l'innocuité dans tous les cas, l'efficacité dans certaines circonstances. Les autres faits, rapportés dans les recueils allemands ou italiens, n'ajouteraient aucun élément nouveau et ne feraient que confirmer ce que les observations précédentes donnent à savoir ou à pressentir. Un mot seulement en terminant. On a prêté au docteur Landolfi la prétention de guérir tous les cancers à l'aide de son procédé; nous ignorons si telle est aujourd'hui la confiance de l'inventeur, mais nous pouvons dire que, dans ses communications antérieures, rien n'autorise à lui supposer une présomption si malheureusement insoutenable.

Ch. LASÈGUE.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 54. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 8 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An........... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :

Rue du Faubourg-Montmartre, 56,

A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

LE VITALISME ORGANIQUE.

INTRODUCTION AU COURS DE CLINIQUE GÉNÉRALE FAIT A L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

Par M. le docteur PIDOUX.

(Ainsi que nous l'avons annoncé, M. Pidoux a ouvert un cours de clinique à l'hôpital Lariboisière. Nous félicitons notre savant confrère, et nous croyons qu'il n'aura qu'à se féliciter lui-même d'avoir soumis ses idées doctrinales et ses vues pratiques à l'épreuve d'un enseignement public. Nous publions aujourd'hui la première leçon de ce cours, dans laquelle M. Pidoux a résumé, en les concentrant beaucoup, quelques-unes de ses opinions en philosophie médicale. Adhérens ou opposans à ces opinions, tout le monde reconnaîtra, sans doute, que le cours de M. Pidoux constitue un enseignement neuf, original, élevé, d'une indépendance d'idées et d'une liberté d'exposition dont l'esprit médical est tant soit peu déshabitué.

Nous pensons que nos lecteurs liront avec intérêt cette leçon d'introduction, et qu'ils nous sauront gré de publier aussi quelques-unes des leçons que M. Pidoux doit faire tous les mercredis.

De même que nous n'avons fait aucune réserve ni sur le discours de M. Parchappe, ni sur l'article de notre cher et honoré collaborateur, M. Aran, que nous avons publié mardi dernier, de même nous ne ferons aucune réflexion sur les considérations présentées par M. Pidoux. Fidèle à nos antécédens, nous laissons à l'UNION MÉDICALE son caractère de journal libre et accessible à toutes les opinions consciencieuses et véritablement scientifiques. Des travaux de ce genre, d'ailleurs, n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Quand nous aurons à exposer nos opinions personnelles, nous serons bien aise de profiter aussi pour nous-même, et ce ne sera que justice, de cette liberté que nous accordons à tous ceux qui nous la demandent. — Amédée LATOUR.)

Le vitalisme, Messieurs, a retenti très fort à vos oreillles depuis quelque temps. L'atmosphère médicale est encore toute pénétrée de ce mot. Cela prouve au moins qu'il est inévitable. Il l'est, en effet, comme le mot vie. Tous deux resteront dans la langue aussi longtemps que les choses qu'ils expriment se produiront dans la nature et dans l'esprit. Or, ces choses sont bien les plus réelles, les plus universelles, les mieux senties, sinon les mieux comprises, qui existent dans le domaine de l'observation et de la pensée.

Et pourtant, le vitalisme n'est, jusqu'à présent, qu'à l'état d'instinct et de sens commun. La science ne s'y est pas encore élevée. Ni Paris, ni Montpellier ne peuvent se flatter d'y conduire ; et il ne naîtra pas plus de la fusion de ces deux Écoles, que la vérité, de l'union de deux erreurs.

Toutefois, il y a des erreurs mortes et desséchées et des erreurs vivaces et fertiles. Montpellier représente un noble passé, mais Montpellier paraît bien mort. Paris, lui, est plein d'avenir. En dehors de l'École, ou plutôt, de la Faculté, — qui n'existe que par la protection de l'État, — il y a du mouvement en détail, il y a du travail individuel, des matériaux de vie et de progrès, quoique épars et sans lien. La pensée en est absente, c'est vrai ; mais le besoin d'observer, une ardeur inquiète à fouiller les corps, le génie industriel du siècle, si vous voulez, aiguillonnent des milliers d'observateurs et poussent comme un démon à prendre tout d'abord possession matérielle des choses ; et tandis qu'à Montpellier on n'agite plus que des mots, à Paris on remue des faits. Le sensualisme, le Baconisme, sont, n'en doutez pas, le fonds commun des deux Écoles ; mais nos faits sont gros d'espérances et ils déborderont de fruits au jour d'une renaissance philosophique ; au contraire, l'ontologie des successeurs de Barthez n'est plus bonne qu'à draper provisoirement les nudités grossières de notre médecine physico-chimique. C'est un soin pieux qui mérite notre plus respectueuse gratitude.

La gloire de Montpellier, Messieurs, et elle peut suffire à une grande École, c'est d'avoir toujours combattu et avec une immortelle distinction, pour l'indépendance scientifique de la médecine. A Paris, cette indépendance est complétement foulée aux pieds. L'art seul ou la profession proteste, mais proteste insurmontablement contre la servitude que nous imposent les sciences auxiliaires. Quoi qu'il en soit, je ne redoute pas cette oppression pour l'avenir. Les progrès incessans de ces sciences les détrôneront elles-mêmes. En attendant, elles préparent l'affranchissement de la médecine. Montpellier l'aura préconisé ; Paris le réalisera.

Je voudrais m'arrêter ici, Messieurs. Ce n'est pas un cours de philosophie médicale que vous êtes venus entendre. De sitôt on ne pourra réveiller l'intérêt public pour ces questions capitales. Il y en a pour longtemps du dégoût, bien mérité, ma foi, qu'a soulevé la manière...... dont elles viennent d'être traitées dans les hautes régions du savoir officiel. D'ailleurs, je suis pressé moi-même de satisfaire votre besoin de réalités cliniques.

Encore quelques mots, Messieurs.

Ne séparons pas le général du particulier, ni les principes des faits, même en clinique, surtout en clinique, car la clinique, c'est le lieu des maladies comme elles sont. Que nous présente, en effet, la clinique ? L'unité et les parties de la maladie fondues ensemble. Voilà bien les choses comme elles sont. Et devant cela, que fait la scolastique, elle, ce fléau des sciences ? Elle veut toujours diviser ce que la nature a uni. Voyez plutôt. Montpellier n'offre à ses élèves qu'une unité morbide vague et insaisissable, séparée, si je peux ainsi dire, de tout nombre et de toute quantité pathologiques, une maladie non organisée. Paris ne leur montre qu'altérations de parties, que ce qui, dans les maladies, tombe sous les cinq sens : les couleurs, les saveurs, les configurations, les odeurs, les températures, les déplacemens, les poids et les bruits des maladies. Est-il permis, Messieurs, de blesser l'oreille et le bon sens par de telles locutions et des rapprochemens d'idées et de choses si hétérodoxes ! Les couleurs et les bruits des maladies !.. (1). On sent que cela est absurde ; mais la science n'est

(1) Ce n'est pas que les maladies ne puissent se manifester et ne se manifestent, en effet, par tous ces phénomènes. Mais à la faveur d'un aristotélisme ou d'une manie d'abstraire qui ôte la vie à toutes choses, on en est venu à considérer les signes des maladies, indépendamment de leurs causes, et dès lors, comme des phénomènes physiques ; lorsqu'au contraire, inséparables de la vie, et n'étant que celle-ci développée, ils sont essentiellement vitaux.

La chaleur fébrile, considérée d'une manière abstraite et appréciée par le thermomètre, n'est que du calorique en général, et, par cet artifice, elle tombe, je l'avoue, dans le domaine de la physique. Mais c'est l'expérimentateur et non la nature qui l'a faite ainsi. La chaleur vitale est d'un autre ordre que la chaleur physique, — quoiqu'elle en conserve les propriétés générales, — et porte avec elle une toute autre signification. Elle a des rapports, des lois de production, d'émission et d'équilibre différens de ceux de la chaleur inorganique.

Les bruits du cœur ne sont pas des bruits physiques. Je les tiens pour vitaux, parce qu'ils sont le produit des vibrations vivantes d'un corps animé, comme les bruits physiques, des vibrations d'un corps inerte. Cela met entre eux la même différence qu'entre leurs causes. On les confond pourtant ; et je ferai voir que, de cette confusion, dépendent les contradictions vaines et les disputes stériles qui absorbent depuis vingt ans une regrettable somme de veilles et de talent.

Le mouvement musculaire abstrait n'a plus rien de réel en physiologie, et ne relève plus que du mathématicien qui a fait sur son compte assez de tours de force

Feuilleton.

MORSURE DES SERPENS VENIMEUX ; — VIPÈRE.

Par M. TIXIER.

(Cette note intéressante est extraite du compte-rendu des travaux de la Société médicale de Gannat, rédigés par M. le docteur Gilliot, son secrétaire.)

Voyageur aux terres lointaines, M. Tixier, sous cette forme séduisante que revêtent ses travaux, vous a fourni, dans deux lectures successives, de précieux renseignemens sur la morsure des serpens venimeux des deux hémisphères. Il a su, avec un talent de fine observation, faire sur les mœurs des peuplades qui habitent les bords des rivières Rouge et Arkansas, et sur l'état de la médecine dans ces contrées, où il a longtemps vécu, des remarques qui ont donné par deux fois à vos séances un air de piquante originalité. Deux feuilles tombées d'un album de voyage sont donc devenues pour la Société une bonne fortune : parcourons la première.

M. Tixier n'a pas voulu faire l'histoire complète des mœurs de la vipère, il s'est proposé seulement d'indiquer quelques particularités, de rapprocher les lésions produites par la morsure de notre vipère, et par celle des grands serpens exotiques ; car ces accidens sont identiques, et les différences qu'on remarque sont dues seulement à la puissance du venin, à l'influence plus ou moins grande que la saison, le climat ont sur l'intensité des phénomènes.

C'est parce qu'on a incomplétement observé les mœurs de la vipère, seul serpent venimeux de nos contrées, et qu'on la cherche dans les lieux qu'elle n'habite que par exception, qu'on la croit beaucoup plus rare qu'elle n'est. Comme les grandes espèces de l'Inde et de l'Amérique, la vipère ne s'arrête qu'en passant dans les lieux secs. Le bord des ruisseaux ombragés, les bois exposés au midi où se trouvent des sources et des eaux stagnantes, sont des endroits que la vipère choisit de préférence pour son habitation.

Les grands reptiles ont disparu de notre globe, lorsque la chaleur s'est abaissée, lorsque l'évaporation a amené la sécheresse. Les conditions nécessaires à leur existence venant à disparaître, ils ont fait place à d'autres organisations ; ils n'est donc pas étonnant que les serpens qui vivent encore aujourd'hui, recherchent la chaleur et l'humidité : le nombre et la taille des ophidiens sont en rapport avec ces deux conditions ; ceux que l'on rencontre sur des terrains secs, à part leur temps de chasse ou de migration, sont, au moins, à portée d'arbres ou de rochers qui donnent de la fraîcheur. M. Tixier a trouvé des vipères depuis les gorges d'Apremont jusqu'à la chaîne des Monts-Dore, aux environs des grandes tourbières du versant qui regarde le sud.

Les caractères spécifiques de la vipère sont parfaitement déterminés ; mais, chez elle, les formes génériques de trigonocéphales sont peu accusées ; aussi est-elle le moins dangereux des reptiles de cette race. Il n'est pas hors de propos de faire observer que ce type est d'autant plus saillant dans une espèce venimeuse, que le poison dont elle est pourvue est plus violent et plus dangereux.

Après ces considérations générales, M. Tixier aborde la partie anatomique, il nous fait voir les serpens venimeux armés de plusieurs paires de crochets mobiles, couchés en arrière à l'état de repos, contre la mâchoire supérieure, et renfermés dans un repli très marqué de la muqueuse buccale. On sait que ces crochets sont formés d'une substance éburnée, roulée en cornets, et renfermant un canal intérieur, qui, dans l'action de mordre, sert de conducteur au venin qui est ainsi déposé dans la plaie. La paire antérieure a la forme d'une dent très fine, acérée, légèrement conique, à convexité antérieure. Les paires postérieures au nombre d'une et le plus souvent de deux, restent ordinairement rudimentaires jusqu'à ce qu'un accident ait fait disparaître la première.

La blessure faite par la vipère est plutôt le résultat d'un coup frappé par la tête et la mâchoire supérieure, qu'une morsure véritable. Pour qu'il y eût morsure, en effet, il faudrait que la mâchoire supérieure trouvât sur l'inférieure un point d'appui ; or, chez les grands trigonocéphales, on trouve la mâchoire inférieure formée de deux maxillaires largement séparés l'un de l'autre, ce qui rend impossible la résistance qu'elle devrait opposer à la mâchoire supérieure. Ces maxillaires sont réunis seulement par des ligamens, et les écailles cornées qui bordent toute la gueule du reptile. Admirable disposition, qui permet une excessive dilatation de la gueule, et le passage des corps énormes que les ophidiens engloutissent sans mâcher.

Les accidens causés par la morsure des vipères sont heureusement assez rares, cela tient surtout à la lâcheté, à la lenteur de la plupart des serpens venimeux ; car il faut que la crotale que l'on dit si terrible, soit presque heurté par l'homme pour qu'il ose le frapper. Il fuit, au contraire, pour peu qu'on le regarde en face, et qu'on sache braver sans sourciller son prétendu regard fascinateur. C'est surtout au printemps que les morsures de ces serpens sont dangereuses, parce que leur long engourdissement d'hiver, a permis l'accumulation, et par suite la concentration de leur venin : le printemps d'ailleurs, est, comme chez la plupart des animaux, l'époque de leurs amours.

La morsure des serpens produit des phénomènes nerveux et asthéniques. Dans les cas peu graves, on les explique avec raison par l'absorption du venin ; mais lorsque la mort est instantanée, on ne peut comprendre la destruction subite du blessé, qu'en admettant comme cause une épouvantable perturbation du système nerveux.

L'action du venin de la vipère se fait sentir immédiatement. Les accidens locaux sont primitifs et consécutifs. Les premiers, qu'on peut diviser en deux séries : 1° apparition des symptômes bornés aux environs de la plaie ; 2° aggravation et extension, ont seul un caractère spécial. Les seconds rentrent dans la classe des lésions consécutives que tout autre accident aurait pu amener.

Voici l'énumération rapide des symptômes essentiels : 1° petite plaie ordinairement double, ressemblant à une piqûre d'où s'écoule parfois une gouttelette de sang ; douleurs vives, brûlantes, suivant quelquefois le trajet des nerfs ; sentiment de froid, engourdissement de la partie blessée, comparable à celle que cause une plaie récente d'arme à feu. A l'exception d'une légère tuméfaction, il n'y a pour ainsi dire dans

pas si difficile que le bon sens. Elle prend les signes physiques de la maladie pour la maladie même : — la maladie, Messieurs, qui est le mal senti et vivant; — elle prend l'anatomie du cadavre pathologique pour la pathologie même. Et puis, quand elle a ainsi tué la maladie pour la mieux voir, elle la ranime extérieurement par quelque *Deus ex machinâ*, par une âme ou par un principe vital, qui ont l'air d'être inventés tout exprès pour protéger la médecine anatomique. Montpellier prête un instant sa vie sans organes aux organes sans vie de Paris, et de ces deux abstractions on forme une réalité scolastique très commode pour l'argumentation.

Telle est la seule fusion possible des deux Écoles. On la cherche dévotement et avec une bonne foi risible, comme l'homme monté sur son âne et qui s'en va le chercher bien loin....

La clinique vous fera voir, peut-être, Messieurs, mais sans éclectisme — ce scepticisme savant — sans les contradictions de vos maîtres, ces deux élémens, l'activité et la quantité des maladies, leur vie et leur matière, leur unité dans leurs déterminations multiples et leurs localisations diverses; la clinique vous montrera, dis-je, ces deux élémens dans une dépendance essentielle l'un de l'autre, et aussi nécessaires à la constitution de toute maladie qu'à celle de tout être et de tout organisme, le mal vivant et sensible, ou la maladie, n'étant, après tout, qu'une manière d'être anormale et parasitique de l'économie animale. Vous verrez alors à la lumière de l'embryogénie, de l'anatomie comparée et du sens vital — que je vous apprendrai plus tard à consulter comme l'inspirateur du tact pratique, — vous verrez, que toutes les conceptions animistes ou pneumatistes qui font les organes mus extérieurement par des forces distinctes de la matière, sont des romans faciles renouvelés des Grecs et du moyen-âge, qui doivent s'évanouir enfin devant la restitution de l'âme au domaine de la raison et de la liberté par Descartes, et devant la restitution de l'organisme animal au domaine de la sensibilité et de l'irritabilité, au domaine de la spontanéité vitale par Haller. Cette spontanéité instinctive est aussi essentielle à la matière chez l'animal, que la liberté à l'âme humaine ; je veux dire, que les propriétés spontanément représentatives et affectives de notre corps lui sont innées, et sont aussi essentielles à la matière dont il est composé, tant que cette matière vit en lui, que les idées générales et les sentimens moraux primitifs sont innés et essentiels à notre âme. Reconnaissons donc une activité particulière essentielle à tous les corps comme à tous les êtres, qu'ils soient matériels ou immatériels, et affirmons du même coup, que la vie n'est pas moins substantiellement inhérente aux corps organisés, que la pensée à l'esprit, la pesanteur à la pierre, et la chaleur au fer incandescent.

Enfin, Messieurs, gardons-nous religieusement d'introduire dans la clinique les méthodes de l'histoire naturelle. Sachons, et on peut le démontrer cliniquement, que la maladie n'est pas essentielle à l'organisme, n'est pas naturelle à l'homme ; que les propriétés morbides dont elle se forme, sont inférieures et dégénérées par rapport aux propriétés vitales saines et physiologiques, et que celles-ci sont susceptibles de recouvrer une partie de leur vigueur primitive sous l'influence des forces réparatrices de la civilisation moderne.

On abuse du diagnostic, parce qu'on en fait un but. Le diagnostic cherché pour lui-même peut être exact en histoire naturelle, mais il est une erreur en médecine, car il ne contient pas le pronostic. Le pronostic, auquel, après tout, l'art force bien d'en venir, n'est pas contenu, je le répète, dans le diagnostic systématique de l'École de Paris ; il n'en est jamais tiré logiquement. Ses raisons ne sont pas puisées dans la science. Il en est ainsi de l'indication thérapeutique. Elle se prend en dehors des principes pathologiques de l'École. C'est une affaire de bon sens, de tact, d'expérience, de tradition, non de science. Cela est si vrai, qu'il n'y a aucun rapport entre les théories pathologiques qu'on vous enseigne, et celles que supposerait la pratique d'un grand médecin. Ah ! c'est que le pronostic et l'indication thérapeutique sont la médecine même, et que la médecine ne repose jusqu'à présent que sur des fondemens étrangers et non sur ses bases propres.

Il y a plus, Messieurs : Notre vieux pronostic lui-même, quelque brillant qu'il soit, manque encore de jour et d'étendue. Oui : Renfermé dans le cas individuel, il n'est jamais profond ; il n'atteint pas, il ne peut atteindre à la connaissance générale d'une maladie donnée. Il faut pour cela que, franchissant l'individu, il s'étende à l'espèce, dans tous les lieux et dans tous les temps. Il faut que le pronostic du cas particulier qu'on a sous les yeux soit contenu dans un pronostic plus général, et soit porté, non seulement au point de vue de l'individu, mais au point de vue de telle ou telle espèce nosologique prise comme une seule maladie, affectant l'espèce humaine prise comme un seul homme. Pourquoi, Messieurs ? Parce que de même que dans l'individu, la maladie n'est jamais, mais qu'elle devient toujours; qu'elle n'est à aucun moment un fait accompli comme en histoire naturelle, mais une action qui s'accomplit et se développe continuellement ; de même, une maladie, considérée dans l'espèce humaine, est un fait général qui, tout en restant le même au fond, marche pourtant d'une manière plus ou moins régulière, et peut avoir, tout comme une maladie individuelle, son début, son accroissement, sa période stationnaire, sa décroissance, et, si je peux ainsi dire, sa convalescence et sa guérison. L'histoire de la médecine nous fournit l'exemple de maladies qui ont paru et disparu dans les âges. Celles qui nous restent, trop nombreuses, hélas ! tendent, n'en doutez pas, Messieurs, à s'adoucir progressivement. La clinique se plaît à nous montrer dans les maladies aiguës et chroniques, à côté des types graves et pernicieux, des types simples et bénins de plus en plus multipliés, comme pour nous annoncer ainsi sa puissance et ses fins. Et voilà pourquoi, dans un grand pronostic, la maladie individuelle doit n'apparaître que comme un élément, une manifestation, un symptôme, si je peux ainsi dire, relativement à la même maladie considérée comme une seule et unique affection dans l'espèce humaine, et pourquoi le pronostic individuel doit s'enraciner dans celui de l'espèce et y avoir sa raison dernière.

Ne voir la maladie que dans le présent et non dans le passé et l'avenir; voir une espèce pathologique, la fièvre typhoïde, par exemple, sans son rapport avec l'espèce humaine; ne pas la considérer avec celle-ci, dont elle n'est qu'une modification, comme un tout, comme une unité, comme une seule fièvre typhoïde, susceptible, ainsi que je le disais tout à l'heure, de s'atténuer et de guérir, peut-être, par les progrès indéfinis de l'hygiène publique et privée, morale et physique, c'est supposer implicitement que la maladie est fixe et immobile en nous comme une espèce créée, et qu'elle est attachée fatalement et sans espoir aux entrailles de l'humanité déchue. Il en résulte cette abomination de nos nosologies, que les types des maladies sont pris avec une sorte de complaisance dans les variétés les plus graves et les plus chargées, au lieu de l'être, à l'aide d'une sorte de pathologie comparée, dans les plus simples et les plus bénignes. Comme si ces dernières n'étaient pas les vrais types du médecin, ceux auxquels la nature, chaque jour restaurée par l'homme moderne, tend à ramener de plus en plus tous les cas de la même espèce ; ceux aussi, auxquels l'art, témoin des intentions de la vie (permettez-moi cette expression d'un de mes auteurs favoris, du grand Hunter), doit tendre à ramener de plus en plus les cas graves par ses efforts, appuyés sur ceux de la nature !

On a donc retourné l'esprit de la médecine ; car l'esprit de l'histoire naturelle qu'on vous fait absorber par tous les pores, est justement l'antipode de celui de la médecine. L'histoire naturelle doit, en effet, s'efforcer de développer, de perfectionner, ou plutôt de restaurer les espèces qu'elle étudie et qu'elle classe. La médecine, au contraire, doit travailler à réduire, à abâtardir, à atrophier le plus possible les espèces de ce règne parasitique qu'on nomme la pathologie. Cela prouve, en passant, que ces espèces n'en sont pas de véritables, et qu'il ne faut les comparer qu'avec beaucoup de restrictions à celles de l'histoire naturelle.

De cette erreur de ne considérer la maladie que dans l'individu et non dans l'humanité, est résultée aussi une thérapeutique expéditive et exterminatrice, favorisée de nos jours par une matière médicale dont les progrès de la chimie et de la physique accroissent à chaque instant la puissance et les facilités redoutables. On veut guérir vite et sans les forces de la vie. La thérapeutique n'a point de règles générales tirées de la nature des choses, c'est-à-dire des notions de la santé, de la maladie et de leurs rapports. Nous devrons chercher ensemble les vrais principes de l'*indication*, et ce sera une de mes préoccupations assidues. Le vitalisme n'est pas plus dans la thérapeutique que dans le diagnostic et l'étiologie. Il serait donc temps d'en parler académiquement un peu moins, et cliniquement, d'en faire un peu plus. Nous essayerons de le voir en chair et en os. L'enseignement le plus neuf et le plus éloquent du vitalisme organique, ce sera, je le répète, la vue des choses comme elles sont, sans les vains et épais intermédiaires de la scolastique. Mais, pour se préparer à cette vue simple et immédiate, il faut, par un acte vigoureux de doute méthodique, secouer les théories plus ou moins puériles où s'amusent les Écoles toujours éprises des nouveautés scientifiques du moment.

A la suite de cette allocution, M. Pidoux a exposé l'histoire de quelques sujets affectés de maladie de Bright couchés dans ses salles, et a présenté, sur cette intéressante affection, des considérations neuves et élevées qui l'éclairent d'un jour nouveau. Nous en donnerons la substance prochainement à nos lecteurs.

stériles. Pris comme il est, le physiologiste ne peut pas plus le calculer mathématiquement ou abstraction faite de la force musculaire, qu'un moraliste ne peut juger un acte humain indépendamment de la pensée et de l'intention qui l'ont produit.

Où donc serait la vie si elle n'était pas identifiée avec ses phénomènes, si elle n'était pas en eux comme eux en elle ? On veut donc toujours la placer en dehors ou au-dessus, dans une âme quelconque ! Encore une fois, c'est le meilleur moyen de livrer sans défense l'explication des phénomènes vitaux à la physique et à la chimie, car une force distincte de ce qu'elle anime, n'en peut changer la nature et l'espèce.

---

cette période aucune lésion appréciable, même lorsque la mort a été le résultat immédiat de la blessure.

2° Quelques instans après, on voit refroidissement plus intense; tuméfaction œdémateuse des environs de la plaie : la peau se colore d'une teinte livide, violacée, marbrée ; les vaisseaux et ganglions lymphatiques, les veines quelquefois s'engorgent et forment des cordons sensibles au toucher. Cet engourdissement des veines d'après le savant Fontana, serait dû à la coagulation du sang, produite par le venin, d'autres pensent qu'il y a seulement phlébite.

3° Enfin, si nul remède n'arrête le mal, si le venin a assez de puissance, il survient une inflammation de mauvaise nature, à laquelle succèdent les abcès multiples, le phlegmon diffus, la gangrène. Lorsque la mort n'est pas instantanée, on observe les mêmes périodes dans les accidens généraux : le blessé est abattu, sa face est terreuse, grippée, elle marque l'effroi. La peau est horripilante, couverte d'une sueur glacée. Il accuse un sentiment de froid qui le pénètre jusqu'au cœur. Il se plaint de tournoiemens de tête et de palpitations douloureuses. Le pouls est petit et serré ; il y a une tendance invincible au sommeil qui est traversé par des rêves pénibles. Avec augmentation des symptômes précédens, viennent ensuite l'injection des yeux, le larmoiement, quelquefois la perte momentanée de la vue; une prostration complète, la rougeur et la sécheresse de la langue ; une soif inextinguible, enfin la dyspnée. Dans la dernière période, surviennent les soubresauts des tendons, une agitation convulsive, des défécations involontaires, des vomissemens répétés. Le hoquet et les défaillances alternent avec d'affreuses convulsions que la mort ne tarde pas à arrêter. C'est surtout sur le système nerveux organique que paraît réagir l'empoisonnement local : la céphalalgie, la somnolence, les rêvasseries, le délire, n'arrivent que secondairement au trouble de la circulation, de la digestion, de la respiration, et par la connexité des deux systèmes nerveux. L'injection des yeux, la rougeur de la langue, la soif ardente, n'indiquent pas une inflammation essentielle ; car la petitesse, quelquefois l'absence du pouls, l'horripilation, le refroidissement, les sueurs glacées, ne permettent pas d'admettre un mouvement phlegmasique, et le succès incontestable des toniques locaux et généraux doit encore éloigner cette pensée.

La morsure de la vipère n'est pas, en général, un accident bien redoutable. Quand le blessé est vigoureux et que le serpent est sorti depuis longtemps de son sommeil d'hiver, on peut être assuré d'une guérison rapide. C'est surtout des incessantes déjections qu'on regarde comme le signe d'une destruction prochaine et inévitable que vient le péril sous les régions tropicales. La morsure des trigonocéphales exotiques se termine toujours par une large escarre que le traitement lui-même doit élargir encore. L'indication à remplir est précise : neutraliser le venin, s'opposer à son absorption, combattre les accidens. Si le pronostic est grave, le feu est le remède héroïque sur le tronc, sur un membre important ; l'ablation immédiate sur les doigts et les orteils, peut-être même sur la main et le pied surtout où le feu pourrait causer de fâcheuses complications : la moindre hésitation serait fatale. Il est rare que la morsure de notre vipère soit assez grave pour nécessiter l'emploi de ces remèdes violens : presser ou sucer la plaie, appliquer des ventouses longtemps renouvelées, débrider la blessure, cautériser avec le nitrate d'argent, l'ammoniaque, la potasse caustique, sont des moyens à employer ; mais encore à ces moyens, M. Tixier préfère l'application immédiate du cautère actuel, comme l'agent le plus prompt, le plus sûr, celui dont on peut le mieux diriger et maîtriser l'action.

La ligature d'un membre au-dessus de la plaie, lui paraît une pratique infidèle, quoique fort usitée et quelquefois dangereuse. A tous ces moyens, il faut faire succéder les émolliens et bien plus souvent les toniques, et encore mieux les affusions froides et les irrigations continues; car si l'inflammation se développe, elle aura toujours le caractère du phlegmon diffus. Il pourrait être dangereux d'avoir recours aux émissions sanguines chez un malade déjà abattu et en proie à des accidens nerveux, il est plus rationnel de combattre l'inflammation par l'eau froide, et l'érysipèle phlegmoneux par de larges débridemens. Les moyens généraux se rapportent surtout aux toniques et aux antispasmodiques. M. Tixier dit avoir obtenu un bon effet de l'eau-de-vie camphrée, prise en petite quantité par une jeune sauvage dont nous allons bientôt donner l'intéressante histoire. On parle d'un agent prophylactique et curatif dont on ne comprend pas le mode d'action : c'est l'huile d'olive administrée à l'intérieur. On avance même qu'un homme frotté de cette huile, mêlée à l'ammoniaque, peut impunément s'exposer à la morsure de la vipère. On sait que les Indiens de Coromandel bravent le terrible nageat, après s'être frictionné avec des citrons dont le jus pris à l'intérieur, serait, dans ce pays, un puissant préservatif. Faut-il croire à la spécificité de ce dernier moyen, M. Tixier n'en serait peut-être pas très éloigné, et le touchant épisode de son chien, compagnon fidèle de ses courses, mordu par une vipère, et traité heureusement par un breuvage composé d'huile d'olives, de jus de citron et d'eau-de-vie, nous laisse nous-même un peu indécis. Les sauvages qui habitent le sud de la Rivière Rouge, les Chactas surtout, sont très versés dans le traitement des morsures de serpens. Leur grand remède est la racine fraîche de cotonnier ; ils la pilent, en extraient le jus qu'ils font boire aux blessés, et appliquent la pulpe écrasée sur la plaie. Il faut bien admettre qu'ils connaissent des moyens sûrs ; car, dans leurs chasses, dans leurs migrations, ils traversent d'immenses forêts peuplées de serpens terribles : les crotales, les serpens noirs, la tête de cuivre, sans qu'il leur arrive jamais de perdre un seul homme.

Mémoire sur l'action thérapeutique de l'eau sulfureuse et iodée d'Allevard, près Grenoble (Isère), dans les affections chroniques de la poitrine et principalement dans la phthisie. — Recherches physiologiques et chimiques, par le docteur NIEPCE, médecin inspecteur de ces eaux, etc. In-8°, Macon, 1855.

Études pratiques, recherches et discussions sur la castration des vaches; par M. Pierre CHARLIER, médecin-vétérinaire à Reims, etc. In-8°, Paris, 1854.

Éloge historique de Gilbert Montain, lu à la Société de médecine de Lyon, par J.-L. BRACHET, professeur à l'École de médecine. In-8°, Lyon, 1855.

Recherches sur la revaccination. Thèse pour le doctorat en médecine, par G.-G.-Félix COURROT, d.-m., interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. — In-4°, Paris, 1855.

Notice sur la Turquie. — Aperçu topographique, industrie, propriété, instruction publique, armée française, Koran, capitulations, hommes d'état, dernières réflexions, réformes ; par Joseph BEYRAN, D.-M. P., ex-médecin major de l'hôpital de la marine impériale de Constantinople. — 2e partie, in-8°, Paris, 1855, Panos et Chamerot, libraires.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES CARBONATES ALCALINS CONTRE LES CHANCRES PULTACÉS.

Marseille, le 25 Avril 1855.

Monsieur le rédacteur,

L'accueil favorable fait à la note de M. Marchal (de Calvi), sur l'emploi des carbonates alcalins dans le traitement de l'angine couenneuse, m'engage à vous communiquer les observations que m'a suggérées l'administration de ces agens contre une affection qui paraît avoir, au moins dans son essence, quelque ressemblance avec l'angine couenneuse. Je veux parler du chancre diphthéritique, couenneux, ou si vous aimez mieux, pseudo-membraneux.

Le mode de traitement généralement adopté pour combattre les accidens de cette nature m'a depuis longtemps révélé une contradiction dont j'avais déjà fait part à mon savant maître, M. Ricord, pendant mon internat à l'hôpital du Midi. J'avais noté la production couenneuse à la surface des chancres, chez des individus d'un tempérament et d'une constitution tout à fait différens. Les uns fortement constitués et offrant tous les attributs d'un tempérament sanguin, les autres lymphatiques, faibles, maigres et d'un teint chlorotique. Chez les premiers, le pourtour du chancre était rouge, presque enflammé, et présentait çà et là des mamelons turgescens qui, au moindre contact, laissaient suinter un sang vermeil comme celui qui sort des artères; chez les derniers, au contraire, la plaie, blafarde, ne présentait que de rares granulations vésiculeuses, de la surface desquelles s'échappait un sang blanc-rosé semblable à celui des anémiques. Cependant, la pseudo-membrane épichancreuse était, dans les deux cas, plus ou moins épaisse, plus ou moins adhérente, formée des mêmes élémens et soluble en partie dans l'ammoniaque.

J'ai cherché à me rendre compte de ce dépôt plastique à la surface de la plaie chancreuse, et il m'a semblé qu'une altération du sang, caractérisée par un changement survenu dans les proportions qui existent à l'état normal entre la fibrine et les globules, pouvait seule en donner raison. Chez les individus faibles et chlorotiques, comme ceux de la seconde catégorie, la partie globuleuse diminue dans des proportions variables, et de cette diminution résulte un excès relatif de fibrine. Chez ceux de la première catégorie, la partie globuleuse reste au taux ordinaire, tandis que la fibrine augmente; toujours est-il qu'il y a disproportion dans les deux élémens, et que cette disproportion a pour résultat d'amener des dépôts de la matière plastique en excès, partout où le sang peut suinter et séjourner, notamment à la surface des plaies. C'est d'après ces données que j'ai cru pouvoir faire subir quelques modifications au traitement dont j'avais suivi les effets à l'hôpital du Midi.

Les agens de la médication antipultacée doivent être dirigés contre la cause radicale de la maladie et non contre ses effets locaux. J'ai maintes fois essayé d'arracher, de cautériser les pseudo-membranes épichancreuses, presque toujours elles se sont reproduites avec une persistance à décourager les plus patiens. La médication locale est donc d'une efficacité très lente si on ne lui associe un traitement interne.

Qu'il y ait production pseudo-membraneuse par diminution du taux des globules, la fibrine restant relativement en excès, ou par augmentation absolue de la fibrine, le taux des globules ne variant pas, l'indication fondamentale est de rétablir l'équilibre normal des deux élémens, en redonnant au sang les globules qui lui manquent dans le premier cas, et en lui enlevant la fibrine qu'il a de trop dans le second. Eh bien, supposez que, sans tenir compte de ces considérations, on ait recours, comme médication générale, à l'administration du fer et des toniques, *intus et extrà*, on réussira bien dans le premier cas, mais on exposera les malades de la seconde catégorie à une recrudescence inflammatoire, et peut-être à une gangrène par excès d'inflammation. Il est donc, ici, plus rationnel de chercher à détruire, à ramener à ses proportions normales l'élément qui est accidentellement en excès, la fibrine. Pour atteindre ce but, j'ai employé la médication altérante, et c'est au bicarbonate de soude que je me suis adressé.

Voici d'ailleurs une observation qui vient pleinement à l'appui de ces données :

M. R... vint me consulter, le 1er décembre 1854, pour un chancre situé sur la face antéro-supérieure du gland. Cette ulcération, de la largeur d'une pièce de un franc, avait ses bords décollés, et son fond tapissé d'une couche d'un gris-cendré, lisse et presque sèche à sa surface. Il était impossible de méconnaître une pseudo-membrane dont la circonférence s'articulait solidement dans l'angle formé par l'union des bords et du fond de la plaie. Un stylet, la pointe d'une épingle appliqués au centre de la plaie, ne déterminaient pas de douleur; il en était de même de la cautérisation au nitrate d'argent, à moins cependant qu'on ne vînt à toucher les bords. Au dire du malade, l'ulcération datait de deux mois, et avait atteint ces proportions sous l'influence de pansemens avec des pommades mercurielles. J'avais à faire à un jeune homme bien constitué, et avec les attributs du tempérament sanguin; j'essayai néanmoins la médication ferrée à l'intérieur, et fis recouvrir la plaie avec de la charpie, ointe d'onguent égyptien, vieille formule qui m'avait quelquefois réussi contre les ulcères. Après quinze jours de ce traitement, aidé des cautérisations au nitrate d'argent, je n'avais encore obtenu aucune amélioration. La pseudo-membrane ne s'était point ramollie, la suppuration était presque nulle; pas de douleur; pas de réduction dans la plaie; pas de diminution dans sa surface. Persuadé que le seul obstacle à la cicatrisation était la présence de la pseudo-membrane, je résolus de changer complètement les agens du traitement. En conséquence, je fis prendre au malade, tous les jours, 6 grammes de bicarbonate de soude dans 500 grammes d'eau, et panser la plaie avec des bourdonnets de charpie, imbibés d'une solution contenant 10 grammes de bicarbonate de soude, sur 100 gram. d'eau. Le 16 décembre, la moitié environ de la pseudo-membrane était ramollie, et je pus apercevoir au-dessous une surface de couleur rosée; cette modification n'atteignit que la moitié de la plaie, située du côté de la couronne du gland. Le 17, même pansement; la pseudo-membrane ne s'est point reproduite, sa place est occupée par une suppuration abondante et très épaisse; le 20 décembre, le bord de la plaie, correspondant à la portion de pseudo-membrane, ramollie, s'est affaissée et présente la couleur nacrée qui précède la cicatrisation. L'autre moitié de la pseudo-membrane n'a pas subi de modification bien apparente; cependant, on a eu recours au même pansement et à la même tisane alcaline.

Vers le 1er janvier 1855, on constate un large tubercule cicatriciel à la place de la pseudo-membrane ramollie. J'augmente la dose du bicarbonate de soude, 8 grammes sont administrés à l'intérieur, et la plaie est saupoudrée avec la poudre de bicarbonate de soude. Le contact de cette poudre occasionne une cuisson assez vive; mais dès le lendemain, la portion de la pseudo-membrane qui avait résisté à la solution, est réduite en bouillie, une suppuration abondante s'établit à sa place, et, vers le 20 du mois de janvier, les bords de l'ulcération vont à la rencontre du fond, recouvert lui-même de bourgeons de bonne nature, de façon que dans les derniers jours du mois, la cicatrisation est complète.

Cette observation est une preuve incontestable de l'action du bicarbonate de soude sur les productions pseudo-membraneuses. Une question importante serait de savoir qu'elle a été, dans la guérison, la part qui revient à chacune des deux médications, l'interne et l'externe. Il est positif que l'action dissolvante de la solution et de la poudre alcaline appliquées localement, a puissamment contribué, dans le cas particulier que nous venons de relater, au ramollissement de la pseudo-membrane qui recouvrait la plaie. Très probablement nous devons, au moins en grande partie, à la médication interne, la non réapparition de cette production morbide après sa destruction par les applications locales.

La note de M. Marchal (de Calvi), insérée dans l'Union Médicale, tend à établir que l'on pourrait, dans quelques cas du moins, retirer de bons effets de l'administration des carbonates alcalins dans l'angine pseudo-membraneuse. Mais ici encore faudrait-il, d'après nous, faire une distinction essentielle. Voir, disons-nous, si la lésion locale coïncide avec des symptômes inflammatoires francs, ou si elle est accompagnée de phénomènes adynamiques qui indiquent un état d'intoxication générale, car, dans ce dernier état, l'administration des carbonates alcalins serait à coup sûr préjudiciable au malade; dans tous les cas cependant, c'est-à-dire quelle que fut la cause essentielle de la production pseudo-membraneuse, il ne nous répugnerait nullement de la traiter sur place par les agens de la médication dissolvante.

Je termine là les quelques observations que je voulais vous prier d'insérer dans votre journal, espérant être bientôt à même de vous offrir un travail un peu plus complet.

Recevez, etc. Dr Melchior Robert.

BIBLIOTHÈQUE.

QUARANTE ANNÉES DE PRATIQUE CHIRURGICALE;

Par Ph.-J. Roux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur de clinique chirurgicale, etc. Tome 1er. — *Chirurgie réparatrice.* — Paris, 1854, Victor Masson, libraire.

Il y a un an passé, une triste nouvelle se répandit dans le monde médical. Un homme excellent, confrère célèbre aimé de tous, l'ami, le disciple et le collaborateur de Bichat, le chirurgien éminent que Boyer avait fait son fils, et qui sut acquérir un grand nom à côté du grand nom de Dupuytren, M. Roux venait de mourir. Ce fut une affliction générale et sincère. Cette affliction devint plus grande encore quand on sut que M. Roux avait été frappé du coup mortel qui l'enlevait, en corrigeant les épreuves du premier volume du grand ouvrage dont il allait commencer la publication. Mémorable exemple qui ne devrait pas être perdu. Rien de plus triste à lire pour nous aujourd'hui que les premières lignes de la *préface* de cet ouvrage :

« Si les circonstances le permettent, disait M. Roux; si quelques années de vie me sont encore réservées, et si ma santé n'éprouve aucune de ces atteintes qui paralysent les meilleures dispositions au travail, les quelques volumes que je fais paraître aujourd'hui seront suivis de plusieurs autres. » Et M. Roux ne devait même pas voir la publication de son premier volume! « ..... Dès longtemps j'ai conçu le projet de mettre en œuvre et d'utiliser, dans l'intérêt de la science, les faits si multipliés qui ont passé sous mes yeux. Dans une carrière où l'observation est une source inépuisable de nouvelles lumières, et ajoute sans cesse à la somme des connaissances acquises, chacun est comptable des fruits de son expérience envers ceux qui lui succèdent; c'est une sorte d'héritage dont il doit compte à la postérité, et que celle-ci a le droit de réclamer. » C'était admirablement dire et sentir, mais la mort devait tromper toutes ces espérances comme elle trompera celles de la plupart des hommes qui, pour réaliser leurs vœux les plus chers, attendent, attendent toujours cet âge auquel le fabuliste a précisément interdit

Les longs espoirs et les vastes pensers.

L'impression de ce premier volume n'était donc pas terminée quand la mort est venue surprendre M. Roux. C'est la *Société de chirurgie*, qui, pieusement, a voulu surveiller l'impression des dernières feuilles, et qui s'est chargée de veiller aux soins de la publication des autres volumes.

Ce premier volume est consacré à l'exposition des travaux de M. Roux sur la chirurgie réparatrice. Ce n'est point un nouveau traité dogmatique de chirurgie; ce n'est pas non plus un simple recueil d'observations cliniques; « non, dit M. Roux, c'est une suite de fascicules cliniques, un ensemble de mémoires ayant pour base, pour point de départ, ou pour complément, des faits cliniques en grand nombre. Quelques-uns sont assez étendus pour former comme autant de petits traités spéciaux sur les matières qui en sont le sujet : tels sont précisément ceux par lesquels j'ai commencé, et qui ont pris sous ma plume un développement que je n'avais pas même prévu. »

M. Roux a adopté la forme épistolaire, forme qui donne au récit plus d'animation, qui permet l'abandon, qui rend les transitions plus faciles et qui fait éviter plus naturellement les formes didactiques et les détails oiseux. Les lettres de ce premier volume sont adressées à M. Lawrence, le célèbre chirurgien de Londres.

Qui mieux que M. Roux était favorablement placé pour écrire le livre dont il avait commencé la publication? « Que de choses, dit-il, ont été soumises à mon observation, soit à l'hôpital de la Charité,..... soit à l'Hôtel-Dieu,..... pendant ces deux périodes entre lesquelles se partage à peu près également ma vie de praticien! Quelle mine riche et féconde ont été pour moi ces deux hôpitaux, plus peut-être encore la Charité que l'Hôtel-Dieu, et dans un temps surtout où les hommes capables dans notre art étaient en petit nombre, où le talent n'était pas aussi répandu qu'il l'est maintenant, où les hôpitaux étaient moins multipliés, où il n'y avait pas autant de services différens, indépendans les uns des autres, où, d'ailleurs, certaines spécialités chirurgicales anciennes avaient disparu momentanément, où tant d'autres qui sont venues s'y joindre n'avaient point encore pris naissance, où, enfin, le champ de la chirurgie n'était pas encore émietté et morcelé, où il conservait toute sa gravité, toute sa grandeur! Beau temps qui ne renaîtra peut-être jamais! Que de faits ou importans, ou rares, ou curieux, ou graves, ont ainsi passé sous mes yeux! Que d'événemens remarquables, chirurgicalement parlant, se sont accomplis en ma présence! La chirurgie, je le pense, je l'espère, je le désire, fera de nouveaux progrès. Non, l'édifice de la science n'est point encore achevé, l'art n'a point encore atteint ses dernières limites, et il recevra sans cesse de nouveaux perfectionnemens; j'en ai pour garant le zèle qui anime certains travailleurs de l'époque présente. On peut attendre beaucoup de cet esprit de recherche et de cet amour pour le progrès qui inspirent la plupart des jeunes chirurgiens de notre époque; mais il est douteux qu'à Paris, là où elle a toujours brillé d'un si grand éclat, la chirurgie reprenne jamais le caractère d'élévation et de grandeur qu'elle a présenté pendant les trente premières années du siècle où nous vivons.

M. Roux n'est ni le seul, ni premier qui ait exprimé ces idées inégalement partagées de regrets et d'espérances, mais personne ne les avait exprimées avec cette franchise unie à la modération et à la convenance du langage.

Ce premier volume résume les doctrines et la pratique de M. Roux sur la chirurgie réparatrice, qui lui doit de si beaux travaux. Après deux lettres consacrées à des généralités sur le sujet, M. Roux s'occupe des moyens de remédier, par l'autoplastie, aux difformités des diverses parties de la face et expose les cas les plus remarquables et les plus graves où l'art a pu puissamment intervenir. Tous les faits qu'il rapporte lui sont propres, et il en est qui, sous sa plume, prennent l'intérêt et l'émotion du drame.

Les lettres consacrées au *bec-de-lièvre* seront toujours lues avec un grand profit et exposent avec une grande loyauté de critique les dissentimens, un peu effacés néanmoins par l'expérience, qui séparaient M. Roux d'une autorité également grande en pareille matière, celle de M. Paul Dubois, sur l'époque de la vie de l'enfant où l'opération du bec-de-lièvre doit être pratiquée.

La *staphyloraphie*, on le comprend, devait tenir une grande place dans ce premier volume.

M. Roux discute avec une grande liberté mais avec un excellent ton de polémique quelques critiques adressées à sa méthode et les modifications qui y ont été proposées. Le procédé de M. Sédillot y est examiné et combattu, cela devait être; les résultats obtenus par M. Roux sur plus de cent quarante cas où ce célèbre confrère a pratiqué la staphylorapbie, devaient le rendre peu partisan des innovations et le maintenir dans ses dispositions premières.

Le volume est terminé par l'exposition des travaux de M. Roux sur la périnéoraphie, opération, comme la staphyloraphie, que M. Roux a sinon inventées — il y a toujours en toutes choses de ce genre des réclamations de priorité — du moins décidément introduites dans le domaine de la chirurgie pratique.

Ce volume porte au plus haut degré le caractère de candeur, de loyauté et de haute probité que nous avons tous admiré et aimé. Qu'on me permette une dernière citation de cet ouvrage, qui réfléchit mieux que tout ce qu'on pourrait dire les belles qualités de l'intelligence et du cœur du maître éminent que nous avons perdu :

« ..... On aurait pu croire, et je me plais à espérer qu'il en sera ainsi, à ma sincérité en tout et pour toute chose, mon premier soin étant de mettre au grand jour les erreurs, les fautes que j'ai pu commettre, et jusqu'aux malheurs que j'ai pu avoir à me reprocher. A défaut d'un plus grand mérite, c'est quelque chose d'imiter l'austère probité scientifique de J.-L. Petit, de Pott et de quelques autres chirurgiens, en trop petit nombre, dont la gloire est justement acquise et doit être durable, parce qu'ils ont su mettre au-dessus de toute considération les intérêts de la science et de la vérité. Puissé-je au moins, sous ce dernier rapport, occuper une place honorable à côté de ces hommes d'élite dans l'estime et le souvenir de ceux qui viendront après moi. Ç'a été la pensée et le vœu de toute ma vie, le mobile et le principe d'un grand nombre de mes actions; j'aurais été malheureux si je n'avais pas été libre de faire tout ce qui pouvait dépendre de moi pour atteindre ce but. »

Nous attendrons la publication des volumes suivans pour apprécier cette œuvre, qui est devenue l'œuvre posthume de M. Roux, avec plus d'étendue que nous n'avons pu le faire dans cette courte notice.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Janvier, Février et Mars 1855. — Présidence de M. Aug. Mercier.

Sommaire. — Correspondance. — Commission des prix. — D'un cas de rétention du méconium chez un nouveau-né, occasionnée par la présence d'une cloison fibro-musculaire dans l'intérieur du rectum; opération et guérison.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Les numéros 11 et 12, 2me série, du *Bulletin* de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Rapporteur, M. Aubrun.

2° Deux mémoires manuscrits adressés à la Société pour le concours fondé par elle sur la question des purgatifs. Renvoi à la commission ultérieure des prix.

3° Une brochure de M. Plouviez, de Lille, membre correspondant de la Société, intitulée : *Causeries sur la thérapeutique.* Rapporteur, M. Homolle.

4° Un mémoire de M. Henriette, de Bruxelles, ayant pour titre : *Est-ce un garçon? Est-ce une fille? ou les médecins et les officiers de l'état civil dans l'embarras.* Rapporteur, M. Delcroix.

5° Le *Recueil* des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire, 1er et 2me trimestre de 1854. Rapporteur, M. Perrin.

6° Un mémoire de MM. Joret et Homolle *sur l'apiol, principe actif du persil, considéré comme fébrifuge et emménagogue.*

M. le docteur Homolle, membre titulaire de la Société, a rendu lui-même compte de ce mémoire devant l'assemblée, dans la séance du 26 mars.

7° Une brochure de M. le docteur Aug. Mercier, membre titulaire de la Société, intitulé : *Mémoire sur la paralysie et sur l'inertie de la vessie.*

8° Enfin, un travail de M. le docteur Hubert-Valleroux, membre titulaire de la Société, ayant pour titre : *De l'assistance sociale, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être.* Rapporteur, M. Archambault.

Dans la séance du 22 janvier, la Société, après un scrutin secret, a appelé à faire partie de la commission des prix les membres dont les noms suivent :

MM. Charrier,
Homolle,
Bauche,
Tessereau,
Perrin.

Le Président et le Secrétaire général font partie de droit de cette commission.

M. le Président donne la parole à M. Aubrun pour une communication. Il s'agit d'un accouchement curieux à divers titres. Une de ses malades, dont les enfans étaient tous venus morts, dans six ou sept couches antérieures, à cause d'une étroitesse du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin, devint enceinte de nouveau dans ces derniers temps. Notre confrère qui, cette fois, s'était promis de tenter l'accouchement prématuré artificiel, voulut encore augmenter ses chances de réussite, en soumettant la mère à un régime extrêmement sévère, à l'effet d'obtenir un enfant le moins volumineux possible. Dans ce but, la malade fut saignée deux fois pendant sa grossesse, et soumise à l'usage aussi restreint que possible des alimens et des boissons. Arrivée à sept mois de grossesse, et soumise à l'examen de M. Dubois, on décida de tenter chez elle l'accouchement prématuré artificiel, mais à la fin du huitième mois seulement. Mais le père de la malade arrivé de province, sur ces entrefaites, s'opposa si vertement à toute tentative de ce genre, que toute idée d'intervention quelconque dut être abandonnée. Quelque temps après, et au terme naturel de la gestation, la malade fut prise des prodromes du travail de l'enfantement, et après une marche lente dans les contractions utérines, il fut possible, à la fin du second jour, de constater l'existence d'une dilatation suffisante du col utérin, pour permettre de sentir à travers les membranes la présence d'un pied. La dilatation ayant paru poussée assez loin, les membranes furent rompues, et les eaux de l'amnios évacuées. Presque en même temps un des pieds fut amené à la vulve, et l'autre immédiatement après. Des tractions exercées sur ces extrémités engagèrent fortement le tronc dans l'excavation; mais la tête arrivée au détroit supérieur ne put descendre plus bas. C'est alors qu'une application du forceps fut tentée, mais il devint impossible d'appliquer les deux branches. On dut revenir de nouveau aux tractions qui finirent par produire l'engagement de la tête dans le détroit supérieur, et, en fin de compte, à amener au dehors un enfant qui parut ne plus donner aucun signe de vie. Quelques instans avant la terminaison de l'accouchement, il était cependant vivant, car, pour se servir d'une expression un peu familière, *il gigottait* encore entre les mains de l'opérateur peu de temps avant son extraction du sein de la mère. Ce ne fut qu'après cinquante-deux minutes de tentatives de toutes sortes, et surtout par l'insufflation pulmonaire pratiquée directement de bouche à bouche, que notre confrère finit par ramener cet enfant à la vie. Pendant les quarantes premières minutes, il ne donna même absolument aucun signe de vie. Seule, la région du cœur permettait à l'oreille de percevoir une sorte de frémissement, confus, difficile à analyser, facile à confondre avec des bruits étrangers, et qui cependant parut suffisant à notre collègue pour l'encourager à persévérer dans ses tentatives d'insufflation, espérant, en effet, que si ce frémissement appartenait réellement au cœur, il finirait peut-être par être remplacé par quelques bonnes et véritables contractions de l'organe lui-même. C'est, en effet, ce qui arriva miraculeusement. Bientôt la respiration s'établit à son tour, et, somme toute, l'enfant revint peu à peu à la vie, mais, il faut le dire, avec une hémiplégie du côté gauche et une paralysie de l'un des côtés de la face. Cette double hémiplégie, comme vraisemblablement aussi la mort apparente de l'enfant au moment de son extraction, purent être rapportées avec quelque raison par M. Aubrun à la violence des tractions exercées sur le tronc de l'enfant, violences qui ont dû amener quelque tiraillement de la moelle cervicale, et peut-être même quelque luxation incomplète, ou mieux un simple diastasis des vertèbres de cette région.

Quoi qu'il en soit, une fois venu au monde, et vingt-quatre heures après sa naissance, on s'aperçut que le pauvre enfant, dont la vie venait d'être si heureusement conservée, n'avait encore rendu aucune trace de méconium. De petits lavemens injectés dans le rectum ne purent pénétrer. Bientôt le ventre de l'enfant se ballonna, et l'expression générale dénota clairement qu'une rétention mécanique des fécès existait chez ce petit malade. L'introduction du doigt dans l'anus permit, en effet, de reconnaître, à la hauteur d'un pouce et demi au moins, la présence dans le rectum d'une cloison transversale résistante, épaisse, derrière laquelle, manifestement, existait le méconium accumulé. Une ponction à l'aide d'un trocart, puis par un bistouri garni jusqu'à sa pointe, et conduit le long du doigt, fut pratiquée à travers ce diaphragme. Cette opération fut aussitôt suivie de l'évacuation du méconium : ce qui amena un soulagement considérable pour le petit malade. Mais, deux ou trois jours après, les évacuations cessèrent de nouveau, et les accidens de rétention fécale apparurent de recbef. C'est alors que M. Aubrun se décida à tenter l'excision des bords de la cloison rectale, bords résistans, fibreux, épais, réellement musculaires et dont le rapprochement et l'agglutination paraissaient devoir se reproduire en dépit de l'introduction des mèches, des sondes, et des mandrins auxquels il convient d'avoir recours en pareils cas. A cet effet, M. Aubrun fit confectionner une pince à longues tiges, à l'aide de laquelle, après l'avoir introduite dans l'anus, il put saisir cette cloison par l'un de ses bords, et la tendre pour en faciliter l'extension. Pendant ce temps, un bistouri boutonné, conduit par l'extrémité du doigt indicateur, incisait circulairement ce petit diaphragme nummulaire dans une demi-circonférence d'abord, puis dans la seconde demi-circonférence du côté opposé. Cette opération a pu se faire sans trop grande perte de sang, et l'introduction de mèches pendant quelques jours, a suffi pour amener une guérison définitive, et aujourd'hui l'enfant, guéri également de son hémiplégie, se porte parfaitement bien.

M. Delcroix : L'observation de M. Aubrun est précieuse et remarquable à plus d'un titre. Toutefois il ne l'envisagera que sous le rapport de l'opération qui a été tentée dans le but de remédier à la rétention des fécès. M. Delcroix regarde comme impossible le plus souvent, et surtout comme très dangereuse, l'excision des bords de la cloison, pratiquée avec tant de bonheur par M. Aubrun. Pour lui, dans deux cas complètement analogues à celui de notre confrère, il a réussi à guérir ses malades en se bornant à pratiquer l'incision cruciale de la cloison, et en maintenant pendant quelque temps dans l'ouverture, des mandrins dilatateurs. Il a opéré ainsi avec succès une jeune fille de 7 à 8 ans, qui n'allait à la garderobe, depuis son enfance, qu'avec la plus grande difficulté, et chez laquelle existait une cloison rectale offrant à son centre un orifice insuffisant pour le passage facile des excrémens.

M. Ameuille rappelant les tentatives faites par M. Aubrun pour rétablir la respiration chez son nouveau-né, venu au monde en pleine asphyxie, raconte qu'en pareille circonstance il a vu quelquefois tous ses efforts échouer. Ainsi dans un accouchement laborieux qui avait nécessité de vigoureuses tractions avec le forceps, l'enfant vint au monde dans un état de mort apparente, c'est-à-dire sans cris, sans respiration, sans battemens appréciables du cœur. Après sept quarts d'heure vainement passés à le rappeler à la vie, il finit cependant par mourir. On put bien constater le retour de quelques petits battemens de cœur, l'apparition de quelques faibles mouvemens respiratoires, ou mieux de demi-sanglots ou contractions spasmodiques du diaphragme, mais tout se borna là, et l'enfant finit par succomber.

M. Trèves a vu un cas semblable. Pendant une heure et demie, quelques singultus, quelques mouvemens respiratoires se montrant à des intervalles plus ou moins éloignés, purent faire concevoir un instant l'espérance de sauver l'enfant. Cependant la mort eut lieu comme résultat final.

Le secrétaire, Dr Perrin.

PRESSE MÉDICALE.

Traitement du croup. — La dernière communication de M. Marchal (de Calvi) à l'Académie des sciences (Union Médicale, n° 42), sur l'action des carbonates alcalins dans l'angine couenneuse, trouve un appui éclatant dans un nouveau mode de traitement du croup préconisé par le docteur Luzsinsky au Collége des médecins de la Faculté de Vienne.

Après avoir esquissé rapidement la maladie, le docteur Luzsinsky montra le peu de progrès que la thérapeutique avait fait à cet égard; il se prononça d'une manière décidée contre les sangsues, les cataplasmes, les mercuriaux, etc.; recommanda un traitement hydrothérapique approprié, et comme celui-ci rencontre le plus souvent des obstacles insurmontables dans la pratique civile, il indique le traitement suivant, qui lui avait réussi dans beaucoup de cas. Le croup a pour fondement, une crase particulière, croupale, à la suite de laquelle il se développe dans le larynx, dans des circonstances particulières, une inflammation exsudative, accompagnée d'un état pathologique de la glotte; la raucité de la voix et la toux caractéristique en sont les précurseurs. Il s'agit alors de combattre la crase générale, de prévenir la localisation de l'inflammation, de diminuer, ou, si faire se peut, d'anéantir le spasme de la glotte, enfin, de détruire et d'expulser les fausses membranes. La première indication est remplie par le carbonate de potasse à la dose de 0,60 à 6 à 8 grammes par jour, dans une solution édulcorée; la seconde, par un vésicatoire un peu plus grand qu'une pièce de cinq francs, appliquée sur la fourchette du sternum et tenu en suppuration; dans les cas suraigus, il faudrait l'appliquer avec de la cantharidine (pourquoi pas de préférence avec l'ammoniaque, que l'on peut avoir facilement et qui agit plus vite?). La troisième indication trouve son remède dans l'opium, intérieurement et extérieurement, quand la respiration est laborieuse, avec symptômes d'asphyxie, surtout quand ceux-ci viennent par accès; il agira surtout bien, lorsqu'il détermine dusommeil. Enfin, la quatrième indication demande l'emploi prudent du nitrate argentique, et des émétiques, sulfate de cuivre, quand les fausses membranes sont mobiles. Les vomitifs sont plutôt nuisibles dans les périodes précédentes. Ce traitement a été employé sur 30 enfans âgés de quelques mois à six ans; les cas légers ont tous été guéris; les graves dans la proportion de 13 contre 2, et les très graves de 1 contre 5 morts.

D'après nos connaissances sur l'action des alcalins sur le sang et sur la nature des exsudations plastiques, l'emploi de ces substances paraît rationnel dans le croup et les angines couenneuses; mais agissent-ils assez rapidement pour conjurer un danger qui peut enlever le malade en un ou deux jours? Les communications de MM. Marchal et Luzsinsky l'affirmeraient; dans tous les cas, ces moyens sont à employer, car, comme traitement général, ils sont au moins aussi rapidement actifs que les mercuriaux. L'administration des alcalins n'est d'ailleurs pas tout à fait nouvelle; l'ammoniaque caustique et son carbonate *intus et extrà* ont trouvé de chauds partisans (Caron, Czekierski, Wolf); le foie de soufre de Double exerce également une action alcaline fluidifiante. Enfin le *Journal de Hufeland* depuis 1815, contient des observations de croup traité par le carbonate de potasse (Hellewag, Voss, Hufeland, Darfmuller, etc.). Dans ces cas, la question de priorité ne peut être mise en jeu; il reste à MM. Marchal et Luzsinsky le mérite d'avoir montré aux praticiens les ressources que les alcalins leur offrent contre ces maladies et d'avoir rationalisé leur emploi. — (*Wiener med. woehenschrift*, n° 6, 1855.)

COURRIER.

On nous assure que la section d'hygiène et de médecine légale de l'Académie de médecine, a adopté le classement suivant des candidats à la place vacante dans cette section :

MM. Guérard,
Devergie,
Tardieu,
Boudin,
Bouchut,
Brierre de Boismont.

— A l'occasion de l'élimination du nom de M. Parchappe de la liste de présentation des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, nous avons commis une inexactitude que nous tenons à réparer sur-le-champ. Nous avons dit que l'Académie était liée par son règlement qui lui interdisait de placer plus de six noms de candidats sur une liste de présentation. C'est une erreur, cela ne doit s'entendre que des sections et des commissions qui, en effet, sur ce point, ont été longtemps souveraines. Mais, grâce à une généreuse initiative, prise il y a deux ou trois ans, par M. Malgaigne, une addition importante a été faite à l'article 45 du règlement qui est maintenant ainsi conçu :

« Art. 45. Les sections et les commissions présentent trois candidats au moins et six au plus pour chaque place. Toutefois, si dix membres au moins proposent d'autres candidats, l'Académie, consultée, pourra également en admettre la présentation après discussion. »

On nous assure, qu'en vertu de cet article du règlement, plus de dix membres doivent proposer l'adjonction du nom de M. Parchappe sur la liste de présentation.

— La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses comités. M. le professeur Rostan a été élu *Président* et M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, *vice-Président* pour l'année 1855-1856; *Trésorier*, M. Labric; *Secrétaire général*, M. Roger (Henri); *Secrétaires particuliers*, MM. Hérard et Moutard-Martin. Ont été nommés membres du *Conseil d'administration*, MM. Beau, Bourdon, Bouvier, Grisolle et Legroux; membres du *Conseil de famille*, MM. Baillarger, Barth, Bricheteau, Gillette et Guillot (Natalis).

La Société se compose de *membres titulaires*, de *correepondans* et d'*associés*. Peuvent être admis comme *correspondans* les médecins attachés comme chefs de service à un hôpital civil ou militaire, soit en province, soit à l'étranger, et qui auront rempli les conditions spécifiées dans le règlement (présentation d'un mémoire original inédit, demande écrite d'admission et acquittement d'un droit de diplôme). Les membres *associés* ne sont assujettis qu'à ces dernières conditions.

La Société se réunit en séance publique, les 2me et 4me mercredi de chaque mois, à 3 heures 1/2, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2. Ses procès-verbaux sont publiés dans l'Union Médicale, et ses mémoires dans les *Archives de médecine*; elle publie en outre un *Bulletin* et des *Actes*.

— Le gouvernement anglais vient de nommer les jurés qui doivent représenter leurs compatriotes exposans dans le jury international pour l'exposition universelle de 1855.

Dans la classe XII (hygiène, pharmacie, médecine et chirurgie), ont été nommés :

Jurés titulaires : Sir Joseph Olliffe, médecin de l'ambassade anglaise à Paris, et M. le docteur Royle, professeur de matière médicale au Collége royal (King's College), à Londres.

Juré suppléant : M. Chadwick, ancien membre du Conseil de salubrité de Londres.

— Jeudi dernier, les professeurs du Collége de France se sont réunis pour présenter deux candidats à la chaire d'histoire naturelle des corps organisés, fondée autrefois par Cuvier, et occupée en dernier lieu par M. Duvernoy. M. Flourens a été présenté au premier rang, et M. Valenciennes au second. M. Quatrefages avait obtenu une voix au premier tour et quatre voix au second.

— L'Académie des sciences est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées, le legs qui lui a été fait par le docteur Lallemand, d'une somme de 50,000 fr., pour la fondation d'un prix qui sera décerné par cette Académie à des travaux relatifs au système nerveux.

— Le tribunal de Marseille vient de rendre le jugement suivant dans l'affaire des pharmaciens homœopathes :

« Le pharmacien homœopathe, comme tous autres pharmaciens, commerçans et manufacturiers qui touchent aux substances vénéneuses, est dans l'obligation de justifier, par un registre exactement tenu, des achats et des ventes de ces substances.

» En conséquence, le pharmacien homœopathe qui n'inscrit sur son registre ni le poison qu'il achète, ni la vente des préparations médicamenteuses dans lesquelles ce poison est entré, contrevient à l'ordonnance de 1846 et encourt les peines édictées dans l'article 1er de la loi du 19 juillet 1845. Les prévenus ont été condamnés à 24 fr. d'amende. »

Le Gérant, G. Richelot.

Pars.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 55. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 10 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 MAI 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance très courte, remplie par une lecture et par un rapport, et terminée dans le huis clos d'un comité secret. Ce comité secret a eu pour but d'entendre le rapport de la section d'hygiène et de médecine légale sur les candidatures pour la place vacante dans cette section. La liste que nous avons fait connaître était exacte. La nomination aura lieu dans la prochaine séance.

La lecture a été faite par un candidat à cette place vacante, par M. Devergie. Le sujet en est important. D'après le Code civil, une des aptitudes pour l'enfant à succéder, est d'être né viable. Mais la loi n'a pas défini la viabilité. Or, un enfant qui naît avec une difformité ou une infirmité telle, que par sa présence ou ses progrès la mort en soit la conséquence, et que les secours de l'art soient impuissans à la modifier ou à la guérir, ou bien pour laquelle le traitement, l'opération employés auront déterminé la mort, cet enfant est-il né viable et apte à succéder? On comprend que, dans certains cas donnés, la solution de cette question soit d'un grand intérêt pour les familles. M. Devergie l'a résolue négativement. Nos lecteurs peuvent comprendre que, sur une simple audition, et n'ayant pas le mémoire de M. Devergie sous les yeux, nous ne hasardions aucune opinion sur cette question de doctrine. Si, au premier coup d'œil, la doctrine adoptée par M. Devergie nous paraît susceptible de plusieurs sortes d'objections, il nous semble convenable d'attendre le rapport qui ne manquera pas d'être fait sur ce travail, si nous en jugeons par l'empressement avec lequel un des membres les plus autorisés de l'Académie, en pareille matière, M. Paul Dubois, a accepté la mission de l'examiner avec MM. Adelon et Chevallier.

Il est un point, cependant, sur lequel nous demandons à présenter dès aujourd'hui une simple réflexion à notre honorable confrère, M. Devergie. Si nous avons bien compris sa pensée, M. Devergie voudrait que dans tous les rapports de de la médecine avec la justice, la médecine se préoccupât beaucoup plus de la loi, de son texte, de ses formules, que de la science, de ses interprétations et de ses déductions. C'est le fait pur et simple et dans ses applications et ses afférences avec le texte de la loi que le médecin doit seulement avoir en vue lorsqu'il est consulté par la justice, dit notre savant confrère. Nous ne saurions accepter cette doctrine sans réserve. Il est des dispositions de la loi qui ont été formulées et édictées à une époque où l'état de la science médicale ne permettait pas au législateur de présenter avec une complète vérité l'état réel des choses. Nous n'en citerons qu'un exemple, mais il est frappant, c'est celui de l'aliénation mentale au point de vue civil, comme au point de vue criminel. Il est certain que, sur ce sujet, en s'en rapportant au texte pur et simple de la loi, la justice est journellement exposée à commettre des erreurs considérables. Qui donc, après de longues luttes, non encore complétement terminées, est parvenu à éclairer la justice, à modifier la jurisprudence, à faire donner une interprétation plus large, plus humaine et plus scientifique au texte pur et simple de la loi? C'est la médecine, ce sont ses études, ses progrès qui, après de longues résistances, ont fini par entraîner l'assentiment de quelques magistrats éminens, comme on peut le voir, du reste, dans une brochure récente de M. Sacaze, conseiller à la Cour impériale de Toulouse. Nous osons recommander ce grave sujet de réflexions à M. Devergie lui-même, dont la doctrine, peut-être mal comprise par nous, nous a semblé beaucoup trop absolue.

Le rapport fait dans cette séance l'a été aussi à l'occasion d'un mémoire présenté par un autre candidat à la même place vacante, M. Moreau (de Tours), qui a eu pour juge M. Bousquet. M. Bousquet serait-il le souffleur des tempêtes académiques? C'est lui qui a allumé la fameuse discussion philosophique dont nous ressentirons longtemps encore le retentissement. Hier, à l'occasion d'un mémoire de M. Moreau sur le délire, M. Bousquet a soulevé les plus graves questions de psychologie et de pathologie mentale, s'élevant avec chaleur contre les prétentions organiciennes à lever un coin du voile qui recouvre le profond mystère de la folie.

Les organiciens de l'aliénation mentale paraissent disposés à relever le gant. Déjà M. Ferrus et M. Baillarger ont demandé la parole. La discussion se serait immédiatement ouverte, si le comité secret n'avait imposé silence aux orateurs. Mardi prochain, commencera donc ce nouveau tournoi académique.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Sommaire. — Suite de l'épilepsie. — Du vertige épileptique. — Diagnostic différentiel d'avec l'hystérie et l'éclampsie.

Le vertige épileptique se rencontre très souvent dans la pratique; son existence est aussi réelle que celle des grandes attaques; il est de la même nature et affecte au moins aussi gravement l'intelligence. Il n'est guère possible de le faire connaître autrement que par des exemples.

Dans l'enfance, où il est surtout commun, on le voit se traduire de la manière suivante : l'enfant s'arrête au milieu de ses jeux, reste immobile, l'œil fixe, la respiration suspendue, et revient à lui après sept ou huit secondes, quelquefois à peine deux.

Chez l'adulte, on peut rencontrer des exemples analogues à ceux-ci : un individu est au jeu, il prend une carte et fait le geste de la lancer; le mouvement est arrêté brusquement, et la carte reste dans la main comme si elle y était collée; survient une grande inspiration, et le mouvement suspendu s'achève : le vertige est passé.

D'autres fois le malade se dresse, marche, ne sachant où il va, se heurtant contre les objets, et s'arrête court au moment où il revient à lui. Dans d'autres cas, il marmonne des mots inintelligibles ou répète un mot, son propre nom, avec obstination pendant sept ou huit secondes.

Dans tous ces cas, l'individu est complétement en dehors du monde extérieur; les sensations sont abolies; on peut le secouer, le pincer sans qu'il en éprouve rien.

Dans certains cas, comme chez un malade des salles, le vertige s'annonce et se traduit par des formes extérieures, des sensations particulières, auxquels les auteurs ont donné le nom d'*aura*. Dans la grande majorité des cas, l'aura consiste dans une sensation de vent qui, de l'un des membres ou d'un point quelconque de la périphérie, monte vers la tête; d'où le nom de *vent*, de *vapeur épileptique*. D'autres fois, c'est une sensation de douleur, de fourmillemens ou de petites secousses convulsives imperceptibles.

Dans un grand nombre de cas, ces phénomènes de nature

Feuilleton.

DE L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE DANS LE DUCHÉ DE NASSAU;

Par le conseiller médicinal RICKER.

Nous traduisons cette note du *Deutsche Klinik* (1855, n°s 13 et 14), que, nous l'espérons, nos lecteurs liront avec intérêt :

On parle beaucoup et depuis longtemps d'organisation médicale chez nous; à ce propos, il est intéressant de connaître celle qui fonctionne dans le duché de Nassau. Elle est peut-être unique en son genre, et l'auteur la caractérise lui-même comme extrêmement favorable à l'État et aux habitans, à l'exception toutefois des médecins. Aussi, on comprendra bientôt comment elle est réprouvée par la grande masse des médecins et soutenue par quelques-uns qui sont parvenus aux premiers emplois. Elle existe depuis 1818 et fonctionne depuis ce temps, sans avoir été modifiée.

Les affaires médicales sont sous la direction et la surveillance du gouvernement qui nomme, à cet effet, un chef ayant le titre de conseiller médicinal supérieur. En 1850, on avait créé un comité médicinal directeur, composé de trois personnes; mais, en 1854, il fut supprimé et remplacé de nouveau par un seul chef. Celui-ci fait à l'administration toutes les propositions qu'il juge convenables; et, dans les cas plus importans, comme les dispositions générales, les nominations et les transmutations du personnel médical, etc., l'ordonnance est rendue sur l'avis du ministère et du chef de l'État. Elle est alors transmise aux conseillers médicaux des cantons.

Tout le duché est divisé en 28 cantons administratifs qui forment chacun un canton médical. Ils ont une surface de 3 à 4 lieues carrées et comptent de 10,000 à 21,000 habitans. Dans chaque canton, à l'exception de celui de Reichelsheim qui ne renferme que 2 villages, il existe un conseiller médicinal, un assistant et un surnuméraire. Dans les cantons les plus étendus, où il faut un personnel plus nombreux, il y a deux à trois surnuméraires.

Ces médecins sont nommés par le chef de l'État sur la proposition du gouvernement. Ils peuvent être déplacés sur leur propre demande ou directement par l'autorité, mais ils ne peuvent jamais choisir eux-mêmes le lieu de leur résidence. Le placement et l'avancement se fait presque toujours par rang d'ancienneté. Ils sont donc serviteurs de l'État et jouissent de tous les droits et prérogatives attachés à cette position. Le conseiller médicinal est assimilé au chef de la justice et de l'administration du canton; l'assistant au secrétaire et le surnuméraire aux autres surnuméraires de l'administration. Chacun porte l'uniforme civil conforme à son rang.

A l'exception de ces médecins officiels, il n'y a, dans le pays, que très peu de médecins praticiens; car les besoins de la population sont satisfaits par les premiers et la taxe médicale, très modique, ne permet guères de gagner assez pour joindre les deux bouts de l'année. Plusieurs médecins praticiens se sont fixés à Wiesbade et quelques-uns d'entre eux sont des spécialistes.

Les médecins employés sont tenus d'exercer toutes les branches de la médecine; il n'y a pas de chirurgiens et d'accoucheurs spéciaux. La petite chirurgie est faite par les barbiers qui ne doivent agir que sur ordonnance du médecin. Les barbiers ne touchent pas de traitement de l'État; les secours qu'ils donnent aux pauvres sont payés sur des fonds charitables, d'après un tarif très bas.

Dans chaque commune, à l'exception de quelques-unes, très petites, il y a au moins une sage-femme, et dans celles de plus de 200 familles, plusieurs sages-femmes, selon le chiffre de la population. Elles sont choisies par le conseiller médicinal, et suivent pendant trois mois les cours d'une école spéciale, aux frais de leurs communes. Après un examen de sortie, elles sont placées par le gouvernement. Elles touchent de la caisse communale un traitement fixe, déterminé par l'administration d'après le nombre des familles; il ne doit pas être au-dessous de 35 centimes et au-dessus de 2 fr. 15 c. par famille. De plus, elles ont droit à de légers honoraires; par exemple, un accouchement avec soins donnés à l'accouchée et à l'enfant pendant dix jours, 3 fr. 21 c. chez les riches, la moitié chez les personnes de moyenne aisance, et rien chez les pauvres.

Il existe une pharmacie par canton; si elle ne suffit pas aux besoins de la population, le pharmacien peut être autorisé à ériger une ou plusieurs succursales, gérées par des commis pharmaciens reçus et confirmés par le gouvernement. Ce n'est qu'exceptionnellement que la concession d'une seconde pharmacie indépendante de la première est accordée. Les pharmaciens attitrés sont également serviteurs de l'État et ont le rang d'assistant; ils ne touchent pas de traitement, mais vivent du produit de leur officine. Ils n'ont pas de perte à risquer, car l'État leur garantit la rentrée de leurs mémoires. Les prix des médicamens et de la main-d'œuvre sont réglés par un tarif officiel.

Pour l'exercice de la médecine vétérinaire, le duché est divisé en 15 districts, ayant chacun un vétérinaire. Ils sont également serviteurs de l'État et ont rang d'assistant. Il leur est alloué pour l'entretien d'un cheval 376 fr., un traitement fixe de 964 à 1,607 fr., et ont droit à des honoraires modiques, d'après un taux fixé par l'État. Un tiers de leur traitement est payé par la caisse publique, un tiers par celle des communes de leur district, et le troisième tiers doit leur rentrer sur les honoraires.

Pour être reçu médecin, il faut au moins quatre années d'études universitaires; puis on passe un examen sévère écrit, oral et pratique devant une commission nommée *ad hoc*. Le titre de docteur n'est pas exigé. Le jeune médecin qui veut avoir de l'avancement doit passer un second examen pratique, devant la même commission, au plus tôt après deux ans d'exercice; cet examen porte principalement sur la médecine légale et sur la police médicale. A la suite du premier examen, le candidat acquiert le droit de pratiquer toutes les branches, mais il n'est nommé surnuméraire qu'en cas de vacance.

Le surnumérariat ne donne droit à aucun traitement; le plus souvent on accorde, néanmoins, une indemnité de fourrages pour un cheval, se montant à 376 fr. Cette somme est loin de suffire aujourd'hui, par le prix élevé des fourrages, de sorte que le surnuméraire sans traitement

diverse constituent l'intégralité de l'affection, et méritent le nom de vertige épileptique. D'autres fois, ils vont croissant jusqu'à explosion de la grande attaque, et alors c'est le plus souvent par le pouce qu'a débuté l'*aura*. Mais il faut savoir que la grande attaque n'est précédée de l'aura que d'une manière exceptionnelle.

Le malade couché au nº 10 de la salle des hommes offre toutes les variétés de la famille épileptique, depuis un simple frémissement qui reste borné à la jambe, jusqu'à la grande attaque. Chez lui, quelquefois, les frémissemens ne dépassent pas les muscles de la jambe droite et de la cuisse; d'autres fois, ils montent le long du même côté; le bras et les muscles de la face s'agitent; l'intelligence et la sensibilité disparaissent en même temps que la respiration se suspend et que les veines se gonflent; tous les phénomènes convulsifs occupent invariablement le côté droit.

Le malade nous a dit qu'il avait un moyen d'arrêter l'aura : c'était de se serrer fortement la jambe avec une ligature, et c'est en effet une pratique qui est signalée comme ayant réussi dans un certain nombre de cas.

Chez un enfant de 5 ans, qui lui fut présenté en consultation, M. Trousseau ne trouva que les phénomènes suivans : plusieurs fois par semaine, quelquefois par jour, le petit malade était pris de hoquet, avec pâleur étrange pendant quelques secondes, jamais plus d'une minute, et sortait de là avec du mal de tête et de l'hébétude. M. Trousseau crut à l'épilepsie, mais y crut seul; un an après l'enfant avait de grandes attaques.

D'autres fois, la traduction de l'épilepsie se fait par un sentiment de suffocation cardiaque très prononcée : le malade est pris de palpitations excessivement violentes, devient d'une pâleur extrême, et perd la conscience de ce qui se passe; tandis que dans les palpitations ordinaires cette conscience est toujours conservée, et il est bon d'être prévenu de l'existence de ces sortes de palpitations, car les individus ne se plaignent alors que de leur cœur, et une erreur, quant à la nature du mal, est très facile à commettre.

Influence des vertiges sur l'intelligence et sur le caractère. — Nous avons dit que les troubles intellectuels étaient très fréquens à la suite des grandes attaques; eh bien, nous les retrouvons également après le vertige; la tête est lourde, douloureuse; les malades sont moroses, taciturnes, et paraissent hébétés pendant un certain temps, une demi-heure, une heure, par exemple. Il est extrêmement important pour le diagnostic de tenir compte de ces changemens; car on ne les retrouve à la suite d'aucun autre spasme nerveux, quelque violent qu'il ait été; il peut bien y avoir de la fatigue, du brisement, après une violente attaque d'hystérie, mais l'intelligence est toujours très nette. Cet affaissement relatif de l'intelligence peut échapper au médecin. Très rarement il échappe au malade ou à ses proches; de sorte qu'il faut toujours interroger à cet égard.

La forme vertigineuse n'est pas d'une nature spéciale; elle tient à la même cause que les grandes attaques, et très souvent il y a chez le même sujet des alternatives de vertiges et de grandes attaques; seulement, il n'est pas rare de voir ces dernières apparaître seulement après un à dix ans d'existence des premières.

Diagnostic différentiel d'avec l'hystérie. — Cette affection débute généralement par un sentiment de plénitude, de bâillement, la sensation d'un globe ou d'une boule qui remonte vers la gorge; puis vient l'attaque qui consiste dans des mouvemens très larges, très amples, d'une puissance considérable; les malades se jettent dans toutes les directions, exécutent des mouvemens de déplacement très considérables, et il est besoin d'une grande force pour les maintenir; la scène se termine par une toux particulière, des sanglots, des larmes, l'émission d'urines aqueuses.

L'épileptique est peu bruyant; il est foudroyé, immobile sur le sol, et commence par avoir des contractions toniques; puis viennent des contractions mobiles, peu étendues; là où il est tombé, il reste, que ce soit sur un tapis ou dans le feu, présentant une insensibilité à laquelle n'atteint jamais l'hystérie; et la fin de l'attaque offre les caractères que nous avons indiqués.

Éclampsie. — Quant aux phénomènes propres à l'attaque, ils sont identiques, si bien que l'on peut dire de l'éclampsie, que c'est l'épilepsie moins la récidive, et de l'épilepsie, que c'est l'éclampsie avec récidive. Mais ceci ne doit s'entendre que de la forme, car la nature est essentiellement différente, et il y a entre elles une différence aussi grande qu'entre une inflammation du gros orteil, suite d'une piqûre, et la goutte. Pour vous convaincre de l'identité de forme, voyez une femme en couche prise d'éclampsie : elle pousse un cri, tord le bras d'un côté, la bouche est entre ouverte, écumante, la langue tirée, les veines du cou gonflées, la respiration suspendue; il n'y manque rien. Les attaques peuvent se succéder comme dans l'état de mal, et la mort survenir par le même mécanisme. Comme attaque, c'est donc identiquement la même chose; mais tandis que l'une est un accident qui tient à un état particulier des reins, à une inflammation, etc.; l'autre dépend d'une affection de l'axe cérébro-spinal lui-même.

Dans l'enfance, la ressemblance entre les deux est encore plus frappante, car l'éclampsie prend, comme forme, toutes les allures de l'épilepsie, dans les convulsions généralisées avec prédominance d'un côté, les convulsions internes, les spasmes du larynx et les simples vertiges. Aussi ne faut-il, chez les jeunes enfans, ne prononcer qu'avec beaucoup de réserve le mot épilepsie.

(La suite à un prochain nº.) Dr E. Archambault.

SYPHILIOGRAPHIE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE ET SUR LE TRAITEMENT DIT PRÉVENTIF DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE (1);

Par M. le docteur Janssens, de Bruxelles.

Le chancre étant, comme nous l'avons dit, le résultat de l'action potentielle du virus chancreux, dont la sphère d'activité est toujours limitée aux parties qu'il impressionne par son contact matériel, il s'ensuit évidemment qu'un traitement local est le seul qui convienne à la nature de cette affection; en dehors donc des indications que peuvent offrir les circonstances concomitantes, telles que les réactions sympathiques, la constitution du malade, dont il faut tenir compte ici autant que dans toute autre affection non virulente, un traitement général serait inutile, irrationnel, sinon dangereux. Cette vérité, si conforme à la logique, n'a pas tardé à recevoir l'approbation complète des faits : elle a été mise hors de doute par les expériences significatives de Ribes, de Hunter, de Ricord, qui, par l'emploi de moyens abortifs énergiques, réussirent à couper court à l'évolution ou aux progrès du chancre, et rendirent ainsi impossible le développement ultérieur de la syphilis constitutionnelle. Or, si le chancre était réellement l'expression locale d'une affection diathésique, comme tant d'auteurs le supposent encore, verrait-on chaque jour l'ablation ou la simple cautérisation d'une plaie chancreuse, être suivie d'un succès aussi complet et constituer dès lors un traitement radical de cette affection, en dépit des craintes chimériques qu'inspire encore à certains médecins l'hypothèse ridicule du *virus répercuté ?*

D'autre part, ceux qui acceptèrent sans contrôle l'identité du virus chancreux et du principe syphilitique, et qui, partant de cette idée préconçue, essayèrent contre le chancre les préparations mercurielles, si utiles dans la syphilis confirmée, quels résultats ont-ils obtenus de leurs expériences thérapeutiques qui puissent réellement nous convaincre de la supériorité pratique de leur méthode ? Sans doute, la guérison d'un grand nombre de chancres a été obtenue à la suite de l'emploi topique ou interne des mercuriaux, mais il est notoire aussi que le chancre peut fort bien guérir sur place, se terminer par cicatrisation nette, et cela sans avoir été combattu par aucun moyen thérapeutique, grâce aux seules ressources de la nature, et quelquefois même en dépit d'un traitement intempestif et irrationnel; toutefois, de nombreuses expériences comparatives ont prouvé qu'il vaut mieux s'abstenir de toute médication que d'employer les applications mercurielles non caustiques qui ont pour résultat ordinaire de troubler la marche régulière et de retarder la cicatrisation du chancre. Le mercure n'a donc aucune action dynamique contre le virus chancreux, ni contre les ulcérations qui en sont le résultat : et quant à l'expérience d'Harrison qu'on nous oppose, elle ne prouve nullement que cet agent possède une vertu chimique neutralisante du même virus; elle ne pourrait avoir quelque signification sérieuse à nos yeux que si l'on réussissait à nous prouver d'abord que la manipulation à laquelle Harrison a soumis le virus chancreux, n'a pu, en aucune façon, l'altérer; puis, que la gomme unie au mercure n'a mis elle-même aucun obstacle au développement de l'action spécifique du virus; et enfin, que l'inoculation a été pratiquée par l'auteur selon toutes les règles nécessaires au succès de cette opération délicate, que tant d'obstacles, comme on le sait, peuvent entraver.

Quant au dernier argument de nos adversaires, la guérison du bubon virulent par le mercure, tout ce que nous venons de dire de la guérison du chancre par le même moyen, lui est parfaitement applicable, attendu que nous avons prouvé plus haut, d'une manière péremptoire, l'identité essentielle de ces deux affections.

Il est donc parfaitement inutile de nous arrêter plus longtemps sur la question d'inopportunité du traitement mercuriel contre les accidens vénériens primitifs : bornons-nous seulement à constater que cette vérité, qui a pour elle l'appui de la raison et des faits, recrute chaque jours de nouveaux adhérens, grâce aussi à la direction heureuse qu'elle a imprimée à la pratique des chirurgiens modernes dont il serait plus que superflu de vouloir démontrer la supériorité sur celle des médecins qui continuent, malgré les progrès de la science, à être fidèles aux anciens erremens de l'empirisme et de la routine.

Abordons maintenant l'examen de la question relative à l'utilité du mercure comme prophylactique de la syphilis constitutionnelle, problème qui intéresse à un si haut point la science et l'humanité.

S'il fallait s'en rapporter à un bon nombre d'auteurs dont le nom fait autorité en médecine, et dont les ouvrages servent de guide aux jeunes médecins, la solution affirmative de cette question ne peut donner lieu à aucun doute, puisqu'il est reconnu aujourd'hui que bon nombre d'individus atteints de chancres réitérés ont, grâce à ce traitement préventif, été exempts de toute infirmité constitutionnelle ultérieure : sans doute, nous admettons comme tout le monde ces faits eux-mêmes, mais ce que nous ne pouvons admettre, c'est la conclusion que ces auteurs en tirent avec une légèreté vraiment impardonnable, et sans s'apercevoir qu'ils tombent dans le sophisme si dangereux et cependant si fréquent dans les inductions médicales : *post hoc, ergo propter hoc.* Avant de trancher d'une manière aussi délibérée le problème important qui nous occupe, ils auraient dû s'assurer d'abord et nous prouver ensuite que l'apparition de la syphilis après le traitement local du chancre est la règle, l'exception au contraire après le traitement mercuriel. Mais, comme nous l'avons déjà dit, loin de nous fournir ces preuves convaincantes, l'observa-

(1) Voir le numéro du 5 Mai 1855.

---

et ne pouvant gagner que très peu par la pratique, est obligé d'ajouter encore 75 à 214 fr. annuellement.

Après deux ou trois ans de service, on lui accorde un traitement de 428 fr., qui, peu à peu, et à des époques indéterminées, peut être monté à 1,285 fr. Mais, à l'égal de tout médecin employé, il n'en touche directement que les deux tiers, le troisième tiers doit lui rentrer par les honoraires de sa pratique. A mesure des vacances, il est enfin nommé assistant. Jusqu'aujourd'hui il fallait de dix à douze ans pour y arriver, mais dans la suite ce délai sera plus long. Les assistans touchent 1,285 fr., et ce traitement peut être augmenté peu à peu à 2,570 fr. s'ils font bien leur service. On leur assigne également un tiers sur leurs honoraires. Il leur est alloué en sus 376 fr. d'indemnité de fourrage et 21 fr. 40 c. pour frais de bureau.

L'assistant devient conseiller médicinal par rang d'ancienneté, si son service est reconnu irréprochable. Dans ces dernières années, cet avancement avait lieu à peu près au bout de vingt ans; au commencement, quand il y avait encore beaucoup de vieux médecins, il était plus rapide, mais ce terme deviendra plus long dans la suite, et plus d'un assistant aura rejoint ses pères, avant d'avoir atteint ce but si ardemment désiré.

Le conseiller médicinal a un traitement de 2,570 fr., dont il ne touche directement que les deux tiers; il peut monter peu à peu à 3,857 fr., mais ce chiffre est rarement atteint. On lui accorde les mêmes indemnités de fourrage et 53 fr. 55 c. pour frais de bureau. Pour les services publics, il lui est alloué en outre un abonnement de 428 fr.

Les caisses communales de chaque canton, contribuent pour 1,500 fr. au traitement des conseillers et pour 750 fr. à celui des assistans; de sorte que le trésor ajoute encore 214 fr. pour le premier, et 107 fr. pour le second. Les augmentations, les indemnités, etc., ainsi que le traitement des surnuméraires sont à la charge du trésor.

Les conseillers, les assistans et leurs familles ont droit à une pension. En cas d'incapacité de travail, la retraite, après trente-cinq ans de service, est de la moitié du traitement touché en dernier lieu. Chaque année en sus y ajoute 2 p. 100 du traitement, de sorte qu'après soixante ans de services, la pension équivaut au traitement. Si le médecin meurt en activité, sa veuve touche jusqu'à la mort, ou jusqu'à un nouveau mariage, le tiers de la pension à laquelle son mari aurait eu droit, et chacun des enfans, jusqu'à la majorité, un sixième. Néanmoins, plus de quatre enfans ne peuvent y participer, parce que jamais la pension du mari ne doit être dépassée. Les surnuméraires et les vétérinaires n'ont pas droit à la pension; ils participent à la caisse centrale des veuves et des enfans.

Le conseiller médicinal est l'organe du gouvernement; il est l'intermédiaire entre celui-ci et les médecins, les pharmaciens, les vétérinaires, les sages-femmes, etc., *et vice versâ.* Il est chargé de la médecine légale, de la police sanitaire dans l'acception la plus large de ce mot, de l'inspection des hôpitaux, prisons, pharmacies, établissemens d'eaux minérales, etc., etc. Il entretient une correspondance suivie avec son personnel subordonné sur tous les objets ayant trait à la médecine légale, la police médicale, la conscription, aux pauvres. Les assistans, les surnuméraires, les pharmaciens, les vétérinaires, les sages-femmes du canton sont ses aides constans et lui sont soumis en toutes choses. Il peut leur demander des rapports, leur ordonner des visites, leur faire des remontrances. En cas d'empêchement, l'assistant fait fonctions de conseiller. Tous les hommes de l'art peuvent exercer la médecine d'après le système qui leur convient, sans avoir à en rendre compte.

Dans chaque canton, il existe un arsenal d'instrumens de chirurgie pour la trépanation, les amputations, les autopsies. Ces instrumens sont achetés aux frais des communes, et gardés par le conseiller qui les délivre aux autres médecins, en cas de besoin.

Nous avons vu que deux tiers des traitemens étaient seulement payés, et que l'autre tiers devait être gagné sur les honoraires. Le tarif légal, à cet égard, est excessivement bas, comme on va voir.

Les médecins ont d'abord à remplir les services publics, dans lesquels il faut compter, entre autres, la vaccination et la revaccination, le traitement des pauvres, celui des soldats tombés malades en dehors de leur garnison, celui de la gendarmerie, toutes les espèces d'examen, d'inspection, de rapports, de mémoires, sans aucune indemnité de voyage et de séjour. Pour le reste de leur pratique, ils ont droit :

1º Pour une consultation dans leur cabinet, la première 28 c., et 14 c. pour les autres;

2º Pour chaque visite de malade dans tout le canton, sans distinction de distance ou de temps, 50 c. pour la première et 28 c. pour les autres;

3º Pour chaque consultation écrite, 28 c.;

4º Pour une relation de maladie destinée à un autre médecin, 1 fr. 7 c.;

5º Pour l'assistance à un accouchement ou à une opération chirurgicale, 71 c.;

6º Pour un accouchement artificiel ou une opération chirurgicale, sans égard aux difficultés, 1 fr. 7 c.;

7º Pour un simple certificat, 21 c.;

8º Pour un certificat, après examen préalable, 57 c.;

9º Pour un jour passé auprès d'un malade, sur la demande de ce dernier, 6 fr. 42 c.; on ne compte rien pour quelques heures;

10º Pour passer une nuit, 3 fr. 21 c.;

11º Pour une autopsie, avec rapport, mais seulement quand il y a eu condamnation aux frais et que la personne est solvable, ce qui est très rare, 6 fr. 42 c.;

12º Pour l'examen d'un blessé, avec rapport, sous les réserves précédentes, 3 fr. 21 c.;

13º Pour les visites de malades dans d'autres cantons, quand l'éloignement est de plus de deux lieues, le conseiller a droit à 8 fr. 57 c., les autres médecins 7 fr. 50 c.

Les personnes moins à leur aise, parmi lesquelles se comptent au moins la moitié de chaque canton, ne paient que la moitié. Les pauvres sont traités gratis.

Les médecins non employés par le gouvernement ont droit au double. Pour une visite à deux lieues et au delà du domicile du médecin, ils ont droit à 3 fr. 25 c. de frais de transport.

Les voyageurs ou les étrangers séjournant temporairement dans le pays, ont à payer le quadruple.

tion impartiale nous apprend au contraire que rien n'est plus fréquent que de voir des affections chancreuses guérir sans aucun résultat fâcheux ultérieur, malgré l'absence de tout traitement soit local, soit général; dès lors ne sommes-nous pas en droit de nous demander si les prétendus succès obtenus par le mercure ne rentrent pas dans la catégorie des guérisons spontanées?

D'autre part, est-il vrai que la syphilis soit si rare après le traitement préventif? Il nous est tout au moins permis d'en douter, surtout en nous rappelant l'aveu sincère d'un des syphiliographes les plus distingués de l'Italie, le dr Gamberini, qui nous apprend dans une de ses dissertations (1), que le plus grand nombre des syphilitiques accueillis dans son service à l'hôpital Sainte-Ursule, ont eu préalablement recours aux mercuriaux pendant la période des accidens primitifs. Pour cet honorable praticien, comme pour nous, le traitement préventif est donc parfaitement inutile, et ce qui nous confirme encore davantage dans cette idée, c'est la rareté de la syphilis constitutionnelle chez les prostituées de Bruxelles, internées à l'hôpital -Saint-Pierre, où les applications ectrotiques sont seules mises en usage contre le chancre pendant sa période d'activité, et où le traitement mercuriel n'est employé qu'à dater du premier symptôme caractéristique de la syphilis, l'induration fibro-plastique du chancre. C'est ainsi que sur un total de 151 affections chancreuses, observées pendant l'année 1853 dans le service des femmes publiques, 31 seulement se terminèrent par induration, et donnèrent lieu à la syphilis constitutionnelle, ainsi qu'il résulte du tableau statistique de ce service, publié par M. Manouvrier, élève interne (2).

Ce résultat numérique, si éloquent par lui-même, acquiert une portée plus grande encore si nous le rapprochons du tableau que M. Cazenave a inséré dans son traité des syphilides et par lequel il croit avoir résolu d'une manière décisive la question qui nous occupe; sur un total de 138 individus atteints d'accidens secondaires, cet auteur a constaté que 38 avaient subi antérieurement un traitement mercuriel *complet*, 8 avaient été traités incomplètement, 51 avaient eu recours aux antiphlogistiques et 41 s'étaient abstenus de tout traitement. De ces chiffres, M. Cazenave conclut que si le mercure n'agit pas d'une manière évidemment plus efficace que tout autre médicament contre les symptômes primitifs, il n'en est pas moins le moyen le plus puissant pour prévenir la syphilis constitutionnelle. Quant à nous, les faits cités par M. Cazenave nous conduisent à une conclusion diamétralement opposée. Eh quoi! un tiers des individus qu'il a observés a fait usage du traitement préventif, a été littéralement saturé de mercure et cela en pure perte, sans que cette intoxication, parfois plus funeste que la syphilis ellemême, ait pu entraver, retarder même le développement des accidens secondaires, et l'on pourrait partir d'un semblable résultat pour préconiser le traitement préventif par le mercure? En vérité, il nous est impossible de comprendre comment la proposition hasardée, irrationnelle, et dangereuse même, de M. Cazenave, a pu, sans aucun contrôle, trouver place dans la plupart des ouvrages classiques qui sont entre les mains des praticiens. Nous protestons de toutes nos forces contre l'envahissement de cette erreur, si contraire au raisonnement et aux faits, qui peut avoir de si graves conséquences pour les malades, et qui nous paraît d'autant plus dangereuse, qu'elle a pour elle la sanction de praticiens honorables dont le nom fait autorité dans la science.

Mais, nous objectera-t-on peut-être, M. Cazenave a observé un grand nombre d'ouvriers soumis aux émanations mercurielles, ayant absorbé, par conséquent, une grande quantité de ce métal, et il n'a pu constater chez eux aucun des accidens secondaires de la syphilis. Cette proposition, à laquelle les partisans du traitement préventif semblent avoir accordé une grande importance, est trop vague, trop peu scientifique pour être prise en sérieuse considération; en admettant la validité d'un semblable raisonnement, rien ne serait plus facile que de décréter une loi d'incompatibilité pathologique entre la syphilis et toute autre affection du même genre que l'hydrargyrie, l'intoxication saturnine par exemple: il suffirait pour cela de constater que les ouvriers soumis aux émanations du plomb, sont rarement affectés de syphilis... En vérité, ce serait là une logique par trop facile et rien ne serait dès lors plus aisé que de créer de nouvelles lois en pathologie.

D'ailleurs, l'expérience est loin de confirmer les observations personnelles de M. Cazenave, et il nous serait facile d'opposer à sa proposition négative bon nombre de faits positifs et, par conséquent, bien plus concluans. Entre tous, nous choisissons le suivant, dont nous venons d'être témoin à l'hôpital Saint-Pierre, et qui, vu son importance, doit trouver ici une place opportune.

C. L., âgé de 32 ans, miroitier, tempérament lymphatique, constitution assez débile, entre dans le service des vénériens le 27 février dernier. Interrogé sur ses antécédens, il nous apprend qu'il a toujours joui autrefois d'une bonne santé; vers le milieu du mois de décembre 1854, il fut atteint d'un chancre à la verge pour lequel il réclama, un mois plus tard, les soins d'un praticien qui, d'abord, lui prescrivit des lotions à l'eau de Goulard, et le soumit, deux semaines plus tard, à l'usage du mercure sous forme de pilules, et aux applications topiques d'onguent napolitain, moyens qui furent impuissans à enrayer les progrès du chancre. A son entrée à l'hôpital, nous constatons chez cet individu l'existence d'une induration fibro-plastique de la grosseur d'un pois, siégeant à la couronne du gland, datant déjà de plusieurs jours et coexistant avec un engorgement de même nature des ganglions inguinaux; en poursuivant nos investigations, nous découvrons encore un nombre assez considérable de furoncles, disséminés sur toute la surface du corps, ainsi que tous les signes d'un tremblement mercuriel que le malade nous déclare avoir contracté depuis environ un an dans l'exercice de sa profession, et qu'il a vu s'aggraver et s'accompagner même de ptyalisme sous l'influence du traitement spécifique institué avant son entrée à l'hôpital.

Dans l'impossibilité de satisfaire en même temps aux indications fournies par l'induration syphilitique du chancre et par les signes de la maladie mercurielle, M. le professeur Thiry résolut de combattre tout d'abord cette dernière affection, comme étant la plus grave, et d'en attendre la guérison avant d'avoir recours au remède antisyphilitique. Dans ce but, il prescrivit l'iodure de potassium uni à l'extrait de ciguë en potion, la décoction de douce-amère, les bains sulfureux et un régime sec osmazomé. Sous l'heureuse influence de cette médication, l'état général du malade s'améliora bientôt assez promptement, au point que, quelques semaines plus tard, il exigea sa sortie sans tenir compte des avertissemens de M. le professeur Thiry, qui, voyant l'induration du chancre persister, lui prédit qu'il ne tarderait pas à rentrer à l'hôpital avec tous les symptômes de la syphilis confirmée.

Comme on le voit, cette observation, quoique incomplète sous le rapport du traitement, n'en offre pas moins une ressource précieuse pour notre argumentation, et nous donne une nouvelle preuve que l'opinion de M. Cazenave est fondée sur une observation incomplète et ne peut conduire qu'à des déductions pratiques erronées et dangereuses.

De tout ce qui précède, nous nous croyons en droit de conclure : 1° que les mercuriaux n'ont été administrés contre les affections vénériennes primitives qu'en vertu d'idées préconçues, d'hypothèses contraires tout à la fois au raisonnement et à l'observation exacte; 2° que ces remèdes, si utiles comme moyens curatifs de la syphilis confirmée, ne possèdent aucune action préservative contre cette infirmité, qui ne peut être prévenue sinon par un traitement abortif, prompt et énergique de l'affection chancreuse dont elle est une filiation; qu'en conséquence, l'administration du mercure avant l'apparition des symptômes de la cachexie syphilitique constitue un acte d'arbitraire médical, un véritable abus de pouvoir dont l'humanité a le droit de demander un compte sévère au praticien qui, oubliant que son premier devoir est de ne pas nuire, se permet de saturer de mercure, d'*empoisonner* un individu confié à ses soins, et cela par précaution et sous prétexte de combattre une maladie qui n'existe pas, qu'il ne voit pas et dont aucun signe ne lui a décelé l'existence présente ou l'apparition future.

Mais, mieux que toutes nos paroles, l'observation suivante, recueillie encore à l'hôpital Saint-Pierre, mettra en évidence les suites désastreuses d'un traitement mercuriel intempestif et l'imprudence coupable des praticiens qui administrent ce médicament héroïque sur la foi aveugle d'un diagnostic erroné :

F. L....., âgé de 34 ans, menuisier, tempérament lymphatico-sanguin, entre le service des vénériens le 3 avril dernier. Cet individu, né de parens robustes, ayant toujours joui lui-même d'une bonne santé, contracta successivement cinq urétrites qui toutes cédèrent au bout d'un temps plus ou moins long au traitement ordinaire par le copahu et par les injections astringentes. Il y a environ trois ans qu'à la suite d'un coït suspect, il fut atteint de pustules plates confluentes au scrotum et à la partie interne et supérieure des cuisses : ce fut alors qu'il fut soumis, pour la première fois, à un traitement mercuriel complet qui ne tarda pas à développer une stomatite intense suivie d'ulcérations de toute la muqueuse buccale. Celles-ci persistant après la guérison des autres symptômes, il s'en fut consulter un médecin uromane qui, les ayant jugées de nature syphilitique, lui fit absorber à plusieurs reprises des doses assez considérables de sublimé, si bien que le malade se sentant dépérir de jour en jour, sollicita son admission à l'hôpital Saint-Pierre.

A son entrée, on le soumit à un examen minutieux qui eut pour résultat d'exclure tout symptôme de syphilis constitutionnelle; on ne put découvrir, en effet, aucune induration ni dans l'urètre, ni à la verge, ni dans les ganglions inguinaux. Mais, en revanche, il était presque impossible de voir une cachexie mercurielle mieux caractérisée : les lèvres, l'intérieur des joues, les bords de la langue étaient profondément ulcérés, les gencives fongueuses, les dents noircies et déchaussées; l'haleine d'une fétidité insupportable; ajoutez à cela l'inappétence, le tremblement nerveux, l'affaiblissement considérable des forces locomotives et la perte totale de la puissance générative : tel est l'abrégé du tableau symptômatologique que nous offre cette observation, bien faite pour inspirer une crainte salutaire à ceux qui s'exposent chaque jour à accroître le nombre déjà trop considérable des victimes du mercure (1).

(1) *Sull'uso del mercurio nella sifilide*, Bologne, 1848.
(2) *Presse médicale belge*, 26 février 1854.

(1) Extrait de la *Presse médicale belge*, numéros des 22 et 29 avril 1855.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Mai 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Une demande du sieur VERMOREL et une autre du sieur PERRET, à l'effet d'être autorisés à exploiter dans la ville de Lyon, le premier une fabrique d'eaux minérales, et le second une fabrique d'eaux et de limonades gazeuses. (Commission des eaux minérales.)

— Un rapport adressé au ministre de l'agriculture et du commerce par le docteur CHAPELAIN, médecin inspecteur des eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône), sur le service de ces eaux pendant l'année 1853. (Même commission.)

— La description et l'échantillon de deux appareils (une marmite de campagne et une seringue à injection) imaginés par M. PAULI, médecin-major au 90me de ligne. (M. Poiseulle, rapporteur.)

La correspondance manuscrite se compose des pièces suivantes :

Un travail du docteur LEBEL, pour servir de complément à son premier mémoire sur la coagulation du muco-pus de la blennorrhagie et du chancre par le chlorure double de manganèse et de fer. (Renvoi à la commission déjà nommée.)

— M. VELPEAU dépose sur le bureau :

1° Un mémoire de M. BUISSON, sur le traitement de la rage;

2° Une observation communiquée par le docteur HUBERT, de Louvain, et qui a pour titre : Accouchemens spontanés; ostéomalacie; opération césarienne; application continue d'eau froide; guérison.

— M. POULLIEN présente une ceinture hypogastrique exécutée d'après les indications de M. le docteur Amussat. Elle se compose de deux pelottes latérales en forme de croissant, terminées par des ressorts

En suivant ce tarif, il n'y a que quelques cantons privilégiés où les médecins parviennent à gagner plus que le dernier tiers de leurs appointemens; dans le plus grand nombre, la pauvreté est telle, que ce tiers n'est pas complété, de sorte que ces médecins ne touchent pas la totalité de leur traitement. Plusieurs propositions ont été faites pour remédier à cet inconvénient; ainsi, on leur paierait au lieu des deux tiers, les trois quarts de leur traitement, ou bien on augmenterait la taxe, surtout pour les opérations chirurgicales ou obstétricales, ou bien on leur accorderait un léger dédommagement pour l'énorme perte de temps que leur causent leurs voyages journaliers qu'ils sont obligés de faire gratis; mais aucune de ces propositions n'a été acceptée en haut lieu.

Cette organisation médicale est extrêmement avantageuse pour l'État et surtout pour le public, mais elle lèse profondément le corps médical, et surtout la jeune génération.

D'abord, l'obligation imposée à tous les médecins, même aux surnuméraires sans traitement, d'avoir un cheval, est une lourde charge; l'insuffisance de l'indemnité de fourrage les oblige d'ajouter encore plus de 200 fr. par an, et les chevaux des médecins, qui sont fortement et journellement fatigués, s'usent bien vite.

En second lieu, ce sont les innombrables voyages, souvent longs et inutiles qu'ils sont obligés de faire ordinairement gratis, le plus grand nombre des malades étant trop pauvres pour payer une indemnité; et cette dernière elle-même étant insignifiante. Souvent les médecins sont exposés aux plus fortes vexations de la part des malades qui les font courir à de longues distances pour rien; ils ne peuvent se garantir de cette tuile, car, devant les tribunaux, le malade a toujours raison en disant qu'il avait regardé son affection comme grave.

Le service des médecins fonctionnaires est trop fatigant; il use trop la santé, surtout les jeunes médecins qui ne sont pas encore assez aguerris contre les intempéries, et ne savent encore se garantir convenablement contre leur influence. Dans le duché de Nassau, la mortalité parmi les médecins est beaucoup plus considérable que dans d'autres pays; ils meurent jeunes, de typhus, de tubercules, de pneumonie, et les pensions de retraite pour les infirmités ne sont pas rarement accordées de bonne heure.

Enfin, le troisième dommage résulte du non-paiement d'un tiers de leur solde, tiers qu'ils doivent compléter par leur pratique, mais auquel résultat ils n'arrivent que rarement.

Le total des dépenses occasionnées par les affaires médicales, et supportées soit par les caisses communales, soit par le trésor, est de 180,916 fr. Dans ce chiffre sont compris encore le traitement du médecin inspecteur des eaux de Wiesbade, du médecin de l'hôpital, l'entretien de l'asile d'aliénés d'Eichberg, et celui de l'école d'accouchemens des sages-femmes.

Le duché renferme 429,341 habitans, distribués en 104,472 familles; il en résulte que les frais médicaux payés par le trésor et les communes se montent à peu près à 42 c. par an par individu, et à 1 fr. 72 c. par famille.

Les frais de médicamens peuvent également être calculés approximativement. Il y a trente-six pharmacies attitrées et seize succursales. On ne s'éloignera pas beaucoup de la vérité en admettant la recette brute de chaque pharmacie à 8,570 fr., et celle de chaque succursale à 4,284 fr. La dépense de pharmacie est donc probablement de 90 c., et de 3 fr. 75 c. par famille. Pour le militaire, la dépense par soldat pour soins médicaux, non compris l'hôpital, est presque celle d'une famille entière.

Changerions-nous avec nos confrères du duché de Nassau?

Dr STROHL,
Agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg.

COURRIER.

On nous écrit de Lyon que M. le docteur baron de Polinière, président de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône, vient de faire don à cette Association, d'une somme de 1,000 francs. Que l'exemple donné par ce respectable confrère de Lyon trouve de nombreux imitateurs!

— Les médecins désignés par le ministre de la guerre pour diriger en chef les hôpitaux thermaux, sont: Pour Vichy, M. le docteur Barthez; Barèges, M. le docteur Campmas; Bourbonne, M. le docteur Cabrol; tous les trois médecins principaux.

—. M. le docteur Michel Lévy, inspecteur général du service de santé de l'armée d'Orient, est arrivé ces jours derniers de Constantinople.

— Par décret impérial du 28 avril, M. Lanton, chirurgien de 2e classe de la marine, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'Honneur, pour sa courageuse conduite devant Sébastopol.

— Par arrêté du 30 avril, sont nommés professeurs à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, les fonctionnaires dont les noms suivent :

Physique. — M. Preisser, docteur ès-sciences physiques.
Chimie. — M. Girardin, membre correspondant de l'Institut.
Histoire naturelle. — M. le docteur Pourchet, membre correspondant de l'Institut.
Préparateur d'histoire naturelle. — M. Pourchet fils.
Préparateur de chimie. — M. Ducastel (Edmont).
Préparateur de physique. — M. Albert (Charles).
M. Girardin, professeur de chimie, est nommé directeur de l'École.
M. Vincent, professeur de mécanique, est nommé secrétaire.

qui se fixent en arrière. Un double mouvement de bascule et de refoulement obtenu à l'aide d'une boucle à vis, s'exerçant sur ces pelotes à volonté et séparément, permet d'invidualiser chacune d'elles, et d'obtenir ainsi une pression plus forte d'un côté que de l'autre. Cet appareil peut être appliqué avantageusement aux cas de déplacemens de l'utérus.

— M. Devergie donne lecture d'une *Note sur une question de doctrine en matière de viabilité de l'enfant, au point de vue des donations et des successions.*

La question à résoudre est celle-ci : Un enfant, parfaitement développé, naît à neuf mois de grossesse, avec un vice de conformation auquel l'art peut remédier. Cet enfant doit-il être apte à recevoir et à succéder, quoiqu'il succombe après un temps donné de vie extra-utérine, aux suites du vice de conformation qu'il a apporté en naissant ou aux suites des opérations qui ont été pratiquées pour y parer?

L'article 725 établit que, pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession. Ainsi sont incapables de succéder : 1° celui qui n'est pas encore conçu; 2° l'enfant qui n'est pas né viable, etc.

Or, si la loi ne définit pas la viabilité, la majorité des médecins s'accorde à y voir l'aptitude que l'anfant apporte en naissant dans toutes les conditions de son organisation à vivre de la vie extra-utérine. D'après cette manière de voir, toute conformation ou toute maladie mortelle que l'enfant apporte en naissant, et qui s'est développée dans le sein de la mère, peut devenir l'objet d'une question de viabilité.

Parmi ces vices de conformation, il en est qui ne permettent, au sujet de cette question, aucune divergence d'opinion ; mais, en opposition avec les cas de monstruosité, il est des désordres fort légers qui peuvent cependant entraîner la mort, soit par le défaut de secours convenables, soit par suite des opérations que l'on pratique pour les faire cesser. Telle est, par exemple, l'imperforation de l'anus, alors même que les matières fécales ne sont retenues que par une membrane mince et facile à perforer.

Dans un cas de ce genre, où le vice de conformation avait été reconnu et une opération faite pour y remédier, l'autopsie avait révélé une disposition anatomique propre à faire échouer le procédé employé; plusieurs chirurgiens délivrèrent un certificat où il était dit que l'enfant devait être considéré comme viable, puisque toutes les ressources de l'art n'avaient pas été épuisées, et que, notamment, la création d'un anus artificiel aurait peut-être empêché la terminaison funeste. Appelé à donner son avis dans cette circonstance, M. Devergie n'hésita pas à déclarer, contrairement à l'opinion des chirurgiens, que l'enfant n'*était pas né viable*. Voici sur quelles raisons il appuie cette appréciation :

Si l'on s'engage pour décider la question de la viabilité dans toutes les chances d'une opération, chances qui varient selon une foule de conditions, et même selon le plus ou moins d'habileté de l'opérateur, on marche dans une voie pleine d'incertitude. Le seul terrain solide est celui de la loi même. C'est au point de vue légal et non à celui de la médecine que la question doit être envisagée, et l'on doit se conduire, en cas pareil, comme dans ceux de blessures accidentellement mortelles, qui, en principe, doivent être déclarées mortelles, sauf à établir, comme atténuation, qu'elles n'étaient pas de nature à entraîner nécessairement la mort. En effet, si le vice de conformation n'avait pas existé, la mort ne serait pas survenue ; et comme l'intention du législateur a été que l'enfant fût né viable, c'est-à-dire dans des conditions normales d'organisation qui lui permissent de vivre sans le secours de la médecine ou de la chirurgie, il ne saurait être réputé viable, quoique l'opération la plus légère eût pu le soustraire à une mort certaine.

— M. Bousquet, au nom d'une commission composée de MM. Ferrus, Londe et Bousquet, rapporteur, rend compte d'un travail de M. Moreau (de Tours), *sur le délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique.* (Nous publierons ce rapport dans notre prochain numéro.)

— A quatre heures, M. le Président annonce que l'Académie va se constituer en comité secret, pour entendre les rapports sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances du 4 et du 11 Avril 1855. — Présidence de M. Guersant.

Sommaire. — Présentation de malades. — État du col de l'utérus dans la seconde moitié de la grossesse. — Rapport.

Présentation de malades.

1° M. Guersant a montré un enfant atteint d'un spina-bifida avec hydrorachis, occupant la région lombaire. La poche s'est en partie affaissée. Il n'y a dans ce cas aucun signe de paraplégie.

2° M. Larrey a montré un bel exemple de nystagmus double, avec amblyopie et un léger degré de mydriase. C'est un militaire dans la famille duquel l'affection dont il est atteint semble avoir déjà frappé plusieurs personnes.

Voici quel est l'état de ce malade : les deux yeux sont animés de mouvemens continus, dans une direction perpendiculaire à l'axe visuel; on peut compter jusqu'à cent quatre-vingts oscillations par minute. La pupille est plus dilatée que dans l'état normal, contractile; l'appareil cristallinien ne présente aucune opacité, et M. Desmarres a pu reconnaître, au moyen de l'ophthalmoscope, qu'il existe un arrêt de développement des vaisseaux rétiniens et une saillie prononcée de la papille optique.

Le malade ne peut distinguer un objet qui est placé en face de lui; au contraire, il distingue très bien les objets placés à sa gauche, surtout en inclinant légèrement la tête dans ce sens. A ce moment, le nystagmus cesse et les deux yeux restent immobiles, dans le même état que chez les individus affectés d'un strabisme divergent. Lorsque le malade veut regarder des objets placés à sa droite, les yeux redeviennent le siége d'un mouvement oscillatoire très prononcé et la vision nette s'exécute avec autant de difficulté que pour les objets placés en face. En imprimant alors aux yeux un mouvement alternatif de haut en bas et de bas en haut, la perception visuelle redevient assez distincte. Le malade peut écrire plus facilement qu'il ne lit; les yeux se fatiguent avec une grande facilité.

Que faire, pour guérir cette affection ? M. Larrey a l'intention de la traiter par l'application de louchettes et par une sorte de gymnastique oculaire.

Quelques membres de la société ont pris la parole, après cette communication, pour faire remarquer que, dans ce cas, la section des muscles de l'œil ne pourrait offrir aucun avantage.

Suite de la discussion sur les ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse.

Nous avons résumé dans un de nos précédens numéros (n° 47 de l'Union Médicale) la discussion à laquelle a donné lieu le mémoire de M. Cazeaux sur l'état du col de l'utérus dans la seconde moitié de la grossesse.

M. Richet, retenu par une indisposition, a communiqué dans la séance suivante, à la Société, les résultats de ses études à l'hôpital de Lourcine sur ce point de pathologie. D'après M. Richet, il existe deux sortes d'ulcérations du col pendant la grossesse : les unes physiologiques, sans gravité aucune, ne survenant qu'après le cinquième mois de la gestation et qu'il propose de désigner sous le nom d'*érosions variqueuses ;* les autres pathologiques qui réclament un traitement spécial,

Les ulcérations physiologiques ou érosions variqueuses du col sont très communes. Ce sont de fines granulations d'un rouge tantôt vif, tantôt pâle, paraissant produites par le détachement simple du feuillet épithélial. Elles sont recouvertes d'une couche de mucus épais, transparent, très adhérent, difficile à détacher et ne saignant que difficilement.

Ces érosions paraissent dues à une inertie ou a un ralentissement dans la circulation veineuse de l'utérus; elles résultent d'une stase sanguine analogue à celle qu'on observe dans le système veineux des parties sous-pelviennes chez les femmes enceintes. Les érosions variqueuses persistent cependant quelquefois après l'accouchement et donnent lieu à un genre d'ulcération qu'on peut désigner sous le nom d'*ulcérations suites de couches.* Ces érosions ne donnent lieu à aucune sorte d'accident, tout traitement est inutile.

Quant aux véritables ulcérations du col de l'utérus, qui surviennent pendant la grossesse, elles peuvent présenter les mêmes variétés que les ulcérations du col qui surviennent en dehors de l'état de gestation, souvent elles revêtent un caractère fongueux, deviennent saignantes, et peuvent donner lieu à des accidens graves, notamment à l'avortement. Ces ulcérations sont rares. Pendant un séjour de trois années passées à l'hôpital de Lourcine, l'auteur n'en a observé que six cas, dans lesquels on a pu reconnaître cinq fois l'existence d'une syphilis antérieure ; les malades étaient parvenues à une époque de la gestation variant entre trois mois et demi et cinq mois; les ulcérations de ce genre, à bords nettement découpés, à fond rouge et saignant, étaient recouvertes de granulations ou fongosités rougeâtres, se prolongeant entre les lèvres du col restées ouvertes. Sur les six malades, il y a eu quatre avortemens; les ulcérations ont persisté sur deux d'entre elles longtemps après la fausse couche. Quant au traitement que réclament ces sortes d'ulcérations, M. Richet conseille le repos, les bains, les lavemens laudanisés, des applications astringentes et la cautérisation avec l'azotate de mercure ou le nitrate d'argent.

Rapport.

M. Danyau a lu un rapport sur un travail de M. Charrier, interne à la Maternité, travail intitulé : *De l'influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel.*

PRESSE MÉDICALE.

CARACTÈRES CHIMIQUES DE LA CHOLESTÉRINE ET DES CORPS AMYLACÉS, SOUS LE MICROSCOPE; par J. Moleschott, à Heidelberg. — Les chimistes savent, depuis longtemps, que la cholestérine, traitée par l'acide sulfurique, donne une couleur rouge; les microscopistes ont prêté peu d'attention à ce phénomène, à l'exception de Virchow. Les expériences de M. Moleschott sont beaucoup plus complètes à cet égard. Si l'on ajoute à de la cholestérine un mélange de cinq parties d'acide sulfurique concentré et de une partie d'eau distillée (en volumes), et si l'on expose un instant le porte-objet à la petite flamme d'une lampe à alcool (on ne peut pas chauffer trop doucement), on obtient une couleur carmin de toute beauté. En examinant les tables cristallines sous le microscope, on voit que cette couleur n'y forme qu'une bordure n'ayant d'abord que la largeur d'un corpuscule du sang de porc ; celles qui sont complétement colorées sont rares. Les angles des cristaux sont plus ou moins arrondis, et les artères forment de nombreuses lignes courbes, de sorte que beaucoup de ces cristaux deviennent ronds et n'indiquent plus que vaguement leur forme rhomhique primitive. Cependant, il se trouve encore des tables qui nont pas subi cette altération. Après deux heures d'exposition à l'air, le carmin s'est rapproché du violet, et après six heures au plus, les cristaux sont décolorés. En employant un mélange de trois volumes d'acide sulfurique et de un volume d'eau, la belle coloration violette se produit d'emblée, en chauffant légèrement, et presque tous les cristaux n'ont pas modifié leur forme. Deux et demie, ou deux parties d'acide et une d'eau donnent toujours, à une douce chaleur, une couleur lilas, ordinairement assez claire, et, chose remarquable, les cristaux sont plus profondément attaqués qu'avec un acide plus concentré, leurs bords sont convertis en petites gouttelettes serrées, et en beaucoup d'endroits ils sont tout à fait morcelés. A parties égales, il n'y a de coloration que lorsque les cristaux sont dissous sous l'influence de la chaleur, et l'on trouve toutes les nuances du lilas au violet jusqu'au carmin.

D'un autre côté, plus l'acide est concentré, plus aussi la couleur passe du carmin d'abord au pourpre, puis au rouge brun. Huit d'acide et une d'eau donnent beaucoup de cristaux rouge-brun parmi les carmin. A partir de la proportion de six d'acide sur une d'eau, les cristaux sont plus profondément modifiés par un acide de plus en plus fort; avec l'acide sulfurique concentré, ils se changent en gouttes rouge-brun, comme Virchow l'avait déjà indiqué. La présence d'acide sulfureux dans l'acide sulfurique entrave la réaction carmin et lilas, mais elle n'en est pas la cause principale ; celle-ci réside dans le degré de concentration de l'acide sulfurique. Une fois, avec de la cholestérine venue d'Utrecht et que M. Moleschott avait déjà depuis huit ans, il a obtenu un beau bleu, avec quatre à trois d'acide sur une d'eau, sans addition d'un autre agent et sans avoir chauffé ; il laissait le mélange à l'air pendant deux à trois minutes, sans le recouvrir d'une plaque. Quatre autres échantillons de cholestérine, d'autres provenances, ne lui ont pas donné de résultat semblable.

La coloration bleue est obtenue constamment en ajoutant à un des mélanges de cholestérine et d'acide, de la teinture d'iode modérément brune ; elle se fait avec les teintes carmin, violet ou rouge-brun en passant ordinairement par le violet, le gris, le vert jaunâtre et le vert clair, puis au bleu. Le rouge-brun devient d'abord pourpre, puis carmin, et suit alors les mêmes transformations. Le meilleur degré de concentration de l'acide est de trois sur une d'eau. Meckel et Virchow ont déjà signalé cette coloration, et le second fait observer que ce bleu ne le cède en rien à celui que l'on obtient en traitant la cellulose par l'iode et l'acide sulfurique. Cependant la cholestérine et la cellulose ne peuvent être confondues quoiqu'elles aient ce caractère commun, car la première donne avec l'acide sulfurique seul, les colorations précédemment indiquées et qui n'ont pas lieu pour la seconde.

Virchow a pleinement prouvé que les corps amylacés récemment découverts dans différentes parties du corps, entre autres dans le cerveau, ne sont pas de la cholestérine. Dans sa première communication, il les regarda comme de la cellulose; Donders, au contraire, comme de l'amidon; eh bien, les deux ont raison. M. Moleschott est tenté d'admettre que les formations composées de cellulose peuvent être converties en partie en amidon par un ferment animal; car Donders a vu de ces corpuscules bleuir par la simple addition de teinture d'iode. M. Moleschott a constaté ce phénomène à différentes reprises, car, pour reconnaître la cellulose, il a l'habitude de faire agir d'abord de la teinture d'iode, de laisser sécher et d'ajouter seulement alors l'acide sulfurique (quatre parties en poids sur une d'eau), procédé recommandé par Harting. L'action bleuissante de l'iode seule indique de l'amidon; la nécessité de l'addition d'acide, prouve la cellulose, et comme on sait que la dernière peut se convertir en amidon, on est en droit d'admettre *que les corpuscules amylacés sont composés de ces deux substances.* — (*Wiener med. woehenschrift*, n° 9, 1855.)

DE L'ACTION DES COURANS D'INDUCTION SUR LES CHOLÉRIQUES; par le docteur B. Schulz, à Vienne. — Les malades ressentaient plus vivement et avec douleurs, des courans même faibles, appliqués sur tous les points de la peau au moyen de conducteurs *secs;* il faut donc employer seulement des courans peu intenses. Les conducteurs *mouillés* font passer l'électricité dans les muscles et y déterminent de violentes contractions tétaniques des fléchisseurs. *Ces contractions persistent après que le courant a été interrompu,* donnent aux membres l'aspect qu'ils prennent par les crampes cholériques et déterminent les mêmes douleurs. On les fait cesser en appliquant légèrement les conducteurs mouillés sur les muscles extenseurs; même résultat sur les crampes cholériques spontanées. Le courant ne doit pas être trop fort et les conducteurs seront légèrement appliqués, pour que l'électricité ne saute pas sur les muscles déjà contractés. Un pôle introduit dans l'anus et l'autre humide, agissant sur l'épigastre, les muscles abdominaux furent saisis de spasme persistant et douloureux. L'électrisation de la peau au moyen de conducteurs secs, fit cesser la cyanose ; celle des nerfs récurrens resta sans influence sur l'aphonie ; chez une malade, le hoquet cessa au moment où elle prit dans les mains les conducteurs secs; il revint au bout de six heures, mais faible et avec de rares répétitions. Pour essayer d'agir sur la diarrhée, un conducteur mince fut introduit profondément dans le rectum, en ayant soin d'isoler la place qui touchait à l'anus; l'autre, une plaque sèche, fut appliqué sur l'épigastre. Chaque séance durait de dix à quinze minutes, et elles furent répétées quatre fois en vingt-quatre heures. Après cinq minutes, la malade disait ressentir le courant par une chaleur interne agréable dans les intestins; cette sensation durait encore une à deux heures, mais la diarrhée ne fut modifiée ni en quantité ni en qualité ; seulement, les selles, qui avaient été involontaires, furent ressenties.— (*Wiener med. woehenschrift*, n° 4, 1855.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Édimbourg, le 4 Mai 1855.

Monsieur le rédacteur,

Je lis en ce moment, dans votre numéro du 17 avril, un rapport de MM. Barth et Léger, sur un mémoire de M. Dechambre, qui me fait l'honneur de me nommer à côté de M. Andral, en critiquant la théorie de l'emphysème pulmonaire dont il nous croit les auteurs. M. Dechambre essaie de bouleverser la théorie de M. Andral, et MM. Léger et Barth croient « qu'il serait difficile de combattre les raisons sur lesquelles il s'appuie pour démontrer son insuffisance. » Cela ne m'étonne pas, Monsieur le rédacteur, parce que j'ai plusieurs fois, dans mes écrits sur l'emphysème, éprouvé la nécessité de combattre cette théorie; mais ce qui m'étonne, c'est que le véritable antagonisme où je me trouve avec M. Andral à cet égard n'empêche pas que ma théorie de l'emphysème soit confondue avec la sienne. M. Dechambre, en m'attribuant une modification de la théorie de M. Andral, a reproduit une erreur que j'ai déjà tâché de redresser. Dans une lettre au rédacteur des *Archives générales* (numéro de novembre 1854), et dans les travaux originaux dont cette lettre exprime les résultats, je crois avoir posé une doctrine sur l'emphysème et sur plusieurs autres lésions pulmonaires que M. Dechambre n'a pas pu combattre, parce qu'il n'est pas encore arrivé à une appréciation de ses fondemens mêmes. Cette doctrine doit, sans doute, être livrée à la critique; mais je crois remplir un devoir en appelant M. Dechambre à l'examen des documens que j'ai indiqués, au lieu de ces analyses imparfaites auxquelles il s'est évidemment arrêté. Du reste, je remercie M. Dechambre de s'être occupé de mes recherches.

Agréez, etc.

H.-J. Gairdner,
Médecin de l'infirmerie royale à Édimbourg.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 56. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 12 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............... 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET SUR LE TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE;

Par le docteur MARCHAL (de Calvi).

Je publie ce mémoire à l'occasion d'un fait d'angine couenneuse, dans lequel j'ai employé une médication nouvelle (1); mais je me propose, en même temps, et surtout, de démontrer l'inutilité, plus encore, la nocuité de la cautérisation dans le traitement de cette maladie.

Ce travail se compose de cinq paragraphes.

Dans le premier, j'énonce mes argumens contre la cautérisation, et je rapporte le cas d'angine couenneuse scarlatineuse dans lequel j'ai employé la médication alcaline;

Dans le second, je réponds à une objection qui m'a été présentée;

Dans le troisième, je consigne une observation qui prouve, d'une part, le caractère général, diathésique (holopathique), de l'angine couenneuse, et, d'autre part, expérimentalement, l'inutilité et la nocuité de la cautérisation;

Dans le quatrième, je rapproche l'angine couenneuse des fièvres éruptives, et je lui fais succinctement l'application des règles thérapeutiques qui doivent présider au traitement de ces pyrexies;

Dans le cinquième, enfin, je présente quelques considérations sur la prophylaxie de l'angine couenneuse, de la diphthérite en général.

I.

L'angine couenneuse, que nous voyons, depuis quelques mois, régner épidémiquement à Paris, est une maladie doublement redoutable, en ce qu'elle met la vie en grand péril, et trouve l'art presque désarmé. Il n'existe, en effet, aucune méthode que l'on puisse lui opposer avec assurance, ou même avec un espoir fondé de guérison; et quiconque en est atteint est livré, sans recours éprouvé, aux chances les plus funestes (1).

(1) Voir, à la fin du mémoire, la réclamation de priorité de M. le docteur Lemaire.

La cautérisation n'est qu'un moyen local qui ne touche pas au principe de la maladie. Ce principe est dans le sang, car l'angine couenneuse est une holopathie, c'est-à-dire une maladie générale, qui se localise dans la membrane muqueuse de l'arrière-gorge.

Le caractère diathésique (nous disons holopathique) de la diphthérite est présenté avec beaucoup de force dans un travail extrêmement intéressant, publié par M. le docteur G. Empis, dans les *Archives générales de médecine* (1850), sous ce titre : *Étude de la diphthérite, d'après une maladie observée à l'hôpital Necker* en 1848 (2).

Avant d'aller plus loin, je demande au lecteur la permission de présenter quelques remarques incidentes sur ce que j'appelle une *holopathie*.

Ce mot est formé de ὅλος, *tout entier*, et de πάθος, *maladie*; soit maladie de l'entier, *totius substantiæ*, ou maladie générale. Deux mots de notre langue, *holocauste*, *holographe*, ou, plus généralement, mais moins correctement, *olographe*, sont formés du radical ὅλος, et impliquent l'idée de totalité : *victime consumée en entier*; *testament écrit en entier de la main du testateur*. Le mot que je propose a donc, en sa faveur, l'exactitude étymologique et l'autorité des précédens. Maintenant, est-il nécessaire? Je le crois. En effet, on ne peut pas donner le même nom de *diathèse* à la maladie strumeuse et à la variole, par exemple; et pourtant, dans l'une et dans l'autre, le caractère général de la maladie est évident. Toutes ces maladies à caractère général, qui sont les véritables maladies, je les appelle des *holopathies*; seulement, les holopathies à forme aiguë, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la morve, etc., constitueraient les holopathies proprement dites; tandis que l'on conserverait leur nom de diathèse, afin de s'éloigner le moins possible de la convention, aux holopathies à forme chronique, telles que la scrofule, etc. La pathologie se diviserait ainsi en deux grandes parties, dont l'une comprendrait les holopathies et l'autre les organopathies.....

(1) « L'angine pseudo-membraneuse n'offre souvent point de gravité par elle-même et se termine ordinairement d'une manière favorable, soit à l'aide des secours de l'art, soit spontanément, dans l'espace de quinze à vingt-cinq jours. Elle ne devient véritablement dangereuse que dans les cas où la maladie se propage vers les organes de la respiration et donne lieu au croup ou à l'espèce particulière de pneumonie dont nous avons parlé. » (*Diction. de méd.*, 2e édit., tome III, page 120. Guersant.) Cette assertion a grand besoin d'explication; telle quelle, elle pourrait inspirer une sécurité dangereuse; les seules angines pseudo-membraneuses auxquelles elle s'applique sont celles qui ne sont point accompagnées de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires; cet engorgement est d'une importance capitale dans le pronostic; l'angine couenneuse qui offre cette complication, ou mieux ce caractère, est une des maladies les plus terribles, et c'est elle que j'ai en vue; c'est elle que l'on a surtout observée cette année, et qui a jeté l'effroi dans la partie éclairée de la population.

(2) « L'angine pseudo-membraneuse, dit Guersant, est, *comme nous l'avons vu*, une affection primitivement locale.... » (*Loc. cit.*, t. III, p. 130.) J'ai cherché vainement dans l'article de Guersant les preuves de cette assertion, aussi dangereuse qu'erronée, car elle autorise, à l'exclusion de tout autre moyen de traitement, la médication répressive, la cautérisation, qui est nuisible. La vérité est dans ce passage du mémoire de M. Empis : « ... Semblable en cela à toutes les affections disséminées, cette affection (la diphthérite) suppose un état morbide général ou une diathèse toute particulière, engendrant et reliant entre elles des inflammations diverses par leur siége, leur étendue, leur intensité, leur durée et leur nombre, mais identiques par leur nature. » (Page 18.)

Mais revenons à la cautérisation dans la diphthérite, ou plutôt dans l'angine couenneuse, car c'est surtout de cette espèce de diphthérite que j'entends parler.

Non seulement la cautérisation est un mode thérapeutique vicieux, en ce qu'elle s'applique à l'effet, sans toucher à la cause; mais encore je crois pouvoir affirmer qu'elle est nuisible; et je ne me dissimule pas la gravité de cette affirmation. J'ai vu plusieurs fois les accidens augmenter immédiatement après la cautérisation, notamment dans un cas que je vais rapporter sommairement.

Pendant mon séjour à Bellevue, dans l'hiver de 1853-1854, je fus consulté pour une petite fille de 5 ans, blanche, blonde, replète, fille d'un homme ayant dépassé la cinquantaine, et goutteux. Elle avait de la fièvre, et languissait depuis plusieurs jours. Elle souffrait de la gorge, et le cou était légèrement tuméfié dans les régions sous-maxillaires. Cette enfant, très gâtée, qui ne me connaissait pas, et poussait des cris à mon approche, ne voulut pas me laisser voir sa gorge.

J'examinai les parties génitales; elles étaient très rouges, enflammées, et offraient, sur quelques points, un produit d'exsudation blanchâtre. J'annonçai que, selon toute probabilité, l'affection de la gorge était de même nature, et que le cas était grave. Je n'avais pas alors l'idée de combattre la diphthérite par les alcalins; et même ce fut à la suite de ce cas, en réfléchissant à sa triste issue, que je m'arrêtai à cette idée.

Je prescrivis un grand bain, et je me proposais de conduire le traitement en employant les adoucissans, tout en soutenant les forces. Mais le père, que mon diagnostic avait alarmé et qui avait son médecin à Paris, lui écrivit. Ce médecin arriva aussitôt. C'est un praticien instruit et expérimenté, mais imbu de la doctrine générale sur l'opportunité de la cautérisation dans l'angine couenneuse. Il pratiqua la cautérisation en mon absence, me laissant un mot d'explication; à partir de ce moment, le cou se tuméfia extrêmement (1), les accidens

(1) Je fus bien frappé d'une remarque de la religieuse qui veillait la petite malade. « J'ai perdu tout espoir, me dit-elle, dès que j'ai vu se former *les trois plis*;

Feuilleton.

CAUSERIES.

DEUX INCIDENS HOMOEOPATHIQUES.

L'homœopathie a beaucoup fait parler d'elle, depuis quelques jours, à Paris, ou plutôt, et pour être plus exact, l'homœopathie a beaucoup parlé d'elle. Deux incidens lui en ont fourni le prétexte. L'un est d'une assez médiocre importance; l'autre présente plus d'intérêt. Un mot de chacun d'eux en commençant par le premier.

Quelques médecins de Paris, professant la doctrine hahnemannienne, ont fondé un nouveau journal. C'était leur droit, ils en ont usé, rien de plus légitime. Ce journal a été adressé à l'Académie de médecine. Pourquoi? Dans quel but? Cela ne me regarde pas, et je laisse au juge souverain, à Dieu, de juger les questions intentionnelles. L'Académie de médecine, ou plutôt le conseil d'administration de l'Académie, n'a pas trouvé à propos d'agréer cet hommage, et a renvoyé le journal à son auteur, formule de l'administration des postes. Pourquoi le conseil de l'Académie a-t-il refusé le journal de la doctrine homœopathique? Le Conseil ne s'est pas expliqué sur ce point, et il n'est pas prudent de faire parler des gens qui veulent se taire. Mais, sur ce refus, grand émoi de la doctrine : lettres, réclamations, récriminations, protestations; rien n'y a fait; le conseil a persisté dans sa décision, et de cette décision je n'aurais rien à dire si elle n'établissait pas un antécédent, une sorte de jurisprudence qu'il ne faut peut-être pas laisser passer sans quelques réflexions.

Je dirai d'abord que je ne vois pas bien clair dans ce qu'on pourrait appeler le point de droit, c'est-à-dire dans la question de légalité. Un secrétaire d'une Académie officielle, un conseil quelconque, ont-ils le droit de supprimer, de refuser une pièce de correspondance? L'affirmative me paraît douteuse, mais la négative me paraît périlleuse. Je doute qu'au point de vue du droit et des principes, il soit permis à un fonctionnaire de l'Académie ou à un conseil de soustraire quoi que ce soit à la connaissance de ce corps savant. L'abus pourrait toucher ici de si près à l'usage, qu'il serait prudent peut-être de ne pas consacrer cet usage. Mais, d'un autre côté, il est certain que les Académies, aussi bien que les journaux, sont exposés à recevoir des envois qui blessent la raison et qui compromettent leur dignité. Les journaux ont la liberté de ne pas publier, pourquoi les Académies n'auraient-elles pas le droit de refuser? Pour moi, je le leur accorde volontiers, mais à la condition que le corps savant tout entier, et non pas un de ses fonctionnaires ou quelques-uns de ses membres seulement, sera mis en demeure de se prononcer et de voter en connaissance de cause. Ce *modus faciendi* serait irréprochable, et éviterait probablement de grands embarras à quelques dignitaires de l'Académie. Supposez, en effet, que l'Académie, en séance publique ou secrète — et pourquoi secrète? — eût été consultée sur ce point : L'Académie veut-elle accepter pour sa bibliothèque l'*Art médical*, journal homœopathique, dont les rédacteurs lui font hommage? Il est probable qu'en fin de compte, l'Académie eût décidé la chose comme son conseil d'administration; mais où eût été l'inconvénient d'une discussion publique? Quand même un orateur eût parlé en faveur de la réception du journal, quel grave danger ce discours aurait-il fait naître? Je vais plus loin, l'Académie eût voté l'acceptation de l'hommage, la science et la pratique médicale essentielles été mises en péril? Je ne peux le croire, car, au moyen d'un petit considérant très légitime, il eût été possible d'empêcher l'homœopathie de chanter victoire et de se prévaloir d'un vote qui eût été fortement motivé.

L'Académie a beau faire, elle ne pourra se soustraire à la nécessité de s'occuper, tôt ou tard, de l'homœopathie. Soit par incidence et par accident, soit spontanément, soit par voie officielle, elle sera forcée de donner son avis sur la doctrine. Où est le mal? Je n'y vois que du bien à faire. L'homœopathie crie à l'exclusion systématique; non seulement, dit-elle, on ne veut pas me discuter, mais même on refuse mes livres, mes journaux. C'est le blocus continental mis sur la doctrine. Enlevez-lui ce moyen d'agir sur quelques esprits. Discutez-la, jugez-la. On assure qu'en ce moment même un de ses plus fervens représentans sollicite l'honneur de faire une lecture à l'Académie; ouvrez-lui les portes, laissez-le monter à la tribune et vous étaler sa doctrine. Mais qu'aussitôt une commission se mette à l'œuvre, une commission énergique, composée, par exemple, de MM. Bégin, Roche et Gerdy, et qu'elle fasse repentir la doctrine de son imprudente tentative. Ainsi vous avez fait pour la syphilisation, vous en êtes-vous mal trouvé? Qui s'occupe aujourd'hui de syphilisation? Ainsi vous avez fait pour la doctrine de la substitution de la fièvre typhoïde à la variole; votre intervention n'a-t-elle pas été un bienfait? Cette doctrine ne s'écroule-t-elle pas de tous côtés, accablée sous le poids des preuves et des témoignages?

Je ne sais si je vois bien ou mal, mais il me semble que c'est là précisément le rôle et la mission des Académies, d'apprécier et de juger toutes les tentatives de l'esprit humain, d'encourager et de patroner toutes celles qui sont dignes d'appui et d'encouragement, de blâmer, de rejeter et de confondre toutes les erreurs dangereuses. C'est par là qu'elles peuvent légitimer leur existence et la protection qu'elles reçoivent de l'État. La spontanéité humaine n'a pas besoin des Académies pour produire, mais elle a besoin de direction toujours, de modérateur souvent, de frein quelquefois. Production, Examen, tels sont les deux termes de toute organisation scientifique utile et sérieuse. La critique individuelle, littéraire et scientifique, à peu près partout éteinte et par des causes inévitables, doit inévitablement aussi trouver son dernier asile dans les corps savans, dans une action collective et dégagée des graves responsabilités qui incombent à la critique isolée. On demande trop à la presse et pas assez aux corps savans. Les rôles doivent être et seront fatalement intervertis. Au réveil de l'esprit humain, à la renaissance des lettres et des sciences, les Académies devaient être et furent, en effet, des corps producteurs dont les membres, mettant en commun leurs aptitudes, leurs efforts et leurs connaissances, travaillaient de concert à la propagation des vérités nouvelles. Tel fut surtout le rôle des premières et célèbres Académies de l'Italie, auxquelles l'esprit humain ne pourra jamais payer un tribut assez fort de reconnaissance et de respect.

Aujourd'hui, le monde a changé de face; ce ne sont plus quelques

généraux s'aggravèrent; bref, la pauvre enfant alla de mal en pis, et mourut le huitième jour après la cautérisation, qui, du reste, fut renouvelée, sans mon acquiescement, bien entendu, car dès que le nitrate d'argent eût été appliqué, je demeurai simple spectateur.

Qu'il y ait lieu de penser que l'enfant eût également succombé sans la cautérisation, je l'accorde; mais j'affirme que l'état morbide s'est aggravé tout de suite après la cautérisation, et cela suffit à mon argumentation.

Une raison qui condamne la cautérisation, c'est, le plus souvent, l'impossibilité de la faire complète, alors même que le malade s'y prêterait avec toute la bonne volonté possible. En effet, ce n'est pas seulement dans l'isthme du gosier qu'existent les fausses membranes : il y en a dans les fosses nasales, dans les trompes d'Eustache. Or, comment porter le caustique dans toutes les anfractuosités des fosses nasales, et, à plus forte raison, dans la trompe d'Eustache (1)?

Certes, s'il était possible de brûler, dès l'origine, la pustule qui deviendra un chancre infectant, de détruire dans une certaine étendue le tissu qui en est le siége, il y aurait grand avantage à le faire, en ce que l'infection serait prévenue. Mais à quoi servirait-il de cautériser les pustules de l'ecthyma syphilitique, consécutif à l'infection, symptôme de l'infection? Or, de même que l'ecthyma syphilitique est un effet de la diathèse syphilitique, de même les fausses membranes sont un effet de l'holopathie diphthéritique.

A quoi bon s'attaquer à l'effet? Ce n'est pas bon, et ce n'est pas indifférent. C'est mauvais, car la cautérisation irrite les parties, ajoute à l'inflammation, et, par cette élévation incidente de l'action organique, par la réaction qui en est la suite, diminue la résistance vitale, déjà si fortement atteinte par le principe de la maladie, essentiellement hyposthénisant ou dépressif.

Il est possible que la cautérisation fasse pis encore. Est-ce qu'en attaquant sur un point la manifestation diphthéritique, on ne la provoquerait pas à se reproduire sur un autre point, peut-être plus important; de telle sorte que la maladie, qui pouvait n'être pas mortelle, le deviendrait à cause précisément de ce changement de siége? Voici un passage du mémoire de M. Empis, qui pourrait avoir, à cet égard, une bien grave signification :

« ..... Chez plusieurs de nos enfans, la diphthérite débuta par une plaque très souvent circonscrite, qui fut vigoureusement combattue par l'action fréquemment réitérée des caustiques; l'application locale était promptement suivie d'une grande amélioration; la diphthérite cessait de s'étendre en surface, et au bout de quelques jours marchait vers la cicatrisation; cependant, ou lors même que la cicatrisation était complète, comme chez plusieurs de nos enfans, on voyait, au bout de dix à quinze jours, la diphthérite se répéter avec violence sur le canal aérien et produire la mort. » (P. 53-54.)

Est-on bien sûr que la diphthérite se serait répétée et serait devenue funeste si l'on n'avait pas employée la cautérisation? Est-on bien sûr, d'une manière plus générale, que, quand l'angine couenneuse se propage au larynx et donne lieu au croup, la cautérisation de l'arrière-gorge n'y ait été pour rien?

De deux choses l'une : ou la cause générale est épuisée dans une première efflorescence pseudo-membraneuse, et la répression locale est sans objet (je parle de l'angine couenneuse et non du croup); ou la cause générale subsiste, et la cautérisation ne l'empêchera pas de se manifester, si même elle ne la seconde, ce qui est probable.

Quant à la propriété extensive des fausses membranes (1), c'est une vue de l'esprit que rien ne justifie. Si les pseudo-membranes avaient la propriété de s'étendre, il ne serait jamais assez tôt pour les réprimer, pour les détruire; mais la même cause générale qui a fait exsuder une première fausse membrane, ne suffit que trop à en faire naître de nouvelles, à côté ou loin de celle-là.

Je crois fermement que l'école de Tours a causé un grand préjudice en introduisant la méthode substitutive dans le traitement de l'angine couenneuse, et, plus généralement, de la diphthérite. Cette méthode peut donner de bons résultats dans la blennorrhagie urétrale; elle en donne d'excellens dans la blennorrhagie conjonctivale, ou ophthalmie blennorrhagique, dans l'ophthalmie purulente en général; mais ce sont là de simples lésions, indépendantes d'un principe acquis à l'économie entière. Dans la diphthérite, dans un état morbide qui se présente essentiellement avec les caractères d'une maladie générale ou holopathie, la méthode substitutive doit tendre à produire ce que produirait l'excision partielle d'une tumeur cancéreuse; elle doit, comme je l'ai fait pressentir, ajouter à la cause en voulant restreindre l'effet.

Certes, on voit l'angine couenneuse guérir après la cautérisation, mais je suis convaincu que c'est malgré la cautérisation; et, finalement, si l'angine couenneuse est mieux connue depuis les travaux de l'école de Tours, on a de fortes raisons de croire, en revanche, qu'elle ne fut jamais plus funeste, précisément à cause de l'emploi des caustiques.

Le principe, le miasme, le poison morbide, comme on voudra l'appeler, qui cause la diphthérite, on ne le connaît pas; mais il se manifeste par un phénomène, la formation de fausses membranes, qui atteste un excès de plasticité.

Cet excès de plasticité n'est point, comme on voit, le fait le plus élevé de la pathogénie de l'angine couenneuse; mais c'est le phénomène au delà duquel on ne peut parvenir quant à présent, celui auquel il faut s'adresser pour attaquer le mal le plus près possible de sa cause ignorée.

Convaincu douloureusement de l'inanité profonde de la thérapeutique dans le traitement de l'angine couenneuse, j'étais résolu, le cas échéant, à me conformer au principe que je viens d'exposer, c'est-à-dire à combattre l'excès de plasticité, sans négliger toutefois l'élément inflammatoire.

Ce cas vient de se présenter.

(La suite à un prochain numéro.)

quand ce signe paraît, les enfans sont perdus. » Elle voulait parler des reliefs auxquels donne lieu la tuméfaction du cou, et qui, effectivement, étaient au nombre de trois, séparés par deux sillons.

(1) On dit bien de faire des injections caustiques dans les fosses nasales, mais il est impossible d'en espérer un effet certain; puis, resteraient les fausses membranes des trompes.

(1) M. Guersant insiste beaucoup sur le caractère *serpigineux* des pseudo-membranes; mais ce caractère est tout à fait imaginaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

DU DÉLIRE AU POINT DE VUE PATHOLOGIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE;

RAPPORT

Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 8 Mai 1855,

Par M. le docteur Bousquet.

Chargé, avec MM. Ferrus et Londe, de vous rendre compte d'un mémoire de M. Moreau (de Tours), intitulé : *Du délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique*, nous venons, un peu tardivement peut-être, nous acquitter de notre mission, mais heureusemen assez tôt pour fournir à l'auteur un titre de plus à sa candidature à la section d'anatomie pathologique.

A la manière des grands raisonneurs, M. Moreau commence par nous initier à ses desseins. Il dit d'abord où il en veut arriver, afin qu'on y regarde de plus près. Il se propose de prouver que la folie est une maladie de l'organisation comme toutes les autres maladies; d'où il infère la nécessité de l'étudier, comme toutes les autres, dans les parties qu'elle affecte : dans le cerveau.

Il ne maintient que l'usage où sont les aliénistes de l'étudier presque exclusivement pour la mieux connaître, et d'en faire l'objet particulier de leur pratique pour la traiter plus heureusement. Ainsi la science rapproche, et l'art divise.

Quel que soit le but de M. Moreau, il y a pour nous trois questions distinctes dans le mémoire soumis à notre examen : une question de mots, une question de principes et une théorie.

Nous appelons question de mots la confusion que fait M. Moreau du délire et de la folie. « L'habitude, dit-il, les distingue dans le langage; mais la raison doit les confondre, parce qu'il n'y a nulle différence entre ces deux états, ou plutôt ces deux états n'en font qu'un sous des noms différens. »

Tel est, si nous l'avons bien compris, le raisonnement de M. Moreau. Il est vrai, et cette remarque ne lui a pas échappé, que la plupart des aliénistes font entrer le délire dans la définition qu'ils donnent de la folie. C'est pécher contre la première règle des définitions, car il reste à dire ce que c'est que le délire. Mais il n'est pas digne de M. Moreau de s'autoriser d'un vice de raisonnement pour se donner raison et faire passer une proposition qui a besoin d'être solidement prouvée.

Il est juste de dire que M. Moreau distingue soigneusement le délire symptomatique d'avec le délire idiopathique. C'est celui-ci, c'est le délire idiopathique qu'il confond avec la folie. A la bonne heure! Mais il a oublié de dire à quels signes on les distingue l'un de l'autre. Et quand il eût été plus explicite, cela ne changerait pas, ce nous semble, la nature des choses. Qu'importe après tout le point initial, le point de départ du délire? Il y a d'autres raisons que l'origine qui séparent le délire de la folie. Pourquoi confondre deux états, dont l'un est ordinairement court, passager, tandis que l'autre dure en général longtemps et ne finit trop souvent qu'avec la vie; deux états dont l'un éclate inopinément, tandis que l'autre, préparé, élaboré de longue main dans l'économie, se forme lentement, mystérieusement, et se montre ensuite de lui-même ou à l'occasion de la cause la plus insignifiante et la plus imprévue; deux états dont l'un n'est qu'un accident fortuit, sans conséquence, tandis que l'autre se transmet plus sûrement avec le sang; deux états enfin dont l'un se rencontre ordinairement avec la fièvre et le trouble général des fonctions, au lieu que l'autre s'allie avec la plus parfaite santé?

Telles sont, à notre avis, les principales différences entre le délire et la folie. Elles ne toucheraient pas au fond des choses qu'elles nous paraîtraient encore à considérer; mais il faut bien qu'elles aient leur cours dans l'organisme. Essentiel ou symptomatique, le délire d'un jour ne suffira jamais pour faire un fou.

Mais c'est trop insister sur les mots, d'autant que M. Moreau poursuit un autre objet. Il s'est persuadé qu'en raison des fonctions lésées, on s'est accoutumé à considérer la folie *en dehors de l'organisation*; il voudrait la ramener à sa véritable place : c'est l'idée dominante de son mémoire.

Les médecins en sauraient-ils donc moins que le peuple? A l'aspect d'un caractère bizarre, passionné, à plus forte raison d'un fou déclaré, le peuple dit que cet homme a la *cervelle* dérangée. La vérité a passé de la science dans les croyances populaires. Les médecins n'ignorent pas davantage qu'il y a quelque chose d'insolite, quelque chose d'altéré dans celui qui a perdu l'usage de la raison. Mais où est précisément cette altération? En quoi consiste-t-elle? Sur ces points nous convenons qu'il y a beaucoup d'incertitude dans la science, beaucoup d'hésitation parmi ceux qui la cultivent. Il est des esprits timides à l'excès qui aiment mieux se réfugier dans l'observation que de s'engager dans

---

hommes, disséminés sur quelques rares centres de travail, séparés par les nationalités et les distances, se mettant à grand'peine et par des publications difficiles, en communication; ce ne sont plus quelques hommes seulement qui entretiennent le foyer scientifique. Ce foyer scientifique est devenu un vaste embrasement; l'esprit humain est en ébullition; le progrès des sciences a incommensurablement élargi l'horizon où plane, en s'égarant quelquefois, l'intelligence; les producteurs ne surgissent plus d'ici ou de là, mais de partout; une presse active et rapide, dont les publications incessantes sont emportées par des voies de transport inconnues à nos pères, met en communication de pensées, d'efforts, de tentatives et d'aspirations, non plus quelques hommes ou quelques peuples privilégiés, mais le genre humain tout entier. Les applications des sciences débordent de partout. Mais dans cette immense production, tout est-il également bon et utile? Qui oserait le dire? Et s'il y a un départ à faire, un choix, un tri, des conseils à donner, des précautions à indiquer, des dangers et des écueils à signaler, à qui revient cette grave mission? à la presse. Mais ses colonnes et ses pages suffisent à peine à l'exposition, à la vulgarisation des faits nouveaux, des applications proposées, des tentatives faites, des résultats indiqués. A-t-elle la possibilité, et le temps, et l'occasion, et les élémens nécessaires pour passer tout cela au crible d'une critique impartiale, éclairée et juste?

Non, c'est aux corps savans que cette grande, cette belle mission incombe naturellement et nécessairement. La critique et l'appréciation collective des faits, des idées et des principes sont seules possibles dans l'état actuel des choses, et j'ajoute, avec la législation rigoureuse qui régit la presse.

Mais, dans l'organisation et le fonctionnement des corps savans, que de *desiderata!* Il faudra bien les indiquer un jour ou l'autre, et surtout dans leurs afférences avec notre Académie de médecine, où aboutissent surtout les travaux relatifs à la spécialité de ce journal.

Voyez un peu où m'a conduit l'homœopathie! Et je n'en ai pas fini avec elle. Le second incident sur lequel la doctrine récrimine peut se raconter en deux mots. L'administration de la guerre ayant été obligée de dépeupler ses hôpitaux de médecins militaires, tous nécessaires à l'armée d'Orient, a fait appel au zèle d'un certain nombre de médecins de nos hôpitaux civils et de médecins libres. Pour ces derniers, l'administration ne se trouvant pas compétente pour apprécier le mérite des confrères qui ont offert leurs services et ne voulant confier ses malades qu'à des médecins présentant des garanties de savoir, s'est naturellement adressée à la Faculté de médecine pour lui demander son avis sur la capacité des médecins qui s'offraient à elle. Or, parmi ces médecins, se trouvait un homœopathe déjà mis en possession d'un service au Val-de-Grâce. Sur ce médecin homœopathe, l'avis de la Faculté a été tel qu'on devait bien l'attendre. La Faculté qui ne croit pas à l'homœopathie ni comme vérité de doctrine, ni comme réalité d'application, la Faculté a nettement exprimé cette opinion. L'administration de la guerre ne pouvait pas avoir demandé l'avis d'un corps aussi considérable que la Faculté de médecine, sans en tenir compte. C'est ce qu'elle a fait, en remerciant le médecin homœopathe. Mais l'administration de la guerre est trop bien élevée et trop polie pour n'avoir pas donné à son remercîment les formes les plus courtoises et les plus distinguées, c'est aussi ce qu'elle a fait par une lettre adressée au médecin homœopathe, et dont il serait difficile de surpasser l'urbanité et le bon ton.

Mais de là, grands cris contre l'intolérance de la Faculté, accusations de matérialisme, ce gros mot est imprimé en toutes lettres, et autres aménités orthodoxes qui doivent fort réjouir Saint-Sulpice. Tout cela tournera mal pour l'homœopathie, je l'en préviens charitablement. Il y a déjà longtemps que j'ai signalé l'encapuchonnement de la doctrine. Saint Thomas, saint Dominique et saint Ignace demandent la tolérance et la liberté d'examen. Qu'en dites-vous?

Amédée Latour.

La commission d'enquête que le gouvernement anglais a envoyée en Crimée, vient de faire une perte bien regrettable en la personne de sir Hector Gavin, président de la commission médicale. Sir Hector se disposait, le 21 du mois dernier, à faire un tour dans les tranchées, et il pria son frère de lui prêter son revolver. Pendant qu'il examinait cette arme, un déplorable hasard la fit partir entre ses mains, et toute la charge lui pénétra dans la poitrine. Sir Hector tomba baigné dans son sang; il vécut encore quelques heures, et, le lendemain, une foule attristée et silencieuse suivait sa dépouille mortelle jusqu'à sa dernière demeure.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante, que nous publions à regret :

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Paris, le 11 Mai 1855.

Mon cher confrère,

La *Presse médicale* cesse de paraître, sans que j'en aie eu connaissance, lorsque j'ai signé mon dernier numéro. Je suis donc obligé de recourir à la publicité de mes anciens collègues pour faire parvenir ces quelques lignes d'adieux à mes honorés lecteurs.

Il y a deux ans que, voulant assurer l'avenir de la *Presse médicale* contre les difficultés financières auxquelles succombent tant de journaux, j'en cédai *conditionnellement* la propriété à un homme que je croyais capable de faire grandir une entreprise déjà prospère dès son début. La rédaction et la direction du journal me semblaient, d'ailleurs, un fardeau assez lourd, et je ne voulais pas assumer d'autre responsabilité.

Si j'ai à me repentir, aujourd'hui, d'avoir remis en des mains impuissantes les destinées de mon œuvre, il me reste du moins la consolation de savoir que personne ne doit en souffrir que moi-même, et de pouvoir compter encore sur les sympathies du corps médical pour le moment très prochain où j'aurai à les invoquer de nouveau, attendu que je ne renonce nullement à la carrière du journalisme, qui me plaît malgré ses vicissitudes, et dans laquelle je me crois appelé à rendre quelques services à la science et à la profession.

Veuillez agréer, cher confrère, l'expression de mes sentimens bien dévoués.

Dr Alex. Mayer.

la voie où les pousse M. Moreau. En respectant la réserve des uns, nous ne blâmons pas la hardiesse des autres. Il ne faut pas que la crainte de tomber empêche de marcher. En logeant l'âme dans la glande pinéale, Descartes provoqua plus de recherches sur le cerveau qu'il n'en avait été fait depuis Hippocrate. A la vérité, tous les savans n'ont pas l'autorité de Descartes. Willis lui-même, ce médecin dont un roi d'Angleterre a dit qu'il lui avait enlevé autant de sujets que tous ses ennemis ensemble, Willis a produit des travaux qui n'ont pas été sans utilité. Il a le premier essayé de distinguer les fonctions du cerveau et celles du cervelet. Des méthodes plus rigoureuses ont donné des résultats plus solides, mais nous n'avons pas le dessein d'y entrer.

Nous n'avons à nous occuper ici que de M. Moreau et du mémoire qu'il vous a adressé. Il ne lui suffit pas de savoir qu'il y a un organe lésé dans l'homme en délire, il veut connaître cet organe, et il nomme le cerveau. Oui sans doute, le cerveau; car, bien qu'il soit incapable de penser par lui-même, il n'en est pas moins la condition matérielle de la pensée. Mais cette atteinte à l'activité du cerveau réside-t-elle toujours en lui ou vient-elle quelquefois d'ailleurs?

M. Moreau est du premier sentiment; nous sommes des deux; nous pensons que ni l'une ni l'autre hypothèse n'embrasse tous les faits. Il faut les réunir pour avoir toute la vérité. Les états pathologiques les plus divers et les plus éloignés des centres nerveux peuvent réagir sur le cerveau et l'entraîner dans leur orbite. En ce cas, la folie ne serait qu'un effet éventuel, contingent. C'est ainsi qu'en pense Jacobi, le plus célèbre aliéniste de toute l'Allemagne. Et M. Pariset, à qui on accorderait plus d'autorité dans la science s'il avait moins d'esprit, M. Pariset était dans les mêmes principes. Il ne les a pas exposés *ex cathedra* ou dans un ouvrage dogmatique, mais il les laisse assez voir dans les beaux éloges qu'il a faits de Pinel et d'Esquirol. Ce sont, dit-il, les changemens, les attouchemens intérieurs, les impressions des viscères qui montent au cerveau, l'obsèdent et le déconcertent. Et en preuve de cette doctrine il parle, d'après Van Swieten, d'une femme, mère de huit enfans, qui, lorsqu'elle était grosse d'un garçon, était épileptique et ne l'était pas lorsqu'elle avait une fille. Cabanis cite des folies qui tiraient leur origine de l'état des organes de la reproduction; qui ne connaît l'influence du vin, des esprits de l'opium, et de tant d'autres substances sur les troubles de l'intelligence? ou bien encore les caprices, les bizarreries de caractère que suscite quelquefois la grossesse ou la présence des vers dans l'intestin? Suivez l'analogie, et dites si ces exemples presque artificiels, et choisis à cause de cela entre beaucoup d'autres, n'autorisent pas à penser que la cause de la folie agit peut-être aussi souvent loin de l'organe qu'elle met en mouvement que dans cet organe même. La présomption augmente quand on considère les enseignemens de la physiologie. La physiologie nous apprend qu'il se fait dans le système nerveux comme un double courant, dont l'un, de la périphérie au centre, porte les matériaux de la sensation, et l'autre, du centre à la périphérie, transmet les volitions du cerveau et détermine les mouvemens. Or, veuillez le remarquer, les altérations du cerveau conduisent à la paralysie bien plus sûrement qu'aux troubles de l'intelligence.

Telle n'est pas cependant la manière de voir de M. Moreau, il ne subordonne la folie à aucun autre état pathologique qu'à celui-là même du système dans lequel il en place l'origine et le siége. Il faut que cette conviction soit en lui bien profonde, car il la défend contre le témoignage des sens si souvent trompés dans leurs recherches sur le cadavre; mais, alors même qu'ils découvrent ce qu'ils cherchent, l'esprit n'y comprend rien : quels rapports pourraient-ils saisir entre un peu de rougeur, un peu d'épaississement ou de ramollissement de la matière cérébrale et ces fausses sensations, ces raisonnemens sans suite qui constituent la folie? Les aliénistes ont l'air de croire qu'ils y verraient plus clair si les fonctions cérébrales étaient moins délicates; nous sommes fâché de leur enlever cette consolation, mais nous leur en apportons une autre : c'est que l'anatomie pathologique ne jette pas plus de lumière sur les maladies des autres organes. A part ces gênes, ces empêchemens mécaniques qu'elles apportent quelquefois à l'exercice des fonctions, les lésions anatomiques ne conservent d'ordinaire aucun rapport appréciable à nos sens avec les lésions fonctionnelles.

Encore, si ces lésions, toutes récentes quelles sont, existaient toujours, elles n'excluraient pas, du moins, l'idée de causalité, mais elles manquent souvent; d'où l'on voit que celui qui affirme d'autorité que la folie naît de l'altération matérielle du cerveau affirme ce qu'il est hors d'état de démontrer. Et, ce qu'il y a de plus étrange, il l'affirme contre l'esprit même de son système, qui lui défend de rien admettre contre le témoignage des sens.

Tous les aliénistes qui se sont occupés sérieusement des rapports des lésions anatomiques avec les diverses formes de l'aliénation, Pinel, Esquirol, Lélut, Georget, etc., tous en ont signalé l'inconstance et les contradictions, ce qui a arraché à M. Falret cette exclamation : Ce qu'il y a de plus désespérant, dit-il, c'est qu'on ne rencontre des lésions de fonctions sans lésion *saisissable* d'organe, et des altérations d'organe sans trouble *marqué* des fonctions! L'argument était accablant; on l'a senti, et pour en atténuer la force, les uns, comme M. Falret, insinuent que, pour n'être pas sensible aux yeux, la lésion n'existe pas moins; les autres font mieux encore, ils disent qu'elle a disparu. C'est la ressource de M. Moreau. L'expédient n'est pas nouveau, mais l'explication est nouvelle. La maladie, dit-il, c'est de la folie qu'il parle, la maladie était passée à l'état chronique, il a pu survenir dans l'organe malade telle modification qui, en laissant subsister le délire, aura détruit les signes matériels de l'état aigu.

De ce que les maladies mentales ont une origine commune dans le cerveau, M. Moreau infère qu'elles ne peuvent beaucoup différer entre elles; mais il y a de meilleure analogie de meilleures raisons, c'est qu'on les voit tous les jours se succéder, se mêler, se transformer; de sorte que, dans le cours de la même maladie, on observe successivement toutes les formes du délire. Et de là vient que les aliénistes les plus consommés éprouvent souvent tant d'embarras à caractériser, à classer les cas qu'ils ont actuellement sous les yeux. Ils ne sont à l'aise que dans les livres. Il se mêle presque toujours un peu de manie dans le délire partiel et il est bien rare que les délires maniaques soient sans prédominance d'une ou de plusieurs séries d'idées particulières, d'où M. Moreau conclut très justement que si les formes adoptées de manie, monomanie, délire général et partiel ont leur utilité au point de vue historique, elles sont sans fondement dans la nature.

Après ces considérations sur le rôle du cerveau dans l'aliénation, M. Moreau cherche à s'expliquer comment elle se produit; et dans son ambition il se place tout d'abord à sa naissance. Il disait tout à l'heure que toutes les formes de la folie se touchent; il lui cherche maintenant des analogies dans les fonctions les plus naturelles : est-il, en effet, rien de plus naturel que le sommeil? Sans doute il est plus tranquille quand il est sans rêves qu'avec rêves; mais la différence n'est pas grande, et ne pouvait, dans aucun cas, autoriser M. Moreau à lui assimiler la folie.

Et en effet, dans cette hypothèse, nous perdrions donc tous la raison pendant la nuit, car tout le monde rêve, et nous la retrouverions tous les matins à notre réveil.

Les fous n'ont pas cet avantage; ils sont fous nuit et jour.

Et, d'autre part, s'il n'y a pas de folie sans lésion cérébrale, il faut donc dire la même chose du sommeil. M. Moreau se contente de parler des *modifications* du cerveau, et il cite le sommeil comme une des plus profondes; tandis que la lésion serait des plus légères dans la folie. En forçant l'une, en atténuant l'autre, il espère rapprocher les deux états; mais est-elle donc si légère la maladie qui dépouille l'homme de ses plus nobles attributs et le réduit à la condition de la brute? Est-elle donc si légère la maladie qui se transmet par voie de génération, et prend si bien possession de sa victime, qu'elle ne le quitte souvent qu'avec la vie?

Que, pour donner une idée de la folie à ceux qui n'ont pas vu de fous, on la compare au songe, tout est permis pour se faire comprendre; mais il ne faut pas trop presser la comparaison. Il y a, en réalité, si peu d'affinité entre la folie et le sommeil, qu'elle l'exclut au lieu de l'appeler. En général, les fous dorment peu.

Abusé par les apparences, M. Moreau a conclu à l'identité des états intérieurs; c'est là son tort, son erreur. Et le talent même qu'il a mis à défendre le rapprochement n'a fait qu'ajouter à l'illusion. Il en faut beaucoup, de talent, pour faire paraître vraisemblable ce qui choque toutes les vraisemblances.

Son embarras ne commence que quand il veut exposer nettement sa pensée. « La folie, dit-il, est un état mixte, résultant de la fusion de » l'état de sommeil avec l'état de veille, de l'*immixtion* des phénomènes » psychiques appartenant à l'état de sommeil dans l'état de veille. » Ce qui revient à dire qu'il n'y a de différence entre celui qui a sa raison et celui qui ne l'a pas, sinon que l'un rêve en dormant et l'autre rêve en veillant. Mais n'est-ce donc rien? L'embarras de l'explication trahit la faiblesse de la théorie. M. Moreau a trop de lucidité dans l'esprit, il est trop maître de sa langue pour parler ainsi s'il n'avait dans la pensée quelque chose de louche qui gêne sa parole et l'obscurcit.

Heureusement sa haute raison reprend bientôt son empire et se dégage des entraves de la théorie. Quelques efforts qu'il ait faits pour rapprocher les désordres nerveux, il n'en veut pas moins qu'on étudie à part ceux de l'intelligence; quelques soins qu'il ait mis à les ramener au cerveau, il consent qu'on les étudie en eux-mêmes. C'est qu'en effet la règle est plus facile à poser qu'à appliquer. On ne peut douter que les organes soient merveilleusement appropriés à leurs usages, nous le voyons par les organes des sens et par quelques autres; mais, en général, cette belle concordance nous échappe; nos yeux n'y voient rien : de sorte que l'organisation, qui contient peut-être l'explication de tout, ne nous explique rien; ce qui a fait dire excellemment à Gall qu'on va de la fonction à l'organe au lieu de descendre de l'organe à la fonction, comme le voudrait l'ordre logique. On passerait sa vie devant un estomac, qu'on ne devinerait peut-être jamais à quoi il est bon. Aujourd'hui même que le principal usage en est connu, quelle lumière sa structure répand-elle sur les mystères de la digestion? Et de même du cerveau, il prend certainement une part quelconque à l'exercice des facultés de l'entendement; mais nous ne devons à l'organe que la plus petite partie de ce que nous savons de la fonction.

On nous comprendrait mal si on inférait de nos paroles que nous dédaignons l'étude de l'organisation; rien n'est à dédaigner dans une science comme la nôtre. Le but de ces réflexions est d'en marquer l'état présent, afin de dissiper toute illusion et de faire voir que rien ne peut suppléer l'observation des phénomènes.

L'anatomie pathologique n'est ni moins discrète ni plus facile à se laisser surprendre que l'anatomie physiologique; le secret est aussi bien gardé d'un côté que de l'autre. La physiologie croit savoir que la folie répond à une altération du cerveau. Sur la foie de la physiologie, l'anatomie se met à la recherche de cette altération. Tantôt elle la trouve, et tantôt elle ne la trouve pas. Quand elle ne la trouve pas, elle n'en affirme pas moins qu'elle existe; quand elle la trouve, l'embarras n'en est que plus grand, tant il y a de variations : la vérité semble fuir à mesure qu'on croit en approcher. M. Bayle est peut-être le seul qui ait signalé une constante coïncidence entre les folies d'ambition et la lésion des méninges, entre la lésion des méninges et la paralysie générale; et ce fait passe pour une des plus belles acquisitions de la science moderne.

Quant à la nécessité de rattacher les maladies aux organes, qui pourrait le contester? Nous sommes donc tous d'accord, quoique peut-être nous n'ayons pas tous les mêmes espérances. A l'instance de M. Moreau on croirait presque que tout est là. « Sur ce point capital, dit-il, » le médecin ne peut se dispenser d'avoir une opinion fixe, arrêtée, » soit dans un, soit dans un autre. Nulle hésitation n'est permise, sous » peine d'impuissance absolue en matière de thérapeutique. »

La menace est grave, comme on voit. Si on flotte sur le siége de la folie, si on ne la met pas à sa véritable place, on ne peut rien pour les malades. Nous ne voyons pas trop la rigueur de la conséquence. Mais l'anathème lancé par M. Moreau ne retombe-t-il pas un peu sur lui? Il n'a pas toujours eu, ce nous semble, les mêmes principes. Depuis qu'il en a changé a-t-il changé aussi de conduite? a-t-il répudié l'ancienne règle? a-t-il de nouveaux moyens à nous proposer? dirige-t-il mieux les aliénés confiés à ses soins? est-il plus heureux dans sa pratique?

Pour nous, confondus de l'impuissance de notre raison pour entrer dans tous ces mystères, nous laissons voir nos doutes et nous cachons nos espérances. Qu'on ne croie donc pas que nous repoussions les recherches où M. Moreau s'est hardiment engagé. Loin de le détourner, nous serions des premiers, s'il en était besoin, à l'engager à persévérer; et dès à présent nous applaudissons à ses succès futurs. Tout ce qui tend à éclairer l'esprit humain, à agrandir ses connaissances, mérite d'être encouragé; et d'autant plus, que la science où il s'exerce connaît mieux ses imperfections et ses besoins.

M. Moreau est du petit nombre de ces esprits hardis qui dédaignent les sentiers battus. Il ne se plaît que dans les régions nouvelles. Tout ce qu'il a écrit porte un cachet d'originalité qui lui a fait la place qu'il occupe parmi les aliénistes les plus distingués de notre temps; l'Académie l'a déjà honoré de ses éloges. Nous proposons aujourd'hui de lui faire adresser de justes remercîmens dus à tant d'efforts, et d'ordonner le renvoi du mémoire dont nous venons de vous rendre compte au comité de publication.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 Avril 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Compte-rendu de quelques expériences sur la transmission et les métamorphoses des vers intestinaux.

M. MILNE EDWARDS : Lorsque la commission, chargée de décerner l'année dernière le grand prix relatif à l'helminthologie, a fait son rapport par l'organe de M. de Quatrefages, elle n'avait pas eu l'occasion de vérifier tous les résultats annoncés par MM. Van Beneden et Kuchenmeister; aussi, tout en donnant de grands éloges aux travaux de ces naturalistes, a-t-elle cru devoir faire quelques réserves au sujet de l'origine présumée de certains vers intestinaux, et notamment de la transformation des cysticerques en tænias.

Pour fixer notre opinion à cet égard, M. de Quatrefages et moi avons prié M. Van Beneden de vouloir bien répéter sous nos yeux l'expérience principale dont M. Kuchenmeister et lui avaient argüé.

Il s'agissait de déterminer à volonté le développement du *Tænia serrata* chez le chien, en mélangeant dans ses alimens des *Cysticerques du lapin*, parasites qui sont extrêmement communs autour des viscères de ce dernier animal.

M. Van Beneden a bien voulu venir à Paris pour nous rendre témoins de cette expérience; et comme les résultats obtenus sous nos yeux ont été en tous points conformes aux prévisions de ce naturaliste, j'ai cru devoir les faire connaître à l'Académie.

Le ver intestinal, que les zoologistes désignent sous le nom de *Tænia serrata*, est très commun chez les chiens adultes, mais ne se rencontre pas chez ces animaux au moment de la naissance.

M. Van Beneden prit donc pour sujets d'une première expérience deux chiens nouveau-nés; les éleva dans les mêmes conditions et les soumit au même régime, avec cette seule différence que les alimens donnés à l'individu n° 1 furent mêlés à un certain nombre de cysticerques provenant de viscères du lapin, et que les alimens fournis au n° 2 ne continrent aucun ver de cette espèce. Une première ingestion de cysticerques avait eu lieu le 12 mars, une seconde le 23 du même mois, et la troisième le 21 avril dernier.

Ces deux animaux furent tués et ouverts mercredi dernier par M. Van Beneden, en présence de MM. Valenciennes, de Quatrefages, Haime et moi.

Le chien n° 1, qui, à trois reprises, avait mangé des alimens contenant des cysticerques du lapin, avait dans l'intestin grêle trois paquets de vers que la plupart de nous avons reconnus pour être le *Tænia serrata*, et que je dépose sur le bureau de l'Académie.

Le paquet qui se trouvait le plus éloigné de l'estomac, et que M. Van Beneden considérait comme provenant des cysticerques ingérés le 23 mars dernier, se composait de plusieurs tænias parvenus presque à l'état adulte; dans le paquet situé moins bas, dans l'intestin, la plupart des individus étaient moins avancés en âge; enfin, dans le troisième paquet, trouvé à peu de distance du pylore, et rapporté par M. Van Beneden aux cysticerques mangés par l'animal peu de jours avant, les tænias étaient beaucoup plus petits.

Le chien n° 2, qui n'avait pas mangé des alimens contenant le cysticerque du lapin, ne renfermait dans son intestin aucun *Tænia serrata* (1).

Une autre expérience comparative, faite dans des conditions analogues, donna des résultats semblables. Nous ne trouvâmes aucun tænia dans l'intestin du chien, dans l'estomac duquel M. Van Beneden n'avait pas introduit le cysticerque du lapin, tandis que l'individu à qui il avait fait manger un grand nombre de ces cysticerques avait l'intestin bourré de vers ruhannés, faciles à reconnaître comme étant le *Tænia serrata*.

Le procès-verbal de cette seconde expérience annonçait que la première ingestion de cysticerques remontait au 18 décembre dernier, que deux autres avaient eu lieu en mars et une quatrième le 21 avril. Beaucoup plus de temps s'était donc écoulé entre la première introduction de ces cysticerques dans l'estomac du chien et l'autopsie que dans la première expérience dont M. Van Beneden nous avait rendu témoins. Or, il était facile de voir que si les tænias trouvés dans le voisinage de l'estomac ne différaient pas notablement de ceux retirés de l'intestin du chien n° 1, ceux logés plus avant dans le canal digestif étaient plus avancés en âge, car, non-seulement ils étaient plus grands, mais ils avaient les organes de la génération bien développés, ce qui ne se voyait pas chez les jeunes individus dont il vient d'être question.

J'ajouterai que, dans chacune des expériences dont il vient d'être question, le nombre des tænias trouvés dans l'intestin était inférieur à celui des cysticerques ingérés dans l'estomac. Ainsi le chien n° 1 avait avalé trente-deux cysticerques et renfermait dix-sept tænias.

Le chien n° 3 avait avalé soixante-dix cysticerques, et contenait dans son intestin vingt-cinq tænias.

Ces faits me semblent très significatifs. Il est vrai que les deux séries d'expériences dont je viens de faire connaître les résultats, ne pourraient suffire pour établir sur des bases solides la doctrine à l'appui de laquelle M. Van Beneden les présente; mais je dois dire que ce zoologiste distingué m'a assuré que déjà, à treize reprises, il avait fait des expériences analogues, et que, dans tous les cas, sans une seule exception, le résultat avait été non moins net. L'Académie sait, d'ailleurs, que M. Kuchenmeister à Zuttau, M. Sieboldt à Munich, et M. Luckart à Giesen, ont fait, chacun de son côté, des expériences du même genre, et que si ces naturalistes ne sont pas d'accord entre eux sur quelques questions secondaires, ils ont tous vu que les animaux dans l'estomac desquels on introduit des cysticerques ne tardent pas à avoir des vers qu'ils considèrent comme étant des tænias.

Nous ne pouvons former que des conjectures plus ou moins plausibles au sujet de l'origine, du mode de transmission et des métamorphoses de la plupart des espèces de vers intestinaux qui infestent le corps d'un grand nombre d'animaux. Mais les recherches des savans dont je viens de citer les travaux et de plusieurs autres naturalistes habiles me semblent jeter beaucoup de jour sur le fond de la question, et je pense que l'Académie verra avec intérêt tous les résultats obtenus ainsi par la voie expérimentale.

Je saisirai aussi cette occasion pour remercier notre savant collègue

(1) A la partie inférieure de l'intestin de cet animal, il y avait un ver d'une autre espèce, dont l'origine n'est pas encore connue : c'est le *tænia cucumerina*.

de l'Université de Louvain de l'empressement qu'il a mis à répondre à notre appel en venant à Paris pour répéter sous nos yeux des expériences si intéressantes.

M. VALENCIENNES, à l'occasion de la communication de M. Milne Edwards, présente quelques remarques, dont nous publions l'extrait suivant :

..... Les vers cestoïdes introduits dans l'estomac du chien perdent leur vésicule au bout de quelques heures d'ingestion, et vingt heures après il ne reste plus de trace de sa membrane.

En ouvrant des sujets soumis aux expériences à des jours et à des heures déterminés, on voit le corps des vers se résorber peu à peu, de manière qu'après huit jours de séjour dans le canal alimentaire, les vers passés de l'estomac dans le duodenum, n'ont plus conservé que la tête, c'est-à-dire la portion arrondie, couronnée par son double rang de crochets, et ses quatre ventouses.

Tous les cysticerques ingérés dans l'estomac ne résistent pas à ce séjour : je n'ai pas retrouvé dans le canal intestinal le nombre de vers que j'avais fait avaler.

Les expériences récentes de M. Van Beneden ont donné le même résultat; je crois donc qu'un certain nombre de vers périssent et disparaissent dans l'intestin par l'action de la digestion.

Voici maintenant l'exposé du très curieux phénomène découvert par M. Van Beneden, et dont j'ai eu le plaisir d'être témoin, de le voir se produire, en quelque sorte, peu à peu sous mes yeux. Chaque tête restée vivante dans l'intestin, donne naissance à un ruban aplati, composé de nombreuses articulations étroites, et présentant tout à fait, à la première vue, l'aspect d'un ténioïde, semblable au *Tænia serrata*. Ce nouveau ver produit est-il bien de l'espèce du *Tænia serrata*, si commun dans le chien de Paris, qu'on peut dire qu'il est extrêmement rare d'ouvrir un chien sans tænia ? On peut presque prédire à coup sûr, en ouvrant un chien de quatre à six mois et au delà, qu'on va trouver le *Tænia serrata* avec plusieurs autres helminthes, entre autres le *Tænia cucumerina*, des ascarides, et autres helminthes, etc.

Je dois ajouter que les helminthes ténioïdes développés à la suite des têtes du *Cysticercus pisiformis* ne m'ont jamais montré d'organes génitaux dans leurs articulations, et les articles n'avaient pas les pores génitaux ouverts sur un mamelon saillant sur un des côtés de chaque article. On sait que ces organes sont alternes sur chaque article.

Si je reconnaissais l'identité spécifique de l'helminthe ténioïde né du cysticerque du lapin avec le *Tænia serrata* développé spontanément dans le jejunum du chien, on voit que je ne différerais de M. Van Beneden et de ceux de mes collègues qui ont accepté les opinions de cet habile zoologiste, que dans des points tout à fait insignifians ; et je n'aurais pas fait perdre à l'Académie des instans précieux pour faire connaître des expériences qui n'auraient d'autre intérêt que celui de satisfaire à ma curiosité personnelle.

Mais il n'en est pas ainsi, parce qu'une question bien autrement importante en zoologie générale, qui touche à l'établissement et aux caractères distinctifs des espèces, est nécessairement soulevée par les conséquences que l'on a tirées de cette très curieuse expérience et de celle qui a été faite, et plusieurs fois répétée en Allemagne, et à Paris dans mon laboratoire, sur les mutations des formes des animaux pendant leur développement, depuis leur sortie de l'œuf jusqu'à leur état adulte.

La seconde expérience est celle qui a été faite avec le cysticerque du rat (*Mus decumanus*). Ce rongeur a un cysticerque (*Cysticercus fasciolaris*) qui habite dans un petit kyste jaunâtre creusé dans le parenchyme du foie, sous l'enveloppe péritonéale de ce viscère. On commence par voir sur le foie du rat un petit point jaunâtre, gros comme la tête d'un camion, ou même encore plus petit. Ce point grossit peu à peu, et quand le kyste a atteint une largeur de 4 à 6 millimètres, on trouve, en l'ouvrant, un helminthe rubanné, plissé ou articulé si l'on veut, large de 1 à 3 millimètres, terminé par une petite ampoule ayant tout au plus 3 millimètres ou 3 1/2 millimètres de diamètre. La longueur de ce ver est de 15 à 20 centimètres. Cet helminthe est beaucoup moins commun que celui du lapin.

Presque tous nos lapins domestiques ont des cysticerques dans leur grand épiploon. On n'en trouve pas plus de deux sur cent qui n'aient pas de vers. C'est tout le contraire dans le rat, c'est tout au plus un sur vingt-cinq ou trente individus qui a des cysticerques. Après avoir ouvert un assez grand nombre de rats pour faire des expériences répétées, nous avons fait avaler ces cysticerques du rat à des chats. La vésicule a disparu déjà dans l'estomac des chats ; mais le corps du cysticerque ne s'est pas résorbé, le ver a passé dans le canal intestinal du chat ; plusieurs y ont péri, mais nous en avons trouvé qui, ayant survécu, se sont allongés en donnant naissance à un grand nombre de nouveaux anneaux. Voilà donc encore la reproduction de l'expérience faite par M. Kuchenmeister et plusieurs autres anatomistes des plus distingués de l'Allemagne.

On s'est hâté alors de généraliser ces faits en disant que les cysticerques sont les larves des tænias ; le *Cysticercus pisiformis* du lapin serait la larve du *Tænia serrata* du chien ; le *Cysticercus fasciolaris* serait la larve du *Tænia crassicollis*. On a même été tout de suite plus loin, en disant que le *Cysticercus cellulosæ*, qui rend le cochon ladre, serait la larve du *Tænia solium* de l'homme.

Voilà ce que mes observations répétées un grand nombre de fois, l'année dernière et auparavant, m'empêchent de croire.

Si l'on apelle *larve* le premier état par lequel passent tous les individus des espèces à métamorphoses avant d'être adultes, je ne vois rien de semblable dans les résultats des curieuses expériences que je viens de rapprocher, dans celles dont notre collègue vient d'entretenir l'Académie, dans celles que j'ai répétées.

M. Van Beneden a présenté son expérience d'une manière spécieuse et facile à séduire ceux qui n'ont pas fait une assez longue étude des merveilles de l'helminthologie, en faisant un nombre considérable d'autopsies dans le but de mieux connaître les vers, et qui les ont acceptées sur le simple récit des auteurs.

Voilà deux jeunes chiens, a dit M. Van Beneden, qui ont avalé tous deux des cysticerques, et deux autres qui n'en ont pas mangé. Les premiers auront certainement des tænias, et les deux autres n'en auront pas.

Si le résultat annoncé se vérifie, l'expérience, réduite à ces termes, paraît concluante ; mais je dis qu'il faut l'étudier un peu plus. L'expérience a montré, en effet, un fait assez curieux, c'est le développement d'une grande quantité d'helminthes ténioïdes dans un jeune chien de six semaines, et ce petit chien n'avait pas d'autres vers. Ce chien n° 1 avait avalé trente-deux cysticerques et ne renfermait que dix-sept tænias. L'autre chien, plus âgé, car il avait quatre mois, avait aussi quantité de ces helminthes ténioïdes, quoiqu'il eût perdu beaucoup de cysticerques, puisque, sur soixante-dix avalés par le chien n° 3, il n'est resté que vingt-cinq helminthes développés en rubans, à rubans étroits et sans œufs développés.

Ce petit chien n° 3, âgé de quatre mois, avait aussi deux véritables *Tænia serrata*, dont les articles allongés, percés de leurs pores latéraux pour l'issue des œufs, étaient très caractérisés. Or, il faut ajouter avec soin que ce petit chien était d'un tempérament vermineux, qu'il avait dans l'intestin des ascarides, et le *Tænia cucumerina*. Je ne suis pas convaincu par cette seule expérience que ces deux derniers tænias provinssent de cysticerques, car pourquoi ces deux seuls se seraient-ils complétement développés, lorsque les autres, du même âge, n'auraient pas atteint le même développement ? Je crois que les vers ténioïdes qui sont formés de si nombreux anneaux, ne sont pas de la même espèce que le *Tænia serrata* du chien ; les anneaux sont toujours plus étroits, moins longs. La différence spécifique est encore plus facile à saisir entre le *Tænia fasciolaris* et le *Tænia crassicollis* du chat. J'ai mis les deux vers l'un sur l'autre, les différences de proportions sont plus sensibles.

La belle expérience de M. Van Beneden ne conduit à autre chose qu'à étendre aux cystoïdes du lapin et du rat ce fait très connu, surtout par les médecins qui ont à traiter des personnes affectées du *Tænia solium*, que la tête et la partie antérieure du corps de ces helminthes reproduit indéfiniment, et tant qu'elle vit, des anneaux qui succèdent à ceux qui forment le ver. C'est un fait très curieux, très important dans l'helminthologie. On voit que rien n'est plus loin de moi que la pensée d'ôter la moindre chose à un savant zoologiste que j'aime, que j'estime, mais qui me paraît s'être un peu trop hâté de formuler des propositions générales dont le seul effet serait de déplacer les difficultés si nombreuses dont la science dont nous nous occupons est hérissée. Comment admettre que les chiens n'auront de *Tænia serrata* qu'après avoir avalé des larves de ce ver sous forme de *Cysticercus pisiformis* ? Nos habitudes domestiques sont contraires à la possibilité de l'accomplissement de ce fait, car les viscères que l'on jette sur la voie publique sont assez anciens pour que tous les cysticerques qu'ils peuvent contenir soient morts depuis longtemps.

Si la quantité des cysticerques dans le grand épiploon du lapin est à peu près égale à la fréquence des *tænias serrata* dans le chien, il n'en est pas de même, nous le répétons, pour le *cysticercus fasciolaris* du rat, qui est rare, tandis que presque tous les chats nourrissent des *tænias crassicollis*. Il y aurait donc plus d'adultes que de jeunes larves, en supposant que tous les chats à tænia aient mangé au moins un rat. Le contraire a précisément lieu dans un tiers au moins de nos départemens de France pour le cysticerque du cochon, où le ver abonde quelquefois par milliers, et où heureusement le ver solitaire n'est pas commun. On objecte à ce raisonnement que notre habitude de manger le cochon cuit détruit les larves dans l'animal qui les porte ; mais qu'en Allemagne et surtout dans la Thuringe, où les habitans ont l'habitude de manger du pain sur lequel on étale du beurre et des tranches de viande de cochon non cuite, le tænia est très commun. A cela je réponds que dès que l'animal est mort et dépecé, les cysticerques le sont tous en même temps. J'en ai examiné un très grand nombre pour m'assurer de ce fait.

Je dis que cette théorie, inadmissible par les faits que je viens de signaler, ne fait que déplacer la difficulté ; car si l'on expliquait la naissance des tænias dans le canal digestif du chien, du chat et même de l'homme, il resterait à savoir comment la larve se développe ; comment des œufs pondus dans le canal intestinal du chien ou du chat peuvent venir se développer non dans le canal intestinal du lapin, mais dans le grand épiploon de l'estomac pour le *Cysticercus pisiformis*, et sous le péritoine hépatique du rat pour le *Cysticercus fasciolaris*.

Il m'a paru dangereux de voir divulguer par l'Académie des sciences, et sanctionner par son autorité de semblables théories, non fondées sur des expériences répétées un grand nombre de fois, quand elles peuvent soulever des questions qui intéressent, d'une part, la santé publique, et, de l'autre, porter un véritable préjudice à des intérêts importans dans l'agriculture.....

Sur la sensation de chaleur que produit le gaz acide carbonique dans son contact avec la peau.

M. BOUSSINGAULT : Dans une notice fort intéressante sur les bains et les douches de gaz acide carbonique que, depuis plusieurs années, on administre aux malades dans divers établissemens thermaux de l'Allemagne, M. le docteur Herpin (de Metz) rapporte que la première impression qu'on éprouve en pénétrant dans la couche de gaz, est une sensation de chaleur douce et agréable, analogue à celle que produirait un vêtement épais de laine fine ou d'ouate. A cette sensation succède un picotement, un fourmillement, et, plus tard, une sorte d'ardeur comparable à celle que détermine un sinapisme lorsqu'il commence à agir. A Marienbad, Carlsbad, Kirsingen, etc., etc., on emploie le gaz carbonique, tantôt pur, tantôt mélangé, en proportions plus ou moins fortes, avec de l'air ou avec du gaz sulfhydrique.

Je n'ai pas l'intention d'intervenir dans la question médicale ; je me propose uniquement de raconter comment j'ai eu l'occasion de constater la singulière sensation de chaleur que le contact du gaz acide carbonique *froid* développe sur la peau, à une époque où elle n'avait pas encore été signalée, et dans des circonstances que je crois dignes de fixer l'attention de l'Académie, d'autant plus que, dans les faits que j'ai à exposer, les praticiens trouveront peut-être un utile avertissement (1).

On connaît dans le *Quindiu* (Nueva-Granada) un gisement de soufre présentant cette curieuse particularité d'être placé dans un schiste micacé. La Cordillière, où est ouvert le passage du *Quindiu*, sépare la vallée de la *Magdalena* de la vallée du *Cauca*, et c'est à la deuxième étape, à partir la petite ville d'Ibagué, que l'on rencontre la soufrière, où je me trouvais, pour la première fois, le 30 décembre 1826.

L'*azufral* est située dans une gorge profonde, creusée dans un schiste fortement imprégnée de graphyte. Près d'un torrent est élevé un hangar où se trouvent tous les ustensiles nécessaires pour la fusion et la purification du soufre, que l'on exploite dans les nombreuses fissures de la roche, où il est déposé à l'état pulvérulent. Ces fissures exhalent un gaz à odeur d'acide sulfhydrique. L'exploitation a lieu à ciel ouvert, quelquefois par galeries dont la longueur n'atteint jamais plus de 2 mètres, par la raison qu'une fois engagé dans les travaux, le mineur est obligé de retenir sa respiration. Dans les excavations faites à la surface du sol, on voyait des insectes, des serpens, des oiseaux, qui avaient été tués par les vapeurs méphitiques. Dans une ancienne fouille ouverte un peu au dessus du torrent, ayant $1^m,6$ de longueur, $0^m,7$ de largeur et une profondeur de $1^m,7$, j'ai porté un tube gradué disposé pour recueillir du gaz et un thermomètre. En descendant et pendant le temps très court que j'employai à établir les instrumens, je ressentis une chaleur suffocante que j'évaluai à 40 degrés centigrades, et un picotement très vif dans les yeux. Un jeune botaniste, mort il y a quelques années victime de son dévouement à la science, M. Goudot, qui m'accompagnait dans cette expédition, était resté au bord de la crevasse ; il remarqua que mon visage était devenu fortement coloré : lorsque je sortis, je transpirais abondamment. Nous attribuâmes le premier effet à la suspension de la respiration, et la transpiration nous parut résulter tout naturellement de la température du milieu dans lequel j'avais été plongé.

Après que les instrumens eurent séjourné pendant une heure dans l'excavation, je redescendis pour les retirer. J'éprouvai précisément la même sensation pénible occasionnée par la chaleur, le même picotement dans les yeux ; mais quelle ne fut pas ma surprise lorsque je reconnus que le thermomètre indiquait seulement 19°,5. Au même instant, sur un thermomètre exposé à l'air libre et à l'ombre, M. Goudot lisait 22°,2. Ainsi, l'atmosphère dans laquelle, d'après mes sensations, j'avais éprouvé une chaleur accablante, était, en réalité, moins chaude que l'atmosphère extérieure.

Une analyse, faite sur place, a donné pour la composition du gaz que j'avais puisé dans l'excavation :

(1) Voici cependant ce que l'on trouve dans Breistak, à l'occasion de la grotte du Chien :

« L'entrée dans la mofette s'annonce par une sensation de chaleur aux pieds et à l'extrémité des jambes, qui n'a rien d'incommode. Le même effet se fait sentir dans les grandes mofettes de Latera du duché de Castro. Nombre d'observations faites dans la grotte du Chien m'ont assuré que l'exhalaison y avait une chaleur propre diverse de celle de l'atmosphère, et que j'ai trouvé répondre à environ 3 degrés Réaumur. J'ai répété plusieurs fois cette observation, en faisant usage de thermomètres différens ; sachant que M. Murray, lorsqu'il fit ses expériences dans la grotte du Chien, avait trouvé que cet air n'exerçait aucune action sur le mercure du thermomètre. » (Breistak, *Voyage dans la Campanie*, t. II, p. 54.)

Acide carbonique.	95
Air atmosphérique.	5 (1)
Acide sulfhydrique.	traces
	100

A peu de distance du lieu où cette première observation avait été faite, je remarquai une autre fouille dirigée sur une fissure d'où sortait du gaz acide carbonique. Dans l'espèce de tranchée pratiquée par les *azufreros*, il y avait beaucoup de soufre déposé sur la roche, et sur des feuilles sèches, des débris de branches que le vent avait poussés en cet endroit. Lorsqu'on plongeait le bras dans cette cavité, on ressentait une chaleur que l'on estimait à 40 degrés. Cependant, au fond de la tranchée, la température ne dépassait pas 18°,2, tandis qu'à l'air libre et à l'ombre un thermomètre indiquait 23°,3.

A 30 ou 40 mètres plus haut, sur un point où la roche n'a plus le brillant du graphyte, elle est en couches verticales et ses feuillets sont contournés autour de nombreux nodules de quartz blanc. La crevasse où j'étais parvenu est ouverte dans le plan de la stratification du schiste ; elle avait alors 1 mètre de hauteur, $0^m,65$ de largeur, et $2^m,6$ de profondeur. En pénétrant par cette étroite ouverture, j'eus la même sensation de chaleur, le même picotement dans les yeux, que j'avais éprouvés dans la première excavation ; l'effet était même plus prononcé lorsque l'on tenait seulement la partie inférieure du corps dans la crevasse : on s'imaginait alors prendre un bain d'air chauffé à 45 ou 48 degrés. Mais je ne ressentis pas, et M. Goudot ne ressentit pas davantage cette sorte d'ardeur que M. Herpin compare à celle qui accompagne les désagréables commencemens d'un sinapisme. Peut-être le bain n'avait-il pas été suffisamment prolongé, peut-être aussi, et c'est là le plus probable, que la vie des forêts et des Cordillères, que les habitudes que l'on contracte en résidant au milieu d'un monde très intéressant sans doute, mais chez lequel le vêtement le plus indispensable est considéré comme un objet de luxe, font perdre à la peau une partie de sa sensibilité.

Le 26 mai 1826, j'étais de nouveau à l'azufral. Dans deux des excavations que n'avaient pas bouleversées les travaux des mineurs, le thermomètre marqua 18°,3 et 19°,4, la température de l'air étant de 20 degrés. Pour arriver à la soufrière, j'avais été obligé de traverser, non sans peine, le torrent de l'étroite vallée ; les eaux, très hautes en ce moment, étaient à 14 degrés, température relativement froide si on la rapporte à celle de la vallée de la Magdalena (27 à 28 degrés), que je venais de parcourir. En sortant du torrent, je m'empressai de me réchauffer en prenant un bain froid de gaz acide carbonique ; j'en éprouvai l'effet le plus agréable.

En janvier 1830, je retournai à l'azufral du Quindiu pour en faire une étude toute spéciale au point de vue géologique. Après une heureuse tentative, qui néanmoins exigea huit jours de pénibles efforts, j'eus le bonheur d'atteindre les neiges éternelles du pic de Tolima, et de constater que le volcan qu'elles recouvrent est encore en pleine activité. En descendant vers la Quebrada de San-Juan, je pus suivre les trachytes depuis le sommet de la Cordillère jusqu'à leur contact avec les micaschistes de l'azufral que la masse trachytique a évidemment redressés en les brisant, lors de sa tuméfaction ou de son soulèvement. L'apparition des vapeurs sulfureuses et du gaz acide carbonique dans les roches schisteuses de l'azufral du Quindiu est donc due tout simplement à un phénomène volcanique dont l'action réside dans les trachytes du Tolima.

Près du volcan, j'ai observé une production très abondante de soufre que les azufreros se sont empressés d'exploiter, circonstance heureuse en ce qu'elle a mis les ouvriers à l'abri des inconvéniens graves qui paraissent les assaillir lorsqu'ils travaillent dans une atmosphère de gaz acide carbonique. En effet, les azufreros du Quindiu m'ont assuré qu'ils finissent, pour la plupart, par éprouver un affaiblissement des organes de la vue, qui chez quelques-uns va jusqu'à la cécité. J'ai, en effet, rencontré plusieurs aveugles parmi les anciens mineurs de l'azufral du Quindiu.

Rapport sur une substance alimentaire désignée sous le nom de biscuit-viande.

M. BOUSSINGAULT, au nom d'une commission composée de MM. Thénard, Dumas, le maréchal Vaillant, et Boussingault, rapporteur, lit sous ce titre un rapport dont voici la conclusion :

La commission n'admet pas que, sous le rapport de la valeur alimentaire, le biscuit-viande soit nécessairement l'équivalent de la farine et de la viande qu'il contient ; des expériences sur l'alimentation de l'homme permettraient seules de fixer cette valeur avec quelque certitude. Il y a même lieu de croire qu'après six heures d'ébullition dans l'eau, après la forte dessiccation qu'elle éprouve dans un four, la chair de bœuf perd une partie de son arome, et il est douteux qu'elle soit alors aussi nutritive qu'elle le serait si on la consommait à l'état de viande bouillie ou de viande rôtie.

La commission reconnaît néanmoins que l'auteur du travail soumis à son examen a atteint le but qu'il s'était proposé, celui de rendre le biscuit plus nutritif, en y introduisant une proportion notable de chair de bœuf amenée à un degré très avancé de siccité. Les essais qui ont pour objet l'amélioration du régime alimentaire du soldat et du marin ont toujours éveillé la sollicitude de l'Académie : en conséquence, vos commissaires ont l'honneur de proposer que des remercîmens soient adressés à M. Callamand pour son intéressante communication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Emploi du bicarbonate de soude contre l'angine couenneuse ; réclamation de priorité adressée à l'occasion d'une note récente de M. Marchal (de Calvi).

M. le docteur LEMAIRE s'exprime ainsi :

Une observation sur l'emploi du bicarbonate de soude sur un malade atteint d'angine couenneuse a été récemment présentée à l'Académie. Qu'il me soit permis de réclamer près d'elle la priorité de cette application. J'ai publié en 1853, dans le *Moniteur des hôpitaux* (nos des 12, 14 et 16 juillet), un mémoire intitulé : *De l'emploi du bicarbonate de soude comme antiphlogistique*. Ce travail contient six observations d'angine couenneuse et de croup, guéries rapidement par le bicarbode soude à haute dose. J'ai formulé, dans ce travail, une potion et un bain antiphlogistiques. Depuis cette époque, j'ai recueilli un plus grand nombre d'observations d'angine couenneuse, guéries rapidement par ce même médicament. J'ajouterai que presque tous les journaux de médecine de Paris ont reproduit mon travail soit en entier, soit par extrait, en 1853.

(Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Marchal : MM. Andral, Rayer, Bernard.)

(Nous publierons dans le prochain numéro la suite du compte-rendu de l'Académie des sciences.)

Un phénomène assez curieux a été constaté lundi dernier à Bagnères. Après une légère pluie qui avait à peine duré quelques instans, le sol s'est trouvé couvert d'une poussière jaune que tout le monde a prise pour du soufre. Plusieurs personnes en ont même recueilli en assez grande quantité. Soumis à l'examen microscopique, il a été reconnu que ce prétendu soufre n'était autre chose que le *pollen* de la fleur des pins que le vent du nord-ouest nous avait sans doute apporté du département des Landes où, comme on sait, ces arbres sont en très grande abondance.

(1) J'ai considéré comme de l'air le gaz qu'une dissolution de potasse caustique n'avait pas absorbé, parce qu'il entretenait la combustion.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Pars. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 57. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 15 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET SUR LE TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE (1) ;

Par le docteur MARCHAL (de Calvi).

M. Bassompierre, ingénieur en chef du chemin de fer de Vincennes, qui m'a permis de le nommer, fut atteint, au commencement de ce mois (mars 1855), d'un mal de gorge, qui parut d'abord léger, mais qui s'aggrava rapidement.

Appelé dès l'invasion, j'avais prescrit des moyens simples. Le lendemain, l'inflammation gutturale était beaucoup plus intense. La muqueuse de l'arrière-gorge était très rouge, œdématiée; la déglutition était pénible, et la douleur spontanée très vive, tant à l'arrière-gorge qu'aux régions sous-maxillaires, qui, néanmoins, ne présentaient pas de gonflement appréciable. Mais ce qui me frappa surtout et m'inspira dès le premier coup d'œil la plus grande inquiétude, ce fut de voir, sur la muqueuse palatine et sur les amygdales, qui n'étaient pas très tuméfiées, des stries blanches, nacrées, formant, par leur rapprochement, des taches très apparentes, sur lesquelles il n'y avait pas à se tromper. C'était bien le produit d'une exsudation plastique; et d'ailleurs, sur la langue, se montraient çà et là de véritables fausses membranes pelliculaires, dont une avait la largeur de l'ongle du petit doigt. Ainsi, l'exsudation plastique se présentait sous deux états : interstitielle sur le voile palatin et sur les amygdales, et sous forme de fausses membranes proprement dites sur la langue, qui était couverte, en outre, d'un enduit pultacé gris-sale. J'essayai de racler avec le doigt une des taches de la muqueuse du voile palatin ; je n'y pus réussir, et le malade en éprouva une violente nausée.

M. B... se plaignait d'une gêne extrême à la partie postérieure des fosses nasales, gêne qui arrivait à son comble dans les mouvemens de déglutition.

Le pouls était à 130, large et mou.

En raison du grand nombre de fièvres éruptives qui existaient dans le moment, l'idée d'une scarlatine imminente se présenta naturellement à mon esprit.

Mais, d'une part, la mère du malade a succombé (en 1845) à une angine couenneuse, et cette angine est souvent ce qu'on peut appeler une maladie de famille (2).

D'autre part, la suffusion plastique du voile palatin et les fausses membranes de la surface de la langue étaient de toute évidence.

On pouvait donc craindre, chez un homme prédisposé héréditairement, que la diphthérite, enrayant l'éruption, ne suivît son cours comme si elle avait été idiopathique.

En conséquence, je me décidai, suivant les principes susénoncés, à faire une application de sangsues, pour atténuer l'élément inflammatoire, et a donner le bicarbonate de soude à doses notables et rapprochées, pour combattre la tendance plastique.

Je prescrivis douze sangsues aux régions sous-maxillaires (six de chaque côté), et 12 grammes de bicarbonate de soude en douze paquets (un toutes les demi-heures, dans un grande cuillerée d'eau sucrée).

Il était neuf heures du matin. Je revins à une heure.

Le malade avait pris 8 grammes de bicarbonate de soude. Le sang avait coulé abondamment par les piqûres des sangsues, et il coulait encore de même, paraissant moins plastique qu'à l'état normal.

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 Mai.

(2) Guersant tourne, si je puis m'exprimer ainsi, autour de l'idée d'hérédité, mais il ne la formule pas; et cependant, chose étonnante, il cite des faits qui la démontrent, notamment le cas d'un frère et d'une sœur, qui, habitant des maisons différentes et n'ayant eu aucun rapport entre eux depuis quinze jours, furent atteints presque en même temps d'angine couenneuse. J'ai vu, dans la même famille, trois enfans sur quatre en être affectés, à des époques différentes, et deux en mourir, le traitement ayant été le même pour tous.

Quant à la gorge, ce que je vis est inouï, et me causa autant de surprise que de joie. Ce fut au point que je doutai un moment de ce que j'avais vu quatre heures auparavant; mais j'y avais porté trop d'attention pour que le doute pût subsister.

La suffusion plastique du voile palatin [illegible] avait complétement disparu; il n'en restait plus trace. Dans l'espace de quatre heures, un signe capable d'inspirer le plus grand effroi s'était effacé complétement. Était-ce sous l'influence du bicarbonate de soude? Je le croirais; mais c'est trop peu d'un fait pour une telle croyance et pour l'espoir qui en découlerait.

Je dis que le signe redoutable s'était effacé, quoique les fausses membranes de la surface de la langue persistassent. C'est qu'en effet, la disparition de l'exsudation interstitielle du voile palatin et des amygdales prouvait, dès ce moment, que la tendance plastique était réprimée. Quant aux fausses membranes de la langue (laquelle était et resta longtemps assez tuméfiée pour gêner considérablement le malade), elles ne pouvaient disparaître aussi promptement, leur élimination exigeant un travail dans les parties sous-jacentes, semblable, autant que je puis croire, à celui qui a pour effet la séparation d'une escarre. Soit que l'on admette ce mécanisme, soit que l'on pense qu'il se fait une sorte d'usure de la couenne par résorption moléculaire, et ces deux modes ne s'excluent pas, toujours est-il que la disparition des fausses membranes exige un certain temps (1).

Dès le soir, des points rouges, paraissant à la peau, signalaient l'éruption de la scarlatine, qui fut générale et intense, et qui, à peine arrivée à son déclin, fut suivie d'une miliaire, à vésicules blanches, séroïdes, très rapprochées au cou et aux bras, avec de courts paroxysmes, pendant lesquels le cœur battait à outrance, comme dans la suette.

Je dois ajouter que M[me] Bassompierre, qui, dûment avertie du danger de la contagion, ne quittait pas la chambre de son mari, fut prise, à son tour, au huitième jour, de la maladie de ce dernier, de mal de gorge, avec fièvre violente, puis de scarlatine, et bientôt après d'une suette miliaire.

Chose remarquable, l'angine, quoique intense et très douloureuse, ne présenta aucunement le caractère diphthéritique, et, par contre, la suette fut beaucoup plus accusée que chez M. Bassompierre, avec accès subintrans, très caractérisés et de longue durée, contre lesquels je dus employer le sulfate de quinine à haute dose.

Je reviens, maintenant, au point essentiel de cette communication : la disparition de la diphthérite gutturale sous l'influence probable ou seulement possible d'un sel alcalin.

D'abord il est bien certain qu'en thérapeutique on ne peut rien établir sur un seul fait. En second lieu, ce fait n'est pas aussi probant qu'on le désirerait, attendu que, chez mon malade, l'angine diphthéritique était liée à la scarlatine, et que l'angine couenneuse scarlatineuse est généralement moins grave que l'angine couenneuse idiopathique. Je ne veux pas le dissimuler, et, au contraire, je m'attache moi-même à le faire ressortir, car je condamnerais chez moi, plus sévèrement encore que chez un autre, la tendance à changer le caractère des faits, pour leur donner plus d'importance.

Mais, comme je l'ai dit, une circonstance essentielle, l'hérédité, prêtait à l'angine, quoique scarlatineuse, une gravité particulière.

Puis, quand je pense à la disparition si prompte de la diphthérite palatine et tonsillaire après l'administration du bicarbonate de soude, j'ai bien de la peine à ne pas voir là un effet et une cause, et je me demande si le même effet n'aurait point lieu dans la diphthérite idiopathique.

Le sel alcalin, outre son influence antiplastique, doit exercer un effet local ou direct sur la diphthérite, effet qui n'a pas échappé à M. Trousseau, auquel j'ai communiqué le cas de M. Bassompierre, et qui l'a pris en considération, au point de m'avoir dit qu'il ne manquerait pas d'essayer les alcalins dans le traitement de l'angine couenneuse. L'effet local dont je viens de parler, est d'autant plus facile à comprendre qu'un gramme de bicarbonate de soude dans une cuillerée d'eau, est assez difficile à ingérer, et passe *en grattant*, suivant les expressions du malade.

(1) Guersant admet trois procédés d'élimination des fausses membranes : 1° le décollement ou exfoliation ; 2° la résorption ; 3° la fonte des pseudo-membranes, qui tombent en *deliquium*. (*Loc. cit.*, t. III, p. 117-118.)

J'ai hésité à faire cette communication, parceque le fait est unique et parce qu'il n'a pas la valeur que lui eût donnée le caractère idiopathique de l'angine; mais, quand il s'agit d'une maladie meurtrière, et dont les exemples se multiplient, on [illegible] conduire à un traitement de quelque efficacité.

II.

Les considérations que je viens de présenter, plus développées ici, formaient la note que j'ai soumise à l'Académie des sciences, et dont un extrait, inséré dans le *Bulletin* de cette compagnie, a paru dans les divers journaux de médecine.

On m'a tenu compte, généralement, de la réserve avec laquelle j'ai proposé le bicarbonate de soude, d'après un seul cas, que j'ai eu soin de réduire à sa juste valeur. Je ne me fais pas un mérite de cette réserve, qui est un devoir, et je m'y renfermerais plus strictement encore, si c'était possible, bien loin de m'en écarter, tant c'est chose sérieuse à mes yeux que de prendre la responsabilité d'une médication nouvelle dans le traitement d'une maladie aussi grave que l'angine couenneuse.

Une objection, pourtant, a été présentée par M. Dechambre, et je dois dire qu'elle était prévue; je ne l'avais pas discutée à l'avance, pour ne pas donner trop d'étendue à une communication académique.

Voici l'objection dont il s'agit : « Quant au bicarbonate de soude employé dans le but de diminuer la plasticité du sang, dit M. Dechambre, nous ne l'avons pas expérimenté. *Nous doutons même fortement que le sang soit moins fluide qu'à l'état normal, surtout à une période avancée de la maladie*; et l'usage de la limonade sulfurique, qui tend à augmenter la plasticité, nous a paru tout au moins exempt d'inconvéniens. » (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, numéro du 13 avril 1855, p. 267.)

Mais sur quoi me suis-je fondé pour dire que l'angine couenneuse est caractérisée par un excès de plasticité? Tout simplement sur le premier phénomène apercevable de cette angine, lequel est un phénomène de plasticité ; sur l'exsudation pseudo-membraneuse. Niera-t-on que ce soit là un phénomène de plasticité? Il faudrait le nier aussi pour l'exsudation de la pleurite, de la péricardite, de la péritonite. La nature du phénomène ne change point, parce que l'exsudation se fait au travers d'une muqueuse, au lieu de se faire à travers une séreuse. Ce qu'il y a au-dessous de la fausse membrane, dans la muqueuse comme dans la séreuse, c'est une inflammation, une inflammation de mauvaise nature, une inflammation spécifique dans la muqueuse, mais une inflammation. Or, s'il y a quelque chose de certain en physiologie pathologique, c'est que l'exsudation inflammatoire est une exsudation fibrineuse, une exsudation plastique. On n'avait pas besoin de recherches spéciales pour l'établir dans l'angine couenneuse, et les données générales de la physiologie pathologique y suffisaient. Mais abondance de preuves ne nuit pas; et ceux qui désireront ce complément pourront lire les remarques de M. Empis sur l'exsudation d'un liquide séro-muqueux (fibrineux) précédant la formation des fausses membranes (p. 6), et sur la nature fibrino-granulaire de ces productions (p. 40).

Voilà sur quelles considérations je me suis fondé pour dire que l'angine couenneuse se marque par un excès de plasticité.

Il est vrai que l'objection se présente sous une autre forme, plus embarrassante en apparence. On n'admet pas que le sang soit moins fluide ou plus plastique, en d'autres termes, qu'il contienne plus de fibrine chez les individus atteints de diphthérite. Pour ma part, je n'en sais rien, et il est probable que je n'en saurai jamais rien par moi-même, attendu que, selon moi, la saignée générale est radicalement contre-indiquée dans cette holopathie, essentiellement asthénique. Mais je n'ai pas besoin de le savoir. J'admettrai que le sang ne soit pas *moins fluide*; j'irai plus loin, et je supposerai qu'il le soit plus, c'est-à-dire qu'il y ait, comme dans les fièvres exanthématiques, tendance à la diminution de la fibrine, et je soutiens que, même dans ce cas, il ne serait pas impossible qu'il y eût, concurremment, excès de plasticité, quoique les deux faits paraissent contradictoires.

Dans un cas où la fibrine était au-dessus de la moyenne, j'ai vu le sang si peu plastique, qu'il mit plusieurs heures à se coaguler. Il y avait pourtant excès de fibrine. Pourquoi cette diminution de la coagulabilité en regard de l'augmentation de la fibrine? Parce qu'il y a des altérations *qualitatives* aussi bien que des altérations *quantitatives* de la fibrine. Or, si +

fibrine peut correspondre à — de coagulabilité ou de plasticité, ne se pourrait-il pas que, dans quelques cas, nommément dans la diphthérite, — de fibrine correspondît à + de plasticité?

On voudra bien considérer que, dans la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, il y a inflammation et inflammation très étendue, suppuration, ulcération, et que, néanmoins, il y a tendance à la diminution ou même diminution de la fibrine. Pourquoi donc alors ne pourrait-il pas y avoir exsudation plastique ou excès de plasticité, dans la diphthérite, malgré la tendance à la diminution ou la diminution de la fibrine ?

A part ces raisonnemens, que je crois fondés, et en considérant uniquement le fait de l'exsudation pseudo-membraneuse, phénomène de plasticité, je suis autorisé à dire que, dans la diphthérite en général, dans l'angine couenneuse en particulier, le fait pathogénique le plus élevé auquel on puisse atteindre, est une tendance plastique, caco-plastique, si l'on veut : d'où j'ai cru pouvoir inférer l'indication des carbonates alcalins, et spécialement du bicarbonate de soude; indication qui va fort au delà du cas particulier de l'angine [illegible] traitement général des inflammations, puisque, par sa propriété antiplastique, ce sel doit avoir pour effet de combattre l'excès de fibrine propre à toutes les phlegmasies franches, outre qu'il tend à neutraliser la diathèse acide, laquelle tient sous sa dépendance un très grand nombre d'inflammations (1).

Quant au fait de M. Bassompierre, je le considère, non certes comme une preuve suffisante de l'efficacité du bicarbonate de soude dans l'angine couenneuse, mais seulement comme donnant plus de vraisemblance à la déduction thérapeutique que j'ai formulée, relativement à l'emploi des alcalins, et comme une raison pour les praticiens de se croire autorisés à les essayer. Je ne vais pas plus loin, et autant je serais heureux d'avoir indiqué une médication utile, autant je mettrais de soumission à accepter les faits qui me désabuseraient.

(*La suite au prochain numéro.*)

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE DU CHOLÉRA DE 1854, DANS L'HOPITAL PRINCIPAL DE LA MARINE DE TOULON;

Par H. LAUVERGNE, premier médecin en chef de la marine, professeur de clinique médicale.

Le choléra épidémique, venu à Toulon après six ans d'absence, a été officiellement reconnu par le nombre multiple de ses coups, le 17 juillet 1854. Ce jour-là la salle n° 1 de l'hôpital principal a été organisée pour recevoir et traiter les premiers cholériques de la rade et du port.

Comme toujours, le fléau, avant de se produire au grand jour, avait frappé quelques coups épars dans la ville et la banlieue. Lorsque ces cas rares et isolés sont irrécusables, ils doivent éveiller l'attention publique et provoquer l'action des moyens préventifs. Soigner sa vie, c'est se prémunir. Ainsi, dès les premiers jours de juillet, le sieur Barthélemy, maître charpentier, rue du Canon, eut le vrai choléra, dont il guérit. Il y en eut d'autres qui guérirent aussi. Au début d'une épidémie comme à sa fin, on le conçoit, le mal n'est pas ce qu'il sera, et les cures en sont d'autant plus faciles à obtenir.

Le 17 juillet, 8 cholériques fortement dessinés, atteints du choléra que nous désignons par le mot de *vehementissima*, furent reçus dans la salle n° 1, spécialement affectée au choléra froid, sans pouls, et par conséquent en dehors, pour le moment, du phénomène de réaction vitale.

Si, pour nous, le mot de *vehementissima*, équivaut à la plus haute signification du choléra, ceux de *vehementior* et de *vehemens* expriment deux termes décroissans du mal, où la mort n'est point imminente comme dans le premier cas, où enfin les phénomènes de résistance vitale contre la cause inconnue du mal n'est point encore suspendue et incertaine.

Le lendemain de l'invasion, c'est-à-dire le 18 juillet, le nombre d'entrans cholériques, sans compter celui des cholérines, s'accrut avec des formes graves et parfois neuves par leur étrangeté, que nous signalerons ailleurs; le nombre et la léthalité se multiplièrent les jours suivans, alors il fut évident pour tous, que ce choléra avait pris une allure épidémique et qu'il était en voie de croissance.

Les provenances cholériques du 17 juillet au 21 du même mois témoignent en faveur des masses agglomérées qui seraient alors, non le foyer générateur, mais le lieu d'élection de l'agent épidémique engendré ou porté dans l'air que nous respirons. Ici, toute discussion sur la cause devient outrecuidante et vaine : les faits bien observés jusqu'ici n'ont rien élucidé à cet égard. Or, à l'époque de l'invasion, la division des équipages de ligne comptait plusieurs milliers d'hommes dans les vaisseaux-casernes; les premiers malades sont venus de cet établissement, et sur 18 malades, à partir du 17 au 21 juillet, 1 seul a été fourni par le vapeur le *Christophe-Colomb*. Notez bien que nous ne mentionnons, et pour ne pas les confondre, que les cas sidérans, les autres constituant un mal défini et susceptible de guérir à l'aide d'une bonne médication.

(1) Le travail de M. Lemaire, sur lequel il fonde son droit de priorité, a précisément pour objet de démontrer l'efficacité du bicarbonate de soude dans le traitement des inflammations en général.

Après le 21 juillet, le nombre des provenances s'accrut en proportion de l'extension du mal; sa cause pouvait être plus intense; la *cholérophobie* devait aussi en préparer les atteintes; enfin, la chaleur de la saison et l'usage des mauvais fruits ne peuvent-ils revendiquer pour leur compte un très grand nombre de cas foudroyans? Dans la somme de ce budget payé au choléra, les équipages de ligne ont dépassé de beaucoup celle des autres corps. Son personnel plus considérable suffit-il à l'explication de cet excédant? Non, sans doute. A l'endroit des locaux, des influences auxquelles ils sont exposés et du nombre d'hommes qui y vivent, il y a de bonnes raisons d'hygiène à donner pour expliquer celles qui ont assumé la responsabilité de tant de cas mortels aux équipages de ligne. Les chiffres suivans en font foi. Du 17 juillet au 24 août inclusivement,

Les équipages de ligne ont donné	152 cas.
L'infanterie de marine.	38 cas.
Les ouvriers du port	15 cas.
L'artillerie de marine.	9 cas.
Chiourmes.	7 cas.
Infirmiers.	4 cas.
Les navires du commerce. . . .	4 cas.
La prison du port.	1 cas.

Le total des cas très graves s'élève à 266, et les provenances qui manquent au tableau ci-dessus pour arriver à ce chiffre, ont été fournies par les divers bâtimens de l'État mouillés sur rade.

La salle n° 1, dès les premiers jours de l'épidémie, se trouva entièrement occupée; elle a pourtant suffi au but que l'on se proposait, celui de ramener à la vie les malades chez lesquels il y avait absence de pouls, refroidissement glacial et asphyxie croissante. Lorsqu'on avait obtenu une réaction vitale et organique, que les symptômes culminans étaient apâlis, alors on évacuait ces *ressuscités* dans la salle n° 2, disposée pour les recevoir, et là ils continuaient le traitement que nous avions commencé dans la période asphyxique du mal.

Aujourd'hui, on ne s'occupe pas de la cause de ce fléau ni de l'impropriété du nom que les médecins lui ont conservé. Quand la cause essentielle ne commence pas par tuer le sujet qu'elle atteint, que la nature a réagi contre elle, il y a des symptômes nombreux, une maladie mortelle à traiter, dont chacun des symptômes, pris en particulier, constitue une redoutable affection. Le choléra serait-il une maladie essentielle, dont l'arrêt ou l'aberration de tous les actes fonctionnels de l'économie serait la lésion organique?

En observant de bien près les cholériques de 1854, nous avons surpris une vérité pathologique. C'est que la cause première, identique pour tous, ne sollicite ou n'entraîne pas pour tous la même série de symptômes, de telle sorte que, suivant leur absence, leur intensité ou leur signification sur telle ou telle autre grande fonction, le pronostic dans chacun des cas en apparence similaires, peut varier de la vie à la mort pour tous les forts cholérifiés. Les inductions physiologiques et pathologiques au lit des malades rendent infiniment probable, sinon prouvé, que la cause ou principe du choléra révèle son être épidémique par son action directe, toxique et asthénisante, sur l'innervation phrénique ou mieux pneumo-gastrique, mais l'innervation phrénique implique, par extension, celle de tous les organes atteints du même coup par la sidération cholérique, s'ils ne le sont pas tous à un degré égal de force; il est donc rationnel d'admettre que si le *quid divinum* du fléau exerce son action toxique sur des organes et des fonctions du premier ordre, le mal sera dit foudroyant; dans le cas contraire, la réaction pourra être obtenue et laisser au médecin le temps d'agir.

Le symptôme presque toujours indice de mort prompte à venir, c'est celui qui exprime l'épuisement nerveux phrénique avec perturbation et ataxie de la somme d'innervation organique restante. La plus haute expression de cet état est celui qui subordonne la fonction du muscle diaphragme, sans laquelle l'acte qui donne au corps la chaleur et la vie se trouve suspendu dans la part qu'il y prend. Quand ce symptôme a atteint son extrême degré d'acuité, on comprend l'inanité des intercostaux et des autres muscles respirateurs. Alors toute réaction est impossible, ces derniers agens locomoteurs vont s'immobilisant à vue d'œil et leur repos, c'est la mort. Le spasme du diaphragme a été noté sur 49 sujets frappés du choléra *vehementissima*, chez lesquels notre traitement anti-cholérique reconnu si excitateur de la vie, lorsque la vie est défaillante, n'a pu obtenir un soupçon de réveil. L'état asphixique *essentiel* neutralise donc les efforts de l'art? Oui, sans doute. Et cependant, notre clinique cholérique de 1854 possède des faits miraculeux de réaction et de guérison, que nous attribuons à un état de spasme phrénique moins intense, à notre traitement appliqué *à principio*. Le phénomène du spasme phrénique paraît coïncider avec le degré le plus élevé du cours de l'épidémie, avec la simultanéité des causes physiques et morales reconnues prédisposantes du fléau. Enfin, la température très chaude de l'atmosphère, ce qui équivaut à une raison majeure d'asphyxie dans les contrées brûlantes, a exercé une influence marquée sur la spontanéité de ce mortel symptôme. La moyenne de la température de la fin de juillet et du milieu d'août, à Toulon, a dépassé de 3, 4 et 5 degrés celle de juin. Nous avons eu des journées à 34 et 35 degrés centigrades de température, c'est-à-dire celle de l'Afrique centrale.

La léthalité du choléra, pour nous, résulte donc de l'atteinte plus ou moins profonde portée à l'innervation phrénique et le spasme du diaphragme en représente la plus haute signification.

L'autopsie cadavérique prouve-t-elle le fait concret du spasme phrénique? Les traces posthumes d'une maladie sont si souvent ou inexplicables ou l'œuvre de la mort, qu'à l'endroit du choléra, où tant de faits autopsiques ont été vus et ensuite réfutés, nous n'osons suivre nos devanciers. Toutefois, nous avons vu le plexus solaire dans ce qu'il présente de plus développé, souvent *hyperémié*. Est-ce dire que le siége du choléra est connu, parce que le tronc et les branches, voire même les ramifications du plexus, ont été trouvées (et cela arrive souvent), ont été trouvées, disons-nous, hyperémiques en y regardant de bien près? Nous croyons que l'agent cholérique prend par le centre phrénique, et nous en concluons, par les symptômes, plutôt que sur des traces autopsiques; [illegible] avons vu, dans cette épidémie, des cholériques foudroyés avec la peau glaciale, visqueuse et d'une blancheur normale, avec de très légères éruptions; le nombre de ces *choléras blancs* a été proportionnel à celui des malades chez lesquels on a constaté le spasme diaphragmatique le plus prononcé.

Si la plus logique application du remède est à l'endroit le plus rapproché du point où la nature a été vulnérée, le creux de l'estomac, la muqueuse gastrique, ce qu'on nomme le *torse*, enfin la muqueuse rectale, se présentent tels à l'administration des moyens reconnus magistraux pour combattre le choléra.

Revenons encore aux symptômes de ce mal en 1854.

La diarrhée initiale, datant de trois à cinq jours, et même de deux à trois semaines, a été constatée, nous voulons dire accusée par 203 malades sur 275 dont se compose, au 1er septembre, le nombre total de nos cholériques complets dans l'hôpital principal.

Atteints de diarrhée depuis plus ou moins longtemps, nous avons noté un fait, d'ailleurs simple et naturel, savoir : que la cause déterminante du choc cholérique a suivi immédiatement un trouble digestif, vulgairement nommé indigestion, chez les sujets ci-dessus mentionnés. Ce trouble a été occasionné par des alimens ou de mauvaise qualité, ou pris en abondance, les fruits de la saison, les indigestions d'eau, de boissons acidules et froides, enfin par l'extension du siége de la diarrhée sur la muqueuse gastrique.

Le choléra foudroyant, *vehementissima*, s'est annoncé d'une manière appréciable, chez tous nos malades, par la perturbation avec asthénie de toutes les fonctions, relevant en principe du système nerveux organique, et, en première ligne, de celles du diaphragme. Le refroidissement périphérique et la fin du pouls ont été d'autant plus prompts que le mouvement respiratoire des muscles s'est borné, de bonne heure, au simple jeu des intercostaux. Mais alors le spasme intérieur se traduisait par la *barre* épigastrique, l'apnée, l'anxiété précordiale, la voix cassée, le rejet convulsif du tronc et des membres à droite et à gauche, hors du lit, l'aspect du *facies* des hommes blessés au ventre en un jour de combat, des sueurs froides, poisseuses, une odeur indéfinissable que connaissent bien les praticiens des hôpitaux, où gisent côte à côte plusieurs cholériques *in extremis*; ces sueurs et cette odeur spécifique nous occuperont ailleurs.

Parvenu à l'apogée de sa malignité, le choléra n'est plus cette affection commune en temps d'épidémie, caractérisée par les vomissemens, ou mieux, rejets par le haut et le bas de matières blanches, avec crampes, froid des extrémités, altération du pouls, suppression d'urines, cyanose croissante et à vue d'œil, *cholérophobie* plus ou moins dépressive. Non, ce dernier choléra peut guérir et guérit très souvent; il permet un traitement logique; tandis que le *vehementissima*, l'idéal du fléau, défie toutes les puissances de l'art. Et dire qu'on obtient des réactions, voir même des guérisons lentes, il est vrai, mais que le temps et les soins ont sanctionné!

L'imminence asphyxique chez nos forts cholériques a déterminé celle de la mort prompte. On le conçoit, les poumons inertes et le cœur descendu de la diastole et de la systole à un frémissement sourd et irrégulièrement oscillant, entraînent de toute nécessité la diminution rapide de la caloricité, la mort du sang qui se coagule dans ses canaux, l'asphyxie de la peau, qu'on l'observe loin des centres de la vie, comme aux pieds et aux mains. Ailleurs, la cyanose se montre par places.

Nous avons noté chez nos malades, toujours de la plus grave catégorie, trois modes d'être de la peau. 1° La peau glaciale, visqueuse et blanche. C'est un symptôme d'une gravité léthalique. On dirait qu'il résulte d'un frisson algide comme au début d'une fièvre pernicieuse mortelle. Il doit en être ainsi, et dans les réactions providentielles que nous avons obtenues, nous croyons à l'action du sulfate de quinine à haute dose uni au musc et au camphre, que nous avons administré. 2° Après la peau glaciale et blanche, nous classons par rang de gravité symptômatique, la peau mélanée, avec chaleur torpide. Nous l'avons observée chez les cholériques privés des premiers soins pendant que l'épidémie, dans sa plus haute expression, coïncidait avec la température sénégalienne. L'épiderme était sou-

levé par écailles et par places, au ventre surtout, comme si des gaz l'eussent soulevé. Les malades du *Cafarelli*, au nombre de 4, nous ont donné ce signe cadavérique sur le vivant, et nous ne l'avions jamais constaté dans les précédentes épidémies. 3° Enfin, la peau cyanosée se présente comme symptôme cutané le plus ordinaire et comparativement comme le moins fâcheux des trois. A son début, lorsque le pourtour des yeux se cave et se bleuit, que la peau des mains se relâche et tourne au violet, nous avons pu suivre, à l'œil nu, ces dégradations de la couleur normale et ce que nous croyons plus heureux, nous nous sommes surpris dans un intervalle d'une heure, pendant laquelle et sans discontinuer, on agissait avec énergie contre le spasme phrénique, et comparant avec des mains d'infirmiers sains, ces mains, naguères froides et cyanosées, et à cette heure sans la moindre différence. Il est sûr qu'ici l'asphyxie de la peau n'était point consommée, que la cause du bleu, sitôt ramené à la couleur blanche, était locale, ainsi que le produit aux mains l'action du froid en hiver.

Toutefois, quand on a vu la cyanose durer chez les plus forts cholériques et disparaître avec la cessation des grands symptômes après quarante huit heures de traitement *continu*, n'est-il pas permis d'admettre comme prouvé, que le sang *cadavre*, coagulé dans ses vaisseaux, que la peau asphyxiée par la perte de ses moyens d'innervation, peut revenir à la vie, sans que nulle théorie, hors celle du fait, soit en droit de l'expliquer? Du reste, comme si l'intoxication cholérique devait bouleverser le vaste groupe de symptômes invariables que l'on a nommé choléra, nous avons, par devers nous, des exemples, rares à la vérité, où le mal se borne au spasme phrénique, où le sujet meurt vite, où les symptômes qui en font preuve n'apparaissent qu'à la mort. Oui, après la mort finale, la vie phrénique a pu s'épandre à la périphérie du corps, y ramener la chaleur, elle a pu déterminer des mouvemens de muscles, des soubresauts de tendons, etc.

Les crampes et douleurs qui ont fait jeter les hauts cris aux cholériques de moyenne gravité, ont été, en général, peu accusés par ceux classés sous le nom de *vehementissima*. Ici, l'impression douloureuse ressentie par le cerveau se borne à une perception passive. Le malade s'agite sur son lit sans se plaindre et c'est vingt fois sur une, que, sur cette impatience subite des extrémités, nous avons fait frictionner les parties en cause, avec notre liniment stimulant, dont nous donnerons ailleurs la formule. Les crampes et les douleurs sont donc des symptômes modérés, puisque leur existence signale un état d'expression nerveuse vers les parties qu'elles affectent, expansion momentanément perturbée ou abolie au moment où le malade se plaint de les éprouver. Ces symptômes de choléra peuvent exister seuls, qui ne les a sentis en temps d'épidémie et qui ne sait la facilité avec laquelle les font disparaître les frictions et la chaleur? Ainsi, nous concluons: que le spasme phrénique, fortement prononcé, tend à se subordonner tout l'appareil symptomatologique du mal qu'on a nommé *choléra*.

Cependant, il ne faudrait pas croire que l'absence de perception douloureuse des crampes, peut dispenser des frictions sur la peau. Au contraire, nous avons pratiqué des frictions avec le liniment spécial, et c'est un des moyens employés *de visu*, dont les malades se sont toujours soudainement bien trouvés.

La suppression de la sécrétion urinaire a été un symptôme constant chez les cholériques les plus forts, pouvait-il en être autrement si l'on considère que le travail de sécrétion dépuratrice opéré par les reins, égale en importance physiologique celui de l'assimilation et que le fonctionnement de l'un impliquera de toute nécessité celui de l'autre? Sans un choc foudroyant de choléra, tout acte organique et vital est sinon tout à fait suspendu, du moins presque en arrêt et toujours profondément perturbé. Nous avons observé la suppression d'urine persister avec le spasme phrénique et commencer à cesser avec la diminution notable de ce désordre nerveux: et alors, malgré la constance des autres signes cholériques, quelques gouttes d'urine sont d'un favorable augure.

Chez le plus grand nombre de nos cholériques moyens, la diminution, voir même la suppression des urines, a été un symptôme à peu près constant, mais il est juste aussi de dire que leur retour s'opère, suit de près le rétablissement du calme phrénique à l'aide d'un traitement que nous avons employé *ex abrupto* et qu'a justifié le nombre des guérisons obtenues. Ce traitement, c'est toujours celui du *choléra vehementissima* avec quelques modifications en moins, suivant le degré de cholérisation que l'on a à combattre.

La voix cassée, ou mieux l'aphonie, ou la voix dite puérile, accompagne les grands symptômes et témoigne en faveur de la perturbation asthénique de l'innervation des centres organiques, l'extinction de la voix mesure le plus haut degré du mal. Ce symptôme ne survit jamais à la réaction lorsque celle-ci s'annonce franche; au contraire, l'aphonie persiste après ces faux paroxysmes de l'action vitale et que suivent, presque toujours, les symptômes adynamiques, à tort appelés par tant de médecins affection typhoïde.

Le hoquet, moins fréquent que l'aphonie, a été noté une fois sur treize chez nos grands cholériques. C'est encore un de ces symptômes peu graves en eux-mêmes, mais qui le sont beaucoup, si l'on réfléchit à leur cause déterminante; le spasme diaphragmatique, ou hoquet, n'est-il qu'une contraction du diaphragme, empêché dans sa fonction par l'état de perturbation du centre phrénique? Nous le croyons. Le hoquet cesse avec la fin de cette névropathie; disons, par anticipation, que le hoquet a paru toujours céder à l'usage de dix à douze gouttes de chloroforme dans une infusion quelconque; c'est peu, il est vrai, mais c'est un spasme partiel de moins à conjurer.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 Avril 1855. — Présidence de M. Regnault.

Élimination, par les seuls efforts de la nature, des parties sphacélées par suite de congélation.

Voici comment s'exprime M. Baudens, auteur de cette note:

Les résultats de la congélation des pieds observés sur des militaires venant de Crimée donnent à la mission que j'accomplis dans les 10me et 9me divisions un intérêt scientifique sur lequel je crois devoir appeler l'attention de l'Académie des sciences. Il m'est démontré, contrairement à l'opinion reçue, 1° que le chirurgien doit s'abstenir et réserver exclusivement aux efforts réparateurs de la nature le soin d'éliminer les parties mortes par suite de congélation; 2° que la nature trace le cercle de démarcation entre le vif et le mort bien mieux que la main du chirurgien, et surtout au prix de moins grands sacrifices.

Le grand nombre de congélations n'ayant pas permis de pratiquer l'amputation partielle des pieds à tous ceux qui en étaient atteints, force a été de renvoyer bon nombre de ces malades sans les opérer. Or, voici ce que j'ai vu dans le seul hôpital de Marseille. Malades évacués porteurs de congélations partielles des pieds, 303: sur ce chiffre de 303, 300 sont ou guéris ou en voie de guérison; l'art n'est pas intervenu, c'est la nature qui seule a fait tous les frais de la cure. Trois seulement, parmi ceux qui ont subi des amputations partielles de la main de l'opérateur, sont arrivés à l'hôpital de Marseille. Sans doute, il faudrait savoir au juste la proportion des malades opérés et non opérés. Mais comme il est de précepte d'agir quand la gangrène est limitée, et qu'il n'est pas douteux que ce précepte n'ait été mis en pratique sur une assez grande échelle, ainsi que le constatent d'ailleurs les rapports qui me sont parvenus, l'extrême disproportion de 300 à 3 conserve tout son enseignement.

J'ai dit que la nature trace le cercle de démarcation entre le vif et le mort bien mieux que la main du chirurgien et au prix de moins grands sacrifices; et en effet, l'art assigne aux amputations des lieux d'élection qui souvent obligent à sacrifier des portions de membre susceptibles d'être conservées; mais la nature, essentiellement conservatrice, n'en tient nullement compte: elle n'enlève que ce qui rigoureusement ne peut vivre. Naguère encore, et cette pratique est restée celle de beaucoup de chirurgiens, on coupait la jambe au-dessous du genou pour une lésion qui ne dépassait pas le pied, et cependant on sait que plus on s'éloigne du tronc, plus grandes sont les chances de guérison. Il y a une vingtaine d'années, on ne limitait encore qu'à un petit nombre les amputations partielles du pied. J'ai démontré que les lieux dits d'élection n'étaient que des vues de l'esprit, non motivés par la pratique, et après avoir prouvé qu'il y a avantage à toujours amputer sur la ligne rigoureuse de démarcation des parties saines et malades, j'ai créé une série de nouvelles amputations partielles du pied, notamment l'amputation du pied en totalité, qui m'a valu une récompense de l'Institut.

Mes idées ont fini les unes par prévaloir, tandis que les autres sont restées à l'état de doute; le doute n'est plus permis en présence de ce fait de 300 cas de congélation avec perte partielle du pied. La nature, avare dans ses sacrifices, ne reconnaît pas de lieu d'élection. Si une portion d'orteil peut être conservée, alors même que tous les autres doigts sont morts, elle la conserve; ainsi j'ai vu deux malades qui avaient perdu tous leurs orteils, à l'exception de la phalange du petit orteil; chez d'autres, tous les orteils, le pouce et le petit doigt exceptés, étaient tombés. Je pourrais multiplier à l'infini les divers et ingénieux procédés de conservation de la nature, soit qu'il s'agisse du tarse ou du métatarse; montrer ici tous les os d'une rangée perdus, et le plus souvent un ou plusieurs os en totalité ou partiellement conservés.

La nature procède de la manière suivante: la portion d'os à éliminer se dessèche, devient noire et fait saillie. A sa base les chairs conservées se boursouflent, se couvrent de bourgeons et empiètent sur l'os, qui bientôt tombe de lui-même, séparé, soit dans sa continuité, par un travail de nécrose, soit dans sa contiguïté, par la destruction des liens; après sa chute, il y a un trou profond que bouchent rapidement les bourgeons, et le moignon aussi bien matelassé de portions molles est dans les conditions les plus favorables. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des tumeurs en général, et surtout des bubons suppurés.

Ce mémoire, adressé par M. Bonnafont pour le concours Montyon, sera soumis à la future commission, qui aura à tenir compte de la date de la réception.

Sur la sécrétion du sucre et de la bile dans le foie.

M. Jacques Moleschott, de Heidelberg, a adressé la lettre suivante à M. Claude Bernard:

« En lisant vos intéressantes remarques sur la sécrétion du sucre dans le foie, faites à l'occasion d'une communication de M. Lehmann, je me suis rappelé les expériences que j'avais faites en 1852, et qui ne sont pas connus en France. Comme le résultat de ces recherches vient aussi prouver que le foie qui produit du sucre ne saurait être comparé aux reins qui excrètent l'urée, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de vous le communiquer.

» J'ai, sur un grand nombre de grenouilles, extirpé le foie, qui, comme on le sait depuis vos travaux, contient du sucre tout aussi bien que celui des mammifères, et j'ai réussi à garder ces animaux vivans, pendant deux ou trois semaines après l'opération. Après ce laps de temps assez considérable, j'ai examiné le sang, le suc gastrique et l'urine de ces grenouilles, sans y pouvoir trouver aucune trace de bile, ni de sucre. Or, c'est un fait avéré en physiologie, qu'après l'extirpation des reins, l'urée s'accumule dans le sang. On devrait donc s'attendre à trouver les acides organiques et la matière colorante de la bile, ainsi que du sucre, dans le sang ou dans les tissus d'animaux privés du foie, pendant quinze à vingt et un jours, si le foie n'était pour ces substances qu'un appareil de filtration. Puisqu'il n'en est rien, j'en conclus que la bile et le sucre sont formés dans le foie, ce qui vient appuyer un fait dont, pour le sucre, la science est redevable à vous, tandis que, pour la bile, M. J. Müller l'a fait connaître le premier, et MM. Kunde et Lehmann l'ont constaté avant moi; mais, dans les expériences de ces savans, les grenouilles n'avaient survécu que trois ou quatre jours à l'opération, c'est-à-dire pendant un temps qui n'est que la quatrième ou même la cinquième partie de ce que j'ai pu atteindre chez mes animaux.

» Après avoir rangé la fonction glycogénique du foie parmi les vérités les plus fécondes de la science, en démontrant que le sucre formé dans le foie est détruit par la respiration, vous accorderez peut-être quelque intérêt à ce que j'ai trouvé que le foie ne contribue pas peu à la métamorphose rétrograde des substances animales. Si l'on a ôté le foie aux grenouilles, ces animaux exhalent, pour la même unité de poids et de temps, beaucoup moins d'acide carbonique que des animaux intacts. J'ai comparé des grenouilles, chez lesquelles j'avais fait l'excision du foie, à d'autres auxquelles j'avais amputé les deux jambes pour leur faire perdre une quantité plus grande de sang qu'il ne s'en perdait par l'extirpation du foie. D'ailleurs, tous les animaux qui servaient à la comparaison, ceux qui étaient intacts et ceux qui avaient subi les deux genres d'opération, étaient pris le même jour dans les fossés et marais de nos environs; ils étaient gardés dans la même eau, et de plus ils étaient du même sexe et, autant que possible, du même poids et de la même grandeur. Les expériences, comparées entre elles, étaient exécutées le même jour, à peu près à la même température et à la même pression atmosphérique. Le nombre des expériences pour chacune des trois catégories n'est pas inférieur à vingt-six. Eh bien, 100 grammes de grenouilles intactes ont donné en moyenne, pour vingt-quatre heures, 0 gr,566 d'acide carbonique; 100 grammes de grenouilles amputées en ont exhalé 0 gr,457, et 100 grammes de grenouilles sans foie n'en ont produit que 0 gr,332. On voit donc que l'excision du foie diminue la quantité d'acide carbonique exhalée par les grenouilles d'une manière bien plus intense que ne pourrait l'expliquer la perte du sang inévitable dans une opération si grande. Le rapport entre ce fait et la fonction glycogénique du foie me paraît assez bien établi pour oser vous prier de communiquer cette lettre à l'Académie des sciences. »

PRESSE MÉDICALE.

Deux cas de scarlatine mortelle avec complication de coriza scarlatineux. — Sans être rares, ces cas sont loin d'être fréquens, et la fâcheuse signification du coryza scarlatineux n'est pas connue de tous les médecins.

Le docteur Meyer, de Strelitz, raconte qu'une épidémie de scarlatine avait régné dans cette ville, en automne, en hiver 1851, jusqu'au mois de mai 1852, et que, depuis ce temps, aucune nouvelle apparition de cette maladie n'avait eu lieu, quoi qu'elle eût continué à régner dans les environs. Seulement, une épidémie morbilleuse avait envahi la ville.

A la mi-janvier 1855, une petite fille mourut de scarlatine au bout de trois jours.

Dix jours après, le 30 janvier, son frère, âgé de 4 ans, éprouva les prodromes de la même affection; l'éruption se fit avec des symptômes concomitans modérés et ne présentait rien de particulier. — 1er février. Nuit agitée; dans la journée, symptômes cérébraux; l'éruption pâlit. — 2 février. État plus grave; toux, ronchus muqueux. Vers dix heures du soir, reniflemens, éternumens, puis excrétion par le nez d'un liquide albumineux. — 3 février. Agitation; respiration difficile par l'obstruction du nez; il s'en écoule une mucosité tellement abondante, qu'on ne peut l'enlever assez vite. Déglutition facile. Mort à dix heures du soir. Toute cette journée, l'haleine avait une odeur désagréablement douce, purulente.

Le jour de la mort, son frère, âgé de 16 mois, tomba malade. Du 3 à la nuit du 5 au 6 février, la scarlatine était bénigne; alors agitation, léger gonflement sous-maxillaire. Sangsues; eau chlorurée. — 6 février. L'agitation augmente; dyspnée; le reniflement particulier appelle l'attention sur le nez. Celui-ci est rempli de grumeaux noirâtres, au-dessous desquels la muqueuses était un peu rouge. La respiration ne devint pas plus facile après l'enlèvement des grumeaux; l'exanthème avait disparu. Dans l'après-midi, écoulement nasal. — 7 février. État beaucoup plus grave; dyspnée plus considérable; respiration aussi bruyante, aussi râlante que dans le croup, seulement pas de toux ni d'enrouement. — Mort le 8 février, à huit heures du soir, avec aggravation de tous les phénomènes. Le traitement avait consisté en sangsues, révulsifs, chlorate de potasse, etc.

Le jour de l'enterrement, l'une des deux filles encore survivantes de cinq enfans, fut prise de scarlatine et mourut dans les vingt-quatre heures, traitée par un autre médecin.

Dans les réflexions qui suivent, M. Meyer rappelle d'abord la rareté et la gravité de ces cas, ainsi que le peu d'attention que les auteurs ont donnée à cette complication. J.-P. Frank en parle le premier; Schoenbein la fait dater de 1825, et la regarde comme absolument mortelle quand elle s'accompagne de parotides. Fuchs la mentionne dans le même sens. Il faut encore ajouter qu'elle se trouve décrite dans le bel ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, 2me édit., t. III, p. 174, qui rappellent différentes épidémies observées par Huxham, Withering et M. Guéresia, et dans lesquelles le coryza avait joué un rôle fâcheux. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 13.)

Fièvre intermittente (*Traitement de la*). — M. le docteur Bretonneau vient d'exposer, dans quelques aphorismes, les résultats de sa longue pratique relativement au mode d'administration du quinquina. L'honorable praticien de Tours n'approuve pas le mode actuellement en faveur et il reviendra aux préceptes donnés à cet égard par les vieux maîtres, ainsi qu'on le verra par les passages suivans que nous avons extraits de son travail adressé à la *Revue médico-chirurgicale*:

Une sorte d'ivresse plus ou moins pénible, produite par une *seule dose convenable* de sulfate de quinine, répétée au besoin deux jours de suite, supprime pour huit jours la fièvre intermittente *simple*.

De même que, pour une maladie qui céderait à l'ivresse du vin, beaucoup de vin pourrait être donné sans obtenir ivresse et guérison ; de même, on voit chaque jour que de grandes quantités de quinquina ont été prises sans que la fièvre ait été supprimée et sans que son retour ait été prévenu.

Il a été constaté que l'administration prolongée de doses multipliées et s'élevant, dans leur totalité, à la somme de plusieurs doses efficaces, était complétement inutile ; on y a vu qu'une fièvre quarte, qui avait résisté à 2 onces de quinquina, cédait à l'administration de 2 gros de ce *même* quinquina ; mais les 2 gros avaient été donnés en une seule fois, et les 2 onces avaient été prises en quinze jours, chaque once délayée dans une bouteille de vin, trois petits coups par jour.

Aujourd'hui, le mode déplorable d'administration du sulfate de quinine consiste généralement, partout et de toute part, à fractionner des doses rendues impuissantes par cette division, et qui seraient efficaces si elles étaient ingérées en une seule fois dans leur totalité.

Les petites doses qui habituent le malade à l'action du quinquina nuisent au bon résultat des doses suffisantes ; elles impatientent l'appareil digestif, et rendent l'ivresse fébrifuge plus difficile à obtenir.

A Tours, on est arrivé à la certitude, trop bien acquise, que les amers indigènes, réputés fébrifuges, ne sont que d'inutiles ou nuisibles auxiliaires.

Avec Sydenham, avec Morton, il a été constaté que la dose de quinquina qui a supprimé la fièvre, donnée un ou deux jours avant l'époque présumée de son retour, prévient les récidives ; et, de plus, il a été observé que l'immunité acquise *se proroge* à mesure qu'on s'éloigne du jour de la suppression de la fièvre, et on a vu qu'on pouvait, sans inconvénient, accroître d'un, de deux, puis de plusieurs jours, les intervalles qu'on met entre chacune des doses données pour prévenir le retour de la fièvre.

Le plus souvent, la progression suivante a été à peu près adoptée ; la deuxième dose, dose préservatrice qui doit être égale à celle qui a supprimé la fièvre, est donnée en laissant entre l'une et l'autre six jours d'intervalle ; ainsi les suivantes, à 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 20, 24, 30 jours d'intervalle, ce qui fait environ cinq mois ; chaque dose préservatrice est donnée à l'instant d'un dîner médiocrement abondant, et la première dose de toutes, celle qui doit supprimer la fièvre, au déclin d'un accès, afin que ce soit à la plus grande distance possible de l'accès subséquent.

Une récidive oblige à revenir au point de départ, et fait perdre les avantages acquis.

Les doses préservatrices doivent être rapprochées ou augmentées, s'il arrive que la fièvre devance l'époque à laquelle on doit les administrer.

Avec une extrême sagacité, M. le docteur Bally a découvert, en 1821, qu'à Paris, on voyait ne se développer qu'au printemps la fièvre intermittente chez des sujets qui avaient séjourné pendant l'automne dans des localités où régnait cette fièvre. Les preuves les plus irrécusables appuyaient son assertion, rien de semblable n'étant observé chez ceux qui n'avaient pas quitté Paris. Cette suspension attendra probablement longtemps une explication étiologique plausible ; toutefois, elle est digne de remarque, et trop constante pour qu'il n'en soit pas tenu compte.

Depuis, j'ai vu bien des fois que la fièvre, qui se développait dans ces conditions, conservait la ténacité qu'elle aurait eue dans la localité où elle avait été contractée. Autre condition mystérieuse sanctionnée par la ténacité des fièvres algériennes transportées à Paris et dans les plus saines localités.

Un gramme 110 centigrammes de sulfate de quinine, ou 12 à 15 grammes de bon quinquina suffisent ici pour supprimer la fièvre d'un adulte et pour la maintenir supprimée pendant huit à neuf jours.

Mode d'administration du sulfate de quinine pour un adulte. — Prenez : sulfate de quinine, 1 gramme, divisé en 5 pilules. A prendre dans un potage en une seule fois au déclin de la fièvre, et mieux, au moment où elle a dépassé son maximum d'intensité.

Bien des motifs portent à croire qu'il est utile que la dose nécessaire ne soit pas dépassée.

Si un symptôme grave, insolite, se montre pour la seconde fois dans le cours d'une fièvre dont les accès ont été peu prononcés, si une torpeur léthargique, des syncopes, des évacuations alvines cholériques, ou semblables à de la lavure de chair, ou bien sanglantes ; si une très vive douleur cardialgique, une sueur surabondante, le froid de marbre des frissons, symptômes dépassant bien des fois la mesure ordinaire, s'accompagnant de défaillance, d'abolition presque complète du pouls ; si, dis-je, ces graves symptômes se montrent une seconde fois, et s'ils sont plus prolongés que dans l'accès précédent, la dose indiquée doit être doublée et donnée en une seule fois avant le complet déclin de la fièvre, *devenue pernicieuse*.

Cette dose doit être gardée, ou remplacée si elle n'est pas gardée douze heures.

Deux centigrammes d'extrait gommeux d'opium, ou 4 à 5 gouttes de laudanum liquide de Sydenham, suffisent ordinairement pour assurer la tolérance désirable, soit que cette dose ait été ingérée, soit qu'elle ait été convenablement injectée dans le rectum.

Quand la fièvre intermittente ne se révèle que par des accès peu prononcés, cette bénignité suspecte doit éveiller l'attention d'un praticien expérimenté ; et si, après quelques jours de cette fièvre indécise, un des symptômes énoncés se montre, si l'on ne s'est pas hâté d'administrer une dose efficace de sulfate de quinine, il faut surveiller avec une inquiète sollicitude le retour probable d'un second accès énormément aggravé. Il ne faut pas oublier ici qu'on est en face d'une question de vie ou de mort ; souvent il n'y a qu'un instant à saisir, et si on le laisse échapper on ne le trouvera plus. Que le praticien se tienne donc pour averti ; si pour agir il attend que le deuxième accès commence à décliner, le retour très anticipé du troisième ne pourra être prévenu. Pour gagner de vitesse cet accès redoutable, il ne faudra pas laisser passer le maximum d'intensité du deuxième accès ; le sulfate de quinine donné à ce moment aura le temps de produire son effet avant le début de l'accès subintrant, dont l'issue serait funeste si on l'attendait pour le combattre au lieu de le prévenir.

Une alimentation substantielle, modérément abondante, aide puissamment au bon succès de la médication préservative ; ce que Sydenham et Morton, il y a cent cinquante ans, avaient expressément affirmé.

On a vu la fièvre intermittente céder à l'abstinence, on ne peut le nier. Oui, elle peut céder à l'épuisement des forces, sans qu'il en reste la moindre trace ; mais il convient de montrer à quel prix,

Mme la marquise de...... est atteinte de fièvre intermittente automnale. Traitement homœopathique ; persistance de la fièvre ; puis doses allopathiques de sulfate de quinine. Je vois la malade à cette époque ; elle est sans fièvre ou bien elle n'éprouve que des mouvemens fébriles erratiques : expectation. A l'approche de la mauvaise saison, extrême dégoût, vie sédentaire. La fièvre s'éteint : amaigrissement qui, pendant plusieurs semaines, s'accroît de plus en plus ; agonie, extrême-onction. On me rappelle à ce moment : le pouls est à peine perceptible, et la rapidité croissante de ces funestes symptômes semble indiquer un danger au-dessus des ressources de l'art. Dans cette détresse, une proposition conditionnelle reste confiée au médecin consultant : *lavement nutritif avec 75 grammes de bouillon, mêlés à 25 grammes de lait.* Si, contre toute probabilité, la vie se ranimait, trois autres lavemens nutritifs seraient donnés de quatre en quatre heures, et subséquemment de légers potages, etc. Ces propositions, en apparence ridicules, ont un résultat inespéré ; le tube digestif s'éveille, et, dès le lendemain, des boules stercorales étant entraînées par un des lavemens nutritifs, bientôt vive appétence ; progressivement alimentation plus variée, plus substantielle, plus réclamée. Sept ou huit jours plus tard, soupçon, puis manifestation positive d'une fièvre double-quarte régulière ; traitement curatif. Après la troisième dose antipériodique, les progrès de la restauration deviennent rapides ; les bras, le visage, le buste, se raniment ; les traits s'épanouissent, mais les muscles des jambes restent atrophiés, évanouis, et il en est presque de même de ceux des cuisses. Non seulement tout mouvement volontaire des membres pelviens est impossible ; on ne peut même, par aucunes tentatives doucement répétées, imprimer la moindre flexion à l'articulation tibio-tarsienne. Il a fallu trois années pour que cette gymnastique domestique, aidée du concours de douches thermales, ait ramené un peu de souplesse articulaire. Depuis, la faculté de marcher a dépassé toute attente. Dix années se sont écoulées ; Mme de....., septuagénaire, peut faire d'assez longues promenades, et conserve la bonne santé qu'elle a recouvrée.

On le voit, l'inanition éteint la fièvre, mais c'est en amoindrissant la vie.

Autre exemple plus grave encore de cette triste vérité :

En 1825, un soldat fut reçu à l'hôpital du chef-lieu de la division militaire d'Indre-et-Loire ; il y était transféré d'une succursale, l'hôpital militaire de Poitiers. L'inanition avait eu pour auxiliaire une grande émission de sang. Le malade disait avoir été roulé dans un drap de lit avec un grand nombre de sangsues : 200 à la fois, affirmait-il. Si étonnante que fût son assertion, des exemples contemporains cités dans les *Annales de la doctrine physiologique*, et une multitude de petites cicatrices triangulaires sur toute la surface du corps, jusque sur le visage, donnaient de la valeur à cette assertion, confirmée par le déplorable aspect du malade. Anasarque ; épanchemens séreux dans toutes les cavités splanchniques ; lèvres, langue, gencives exangues ; pupilles dilatées, roses comme chez le lapin angora ; cécité absolue de nuit et de jour ; c'était progressivement que la vue s'était éteinte. Il ne restait aucune apparence de la fièvre, qui avait été tierce. Alimentation variée, substantielle, restreinte. L'appétence devient vive ; la fièvre se reproduit d'une manière douteuse, puis elle devient manifeste, régulière.

La médication curative abordée, à chaque dose, un énorme effet diurétique est produit pendant cinq à six jours, ce qui invite à diminuer la prolongation ordinaire des intervalles progressivement accrus entre chaque dose préservative. L'épanchement de l'ascite se dissipe rapidement ; la rate peut être palpée, elle est bosselée, volumineuse ; c'était pour affaisser le développement de ce viscère que l'abstinence et les émissions sanguines avaient été imposées au malade.

Curieuse médication que le recours à l'abstinence pour remédier à la tuméfaction de la rate ? Quand on voudra se donner la peine d'y regarder, on constatera que pendant la réplétion de l'estomac d'un chien de forte taille, largement repu, ce réservoir de sang, ce ganglion sanguin perd une énorme proportion de son épaisseur, et prend la couleur et l'aspect d'un étroit ruban rose.

Sous l'influence du traitement curatif, l'engouement splénique perdit beaucoup de son volume ; en même temps que la choroïde devint violette, le convalescent commença à distinguer le jour de la nuit. Quelques semaines plus tard, la choroïde devenait noire ; la vue, une santé robuste, se recouvraient en même temps.

Si on considère ce qui arrive à ces sujets, on voit clairement que la fièvre, quand elle paraît vaincue par l'abstinence, ne cède réellement qu'à l'amoindrissement de la vie, et qu'elle reparaît dès que la vie se ranime, mais alors, nonobstant tant de conditions aggravantes, la fièvre intermittente peut encore céder à la fièvre kinique, à la médication antipériodique, complétement et sans retour. — (*Revue de thérap. médico-chirug.*, mai 1855.)

NEUF CAS DE RÉSECTIONS DU CUBITUS. — Le professeur Robert, de Coblentz, qui a fait un grand nombre de résections, et en est par conséquent un grand partisan, fait précéder la relation de ces neuf cas par les considérations suivantes :

D'après mon expérience, le cubitus, principalement sa partie supérieure, spongieuse, est plus sujet aux altérations pathologiques que le radius. Six de mes opérations sont remarquables par l'ouverture de l'articulation du coude. Un de ces malades était âgé de deux ans 1/2 ; les cinq autres se trouvaient dans les années de la puberté. Dans aucun cas, l'opération ne fut suivie d'une inflammation considérable de l'articulation, et je n'ai observé aucun des fâcheux accidens signalés par Ried dans son ouvrage sur les résections. Une fois, il se forma pendant la cicatrisation un abcès au côté interne de l'articulation, mais qui guérit sans léser cette dernière. Dans plusieurs cas, les cartilages articulaires des autres os avaient déjà une mauvaise couleur et étaient corrodés ; dans un cas même, les os restans étaient ramollis ; néanmoins la guérison eut lieu.

Dans trois cas, la mobilité de l'articulation du coude se rétablit plus ou moins ; elle manqua dans les trois autres. J'obtins le premier résultat par des mouvemens de plus en plus étendus, imprimés à l'articulation après la cicatrisation. Si on les entreprenait avant cette époque, on courrait non seulement le risque d'entraver la guérison, mais encore d'introduire dans l'articulation encore ouverte, de l'air et du pus. L'ankylose des trois autres provenait, chez l'un, de ce qu'il ne reparut plus après la cicatrisation ; un autre demeurait à une grande distance et était content d'être guéri, même avec raideur ; enfin, chez le troisième, l'articulation était déjà ankylosée avant la dernière maladie du cubitus.

Je ne puis croire, avec Ried, qu'après la résection de l'extrémité articulaire du cubitus, l'amputation simultanée de la tête du radius donne plus de fermeté à l'articulation.

Dans un cas de résection d'une grande portion du corps du cubitus, la régénération de l'os ne se fit qu'incomplètement, de sorte que la continuité de l'os ne fut pas rétablie ; néanmoins, les fonctions de l'avant-bras n'en éprouvèrent aucune diminution. Dans un autre cas de résection du corps, pour un écrasement, la continuité revint totalement et la portion nouvellement formée était plus épaisse que le reste de l'os. J'ai vu un cas de résection partielle de l'extrémité articulaire inférieure, qui n'a pas été suivie de synostose avec les os du corps.

L'opération elle-même présente peu de difficulté et de dangers. Elle ne demande de précautions que dans un point. La position superficielle de l'os et son peu d'épaisseur font qu'une incision longitudinale suffit ; pour ne pas trop la prolonger au delà des limites de la partie malade, on peut y ajouter deux petites incisions transversales. L'isolement de l'os devient de plus en plus difficile, à mesure qu'on remonte davantage vers le coude, parce qu'il devient toujours plus large et anguleux. Il ne faut pas perdre de vue la possibilité de la lésion de l'artère interosseuse, lésion d'autant plus facile, que le fragment osseux à enlever est plus épaissi. Je n'ai jamais aperçu le nerf cubital, et je ne pense pas qu'on puisse l'intéresser en suivant les règles générales applicables à toute résection, savoir : faire les incisions aux endroits dépourvus de vaisseaux et de nerfs d'un certain calibre, et en détachant les parties molles de l'os, faire porter le tranchant du bistouri sur l'os lui-même. Je regarde donc comme inutile, sinon comme dangereux, la préparation préalable du nerf cubital, ainsi que le recommande le professeur Wutzer.

L'acte le plus difficile, dans l'extirpation de l'extrémité articulaire, est la séparation de l'apophyse coronoïde. Comme elle est intimement unie à la tête du radius par le ligament annulaire, et comme sa pointe dépasse en avant cette tête et plonge dans la profondeur de l'articulation, sa résection n'est pas possible de haut en bas. Il faut, dans ce cas, scier l'os d'abord inférieurement et le désarticuler de bas en haut. Dans cette manœuvre, on courrait risque de luxer le radius, si on n'avait soin de séparer d'abord le ligament annulaire. Il faut commencer par couper son insertion postérieure au cubitus, puis, comme on ne peut arriver à son insertion antérieure sans s'exposer à léser l'artère brachiale, il faut porter dans la rotation en dehors le fragment osseux à enlever, et inciser ainsi la partie antérieure. C'est alors seulement qu'on peut récliner en arrière le fragment et couper l'insertion du muscle brachial interne. Cet acte est toujours accompagné de tiraillemens, et plus difficile à exécuter sur le cadavre, parce que, sur le vivant, ces insertions sont parfois ramollies.

Suivent alors les histoires détaillées de ces opérations. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 13 et suivans.)

— Pour *réduire les luxations du maxillaire inférieur*, le docteur Léo, à Bonn, recommande d'opérer d'abord un côté de la mâchoire, de réduire une des articulations, et ensuite seulement l'autre. La réduction en deux temps sera beaucoup plus facile que celle qui se fait simultanément sur les deux têtes articulaires. On n'aura à vaincre, chaque fois, que la moitié des résistances, l'opération sera beaucoup plus facile et pourra être faite sans aide. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 13.)

COURRIER.

Nos confrères des départements et de l'étranger, qui se proposent de visiter l'Exposition universelle, sont prévenus qu'à dater du 1er juin, ils pourront librement disposer, pendant la durée de leur séjour à Paris, du local occupé par l'UNION MÉDICALE, soit comme lieu de réunion, soit pour faire leur correspondance. La bibliothèque et les journaux seront mis à leur disposition. Les renseignemens dont ils pourraient avoir besoin leur seront donnés avec empressement.

— Au dire du *Globe*, le docteur Munro, célèbre médecin en matière d'aliénation mentale, est atteint à son tour de cette triste maladie. On n'espère pas le sauver.

— M. Bouvier commencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur, vendredi 18 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital des Enfans, et continuera ces leçons tous les vendredis, à la même heure.

— M. Cazenave commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis, mercredi 16 du courant, à 10 heures, et les continuera les mercredis de chaque semaine. — La visite à 9 heures.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 58. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 17 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 MAI 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a eu à procéder, hier, à l'élection d'un membre dans la section d'hygiène et de médecine légale. Au premier tour de scrutin, M. Guérard a obtenu une majorité suffisante pour être nommé. Cette majorité eût même été plus considérable si quelques membres, retenus par d'autres fonctions à la séance d'ouverture de l'exposition générale, ne fussent arrivés trop tard pour prendre part au scrutin, ce qu'ils ont regretté. La nomination de M. Guérard était prévue. L'Académie a voulu donner à cet honorable et savant confrère une preuve de la sympathie qu'inspire son caractère et la récompense que méritent ses nombreux et utiles travaux.

Après cette élection, la discussion s'est ouverte sur le rapport de M. Bousquet. Elle nous a valu un très remarquable discours de M. Baillarger, et que nous sommes heureux de pouvoir reproduire dans nos colonnes. La discussion menace de s'étendre et de se prolonger; elle nous fournira sans doute l'occasion de quelques réflexions qui seraient aujourd'hui prématurées.

Un incident s'est présenté qui a soulevé des observations fort judicieuses de M. le secrétaire perpétuel. Des trois commissaires qui étaient chargés d'examiner le travail de M. Moreau (de Tours), objet du rapport en discussion, deux déclarent avoir signé le rapport sans l'avoir lu, et l'un d'eux sans avoir lu même le travail rapporté, sans savoir de quoi ou de qui il s'agissait. De là, cette singulière circonstance, que ces deux commissaires qui ont signé, c'est-à-dire approuvé le rapport de M. Bousquet, se sont inscrits pour l'attaquer. M. Dubois (d'Amiens) a fait observer, avec raison, qu'il y avait là une infraction grave à toutes les règles, à toutes les habitudes, à toutes les convenances académiques. Des commissaires qui signent un rapport et qui viennent le combattre ensuite!... C'est, en effet, fort irrégulier et fort singulier. Que devient l'opinion des commissions? Que devient l'autorité de l'Académie au milieu de ce conflit parmi ceux qui ont précisément pour mission de s'entendre et d'indiquer une solution à l'Académie? Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet qui n'est pas dénué d'intérêt, soit pour l'Académie, soit pour les savans qui lui adressent leurs travaux.

La séance a été terminée par l'exhibition d'un appareil inventé par M. le docteur Foucault, de Nanterre, et destiné à remplacer l'emploi des aides pour la réduction des luxations et des fractures. Amédée LATOUR.

HYDROLOGIE.

DE LA MATIÈRE ORGANIQUE DES EAUX MINÉRALES DE VICHY;

Sa nature, son existence à l'état de végétation et à l'état latent dans ces eaux; — sa volatilité et sa présence dans leurs vapeurs; — importance présumée de son rôle;

Par le docteur Ch. PETIT, médecin-inspecteur des eaux de Vichy.

Toutes les eaux contiennent une matière organique, l'eau douce comme l'eau salée de la mer, et les différentes eaux minérales; et toutes, lorsqu'elles ont été exposées pendant un certain temps à l'air et à la lumière, et qu'elles ont subi ainsi l'influence de ces deux principes de vie, donnent naissance à une matière végétative verte, dont l'espèce varie seulement suivant la nature de l'eau où elle se développe.

Il serait sans doute intéressant d'étudier cette matière dans les différens milieux où on l'observe; mais ce serait là une entreprise bien longue et surtout trop difficile pour moi, et j'ai cru devoir ne m'occuper ici que de celle que l'on trouve dans les eaux de Vichy.

Les eaux de toutes les sources de cet établissement thermal sont parfaitement limpides et incolores lorsqu'elles sortent de terre; mais, si elles restent exposées à l'air et à la lumière, on voit s'y produire, après vingt-quatre ou trente-six heures, surtout lorsqu'elles sont contenues dans un bassin un peu large, une certaine quantité de filamens très minces et légèrement nuancés de vert, qui bientôt se réunissent pour former des pellicules, puis de véritables flocons d'un vert olivâtre, qui flottent à la surface de l'eau ou s'attachent aux parois des bassins. C'est ce que l'on remarque surtout sur le bassin de la source de l'hôpital et ce qui se voyait bien davantage autrefois, lorsque ce bassin était complétement exposé à l'air et au soleil, c'est-à-dire avant la construction de la coupole en fer dont il est maintenant couvert, et qui le garantit, en grande partie du moins, de l'action directe de la lumière.

Ces flocons de matière verte ne restent pas très longtemps à la surface de l'eau : ils finissent, au bout de quelques jours, par tomber au fond du bassin, soit par suite de quelque modification survenue dans leur organisation, soit parce que leur poids s'est augmenté de quelques élémens minéralisateurs, tels que le carbonate de chaux, et un peu de fer et de silice, qui, devenus libres et insolubles à mesure que l'eau minérale perd de l'acide carbonique, dont elle était saturée avant d'arriver au jour, se déposent sur eux en les entraînant.

Toutes les sources de Vichy ne sont pas également disposées de manière à favoriser le développement de cette matière verte; mais on sait par ce que l'on observe dans d'autres établissemens, qu'une certaine élévation de la température de l'eau minérale favorise singulièrement ce développement, et si, par exemple, la source de la grande grille, dont la température est plus élevée que celle de la source de l'hôpital, ne nous en offre que la petite quantité qui colore en vert les parois de son bassin, cela tient à ce qu'elle est placée sous une galerie qui la couvre et la garantit en grande partie de l'action de la lumière, et aussi sans doute à ce que son bassin étant moins grand que celui de la source de l'hôpital, et son débit beaucoup plus considérable que celui de cette dernière source, son eau reste moins longtemps exposée à l'air et à l'action de la lumière.

La production de cette matière n'avait pas échappé à Longchamp lorsqu'il fut chargé, en 1824, de l'analyse des eaux de Vichy; pourtant, ce chimiste ne paraît pas en avoir fait un examen sérieux, du moins je n'ai trouvé dans son ouvrage (1) aucun travail particulier à ce sujet; il se borne à la désigner, sans en donner la raison, sous le nom de matière *végéto-animale*. Il ajoute seulement qu'il a trouvé une matière semblable dans toutes les eaux thermales qu'il avait examinées jusque-là, lorsque leurs réservoirs étaient exposés au contact de l'air.

Mais sa composition chimique a été étudiée par Vauquelin avec tout le soin que ce célèbre chimiste apportait toujours à ses travaux; et ses recherches, sous ce point de vue, ont été l'objet d'un mémoire qu'il lut à l'Académie des sciences le 22 novembre 1824, et qui a été publié dans les *Annales de chimie et de physique* (1825, t. XXVIII).

Cette matière, sur laquelle il fit ses recherches, lui avait été remise par M. d'Arcet, qui l'avait recueillie lui-même à la fontaine de l'hôpital. Elle était renfermée dans une bouteille de verre, avec une certaine quantité d'eau minérale, et Vauquelin fut d'abord frappé d'un phénomène d'optique assez curieux qui s'observait dans la partie liquide qui recouvrait la matière verte. Cette partie liquide offrait une couleur verte par réfraction et rouge pourpre par réflexion, phénomène qui lui a paru ensuite pouvoir être expliqué par la présence d'une matière bleue et d'une matière jaune qui se décelèrent pendant ses recherches, par suite de certaines réactions.

J'ai souvent observé, depuis, le même phénomène; mais il est peut-être bon de dire, pour ceux qui voudraient répéter l'expérience, qu'il ne suffit pas de mettre de cette matière verte dans un flacon avec un peu d'eau minérale pour qu'il se produise. J'ai remarqué qu'il ne se manifeste que lorsqu'il s'est établi un certain degré de fermentation dans la matière verte; aussi est-il probable que c'est dans cet état que Vauquelin avait reçu le flacon qui lui fut remis par M. d'Arcet.

Il résulte, d'ailleurs, de l'analyse de Vauquelin que cette matière serait composée de trois variétés de substances, l'une bleue, qui est coagulée par la chaleur, les acides, etc.; l'autre jaune, se dissolvant dans l'eau bouillante, précipitant par l'alcool et l'infusion de noix de galles; la troisième, qui se distingue en ce qu'elle n'est précipitée ni par la chaleur, ni par les acides, ni même par l'alcool, mais qu'elle l'est par le principe astringent. Il est vraisemblable, ajoute-t-il, que ces trois substances ne sont que des états différens de la même matière originelle, et, comme cette matière lui a paru très azotée, il l'a considérée, suivant la manière de voir de cette époque, comme une *matière animale*, mélangée seulement d'une certaine quantité d'alumine, d'oxyde de fer et de carbonate de chaux dans les proportions suivantes : alumine, 1 centigramme; oxyde de fer, 31; carbonate de chaux, 128, élémens qui, comme je l'ai fait remarquer plus haut, deviennent insolubles et se séparent de l'eau minérale lorsque, arrivant au contact de l'air, une partie de son acide carbonique se dégage.

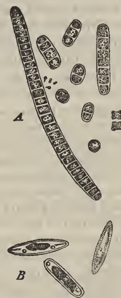
« C'est assurément, dit ensuite Vauquelin, une singulière » matière que celle dont nousnous occupons : par sa couleur, » elle a de l'analogie avec certaines substances végétales, et » par sa nature, elle ressemble entièrement aux matières » animales. » Il trouve d'ailleurs que la substance dont la matière verte se rapproche le plus est l'albumine.

A cela se sont bornées, jusqu'à présent, les recherches dont cette matière verte a été l'objet.

J'ajouterai pourtant que l'ayant examinée au microscope, à la source même, il y a dix-huit ans, avec le docteur Fontan, nous y avons remarqué très distinctement des mouvemens spontanés, ondulatoires, reptiformes, plus ou moins allongés et suivis de rétraction, qui nous firent croire que la matière que nous avions sous les yeux était composée d'oscillaires; mais nous manquions peut-être, je l'avoue du moins pour mon compte, de connaissances spéciales suffisantes pour l'affirmer. Aussi ai-je toujours désiré, depuis, faire étudier cette matière verte par un micrographe plus habile et plus exercé que moi, afin de pouvoir être mieux fixé sur les espèces végétales ou d'animalcules qui se développent dans les eaux de Vichy, lorsqu'elles restent exposées au soleil.

N'ayant pas trouvé, comme je le désirais, l'occasion de faire examiner cette matière à la source même, au moment où l'on vient de la retirer du bassin, j'en ai recueilli avec soin, et je l'ai remise aussi fraîche que possible à un de nos jeunes naturalistes les plus distingués, M. Jules Haime, qui n'a pas seulement une très grande habitude de se servir du microscope, mais qui a fait une étude particulière des animalcules infusoires, et, en général, des êtres microscopiques, et dont l'obligeance m'était parfaitement connue.

M. Haime a étudié cette matière avec un très grand soin, et, pour lui, sa coloration verte est due à la présence d'une algue qui appartient au genre *ulothrix* de M. Kützing, mais qui constitue une espèce différente de toutes celles qu'a décrites ce savant phycologue allemand. Elle lui paraît intermédiaire entre l'*ulothrix oscillarina* (1), qui habite les eaux douces, et l'*ulothrix implexa* (2), qui est marine. Les filamens simples et très réguliers dont elle est formée sont d'abord très courts, et deviennent souvent extrêmement longs; mais leur diamètre ne dépasse jamais les trois quarts d'un centième de millimètre. La figure ci-jointe (*A*) nous montre, avec un



grossissement de 520 diamètres, les divers caractères de cette nouvelle espèce que M. Haime propose d'appeler *ulothrix vichyensis*.

Une diatomée se trouvait associée à l'algue précédente. C'est

(1) *Analyse des eaux minérales et thermales de Vichy*. Paris, 1825.

(1) Friedrich Kützing, *Tabulæ phycologicæ*, t. II, planche 88, fig. 1, 1852.
(1) *Ibid.*, planche 94, fig. 2.

une navicule voisine de la *navicula gracilis* d'Ehrenberg (1), et de la *navicula limosa* de Kützing (2), mais que M. Haime croit distincte, spécifiquement, de celles qu'ont observées ces auteurs et à laquelle on pourrait, par conséquent, donner le nom de *navicula vichyensis*. Sa largeur est un peu moindre que celle de l'ulothrix dont nous vonons de parler, et elle a près de trois centièmes de millimètre en longueur. Les trois dessins (*B*) qui représentent cette espèce correspondent à trois états différens de la matière intérieure.

Ce sont là les seuls végétaux que le microscope ait décelés dans les eaux de Vichy, et nous ne devons pas nous étonner de les trouver distincts, comme espèces, de ceux des mêmes genres qu'on a observés jusqu'à présent, soit dans la mer, soit dans les eaux douces, puisqu'ils habitent un milieu différent et vivent dans des conditions spéciales.

On rencontre cependant parmi eux les hôtes ordinaires de toutes les eaux où séjournent des substances organiques; ce sont ces corps problématiques, appelés *bacterium* et *vibrions*, qu'on a rangés jusqu'à ce jour parmi les animaux, en raison des mouvemens dont ils sont doués, mais dans lesquels il a toujours été impossible de discerner ni ouvertures, ni globules, ni stries, ni filamens, en un mot, aucune trace de tissu ni d'organes. Les deux espèces qui se montrent parmi les végétaux qui se développent dans les eaux de Vichy sont : 1° le *bacterium termo* de Dujardin (3), qui abonde, non-seulement dans toutes les infusions végétales ou animales, mais aussi dans quelques produits morbides, et que Leuwenhoeck a observé jusque dans la matière pulpeuse qui s'amasse entre les dents; 2° le *vibrio lineola* d'Othon-Frédéric Müller (4), qui, d'ordinaire, apparaît un peu plus tard que le précédent, et dont la présence est moins générale, bien qu'il soit encore extrêmement commun.

A l'exception de ces deux sortes de corpuscules d'une excessive petitesse, dont la nature animale est loin d'être démontrée, M. Haime n'a rencontré dans l'eau de Vichy aucun être ayant les caractères de l'animalité, vivant ou mort. Cette eau, renfermée dans un flacon avec de la matière verte, ne contenait ni *paramécies*, ni *plesconies*, ni *vorticelles*, ni *monades* même.

M. Haime a laissé ouvert et exposé à l'air libre, pendant plusieurs mois, un flacon plein de cette eau : elle s'est altérée et est devenue fétide ; la matière verte qu'elle renfermait s'est décomposée après avoir revêtu successivement diverses nuances *bleus*, *jaunâtres* et *purpurines ;* mais pas un seul *infusoire* ne s'y est développé. Si donc on considère que, constamment, dans les infusions ordinaires, il se montre au bout d'un certain temps quelques-uns des êtres microscopiques dont je viens de rappeler les noms, on doit croire que la nature chimique des sels dissous dans l'eau de Vichy s'oppose à ce développement.

J'ajouterai, ce qui vient confirmer l'exactitude de ces recherches, qu'ayant remis de cette matière verte des eaux de Vichy à M. Decaisne, qui m'avait manifesté le désir de l'examiner, ce savant naturaliste, un des juges les plus compétens en pareille matière, l'a trouvée composée des mêmes élémens que M. Haime.

Ainsi, la matière verte qui se développe dans les eaux de Vichy, lorsqu'elles restent pendant un certain temps exposées à l'air et à la lumière, cette matière que Longchamp a appelée végéto-animale, et que Vauquelin, par la seule raison qu'elle était azotée, et bien qu'il lui trouvât de l'analogie avec certaines substances végétales, a cru devoir ranger parmi les substances animales; cette matière, dis-je, examinée au microscope, avec un grossissement de 520 diamètres et étudiée avec soin, est constituée par deux algues appartenant à des tribus différentes, et qui n'avaient été décrites, jusqu'à présent, par aucun phycologue. On remarque seulement parmi ces algues, outre les élémens minéralisateurs, devenus insolubles, dont j'ai déjà parlé, des corpuscules d'une extrême petitesse et de nature encore problématique, appelés *bacterium* et *vibrions*, que l'on a rangés jusqu'à présent parmi les animaux, en raison des mouvemens dont ils sont doués, mais dont la nature animale, comme nous venons de le voir, paraît loin d'être démontrée aux yeux des naturalistes de nos jours.

Il résulte aussi de l'étude faite par M. Haime de cette matière verte que les algues qu'il y a reconnues, et qui la constituent, ne lui ont pas présenté les mouvemens spontanés qui nous avaient frappés, le docteur Fontan et moi, lorsque nous les avons examinées à la source, et que ceux qu'il y a remarqués ne sont dus qu'à la présence de corpuscules appelés *bacterium* et *vibrions*, et dont nous avons parlé.

M. Decaisne ne leur a pas trouvé non plus de mouvemens spontanés; mais il est très porté à croire que seulement elles les ont perdus par le transport, et que, comme les oscillaires, avec lesquels on peut d'ailleurs très facilement les confondre, tant la différence est légère, ces algues, examinées à la source même, doivent en présenter. Dans tous les cas, la constatation de ce fait n'aurait pas une grande importance, du moins au point de vue de l'étude dont je m'occupe ici; car il est bien reconnu aujourd'hui que les mouvemens spontanés n'appartiennent pas exclusivement aux êtres du règne animal, et, par conséquent, que les algues qui ont été reconnues dans les eaux de Vichy aient ou non des mouvemens spontanés, elles n'en seront pas moins, pour tous les naturalistes, des productions végétales.

Mais une question se présente naturellement ici. D'où proviennent les germes qui donnent naissance à ces algues, ainsi qu'à ces petits corps encore problématiques, appelés *bacterium* et *vibrions?* Viennent-ils du sein de la terre, et, par conséquent, existent-ils dans l'eau minérale avant son arrivée au jour? ou bien viennent-ils de l'atmosphère et sont-ils seulement déposés dans cette eau après son contact avec l'air extérieur?

(La suite au prochain numéro.)

(1) *Infusions Thierchen, planche* 13, fig. 2, 1838.

(2) *Die Kieselshaligen bacillarien oder diatomeen*, planche 3, fig. 5, 1844.

(3) *Histoire naturelle des infusoires*, p. 212, planche 1, fig. 1, 1841.

(4) *Animalcula infusoria fluviatilia et marina*, p. 43, planche 6, fig. 1, 1786.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET SUR LE TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE (1) ;

Par le docteur MARCHAL (de Calvi).

III.

Le cas que je vais rapporter me confirma dans l'opinion que l'angine couenneuse, ou, plus généralement, la diphthérite, est une holopathie; que les fausses membranes sont la manifestation d'un état général, ou, comme on dit, d'une intoxication; et que la mort, terme le plus ordinaire de cette insidieuse maladie, est le résultat, non de la lésion locale, mais de l'état général, à moins que les fausses membranes, formées immédiatement ou après coup dans le larynx (croup), n'apportent un obstacle mécanique au passage de l'air. Encore, dans le croup, quand la trachée a été ouverte opportunément, si la mort survient, c'est l'état général qui la cause, soit par la persistance de l'exsudation, qui continue dans les divisions inférieures de l'arbre respiratoire, soit par l'atteinte profonde portée à la résistance vitale.

Ce cas montrera, en outre, par un exemple, l'inutilité et le danger de la cautérisation.

Le 2 mai 1853, je fus appelé par mon confrère et ami, M. le docteur de Momigny, médecin à Montmartre, pour voir avec lui une petite fille, affectée, depuis plusieurs jours, d'angine couenneuse. Les parens, qui avaient déjà perdu un enfant de cette maladie et qui confondaient, comme il arrive même à des médecins, l'angine couenneuse avec le croup (2), avaient demandé si une opération ne pourrait point être tentée, et mon confrère, qui n'admettait pas cette indication, voulait mettre sa responsabilité à l'abri. Lorsque j'arrivai, je trouvai la petite fille, assise sur son lit, découpant des images, tranquille, ne se plaignant pas, et paraissant seulement indisposée. Rien n'est plus douloureux, pour le médecin, que ce contraste affreux entre l'apparence rassurante et la réalité si menaçante. C'était une enfant d'une rare beauté, blonde avec de grands yeux bleus, blanche, replète. A la différence d'un grand nombre de maladies, beaucoup moins graves, l'angine couenneuse peut durer longtemps sans réduire sensiblement l'embonpoint. La petite malade respirait parfaitement, et elle n'avait pas eu de crises de suffocation. Évidemment, il n'y avait pas lieu de penser à la trachéotomie, et, dès le premier coup d'œil, cette question fut tranchée. La peau n'était pas chaude, le pouls était faible, peu fréquent. Des fausses membranes épaisses, d'un blanc jaunâtre, tapissaient l'arrière-gorge; le cou était gonflé, plus à sa base que dans les régions sous-maxillaires. D'ailleurs, la déglutition était facile, et la petite malade but devant moi un demi-verre d'eau sucrée, qui passa très librement. Elle n'accusait aucune douleur. M. de Momigny avait déjà pratiqué quelques cautérisations. J'étais moi-même dans les idées communes sur l'opportunité de la méthode substitutive, et je fis, à mon tour, une cautérisation profonde, aussi étendue que possible, avec l'acide chlorhydrique. L'enfant opposa de la résistance et rougit extrêmement, puis elle demanda à boire et se remit. Je la laissai comme je l'avais trouvée, assise sur son lit, et continuant son jeu.

Il était dix heures et demie. Je devais revenir à deux heures. A une heure, je reçus un billet qui m'annonçait que la pauvre enfant venait de succomber : j'en fus épouvanté. Je me demandai si, malgré toutes les précautions que j'avais prises, malgré l'absence de douleurs le long de l'œsophage et à l'épigastre après la cautérisation, une partie de l'acide n'avait pas pénétré dans l'estomac. Je réclamai avec instance l'autopsie, et nous y procédâmes, M. de Momigny et moi, vingt-six heures après la mort.

Autopsie; habitude extérieure. — Le cadavre est celui d'un enfant bien constitué et de bonne apparence. Le cou est tuméfié, principalement à la base. Une plaie de vésicatoire, qui existe à la nuque, est pseudo-membraneuse dans une petite étendue. Le bord des lèvres est d'un brun noirâtre, comme après l'empoisonnement par les acides concentrés. Il n'existe ni rougeur, ni fausses membranes à la vulve.

Cavité buccale. — La muqueuse de la face postérieure des lèvres est pâle, légèrement épaissie et rugueuse, faiblement piquetée de rouge. La muqueuse linguale, plus épaisse, offre le même aspect. La muqueuse palatine est saine.

Isthme du gosier. — La luette et les amygdales sont racornies par suite de la cautérisation; la différence est énorme entre l'état actuel de ces parties et leur état avant l'application de l'acide chlorhydrique ; mais une large fausse membrane tapisse la face postérieure du voile du palais.

Cavité nasale. — De la face postérieure du voile palatin, les fausses membranes, très épaisses, imprégnées de sang, se prolongent dans les fosses nasales, qu'elles tapissent dans plusieurs points. Un tube pseudo-membraneux, sorti de l'intérieur des trompes d'Eustache, se déchire au moment où l'on tire sur un lambeau couenneux du voisinage.

Pharynx. — La paroi postérieure est tapissée par une fausse membrane blanche, consistante, que l'on peut enlever avec la pince en assez larges lambeaux, sans apparence de vascularité. La muqueuse sous-jacente est rouge, couleur de jus de groseille, parsemée de vaisseaux capillaires gorgés de sang, et de papilles dures, du volume d'un grain de millet. Dès la partie inférieure du pharynx, les fausses membranes disparaissent, et la muqueuse reprend son état normal.

Œsophage. — La membrane muqueuse offre çà et là de faibles rougeurs. L'orifice pylorique est obstrué par un peloton de fausses membranes pultacées; la membrane muqueuse, en contact avec ce peloton, est d'un rouge livide et épaissie.

Épiglotte, larynx. — Une fausse membrane couvre la face antérieure de l'épiglotte, dont la face postérieure est très rouge, mais exempte de fausses membranes. La glotte est très libre, normale; une grosse sonde la traverse facilement. La muqueuse laryngienne est parfaitement saine; seulement, on voit une petite rougeur ponctuée au-dessous des ventricules.

Les fausses membranes n'ont aucune mauvaise odeur.

Trachée, bronches, poumons. — Rien d'anormal.

Maintenant, il s'agit de déduire les corollaires de ce fait pathologique.

Quelle a été, quelle pouvait être l'utilité de la cautérisation? Voilà la première question à résoudre. On a vu que j'avais cautérisé tout ce qui s'offrait à ma vue, aussi complétement, aussi profondément que possible. Mais, d'une part, nous n'étions pas autorisés à admettre qu'il existât des fausses membranes à la face postérieure du voile, dans les fosses nasales, dans les trompes d'Eustache; et, d'autre part, quand même nous y aurions été autorisés, je n'aurais pu porter le caustique sur tous ces points. Or, comme je l'ai dit, à quoi bon cautériser, quand on ne peut pas tout cautériser? Je m'absous, parce que j'ai suivi la méthode classique, la méthode adoptée et enseignée par les maîtres; mais cette méthode elle-même, je l'ai accusée, et je fais plus aujourd'hui, je la condamne.

Ainsi, la cautérisation n'a pas été et ne pouvait pas être utile.

Deuxième question : La cautérisation a-t-elle été nuisible? Au moins, j'ai la certitude que le caustique n'a point agi au delà des parties sur lesquelles j'avais voulu l'appliquer, comme je l'ai craint un moment à cause de la rapidité de la mort.

Mais la cautérisation, par l'excitation violente qu'elle produit, par les efforts énergiques qu'elle provoque, par l'élévation excessive des manifestations vitales qu'elle suscite momentanément, épuise les ressources de l'organisme, et rapproche le terme fatal. C'est une loi inévitable que ces grandes réactions soient suivies d'un grand affaissement qui hâte la mort. Telle a été la nocuité de la cautérisation dans le cas que je viens de rapporter.

Mais il faut reconnaître aussi que l'angine couenneuse est une maladie dans laquelle existe une opposition très marquée entre les *forces agissantes* et les *forces radicales*, suivant la lumineuse distinction de Barthez, c'est-à-dire entre les forces qui manifestent la vie et celles qui la défendent.

On doit admettre le dogme de Barthez, et l'on peut admettre aussi les termes dont il se sert pour le formuler, à condition de les considérer comme purement de convention, sans rapport avec une substance quelconque, qui serait le *substratum* et l'individualisation matérielle des forces. Il n'y a pas quelque chose comme un souffle, faible ou léger, qui soit une force. Il y a un état de force ou de faiblesse, et au-dessus de cet état, par un artifice logique, pour donner plus de relief à la pensée, on suppose des forces, accrues ou réduites. C'est, au fond, comme si l'on disait que l'organisme manifeste plus de résistance qu'il n'en possède réellement. Cette dernière formule sera du goût du plus grand nombre; mais ce n'était point une raison pour ne pas rappeler dans ses termes mêmes l'essentielle distinction de l'illustre chancelier.

Il en est des *forces agissantes* et des *forces radicales* comme du principe vital, d'après Barthez lui-même : c'est tout simplement une manière de dire.

Pour en revenir à la cautérisation dans le cas dont je fais l'analyse, il est évident qu'elle n'a pas été utile et qu'elle a été nuisible. C'est ce qui a lieu toujours, et ce qui la condamne, à

(1) Suite. — Voir les numéros des 12 et 15 Mai.

(2) L'angine couenneuse et le croup sont des maladies semblables et très différentes : semblables, par la nature des productions morbides qui les caractérisent, les fausses membranes; très différentes, par le siége de ces productions, qui occupent, dans l'angine couenneuse, l'arrière-gorge, et dans le croup, le larynx, où elles font obstacle au passage de l'air et produisent la suffocation. Les pseudo-membranes, dans le croup, se forment dès le début dans le larynx, ou bien elles se forment d'abord dans l'arrière-gorge, puis dans le larynx, et le croup succède à l'angine couenneuse; on dit alors que les fausses-membranes se sont propagées de l'arrière-gorge dans les voies respiratoires supérieures. Mais c'est une erreur. Il n'y a pas de propagation. La même cause générale qui a donné naissance aux pseudo-membranes de l'arrière-gorge, produit, un peu plus tard, celles du larynx. On n'a pas plus besoin du secours de la propagation pour expliquer la formation du croup dans ce cas, qu'on ne peut l'invoquer quand des angines couenneuses réprimées par les caustiques, sont suivies, après plusieurs jours de guérison apparente, de la production de fausses membranes dans le larynx, ou croup. (Voir le passage cité plus haut, du mémoire de M. Empis.)

moins que les fausses membranes n'aient leur siége dans le larynx. Dans ce cas, il peut être utile de cautériser, comme l'a fait encore récemment, avec succès, mon collègue et ami, M. Bouchut; mais alors la cautérisation a un intérêt purement local, et s'applique à un accident très menaçant de la maladie, non à la maladie elle-même.

Je passe à une autre considération, d'une importance fondamentale. Voilà une petite fille qui meurt avec des fausses membranes dans l'arrière-gorge, dans les fosses nasales, dans les trompes d'Eustache, sans en souffrir ou en en souffrant très peu, sans gêne appréciable dans aucune fonction, respirant parfaitement, avalant librement, — de quoi donc meurt-elle? Ce ne peut être de l'état local, puisqu'il occasionne si peu de trouble. C'est donc de l'état général? Oui, c'est de l'état général : il est impossible d'en douter. La vie, dans l'angine couenneuse, est enrayée par l'effet d'un miasme inconnu, qui déprime l'organisme, parfois au milieu des apparences les plus rassurantes.

Donc l'angine couenneuse est essentiellement une holopathie, bien loin d'être simplement une maladie de la gorge. Ce n'est pas plus une maladie de la gorge, que l'image réfléchie par le miroir n'est le corps qui produit cette image. Et cela est si vrai, qu'on voit des fausses membranes se montrer concurremment aux parties génitales; que, dans une récente communication à l'Académie de médecine, un médecin vétérinaire, M. Raynal, a présenté des pièces pathologiques provenant de deux poules mortes de diphthérite, et dans lesquelles on voyait des pseudo-membranes tubulaires à la surface interne des intestins (1). Mais pourrait-on dire, c'est une maladie des muqueuses. D'abord il existe une diphthérite cutanée; ensuite, autant vaudrait dire que la scarlatine, la rougeole, la variole, la suette, sont des maladies de la peau, et la fièvre typhoïde une maladie de l'intestin.

Quand on voit une affection locale, qui ne produit que peu de troubles fonctionnels, être suivie de la mort, on peut affirmer qu'il y a autre chose que la lésion locale, et que l'organisme tout entier est livré à un ennemi. Voilà un caractère des holopathies. Un autre caractère est fourni par la *dissémination*, la *coexistence* ou la *succession* d'un certain nombre d'accidens morbides de même nature. Un troisième consiste dans l'absence de toute cause locale à laquelle on puisse rapporter l'affection. Enfin, un quatrième est tiré de la thérapeutique, qui montre une affection locale disparaissant sous l'influence d'un modificateur général. Ces quatre caractères forment le *criterium* des holopathies, mais il n'est pas nécessaire qu'ils soient réunis, pas plus qu'ils n'ont individuellement un caractère absolu.

On a vu que la membrane muqueuse pylorique était rouge et épaissie au contact des fausses membranes pelotonnées; cette circonstance est digne d'attention, et semble indiquer la nécessité d'aider à l'expuition des fausses membranes, *en temps opportun*, c'est-à-dire lorsque le travail sous-jacent a commencé à les séparer; ou lorsqu'elles ont subi ce ramollissement, cette fonte, dont parle M. Guersant. Il se pourrait que la déglutition des fausses membranes et leur présence dans l'estomac eût une part à la production de cette diphthérite gastrique observée à titre de complication de l'angine couenneuse par Guersant : mode pathogénique très différent d'ailleurs de celui que l'on fait dériver, par une fausse interprétation, de la propriété extensive des fausses membranes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles Roux.)

Vingt-quatrième Leçon.

Sommaire. — Distribution, localisation des êtres sur la surface du globe; travaux de Buffon. — Animaux de l'ancien et du nouveau continent. — *Diversité* et *parallélisme* des espèces. — Unité du règne animal.

Dans ma première leçon, j'ai donné la définition de la science, ou branche de science, que je nomme *ontologie positive : l'ontologie* est l'objet, le titre de ce cours, et elle comprend l'étude de quatre questions principales : 1° la spécification des êtres; 2° la formation des êtres — nous avons étudiées ces deux-là; 3° la répartition des êtres sur le globe; 4° leur répartition dans les différens âges du globe — nous allons étudier ces deux-ci.

Nous commencerons par l'étude de la répartition actuelle des animaux sur le globe. La connaissance de cette première question nous fera mieux comprendre la seconde, ou la succession des êtres dans les différens âges de la terre. L'examen rapproché des deux vous amènera, je pense, à conclure, avec moi, que tout le *phénomène* paléontologique se réduit à des déplacemens successifs des êtres sur le globe. Vous verrez, en effet, que des révolutions nombreuses ont bouleversé la surface de la planète que nous habitons : ces révolutions ont déplacé les bassins des mers; ce qui était mer est devenu terre sèche, et, à leur tour, des parties de terre sèche ont été envahies par la mer. Relativement aux êtres animés, le résultat de pareilles révolutions a été celui-ci : les populations marines mises à sec ont péri; les populations terrestres ont été en partie submergées et détruites, en partie déplacées. C'est l'histoire de ces destructions et de ces déplacements successifs qui constitue, en définitive, la *paléontologie*.

Pour le moment, demandons-nous quelle est la répartition actuelle des animaux sur la surface du globe. *A priori*, on ne peut faire, à cet égard, que deux suppositions : ou bien tous les animaux sont indifféremment dispersés sur la surface du globe; ou bien chaque espèce y est renfermée dans des limites déterminées, comme dans une patrie naturelle.

La dernière supposition est la vérité. Les diverses espèces animales ont un sol natal, une patrie. De tout temps l'on a remarqué que, parmi les animaux, les uns sont localisés, cantonnés dans telle partie, les autres dans telle autre partie du globe. Nous lisons dans Pline des titres de chapitres qui se rapportent à cette notion : *Indiæ terrestria animalia; Animalia Ethiopiæ; Animalia quæ genuit Africa.* Pour les anciens, le fait se réduisait à une remarque vulgaire, superficielle, qui n'avait rien de scientifique, même dans la bouche de Pline, grand écrivain, mais assez faible naturaliste. Il y avait loin de là sans doute à la connaissance précise des lois qui déterminent la résidence, la localisation des diverses espèces. Cette vue scientifique, inconnue à l'antiquité, échappa également aux modernes jusqu'à Buffon. C'est encore lui qui a été le génie initiateur pour cette question. Voici comment, dans la longue et brillante suite de ses travaux, il fut amené à se la poser.

J'ai parlé des circonstances qui firent de Buffon un grand naturaliste. Appelé à l'intendance du Jardin-du-Roi, il travailla, médita durant dix années, sans rien produire. Il commença par étudier le globe, habitation des êtres organisés et qui, pris en soi, forme une partie des objets de l'histoire naturelle, le *règne minéral*. Buffon, ayant profondément réfléchi sur la constitution du globe, produisit sa *Théorie de la terre.* Il voulut ensuite s'élever jusqu'à saisir l'ensemble du système, du *monde*, en général, auquel se rattache la terre et il écrivit son célèbre discours sur la *Formation des planètes*. Enfin, il étudia la *vie* en général et les êtres vivans en particulier.

Il commence par l'étude des êtres vivans par l'*Histoire naturelle de l'homme.* Dans cet ouvrage encore, et presque dès les premiers pas, Buffon ouvre une nouvelle carrière à la science; il fonde l'anthropologie. Jusqu'alors on n'avait observé dans l'homme que l'individu, et non la réunion des individus comme espèce. Buffon, après avoir démontré l'unité de l'*espèce* humaine, traite des *variétés* ou *races* humaines.

De l'homme il passe aux animaux. Quel ordre suivra-t-il? S'il était naturaliste dans toute la rigueur du terme, il adopterait, sans aucun doute, une des méthodes en usage; mais il ne les connaît pas. Il y a plus, il ne ne veut pas les connaître. La vérité est que Linné et sa méthode régnaient alors, et que Buffon, par prévention, par un peu de jalousie, — il était homme — peut-être même par simple ignorance, combattit la classification de Linné et toutes les autres.

Buffon se fit un plan propre à la nature de son talent. Après l'homme, il décrit les animaux qu'il connaît le mieux, les animaux domestiques : le cheval d'abord, puis l'âne, le bœuf, la chèvre, etc. Les histoires qu'il a faites de ces animaux seront des modèles éternels d'une solide éloquence.

De là il passe aux animaux qui, sans être domestiques, vivent autour de nous : le cerf, le daim, le lièvre, le chevreuil, etc.; puis aux animaux que nous voudrions éloigner de nous : le loup, le renard, le blaireau, etc.

Buffon aborde enfin l'étude des animaux des climats étrangers. Ici, c'est l'idée de la grandeur qui l'attire d'abord. Tout ce qui est grand est, par privilége spécial, du domaine de sa pensée. Il commence par le lion. Les naturalistes signalaient un lion dans le Nouveau-Monde; Buffon compare le lion de l'Ancien-Continent avec le lion d'Amérique ou *puma.* Il voit bien vite que ce dernier ne réunit pas les caractères de l'animal que l'on a appelé le *roi des animaux;* il n'est donc pas de la même espèce, et les naturalistes se sont trompés. Buffon, toujours prompt à généraliser, et rarement aussi heureux que cette fois-ci, conçoit aussitôt l'idée que la même confusion pourrait bien exister à l'égard des autres espèces d'Amérique que l'on assimile aux nôtres. Il compare le tigre royal avec le tigre d'Amérique ou *jaguar :* l'erreur est la même. Il continue son travail de comparaison sur d'autres espèces de l'Ancien et du Nouveau-Continent, prétendues les mêmes : autant de comparaisons, autant d'erreurs reconnues.

L'histoire à la main, Buffon remonte à la source de toutes ces confusions, et il la découvre : les premiers conquérans du Nouveau-Monde, les soldats de Pizarre ou de Cortez, voyant sur le sol conquis des animaux qui se rapprochaient, en apparence, de ceux qu'ils connaissaient en Europe, leur donnèrent les mêmes noms : pour eux, le puma fut un lion, le jaguar un tigre, le lama un chameau. Ces dénominations inexactes se répandirent en Europe et passèrent, sans contrôle, dans le langage scientifique du temps. Avec les noms, les naturalistes adoptèrent les idées qui y étaient attachées.

En réalité, il n'y a en Amérique ni lion, ni tigre, ni chameau. L'éléphant, l'hippopotame, le rhinocéros, animaux de l'Ancien-Continent, ne se trouvent pas non plus dans le Nouveau. Notre grand naturaliste vit toutes ces choses avec génie, et il tira de ses observations cette belle loi, savoir, *qu'aucun animal du midi de l'un des deux Continens ne se trouve dans le midi de l'autre.*

Pourtant quelques faits contrariaient la règle, ou, plus exactement, semblaient la contrarier : on trouvait en Amérique des animaux de l'Ancien-Continent, des chevaux, des chèvres, des cochons, des brebis et d'autres encore. Les espèces étaient incontestablement les mêmes. Buffon sut encore trouver ici l'explication des faits, et la voici : tous ces animaux provenaient des espèces domestiques d'Europe qui avaient été importées en Amérique par les Espagnols, dès les premiers temps de la conquête. Ils en avaient lâché un grand nombre dans les forêts et dans les plaines, et comme par des violences et des cruautés que l'histoire a justement flétries, les conquérans avaient fait le vide autour d'eux, ces animaux, errant en liberté sur une terre qui leur était abandonnée, se multiplièrent rapidement, et, rendus à la vie sauvage, ils formèrent bientôt des troupeaux considérables.

Il est certain, en effet, qu'avant la conquête, aucune de ces espèces n'existait en Amérique. Les Espagnols ne trouvèrent, en Amérique, ni chèvres, ni cochons, ni chiens, ni aucune des espèces devenues domestiques en Europe. Qui ne sait de quelle admiration mêlée d'effroi furent frappés les indigènes quand, pour la première fois, ils virent des Espagnols à cheval? Le cavalier leur paraissait faire corps avec l'animal énergique et docile qu'il dirigeait; ils croyaient n'avoir qu'un seul et même être devant les yeux.

Ainsi, l'exception disparaît, la règle de Buffon est vérifiée d'une manière absolue.

Je dois quitter un moment Buffon et ses travaux sur cette matière pour vous parler, ici même, d'une notion toute nouvelle, et qui appartient à la science contemporaine.

Sans doute, les espèces d'Amérique ne sont pas les mêmes que celles de l'Ancien-Monde. Mais elles sont *parallèles.* Prenons pour exemple la tribu des singes : nous trouvons dans l'Ancien-Continent le chimpanzé, l'orang-outang, le babouin, etc. Le Nouveau-Continent ne nous offre ni chimpanzé, ni orang-outang, ni babouin, mais il a le sajou, le saïmiri, l'ouistiti, etc. Ce sont toujours des singes. Les espèces sont différentes, mais le type est le même.

Ce phénomène de parallélisme se reproduit pour une foule d'autres espèces. Parmi les animaux du genre félis, nous trouvons dans l'Ancien-Continent : le lion, le tigre, la panthère; nous trouvons dans le Nouveau : le puma, le jaguar, l'ocelot. De même pour les ruminans, nous avons, d'un côté : le chameau, le bœuf, etc.; de l'autre : l'alpaca, le lama, etc.

Si, après avoir comparé entre elles les espèces vivantes, nous les comparons toutes ensemble avec les espèces fossiles, nous retrouvons encore dans ce rapprochement la loi du parallélisme. Le domaine fossile nous donne des ruminans, des félis, des pachydermes qui se classent, comme groupes, à côté des ruminans, des félis et des pachydermes actuels.

Ainsi, les espèces varient, mais elles sont parallèles. *Le règne animal est un.* Ces idées neuves, et que nous devons surtout à M. de Blainville, nous rapprochent de cette autre idée : *La création est une.*

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Mai 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Les travaux des médecins cantonaux du département des Basses-Alpes, sur les maladies épidémiques de l'année 1854.

— Les rapports particuliers des médecins chargés du service des épidémies pour 1854, dans les arrondissemens du Mans et de La Flèche.

— Un rapport du docteur Sclafer, médecin du canton de Sarreguemines, sur une épidémie de variole observée en mars 1855, dans la commune de Remelfing.

(Ces trois communications sont renvoyées à la commission des épidémies.)

— Quatre mémoires du docteur Jobert, de Guyonville (Haute-Marne), sur le choléra qui a régné, en 1854, dans plusieurs communes de ce département.

— Un rapport des docteurs Vingtrinier et Duclos, sur le choléra qui a, en 1854, sévi à Rouen.

(Ces deux communications sont renvoyées à la commission du choléra de 1854.)

— L'exposé du traitement employé par le docteur Ourgaud, de Pamiers, contre le choléra, et qui consiste dans l'administration du valérianate de zinc; du traitement anticholérique du sieur Peire, à Void (Meuse).

— La recette d'un spécifique proposé par le sieur Locider, négociant à Stettin, contre le choléra et la dysenterie; celle du remède du colonel de Hamel, écuyer du roi de Wurtemberg, contre les engelures; de la liqueur dite antiscorbutique du sieur Cadroy, à Gée-Rivière (Gers).

— La demande de Mme veuve Guibert, d'être autorisée à appliquer publiquement un *remède curatif* dont elle a le secret, et qui guérit le haut mal et les dartres « les plus vives. »

(Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— Une demande d'avis sur un échantillon de l'eau minérale de Vals (Ardèche). (Commission des eaux minérales.)

— Les tableaux de vaccinations pratiquées, en 1854, dans le département des Vosges; celui de vaccinations faites dans le cours de la même année à l'Ile-de-la-Réunion, par M. Reydellet. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces qui suivent :

Une note sur la détermination de la quantité de soufre, de gaz acide hydrosulfurique contenue dans les eaux thermales de Bagnols-les-Bains (Lozère), à l'aide du *sulfhydromètre*, par M. Dufresse-Chassaigne, médecin inspecteur de ces eaux (Même commission).

— Une note sur l'usage thérapeutique de l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée, par le docteur V. Baud, inspecteur des eaux de Contrexéville (Vosges). — (Nous publierons cette note dans le prochain numéro.)

— Une communication du sieur Paul Hogg, pharmacien, relative à l'huile de foie de morue d'un *vert-doré*, préférable, selon l'auteur, à l'huile brune vantée par M. Berthé. (MM. Guibourt et Robinet.)

— Un travail de M. Hoffmann, pharmacien, sur un procédé particulier pour le soufrage de la vigne. (M. Bouchardat, rapporteur.)

— L'exposé du traitement anticholérique du docteur Blanc, d'Uzès; une relation des épidémies de choléra et de suette qui ont régné dans diverses communes de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne), en 1854, par le docteur J.-B. Martin-Duclaux. (Comm. du choléra de 1854.)

— Le dessin d'un appareil à l'usage des amputés de la cuisse, par M. Gillet, tailleur à Aubagne (Bouches-du-Rhône). (Comm. MM. Bégin et Larrey.)

— Le tableau statistique du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon, pour l'année 1854, par M. Devilliers fils, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. (Comm. MM. Hervez de Chégoin et Grisolle.)

M. Lagneau, chargé avec M. Chevallier d'expérimenter les effets du chlorure double de manganèse et de fer sur le muco-pus de la blennorrhagie et du chancre, désire qu'on leur adjoigne un collègue ayant un service dans les hôpitaux, pour vérifier ces faits.

M. le Président désigne M. Ricord pour faire partie de la commission.

---

(1) Ce fait de pathologie comparée et les cas dans lesquels M. Guersant a trouvé des fausses membranes dans l'estomac, doivent être mis en regard de cette assertion de M. Empis, formulée d'ailleurs avec toute réserve : « .... *Il semble*, dit cet observateur, que les parties complétement soustraites au contact de l'air soient réfractaires à l'envahissement de la maladie.... Nous n'avons jamais vu la diphthérite véritable se propager, par voie de continuité, dans l'œsophage et les parties du tube digestif soustraites à l'influence de l'air.... Il n'en est pas de même des exsudations du muguet, qui, contrairement à la diphthérite, ont une grande tendance à se propager au tube digestif, tandis qu'elles ne s'étendent pas aux organes respiratoires. » (P. 16-17.) — La proposition de M. Empis restera toujours comme l'expression de la loi générale; seulement cette loi souffre quelques exceptions. L'opposition qu'il signale entre la diphthérite et le muguet est une preuve frappante de l'existence de l'*affinité morbide*, dont je dirai un mot plus loin.

— M. Londe prend la parole contre le rapport lu par M. Bousquet dans la dernière séance. Il déclare que, membre de la commission nommée pour examiner le travail de M. Moreau (de Tours), sur le délire, il a signé l'œuvre du rapporteur sans l'avoir lue, et qu'il ne connaissait pas davantage le mémoire qui en faisait l'objet.

M. Le Président fait observer que le discours de M. Londe ne pourra trouver place que dans la discussion sur le rapport de M. Bousquet.

— L'ordre du jour appelle le vote pour la nomination d'un membre de l'Académie dans la section d'hygiène et de médecine légale. Les candidats sont classés dans l'ordre suivant : M. Guérard, M. Devergie, M. Tardieu, M. Boudin, M. Bouchut, M. Brierre de Boismont.

Il est procédé au scrutin.

Nombre des votans, 75, — majorité, 38 :

M. Guérard obtient.	39 voix.
M. Devergie.	23
M. Tardieu.	10
M. Boudin.	2
M. Brierre de Boismont. . . .	1

M. Guérard ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

— Discussion sur le rapport de M. Bousquet, relatif au travail de M. Moreau (de Tours).

M. Baillarger : Messieurs, le rapport lu par M. Bousquet, dans la dernière séance, sur le travail de M. Moreau, me paraît avoir, dans son ensemble, une signification assez facile à apprécier. Il peut, à mon avis, se résumer assez exactement dans cette pensée que les études si persévérantes entreprises sur la folie n'ont guère conduit, jusqu'à présent, qu'à des résultats négatifs.

De grands efforts ont été faits pour classer les délires si variés qui s'offrent à l'observation, pour mettre un peu d'ordre dans le chaos dont les asiles d'aliénés offrent l'image. Ces tentatives n'auraient pas été heureuses. En fait de classification, dit M. Bousquet, les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres.

Les recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés ont été poursuivies avec la plus louable persévérance. Beaucoup de travaux ont été publiés sur ce sujet, tout cela cependant n'a presque rien produit.

Les rapports des lésions anatomiques avec les diverses formes de l'aliénation n'offrent, d'après M. Bousquet, qu'inconstance et contradiction. Il ajoute, d'ailleurs, comme une consolation pour les médecins aliénistes « que l'anatomie pathologique ne jette pas plus de jour sur les maladies des autres organes. »

Depuis douze ou quinze ans, l'activité s'est tournée vers l'examen du délire en lui-même. Il y avait là, au point de vue de la physiologie pathologique, de curieuses recherches à entreprendre. On a, sous ce rapport, interrogé les malades avec beaucoup de soin ; on a obtenu d'eux, après leur guérison, des manuscrits dans lesquels ils décrivent les impressions qu'ils ont reçues, la succession des phénomènes qu'ils ont éprouvés. On ne s'en est pas tenu là, et M. Moreau en particulier s'est hardiment engagé dans la voie de l'expérimentation en provoquant des délires artificiels. L'analyse a été ainsi portée dans l'appréciation des désordres de l'intelligence. A quoi cependant cette étude nouvelle a-t-elle abouti ? Ici encore, je le dis à regret, la réponse de M. Bousquet serait peu encourageante, et nous ne trouverions guère qu'une négation.

C'est là, Messieurs, que notre collègue s'est arrêté ; il épargne aux médecins aliénistes son jugement sur la thérapeutique. Je ne veux donc, sous ce rapport, rien préjuger de son opinion.

En résumé, au point de vue nosologique, les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres ; l'anatomie et la physiologie pathologiques ne leur ont rien appris. Pour nous, dit M. Bousquet, confondu de l'impuissance de notre raison pour entrer dans tous ces mystères, nous laissons voir nos doutes et nous cachons nos espérances. Telle est ce qu'on pourrait appeler la conclusion générale du rapport de M. Bousquet.

Je crains, Messieurs, que ce jugement ne soit bien sévère. D'accord en partie avec M. Bousquet sur quelques points, je ne saurais accepter la critique si générale à laquelle il s'est laissé entraîner.

L'étude des maladies mentales offrirait-elle tant d'attraits ? La cultiverait-on avec tant d'ardeur, si elle était aussi complètement frappée d'impuissance ?

Je vais essayer de démontrer qu'il n'en est pas tout à fait ainsi, et c'est ce qui ressortira, je l'espère, de l'examen de quelques-unes des questions que M. Bousquet a soulevées dans son rapport.

La première qui se présente, c'est l'idée qu'on doit se faire de la folie, considérée d'une manière générale. C'est là, d'ailleurs, le but principal du travail de M. Moreau. Son mémoire s'adresse surtout, comme il le dit, à certains médecins trop philosophes et à quelques philosophes trop peu médecins, qui, en raison des fonctions lésées, voudraient considérer la folie comme une maladie tout à fait à part, et la mettre pour ainsi dire en dehors de l'organisation. M. Bousquet reconnaît que telle est, en effet, l'idée dominante du mémoire qu'il avait à apprécier, mais il semble douter que de telles doctrines aient jamais été admises. Pourquoi, dès lors, combattre une thèse que personne ne soutient ? « Les médecins, dit l'honorable rapporteur, les médecins en » sauraient-ils donc moins que le peuple ? A l'aspect d'un caractère » bizarre, passionné, à plus forte raison d'un fou déclaré, le peuple dit » que cet homme a la cervelle dérangée. La vérité a passé de la » science dans les croyances populaires. »

Je ne nie pas, Messieurs, que la science ne soit ici d'accord avec les croyances populaires, mais je crois que cet accord n'est pas aussi complet que paraît le croire M. Bousquet.

Peut-être notre savant collègue lui-même était-il, il y a peu de temps encore, bien près de se trouver parmi les dissidens.

M. Bousquet reconnaît aujourd'hui, et comme une chose toute simple, que la folie est un dérangement du cerveau ; mais cette opinion a-t-elle toujours été la sienne ? Le travail de M. Moreau n'aurait-il pas, jusqu'à un certain point, et dans de certaines limites, modifié ses idées ?

Il y a quelques mois à peine, et dans une autre discussion, M. Bousquet parlait aussi de la folie, et voici dans quels termes il le faisait :

« Vous connaissez, disait-il, le traitement moral dont M. Leuret se » servait si heureusement. J'ai peine à voir une lésion matérielle dans » une maladie qu'on guérit quelquefois par un simple raisonnement, » ou par quelques paroles. »

M. Bousquet invoque, comme on le voit, l'autorité de M. Leuret, et je demande la permission de rappeler ici les doctrines de ce médecin distingué.

Après avoir dit que le traitement moral est le seul qui soit propre à guérir la folie, M. Leuret déclare que l'emploi des préparations pharmaceutiques est aussi inutile dans cette maladie qu'il pourrait l'être à celui qui, dans une discussion de philosophie et de morale, s'aviserait de les employer pour convaincre ses adversaires.

Dans un autre passage, il ajoute « Que faisons-nous à ceux que nous » croyons dans l'erreur ? Leur opposons-nous des sangsues, des purga- » tifs ou des objections ? Des objections, répond M. Leuret. Faisons » donc de même avec les aliénés, car les aliénés sont des hommes qui » se trompent. »

Une telle doctrine, Messieurs, est facile à caractériser.

Elle supprime, en effet, l'un des deux élémens dont se compose la folie. Cet élément supprimé, c'est la névrose intellectuelle proprement dite, c'est l'idée fixe ou l'hallucination ; il ne reste donc plus que le second élément, c'est-à-dire l'erreur. Or, si nous savons quelque chose sur l'idée fixe et sur l'hallucination ; si nous pouvons, jusqu'à un certain point, indiquer leur siége et la manière dont elles se produisent, il est vrai d'avouer que l'étude du second élément ne présente qu'embarras et obscurité.

Je ne dirai pas, Messieurs, que la folie ainsi réduite à une simple erreur est placée en dehors de l'organisation ; mais je dis que c'est la spiritualiser autant que possible, et cesser presque de l'envisager comme une maladie.

Cela est si vrai, qu'une fois entré dans cet ordre d'idées, on est conduit, presque à son insu, à considérer la folie comme une maladie de l'âme. C'est ce qui est arrivé à un médecin d'un grand mérite, bien connu de M. Bousquet. Ce médecin donne, de certaines folies, la définition suivante :

« C'est, dit-il, une lésion des affections morales, *une maladie de* » *l'âme, une erreur* dominante qui maîtrise plus ou moins la volonté » des malades. »

Je m'empresse d'ajouter, Messieurs, que ces mots *maladie de l'âme* ayant soulevé des critiques ont bien vite été expliqués, mais l'explication ne détruit pas le fait que l'auteur a voulu exprimer, et qui est la conséquence inévitable de cette opinion que la folie est une erreur et que l'aliéné est un homme qui se trompe.

Peut-être n'y a-t-il pas si loin qu'on pourrait le penser de ces opinions, à mon avis par trop spiritualistes, à celles d'Heinroth qui considérait la folie comme un péché.

Pour prouver, en effet, que la transition n'est peut-être pas aussi impossible à établir qu'on pourrait le supposer, je citerai le passage suivant d'un ouvrage de philosophie, publié par un professeur dont personne ne conteste le mérite : « Quelques médecins, dit-il, supposent qu'un certain genre de folie pousse au meurtre, et ils l'ont appelé monomanie homicide. Mais on voit, dans les exemples qu'ils rapportent, que cette espèce de folie est, *comme les autres*, causée par une passion prédominante, par la cupidité, la débauche, la jalousie, la haine, la crainte du dernier supplice, le besoin d'exercer sa force physique, enfin par cet instinct carnassier qui existe dans l'espèce humaine, quoique à un plus faible degré que dans l'animal, et qui nous porte à nous emparer des animaux pour les dépecer et nous en faire des alimens. Ce sont des causes semblables, et particulièrement la passion d'exercer son pouvoir physique, qui portent quelques malheureux à la destruction et à l'incendie, et il n'est pas nécessaire de supposer, comme le font quelques auteurs, une monomanie incendiaire. »

En oubliant ainsi l'influence de l'hérédité et des causes pathologiques pour voir surtout dans la folie le résultat des mauvaises passions, on se rapproche beaucoup, à mon avis, de l'opinion d'Heinroth ; quelque étrange que cette opinion puisse paraître au premier abord, il est d'ailleurs impossible de ne pas reconnaître que toutes ces doctrines se tiennent, et c'est là surtout ce que j'ai eu pour but d'établir.

Voilà, Messieurs, dans quelle voie dangereuse s'engageait, il y a deux mois, M. Bousquet, quand il prétendait guérir la folie par de simples raisonnemens, et surtout quand il invoquait l'autorité de M. Leuret.

Loin de moi la pensée de ranger notre collègue parmi ces médecins trop philosophes auxquels s'adresse le mémoire de M. Moreau. Mais n'est-il pas évident, qu'à son insu peut-être, il n'était pas éloigné de partager leurs doctrines.

En déclarant aujourd'hui que, pour lui comme pour le peuple, un fou est un homme qui a la *cervelle* dérangée, M. Bousquet nous prouve que, s'il a pu pencher vers l'erreur, son jugement si sûr l'a préservé d'y tomber.

J'ajouterai que M. Bousquet montre désormais une ardeur extrême pour défendre l'opinion populaire, qui n'est autre que celle exprimée dans le mémoire de M. Moreau. Ce médecin est même bien près de n'être plus, à ses yeux, qu'un retardataire. Il lui reproche, en effet, de trop atténuer cette maladie du cerveau, dont la folie est le symptôme.

« Est-elle donc si légère, s'écrie M. Bousquet, cette maladie qui se » transmet par voie de génération, et qui prend si bien possession de » sa victime, qu'elle ne la quitte souvent qu'avec la vie. »

Tout cela est malheureusement exact ; mais je le demande, que peut le raisonnement pour guérir une affection si grave, et qui jette dans l'organisation de si profondes racines.

Ai-je besoin de faire remarquer que l'insuffisance du raisonnement pour guérir la folie n'implique pas du tout l'inutilité du traitement moral. Une telle pensée n'a jamais été la mienne, et ce que je combats ici, ce n'est pas ce traitement lui-même, mais l'exagération à laquelle certains médecins se sont, je crois, laissé entraîner.

Qu'on ne puisse convaincre les aliénés par des syllogismes, cela ne veut pas dire qu'on ne puisse les émouvoir. Si les raisonnemens nous manquent, les émotions nous restent. Ce qui nous reste surtout, c'est la diversion morale sur laquelle M. Leuret a écrit un si remarquable mémoire et dont il a tiré un si bon parti.

L'attention, d'après la belle expression de M. Garnier, est mortelle aux fausses conceptions, et rien n'est plus vrai si l'on veut rester dans de certaines limites. Personne ne songe donc à nier l'utilité de fixer l'attention par le travail, par les impressions sans cesse renouvelées d'un voyage, et mieux encore, en essayant d'éveiller chez le malade des passions nouvelles.

Il ne faut pas cependant exagérer les résultats qu'on peut attendre de ces moyens, ils ne peuvent être employés que dans des cas déterminés ou dans certaines périodes de la maladie, mais leur utilité n'est ni contestée, ni contestable.

Je sais, Messieurs, qu'il y a à tout cela une réponse.

Vous ne pouvez, me dira-t-on, séparer complètement le raisonnement de l'émotion. Or, il y a des raisonnemens qui font, on le sait, sur ceux auxquels ils s'adressent, une forte impression.

Cela est vrai, mais pourquoi ne pas le dire ? Pourquoi ne nous parler que d'une erreur à combattre par des raisonnemens et des objections ? Pourquoi comparer la lutte du médecin et du malade à une discussion de philosophie et de morale.

Au reste, même dans ces conditions les plus favorables où le raisonnement produit une forte impression, il ne faut pas se faire illusion. Presque toutes les tentatives se comptent par des insuccès. J'en rapporterai ici un nouvel exemple :

M. Trelat, chargé provisoirement du service de Bicêtre, avait à soigner un aliéné qui croyait avoir trouvé le mouvement perpétuel. Après avoir vainement lutté contre cette conception délirante, M. Trelat eut la pensée que peut-être la grande autorité d'Arago, en impressionnant son malade, aurait de plus heureux résultats.

Arago, après s'être fait donner l'assurance que la folie n'est pas un mal contagieux, accepte la mission de combattre lui-même l'idée de l'aliéné. Le malade est donc conduit dans son cabinet, où se trouvait ce jour-là M. de Humboldt. A peine le pauvre aliéné a-t-il entendu de la bouche d'Arago la négation ferme et raisonnée de son erreur, qu'il est comme frappé de stupeur, et qu'il verse des larmes abondantes. Il pleurait la perte de son illusion. Le but qu'on s'était proposé semblait atteint, mais à vingt pas de l'Observatoire, le malade s'adressant au médecin, lui dit : « C'est égal, M. Arago se trompe et moi seul ai raison. »

Malheureusement, Messieurs, il en est trop souvent ainsi. Dans d'autres cas, l'idée détruite est bientôt remplacée par une autre ; c'est l'histoire de la couleuvre et de ses petits.

(La suite au prochain n°.)

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que les orateurs inscrits après M. Baillarger, pour prendre part à cette discussion, sont MM. Londe et Ferrus, c'est-à-dire les membres de la commission dont M. Bousquet est rapporteur. Il signale comme entièrement contraire aux usages académiques le procédé de ces deux membres, qui, au lieu de discuter leurs opinions au sein de la commission, viennent les apporter à la tribune, après avoir adhéré à celle formulée dans un rapport qu'ils ont signé sans l'avoir lu.

— M. le docteur J.-S. Foucault, de Nanterre, présente un instrument qu'il nomme *cric chirurgical,* pour la réduction des fractures et des luxations, et pour l'extension prolongée.

Le cric chirurgical, ou levier agissant au moyen du pignon et de l'engrenage, a été présenté par son auteur pour suppléer aux aides, qui manquent souvent au praticien de la campagne, à la guerre, sur terre et sur mer, aux momens où arrivent inopinément des accidens produits par les forces puissantes et aveugles dans les grands foyers de travail, sur les chemins de fer, etc., etc. Sa puissance douce, graduée à volonté, est illimitée. Son action est permanente et égale ; elle exclut les poulies, les moufles, etc. Son emploi facile pour tous les membres, dans quelque position qu'on leur donne pour obtenir le relâchement des muscles, permet la pose d'appareils contentifs, quels qu'ils soient ; ne s'étendant que depuis les insertions musculaires du membre fracturé ou de l'os luxé, il ménage les articulations non compromises et n'exige pas une force de traction aussi considérable que celle qu'on développe dans les méthodes ordinaires.

Le cric chirurgical est en acier poli. Il se compose de deux lames, qui glissent l'une sur l'autre, dont l'une présente des dents de crémaillère, qui sont prises par une hélice à pivot mue par une clé ou manivelle.

Aux extrémités de ces deux lames sont de forts boutons, dont la position est telle, que lorsqu'on fait jouer la manivelle, ils s'éloignent ou se rapprochent dans une course qui varie de 12 à 15 centimètres, et même de 40 centimètres, par l'ajustage de deux lames supplémentaires soumises à l'Académie, mais non figurées sur le dessin.

A ces boutons s'articulent solidement l'extrémité de deux armatures ou branches de forceps rembourrées, qui s'ouvrent ou se ferment au moyen d'une vis ou cheville de violon. Ces armatures remplacent les mains des aides ; elles sont mobiles, sur une clé à trèfle, et peuvent prendre ou garder la direction suivant laquelle on veut opérer.

Telles sont les pièces qu'on emploie pour les lésions des os dans l'étendue de la jambe, pour le coude-pied et pour le genou ; et dans l'étendue du bras, pour le coude et pour le poignet.

Pour les fractures du fémur, de ses condyles et de son col ; pour les luxations de la hanche ; pour les fractures semblables de l'humérus et les luxations de l'épaule, on remplace une des armatures ou forceps par une lame oblique s'articulant de la même manière et terminée inférieurement par une espèce de crosse portant un fort éperon à sa partie moyenne et s'accrochant à un lacs inextensible.

Enfin, l'appareil se complique par une petite pièce en forme de coin aplati qui sert à donner de l'obliquité à l'instrument qui ne doit pas toujours être rectiligne quand il agit sur des membres dont l'axe est oblique suivant la longueur.

(Une commission composée de MM. Depaul, Velpeau et Larrey, rapporteur, est chargée d'examiner ce travail.)

Monsieur et très honoré confrère,

Voulez-vous être assez bon pour prévenir vos lecteurs que l'exhumation du corps du docteur Fabre, et sa translation dans le tombeau que ses amis lui ont fait construire, auront lieu le jeudi 24 mai, à 11 heures *précises*, au cimetière Montparnasse ; et que ceux qui voudront assister à cette cérémonie doivent considérer le présent avis comme une invitation.

On se réunira à 10 heures au cimetière Montparnasse.

Pour la commission du monument,

Félix Roubaud.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestb et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 59. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 19 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 MAI 1855.

LES CANDIDATURES A L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

(SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.)

I.

Le fauteuil qu'occupait M. Lallemand, à l'Académie des sciences, n'est pas encore officiellement déclaré vacant. On attendait lundi dernier cette déclaration ; elle n'est pas venue. Voilà bientôt un an d'hésitations et de lenteurs. La section de médecine et de chirurgie semble reculer le moment décisif avec une intention qui remplit d'angoisses et d'alarmes les nombreux compétiteurs. Inquiétude bien naturelle à qui attend une si grande distinction. Cette déclaration de vacances est remise, dit-on, à lundi prochain. Selon les habitudes constantes de l'Académie, la présentation et le classement de la liste des candidats devront être faits huit jours après, et la nomination viendrait huit jours ensuite.

La section n'est donc pas encore définitivement en travail de la liste de présentation ; travail difficile en tout temps et pour toutes les branches des connaissances humaines ; plus difficile aujourd'hui que jamais, plus difficile pour la section de médecine et de chirurgie, plus difficile enfin à cause du nombre considérable de compétiteurs qui frappent à la porte de l'Académie.

Si des hommes tels que nos savans confrères de la section de médecine et de chirurgie se trouvent embarrassés pour classer les prétentions diverses et nombreuses qui ont surgi à l'occasion de cette candidature ; si cette section depuis si longtemps hésite, elle qui a sous les yeux tous les élémens possibles d'appréciation comparative, qui a vu défiler en longues Théories les mémoires et les travaux des candidats, qui s'est trouvée nécessairement en contact avec toutes ces prétentions directement ou indirectement formulées, ne ferait-il pas acte d'audacieuse témérité le journaliste qui s'imaginerait pouvoir gravir sans péril cette énorme montagne où les susceptibilités d'amour propre sont autant de ravins et de précipices, d'avalanches et de glaciers? Que le bon sens et la raison, humbles patrons que j'invoque toutes les fois que je prends la plume, me préservent de ce malheur! *Dii avertant!...* Laissons ce soin à la savante et austère irresponsabilité de la section. Des hommes tels que M. Magendie, la plus illustre incarnation de la physiologie moderne ; tels que M. Serres, l'éminent propagateur des grandes vues de la philosophie anatomique ; tels que M. Andral, une de nos gloires médicales les moins contestées et les moins contestables ; tels que M. Velpeau, dont la célébrité si légitime n'a plus besoin d'aucune espèce de consécration ; tels que M. Cl. Bernard, enfin, dont la gloire, plus jeune, est déjà si bien acceptée ; des juges de ce genre ne peuvent se tromper ; et ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'accepter leur jugement les yeux fermés.

C'est ce que je suis disposé à faire pour mon compte. La prétention d'exercer la plus mince influence sur les votes consciencieux et éclairés de la section ne serait qu'un immense ridicule. J'ai tout simplement quelques humbles réflexions à présenter, une opinion probablement à émettre, une préférence peut-être à faire poindre, et cela, je le fais spontanément, comme a le droit de le faire un écrivain indépendant et libre. Si la section et l'Académie me donnent raison, c'est que j'aurai eu l'honneur de voir juste et bien. Si l'événement trompe mes vues et mes espérances, c'est que je me serai trompé moi-même, malheur qui peut arriver aux meilleures et aux plus pures intentions.

Un mot d'abord sur le nombre des candidats. Ce nombre est considérable. Ce serait un grand honneur pour notre robe, si cette affluence de prétentions était exceptionnelle et particulière à notre science, que dix de nos confrères se crussent en possession de titres suffisans pour se présenter, sans ridicule, aux suffrages de l'Académie des sciences. Mais les prétentions de nos confrères, si légitimes soient-elles, et je reconnais par anticipation qu'elles le sont, ne constituent pas un fait spécial à la science médicale. De jour en jour les fauteuils de l'Académie des sciences sont recherchés par un nombre plus considérable de compétiteurs. C'est là un fait général ; on le retrouve à l'occasion de toute vacance dans les diverses sections de l'Académie, dans les sciences mathématiques comme dans les sciences physiques.

Ce fait général est l'expression d'une cause générale qu'il est à peine besoin d'indiquer : l'étude de plus en plus répandue des sciences et le nombre de jour en jour plus considérable de ceux qui les cultivent. Il y a aujourd'hui plus de géomètres, plus de physiciens et de chimistes, plus de géologues et de naturalistes qu'il y a soixante ans. Il y a surabondance de capacités dans toutes les divisions et les subdivisions de l'arbre encyclopédique. Et, chose étrange, les compétitions ont triplé et quadruplé en nombre, mais les portes par où peuvent et veulent entrer ces ambitions légitimes ne se sont pas élargies. Il n'y a ni plus ni moins de fauteuils à l'Académie des sciences qu'il n'y en avait il y a soixante ans ; de sorte qu'à chaque vacance nouvelle, c'est une cohorte de prétendans qui se présente, tandis qu'il y a un demi-siècle le choix pouvait se faire entre des compétiteurs infiniment moins nombreux.

Ils étaient moins nombreux, mais ils étaient généralement plus célèbres, dit-on. Cela est vrai, mais cela tient encore à une cause générale que l'on peut reconnaître sans rien dire de désobligeant pour notre époque et pour les hommes qui la représentent.

La fin du XVIIIe siècle et le commencement du XIXe constituent, dans l'histoire des sciences, une de ces éclatantes époques qui ne se reproduira peut-être jamais. Il est sans exemple, en effet, qu'une aussi grande modification ait été apportée à la fois et dans un aussi court espace de temps dans presque toutes les sciences. Réforme dans les classifications de la botanique, institution de la chimie moderne, découverte du galvanisme, changemens radicaux dans les méthodes zoologiques, sont des faits presque contemporains, et les hommes immortels qui s'appelaient Jussieu, Lavoisier, Fourcroy, Galvani, Volta, Cuvier, Geoffroy Saint-Hilaire, Ampère, Gay-Lussac, etc., etc., furent les compétiteurs aux premiers fauteuils de la nouvelle Académie des sciences.

Les sciences médicales éprouvèrent, à un moindre degré, il est vrai, mais sensiblement néanmoins, le retentissement de cette grande rénovation scientifique. Les méthodes d'observation, d'analyse et d'expérimentation pénétrèrent aussi dans l'étude de la médecine, et aux grands noms que nous venons de rappeler dans les sciences physiques et chimiques, les sciences médicales peuvent mettre en parallèle les grands noms de J. Hunter et de Bichat.

Ces magnifiques époques de transformation scientifique seront toujours rares dans l'histoire de l'esprit humain. Ce sont de ces explosions soudaines et imprévues qui, pareils à certains phénomènes de la nature, ne se reproduisent qu'à de longs intervalles. Il serait aussi injuste de demander la répétition de ces commotions intellectuelles, qu'il serait absurde de demander la répétition d'une aurore boréale ou d'une éruption du Vésuve. Il serait surtout souverainement injuste de vouloir comparer les époques qui suivent à ces époques de prédilection. Demander aujourd'hui que les compétitions à l'Académie se présentent avec l'auréole de gloire qui entourait les rénovateurs et les inventeurs d'il y a soixante ans, c'est demander l'impossible. Ces hommes privilégiés et par leur intelligence et par l'époque où ils ont vécu nous ont laissé un fonds commun de science que d'innombrables travailleurs se sont divisé. Ils ont été les Alexandres et les Charlemagnes de l'empire scientifique, mais heureusement cet empire a pu se diviser sans s'affaiblir. Au contraire, cette division du travail a multiplié les conquêtes de détail. A nos prédécesseurs les grandes vues, les principes, les méthodes ; à nous, leurs successeurs immédiats, l'étude des particularités, des applications utiles, des pratiques fécondes. Aussi, dans le firmament scientifique si vous trouvez moins d'étoiles de première grandeur, scintillant d'un éclat isolé, voyez! la voûte est constellée d'une myriade d'étoiles plus petites, sans doute, mais brillantes d'un éclat presque uniforme, et dont il est difficile d'apprécier quelques différences dans l'intensité.

Ce fait est général, avons-nous dit, et ce qui serait surtout souverainement injuste, serait de ne le voir que dans les sciences médicales. Si les compétitions de la section de médecine et de chirurgie ne présentent pas les noms éclatans, les individualités brillantes que depuis un demi-siècle l'Académie a rencontrées, il en est exactement de même dans les autres sections. Les de Laplace, les Delambre, les Carnot, les Poisson, les Cuvier, les Arago, les Ampère sont-ils plus communs que les J.-L. Petit, les Boyer, les Dupuytren? Tenons compte, dans ces appréciations comparatives, des circonstances et des temps. Ces conditions sont considérables pour porter un équitable jugement.

La plus considérable de ces circonstances est dans le nombre infiniment plus grand aujourd'hui qu'autrefois des savans, dans toutes les parties de l'encyclopédie humaine. Pour ne pas sortir du sujet de ces réflexions, que l'on se souvienne, par exemple, combien il y avait à Paris de chirurgiens célèbres il y a moins d'un demi-siècle, et que l'on compare ce nombre avec celui des chirurgiens d'un mérite réel et généralement reconnu que nous avons le bonheur de posséder aujourd'hui. Et que l'on ne dise pas que nos chirurgiens actuels ne sont que la monnaie de quelques-uns de leurs célèbres prédécesseurs. Ce serait là une grande injustice.

Pour devenir aussi des individualités éclatantes, il ne manque à certains de nos contemporains que les conditions où se sont trouvés leurs prédécesseurs. Placez-les dans le même milieu, ils en éprouveront les mêmes heureuses influences. Je citais, il y a peu de jours, un curieux et éloquent passage du dernier ouvrage de M. Roux, dans lequel ce chirurgien célèbre, à un autre point de vue que le mien, cela est vrai, indiquait avec une grande justesse les causes de ce qu'il avait volontiers appelé l'abaissement de la chirurgie actuelle. Notre si regrettable maître vantait le temps passé, c'était naturel à son âge : « Il est douteux, disait-il, qu'à Paris, là où elle a toujours brillé d'un si grand éclat, la chirurgie reprenne jamais le caractère d'élévation et de grandeur qu'elle a présenté pendant les trente premières années du siècle où nous vivons. » Pourquoi? M. Roux le disait avec beaucoup de raison : C'était le temps où les hommes capables dans la chirurgie étaient en petit nombre; où le talent n'était pas aussi répandu qu'il l'est maintenant; où les hôpitaux étaient moins multipliés; où il n'y avait pas autant de services différens, indépendans les uns des autres ; où, d'ailleurs, certaines spécialités chirurgicales anciennes avaient disparu momentanément; où tant d'autres, qui sont venues s'y joindre, n'avaient point encore pris naissance; où, enfin, le champ de la chirurgie n'était pas encore émietté et morcelé ; où il conservait toute sa gravité, toute sa grandeur. Beau temps, s'écriait M. Roux, qui ne renaîtra peut-être jamais! C'est possible, c'est probable, comme ne renaîtra peut-être jamais le temps où un seul chimiste, un seul physicien, un seul géomètre, un seul astronome, un seul zoologiste, tenait le sceptre de ces sciences diverses. Il n'y a plus de sceptre scientifique, il n'y a plus de trône ni de royauté dans les sciences, il n'y a plus qu'une grande assemblée de savans, dont le talent est à peu près au même niveau, véritable république des sciences dont le nom est ancien, mais dont le fait est tout récent.

Je demande pardon de ces quelques réflexions, qui doivent se ressentir, comme hélas! tout ce qu'est obligé d'écrire un pauvre journaliste, de la rapidité avec laquelle il est obligé de livrer ses feuillets, encore humides d'encre, à son inexorable tyran, l'imprimeur. Mais ces réflexions avaient besoin, ce me semble, de précéder celles bien plus difficiles, bien plus délicates qu'il me reste à présenter sur les candidatures actuelles à l'Académie des sciences. Si je ne me trompe, elles indiquent assez bien les dispositions de mon esprit. Je ne veux pas chercher à écraser ces candidatures, comme injustement on est quelquefois porté à le faire, sous des appréciations et des comparaisons rétrospectives, dont un des moindres inconvéniens est d'humilier sans justice le temps présent, pour exalter sans profit le temps passé. J'aime mon époque, et je sais honorer les hommes dont les efforts tendent à l'illustrer. La candidature actuelle m'en offre l'occasion et je la saisis avec empressement.

Seulement, comme le fauteuil à l'Académie des sciences me paraît la plus magnifique récompense qui puisse être accordée à l'étude et au travail, comme les compétiteurs

sont nombreux, et qu'il m'est agréable de rendre à chacun d'eux la justice qu'il mérite, mais comme, en définitive, il faut faire un choix, je crois pouvoir indiquer librement celui qui me paraît avoir le plus de titres pour obtenir cette glorieuse distinction.

C'est ce que je ferai dans un second et prochain article.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Paracenthèse thoracique.

A l'occasion de deux malades, l'un avec épanchement pleurétique récent excessif, l'autre avec un empyème de pus, tous deux ayant subi la paracenthèse thoracique, M. Trousseau se propose de faire l'histoire de cette opération.

Il y a quatorze ou quinze ans, elle n'était pas appliquée au traitement de la pleurésie aiguë; quelques médecins l'avaient pratiquée, mais sans la faire passer dans le domaine de la science. En 1841, M. Trousseau y eut recours plusieurs fois dans des cas de pleurésie aiguë, tenta de la faire admettre dans la pratique vulgaire, et de l'état d'exception où elle était reléguée, la fit surgir à l'état de règle; si bien qu'à cette heure, elle est devenue monnaie courante, et, par beaucoup de médecins, pratiquée avec plus de hardiesse que par celui qui la préconisa le premier.

Tous ceux qui ont lu les très excellens écrits de M. Louis s'y sont pénétrés de cette idée que la pleurésie aiguë guérit toujours; et, en effet, si ce n'est là la vérité absolue, c'en est à peu près l'équivalent, car 19 fois sur 20, pour ne pas dire 99 fois sur 100, la pleurésie se termine par la guérison. Mais pourtant on en meurt, et les partisans de M. Louis en sont eux-mêmes revenus, car ils ont eu des morts. A la première publication de M. Trousseau, les exemples s'en multiplièrent au nombre de 15 ou 20. Mais la proposition générale qui établit qu'on ne meurt pas de la pleurésie simple, ce que les exemples réprouvent, cette proposition, dis-je, fût-elle absolument vraie, la paracenthèse n'en devrait pas moins rester comme étant le meilleur moyen, dans certains cas, de guérir promptement et le mieux possible.

M. Trousseau, par les exemples suivans, arriva insensiblement à la détermination bien ferme de pratiquer la paracenthèse au premier cas d'épanchement excessif récent.

En 1831, faisant le service de Récamier à l'Hôtel-Dieu, il vit mourir presque subitement une femme, jeune encore, qui n'offrit à l'autopsie qu'un énorme épanchement séreux.

En 1841, à Necker, une jeune femme portant un épanchement de douze jours, mourut subitement.

Quelque temps après, une nourrice de 27 ans, ayant un épanchement thoracique, entra dans ses salles; M. Trousseau fit une prescription médicale, recommandant à M. le docteur Bouchut, alors interne, de faire l'opération le soir, si les symptômes s'aggravaient; le soir, la malade accusait moins d'oppression, par conséquent on ne l'opéra pas, et, le lendemain matin, elle mourut.

Plein des réflexions que lui suggéraient de tels faits, M. le professeur Trousseau fut mandé près de la fille d'un homme de lettres, M. Michel Masson; elle portait dans le côté gauche un épanchement très considérable, qui devint excessif, malgré le traitement médical; l'opération fut pratiquée, et la guérison la suivit rapidement.

Cette même année, M. Trousseau fit sept opérations dans des cas semblables et avec le même résultat satisfaisant.

Pourquoi recourir à l'opération dans la pleurésie, qui est une maladie assez peu dangereuse pour qu'elle compte 99 guérisons sur 100? Une réponse satisfaisante est celle-ci : que, de tous les traitemens, la paracenthèse constitue le plus simple incontestablement; pourtant M. Trousseau en limite l'application; aussi ne la fait-il jamais pour un épanchement qui ne remplirait que les trois quarts de la poitrine, différant en cela de certains de ses confrères qui la font sans inconvénient, il est vrai, pour des quantités de liquide beaucoup moindres. Il la pratique et la conseille dans le cas d'*épanchement excessif*, alors que tout le côté jusqu'à la clavicule et à la fosse sus-épineuse est rempli de liquide, ce dont on peut s'assurer d'une manière infaillible par l'auscultation et la percussion; à plus forte raison, est-elle indiquée quand il existe des déplacemens, que le diaphragme est refoulé en bas, les espaces intercostaux élargis, le cœur chassé de sa situation normale, etc.

En admettant que la pleurésie, dans les cas dont nous parlons, ne mette pas la vie en péril, elle n'en est pas moins une maladie fort longue, durant plusieurs semaines dans les cas simples, des mois entiers dans ceux plus graves; et si vous supposez le malade prédisposé aux tubercules, il y a un grand danger dans cet état fluxionnaire permanent qui constitue un appel diathésique et dispose le poumon à la tuberculisation; de même que la persistance d'une hydarthrose dispose une articulation aux lésions qui constituent la tumeur blanche. Le traitement médical, mis en œuvre pour obtenir la résorption de ces épanchemens très considérables, n'est pas seulement inférieur au but qu'il se propose, mais encore il a des inconvéniens réels. Ainsi, l'emploi des vésicatoires répétés finit par établir sur la poitrine une suppuration permanente qui altère la constitution, la jette dans une sorte de diathèse de suppuration qui doit être regardée comme très propre à favoriser la formation de globules de pus dans le liquide thoracique primitivement séreux. Ce que l'on obtient dans un temps très long par les vésicatoires, diurétiques, digitale, etc., est obtenu en un instant par la ponction.

Objectera-t-on que l'inflammation persistant, le liquide se reproduira? Il n'y a point à nier la valeur de cette objection; mais si l'inflammation n'est pas dissipée par le fait de l'évacuation du liquide, elle n'est point augmentée; la force de production du liquide n'est pas accrue; aussi ce dernier n'atteint-il que rarement au degré qu'il avait avant l'opération, et ne tarde-t-il pas à rétrocéder sous l'influence des efforts de la nature et des moyens médicaux qu'il est alors bon de mettre en œuvre.

Certains médecins craignent la transformation purulente du liquide après la paracenthèse; mais cette crainte n'a rien de fondé, et le fait de la production des globules résulte plus de la chronicité de l'affection que de toute autre cause. A coup sûr, on peut le constater aussi souvent avec les autres genres de traitement.

L'indication de la paracenthèse est tirée de la quantité du liquide; elle ne doit pas l'être des troubles fonctionnels, de l'oppression, par exemple. Ainsi, le malade du nº 10 avait, il y a quatre ou cinq jours, une oppression très considérable; celle-ci fut en diminuant, et le malade n'en était pas incommodé, bien que l'opération ait fourni 3,500 grammes; il se trouvait même si libre de respiration, qu'il se leva pour aller aux lieux d'aisances; mais là il faillit s'évanouir.

Vous verrez des individus qui, portant un épanchement énorme, n'accuseront pas, ne *ressentiront* pas d'oppression, bien qu'elle existe réellement, comme on peut en juger par l'examen des puissances inspiratrices.

Ce défaut d'impressionnabilité par une cause d'oppression aussi considérable que celle existant chez l'homme du nº 10, est fort remarquable, car il n'y avait plus de respiration que par un poumon, dont le jeu était limité par le refoulement du médiastin et du cœur. Il existait chez les malades que nous avons vus à l'hôpital Necker. C'est aussi dans ces conditions qu'est mort subitement un malade dont mon ami, M. Pidoux, a rapporté l'histoire dans sa *Monographie sur la pleurésie latente*; de même qu'une femme près de laquelle je devais me rendre avec M. Chomel pour pratiquer la ponction de la poitrine. Ne prenez donc, Messieurs, pour base de votre détermination, que la quantité du liquide invariablement révélée par l'inspection, la percussion et l'auscultation. La vivacité des phénomènes réactionnels, non plus que l'oppression, ne peut servir de guide, car on voit l'épanchement devenir excessif, spécialement dans des pleurésies sub-aiguës, sournoises, si l'on peut s'exprimer ainsi, avec un mouvement fébrile léger, un point de côté presque insignifiant. Il paraît y avoir en elles quelque chose qui tient de la fluxion autant que de l'inflammation; et sans prétendre faire une comparaison rigoureuse, elles semblent s'éloigner de la pleurésie franchement inflammatoire, autant qu'une hydarthrose est éloignée d'une arthrite proprement dite.

Une fois l'opération décidée, elle doit être pratiquée d'après des règles et avec des précautions généralement connues aujourd'hui. Il y a quelque temps encore, M. Trousseau faisait la ponction de la peau avec la lancette, plus bas que l'espace intercostal, à travers lequel devait pénétrer le trocart. Il en résultait, après que la canule était retirée et la peau revenue sur elle-même, que l'ouverture de cette dernière ne correspondait pas au point de la ponction des intercostaux, ce qui devait s'opposer à l'introduction de l'air. Depuis lors, M. Trousseau a reconnu que cette précaution, bonne en principe, était superflue; car, en enfonçant le trocart à travers la paroi intercostale, vous n'y faites pas, à proprement parler, une ouverture, vous écartez seulement le tissu cellulaire et les fibres des muscles, lesquelles parties reviennent sur elles-mêmes aussitôt après l'extraction de la canule. De plus, l'évacuation du liquide et la diminution de capacité de la poitrine font que les rapports de la peau avec les parties sous-jacentes ne sont plus les mêmes après l'opération qu'avant; si bien qu'on obtient naturellement le défaut de parallélisme désiré. Il n'entre jamais d'air au moment de l'extraction de la canule ni après, et le liquide restant dans la poitrine ne se fait pas jour par le trajet qu'a suivi le trocart. On peut donc faire la ponction de la peau juste au niveau de l'espace à perforer.

Ce second temps de l'opération doit être fait résolûment. Après avoir fixé avec le doigt la longueur d'instrument qu'il veut enfoncer dans la poitrine, l'opérateur y pénètre par un coup sec et non mollement, comme on le fait quelquefois. Avec cette dernière manière de faire, on s'expose à un insuccès très mystifiant. Supposez qu'il existe une fausse membrane résistante sur le point que doit traverser le trocart, en allant doucement vous pouvez la décoller, la pousser devant l'extrémité de votre instrument, et ne pas obtenir une goutte de liquide, bien que le côté en soit rempli. M. Trousseau cite une observation personnelle où les choses se sont ainsi passées. Il en est arrivé de même à son chef de clinique, M. Beilard, sur un malade qu'il opérait dans sa clientèle.

Dans une pareille circonstance il faut, comme l'ont fait ces messieurs, essayer avec un stylet de désobstruer la canule dans le cas où un flocon albumineux la boucherait, et si on n'y parvient pas, il faut replacer le dard et refaire rapidement une nouvelle ponction par un mouvement brusque et énergique, et alors on entre dans la poche.

La ponction faite hardiment, dans la supposition d'une erreur de diagnostic, ne présente pas plus de danger que lorsqu'elle est faite doucement; car, dans un cas comme dans l'autre, on arrivera toujours à pénétrer dans le poumon, ce qui, après tout, ne serait pas très périlleux, comme le montrent les expériences faites par MM. Trousseau et Leblanc sur des chevaux. Du reste, une erreur de diagnostic est à peu près impossible pour un médecin attentif.

Au commencement de la sortie du liquide, l'écoulement se fait en bavant, mais peu à peu il devient plus fort, quand les parties telles que les parois thoraciques, le diaphragme et les organes déplacés commencent à revenir sur elles-mêmes. En outre le poumon, complétement aplati, reçoit de l'air et tend à se dilater à chaque inspiration. Pour faciliter ce résultat et faire céder les adhérences, il convient de faire faire au malade de grandes inspirations, et des efforts analogues à ceux de la défécation, de le faire tousser, ce qui, quelquefois, souvent même, se fait involontairement sous l'influence de l'excitation que cause l'air sur une muqueuse bronchique qui n'a plus l'habitude d'être en contact avec lui.

M. Trousseau emploie tous ces moyens pour arriver à retirer le plus de liquide possible; en cela il diffère de certains de ses confrères, qui ne veulent, au contraire, en retirer qu'une partie. En agissant ainsi, il croit n'exposer le malade à aucun danger de syncope, de déchirure pulmonaire, etc., et il le place dans des conditions plus favorables pour la résolution, ayant rendu au poumon sa fonction, aux parois et aux organes déplacés leur position primitive.

(*La suite à un prochain nº.*) Dr E. ARCHAMBAULT.

HYDROLOGIE.

DE LA MATIÈRE ORGANIQUE DES EAUX MINÉRALES DE VICHY; Sa nature, son existence à l'état de végétation et à l'état latent dans ces eaux; — sa volatilité et sa présence dans leurs vapeurs; — importance présumée de son rôle;

Par le docteur Ch. PETIT, médecin-inspecteur des eaux de Vichy.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

On sait que les algues, comme toutes les plantes agames, peuvent se reproduire soit par germes, soit par sporules ou séminules, soit même par une simple fragmentation ou dédoplication dont les limites échappent à nos moyens d'observation; et lorsque des germes peuvent être réduits à des élémens aussi simples, aussi ténus et aussi légers, il est parfaitement reconnu que l'atmosphère peut s'en charger, les tenir en suspension, et que le vent peut les transporter à des distances très éloignées. Il est donc probable que leur développement ne dépend plus alors que du milieu dans lequel l'air les dépose, que si ce milieu ne convient pas à un germe, il y reste sans végéter, et que, dans le cas contraire, il se développe et donne naissance à un nouvel être entièrement semblable à celui duquel il s'est détaché.

Pour se faire une idée de la quantité de corpuscules organiques que l'air tient en suspension, et qu'il peut, par conséquent, déposer en les disséminant sur toute la surface de la terre, il suffit de se placer dans une chambre obscure dans on ne laisse arriver les rayons du soleil que par un point. Si l'on se met alors de côté et que l'on regarde avec attention la partie de l'atmosphère qui est traversée par les rayons du soleil, on est étonné du nombre de corpuscules que l'on y voit voltiger, et si l'on en aperçoit autant à la simple vue, on peut s'imaginer la quantité prodigieuse que l'on pourrait en voir sous un verre grossissant.

Sans doute, tous les corpuscules que l'on voit ainsi ne sont pas des germes de végétation ou des animalcules, il s'y trouve certainement aussi une très grande quantité de débris légers de matières organiques mortes; mais on ne peut douter que ce ne soit par ce moyen que se disséminent une multitude de germes. Les algues dont nous nous occupons se reproduisent d'ailleurs avec une telle rapidité, par leurs propres débris, qu'il suffit qu'un seul germe prenne naissance dans un bassin pour que, dans le cas même où l'atmosphère n'en déposerait pas d'autres, l'espèce s'y multiplie à l'infini.

Mais il peut en venir aussi, certainement, du sein de la terre. L'on ne peut douter, par exemple, que les sources d'eaux minérales ne soient alimentées par les eaux de la surface du globe qui, s'infiltrant par une multitude de fissures jusque dans les profondeurs de la terre, y acquièrent une température plus ou moins élevée en même temps qu'elles s'y saturent de divers principes minéralisateurs. Or, il est difficile de ne pas admettre que les corpuscules reproducteurs des plantes agames, ces détritus pulvérulens que je viens de montrer comme pouvant être déposés par l'air sur les sources où nous voyons ces plantes se développer, peuvent aussi être entraînés dans le sein de la terre par les eaux de la surface et nous revenir au jour avec ces mêmes eaux devenues minérales et thermales, et je me demande si ces germes ne peuvent pas conserver encore alors la faculté de se reproduire.

La chaleur plus ou moins élevée à laquelle l'eau des sources

minérales se trouve soumise dans les profondeurs de la terre, serait sans doute le principal agent qui pourrait détruire dans les germes la faculté de végéter; mais, d'abord, sait-on bien quel est le degré de température nécessaire pour produire ce résultat, et d'ailleurs les germes de toutes les plantes peuvent-ils être détruits par le même degré de chaleur?

Si l'on s'en rapporte à quelques faits, il semblerait que les germes de certaines plantes agames ont la faculté de supporter une température très élevée sans perdre leur propriété germinative. Quelques auteurs assurent, par exemple, que la température de l'eau bouillante ne détruit pas celle des spores de champignons, et qu'il suffit d'arroser la terre d'un bosquet de chêne avec de l'eau dans laquelle on a fait bouillir de ces plantes pour les reproduire. C'est par ce moyen, suivant Thore, que l'on propage l'agaric palomet dans le département des Landes (*Dictionnaire universel d'histoire naturelle*, art. *Mycologie*, par le docteur Léveillé, 1846).

M. Payen, de son côté, a constaté que les sporules rougeâtres capables de reproduire les champignons microscopiques désignés sous le nom de *oïdium aurantiacum* ou champignons rouges du pain, peuvent supporter une température de 100 à 120 degrés sans perdre leur faculté végétative, tandis que cette faculté cesse lorsque la température s'élève jusqu'à 140 degrés (*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1852).

N'ayant pas fait moi-même d'expériences sur la chaleur que les spores de champignons peuvent supporter, je n'oserais pas contester l'assertion que je viens de rappeler, qu'ils peuvent conserver encore la faculté de végéter après avoir été soumis à l'action de l'eau bouillante; je dirai seulement qu'après avoir examiné, comme je l'ai fait et comme je le dirai plus loin, dans quel état se trouve la matière organique de l'eau distillée provenant des vapeurs condensées, après ébullition, de l'eau de Vichy naturelle, il m'est venu quelques doutes à ce sujet.

Tout, du moins, me porte à croire qu'il n'en est pas ainsi pour les germes des algues qui se développent dans les eaux de Vichy.

Quand au fait cité par M. Payen, concernant les sporules rougeâtres qui produisent les champignons rouges du pain, je ferai remarquer que ces sporules étaient renfermés dans le pain, par conséquent dans des conditions différentes, lorsqu'on a été obligé d'élever la température jusqu'à 140 degrés pour les détruire, et il reste à savoir s'ils n'auraient pas perdu, dans de l'eau bouillante, leur faculté germinative.

Quoi qu'il en soit, la chaleur des sources de Vichy n'étant pas très élevée, puisque la plus chaude n'a pas plus de 46 degrés, il est difficile de ne pas admettre qu'elles peuvent nous ramener du sein de la terre des germes ayant encore la faculté de végéter et de se reproduire.

Dans tous les cas, que ces germes proviennent de l'atmosphère ou qu'ils soient rapportés du sein de la terre par les eaux minérales elles-mêmes, il faut bien en admettre l'existence, à moins de renoncer à cet axiome formulé par Harvey: *Omne vivum ex ovo*, et adopté aujourd'hui par les naturalistes les plus éminens, pour revenir à la croyance des générations spontanées. Mais est-il possible d'en constater toujours la présence dans ces eaux, et d'en suivre le développement?

J'ai déjà dit que les eaux de Vichy sont parfaitement limpides lorsqu'elles sortent de terre, et que ce n'est que lorsqu'elles ont été exposées à l'air et à la lumière pendant un temps plus ou moins long, suivant qu'elles reçoivent ou non les rayons directs du soleil, que la matière organique s'y décèle à nos yeux par l'apparition de quelques filamens qui nous montrent le commencement de l'organisation de la matière verte.

Il est impossible, en effet, jusqu'à cette première manifestation végétative, d'y distinguer des germes, du moins à la simple vue.

Il m'a donc fallu songer à recourir au microscope pour tâcher de découvrir ces germes; mais il s'agissait d'abord de savoir sous quelle forme ils pouvaient exister dans l'eau, à quels caractères il était possible de les reconnaître.

J'ai eu beau examiner l'eau minérale de nos différentes sources, je n'ai pu y distinguer autre chose, à l'aide même d'un très fort grossissement, que des globules d'une matière organique vivante, c'est-à-dire ayant une forme bombée, régulière, parfaitement intacte, réunissant enfin les caractères auxquels on peut reconnaître que ces globules sont doués de la vie. On aperçoit bien dans ces eaux quelques autres corpuscules, mais qui ne sont évidemment que des parcelles de matières organiques mortes, sans doute entraînées dans le sein de la terre par les eaux de la surface.

Je me suis demandé alors si les corpuscules organiques qui constituent les germes de la matière verte des eaux ne sont pas de nature à pouvoir, en s'hydratant, prendre la forme globuleuse de la matière organique vivante, se confondre alors avec la matière organique latente et peut-être même la constituer, de telle sorte que ce soit dans les globules de cette dernière matière, que la matière verte trouve son principe de vie pour se développer et se colorer ensuite sous l'influence des rayons du soleil.

Comme les germes des végétations qui se produisent dans les bassins doivent provenir en plus grande quantité, sans aucun doute, de l'atmosphère que du sein de la terre, j'ai pensé que si, dans un examen comparatif de deux flacons d'eau remplis à la même source, l'un avec de l'eau prise à son point d'immergence, avant qu'elle ait été en contact avec l'air, et l'autre avec de l'eau puisée à la surface du bassin, l'on trouvait une quantité notablement plus grande de globules organiques dans l'eau de la surface du bassin que dans celle prise au point d'émergence de la source, ce serait déjà une présomption que les globules de la matière organique latente sont eux-mêmes les germes qui servent au développement de la matière verte.

J'ai donc fait puiser ainsi, et avec le plus grand soin, de l'eau des sources de la *Grande-Grille*, de l'*Hôpital* et des *Célestins*, et nous avons examiné, M. Haime et moi, ces différentes eaux, à l'aide du microscope.

Dans toutes celles qui ont été puisées à la surface des bassins, nous avons trouvé, ainsi que je l'avais présumé, les globules organiques plus nombreux et ayant un plus gros volume que dans celles des mêmes sources, prises à leur émergence. Dans l'eau puisée dans la première condition, et surtout dans celle provenant de la source de l'hôpital, dont le bassin est le plus exposé à la lumière, les globules étaient non seulement plus volumineux, mais déjà ils revêtaient une nuance légèrement verdâtre. Dans l'eau de la source des Célestins, qui est couverte, et qui se trouve au-dessous du niveau du sol, par conséquent presque complétement garantie de l'action de la lumière, et jusqu'à un certain point de l'influence de l'air, les globules étaient plus rares que dans les eaux des deux autres sources, etc., et nous n'y avons trouvé, sous le rapport du nombre proportionnel de ces globules, qu'une très petite difference entre l'eau prise à la surface et celle puisée à son émergence.

Je ne veux tirer encore aucune conclusion de ces premières remarques; cependant, le nombre moins grand des globules dans l'eau puisée à l'émergence des sources que dans celle prise à la surface des bassins, leur volume plus petit dans la première condition que dans la seconde, et la coloration de plus en plus verdâtre que ces globules paraissent acquérir, lorsqu'on les examine plus près de la surface des bassins, là où ils reçoivent l'influence des rayons du soleil, ne semblent-ils pas déjà autant d'indications que la matière verte pourrait bien naître des globules de la matière organique latente.

Cette matière organique latente, que nous ne parvenons à apercevoir qu'à l'aide du microscope, et seulement sous la forme de globules plus ou moins gros, est très volatile, ainsi qu'on peut en juger par les expériences suivantes.

J'ai voulu savoir ce que les vapeurs qui se dégagent des eaux de Vichy entraînent avec elles, et par conséquent, ce que l'on ferait respirer aux malades, dans le cas où l'on établirait, auprès de ces sources, des salles d'inhalation.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 Mai 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Mémoire sur l'encéphale de l'éléphant.

M. P. GRATIOLET fait sous ce titre une lecture dont nous publions l'extrait suivant:

J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie un premier mémoire sur l'anatomie d'un éléphant d'Afrique mort dernièrement au Muséum d'histoire naturelle. Ce mémoire a pour objet la description de l'encéphale des éléphans. J'ai été placé dans des circonstances assez favorables pour compléter, à certains égards, et pour rectifier les descriptions qu'on en avait données.

La masse de l'encéphale des éléphans est triple au moins de celle de l'encéphale humain. C'est donc, comme l'a dit Leuret, le plus grand des encéphales connus. Par le bulbe, par la protubérance annulaire, par le cervelet, et enfin par toutes les parties constituantes du noyau cérébral, nul, après celui des orangs et des troglodytes, n'est plus semblable à celui de l'homme, dont il diffère surtout par l'absence complète d'une corne postérieure au ventricule latéral; pour tout le reste, il est presque pareil. En effet, le bulbe porte deux olives bien apparentes. Le cervelet est remarquable par le développement de ses masses latérales, au contraire du vermis médian, qui est très réduit, et des vermis latéraux dont il ne reste aucune trace, pas même ce qui en persiste dans l'homme sous le nom de touffes et de lobules accessoires. Les tubercules quadrijumeaux sont petits, mais bien distincts, et, sauf la grandeur, les couches optiques, les corps striés, la voûte à trois piliers et le corps calleux, rappellent assez la disposition qu'ils présentent dans l'encéphale humain. Le corps calleux toutefois est relativement moins épais, ce qui est zoologiquement très remarquable. Enfin, quelques différences plus marquées se tirent de la considération des parties comprises dans l'espace interpédonculaire, qui est excessivement étroit et sans aucune trace d'*éminences mamellaires*. Le *tuber cinereum* est excessivement réduit.

Je ne puis entrer ici dans le détail de ces parties que j'ai décrites avec soin dans mon mémoire. Qu'il me suffise de signaler leur grande ressemblance avec les parties qui, dans le cerveau humain, leur correspondent. Mais dans cette ressemblance ne sont compris ni les hémisphères cérébraux, ni les lobes olfactifs.

Stukeley, d'après une coupe assez heureuse, a assez bien rendu la forme générale du cerveau, qui se rapproche de celle d'un cœur à lobes très divergens. M. Mayer a également appelé l'attention sur cette forme, que l'examen d'un moule intérieur du crâne d'éléphant, fait tout d'abord remarquer.

J'essaie d'expliquer l'anomalie apparente de cette forme, qui résulte, selon moi, 1° d'une courbure très forte des lobes postérieurs du cerveau qui se prolongent à la base du cerveau de chaque côté de la selle turcique, où, suivant la remarque très juste de Blair, ils font une grande saillie, et 2° d'un grand et brusque écartement vers leur région moyenne, écartement où le cervelet est compris; car, malgré ce grand développement des hémisphères, ils ne forment aucun prolongement au-dessus du cervelet, qui, de même que dans les animaux inférieurs, demeure complétement à découvert.

De cette courbure et de cet écartement résulte à la surface externe de l'hémisphère un pli oblique, ou plutôt une scissure fort semblable à celle de Sylvius. Toutes les circonvolutions sont disposées en zones concentriques autour de cette scissure; elles sont très flexueuses partout; mais, fort distinctes dans les régions postérieures des hémisphères, ces zones présentent dans la région frontale une complication excessive, qu'augmentent encore plusieurs plis de passage dont la direction est en général ascendante.

J'ai eu dans mes recherches occasion de remarquer la grande exactitude de Leuret; mais elles m'ont en même temps donné des motifs de ne point admettre le groupe de plis exceptionnels que cet habile anatomiste avait cru distinguer dans le cerveau de l'éléphant.

Les lobes olfactifs sont très grands et creusés d'un ventricule qui communique largement avec les cornes frontales des ventricules latéraux. Leur bord externe présente des plis nombreux.

L'étude approfondie de ces faits, que je ne puis qu'indiquer ici, montre que, par les parties constituantes de l'isthme et par le cervelet, l'encéphale de l'éléphant est presque un encéphale humain. Mais, par les hémisphères cérébraux et ses lobes olfactifs, c'est un cerveau d'animal, et d'animal d'un type assez inférieur, mais ennobli toutefois par des développemens excessifs de tous ses plis, et surtout de ses plis frontaux. Ces faits justifient singulièrement les idées de Willis, et sont gros de conséquences que les bornes d'un extrait ne me permettent point d'énumérer ici, mais que j'ai essayé d'indiquer dans le mémoire que cet extrait acccompagne. — (Comm. MM. Serres, Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire.)

Lettre sur l'origine et le caractère de la méthode sous-cutanée.

M. PHILLIPS adresse la lettre suivante à l'Académie:

« L'incertitude qui paraît encore régner dans quelques esprits sur l'origine et le véritable caractère de la méthode sous-cutanée, et, par conséquent, sur la nature des services qu'elle est appelée à rendre, fait un devoir à toutes les personnes qui ont concouru à son établissement de fournir leur contingent de lumières et d'expérience. Je viens donc, en ma qualité d'élève et de collaborateur de Dieffenbach, et comme auteur de plusieurs ouvrages relatifs aux opérations sous-cutanées, offrir à l'Académie mon faible tribut sur cette question.

» Qu'est-ce que la méthode sous-cutanée? J'ai cru d'abord et j'ai écrit que cette méthode consiste à couper sous la peau ce que naguère on coupait à ciel ouvert. Je ne crains pas de le reconnaître, j'ai commis pendant longtemps et avec beaucoup de personnes une méprise que j'ai cherché depuis à faire cesser. La méthode sous-cutanée peut se réduire en ces termes: il y a des plaies sous-cutanées qui suppurent, il y en a qui ne suppurent pas; la découverte de la cause de cette différence, l'institution des principes et des règles qui sont propres à ne produire que des plaies sous-cutanées qui ne suppurent pas, et à faire bénéficier de cet avantage toutes les opérations de la chirurgie qui peuvent être pratiquées sous la peau, voilà en quoi consiste la méthode sous-cutanée.

» Le caractère de la méthode sous-cutanée ne consiste donc pas dans son apparence extérieure, ni dans son manuel opératoire tel qu'il avait été institué et perfectionné par nos prédécesseurs, depuis Delpech jusqu'à Stromeyer et Dieffenbach, mais dans la découverte d'un principe nouveau: l'organisation immédiate des plaies maintenues à l'abri du contact de l'air, et dans la régularisation d'un manuel opératoire propre à assurer la rigoureuse application de ce principe à toutes les opérations de la chirurgie. Reconnaissons que si la première période de cette phase chirurgicale a été l'œuvre de Delpech, de Dupuytren, de Stromeyer et de Dieffenbach, et de quelques autres encore, la seconde a été réalisée d'emblée par M. Jules Guérin et développée par tous les chirurgiens qui ont compris la fécondité de son idée et qui ont travaillé avec lui à tirer les conséquences pratiques qu'elle renferme.

» Avant la constitution de la vraie méthode sous-cutanée, on avait fait bon nombre de sections de tendons sous la peau, on avait lié des veines sous la peau, etc.; mais ces différentes opérations, pratiquées uniquement en vue de ménager l'enveloppe tégumentaire et de réduire les phénomènes inflammatoires en proportion de la dimension des plaies, laissaient en quelque façon au hasard de décider s'il y aurait ou non suppuration; et lorsque la guérison immédiate arrivait, on était bien plus disposé à l'attribuer à l'exiguïté de la plaie et à la nature du tissu tendineux divisé, tissu d'une vitalité obscure, qu'à toute autre circonstance étrangère à ces deux causes. Les opérations exécutées par mon illustre maître et ami Dieffenbach, celles qui ont été répétées en Allemagne par d'autres chirurgiens, et que j'ai répétées moi-même sur une assez grande échelle, n'ont pas eu d'autre but ni d'autre caractère. Les publications directes de Dieffenbach (1), celles que j'ai faites en son nom et sous sa dictée (2), celles que j'ai faites plus tard en mon nom particulier (3), constatent de la manière la plus évidente, non seulement que personne de nous n'avait agi, pensé et écrit en vue des principes découverts depuis, mais que, faute d'avoir bien compris tout d'abord la haute signification de ces principes, nous nous sommes joints à ceux qui leur faisaient opposition. Mais Dieffenbach et moi nous n'avons pas tardé à reconnaître notre erreur; et mon illustre maître a donné dans cette circonstance un nouveau témoignage de la sûreté de son esprit comme de la loyauté de son caractère, en venant déclarer lui-même à l'auteur du nouveau progrès qu'il l'admettait dans toute son étendue et qu'il en reconnaissait tout l'honneur à celui qui venait de l'instituer. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

Quelques remarques sur le Trichomonas vaginal de Donné.

Voici comment s'expriment MM. SCANZONI et KOELLIKER, auteurs de cette note:

Malgré les nombreuses observations publiées sur le Trichomonas

(1) *Des pieds-bots*, 1840. Cahiers de médecine opératoire, 1846.

(2) *Gazette médicale de Berlin*, 1840.

(3) *Chirurgie* de Dieffenbach, 1840. *De la chirurgie sous-cutanée*, 1841.

vaginal décrit par Donné, la véritable nature de cet être ne paraît pas encore fixée. Les uns le regardent comme un animal, et le placent soit parmi les Infusoires (Donné, Dujardin, Raspail), soit parmi les Acariens (R. Froriep, Ehrenberg). Les observateurs plus récens considèrent le Trichomonas comme étant des cellules d'épithélium de l'utérus détachées, et nient que ce soit un organisme animal (Lebert, Valentin, J. Vogel, de Siebold, R. Wagner).

Quant à nous-mêmes, nous avouons que nous nous rangions aussi parmi ceux qui doutaient de la nature animale du Trichomonas.

Mais, après avoir étudié plus sérieusement ces formations et le mucus des organes génitaux chez beaucoup d'individus, nous avons été à même de constater que le mucus du col de l'utérus ne contient jamais des Trichomonas; ce qui devrait être le cas, si ceux-ci n'étaient que des cellules vibratiles. Nous avons vu, en outre, que les Trichomonas ressemblent en tous points aux véritables Infusoires.

Avant de prouver cette dernière assertion, disons que la description de Donné est assez précise. Cependant, nous insisterons particulièrement sur ce que la forme des Trichomonas est généralement allongée, soit ovoïde, soit pyriforme, et leur grandeur assez variable (de 0,008 à 0,016 et à 0,018 de millimètre). Une des extrémités porte un, deux ou trois filamens flagelliformes, de 0,015 à 0,030 de millimètre de longueur, à la base desquels se trouvent un ou plusieurs cils vibratiles généralement assez courts. L'autre extrémité du corps s'allonge le plus souvent en une queue ou un stylet mince assez rigide et non contractile, dont la longueur peut égaler celle du corps. Il nous a été impossible de trouver une ouverture buccale, pourtant nous avons cru voir un sillon léger et oblique à la partie antérieure, qui porte les cils. L'intérieur est finement granulé, incolore, sans apparence de nucléus ou de vacuoles contractiles. Quant aux mouvemens, ils sont très lents, quand le mucus vaginal est délayé avec de l'eau ou avec une solution de sucre peu concentrée; car, chose assez remarquable, l'eau est très nuisible à ces animaux. Mis en contact avec elle, ils se gonflent, prennent une forme globuleuse et montrent des vacuoles à l'intérieur; les mouvemens des cils vibratiles continuent encore pendant quelque temps, mais ils se font sans énergie, de sorte que les animaux ne changent pas de place et cessent de se mouvoir après un certain temps. De pareils Trichomonas ont une ressemblance assez prononcée avec des cellules vibratiles, et nous soupçonnons que ceux qui ont émis l'opinion que ces organismes ne se rangent pas parmi les animaux se sont laissé induire en erreur par des préparations traitées avec de l'eau. Si, au contraire, on observe au microscope le mucus vaginal *pur*, on est étonné de la mobilité et de la vivacité de ces petits êtres, et nul doute ne reste sur leur nature.

Nous finirons par faire remarquer que nous avons trouvé les Trichomonas sur beaucoup de femmes enceintes ou non enceintes, saines ou affectées d'écoulement, et que, d'après notre opinion, cet animal n'a aucune relation avec le principe vénérien. Néanmoins, il est bien vrai, comme déjà Donné l'a fait ressortir, que les Trichomonas ne se trouvent jamais dans un mucus vaginal qui ne contient point de globules muqueux ou purulens, et qu'ils se montrent souvent en très grand nombre dans un mucus jaunâtre, crémeux, (non écumeux, suivant Donné) et fortement acide. Le mucus, riche en pareils globules, contient aussi, dans beaucoup de cas, des cryptogames très voisins, sinon identiques avec le *Lepsothrix buccalis*, Rob. Il sera donc toujours permis de dire que l'existence de ce parasite se rattache à une certaine altération du mucus vaginal, et qu'il acquiert son plus grand développement dans une sécrétion vraiment morbide.

Note sur la manière d'obtenir la température de l'air.

M. E. Renou adresse sous ce titre un travail dont nous publions l'extrait suivant :

..... Un grand nombre d'essais m'ont convaincu que le thermomètre ne marque la température de l'air que dans l'obscurité et dans un courant d'air assez vif; ces conditions mènent tout naturellement à la solution de la question. On construira trois enveloppes cylindriques, minces et concentriques, coudées deux fois à angle droit, et dont la plus petite sera noircie à l'intérieur, pour empêcher la lumière de s'y réfléchir et d'arriver jusqu'à la boule d'un thermomètre, placée sous l'axe des cylindres; on peut faire passer à travers l'appareil un courant d'air d'une vitesse suffisante, soit en faisant tourner ensemble le thermomètre et les enveloppes, soit en laissant tout le système fixe et faisant passer un courant d'air dans les trois cylindres à la fois par un moyen mécanique quelconque.

Le moyen le plus simple consiste à construire trois cylindres en ferblanc ayant 12, 8 et 5 centimètres de diamètre, 30 à 40 centimètres de longueur, et terminés à angle droit aux deux extrémités par des coudes de 15 centimètres de longueur, dirigés en sens contraire, de manière que tout le système d'enveloppes prenne à peu près la forme d'un *z*. Dans le sens de l'axe et au centre de l'appareil, on place un thermomètre dont la graduation ne commence qu'au dehors, de manière qu'on puisse le lire sans le retirer. L'appareil étant fixé par le milieu, à un mètre d'un axe horizontal, on lui imprime un mouvement de rotation dans un sens tel, que l'air entre par l'embouchure la plus rapprochée de l'axe et sorte par la plus éloignée.

Pendant le mouvement, l'enveloppe extérieure, quoique influencée par le soleil, prendra une température peu différente de celle de l'air, la seconde ne ressentira presque plus cette influence et la troisième nullement. Le thermomètre ne pourra donc marquer que la température de l'air.

Il est facile de construire, d'après le même principe, un appareil portatif n'ayant qu'un seul cylindre et des enveloppes en étoffe de soie noire, qu'on fera tourner simplement au bout d'un cordon et qui permettra d'étudier la température de l'air partout où l'on voudra. Je m'occupe de la meilleure disposition à donner à ce petit appareil.

Pour obtenir le minimum et le maximum de la température, pour appliquer au thermomètre l'enregistrement photographique ou électrique, et en général pour faire des observations continues, il faut un appareil fixe; les enveloppes, dans ce cas, étant beaucoup plus influencées, il est nécessaire d'en augmenter beaucoup les dimensions; on construira trois enveloppes cylindriques en toile goudronnée ou cirée, de 40, 60 et 20 centimètres de diamètre, horizontales, coudées deux fois à angle droit; le thermomètre, dont la graduation ne commencera qu'à 30 centimètres du centre du réservoir, sera vertical et normal aux enveloppes; on l'observera à la lunette, mais aussi près qu'on le voudra des murs de l'observatoire, pourvu que les enveloppes aillent puiser l'air à 5 ou 6 mètres en avant. L'air sera aspiré par une machine quelconque, ventilateur, hélice, soufflet de grande dimension, piston, chute d'eau ou tirage de cheminée, selon les ressources qu'offriront les localités.

L'air pouvant éprouver une augmentation de température par le mouvement et une diminution par l'effet de la dilatation, il sera nécessaire de déterminer par expérience la très petite fraction de degré dont cette température est altérée.

Il est bon que l'air sortant de l'appareil soit conduit assez loin et divisé, pour éviter la formation d'un courant qui, pendant les temps calmes, le ramènerait trop directement à l'orifice des enveloppes.

Le même procédé donne parfaitement l'humidité de l'air, au moyen de l'indication du thermomètre à boule mouillée, indication qui devient ainsi indépendante des variations de vitesse du vent, car le psychromètre d'August ajoutait cet inconvénient à tous ceux du thermomètre ordinaire; mais il sera indispensable de calculer de nouvelles Tables psychrométriques basées sur des expériences faites dans ces nouvelles conditions. Quant à la graduation des deux thermomètres, on la rend mathématiquement comparable en faisant servir alternativement chacun d'eux comme thermomètre sec ou mouillé.

On obtiendra, au moyen des enveloppes, la véritable température de l'air; car, si l'on arrivait à constater un reste d'influence extérieure sur le thermomètre placé comme je l'ai dit, on est sûr, en faisant varier les dimensions, sans nuire à l'obscurité complète, en employant quatre enveloppes au lieu de trois, les abritant du soleil à grande distance et augmentant la vitesse du courant d'air, de faire marquer au thermomètre la seule température atmosphérique.

La température qu'on obtient n'est que celle du point où l'on observe; pour que cette température soit bien celle de toute la contrée, il faut que l'observatoire météorologique soit en pleine campagne et entièrement isolé; malheureusement, jusqu'ici les observations ont été faites dans l'intérieur des villes, ce qui fournit des nombres toujours trop élevés, mais altérés très diversement, selon les heures de la journée, les saisons et une foule d'autres circonstances.

Toutes ces causes d'erreur seront développées en détail dans les instructions que la Société météorologique m'a chargé de préparer et que j'aurai l'honneur d'offrir prochainement à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 15 Mai 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Note sur l'usage thérapeutique de l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée.

M. le docteur V. Baud, inspecteur des eaux de Contrexéville (Vosges), adresse la note suivante :

Dès l'année 1846, prenant l'un des premiers part à l'entraînement presque général des esprits investigateurs vers l'étude nosologique et thérapeutique de l'intermittence, je me livrai sur cet intéressant sujet, fécond en déductions philosophiques, à des études et à des expérimentations, dont cinq ans plus tard je crus pouvoir soumettre les résultats au contrôle suprême de l'autorité scientifique la plus compétente, de l'Académie de médecine. De tous les agens appelés à combler les lacunes, à éliminer les *desiderata* de la médication quinique, nul autre ne m'avait paru réunir en sa faveur plus de titres que le composé chimique indéfini, quoique constant et spécifique, qui résulte de l'intervention de l'*urée* dans la constitution du *prussiate de potasse*, sel qui, par lui-même, s'était déjà recommandé de précieuses propriétés antipériodiques à nos confrères d'Allemagne et d'Italie.

Dès le lendemain de cette inscription un peu précoce, peut-être, de mon œuvre naissante au rôle académique, quand je retombai brusquement des irrésistibles séductions de la poursuite solitaire de l'inconnu, dans l'éclectique sang-froid de ce dernier quart-d'heure, fort long, sinon éternel du mis en délibéré des commissions académiques, je me donnai pour tâche de repasser en silence, au crible d'une nouvelle expérimentation lente, sévère et réfléchie, les déductions que j'avais cru pouvoir tirer des nombreux faits consignés dans mon mémoire. Je viens donc, aujourd'hui, sobre de détails, pour que mon insistance me soit pardonnée, faire connaître à l'Académie, et par elle à mes confrères, les résultats de ces six années de révision spontanée et de critique autonomique : heureux de m'offrir en expiation des impatiences, coupables sans doute, des innovateurs contre les lenteurs réfléchies, sans doute, des commissions.

Sans autre prétention que celle de spécifier plus nettement, d'après mes nouvelles études, les cas où il faut préférer le sulfate de quinine à l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée, ou celui-ci à celui-là, dans le traitement des affections fébriles ou névropathiques, discontinues, et quelle que soit, d'ailleurs, la valeur nosologique de la dichotomie que je vais prendre pour critérium de ce choix, je concentrerai dans la synthétique unité de la proposition suivante les résultats de mes nouvelles recherches éliminatoires sur le sel de quinquina, et sur l'un de ses succédanés.

Partout où l'élément paludéen, quels qu'en soient d'ailleurs l'agent et le mode d'action, est intervenu primitivement par l'incitation d'une intermittence essentielle fébrile ou névropathique, ou, consécutivement, par l'asservissement au rhythme discontinu d'une affection spécifiquement continue, le sel de quinquina jouit d'une spécificité d'action qu'on peut à peine espérer d'égaler par toute autre médication, mais que, sans doute, on ne dépassera jamais; sur ce terrain qui lui appartient en propre, la quinine prime sans conteste, et ne craint pas plus de rival qu'elle ne réclame de succédané.

Par contre, dans tous les cas où la discontinuité à périodes plus ou moins régulières, plus ou moins espacées, se rattache non plus à la spécialité de la cause morbigène, mais aux conditions fonctionnelles du ou des organes malades, l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée manifeste une efficacité au moins égale, sinon supérieure à celle de son brillant rival. Dans tous les cas, il offre, en outre la garantie d'une innocuité absolue, soit topique, soit générale, d'une abstention non moins absolue de toute autre action que celle antipériodique ou antispasmodique. Cette dissemblance, qui constitue une infériorité d'appropriation thérapeutique d'un grand nombre d'espèces morbides spéciales, devient un avantage précieux quand, ce qui est plutôt la règle que l'exception pour la famille nosologique que je viens d'établir, nous sommes obligés de proportionner la ténacité de notre médication à la persistante ténacité des phénomènes pathologiques; plus précieux encore dans les occurences, ou pour cause de quelque complication viscérale organique, nous craignons que le sel de quinquina fasse payer sa bienfaisance antipériodique par quelque aggravation de cet état complexe.

Dans le cadre tracé, non *à priori*, mais *à posteriori*, non en vue d'un classement d'idées, mais en suite d'une coordination des faits, se rangent les espèces suivantes, toutes plus ou moins spécialement désignées à mon choix par de nombreuses expérimentations suivies de succès :

1° Certaines fièvres intermittentes, originairement paludéennes légitimes, mais déformées sans doute dans le cours de leur longue durée, ou de leur fréquentes récidives et partant et souvent rebelles au sulfate de quinine.

2° L'époque hypersthénique initiale ou persistante des fièvres continues. L'hydroferrocyanate intervient ici, soit en vue d'une hyposthénisation pure de toute dépression des forces organiques, soit comme tempérant de l'éréthisme fébrile traduit en redoublemens plus ou moins réguliers.

3° Celles d'entre les affections spasmodiques, dites par nous idiopathiques ou essentielles, et pour ainsi dire plus ou moins régulièrement discontinues : hystérie, chorée. épilepsie, spasmes divers. Je pourrai, entre autres spasmes justiciables de la médication que je spécifie, citer le spasme laryngien, qui est si souvent confondu, sous le nom de croup, avec la laryngite pseudo-membraneuse, et qui a pour caractère essentiel de procéder par accès le plus souvent nocturnes; le spasme bronchique, soumis à la promiscuité symptomatologique des asthmes, et que j'ai vu prendre la forme d'accès régulièrement périodiques; les spasmes d'origine encéphalo-rachidienne, caractérisés par des phénomènes plus ou moins régulièrement discontinus de perversion des actes sensoriaux ou moteurs; de même encore le spasme épigastrique trop peu étudié, non encore classé, je le crois du moins, la plus constante des expressions symptomatiques de l'irrégulière ou de l'insuffisante répartition de l'élément nerveux, et qui joue un si grand rôle dans l'hybride martyrologie des malades qui se disent incompris, que nous disons imaginaires, et que nous jetons, pour masquer notre impuissance aux gémonies de l'hypocondrie, des vapeurs, voire même de l'humeur noire; l'épilepsie, ai-je dit, et veux-je répéter pour accentuer la restriction *idiopathique*, en même temps que faire un énergique rappel du désolant pronostic accepté contre cette désolante maladie, dont je suis parvenu à triompher, dans un certain nombre de cas, par l'usage gradué et soutenu de l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée.

4° Les névralgies : médication essentielle si la maladie se compose d'accès douloureux sans plus ni moins; médication auxiliaire si une cause permanente agit sur la sensibilité du nerf affecté; l'administration du nouvel agent thérapeutique offre ici une incontestable supériorité d'action.

5° La déplorable série des fièvres hectiques, presque toutes discontinues, exacerbantes, parfois même régulièrement intermittentes. On ne saurait me supposer ici la prétention de guérir. Mais n'est-ce pas quelque chose que la substitution d'une retraite régulière à une tumultueuse déroute; que l'espoir d'un succès de détail, d'une atténuation, parfois même d'un enrayement des exacerbations ou des accès paroxystiques, plus funestes encore au pauvre malade, parce qu'ils lui révèlent sa destruction, que parce qu'ils l'accélèrent.

6° La série bigarrée des fièvres d'accès, de cause et d'origine irrégulières, telles que celles qui succèdent à une vive émotion, à une commotion céphalo-rachidienne, à l'action sur les voies urinaires de certains états pathologiques ou de certaines manœuvres chirurgicales, à l'établissement d'un foyer purulent, à la présence de certains corps étrangers dans quelques points de l'organisme, etc., etc.

En résumé donc, toutes ces fièvres, toutes les névralgies, tous les spasmes, toutes les névroses, où la discontinuité est en quelque sorte idiopathique et non le produit de l'intoxication ou de l'impressionnement paludéens, se rangent plus nettement sous les titres de la médication hydroferrocyanique que sous ceux de la médication quinique, à laquelle la plupart restent même complétement étrangers.

La notable solubilité de ce médicament permet, et son amertume exige son administration sous forme pilulaire. J'ai donné, en général, dans les vingt-quatre heures, de dix à quinze pilules de 15 centig., par doses fractionnées.

Quant aux principes qui m'ont guidé dans le maniement, facultatif en raison de sa parfaite innocuité, du nouvel agent thérapeutique, je les résumerai, en disant que je l'ai prescrit, au plus près possible, lors du début et pendant la plus forte intensité paroxystique des accès ou des exacerbations, soit fébriles, soit névropathiques, m'efforçant, par le rapprochement et l'élévation des doses, d'emporter de prime-lutte les manifestations morbides aiguës, presque toujours très mobiles par cela même, et portant avec elles leur urgence par la douleur ou par le danger dont elles menacent le malade; poursuivant, au contraire, avec ténacité, par la continuité progressive de doses plus ménagées, les affections fébriles et surtout nerveuses à longues échéances d'accès et de dangers.

Nos confrères des départemens et de l'étranger, qui se proposent de visiter l'Exposition universelle, sont prévenus qu'à dater du 1er juin, ils pourront librement disposer, pendant la durée de leur séjour à Paris, du local occupé par l'Union Médicale, soit comme lieu de réunion, soit pour faire leur correspondance. La bibliothèque et les journaux seront mis à leur disposition. Les renseignements dont ils pourraient avoir besoin leur seront donnés avec empressement.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau, mardi prochain 22 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivans, à 11 heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 60. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 22 Mai 1855.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An...............	32 Fr.
6 Mois.............	17
3 Mois.............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Clinique médicale de M. PIDOUX.

Considérations sur la maladie de Bright.

Nous avons dit qu'après l'allocution que nous avons donnée à nos lecteurs, M. Pidoux avait commencé la clinique par faire l'histoire de quelques sujets affectés de maladie de Bright et couchés dans ses salles. Deux de ces malades ont succombé subitement à des accidens apoplectiformes et à une époque inégale de leur affection. Chez le premier on a trouvé un épanchement sanguin considérable dans un des ventricules latéraux, sans déchirure appréciable de la substance cérébrale. Chez l'autre, l'autopsie n'a montré aucune lésion particulière. Tout au plus la pie-mère était-elle légèrement infiltrée de sérosité comme tous les tissus, et même à un moindre degré que les autres tissus de l'économie. L'anasarque était, en effet, considérable chez ce malade. L'altération du rein était peu avancée, mais néanmoins très caractéristique. Après avoir présenté quelques réflexions cliniques sur la terminaison cérébrale si commune dans cette affection et beaucoup plus que dans les autres espèces d'hydropisies générales, M. Pidoux a exposé, sur la nature de la maladie de Bright, ses idées, dont voici le résumé rapide et la substance.

Depuis que la maladie de Bright est connue, une difficulté capitale s'est élevée entre les observateurs. A la vue de ces trois faits presque simultanés : l'altération spéciale des reins — l'albuminurie — l'anasarque et les phlegmasies aiguës ou chroniques disséminées qui se forment dans cette maladie, on n'a cessé de se demander, lequel de ces deux ordres d'altérations morbides, la lésion rénale et l'albuminurie, ou l'altération du sang et des tissus que tout le monde connaît, précède l'autre et en est le point de départ? A quoi les uns ont répondu : Le mal débute par l'altération locale. Cette lésion désorganisant le tissu propre des reins, en fait un filtre qui laisse incessamment passer de l'albumine. Le sérum du sang étant ainsi dépouillé de son élément organique essentiel, se trouve par là, dans la condition la plus favorable à la production des hydropisies, et celles-ci apparaissent partout simultanément. Qu'y a-t-il donc de plus simple? Tout s'explique à merveille. Les autres retournent l'idée. La maladie est d'abord générale. C'est un désordre primitif de la nutrition en vertu duquel le sang se désalbuminise. Le produit de cette élimination s'opère par les reins. Ceux-ci, irrités par cette sécrétion morbide, s'enflamment, des dépôts plastiques s'y font, et, par suite, leur tissu désorganisé est réduit à un parenchyme induré, duquel ont disparu les élémens anatomiques propres de ces glandes. L'organisme épuisé d'albumine dépérit et succombe. Ainsi, pour les uns, la maladie est primitivement locale et les altérations générales sont consécutives. Pour les autres, et le nombre de ceux-ci augmente chaque jour, la maladie est primitivement générale, comme la variole ou la scrofule, et la lésion des reins est consécutive selon le mécanisme que j'ai exposé tout à l'heure.

Lorsque de deux affirmations contraires l'une seule est fausse et l'autre vraie, la difficulté n'est pas insurmontable. Mais quand elles ne sont pas moins erronées l'une que l'autre, l'embarras est extrême, et il faut nécessairement que la question soit mal posée, et dès lors insusceptible d'une solution exacte. C'est ce qui arrive ici. Je m'explique : A mes yeux, Messieurs, la maladie de Bright pourrait être considérée comme une maladie générale de la sécrétion urinaire. Or, la sécrétion urinaire est essentiellement liée à l'évolution et à la nutrition générales de l'organisme. Elle en est inséparable, et a, par conséquent, sa raison d'être, son principe, et, si je puis ainsi dire, sa racine partout. Mais cette fonction générale a un centre d'action, un organe central, un appareil qui la représente éminemment et lui sert d'agent exécutif : c'est le rein. Il correspond avec toute l'économie et sympathise avec elle au point de vue de la sécrétion urinaire, au point de vue du besoin qu'elle a d'éliminer ses élémens albuminoïdes suroxygénés et trop chargés d'azote. La sécrétion urinaire commence donc partout, car partout commence l'uropoïèse ou la formation de l'urée, accomplie et consommée dans le rein. Le rein et toute l'économie sont donc solidaires et essentiellement liés l'un à l'autre. Comme l'organisme entier dont il est une partie importante, l'appareil de la sécrétion urinaire est, chez l'animal, un cercle sans solution de continuité et où l'on ne voit ni le commencement ni la fin. Il n'a son origine ni dans le rein ni partout, mais dans le rein et dans chaque élément organique indivisiblement. La question posée à l'occasion de la maladie de Bright l'est donc aussi vicieusement et aussi insolublement que le serait celle-ci : La sécrétion urinaire chez l'homme est-elle une fonction primitivement locale et se généralisant ensuite; ou primitivement générale et se concentrant, se localisant elle-même peu à peu en un point qui ne serait à ses élémens disséminés, qu'un condensateur mécanique? Ou bien encore, les reins sont-ils produits par l'ensemble des autres organes, ou ceux-ci par les reins? Qui ne voit que ce sont là des questions antiphysiologiques et auxquelles on ne peut répondre ni oui ni non. Ainsi en est-il, je le répète, de celle qu'on se pose sur la maladie de Bright. Avant de le démontrer directement par la pathologie, je dois assurer mes bases physiologiques, et faire voir, tout d'abord, que la sécrétion urinaire est bien une fonction générale de l'économie, centralisée dans le rein. Il me sera plus facile de prouver ensuite, qu'il en doit être de même des altérations de cette fonction, et qu'elles sont et doivent être des maladies indivisiblement et primitivement générales et locales.

Pour cela, Messieurs, consultons l'embryogénie. Méthode vivante de la physiologie, l'embryogénie en forme le trépied avec l'anatomie comparée et la pathologie qui, à d'autres points de vue, reproduisent les mêmes faits généraux et les mêmes lois qu'elle. L'expérimentation physiologique ne vient qu'en second ordre, car elle n'a de valeur et de sanction qu'en se plaçant sur ce trépied pour s'en inspirer et l'affermir.

La sécrétion urinaire s'établit dès les premiers jours de la vie embryonnaire. Elle est contemporaine de la nutrition. Dès le troisième ou quatrième jour de la fécondation de l'œuf des gallinacés, le système digestif ou d'assimilation, représenté d'abord par la vésicule ombilicale, est complété par un système de désassimilation, le système urinaire, représenté, lui, par la vésicule allantoïde. Immédiatement au dessous du point de naissance de la vésicule ombilicale et au niveau de la portion caudale de l'embryon, se forme un autre canal qui va se dilatant vers les organes provisoires de la nutrition de l'embryon, et se place entre le chorion et l'amnios sous le nom d'allan-

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

SUR L'ORIGINE ET L'ÉVOLUTION DES CAUSES MORBIFIQUES.

Tout médecin qui a l'habitude de réfléchir et qui ne se contente pas d'observer ce qui se passe sous ses yeux, a dû se demander bien souvent si les nombreuses maladies de notre cadre nosologique sont la conséquence nécessaire de l'organisation humaine, ou si, au contraire, elles ne sont que des accidens subordonnés au milieu dans lequel nous vivons. Cette question, d'un puissant attrait, m'a longtemps préoccupé et m'a fourni le sujet de quelques pages d'un livre encore à l'état de manuscrit et qui, depuis dix ans, attend en vain un éditeur (1). Une leçon de clinique professée dans ces derniers jours par M. Pidoux et rapportée par l'UNION MÉDICALE (n° du 8 mai), m'a remis en mémoire le chapitre intitulé : *De l'origine des maladies*, etc.; je demande la permission d'en soumettre un fragment aux lecteurs de ce journal, qui y trouveront peut-être un certain intérêt et surtout de remarquables analogies avec les opinions du savant médecin de Lariboisière.

Toutes les maladies que nous connaissons aujourd'hui ne sont pas contemporaines de l'apparition de l'homme sur le globe. Elles ne sont pas davantage une nécessité inéluctable de sa condition. Il est probable, — car on ne peut émettre à cet égard que des conjectures, — qu'aux époques les plus rapprochées de la création, l'homme était exempt d'infirmités et que son existence n'avait de terme, à part les accidens de toutes sortes, que l'extrême vieillesse amenée par l'usure et la détérioration des organes. Tout, en effet, devait être dans la plus parfaite harmonie entre lui et le monde extérieur que la nature lui avait attribué comme domaine; car nous savons que le but précède le moyen par lequel il doit être atteint, et le but assigné à l'homme dans la création générale exigeait indubitablement qu'il fût mis en état de résister aux causes de destruction qui le menaçaient sans cesse. Mais à mesure que l'espèce humaine s'éloigne de son état primitif et inculte, en vertu de sa perfectibilité, les lois de la nature sont transgressées et l'hygiène de l'instinct fait place à des habitudes raisonnées qui durent compromettre plus ou moins gravement les garanties de longévité. En effet, l'homme diffère essentiellement de l'animal, en ce qu'il est doué du libre arbitre et qu'il peut, à son gré, abréger ou étendre, par son industrie, la durée de son existence. De là l'origine des maladies dont il est devenu tributaire. Mais parmi ces maladies, il en est qu'il s'est procuré *directement*, si je puis ainsi dire, par le choix et l'emploi des nombreux agens de son alimentation, par la manière de se vêtir, de se loger, par les rapports sociaux qui sont devenus, chez lui, la source des passions les plus véhémentes et les plus propres à compromettre l'intégrité de ses fonctions. D'un autre côté, viennent les perturbations du globe auxquelles il a coopéré, pour une grande part, par son intervention intempestive, en modifiant la configuration du sol et la composition de l'air atmosphérique, en changeant la direction des vents et la régularité des saisons, en troublant enfin l'ordre préétabli, sans se rendre compte des conséquences désastreuses qu'il provoquait par son incurie, pour les générations à venir. C'est là un second ordre de causes morbifiques que l'homme s'est créées d'une façon *indirecte* et qu'il a léguées à ses descendans.

Il me suffirait, sans doute, pour justifier cette proposition, de rappeler le plus grand nombre des travaux dus au génie humain qui ont marqué les derniers siècles de notre civilisation : les montagnes nivelées ou déboisées, les canaux détournant les eaux de leur cours naturel, les innombrables machines à vapeur lançant dans l'air des torrens de gaz délétères provenant de la combustion de la houille, les bandes de fer sans fin qui, sous forme de rails, sillonnent presque le monde entier, les fils qui transmettent avec la pensée des courans électriques dont nous ne connaissons pas encore toute la portée, les agglomérations humaines dans les grandes cités, dans les camps, les prisons et les bagnes, etc., etc.

Il est vrai que le mal qu'elle a produit, l'industrie humaine peut le réparer et les temps modernes attestent l'influence bienfaisante des progrès de l'hygiène sur la santé publique et sur les chances de mortalité amassées durant les ténèbres du moyen-âge.

Si nous remontons jusqu'aux âges bibliques, nous voyons déjà l'espèce humaine en proie à certaines maladies assez bien décrites par les livres sacrées pour nous permettre de hasarder à leur égard un diagnostic au moins approximatif. Déjà même alors le besoin des médecins s'était fait sentir, et l'on ne peut douter de leur existence au temps de Moïse, d'après différens versets de l'Exode qu'il serait sans utilité de citer ici.

Or, il est une remarque qu'on ne peut s'empêcher de faire quand on consulte ces sources vénérables, c'est que, d'abord, les maladies étaient peu nombreuses, et qu'ensuite il en est quelques-unes dont les analogues ne se retrouvent plus de nos jours. Il n'est même pas besoin de pousser aussi loin ses investigations, et la lecture des auteurs profanes de l'antiquité prouve, elle aussi, que le règne nosologique varie selon les époques, par le nombre et la nature des individualités morbides dont il se compose.

Que si, maintenant, on prend chacune de ces maladies et qu'on étudie son évolution à travers la série des âges, on la voit parcourir ses périodes dans l'humanité avec une tendance non pas à l'aggravation, mais à l'atténuation continue, et si bien qu'elle finit par disparaître complètement.

L'histoire est là pour attester ce phénomène, et rien ne serait plus aisé que de fournir à l'appui de cette assertion une liste assez longue de preuves irrécusables.

Les maladies sont donc essentiellement accidentelles et transitoires.

Nées sous l'empire d'une cause générale ou spécifique, elles suivent dans leur développement les gradations que subit cette cause originelle; mais alors même qu'elles seraient transmissibles par voie de contagion, elles ne pourraient se perpétuer néanmoins, en raison de la loi d'assuétude, qui fait que les organismes deviennent à la longue réfractaires à l'action des poisons les plus violens. Je ne citerai pas comme exemple la variole, dont la léthalité n'est pas comparable à ce qu'elle fut jadis lorsqu'elle décimait les populations. On pourrait m'objecter le préservatif qu'on lui oppose de nos jours, bien qu'il soit notoire que les individus non vaccinés ne succombent pas non plus en aussi grande proportion qu'autrefois. Mais je montrerai la rougeole, la scarlatine, la grippe, etc., toutes affections qui répandaient la terreur là où elles sévissaient il y a à peine un siècle.

Considérées à ce point de vue rétrospectif et éminemment philosophique, les espèces morbides apparaissent sous un jour tout nouveau qui rejaillit sur le pronostic et illumine les horizons de la science d'un éclat inattendu.

Essayons d'appliquer les données qui précèdent à une unité pathologique bien tranchée, et dont les descriptions ne puissent donner lieu à aucune équivoque. Il est impossible de choisir mieux que la *syphilis*. Eh bien, que remarquons-nous?

Dès son apparition en Europe, vers la fin du XV[e] siècle, la vérole exerce les plus formidables ravages; puis, et à mesure qu'elle s'éloigne de sa période d'invasion, on la voit affecter la marche de la même maladie chez un individu isolé. D'abord, prédominent les symptômes primitifs et elle revêt le type aigu; ensuite, par une décroissance successive et ménagée dans son intensité, elle arrive jusqu'à nous, infiniment amoindrie et presque transformée. Son type actuel est la chronicité, et ses phénomènes les plus saillans peuvent être rapprochés de la période tertiaire. Il en est de même du *processus* de toutes les maladies étudiées dans leur ensemble, et en considérant l'humanité tout entière comme leur *support*.

On a discuté longuement sur l'origine de la syphilis; et tandis que les uns placent son berceau dans le Nouveau-Monde, il en est d'autres qui prétendent en trouver les traces dans les livres mosaïques. Quoi qu'il en soit de cette dissidence, nous pouvons affirmer que les maladies vénériennes, virulentes ou non, ont eu un commencement *accidentel* chez l'homme, et qu'elles auront de même une fin, dans un temps donné, et les progrès de l'hygiène aidant. Et, je le répète, dans la crainte que ma pensée ne soit pas suffisamment comprise, la preuve que la syphilis, non plus qu'aucune autre maladie, n'est le lot inévitable de l'espèce humaine, c'est que toutes elles manifestent une tendance visible à la dégénérescence, et finalement à l'innocuité.

Pour résumer en quelques mots ce qui précède, je dirai :

1° Les maladies ne sont pas, chez l'homme, un résultat fatal de son organisation, mais une conséquence accidentelle de l'usage qu'il fait de son libre arbitre.

2° Chaque espèce pathologique a une durée limitée et présente, dans la série des âges, des périodes comparables à l'évolution d'un cas isolé de la même espèce.

3° Le nombre des maladies ira sans cesse en décroissant, à mesure que se perfectionnera la science de l'hygiène.

D[r] Alex. MAYER.

(1) *Traité des cachexies, selon les doctrines hippocratiques.*

toïde. Cette vésicule communique par le canal dont j'ai parlé avec une autre vésicule qui appartient aux appareils définitifs du nouvel être, et sera plus tard la vessie urinaire. L'allantoïde disparaît quand l'appareil urinaire central est formé; et le canal qui faisait communiquer la vessie provisoire ou l'allantoïde avec la vessie définitive, s'oblitère et devient ce cordon massif nommé ouraque, qu'on voit uni au paquet des vaisseaux ombilicaux.

Or, Messieurs, que contient l'allantoïde? Un liquide dans lequel on a trouvé à un état rudimentaire et encore imparfait, les élémens constitutifs de l'urine. Ainsi, il n'y a pas encore de reins visibles déchargeant l'urine dans un réservoir spécial, et déjà de tous les points de l'embryon est sécrété un fluide excrémentitiel qui est l'analogue de l'urine chez le fœtus extra-utérin. La fonction uropoïétique ne paraît pas encore centralisée; elle se fait immédiatement partout. Elle est donc aussi générale que la nutrition. Puis, les corps de Wolff ou *faux reins, reins provisoires*, se forment le long du rachis et sont enfin remplacés par les reins permanens unis au moyen des uretères à la portion intérieure et persistante de l'allantoïde devenue la vessie. Voilà l'organisme uropoïétique formé et localisé.

Mais de ce que la sécrétion urinaire a maintenant un appareil particulier, un organe exécutif, s'en suit-il que cette fonction soit toute locale et qu'elle ait cessé d'être aussi générale qu'auparavant? Nullement, Messieurs. La sécrétion, au lieu de commencer et de finir partout, continue à commencer partout pour se consommer aux reins. Elle est générale et locale tout à la fois et solidairement. C'est, je le répète, une fonction générale centralisée. Sans cela, à quel besoin de l'économie répondrait le rein? De quoi serait-il l'organe? Il existerait donc pour lui-même? S'il en est autrement, c'est qu'il a son principe dans un besoin général de l'économie; c'est que chaque cellule, chaque fibre, ont un rapport avec lui, sympathisent avec lui au point de vue de la sécrétion urinaire, laquelle, effectivement, commence partout et s'achève en lui. En veut-on la preuve? L'analyse du sang va nous la fournir. Le sang à l'état normal contient une certaine quantité d'urée. Extirpe-t-on les reins? cette quantité augmente considérablement, et, au bout de quelques jours, les animaux succombent à une fièvre d'infection urineuse. La sécrétion urinaire est donc une fonction indivisiblement générale et locale dont l'appareil, une fois complet, forme un cercle où on ne retrouve ni le point initial ni le point terminal, l'un ne pouvant pas se concevoir sans l'autre.

Mais, dira-t-on, vous venez précisément de nous prouver le contraire en nous montrant dans l'embryogénie la sécrétion urinaire primitivement générale, et, sans cesser de rester telle, se localisant ensuite. Oui, mais une fois l'organisme développé et l'appareil urinaire complet, ses deux pôles, si je peux ainsi dire, sont solidaires et il y a entre eux une réciprocité d'action qui n'en fait plus qu'un seul et même système où tout se commande. Le travail incessant de la sécrétion élémentaire ou générale devient le stimulus incessant du travail de la sécrétion centrale; et réciproquement, celui-ci provoque, excite, entretient incessamment celui-là. C'est un seul et même appareil qui a ses racines ou ses forces élémentaires partout, et sa force centrale et représentative dans le rein. L'économie entière urine par les reins. On ne la conçoit pas plus sans ces organes que ces organes sans elle. Sans doute, une altération accidentelle de ce grand appareil peut commencer soit par son centre, soit par sa circonférence, si je peux ainsi dire. Toutefois, la fonction est une, l'appareil est un, et s'il est affecté primitivement dans sa fonction, il le sera simultanément dans la vie de toutes ses parties. Les altérations visibles ou physiques pourront apparaître successivement, mais le désordre fondamental sera primitivement général, primitivement centralisé. Nous voici insensiblement amenés devant la maladie de Bright; et, surtout, nous tenons le fil qui peut nous aider à sortir de la double fausse question qu'on se pose à l'endroit de cette maladie.

Certes, il ne manque pas de maladies qui affectent primitivement le rein et secondairement l'économie entière; puis, de maladies d'abord générales où le rein est altéré consécutivement. Mais vous allez voir, Messieurs, que la marche et le caractère de ces deux ordres de maladies du rein, n'ont rien de commun avec la maladie de Bright.

Supposons d'abord la néphrite primitive la plus simple et la plus exclusivement locale, une néphrite traumatique. Comment et dans lesquels de ses élémens le rein en souffre-t-il? Le rein est affecté par une inflammation simple qui peut ne le léser en rien dans ses propriétés et son organisation uropoïétiques. Il est enflammé dans ses tissus généraux, dans les élémens organiques qu'il a en commun avec tous les autres appareils de l'économie. Ce sont le tissu cellulaire, les vaisseaux de tout genre, les nerfs, etc., mais l'organe ne souffre pas essentiellement et primitivement dans sa fonction spéciale. C'est comme si je disais qu'une névrite n'est pas une maladie nerveuse, une perversion immédiate et essentielle de la sensibilité, et qu'une encéphalite n'est pas la folie. Par suite de cette néphrite, l'organisme pourra ressentir des troubles généraux dans ses autres fonctions générales; mais tant que le rein ne sera pas essentiellement troublé dans sa fonction sécrétoire, la sécrétion élémentaire et générale, ou *totius substantiæ*, ne sera pas atteinte, elle non plus, et l'organisme restera sain sous ce rapport. Mais qu'elle le devienne, et immédiatement l'uropoïèse générale souffrira, sinon à la manière dont elle souffre et s'altère dans la maladie de Bright, — car celle-ci forme une espèce à part primitivement générale et locale, — au moins, elle souffrira partout et d'une manière qui se rapprochera assez de celle qui se manifeste chez les animaux à qui on a extirpé les reins et chez les individus qui éprouvent de l'anurie par une cause éloignée quelconque. Voilà un exemple des deux espèces de troubles généraux de l'économie, produits par une maladie des reins primitivement locale.

Les exemples d'affections locales du rein, consécutives à des altérations morbides générales de l'organisme, n'offrent que l'embarras du choix. Dans les fièvres éruptives, la scarlatine en particulier, dans la fièvre typhoïde, dans le scorbut, dans la morve, les fièvres purulentes, les scrofules, vous savez, Messieurs, que les reins portent la trace de congestions, de phlegmasies, d'hémorrhagies, d'altérations profondes de leur tissu tout à fait secondaires. Et il n'y a rien là, comme rien dans leurs affections primitivement locales, qui ressemble de près ou de loin à la maladie toute particulière que nous étudions, maladie qu'il est impossible de faire marcher des reins vers l'économie entière ou de celle-ci vers les reins, et qui, dès lors, est bien une maladie toute spéciale de la sécrétion urinaire prise dans son ensemble et sa vaste unité, et, par conséquent, une maladie où toute l'économie uropoïétique, représentée par les reins, est primitivement et essentiellement malade comme telle. Mais comment est-ce qu'elle l'est? D'une manière que l'observation seule peut nous montrer, et que je vais essayer de vous faire voir, mais en gros, car tout détail trop fin et trop prétentieux, toute précision pathologique poussée trop loin seraient encore prématurées; et les chimistes, et les micrographes, à qui nous devons presque tout ce que nous commençons à savoir d'un peu intime sur la maladie de Bright, sont sans doute beaucoup trop faciles sous ce rapport. Les explications les plus exactes ne leur coûtent rien. Cela seul prouverait, peut-être, qu'elles n'ont pas beaucoup de valeur. C'est un besoin de l'esprit qu'on leur permet de satisfaire en retour de ce qu'ils ont acquis à la clinique; et surtout, c'est un stimulant qui peut les pousser à des recherches nouvelles.

J'ignore comme vous, Messieurs, la nature et l'essence de la cause qui semble affaiblir et pervertir la sécrétion urinaire dans la maladie de Bright. Mais ce que je sais bien, c'est qu'il n'y a pas de montagne plus colossale que l'erreur qui fait consister essentiellement cette maladie dans la perte pure et simple d'une certaine quantité d'albumine par les urines; soit qu'on imagine que le rein troué comme un crible et incapable de retenir ce principe, le laisse passer mécaniquement, et qu'ainsi, on fasse l'altération rénale non seulement primitive, mais physique; soit qu'on se figure, un peu moins grossièrement, que, par suite d'une dégénération intime de la nutrition et de l'hématose, la désalbuminisation du sérum du sang commence partout, et que le rein ne soit que l'émonctoire accidentel et passif de cette élimination. Dans cette hypothèse, la lésion caractéristique et toute spéciale des reins serait un effet ultime et purement éventuel de l'albuminurie. Cette dernière théorie est moins étroite que la première; mais elle n'est pas moins fausse.

Dans une foule de maladies dont le principe pathologique n'a rien de commun, une certaine quantité d'albumine est évacuée avec les urines, et on ne voit jamais, dans ces divers cas, se produire l'altération dite granuleuse des reins, qu'on a comparée, avec assez de raison, à une cirrhose de ces glandes. D'ailleurs, que disent les faits? Que, dans une maladie de Bright aiguë, la fièvre, les phlegmasies disséminées, l'anasarque, une néphrite spéciale et l'albuminurie sont des phénomènes simultanés et contemporains. Autre fait non moins grave : non seulement, dès ce moment, l'urine contient en plus un principe qu'elle ne devrait pas contenir, l'albumine; mais elle renferme en moins son principe essentiel et caractéristique, l'urée, comme aussi moins de sels. Et la diminution de ces matériaux solides, si fondamentaux dans l'urine, va croissant au fur et à mesure que la maladie s'aggrave. Or, au début de la maladie, on ne peut pas encore invoquer l'anémie pour expliquer ce changement. Si l'urine des sujets anémiques, quelle que soit d'ailleurs leur affection, est pauvre en urée et en sels, je crois qu'ici cette diminution se lie autant à la nature de la maladie qu'à la cachexie qui l'accompagne.

(La suite au prochain numéro.)

HYDROLOGIE.

DE LA MATIÈRE ORGANIQUE DES EAUX MINÉRALES DE VICHY;

Sa nature, son existence à l'état de végétation et à l'état latent dans ces eaux; — sa volatilité et sa présence dans leurs vapeurs; — importance présumée de son rôle;

Par le docteur Ch. PETIT, médecin-inspecteur des eaux de Vichy.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 17 et 19 Mai.)

Déjà, je savais que toutes les sources de Vichy donnent à l'odorat une impression plus ou moins sensible d'acide sulfhydrique, mais toujours très éphémère.

J'étais sûr aussi qu'en examinant les vapeurs produites par les eaux de ces sources, j'y trouverais de l'acide carbonique, qui, s'en dégageant sans cesse, devait nécessairement se dissoudre dans leurs vapeurs, et s'y condenser en partie avec elles; mais il me restait à savoir si ces vapeurs entraînent avec elles quelques-uns des autres principes que ces eaux contiennent.

Pour m'éclairer sur cette question, j'ai pensé qu'il était nécessaire que des recherches chimiques fussent faites, non seulement sur des vapeurs produites par la distillation de l'eau minérale, mais aussi sur celles qui se dégagent naturellement des sources. J'ai donc fait recueillir avec le plus grand soin, à l'aide d'un appareil convenable, de la vapeur dégagée naturellement de la source de la *Grande-Grille*, dont la température est de 42 degrés centigrades, et je me suis procuré ainsi, par la condensation de cette vapeur, un demi-litre environ d'un liquide parfaitement limpide.

J'ai fait en même temps distiller, à 100 degrés, dans une cornue de verre, très bien lavée et parfaitement séchée, de l'eau minérale des sources de la *Grande-Grille* et de l'*Hôpital*, et j'ai réuni ainsi, en produit distillé, trois litres de chacune de ces deux sources.

J'ai alors prié M. O. Henry de vouloir bien faire l'analyse de ces produits, et y chercher ce qui aurait pu être entraîné avec la vapeur. Cet habile chimiste, qui a une si grande habitude de l'analyse des eaux minérales, a bien voulu se charger de cette recherche, et il s'en est occupé avec le plus grand soin et un véritable intérêt.

Voici les résultats qu'il a obtenus:

Le premier liquide, celui provenant des vapeurs dégagées naturellement de la source de la Grande-Grille, a été évaporé dans une capsule de verre, à une douce chaleur; il a perdu assez vite le caractère d'acidité qu'il présentait d'abord au papier bleu de tournesol, et qui provenait de l'acide carbonique que l'eau tenait en dissolution. Bientôt il s'y est formé des flocons blancs, légers, de nature organique. Ces flocons sont devenus plus abondans en continuant l'évaporation, et ont pris une coloration tantôt bleuâtre, tantôt rosée; enfin, il est resté, avec un peu de liquide, un précipité organique assez abondant. Ce dépôt, lavé et calciné ensuite avec de la potasse de la pureté de laquelle M. Henry s'était assuré, a fourni des traces non douteuses d'iode.

Les liqueurs provenant de la distillation de l'eau des sources de la Grande-Grille et de l'Hôpital, étaient aussi parfaitement limpides. Acidules au tournesol, elles ont perdu par la chaleur cet état acide, dû à l'acide carbonique, et, bientôt, elles se sont progressivement troublées, comme dans le premier essai, par des flocons blancs, légers. L'évaporation ayant été continuée, on a obtenu, comme dans le cas précédent, des flocons plus abondans, rougeâtres ou vert-bleuâtres, et, enfin, il est resté une petite quantité de liquide, qui a été filtré, et dans lequel le chlorure palladique a indiqué de l'iode. Le dépôt lavé et calciné avec de la potasse pure (tout à fait exempte d'iode), a montré, comme dans le premier cas, la présence du principe iodique. L'eau a donné, de plus, des indices de carbonate d'ammoniaque.

Dans d'autres essais que j'ai désiré faire depuis, dans le but surtout de m'assurer si, comme je l'avais constaté, à l'aide du microscope, relativement aux globules existant dans l'eau minérale naturelle, l'eau distillée provenant des vapeurs condensées de cette même eau, contient plus ou moins de matière organique, suivant que l'eau minérale naturelle a été puisée à la surface des bassins ou au point d'émergence des sources, j'ai pu me convaincre que, en effet, l'on arrivait ainsi aux mêmes résultats qui ressortaient déjà de l'étude des globules, c'est-à-dire que l'eau minérale puisée à la surface des bassins contient plus de matière organique latente que celle prise aux points d'émergence des sources.

M. Henry a profité de ces nouveaux essais pour rechercher lui-même d'une manière plus particulière qu'il ne l'avait fait, lors de notre première étude des vapeurs des eaux de Vichy, si ces vapeurs n'entraînent pas aussi avec elles quelques autres principes salins des eaux. Après avoir fait évaporer à une douce chaleur l'eau distillée, provenant de la condensation des vapeurs de ces eaux, il a réuni une certaine quantité du résidu floconneux qui se forme dans ce cas, et, après s'être assuré que ce résidu avait une alcalinité très notable, il l'a carbonisé, et cette carbonisation lui a paru laisser de la silice et un peu de carbonate alcalin.

Désirant, pour plus de certitude, s'éclairer sur ce point du secours du microscope, M. Henry a réuni d'autres flocons de cette même matière, et, après l'avoir soumise à une évaporation à siccité, il m'en a remis le résidu que nous avons examiné, M. Haime et moi, et dans lequel nous avons constaté, comme le résultat de la carbonisation faite par M. Henry le faisait d'ailleurs présumer, indépendamment des fibrilles desséchées de la matière organique, la présence de quelques petits cristaux de carbonate de soude, au milieu d'une autre cristallisation confuse, mal déterminée, constituée, néanmoins, par le même sel, seulement, peut-être, alors mélangé à une petite quantité d'autres sels alcalins et de silice.

Pour rendre cette démonstration plus complète encore, M. Henry a ensuite ajouté un peu d'acide sulfurique à ce résidu, et il s'y est formé, au bout de quelques jours, des cristaux bien manifestement de sulfate de soude.

Enfin, nous avons examiné au microscope, avec toute l'attention possible, dans quel état se trouve la matière orga-

nique dans l'eau distillée provenant des vapeurs condensées des eaux de Vichy, et nous n'y avons plus trouvé que de la matière morte, c'est-à-dire des fibrilles n'ayant plus que l'aspect de squelettes de végétation, et des globules alors plus ou moins déformés, aplatis, comme déchirés dans quelques points, ayant plutôt l'apparence de cellules vides que de véritables globules; ne présentant plus, enfin, aucun caractère qui puisse y faire supposer encore un reste de vie. L'examen des flocons qui se forment dans cette eau distillée, lorsque, par l'évaporation à une faible chaleur, elle se trouve réduite au douzième environ de son volume primitif, nous a montré le même état de la matière organique; seulement, les fibrilles, ce canevas de cette matière, y étaient plus nombreuses, plus rapprochées, et les globules y étaient encore un peu plus altérés.

Ainsi, il résulte de ces diverses recherches que la matière organique latente que nous avons vue dans les eaux naturelles de Vichy, à l'aide du microscope, sous la forme de globules plus ou moins développés, et ayant tous les caractères qui peuvent faire supposer qu'ils sont doués de la vie, est très volatile, qu'elle est entraînée avec les vapeurs qui se dégagent de ces eaux, qu'elle entre dans leur composition, associée à une petite quantité d'iode et très probablement aussi de brome, et que ces vapeurs entraînent en même temps de l'acide carbonique et des quantités minimes d'acide sulhydrique, de carbonate d'ammoniaque, de carbonate de soude, et vraisemblablement aussi d'autres sels alcalins et de la silice.

On voit aussi que cette matière organique, qui se trouve à l'état latent, et dans l'eau minérale naturelle et dans l'eau distillée provenant des vapeurs condensées de cette eau naturelle, peut être mise en évidence par l'évaporation, à une faible chaleur, de cette eau distillée (1), mais qu'alors, bien qu'on ne la trouve plus dans les flocons sous la forme desquels elle se montre par suite de cette évaporation, qu'à l'état de matière morte, elle s'y présente cependant avec toute l'apparence d'une certaine organisation qui donne assez bien aux fibrilles qui la constituent l'image de la charpente de la matière verte lorsque cette dernière matière a déjà reçu un commencement d'organisation.

En résumé, s'il était vrai, ainsi que les faits et les considérations qui précèdent me portent à le croire, que la matière verte des eaux prend naissance dans les globules de la matière latente, comme les végétations qui constituent la première matière varient suivant la nature des eaux où elles se produisent, ne serait-on pas fondé à croire que toutes les eaux ne contiennent pas la même matière organique, et ne pourrait-on pas en déduire que chaque eau minérale a, en quelque sorte, sa vie propre et qu'elle emprunte de sa matière organique des propriétés particulières ?

Cette génération, aux rayons du soleil, de la matière verte par celle que l'eau tient en dissolution me semble, je le répète, très admissible et même très probable; mais les phénomènes de germination qui précèdent l'apparition de la matière verte à la surface des bassins n'ayant pas encore été suivis dans toutes leurs phases, il est impossible de donner le fait comme démontré.

J'ajouterai pourtant une remarque qui semble montrer une certaine analogie entre la matière verte des eaux de Vichy et leur matière organique latente. Nous avons vu que, quand on conserve de la matière verte, avec un peu d'eau minérale, dans un flacon jusqu'à ce qu'il s'y développe un certain degré de fermentation, l'eau minérale qui recouvre la matière verte nous offre une couleur verte par réfraction et rouge par réflexion, et que Vauquelin, qui, le premier, a observé ce phénomène, dit que, dans l'examen chimique qu'il a fait de la matière verte, il y a reconnu trois variétés ou plutôt trois états différens de la même substance, avec des colorations, deux surtout, bien distinctement bleues et jaunes, et des réactions chimiques différentes; nous avons vu ensuite que, lorsque M. Henry s'occupait de faire évaporer dans son laboratoire l'eau provenant de vapeurs condensées des eaux de Vichy et d'étudier ce qui se passait dans cette expérience, le même phénomène s'est manifesté dans les flocons de matière organique qui se sont formés par suite de cette évaporation. Or, cette production du même phénomène, et dans l'eau naturelle de Vichy, quand elle contient de la matière verte et que la fermentation s'empare de cette matière, et dans les flocons de la matière organique latente, qui se forment pendant l'évaporation du liquide provenant de ses vapeurs condensées, n'autoriserait-elle pas à penser qu'il y a en effet une certaine analogie, quelque chose de commun entre ces deux matières ?

Le rôle que joue la matière organique des eaux minérales dans leurs applications thérapeutiques a été très peu étudié jusqu'à présent : aussi nous est-il à peu près inconnu; cependant cette matière mériterait peut-être une plus grande attention de la part des praticiens et des chimistes. Dans l'état si parfait de dissolution où elle se trouve dans ces eaux, n'intervient-elle pas dans les combinaisons qu'y forment leurs élémens minéralisateurs, et chaque espèce d'eau minérale n'emprunte-t-elle pas à sa matière organique quelque chose de particulier qui ajoute à son action ou qui la modifie ?

Vauquelin, après avoir fait l'examen chimique de la matière verte produite par les eaux de Vichy et en avoir reconnu la composition, avait déjà vraisemblablement estimé que les élémens de cette matière en dissolution dans ces eaux ne devaient pas être sans influence dans l'action qu'elles exercent sur l'économie, lorsqu'il nous a dit : « On conviendra sans » doute que des eaux minérales qui contiennent de pareilles » substances ne sont pas faciles à imiter, et, quand on entend » dire qu'en ce genre l'art est l'émule parfait de la nature, on » est tenté de rire de pitié. »

(1) On peut également mettre cette matière organique en évidence, en évaporant de la même manière de l'eau minérale naturelle; mais, comme par l'effet de cette évaporation, il se forme, dans ce cas, au fond de la capsule qui contient l'eau à évaporer, une sorte de magma, produit par les élémens de l'eau, devenus insolubles, la matière organique se trouve alors tellement mêlée à ce précipité, qu'il devient difficile de bien l'étudier.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 15 Mai 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

M. BAILLARGER continue ainsi :

Le traitement moral ne consiste pas seulement, je le sais, à provoquer ainsi à un moment donné une impression plus ou moins forte. Il doit être longtemps continué. Il faut tenir le malade en haleine, le harceler pour ainsi dire et ne pas lui laisser de répit jusqu'à ce qu'on ait modifié ses idées. Tout cela est vrai, mais la maladie qui cède, en partie au moins, à ces luttes longues et opiniâtres, n'est déjà plus celle qu'on guérit par un simple raisonnement ou par quelques paroles. Or, ce que je combats ici, c'est surtout l'opinion que M. Bousquet a formulée dans les termes que je viens de rappeler.

En résumé, ne voir dans l'aliéné qu'un homme qui se trompe ; assimiler la folie à une erreur qui domine l'esprit et dont l'origine est presque toujours une mauvaise passion ; prétendre guérir les fous par de simples raisonnemens, c'est arriver, presque à son insu, à spiritualiser la folie, à ce point que la dénomination de *maladie de l'âme* s'est présentée naturellement.

Soit qu'on envisage la folie au point de vue de la philosophie, de la morale ou de la médecine, c'est là, je le crois, une tendance fâcheuse, et on comprend que M. Moreau ait songé à réagir contre elle. Il faut donc s'en tenir à l'opinion populaire et reconnaître tout simplement dans la folie une maladie du cerveau.

Je n'insiste pas plus longtemps sur ce sujet et je passe à la question nosologique.

Je rappellerai que M. Bousquet, après avoir critiqué la division du délire partiel et de la manie, après avoir rappelé les transformations que présente souvent la folie, ajoute, d'une manière générale, qu'en fait de classification les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres.

Il y avait ici, je crois, deux choses à distinguer, et je regrette que M. Bousquet n'ait semblé en voir qu'une seule. Ces deux choses sont : d'une part, les classifications établies pour séparer les unes des autres les différentes maladies mentales ; et d'autre part, les distinctions qu'on a faites entre les diverses variétés de la folie proprement dite.

M. Bousquet, je n'en doute pas, eût atténué la sévérité de son jugement, s'il eût envisagé ces deux points au lieu de ne voir que le dernier :

C'est, en effet, dans la classification des maladies mentales, considérées d'une manière générale, que la science a surtout, à mon avis, réalisé d'assez grands progrès.

Je me bornerai à citer les deux faits suivans :

Sous le nom d'*idiotisme*, Pinel réunissait trois maladies différentes, et qu'Esquirol a très nettement séparées. Ce sont l'idiotie congéniale, la démence au dernier degré, et enfin ce qu'on a appelé depuis démence aiguë, stupidité ou mélancolie avec stupeur.

Esquirol, Messieurs, en établissant ces distinctions, en débrouillant ce chaos, ou se trouvaient confondues, sous la même dénomination, des choses si différentes, Esquirol n'a-t-il pas rendu un véritable service à la science ? Ces distinctions ont-elles jamais été contestées ? Ne sont-elles pas faciles à établir dans la pratique ? Poser ces questions, c'est en même temps les résoudre, et toute discussion à cet égard serait superflue.

Je passe au second fait. Il y a trente ans environ, une maladie nouvelle a été découverte dans les asiles d'aliénés. Elle a d'abord été regardée comme une complication de la folie. Esquirol et Georget, qui ont commencé à la décrire, voyaient, chez l'aliéné paralytique, deux affections distinctes : la folie d'une part, la paralysie générale de l'autre. Plus tard, M. Bayle a montré que ces deux maladies ne devaient être considérées que comme deux ordres de symptômes d'une seule et même unité morbide, et la paralysie générale a été ainsi définitivement constituée.

Aujourd'hui, quand on nous amène un aliéné, notre premier soin est de rechercher s'il est atteint de folie simple, ou si c'est un fou paralytique ; et dans l'immense majorité des cas, le diagnostic n'offre point de difficultés.

Nous avons même, à la Salpêtrière, deux sortes de registres où sont inscrites séparément, dès leur entrée, ces deux classes d'aliénées.

Voilà donc encore une aliénation facile à distinguer, et que Pinel confondait avec toutes les autres. Quand on songe à tout ce que cette confusion entretenait d'erreurs dans l'histoire générale de la folie, n'est-on pas forcé d'admettre que la science, ici encore, a réalisé un très grand progrès ? M. Bousquet le reconnaît si bien, qu'il proclame avec raison, dans son rapport, que c'est là une des plus précieuses acquisitions de la science moderne.

Quand il n'y aurait, Messieurs, que les deux faits que je viens d'énoncer, serait-il équitable de dire qu'en fait de classification, les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres?

Je sais bien que les critiques de l'honorable rapporteur ne portent pas sur les classifications des maladies mentales, mais seulement sur les distinctions établies entre les diverses variétés de la folie proprement dite. Je dis seulement qu'en formulant d'une manière générale ce jugement si sévère, que les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres, il eût été équitable de rappeler les principaux progrès que la science a réalisés sous ce rapport depuis quarante ans.

J'arrive maintenant à l'objection véritable présentée par M. Bousquet : « Il se mêle, dit-il, presque toujours un peu de manie dans le délire partiel, tandis qu'il est bien rare que les délires maniaques soient sans prédominance d'une ou de plusieurs séries d'idées particulières. » Cette objection, je le dis à regret, ne me paraît pas bien choisie, et je vais essayer de le démontrer.

M. Bousquet semble croire, en effet, que l'étendue du délire est le seul caractère important de la manie. Or, il n'en est pas ainsi, et il me suffira, pour le prouver, de citer un auteur dont personne ne méconnaît la grande autorité. Je veux parler de M. Guislain.

« Le caractère pathognomonique le plus général de la manie consiste, dit-il, dans l'exagération, l'exaltation, l'agitation, les passions agressives. »

Puis il ajoute que cette maladie porte généralement avec elle : la pétulance, la force, la puissance.

Vous le voyez, Messieurs, il n'est pas même question du délire et de son étendue.

Esquirol avait aussi très bien remarqué que la manie peut exister et même existe très souvent sans que le délire soit véritablement général. Il me suffira, pour ne pas laisser de doutes à cet égard, de rappeler la manière dont il a répondu aux critiques qu'avait soulevées le mot monomanie.

« On nie, dit-il, qu'il existe des monomaniaques. On prétend qu'il n'y a pas d'aliéné déraisonnable sur un seul objet...... Je demanderai si les maniaques déraisonnent toujours et sur toute sorte de sujets ; si toujours toutes leurs facultés intellectuelles sont perverties. »

J'ajouterai, Messieurs, qu'il suffirait de se reporter aux traitemens si différens, employés contre la manie et contre le délire partiel, pour rester convaincu que la distinction de ces deux maladies n'est pas aussi embarrassante dans la pratique que paraît le croire M. Bousquet.

Quel est le traitement le plus généralement adopté pour combattre la manie ? ce sont les bains prolongés. M. Ferrus, l'année dernière, a fait à l'Académie un rapport dans lequel il insiste de nouveau sur l'efficacité de ce moyen.

Comment, au contraire, combat-on le délire partiel ? Personne ici n'a songé aux bains prolongés, et on a surtout préconisé le traitement moral, et, dans ces dernières années, l'influence de la religion. Or, si les médecins ne sont pas d'accord sur la part plus ou moins grande qu'il convient de faire à ces derniers moyens dans le traitement du délire partiel, il n'est personne qui révoque leur utilité en doute. Il en est tout différemment pour la manie.

Quand M. Leuret parle de l'emploi du traitement moral, il ne prétend pas l'appliquer à tous les malades indistinctement ; il commence, au contraire, par éliminer les malades chez lesquels on observe « de l'apathie, de l'agitation, de la loquacité. »

De même pour l'influence religieuse on a bien eu soin de spécifier que ce moyen était surtout précieux pour les nombreux malades atteints de délire partiel.

Comment supposer, Messieurs, que deux affections dont l'une réclame l'emploi des bains prolongés, et l'autre, l'emploi des moyens moraux, soient si difficiles à distinguer dans la pratique.

La différence si tranchée des indications ne suffit-elle pas pour prouver toute la distance qui sépare les deux maladies.

Au reste, je n'ai en aucune façon l'idée de nier les difficultés qu'on éprouve dans un certain nombre de cas pour classer les différens genres de folie.

Ces difficultés existent dans toutes les maladies, elles sont plus grandes dans les névroses, et les vésanies en particulier constituent moins que les autres une exception. Il y a partout, on le sait, entre les types des cas intermédiaires qui établissent une sorte de transition et c'est là le véritable terrain des difficultés.

Je disais, il n'y a qu'un instant que l'exemple du délire partiel et de la manie n'était peut-être pas, au point de vue de M. Bousquet, complètement bien choisi. J'ajouterai, en effet, que la mélancolie et la manie lui auraient peut-être fourni un meilleur argument.

Il me serait facile de faire ici, pour la classification des différens genres de folie, ce que j'ai fait pour celle des maladies mentales en général, et de montrer que la science a réalisé aussi, sous ce rapport, quelques progrès ; mais je craindrais de me laisser entraîner à de trop longs détails et d'abuser des momens de l'Académie.

En résumé, je crois, Messieurs, que la critique de notre collègue, a été trop générale et son jugement trop sévère. En outre, il eût fallu, comme je l'ai dit en commençant, avoir soin de distinguer la classification des maladies mentales en général, et celle des différens genres de folie en particulier. Je suis loin, d'ailleurs, de me plaindre des critiques que M. Bousquet a adressées aux médecins aliénistes en général, puisqu'elles m'ont fourni de nouveau l'occasion de rappeler les travaux d'Esquirol et les services qu'il a rendus à la science.

Je partage en grande partie, Messieurs, l'opinion de l'honorable rapporteur sur la question anatomo-pathologique. Je n'aurais donc, ici, qu'à reproduire, en les développant, les argumens qu'il a présentés. Je ferai une seule remarque à propos des auteurs cités par M. Bousquet, comme s'étant *sérieusement* occupés d'anatomie pathologique. Ces auteurs seraient Pinel, Esquirol, Georget et M. Lélut.

Si on excepte M. Lélut, qui a fait un travail spécial et très étendu sur l'anatomie pathologique, on ne saurait, je crois, citer les trois autres d'une manière si exclusive.

Non seulement Pinel n'a pas fait de recherches importantes sous ce rapport, mais ce qu'il eût pu faire était d'avance presque frappé de nullité, par cette seule raison qu'il ne connaissait pas la paralysie générale. Or, sans cet élément nouveau, il n'y a, dans l'anatomie pathologique des aliénés, qu'erreur et confusion. Les travaux d'Esquirol, sous ce rapport, non plus que ceux de Georget, ne sauraient, à mon avis, être mentionnés d'une manière spéciale.

Il m'eût donc paru nécessaire de citer, en outre, les hommes dont les recherches d'anatomie pathologique ont été les plus persévérantes, et qui professent des opinions tout à fait opposées à celles d'Esquirol et de M. Lélut je veux parler de Bouchet et de Cazauvielh, de MM. Calmeil, Foville et Parchappe, enfin de notre collègue, M. Ferrus.

J'arrive à la question de physiologie pathologique.

M. Bousquet a réservé ses critiques les plus vives, pour combattre le rapprochement fait entre la folie et le sommeil : A ses yeux, il n'y a nulle affinité entre ces deux états, et l'opinion émise par M. Moreau lui paraît choquer toutes les vraisemblances. Avant de discuter ce point, il importe, à mon avis, de le bien préciser.

Il ne s'agit pas de savoir, en effet, si l'état cérébral d'un homme qui dort est *identiquement* le même que celui d'un autre homme en proie au délire. Autant vaudrait demander si les conditions sont les mêmes dans l'insomnie complète et opiniâtre et pendant la veille ordinaire.

Il est évident que rien n'est plus anormal que l'insomnie opiniâtre ; rien de plus anormal surtout que la continuation pendant la veille d'une partie des conditions du sommeil. Il faut, pour que cela ait lieu, un dérangement plus ou moins grave et un état organique nouveau. Cette objection du savant rapporteur que : « s'il n'y a pas de folie sans lésion cérébrale, il faut dire la même chose du sommeil ; cette objection, Messieurs, me fait craindre qu'il n'ait peut-être pas suffisamment compris ce qu'il s'agit réellement de discuter.

On peut parfaitement admettre, en effet, qu'il y a une lésion dans la folie, sans que la même lésion existe pendant le sommeil. Est-il donc nécessaire de supposer qu'il y a une lésion cérébrale pendant la veille, parce qu'il en existe une pendant l'insomnie prolongée.

Disons donc, Messieurs, que ce qu'il importe de faire admettre, ce n'est pas l'identité de l'état organique dans les deux cas, mais seulement l'analogie extrême que présente au point de vue psychologique l'état de sommeil et l'état de folie et les précieux enseignemens qu'on peut tirer de cette étude comparée.

Je vais donc chercher à démontrer qu'il y a, sous ce rapport, plus qu'une simple comparaison tout au plus propre à faire comprendre sa pensée, et qu'on trouve, au contraire, des rapports intimes et étroits entre les deux états.

Quelle est la condition principale des rêves ? C'est l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination qui, abandonnées à elles-mêmes, forment mille combinaisons bizarres auxquelles nous assistons sans pouvoir les modifier ; c'est ce que M. Maury a appelé l'automatisme de l'intelligence.

Cette condition d'exercice involontaire des facultés se retrouve dans les rêveries de la veille et pendant les distractions prolongées. On l'observe souvent chez les hommes livrés à de profondes méditations. Elle est, chez eux, le résultat de la fatigue ; car, pour l'intelligence, l'indépendance c'est le repos.

Beaucoup d'hommes célèbres ont été, comme on le sait, cités pour leurs distractions, distractions qui vont quelquefois si loin, qu'elles ôtent toute conscience du monde extérieur et portent souvent aux actes les plus étranges. Témoin Newton, saisissant un jour la main de sa fiancée placée auprès de lui, et avec un doigt de cette main que la jeune fille lui a abandonnée sans défiance, enfonçant dans sa pipe le tabac enflammé. En présence d'un tel acte, ne peut-on pas dire que celui qui l'a commis rêvait tout éveillé, et qu'il n'a rien moins fallu qu'un cri de douleur pour l'arracher à son rêve.

Voilà donc l'automatisme pendant les rêves du sommeil, pendant les distractions et les rêveries de la veille. Nous allons le retrouver comme condition principale et comme point de départ du délire et de la folie, car, à ce point de vue, nous n'établissons aucune différence.

Dans la folie, l'exercice involontaire des facultés affecte deux formes et se présente dans deux conditions très différentes.

Pour bien comprendre ces deux conditions il suffit de rappeler que dans l'état normal nous avons à lutter contre deux tendances contraires. Tantôt nous cherchons à fixer telle ou telle série d'idées, à la retenir plus ou moins longtemps et à comprimer pour ainsi dire, à éloigner les idées étrangères qui se présentent involontairement.

Dans l'autre cas, lorsque, par l'effet des passions et des préoccupations qu'elles entraînent, nos idées tendent à s'immobiliser, nous sommes obligés de lutter pour les faire disparaître et pour les remplacer par d'autres. La manie et la monomanie nous présentent l'automatisme des facultés dans les conditions opposées que je viens d'indiquer.

Le maniaque ne peut fixer les idées qui surgissent en foule et pêle mêle dans son cerveau ; il est débordé par elles, et ses impressions se succèdent sans ordre et sans suite.

Le monomaniaque, au contraire, en proie à des idées fixes est aussi impuissant que le maniaque mais d'une manière différente. En vain cherche-t-il à chasser les préoccupations qui le dominent, elles reviennent sans cesse avec une opiniâtreté contre laquelle échouent tous ses efforts.

Le renouvellement trop rapide des idées ou leur fixité trop grande tiennent assurément à deux états différens, mais, dans les deux cas, il y a également perte du pouvoir personnel, et l'exercice des facultés est également involontaire.

Je sais, Messieurs, que le mode de production du délire a été envisagé d'une manière différente.

Esquirol a beaucoup parlé des lésions de l'attention, et on peut voir que ses idées, sous ce rapport, adoptées par presque tous les auteurs, l'ont surtout été par M. Flourens dans son *Essai physiologique sur la folie*.

Cependant, je dois avouer n'avoir jamais bien compris la nécessité d'admettre des lésions de l'attention. Ces lésions sont, à mon avis, une pure hypothèse, et une hypothèse superflue, puisque nous avons une explication satisfaisante du délire.

Je vais essayer de faire bien comprendre ma pensée, sous ce rapport, par une comparaison.

Un homme porte un certain fardeau, et le porte facilement. Huit jours après, il prend une charge trois fois plus forte, et à peine a-t-il fait quelques pas, qu'il tombe.

Pour se rendre compte de sa chute, cet homme peut recourir à deux explications :

Il peut l'attribuer à la pesanteur trop grande de la charge qu'il avait entrepris de porter.

Il pourrait, au contraire, admettre que, pendant les huit jours qui se sont écoulés, ses forces ont diminué.

Quand on parle des lésions de l'attention on raisonne, à mon avis, comme le ferait cet homme oubliant l'augmentation considérable et bien connue du fardeau pour s'en prendre surtout à la diminution de ses forces, et en créant ainsi une pure hypothèse.

Nous pouvons apprécier avec certitude la résistance que nous éprouvons à diriger nos idées sous l'influence d'une excitation cérébrale plus ou moins vive. Nous voyons croître par degrés cette résistance jusqu'au moment où le délire s'établit, c'est-à-dire jusqu'au moment où commence l'exercice involontaire des facultés.

A quoi donc attribuer la perte du pouvoir personnel ? si ce n'est à cette condition nouvelle, résultat de l'excitation.

Pourquoi recourir à de prétendues lésions de l'attention en faisant une supposition toute gratuite.

Quand vous êtes auprès d'un fébricitant qui sent, comme on le dit, que ses idées lui échappent et qui vous demande de continuer à lui parler pour maintenir son attention et l'empêcher d'être débordé par les idées qui l'assiégent en foule, vous viendrait-il à la pensée de supposer une lésion de l'attention ? Pourquoi donc faire pour la folie ce qu'on ne fait pas pour le délire fébrile ?

En résumé, l'exercice involontaire des facultés est le point de départ et la base du délire, il peut en expliquer toutes les variétés et il n'est point nécessaire de recourir à des hypothèses qui ne peuvent s'appliquer sur rien de fondé.

En cherchant, Messieurs, à établir que l'automatisme de l'intelligence est la condition première du délire et de la folie, j'ai en même temps essayé de démontrer l'analogie qui existe entre ces états et les rêves, puisque dans les deux cas la condition principale serait la même.

Mais l'automatisme, ce n'est pas encore la folie. Ce qui la caractérise surtout, ce sont les convictions délirantes, et c'est en effet la seconde condition à étudier dans les rêves et la folie. Le rêveur croit fatalement à son rêve, comme l'aliéné à son délire, et la manière dont se produit cette erreur est la même dans les deux cas.

C'est la seconde analogie importante à signaler entre les rêves et la folie.

La conviction délirante peut s'expliquer, à mon avis, dans les deux états par la suppression de ce que Pariset, à propos de l'éducation, appelait les *idées intermédiaires*.

Quand une idée fausse se présente tout à coup à notre esprit, il en surgit immédiatement d'autres qui tendent à nous en démontrer la fausseté. Si c'est une impulsion qui nous arrive, elle est aussitôt combattue ou favorisée par un certain nombre d'idées qui s'y rapportent. Ce sont ces idées qui séparent la conception de la croyance ou l'impulsion de l'acte que Pariset appelait les idées intermédiaires, et ce sont ces idées qui sont comme supprimées dans le rêve et dans la folie.

La conception du rêve ou de la folie se trouvant ainsi isolée, devient inaccessible à tout raisonnement, et s'impose fatalement par l'absence de tout contrôle. Ainsi, les deux conditions principales du rêve, l'automatisme de l'intelligence et la suppression des idées intermédiaires, et se retrouvent aussi comme conditions principales dans la folie.

Ce ne sont pas là cependant les seules analogies que je dois indiquer.

L'état intermédiaire à la veille et au sommeil a surtout cela de curieux qu'il nous permet d'assister, pour ainsi dire, pendant la veille à des rêves anticipés. Nous ne sommes pas encore endormis, nous apprécions, jusqu'à un certain point, ce qui se passe autour de nous, et cependant la mémoire et l'imagination déjà abandonnées à elles-mêmes forment des associations bizarres que nous pouvons, jusqu'à un certain point, étudier ; c'est alors que se produit le phénomène des images fantastiques si bien décrites par les physiologistes allemands. Cette production si facile des hallucinations dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil est un rapprochement de plus à invoquer entre les rêves et la folie. Ce même phénomène des hallucinations se présentant, en effet, comme l'un des plus fréquens et des plus importans du délire ?

Parmi les variétés d'aliénation mentale, il en est une qui offre avec les rêves une analogie si grande, que tous les convalescens ne manquent pas d'en faire la remarque, je veux parler de la mélancolie avec stupeur. Tous les malades déclarent qu'il leur semble sortir d'un long sommeil qui a été troublé par des hallucinations nombreuses. Ils n'appréciaient plus ce qui se passait autour d'eux, ou ne l'appréciaient que d'une manière très imparfaite. Tout était transformé autour d'eux, ils se croyaient transportés dans des régions lointaines et n'avaient plus conscience du temps ni des lieux.

Comment nier l'extrême ressemblance de cet état et des rêves : et la mélancolie avec stupeur n'est-elle pas une sorte de cauchemar prolongé pendant plusieurs mois ?

J'arrive, Messieurs, à une preuve plus directe. Assez souvent le délire n'est qu'un rêve continué et c'est ce qui arrive en particulier pour le délire partiel. Je me bornerai à citer un exemple que j'ai récemment observé.

Un négociant grec supprime, par un traitement intempestif, un flux hémorrhoïdal très ancien ; bientôt la tête s'embarrasse, sans qu'il y ait cependant aucune trace de délire. Mais alors survient un phénomène singulier : chaque nuit le malade est assailli par un rêve toujours le même ; il est possesseur d'immenses richesses ; il distribue autour de lui la fortune et les honneurs. La persistance de ce rêve le frappe assez pour qu'il en parle aux personnes qui l'entourent ; mais bientôt le délire éclate, et il est caractérisé par les mêmes conceptions délirantes qui, depuis quinze jours, se présentaient pendant le sommeil.

Le délire ambitieux n'était donc que le rêve continué.

Si ces faits soulevaient quelques objections, il en est d'autres d'un ordre différent, mais qui ont cependant avec eux une telle analogie qu'ils suffiraient pour lever tous les doutes. Je veux parler des idées fixes qui persistent isolées après le délire général de la fièvre typhoïde. Un savant médecin des hôpitaux, atteint du typhus en 1815, crut, pendant six mois, qu'il possédait une maison de campagne et un cheval blanc qui n'avaient jamais existé que dans son imagination.

Les faits de ce genre n'offrent-ils pas avec les rêves qui se continuent pendant la veille, la plus grande analogie et ne peuvent-ils pas servir à les faire bien comprendre ?

En résumé, Messieurs, disons qu'il y a entre les rêves et la folie plus qu'une simple comparaison tout au plus permise pour faire comprendre sa pensée, comme l'a dit notre savant collègue, M. Bousquet ; disons qu'il y a là des conditions semblables, des rapprochemens très intimes, et, je le répète, de précieux enseignemens à tirer pour l'étude physiologique du délire. Je regrette donc que l'honorable rapporteur ait été jusqu'à dire que ces rapprochemens choquaient toute vraisemblance.

Telles sont, Messieurs, les observations que j'avais à présenter sur le rapport de notre honorable collègue.

J'ai essayé de démontrer que ses critiques ont été trop sévères et trop générales, surtout au point de vue de la nosologie et de la physiologie pathologique. J'ai aussi essayé de prouver qu'il n'était peut-être pas aussi inutile que M. Bousquet a paru le penser, d'appuyer par de nouveaux argumens l'opinion populaire qui explique la folie par un dérangement du cerveau.

PRESSE MÉDICALE.

OBSTRUCTION DE L'INTESTIN, GUÉRIE PAR UN LAVEMENT D'UNE GRANDE QUANTITÉ D'EAU FROIDE. — Le docteur Neubauer, à Kolberg, fut appelé chez un laboureur âgé de 50 ans, qui avait été pris subitement de violentes douleurs abdominales, accompagnées de vomissemens qui cessèrent bientôt. Pouls calme ; la moitié gauche du ventre est souple et indolore ; la moitié droite tendue est le siége de la douleur, qui, cependant, n'est pas exaspérée par la pression. Douleurs dans le testicule droit et dans l'urètre, avec fréquentes envies d'uriner. La cuisse droite ne peut être fléchie qu'incomplétement et avec douleurs. Petite hernie inguinale gauche, sortant rarement, et pour laquelle aucun bandage n'a été porté. Constipation. Ces accidens se sont développés subitement après une promenade d'une demi-heure par un grand froid, au moment où le malade voulut se mettre à souper. Les purgatifs, les lavemens de toute espèce étaient restés sans effet. Le sixième jour, tout était encore dans le même état ; aucune selle ; les gaz, au dire du malade, descendaient jusqu'à une certaine place, remontaient de là, et étaient rendus par éructation. Dans la nuit, vomissement d'un peu de matières de mauvaise odeur, qui n'ont pas été conservées. Est-ce un iléus ou une invagination ? Notre confrère se souvient alors d'un cas d'iléus guéri par le professeur Langenbeck au moyen de lavemens froids. Il n'avait pas à sa disposition une longue canule élastique pour porter l'injection haut dans le rectum ; il se servit d'une seringue garnie d'une canule et renfermant 250 grammes. Il injecta avec précaution, et d'abord lentement, dooze seringuées d'eau à la glace. L'opération avait duré de vingt à vingt-cinq minutes. Après la 12me injection, le malade ne pouvait plus supporter la sensation de pesanteur et de froid dans le ventre ; il alla à la selle, rendit d'abord un peu d'eau ; mais bientôt, avec un cri violent, il y eut une débâcle de gaz, de liquides et de matières fécales. De ce moment, la guérison était obtenue. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 14.)

LA TEINTE VERTE ET JAUNE QUE LA SANTONINE DONNE AUX OBJETS REGARDÉS PAR LES PERSONNES QUI EN ONT FAIT USAGE ne dépend pas d'une coloration en vert ou jaune du sérum du sang. Le docteur Zimmermann de Hamm s'en est assuré en faisant une saignée à un jeune homme qui se trouvait sous cette influence ; le sérum avait sa nuance normale. D'après les recherches de Kletzinsky, la santonine, qui colore l'urine en orange, ne passe pas dans ce liquide. La matière qui le colore appartient à la série xanthique de la garance, dont il n'y a cependant pas de trace dans la santonine. D'où viennent ces colorations ? — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 14.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Paris, 1er Mai 1855.

Monsieur et très honoré confrère,

Il n'est jamais trop tard de relever les erreurs qui blessent à la fois les intérêts et les sentimens.

Permettez-moi donc de vous adresser l'*erratum* officiel qui doit être fait au compte-rendu de la séance de l'*Académie de médecine* du 20 mars 1855, dans laquelle votre estimable journal fait dire à M. le professeur Bouillaud que la doctrine vitaliste de la *Revue médicale* aurait des rapports d'origine avec les rêves d'Hahnemann.

Voici les paroles de M. Bouillaud, copiées dans le *Bulletin* de l'Académie, t. XX, p. 700, et dans sa réponse à M. Sales-Girons, insérée dans la *Revue médicale* du 30 avril 1855 :

« . . . . . Que la *Revue* ne s'étonne pas si M. Bousquet n'est pas » vitaliste comme M. Piorry, si M. Piorry ne l'est pas comme M. Cayol, » si l'école de Paris ne l'est pas comme celle de Montpellier, si » M. Cayol lui-même ne l'est pas à la façon de ceux qui, adoptant les » rêveries d'un cerveau malade (*ægri somnia*), se sont constitués les » disciples du dynamisme homœopathique, et n'ont pas reculé devant » l'énormité de placer Hahnemann et saint Thomas d'Aquin à côté l'un de » l'autre. »

J'attends, Monsieur le rédacteur, de votre bienveillance, réciproque de notre part, le cas échéant, que vous ferez insérer ces lignes dans l'un de vos prochains numéros.

Agréez, etc.

Dr SALES-GIRONS,
Rédacteur en chef de la *Revue médicale*.

Nos confrères des départemens et de l'étranger, qui se proposent de visiter l'Exposition universelle, sont prévenus qu'à dater du 1er juin, ils pourront librement disposer, pendant la durée de leur séjour à Paris, du local occupé par l'UNION MÉDICALE, soit comme lieu de réunion, soit pour faire leur correspondance. La bibliothèque et les journaux seront mis à leur disposition. Les renseignemens dont ils pourraient avoir besoin leur seront donnés avec empressement.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvre aujourd'hui, mardi 22 mai, son cours public sur les maladies de la peau, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivans, à 11 heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 61. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 24 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 MAI 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur le rapport de M. Bousquet a continué, hier, avec le concours de trois orateurs, M. Londe, M. Ferrus et M. Piorry; ce dernier même n'ayant pas terminé son discours, dont la fin a été renvoyée à la séance prochaine.

Quand nous aurons bien compris le but et la signification de ce nouveau débat, nous pourrons nous hasarder à présenter nos propres réflexions sur le sujet.

M. Raynal, candidat dans la section de médecine vétérinaire, a ouvert la séance par un mémoire intéressant sur les propriétés toxiques de la salure.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Clinique médicale de M. PIDOUX.

Considérations sur la maladie de Bright (1).

La physiologie nous apprend, Messieurs, que le principe constitutif de l'urine, l'urée, est le produit de la transformation des alimens albuminoïdes consumés et dévitalisés par l'action incessante de la nutrition, sous l'influence principale de l'oxygène que lui fournissent les poumons. Ces élémens vivans, plastiques, organisables, incristallisables, par conséquent, perdent peu à peu ces propriétés en circulant à travers les tissus. Ils rentrent dans le sang sous le nom de matières extractives, épuisent de nouveau dans les actes nutritifs leurs élémens organiques et se surazotisent de plus en plus jusqu'à devenir impropres à entretenir la vie. Ils vont donc retourner au règne inorganique — qui les a fournis à l'animal par les végétaux, où ils avaient déjà subi un premier degré d'organisation et de vie — et ce retour prochain, on le reconnaît à ce signe, qu'ils sont cristallisables. L'urée, si riche en azote, qu'elle en renferme presque 50 pour 100; l'urée, principe presque inorganique et que la chimie parvient *quasi* à imiter, l'urée paraît être le dernier terme de ces transformations. L'acide urique en est un degré moins avancé. C'est ainsi que, d'un autre côté, les alimens qu'on nomme depuis quelque temps respiratoires (corps gras, sucrés, féculens), ont le dernier terme de leurs services organiques dans le carbone et l'acide carbonique dont sont chargées les perspirations pulmonaire et cutanée.

Voilà, Messieurs, un échantillon de ce qu'a donné à la physiologie, cette chimie aux allures despotiques, mais dont les secours brillans ne permettent plus de dédaigner l'indispensable appui. Les animistes et tous les vitalistes-bornes qui ne la veulent pas pour servante, nous l'ont imposée comme maîtresse. Ils n'en ont jamais fait d'autres....

Supposez maintenant, Messieurs, que par suite d'un état morbide, qui n'est ni simplement de la vie en plus ou de la surexcitation physiologique; ni simplement de la vie en moins, ou de l'abexcitation physiologique, mais une vie d'un type autre, d'un type inférieur et perverti, parasitiquement greffée sur la vie saine; supposez, dis-je, Messieurs, que, sous l'influence de ce nouveau mode d'existence — qui est, à proprement parler, la maladie même, — les forces du grand appareil de l'uropoïèse soient affectées de telle sorte qu'il n'agisse plus d'une manière physiologique sur les élémens albuminoïdes de la nutrition ou ces élémens sur lui, et qu'il ne leur imprime plus la transformation urique normale; et vous pourrez voir se réaliser quelque chose d'analogue à ce mode dégénéré d'existence, si un dans sa variété, que la maladie de Bright déroule sous les yeux de l'observateur.

Dans cette supposition qui peut pécher dans beaucoup de détails, mais que je crois digne d'être prise en considération dans sa base, vous voyez que les idées de rein *qui fuit* et laisse perdre son albumine, ou de sérum qui se sépare de son albumine — comme le lait de son caséum dans la fabrication du petit-lait — et s'en va encrasser les reins, puis les boucher et les supprimer; vous voyez, dis-je, que ces images et ces comparaisons un peu vulgaires, disparaissent pour faire place à l'idée de maladie. L'économie et le rein n'ont plus des rapports mécaniques, mais des rapports organiques et des sympathies. La maladie de Bright est un seul et même fait pathologique qui, comme la sécrétion urinaire dont il est une dégénération, a ses propriétés élémentaires partout et son centre dans les reins, sans qu'on puisse assigner à l'altération de ceux-ci ou de celles-là une priorité de temps ou de principe. La solidarité pathologique de l'appareil est aussi parfaite que sa solidarité physiologique. La dégénération albuminurique est simultanément générale et rénale. Seulement, dans l'ensemble de l'organisme, elle est élémentaire, intime, diffuse, comme un acte de nutrition, et dans les reins elle se centralise et se consomme comme un acte de sécrétion parfaite et d'élimination.

C'est le cas d'ajouter, comme renseignement chimique intéressant, que dans la théorie atomistique, l'albumine peut remplacer l'urée et qu'elle est son équivalent. Quoi qu'il en soit, l'albuminurie, dans la maladie de Bright, est essentiellement une et de même nature, soit qu'on la considère partout, soit qu'on la considère dans les reins. Comme la sécrétion urinaire, elle a son principe et ses élémens dans tous les points de l'économie, et son organe central et exécutif dans les reins; et de même qu'on dit que le rein préside à la sécrétion urinaire, on peut dire très rigoureusement qu'il préside à la maladie de Bright, qui est une altération pathologique de cette fonction générale, centralisée. Et, en effet, dans les reins se concentrent les altérations organiques de la maladie. L'esprit pouvait prévoir que le travail morbide désorganisateur affecterait primitivement et essentiellement les parties de l'organe où s'accomplit immédiatement la sécrétion. L'anatomie pathologique est venue le démontrer aux yeux. C'est dans la substance corticale que se manifestent les premières modifications morbides, et dans cette substance, ce sont les tubes urinifères et les corpuscules de Malpighi qui sont le siége de l'altération. Celle-ci se manifeste par un dépôt de matière albumino-fibrineuse, qui bientôt s'infiltre de graisse; puis, peu à peu, et le parenchyme cortical et les organules sécréteurs qui y sont disséminés, s'atrophient, sont détruits, disparaissent, et ne laissent du rein que ses élémens organiques communs, désormais sans raison d'être.

On voit que ces lésions n'ont rien à quoi on puisse comparer les lésions dont le rein peut être le siége dans ses autres maladies, soit primitivement locales, soit secondairement localisées. Cette identité d'altérations passant toujours par les mêmes phases, et toujours liées aux mêmes altérations générales de l'économie, à la même marche de maladie, aux mêmes terminaisons, etc., etc., semble bien prouver que l'albuminurie de Bright n'est pas une déviation commune de la nutrition sans rapport spécial avec la sécrétion urinaire, et dans laquelle les reins ne seraient non plus qu'un déversoir commun et sans rapport avec la fonction spéciale dont ils sont chargés. Je pense, Messieurs, que l'albumine est sécrétée par le rein et non simplement filtrée. Je l'ai déjà dit, et je le répète, c'est une sécrétion morbide commencée partout et consommée aux reins. Il en résulte que la désalbuminisation, l'anasarque et l'anémie commencent elles-mêmes partout au lieu de ne s'opérer que dans les reins et de n'être, comme on le croit, que l'effet d'une fuite d'albumine se faisant accidentellement et mécaniquement par ces organes. Cette dernière conception est aussi loin de l'idée d'une maladie, que le serait de l'idée de vie et d'organisme celle de l'opération industrielle la plus grossière. Dans la maladie de Bright, on voit l'albumine paraître dans l'urine et en disparaître, l'anasarque se former ou se dissiper sans qu'on puisse rapporter en rien ces variations à des conditions physiques. L'explication de l'anasarque par la plus grande ténuité du sérum qui, dépouillé de son albumine, traverserait plus facilement les tissus pour s'extravaser, cette explication laisse tout à expliquer. L'anasarque est produite par la cause même qui désalbuminise le sérum, c'est-à-dire que ces deux faits sont liés physiologiquement et non physiquement.

Je crois, Messieurs, avoir démontré que, comme la sécrétion urinaire, la maladie de Bright n'est ni primitivement locale pour se généraliser ensuite, ni primitivement générale pour se localiser plus tard; et que la double alternative laissée sans autre issue à la pathologie de cette affection, est trop exclusive pour que la vérité s'y puisse placer. Si je suis parvenu à démontrer cette double erreur, j'ai du même coup et indirectement au moins, quoique non moins sûrement à mon sens, prouvé qu'elle était une maladie de la sécrétion urinaire. L'étude clinique de cette maladie, la fréquence des morts subites par le cerveau que je signalais au commencement de cette leçon, viendraient encore à l'appui de mon opinion. Nous poursuivrons cette démonstration lorsque d'autres malades nous en fourniront le sujet.

On a beaucoup parlé récemment de l'unité de la maladie et des maladies, beaucoup aussi de leurs élémens ou parties organiques et constituantes; non moins, enfin, du rapport qui unit ces deux aspects du même fait. La maladie de Bright est, parmi les maladies chroniques, celle qui permet le mieux de juger cette difficulté si embrouillée par nos maîtres.

En quoi consiste l'unité de cette maladie? En ce que chaque partie à l'infini, fait la même chose, est affectée de la même façon, et que la maladie de Bright est, dans ce qui la constitue essentiellement, tout entière dans chaque point de l'organisme. Où réside cette unité? Partout. Où résident et en quoi consistent sa diversité, sa quantité, ses élémens? Dans le nombre et la différence infinis des parties affectées. C'est par là, en effet, que son unité se manifeste, se détermine, s'organise. Car, sans les parties, l'unité ne serait qu'un mot, et réciproquement. Donc, chacune des parties de l'économie vivante, quelque multiples et diverses qu'elles soient, faisant la même chose au fond, étant affectée de la même manière, offre l'exemple de l'unité et des parties de la maladie fondues ensemble comme l'unité et les parties de l'organisme malade, dont elles ne sont qu'une modification. Si la science était très avancée, il devrait donc suffire à un pathologiste d'examiner une minime partie de l'organisme atteint de maladie de Bright, une goutte de sang, une fibre, une cellule, pour reconnaître la nature de l'affection, parce que partout elle est tout entière; parce que la vie et l'étendue, l'unité et les parties sont inconcevables séparément, et qu'elles s'évanouissent en abstractions dès qu'on tente de les scinder comme on l'a toujours fait dans la discussion académique. Qu'y a-t-on vu, en effet? Les organiciens ont juché une âme spirituelle au-dessus des organes. A cause de cela même, ces organes sont restés inertes, séparés, mécaniques, car leur principe animateur étant distinct d'eux et d'une autre nature, a été incapable de les relier et de leur donner l'unité et la vie. D'un autre côté, de prétendus vitalistes nous ont accordé des organes, mais des organes inutiles, bien vite rendus à l'anatomisme et au mécanisme. Pourquoi? Parce que le principe vital de ces messieurs étant différent de l'âme raisonnable, comme ils en conviennent respectueusement; étant par conséquent une substance corporelle, et de plus, une substance complète, renfermant — sous peine de n'être qu'une chimère — tout ce qu'il faut pour exister, ne doit pas avoir besoin d'un nombre et d'une quantité extérieurs et distincts d'elle-même pour se déterminer et s'organiser.

Le principe de la variole est un, c'est-à-dire identique à lui-même partout : voilà l'unité de la variole. La multiplicité et les différences des parties identiquement variolées, voilà le nombre et la quantité de cette maladie. Ces deux choses inséparables, existant nécessairement l'une dans l'autre et fondues dans l'unité de la substance organique, voilà la vie de la maladie, la maladie une et organisée, soit qu'on la considère dans son ensemble, soit qu'on la considère dans chacune des parties dont cet ensemble est formé. Partout elle est une et multiple.

Sans doute, à la peau et dans la pustule, elle a son expression la plus complète. C'est là qu'elle est représentée à sa plus haute puissance. Mais elle ne l'est là, que parce qu'elle est élémentairement et essentiellement la même partout ailleurs. Sans quoi, que représenterait-elle, et comment aurait-elle le pouvoir d'infecter un autre organisme tout entier? Et puis, le moindre miasme (qui, lui aussi, est organisé et a ses parties), ne renferme-t-il pas toute la maladie puisqu'il la donne?

Dans la maladie de Bright, c'est aux reins que la maladie jouit de sa plus haute puissance et unité. Elle y est concentrée; mais en même temps et indivisiblement, elle est disséminée et la même partout.

Vous voyez, Messieurs, que le vitalisme organique, n'a rien

(1) Voir le numéro du 22 Mai.

de commun, ni avec le vitalisme scolastique et l'animisme; ni avec l'organicisme qui dégénère toujours en anatomisme et en pure iatrophysique, n'étant, à vrai dire, que cela même, assaisonné des lieux communs du vitalisme ontologique et de l'animisme.

Vous connaissez le pronostic de la maladie de Bright. On a plusieurs exemples de sa guérison à l'état aigu. Moi-même, j'en possède un qui ne s'est pas démenti depuis plus de dix ans. Je n'ai pas encore vu de cas chroniques solidement guéris.

Le traitement de la forme aiguë doit être antiphlogistique au début. Peu de maladies présentent une physionomie inflammatoire générale plus marquée. Le sang y est très couenneux. Les phlegmasies pullulent de toutes parts et surtout dans les membranes séreuses, comme dans un rhumatisme aigu fortement généralisé. Mais les membranes muqueuses ne sont pas exemptes de ces déterminations inflammatoires multiples. Une épigastralgie très vive, des vomissemens, une langue très rouge, de la diarrhée ne sont pas rares. Des raptus méningitiques, avec suffusions séreuses aiguës, terminent quelquefois brusquement la scène, et les médecins qui n'ont pas eu la pensée de la maladie de Bright aiguë, prennent presque toujours cet ensemble de phlegmasies non suppuratives reliées par un état général commun, une fièvre vive et un sang couenneux, pour une affection rhumatismale aiguë à sa plus haute puissance. Il ne serait pas impossible que certains sujets présentassent l'association de ces deux affections. Je crois en avoir observé un cas survenu après un refroidissement général violent.

Il ne faut pas se livrer, toutefois, à une médication antiphlogistique trop hardie. On doit se bien souvenir que, derrière ce masque suraigu, se cache une maladie chronique essentiellement cachectisante. Les saignées locales doivent, autant que possible, être préférées aux générales. Les boissons alcalines faibles, un peu de calomel, l'eau laiteuse pour tisane, en éloignant la prétention d'enlever toutes ces phlegmasies comme si elles avaient un principe aigu, tel est l'esprit, tels sont à peu près les moyens généraux du traitement de la maladie de Bright aiguë.

Quant à la forme chronique, de beaucoup la plus commune, il faut proscrire de sa cure tous les débilitans, et particulièrement les émissions sanguines. Chez l'un des deux malades dont je vous ai parlé, le plus jeune et le moins avancé, le diagnostic avait été un instant incertain à cause de l'absence complète d'albuminurie. La force du pouls, un peu de fièvre, la bouffissure générale, l'oppression, avec des râles sous-crépitans d'œdème comme sub-aigu, la circonstance de refroidissemens qui, sur un homme dont la peau est très ouverte à la sueur, avaient pu déterminer une de ces hydropisies générales dites essentielles dont une saignée et quelques hydragogues favorisent quelquefois la résorption, me décidèrent à une saignée du bras. Le sang était pauvre en caillot et le sérum abondant, très peu visqueux. J'examine les urines: elles étaient albumineuses à un haut degré. L'anasarque et la cachexie augmentèrent en proportion. Voilà ce qu'une saignée produisit du jour au lendemain. Un régime analeptique, du fer, du vin antiscorbutique et des bains sulfureux ont mis, en quinze jours, cet homme dans un état en apparence excellent : presque plus d'albumine dans les urines; l'ascite, l'œdème pulmonaire, l'infiltration générale disparus. Un teint frais a remplacé la teinte albuminurique si particulière de la peau. Et pourtant les forces ne renaissent pas dans une proportion satisfaisante. Les urines ont toujours une couleur de vieux bouillon, les jambes enflent un peu le soir. Le cœur conserve un léger bruit de souffle à la base; le pouls est celui de la pléthore séreuse, et je suis convaincu que si on lâchait le traitement tonique, tous les accidens reparaîtraient bien vite.

Au fond, la maladie est tout entière, quoique ses manifestations caractéristiques n'existent presque plus et aient été même quelquefois totalement suspendues. Cela ne prouve-t-il pas que, l'école organiciste et chimiatrique, ici comme toujours, prend les effets pour les causes?

L'autre malade qui vient de succomber avait été précipité, lui aussi, par des pertes sanguines. Entré une première fois dans mon service, sans signe apparent de maladie de Bright, il ne se plaignait que d'une gêne légère de la respiration, et d'un peu de point de côté. On entendit dans ce côté quelques bulles de râle crépitant, de la toux, et avec cela un mouvement fébrile assez faible; c'en fut assez pour qu'on crût à l'existence d'une pneumonie. Une saignée fut faite, non couenneuse; et après quelques jours, le malade sortit débarrassé de tout cela. Mais il ne tarda pas à rentrer, cette fois généralement infiltré, d'une pâleur mate, horriblement dyspnéique, et présentant surtout un œdème pulmonaire considérable. Le jour même de son entrée, il éprouva une épistaxis excessivement abondante, après laquelle l'anasarque se développa à un très haut degré. L'albuminurie était en proportion. C'est un des malades qui a succombé subitement à des accidens cérébraux, et dont je vous ai parlé au commencement de cette leçon, celui chez lequel le cerveau n'a présenté aucune lésion importante.

Il est plus que probable que lorsque le malade est entré avec sa fausse pneumonie, il était déjà en pleine maladie de Bright, et que si on y avait regardé de près, on n'eût pas manqué de la découvrir. Cette pneumonie bâtarde n'était probablement qu'un peu d'œdème plus ou moins aigu du poumon, une de ces phlegmasies qui pullulent latemment dans le cours de la maladie, comme le font toutes les phlegmasies secondaires. Alors on n'eût pas saigné; l'anasarque se fût manifestée moins promptement avec la cachexie; l'épistaxis, qui a eu une influence si funeste sur la rapidité des accidens, n'eût peut-être pas eu lieu, et la mort eût pu être éloignée plus ou moins longtemps.

Un régime fortement réparateur, la médication tonique, m'ont toujours paru la seule vraie manière de traiter la maladie de Bright chronique. Il faut faire dominer le régime animal et fournir à l'économie le plus d'élémens azotés et stimulans que possible. C'est un peu comme dans le diabète. Si le mal n'est pas trop avancé, les bains stimulans, les boissons alcalines unies au fer, au kina, au vin antiscorbutique, sont d'utiles auxiliaires. Les diurétiques m'ont toujours plus desservi que servi. Il en a été de même des stimulans spéciaux des reins, les cantharides et les résines. L'acide nitrique ne m'a rien donné. Je n'ai ni à me louer des sudorifiques, ni à les critiquer, ne les ayant pas assez employés pour cela. Je recommande surtout les toniques, les réparateurs, un air sec, et des frictions stimulantes et aromatiques sur la peau.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

ARTÉRITE ; — PLAIES GANGRÉNEUSES ; — GUÉRISON PAR LE BICARBONATE DE SOUDE.

Muret, le 12 Mai 1855.

Monsieur le rédacteur,

Le travail de M. Marchal (de Calvi) sur l'action des carbonates alcalins dans l'angine couenneuse, me rappelle un fait d'artérite; je prends la liberté de vous l'adresser.

Caubère, de Muret, porteur de contraintes, 54 ans, tempérament sanguin, corpulence assez forte, avait joui, jusqu'en 1848, du bienfait d'une santé parfaite. A cette époque, cependant, une douleur vint lui apprendre qu'il touchait au terme de cet heureux privilége. Cette douleur siégeait aux talons et aux deux premiers orteils des deux pieds, mais légère. Caubère ne lui accorda qu'une faible attention. En 1849 et 1850, elle se reproduit encore. En 1851, ses intermittences sont plus courtes; elle est aussi plus véhémente, assez pour obliger le malade à consulter les médecins de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. En 1852, elle est, la nuit, principalement atroce et intolérable, et se complique d'une rougeur phlegmasique des orteils et de la plus grande partie de la région métatarsienne. Prié à ce moment de voir le malade, je redoutai tout d'abord une prochaine manifestation de l'état connu sous le nom de gangrène sénile. Aussi, plein d'inquiétude, je me hâtai d'explorer le cœur et les gros vaisseaux, qui, fort heureusement, battaient encore de leur rhythme physiologique. Néanmoins, deux saignées d'environ 900 grammes chacune furent pratiquées et aidées de l'action modificatrice; du repos, la diète, les applications émollientes, ne tardèrent pas à traduire leur bienfaisante influence par l'anéantissement de la phlogose tégumentaire et une très notable diminution de la douleur. Malheureusement, le bien-être obtenu inspirant une confiance qu'il ne méritait pas, le traitement fut bien trop tôt abandonné.

Cependant, la souffrance, quoique très affaiblie, était de presque tous les instans, faisant ainsi redouter une nouvelle recrudescence d'acuité; et, en effet, en novembre dernier, la douleur se reproduit plus violente et plus intense que jamais; la fluxion métatarsienne reparaît, s'étendant rapidement au loin; les battemens de la poplitée cessent, et cinq points gangréneux s'emparent successivement de deux orteils, du tarse et de la partie moyenne de la jambe gauche, et cela malgré le plus énergique emploi de la méthode antiphlogistique.

En présence de cette inutilité de la médication débilitante et de la dangereuse position qui en dérivait pour le malade, je vins à penser au collodion et au bicarbonate de soude, théoriquement préconisé par M. Lemaire dans la pneumonie. Je prescrivis donc ces deux moyens, le premier localement, le second à l'intérieur; mais, dans mon opinion, c'est principalement à la puissance thérapeutique du bicarbonate de soude et à sa seule puissance, peut-être, que Caubère a dû d'abord un très remarquable soulagement, puis une guérison que tout autorise à croire aujourd'hui radicale.

Mais est-ce réellement une artérite capillaire dans les premiers temps des vaisseaux, plus considérables plus tard, que j'avais à traiter? A cet égard, le doute ne me paraît pas permis. Le siége premier de la douleur, sa véhémence de nuit, sa préexistence là où la fluxion phlegmasique doit apparaître, la cessation des battemens du tronc poplité, et enfin la présence de la gangrène ne peuvent laisser, je le répète, aucune espèce de doute. Et non seulement la perte des pulsations artérielles et la manifestation gangréneuse prouvent le siége et le caractère de la maladie, mais encore elles attestent l'oblitération des vaisseaux, soit par du sang trop plastique, trop cohérent qui s'y était coagulé, soit par des matériaux membraneux qui ont pu aussi s'y développer, et que la propriété fluidifiante ou dissolvante du bicarbonate de soude a détruit.

Le laconisme de cette observation, Monsieur le rédacteur, vous déplaira peut-être assurément; j'aurais pu lui donner un plus grand développement, mais j'ai préféré la soumettre à votre appréciation à l'état brut, assez heureux, d'ailleurs, d'appeler l'attention des médecins sur un remède jusqu'à ce jour peu ou point employé dans l'artérite, et une de ses plus redoutables conséquences, la gangrène.

Agréez, etc.

Dr SERE.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE ;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Vingt-cinquième Leçon.

SOMMAIRE. — Suite des travaux de Buffon sur la localisation des espèces animales. — Animaux du nord de l'Amérique et du nord de l'Europe. — Vérification de la loi du parallélisme des espèces.

Les populations animales, avons-nous vu, sont localisées dans les différentes parties du globe. La connaissance des localités, par rapport aux animaux qui les habitent, forme la *géographie zoologique*. On appelle *faune* une population animale groupée dans une certaine partie de la terre, de même que l'on appelle *flore* l'ensemble des plantes, spéciales à telle ou telle contrée. Vous savez que c'est à Linné que nous devons ce langage imagé, gracieux.

Il n'est pas douteux que ces populations animales, propres à telle ou telle partie du globe, n'aient éprouvé des déplacemens considérables. Ainsi, l'Amérique n'a plus d'éléphans : et il est certain que son sol en a porté autrefois: les ossemens fossiles attestent le fait. Depuis les temps historiques, l'Ancien-Continent n'a jamais connu de marsupiaux ou animaux à bourse, et pourtant ils y ont vécu. Cuvier a trouvé à côté de Paris, à Montmartre, les restes fossiles d'un animal à bourse, d'un petit *didelphe*. Ces disparitions ne sont, en définitive, que des déplacemens; car, l'éléphant perdu pour l'Amérique, le didelphe perdu pour l'Europe, nous les retrouvons dans d'autres contrées, sinon comme *espèces* semblables, du moins comme *type* pareil.

Mais, ces déplacemens d'animaux par quoi ont-ils été causés? Par le déplacement des mers: les eaux, en faisant irruption sur les continens, ont submergé une partie des espèces terrestres, et elles ont chassé l'autre partie devant elles. Si nous cherchons maintenant la cause du déplacement des mers, nous la trouvons dans le soulèvement des montagnes qui a changé le niveau des eaux. Enfin, remontant à une cause plus éloignée encore, nous voyons que le soulèvement des montagnes a été amené par le feu central de la terre. De déductions en déductions, nous arrivons à ce fait qu'à son origine le globe était une masse ignée. L'incandescence s'est tempérée à la surface, la croûte de la terre s'est formée, mais le feu existe toujours, il s'est concentré; il agit encore aujourd'hui par les tremblemens de terre et par les éruptions volcaniques.

Je reviens aux travaux de Buffon sur la localisation des espèces.

J'ai dit que ce grand naturaliste avait posé cette règle qu'aucun animal du midi de l'un des deux Continens ne se trouve dans le midi de l'autre; règle qui, nous l'avons vu, s'accorde complètement avec les faits. Mais, si l'on passe du midi au nord de l'Amérique, la règle n'est plus aussi complètement applicable. Le nord de l'Ancien-Continent et celui du Nouveau ont, dans leur population, quelques animaux de même espèce : on trouve dans les deux régions l'élan, le renne, le loup, le renard, le castor, etc. Buffon explique le fait par le voisinage des deux Continens au pôle nord. Et, en effet, tandis que leurs midis sont séparés par des mers immenses, leurs nords ne le sont que par un passage étroit, le détroit de Behring. Il faut ajouter que ce détroit étant presque toujours couvert de glaces, la solution de continuité n'existe pas, à proprement parler; les animaux peuvent passer sur la glace d'un Continent à l'autre. Il y a même plus, la communication a été complète à une certaine époque; le détroit de Behring, produit de la rupture des deux Continens, est de formation récente. Primitivement les deux Continens n'en faisaient qu'un.

Toutes ces raisons sont bonnes sans doute, mais Buffon ne donne pas la grande raison. On pourrait lui objecter, en effet, que l'Europe et l'Asie ne sont point séparées par des mers; elles font continent, et cependant la population animale de l'une et celle de l'autre sont très distinctes.

La grande raison, c'est la *loi des climats :* où les climats sont différens, les populations animales sont différentes; où ils sont analogues, elles sont analogues.

Les populations différentes, quant à l'espèce, peuvent être ramenées, je l'ai dit, à la loi de parallélisme, à l'unité de type. Nos cadres zoologiques étaient faits quand la découverte de l'Amérique vint enrichir l'histoire naturelle d'une masse d'êtres nouveaux; les mêmes cadres les reçurent, ils entrèrent naturellement dans les groupes déjà formés. L'unité du règne animal ne pouvait se manifester d'une manière plus claire.

Nous avons pu facilement ranger dans des groupes parallèles les ruminans, les pachydermes, les félis de l'Ancien et du Nouveau-Continent. Pour retrouver les analogues de quelques autres espèces, il faut plus d'attention. Par exemple, l'Ancien-Monde possède les fourmiliers. Ce sont de singuliers animaux, complètement édentés, pourvus d'une langue filiforme, très extensible, et qui va chercher dans leurs trous les fourmis, les termites; quand elle est suffisamment chargée d'insectes, l'animal retire sa langue et avale son butin. Les fourmiliers sont obligés de tirer la langue pour vivre, a dit plaisamment Buffon.

Retrouverons-nous ce type dans le Nouveau-Monde? Oui : Si l'Ancien-Monde nous offre le *pangolin* et le *phatagin*, nous trouvons, en Amérique, le *tatou*, le *tamanoir*, le *tamandua*. Tous ces animaux sont des fourmiliers. Entre le pangolin et le tatou l'analogie est même frappante, tous les deux sont remarquables par un test écailleux composé soit de pièces imbriquées, soit de compartimens en mosaïque.

Autre exemple : l'Amérique renferme un genre d'animaux plus curieux que tous ceux que je viens de citer, le genre des *paresseux*. L'unau et l'aï, qui appartiennent à ce groupe, sont d'une lenteur de mouvemens, d'une paresse à peine imaginables.

Quand, après une longue série d'efforts, ils ont pu grimper sur un arbre, ils le dépouillent et se nourrissent de toutes les feuilles qui sont à leur portée, puis, pour s'épargner la fatigue de descendre de l'arbre, ils s'en laissent choir. L'anatomie de ces animaux nous révèle la cause de la lenteur de leurs mouvemens : leurs principales artères ne se composent pas d'un seul vaisseau. L'artère se divise en un grand nombre d'artérioles qui forment pinceau. Or, plus la marche du sang est rapide, plus l'énergie musculaire est grande. On comprend que la circulation du sang, rapide quand il traverse un seul vaisseau, se ralentit nécessaire-

ment quand il faut que le liquide s'engage dans un faisceau d'artérioles ou petites artères.

Les analogues des paresseux se rencontrent également dans l'Ancien-Monde et, chose singulière, nous retrouvons ce type dans un groupe d'animaux qui se distinguent entre tous par leur vivacité, par leur pétulance, dans le groupe des singes. Les *loris* ou singes paresseux comprennent deux espèces : 1° le *paresseux du Bengale ;* 2° et le *loris grêle.*

Ils ont à peu près la même lenteur de mouvemens que l'unau et l'aï, lenteur qui contraste avec leur physionomie éveillée. Nous retrouvons aussi dans les *loris* la même disposition des artères en pinceaux d'artérioles.

Toutefois l'Amérique possède des animaux tout à fait inconnus au Monde-Ancien, les animaux à bourse. La loi de parallélisme va-t-elle voir ici s'arrêter son empire ? Non, nous retrouvons les animaux à bourse dans la Nouvelle-Hollande, et, tandis que l'Amérique n'a qu'un seul genre de la classe des marsupiaux (les sarigues), ces mêmes marsupiaux forment la population mammifère presque tout entière de la Nouvelle-Hollande.

La loi de parallélisme se trouve donc complétement vérifiée.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Mai 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un mémoire de M. le docteur TRINQUIER, de Marseille, sur l'épidémie de choléra qui a régné en cette ville en 1854. (Comm. du choléra de 1854.)

— Un rapport de M. le docteur CAREL, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Napoléonville, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Berni, du 25 septembre au 15 novembre 1854. (Comm. des épidémies.)

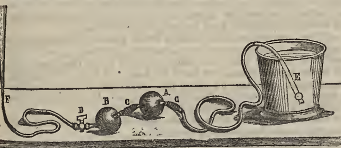
— Deux rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1854 dans les arrondissemens du Havre et de Dieppe. (Même commission.)

— Le tableau des vaccinations des départemens des Basses-Alpes, de Tarn-et-Garonne, du Haut-Rhin, du Jura, de la Charente-Inférieure, et d'Ille-et-Vilaine. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivans :

Une lettre de M. Raymond NACQUART, qui offre à l'Académie, en son nom et au nom de Mme veuve Nacquart, le buste en marbre de son père. (Remercîmens.)

— Une lettre de M. MATHIEU, qui soumet à l'examen de l'Académie un appareil à douche, destiné à provoquer l'accouchement prématuré chez les femmes dont le bassin rétréci ne permet pas la délivrance à terme. (Il peut servir également à donner des douches rectales dans les cas d'obstruction de l'intestin). L'instrument, tout entier en caoutchouc, se compose d'un long tube sur le trajet duquel se trouvent deux sphères creuses *A* et *B;* ses deux extrémités se terminent, l'une *E* par un ajustage en plomb destiné à plonger dans le réservoir d'eau ; l'autre *F* par un tube qui doit être porté dans le vagin. Des pressions alternatives exercées sur la sphère la plus rapprochée du réservoir, en chassent l'air, et l'eau qui y est aspirée remplit successivement, et de proche en proche, le tube d'abord, la première sphère, puis la seconde. Les soupapes *C C* empêchent le retour du liquide vers son point de départ. La deuxième sphère, considérablement distendue, revient avec force sur elle-même, et l'eau se trouve ainsi projetée par l'extrémité vaginale du tube à une hauteur de 3 ou 4 mètres. On peut, à volonté, modérer ou augmenter le jet en cessant ou en continuant les pressions alternatives, et l'arrêter en tournant le rohinet *D.*



Les avantages de cet appareil sur ceux du docteur Kiwisch et du docteur Eguisier, dont on se sert habituellement, sont, d'après M. Mathieu : 1° d'être plus portatif; 2° d'avoir une capacité limitée seulement par celle du réservoir ; 3° la modicité de son prix (l'appareil du docteur Eguisier coûte de 4 à 500 fr.) ; 4° la force du jet qui s'élève à une hauteur considérable. M. le professeur Paul Dubois a expérimenté cet appareil, sorti il y a trois ans des ateliers de M. Mathieu, et s'en est servi avec succès pour donner des douches qui ont pu être continuées chaque fois pendant dix minutes sans interruption. (Comm. MM. Depaul et Danyau.)

— Lettre de M. le docteur DOMANGET, de Challes, qui transmet à l'Académie six exemplaires du rapport que la Société de médecine de Chambéry a publié sur les eaux minérales de la Savoie. (Com. des eaux minérales.)

— Lettre de M. Ph. BOILEAU DE CASTELNAU, qui envoie plusieurs brochures sur le système pénitentiaire et sur l'aliénation mentale. (Com. MM. Londe, Adelon, Baillarger, Ferrus, Guéneau de Mussy, Collineau, rapporteur.)

— M. MALGAIGNE fait hommage à l'Académie du deuxième volume de son *Traité des fractures et des luxations*, accompagné d'un atlas de quatorze planches. Mes recherches sur ce sujet, dit M. Malgaigne, remontent à vingt-huit ans, et je puis presque dire de ce livre comme Haller du sien : *Opus triginta annorum.*

— M. SOUBEIRAN communique une note de M. DELONDRE, sur une série d'accidens que ce chimiste a éprouvés pendant les opérations qu'exige la combinaison de la *vératrine* avec l'acide sulfurique, sa décoloration et sa séparation des substances insolubles dans l'éther. Ces accidens ont consisté en phénomènes d'inflammation des muqueuses nasale et oculaire, diarrhée, douleurs dans les testicules et divers autres points.

— M. RAYNAL lit un mémoire *sur la saumure et ses propriétés toxiques.* (Comm. MM. Bussy, Renaud, Chevallier, rapporteur.)

L'ordre du jour rappelle la discussion sur le rapport de M. Bousquet au sujet du travail de M. Moreau (de Tours).

M. LONDE : La distinction de la folie et du délire n'est pas une question de mots, et M. Bousquet a fort bien indiqué les différences qui séparent l'une et l'autre. Dans l'aliénation mentale, l'intelligence est seule troublée ; dans le délire, les autres fonctions sont plus ou moins lésées.

Les perceptions sensorielles sont distinctes et nettes chez le fou; le délirant est assoupi et plus ou moins insensible aux excitations extérieures.

La pensée est abolie chez le délirant, sa volonté est annulée; chez le fou, la pensée est pervertie et les actes volontaires témoignent d'un certain enchaînement logique des idées.

Une fois guéri, le premier conserve à peine un souvenir fugace de ce qui s'est passé ; tandis que le second se rappelle parfaitement les différentes circonstances de sa maladie, et peut donner sur la succession des phénomènes qu'il a éprouvées des renseignemens dont M. Baillarger vous a signalé l'utilité.

Dans la folie, à moins qu'elle ne soit passée à l'état de démence, il n'y a pas d'appréciations erronées comme celle qui consiste à prendre une fenêtre pour une porte ; de pareils erreurs sont fréquentes chez les délirans qui se donnent quelquefois ainsi la mort.

Dans la folie non compliquée de paralysie générale, la myotilité ne présente aucune altération ; dans le délire, il y a agitation, parfois même mouvemens convulsifs.

Les fous mangent et boivent, quelques-uns même engraissent; dans le délire, les malades supportent à peine l'ingestion des liquides.

Enfin, l'aliénation mentale est un état longuement, mystérieusement préparé, qui peut s'allier avec une santé parfaite, qui, une fois qu'il a pris possession de l'individu ne le lâche que rarement, qui ne finit souvent qu'avec la vie et qui est susceptible de se transmettre par voie d'hérédité; le délire, au contraire, est accidentel : né avec la fièvre, il disparaît souvent avec elle.

Maintenant quel est le siége de la folie ? Est-il permis de la considérer comme une maladie placée en dehors de l'organisation ? M. Bousquet, malgré ses tendances spiritualistes, ne saurait admettre une pareille hypothèse. Ce serait rejeter tous les enseignemens qui nous sont fournis par l'étude de l'état de veille, de sommeil et de rêve, par la physiologie humaine et comparée. Si, dans le jargon philosophique, on prend pour des réalités ces abstractions : pensée, sentiment, mouvement, vue, ouïe, odorat, nous n'en savons pas moins, de science certaine, que ces choses ne sauraient exister en dehors des organes qui flairent, entendent et voient, en dehors de l'appareil où aboutissent toutes les impressions, d'où part le mouvement et où s'élabore la pensée. Est-ce que la *végétation* peut être séparée de la plante et être conçue comme un être distinct d'elle ?

Mais, dans la folie, l'atteinte a-t-elle porté directement sur le cerveau ou a-t-elle son point de départ ailleurs que dans cet organe ? M. Bousquet a dit, à ce sujet, que M. Moreau était du premier avis et quant à lui qu'il était des deux. Il a cité Jacobi et Pariset. A ces autorités, nous pourrions en opposer d'autres et de plus grandes, mais il vaut mieux produire des faits. En voici un : Une femme se croyait poursuivie par les caresses amoureuses du diable; on trouva chez elle une maladie de l'utérus. Est-ce l'utérus qui a été la source de la folie ? Je le demande à MM. Velpeau, Jobert, Robert, Moreau qui voient journellement tant d'affections graves de l'utérus : parmi leurs malades combien en est-il qui se croient obsédées par les amours du démon ? De même dans les autres folies, prétendues sympathiques, celles des femmes enceintes, celle qui se manifeste avec la suppression de la sécrétion lactée, etc., si l'on remonte aux antécédens, si l'on interroge avec soin le passé des malades, on trouve toujours quelque prédisposition cérébrale qui prouve que l'atteinte subie par l'encéphale a directement porté sur ses fonctions.

M. Bousquet repousse l'analogie que l'on veut établir entre la folie et le sommeil (et il remarque judicieusement, à ce propos, que les fous dorment peu) ; en cela il a raison. Mais il ne veut pas davantage qu'on assimile la folie au rêve, et en cela, selon moi, il a tort. Qu'est-ce que le sommeil ? C'est le repos du cerveau succédant à la fatigue de la veille, c'est l'absence de toute excitation. Qu'est-ce que le rêve ? C'est le repos troublé prr une excitation très forte subie pendant la veille et qui se prolonge. Cet état d'excitation existe de même manifestement dans la folie. Un homme éprouve un violent chagrin, il en rêve, il peut en devenir fou. L'observation fournit plus d'un exemple de ce genre.

Si le rêve était l'analogue de la folie, dit M. Bousquet, il s'en suivrait que nous perdons la raison chaque nuit pour la retrouver au réveil. Cela est plus spirituel que vrai, car le sommeil normal nous surprend sans que nous le sentions venir, et nous n'en avons nulle conscience ; mais si avant de dormir le cerveau a été excité soit par les hoissons, soit par une émotion ou par le travail, des rêves plus ou moins fatigans prennent naissance. La conclusion de M. Bousquet n'est donc rien moins que légitime.

Passant à la partie anatomo-pathologique du mémoire de M. Moreau (de Tours), le rapporteur demande quel rapport il y a entre la rougeur des méninges, le ramollissement de la substance cérébrale, quand on les constate, et les troubles de la pensée observés pendant la vie. Mais le même rapport qui rattache aux lésions du tube digestif les altérations de la digestion ; quand l'organe n'est pas à l'état normal, la fonction cesse d'être à l'état physiologique. M. Bousquet a rappelé le traitement moral mis en usage par Leuret, et qui prouverait le peu de valeur des altérations cérébrales dans la folie. Leuret, en effet, frappé de l'absence de tout traitement de ce genre dans certaines maisons de santé, où l'on voit trop le pensionnaire et pas assez le malade, en a à dessein exagéré l'importance. Voulant obtenir beaucoup, il a demandé davantage. Avec un courage dont il faut lui savoir gré, affrontant le sarcasme et la négation, il est allé jusqu'à dire que l'aliéné est un homme qui se trompe, et que le traitement pharmaceutique est aussi inutile à un fou qu'à un homme qui soutiendrait une idée fausse dans une discussion philosophique.

M. Bousquet a trop bien tracé lui-même les caractères de l'aliénation mentale, pour qu'on puisse le soupçonner d'être partisan de cette théorie, et de croire que l'aliéné est un homme qui se trompe. Il ne se fait sans doute pas illusion sur l'efficacité du traitemennt moral. M. Baillarger vous a raconté l'histoire d'un fou chez lequel M. Trélat a essayé de combattre par la discussion et le raisonnement une idée délirante (genre de faute que commettent tous ceux à qui l'observation des aliénés n'est pas encore familière, que j'ai commise moi-même, et dans laquelle, j'en suis sûr, M. Trélat ne retomherait plus aujourd'hui). Fût-on Arago, on ne détruit pas l'idée enracinée dans la tête d'un fou, ou si la tentative semble réussir, c'est pour un quart d'heure. Quand la douche cruelle de Leuret arrachait à ses malades l'aveu de leur erreur, je ne crois pas qu'à ce moment même, *in petto*, ils en aient jamais fait le sacrifice : ils la dissimulaient.

Un jour j'eus l'imprudence de laisser seul à Grenoble un aliéné que je croyais presque raisonnable : il profita de mon absence pour acheter tous les gants qu'il put trouver dans la ville. Je revins en hâte pour réparer ce malheur. Mon malade fut le premier à trouver son escapade ridicule et blâmable. Nous retournâmes à Montpellier, sa ville natale. Pendant le voyage, ces excellentes dispositions ne se démentirent pas un instant. Mais peu d'heures après notre arrivée, la chambre que nous occupions à l'hôtel était encombrée de cartons et de paquets, et mon client m'aborda avec un visage où la joie du triomphe se mêlait à la menace, et me dit qu'en touchant terre à Montpellier, il avait, comme Antée, repris de nouvelles forces, qu'il était le maître désormais, et qu'il voudrait bien voir qu'on empêchât un homme de sa qualité de faire ses petites emplettes. Cet exemple, pris entre bien d'autres, peut vous donner une idée de la dissimulation dont les fous sont susceptibles.

M. Bousquet, pour consoler les aliénistes de la stérilité dont il accuse leurs recherches anatomiques, émet cette opinion, que les recherches cadavériques n'éclairent pas davantage les autres parties de la pathologie. Quoi ! l'hypertrophie et la dilatation du cœur n'expliquent pas les palpitations, la dyspnée éprouvées par les malades ? Les anévrysmes de l'aorte ne rendent pas compte de l'embarras apporté à la respiration, à la déglutition ? La persistance du trou de Botal ne fait pas comprendre pourquoi il y a eu cyanose, œdème, etc.?

M. BOUSQUET : J'ai précisément cité ces exemples-là comme autant d'exceptions.

M. LONDE : Les lésions du foie ou des canaux biliaires ne sont pas en rapport avec l'ictère, avec les hydropisies ? La cause des obstructions intestinales n'a pas été maintes fois reconnue sur le cadavre dans la présence d'une hernie ischiatique, obturatrice ou périnéale trop profonde pour avoir été aperçue pendant la vie ? Mais c'est remettre en question ce qui est le moins contestable. L'anatomie pathologique est une science aussi réelle et aussi solide que les autres ; mais elle n'est ni plus facile, ni plus distraite qu'elles, et ne laisse pas surprendre ses secrets par qui ne la cultive pas avec soin et persévérance.

En terminant, je voulais vous soumettre l'idée que je me fais de la folie. Je pense que, dans celle qui est encore curable, la cause qui a agi sur le cerveau, telle que le chagrin, la contention d'esprit, n'a porté atteinte qu'à certaines portions de cet organe ; que dans les formes graves, au contraire, dans celles qui succèdent à de violentes commotions, au délire fébrile, etc., la lésion a été générale ou l'est devenue, de telle sorte que non seulement l'intelligence, mais encore les autres fonctions encéphaliques se trouvent lésées; de là la vacillation de la marche, traduisant la participation de la myotilité à l'*altération* que l'*intelligence* a subie la première.

Je me résume : 1° les causes, les symptômes, la marche, la durée, la limitation du siége, le traitement ne sont pas les mêmes pour le délire et pour la folie.

2° La folie est une affection idiopathique du cerveau.

3° L'anatomie pathologique doit être invoquée dans l'étude de la folie, maladie du cerveau, comme dans celles des autres maladies.

M. FERRUS, en montant à la tribune, déclare qu'il est prêt à renoncer à la parole, si l'Académie désire faire un exemple et empêcher, à l'avenir, qu'un commissaire puisse prendre la parole pour combattre un rapport qu'il a signé.

M. GIBERT dit que le rapport est distinct des conclusions, et que, tout en adhérant à ces dernières, un commissaire est libre de ne pas partager les opinions du rapporteur.

M. FERRUS : Si je me suis abstenu de prendre la parole dans la discussion sur le vitalisme, malgré l'attaque directe dont l'aliénation mentale a été l'objet de la part de M. Bousquet, c'est parce que je prépare sur cette matière un ouvrage, et que je me propose de le soumettre à notre collègue.

Il est évident que le démon de la controverse anime M. Bousquet ; mais il est vrai de dire qu'il lui en inspire aussi le génie ; il a su, par un petit nombre de pages, soulever les protestations de presque tous les aliénistes que l'Académie compte dans son sein, et me faire renoncer au silence où je voulais d'abord me maintenir.

Dans la précédente séance, M. Baillarger a débarrassé la discussion de tout ce qui se rattache aux lésions de l'attention et à l'automatisme; M. Londe a traité d'autres points du sujet dans le discours que nous venons d'entendre ; je n'aurai donc que peu de mots à ajouter.

Comme M. Baillarger l'a observé avec raison, M. Bousquet a manifestement modifié son opinion touchant l'aliénation mentale ; dans son discours à propos du mémoire sur la variole, il lui semblait difficile de voir une maladie dans une perturbation de l'intelligence que l'on guérit, disait-il, par une parole, par un souffle ; dans son rapport, il convient que, chez un aliéné, le cerveau est dérangé, et se rapproche par conséquent de la doctrine qu'il combat. C'est qu'il sait sans doute que la folie n'est pas une maladie de l'âme, et que le raisonnement ne peut rien contre elle. M. Baillarger vous a conté, à ce sujet, l'histoire du fou d'Arago. L'intimidation et la douche n'ont conduit Leuret à aucun succès réel.

J'ai cité, dans une autre occasion, l'histoire de deux aliénés, Dupont et Duprat, que M. Leuret comptait comme guéris, et qui, après avoir

dissimulé leur délire, n'en ont pas moins continué à se croire l'un Napoléon II, et l'autre un alcyon !

Il en est de même du moyen préconisé par ce médecin, et qui consiste à renouer, chez le malade, la chaîne des souvenirs : Une folle de la Salpêtrière se croyait Marie-Louise. Votre état, lui demandai-je? Vous savez bien que je suis Marie-Louise, me répondit-elle. Sans doute, mais avant? Marchande de poisson. Ce fut un succès; mais combien dura-t-il? Une seconde.

Cependant, comme l'a si bien dit M. Baillarger, si les argumens sont inutiles, les émotions nous restent, et la diversion, en établissant un nouveau courant d'idées, peut affaiblir l'idée prédominante. De là l'influence de la bonté et des procédés affectueux chez celui qui soigne des aliénés, qualités qui sont ici plus essentielles que la science même du médecin.

Déjà, du temps de Celse, on connaissait ces différentes manières de traiter les fous. « Ils se bornent à interroger individuellement l'organisation des malades, à encourager les craintifs, à lier les agités auxquels on ne doit pas même parfois épargner les coups, à gronder ceux qui s'abandonnent à une gaîté sans mesure, à employer comme palliatifs contre la tristesse la musique et le vin, à approuver certains malades plutôt qu'à les contredire, et à faire entrer dans leur esprit, par des moyens détournés, la conviction de leur égarement. » Ailleurs, il conseillait les fomentations émollientes sur le crâne, les vomitifs (l'ellébore blanc). C'est qu'en effet, pour guérir les maladies mentales, il ne suffit pas d'un mot, d'un souffle : quelquefois un traitement, qui n'emprunte rien aux moyens moraux proprement dits, est nécessaire pour combattre la manie aiguë, pour s'opposer aux progrès de la démence et de l'idiotisme.

M. Bousquet a fait entre le délire et la folie un diagnotic de fantaisie (qu'il me pardonne cette expression), où il s'attache surtout à établir que, dans le délire, il y a, concurremment avec trouble de la pensée, diverses perturbations fonctionnelles, et que celles-ci font défaut dans la folie. Et cependant des troubles physiques, organiques, non seulement sont souvent l'accompagnement de l'aliénation mentale, mais quelquefois ce sont eux qui se manifestent les premiers, et la folie ne fait que leur succéder. De là une indication importante pour le traitement.

M. Bousquet nie à tort que l'aliénation présente dans son cours des phases déterminées comme les autres maladies; c'est encore là un fait d'observation parfaitement établi.

Nous sommes, M. Bousquet et moi, à mille lieues ou à un demi-siècle l'un de l'autre; aussi ne tenterai-je pas un rapprochement impossible. Mais je ne veux pas renier mon passé et engager mon avenir par mon approbation tacite à des doctrines exclusives qu'il voudrait exhumer et qu'en définitive il cherche à faire prévaloir.

Parmi les moyens de traitement appliqués à la folie, il n'en est pas qui réunisse d'aussi grands et d'aussi nombreux avantages que le travail corporel, le travail agricole surtout qui, s'il agit sur les idées du malade, où il opère une diversion salutaire, exerce surtout son influence sur le corps de l'aliéné, souvent plus malade et plus débile qu'on ne pense.

Aujourd'hui, M. Bousquet ne place plus la folie aussi carrément en dehors de l'organisation qu'il l'a fait dans un précédent discours; il admet que, chez l'aliéné, le cerveau est dérangé, se rangeant ainsi à la voix du peuple, cette émanation du bon sens universel. C'est là une heureuse contradiction. On pourrait en trouver d'autres dans le rapport même de M. Bousquet, rapport où il critique le travail de M. Moreau, et qu'il termine cependant par des conclusions si favorables (auxquelles, du reste, je m'associe). Il attribue à Bayle la découverte des lésions méningiennes qu'on trouve chez les sujets affectés de délire ambitieux, mais il met à néant les travaux et les découvertes de l'anatomie physiologique et pathologique, et dit, dans sa désespérante prophétie, qu'en cherchant dans cette voie on ne trouvera que des déceptions. Il s'arrête à Descartes et à Willis, dont il affaiblit encore l'autorité par une citation littéraire ; il passe sous silence, comme s'ils étaient non avenus, les travaux postérieurs et si remarquables de Langemann, Rolando, Legallois, de Gall et de Spurzheim, de Bell, de MM. Magendie, Serres, Foville, Flourens, Bouillaud !

M. Bousquet emploie constamment, comme exprimant deux idées différentes, ces mots : folie et délire. Il y a bien des années que, dans mes cours cliniques, je me suis efforcé au contraire à vulgariser le nom de délire donné à l'aliénation mentale, et mon exemple a été suivi par presque tous les aliénistes. A une certaine époque où l'on avait de la tendance à considérer la folie comme une maladie sans matière, il y avait utilité, il y avait progrès à consacrer par ce nom commun de délire la similitude de troubles intellectuels dépendant d'une lésion du cerveau, sauf à distinguer ensuite le délire fébrile et apyrétique, maniaque, monomaniaque, etc.

Bien que M. Bousquet n'attende aucune lumière nouvelle de l'anatomie pathologique, il ne prêche cependant pas l'impossibilité et il ne désapprouve même pas la hardiesse. Descartes, dit-il, en donnant à l'âme la glande pinéale pour siége, a provoqué plus de recherches sur le cerveau qu'on n'en avait fait depuis Hippocrate jusqu'à lui. Pour nous, la gloire de Descartes est moins d'avoir émis cette vue fondée sur des notions incomplètes de physiologie, mais bien d'avoir osé, au commencement du XVIIme siècle, matérialiser l'âme en lui assignant un instrument dans un point de l'organisation. C'est Descartes aussi qui a écrit ces paroles, souvent citées d'une manière inexacte : « L'esprit » dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes du » corps, que s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles, je crois que c'est » dans la médecine qu'on doit le chercher. »

Platon disait : L'âme c'est l'homme ; Aristote n'osait affirmer que l'une survécût à l'autre; Tertullien faisait l'âme matérielle; Leibnitz, dans chaque parcelle du corps, voyait tout un monde de créatures, et Montaigne affirme, relativement aux deux principes, immatériel et matériel, qu'il n'est pas possible de les désunir et qu'il n'en faut pas faire deux. Comme lui, nous croyons qu'ils sont réunis et forment un tout indivisible au point de vue du médecin, qu'ils ne *sont qu'un* pendant la vie.

M. Piorry : Les discussions académiques ne sont pas aussi inutiles qu'on le dit. Tel qui croit avoir gardé son opinion malgré la controverse, la modifie à son insu. C'est ce qui est arrivé à M. Bousquet, qui d'abord considérait la folie comme étrangère aux conditions matérielles de l'organisation, et aujourd'hui la rattache à un dérangement du cerveau, encourage M. Moreau et approuve la hardiesse de Descartes. C'est un progrès.

Sous le nom de folie, on a désigné un trouble de l'intelligence sans fièvre. Mais la difficulté est grande quand on cherche à considérer ce trouble en dehors des états organiques qui le provoquent. On constitue ainsi une unité morbide qui n'existe pas; d'un phénomène variable, complexe, on veut faire un phénomène fixe toujours semblable à lui-même. Et comme toute définition devient alors impossible, on ne peut plus assigner à la folie une limite rationnelle. C'est de cette façon qu'on est allé jusqu'à la confondre avec le génie et à classer Socrate, Rousseau et tant d'autres intelligences d'élite parmi les aliénés!

Quelles sont les différences qu'on cherche à établir entre le délire et la folie? Le délire est, dit-on, accompagné de fièvre, jamais la folie. Cependant, dans la manie furieuse, il y a accélération du pouls et chaleur de la peau. Autre caractère : le délire se rattache à quelque lésion organique, la folie se produit sans lésion. Je citerai pour réponse un exemple d'aliénation qu'Esquirol attribue à un déplacement du colon transverse ! Je citerai encore l'opinion d'un aliéniste qui pense que la mélancolie est le résultat d'une faiblesse de la circulation veineuse. Très souvent il est difficile de dire si c'est à un délire qu'on a affaire ou à une folie ; c'est ce qui a lieu pour les troubles psychiques qui surviennent pendant la fièvre de lait : il y a alors un état mental, mais qui ne dispense nullement de rechercher tous les états organopatbiques qui peuvent en avoir été le point de départ.

C'est en étudiant le délire qu'on peut s'élever à une théorie de la folie. M. Moreau l'a tenté en observant les effets du haschich et il a su tirer de ses expériences des conclusions importantes.

M. Bousquet veut qu'on sépare le délire de la folie parce qu'il a une durée moindre; mais la durée n'est pas un caractère propre des maladies et notre collègue n'a-t-il pas dit et répété que la varicelle et la variole, malgré leur durée inégale étaient la même maladie? Si le délire persiste peu de temps, c'est qu'il est lié à des états organiques, qui eux-mêmes n'ont qu'une existence passagère.

La lenteur du développement paraît encore caractéristique de la folie, aux yeux de M. Bousquet. Mais qui n'a vu, dans certains cas, la maladie se déclarer d'une manière brusque, et même instantanée? Les passions violentes, la fièvre de lait (*galactémie*) en produisent quelquefois dont l'invasion est subite. J'ai vu, chez le père et le fils, sous l'influence de la fièvre et même de la simple abstinence, se manifester un délire qui avait toujours la même forme.

La fièvre accompagne le délire, elle manque dans la folie. Ce caractère est encore insuffisant : dans trois cas, dont un surtout m'a frappé, j'ai constaté une lypémanie intermittente liée à une splénopathie, et en quelques jours, le sulfate de quinine en a fait justice. D'ailleurs, j'ai déjà cité l'exemple de la manie furieuse où il y a de la fièvre. Le délire maniaque peut être l'expression de telle altération du sang ou *anomémie* qui produit à la fois et le trouble des idées et les phénomènes qui constituent la fièvre.

La folie est transmissible avec le sang; cela veut dire, sans doute, par voie d'hérédité. Il serait plus exact d'admettre que les parens transmettent aux enfans les dispositions organiques, d'où résulte une prédisposition à la folie, comme ils leur transmettent l'aptitude à contracter d'autres maladies, conformément aux faits que j'ai établis dans ma thèse *sur l'Hérédité*.

Dans la folie, à part la perversion intellectuelle, la santé est parfaite. Cela est loin d'être général; ainsi les nosomanes ou hypochondriaques, sont souvent fort malades; de même les individus dont la folie est liée à une altération du sang ou de quelque organe éloigné.

C'est en présence de cette impossibilité qu'il y a à différencier le délire de la folie, c'est en voyant le même trouble cérébral se manifester, soit qu'il y ait altération de l'encéphale ou d'autres organes, ou présence dans le sang de quelque agent toxique, etc., que, dans mon *Traité de médecine pratique*, j'ai donné à ce trouble le nom de *anomopsychismie*, qui comprend à la fois et la folie et le délire.

Chaque homme diffère des autres hommes autant par ses caractères psychiques que par ceux du corps, ou que par les traits du visage; l'éducation, l'âge, le sexe, les passions, etc., font de chacun une individualité à part. Il en résulte que les facultés morales et intellectuelles varient pour chacun, de même aussi leur manière de délirer. Chez celui-ci, la persévérance s'exagérera jusqu'à la folie; chez l'autre, l'imagination, etc. Ces caractères individuels, en même temps qu'ils créent une propension à délirer lorsqu'ils s'exagèrent, déterminent aussi le *mode* particulier du délire.

Il en résulte que l'*anomopsychismie* peut reconnaître pour cause l'ingestion de l'alcool ou des narcotiques, ou de quelque autre substance vénéneuse; les miasmes de la peste, de la petite-vérole, etc. ; l'hystérie ; l'épilepsie; la galactémie ; l'exagération d'actes ou de conditions physiologiques. Lorsque l'*anomopsychismie* s'exerce sur une seule série d'idées, elle constitue la monomanie ; quand elle en intéresse plusieurs séries, la polymanie. Si l'on prenait pour caractère l'objet même des divagations, il faudrait créer autant de variétés qu'il y a d'hommes et de passions différentes qui les dominent : folie ambitieuse, érotomanie, démonomanie, misanthropomanie, philanthropomanie (cette dernière assez rare).

Mais s'il est inutile d'insister sur l'objet du délire, il est nécessaire de distinguer le délire où les idées sont liées les unes aux autres, et celui où elles cessent de l'être, cette dernière circonstance rendant la maladie plus grave.

Il suit de là que les délires ne sont pas des espèces morbides fixes, et que l'on n'est pas en droit de demander à l'autopsie pourquoi tel objet plutôt que tel autre a préoccupé le malade dans son délire; pourquoi l'un a été gai et l'autre triste; celui-ci mélomane, et cet autre ambitieux.

Il suffit que l'anatomie pathologique nous prouve dans l'encéphale une modification qui a gêné l'exercice régulier de la fonction. C'est ainsi que la démence et l'idiotisme se rattachent à des lésions organiques, à des tumeurs, à des ramollissemens, à des *hypotrophies* de l'encéphale ; que le délire, dans la méningite, se lie de préférence aux altérations de la convexité du cerveau. Chez un varioleux de mes salles, qui, à la suite de sa maladie fébrile, était resté fou pendant un mois, j'ai trouvé dans la pie-mère des taches mélanosiques. Doit-on les regarder comme indifférentes au point de vue de l'aliénation dont cet individu a été atteint?

Mais alors même que l'autopsie ne montrerait dans le cerveau ni dans ses enveloppes aucune modification, alors qu'on ne trouvera même pas l'indice d'une gêne dans la circulation, faudra-t-il en inférer que la folie peut exister sans lésion aucune ? Trop souvent, en médecine, on se laisse aller à accorder aux faits négatifs une importance qu'ils ne méritent pas. Lorsqu'on ne connaît pas exactement la valeur de l'exception, elle ne devrait jamais infirmer la règle. Si l'on ne raisonnait pas ainsi dans les sciences, il n'y aurait de positivisme nulle part.

Mais, dit M. Bousquet, la lésion, alors même qu'elle existe, n'explique pas pourquoi on délire ! Apprenez-moi d'abord comment la pensée se forme dans un cerveau sain, je vous dirai ensuite comment un cerveau malade enfante le délire.

N'oublions pas que des lésions évidemment matérielles peuvent exister, qui cependant échappent au scalpel et même au microscope. L'opium, les virus n'exercent-ils pas sur le système nerveux une action moléculaire? La commotion, la foudre ne donnent-elles pas la mort par une influence matérielle? Et cependant l'autopsie est muette dans ces cas comme dans ceux d'épilepsie et d'hystérie. Mais le bon sens veut que l'instrument ait été modifié puisque la fonction a pu l'être. Laissez donc là vos théories de doute et d'hésitation, ne cherchez plus à mettre le scepticisme de l'ignorance à la place du progrès scientifique ! Voyez le délire de la *galactémie;* bien des folies chroniques se terminent à la Salpêtrière après avoir eu cette origine. Voyez le *delirium tremens* (dénomination illogique à laquelle j'ai substitué celle de *alcoolencephalie*) conduisant à l'aliénation tant de malheureux; et les démences liées à des lésions positives, telles que des inflammations cérébrales et méningiennes.

Ne parlez pas avec dédain de l'anatomie pathologique, travaillez, au contraire, à étendre le champ de ses découvertes. Surtout ne prononcez plus ce mot de *maladie de l'âme*. L'âme, principe, l'âme immatérielle et immortelle, n'est pas accessible aux causes de destructions ; elle ne partage pas avec le corps cette triste prérogative.

(A cause de l'heure avancée, M. Piorry remet la fin de son discours à la séance prochaine.)

M. Chassaignac montre un testicule encéphaloïde, recouvert par une portion de scrotum, dont il a fait l'ablation par sa méthode d'écrasement linéaire, sans hémorrhagie ni autre accident.

COURRIER.

On lit dans le *Moniteur :*

« La question de la salubrité des camps occupés, depuis près de huit mois, par les troupes de l'armée de Crimée, a constamment éveillé la sollicitude du ministre de la guerre et du général commandant en chef. L'hiver n'était pas terminé, que déjà, d'après les instructions ministérielles, l'intendance militaire et le service de santé avisaient de concert aux moyens de conjurer les dangers que faisaient redouter, pour l'état sanitaire des troupes, le changement de saison et l'occupation prolongée des mêmes emplacemens.

» Indépendamment de l'alimentation et de l'hygiène, qui ont été l'objet de soins tout particuliers, des mesures ont été prescrites à l'effet d'assurer l'abandon des habitations souterraines, le déplacement et l'aération des tentes, la propreté des camps et de leurs abords, et partout ces mesures ont été rigoureusement appliquées. Des quantités considérables de sulfate de fer, de chlorure de chaux, sont journellement employées, et toutes les précautions sont prises pour en renouveler l'approvisionnement en temps utile. Le service du génie a fait construire des fours à chaux qui satisfont dans les plus larges proportions à tous les besoins.

» Une incessante surveillance s'exerce sur l'enfouissement des issues et des cadavres d'animaux, et, par une récente circulaire, le général en chef a rappelé les officiers généraux, les chefs de corps et de service à l'exécution des ordres précédemment donnés à cet égard.

» Aujourd'hui toutes les troupes habitent de grandes tentes; chaque corps a une infirmerie sous baraque, destinée à recevoir les hommes atteints d'affections légères, et à éviter l'encombrement des ambulances, Dans ces dernières, des baraques bien aérées et convenablement placées ont partout remplacé les tentes. Les résultats obtenus prouvent que ces diverses précautions n'ont pas été prises inutilement.

» L'état sanitaire est aussi bon qu'il était possible de l'espérer. Le nombre des hommes entrés aux ambulances, qui avait été de 7,585 pendant le mois de mars, s'est réduit en avril à 5,600, tandis que celui des sorties après guérison s'est élevé de 1,064 à 1,399. Et cependant, par suite des opérations du siége, nos ambulances ont reçu, pendant le mois d'avril, un nombre d'hommes blessés par le feu de l'ennemi plus considérable que celui du mois précédent.

» L'armée de Crimée se trouve donc dans de bonnes conditions pour accomplir la mission qui lui est confiée. »

— La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, a tenu, le 13 mai, à une heure, sa séance publique annuelle.

La réunion était nombreuse. M. Cailhassou, maire de Toulouse, et M. Vallès, un de ses adjoints, étaient assis au bureau.

M. Fourquet, président de la Société, a ouvert la séance par un discours historique sur les trois branches de l'art de guérir : la médecine, la chirurgie et la pharmacie. Ce travail, quoiqu'un peu long, a été écouté avec beaucoup d'attention.

M. Augustin Dassier, secrétaire général, a pris ensuite la parole pour la résumption des travaux ; la portion la plus intéressante de sa tâche était l'éloge de Charles Viguerie, qui n'est pas une des pertes récentes les moins sensibles faites par la Société.

Cet éloge, remarquable autant par son impartialité que par sa forme et la délicatesse de sentiment avec laquelle est racontée la vie si bien remplie de l'homme éminent qui en est l'objet, a été écouté avec une attention et un intérêt soutenus. D'unanimes et sympathiques applaudissemens ont accueilli sa lecture.

Après un important rapport de M. le docteur Filhol, sur le concours du prix de l'année, et qui avait trait à la recherche du phosphore dans le cas d'empoisonnement et après la mort, les noms les lauréats ont été proclamés.

La Société a décerné *ex æquo* deux médailles d'or, l'une à MM. Henry Ossian et Chevallier fils, chimistes à Paris; l'autre à M. Meurein (Victor), pharmacien à Lille (Nord), et une mention honorable à M. Jean Ruspini, pharmacien chimiste à Bergame, royaume lombardo-vénitien ; en outre, la Société a accordé, pour des travaux particuliers et à titre d'encouragement, une double médaille d'argent avec éloges à M. le docteur Houlès de Sorèze ; une deuxième médaille à M. le docteur Milon, de Revel; une troisième médaille à M. le docteur Giscaro, de Toulouse ; une mention honorable à MM. Martin Duclaux, de Saint-Julia ; Nolé, de Cintegabelle, et Guitard, de Toulouse ; des remercîmens particuliers à MM. Marty, de Castelnaudary ; Seré, de Muret, et Henri Duclos, de Rouen.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 62. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 26 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 MAI 1855.

LES CANDIDATURES A L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

(SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.)

II.

Les compétiteurs à la place laissée vacante par M. Lallemand sont très nombreux, ai-je dit. J'ai donc à en faire le dénombrement. Mais une simple liste de noms propres n'aurait rien de bien attrayant pour le lecteur, et, d'un autre côté, l'indication, même sommaire, et l'appréciation, quelque brève qu'elle fût, des travaux de ces honorables et plus ou moins célèbres confrères, m'entraîneraient au delà de toutes limites raisonnables. Rappeler leurs principaux titres aux suffrages de l'Académie, donner une caractéristique générale de leurs travaux et de l'esprit de ces travaux, tel est le seul but que je doive viser, sans espérer néanmoins de pouvoir l'atteindre dans ces quelques colonnes, beaucoup trop courtes pour un pareil travail même ainsi réduit. Que la bienveillance de mes lecteurs, que l'indulgence surtout des savans compétiteurs dont les noms vont successivement passer sous ma plume bien intentionnée, me protégent contre les périls d'une pareille entreprise!

Le nom de M. Leroy-d'Étiolles restera indélébilement attaché à l'histoire d'une des plus grandes découvertes de la chirurgie. M. Leroy n'aurait à revendiquer que la glorieuse part qui lui revient dans l'invention de la lithotritie, que ce titre suffirait pour légitimer sa candidature à l'Académie des sciences. Son habile confrère, M. Civiale, n'occupe dans ce corps savant, un fauteuil d'académicien libre, que pour avoir le premier, sur le vivant, pratiqué une opération dont M. Leroy avait indiqué la théorie. Le manuel opératoire, l'appareil instrumental et la première application pratique, forment le contingent de gloire de M. Civiale. L'Académie, depuis un demi-siècle surtout, tient en bien plus grande estime le Fait que l'Idée. Il y aurait beaucoup à dire sur cette tendance. Elle doit être souvent bien décourageante pour les pauvres hommes de génie à qui manquent et l'occasion et les circonstances, et trop fréquemment un peu d'argent pour convertir en fait quelque grande et lumineuse idée. Quoi qu'il en soit, M. Leroy ayant vu le fait de la lithotritie si généreusement récompensé, a pu croire que le temps de l'idée était enfin venu. Il s'est mis bravement sur les rangs, et non pas avec cette idée seule, mais avec un bagage complet de méthodes, de procédés, d'instrumens, de mémoires, de notes et de livres; car cet esprit ingénieux et actif a remué le champ presque tout entier de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicales, sans compter quelques excursions fructueuses dans les domaines de la physiologie et de la médecine.

M. Maisonneuve sera considéré comme le premier chirurgien de l'époque par ceux qui tiennent en grand honneur l'esprit d'initiative et la hardiesse opératoire. Jamais, peut-être, ces facultés n'ont brillé d'un plus vif éclat que chez cet honorable confrère. Dans sa main entreprenante, le champ du bistouri s'est considérablement agrandi. On peut même dire qu'il n'a plus de limites. Il va chercher le mal dans les profondeurs les plus obscures et les anfractuosités les plus inaccessibles de l'organisme. Les opérations les plus graves, ligatures artérielles des plus gros vaisseaux, résections inusitées, ablation et dissection de tumeurs énormes, mutilations effroyables, rien n'arrête, rien n'effraie cette main habilement audacieuse. Plus grandes paraissent les difficultés, plus promptes et plus décidées surgissent les ressources. Comme était en médecine son célèbre maître et ami, M. Récamier, M. Maisonneuve semble aspirer au renom de chirurgien des cas désespérés. Il a une foi si ardente dans la puissance de l'art, que rien ne lui semble impossible à ses moyens d'action, et aussi les emploie-t-il là où d'autres temporisent ou reculent. C'est le Paracelse de la chirurgie. L'âge, l'expérience pourront peut-être tempérer cette ardeur opératoire, mais il restera certainement dans cet esprit une faculté brillante et qui sera souvent utile, celle des indications chirurgicales hardies, rapides, instinctives. — M. Maisonneuve a déjà un budget considérable d'inventions, de modifications, de perfectionnemens, et tout cela lui est venu non dans le silence et la méditation du cabinet, mais le couteau à la main, et pour obéir aux exigences de quelque cas actuel où les règles et l'instrumentation faisaient défaut. Le dernier travail que M. Maisonneuve a présenté à l'Académie constituerait une véritable conquête chirurgicale, si l'expérience confirme sa méthode de traitement instantané des rétrécissemens de l'urètre.

Comme contraste, plaçons ici la figure calme et quiète, l'esprit réservé, la pratique prudente et l'enseignement très contenu de M. le professeur Laugier. Cet honorable chirurgien se caractérise moins par l'esprit d'invention que par l'esprit d'examen et d'appréciation, qualité précieuse, surtout à notre époque où abondent, en chirurgie, les novateurs et les rénovateurs, les inventeurs et les pseudo-inventeurs. Une opinion, une pratique adoptées par M. Laugier se présentent avec la garantie d'une sage et lente expérimentation. Le contingent de ses recherches propres n'est peut-être pas aussi volumineux que celui de quelques-uns de ses compétiteurs, mais c'est ici que l'on peut dire que la qualité dédommage du nombre. Depuis quelques années, M. Laugier a repris avec fruit les grandes questions de la pathologie générale appliquée à la chirurgie, telles que le génie du grand Hunter les avait soulevées et résolues, autant que cela pouvait se faire à son époque. Ainsi, M. Laugier s'occupe avec fruit et distinction de recherches spéciales sur l'inflammation et sur ses produits, après avoir payé son tribut à la partie plus essentiellement pratique de la chirurgie par ses travaux, très estimables, sur les maladies des yeux, notamment sur la cataracte, et sur le traitement des varices par le caustique de Vienne, méthode dont il était en droit de revendiquer la priorité sur certains chirurgiens qui l'ont employée avec plus de bruit et de publicité.

M. Baudens est une des célébrités actuelles de la chirurgie militaire. C'est sur les champs de bataille de l'Algérie qu'il a conquis ses principaux grades, et les services qu'il a rendus à notre belle armée, soit pendant la guerre, soit pendant un long exercice de chirurgien en chef du Val-de-Grâce, lui ont valu la distinction suprême de membre du Conseil de santé des armées, le maréchalat de la médecine militaire. M. Baudens se présente à l'Institut avec un bagage scientifique respectable. Ses titres principaux se déduisent de ses travaux persévérans sur la réfrigération appliquée comme méthode générale à un très grand nombre de cas chirurgicaux. On doit à M. Baudens des méthodes et des procédés opératoires en assez grand nombre, sur l'opération pour remédier au bégaiement et au strabisme, sur la taille hypogastrique, sur l'amputation et la désarticulation de la jambe, sur des appareils à fractures, etc., etc. Son dernier travail présenté à l'Académie, sur la nécessité de laisser agir la nature dans les cas de congélation des extrémités, annonce une tendance vers le désarmement de la chirurgie, assez remarquable dans un chirurgien d'armée. Plein d'ardeur et de zèle, il est fâcheux, peut-être, que M. Baudens ait été enlevé trop tôt à la vie active de la pratique nosocomiale ou des camps. Il était loin d'avoir vidé son sac, et ses plus récens travaux n'annoncent pas un esprit fatigué ou épuisé.

Les travaux de M. le professeur Gerdy sont aussi nombreux que variés. Anatomie, physiologie, pathologie générale et spéciale, chirurgie pratique, ce savant confrère a dirigé ses recherches dans tous ces sens divers, ne négligeant pas, à l'encontre de beaucoup d'autres, les afférences de notre science avec la philosophie. M. Gerdy peut passer avec la même facilité de la description des muscles de la langue à une dissertation de métaphysique, composer un traité des bandages et un traité de physiologie, publier une anatomie des formes et une chirurgie. Son esprit souple et élastique semble se prêter à toutes les formes diverses de l'étude et du travail. On le voit bien à l'Académie de médecine dont il est un des orateurs les plus zélés et où il peut prendre la parole, non sans succès quelquefois, sur les sujets de discussion les plus disparates. M. Gerdy a fait connaître un travail estimé sur l'influence de la position des membres dans les maladies chirurgicales et médicales, une méthode hardie de traitement des hernies par l'invagination de la tumeur. Cependant M. Gerdy n'est pas un novateur en chirurgie; cette qualification lui déplairait assurément, à lui qui a si âprement, et souvent avec justice, combattu quelques inventions modernes de la chirurgie que son énergique opposition, au moment même de leur plus grande vogue, n'a pas peu contribué à ramener à des prétentions plus raisonnables et plus modestes.

Aussi riche que M. Gerdy en travaux de critique, M. Malgaigne apporte néanmoins un contingent plus considérable de travaux personnels. Son premier, son plus grand titre est assurément son *Traité des fractures et des luxations*, ouvrage dont le second volume, si impatiemment attendu, vient à point de paraître, comme pour légitimer la candidature du savant professeur. Sur cette partie de la chirurgie, M. Malgaigne est une autorité généralement acceptée. Son ouvrage, comme il le disait lui-même mardi, à l'Académie de médecine, est le fruit et le résultat de sa vie de chirurgien; aussi, comme toutes les productions mûries par le temps et par l'expérience, cet ouvrage survivra à l'époque qui l'a vu naître et restera comme une des plus remarquables productions de la chirurgie contemporaine. Les recherches de M. Malgaigne sur les hernies, ses études sur la cataracte, sur quelques autres maladies des yeux, pour lesquelles il a institué son traitement par abrasion de la cornée, ses remarques statistiques sur les résultats des opérations, ses opinions et sa pratique sur le régime à faire suivre aux amputés, ses travaux sur l'anesthésie, sont autant de titres spéciaux à la distinction qu'il ambitionne. Rappellerai-je ses autres publications, si connues du monde savant, sa belle édition d'Ambroise Paré, dont l'introduction est un chef-d'œuvre de critique historique et scientifique, ses ouvrages d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire, ses nombreux et toujours si remarquables articles dans les journaux et les recueils, ses cours si populaires, ses discours académiques si goûtés? M. Malgaigne, en effet, est un enfant gâté de la nature : écrivain pur et nerveux, il est encore orateur éloquent; il a pour lui le style et la parole, dons précieux, qui font de ce privilégié confrère un critique puissant et un vulgarisateur hors ligne.

M. Jules Guérin a indiqué lui-même sous quels points de vue il désirait être apprécié : comme savant, comme praticien, comme écrivain. Il ne m'en coûterait pas de suivre cette division si l'espace et le temps ne me faisaient défaut. Je serais heureux même de pouvoir rendre un complet hommage à un des esprits les plus éminens de notre époque, envers qui notre époque n'a pas toujours été ni juste, ni calme. Mais les passions que M. Guérin a eu le cruel privilége d'éveiller, sont bien refroidies si elles ne sont complétement éteintes. Toutes les réparations qu'il pouvait désirer lui sont à peu près arrivées, et ça été peut-être de sa part un excès de précaution ou d'appréhension de rappeler avec trop d'amertume, dans l'exposé de ses titres adressé à l'Académie, un passé que nous avons tous, plus ou moins et réciproquement besoin d'oublier. Je ne peux que très brièvement rappeler ici les principaux titres de M. Guérin au fauteuil qu'il ambitionne. C'est à lui que la science est redevable de la première indication scientifique et numériquement démontrée de la période prodromique du choléra, sur laquelle j'ai si souvent, l'année dernière, appelé l'attention des médecins et de l'administration, connaissance qui aurait pu avoir les conséquences les plus fécondes si la grande expérience que j'ai proposée avait été instituée. A M. Guérin appartient l'idée ingénieuse et simple de la division du système musculaire de l'épine en système ascendant et système descendant, idée qui, tout en simplifiant l'étude anatomique, a permis aussi de mieux comprendre la théorie des mouvemens et les difformités du rachis. L'histoire du rachitisme doit à M. Guérin ses notions les plus précieuses sur l'étiologie et le traitement de cette maladie sur laquelle régnait une grande confusion avant les travaux de notre confrère. La théorie générale des difformités par rétraction musculaire, est une conception neuve, originale, et a pu servir de base à des applications pratiques importantes. M. Guérin n'a pas inventé la ténotomie, mais de la section empirique d'un tendon, il l'a élevée à l'état de méthode générale. La méthode sous-cutanée est son œuvre propre; il en a fait reposer la conception sur le fait physiologique de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau, avec suppression de la période d'inflammation

suppurative. Cette méthode est aujourd'hui appliquée à une foule d'opérations et constitue un progrès chirurgical des plus incontestables. Telle est, avec ses immenses travaux sur les difformités, avec sa longue existence de publiciste, le contingent qu'apporte M. Guérin à l'appui de sa candidature.

En 1812, un jeune étudiant de la Faculté de Paris se faisait remarquer par un zèle et une ardeur pour le travail et l'étude si considérables, ses aptitudes étaient si développées, il promettait enfin un si brillant avenir que les professeurs de la Faculté, réunis en assemblée générale, délibérèrent une supplique à l'Empereur afin d'obtenir pour leur jeune protégé l'exemption du service militaire. Un décret daté des Tuileries, le 27 décembre 1812, exonéra ce jeune élève de la conscription. La Faculté de Paris n'a pas eu à se repentir de la généreuse et rare protection qu'elle accorda à cet élève, car cet élève est devenu M. Jules Cloquet. Cet honorable, aimable et savant professeur a énormément fait de choses. L'énumération de ses travaux n'a pas exigé moins de 72 pages in-4o, et ce dénombrement n'est encore qu'une brève indication. Le lecteur comprendra mon impossibilité de reproduire cette indication, même en l'abrégeant encore. Je suis obligé de me tenir ici au sommité des choses, et comme je l'ai dit, à la caractéristique. M. Cloquet forme son contingent de travaux : 1o en anatomie et physiologie de l'homme ; 2o en anatomie et physiologie comparées ; 3o en anatomie chirurgicale et pathologique ; 4o en chirurgie ; 5o en médecine opératoire ; 6o en inventions d'instrumens et appareils de chirurgie ; 7o en médecine et thérapeutique ; 8o enfin de son enseignement, de ses concours, de ses titres et fonctions. Dans cette énumération, ce qu'il faut retenir surtout, c'est que M. Cloquet a été un des plus zélés et habiles propagateurs et vulgarisateurs des études anatomiques, dans l'École de Paris, qui est devenue ainsi la pépinière des chirurgiens de l'Europe. M. Cloquet a publié un grand ouvrage en 5 volumes, grand in-folio, avec 300 planches, sur l'anatomie de l'homme. Sa thèse inaugurale sur les hernies est devenue ensuite un des travaux les plus consultés de la chirurgie contemporaine. Son anatomie des vers intestinaux, couronnée par l'Académie des sciences, quoique datant de 1818, reste encore une monographie précieuse que les travaux des micrographes modernes n'ont pas complétement fait oublier. L'Académie a couronné aussi son mémoire sur les calculs urinaires, travail composé après l'examen de plus de six mille de ces concrétions, et qui constitue la monographie la plus complète qui ait été publiée sur ce sujet. La médecine opératoire est redevable à M. Cloquet d'un assez grand nombre de procédés et de méthodes pour les amputations et autres opérations. Le *Traité de l'acupuncture* du docteur Dantu a été composé sous les yeux et avec les faits de la pratique de M. Cloquet. — Pendant de longues années, l'état de sa santé a éloigné M. Cloquet de l'enseignement et de la vie chirurgicale active. Il paraît qu'une heureuse et salutaire modification permet à M. Cloquet de reprendre ses travaux et son enseignement. Nous en félicitons les élèves et la science.

Le nom de M. Jobert (de Lamballe) rappelle de grands et d'importans travaux, tous afférens à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie. Le début de M. Jobert dans la carrière scientifique fut un début magistral. Il apportait dans la science une idée nouvelle, et à la pratique un fait nouveau. Je parle de son mémoire *sur les plaies du canal intestinal*, travail qu'il a développé plus tard dans un ouvrage en deux volumes sur les maladies chirurgicales du canal intestinal, et dans lequel il a doctrinalement exposé, après l'avoir expérimentalement éprouvée, la doctrine de l'adossement des séreuses. Au nom de M. Jobert se rattache encore une des plus éclatantes conquêtes de la chirurgie contemporaine, je veux dire le traitement enfin efficace des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales et recto-vaginales, ces tristes et dégoûtantes infirmités de la femme contre lesquelles l'art luttait vainement. Immense service rendu à l'humanité ! Les faits aujourd'hui se multiplient des bienfaisantes conséquences des opérations imaginées par M. Jobert pour remédier à ces tristes et si fréquentes infirmités, ne laissent plus aucune place au doute et à la critique. Au nom de M. Jobert se rattache un des progrès les plus considérables de la chirurgie restauratrice, l'autoplastie, dans laquelle cet habile et ingénieux chirurgien a créé toute une méthode nouvelle, avec le secours de laquelle il a opéré de véritables prodiges de restauration et de réparation d'organes. Au nom de M. Jobert se rattache une découverte anatomique des plus importantes, celle de la distribution et de l'origine des nerfs dans l'utérus, recherches qui ont eu une si heureuse conséquence sur le traitement de certaines affections de cet organe. Je ne rappelle ici que les plus célèbres et les meilleurs travaux de M. Jobert, ne pouvant qu'indiquer à peine son excellent *Traité des plaies par armes à feu*, qui fait autorité même dans la chirurgie militaire ; ses études sur le système nerveux et sur les névralgies ; ses mémoires sur la nécrose, sur la régénération des chairs, sur l'anesthésie chirurgicale, et une infinité d'autres travaux de chirurgie pratique qui ont si légitimement popularisé M. Jobert et qui l'ont élevé aux positions qu'il occupe. M. Jobert doit ses succès au culte, au respect, à l'amour passionné qu'il professe pour son art ; il a toutes les aspirations du savant, l'ardeur, l'inquiétude, la curiosité, l'ambition généreuse et loyale des découvertes, le zèle et l'ardeur du travail. Il a aussi toutes les qualités sérieuses du praticien, l'attention, une bonne observation, un coup d'œil sûr et rapide, une main habile et prudente, une thérapeutique riche et variée.

Tel est le dénombrement que j'avais à faire des nombreux compétiteurs à la succession académique de M. Lallemand. Puissé-je avoir été juste et vrai à l'égard de chacun d'eux ! Il me reste maintenant à dire ma préférence et les motifs sur lesquels je la fonde, et c'est ce que l'espace et le temps me forcent à renvoyer à un troisième et dernier article.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET SUR LE TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE (1) ;

Par le docteur MARCHAL (de Calvi).

IV.

La considération attentive des phénomènes de la diphthérite a déjà porté les médecins à rapprocher cette maladie de la classe des fièvres éruptives.

Il y a, dans toute fièvre éruptive : 1o un poison dans le sang; 2o un effet de ce poison sur les solides, particulièrement sur le système nerveux ; 3o une manifestation locale et spécifique de ce poison, qui cherche son élimination à l'un ou l'autre tégument, et dans tel ou tel élément de ce tégument, à la faveur d'une *affinité morbide*, analogue à l'affinité physiologique qui dirige les matériaux des sécrétions normales vers tel ou tel émonctoire naturel, soit les tubes urinifères ou les glandes sudoripares. Toute fièvre éruptive est une sécrétion pathologique, accomplie au milieu d'une scène morbide plus ou moins véhémente et périlleuse. En suivant cette idée, on voit que toute holopathie, toute diathèse, est une maladie éruptive (je ne dis pas une *fièvre* éruptive). Qu'est-ce autre chose que la morve, et la syphilis, et les dartres, et le rhumatisme, etc.? A cet égard, la grande doctrine pathologique qui voit dans la maladie une réaction plus ou moins violente du principe de l'unité physiologique, se soulevant contre une cause morbide dont il poursuit l'expulsion, à ses risques et périls, à travers des voies diverses selon les cas, cette doctrine que l'on fait remonter à Hippocrate, est fondée et même inattaquable, si, dans la forme, on substitue la donnée organique à la donnée métaphysique.

Mais je m'engage ici dans une voie qui me conduirait trop loin, et je reviens à la diphthérite. Je dis qu'on a les plus fortes raisons de la considérer comme une fièvre éruptive. 1o Il y a un poison dans le sang; 2o ce poison marque son effet sur les solides, particulièrement sur le système nerveux, par un état général hyposthénique; 3o il se manifeste à un tégument sous la forme d'exsudation plastique.

Cela posé, quels sont les préceptes qui gouvernent la thérapeutique des fièvres éruptives? Il en est trois principaux :

Premièrement, dégager les organes où peut se concentrer l'action organique, dans l'imminence de l'éruption ;

Deuxièmement, respecter l'éruption et favoriser l'épuisement de la cause morbide ;

Troisièmement, veiller à l'état général et aux épiphénomènes.

Faisons l'application de ces préceptes à la diphthérite, ou plus spécialement, à l'angine couenneuse.

Premièrement, dégager les organes où peut se concentrer l'action morbide, dans l'imminence de l'éruption.

Il arrive qu'au moment où l'éruption va se produire, au milieu de la conflagration qui la précède, l'action organique se concentre dans un organe, le cerveau, l'estomac, les bronches, ce qui se manifeste par des convulsions, par des vomissemens, par une toux violente, avec accélération de l'acte respiratoire. (Voir, à ce sujet, une note succincte que j'ai insérée dans la *France médicale et pharmaceutique*, et que j'ai omis de signer.)

L'indication est alors de dégager l'organe envahi par suite d'une sorte d'erreur de lieu : réfrigération de la tête dans l'organopathie cérébrale ; potion avec l'opium, l'eau de laurier-cerise et le sirop d'éther, dans l'organopathie gastrique; potion avec l'ipéca et le kermès, dans l'organopathie bronchique. On peut encore dégager l'organe envahi en opérant une révulsion ou appel sur le tégument vers lequel l'affinité morbide dirige le poison morbide, comme l'a fait mon ami, le docteur Antonin Buttura, dans un cas remarquable. Un enfant avait des convulsions; il régnait une épidémie de variole; c'était à la campagne, dans une habitation pauvre, éloignée de toute ressource. M. Buttura fit battre l'enfant avec des orties ; le cerveau se dégagea, et une belle variole parut (2).

Pareille nécessité ne se présente jamais dans la diphthérite, qui est une fièvre éruptive à caractère sub-aigu. Ces sortes de divagations préalables et menaçantes du poison morbide sont le propre des fièvres éruptives à forme aiguë.

Deuxièmement, respecter l'éruption et favoriser l'épuisement de la cause morbide.

Respecter l'éruption. — Sur ce point, les praticiens sont unanimes. Tout ce qu'on tente contre l'éruption tourne ou risque de tourner contre l'organisation, contre la vie. Aussi, l'on ne fait rien dans ce sens, et l'on s'en garde. Pourquoi donc agir autrement dans la diphthérite? Certes, quand l'éruption se fait dans le larynx, on a le droit et le devoir d'agir contre elle, parce que là, elle attaque directement la vie; comme, dans la variole, on a le droit et le devoir d'agir, quand elle s'étend aux organes de la vue, ou, par une extension plausible, quand on veut préserver les traits du visage d'une profonde et irrémédiable détérioration. Mais, à part ces exceptions, pourquoi, je le demande, porter la main sur l'éruption membraniforme, qui, par elle-même, donne lieu à si peu de troubles et qui n'est pour rien dans l'effroyable gravité de la maladie, gravité qui provient exclusivement de l'atteinte générale portée à l'organisme ? Une pareille méthode n'est pas justifiable en raison, et les faits, attentivement considérés, ne lui prêtent aucun appui.

Favoriser l'épuisement de la cause. — Les boissons chaudes que l'on prescrit dans la rougeole, dans la scarlatine, dans la suette, ont pour effet d'épuiser la cause morbide en la poussant avec force à la peau. Après chaque prise de boisson chaude, on entend souvent les enfants rubéoleux se plaindre plus amèrement des picotemens et de l'ardente chaleur qu'ils éprouvent, et même, au bout de quelque temps, instruits de cet effet, ils refusent souvent de boire. Les diaphorétiques, administrés dans la fièvre typhoïde, entre autres l'acétate ammoniacal uni au laudanum, médication préconisée par M. le baron Michel de Tretaigne, qui en a retiré d'excellens effets dans son service à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, ont pour but également d'épuiser le miasme par les sueurs. L'esprit de Mindererus (1), conseillé dans le traitement de l'angine couenneuse, tend au même effet. Mais, ici, on a quelque chance peut-être d'aller plus loin et de neutraliser la cause en s'opposant au phénomène par lequel elle se manifeste, qui est, comme je l'ai dit et répété, un phénomène de plasticité : la médication alcaline en général, le bicarbonate de soude en particulier, sont proposés dans ce but.

Troisièmement, veiller à l'état général et aux épiphénomènes.— L'état général, dans la diphthérite, est asthénique. Il y faut remédier par la médication tonique; mais il convient d'être réservé sur les excitans, parcequ'ils augmentent momentanément la résistance vitale et la diminuent en réalité.

J'ai déjà indiqué la nécessité de favoriser, au moment opportun, l'expulsion des fausses membranes : j'y voudrais pourvoir surtout par des moyens mécaniques, toujours pour éviter de porter atteinte à la résistance vitale, ce qui aurait lieu par l'usage des vomitifs, surtout du tartre stibié.

Je ne puis entrer dans le détail des indications partielles qui surgissent à tout instant dans un cas donné, et où se fait connaître le véritable médecin. Il en est du traitement des maladies, par rapport aux indications auxquelles il doit répondre, comme d'un pays par rapport aux voies de communication qui le sillonnent : la grande route est ce qu'il y a de plus essentiel, mais les chemins secondaires et jusqu'aux plus petits sentiers ont bien aussi leur importance.

Il est cependant une circonstance à laquelle il faut que je m'arrête un moment : je veux parler de la putridité des fausses membranes, ce qui constitue l'angine dite gangréneuse, ou du moins une forme de cette angine, et que je n'ai jamais observée. Cette formidable variété semblerait, par exception, exiger la cautérisation, car il faut absolument modifier une surface qui forme un foyer putride à l'entrée des voies respiratoires.

Mais peut-être serait-il plus conforme aux vrais principes de s'en tenir aux simples désinfectans, par exemple, aux gargarismes avec une solution légère de nitrate de plomb et au *badigeonnage* de la gorge avec un pinceau trempé dans une dissolution plus rapprochée de ce sel. Le chlorure d'oxyde de sodium étendu est le moyen classique en cas pareil.

V.

Prévenir les maladies est le but suprême de l'art ; c'est aussi le bienfait dont on lui est le moins reconnaissant, parce qu'il est généralement inaperçu.

C'est surtout quand il s'agit d'une maladie aussi grave que l'angine couenneuse qu'il faut, par tous les moyens possibles, s'attacher à prévenir le mal.

Mais, ces moyens, quels sont-ils?

L'étiologie contient la prophylaxie. Faisons l'application de cette donnée à l'angine couenneuse.

L'angine couenneuse est une maladie des pays plats, tempérés et humides, qui sont, aux yeux du pathologiste, le domaine du catarrhe sous toutes ses formes. La Touraine est appelée le jardin de la France à cause de sa fertilité, mais elle doit cette fertilité aux nombreux cours d'eau qui la parcourent, et ce qui fait sa beauté, fait aussi le grand nombre de diphthérites qu'on y observe.

D'un autre côté, nous savons que l'angine couenneuse est souvent une maladie de famille, une maladie héréditaire.

Dès lors, les deux termes principaux de la prophylaxie nous sont connus.

Si la tendance héréditaire à la diphthérite existe dans une famille habitant une localité basse, froide et humide, le dépaysement (2) offre à cette famille une chance avérée de pré-

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 15 et 17 Mai.

(2) Le médecin de la localité croyait à une *fièvre cérébrale.*

(1) C'est encore l'acétate d'ammoniaque, comme chacun sait, mais mieux préparé.

(2) La commission du *Dictionnaire* de l'Académie française serait bien en peine,

servation.

Malheureusement, il est le plus souvent impossible aux familles entachées de vice diphthéritique de mettre cette chance à profit, parce que des raisons plus fortes que la crainte même de la mort les forcent à rester dans le pays où elles habitent. Parfois, et pour ces raisons, on ne peut même pas obtenir un simple changement de domicile. C'était le cas de cette famille dont j'ai parlé, dans laquelle trois enfans furent affectés d'angine couenneuse à des époques différentes, et qui habitait une maison au bas d'une côte, à proximité d'arbres touffus.

Mais quelques familles, du moins, sont assez heureuses pour pouvoir s'assurer le bénéfice du dépaysement.

Au rapport de M. Bertrand, cité par Guersant dans son article CROUP du *Dictionnaire de médecine*, la diphthérite, sous sa forme la plus redoutable, le croup, est très rare dans les montagnes de l'Auvergne; d'où l'on est autorisé à inférer qu'il pourrait suffire du séjour dans les montagnes pour conjurer les effets de la prédisposition héréditaire à la diphthérite.

On pourrait être plus explicite sur ce point essentiel, si l'on était en possession d'une statistique médicale de la France. Ce serait là tâche d'une administration éclairée de fournir au corps médical les moyens de réaliser une œuvre si importante. L'œuvre se fera tôt ou tard, de gré ou de force; à son insu ou de propos délibéré, l'administration publique deviendra hygiénique et médicale, et les hommes spéciaux, compris aujourd'hui dans une hiérarchie administrative relativement ignorante, y auront une existence indépendante. Tout médecin sera membre d'une administration, qui sera l'administration de la santé publique, et qui aura une existence distincte, portant une activité propre et une utilité incalculable.

Mais c'est trop insister sur une idée qui n'est et longtemps encore ne sera qu'un rêve. Revenons au sujet de ce paragraphe.

Lorsque la lignée entachée ne peut se dépayser, il faut lui conseiller, dans la même localité, le séjour dans une habitation située le plus haut possible, dans cette habitation l'étage le plus élevé, et, en outre, une bonne exposition. L'exposition Sud est la meilleure en cas pareil; vient ensuite l'exposition Ouest. L'exposition Nord est mauvaise, mais plus mauvaise encore, s'il m'est permis de parler d'après ce que j'ai vu à Paris, est l'exposition au Levant. Je ne connais pas de condition plus funeste que le séjour dans des pièces à l'Est pour des enfans sujets aux inflammations catarrhales de la gorge et de la poitrine. Aux époques où règne le vent d'Est, vers trois ou quatre heures du matin, à travers les volets, fussent-ils doublés de tentures, un air aigre et froid, agaçant et irritant, se glisse dans les pièces ainsi exposées, et, malgré le feu qu'on y entretient, les malades atteints de bronchite ou de pneumonie en éprouvent régulièrement un redoublement de toux.

D'une manière générale, je ne sache pas de plus mauvaise constitution atmosphérique que celle où prédomine le vent d'Est. Tout le monde n'est pas apte à juger de cette influence, parce que tout le monde, heureusement, n'est pas organisé pour en souffrir. Les personnes nerveuses, prédisposées au catarrhe et au rhumatisme, qui sont en grand nombre partout, mais surtout dans les pays froids et humides, subissent douloureusement l'influence des vents d'Est, qui, même en Russie, sont fort redoutés, d'après ce que m'ont rapporté des Russes auxquels j'ai eu occasion de donner des soins. Que les gens qui se piquent d'exactitude et qui croient que l'on peut faire de la médecine une science mathématique, expliquent, s'ils le peuvent, comment une circonstance atmosphérique, si désagréable ou même si menaçante pour les uns, est totalement indifférente pour les autres (1).

Tous les moyens propres à fortifier la constitution, les exercices gymnastiques, l'hydrothérapie, les sulfureux surtout, qui sont en quelque sorte spécifiques contre les maladies catarrhales, doivent être prescrits, à titre prophylactique, contre la diphthérite.

Je fais jouer un grand rôle à l'hérédité; mais je n'entends pas dire qu'elle soit absolument indispensable à la production de l'angine couenneuse; aussi conseillerais-je indistinctement à toutes les personnes habitant une localité où sévirait l'angine couenneuse, endémiquement ou épidémiquement, de prendre les précautions nécessaires pour se mettre en garde contre cette maladie.

(La fin à un prochain numéro.)

ANESTHÉSIE.

A M. Amédée Latour.

Lundi 21 Mai 1855.

Mon cher confrère,

Fidèle au plan de conduite que je m'étais tracé depuis longtemps, puis, écoutant les sages conseils que vous avez bien voulu me donner, je n'occuperai pas le public de questions qui n'intéressent que ma personne. En conséquence, je ne répondrai pas à M. le docteur Ludger Lallemand, qui, dans une lettre insérée dans l'UNION MÉDICALE, le 21 avril 1855, a cru devoir contester l'exactitude des faits exposés dans une note critique publiée dans votre journal (1). Toutefois, mon cher confrère, je vous prie de vouloir bien conserver dans vos cartons, pour ceux de nos confrères qui désireront la consulter, la lettre que je vous ai adressée, il y a quelques semaines, et dans laquelle j'espère avoir démontré, par des détails très circonstanciés, que mon honorable contradicteur a été trompé par ses souvenirs.

Pour faire oublier aux lecteurs de l'UNION ce que cette polémique offre de personnel, permettez-moi, mon cher confrère, d'extraire de ma lettre une observation qui intéresse autant la pratique que la science : il s'agit d'un cas d'intoxication chloroformique, dans lequel le cœur, ainsi que la respiration ayant cessé de battre pendant cinq à six minutes, le malade fut cependant rappelé à la vie par la respiration artificielle.

En décembre 1854, un homme âgé de 21 ans, couché au n° 5 de la salle St-Félix (Charité, service de M. Andral), était entré pour des épistaxis répétées et très abondantes, qui l'avaient rendu anémique. — Un matin, il fut pris d'une douleur dans le flanc droit tellement vive, qu'on ne pouvait toucher son ventre sans qu'il poussât des cris aigus. En même temps, agitation, anxiété, pas de fièvre. — Dans le but de s'assurer si cette douleur provenait d'une lésion ou si c'était une sensation exagérée par la peur qu'inspirait à ce malade le choléra, dont il existait alors plusieurs cas dans la salle, on le soumit, sous les yeux de M. Andral, à l'inhalation chloroformique. Il était dans une position demi-assise, appuyé sur des coussins élevés (attitude qu'il gardait d'habitude à cause de sa grande taille). Les premières inhalations furent inefficaces, et l'on fut obligé de lui appliquer trois fois sous le nez une compresse imbibée de chloroforme, sans toutefois jamais intercepter l'accès de l'air. — C'est alors qu'il fut rapidement sidéré. Ainsi la respiration était arrêtée; le pouls imperceptible; *enfin les battemens du cœur n'étaient plus appréciables à l'oreille.* — On employa l'excitation par l'eau froide, le pincement de la peau, etc., etc. M. Axenfeld plongea à plusieurs reprises ses doigts dans l'ouverture supérieure du larynx (d'après l'indication de M. Monod), tout fut inutile. — M. Andral me fit alors chercher pour pratiquer ou l'électrisation générale ou la respiration diaphragmatique par la faradisation des nerfs phréniques, comme je l'avais indiqué dans mon mémoire sur le diaphragme. Je ne crus cependant pas devoir intervenir. — Mais, sans perdre de temps en présence d'une mort aussi imminente, M. Andral eut l'heureuse idée de faire pratiquer une sorte de respiration artificielle par la compression et le relâchement alternatifs des parois thoraciques et abdominales. Le malade ne revint pas; M. Andral, découragé, disait déjà : il n'est pas plus vivant que les cadavres de l'amphithéâtre. — Cependant, grâce au dévoûment de MM. les docteurs Axenfeld et Lacaze, qui ne discontinuaient pas d'exercer cette sorte de respiration arficielle, le malade fit enfin, au bout de cinq à six minutes, une courte inspiration, qui ne fut suivie d'une autre qu'après quelques secondes; puis la respiration se rétablit. Mais, pendant une heure, il y eut du délire et des convulsions comme tétaniques; le pouls resta petit et régulier.

L'arrêt des battemens du cœur a été parfaitement établi chez ce sujet, autant qu'on peut l'apprécier, toutefois, sans mettre le cœur à nu (M. Andral et son interne avaient ausculté le cœur avec le plus grand soin et avec l'intention de constater ce phénomène). — Puisque, malgré cet état qui a duré cinq à six minutes, le sujet a pu être rappelé à la vie, la cessation du bruit du cœur cesse d'être un signe certain de la mort.

Une autre déduction non moins importante qui vint à l'esprit de M. Andral et de ceux qui avaient été témoins de ce fait, c'est que l'homme dont la respiration et la circulation ont été suspendues même pendant cinq à six minutes peut être rappelé à la vie par la respiration artificielle. — C'était la première fois, je crois, qu'un pareil résultat était obtenu chez l'homme, qui, dans ces conditions, était considéré comme un cadavre. Je ferai remarquer, en outre, qu'à cette époque, aucun de nous ne savait qu'une commission, dont le rapport a été publié plus tard (2), avait obtenu des résultats analogues sur des animaux par l'insufflation de 'air atmosphérique dans les poumons.

Mais, ce qui intéresse infiniment la pratique et ce qui est démontré par le fait exposé ci-dessus, c'est que la respiration artificielle, pratiquée seulement par la compression et le relâchement alternatifs des parois abdominales et thoraciques, suffit pour ranimer l'homme dont la circulation n'est plus appréciable ni par le pouls, ni par les battemens du cœur, consécutivement à l'inhalation chloroformique.

Je dois maintenant prouver que j'agissais rationnellement en me refusant d'intervenir par la faradisation chez le malade de M. Andral. Je dirai ensuite comment cette espèce de résurrection, obtenue dans ce cas d'intoxication chloroformique par une respiration artificielle même très incomplète et peut-être insuffisante dans d'autres conditions, m'inspira l'idée de rechercher s'il était vrai que l'abolition de l'excitabilité des nerfs par l'intoxication chloroformique s'oppose réellement à la pratique de la faradisation des nerfs phréniques qui, seule, peut produire artificiellement une respiration imitant parfaitement la nature.

M. Andral, ai-je dit, dans la relation précédente, m'avait appelé à son aide pour essayer de ranimer par l'électrisation générale ou par la faradisation des nerfs phréniques son malade dont le cœur ne battait plus, et je reculai devant la responsabilité d'une telle expérience. Voici les motifs de cette détermination : 1° Je savais que M. Jobert avait démontré l'impuissance de l'excitation électrique générale, alors que l'intoxication chloroformique avait suspendu la respiration et les battemens du cœur. 2° A cette époque, M. Robert avait déduit de ses expériences que les nerfs perdaient leur excitabilité électrique sous l'influence des inhalations chloroformiques. Admettant l'exactitude de cette assertion, la respiration artificielle par la faradisation des nerfs phréniques n'était donc pas praticable. — M'appuyant sur de telles autorités, il était donc sage de ne pas perdre un temps précieux en tentatives que je croyais n'avoir aucune chance de succès.

Le mode de respiration employé par M. Axenfeld fait pénétrer extrêmement peu d'air dans les voies pulmonaires. Il est évident que c'est à la persévérance avec laquelle elle a été pratiquée que l'on a dû le retour de la circulation et de la respiration chez le malade de M. Andral. Mais, si l'on avait pu attirer, à chaque inspiration artificielle, une plus grande masse d'air dans les poumons, sa vie eût couru moins de danger, et elle eût été ranimée plus vite. Telle est la réflexion que fit naître dans mon esprit l'observation du fait précédent; c'est aussi ce qui me fit regretter de ne pouvoir combattre dans de telles circonstances l'intoxication chloroformique par la faradisation des nerfs phréniques, opération tellement simple et facile qu'un infirmier pourrait, au besoin, la pratiquer. Mais fallait-il accepter comme parfaitement démontrée l'assertion qui m'avait détourné de l'appliquer chez le malade de M. Andral ? En d'autres termes, l'excitabilité électrique des nerfs est-elle abolie par le chloroforme ? Espérant que M. Robert pouvait bien s'être trompé en formulant une telle proposition, je résolus de faire de nouvelles recherches sur ce sujet.

Voilà, mon cher confrère, comment j'ai été conduit à provoquer les importantes expériences sur l'excitabilité des nerfs et sur l'influence de la faradisation des nerfs phréniques consécutivement à l'intoxication chloroformique, expérences dont M. Lallemand a fait connaître dans son rapport les heureux résultats.

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentimens affectueux.

Dr DUCHENNE DE BOULOGNE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 Mai 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des rétrécissemens de l'urètre.

Sous ce titre, M. MAISONNEUVE lit un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Il y a quelques années (en janvier 1845), j'eus l'honneur d'exposer à l'Académie un procédé très simple, qui permet de pratiquer facilement et sans danger l'opération du cathétérisme dans les cas les plus graves de rétention d'urine. Ce procédé consiste à introduire d'abord dans l'urètre une bougie fine et flexible qui, se moulant aux inflexions du canal, arrive toujours et sans difficulté dans la vessie; puis à se servir de cette bougie comme d'un conducteur sur lequel on fait glisser une sonde élastique percée à ses deux bouts. Ce procédé si simple est actuellement employé par tous les praticiens, et, depuis lors, non seulement il n'est plus de prostate infranchissable, mais surtout il n'est plus question de ces fausses routes, ni de ces accidens inflammatoires redoutables auxquels exposaient si fréquemment les procédés ordinaires.

Frappé des avantages considérables que cette méthode de cathétérisme sur conducteur avait réalisés dans le traitement des rétentions d'urine, j'ai cherché à en faire l'application aux rétrécissemens de l'urètre. Mais ici les conditions étaient bien différentes. En effet, dans la rétention d'urine, le canal n'ayant rien perdu de son calibre, et l'obstacle à l'introduction du cathéter ne résidant que dans un changement plus ou moins brusque de direction, produit par l'hypertrophie de la prostate, aussitôt que la bougie conductrice était arrivée dans la vessie, rien ne s'opposait plus à ce qu'on fît glisser sur elle une sonde plus volumineuse pour l'évacuation de l'urine. Dans les rétrécissemens, au contraire, l'urètre permet à peine l'introduction d'une bougie filiforme, et son étroitesse oppose un obstacle invincible à ce que, par-dessus cette bougie, on puisse faire glisser un instrument de quelque volume.

En présence de cette difficulté, je perdis longtemps l'espoir d'atteindre le but que je poursuivais, lorsque l'idée me vint d'utiliser la bougie conductrice d'une autre manière.

Au lieu de faire glisser sur elle l'instrument que je voulais introduire, je vissai sur son extrémité libre le bec de cet instrument qui, faisant ainsi corps avec elle, pût facilement pénétrer à sa suite dans les rétrécissemens, pendant qu'elle-même s'enfonçait dans la vessie, où elle se repliait.

Ce résultat fixa vivement mon attention, et je ne tardai pas à comprendre qu'il ne s'agissait pas seulement d'une modification à la méthode de cathétérisme sur conducteur, mais bien d'une nouvelle méthode tout aussi simple et beaucoup plus féconde.

Cette méthode, en effet, également applicable aux instrumens de toutes les formes et de tous les calibres, m'a permis de résoudre d'un seul coup deux des problèmes les plus complexes et les plus importans de la chirurgie des voies urinaires; celui de l'exécution facile et sûre de toutes les opérations relatives au traitement des rétrécissemens de l'urètre, et surtout celui de la guérison instantanée de ces affections, sans aucune dilatation préalable ni consécutive.

---

je pense, de donner les raisons qui lui ont fait exclure ce mot, qui appartenait à la langue, qui a été maintenu par Boiste, et dont la signification précise, dont la nécessité, se montrent ici clairement.

(1) C'est le vent d'Est *par lui-même* qui est la cause des mauvais effets de l'exposition Est. Je ne crois pas que M. Junod s'en soit bien rendu compte, dans la communication, très intéressante d'ailleurs, qu'il a faite récemment à l'Académie des Sciences, et dans laquelle il invoque la tendance des villes, en général, à fuir le Levant, c'est-à-dire à se développer à l'Ouest; opinion qui a été appuyée par M. Élie de Beaumont.

(1) Voir l'UNION MÉDICALE des 29 et 31 Mars 1855.

(2) *Recherches expérimentales sur les moyens à employer contre les accidens déterminés par le chloroforme.* Rapport de M. L. Lallemand. — UNION MÉDICALE, 1855

Exposé de la méthode. — *Instrumens.* — La nouvelle méthode de cathétérisme que je propose n'exige aucun instrument spécial. Il importe seulement que la bougie conductrice et que les instrumens dont elle doit diriger l'introduction soient disposées de manière à s'articuler ensemble à la volonté du chirurgien. Le moyen qui m'a paru le plus simple pour obtenir ce résultat consiste dans l'emploi d'un petit ajutage métallique, fixé à demeure à l'extrémité externe de la bougie, et auquel l'instrument à introduire vient lui-même s'articuler à l'aide d'une vis dont son bec doit être muni à cet effet.

Tous les instrumens usités dans les maladies de l'urètre se prêtent parfaitement à ce mode d'articulation.

Application de la nouvelle méthode à l'urétrotomie d'avant en arrière. — De toutes les méthodes d'urétrotomie, celle d'avant en arrière est sans contredit la plus importante. Tandis, en effet, que toutes les autres méthodes sont frappées d'impuissance tant que les rétrécissemens n'ont pas le degré d'ouverture nécessaire à l'introduction des instrumens volumineux qu'elles exigent, l'urétrotomie d'avant en arrière n'a besoin d'aucune dilatation préalable, et permet, au contraire, de créer instantanément une voie suffisante à l'introduction des instrumens destinés aux autres méthodes. Malheureusement l'exécution de cette précieuse méthode était jusqu'à présent entourée de tant d'incertitudes et de dangers, que les chirurgiens les plus habiles osaient à peine y avoir recours. Grâce à la bougie conductrice, ces incertitudes et ces dangers ont complètement disparu. C'est là, sans contredit, une des applications les plus heureuses de notre méthode, puisque c'est elle qui nous a permis d'arriver à la guérison radicale et instantanée des rétrécissemens de l'urètre, sans dilatation préalable ni consécutive. Nous dirons seulement que, pour réaliser pratiquement ce résultat, il nous a fallu modifier tellement cette opération, que nous en avons fait une opération toute nouvelle.

Nouveau procédé pour l'urétrotomie d'avant en arrière. — *Instrument.* — L'instrument nécessaire pour cette opération se compose d'un tube cannelé et d'une lame tranchante. Le tube cannelé, long de 25 centimètres, et de 5 millimètres de diamètre, présente, près de son extrémité externe, un petit anneau qui lui sert de manche, tandis que son extrémité vésicale est munie d'un pas de vis pour s'articuler à l'ajutage de la bougie conductrice.

La lame tranchante a la forme d'une demi-olive; elle est tranchante sur sa convexité. Son dos est muni d'une arête, qui la retient dans la cannelure. Elle se continue par une de ses pointes avec une tige mince, qui glisse dans le tube cannelé, et qui, à son extrémité externe, se termine par un petit manche qui sert à la manœuvre.

L'instrument ainsi composé peut être droit ou légèrement courbe à son extrémité vésicale. Dans ce dernier cas, la lame peut être placée du côté de la concavité ou de la convexité. Cette dernière forme est celle que je préfère d'habitude.

Manœuvre opératoire. — Pour exécuter l'urétrotomie par ce procédé, le chirurgien introduit d'abord dans l'urètre une bougie conductrice appropriée au degré d'étroitesse du rétrécissement, et dont l'extrémité externe est munie d'un petit ajutage à peine plus volumineux qu'elle. Ce premier temps s'exécute suivant les règles, avec les précautions ordinaires à cette espèce d'introduction.

Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, on visse sur son ajutage l'extrémité vésicale de l'urétrotome la plus convenable au cas particulier, puis on le pousse doucement, de manière à ce que, guidé par la bougie qui le précède, il franchisse tous les rétrécissemens. On introduit alors dans la cannelure du tube la petite lame tranchante, à laquelle on fait parcourir sans hésitation toute la longueur de l'instrument, de manière à diviser d'un seul trait tous les rétrécissemens.

Ce dernier temps de l'opération est si rapide et si peu douloureux, que souvent les malades ne s'en aperçoivent même pas, et attendent qu'on l'exécute alors qu'il est déjà terminé. C'est à peine s'il s'écoule quelques gouttes de sang.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et chirurgie, à laquelle est invité à s'adjoindre M. Civiale.)

Deuxième note sur l'action que le gaz carbonique exerce sur la peau, et particulièrement sur l'organe de la vue.

M. Herpin (de Metz) lit sous ce titre un travail dont nous publions l'extrait suivant :

Dans la première partie de cette nouvelle communication, l'auteur s'attache à faire voir que ce qu'il a dit de l'action exercée sur la peau par le gaz acide carbonique n'a rien qui ne s'accorde avec ce qu'a observé M. Boussingault.

Pour ce qui a rapport à l'action du gaz sur l'organe de la vue, ajoute M. Herpin, les faits très remarquables rapportés par M. Boussingault, me paraissent d'une haute importance au point de vue médical. Ce qu'il a dit de l'affaiblissement de la vue et de la cécité prématurée, observés chez les ouvriers qui travaillent dans les mines des Cordilières où se dégage une grande quantité d'acide carbonique, doit fixer, d'une manière toute particulière, l'attention des médecins attachés aux établissemens où l'on administre le gaz carbonique, sous forme de douches, dans certaines maladies des yeux; car, c'est précisément contre l'affaiblissement de la vue, ou l'amblyopie, que l'on fait usage, en Allemagne, des douches de gaz carbonique appliquées sur les yeux eux-mêmes (1).

Lorsque l'on expose l'œil à l'action d'un jet de gaz carbonique, on éprouve un picotement très vif, une sensation d'ardeur et même de brûlure si intense, que l'on peut à peine supporter pendant deux ou trois secondes l'action d'un faible courant de gaz : les larmes coulent en abondance; la cornée devient très brillante; les mouvemens de l'iris sont plus rapides; la vue devient plus claire et plus perçante.

Pour modérer l'action trop vive du jet de gaz sur les yeux, on agit d'abord sur les paupières fermées, on diminue plus ou moins la force du jet; on éloigne plus ou moins le malade de l'orifice par lequel s'échappe le gaz fluide; on interpose un écran de gaze ou de mousseline entre l'œil et l'ajutage; on donne à celui-ci une forme évasée comme celle d'un entonnoir, etc.; enfin, on suspend l'opération et on la recommence à plusieurs reprises et à des intervalles plus ou moins éloignés.

On évite de donner des douches de gaz carbonique sur les yeux ou les oreilles, lorsqu'il y a une disposition inflammatoire de l'organe, ou même des parties avoisinantes; car la chaleur et l'excitation produites par le gaz pourraient quelquefois donner lieu à des congestions dangereuses. — (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Pouillet, Velpeau, Bussy.)

(1) Les effets physiologiques du gaz carbonique sur l'organe de la vue dans l'état de santé ou chez des ouvriers qui vivent continuellement dans une atmosphère très chargée de ce gaz, ne peuvent en aucune manière nous faire connaître l'action qu'il peut avoir sur nos organes dans l'état de maladie. Ils prouvent toutefois que le gaz carbonique exerce sur l'organe de la vue une action très énergique, dont la thérapeutique pourrait peut-être un jour tirer un parti avantageux.

PRESSE MÉDICALE.

Remarques sur la digitaline. — M. H. Jones, médecin de l'hôpital St-Georges, vient de lire devant le Collège royal des médecins de Londres quelques remarques sur la digitaline. Comme conséquences de ses expériences, M. Jones a surtout noté l'action sédative de la digitaline sur le cœur; aussi conseille-t-il d'employer ce médicament à titre d'antiphlogistique. Pour le docteur Jones, la digitaline peut être employée comme succédané de la saignée, et particulièrement dans les inflammations qui s'accompagnent d'une réaction modérée. De plus, le principe actif de la digitale peut encore, suivant le docteur Jones, être substitué à l'antimoine avec avantage, surtout lorsque les intestins sont malades.

L'auteur n'oublie point que l'emploi de la digitale peut être suivi d'inconvéniens et même de dangers. La digitaline, dit-il, peut produire la prostration des systèmes nerveux et musculaire, et même amener une syncope mortelle. Aussi doit-on surveiller attentivement tous les malades auxquels on administre la digitaline, les voir deux fois par jour, et suspendre immédiatement l'administration du remède si l'on observe un ralentissement trop considérable dans les battemens du cœur.

Nous sommes heureux de voir la part d'éloges accordée par le docteur Jones au mémoire de MM. Homolle et Quevenne sur la digitaline. L'auteur cite, à côté des expériences physiologiques du docteur Traube, de Berlin, les travaux thérapeutiques de MM. Andral et Bouillaud. — (*Medical Times*, mai 1855.)

Double opération de hernie étranglée sur le même malade; — opérations suivies de succès; par le docteur Cock, médecin de Guy's hospital. — Ce cas est, d'après les recherches de M. Cock, sans analogue dans les annales de la science, et comme il n'est point vraisemblable que l'on rencontre de bientôt deux hernies inguinales à opérer sur le même sujet et cela dans l'espace de vingt-quatre heures, nous croyons utile d'en rapporter l'observation.

Les statistiques des hôpitaux de Londres montrent que, l'année dernière, sur 46 opérations de hernie inguinale, il n'y eut pas moins de 19 malades, c'est-à-dire à peu près les deux cinquièmes, qui succombèrent. Et cependant nous offrons ici une observation où l'opération a été suivie de succès, bien qu'il y ait eu double opération sur le même individu. Dans chaque cas, la tumeur était volumineuse, l'étranglement étroit, et le sac fut nécessairement ouvert.

Nous croyons qu'on doit trouver quelque raison de ce double succès dans la prudence que l'on mit à faire les tentatives de taxis et le peu de délai que l'on mit à pratiquer l'opération.

Différer l'opération dans le cas de hernie étranglée et abuser du taxis, ce sont là de grandes causes de la mortalité de nos opérés.

Voici l'observation rapportée d'après les notes de M. C. F. Llough.

Charles Maidment, âgé de 70 ans, marchand d'œufs, a été admis, le 14 février 1855, dans Cornelius-Ward. C'est un homme fort, qui paraît jouir d'une bonne santé, marié, et d'habitudes régulières. Il a une double hernie scrotale depuis 15 ans. Elles ont été maintenues par un bandage; cependant, elles sont tombées plusieurs fois dans les bourses, et parfois le malade éprouvait une certaine difficulté à les réduire.

La veille du jour où Maidment fut admis à l'hôpital, la hernie du côté gauche sortit vers huit heures du matin, et ne peut être réduite par le malade, non plus que par un chirurgien, qui tenta régulièrement le taxis.

A l'entrée du malade à l'hôpital, il nous fut permis de constater qu'il existait une hernie inguinale oblique et volumineuse du côté gauche. Jusque-là, il n'y avait point eu de symptômes graves. Aussitôt son admission, on mit le malade dans un bain chaud; puis le taxis, l'opium et la glace furent employés sans succès, et, à neuf heures et demi du soir, on se détermina à faire l'opération. Alors, après avoir ouvert le sac, M. Cock découvrit une anse d'intestin fortement congestionnée et qui avait une longueur considérable. — A l'ouverture du sac, il s'était écoulé une assez grande quantité de sérosité, fortement teinte de sang, et quelques dépôts de lymphe plastique nageaient dans ce liquide.

Pendant l'opération de la hernie du côté gauche, une portion de la hernie du côté droit tomba dans la bourse correspondante, et put être réduite sans beaucoup de difficulté.

L'opération de la hernie étranglée avait été faite sans qu'on eut recours au chloroforme; le malade fut porté dans son lit, et immédiatement deux grains d'opium furent administrés. De plus, on devait continuer l'administration de l'opium à la dose de 0,05 centigrammes de trois en trois heures.

A onze heures du soir, le chirurgien-interne fut appelé pour voir le malade dont la hernie du côté droit venait de sortir; il fut impossible de la réduire, et l'on fit appliquer de la glace toute la nuit.

15 février. Pendant toute la nuit, nombreux vomissemens, douleur, agitation. Le matin, on trouve la tumeur herniaire dure et tendue; et comme la réduction en est impossible, M. Cock se détermine à opérer, ce qui fut fait à huit heures et demie du matin, c'est-à-dire onze heures après la première opération. Cette fois encore on se passa du chloroforme, et le sac fut ouvert; l'intestin était entièrement sain et ne présentait point de trace de congestion. L'immobilité la plus absolue est recommandée au malade, et l'on continue l'opium.

16 février. Peu de repos pendant la nuit; point de douleur dans le ventre; pouls fréquent et petit. — Calomel, 0,05 centig., et opium, 0,05, toutes les heures; thé de bœuf.

17 février, matin. Nuit meilleure; pouls plus ferme; point de douleur dans le ventre. — Répéter les pilules de calomel et d'opium de six en six heures.

17 février, soir. Le malade est très souffrant; il y a eu des vomissemens, du hoquet et du délire.

18 février. Douleur dans le ventre, déterminée par de forts accès de toux. L'esprit est calme et le hoquet moindre. Il n'y a point eu de garde-robes depuis les opérations.

19 février. Il y a eu quatre selles copieuses. Le malade a reposé un peu dans la journée, mais la nuit a été sans sommeil et un peu agitée. La toux est moins forte, le pouls plus plein.

20 février. Les lèvres des plaies, qui avaient été rapprochées par la suture, ne se sont point réunies par première intention; mais les plaies ont bon aspect. Il y a eu deux garde-robes depuis hier.

22 février. Aucune douleur; point d'anxiété; point de symptôme inquiétant. Le malade peut prendre une infusion de bœuf, un peu de poisson. Les plaies ont toujours bon aspect.

A partir de ce jour, le malade alla rapidement de mieux en mieux, et quitta l'hôpital le 8 mars 1855, vingt-deux jours après son admission. Les deux plaies étaient presque entièrement cicatrisées. — (*Medical Times*, mai 1855.)

COURRIER.

Nos confrères des départemens et de l'étranger, qui se proposent de visiter l'Exposition universelle, sont prévenus qu'à dater du 1er juin, ils pourront librement disposer, pendant la durée de leur séjour à Paris, du local occupé par l'Union Médicale, soit comme lieu de réunion, soit pour faire leur correspondance. La bibliothèque et les journaux seront mis à leur disposition. Les renseignemens dont ils pourraient avoir besoin leur seront donnés avec empressement.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté a procédé hier jeudi, dans une séance extraordinaire, à la formation de la liste des candidats pour la chaire de pathologie interne. Voici le résultat des divers scrutins qui ont eu lieu :

Pour la place de premier candidat.

Premier tour. — 25 votans : M. Monneret, 7 voix; M. Beau, 8; M. Guillot (Natalis), 6; M. Fleury, 2; M. Barth, 1; M. Béhier, 1.

Deuxième tour : M. Natalis Guillot, 14 voix; M. Beau, 10; M. Monneret, 1.

Pour la deuxième place.

M. Monneret, 14 voix; M. Beau, 11.

Pour la troisième place.

M. Beau, 14 voix; M. Fleury, 4; M. Béhier, 4; M. Barth, 1; M. Hardy, 1.

La liste de présentation qui sera adressée à M. le ministre se trouve en conséquence ainsi composée :

MM. Natalis Guillot.
Monneret.
Beau.

— L'Académie des sciences a procédé par la voie du scrutin, dans la séance du 14 mai 1855, à la nomination d'une commission de neuf membres, qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon. D'après les résultats du scrutin, la commission se compose de MM. Serres, Bernard, Andral, Velpeau, Rayer, Duméril, Magendie, Flourens, Milne Edwards.

— La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, rappelle que le sujet du prix pour l'année 1856, est la question suivante :

« De la glucosurie, de son siége, de sa nature, de ses causes, de son traitement. »

Elle propose, pour le prix à décerner en 1857, la question suivante :

« Des plaies pénétrantes des articulations et de leur traitement. »

« Déterminer par des faits pratiques les cas qui réclament l'amputation, et le moment opportun pour la pratiquer. »

Le prix est de 300 fr.

Les mémoires doivent être envoyés *franco*, et dans les formes académiques, avant le 1er janvier de chaque année.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 63. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 29 Mai 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CHIRURGIE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA RHINOPLASTIE, A PROPOS DE LA RESTAURATION D'UNE AILE DU NEZ A L'AIDE D'UN LAMBEAU EMPRUNTÉ A LA JOUE, ET LA RÉSECTION DE LA CLOISON;

Par M. le docteur DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux, etc.

Les deux chirurgiens de notre époque, qui se sont le plus occupés d'autoplastie, M. Blandin et M. Jobert, ont longuement traité, le premier dans sa thèse de concours, le second dans son remarquable ouvrage sur l'autoplastie, *De l'art de refaire les nez.*

Le lecteur, désireux d'approfondir la matière, trouvera dans ces deux ouvrages tout ce qui a été fait d'important sur ce sujet.

Mon désir, en écrivant cette note, est de faire connaître certains faits de rhinoplastie tirés de la pratique de Blandin, en même temps d'attirer l'attention sur un procédé que j'ai mis en usage, et qui, dans certains cas, peut être utile.

M. Blandin avait un goût particulier pour la rhinoplastie; je ne pourrais dire actuellement combien de fois je lui ai vu pratiquer cette opération avec succès; et quand je dis avec succès, j'entends dire que les résultats étaient très satisfaisans. Pour pratiquer la rhinoplastie complète, c'était généralement à la méthode indienne qu'il avait recours : un lambeau, taillé dans la région du front, servait à réparer le désordre causé par une maladie ou par une opération récente. En effet, j'ai souvent vu cet habile chirurgien pratiquer l'amputation du nez affecté de cancer, et travailler immédiatement à la restauration de cet organe. C'est certainement dans ces circonstances que j'ai vu M. Blandin obtenir les plus beaux résultats. Dans une circonstance, il fut impossible de pouvoir recourir à la méthode indienne pour obtenir une restauration nasale, et il dut pratiquer cette opération suivant la méthode italienne, ou de Tagliacozzi. Voici dans quelle circonstance :

Un jeune officier, pris d'ivresse, se laissa tomber dans le feu; il eut une grande partie de la figure brûlée; le front, les paupières, la face étaient couverts de tissu cicatriciel; les paupières de l'œil droit étaient détruites, à ce point qu'elles ne pouvaient plus abriter l'organe de la vision, et que ce dernier s'enflamma et se vida complétement. M. Blandin, grâce à une restauration de la paupière inférieure du côté gauche, à l'aide d'un lambeau emprunté dans la région de la tempe, finit par conserver l'œil menacé. Le nez était complétement détruit. Ce malheureux jeune homme avait un aspect repoussant. Le tissu cicatriciel du front et de la figure ne permettait point de songer à réparer l'organe de l'olfaction, en prenant dans ces parties les élémens nécessaires à l'opération; M. Blandin recourut alors à la méthode italienne : un lambeau de peau fut taillé dans la région de l'avant-bras, et fixé sur le nez préalablement avivé. Ce malheureux malade dut rester pendant six semaines environ, la tête fixée à l'avant-bras, au moyen d'un appareil fabriqué par M. Martin, sa lèvre supérieure baignant dans le pus résultant de la plaie qui avait servi à la fabrication du lambeau.

Le lambeau de peau pris à l'avant-bras finit par adhérer à la racine du nez, et quand il fut détaché, il vécut parfaitement; aussi espérions-nous un résultat satisfaisant, mais bientôt le lambeau pâlit et revint sur lui-même, et un jour le malade, en se mouchant, décolla une des narines : somme toute, le résultat ne fut pas heureux.

Je revis ce malade il y a quelque temps, et j'ai pu me convaincre combien ce résultat opératoire était différent de ceux que j'avais vu obtenir par M. Blandin, à l'aide de la méthode indienne. En réfléchissant à la rhinoplastie pratiquée suivant le procédée de Tagliacozzi, je ne pense pas que l'on puisse arriver à quelque chose de plus satisfaisant, car, dans le cas actuel, tout devait faire espérer un résultat avantageux : l'habileté du chirurgien, les soins prodigués au malade, dont la docilité fut extrême, rien n'a manqué.

M. Blandin ne fit pas seulement des restaurations complètes de l'organe de l'olfaction; je lui ai vu faire un certain nombre de rhinoplasties partielles. Je lui ai vu réparer avec un grand succès la cloison des fosses nasales avec un lambeau de lèvre supérieure. Plusieurs fois je l'ai assisté dans des opérations ayant pour but la formation d'une aile du nez. Deux fois je l'ai vu tailler dans la lèvre supérieure un lambeau qui lui servait ensuite à réparer l'aile du nez. Ces opérations ont généralement donné des résultats satisfaisans. Il peut arriver que la scrofule et la vérole amènent un affaissement considérable du nez, et que le lobule de ce dernier soit, en quelque sorte, le dernier vestige de l'organe de l'olfaction.

M. Blandin chercha, dans un cas, à remédier à ce genre de difformité, et voici quel procédé il mit en usage : il tailla dans la région du front un lambeau de peau quadrilatère et le renversa sur le dos du nez; à l'aide d'une incision préalable faite sur cet organe, il avait écarté les narines; de plus, il avait disséqué à droite et à gauche le peau du nez, et dans cet espace, il avait implanté le lambeau, qu'il avait ainsi détaché du front. Le résultat ne fut pas très avantageux.

Je pourrais encore parler de quelques autres opérations faites par M. Blandin, dans le but de diminuer la hauteur de cet organe, ou pour faire disparaître le nasonnement en perforant la cloison des fosses nasales; mais j'ai hâte d'arriver à l'opération que j'ai pratiquée, dans le but de restaurer une partie du nez.

Les circonstances dans lesquelles je me trouvais étaient assez difficiles : il s'agissait d'opérer un homme de 64 ans, affecté d'un cancer de la face qui avait détruit toute l'aile du nez du côté droit et une partie de la joue correspondante. Le cancer une fois enlevé, en présence de M. Arnal et de M. Rochard, dans la maison duquel il se trouvait, il s'agissait de combler toute cette perte de substance; je ne pouvais prendre un lambeau dans la région frontale, il eût fallu donner au pédicule une longueur qui aurait compromis sa vitalité. L'espace à combler était trop grand pour prendre dans la lèvre supérieure un lambeau suffisant. Je résolus de tailler un lambeau dans la joue elle-même à l'aide de deux incisions parallèles partant en haut et en bas de la perte de substance qu'il s'agissait de combler, et s'étendant presque dans la région parotidienne; je formai un lambeau quadrilatère, avec lequel je comblai la perte de substance, et que je réunis sur la ligne médiane avec des points de suture entortillée; le nez qu'il s'agissait de réparer étant très haut, il en résultait une certaine traction; d'un autre côté, le cartilage médian se trouvait être juste au centre de la suture; ces deux circonstances firent que mon opération réussit incomplétement.

La réunion ne se fit point sur la ligne médiane, mais j'avais reformé l'aile du nez et comblé cette vaste ouverture, il ne s'agissait plus que de fermer cette fente, qui permettait encore de pénétrer jusqu'au fond de la fosse nasale correspondante. Je pouvais bien disséquer de nouveau mon lambeau et le rejoindre sur la ligne médiane comme je l'avais fait; mais, de toute évidence, j'aurais eu le même effet. Je pensai alors à diminuer la hauteur du nez et à reporter la suture à droite, au lieu de la laisser sur la ligne médiane; j'arrivai à ce résultat en détachant l'aile du nez du côté gauche de la cloison médiane. Cela fait, je réséquai un peu de la cloison, et je pus ainsi reporter l'aile du nez du côté gauche, en la faisant passer au dessus de la cloison, au contact de mon premier lambeau.

Le résultat de cette seconde opération fut une réunion parfaite et un résultat vraiment satisfaisant.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE DU CHOLÉRA DE 1854, DANS L'HOPITAL PRINCIPAL DE LA MARINE DE TOULON;

Par H. LAUVERGNE, premier médecin en chef de la marine, professeur de clinique médicale.

(Suite. — Voir le numéro du 15 Mai 1855.)

Il nous reste à parler de deux symptômes dont l'appréciation, en théorie de choléra, a bien changé de valeur, nous voulons parler des matières rejetées par l'estomac et par les selles. Ces évacuations ont été de nature bilieuse dans les cas simples, et se sont montrées d'autant plus *purée de riz*, voire même *décoction de riz*, qu'on s'élève du choléra *vehemens* au *vehementior*, au *vehementissimus*. Leur nombre dans tous les cas n'est point la mesure de la sidération nerveuse comme on pourrait l'entendre; ce nombre est plus grand dans les cas moins graves que dans ceux d'un caractère mortel. En effet, dans le spasme choléro-asphyxique le plus sinistre, ce n'est jamais le chiffre minime des selles et vomissemens qui nous a préoccupé; ici, le principe vital épuisé, déprimé, n'a plus la force de les produire, comme dans les cas graves, sans doute, mais moins avancés, de sorte que le nombre multiple de selles et de vomissemens n'a pas été pour nous le fait de haute importance clinique, sur lequel on a tant disserté et que tant d'écrivains ont proclamé comme la base de toute théorie cholérique et le point de départ du traitement. S'il est presque impossible de décrire les voies par lesquelles la nature pousse au grand cloaque intestinal les évacuations anormales du choléra, il ne l'est pas du tout de se convaincre que le sang se décompose, se transforme en gelée de groseilles, d'autant plus vite que le spasme phrénique est plus *imminemment mortel.* Les cholériques blancs, les noirs, les bleus, par rang de gravité, longtemps après la suppression des vomissemens et des selles, se refroidissent et meurent. S'ils reviennent à la vie, nous avons reconnu un signe de cette résurrection, à l'apparition des vomissemens d'abord et ensuite à des selles colorées. Mais dans tous les cas possibles, ces deux symptômes, quoique sérieux, n'en sont pas moins passibles de la perturbation nerveuse centrale, et comme le contenu des évacuations albuminoïdes implique leur défaut d'assimilation par impuissance vitale, que la nature les repousse comme incapables de reconstituer le sang, c'est donc *guérir* les selles et les vomissemens cholériques, que de reconstituer, si faire se peut, la puissance nerveuse organique, Si l'art possède un *quid divum*, c'est là, au centre phrénique, qu'il faut le chercher.

Les selles et vomissemens verts ou jaunes, bilieux enfin, n'ont rien à faire dans la catégorie de nos grands cholériques; ils sont prémonitoires, si l'on veut, et par conséquent, commandent d'eux-mêmes les prescriptions de l'art. Cet article est de toute rigueur et nous l'avons prévu chez nos nombreux malades atteints de diarrhées plus ou moins malignes, comme disent les Anglais et que l'hôpital de la marine a reçus dans la salle n° 3. Pour ne plus y revenir, disons que ces derniers malades ont débuté, dans leur traitement, par un émétique suivi de huit, dix, jusqu'à quinze verres d'eau, terminé par le parégorique laudanisé, à l'instar des anciens; jamais l'adage : *vomitus, vomitu curatus*, n'a reçu dans nos salles une plus heureuse consécration.

Mais les selles et vomissemens bilieux, loin d'être prémonitoires, peuvent être le commencement d'une fin funeste, que l'art doit prévoir par tous les moyens dilatoires qu'il garde en son pouvoir. C'est lorsque ces évacuations s'accompagnent, entre autres symptômes, d'un ou de plusieurs qui appartiennent au spasme nerveux phrénique et qui se traduisent au début en spasmes, tels que crampes, froids partiels, oppression, hoquet, *facies abdominal*. Dans ces cas, fort communs durant l'épidémie de 1854, nous nous sommes bien trouvés de l'emploi immédiat de notre traitement des choléras graves. Ici, avons-nous conjuré les selles et vomissemens blancs? Pourquoi pas, si nous l'avons pu dans des cas d'une identité pareille au début et arrivés au choléra bleu? La diarrhée qu'on a nommé *prémonitoire* faillit bien souvent à son ambitieuse apellation. Elle trompe les valétudinaires, les vieillards, les malades, tous les tempéramens faibles et mal innervés. La plus grande part du budget prélevé sur l'humanité en temps de choléra, est payée par les infirmes du corps et de l'esprit. Le choléra prend beaucoup sur les hommes gisans dans un lit d'hôpital, ses symptômes prennent rapidement à l'encontre d'une autre maladie, qu'ils *étouffent*, pour se montrer en leur place. Bien peu de nos malades, surpris par le choléra dans nos salles de blessés ou de fiévreux et transportés dans celles des épidémies, ont échappé à la mort. S'il leur arrive ce que nous avons remarqué partout où le mal a pris sur des sujets désinnervés par la misère, l'âge ou les maladies, notre traitement si énergique restait impuissant, ou bien répété deux, trois fois en vingt-quatre heures, il obtenait une fausse et incomplète réaction, c'est-à-dire un retour asthénique de la vie aux principales fonctions, qui s'arrêtait net vers les extrémités des membres.

Sous l'empire de notre traitement, lorsque, à deux ou trois reprises, on n'obtient pas la réapparition du pouls radial, quoique la peau ne soit pas absolument froide, il n'y a plus rien à tenter, le sujet est fini, la mort est prochaine.

Enfin, pour conclure de notre opinion sur le symptôme des selles blanches, des vomissemens blancs, tous les deux de nature albuminoïde, disons :

1° Que leur composition chimique, *définie*, diffère des fluides qui baignent dans l'état de santé le tube intestinal, dont la nature est complexe et n'est pas bien connue; 2° que les selles et vomissemens blancs dans les choléras très graves, représentent le composé, élément brut, où la vie d'assimilation, lorsqu'il y a vie (la vie c'est la nutrition), puisait ses moyens de réparation; 3° enfin, que leur suppression dans le choléra *vehementissimus* et dans la variété blanche est au-dessus de toutes les autres nuances du choléra, n'annonce rien de plus, sinon la cessation absolue de tous les spasmes organiques à l'heure suprême de la vie.

L'autopsie des choléras blancs nous a montré l'intérieur du tube intestinal sans matière blanche *ramassée*, comme si l'effort vital pour la rejeter avait été impossible. Il faut dire aussi que, dans cette nuance cholérique surtout, le sang altéré et coagulé congestionne tous les organes, et que si la présence de ce liquide dans un point de l'économie où l'état naturel n'en montre point, servait de cause à la phlegmasie de ce point, le plexus solaire tout entier hyperhémié prouverait à merveille l'ancienne opinion, que le choléra indien est une phlegmasie des centres phréniques; sous ce dernier rapport nous relaterons ailleurs un fait d'autopsie remarquable.

Si l'actualité des selles et vomissemens blancs constitue un symptôme mortel par sa persistance, il devient, au contraire, de bon augure, si les selles, quoique liquides, se transforment en bilieuses et fétides. Ce retour n'arrive jamais sans la cessation du spasme phrénique, ce qui équivaut à dire que les organes recommencent leurs fonctions. L'art de conjurer les selles blanches, d'après ce que nous venons de dire, ne serait donc point les lavemens émolliens, astringens, laudanisés, puisqu'ils ont pour effet d'abattre le spasme, d'augmenter l'asthénie organique et vitale; puisque le but de la thérapeutique du choléra mortel consiste à solliciter les forces vitales, à les épandre partout, à régulariser leur perturbation, ne serait-il pas plus logique d'user de lavemens à la fois toniques et calmans ? C'est ce que nous avons fait avec nos lavemens de vin aromatique ratanhié, alcoolisé et légèrement laudanisé. Nous en reparlerons à l'occasion du traitement.

Les distinctions que nous avons établies en choléra *vehemens*, en *vehementior*, en *vehementissimus*, nous dispensent de nous occuper de leur diagnostic et de leur pronostic; ici, le mot emporte l'idée et nul médecin instruit et de bonne foi ne peut errer lorsqu'il s'agit de prononcer sur la gravité de la chose; toutefois, si le génie épidémique régnant se révèle puissant et redoutable, pareil à celui de 1835 et celui plus sinistre encore de 1854, à Toulon, alors il n'y a pas à hésiter, il n'y a plus de choléra simple, il n'y a apparence de simplicité, le *vehemens* peut franchir en quelques minutes la distance qui le sépare du *vehementissimus*, et cette rapidité incontestable de transition impose à tout médecin la prescription d'agir avec les cas les moins graves au début comme s'ils devaient forcément devenir mortels. Il semble au premier aperçu que le choléra du jour n'est ni plus ni moins déplorable que celui de funèbre mémoire de 1835, à Toulon. C'est une erreur, le choléra de 1854 nous a appris le choléra blanc glacial et démontré jusqu'à la dernière évidence le centre phrénique comme le point de mire du poison; celui où l'organisme a été vulnéré de prime saut; celui enfin, d'où irradie par tout le corps la maladie ou la mort cholérique.

La nature et le but de notre rapport n'admettent pas la discussion et les preuves, touchant le mode de propagation du choléra. Ce que nous pourrions en dire a épuisé des flots d'encre, sans préjudice de l'obscurité qui règne toujours sur le point essentiel de la question d'ailleurs si élastique de l'épidémie et de la contagion.

Si le fait doit découler de l'idée, nulle question n'est mieux jugée que celle qui admet le génie épidémique dans l'air et qui en trouve la preuve dans les masses qui en subissent l'influence. Oui, les masses ne peuvent se soustraire au fatal génie de l'air cholérique, seulement les individus résistent et selon la force de la résistance vitale qu'ils peuvent opposer à cette puissante cause de maladie épidémique grave, ils plient sans se briser, c'est le plus grand nombre, ou bien ils succombent malgré les soins de l'art le plus avancé. Ceci peut paraître un paradoxe, chacun a eu sa part de choléra; la diarrhée qu'on a nommée prémonitoire, n'en est-ce pas une? Mais n'y a-t-il pas une foule d'accidens, qu'on pourrait aussi appeler prémonitoires et qui ne sont autre chose, sinon un signe de faiblesse nerveuse, d'asthénie, d'épuisement nerveux au début, de *choléra en incubation*. On s'informe auprès d'un cholérique grave s'il avait la diarrhée, comme si le choléra était tout entier dans des selles liquides; sans doute, cet avertissement ou prodrome se montre fréquent et surtout plus significatif aux yeux des masses, pour qui le choléra c'est le vomissement ou les selles à un degré incoercible, mais ne doit-on pas aussi considérer comme un signe prémonitoire le trouble moral ressenti comme *monomanie organique* au centre phrénique, au point d'admettre un *sensorium commune* pour les sensations organiques, ailleurs qu'au cerveau ou mieux dans un lieu de son parcours éloigné du centre principal. A ce compte, le cerveau est un peu partout dans l'économie. Tout par lui conspire, concourt, et souvent s'il fallait une preuve probante, une vérité vraie touchant un centre ou cerveau abdominal et un échange perceptible pour l'individu, d'idées et de sensations, entre la tête et le ventre, il n'y aurait qu'à en appeler au moi intime de quiconque a vécu dans une atmosphère cholérique avec le sentiment intime que le fléau peut l'atteindre d'une minute à l'autre.

Parmi les autres signes prémonitoires, nous avons remarqué le trouble intérieur rapporté au creux de l'estomac, la nausée sans cause, les borborygmes, les sueurs froides, générales ou partielles, diurnes ou nocturnes. Ces dernières sueurs, survenues pendant le sommeil, semblent produire le bien-être à l'heure du réveil et celui du jour qui les suit. On croirait à un effort critique de la part de la nature, une solution à l'intoxication cholérique. Les médecins, les infirmiers, les sœurs hospitalières, tous ceux qui approchent beaucoup les cholérisés, ont éprouvé ces sueurs ruisselantes, qu'il ne faudrait pas confondre avec la suette, fléau mémorable du XIVme siècle, choléra en dehors et sur lequel nous possédons quelques écrits modernes assez estimés.

Ces différens signes de dérangemens ont été plus ou moins éprouvés par chacun, et s'ils ne constituent pas une atteinte cholérique, ils sont du moins une preuve irrécusable que tous les organismes ont ressenti l'influence d'un air cholérisé et que chacun a subi le fléau soit pour lui résister, soit pour en tomber victime.

(*La suite au prochain numéro.*)

TOXICOLOGIE.

DE LA SAUMURE ET DE SES PROPRIÉTÉS TOXIQUES;

Par M. REYNAL, chef de service de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort.

(Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 22 Mai 1855.)

On sait que, parmi les substances employées à l'alimentation des hommes et, plus rarement, des animaux, il y en a quelques-unes qui peuvent, dans certaines conditions et sous l'influence de causes encore peu connues, acquérir des propriétés vénéneuses. De ce nombre sont les viandes fumées et différentes préparations de charcuterie.

Tout le monde connaît les cas d'empoisonnement dus à cette cause qui ont été observés en France et en Allemagne. Le nombre des personnes qui en ont été les victimes s'est élevé, notamment en Allemagne, à un chiffre assez considérable pour éveiller l'attention de l'autorité, et pour provoquer les recherches de plusieurs hommes de science distingués. C'est aux travaux de ces savans, accomplis depuis quelques années, qu'on doit des connaissances plus précises qu'on n'en possédait avant eux, sur les transformations que subissent les préparations alimentaires dont il s'agit et sur les effets que leur ingestion détermine sur l'économie.

Le résidu provenant de la salaison des viandes et des poissons, et désigné sous le nom de saumure, détermine, dans plusieurs circonstances, ces effets.

La saumure est très souvent employée dans différentes parties de la France. Les habitans des pays pauvres et des contrées montagneuses en font usage comme succédané du sel de cuisine. Ne voyant dans cette substance qu'une simple dissolution du sel marin, ils s'en servent par économie, soit pour assaisonner quelques préparations culinaires, soit pour remplacer un des condimens les plus utiles aux animaux domestiques : les alimens du porc, de la volaille, les provendes du gros et du petit bétail; les fourrages que ces derniers consomment sont souvent mélangés avec la saumure, ou arrosés avec ce liquide pur ou étendu d'eau.

Dans les campagnes, l'empirisme fait encore un fréquent usage, à titre de remède, de la saumure qu'il considère comme une espèce de panacée universelle.

Quelle que soit la maladie, grave ou légère, dès que les animaux ne manifestent plus d'appétit, les guérisseurs se hâtent d'administrer un ou plusieurs breuvages de saumure.

Quelle que soit l'espèce de viande que l'on sale dans un but de conservation, porc, bœuf ou poisson, on obtient toujours pour résidu liquide la saumure.

Dans tous les cas, ce liquide est le résultat de l'action que le chlorure de sodium exerce sur les viandes et de la dissolution de ce sel par l'eau ou la sérosité que ces viandes abandonnent. La quantité de sel employée pour la salaison est variable suivant la qualité et l'espèce de viande et suivant la contrée où on la pratique. En France, pour la viande de porc, la proportion de sel est de 10 p. 100.

Avant de faire connaître les expériences que j'ai tentées pour éclairer l'importante question d'hygiène publique sur laquelle je viens appeler l'attention de l'Académie, il me paraît indispensable, pour l'intelligence plus parfaite de mon travail, d'énumérer rapidement les propriétés physiques et chimiques de la saumure, et d'étudier son action sur l'économie.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES DE LA SAUMURE.

Couleur. — Non filtrée, la saumure offre une teinte rouge analogue à celle d'une eau qui aurait servi à laver de la chair musculaire; elle est rendue un peu plus trouble par les matières organiques qu'elle tient en suspension. Les unes gagnent le fond du vase par le repos; les autres, graisseuses, plus légères, s'élèvent à la surface du liquide.

Odeur. — L'odeur est peu caractéristique; elle a quelque analogie avec celle d'une solution affaiblie d'osmazome.

Saveur. — La saumure a la saveur de l'eau saturée de sel marin; quand cette première impression est dissipée, elle laisse dans la bouche un léger goût acide qui rappelle celui du bouillon un peu sur.

Densité. — La densité mesurée au pèse-sel, est d'autant plus grande que la proportion de chlorure de sodium est plus considérable; en moyenne, elle est de 22 à 25 degrés.

Propriétés chimiques. — La saumure est faiblement acide; suivant M. Clément, préparateur du cours de chimie à l'École d'Alfort, cette propriété est due à une petite quantité de lactate acide d'ammoniaque qu'elle contient en solution.

Voici, du reste, sa composition chimique :

1° Eau	71,96
2° Chlorure de sodium	23,75
3° Chlorure de calcium	traces
4° Sulfate de soude.	3,00
5° Matières animales.	0,29
6° Albumine dissoute	0,28
7° Lactate acide d'ammoniaque . .	0,69

Cette saumure était préparée depuis un an. Celle dont la préparation remontait à deux, quatre et six ans, présentait, à peu de chose près, la même composition.

Action de la saumure sur l'économie. — Personne, que nous sachions, du moins en France, n'a parlé des propriétés toxiques de la saumure. A l'époque où je recueillis pour la première fois un exemple d'empoisonnement de huit petits porcs, je fis des recherches bibliographiques, et je ne trouvai dans les nombreux articles consacrés à l'examen de cette substance, soit dans les ouvrages, soit dans les recueils périodiques, que des considérations ayant trait à ses modes divers de préparation et à son emploi à titre de condiment.

Les premières observations relatives aux propriétés vénéneuses de la saumure, ont été publiées en Allemagne. Parmi les exemples observés sur le porc, les chevaux, les grands et les petits ruminans, je citerai les suivans, qui méritent, sous plusieurs rapports, d'être connus.

Un des savans professeurs de l'École vétérinaire de Berlin, M. Spinola, a constaté l'empoisonnement de dix-huit porcs, qui sont tous morts après avoir mangé un mélange de son et de saumure de viande.

M. Fush, professeur à l'École vétérinaire de Carlsruhe, dans son *Traité de pathologie générale* des animaux domestiques, dit que la saumure provenant de viandes et de harengs salés occasionne, dans certaines circonstances, sur tous les animaux, des accidens redoutables.

M. Albert, vétérinaire à Schverte, dans un article inséré dans le *Magasin vétérinaire de Berlin*, décrit avec soin les symptômes qu'il a observés sur les porcs empoisonnés par la saumure.

Un vétérinaire distingué du grand-duché de Luxembourg m'a communiqué quatre faits du même genre, observés sur les chevaux; les rapports de cause à effet y sont tellement manifestes, que je crois utile de les résumer brièvement.

Un propriétaire du district du grand-duché de Luxembourg, sur le conseil d'un guérisseur, fait prendre de la saumure à quatre chevaux malades; il en donne un litre à chaque animal. Sur ce nombre, deux moururent empoisonnés en moins de vingt-quatre heures, un après deux jours de souffrance; le quatrième, qui n'avait pris que la moitié de la dose, fut atteint d'une inflammation grave du canal intestinal, qui céda au traitement mis en pratique par M. Fischer. La saumure dont le guérisseur avait fait usage était vieille de huit mois.

Les faits qui précèdent et ceux, quoique peu nombreux, recueillis en France, paraissent déjà concluans; cependant, pour leur donner une valeur pratique incontestable, je crus devoir les contrôler par l'expérimentation directe : c'était d'ailleurs le seul moyen de connaître les conditions au milieu desquelles la saumure acquiert des propriétés vénéneuses, la dose à laquelle elle occasionne la mort des animaux, les organes sur lesquels elle porte son action, et les moyens d'atténuer ou d'annuler ses effets toxiques.

Telles sont les diverses questions que je me propose d'examiner dans ce mémoire, dont je donne ici le sommaire.

Pour les résoudre, j'ai institué quatre séries d'expériences :

Dans la première, je démontre les propriétés toxiques de la saumure administrée à des animaux de différentes espèces.

Dans la deuxième, j'indique les phénomènes morbides que détermine la saumure mélangée aux alimens.

Dans la troisième, j'étudie le mode d'agir de cette substance et l'appareil organique sur lequel elle porte plus particulièrement son action.

Dans la quatrième, j'indique le traitement qui me paraît expérimentalement le plus utile pour combattre l'intoxication par la saumure.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES :

Démontrer les propriétés toxiques de la saumure.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Chien de moyenne taille, âgé de 3 ans, bien portant.

On administre à cet animal, à jeun depuis douze heures, deux décilitres de saumure préparée depuis un an; à peine en avait-il avalé trois centilitres, que des nausées violentes et répétées survinrent et forcèrent à suspendre l'administration. Quand elles eurent cessé, je fis avaler d'un seul trait le restant de deux décilitres du liquide. Presque aussitôt la saumure est en partie rejetée, mélangée à des mucosités intestinales, les nausées continuent sans interruption pendant trente-cinq minutes; le chien est très abattu, sa marche est chancelante, ses membres le soutiennent à peine, la peau est très chaude, la respiration très accélérée.

Trois heures après l'administration de la saumure, ces symptômes se dissipèrent; le lendemain l'animal était seulement triste et sans appétit.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Chien de grande taille, âgé de 5 ans, bien portant, à jeun depuis quarante-huit heures.

On lui donne deux décilitres de saumure préparée depuis un an. A peine en avait-il avalé quelques gorgées, qu'il s'agite violemment et cherche à se défendre; on parvient non sans difficulté à lui faire avaler les deux tiers de la dose indiquée, cinq minutes s'étaient à peine écoulées, que de violentes nausées se manifestèrent, accompagnées d'un rejet de matières alimentaires mêlées à la saumure, à des mucosités gastriques et à une salive mousseuse. A en juger par les efforts continus de l'animal pour vomir, par l'allongement extrême de la tête sur le cou de l'animal, par sa physionomie anxieuse, sa face grippée, ses

yeux enfoncés presque subitement dans les orbites, par la prostration, les tremblemens des membres, les plaintes, le décubitus, l'action de la saumure sur la muqueuse intestinale avait été des plus intenses. Dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'administration de cette substance, les symptômes se dissipèrent, l'abattement, la tristesse, l'inappétence et les douleurs du ventre persistèrent pendant trois jours.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

DES MÉTAMORPHOSES DE LA SYPHILIS; RECHERCHES SUR LE DIAGNOSTIC DES MALADIES QUE LA SYPHILIS PEUT SIMULER, ET SUR LA SYPHILIS A L'ÉTAT LATENT; par Prosper YVARREN, D.-M. P.; précédées du Rapport fait à l'Académie impériale de médecine. — Un volume in-8°, Paris, 1854, J.-B. Baillière.

La syphilis larvée a été plutôt indiquée et pressentie que démontrée. Paracelse, Baglivi, Sauvages, J.-L. Petit, Hufeland, Frank, et parmi nos contemporains, M. Gibert, en ont tracé à grands traits quelques-uns de ses phénomènes et signalé ses résultats, mais aucun ne l'a étudiée méthodiquement, et en prenant pour base des faits d'observation nombreux et concluans. Quelques syphiliographes de notre époque en ont même nié l'existence; le chef de la doctrine moderne, M. Ricord, ne s'est pas expliqué sur ce point. Cependant, des faits nombreux existent dans les livres, les journaux, les recueils académiques. M. Yvarren les a colligés, classés et appréciés. Joints aux faits qu'il a pu observer par lui-même, ce sont ces matériaux qu'il a mis en œuvre. Son ouvrage est divisé en deux parties; la première contient cinq chapitres. Dans le premier, il étudie les désordres dont la syphilis larvée affecte le système nerveux; dans le second, ceux qu'elle fait naître dans les divers appareils membraneux; dans le troisième, les désordres produits par elle dans les organes parenchymateux; dans le quatrième, il traite des cas où la syphilis emprunte le caractère d'une affection diathésique, telle que le cancer, etc.; le chapitre cinquième est un résumé général de ces quatre chapitres. Dans la seconde partie, l'auteur traite de la syphilis à l'état latent. Le premier article est consacré à l'étude des conditions qui favorisent le passage à l'état latent de la maladie vénérienne. Dans le second article, l'auteur répond à ces questions : Lorsque l'état latent s'est produit, d'après quels indices soupçonner son existence? A quels signes le reconnaître? Enfin, dans un troisième article, il examine ce point : Cet état latent, une fois soupçonné ou reconnu, à quels moyens avoir recours pour le faire cesser, c'est-à-dire pour contraindre le principe de la vérole à repasser à l'état actif, en se manifestant par les symptômes qui lui sont propres?

Telle est l'économie générale de cet ouvrage. Il est possible que l'auteur eût pu adopter un meilleur plan; je n'en sais rien, et je trouve stériles les critiques de ce genre. Dans une science comme la nôtre, envisagée dans son ensemble, ou seulement dans quelques-unes de ses parties, on fera longtemps de nombreux, et je le crains, de vains efforts pour coordonner et systématiser une exposition quelconque de faits et d'idées. Le meilleur plan, pour le lecteur, est celui qui lui permet de suivre avec facilité l'ordre adopté par l'auteur. Sous ce rapport, et quoique à vrai dire l'ordre adopté par M. Yvarren ne soit, au fond, que l'ordre anatomique, son ouvrage se lit facilement; il dit bien ce qu'il veut dire, et cela suffit.

L'auteur a terminé sa première partie par un résumé, qui se termine lui-même par les conclusions suivantes :

La syphilis peut se cacher sous les apparences symptomatiques d'une autre maladie. Les mots *déguisement*, *travestissement*, *métamorphose* de la syphilis, sont l'expression fidèle des faits. L'erreur de diagnostic commise dans 67 observations sur 125, prouve incontestablement la réalité des métamorphoses.

Le principe de la syphilis est très certainement le promoteur de ces formes larvées. Dans 35 des maladies simulées, aucun traitement mercuriel n'avait été subi.

La syphilis ne paraît pas revêtir par préférence telle métamorphose plutôt que telle autre; elle prend indifféremment le masque de la plupart des maladies, deux peut-être exceptées, l'épilepsie et la phthisie, qu'elle a simulées dans une proportion plus forte.

La syphilis larvée exige, pour se produire, que d'autres accidens de vérole aient existé au préalable.

Elle peut succéder directement à des accidens primitifs, être elle-même la première manifestation de la diathèse vénérienne, ou avoir été précédée de symptômes d'infection constitutionnelle.

Comme la diathèse syphilitique elle-même, la syphilis larvée peut succéder, soit au chancre, soit à la blennorrhagie, mais plus souvent au premier qu'à la seconde. La différence est de près d'un tiers.

La forme de l'accident primitif ne paraît pas exercer d'influence sur le genre de la métamorphose.

Les élémens du diagnostic de la syphilis larvée doivent être tirés de l'état actuel et de l'état antérieur du malade, c'est-à-dire de la coexistence des signes caractéristiques de la vérole avec les symptômes de la maladie simulée, ou, à défaut, de signes commémoratifs déduits d'accidens syphilitiques antérieurs.

Des symptômes concomitans de vérole étaient manifestes dans les quatre cinquièmes environ des maladies simulées. Variables en nombre de 1 à 5, ils consistaient le plus souvent en une syphilide, 40 fois; en ulcérations caractéristiques, 32 fois; en douleurs nocturnes, 30 fois; en caries, 14 fois, etc., etc. Si l'erreur a été commise dans ces circonstances, on n'en doit accuser que l'inadvertance du médecin, sa préoccupation trop exclusive des symptômes de la maladie simulée.

L'absence de tout symptôme de vérole concomitant crée au diagnostic les plus sérieuses difficultés. Les signes qui ont fait reconnaître la nature vénérienne de la maladie simulée, ont été :

La communication d'accidens syphilitiques par le sujet sur lequel s'opère la métamorphose, à une personne saine; — la transmission à un enfant, par la voie de l'hérédité, d'une syphilis masquée chez les auteurs de ses jours; — le développement de la maladie simulée, en dehors de ses conditions les plus habituelles d'âge, de causes, etc.: — l'envahissement simultané ou successif d'organes similaires, dont la maladie simulée n'attaque, en général, qu'un seul; — l'existence de cicatrices suspectes dans les lieux d'élection des accidens syphilitiques; — l'inefficacité des médications ordinairement couronnées de succès dans la maladie simulée; — les considérations tirées de la conduite privée, des relations intimes du malade, ou de quelque souvenir fortuit, etc.

Le soupçon de syphilis larvée une fois éveillé, la réalité de la métamorphose se déduira des commémoratifs, des signes anamnestiques, à savoir : atteinte unique, ou atteintes répétées de la maladie vénérienne; absence de tout traitement spécifique; irrégularité ou abandon prématuré des traitemens spécifiques.

Ni la bénignité des accidens syphilitiques antérieurs, ni la longueur du temps écoulé entre l'infection première et la maladie simulée, ne donnent la certitude que celle-ci ne soit pas syphilitique.

Quand des effets curateurs résulteront de l'emploi d'agens spécifiques dans des maladies simulées, que d'ordinaire ils ne modifient pas, ou que le plus souvent ils aggravent, ce sera là un éclaircissement pour le médecin, une confirmation de la nature syphilitique de ces maladies.

Le fait d'un ou de plusieurs traitemens spécifiques réguliers, suivis à une époque plus ou moins rapprochée de celle de la maladie simulée, ne contre-indique ni la supposition d'une syphilis larvée, ni l'essai d'un nouveau traitement spécifique. Nulle condition ne sera plus favorable à la réussite du traitement que la sévérité du régime, les rigueurs de l'abstinence, la réduction de la maladie par famine, *cura famis*.

Voilà bien la substance, la moelle de cet ouvrage; mais sur des sujets semblables, ce sont moins les propositions générales qui sont à considérer, que les faits sur lesquels elles sont édifiées ou dont elles sont les conséquences. L'ouvrage de M. Yvarren demanderait à être examiné page par page, pour ainsi dire, fait par fait, de manière à bien voir si l'auteur a déduit légitimement ses conclusions de faits, ne donnant aucune prise au doute sur la certitude du diagnostic. Le travail de M. Yvarren mériterait cet examen analytique; j'aurais voulu le rencontrer dans le rapport dont il a été l'objet à l'Académie de médecine, et où il aurait été si bien à sa place. Ici, les exigences de notre feuille m'imposent la nécessité de m'en abstenir. Tout ce que je peux dire, c'est que des 131 observations réunies dans ce volume et empruntées soit à la pratique de l'auteur, soit à des sources diverses et nombreuses, toutes ne me semblent pas mériter la confiance et la valeur que M. Yvarren leur donne. Pour certaines observations, l'auteur a certainement mis de la complaisance à leur donner une signification un peu forcée, et il a cédé trop facilement à cette tendance naturelle, à qui soutient une doctrine, d'accepter les faits qui lui viennent à l'appui, sans sévérité dans l'appréciation. Le reproche que je fais donc à l'ouvrage de M. Yvarren, c'est le défaut de critique des faits, et ce défaut l'a conduit à accepter trop facilement des observations très discutables. L'auteur s'est préoccupé du nombre, alors qu'il fallait surtout s'en rapporter à la qualité. Vingt faits rigoureusement observés et sévèrement analysés, eussent été suffisans pour prouver ce que d'ailleurs personne ne conteste, que la syphilis peut revêtir les formes les plus diverses, souvent très difficiles à apprécier.

Je me permettrai une autre observation. Le diagnostic pathogénique est souvent déduit, dans ces observations, de la thérapeutique. C'est une conséquence perpétuelle du célèbre aphorisme, si savamment combattu naguère dans ce journal même, par M. le professeur Forget, *naturam morborum ostendunt curationes*. De ce que des phénomènes morbides plus ou moins graves, ayant été vainement combattus par des traitemens dits rationnels, ont cédé à un traitement dit spécifique, on en conclut qu'on avait affaire à la vérole. Cela est-il toujours bien légitime? Je ne parle pas des cas où cette vérole profonde et larvée aurait cédé à la salsepareille ou au gaïac. Il y a longtemps que la salsepareille et le gaïac ne guérissent plus la syphilis, dans aucune de ses formes, ni dans aucune de ses périodes, si ce n'est chez les marchands de rob, et je suis convaincu que l'esprit aussi distingué qu'éclairé de M. Yvarren ne tient pas grand compte de ces faits qui ne sont là que pour faire nombre. Je ne fais allusion qu'à ces faits graves où le mercure, cette pierre de touche à peu près infaillible, pour M. Yvarren, a triomphé d'accidens jusque-là rebelles à toute autre médication. Savons-nous bien tout ce que le mercure peut guérir, en dehors du drame syphilitique? Connaissons-nous bien toutes les modifications que ce puissant agent peut apporter dans l'organisme malade? Quand on réfléchit, d'une part, aux beaux résultats obtenus par M. le professeur Trousseau de l'emploi du mercure dans des maladies chroniques évidemment non syphilitiques; d'autre part à la substitution qui a été si légitimement faite de la médication iodurée à la médication hydrargyrique, précisément dans ces mêmes circonstances où le mercure se montrait impuissant ou dangereux, on ne peut chasser le doute qui surgit à la lecture d'un certain nombre des observations rapportées par M. Yvarren.

Notre très honorable et très savant confrère d'Avignon excusera ces courtes réflexions. Elles prennent surtout leur mobile dans ce fait, qu'un certain nombre de ses propositions sont en désaccord complet avec la doctrine nouvelle, à la vérité de laquelle je crois de toute la force de mes convictions. Or, les faits qu'il invoque à l'appui de ses propositions ne me paraissent pas pouvoir entraîner une conviction contraire. Je le dis franchement, en éprouvant le regret de ne pouvoir le prouver par une analyse appréciative.

Cela dit, et mes réserves faites, je reconnais avec plaisir que le travail de M. Yvarren est une œuvre très remarquable, une collection précieuse de faits soit colligée aux meilleures sources, soit provenant de son observation propre, qui se montre toujours sagace et éclairée par les meilleurs principes. Le style est de la bonne école. M. Yvarren est auteur d'une traduction en vers du poëme de Fracastor, traduction qui, pour n'avoir pas eu le retentissement de celle d'un poète de profession, n'en est pas moins plus fidèle, plus scientifique, et, en plusieurs endroits, plus poétique. Le *Traité des métamorphoses de la syphilis* est un des meilleurs ouvrages qui aient été publiés sur cette partie de la pathologie; c'est assurément l'œuvre d'un esprit très distingué.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 14 et 28 Février 1855. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Sommaire. — Lecture par M. Becquerel, d'un mémoire *sur les lésions des reins dans la maladie de Bright.* — Observation de mort subite dans la pleurésie. Discussion : MM. Bourdon et Hervieux.

M. BECQUEREL lit un mémoire intitulé : *Recherches sur la nature des lésions élémentaires des reins dans le groupe d'affections comprises sous le titre générique de maladie de Bright.*

En voici le résumé :

L'histoire de la maladie de Bright peut être partagée en plusieurs périodes.

Dans la première, on décrit avec soin les caractères anatomiques des reins dans le cas d'urines albumineuses. On établit les rapports entre les reins altérés, les urines albumineuses et les hydropisies. C'est à cette catégorie qu'on peut rapporter les travaux de R. Bright, Gregory, Christison, Rayer, Martin-Solon et bien d'autres.

Dans la deuxième période (1835-1845), on essaie de pénétrer plus avant dans la connaissance des lésions anatomiques élémentaires des reins; on tente d'appliquer le microscope à cette étude; on recherche avec plus de soin les modifications chimiques des urines et du sang. Ici se rangent les travaux de Christison, Valentin, Becquerel, Gluge, Heeht, etc.

Dans la troisième, enfin (1845-1855), on parvient à découvrir la nature des lésions élémentaires des reins dans la maladie de Bright, à l'aide du microscope. Ici, les médecins français ont peu fait pour la science, tandis que les anglais et les allemands ont porté de suite ce point de la science à une perfection assez grande. Citons Henle, Nasse, Scherer, Wirchow, Simon, Zimmermann, Bence Jones, Meyer, Malmsten, Heaton, Canstatt, Frierichs, Eicholtz, Johnsonn, Toynbee, Mazonn, Reinhardt (1). Ce travail a pour but d'exposer le résumé de tous ces travaux et d'y joindre les recherches que j'ai pu faire, ainsi que quelques résultats nouveaux bien curieux obtenus par M. Robin.

Pour bien apprécier la nature des lésions élémentaires des reins, il faut partir de la connaissance de l'état anatomique normal des reins.

La sécrétion de l'urine a lieu dans les canalicules secréteurs contenus dans la substance corticale des reins, canalicules sécréteurs qui sont formés par une membrane d'enveloppe hyaline, et tapissée ou plutôt remplie dans leur intérieur de cellules épithéliales polyédriques qui paraissent être la partie véritablement sécrétante des reins.

Les vaisseaux sont disséminés dans le tissu inter-canaliculaire, où ils forment non seulement des réseaux capillaires nombreux et déliés, mais encore des pelotonnemens de vaisseaux qui constituent les glomérules de Malpighi.

Les lésions anatomiques des reins sont au nombre de quatre :

1° L'*hypérémie des reins.* — Siégeant dans le tissu inter-canaliculaire, et pouvant être active et mécanique. Elle s'accompagne souvent de la rupture d'un certain nombre de vaisseaux et de canalicules; de là le passage d'une certaine quantité de sang. Dans cette lésion, on explique bien le passage de l'albumine dans les urines par la déchirure vasculaire et canaliculaire, et quand cette déchirure n'a pas lieu, par l'exsudation critique de l'hypérémie, si bien décrite par Kaltenbrenner. Dans ce cas, comme dans les suivans, les urines albumineuses ne sont donc pas des urines plus de l'albumine, mais des urines plus de la sérosité du sang.

2° L'*infiltration graisseuse.* — Elle se produit d'abord dans les cellules épithéliales qui, gonflées, distendues par les globules graisseux, finissent par se détruire et laisser vides les canalicules. Les canalicules une fois vides, deux choses peuvent arriver : ou bien ils laissent exsuder une matière pseudo-membraneuse filamenteuse qui ne tarde pas à les quitter et à sortir avec les urines; ou bien les parois de ces canalicules, privées de leurs cellules, se rapprochent, et forment des parties amorphes qui sont entraînées sous forme de filamens contournés et passent dans les urines. Pour la plupart des médecins anglais et allemands, la première lésion est la plus fréquente, et la deuxième rare. Pour M. Robin comme pour moi, la première lésion, si elle existe, est au moins excessivement rare; tandis que la deuxième est celle que l'on a presque toujours confondue avec la première.

L'infiltration graisseuse à un deuxième degré infiltre le tissu inter-canaliculaire et les glomérules. Cette infiltration graisseuse a lieu soit dans ces tissus encore sains, soit dans ces mêmes tissus préalablement infiltrés d'une lymphe albumino-fibrineuse ou plutôt d'un plasma. D'après les recherches que j'ai faites, c'est cette deuxième manière de voir que j'adopte, et je doute même que la première puisse avoir lieu.

Lorsque l'infiltration graisseuse a envahi le tissu inter-canaliculaire, la plupart du temps le plus grand nombre des canalicules ont disparu.

3° *Dépôts albumino-fibrineux.* — Il y en a deux espèces. Ou ils se forment sur une certaine étendue, et ils constituent ainsi le plasma au sein duquel se forme l'infiltration graisseuse; ou bien ils se forment sous l'apparence de petites masses mamelonnées, arrondies, qui constituent les granulations de Bright. Ces granulations se montrent soit dans les canalicules eux-mêmes, et alors les masses albumino-fibrineuses ont pour enveloppe la membrane hyaline des canalicules, ou bien dans le tissu inter-canaliculaire, ou bien encore les glomérules.

Dans tous ces cas le microscope démontre que cette masse albumino-fibrineuse est amorphe, et parsemée de granulations protéiques, de globules graisseux, et de débris de cellules et des parois des canalicules.

4° *Infiltration de granulations moléculaires protéiques.* — Cette altération, décrite pour la première fois par M. Robin dans ce travail, est ainsi caractérisée : Les granulations protéiques s'accumulent dans les cellules épithéliales, en obscurcissent le noyau, le distendent de plus en plus, et finissent par le rompre. Une fois rompues, les granulations remplissent les canalicules et se retrouvent jusque dans les canaux droits des tubes de Bellini.

Cette altération a été retrouvée chez une femme albuminurique, enceinte de six mois et morte d'éclampsie dans mon service. Chez les cholériques ayant succombé avec de l'albumine dans les urines.

(1) La partie historique des travaux étrangers est due à la collaboration de M. le docteur See.

Elle semble susceptible de guérison; peut-elle conduire à d'autres altérations ou se compliquer d'autres lésions? C'est toute une étude à faire.

Ces lésions élémentaires expliquent les formes extérieures admises par les auteurs.

Ainsi les six formes de M. Rayer :

1re forme : *congestion*. C'est l'hypérémie du tissu inter-canaliculaire.

2me forme : *mélange de congestion et d'anémie*. Il y a une infiltration graisseuse de cellules sécrétantes des canalicules et hypérémie du tissu inter-canaliculaire.

3me forme : *anémie*. Il y a infiltration graisseuse des cellules, destruction des canalicules et infiltration graisseuse d'un plasma albumino-fibrineux préalablement déposé dans le tissu inter-canaliculaire et les glomérules.

4me forme : *granulations sur un fond blanchâtre*. Ce sont des dépôts albumino-fibrineux sur un fond infiltré de graisse et prenant la forme mamelonnée, soit en se déposant en petites masses arrondies dans le tissu inter-canaliculaire, soit en se plaçant dans les glomérules.

5me forme : *grains de semoule sur un fond rouge*. Ce sont des dépôts albumino-fibrineux sur un fond rouge hypérémié.

6me forme : *induration, atrophie du rein*. On peut lui donner aussi le nom de réparation. Le plasma, infiltré, s'organise; on y trouve des élémens fibro-plastiques; des fibres s'organisant de plus en plus, et venant combler les vides laissés par la disparition des canalicules. De là les inégalités et les indurations qu'on trouve dans cette forme.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

1° Les lésions élémentaires que l'on trouve à l'autopsie des individus qui succombent avec des urines albumineuses et une hydropisie consécutive sont au nombre de quatre; ce sont :

a. L'hypérémie des reins, dont le siége est dans le lacis vasculaire de la substance corticale des reins et les glomérules de Malpighi;

b. L'infiltration graisseuse qui se produisant d'abord dans les cellules des canalicules, qu'elle finit par détruire, se propage ensuite au tissu inter-canaliculaire et aux glomérules de Malpighi;

c. Les dépôts albumineux et fibrineux qui peuvent finir par s'organiser en tissus fibreux et se forment soit dans le tissu inter-canaliculaire, soit dans les glomérules, soit dans l'intérieur même des canalicules;

d. L'infiltration des cellules par des granulations protéiques qui les distend peu à peu et finit par détruire ces dernières sans paraître altérer les canalicules eux-mêmes.

2° Le dépôt de fibrine ou de pseudo-membranes dans les canalicules privés de leurs cellules est une lésion sur laquelle on a beaucoup écrit dans ces derniers temps, et dont l'existence n'est point cependant démontrée d'une manière positive.

3° Des quatre lésions élémentaires que nous venons de décrire, trois peuvent se montrer d'une manière isolée et parfaitement indépendante les unes des autres, ce sont l'hypérémie, l'infiltration graisseuse et les dépôts de granulations protéiques. La quatrième, c'est-à-dire les dépôts albumineux ou fibrineux, ne peuvent probablement pas se montrer d'une manière isolée; ils viennent compliquer soit l'hypérémie, soit l'infiltration graisseuse, soit peut-être la forme nouvelle que j'ai décrite, mais il faudra de nouvelles observations pour la démonstration de ce fait.

4° Ces quatre lésions élémentaires seules ou réunies rendent bien compte du passage de l'albumine dans les urines; son mécanisme est exposé dans le mémoire.

5° L'existence de ces lésions isolées ou groupées et leur mode de groupement expliquent bien toutes les apparences que les auteurs ont compris sous le nom de formes; c'est ainsi qu'on peut expliquer très simplement les six formes de M. Rayer.

6° L'hypérémie et les dépôts de granulations protéiques dans les cellules sont les deux seules lésions élémentaires susceptibles de guérison. L'infiltration graisseuse semble une lésion incurable, de même que les dépôts albumineux et fibrineux, quand ils ont subi un commencement d'organisation.

— M. Hervieux fait la communication suivante :

Pleurésie gauche. — Marche insidieuse. — Formation rapide de l'épanchement. — Mort subite.

Les livres classiques nous apprennent que, dans la pleurésie qui siége à gauche, la mort arrive quelquefois d'une manière subite, lorsque le cœur est fortement repoussé à droite. M. Chomel insiste avec raison sur ce fait. « Pour notre part, dit-il, nous avons déjà observé cinq ou six fois des terminaisons de ce genre, et nous ne saurions trop répéter aux jeunes médecins de se tenir en garde contre cette catastrophe imprévue. »

J'avais parfaitement à l'esprit cette judicieuse remarque de l'éminent professeur, et assurément elle eût suffi dans toute autre circonstance pour me tenir en garde contre une éventualité terrible, mais on verra par les détails dans lesquels je vais entrer, que l'esprit le plus solidement prévenu n'eût pas pu se défendre d'une douloureuse surprise en présence des faits dont voici l'exposé :

Le mardi, 13 février 1855, je suis appelé auprès de Mme P....., rue Chabannais 10. Cette dame, âgée de 40 ans environ, est d'un tempérament nerveux, grande, maigre, et n'avait jamais fait de maladies graves. Depuis un an que je la soigne, elle ne s'est plaint que de quelques douleurs vagues, ambulantes, probablement rhumatismales, et que j'attribue au séjour de la malade dans un rez-de-chaussée que le soleil ne visite jamais et où la profession de son mari, qui est commissionnaire de roulage, l'oblige à demeurer.

Il y a quinze jours, les époux P..... ont perdu un procès et, avec le procès, une forte somme d'argent. Mme P...... en a éprouvé une violente commotion morale à la suite de laquelle est survenu un état de malaise caractérisé par de la faiblesse dans les membres, de l'anorexie, un peu de diarrhée, et quelques douleurs rhumatoïdes. Point de fièvre d'ailleurs. C'est au moins tout ce que je constatai lors de ma première visite qui eut lieu le 13 février.

Profondément convaincu que cet état général, d'ailleurs complétement apyrétique, s'était produit sous l'influence de la perturbation nerveuse à laquelle la perte du procès avait donné lieu, je me bornai à prescrire le repos, quelques antispasmodiques, des bouillons et des potages.

Je ne fus rappelé que le surlendemain 15 février, et je trouvai la malade assise dans son fauteuil, mais se plaignant toujours d'éprouver une grande faiblesse, un peu de dévoiement et quelques frissons. De plus, elle accusait une douleur au-dessous du sein gauche, toussait de temps en temps, et rejetait par l'expectoration quelques mucosités jaunâtres. Craignant l'invasion d'une affection thoracique je fis immédiatement recoucher la malade, pour pouvoir l'examiner plus facilement. Mais je dois déclarer ici que l'exploration la plus attentive des organes contenus dans la cavité de la poitrine, cœur, plèvre et poumons ne m'a conduit qu'à un résultat négatif, et, en admettant qu'il y ait eu déjà à cette époque un commencement d'épanchement, je puis affirmer qu'il était, dans tous les cas, très minime, puisque mes investigations dirigées dans ce sens avec le plus grand soin n'ont pu m'en révéler l'existence. En conséquence, je prescrivis simplement des applications émollientes sur le point douloureux, des boissons pectorales, et des bouillons.

16 février. Le point de côté existe encore; même toux et même expectoration que la veille; la percussion me fait reconnaître l'existence d'une matité manifeste au niveau des parties postéro-inférieure et latérale gauches de la poitrine; souffle, égophonie très prononcée dans les mêmes points; râles sonores au sommet du poumon gauche en arrière et en avant; sonorité conservée et respiration normale dans le côté droit du thorax. Le cœur n'a subi aucune déviation; les bruits ne sont point altérés. Légère dyspnée, moins appréciable pourtant par les mouvemens de la cage thoracique que par un sifflement particulier dont les narines sont le siége dans l'inspiration. Le nez est pincé, mais la face n'exprime point cette anxiété qu'on observe dans les épanchemens considérables de la plèvre. La chaleur de la peau est à peine augmentée; le pouls est mou, faible, dépressible à 76. Large vésicatoire sur la partie latérale gauche de la poitrine, boissons pectorales, bouillons.

Le soir je reviens visiter la malade que je trouve dans le décubitus dorsal, reposant sur un seul oreiller et d'un sommeil assez paisible. La respiration est un peu plus vite que dans l'état normal, mais ni anxieuse, ni précipitée. On entend toujours le petit sifflement nasal dont j'ai déjà parlé. Le pouls ne me présente non plus aucune accélération notable, la chaleur de la peau est toujours modérée. La présence du vésicatoire et la crainte de réveiller la malade me font ajourner au lendemain matin l'examen de la poitrine, et je me retire en prescrivant une potion calmante pour la nuit.

A deux heures du matin, on vient me chercher en toute hâte pour Mme P..... qui *écume*, au dire de la personne envoyée vers moi! je me rends aussitôt près de la malade que je trouve en effet en proie au râle de l'agonie, et qui expire sous mes yeux.

Son mari et sa fille qui la veillaient m'assurent que, moins d'une heure auparavant, elle s'était mise à son séant, avait demandé à boire et avait causé avec eux, offrant les apparences de la plus grande tranquillité physique.

Trois circonstances principales me paraissent devoir être mises en relief dans cette observation. Ce sont : 1° le caractère insidieux de la maladie; 2° la rapidité vraiment insolite avec laquelle s'est formé l'épanchement; 3° la soudaineté de la mort.

Le caractère insidieux de la maladie se constate par la bénignité apparente des symptômes généraux qui ont signalé le début de la maladie. Un peu de faiblesse, de l'anorexie, des douleurs vagues dans diverses parties du corps mais point de fièvre. C'est au bout de deux jours seulement qu'on voit apparaître quelques frissons et une douleur au-dessous du sein gauche. A cette époque, l'examen de la poitrine ne révèle rien. Ce n'est que le 16 au matin, c'est-à-dire dix-huit heures avant la mort, que se manifestent dans toute leur évidence les phénomènes caractéristiques de la pleurésie. J'en appelle ici au jugement éclairé de mes confrères, vit-on jamais un début plus insidieux, des allures et une manière d'être, si l'on peut ainsi parler, plus perfides?

Un second point non moins intéressant, c'est la rapidité vraiment inouïe avec laquelle s'est formé l'épanchement. Le 15 au matin, en effet, ni l'auscultation, ni la percussion pratiquées avec le plus grand soin, ne nous révèlent l'existence du moindre point pleurétique, bien que notre attention eût été éveillée par la manifestation d'une douleur dans le côté gauche et d'une légère dyspnée. Et voilà qu'en vingt-quatre heures une quantité assez considérable de liquide s'est accumulée dans la cavité pleurale pour que tous les signes d'une pleurésie occupant la partie postéro-inférieure et latérale gauches de la poitrine se manifestent avec le plus haut degré d'évidence. Or, je le demande, est-il beaucoup d'exemples d'une aussi foudroyante rapidité dans la formation des épanchemens aigus primitifs?

Une dernière question qui me paraît devoir être soulevée est relative à la soudaineté de la mort. A quelle cause faut-il attribuer le dénouement si prompt, si brutal en quelque sorte d'une maladie si courte et qui s'annonçait si bénigne. Plusieurs hypothèses se sont présentées à mon esprit, Je les passerai successivement en revue.

En raison du siége de la pleurésie à gauche, faut-il admettre, ainsi que M. Chomel l'a observé cinq ou six fois, une forte déviation du cœur à droite résultant du refoulement de cet organe par le liquide épanché. Mais je déclare ici avoir constaté, dix-huit heures avant la mort, que cette déviation n'existait pas. Il est vrai que je n'ai plus examiné la malade à dater de ce moment; mais, si l'on admet que de nouvelles quantités de liquide venant à se produire aient pu déterminer cette déviation, je demanderai comment il se fait que, presque jusqu'au dernier moment, la malade n'ait éprouvé ni orthopnée, ni grande anxiété, ni gêne respiratoire bien notable. D'ailleurs, la mort a lieu, en pareil cas, par syncope; or, ce n'est pas ainsi que la malade a succombé, puisqu'on a eu le temps de m'envoyer chercher, et que j'ai pu assister aux derniers momens de l'agonie.

On a encore observé des cas de mort subite dans la pleurésie gauche compliquée de péricardite. Mais je puis affirmer, en me fondant sur les résultats d'un examen sérieux, que cette redoutable complication n'existait pas.

L'hypothèse d'une pleurésie hémorrhagique est-elle admissible? Mais, dans l'état actuel de la science, nous ne possédons aucun signe pour reconnaître la nature du liquide épanché. Tout ce que Laënnec a indiqué comme pouvant caractériser la pleurésie hémorrhagique n'a point été confirmé par l'observation.

Bien qu'il soit très difficile, par la privation où nous sommes des résultats de l'examen cadavérique, de nous prononcer sur la cause immédiate de la mort subite, il nous semble qu'on arrive presque nécessairement par voie d'exclusion à admettre que la mort a eu lieu par asphyxie. Et en effet, dans les cas d'épanchement rapide, il n'est pas besoin que cet épanchement soit très considérable pour produire des accidens asphyxiques. Le poumon subit presqu'instantanément une pression à laquelle il n'a pas eu le temps de s'accoutumer. La tolérance, en un mot, n'a pas encore pu s'établir. C'est vers cette dernière opinion que j'incline à défaut d'une hypothèse plus satisfaisante.

Je rappellerai toutefois, en terminant, que Mme P...... est tombée sous l'empire d'une commotion morale très violente. Or, sans attribuer à cette cause la soudaineté de la mort, je ne serais pas éloigné de considérer la dépression du principe vital qui a dû résulter de cette commotion comme ayant eu une certaine part dans la terminaison funeste.

M. Bourdon demande si, à la dernière visite, qui a précédé la mort de quelques heures, on s'est assuré de l'état du péricarde. Il serait possible qu'une péricardite eût amené cette mort si prompte.

M. Hervieux n'a pas fait cet examen à sa dernière visite, mais il peut affirmer que, le 16 au matin, il n'y avait rien d'appréciable.

M. Bourdon : Il aurait pu se former très rapidement un épanchement péricardique qui aurait entraîné la mort. M. Bouillaud cite le fait d'un convalescent qui, examiné le matin à la visite, n'avait rien au cœur; le soir, il se promenait dans les jardins de la Charité, et quelques heures plus tard il était mort; à l'autopsie, on trouva un épanchement énorme.

M. Hervieux comprend qu'il ait pu se former en quelques heures un épanchement péricardique quand il voit la rapidité avec laquelle s'est produit l'épanchement dans la plèvre, c'est peut-être, en effet, dans le péricarde qu'il faut chercher la cause de cette mort si prompte.

Le secrétai e, E. Moutard-Martin.

COURRIER.

Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 11 mai 1855, M. Vastel, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique interne dans ladite École, en remplacement de M. Lafosse, décédé.

M. Maheut, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur adjoint, et sera chargé de la chaire de pathologie interne vacante par la nomination de M. Vastel, à la chaire de clinique interne.

M. le docteur Lepetit, chargé de la chaire de chimie et de pharmacie, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— Par arrêté en date du même jour, M. Duprey, pharmacien de première classe, ancien suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé suppléant hors cadre de la même École.

Il sera spécialement chargé, en cette qualité, de la suppléance de la chaire de pharmacie et de toxicologie.

— Par arrêté en date du 22 mai, M. le ministre a provisoirement autorisé MM. les doyens des facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, à réduire à un mois, en faveur des étudians aspirans à la chirurgie militaire, le délai d'ajournement à un examen qui est fixé à trois mois au moins par l'article 6 de l'arrêté du 26 septembre 1837.

— Par arrêté en date du 23 mai 1855, ont été nommés à la Faculté de médecine de Strasbourg :

1° Chef des cliniques, M. Hergott, agrégé près ladite Faculté;

2° Aide titulaire de chimie, M. Lévy (David);

3° Aide surnuméraire de botanique, M. Liétard (Alexandre).

— Par arrêté en date du 23 mai 1855, un concours public sera ouvert, le 20 août prochain, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de chef des travaux anatomiques vacante dans cette Faculté.

Le délai dans lequel les candidats devront se faire inscrire expirera le 20 juillet.

Le candidat nommé à la suite de ce concours entrera en exercice dès que l'institution ministérielle lui aura été conférée.

Ledit concours sera annoncé par des affiches et par un avis inséré au *Moniteur*.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de physiologie comparée.* — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours, *jeudi* 31 *mai* 1855, à 11 heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'*amphithéâtre de géologie*.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 64. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 31 Mai 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 MAI 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance courte, interrompue avant l'heure par le brouillard d'un comité secret, et consacrée tout entière à des lectures. Trois candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique ont successivement occupé la tribune.

M. Blache a exposé ses recherches sur l'hydrocéphalie interne. Au milieu des détails qui abondent dans ce mémoire et qui échappent à l'analyse, ce qui nous a surtout frappé, c'est le parti que notre savant confrère a su tirer de l'anatomie morbide pour éclairer plusieurs points encore obscurs de l'organisation normale du cerveau. Le liquide de l'hydrocéphale écarte et dissèque les différentes parties de cet organe mieux que le scalpel le plus habile. Grâce à cette sorte de préparation naturelle, opérée par la maladie avec une lenteur et des ménagemens inimitables, M. Blache a pu constater un véritable ventricule dans la cloison transparente, une cavité régulière dans la tige pituitaire, etc. L'examen de la substance cérébrale et du fluide épanché l'a conduit à cette conclusion intéressante : que l'hydrocéphalie n'est pas la conséquence d'une inflammation, ou tout au moins d'une irritation, comme on le pense généralement, mais bien une hydropisie d'origine mécanique, causée probablement par l'oblitération de l'orifice qui fait communiquer la sérosité ventriculaire avec le liquide céphalo-rachidien.

Le travail de M. Bayle est à la fois d'un anatomo-pathologiste et d'un érudit. Après avoir admis que les maladies où le sang est altéré d'une manière évidente, se dénotent à l'extérieur par quelque modification du tégument externe, il a retourné la proposition et essayé de prouver que la réciproque était également vraie. Pour lui, les maladies aiguës et chroniques de la peau ne seraient que l'expression d'autant d'anomalies du sang, que les localisations d'autant de diathèses diverses. C'est là assurément une vue ingénieuse et hardie; mais il est à craindre que nos dermatologistes se refusent à l'admettre comme vraie, sur la foi de l'analogie seule ou même appuyée de la grande autorité de Sydenham.

M. Barthez a succédé à M. Bayle. Il a traité de la transmission à travers le liquide d'un épanchement pleural des bruits normaux ou anormaux qui se produisent dans les bronches. On sait à quelles méprises peuvent donner lieu les souffles et les râles perçus dans les cas de simple pleurésie, en faisant croire à l'existence de cavernes pulmonaires; erreur grave surtout au point de vue du traitement, puisqu'elle conduit à négliger, comme inutiles, des moyens d'une efficacité incontestable. M. Barthez s'est attaché à établir quelles conditions sont nécessaires pour que les bruits de souffle et les bruits pseudo-caverneux se propagent ainsi à travers la sérosité d'un épanchement, et par quels caractères ils diffèrent des signes propres aux excavations tuberculeuses. Il nous paraît avoir réussi à résoudre ce double problème avec plus de précision et rigueur qu'on ne l'a fait avant lui.

M. le Secrétaire perpétuel a lu un décret du chef de l'État, approuvant l'élection de M. Guérard, et le nouvel académicien a pris possession de sa place, qui était marquée depuis longtemps.

La suite de la discussion sur le rapport de M. Bousquet a dû être remise à mardi prochain, et M. Piorry se voit obligé de laisser quinze grands jours s'écouler entre le commencement et la fin de son argumentation. Espérons que l'intérêt qui s'y rattache ne se sera pas refroidi ; quant à M. Piorry, il a mis dans la première moitié de son discours assez de chaleur pour que la seconde y étant réappliquée puisse s'y souder convenablement, malgré ce retard.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

QUELQUES APERÇUS SUR LE MODE DE TRAITEMENT DE L'ANGINE SCARLATINEUSE ;

Par M. le docteur ALIÈS, médecin-inspecteur des bains de mer de Trouville.

A l'occasion du mémoire de M. le docteur Marchal (de Calvi) sur la nocuité de la cautérisation dans le traitement de l'angine couenneuse, j'exposerai, dans une simple note, quelques faits qui ne me semblent pas dépourvus d'intérêt, et les ferai suivre de quelques réflexions que je livre à l'appréciation de mes confrères.

Pendant l'automne de 1852 et l'hiver de 1853, il a régné dans une petite ville de la Franche-Comté, une épidémie de scarlatine, dans laquelle l'angine, *couenneuse ou non*, a été le fait saillant, le phénomène qui alarmait le plus la tendresse maternelle, et mettait à l'épreuve le zèle des hommes de l'art.

La cautérisation a été le moyen généralement employé contre ce symptôme; elle était devenue la formule banale de son traitement, et le zèle à la pratiquer avait dégénéré en un véritable engouement.

Parallèlement à cette médication, il s'en pratiquait une autre qui consistait à s'abstenir de la cautérisation, à faire sur le cou des enfans, dès les premiers indices d'angine, des embrocations avec un liniment narcotique, et en même temps des applications de moutarde sur les extrémités inférieures.

Résultat comparatif des deux médications.

Je ne puis donner une statistique en règle; je le regrette, car elle serait décisive. Néanmoins, je puis donner quelques chiffres qui fourniront des élémens suffisans pour une appréciation générale.

Depuis le 29 septembre 1852, époque à laquelle on peut faire remonter, sinon la date de l'invasion de l'épidémie, au moins celle où elle prit sa néfaste importance, jusqu'au 15 mars 1853, où elle toucha à sa fin, il mourut, parmi les 4,000 habitans qui forment la population de la petite ville où régnait la scarlatine, 40 enfans, de l'âge de 2 mois à 15 ans, la plupart, sinon tous, affectés d'angine scarlatineuse, *la plupart cautérisés, quelques-uns à outrance.*

Dans les deux années qui avaient précédé et suivi, la mortalité, pendant la même période, et pour les enfans du même âge, n'avait été que de 12 et 10 décès seulement; ainsi :

Du 29 septembre 1851 au 15 mars 1852. . .	12 décès.
Du 29 septembre 1853 au 15 mars 1854. . .	10 décès.
Du 29 septembre 1852 au 15 mars 1853 (période de l'épidémie).	40 décès.

Dans la même période, dans les mêmes lieux, dans la même épidémie, l'autre méthode de traitement qui excluait la cautérisation, appliquée à 50 enfans au moins, tant dans la ville que dans les communes voisines, tous atteints de scarlatine avec angine, n'avait ni à enregistrer un seul insuccès, ni à constater un seul décès.

On aurait dit deux épidémies de scarlatine, marchant côte à côte, l'une grave, meurtrière au plus haut degré; l'autre légère, d'une bénignité absolue : c'était pourtant une seule épidémie, mais aux prises avec deux médications, deux doctrines, agissant chacune selon des vues et d'après des principes divers : de là la diversité des résultats.

S'il était logique de généraliser et de tirer des faits d'une seule épidémie des inductions applicables à toutes les autres, je n'hésiterais pas à proclamer que la cautérisation, dans l'angine scarlatineuse, est un moyen *déplorable*; qu'elle constitue, non une médication, mais une véritable torture infligée aux enfans, sans nécessité et sans profit; et que M. Marchal (de Calvi) rend un véritable service à la science et à l'humanité en établissant sa nocuité et en provoquant son abandon.

Maintenant, quelques mots sur la médication instituée par cet honorable confrère, au moyen du bicarbonate de soude.

Et d'abord, outre que l'effet réel des médicamens est un problème trop complexe pour que sa solution puisse résulter d'une seule observation, ainsi qu'il s'empresse de le reconnaître, je ferai observer que, sans avoir employé un atome de sel de soude, il a été obtenu, dans tous les cas d'angine scarlatineuse de l'épidémie de 1852, des effets identiques à ceux qui ont eu lieu chez M. Bassompierre, et que M. Marchal rapporte à l'influence du bicarbonate.

J'inclinerai à attribuer la cessation de la sécrétion diphthéritique, effet du + scarlatineux, chez M. Bassompierre, à l'évolution naturelle de ce principe morbide, dont l'action, après avoir préludé sur les muqueuses de la bouche et de l'arrière-gorge, s'était portée sur la peau, où devait définitivement se produire sa manifestation essentielle, et vraisemblablement s'accomplir son élimination, autant par suite d'un mouvement normalement spontané, que sous l'influence résolutive des sangsues. Cette opinion serait d'autant plus soutenable, que, *dès le soir, des points rouges, paraissant à la peau, signalaient l'éruption de la scarlatine.*

L'application des sangsues a pu favoriser cet heureux résultat. L'irritation de la muqueuse, dans l'angine scarlatineuse, a quelque chose de spécial, et qui dérive de la nature intime de cette maladie; mais certaines dispositions organiques peuvent la rendre excessive; alors, l'effet réagit à son tour sur la cause, l'état fluxionnaire se produit et se maintient au delà de ses limites normales, soit d'intensité, soit de durée, envahit les tissus sous-jacens, et devient un obstacle au passage de la maladie à la phase successive de son développement. A ce point de vue, on conçoit qu'une saignée locale puisse être alors une ressource précieuse.

Si les maladies exanthématiques ne peuvent pas être tronquées dans leurs périodes, elles peuvent cependant être modifiées dans leurs localisations. On sait que les topiques mercuriels mêmes, selon quelques auteurs, d'autres composés emplastiques, ont le pouvoir d'enrayer le développement des boutons varioliques sur les points de la peau où on en fait l'application : la prétention d'atténuer l'angine scarlatineuse, de la réduire à de minces proportions, ne me paraît pas exorbitante, et peut trouver un point d'appui sur de sérieuses considérations : 1° les phénomènes de la scarlatine débutent par les régions supérieures de l'économie, et progressent vers les inférieures ; ainsi, l'éruption paraît d'abord à la face, puis au cou, à la poitrine, etc. Ramazzini avait même observé que la scarlatine présente le plus grand danger lorsque l'éruption ne se propage pas jusqu'aux extrémités inférieures. Même l'œdème, quand il a lieu, commence ordinairement par le visage; 2° les membranes muqueuses, quoique ordinairement affectées les premières, et quelquefois assez vivement, ne le sont pourtant pas d'une manière essentielle ; leur lésion n'est, pour ainsi dire, que transitoire, l'effort de la maladie devant aboutir finalement à la peau dans la scarlatine, comme dans la variole, la rougeole, etc.

Ces faits établis, on conçoit théoriquement qu'on puisse combiner une médication ayant pour but, d'une part, d'attirer promptement la fluxion scarlatineuse vers les parties inférieures, et sur son organe d'élimination, par des dérivatifs, agissant sur l'appareil tégumentaire; de l'autre, de mettre les *membranes muqueuses*, où existe une tendance fluxionnaire, dans des conditions défavorables à sa réalisation à leur surface, en les narcotisant, en y déprimant les propriétés vitales, sans l'entremise desquelles nul mouvement ne se produit activement, et tout cela simultanément, pour qu'il y ait synergie dans ces deux opérations.

La pratique a prouvé que ce n'était pas une vaine conception. Elle est, si je ne me trompe, l'explication des magnifiques résultats obtenus dans l'épidémie qui est le sujet de cette note, alors que la cautérisation en donnait de si regrettables, résultats auxquels M. Marchal (de Calvi) serait également arrivé, quoique par un autre chemin, dans l'observation de M. Bassompierre.

On ne s'étonnera pas que j'aie passé sous silence les autres moyens diététiques ou pharmaceutiques qui entrent dans le plan de cette médication, mon but n'étant, comme l'indique le titre de cet article, que d'exposer une idée et de donner quelques aperçus, et non d'entrer dans les détails d'une description.

SYPHILIOGRAPHIE.

DU CHANCRE AU POINT DE VUE DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE ;

Par le docteur Henry MUSSET, de Ste-Terre (Gironde), ancien interne de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc.

Tout chancre expose-t-il aux chances de la vérole constitutionnelle? Un chancre étant donné, peut-on, à l'aide de ses symptômes locaux, reconnaître s'il bornera son influence sur

le lieu même où il est implanté, ou bien si la diathèse syphilitique en sera la conséquence? Question capitale, dont la solution intéresse et la science, et la thérapeutique et l'humanité: la science, parce quelle aura résolu un problème controversé encore par tout un système; la thérapeutique, parce que celle-ci aura dès lors une sphère d'action déterminée et certaine, et ne s'exposera plus à des écarts et à des médications quelquefois dangereuses et toujours inutiles; l'humanité, parce que le praticien, éclairé désormais sur la part d'influence que chaque variété de chancre exerce sur l'économie, sera plus rigoureux dans son diagnostic, plus puissant dans son traitement, et pourra ainsi, en quelque sorte, prédire au malade la destinée de son affection, prédiction qui, tout en servant les grands intérêts de la science, donne au médecin une autorité qui, malheureusement, ne le suit pas toujours.

Avant d'entrer en matière, nous avons à nous demander si, comme le soutiennent MM. Cazenave et Vidal, les chefs de l'école opposée à celle dont nous avons l'honneur d'être le disciple, si, dis-je, le chancre est la première explosion d'un état général établi; il est évident que, pour ces auteurs, le problème que nous cherchons à résoudre n'a plus de signification, puisque la diathèse syphilitique leur est démontrée par l'existence même du chancre. Or, comme c'est précisément le contraire que la clinique et l'expérimentation nous ont appris, il importe que nous passions en revue les principaux argumens qui servent de base à leur système.

Ils invoquent les analogies qui nous apprennent que la morve, le farcin, la variole inoculés, infectent l'organisme avant de produire un effet local quelconque. Ainsi, le professeur Renault, d'Alfort, après avoir inoculé le virus de la morve, et avoir cautérisé la surface inoculée trois jours, deux jours, douze heures après l'expérience, a vu cependant l'infection survenir. M. Bousquet, le célèbre vaccinateur, après avoir ouvert et cautérisé profondément avec le nitrate d'argent, des boutons de vaccin, peu de temps après leur naissance, afin de détruire tout travail local, a revacciné inutilement les enfans sur lesquels il opérait.

Ces diverses expériences peuvent prouver, il est vrai, que la morve et le vaccin, avant de produire un effet local, infectent l'économie; mais prouvent-elles également que les choses se passent de même avec le virus syphilitique? L'expérimentation et la clinique le démentent. Contrairement à ce qui se passe pour la vaccine, un individu atteint d'un chancre n'est pas pour cela à l'abri de nouvelles contagions, puisque le virus syphilitique peut lui être inoculé un nombre infini de fois, quand bien même cet individu serait sous l'influence de la diathèse. Aussi n'est-ce pas aux lumières souvent fort obscures des analogies que nous sommes allé puiser nos convictions, mais bien à l'expérience qui nous a appris, comme on pourra en juger par les tableaux synoptiques que nous avons dressés, des accidens secondaires et tertiaires observés par nous, que le chancre a toujours été le premier symptôme apparu, et qu'après un espace de temps, que nous ferons connaître, les phénomènes de la diathèse se sont manifestés. A quelle source les rattacher, si ce n'est au chancre qui les a précédés.

Mais si, suivant vous, le chancre est, au même titre que la pustule vaccinale, le résultat d'un empoisonnement, comment expliquer que tantôt, et le plus souvent même, il soit le seul symptôme observé et sur le lieu même du point contaminé; tandis que, dans d'autres cas, il est suivi de phénomènes généraux sur la peau, sur les muqueuses, sur les os? Suivant cette manière de voir, comment comprendre encore l'innocuité au point de vue de l'infection, du chancre phagédénique simple, ou serpigineux? En effet, à la description de cette variété de l'ulcère primitif, nous citerons des observations qui démontrent qu'un même sujet, d'abord atteint de chancre phagédénique, et non traité par les mercuriaux, n'a pas vu d'accidens généraux se développer sur lui pendant un espace de dix ans, et qui, porteur, après cette époque, d'un chancre spécifiquement induré, a offert les symptômes non douteux d'une syphilis constitutionnelle. Que signifient de semblables faits? Doivent-ils plier devant les caprices d'une opposition systématique ou bien doivent-ils être recueillis avec attention pour l'enseignement qu'ils nous donnent?

On a invoqué les lumières de l'expérimentation pour démontrer l'action d'abord infectante du virus syphilitique. Ainsi, un individu atteint de phimosis est porteur d'un chancre au sommet du prépuce; si on vient, dans ces circonstances, à pratiquer la circoncision, on voit la surface de la plaie présenter bientôt tous les caractères du chancre. Donc, suivant M. Vidal, le chancre n'avait pas borné sa sphère d'action sur le lieu même où il s'était produit, puisqu'à deux pouces au-dessous il se reforme de toutes pièces. Est-ce bien sérieusement qu'on a recours à de pareils faits pour prouver que le chancre n'est que le symptôme d'un état général? Suivant nous, ils ne démontrent qu'une chose, à savoir, que le chancre a une sphère d'activité qui peut s'étendre dans un rayon de deux pouces autour du siége qu'il occupe. M. Ricord, dont nous sommes l'élève, ne nie pas cela; il est un des premiers qui ait énoncé cette particularité de l'histoire de l'ulcère primitif. Mais nous pouvons être plus affirmatif sur ce terrain que les partisans de la doctrine que nous combattons, puisque, avec le chancre phagédénique accompagné de bubons d'absorption, ayant, par conséquent, porté son action virulente bien loin du siége qu'il occupe, on ne rencontre à aucune de ses périodes les signes de la diathèse syphilitique.

Ici cependant existe une sphère d'activité bien plus étendue que dans le cas précédent, puisque les lymphatiques et les ganglions auxquels ils aboutissent, sont contaminés. Enfin, dans l'exemple que nous avons cité d'après M. Vidal, peut-on affirmer que, pendant la manœuvre opératoire, la plaie n'a pas été inoculée avec le virus du chancre du prépuce.

Mais on a ajouté : ce qui démontre encore l'action générale du virus syphilitique, c'est que, malgré la cautérisation immédiate du chancre, on a vu des phénomènes diathésiques se manifester.

A mon sens, les exemples de ce genre, prouvent tout simplement que, ou bien la cautérisation n'a pas été assez profonde, ou bien elle a été pratiquée trop tard, ou enfin elle est un moyen impuissant pour neutraliser le virus à sa source. Connaissait-on d'une manière certaine les dispositions organiques, les aptitudes morbides des sujets soumis à l'expérience? De même qu'il y a des individus qui, malgré des contagions nombreuses puisées à différentes sources, n'ont jamais été atteints de syphilis, de même il en est d'autres, et en grand nombre, qui en ont présenté les symptômes après la première infection.

On a dit encore que l'observation clinique n'avait pas été assez longtemps continuée pour pouvoir affirmer que tel individu porteur d'un chancre ne devait pas être exposé plus tard à la syphilis.

C'est là une allégation sans preuve et le tableau synoptique des accidens constitutionnels observés par nous et que nous produirons plus tard, témoigne contre elle; nous avons eu soin de constater les antécédens de tous les sujets atteints de syphilis soumis à notre examen, et nous avons trouvé qu'antérieurement au chancre infectant, le plus grand nombre avait eu des chancres simples ou phagédéniques et des blennorrhagies, accidens qui étaient restés à l'état local, puisque la série des phénomènes généraux que ces malades me présentaient, ne datait que de l'apparition du chancre spécifiquement induré, variété que nous signalerons plus tard comme étant le point de départ *obligé* de la syphilis constitutionnelle.

Les développemens dans lesquels nous venons d'entrer nous autorisent à conclure avec la plupart des syphiliographes, que le chancre est toujours à son début une affection locale et que ce n'est que consécutivement qu'il empoisonne l'économie.

Ces préliminaires établis, nous allons chercher dans la clinique les faits qui nous permettront de résoudre le problème que nous nous sommes posé, problème qui consiste à savoir si tout chancre expose aux chances de la syphilis constitutionnelle.

(La suite à un prochain numéro.)

TOXICOLOGIE.

DE LA SAUMURE ET DE SES PROPRIÉTÉS TOXIQUES;

Par M. REYNAL, chef de service de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort.

(Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 22 Mai 1855.)

(Suite. — Voir le numéro du 29 Mai 1855.)

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Chien de forte taille, âgé de 4 ans, bien portant.

Pour mettre obstacle au vomissement, on pratique l'œsophagotomie; par la solution de continuité, et à l'aide d'une sonde en caoutchouc, on introduit dans l'estomac 25 centilitres de saumure datant de quatre ans; on fait ensuite une ligature sur l'œsophage, au-dessous de l'incision : en quelques secondes les nausées disparaissent; dix minutes après, les efforts expulsifs se calment; un tremblement convulsif de tout le corps, caractérisé par de violentes contractions des fléchisseurs, leur succède; bientôt l'animal faiblit et se laisse tomber à terre : dans cette position, les nausées reparaissent avec plus d'intensité; les contractions continuent comparables à celles de la chorée; enfin, la mort arrive trois heures après l'ingestion de la saumure.

Autopsie faite trois heures après la mort. — Les organes de la respiration et de la circulation sont intacts; l'intestin, les reins et la vessie sont fortement congestionnés; mais les lésions principales existent dans l'estomac et le cerveau. L'estomac présente à l'extérieur une magnifique arborisation; la muqueuse gastrique est d'une couleur rouge brunâtre marbré; dans le sac gauche, et surtout près du cardia, elle est en certains points complétement dénudée d'épithélium, ce qui donne à ses plaques l'aspect de larges ulcérations. Le tissu cellulaire sous-muqueux est le siége d'une infiltration séreuse jaunâtre. La muqueuse de l'œsophage est elle-même vivement irritée; les sinus veineux sont gorgés de sang; le cerveau est injecté; le plexus choroïde est infiltré et d'une couleur brune; la moelle épinière même participe à cette altération.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Cheval entier, propre au gros trait, de moyenne taille, en bonne santé.

Le matin, on lui administre à jeun un demi-litre de saumure vieille de quatre ans; on ne remarque rien d'anormal pendant toute la journée; on note cependant une expulsion plus fréquente d'urine.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Jument de race croisée anglaise, âgée de 7 ans.

Le matin, à jeun, on lui administre un litre de saumure vieille de quatre ans. Dans la journée, on note les symptômes suivans : coliques légères, trépignemens, borborygmes profonds, urines plus abondantes, diarrhée. Trente-six heures après l'administration de la saumure, on sacrifie l'animal qui a servi d'expérience.

A l'autopsie, on rencontre quelques rougeurs dans l'intestin grêle et le cœcum, quelques ecchymoses dans les ventricules du cœur et même dans les fibres musculaires de cet organe.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Cheval entier de race bretonne, âgé de 10 ans.

Je fis administrer à cet animal, à jeun depuis deux jours, deux litres de saumure; il la déglutit sans difficulté. Aussitôt après, une sueur abondante couvre toute la surface du corps, la respiration s'accélère et s'accompagne d'une plainte saccadée; on compte trente-quatre respirations à la minute. Les battemens du cœur deviennent forts et tumultueux.

L'animal se couche, se relève, se livre à de violens efforts, qui provoquent l'expulsion de quelques matières excrémentitielles. Les mouvemens désordonnés cessent bientôt; à l'agitation succède une sorte de stupeur générale, suivie de la perte de la sensibilité. On peut piquer la peau en différens endroits du corps, sans que l'animal témoigne la moindre douleur; il ne semble sortir de cet état léthargique que pour relever la tête et lui imprimer un mouvement d'extension sur l'encolure, ou bien pour la porter du côté du flanc.

Si on force l'animal à se relever, le train postérieur vacille au point de rendre la chute imminente. Bientôt il se laisse tomber lourdement, se débat violemment; tout le corps s'agite comme s'il était soumis à l'action d'une décharge électrique. Tous les muscles se contractent soudainement et avec force en communiquant à la masse du corps un mouvement saccadé; les lèvres sont paralysées et suivent inactives les mouvemens des mâchoires; le pouls diminue; le corps devient froid; l'animal meurt en se débattant faiblement quinze heures après l'administration de la saumure.

L'autopsie est faite immédiatement après la mort. Les vaisseaux du mésentère sont gorgés d'un sang noir; l'intestin grêle contient un liquide exhalant une odeur fétide et ammoniacale; la muqueuse est fortement congestionnée et présente çà et là, surtout aux points correspondans aux glandes de Peyer, des taches d'une teinte rouge noirâtre et livide; elle est recouverte d'une couche plastique se détachant très facilement des parties sous-jacentes. Dans le duodénum, les glandes de Brunner sont gonflées et congestionnées. Le cœcum contient un liquide analogue à celui de l'intestin grêle. La muqueuse du gros colon a une coloration rouge foncé, le tissu cellulaire sous-muqueux est légèrement infiltré.

L'estomac contient une grande quantité d'un liquide jaunâtre, inodore, analogue à de la sérosité. La muqueuse du sac droit est le siége d'une vive congestion, le tissu cellulaire est infiltré, et près de l'orifice œsophagien on remarque quelques ecchymoses. Le cœur offre sur sa face interne de nombreuses taches ecchymotiques; il est rempli d'un sang noir et poisseux. Le cerveau est très congestionné; les sinus sont gorgés d'un sang noir; le plexus choroïde est fortement injecté; les corps striés, ainsi que les cornes d'Ammon et le lobule mastoïde, sont parsemés d'un pointillement sanguin. Le liquide contenu dans les ventricules est trouble, plus abondant que dans l'état normal.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — *Porc.* — Cet animal est bien portant et à jeun depuis douze heures. Dans cet état, on lui administre un demi-litre de saumure vieille de deux ans. Au bout de quelques minutes, on observe de violentes éructations auxquelles succèdent les nausées. Celles-ci durent une demi-heure environ, temps pendant lequel l'animal se montre inquiet et agité; enfin le vomissement se manifeste.

Dès lors, les nausées cessent; une sorte de stupeur persiste pendant toute la journée.

Le lendemain, nouvelle administration d'un quart de litre de saumure.

Quelques minutes après, les symptômes de stupéfaction et d'anxiété observés la veille se reproduisent; toutefois on ne remarque *ni* les nausées ni le vomissement. La respiration s'accélère considérablement; vers le soir, on observe une grande gêne dans les mouvemens du train postérieur.

Le surlendemain à sept heures, il tombe comme frappé d'épilepsie. Tout le corps est agité par des contractions nerveuses subites et saccadées; une salive écumeuse sort en abondance de la bouche.

Dans cette position, l'animal semble être soumis à l'action de décharges électriques qui, fréquemment répétées, entraînent dans un mouvement simultané et général les quatre membres, les muscles croupiens, l'encolure et la tête.

Ces convulsions se prolongent jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on trouve l'estomac distendu par des gaz d'une odeur fétide : la muqueuse du sac droit est rouge; sur divers points de sa surface on voit de larges plaques noirâtres et rugueuses au toucher.

La muqueuse intestinale est aussi fortement congestionnée, le cerveau est injecté, les sinus veineux sont gorgés de sang, les enveloppes sont ecchymosées.

Volaille. — J'ai également fait des expériences sur les volailles (poules et coqs). De ces expériences, il résulte que la saumure est toxique à la dose de trois à quatre centilitres.

De cette première série d'expériences, il est permis de conclure :

1° Que la saumure administrée pure et à la dose de trois centilitres est un vomitif puissant pour le chien;

2° Qu'à la dose de deux décilitres, elle produit des phénomènes d'intoxication sans occasionner la mort, si l'animal peut vomir, mais que cette quantité tue le chien en un temps très court, si, par un artifice quelconque, on empêche le vomissement;

3° Qu'à la dose de un litre, la saumure provoque chez le cheval une irritation de la muqueuse intestinale;

4° Qu'à la dose de deux litres, la saumure empoisonne le même animal dans le court espace de vingt-quatre à quarante-huit heures;

5° Qu'à la dose d'un demi-litre elle est toxique pour le porc;

6° Enfin qu'à celle de trois à quatre centilitres, cette substance est toxique pour les volailles.

Nota. — L'action de la saumure sur l'économie est d'autant plus active que sa préparation remonte à une date plus éloignée.

J'ai expérimenté avec la saumure de viande de porc, vieille d'un an et de six ans, et avec la saumure récemment faite, et j'ai toujours remarqué que cette dernière n'occasionne des accidens qu'à une dose double et triple de la première; pendant les trois premiers mois qui

suivent la salaison de la viande de porc, elle est même inoffensive ; elle agit simplement, à la manière des diurétiques et des purgatifs laxatifs.

DEUXIÈME SÉRIE.

La saumure mélangée en proportion variable avec les alimens est-elle un poison.

J'ai institué cette deuxième série d'expériences dans le but de me rapprocher le plus possible des conditions dans lesquelles la saumure est donnée dans les campagnes à titre de condiment aux animaux.

§ I.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — *Chien de grande taille.* — On lui présente une écuelle contenant de la soupe mêlée à 1 décilitre 7 centilitres de saumure ; il mange avidement ce mélange et ne présente dans la journée aucun symptôme particulier.

Le lendemain, on présente au même sujet de la soupe mêlée à 2 décilitres de saumure vieille de six ans ; à peine a-t-il avalé quelques parcelles de ce mélange qu'il se jette en arrière et refuse de manger : le reste lui est alors administré de force.

Les nausées se montrent quelques minutes après et sont immédiatement suivies de vomissemens ; au bout d'un quart-d'heure, le calme était complet.

Le lendemain matin, le chien est trouvé mort dans sa loge.

Autopsie. — Les mésentériques sont gorgés de sang, la muqueuse de l'estomac fortement plissée est ecchymosée. Injection du cerveau et de ses enveloppes.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — *Chien de moyenne taille.* — Il mange un mélange de soupe et de 2 décilitres de saumure ; rien de particulier ne se montre dans la journée ; le lendemain, comme il avait refusé le même mélange, on le lui administra de force. Il meurt huit à neuf heures après.

Autopsie. — On trouve dans l'estomac et l'intestin grêle les caractères d'une vive inflammation : sur la muqueuse duodénale, forte injection vasculaire affectant la disposition linéaire ; quelques glandes de Peyer se montrent fortement indurées ; sur le lobe droit du cerveau, à la partie antérieure, s'observe un ramollissement assez étendu et entouré d'une auréole rouge.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — *Chien de forte taille.* — Il mange, à jeun, un mélange de soupe et de 2 décilitres et demi de saumure. Les nausées et le vomissement suivent de près l'ingestion ; le calme se rétablit bientôt.

Après une diète de deux jours, le même chien est soumis à une nouvelle expérience, on lui présente de la soupe et 2 décilitres de saumure. Aussitôt qu'il a mangé ce mélange, on place une forte ligature sur l'œsophage préalablement mis à découvert ; cinq minutes après, de violentes nausées, suivies de douloureux efforts de vomissement se manifestent ; une bave filante et mousseuse s'écoule en abondance de sa gueule ; son corps témoigne, dans toutes les parties, une sensibilité extrême, à laquelle succède une prostration complète ; c'est dans cet état qu'il meurt cinq ou six heures après l'ingestion.

Autopsie. — La muqueuse œsophagienne présente, dans sa portion thoracique, de nombreuses ecchymoses ; sauf quelques rougeurs, l'estomac est intact sur toute sa surface ; l'intestin grêle est assez fortement congestionné ; sur la muqueuse du duodénum se remarquent de larges ecchymoses affectant dans leur ensemble une disposition linéaire ; elles sont placées sur le sommet des plis ; quelques glandes de Peyer sont en parties indurées. Injection considérable du cerveau et de ses enveloppes.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE. — *Chien de moyenne taille.* — Il mange un mélange de soupe et de 2 décilitres 1/2 de saumure qu'il rejette peu d'instans après l'ingestion.

Au même sujet, tenu à la diète, on présente une écuelle contenant de la soupe et 1 décilitre 1/2 de saumure ; il mange le tout avec avidité et ne présente dans les heures consécutives aucun des symptômes du vomissement.

Sur le même chien, après lui avoir donné à manger un mélange de soupe et de 2 décilitres 1/2 de saumure, on lie l'œsophage ; aussitôt les nausées apparaissent, bientôt l'animal tombe, passe successivement d'une violente agitation à une prostration extrême et meurt une heure après l'ingestion du mélange.

Autopsie. — L'estomac se présente fortement enflammé ; le cul-de-sac droit est d'un rouge-noir uniforme ; la muqueuse est épaissie et le tissu cellulaire sous-muqueux très infiltré.

Sur l'intestin grêle se montrent des taches ecchymotiques d'autant plus grandes qu'on les examine près du duodénum. Le cerveau est injecté et les enveloppes ecchymosées.

Si on résume les expériences de cette partie de la deuxième série, on arrive à ces conclusions :

1° Que, jusqu'à la dose de 1 décilitre, la saumure mêlée aux alimens, ne produit pas d'effets nuisibles ;

2° Que, à des doses plus élevées, les nausées et les vomissements suivent presque immédiatement l'ingestion du mélange ;

3° Qu'à la dose de 4 décilitres, la mort survient, malgré le vomissement ;

4° Enfin, que 2 décilitres de saumure, mêlée à une assez grande quantité d'alimens, représente une dose toxique pour le chien, quand celui-ci ne vomit pas.

§ II.

Une question intéressante restait encore à élucider, celle de savoir si, en mélangeant chaque jour et d'une manière continue de la saumure avec la nourriture, et en laissant les animaux libres de prendre ce mélange ou de le laisser, l'empoisonnement était encore possible.

C'est dans ce but que j'instituai les expériences suivantes :

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — *Chien de grande taille*, en bon état de santé.

On donne à cet animal, à jeun depuis vingt-quatre heures, une copieuse ration de soupe dans laquelle on avait mélangé 8 centilitres de saumure vieille d'un an ; cinq minutes après l'ingestion de ce mélange, de violentes nausées se manifestent ; elles sont suivies de vomissemens qui débarrassent en partie l'estomac des alimens qu'il contenait. Les nausées se succèdent encore par intervalles durant une demi-heure. L'animal est triste, inquiet, sans appétit pendant vingt-quatre heures.

Le lendemain, on répète sur cet animal l'expérience. On lui donne le mélange préparé dans les mêmes proportions, presque aussitôt il vomit les matières ingérées ; dans le cours de la journée, on observe par intervalle des nausées et des contractions des muscles abdominaux ; il est abattu, sans appétit ; il recherche avec avidité les boissons froides ; il reste presque toujours couché, un léger tremblement musculaire agite tout le corps.

Deuxième jour. Le chien manifeste quelques signes d'appétit, on lui présente une nouvelle ration de soupe mélangée à 1 décilitre de saumure ; à peine en avait-il mangé la moitié qu'il éprouve des nausées et des envies de vomir ; une demi-heure après le repas, il rejette une partie des alimens contenus dans l'estomac ; la tristesse, les tremblemens généraux, l'agitation de la tête, la contraction nerveuse des muscles des lèvres, la sensibilité du ventre, l'inappétence, la soif brûlante indiquent de la manière la plus évidente l'empoisonnement de l'animal. Il succombe le sixième jour dans un grand état de maigreur, épuisé par une diarrhée liquide et sanguinolente.

Autopsie. — On constate une violente inflammation de la muqueuse intestinale ; on remarque, notamment dans l'intestin grêle, un pointillement rougeâtre, des ecchymoses de la largeur d'une pièce de 20 et de 50 centimes ; dans ces points ecchymotiques, on ne trouve plus la trace de la texture de la muqueuse ; sa surface est recouverte par une couche de matière plastique ; le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré d'une sérosité jaunâtre ; les reins ont augmenté de volume ; la muqueuse de la vessie est très rouge, elle renferme une petite quantité d'urine sanguinolente, les cavités du cœur sont remplies par un caillot noir, très ferme. Le cerveau est injecté et les vaisseaux qui rampent à sa surface sont gorgés de sang ; les enveloppes sont rouges, injectées et ecchymosées.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Deux porcs, parfaitement sains et d'un bon embonpoint sont enfermés dans une boxe pour y être soumis à l'alimentation suivante : mélange de saumure avec de la chair de cheval, de la farine et un peu d'avoine.

Le 16 janvier 1853, on commence par la dose de 1/4 de litre ; le 18, elle est portée à un 1/2 litre ; le 22, on la porte à 1 litre. Durant les premiers jours, les porcs mangèrent avec plaisir le mélange qu'on leur présentait, seulement la soif était très augmentée ; le 23, la saumure est supprimée, puis donnée de nouveau le 28.

Depuis le commencement de l'expérience, ils ont considérablement maigri.

Le 29, treizième jour de l'expérience, l'un d'eux succombe.

Autopsie. — On trouve le cœur gorgé d'un sang noir et poisseux, les intestins fortement congestionnés dans toute leur étendue : quelques glandes de Peyer paraissent indurées ; parmi celles de Brunner deux sont ulcérées ; la muqueuse du sac droit de l'estomac est très congestionnée et épaisse.

Le second porc succombe le dix-huitième jour.

De ces dernières expériences on peut conclure que la saumure, mêlée à d'autres alimens, peut agir comme poison, quand elle est prise pendant un certain temps ; qu'elle est toxique pour le porc qui en est quelquefois très friand, à la dose de 1/2 litre.

(La fin à un prochain numéro.)

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE ;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Vingt-sixième Leçon.

SOMMAIRE. — Géographie zoologique. — Loi des climats. — Causes qui modifient la température : 1° altitude ; 2° humidité.

Nous savons que les espèces animales ne sont pas dispersées au hasard sur le globe, que chacune d'elles a un sol naturel. Le mot *hasard* n'a pas de sens ; tout dans la nature est régi par des lois. Entrons dans l'étude de cette loi de localisation.

La science du globe constitue la géographie. Considérée sous des aspects divers, la géographie est politique, physique, ou physiologique. Chacune de ces branches comporte elle-même des subdivisions :

La géographie politique embrasse : 1° la géographie positive ; 2° la géographie historique.

La géographie physique comprend : 1° la géographie physique proprement dite ; 2° la géographie géologique.

Je ne m'arrête pas à définir ces différentes parties de la science ; elles ne se rapportent qu'indirectement à l'objet de nos études.

Enfin, la géographie physiologique donne : 1° la géographie botanique ou la science du globe par rapport à la distribution des végétaux ; 2° la géographie zoologique ou la science du globe par rapport à la répartition des animaux. C'est cette dernière branche de la géographie qui nous intéresse particulièrement. Je vais en tracer une esquisse.

Nous avons déjà vu que Buffon, le véritable créateur de la géographie zoologique, a distingué, démêlé deux grands centres de populations animales, l'Ancien-Continent et l'Amérique. Il en est un troisième, l'Australie ou Nouvelle-Hollande, dont la population, très caractérisée, se compose presque exclusivement de marsupiaux.

Ce caractère de marsupialité me permet de reconstituer zoologiquement l'Australie. J'annexe au Continent australien les terres voisines où je trouve des marsupiaux : telles sont les Célèbes, les Moluques, la terre de Van Diemen. On aurait beau dire que ces pays sont séparés de l'Australie par des mers. C'est là une séparation qui, comme celle des deux grands Continens, est récente dans l'histoire du globe, accidentelle ; elle ne doit pas nous masquer l'unité zoologique du Continent australien.

D'un autre côté, j'écarte l'idée d'un Continent océanien. Les géographes ont réuni sous ce nom, dans un même groupe, toutes les îles de la mer du Sud, îles qui diffèrent entre elles par leurs faunes aussi bien que par la nature de leur sol. L'agrégation que les géographes en ont faite est tout artificielle. J'ai déjà restitué au Continent australien une partie de ces îles. D'autres, Bornéo, Sumatra, Java et toutes les îles de la Sonde doivent, au contraire, être rattachées à l'Asie : le caractère qui nous guide, celui des faunes, est le même.

Madagascar appartient à l'Afrique.

Le nord du Nouveau-Monde est asiatique, malgré le détroit de Behring. Nous retrouvons dans les deux régions les mêmes animaux, l'élan, le renne, l'ours ; nous y retrouvons la même race humaine.

Ainsi, nous avons trois grands centres d'agrégations animales :

1° L'Ancien-Continent : nous y remarquons tous les grands animaux, comme l'éléphant, le lion, le rhinocéros, la girafe, l'orang-outang. Tous nos animaux domestiques lui appartiennent.

2° Le Nouveau-Continent : il renferme des espèces non pas identiques — il s'en faut bien, elles sont toutes différentes — mais parallèles à celles de l'Ancien-Continent. Les animaux y sont d'une taille réduite : le plus grand pachyderme américain est le tapir ; il a la taille d'un fort sanglier. Quelle différence si l'on compare le tapir à notre grand pachyderme, l'éléphant ! En Amérique, le plus grand ruminant est l'alpaca ; le plus grand félis, le jaguar.

3° Le Continent australien : il se distingue par ses marsupiaux et par deux singulières espèces dont je vous parlerai dans ma prochaine leçon, l'ornithorhynque et l'échidné.

Le midi de l'Asie et le midi de l'Afrique sont deux autres centres particuliers où nous retrouvons deux natures parallèles : chacun de ces midis a un éléphant, d'espèce différente ; en Asie, on trouve le tigre, en Afrique le lion ; l'une possède l'orang-outang, l'autre le chimpanzé. Mais, comme vous le voyez, toujours les types se répètent.

Les races humaines paraissent avoir été soumises à la localisation, comme les espèces animales. Chacune des quatre grandes races habite une partie du monde : la race blanche l'Europe, la race jaune l'Asie, la race noire l'Afrique, la race rouge l'Amérique.

Tous ces faits nous révèlent la loi de localisation ; mais nous ne la connaissons encore qu'empiriquement. Il nous reste à la connaître d'une manière rationnelle.

Quelle est la cause de la localisation des êtres vivans ? Nous trouvons cette cause dans une loi plus générale, dans *la loi des climats*. Chaque espèce vit dans les contrées dont le climat lui est propre. Mais quelle est la cause du climat ? C'est la température. Si, poussant plus loin cette recherche de causalité, nous nous demandons d'où vient la température, nous reconnaissons qu'elle est un effet de la chaleur solaire.

Je ne parle que de la chaleur solaire : nous verrons, en effet, que la chaleur venant du centre à la surface de la terre est si faible, qu'il est permis de la négliger.

On pourrait donc croire, *à priori*, que tout se réduit là, et que le climat de chaque contrée est plus ou moins chaud, suivant qu'elle est plus ou moins directement exposée à l'influence des rayons solaires ; et, dans ce cas, les lignes d'*égale chaleur*, les lignes *isothermes*, comme les appelle M. de Humboldt, seraient les mêmes que les latitudes : les climats seraient donnés par les latitudes.

Il n'en est point ainsi : il y a deux causes qui troublent, qui modifient l'action solaire relativement au climat. Ces causes sont : 1° l'altitude des lieux ; 2° la présence des eaux ou l'humidité.

L'altitude modifie la température ; une montagne fort élevée présente des degrés successifs de température et par conséquent une série, une échelle de climats superposés. Bénédict de Saussure a trouvé que, sur le mont Blanc, la température, à mesure que l'on s'élève, décroît de 1 degré par 90 toises. Dans sa fameuse ascension aérostatique, M. Gay-Lussac a observé les faits suivans :

Son thermomètre marquait en quittant Paris. . .	+ 30°.
A 2,500 toises. . . .	0°.
A 3,000 toises. . . .	— 3°.

L'humidité est une autre cause troublante : Buffon avait remarqué la différence que présentent les espèces animales et les races humaines du midi de l'Amérique comparées à celles du midi de l'Afrique.

Je ferai observer incidemment que les races humaines, dans ces deux contrées, ne diffèrent pas autant que Buffon semblait le croire, du moins en ce qui touche à leur coloration, à leur *pigmentum* : l'Américain et l'Africain ont tous les deux une couche pigmentale très abondante ; seulement, dans l'Américain, cette couche est cuivrée, tandis que dans l'Africain elle est noire.

Quant aux espèces animales, elles diffèrent essentiellement, et jusque dans leurs proportions : les espèces américaines, nous l'avons vu, sont des espèces réduites.

Ces différences tiennent au climat, qui n'est pas le même dans les deux pays, malgré l'identité de latitude. Et à quoi tient donc, à son tour, la différence du climat ? Elle tient d'abord à l'humidité. Le midi de l'Amérique est pénétré par des golfes profonds, sillonné par de grands fleuves, couvert de forêts épaisses ; de là l'humidité de l'atmosphère et du sol, humidité qui tempère la chaleur. Le midi de l'Afrique n'a rien pour balancer les ardeurs solaires qui le brûlent.

La différence de climat tient ensuite à l'altitude : l'Amérique est traversée par de longues et hautes chaînes de montagnes. Et j'ajoute que souvent ces deux causes, altitude et humidité, se réunissent et se confondent : c'est la montagne qui donne le fleuve.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Mai 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre par laquelle M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation d'un décret en date du 23 mai courant, approuvant l'élection de M. Guérard comme membre de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Guérard à prendre place parmi ses collègues.

La correspondance officielle comprend :

1° Un mémoire sur la matière organique des eaux minérales de Vichy, par M. le docteur Ch. PETIT, médecin-inspecteur de ces eaux. (Com. des eaux minérales.)

2° Deux rapports sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854, dans le département des Hautes-Alpes, par les docteurs MICHEL et VILLAN.

3° Un rapport du docteur DUCLAU, médecin à St-Julia, arrondissement de Villefranche, sur une épidémie de choléra et de suette qui a régné en 1854 dans plusieurs communes de cet arrondissement.

4° Un rapport du docteur CAREL, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Pontivy, sur le choléra qui, dans le cours de la même année, a sévi dans les communes de Napoléonville et de Guisriff.

(Commission du choléra de 1854.)

5° Une demande d'exploitation des eaux-mères de Salins pour l'usage médical. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite comprend les pièces suivantes :

M. Félix JACQUOT, médecin-major de l'hôpital de Péra, à Constantinople, adresse une lettre sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. (Comm. MM. Louis et Gaultier de Claubry.)

— M. LÉLUT, de l'Institut, envoie plusieurs documens imprimés à la commission chargée de faire un rapport sur l'emprisonnement cellulaire.

— M. DEMOLON, pharmacien à Compiègne, communique un mémoire sur un produit qu'il désigne sous le nom de *tannate d'iode*. (Comm. MM. Bouchardat, Gibert, Boullay, H. Gaultier de Claubry.)

— Le docteur Georges JIFE, professeur de clinique et de thérapeutique à Birmingham, adresse une lettre sur l'emploi de la térébenthine dans le traitement de la dysenterie. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Le docteur BARDINET, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, adresse un mémoire sur le choléra observé dans cette ville en 1854. (Comm. du choléra 1854.)

— Enfin, M. SOURISSEAU, pharmacien à Kaisersberg (Haut-Rhin), soumet à l'Académie un *porte-monnaie pharmaceutique*, pouvant contenir dans autant de petits compartimens les médicamens les plus usuels.

M. BLACHE donne lecture d'un mémoire intitulé : *Considérations sur quelques points de l'anatomie pathologique de l'hydrocéphalie interne.* Voici par quelles conclusions l'auteur termine et résume son travail :

1° Dans l'hydrocéphalie interne, la sérosité s'accumule dans les ventricules cérébraux, excepté le quatrième, ou ventricule cérébelleux ; elle ne communique par avec le liquide céphalo-rachidien.

2° Contrairement à ce qui a été dit par quelques auteurs, les substances blanche et grise sont reconnaissables dans la lame nerveuse en laquelle la pression du liquide transforme les parois ventriculaires ; quand la distension n'a pas été excessive, on retrouve également les circonvolutions, et, dans tous les cas, des épaisissemens qui en sont le vestige.

3° Le corps calleux, la voûte à trois piliers, le septum lucidum, sont presque entièrement détruits et transformés en lames fibreuses.

4° La protubérance annulaire, le cervelet, les racines des nerfs crâniens ont conservé leur intégrité ; à l'exception, toutefois, des nerfs optiques et olfactifs, qui sont altérés à divers degrés.

5° La membrane ventriculaire est épaissie, elle forme un tout continu ; elle n'enveloppe pas les plexus choroïdes en forme de plèvre, mais elle se continue avec eux ; elle se prolonge à travers l'aqueduc de Sylvius et les trous de Monro.

6° Il est facile de démontrer, dans l'intervalle des deux lames dont l'adossement produit le septum lucidum, l'existence du cinquième ventricule, ainsi que sa communication avec le troisième.

7° La tige pituitaire est canaliculée.

8° L'orifice antérieur de l'aqueduc de Sylvius a été trouvé oblitéré dans les deux cas où cette recherche a été faite ; il en résultait que les cavités cérébrales étaient complétement closes.

9° Quant à la nature de la maladie, l'absence de tout ramollissement dans la pulpe cérébrale et les caractères peu plastiques du liquide épanché, ne permettent pas de considérer l'hydrocéphalie comme le résultat d'une inflammation. Pour nous, c'est une hydropisie pure et simple.

(Le travail de M. Blache est renvoyé à une commission composée de MM. Lagneau, Barth et Guérard.)

— M. BAYLE lit un extrait d'un mémoire sur cette question : *Y a-t-il un signe général des altérations du sang dans les maladies, et des signes particuliers par chacune de ces altérations ?*

L'auteur passe en revue les maladies aiguës et chroniques, où une altération du sang est admise par les auteurs, et pour quelques-unes démontrée à l'aide de l'analyse chimique ; dans toutes, il existe quelque état pathologique de la peau : dans les fièvres continues graves, on observe des sudamina, des taches rosées, des pétéchies ; de même dans le typhus ; dans les fièvres éruptives, des taches ou des pustules ; dans la syphilis, des exanthèmes divers ; dans la chlorose et l'anémie, une décoloration profonde ; dans la cachexie saturnine, dans la seconde période des cancers, une teinte spéciale des tégumens ; les maladies scorbutiques s'accompagnent de taches hémorrhagiques. Parmi les manifestations cutanées de ces maladies générales, les unes sont symptomatiques, les autres critiques, comme cela s'observe dans les fièvres éruptives ; les éruptions dans les fièvres continues peuvent être regardées comme des crises incomplètes, des efforts insuffisans d'élimination de la matière morbifique. Cette constance d'une modification quelconque dans le tégument externe dans les maladies caractérisées par une altération du sang, conduit à admettre que les maladies aiguës et chroniques de la peau ne sont elles-mêmes que des localisations, l'expression d'anomalies du sang. *La peau est le miroir du sang.* (Comm. MM. Bousquet, Bouillaud et Piorry.)

— M. BARTHEZ donne lecture d'une *Note sur quelques-unes des conditions anatomiques qui favorisent la transmission des sons de la racine des bronches à un point éloigné de la poitrine.* Voici les conclusions de ce travail :

Les bruits normaux et anormaux produits par les gros troncs aériens peuvent être transmis à travers la poitrine et être perçus dans un point éloigné de leur lieu d'émission.

Les moyens de transmission sont les corps solides ou liquides.

Dans le premier cas, les conditions anatomiques nécessaires pour que la transmission s'effectue, sont les suivantes :

1° La solidité, la compacité du corps, qui le rendent susceptible de conduire les vibrations sonores ;

2° Son adhérence intime aux grosses bronches ou à la trachée ;

3° Son contact avec une partie de la poitrine accessible à l'oreille.

Dans le deuxième cas, les conditions anatomiques favorables à la transmission paraissent être :

1° La coexistence d'un corps solide adhérant aux bronches et servant à établir une continuité de corps vibrans entre elles et le liquide ;

2° Une position particulière de ce corps solide, due soit à des adhérences costales, soit à la quantité considérable de l'épanchement.

Les bruits perçus dans ces conditions sont souvent augmentés dans leur intensité, de manière à simuler la respiration bronchique, le gargouillement, la respiration amphorique en l'absence de toute excavation pulmonaire et de toute communication entre la plèvre et les bronches.

Ces bruits pseudo-bronchiques, pseudo-caverneux, pseudo-amphoriques ont un timbre particulier.

L'exagération des bruits et leur timbre spécial sont dus au passage des vibrations sonores au travers d'une sorte de sthétoscope mi-partie solide et liquide ; ce dernier corps modifiant le caractère et l'intensité des vibrations habituellement transmises par les corps solides seuls.

Si j'ajoute que la transmission des sons est plus facile lorsque la cage thoracique est petite et étroite, lorsque ses parois sont minces et sèches, lorsque les mouvemens respiratoires sont rapides et forts, j'aurai, je crois, indiqué la plupart des conditions favorables à cette transmission des sons au travers de la poitrine. (Comm. MM. Ségalas, Bricheteau et Cruveilhier.)

— La séance est levée. L'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports sur les candidatures à la place vacante dans la section de vétérinaire.

PRESSE MÉDICALE.

PNEUMONIE LOBULAIRE CHRONIQUE ; — ABCÈS CONSÉCUTIF DU POUMON ; — PONCTION ; — GUÉRISON.

Le fait suivant, emprunté à l'*Heraldo medico*, vient d'avoir un grand retentissement en Espagne, tant à cause du diagnostic porté que du procédé opératoire employé comme moyen curatif. Ces raisons, jointes à l'intérêt d'un cas de ce genre, à la rareté des abcès du poumon, méritent qu'il soit soumis à l'appréciation, au jugement des lecteurs de l'UNION MÉDICALE. Voici comme il est rapporté par le docteur Romero y Linares.

Le 6 mai 1848, je vis, pour la première fois, Bonifacio de Zafraforonda, cultivateur, âgé de 33 ans, d'une constitution appauvrie par la maladie, laquelle était, suivant les médecins du pays, une phthisie au troisième degré.

Antécédens. — Quatre mois auparavant, ce malade étant à travailler aux champs, fut très épouvanté par un violent orage et inondé de pluie. Il arriva chez lui en sueur et changea de vêtemens sans précaution. Aussitôt il se sentit refroidi, il éprouva un violent frisson durant un quart d'heure, et, le lendemain, il était au lit avec la toux et la fièvre. Un médecin fut appelé et prescrivit une saignée que le malade refusa, se bornant à quelques boissons adoucissantes. Mais loin d'éprouver du soulagement, son état empira, il se manifesta sous le sein droit une douleur profonde, que la toux ou une forte inspiration augmentaient, de telle sorte, que le malade y portait involontairement la main. Cependant, il ne cessa pas entièrement ses travaux ; il s'y livra, quoiqu'avec beaucoup de peine, jusqu'au vingtième jour, où il fut obligé de garder le lit commençant à expectorer une grande quantité de matières.

État actuel — Prostration générale ; décubitus latéral droit, que le malade ne peut varier sans grande douleur ; visage triste, abattu ; pommettes rosées ; dyspnée ; langue blanchâtre, rouge sur les bords. Urines troubles, sédimenteuses. Dans les accès de toux, le malade expectore une grande quantité de pus gris sanguinolent, liquide et très fétide, mêlé dans le vase à quelques crachats muqueux, parmi lesquels se trouvent aussi des stries sanguinolentes. A la percussion, son mat dans la partie inférieure du côté droit devenant graduellement plus sonore en remontant vers la clavicule. A l'auscultation, mouvement ondulatoire dans la région mammaire droite perçu distinctement avec le stéthoscope, surtout entre les 5me et 6me côtes. Ce bruit ondulatoire n'est pas diffus, il est circonscrit dans un seul point du diamètre du poumon, où l'on entend également du bruit caverneux et de l'égophonie. En auscultant ce malade avec le plus grand soin, durant plusieurs jours, et dans diverses positions, je notai constamment ce mouvement ondulatoire, avec la même intensité, limité à la partie moyenne du 5me espace intercostal et à deux pouces environ à l'entour. Plus loin, il était remplacé par du râle muqueux, sibilant, et le bruit respiratoire. Je fus convaincu dès lors que du liquide était contenu dans le parenchyme pulmonaire, sans communication avec la cavité pleurale.

Diagnostic. — Pneumonie lobulaire chronique de la base du poumon droit, ayant commencé à la partie antérieure et ayant déterminé la formation d'un abcès communiquant avec les ramifications bronchiques, et d'où provient le pus expectoré.

En conséquence, ayant préparé le malade à l'opération, je pratiquai le 14 avec le trocart ordinaire, une ponction de bas en haut dans la région signalée précédemment, à la profondeur d'un pouce environ, et dès que j'eus retiré le poinçon, il s'écoula par la canule un pus gris un peu liquide et très fétide, du même caractère que celui rejeté par la bouche et qui fut assez abondant, par suite de diverses positions prises par le malade et quelques fortes inspirations que je lui fis exécuter. Il sortit aussi de l'air par la canule, de même que par la piqûre lorsqu'elle fut retirée. Quelques quintes de toux furent l'unique accident survenu pendant l'opération.

Pendant la nuit, le malade fut très incommodé d'une toux sèche, caverneuse et par la dyspnée. L'expectoration du pus cessa complétement. Le pouls était dur, petit et fréquent ; la chaleur de la peau, comme les jours précédens. Pectoriloquie entre la cinquième et sixième côtes ainsi que du souffle caverneux. De l'air continue à s'échapper par la piqûre du trocart.

Prescrip. Extrait aqueux d'opium. . . 0,05
Sirop de laitue 60, 0

Une cuillerée de demi en demi-heure.

Sangsues sur la partie malade ; cataplasme, etc.

Le 15, la toux avait diminué considérablement et la douleur du côté n'était plus si forte ; la respiration était plus libre. Une faible quantité de pus se trouvait dans les crachats.

Le 18, même décubitus ; prostration extrême. La pectoriloquie est plus claire, plus manifeste que les jours précédens. En enlevant le diachylon qui couvrait la piqûre, de l'air s'en échappe en produisant un bruit de soufflet.

Le 26, les symptômes pleuro-pneumoniques ont beaucoup diminué d'intensité. Le malade est plus courageux et plus gai. La respiration est facile, les crachats ont un meilleur caractère. La peau est douce ; le pouls faible, un peu fréquent. La toux a beaucoup diminué et la douleur du côté se sent à peine.

Décoction de quinquina, 2 onces de trois en trois heures. Décoction de lichen avec lait de chèvre. Bouillon de poulet.

Le 4 juin, l'expectoration est muqueuse ; la respiration bonne. La couleur de la face est naturelle ; le malade peut prendre toutes les positions dans le lit sans en être incommodé. La peau est fraîche ; le pouls faible, languissant. Il n'y a ni toux, ni douleur de coté. Débilité. — Potages.

Le 10, le malade se trouve parfaitement, il a grand appétit.

Le 15, les forces reviennent. Convalescence.

Le 24, le malade quitte la ville pour retourner chez lui. Je lui prescrivis un régime analeptique et réparateur. Au commencement de juillet, j'appris que l'amélioration continuait et, à la mi-août, il vint lui-même me rendre visite étant complétement rétabli.

Ce fait intéressant a suggéré à l'auteur de longues réflexions judicieuses, qu'il suffit de signaler, sur l'exactitude, le positivisme de la médecine actuelle et sur les avantages que l'observation et de simples moyens d'exploration comme l'ingénieuse découverte de Laënnec ont sur tous les systèmes anciens et modernes. Mais le conseil suprême de de salubrité du royaume ne fut pas de cet avis, il s'émut de ce fait et adressa, le 24 septembre 1849, un rapport au gouvernement dans lequel il accuse le docteur Romero de témérité en disant : « que la ponction » du poumon avec le trocart est une opération nouvelle et qu'un chi- » rurgien de Marseille, l'ayant pratiquée entre la quatrième côte, tra- » versa le diaphragme et pénétra dans l'abdomen. »

Ce rapport fut renvoyé par le gouvernement à l'Académie de médecine de Grenade, afin que, comme corps facultatif du district, elle informe sur ce fait clinique et en vérifie avec tout le soin et les moyens possibles l'exactitude scientifique. L'Académie répondit que l'opération était celle de l'empyème et non celle d'un abcès du poumon, mais que son exécution était une témérité sans exemple dans les annales de l'art.

Pour appuyer cette opinion, l'Académie prétendit que la sortie de l'air par l'ouverture thoracique résultait de la piqûre du poumon refoulé vers la colonne verticale et que le mouvement ondulatoire n'est pas un symptôme pathognomonique d'un abcès du poumon. Mais, sur le premier chef, le docteur Romero répondit victorieusement que le parallélisme entre l'ouverture des parois thoraciques et la piqûre du poumon eût été détruit immédiatement par le développement, l'épanouissement de celui-ci, tandis que l'air s'en échappa durant cinq à six jours, c'est-à-dire jusqu'à la cicatrisation de la petite plaie.

Quant au mouvement ondulatoire, l'auteur fait remarquer qu'il l'observa constamment à la même place et avec la même force ; qu'il était circonscrit dans un espace de trois pouces environ de circonférence, étant plus intense, plus perceptible au centre de ce cercle mental qu'en s'en éloignant, et que cette circonstance imprime incontestablement un caractère spécial à ce symptôme non observé jusqu'ici dans aucune maladie connue du poumon. On ne peut nier que ce signe mérite, en effet, d'être pris en sérieuse considération ; et, bien que l'inspection nécrologique ne lui ait pas imprimé heureusement une certitude complète et qu'on puisse y opposer encore certaines raisons que nous laissons à chacun le soin de faire, ce fait clinique, dû à la médecine espagnole, n'en a pas moins une très grande valeur.

Dr P. G.

COURRIER.

Nos confrères des départemens et de l'étranger, qui se proposent de visiter l'Exposition universelle, sont prévenus qu'à dater du 1er juin, ils pourront librement disposer, pendant la durée de leur séjour à Paris, du local occupé par l'UNION MÉDICALE, soit comme lieu de réunion, soit pour faire leur correspondance. La bibliothèque et les journaux seront mis à leur disposition. Les renseignemens dont ils pourraient avoir besoin leur seront donnés avec empressement.

— Par décret en date du 23 mai, M. Flourens, présenté le premier sur la liste des candidats de l'Institut (Académie des sciences, physiques et naturelles), est nommé professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collége de France.

Mémoires concernant la pathologie et la thérapeutique des organes de la respiration ; par le docteur Louis MANDL. — Ire PARTIE : *Anatomie pathologique de la phthisie tuberculeuse.* — Première livraison, in-8. Prix : 1 fr. 25 c. Paris, 1855, Labé, libraire.

La philosophie médicale devant l'Académie. Lettre du professeur FORGET à M. L. PEISSE, rédacteur de la *Gazette médicale de Paris*. In-8, Strasbourg, 1855.

Recherches cliniques sur le traitement des anévrysmes par la méthode de Hunter et le procédé de Jones ; par le docteur H. LAFORGUE, chirurgien en chef de l'hospice St-Joseph-de-la-Grave. In-8, Toulouse, 1855.

Doctrine des élémens, basée sur les exigences de la pratique ; par M. FORGET, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. In-8. Strasbourg.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 65. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 2 Juin 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er JUIN 1855.

LES CANDIDATURES A L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

(SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.)

III.

Justice ainsi rendue à tous et à chacun, du moins dans les limites de ce que je sais et de ce que je peux, j'aborde la partie la plus délicate de mon discours. Je le fais cependant sans hésitation et sans scrupule. Le lecteur voudra bien admettre que je n'ai pas trois fois de suite appelé son attention sur le sujet qui m'occupe, s'il ne s'agissait que d'une simple question de personne. Si vives soient mes affections et mes sympathies, je ne sacrifierai jamais pour elles les convenances du journal que j'ai l'honneur de diriger, et le respect que je dois aux lecteurs qui le soutiennent. A côté, au-dessus de cette question de personne, se rencontre heureusement une question de principe, et c'est elle qui me servira de transition naturelle à ce qui me reste à dire.

S'il existait à l'Académie des sciences une tendance à amoindrir, à effacer la section de médecine et de chirurgie proprement dite, pour la transformer, par suite des vacances successives, en une section d'anatomie et de physiologie pures, je dis qu'il faudrait combattre cette tendance, rappeler l'Académie au but de sa fondation, à l'esprit aussi bien qu'à la lettre des décrets qui la gouvernent, à ses antécédens, enfin, ainsi qu'aux souvenirs laissés par des individualités célèbres dans notre science et dans notre art, dans le sein même de la section de médecine et de chirurgie.

Cette tendance existe-t-elle? On l'assure. Elle serait même passée à l'état de tradition; car, d'existence ancienne déjà, elle se manifesterait d'une manière plus ou moins marquée, à l'occasion de chaque vacance, dans le sein de la section de médecine et de chirurgie. Elle remonterait à une trentaine d'années, à l'époque de la candidature de Dupuytren, et elle aurait eu pour initiateur l'illustre Geoffroy Saint-Hilaire. Il est pénible et dangereux d'avoir à lutter contre un nom semblable et une pareille autorité. C'est ce qui fut fait cependant, et avec le plus grand succès, par une plume chirurgicale célèbre, par M. Bégin qui, à l'occasion de la candidature de Dupuytren, publia une brochure devenue très rare, mais que j'ai eu la bonne chance de pouvoir lire. Ce que j'aurais de mieux à faire, serait d'en reproduire ici quelques pages chaleureuses, où, de ce style nerveux et coloré dont il a gardé le secret, M. Bégin prit la défense de la représentation de la chirurgie à l'Académie des sciences. L'opinion de notre célèbre confrère prévalut; malgré de vives oppositions, qui ne prenaient pas toutes leur source dans les motifs savamment développés par Geoffroy Saint-Hilaire, Dupuytren fut élu. L'Académie, je pense, n'a jamais eu à s'en repentir, et la gloire européenne, dont était entouré l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ne fut pas sans rejaillir sur la compagnie qui se l'était associé.

Quoiqu'il existe une certaine analogie entre les circonstances d'aujourd'hui et celles dont je viens de rappeler le souvenir, je ne ferai aucun usage de la brochure de M. Bégin, qui me pardonnera d'exposer, moins bien que lui assurément, mais au moins à ma manière, mes sentimens et mes impressions.

Le monde savant, le monde médical surtout, ne pourraient qu'accueillir avec satisfaction la création, à l'Académie des sciences, d'une section d'anatomie et de physiologie. C'est un vœu qui a même été souvent émis, et il est certain qu'avec les immenses progrès qu'a faits aujourd'hui la science biologique, une section de ce genre fait complétement défaut à l'Académie des sciences. Il est certain encore qu'à moins de cette transformation qui paraît être dans les désirs d'une certaine portion de l'Académie, la section de médecine et de chirurgie ne peut suffire aux exigences de ces sciences si vastes. Mais cette section nouvelle n'étant pas encore créée, faut-il sacrifier la médecine et la chirurgie à l'anatomie et à la physiologie? On ne voit aucune bonne raison de procéder ainsi et on y aperçoit, au contraire, de graves inconvéniens.

Ce serait d'abord consacrer en quelque sorte et par l'autorité du premier corps savant du monde une séparation illégitime et dangereuse entre la science et l'application, entre la science et la pratique, entre la science et l'art, distinctions qui peuvent bien exister dans le langage des personnes irréfléchies, mais qu'aucun des esprits éminens de l'Académie n'accepterait comme réelles dans toute autre science de l'ordre des sciences physiques que la science de l'homme malade. Cependant, pour la médecine comme pour toute autre science de l'ordre de celles auxquelles elle appartient, il n'y a pas de ligne de démarcation entre la science et la pratique. La pratique n'est que la science appliquée, la science n'est que le moyen et l'instrument d'arriver à la pratique. Si le jeune et déjà illustre chimiste qui vient d'isoler l'aluminium trouvait aussi un procédé simple, facile, peu dispendieux, de livrer ce nouveau métal aux arts et à l'industrie, la gloire de sa découverte en serait-elle moins éclatante et moins pure? J'ai idée que c'est le contraire qui arriverait. Ce serait s'exposer à répéter des lieux communs fastidieux que d'insister sur ce point, aujourd'hui surtout que toutes les tendances de la science, toutes les aspirations des savans n'ont qu'un but, un mobile, une espérance, utiliser les conquêtes scientifiques pour l'amélioration sociale et matérielle de l'homme.

Les savans qui cultivent et appliquent la science médicale, la science bienfaisante et sociale par excellence, mériteraient-ils moins de considération, parce qu'aux études de la science, ils joignent les applications de l'art? Y a-t-il moins de mérite et d'utilité à guérir une fièvre pernicieuse ou une syphilis rebelle, à extirper ou broyer un calcul, à enlever un cristallin cataracté, à opérer une hernie étranglée, qu'à faire une nouvelle application de la vapeur ou de l'électricité, qu'à découvrir une nouvelle combinaison chimique? Les illustres physiciens et chimistes de l'Institut ont-ils dédaigné de s'occuper des applications de la science, celui-ci à la céramique, celui-là à la galvanoplastie, l'un à la photographie, l'autre au sucre de betterave? L'invention, le perfectionnement d'une méthode thérapeutique sont-ils moins dignes d'estime, et produisent-ils moins de bien à l'humanité que l'invention du coton-poudre ou le perfectionnement d'une locomotive? Et a-t-il fallu moins d'études, de recherches, d'esprit d'observation, moins de facultés intellectuelles, enfin, pour découvrir les grands procédés de diagnostic et les grandes méthodes de traitement de la médecine moderne, que pour appliquer l'électricité à la télégraphie ou le gaz de la houille à l'éclairage?

Laissons donc ces distinctions puériles et injustes. Sous une poétique et touchante allégorie, les anciens nous ont laissé le sentiment véritable que nous devons avoir pour les sciences; ils en avaient fait des muses, et de ces muses autant de sœurs; pieux emblème de la solidarité qui les unit et de leur dignité réciproque. Honorons également le géomètre dans ses calculs sublimes, le physicien dans ses découvertes, le chimiste auprès de son creuset, et le médecin qui calme, soulage ou trompe le souffrance, et le chiurgien qui, plusieurs heures tous les jours, dans les salles d'hôpital, panse les blessures, répare des mutilations, réduit des déplacemens. Certes, quand ces jours derniers, dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, je vis tomber une cuisse en moins de vingt secondes sous l'habile et rapide couteau de M. Jobert de Lamballe, sans un cri de douleur poussé par le patient, certes, me disais-je, la science qui a conduit à cette perfection de l'art, et l'art qui réalise si merveilleusement les espérances de la science, cette science et cet art sont dignes, autant que toute autre science et tout autre art, de la distinction académique qu'ils ambitionnent.

Jetez les yeux sur les illustres médecins que possède aujourd'hui l'Académie, y en a-t-il un seul qui voulût retrancher de sa couronne scientifique ses fleurons de médecin praticien? Demandez à M. Rayer s'il ferait bon marché de ses beaux travaux sur les maladies de la peau et du rein. Interrogez le vénérable M. Duméril, sur ce qu'il regrette le plus dans l'interruption que son grand âge l'a forcé d'apporter dans ses occupations multiples. Il vous répondra : Ma visite à l'hôpital, le matin. M. Magendie, dans sa course lumineuse dans le champ de la physiologie, a-t-il dédaigné les recherches de médecine pratique? Non, assurément; nous lui devons l'expérimentation la plus complète sur la saignée, sur les propriétés thérapeutiques des alcaloïdes végétaux, sur l'acide cyanhydrique, sur l'opium et ses principes constituans; il n'a pas même dédaigné d'écrire un *Formulaire*. M. Serres met certainement à côté de ses plus beaux travaux d'anatomie et d'organogénie, ses recherches sur la fièvre typhoïde et sur la variole. Tous les travaux de M. Andral, tous ceux de M. Velpeau ne traduisent-ils pas une alliance intime entre la science et la pratique? Ne conduisent-elles pas directement à la pratique de l'art les découvertes de M. Cl. Bernard, et n'a-t-il pas plus directement encore sacrifié à cette exigence impérieuse pour tout médecin, en écrivant un manuel très estimé d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire? Si quelques autres médecins qui siégent à l'Institut ne se sont pas mêlés plus activement au mouvement de notre science pratique et de notre art, ne l'attribuez qu'aux obligations du haut enseignement scientifique dont ils ont été chargés de bonne heure. Et même encore trouverons-nous des afférences très marquées avec la pratique dans les travaux de MM. Flourens et Is. Geoffroy Saint-Hilaire. Les belles recherches du premier sur les os et sur la formation du périoste n'ont-elles pas eu leur retentissement en chirurgie pratique? Et le célèbre ouvrage du second sur la tératologie ne trouve-t-il pas tous les jours ses applications en physiologie, en étiologie et en médecine légale?

Chercher à éloigner de l'Institut le médecin et le chirurgien praticien est une idée qui ne peut plus exister à l'Académie des sciences. Les grands noms des Portal, des Chaussier, des Pinel, des Larrey, des Boyer, des Dupuytren, n'ont pas été étrangers à la gloire de l'Académie. On dit que, sous le dernier règne, notre célèbre confrère, M. Double, refusa la condition qui lui était faite de renoncer à la pratique de l'art s'il voulait être nommé à la pairie. Cette noble conduite honore plus sa mémoire que ne l'aurait fait le manteau de pair.

Ne tenant donc plus aucun compte du genre d'opposition que ne rencontrera certainement pas l'élection actuelle, je n'ai plus à m'occuper que de ce seul point : Un chirurgien savant, actif et militant, tel qu'était M. Lallemand, laisse une place vacante; par quel autre chirurgien savant, actif et militant convient-il de le remplacer?

Si je ne me fais de grandes illusions, il me semble que poser ainsi la question, c'est la résoudre. Au milieu des neuf candidats dont j'ai essayé de donner la caractéristique, j'en vois un, dont la notoriété spéciale et telle que je la cherche, s'élève incontestablement au-dessus de celle des autres : tout le monde a nommé celle de M. Jobert de Lamballe. M. Jobert remplit, en effet, les conditions du programme que j'indiquais tout à l'heure : chirurgien savant, actif et militant.

Chirurgien savant, M. Jobert est un anatomiste consommé, en physiologie un expérimentateur habile. Il faut remarquer, à l'honneur de son esprit et de la bonne direction de ses études, que c'est sur les données de la science et sur les résultats de l'expérimentation physiologique que M. Jobert a institué les grandes méthodes de traitement qui se rattachent à son nom. Je le félicite d'avoir choisi cette voie difficile et longue, mais sûre, au lieu de s'être livré aux chances du hasard ou aux témérités de l'empirisme. Ainsi, sa méthode de l'adossement des séreuses, dans les plaies du canal intestinal, découle d'une longue expérimentation sur les animaux, qui lui démontra que, pour obtenir la cicatrisation immédiate des plaies de l'intestin, il était indispensable d'en renverser les lèvres en dedans, afin que la séreuse fût partout en contact avec elle-même, indication thérapeutique basée elle-même sur un fait physiologique important, à savoir, que, pour obtenir la réunion des plaies, il ne faut mettre en contact que des parties semblables par leur structure et par leurs fonctions.

Ainsi, tous les beaux résultats thérapeutiques obtenus par M. Jobert dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires de la femme, sont la conséquence immédiate de ses patientes et laborieuses recherches anatomiques sur l'origine et la distribution du système nerveux dans ces organes. Par ces exemples, que je pourrais multiplier sans sortir de l'œuvre de ce maître, M. Jobert a prouvé la vérité de ce que j'avançais tout à l'heure, que, science et pratique, c'est tout un dans la science médicale, et que la main qui porte un instrument

dans les profondeurs de l'organisme, n'est hardie et sûre qu'autant qu'elle est dirigée par une conception scientifique expérimentalement éprouvée. C'est là le caractère des travaux de M. Jobert, et c'est ce je voulais surtout mettre en lumière, parce que c'est là surtout ce qui me séduit dans son œuvre et qui a décidé ma préférence.

M. Jobert est un chirurgien actif. Notre savant confrère est, en effet, dans la force de l'âge et dans la plénitude de son talent. Pour cette nature inquiète de la science, amoureuse de son art, jalouse de ses progrès, il n'est pas à craindre que le fauteuil de l'Institut devienne un siége de repos. L'initiative, l'étude, la recherche sont dans le tempérament de M. Jobert, comme à d'autres convient la quiétude du *far niente*. Pour lui, la chirurgie ne s'est pas arrêtée là où s'est arrêté son bistouri. Il croit au progrès, et il le croit incessant, aussi cherche-t-il incessamment à y pousser. Dans des conversations où il n'était émotionné ni par l'auditoire, ni par l'appareil académique, j'ai pu entendre M. Jobert développer les idées les plus élevées, un plan d'études des plus remarquables et que tous les amis de l'humanité doivent l'engager à suivre et à exécuter, sur cette affreuse maladie, le désespoir de l'art et de la science, sur le cancer. C'est que son esprit est heureusement bien loin encore des défaillances inévitables de la nature, et qu'à ces natures vigoureusement trempées pour l'étude, l'étude reste longtemps un élément de progrès et de force.

M. Jobert est un chirurgien militant. C'est une condition indispensable à l'Académie des sciences, pour la section de médecine et de chirurgie surtout. Il convient que les membres de cette section, qui sont appelés à apprécier et à juger les nombreux travaux de médecine et de chirurgie qui aboutissent à l'Académie, ambitionnant une part des largesses de la dotation du prix Montyon, puissent souvent expérimenter eux-mêmes, et sous la garantie d'un service public d'hôpital, les idées et les applications nouvelles. M. Jobert est chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et dans cet établissement professeur de clinique chirurgicale de la Faculté. Le fauteuil actuel de l'Académie des sciences a été deux fois occupé par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, par Dupuytren et par Roux. C'est une sorte de tradition qui ne doit pas se perdre. Il faut que sur ce théâtre glorieux de la chirurgie française, le professeur de clinique chirurgicale puisse joindre à l'autorité de son enseignement l'autorité que donne le titre de membre de l'Académie des sciences.

Par ces considérations, que je pourrais étendre, je donne la préférence à M. Jobert de Lamballe. En dehors de l'Académie des sciences, M. Jobert me paraît le chirurgien le plus éminent, le représentant le plus notoire de la chirurgie française, le savant le plus propre à lui conserver son initiative et le mouvement, celui que l'opinion publique, en France et dans l'Europe savante, désignent comme le successeur probable de Lallemand et comme le plus digne d'entrer le premier à l'Académie des sciences. Je vote donc pour lui ; puisse l'Académie en faire autant.

Je crois avoir exprimé mon sentiment avec le calme, la modération et la justice qui convenaient ici. C'est un témoignage de respect que je devais à l'Académie, au public, à notre profession, à notre science et à notre art, aux compétiteurs, à celui-là même pour qui je fais ouvertement des vœux, et qui ne m'aurait pas pardonné plus de lyrisme ou une imprudente chaleur.

Quelques journaux ont publié une liste de présentation qui aurait été arrêtée dans le sein de la section et dont la communication officielle aurait lieu lundi prochain. Quoique cette liste, telle qu'elle a été publiée, me fasse grand plaisir, à cause du premier nom qui s'y trouve inscrit, je ne la reproduirai pas aujourd'hui, et j'attendrai la déclaration définitive.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA NATURE ET SUR LE TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE ;

Par le docteur MARCHAL (de Calvi).

(Suite et fin. — Voir les numéros des 12, 15, 17 et 26 Mai 1855.)

Post scriptum. — Ce mémoire était rédigé lorsque les journaux ont publié la revendication de priorité de M. le docteur Jules Lemaire, adressée à l'Académie des sciences.

Voici cette réclamation :

« Une observation sur l'emploi du bicarbonate de soude chez un malade atteint d'angine couenneuse a été récemment présentée à l'Académie. Qu'il me soit permis de réclamer près d'elle la priorité de cette application. J'ai publié, en 1853, un mémoire intitulé : *De l'emploi du bicarbonate de soude comme antiphlogistique.* Ce travail contient six observations d'angine couenneuse et de croup guéris rapidement par le bicarbonate de soude à haute dose. J'ai formulé dans ce travail une potion et un bain antiphlogistiques (1). Depuis cette époque, j'ai recueilli un plus grand nombre d'observations d'angine couenneuse guéries rapidement par ce même médicament. J'ajouterai que presque tous les journaux de médecine de Paris ont reproduit mon travail, soit en entier, soit par extrait, en 1853. »

Le travail cité par M. Lemaire a été publié dans le *Moniteur des hôpitaux* (1853, nos 83, 84, 85).

Je me suis empressé de le lire, et quoique les points de vue dont nous sommes partis, M. Lemaire et moi, soient très différens, je me fais un devoir de déclarer que la priorité lui est acquise *sur moi*, pour l'emploi du bicarbonate de soude contre l'angine couenneuse.

On voudra bien se rappeler que j'ai écrit ce mémoire autant pour combattre la cautérisation que pour préconiser l'emploi du sel alcalin ; si mon travail offrait quelque originalité, c'est en cela qu'elle consisterait.

Dans la crainte que j'éprouvais d'assumer une grave responsabilité en conseillant un moyen thérapeutique peut-être inefficace, d'après un seul fait qui pouvait m'avoir abusé, j'ai été très heureux de lire les observations d'angine couenneuse et de croup guéris par le bicarbonate de soude, contenues dans le mémoire de M. Lemaire.

Ce mémoire, par son importance pratique, sort de la ligne ordinaire des travaux publiés dans nos recueils ; on y voit un esprit judicieux, familiarisé avec les notions de la chimie médicale et de la thérapeutique.

M. Lemaire, pour employer et préconiser l'emploi des carbonates alcalins dans le traitement des phlegmasies en général, est parti de ce fait incontestable, que, dans les inflammations, la proportion de la fibrine est augmentée dans le sang.

Pour employer les carbonates alcalins dans la diphthérite, notamment dans l'angine couenneuse, je suis parti de cet autre fait, que le phénomène par lequel la maladie se manifeste et qui consiste dans la production de fausses membranes, est un phénomène ultra-plastique. J'ignore s'il y a plus de fibrine dans le sang, et il est possible qu'il n'y en ait pas plus, ou même qu'il y en ait moins ; mais je vois se former un produit qui atteste un excès de plasticité, et j'attaque l'excès de plasticité par l'administration des antiplastiques.

M. Lemaire doute si l'excès de fibrine dans l'inflammation est primitif ou consécutif. Je ne doute pas, pour mon compte, qu'il ne soit consécutif, au moins à l'irritation qui marque le début de l'inflammation, attendu qu'il se produit dans les inflammations traumatiques, aussi bien que dans les inflammations dites spontanées. Il est consécutif, et même on peut, avec Rasori, le rattacher à l'élévation de température qui accompagne l'inflammation. Les expériences dans lesquelles j'ai vu la fibrine augmenter appréciablement dans le sang coagulé à chaud, autorisent suffisamment cette opinion, contre laquelle M. Becquerel a élevé une objection vaine, dans ses leçons sur les altérations du sang, publiées par le *Moniteur des hôpitaux*. Cette objection consiste à dire que dans les pyrexies, dans la fièvre typhoïde, par exemple, il y a grande élévation de la température du corps, et que, néanmoins, la fibrine est réduite, ou tend à se réduire.

Je dis que cette objection est vaine, parce que les pyrexies sortent du cadre des inflammations, et ce qui le prouve bien, c'est que, malgré les inflammations qui existent, soit à la peau, soit aux muqueuses, dans les diverses pyrexies, la fibrine n'augmente pas. Si l'objection avait quelque valeur contre mon opinion sur le mode suivant lequel se produit l'excès de fibrine dans l'inflammation en général, si l'on pouvait dire que l'excès de température n'y fait rien, parce que, dans les pyrexies, la fibrine diminue ou tend à diminuer, nonobstant l'excès de température, on pourrait également élever cette objection contre le rapport si solidement établi entre l'inflammation et l'excès de fibrine, et dire que celle-là n'est pour rien dans celui-ci, puisque, dans les pyrexies, il y a inflammation (inflammation de la peau dans la rougeole, etc., inflammation de l'intestin dans la fièvre typhoïde), et que, néanmoins, la fibrine, bien loin d'augmenter, diminue ou tend à diminuer.

Mais, que l'excès de fibrine dans l'inflammation soit primitif ou consécutif, on est autorisé à penser qu'il ajoute à l'inflammation une circonstance défavorable, qui doit en augmenter l'intensité et en prolonger la durée. Aussi avais-je été conduit, de mon côté, avant d'avoir eu connaissance du travail de M. Lemaire, à proposer, incidemment, l'emploi des alcalins dans le traitement de l'inflammation en général.

Le mémoire de M. Lemaire est surtout clinique. Il comprend d'abord quatre cas de pneumonie, dans lesquels le bicarbonate de soude a été administré avec grand succès, et cela lorsque le pronostic le plus fâcheux avait été porté par des hommes tels que M. Andral.

Viennent ensuite trois observations d'angine couenneuse et trois observations de croup. Je ferai abstraction de la dernière observation de croup, parce d'autres moyens énergiques furent employés conjointement avec le sel alcalin ; mais je demande la permission de reproduire l'observation suivante, qui, véritablement, est bien remarquable :

« J. Ph..., âgé de 5 ans, fut pris, il y a deux ans, de tous les symptômes du croup : il y avait quelques points pseudo-membraneux dans la gorge. Les vomitifs, les sangsues, les sinapismes, furent employés, ainsi que le bicarbonate de soude et des vapeurs d'eau autour du lit du malade. Il guérit très bien.

» Le même malade fut pris, le 27 mars dernier, des mêmes accidens qu'il y a deux ans, si ce n'est que la gorge ne présentait point de plaques pseudo-membraneuses. Il n'y avait de caractéristique que la voix et la toux croupale ; il existait à peine de fièvre. Mon ami le docteur Ricard, qui vit le malade en mon absence, se demanda si ces accidens n'étaient pas spasmodiques. Je m'adressai la même question. Quelques antispasmodiques (musc et eau de laurier-cerise) furent employés sans succès. Les accidens persistant, le tartre stibié fut administré, six sangsues furent appliquées sur les côtés du larynx, et des sinapismes furent promenés sur les extrémités. Le lendemain, le tartre stibié fut continué, et le corps littéralement couvert de sinapismes. Les amygdales étaient gonflées et injectées ; le voile du palais et ses piliers, la luette et le pharynx, présentaient la même injection, mais il n'existait point de fausses membranes sur ces parties. J'appliquai un sel avide d'eau qui réduisit immédiatement le volume des amygdales. Nous en étions là, lorsque, à la suite d'un accès de dyspnée, l'enfant vomit et rendit une fausse membrane de 3 centimètres de long sur 1 centimètre environ de large. — Il ne pouvait plus y avoir de doutes sur la nature de l'affection. C'était bien le terrible croup. Je prescrivis immédiatement une potion avec 4 grammes de bicarbonate de soude. Je revis l'enfant quelques heures après : il était calme, il avait dormi. Le calme était tel, que les parens pensèrent que le médicament était calmant. On le continua, et une seconde potion fut faite.

» Par une erreur fatale, le pharmacien donna de l'acide tartrique au lieu de bicarbonate. Les accidens reparurent, et le père de l'enfant les attribua à la potion qui n'avait pas le même aspect que la première. Je constatai l'erreur ; mais un temps précieux était perdu, et de plus, l'acide tartrique avait agi en sens inverse du médicament alcalin ; il avait même pu détruire celui qui existait dans l'économie. Les accidens devinrent tels, que dans la nuit il fallut pratiquer la trachéotomie, qui fut faite par le docteur Clerc, en présence de MM. Thierry, Aubrun, Ricard et moi : l'asphyxie était imminente.

» Malgré l'opération, l'enfant fut soumis au traitement alcalin pendant trois jours. Il ne s'est présenté aucun accident, si ce n'est une légère épistaxis deux jours de suite. Au bout de huit jours, la canule fut enlevée, et trois jours après la plaie était complètement fermée ; il ne restait que quelques bourgeons charnus, que l'on réprima avec le nitrate d'argent. Il est très bien guéri ; la voix revient peu à peu à son timbre normal. »

N'est-on pas autorisé à regarder ce cas comme doublement probant, puisqu'il montre successivement le bon effet du médicament alcalin, l'effet désastreux d'un médicament acide administré par erreur, enfin de nouveau le bon effet du premier agent thérapeutique ?

Je me bornerai à analyser les quatre autres cas (trois d'angine couenneuse, et un de croup).

I. — Diphthérite de toute la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx, chez une femme de 72 ans, après trois jours de grippe abdominale (ce qui concourt à prouver la nature catarrhale de la diphthérite). On détache presque toutes les fausses membranes à l'aide de sels avides d'eau ; mais le lendemain elles se sont reproduites. 4 grammes de bicarbonate de soude dans un litre d'eau gommée. La déglutition étant difficile, on prescrit deux bains alcalins dans les quarante-huit heures. Comme la malade boit peu, on met du bicarbonate dans son bouillon. L'état général s'améliore notablement, mais les fausses membranes ne disparaissent complètement que douze jours après le commencement du traitement alcalin.

II. — Fille de 27 ans. Angine couenneuse commençante. Boissons et gargarismes émolliens, pédiluves sinapisés, un purgatif (M. Lemaire croit utile de donner un évacuant, purgatif ou vomitif, avant d'administrer le sel alcalin). Le lendemain, la maladie s'est développée. On applique des sels avides d'eau sur les fausses membranes, qui se détachent, mais se reproduisent. 8 grammes de bicarbonate de soude ; la malade croit prendre un calmant, attendu que chaque cuillerée de liquide alcalin la soulage. Le pouls descend de 115 à 90. On donne la même dose encore pendant deux jours, et, le quatrième, les fausses membranes ont disparu ; la malade s'est levée ; M. Lemaire la trouve occupée à la couture ; pouls à 70.

III. — Angine gutturale avec fausses membranes tonsillaires, très épaisses et très adhérentes, survenue par un temps froid et pluvieux, chez une femme âgée de 54 ans. 40 grammes de sel de Sedlitz, qui déterminent deux vomissemens de matières bilieuses ; gargarisme émollient ; deux pédiluves sinapisés. Vingt-quatre heures après, le mal s'est aggravé : le pouls, qui était à 95, est à 105 ; déglutition plus difficile. On donne 8 grammes de bicarbonate de soude : le pouls tombe à 90 ; les fausses membranes commencent à se détacher. Même dose de médicament : pouls à 75 ; les fausses membranes disparaissent. A la quatrième visite, il ne reste plus qu'un peu d'injection dans la gorge ; déglutition des boissons et des *alimens* facile.

IV. — Petite fille de 6 ans. Voix et toux rauques ; pouls à 120 ; points pseudo-membraneux sur le voile du palais et sur les amygdales. Tartre stibié, 0,1 : on trouve une fausse membrane bien caractérisée dans les matières vomies. Six sangsues ; sinapismes : suffocation au milieu de la nuit. On applique un large sinapisme sur le ventre, et on donne le bicarbonate de soude. Amélioration rapide. Le bicarbonate est continué les deux jours suivans. Guérison parfaite, après l'administration de 9 grammes de ce sel.

Voilà des faits qui semblent décisifs, et l'on serait porté à trouver que M. Lemaire est lui-même bien difficile à convaincre lorsqu'il dit, en concluant : « J'ai trop expérimenté de médicamens pour me laisser entraîner par un enthousiasme irréfléchi..... Je soumets les faits que j'ai observés aux praticiens, dans l'espoir que d'autres, plus nombreux, viendront

---

(1) Voici les formules de l'auteur :

1° *Potion antiphlogistique (pour adulte).*

Eau commune	350 grammes.
Bicarbonate de soude	8 —
Sirop de fleur d'oranger	30 —

A prendre par cuillerée à soupe tous les quarts d'heure. Chez les enfans, on varie la dose du sel alcalin de 3 à 6 grammes par vingt-quatre heures.

2° *Bain antiphlogistique.*

Eau	200 litres.
Bicarbonate de soude	400 grammes.

les confirmer, et qu'alors la méthode pourra être acceptée. »

Mais il faut louer cette réserve, au lieu de s'en étonner.

M. Luzsinski, de Vienne, annonce avoir traité 30 enfans atteints du croup par les alcalins, à titre de médication principale. Il divise les cas de croup en légers, graves et très graves. Les cas légers ont tous été guéris; les cas graves l'ont été dans la proportion de 13 contre 2 morts, et les très graves dans la proportion de 1 contre 5. Il faudrait avoir les observations sous les yeux, pour se faire une idée exacte de la valeur de cette statistique, d'autant plus que, pour nous, il n'existe pas de cas *légers* de croup *proprement dit*. M. Luzsinski emploie le carbonate de potasse au lieu du sel de soude, et il dirige la médication alcaline contre une *crase particulière* qu'il considère comme le *fondement du croup*, ce qui prouve que le médecin de Vienne est dans les mêmes idées que nous sur la diphthérite, le mot *crase* représentant ici l'idée de diathèse ou d'holopathie. Il est fort à désirer que les faits de M. Luzsinski soient publiés avec détails; à cette condition, ils pourront devenir un puissant argument à l'appui de la médication alcaline dans le traitement de la diphthérite.

Sur la question de priorité, le rédacteur du journal allemand (*Wiener med. wochenschrift*, nº 6, 1855), auquel l'Union Médicale (nº 45, 1855) a emprunté l'énoncé des cas de M. Luzsinski, fait une remarque qu'il est de mon devoir de citer : « L'administration des alcalins, dit-il, n'est d'ailleurs pas tout à fait nouvelle; l'ammoniaque caustique et son carbonate *intùs et extrà* ont trouvé de chauds partisans (Caron, Czekierski, Wolf); le foie de soufre, de Double, exerce également une action alcaline fluidifiante; enfin, le *Journal de Hufeland*, depuis 1815, contient des observations de croup traité par le carbonate de potasse (Hellewag, Voss, Hufeland, Darfmuller, etc.). Dans ces cas, la question de priorité ne peut être mise en jeu; il reste à MM. Marchal et Luzsinski le mérite d'avoir montré aux praticiens les ressources que les alcalins leur offrent contre ces maladies et d'avoir rationalisé leur emploi. »

M. Lemaire, de son côté, cite Mascagni comme ayant eu le premier l'idée de prescrire les alcalins dans le traitement de la pleurite et de la péritonite. L'auteur italien se fondait sur la dissolution des concrétions fibrino-albumineuses propres à ces deux inflammations, dans une eau même peu chargée de potasse ou de soude. Mascagni donnait le carbonate de potasse.

Les remarques et l'observation de M. le docteur Melchior Robert, sur la guérison des chancres diphthéritiques par l'usage du bicarbonate de soude *intùs et extrà* (Union Médicale, nº 54, 1855); l'observation de M. le docteur Sère, de Muret, relative à un cas d'artérite oblitérante ayant donné lieu à la formation de cinq plaques gangréneuses et ayant guéri sous l'influence de ce sel (Union Médicale, nº 61, 1855), confirment les bons effets de la médication alcaline.

Finalement, lorsque j'ai écrit mon mémoire, je proposais le bicarbonate de soude contre la diphthérite, avec hésitation et même avec une certaine anxiété; aujourd'hui, je suis rassuré, et je crois que l'on ne peut s'empêcher de prendre ce moyen en considération.

Je répète, en terminant, que le bicarbonate de soude s'attaque au premier effet appréciable du poison morbide, et non, malheureusement, à ce poison lui-même. Qui sait si l'iode, assez puissant pour neutraliser le *curare*, et signalé par un chimiste aussi distingué que modeste, M. Duroy, comme un précieux antiseptique, n'offrirait pas ici une importante ressource?... C'est un moyen à expérimenter, comme le croit aussi M. le docteur Amédée Forget; c'est une voie à tenter, car je n'ai pas la prétention d'avoir dit le dernier mot sur le traitement de l'angine couenneuse, dont quelques cas, d'ailleurs, par leur formidable gravité, seront toujours au-dessus de tous les secours de l'art.

TOXICOLOGIE.

DE LA SAUMURE ET DE SES PROPRIÉTÉS TOXIQUES;

Par M. Reynal, chef de service de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort.

(Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 22 Mai 1855.)

(Suite et fin. — Voir les numéros des 29 et 31 Mai 1855.)

Troisième série.

Mode d'action de la saumure.

La saumure paraît exercer sur l'économie deux actions différentes :

L'une locale, irritante, donnant lieu à une congestion et à une inflammation violente sur le canal intestinal; les nombreuses autopsies que j'ai rapportées en donnant la démonstration;

L'autre générale : la saumure agit alors sur la peau, sur l'appareil urinaire et plus directement sur le système nerveux.

De quelque manière que j'aie administré la saumure pure ou mélangée aux alimens, toujours j'ai vu apparaître des phénomènes nerveux, caractérisés, chez le chien, par des tremblemens généraux, par des contractions spasmodiques des muscles, notamment des fléchisseurs; chez le porc, les symptômes nerveux ont été plus caractéristiques encore, puisqu'il s'est produit de véritables attaques épileptiformes; enfin, chez le cheval, la paralysie des lèvres, de la face, du train postérieur, l'extinction de la sensibilité, les spasmes, la raideur tétanique des muscles prouvent suffisamment que la saumure a une action sur le système nerveux cérébro-spinal.

L'action de cette substance sur la peau et l'appareil urinaire se traduit, ainsi qu'on a pu le remarquer chez le cheval particulièrement, par des sueurs abondantes et par une sécrétion considérable d'urine.

Les reins ne paraissent être les organes qui servent à l'élimination des élémens toxiques de la saumure.

Quelques auteurs ont cherché à déterminer le principe qui donne à la saumure ses propriétés toxiques.

En Allemagne, on a invoqué la présence d'un acide gras formé pendant la salaison sous l'influence du chlorure de sodium. Cet acide gras se trouverait surtout dans les parties surnageantes de la saumure, et serait d'autant plus abondant que la saumure daterait d'une époque plus ancienne.

Dans le but d'examiner la valeur de cette opinion, j'ai expérimenté avec la saumure prise à la superficie, au milieu et dans les parties les plus inférieures d'un tonneau rempli de ce liquide, et je n'ai pas remarqué de différences sensibles dans le mode d'action.

M. Fushs, professeur à l'École de Carlsruhe, dit qu'il ne lui paraît pas nécessaire, pour expliquer les accidens consécutifs à l'ingestion de la saumure, d'avoir recours à une substance toxique particulière qui se transformerait dans ce liquide. Le sel marin, suivant lui, suffit pour expliquer ces effets, et d'autant mieux qu'il est mêlé à des substances animales.

M. Spinola, professeur à l'École vétérinaire de Berlin, ne croit pas non plus que la saumure contienne une substance vénéneuse analogue à celle que contiennent les viandes de charcuterie altérées ou fumées; car ces dernières, ajoute M. Spinola, agissent plus particulièrement sur le système du grand sympathique, tandis que la maladie qu'il a observée à la suite de l'administration de la saumure a commencé par le vertige, et a fini par un état apoplectique.

Quoi qu'il en soit du principe toxique de la saumure, de sa nature et de son mode de formation, il est constant que ce n'est pas au sel, ainsi que l'admet M. Fushs, que l'on doit attribuer les propriétés toxiques de la saumure, car, en administrant une quantité de sel proportionnelle à celle que contient une dose toxique de saumure, on pourra produire une inflammation du canal intestinal, des nausées, des vomissemens chez le chien et chez le porc, mais jamais on ne déterminera ces phénomènes nerveux qui, en épuisant l'économie, sont la cause de la mort, et si, au lieu de donner cette quantité de sel pur, on le mélange à la nourriture, les animaux n'en seront point incommodés.

Cette opinion est étayée sur une série d'expériences faites avec une solution concentrée de chlorure de sodium, qui marquait, au pèse-sels, de 22 à 25 degrés, comme les différentes saumures qui ont servi à mes études expérimentales.

Peut-on invoquer la présence des matières animales en putréfaction, les effets combinés de ces matières et du chlorure de sodium ? Je ne le pense pas.

J'ai administré plusieurs fois la saumure préalablement filtrée avec du charbon animal, ensuite mélangée avec ce charbon ; l'action toxique de la saumure a toujours été aussi intense.

Dans un travail récemment publié, qui m'a été communiqué par M. Chevalier, un médecin belge, M. Van der Corput, attribue les propriétés toxiques des viandes fumées au développement d'un végétal qu'il désigne sous le nom de *Sarcina botulina*.

Serait-il permis d'invoquer cette cause pour expliquer le mode d'action de la saumure ? Je ne puis rien préjuger à cet égard; mais s'il est vrai, ainsi que l'admet M. Van der Corput, que l'essence de térébenthine soit l'antidote du cryptogame, je dois dire que la saumure agit de la même manière, administrée seule ou mélangée à l'essence de térébenthine.

Si les diverses expériences que j'ai faites dans le but de chercher l'élément qui rend la saumure toxique, n'ont produit, sous ce rapport, aucun résultat, elles ont, du moins, servi à déterminer les conditions qui semblent influer sur la puissance toxique de la saumure. C'est ainsi que la saumure du porc, la seule qui ait servi à mes expériences, agit sur l'économie à la manière d'une solution saline dans les deux à trois premiers mois qui suivent sa préparation. C'est en vieillissant qu'elle paraît acquérir ses propriétés toxiques surtout quand elle est en contact avec des viandes rances (1).

Quatrième série.

Traitement de l'empoisonnement par la saumure.

Par les expériences que j'ai précédemment exposées, je crois avoir mis hors de doute l'action de la saumure sur les intestins et sur le système cérébro-spinal. On a vu que les lésions principales trouvées dans ces organes consistaient en injections et vascularisations plus grandes des tissus, et en un engorgement considérable de tout le système veineux; on se rappelle, en outre, que la saumure provoque la transpiration et une sécrétion plus abondante d'urine.

C'est sur ces derniers phénomènes mis en lumière par mes expérimentations que j'ai établi la thérapeutique de l'empoisonnement par la saumure.

J'ai eu recours :

1° Aux saignées générales pour dégorger le système veineux;

2° Aux breuvages de décoction concentrée de graine de lin, dont les propriétés diurétiques étaient rendues plus actives par l'addition de 20 à 30 grammes d'azotate de potasse;

3° Aux boissons acidules;

4° Aux réfrigérans sur le front;

5° Aux applications sinapisées sur divers points de la surface cutanée.

Ces moyens thérapeutiques, essayés expérimentalement sur les chevaux, ont été très efficaces.

Conclusions générales.

De l'ensemble des faits chimiques et des expériences que j'ai tentées, on peut déduire les conclusions générales suivantes :

1° Que la saumure, trois ou quatre mois après sa préparation, contracte des propriétés toxiques;

2° Qu'en moyenne, à la dose de 2 litres pour le cheval, de 1/2 litre pour le porc, et de 1 à 2 décilitres pour le chien, la saumure produit l'empoisonnement;

3° Qu'à des doses bien moins élevées, elle provoque le vomissement chez le chien et le porc;

4° Que l'emploi de cette substance mélangée aux alimens, continué pendant quelque temps, même en petite quantité, peut occasionner la mort.

(1) Tout récemment, notre honorable maître, M. Regnault, a mis à ma disposition une grande quantité de saumure provenant de viandes de bœufs et de porcs salées en Amérique. Cette saumure, donnée à la dose de huit à dix litres, n'a donné lieu à aucun phénomène d'intoxication. Cela tient-il à ce qu'elle était peut-être récemment préparée? Je l'ignore; mais j'ai lieu d'espérer que les expériences nouvelles que j'ai entreprises expliqueront cette différence de la saumure française et *américaine*.

BIBLIOTHÈQUE.

GUIDE PRATIQUE DU MÉDECIN ET DU MALADE AUX EAUX MINÉRALES DE FRANCE, DE BELGIQUE, D'ALLEMAGNE, DE SUISSE, DE SAVOIE, D'ITALIE, ET AUX BAINS DE MER, suivi de **CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT HYDROTHÉRAPIQUE**; par le docteur Constantin James. 3me édition, avec une carte itinéraire des eaux et de nombreuses vignettes gravées sur acier. — Paris, librairie de V. Masson, place de l'École-de-Médecine; 1855.

Le *Guide pratique aux eaux minérales* de M. le docteur Constantin James était déjà parfaitement connu; mais la troisième édition, dont nous avons en ce moment à rendre compte, est destinée à lui donner une réputation bien plus grande auprès des médecins comme auprès des malades. Les premiers y trouveront les appréciations les plus exactes sur la nature, les indications et les effets des eaux minérales; les seconds tous les renseignemens qu'ils peuvent désirer pour s'y transporter, y séjourner et observer les modifications qu'ils en éprouvent.

Cet ouvrage, tout à fait à la hauteur de la science moderne, ne paraît rien laisser à désirer. Des considérations générales font connaître l'usage qu'on faisait des bains chez les anciens et celui qui est propre à notre temps, l'action thérapeutique des eaux minérales, leur analyse, celles qui contiennent de l'arsenic et les doutes qui règnent encore sur l'influence de cet agent. Dans sa classification, l'auteur admet six classes : eaux sulfureuses, ferrugineuses, alcalines, gazeuses, salines et bromo-iodurées; toutes les variétés viennent naturellement se ranger dans les divisions principales. Ces considérations sont terminées par un exposé méthodique des maladies pour lesquelles on se rend aux eaux minérales et des sources convenables à leur traitement.

Dans l'examen des sources, la France a naturellement la priorité. Nous trouvons successivement celles des Pyrénées, du centre et de l'est de la France, des eaux minérales diverses et celles de la Corse. Viennent ensuite les sources de la Belgique, de l'Allemagne (voisines ou éloignées du Rhin); les sources de la Suisse et de la Savoie, et enfin celles de l'Italie.

M. le docteur Constantin James, loin d'avoir fait, comme la plupart de ses devanciers, un livre avec d'autres livres, a visité par lui-même les lieux dont il parle, et a évité ainsi des erreurs qui n'étaient que trop fréquentes chez ceux dont le travail était purement de cabinet. On lui pardonnera donc, ou plutôt on lira avec plaisir l'introduction dans son *Guide* de recherches spéciales qu'il a faites en Italie, et qu'il avait publiées déjà; telles sont l'influence des volcans sur les eaux minérales; des notions très intéressantes sur les étuves, en particulier sur celles d'Ischia et de Néron, ainsi que sur leur action physique et physiologique. A propos des bains de gaz, M. Constantin James rapporte les expériences curieuses auxquelles il s'est livré, avec M. Magendie, dans la Grotte-du-Chien et dans la Grotte-d'Ammoniaque.

L'auteur se borne à quelques mots sur les eaux minérales de l'Angleterre. Il résume ce qu'il y a d'essentiel sur l'action physiologique et médicinale des bains de mer. On trouve, dans le cours de l'ouvrage, des notes pratiques sur la *cure du raisin*, et même sur celles de fraises et de pêches. Il y en a aussi sur la *cure du petit lait*, qui se répand en Suisse, et pour laquelle on utilise le petit-lait provenant de la fabrication du fromage.

L'ouvrage de M. le docteur Constantin James contient, en outre, des considérations sur l'emploi des eaux minérales dans le traitement des accidens consécutifs à la syphilis. Elles ne sont que la reproduction d'un mémoire publié en 1852, et l'auteur en prend occasion pour revendiquer des idées qui, depuis cette époque, ont été reproduites sans en indiquer l'origine. L'emploi des eaux minérales y est examiné comme moyen diagnostique et comme moyen curatif; il y est aussi question de l'emploi combiné des eaux minérales avec le mercure. Enfin, l'ouvrage est terminé par des études sur l'hydrothérapie, si en vogue aujourd'hui. Après avoir rapporté les expériences qu'il a faites sur lui-même, M. James passe en revue l'action physiologique de l'hydrothérapie et en apprécie les procédés; il examine ensuite son emploi thérapeutique dans les maladies aiguës et chroniques, ainsi que son influence hygiénique. L'auteur n'a même pas omis quelques explications sur les eaux minérales artificielles.

Le *Guide* de M. James est *illustré* par un bon nombre de charmantes vignettes qui représentent les établissemens de Pierrefonds, Cauterets, Bagnères-de-Luchon, Vichy, Saint-Honoré, Contrexéville, Castéra-Verduzan, Campagne, Uriage, Niederbronn, Enghien, Aix-la-Chapelle, et par une très bonne carte itinéraire on ne peut plus utile aux malades qui auront à se rendre à de grandes distances.

Par le soin avec lequel M. James a cherché à faire de cette troisième édition une œuvre aussi complète que possible, notre savant confrère a rendu un véritable service à tous ceux qui ont besoin ou qui s'occupent d'eaux minérales. Les moyens de locomotion, qui se multiplient d'une si merveilleuse manière, engagent les malades à aller chercher leur guérison, et quelquefois en même temps leurs plaisirs, à de plus grandes distances. C'est sur le Rhin et même dans l'Allemagne centrale qu'ils se dirigent aujourd'hui, et où ils trouvent les plus puissantes sources. Le livre de M. James leur fournira sur elles les notions les plus exactes. Le voyage qu'il y a fait, dans le cours de l'été dernier, l'a mis à même de faire éviter les ennuis et les désagrémens auxquels est exposé celui qui pénètre pour la première fois dans ces contrées. On pourra donc aujourd'hui employer avec confiance les eaux de Carlsbad, Kessingen, Tœplitz, Wildhad, Gastein, etc. Ces deux dernières surtout offrent cela de remarquable que, ne contenant aucun élément minéralisateur appréciable, elles paraissent jouir cependant d'une action efficace

et toute spéciale sur le système nerveux rachidien ; aussi n'y rencontre-t-on à peu près que des paraplégiques.

La condensation des matières, l'élégance du format choisi par l'auteur, rendent l'ouvrage portatif, et contribueront à en faire un accompagnement indispensable du voyage. Ce *Guide* devra égalementse trouver dans la bibliothèque et sous la main de tous les médecins. Nous devons, en terminant, féciliter l'éditeur, M. Victor Masson, qui a su montrer, une fois de plus, que les livres de science gagnent considérablement par la netteté et la précision de la typographie.

FAUCONNEAU-DUFRESNE.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 Mai 1855.— Présidence de M. REGNAULT.

Observations de hernies étranglées réduites à l'aide de la glace, d'après la méthode de M. Baudens, recueillies à l'hôpital de Versailles.

Nous extrayons de la lettre d'envoi de M. GODART, auteur de cette communication, les passages suivans :

La publicité donnée par les bulletins de l'Institut à la réduction des hernies étranglées d'après le traitement de M. Baudens m'a engagé, avant de recourir à une opération souvent mortelle, à essayer, à son exemple, de l'efficacité de la glace. Six fois j'ai eu recours, comme ressource extrême, à cette simple et puissante médication, et les résultats obtenus ont été si surprenans, que j'ai cru de mon devoir de les adresser comme un hommage et un remercîment à l'Académie des sciences.

Ce traitement, presque toujours efficace, n'expose à aucun danger, appliqué selon les règles posées par M. Baudens. Cinq fois sur six, il a triomphé, entre mes mains, de l'étranglement, et dans le cas où il a été impuissant, il n'a pas complétement échoué : car la glace a enrayé la marche des accidens inflammatoires, et je lui dois une grande part dans la guérison des malades. — (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Observation de hernie inguinale étranglée, traitée avec succès par la glace, suivant la méthode de M. Baudens.

M. DELMAS, médecin en chef de l'hôpital de Sarreguemines, adresse sur ce sujet une note dont nous publions l'extrait suivant :

Lacroix Claude, âgé de 18 ans, sentait déjà, lors de son entrée au service, le 14 avril 1854, une petite grosseur à l'aine droite, sans douleur. Au bout d'un mois, étant à cheval, il fut subitement saisi d'une douleur plus aiguë qu'à l'ordinaire qui l'obligea à rester couché. Quelques heures après, la hernie rentra d'elle-même. Le lendemain, elle sortit de nouveau. Le médecin-major du régiment, le docteur Woirhaye, en opéra la réduction, appliqua un bandage approprié et prescrivit le repos pendant deux jours. Malgré ces précautions, la hernie sortait souvent sous le bandage, pendant les exercices, soit à pied, soit à cheval, toujours avec douleur supportable.

Le 4 juin, il avait retiré son bandage à neuf heures du matin. A deux heures après midi, en faisant le pansage, il éprouva une douleur très vive à l'aine et fit des tentatives de réduction répétées, mais sans résultat. Néanmoins, il dîna comme d'habitude à quatre heures. Une heure après, il vomit les alimens ingérés; plus tard, il vomit avec de pénibles efforts, une petite quantité de suc gastrique teint de bile. Il resta dans cet état, couché dans son lit, au quartier, jusqu'à sept heures du soir où il fut porté à l'hôpital. Prévenu et arrivé aussitôt, nous avons trouvé le malade dans l'état suivant :

Facies altéré, sueurs froides, horripilations, *nausées*, pouls très petit, serré, fréquent à cent dix pulsations. Tumeur à l'aine droite, dure, rénitente, sans changement de couleur à la peau, tension extrême le long du canal inguinal, douleur atroce au moindre contact. Les tentatives de réduction seraient évidemment inutiles et nuisibles. Je n'insiste pas. Saignée du bras de 650 grammes. Le pouls s'étant relevé, lavement avec 25 grammes d'huile de ricin et une goutte d'huile de croton. Celui-ci une fois rendu, nous nous sommes empressé d'élever le bassin, d'étaler sur la tumeur des brins de charpie, sur laquelle couche légère nous avons appliqué des fragmens de glace renouvelés à mesure qu'ils étaient fondus. Sous cette influence, la douleur s'est calmée graduellement, et, une heure après elle était supportable. Néanmoins nous avons pensé que pratiquer le taxis ce serait peut-être renouveler les accidens et qu'il valait mieux persévérer dans l'emploi de la glace. En effet, à deux heures après minuit, la réduction s'est faite spontanément. Nous avons ensuite diminué graduellement l'emploi de réfrigérans. A midi nous avons appliqué un bandage provisoire: deux jours après, un bandage définitif, et, trois jours après, Lacroix sortait de l'hôpital, guéri.

Après avoir vu, depuis vingt-cinq ans, bien des hernies étranglées, j'ai la conviction qu'il y avait là une telle constriction, un tel engouement, que, sans l'emploi de la glace, tous les autres moyens eussent échoué et qu'il eût fallu avoir recours à l'opération, si souvent meurtrière. — (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Sur le traitement des gangrènes survenues par suite de congélation.

M. LADUREAU, à l'occasion d'une note récente de M. Baudens (30 avril 1854) adresse un opuscule imprimé accompagné d'une lettre de laquelle nous extrayons les passages suivans :

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un exemplaire d'un opuscule, que j'ai publié en mars 1848, où je traitais la question qui a été pour M. Baudens le sujet d'une communication récente. Les événemens étant venus justifier les principes que j'ai établis relativement au traitement de la gangrène par congélation, et en particulier aux avantages de la temporisation dans les amputations qu'elle nécessite, il me sera peut-être permis de revendiquer la petite part que j'ai prise aux progrès dont la thérapeutique de ces affections tire un si grand profit dans la guerre actuelle. Voici les conclusions de mon travail :

1° Le froid, en agissant sur l'économie animale, a pour effet d'amener la mort par arrêt progressif de la circulation des extrémités au centre ; il empêche ainsi l'hématose, et, par suite de la privation de l'élément incitateur, abolit complétement l'innervation.

2° Quand l'action du froid n'est pas portée jusqu'à l'extinction de la vie, elle a pour effet général de produire une hyposthénie plus ou moins considérable, par suite de l'altération que le sang éprouve dans l'imperfection de son hématose, elle frappe d'inertie les organes les plus éloignés du centre de la vie, y arrête la circulation et par suite l'excitabilité, et y produit une asphyxie locale qui peut aller jusqu'à la mortification.

3° Le plus souvent, les signes d'abolition de la vie que revêtent les organes, ne sont qu'apparens et peuvent être dissipés. La décomposition putride ou la mortification des parties, sont les vrais caractères de la gangrène confirmée.....

6° Quand la mortification est profonde, il faut favoriser son élimination par tous les moyens, et se borner à enlever les escarres à mesure qu'elles sont détachées par l'ulcération, en laissant à la nature le soin de réparer elle-même les désordres.

7° Il ne faut recourir à l'amputation que quand la mortification est complète, parfaitement limitée, et qu'elle doit amener une déperdition de substance qui rend plus avantageuse la formation d'un moignon en un point choisi. Il faut alors attendre que l'état général et les parties sur lesquelles on doit opérer soient dans des conditions favorables.

8° Quand il n'y a aucun avantage à amputer près des parties sphacélées, l'amputation a d'autant plus de chances de succès, qu'on la pratique en un point plus éloigné. Dans l'autre cas, il faut opérer, autant que possible dans la limite de l'ulcération éliminatoire sans tailler dans le vif.....

10° Enfin, la gangrène par congélation étant une gangrène de cause interne, on doit proscrire, de la manière la plus absolue, toute amputation ayant pour but de porter obstacle à un envahissement plus ou moins rapide de la mortification.

(Renvoi à la section de medecine et de chirurgie déjà chargée de l'examen de la note de M. Baudens.)

— M. LERICHE, à l'occasion de la présentation récente d'un mémoire de M. Bonnafont sur le *séton filiforme*, adresse une réclamation de priorité dont nous reproduisons le passage suivant :

J'ai publié sur ce sujet, en 1850, un mémoire dont j'ai, à cette époque, adressé un exemplaire à l'Académie. (*Gazette médicale de Lyon*, 31 mars 1850.) Ce mémoire a pour titre : « *Des divers moyens mis en usage pour l'ouverture des abcès.* » Dans le septième paragraphe, on trouvera décrit le séton filiforme, et la recommandation de son emploi, suivi de plusieurs observations. En 1844, j'ai présenté à la Société médicale d'émulation de Lyon des malades atteints de bubons vénériens, et qui ne laissaient aucune trace après avoir suppuré assez longtemps. J'ai, depuis, fait avec succès l'application du séton de soie, dans les kystes séreux du poignet.

(Renvoi à l'examen de la commission des prix de médecine et chirurgie, déjà saisie du travail de M. Bonnafont.)

— M. BRIAU, qui avait présenté, au concours pour le prix Montyon, son édition de la *Chirurgie de Paul d'Égine*, adresse en double copie une note manuscrite, destinée à montrer comment cette publication rentre dans les conditions d'admissibilité au concours. — (Comm. des prix de médecine et chirurgie.)

— M. GALTIER adresse, pour le même concours, un exemplaire de son *Traité de toxicologie générale et spéciale*, et y joint l'indication exigée de ce qu'il considère comme neuf dans cet ouvrage.

M. RENAUDIN adresse de même une analyse d'un ouvrage qu'il présente à ce concours, et qui a pour titre : *Études médico-psychologiques sur l'aliénation mentale*.

— M. BÉRAUD, qui avait précédemment présenté au même concours un opuscule sur le *cathétérisme du canal nasal*, envoie aujourd'hui une rédaction plus complète, accompagnée de figures ; il annonce qu'il met à la disposition de la commission les nombreuses pièces anatomiques sur lesquelles s'appuie son travail.

— M. DEZAUTIÈRE adresse, de Décize (Nièvre), un mémoire ayant pour titre : *Quelques observations sur les rapports de la mortalité et de ses causes avec les phénomènes météorologiques*. — (Comm. MM. Andral, Rayer.)

— M. BOUNICEAU, qui a déjà entretenu à plusieurs reprises l'Académie de ses recherches sur la *sangsue médicale*, adresse aujourd'hui la première partie d'une série de mémoires, dans lesquels seront consignés les résultats de ses observations sur ces annélides, et principalement sur leur reproduction. — (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour les précédentes communications de l'auteur : MM. Milne Edwards et de Quatrefages.)

— M. REVOIL adresse une note sur le *curare*, poison employé par plusieurs tribus de l'Amérique méridionale pour les armes de chasse. On ne saurait dire si les poisons désignés sous le nom de *curare* (*worara* dans la Guyane anglaise) ont toujours une composition identique ; mais ce qu'on sait, c'est qu'un autre poison, dont la composition est différente, est employé au même usage ; celui-ci, d'ailleurs, ne porte pas le même nom, et n'est pas connu dans les mêmes parties de l'Amérique : c'est le poison obtenu d'une espèce particulière de crapauds. On n'en a, jusqu'à présent, signalé l'emploi que chez les tribus habitant le versant occidental de la Cordillière non loin de la mer du Sud. Le *curare* est du versant opposé, du côté de l'Orénoque et de ses affluens.

PRESSE MÉDICALE.

HERNIE A TRAVERS LA SUBSTANCE DU LIGAMENT DE POUPART ; OPÉRATION ; MORT ; AUTOPSIE. — Les détails du cas suivant ont été communiqués par M. LEGGE, chirurgien interne de l'hôpital de Westminster.

Anna Collins, mariée, âgée de 50 ans, fut admise à l'hôpital dans la soirée du jeudi 8 mars 1855. La malade présentait les symptômes d'une hernie étranglée.

Il y a une année que, pour la première fois, la malade remarqua qu'elle avait une tumeur à la partie inférieure de l'abdomen. Cette tumeur augmentait de volume chaque fois qu'il y avait effort violent ; mais quelquefois aussi cette tumeur disparaissait complétement. Anna Collins, jusqu'ici, n'avait point ressenti de malaise, et jamais elle n'avait porté de bandage. Depuis deux jours la tumeur a considérablement augmenté de volume ; il y a eu de vives douleurs, des vomissemens et de la constipation ; le taxis a été tenté sans succès.

État présent.— Visage anxieux, pouls petit, faible et intermittent. La malade se plaint d'un tiraillement douloureux dans la région ombilicale.

Si on examine la tumeur, on la trouve dure, rénitente ; elle est située à la partie inférieure du côté gauche de l'abdomen. Elle est rouge, très douloureuse au toucher. Cette excessive sensibilité est-elle due aux tentatives de taxis qui ont été exercées ? Vomissemens stercoraux.

M. Holt se décide à pratiquer l'opération pour dégager l'intestin étranglé. Une incision est faite sur la tumeur, on divise la peau, une assez grande quantité de tissu cellulaire graisseux, et on ne rencontre aucun fascia. Après une dissection attentive, l'intestin est découvert, sans que l'on ait rencontré de sac, par conséquent l'intestin hernié n'était recouvert que par la peau et une couche épaisse de graisse. L'intestin était dur, d'une couleur noirâtre et fortement étranglé.

L'étranglement, qui était situé à la partie inférieure et interne, mais qui, assurément, n'était point formé par le ligament de Gimbernat, fut divisé avec le bistouri et l'intestin réduit. On rapprocha les lèvres de la plaie, qui furent réunies par quelques points de suture, puis un coussinet et un bandage convenable furent appliqués sur le tout.

9 mars. La malade a continué de vomir pendant la nuit. Elle dit cependant se trouver mieux et être débarrassée du tiraillement douloureux qu'elle éprouvait dans la région de l'ombilic. L'abdomen est douloureux à la pression. Des fomentations émollientes sont prescrites sur le ventre et on donne des pilules d'opium de quatre heures en quatre heures.

9 mars, huit heures du soir. — Il n'y a point de garde-robes depuis l'opération ; les envies de vomir continuent ; le ventre est ballonné. Pouls faible et intermittent. Physionomie moins anxieuse. Le même traitement est continué, et on prescrit un lavement.

10 mars. La sensibilité du ventre a persisté ; il y a eu des vomissemens de matière stercorale ; tympanite abdominale. La malade croit avoir rendu quelques gaz après l'administration du lavement. — L'opium est continué ; on ordonne un lavement térébenthiné.

10 mars, huit heures du soir. — Les vomissements ont persisté toute la journée ; le visage, cependant, est moins anxieux, le pouls plus régulier, la langue humide. La pression sur le ventre ne détermine point de grandes douleurs. Des gaz ont été rendus par l'anus ; mais la malade rejette tout ce qu'elle prend par la bouche. — Pilules d'opium ; eau de Vichy ; lavement d'eau chaude.

11 mars. La malade n'a vomi qu'une seule fois depuis la dernière prescription. Il y a un mieux bien sensible. On donne un peu d'eau-de-vie, et on permet un potage à la fécule, dite *arrow-root*.

12 mars. Le chirurgien-interne est appelé pour voir la malade à sept heures du matin ; il la trouve à l'agonie. Les vomissements avaient été incessans toute la nuit, et la mort arriva promptement.

Autopsie vingt-sept heures après la mort. — Rigidité cadavérique persistante. Les lèvres de la plaie n'étaient point réunies, et étaient souillées de matières sales et grumeleuses.

L'abdomen fut ouvert par une incision cruciale : point de traces de péritonite diffuse ; les intestins sont cependant adhérens dans la partie correspondant à la plaie, et à l'endroit même où la paroi abdominale avait cédé pour livrer passage à la hernie.

On vit alors que la hernie s'était frayé sa route à travers la substance du ligament de Poupart ; juste au-dessus du canal crural, les fibres aponévrotiques étaient séparées partie au-dessus, partie au-dessous de l'orifice qui avait livré passage à l'intestin. Une partie enflammée de l'intestin adhérait encore à l'ouverture faite à travers le ligament de Poupart, de plus, une portion du gros intestin était-elle même accolée contre le ligament et portait des traces d'inflammation. En ouvrant la portion du jejunum qui avait été étranglée, on apercevait deux petits ulcères qui avaient presque perforé l'intestin. L'épiploon avait été entraîné et pénétré par la hernie, on le retrouva adhérant encore aux lèvres de la plaie.

« Qu'il nous soit permis d'ajouter que le tiraillement douloureux que » la malade ressentait dans la région ombilicale était probablement » déterminé par l'entraînement du grand épiploon par l'intestin hernié. » — On remarquera, de plus, que la persistance des accidens d'étran- » glement était aussi due, suivant toute probabilité, à la pénétration de » l'anse intestinale à travers le grand épiploon. » — (*Medical Times*, mai 1855.)

CONFÉRENCES DE MÉDECINE CLINIQUE. — M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ces conférences le *mardi*, *5 juin*, à 9 heures du matin, dans l'amphithéâtre de son hôpital, et les continuera les *mardi* et *samedi* de chaque semaine, à la même heure.

La conférence du samedi sera spécialement consacrée à l'étude des affections de l'utérus et de ses annexes.

— M. le docteur Roux commencera un cours public sur l'art des embaumemens, le lundi 4 juin, à sept heures du soir, et le continuera les vendredis et lundis suivans, à la même heure, dans l'amphithéâtre de la rue Larrey, n° 8.

Notre confrère mettra sous les yeux de ses auditeurs les pièces anatomiques qui doivent figurer à l'exposition universelle.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 66. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 5 Juin 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

Troisième leçon sur l'épilepsie. — De son traitement.

Avant d'exposer le traitement de l'épilepsie, le professeur revient sur la comparaison qu'il a faite de cette affection avec l'éclampsie.

L'attaque épileptique est de peu de durée, et dans l'état de mal, alors que les attaques s'imbriquent, de façon à ce que le malade n'ait pas le temps de sortir du carus avant qu'une autre attaque commence, on peut observer ce qui suit: Aussitôt et à chaque fois que commence le carus, les muscles cessent d'être convulsés et tombent dans la résolution la plus complète. Cette cessation de la convulsion ne s'observe point dans l'éclampsie; pendant une demi-heure, dix, vingt, trente heures, le malade reste avec les yeux convulsés, la tête renversée, les membres raidis, sans qu'il se manifeste de période de carus avec résolution, de sorte qu'on peut dire de l'éclampsie, et c'est là un excellent signe distinctif, que c'est une convulsion continue tonique ou clonique.

Il arrive pourtant, mais très exceptionnellement, que l'épilepsie prend cette forme continue chez quelques enfans, et quand elle tient à une lésion cérébrale, telle que des tubercules, par exemple, qui deviennent la cause d'une phlegmasie cérébrale, au milieu de laquelle les convulsions prennent le caractère de continuité qu'on observe chez les éclamptiques. Les deux affections sont, du reste, si voisines l'une de l'autre, que, dans des cas malheureusement trop communs, on voit l'éclampsie se transformer en épilepsie. Ainsi, on voit assez souvent des enfans avoir, pendant leur dentition, de fréquentes convulsions, puis à l'occasion d'une affection quelconque, rougeole, variole, phlegmasie viscérale; après quelques années, ils en reprennent sous l'influence d'une cause insignifiante, et enfin, elles surviennent sans motif aucun; ces enfans étaient d'abord éclamptiques, ils sont maintenant épileptiques. En outre, on peut observer que, dans les familles d'épileptiques, les convulsions ou l'éclampsie sont fréquentes.

Comme conclusion pratique, quand vous verrez survenir des convulsions chez un enfant, celles-ci accompagnant l'éruption dentaire ou une affection aiguë, ne soyez pas inquiets outre mesure; mais quand elles surviendront vers 5 ou 6 ans pour la moindre cause, ou surtout sans cause, ayez les plus vives craintes que cet enfant ne soit épileptique.

Qu'est-ce que l'épilepsie? C'est là une question à laquelle il est fort difficile de répondre d'une manière catégorique. On la range parmi les névroses, classe de maladies où l'on trouve des affections bien éloignées les unes des autres, quant à leur importance et à leur gravité, mais qui se relient entre elles par ce lien commun qu'elles dépendent d'un état particulier du système nerveux, où l'anatomie pathologique ne démontre rien, ou à peu près.

Beaucoup de ces névroses sont sous la dépendance d'une condition pathologique accidentelle : ainsi, l'éclampsie est sous la dépendance de l'albuminurie; les convulsions des enfans sous celle de la dentition ou d'un état pathologique accidentel. Pour l'épilepsie, il y a deux sortes de conditions à la production des attaques : les unes permanentes, les autres accidentelles; et ces dernières n'ont réellement d'influence qu'en raison des premières qui constituent l'état diathésique, et conservent toujours l'individu dans un état tel, qu'avec ou sans cause occasionnelle, il peut être pris d'une attaque d'épilepsie.

Il vous arrivera souvent de dire de deux hommes, dont l'un a la peau très saine et l'autre les articulations parfaitement libres, que le premier est un dartreux et le second un goutteux, parce que vous savez que le premier a eu une ou plusieurs manifestations dartreuses, et l'autre un plus ou moins grand nombre d'attaques de goutte; et vous aurez raison, car ils n'échappent pas aux nécessités de la diathèse, bien qu'ils n'en ressentent pas actuellement les effets. De même vous dites un épileptique, en l'absence des attaques, en parlant d'un homme qui en a eu. La diathèse n'en reste pas moins avec son caractère de fatalité, que la manifestation se fasse vers la peau, les jointures, ou bien qu'elle consiste en des désordres nerveux.

L'influence de cet état constitutionnel n'exclut pas pourtant celle de causes locales qui peuvent siéger vers la tête; elles provoquent, au contraire, les manifestations, de même que, chez un dartreux, le défaut de propreté aide la production des affections cutanées. Mais c'est toujours l'état diathésique qui détermine la forme des accidens. Ainsi, supposons deux malades ayant une affection cérébrale syphilitique ou tuberculeuse, si l'un d'eux a la diathèse épileptique, les accidens seront ceux de l'épilepsie; l'autre, qui en est exempt, présentera les accidens ordinaires de l'affection cérébrale existante.

Les choses étant ainsi analysées, nous devons conclure que nous pouvons agir : 1° contre les causes locales des manifestations; 2° contre les manifestations elles-mêmes et toujours sans danger, ce qui ne se rencontre pas pour toutes les autres diathèses, témoin la goutte.

MÉDICATION.

Première classe. — Il existe une cause occasionnelle; c'est contre elle que la médication doit être dirigée pour atteindre la manifestation. Ainsi, en pathologie chirurgicale, on sait qu'en soignant tout d'abord une entorse chez un strumeux, on prévient l'établissement d'une tumeur blanche. M. Trousseau rappelle qu'il existe un assez grand nombre d'exemples dans lesquels l'épilepsie, due à la syphilis tertiaire, fut guérie par le traitement antisyphilitique, et cite l'exemple d'un étranger qui fut frappé de sa première attaque d'épilepsie au milieu des salons de l'ambassade anglaise, puis, quelques jours après, aux Champs-Élysées, pendant une promenade à cheval. Au bout de quelque temps de traitemens divers, et alors qu'il était avoué épileptique, il vint trouver M. Trousseau. Il existait une douleur nocturne assez vive dans un côté de la tête; et dans l'examen de la santé antérieure, ce monsieur fit, pour la première fois, l'aveu d'un chancre suivi d'accidens secondaires; on dirigea, dès lors, le traitement d'après la supposition d'une exostose crânienne; et deux mois plus tard, la guérison était complète.

Deuxième classe. — Il n'existe pas de cause occasionnelle à laquelle on puisse rapporter la manifestation; c'est alors à cette dernière seule qu'on peut s'attaquer, comme on le fait, du reste, dans bon nombre de névralgies, dont la cause nous reste inconnue, fût-elle chlorotique, syphilitique, ou sous la dépendance d'une lésion locale; vous vous attaquez, et avec avantage pour le malade, à l'élément-douleur, qui n'est que la manifestation; et c'est aussi ce qu'il faut faire pour l'épilepsie. Le professeur passe en revue les différens remèdes qui ont été préconisés, et arrive au traitement institué presque à la même époque, il y a vingt-cinq ans, par le père de Breyne, de la Trappe, et par M. Bretonneau. Ils savaient que, vers le milieu du siècle dernier, Storck avait vanté l'emploi du datura, et un médecin suédois avait obtenu de bons effets de la belladone; ils reprirent l'usage des solanées vireuses, spécialement de la belladone, et, après des centaines de faits, arrivèrent à des résultats assez satisfaisans pour proclamer la suprématie de cette dernière plante, *suprématie tristement relative*, bien entendu.

Depuis douze ans, j'emploie le traitement de MM. Bretonneau et de Breyne, ayant toujours huit ou neuf personnes en traitement, et je m'en suis bien trouvé. Mon ami, M. Blache, dans sa nombreuse clientèle, l'emploie depuis la même époque avec pareil résultat de succès et d'insuccès.

Le mode d'administration joue un très grand rôle dans cette médication, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, puisqu'il en est ainsi pour les spécifiques les plus puissans. Ainsi Torti a-t-il pu dire, avec raison, qu'une livre de quinquina, administrée sans méthode, n'arriverait pas à couper une fièvre intermittente; tandis qu'elle pouvait l'être avec deux onces données convenablement.

Voici le mode d'administration de la belladone contre l'épilepsie :

Extrait de belladone . . . . . }
Poudre de racine de belladone. } *àà* 1 centig. 1 pilule.

Pendant un mois, vous donnez tous les soirs une pilule ainsi composée; le deuxième mois, deux pilules le soir, et à la fois; quel que soit le nombre auquel vous deviez arriver par la suite, les pilules doivent toujours être prises le soir d'un seul coup. Troisième mois, trois pilules; quatrième, quatre pilules. Il faut alors remarquer si le sujet est très sensible à l'action du remède, et, dans ce cas, ne plus augmenter que tous les deux mois.

Pendant tous ce temps, la famille du malade doit tenir un registre où soient consignés le nombre, la nature des attaques, les vertiges; et si, au bout d'un an, vous avez obtenu une diminution sensible dans le nombre et la durée des attaques, vous pouvez être sûrs de la guérison, à la condition de continuer pendant deux, trois et quatre ans. On doit cesser d'augmenter quand on est arrivé à une dose telle, que l'action physiologique soit assez prononcée, pour que le malade n'en puisse supporter davantage.

Il ne faut pas être surpris de la longueur du traitement, car il en est ainsi dans presque toutes les affections chroniques. Avant de cesser complétement le traitement, on le suspend pendant deux ou trois mois, puis pendant quatre mois, en le reprenant pendant un mois et diminuant la dose.

A l'aide de cette médication, on obtient des modifications avantageuses dans le plus grand nombre des cas; la guérison radicale dans le plus petit nombre. M. Trousseau compte, depuis douze ans, 20 guérisons sur 150 malades.

(*La suite à un prochain n°.*) Dr E. ARCHAMBAULT.

THÉRAPEUTIQUE.

ESSAI DU BICARBONATE DE SOUDE A HAUTES DOSES DANS LE TRAITEMENT DE LA LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE;

Par M. le docteur A. LALESQUE aîné, médecin à La Teste (Gironde).

L'UNION MÉDICALE du mardi 10 avril dernier a rapporté une observation de M. Marchal (de Calvi), tendant à proposer l'emploi des bicarbonates alcalins dans le traitement de l'angine couenneuse, et cette observation a été l'occasion et le sujet de considérations physiologiques que je viens de lire dans le même journal.

Je n'ai pas l'intention de prendre date, à côté de l'honorable M. Marchal, à l'occasion de la médication qu'il propose. Toutefois, ayant essayé le bicarbonate de soude dans un cas de laryngite pseudo-membraneuse idiopathique grave, avec certaines apparences de succès, je demande la permission de le placer sous les yeux de vos lecteurs, auprès de celui de M. Marchal, dans le but de lui prêter et d'en recevoir de l'autorité. Ce nouveau succès n'aurait-il d'autre résultat que d'affermir M. le professeur Trousseau dans sa résolution d'expérimenter le sel alcalin que nous avons employé, je ne crois pas devoir en laisser ignorer l'effet à mes confrères.

Quoique la date soit précise, dans mon observation, je n'ai pas l'intention de revendiquer la priorité à l'honorable M. Marchal. Je tiens au fait comme progrès, s'il y en a, et non comme gloire.

Jean Dutruch, fils d'un garde forestier, âgé de 4 ans, d'un tempérament sanguin lymphatique, d'une bonne constitution, se couche bien portant le 29 décembre 1854, à sept heures du soir.

Vers dix heures, après un sommeil tranquille de trois heures environ, l'enfant se réveille en sursaut, pris d'une difficulté de respirer considérable, s'assied sur son lit, les yeux ardens; parle d'une voix presque éteinte, siffle en respirant, et tousse sec et rauque, par quintes fréquentes qui n'ôtent rien aux sifflemens de la respiration.

Sa mère, frappée de cet ensemble d'accidens, donne à l'enfant de l'eau de guimauve tiède et sucrée, et lui fait deux pédiluves très chauds jusqu'au matin.

Le 30, dans la matinée, l'oppression diminue un peu; la toux reste sèche et rauque, la respiration sifflante, et la voix s'éteint complétement. La mère continue la même boisson, et fait prendre au malade deux pédiluves à la cendre à deux heures de distance.

La maison forestière de Dutruch est à quatre kilomètres environ de La Teste. Voyant que l'enfant ne va pas mieux, la femme Dutruch vient en ville le même jour, à dix heures du matin.

L'état du malade continue tel qu'il était jusqu'à cinq heures du soir. L'augmentation des accidens détermine la mère à m'appeler, et j'arrive à l'instant près du malade, que je trouve dans l'état suivant :

La respiration que j'entends à distance, en entrant dans la chambre du malade, est bruyante, sifflante et difficile, comme celle de certains asthmatiques : au lieu de partir de l'ouverture buccale, comme celle de tout individu sain respirant la bouche ouverte, elle est profonde, trachéale; mais l'expiration ne présente aucun bruit anormal.

L'enfant est plutôt assis que couché dans son lit; il a la face animée, les yeux ardens, la peau chaude et le pouls précipité. Sa toux est fréquente, sèche, déchirée et sifflante à la fin de la secousse.

Je presse la région antérieure du larynx et de la trachée-artère, en demandant au malade si je lui fais du mal; il me répond d'une voix éteinte et profonde, comme celle d'une personne qui parle bas avec effort, que je lui fais un peu de mal, mais pas beaucoup. J'insiste pour le faire parler plus haut, il me dit qu'il ne le peut pas.

Du reste, le malade n'avait pas de gonflement des ganglions sous-maxillaires, pas de concrétions pseudo-membraneuses sur les tonsilles, pas d'amygdalite, pas de rougeur accessible à la vue, dans la cavité du pharynx (diagnostic : laryngite pseudo-membraneuse probable). Prescription : quatre sangsues sur la région laryngienne; 60 centigrammes de poudre d'ipécacuanha, après l'écoulement du sang; frictions avec l'onguent mercuriel double, de demi en demi-heure, sur la face antérieure du cou; eau de guimauve édulcorée avec du sirop de gomme, une pinte, additionnée d'un gramme de bicarbonate de soude, jusqu'à minuit; deux pédiluves sinapisés jusqu'à la même heure. De minuit au matin, un autre gramme du même sel dans un demi-litre de la même boisson.

L'invasion brusque de la maladie pendant la nuit, l'état du pouls qui n'était pas décidément fébrile, m'empêchèrent de porter un diagnostic invariable. Malgré mon incertitude sur la nature véritablement croupale de la maladie, je crus devoir, à cause de la gravité des accidens, adopter d'emblée le traitement ordinaire du croup, appliquant, d'après la théorie de la plasticité du sang, dans cette affection, un dissolvant, le bicarbonate de soude, pour vaincre ou empêcher cette plasticité.

Les sangsues saignèrent jusqu'à minuit. On donna la poudre vomitive, elle échoua. Le malade fut agité toute la nuit, il eut des paroxysmes d'oppression qui, comparés à ceux de la veille, avaient plus d'intensité.

Le 31, au matin, le malade est un peu plus calme depuis cinq heures. Le pouls est décidément à la fièvre; la peau est chaude; la parole, la respiration, la toux ont les mêmes caractères; l'oppression seule est plus prononcée. (Prescription : sirop d'ipécacuanha, frictions *ut suprà.*) Le malade vomit deux fois d'une manière copieuse. Les matières vomies sont composées de bile, de mucosités épaisses et de fragmens organiques de diverses grandeurs, pultacés, blancs, semblables, pour la couleur, à des pellicules d'œuf bouilli. Quelques stries de sang comme des veinules capillaires accompagnent quelques-uns de ces fragmens. C'était alors, à n'en plus douter, une laryngite pseudo-membraneuse que j'avais à traiter. La tisane est continuée. Le malade n'a pas encore fini la dernière dose prescrite la veille. Les frictions se font régulièrement.

Le soir, le malade a la respiration moins difficile et moins sifflante; sa parole est un peu moins éteinte. Malgré cette apparente amélioration, la fièvre plus d'intensité. La toux est encore fréquente, mais un peu moins déchirante que précédemment. (Frictions *ut suprà*; 1 gramme de bicarbonate de soude pour la nuit dans un demi-litre de tisane de guimauve.)

Le 1er janvier, le malade a dormi quelques instans dans la nuit; il a un peu moité. La fièvre est comme la veille. La respiration est plus libre; elle n'est presque plus sifflante. La toux est devenue grasse; mais le malade, qui ne sait pas cracher, avale les matériaux de l'expectoration. (Frictions *ut suprà*; 2 grammes de bicarbonate de soude pour les vingt-quatre heures.)

Le soir, la fièvre, la toux, la respiration, la parole se rapprochent de leur caractère normal, et le malade se trouve bien; il demande à boire du lait. (Frictions; tisane à continuer.)

Le 2, le malade a dormi à plusieurs reprises. Il a sué. La fièvre a presque disparu, et la toux, quoique fréquente, est naturelle et grasse; plus de gêne dans la respiration; plus d'oppression; l'enfant veut se lever. (Lait coupé; 50 centigrammes de bicarbonate de soude.)

Le 3, le jeune sujet n'a plus de fièvre; il tousse beaucoup, mais sans peine et sans bruit anormal; la parole est enrouée. Il demande des aliments. (Lait, bouillon, cessation du sel alcalin.)

Le 4, je permets deux potages. La toux et l'enrouement continuent. (Cessation des frictions.)

Le 5, le 6, le 7, convalescence; alimentation progressive; guérison. Le malade revient à la maison forestière. Je le perds de vue pendant un mois et demi. J'ai su, depuis cette époque, qu'il avait conservé pendant tout ce temps et de la toux et de l'enrouement.

LITHOTRITIE.

EXTRACTION DE DEUX CORPS ÉTRANGERS RETENUS DANS L'URÈTRE (1);

Par le docteur Alp. Amussat fils.

Les corps étrangers qui peuvent être introduits et retenus accidentellement dans l'urètre, variant beaucoup de forme et de volume, les procédés imaginés et les instrumens employés pour leur extraction, sont également très différens. La variété des cas qui peuvent se présenter ne permettant pas d'établir une règle de conduite uniforme de la part du chirurgien, c'est le plus ordinairement en faisant appel à ses souvenirs des moyens divers mis en usage dans des cas à peu près semblables, quelquefois même en en imaginant de nouveaux, qu'il parvient à triompher de la difficulté qui se présente. Appelé à donner des soins à deux malades ayant une rétention d'urine, occasionnée par la présence d'un corps étranger dans l'urètre, j'ai pensé qu'il pourrait être utile de faire connaître les moyens qui m'ont permis de les en débarrasser.

(1) Travail présenté à l'Académie de médecine de Barcelone.

Observation I. — *Fragment d'une grosse bougie en gutta-percha retenu dans l'urètre; rétention d'urine; extraction au moyen d'un lithotriteur d'enfant; guérison.*

Le docteur X., âgé de 40 ans, habitant, à trente lieues de Paris, une ville importante, placée sur le trajet d'un chemin de fer, s'était traité, il y a plusieurs années, d'un rétrécissement de l'urètre par la dilatation, et était parvenu à rendre la miction presque normale. Depuis lors, pour combattre la tendance du point rétréci à diminuer le calibre de l'urètre, il passait tous les mois une bougie assez volumineuse. Le 14 mai 1853, à sept heures du matin, notre confrère introduisit, comme de coutume, une grosse bougie droite en gutta-percha sèche, et au moment où il en abaissait l'extrémité libre, pour pénétrer dans la vessie, il sentit un craquement dans l'intérieur du canal; effrayé il la retira; alors il s'aperçut qu'elle s'était brisée, et que son extrémité était restée dans l'urètre. Il essaya d'uriner, mais la miction fut impossible. Il ne voulut pas permettre que l'on fît de tentatives d'extraction, et accompagné d'un de ses confrères, médecin distingué de la même ville, il vint à Paris. Je vis le malade à onze heures du soir; depuis le matin, il n'avait pas rendu d'urine. Le doigt indicateur de la main droite comprimant le périnée, puis introduit dans le rectum, me permit de constater la présence du fragment de bougie, occupant toute la portion de l'urètre, compris depuis le bulbe jusqu'au col de la vessie. Ma première pensée fut d'essayer l'extraction avec une pince de Hunter. Afin d'assurer plus de fixité au corps étranger, et de l'empêcher de pénétrer dans la vessie pendant les tentatives d'extraction, je priai mon confrère d'introduire son doigt indicateur dans le rectum du malade, et de comprimer le fragment de bougie au travers de la prostate. J'introduisis alors dans l'urètre une pince de Hunter, et j'essayai vainement à plusieurs reprises de saisir le corps étranger. Je compris bientôt, que le ressort des branches de la pince était trop faible pour vaincre la résistance du canal, et pénétrer entre lui et le bout de bougie. Alors je pensai à tenter l'extraction avec un lithotriteur d'enfant, à cuillers plates. En effet, il était possible avec cet instrument de dilater le canal au niveau du corps étranger et de saisir ce dernier. Je mesurai d'abord sur le fragment de la bougie, qui avait été retirée, l'écartement à donner aux branches pour saisir l'extrémité restée dans l'urètre, et je priai mon confrère de maintenir comme précédemment la bougie, en la comprimant au travers de la prostate, avec le doigt indicateur introduit dans le rectum. Tout étant ainsi disposé, le malade debout devant moi, j'introduisis le lithotriteur dans l'urètre; parvenu au corps étranger, j'ouvris les cuillers un peu au delà du degré marqué précédemment, indiquant la grosseur du bout de bougie, et je cherchai par un mouvement doux, à les faire pénétrer entre le corps étranger et le canal. Après plusieurs tentatives j'y réussis, et le comprimant modérément, je l'amenai au dehors.



Immédiatement après l'extraction du corps étranger, notre confrère urina facilement et très abondamment. Je le revis le lendemain, il se trouvait très bien, urinait aisément et put retourner chez lui. Depuis lors, la miction a eu lieu comme avant l'accident.

Ma première pensée, lorsque j'eus examiné notre confrère, fut de tenter l'extraction du fragment de bougie, qu'il avait dans l'urètre, avec la pince de Hunter. Cet instrument ne me permit pas d'atteindre le but que je me proposais, parce que la force d'écartement des branches de la pince ne fut pas assez grande pour vaincre la résistance du canal au point rétréci, et de s'introduire entre lui et la bougie. C'est ainsi, du moins, que je m'expliquai l'insuccès. J'eus alors l'idée de repousser le corps étranger dans la vessie et d'en faire l'extraction immédiate avec les brise-pierre à cuillers; mais je considérai cette méthode comme la dernière à suivre, si je ne réussissais pas plus simplement. Ce fut, du reste, cette réflexion qui me conduisit à essayer l'extraction directe avec un brise-pierre moyen, qui, comme on vient de le voir, réussit complétement.

En considérant les avantages du brise-pierre à cuillers pour triompher de la résistance du canal, j'ai pensé qu'un instrument de ce genre pourrait servir à la dilatation lente ou brusque des rétrécissemens de l'urètre. Dans ce but, j'ai fait exécuter dans les ateliers de M. Charrière fils, des instrumens ayant la forme de brise-pierre, avec de légères modifications, qui me paraissent les rendre plus convenables pour la dilatation.

Observation II. — *Calcul arrêté dans l'urètre d'un enfant; rétention d'urine, fragmentation au moyen d'un foret introduit dans une canule et de la curette; guérison.*

Le 11 août 1853, un enfant de 10 ans, ayant un calcul engagé dans l'urètre au niveau du bulbe, depuis huit heures environ, me fut amené par mon confrère M. le docteur Belloli. On sentait facilement au travers du périnée le corps étranger qui avait le volume et la forme d'un noyau de cerise. Il y avait rétention d'urine, depuis le moment où le corps étranger était dans le canal. Le méat urinaire de cet enfant étant assez étroit, j'essayai d'abord de faire rentrer le calcul dans la vessie, en le repoussant avec une sonde courbe d'enfant en argent, par laquelle on injectait de l'eau tiède. Mais le calcul était si bien fixé par les parois du canal, dans le point qu'il occupait, que ces tentatives n'eurent aucun résultat. J'essayai alors de l'amener dans la partie antérieure du canal avec une petite pince de Hunter, mais, comme dans le cas précédent, il me fut impossible de le saisir. L'enfant étant déjà fatigué, j'engageai ses parens à l'emmener. Le soir, je le revis, rien n'était changé dans la position du calcul, la vessie était seulement plus distendue. J'essayai alors le procédé suivant : l'enfant couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, j'introduisis dans le canal la canule de la pince de Hunter, qui m'avait servie dans la journée, et, dans cette canule, je fis passer une tige d'acier, terminée par une pointe de foret. Je priai alors M. le docteur Belloli de vouloir bien, avec une main, maintenir le calcul dans une position fixe, tandis qu'avec l'autre il tirait sur la verge, de manière à éviter qu'un pli de muqueuse ne vint s'interposer entre ma canule et la pierre, et m'exposer à dilacérer le canal avec la pointe du foret. Maintenant avec ma main gauche la canule appliquée sur le calcul, j'imprimai avec la droite un mouvement de rotation au foret, dont la pointe agissait sur le corps étranger. Je recommençai cette manœuvre délicate cinq fois, et, chaque fois, le jeune malade put rendre de l'urine, qui entraînait une certaine quantité de parcelles noirâtres et dures, appartenant au calcul. A la dernière tentative, j'éprouvai la sensation d'*une plus grande résistance vaincue*; alors je substituai, au premier instrument, une petite curette ordinaire, et, dans l'effort que je fis pour l'engager derrière le corps étranger, celui-ci se brisa en trois fragmens. Je retirai l'instrument, et le malade urina assez abondamment.

Le 12, je revis l'enfant, il avait continué à uriner et avait rendu deux fragmens de calcul noirâtres et en forme de coque. Bains de siége, tisane de chiendent avec la graine de lin, cataplasme sur le périnée et les parties génitales.

Le 16, la dernière portion de calcul n'a pas été rendue, l'enfant souffrant un peu, je lui promis de le débarrasser le lendemain. Mais, avant de retourner le voir, j'appris que les parens l'avaient fait transporter à l'hôpital de Charenton, où le fragment de calcul fut extrait très facilement le surlendemain avec une petite curette ordinaire.

Repousser le calcul dans la vessie, et le broyer ensuite, telle fut ma première pensée, lorsque j'eus examiné le jeune B... Ce procédé, ayant été très souvent employé avec succès par mon père, lorsqu'il était appelé auprès d'un malade ayant un fragment de calcul engagé dans l'urètre, à la suite d'une opération de lithotritie, me parut le plus simple et le plus inoffensif, puisqu'il consiste à faire le contraire de ce qui a eu lieu naturellement. J'aurais sans doute réussi si j'avais pu employer une sonde plus volumineuse, ce qui eût été possible *en débridant* le méat urinaire; mais je préférai réserver cette opération pour le cas où d'autres moyens échoueraient. J'écartai de suite la lithotritie urétrale, comme offrant trop de dangers, et l'on a vu que la pince de Hunter ne put me servir à atteindre le but que je me proposais. Le moyen que j'ai mis en usage me paraît avoir réussi, surtout parce que le calcul était composé d'une coque dure, renfermant à l'intérieur une espèce de tissu calcaire spongieux, peu résistant. Je ne puis donc considérer ce moyen que comme exceptionnel, jusqu'à ce que d'autres faits viennent établir sa valeur réelle. Néanmoins, comme il est simple, j'ai pensé qu'il pourrait offrir quelque intérêt aux praticiens.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE DU CHOLÉRA DE 1854, DANS L'HOPITAL PRINCIPAL DE LA MARINE DE TOULON;

Par H. Lauvergne, premier médecin en chef de la marine, professeur de clinique médicale.

(Suite. — Voir les numéros des 15 et 29 Mai 1855.)

L'histoire du plus grand fléau moderne, étudié sous le point de vue physiologique, soulève des questions neuves, qui touchent non seulement à la thérapeutique du choléra, aux moyens de le prévenir, mais encore, et c'est, nous le croyons inédit, à la conservation de l'espèce humaine en état de santé normal et de durée. Quand nous avons dit que chacun avait eu sa part de choléra, nous n'avons pas prétendu exonérer de ses conséquences pathologiques ceux qui l'ont alors vu et connu en miniature. Après une longue épidémie, les organismes les plus réfractaires à son action absolue, ceux, en un mot, qui ont résisté, sont très souvent longtemps à se *refociller*. Pourquoi? Voici une réponse dont le développement exigerait de longs commentaires. Nous avons dit plus haut : la vie, c'est l'assimilation, et, dans le vrai choléra, cette fonction première est suspendue, perturbée, ou même, dans le choléra mourant ou mort, anéantie. Oui, anéantie, nous avons constaté la mort avec insensibilité absolue, avec *exosmose* au dehors, à la peau, des liquides visqueux et glacés d'une manière continue et à vue d'œil; phénomène observé depuis 1835, et que l'on appelle vulgairement *peau de batracien*, chez les cholériques. Chez certains cholérisés dits foudroyés, glacés, visqueux, insensibles, atones, morts enfin, nous avons senti le pouls radial et celui du cœur : on pouvait en compter les pulsations. En présence de tels faits, on s'explique ce que nous avons maintes fois observé durant nos longues courses en mer, le cœur de l'énorme requin, ou celui du frêle rémora, arraché de leur poitrine et qui palpite encore vingt-quatre heures après son extraction et hors de son élément naturel. Quel rapport, dira-t-on, entre ces deux phénomènes? Le cœur de l'homme qui conserve son irritabilité organique dans la poitrine d'un cholérique mort, est-il identique à celui d'un squale retiré de l'Océan? Oui. Le sang n'est-il pas le milieu où vivent et se meuvent toutes les parties de l'homme; or, si le sang est coagulé, *cadavre*, ce milieu n'existe plus.

Voilà pour le choléra confirmé.

Maintenant, comment établir qu'en temps d'épidémie d'une haute gravité, ce que nous appelons *part de choléra de chacun*,

constitue sinon une imminence, mais au moins un état pathologique général, une véritable prédisposition au mal. L'unique et simple réponse à cette dernière proposition, c'est l'altération de l'assimilation, par suite, celle du sang, et, en dernière conséquence, celle des fluides sécrétés. Voici des faits nombreux, d'une observation commune et partant féconds en grands enseignemens. En première ligne, les sueurs soit générales ou partielles, nocturnes surtout, et sans odeur spécifique, comme dans la suette épidémique, sans éruption miliaire et sans fièvre. Nous en avons déjà fait mention, comme ayant été un cachet d'immunité pour ceux qui les ont éprouvées!

Les sueurs, extraites du sang, ont eu cela de particulier, qu'elles n'ont point brisé les forces de ceux qui les ont journellement subies. Ces sueurs ont coïncidé, chez tous nos sujets connus, avec une soif vive, irrésistible, plus impérieuse à l'heure des repas. Alors, l'eau fraîche avec le vin était bien tolérée par l'estomac à une dose élevée. Nous avons noté des personnes qui en ont usé imprudemment hors de l'heure des repas, et, chose étonnante, n'en ont pas reçu le coup mortel. Toutefois, il est dangereux de boire un excès d'eau pure, surtout quand l'estomac ne fonctionne pas. Cette quantité de boisson absorbée passe dans le sang et remplace les pertes causées par les sueurs. Le matelot, dont la peau est sèche pendant le travail rude de son métier, a été pris de sueur après l'ingestion d'un verre de vin; c'est un signe et un moyen de résistance au mal. En temps de choléra, le sentiment du goût s'exalte chez les sujets qui résistent par leur force morale, une bonne hygiène et une heureuse constitution; l'estomac appelle la nourriture animale et la boisson abondante, fraîche et tonique; en aucun temps, on n'éprouve mieux le bien-être d'une restauration subite, après un repas, dans les conditions d'un sujet qui vit au milieu des influences cholériques. Mieux vaut aussi, pour résister au choléra, agir comme en temps ordinaire, que de rester passif et dans la solitude. L'oisiveté est conseillère intime du fléau : elle fait songer au mal, et la peur le donne.

En temps ordinaire, l'hygiène domestique peut s'accommoder de la répétition, à heure fixe, du déjeuner et du dîner; pour d'autres, le souper est indispensable, et ne s'en portent pas moins bien. C'est une erreur de croire à un mal résultant de la fatigue de l'estomac par deux et trois digestions. L'estomac est fort bon père de famille; les anciens l'ont dit et nul ne le sait mieux que les hommes dont le travail entretient la longévité et la robuste vigueur; nos matelots, par exemple. Ce qui nuit à la vitalité de l'estomac, c'est l'abus des alimens et les chefs-d'œuvre de la science culinaire. L'organisation humaine, pour se conserver dans une tension harmonique normale, a besoin qu'il s'opère sans cesse en lui un mouvement continu de fluides et de gaz. Ce mouvement est toujours ralenti à l'heure du repas attendu, et il en découle ce sentiment intime d'impuissance physique et morale, rapportée au centre phrénique, et qui disparaît et s'efface par un sentiment contraire aux premiers assauts d'un appétit satisfait.

Sous les coups de l'influence cholérique, qui n'a senti, au creux de l'estomac, ce trouble interne avec défaillance et borborygmes, accompagné de soif, voire même de céphalalgie, de phénomènes nerveux comme crampes, contractions douloureuses aux mollets; froids partiels? Qui n'a vu aussi ces phénomènes disparaître aussitôt que l'estomac a reçu en alimens et en vivres sa provende nécessaire? Ces considérans nous font admettre l'activité continue de l'estomac comme un moyen hygiénique et *prémunitif* du choléra; un excitateur continu de l'innervation phrénique, qui entretient sans perturbation, et nous osons dire avec bonheur, le phénomène de la vie organique, c'est-à-dire, l'entrée et le départ dans l'économie et sans interruption, d'élémens liquides et gazeux. Les deux repas habituels devraient donc, à ce compte, être partagés en trois ou quatre dans les vingt-quatre heures. Dans nos pays méridionaux, les gens de labeur rude, les matelots, ont appris par l'habitude, le bien-être qui résulte pour la santé et sa stabilité, de cette division des repas quotidiens.

Les autres signes qui sont comme l'ombre des symptômes cholériques, éprouvés par ceux qui ont vécu dans notre atmosphère ont été, après les précédens, les sueurs froides partielles, des défaillances subites comme au début des fièvres intermittentes, des nausées, de crampes subites aux mollets, des traits aigus, lacérans dans les jumeaux, des serremens subits de la gorge avec la voix étranglée, des congestions fréquentes et passagères au cerveau, suivies de véritables hémorrhagies nasales, d'un sang plastique, noirâtre, privé de sérum, passant rapidement à la putréfaction, comme celui qu'on retire des malades dans la fièvre jaune. En 1835, ces hémorrhagies ont été fréquentes, et nous en avons soumis à l'examen d'un chimiste distingué, qui nous avait confirmé l'identité du sang cholérique avec celui propre à la fièvre jaune. Qui doute, d'ailleurs, de l'altération du sang, dans une maladie qui débute dans six cas sur vingt, par la mort du sang?

Nous avons encore remarqué, chez beaucoup de sujets doués d'une grande force de résistance, des décharges subites intestinales, caractérisées par des selles bilieuses, vertes comme du persil haché, ou jaune d'ocre, voire même noires. Cet état disparaissait du soir au lendemain, et le sujet s'en trouvait mieux portant. Cette décharge hépatique, jugée de bon augure en temps ordinaire, mérite, en temps d'épidémie, d'être prise en sérieuse considération. La plupart de nos cholériques, jeunes et vigoureux, ont été pris de mal mortel, pour avoir négligé ce faible incident, qui cède au début à des moyens simples, tels que la diète et quelques boissons calmantes pendant un jour ou deux.

En général, nous avons toujours noté une altération sensible des liquides ou humeurs sécrétées en temps de choléra; c'est la conséquence forcée d'un air contaminé qu'une population respire et dont nul moyen humain ne peut découvrir la raison. Cet air intoxique les humeurs à divers degrés et nulle résistance vitale ne peut y soustraire un organisme humain, les sources même où la vie puise ses moyens de génération ne sont épargnées; n'est-ce point une preuve éclatante de ce fait, que celui des émissions involontaires, fréquentes pendant la nuit, accusées par tant d'individus, d'un fluide séminal, tout à fait aqueux, comme si les glandes dont il provient, pareilles au foie, au pancréas, avaient leurs décharges pathologiques et subissaient aussi l'empire du choléra. Il va sans dire que ce fluide, vu au microscope, n'a point présenté l'ombre d'un animalcule.

Avant de passer outre, consignons ici un fait que nous livrons, d'ailleurs, sous toutes réserves et qui pourrait bien expliquer pourquoi la nature du choléra n'étant point absolument contagieuse, du moins cette propriété restant encore contestable, comment, disons-nous, il se fait que des preuves de contagion surgissent des salles où gisent plusieurs cholériques arrivés au *summum* d'intensité de la maladie? Sous l'empire d'un choléra dont le corps subit les mutations inséparables du retrait de la vie, les gaz qui s'en émanent se traduisent pour celui qui est sain et soumis longtemps à leur influence, par l'odeur *spécifique* et une *aura* ou vapeur au cerveau, qui l'exalte sans endolorissement et qui finit par une faiblesse indirecte comme celle qui résulte d'une boisson alcoolique mal fermentée.

Ce fait n'est pas nouveau pour nous; déjà nous l'avions signalé à l'occasion du typhus des forçats à Saint-Mandrier; le gaz typhique développait, à l'issue de chaque longue visite, une impression au cerveau, analogue à celle que provoque l'inspiration du gaz exhilarant d'oxidule d'azote. L'air de la salle n° 1, où gisaient constamment quinze à vingt cholériques du genre *vehementissimus*, ont produit la même *ivresse* pathologique chez nos confrères attachés à notre service. Qu'on appelle la cause de cet état miasme ou gaz, peu nous importe, il nous suffit de l'effet produit, qui se dissipe au dehors par l'inspiration d'un air vif et pur, mais y aurait-il erreur et hypothèse, dans l'opinion d'un gaz délétère, émané d'un cholérisé mourant, dont l'innervation d'un sujet sain peut se saturer, au point de s'identifier à l'innervation intoxiquée de celui qui en est le foyer? Nos chirurgiens, nos élèves, les sœurs hospitalières et infirmiers qui ont longtemps pratiqué la salle des cholériques, ont tous éprouvé à un degré plus ou moins sérieux, des symptômes du mal. Il va sans dire que nous avons noté chez tous le phénomène que nous osons appeler *ivresse cholérique*. Il a été remplacé par un choléra des plus intenses chez un chirurgien de 3me classe, M. Huillet. Enfin, deux infirmiers et deux sœurs hospitalières sont morts en quelques heures du choléra foudroyant. De tout cela, il ressort comme fait démonstratif, que l'aération des locaux renfermant les forts cholérisés, et leur dissémination, constituent le moyen sûr et logique de désinfection et d'assainissement. Du reste, l'air vif et pur n'est-il pas le premier élément de médication anticholérique?

Avant de passer au traitement que nous avons suivi d'une manière à peu près absolue chez tous nos plus graves malades, récapitulons leur nombre, c'est-à-dire, ajoutons au chiffre connu, celui dont il s'est accru jusqu'au jour où le choléra, dans nos établissemens maritimes a été officiellement reconnu fini. Ce jour a été le 10 septembre 1854.

Le nombre des cholériques du 17 juillet jusqu'au 11 août s'élève à 296. Nous excluons, comme on sait, de ce nombre, les cholérines plus ou moins malignes.

Depuis le 11 d'août jusqu'au 10 septembre, le chiffre des malades a atteint celui de 338. Et, à cette époque finale, le chiffre total des décès a été celui de 163. Sur ce dernier nombre, nous mentionnons, pour mémoire, 51 cas de choléra *vehementissimus*, lesquels, admis à l'hôpital, ont été reçus dans un état désespéré et sont morts sans le moindre signe de retour à la vie, en un mot, de réaction. Les équipages de ligne ont fourni 30 de ces cas; les chiourmes 5; l'infanterie de marine 6; l'artillerie de marine 5; la frégate le *Panama* 2; les ouvriers du port 2; le commerce 1; le vaisseau le *Fleurus* 1; le *Tanger* 1; les infirmiers 1; enfin, M. Thiébaut, officier de santé de la marine, chez lequel notre traitement échoua, mais qui prit, en outre, le sulfate de strychnine dont l'action fut à peu près nulle, c'est-à-dire qu'elle se borna à une contraction musculaire qui le mit une seconde sur pied, comme aurait fait une grenouille morte au fond d'un vase d'eau et qu'on aurait enferrée dans un arc électrique au moyen de la pile de Volta.

Chez les 109 autres cas de choléra morts après des signes de réaction, tous, après avoir été réchauffés, ont fini, soit par impuissance de la réaction si faiblement obtenue, soit par le fait d'une adynamie croissante jusqu'à l'heure suprême. Nous n'avons point observé à la suite d'une atteinte cholérique jugulée, les symptômes propres à la fièvre typhoïde, expression pathologique par trop générale pour beaucoup de médecins, qui l'accusent de tuer ceux que le choléra aurait conservés. Enfin, nous en avons vu beaucoup mourir par la coagulation du sang en caillots non fibrineux dans le cœur et les gros vaisseaux. Il va sans dire que c'est un pur phénomène de l'agonie que celui du sang en caillots dans l'organe central de la circulation.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances du 25 Avril et du 2 Mai 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Sommaire. — Hypertrophie partielle de la mamelle. — Écoulement séro-sanguinolent par le mamelon. Discussion. — Anévrysme de l'artère poplitée guéri par la compression indirecte alternante.

Hypertrophie partielle de la mamelle; — de la valeur de l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon dans certaines tumeurs du sein.

M. RICHET a présenté à la Société de chirurgie, dans la séance du 25 avril, une tumeur du sein qui augmentait de volume à chaque période menstruelle, et qui laissait écouler par le mamelon un peu de sérosité sanguinolente. L'analyse microscopique a permis de reconnaître que la tumeur était constituée par une hypertrophie de la mamelle, avec infiltration gélatiniforme des lobules.

La discussion à laquelle cette présentation a donné lieu porte sur deux points :

1° Quelle est la valeur réelle de l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon dans les tumeurs mammaires?

2° Quelle est la véritable nature des tumeurs désignées aujourd'hui sous le nom d'hypertrophie mammaire?

Le suintement séro-sanguinolent par le mamelon, déjà indiqué par Boyer, A. Bérard, M. Velpeau, M. Lebert, a attiré plus spécialement l'attention de M. A. Richard, qui lui a consacré un article en 1852 (*Revue médico-chirurgicale*, t. XI, p. 18). L'auteur ayant recueilli, dans les hôpitaux de Paris, cinq observations dans lesquelles le suintement séro-sanguinolent coïncidait avec une tumeur hypertrophique de la mamelle, inclinait fortement à penser que ce signe était propre aux tumeurs adénoïdes du sein. Une sixième observation, recueillie dans le service de M. Velpeau, ébranla ses convictions; car il s'agissait, cette fois, d'une tumeur cancéreuse. Néanmoins, l'examen microscopique de la masse morbide permit de reconnaître que celle-ci était formée d'élémens cancéreux et d'élémens mammaires hypertrophiés. D'un autre côté, M. A. Richard n'ayant jamais rencontré d'écoulement d'aucune sorte par le mamelon, sur 27 cas de cancer du sein confirmé, l'auteur terminait son mémoire par les conclusions suivantes : 1° L'écoulement par le mamelon est un symptôme fréquent de l'hypertrophie partielle de la mamelle; 2° son existence est d'un pronostic favorable dans les tumeurs du sein.

Cette opinion n'a pas rencontré un accueil favorable auprès de plusieurs membres de la Société de chirurgie. Ainsi, M. GUERSANT, M. ROBERT, M. LENOIR, M. MOREL ont cité plusieurs observations dans lesquelles l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon existait en même temps qu'une tumeur cancéreuse de la mamelle; d'autres cas de tumeurs adénoïdes bien franches qui n'étaient nullement accompagnées de ce signe important. Pareille conclusion a été nettement formulée par M. Velpeau, qui a discuté avec soin le signe en question et qui s'exprime ainsi (*Traité des maladies du sein*, page 526, Paris, 1854) : « C'est, en somme, un suintement que j'ai rencontré plus souvent avec le squirrhe ou l'encéphaloïde qu'avec les tumeurs bénignes, et qu'il faudrait peut être rapporter d'une manière générale à la dilatation ou à l'irritation de certains galactophores troublés dans leurs rapports ou dans leurs fonctions par la présence des tumeurs, quelles qu'en soient l'espèce ou la nature, développées dans le tissu mammaire. »

Les tumeurs adénoïdes du sein doivent-elles toujours être considérées comme des tumeurs hypertrophiques de la mamelle? Cette question a été soulevée incidemment par une communication de M. Broca. Il s'agit d'une tumeur du sein enlevée sur une malade âgée de 36 ans, et présentant les caractères suivans : la masse morbide est entourée par un kyste, dont la surface interne présente les apparences d'une membrane séreuse. Elle est pédiculisée dans l'intérieur du kyste, et ce pédicule, étroit, irrégulier, est constitué par des filamens assez résistans. La tumeur présente à la coupe tous les caractères des hypertrophies glandulaires partielles, avec prédominance des culs-de-sac, et l'examen microscopique n'a fait que confirmer cette opinion.

La pièce dont nous venons d'esquisser les principaux caractères a paru à M. Broca de nature à rendre compte de l'opinion de M. Paget et de M. Velpeau sur la nature de l'hypertrophie partielle de la mamelle. Contrairement à l'assentiment de quelques micrographes contemporains, ces deux chirurgiens croient, en effet, que ces tumeurs ne sont pas des hypertrophies, mais des tissus de nouvelle formation. Pour que le lecteur puisse avoir sous les yeux toutes les pièces de ce procès scientifique, sur lequel les parties adverses sont encore loin de s'entendre, nous rappellerons ici le passage de M. Velpeau, où ce professeur discute l'étiologie des tumeurs adénoïdes (*Traité des maladies du sein*, p. 363) :

« Si les tumeurs adénoïdes étaient de simples hypertrophies partielles, elles devraient, il me semble, se continuer dans tous les cas par un pédicule quelconque avec la mamelle proprement dite; plus la tumeur a de volume, plus son pédicule devrait être gros, évident, solide. Une tumeur qui égale parfois en dimension deux têtes d'adulte, qui offre plus de masse qu'une mamelle à l'état de lactation, pourrait-elle exister si elle n'était qu'un lobule glanduleux hypertrophié, sans avoir un énorme pédicule, sans une ou plusieurs racines formées de vaisseaux, de nerfs, et surtout de conduits galactophores également hypertrophiés? Or, il est certain que la dissection la plus attentive n'a jamais démontré de continuité de ce genre entre ces sortes de tumeurs et le tissu mammaire; j'ai pu m'assurer, au contraire, avant et après l'opération, de leur entière indépendance dans presque tous les cas. »

Et pour ce qui est de l'étiologie des tumeurs adénoïdes de la mamelle, M. Velpeau conclut que ces tumeurs reconnaissent, au moins dans un

certain nombre de cas, l'épanchement d'un grumeau de matière plastique ou de fibrine pour causes premières, et que la formation de ce premier noyau, une fois admise, il est permis de croire à des nuances diverses dans la forme et l'aspect des tumeurs, quoiqu'elles aient peut-être une origine semblable. M. Paget considère aussi les tumeurs adénoïdes comme des tissus de nouvelle formation; mais il diffère de M. Velpeau sur leur mode d'origine. Suivant le pathologiste anglais, ces tumeurs débutent par la formation d'un kyste, dont les parois deviennent le siége d'une végétation intérieure qui fait saillie en se pédiculisant, et qui s'organise en revêtant peu à peu la structure de la glande voisine à une période plus avancée de la maladie; la végétation intérieure, qui a pris de l'accroissement, se met en contact avec la surface interne du kyste, et y contracte des adhérences molles et celluleuses. Plus tard, enfin, les adhérences deviennent générales, la cavité du kyste disparaît, et il ne reste plus qu'une membrane exactement appliquée à la surface de la tumeur, qui se trouve ainsi complétement isolée des tissus environnans.

Quels sont maintenant les argumens que M. Broca adresse à M. Velpeau et à M. Paget, pour combattre leur opinion. M. Broca objecte que, s'il est difficile parfois de démontrer la communication qui existe entre les tumeurs adénoïdes et les conduits galactophores, il l'a constatée, pour son propre compte, dans un certain nombre de cas. D'ailleurs, si cette communication n'existait pas, comment se rendre compte de l'écoulement séro-sanguinolent qui accompagne souvent les hypertrophies mammaires?

De ces deux objections, la première seule nous paraît avoir une certaine valeur; la seconde nous semble moins importante. Pour qu'elle eût une signification réelle, il faudrait, avant tout, démontrer que l'écoulement séro-sanguinolent prend toujours son point de départ dans le tissu morbide, et qu'il ne reconnaît pas pour cause un travail congestionnel qui se passe dans la portion du sein qui n'est pas encore envahie par le produit de nouvelle formation. Un fait cité par M. Verneuil, dans la discussion actuelle, semble favorable à cette dernière assertion: chez une malade de M. le professeur Denonvilliers, il existait un écoulement par le mamelon, en même temps qu'une induration assez circonscrite, formée par un lobe mammaire, qui avait subi l'altération hypertrophique sous la forme de kystes multiples d'un très petit volume. Un stylet introduit par un des orifices du mamelon s'engageait à une profondeur de 3 à 4 centimètres, pour aller rejoindre la masse morbide. Le conduit galactophore, qui fournissait l'écoulement, avait environ 1 à 2 millimètres d'étendue; *il ne paraissait pas communiquer avec les kystes, qui étaient bien clos, et trop petits d'ailleurs pour fournir une quantité de liquide notable.*

M. Verneuil a également soutenu l'identité qui existe entre les tumeurs adénoïdes et le tissu mammaire. Il a pu, comme M. Broca, comme M. Robert, trouver, en maintes circonstances, le pédicule de la tumeur, et, par l'examen microscopique, y reconnaître la présence d'élémens glandulaires. D'ailleurs, dans les cas même où on ne trouve pas de communication, il est impossible d'affirmer que pareille communication n'ait jamais existé, car l'histoire anatomique de l'hypertrophie glandulaire démontre qu'il existe un antagonisme entre le développement de l'élément sécréteur et de l'élément excréteur. Tandis que le premier s'hypertrophie, le second tend à disparaître, d'où il résulte qu'une atrophie des conduits excréteurs coïncidant souvent avec une hypertrophie des lobes ou des lobules correspondans, l'absence de communication qu'on constate plus tard ne prouve pas que cette absence ait toujours existé.

Anévrysme de l'artère poplitée, guérie en cinq jours, par la compression indirecte alternante.

M. Danyau, chargé de faire un rapport sur la candidature de M. Depaul, candidat à la place actuellement vacante à la Société de chirurgie, a analysé une observation d'anévrysme spontané de l'artère poplitée, guéri en cinq jours par la compression indirecte alternante. Voici un précis de cette observation:

Un homme, âgé de 34 ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle vit, à la suite de quelques efforts musculaires accomplis par la jambe gauche, se développer dans la région poplitée correspondante une petite tumeur du volume d'une noisette. Bientôt surviennent des fourmillemens dans le pied et des crampes qui se propagent du gros orteil au jarret. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, le 24 juillet 1854, M. Depaul reconnut au centre du creux poplité gauche une tumeur de forme arrondie, non bosselée, rénitente, du volume d'un petit œuf de poule, animée de battemens isochrones à ceux du pouls. Les battemens de la tumeur cessaient par la compression exercée sur l'artère fémorale. Au niveau même de l'anévrysme existaient des douleurs assez vives; enfin les fourmillemens indiqués tout à l'heure persistaient dans le pied.

Le 1er août, M. Depaul, assisté de M. Broca, applique un appareil à compression, composé de deux compresseurs fixés sur une gouttière et placés, l'un au niveau du pli inguinal, l'autre à la partie inférieure de l'artère crurale. La compression exercée sur le vaisseau principal du membre fut alternée huit fois pendant les premières vingt-quatre heures, au moyen de deux pelotes de l'appareil, rapprochées tour à tour de la cuisse du patient.

Dès la fin du premier jour, il y eut un soulagement notable dans les douleurs; et dès le 4 août, M. Depaul constata que les battemens de la tumeur avaient diminué d'intensité. Le 6 août, l'appareil à compression est enlevé; le doigt appliqué sur la tumeur ne perçoit plus aucun battement et l'auscultation ne dénote aucun bruit anormal. Malgré cette amélioration notable dans l'état du malade, l'appareil à compression est de nouveau appliqué pendant trois jours, et ce n'est que le 9 août qu'il est définitivement enlevé; la guérison de la tumeur peut alors être considérée comme complète.

Dr Fano.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(ancienne Société médicale du Temple).

Séances de l'année 1854 (1er trimestre). — Présidence de M. Am. Forget.

Sommaire. — Influence du sens de la vue sur certaines paralysies nerveuses. — De l'huile de foie de morue considérée comme substance analeptique.

M. Duchenne de Boulogne fait la communication verbale d'un travail qu'il a intitulé: *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les usages de la sensibilité musculaire.*

Il a été consulté, il y a cinq ans, par une femme qui était privée de sensibilité musculaire. Néanmoins, elle marchait librement dans le jour, tandis qu'elle se trouvait tout à fait paralysée quand venait la nuit. — Il eut ensuite occasion de voir un jardinier, sur lequel il y avait au membre supérieur droit une anesthésie complète, avec paralysie pendant la nuit, et retour de la faculté de mouvoir le membre pendant le jour. Il se produisait alors une particularité remarquable. En causant, cet homme gesticulait d'une manière très animée du bras gauche seulement, le bras droit restant inerte tant qu'il ne le voyait pas; mais, aussitôt qu'il regardait le membre droit, les deux côtés gesticulaient ensemble.

Depuis lors, M. Duchenne avait observé plusieurs cas analogues. Ces faits, quoique bien réels pour lui, lui semblaient si extraordinaires, qu'il hésitait à les publier. S'il en parle aujourd'hui, c'est qu'un cas de cette nature vient de se produire dans une des salles de l'hôpital de la Charité, et, qu'examinée par les personnes qui en suivent la visite, son authenticité devient incontestable. Il s'agit d'une jeune fille atteinte d'anesthésie. Quand on lui dit de donner la main, elle la présente pourvu qu'elle la voie; mais si, en masquant la main, on empêche la malade de la voir, il y a paralysie, et la volonté ne suffit pas pour produire le mouvement, qui se rétablit aussitôt que l'on démasque la main. M. Duchenne ajoute qu'il est convaincu qu'il n'y a ici aucune supercherie de la part de la malade. Ayant été chargé de l'électriser, tant qu'il n'agit que sur la peau, il obtint seulement la cessation de l'anesthésie, mais la paralysie persista. Dès qu'il dirigea l'action électrique sur les muscles eux-mêmes, les contractions musculaires obéirent à la volonté; et, sans voir son membre, la malade put le faire mouvoir quand elle le voulait.

Comment expliquer ces faits? Tel est le but des recherches de notre collègue, et, des expériences qu'il a faites à ce sujet, il est arrivé aux conclusions suivantes: 1° Il paraît exister un sens qui siége dans le muscle et qui sert à l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire; M. Duchenne propose de l'appeler *sens musculaire.* 2° Dans les mouvemens volontaires, le sens musculaire semble précéder et déterminer la contraction; il ne faut donc pas le confondre avec ce que M. Gerdy nomme la *sensation d'activité musculaire*, qui n'est autre chose que la conscience de la pesanteur, de la résistance des effets obtenus par la contraction des muscles. 3° Le sens musculaire est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction. 4° Cependant, le sens de la vue est l'auxiliaire du sens musculaire et peut le suppléer. 5° La perte simultanée du sens de la vue et du sens musculaire produit la paralysie des mouvemens volontaires.

M. Collomb: Je demanderai à M. Duchenne comment il explique le rapport qui existerait, selon lui, entre le sens musculaire et la vue; et comment la vue pourrait suppléer à l'action physiologique attribuée au sens musculaire?

M. Forget: Comment la vue peut-elle produire sur un membre paralysé le même effet thérapeutique que l'électrisation? Comment la vue suffira-t-elle pour faire cesser une paralysie, en suppléant au sens musculaire, si cette paralysie est le résultat d'une cause matérielle, anatomique?

M. Duchenne de Boulogne: Le fait que je viens de citer est incontestable. La paralysie, existant la nuit, cesse dans le jour; la contraction musculaire se produit quand la malade regarde son membre; elle n'obéit plus à la volonté lorsque le membre est caché à la vue. Je constate le fait, je ne l'explique pas. Ce que j'ai rapporté des effets de la vue, suppléant à l'action du sens musculaire, ne peut s'appliquer qu'à des cas de paralysies nerveuses, sans lésions anatomiques appréciables.

M. Durand-Fardel: Dans les paraplégies commençantes, si le malade veut marcher, il est nécessaire qu'il voie le sol et ses pieds, afin d'obtenir ce que l'on appelle la coordination des mouvemens.

M. Gaide: Le fait cité par M. Duchenne de la jeune malade à l'hôpital de la Charité est tellement en dehors de nos habitudes d'observation ordinaire; il est si facile de se tromper avec les hystériques, que je voudrais savoir comment notre collègue s'est garanti contre toutes les chances possibles d'erreur.

M. Duchenne de Boulogne répond qu'il n'a pas pu être trompé sur l'existence de l'anesthésie, parce que l'excitation électro-cutanée produit sur la peau saine une intolérable douleur à laquelle nulle volonté, *même hystérique*, ne saurait résister. Il fait, en outre, remarquer que le fait du jardinier dont il a parlé exclut toute idée d'hystérie.

M. Homolle dépose sur le bureau un rapport qu'il a fait à la Société médico-pratique sur *l'huile de foie de morue* et son usage en médecine. Engagé à nous entretenir de son travail, il aborde la question de l'utilité de ce médicament contre la phthisie pulmonaire. Il ne craint pas d'affirmer que les faits ne peuvent laisser aucun doute sur la curabilité de la phthisie confirmée, curabilité qui résulterait de l'influence de cette huile. Ce traitement n'est convenable, à son avis, que dans les cas de phthisie chronique et non dans ceux où cette maladie a une marche aiguë.

M. Bréon dit avoir remarqué que l'huile de foie de morue traverse mieux l'estomac après le repas.

M. Depaul demande si l'huile de foie de morue ne peut pas être remplacée avec avantage par l'huile iodée ou l'huile iodo-ferrée: cette dernière lui ayant paru procurer de bons effets.

M. Homolle pense que l'huile de foie de morue ne peut être remplacée dans la spécialité de son action par aucune préparation.

M. Depaul: La spécialité d'action ou spécificité n'est qu'un mot.

M. Homolle: L'huile iodée est irritante, et l'huile de foie de morue n'agit pas uniquement par l'iode qu'elle contient; elle renferme aussi des principes biliaires; elle est nourrissante. Étant bien préparée, dit M. Homolle, elle n'est ni rance, ni âcre, ni même, ajoute-t-il, d'une saveur désagréable.

M. Grange: Les eaux sulfureuses iodées remplacent avantageusement l'huile de foie de morue. L'eau de Challes (près Chambéry) lui est préférée par la plupart des médecins de Lyon. L'iode de l'huile de foie de morue ne peut avoir toutes les propriétés qu'on lui accorde; car il s'y trouve en si petite quantité, qu'en mangeant un œuf on prend plus d'iode qu'en avalant 50 grammes d'huile de foie de morue.

M. Homolle cite, comme un exemple remarquable des propriétés thérapeutiques de l'huile de foie de morue, le fait suivant: Un malade, auquel il donnait des soins, souffrait d'un rhumatisme aigu, c'était un homme d'environ 25 ans, dont le caractère, porté à l'exagération, dépassait habituellement les prescriptions qui lui étaient faites, soit comme médication, soit comme hygiène. Ce défaut de bon sens entrava plusieurs fois le traitement; néanmoins, il finit par guérir. Quelque temps après, il eut une rechute, dans laquelle l'élément inflammatoire fit entièrement défaut. C'était un rhumatisme accompagné d'anémie; les douleurs étaient faibles, mais continuelles et persistantes. Bientôt le malade fut obligé de garder le lit, dans un état d'infiltration séreuse générale, avec suffocation et diarrhée. L'examen stéthoscopique, répété à plusieurs reprises, ne fournit aucun signe appréciable de péricardite ni d'endocardite. Les amers, les ferrugineux, le sulfate de quinine avaient été employés sans succès. Ce fut seulement sous l'influence de l'huile de foie de morue qu'on obtint de l'amélioration, et que l'on vit se dissiper quelques concrétions tophacées qui s'étaient développées sur les petites articulations des doigts. Le malade finit par guérir. D'où M. Homolle conclut qu'ici ce médicament a rendu un service réel, non comme remède spécifique, antirhumatismal, mais comme substance analeptique qui a restauré les forces d'une constitution profondément affaiblie.

M. Labarraque: L'emploi de l'huile de foie de morue contre le rhumatisme est certainement rare en France. Néanmoins, je suis fondé à dire qu'il est déjà assez ancien. M. Bretonneau, de Tours, racontait, en 1822, qu'il donnait des soins à un Hollandais affecté de rhumatisme chronique, chez lequel toutes les médications qu'il avait successivement employées étaient restées sans succès. Son malade, ayant reçu la visite d'un de ses compatriotes, fut engagé par lui à faire usage d'une certaine huile, empiriquement employée avec avantage dans la Hollande contre les rhumatismes. C'était l'huile de foie de morue à peine connue alors en France. Sous son influence, M. Bretonneau vit guérir son malade. Depuis ce temps, il employa l'huile de foie de morue contre les rhumatismes chroniques. Il la préconisait et s'étonnait de l'oubli complet dans lequel était tombée cette utile médication.

M. Bréon: On tire parti, en Angleterre, des propriétés analeptiques de l'huile de foie de morue, eu l'employant, avec avantage, à nourrir les jeunes porcs et les agneaux.

M. Duchenne: Il y a un petit village, près de Boulogne-sur-Mer, exclusivement habité par des pêcheurs, qui nourrissent leurs porcs avec des débris de poisson. Ces animaux acquièrent un grand embonpoint; mais leur chair contracte une saveur si repoussante, qu'elle ne peut être consommée que dans le pays même, où l'habitude a fait disparaître le dégoût.

M. Homolle: Dans le village dont parle M. Duchenne, la nourriture des porcs étant entièrement composée de débris de poisson, on conçoit que la chair de ces animaux en prenne l'odeur et la saveur. Mais, en Angleterre, où, selon M. Bréon, on se contente d'ajouter à la nourriture ordinaire des jeunes animaux l'huile de foie de morue comme simple accessoire, elle peut remplir l'office d'une sorte de condiment et ne pas se trouver absorbée en quantité suffisante pour laisser la trace d'une saveur désagréable.

Le Secrétaire général, Dr Collomb.

ANESTHÉSIE.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Monsieur,

La commission instituée par la Société médicale d'émulation, dans le but de rechercher les moyens à employer contre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme, ne peut accepter la position que, par sa lettre du 21 mai, M. Duchenne de Boulogne tend à lui faire, en s'attribuant l'initiative des expériences qui ont démontré que l'intoxication chloroformique n'abolit pas l'excitabilité du système nerveux, et que, conséquemment, la faradisation des nerfs phréniques peut être pratiquée avec succès pour ranimer la respiration.

En l'absence de son rapporteur, actuellement en service aux hôpitaux de Constantinople, la commission croit de son devoir de déclarer, comme il l'a déjà fait lui-même dans une lettre qu'il vous a adressée le 21 avril dernier, que les expériences dont il s'agit, avaient été résolues et arrêtées avant que M. Duchenne ait été invité à lui prêter son concours.

La commission ne comprend donc pas que cet honorable confrère ait dit dans le dernier paragraphe de sa lettre, que *M. Lallemand a fait connaître dans son rapport les heureux résultats d'expériences qu'il aurait provoquées.*

Quelle que soit la reconnaissance que puisse avoir la commission pour l'habile coopération de M. Duchenne, elle ne peut l'exagérer cependant au point de faire abandon, en sa faveur, des recherches expérimentales auxquelles elle s'est livrée, et des résultats pratiques qu'elle en a obtenus.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'expression de mes bien affectueux et dévoués sentimens.

L'un des membres de la commission,

Am. Forget.

Conférences de médecine clinique. — M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ces conférences le *mardi*, 5 *juin*, à 9 heures du matin, dans l'amphithéâtre de son hôpital, et les continuera les *mardi* et *samedi* de chaque semaine, à la même heure.

La conférence du samedi sera spécialement consacrée à l'étude des affections de l'utérus et de ses annexes.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 67. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 7 Juin 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, À PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 JUIN 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a fait hier un heureux, et, circonstance rare, elle a pu le faire sans désobliger sensiblement qui que ce soit. Il s'agissait de procéder à l'élection d'un membre dans la section de médecine vétérinaire; l'Académie a élu M. Bouley, fils de l'honorable membre qu'elle a récemment perdu, et dont la place, on peut le dire, était marquée et retenue depuis longtemps. De sorte que l'élection n'a plus été qu'une simple formalité de scrutin; les compétiteurs de M. Bouley s'attendaient à leur défaite, son succès n'a donc été pour personne ni une surprise, ni une douleur. Au premier tour de scrutin, une imposante majorité s'est dessinée, et quelques voix données à M. Reynal ont été considérées comme un encouragement pour la candidature future de cet honorable savant.

Après cette élection, M. Piorry a terminé son discours sur le rapport de M. Bousquet, relatif à l'aliénation mentale. Nous n'avons encore rien dit de cette discussion, soulevée encore, comme la précédente, sur l'organicisme et le vitalisme, par M. Bousquet, qui semble aspirer au rôle de grand agitateur académique. Cette fois, M. Bousquet s'en est pris à l'aliénation mentale, à l'occasion d'un mémoire de M. Moreau (de Tours), dont les opinions organiciennes, très accentuées, sont connues de tous. Quand nous voyons les plus savans aliénistes de notre époque être si peu d'accord entre eux, non seulement sur des questions de détail, mais bien sur des questions de principes; quand nous avons entendu M. Bousquet lui-même passer avec une extrême facilité, d'un mois à l'autre, à des opinions diamétralement opposées sur le siége et sur la nature de l'aliénation mentale; quand il est certain que de grandes oppositions d'idées règnent parmi les hommes les plus compétens sur la nosographie, l'étiologie, la nature et la thérapeutique de la folie, on doit comprendre notre réserve à nous mêler à une discussion qui, dans les termes où elle a été provoquée par M. Bousquet, n'embrasse rien moins que la psychologie toute entière, ainsi que la pathologie complète des facultés intellectuelles et morales.

M. Moreau (de Tours), plus prudent ou plus modeste, n'avait soumis à l'examen de l'Académie qu'un seul point de cette immense et si obscure question, l'identité qu'il soutient, du délire aigu et de la folie, et incidemment — car notre honorable et savant confrère a magistralement traité cette question dans son beau livre du *Haschich* — l'identité de la folie avec le rêve. Certes, même ainsi limitée, la question offrait un beau texte à un rapport académique. L'ambition philosophique de M. Bousquet, ambition légitime, j'ai hâte de le dire, n'en a pas été satisfaite, et au lieu de la limiter là où M. Moreau l'avait limitée lui-même, c'est sur la pathologie mentale toute entière qu'a roulé sa disquisition. M. Bousquet a traité sévèrement, durement les aliénistes modernes. Il n'est content ni de leurs classifications, qui n'ont de réalité que dans les livres; ni de leurs recherches anatomiques, qui ne leur ont rien appris; ni de leur thérapeutique, qui n'a pas fait un pas depuis Pinel, si ce n'est les tentatives de Leuret, pour réhabiliter le traitement moral, qui n'est qu'une négation de la thérapeutique active; ni surtout de leurs idées sur le siége de la folie, idées qui prouvent qu'ils ne sont pas plus avancés que le vulgaire, qui, en voyant un fou, dit aussi obscurément, mais plus naïvement qu'eux : Cet homme a la cervelle dérangée.

C'est déjà une concession faite par M. Bousquet aux idées organiciennes, que le rappel de ce dicton populaire. M. Baillarger, dans une savante oraison, M. Piorry, dans un discours étendu, dont il eût été bien inspiré de supprimer les derniers feuillets, le lui ont déjà fait sentir. M. Ferrus a très philosophiquement cherché à ramener son sévère contradicteur aux opinions qu'il a développées dans un long et célèbre enseignement. Et M. Londe, dans un très spirituel discours, a combattu pied à pied toutes les doctrines de M. Bousquet.

La discussion en est là. M. Bousquet se propose de reprendre la parole mardi prochain. Nous gardons, jusqu'après ce nouveau discours, nos réflexions sur ce débat. Nous avons besoin, nous le disons sans scrupule, d'y voir un peu plus clair.

Amédée LATOUR.

Lundi dernier, la section de médecine et de chirurgie, par l'organe de M. Velpeau, a présenté son rapport, en comité secret, sur les candidats à la place vacante de cette section. La section a classé les candidats dans l'ordre suivant :

En 1re ligne : M. Jobert de Lamballe;
En 2me ligne : M. Baudens;
En 3me ligne : M. Cloquet;
En 4me ligne : M. Gerdy;
En 5me ligne : M. Laugier;
En 6me ligne : M. J. Guérin;
En 7me ligne : M. Malgaigne;
En 8me ligne, *ex æquo* : MM. Maisonneuve et Leroy-d'Étiolles.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR QUELQUES-UNES DES CONDITIONS ANATOMIQUES QUI FAVORISENT LA TRANSMISSION DES SONS DE LA RACINE DES BRONCHES A UN POINT ÉLOIGNÉ DE LA POITRINE.

Par le docteur E. BARTHEZ, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie.

(Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 29 Mai 1855.)

Lorsqu'une modification du bruit respiratoire naturel frappe notre oreille appliquée sur la poitrine d'une personne malade, nous croyons que la partie des organes que nous auscultons est lésée; et le fait est vrai. Nous sommes aussi disposés à croire que c'est dans cette même partie et sous notre oreille que le bruit est produit; le fait est encore vrai dans la majorité des cas. Mais dans d'autres, plus rares, les bruits perçus ont pris naissance dans un point éloigné de notre oreille et lui sont transmis au travers de la poitrine, transmission trompeuse, si l'on n'est pas prévenu, et qui peut entraîner les plus graves erreurs de diagnostic et de thérapeutique.

C'est sur les conditions anatomiques qui favorisent cette transmission que je désire appeler un instant l'attention de l'Académie. Et pour prouver de suite l'importance pratique qui s'attache à ces recherches, je dirai que j'ai vu mourir un homme du monde âgé de 30 à 32 ans et réputé phthisique parce qu'il était amaigri, qu'il toussait et expectorait, et surtout parce qu'un examen de la poitrine plusieurs fois répété avait fait percevoir au sommet de l'un des poumons de la respiration caverneuse et du gargouillement. L'autopsie démontra l'absence de caverne et l'existence d'une pleurésie que la thoracentèse eût peut-être pu guérir.

Lorsqu'un corps solide prend la place d'une portion du poumon, il peut devenir conducteur des sons produits dans la trachée ou dans les bronches. — Cela arrive lorsque le corps étranger, d'un côté touche le point de la poitrine au niveau duquel l'oreille est appliquée, et de l'autre est en contact immédiat avec les grosses bronches ou au bas de la trachée. Alors, il peut transmettre de la respiration bronchique, de la

---

Feuilleton.

QUELQUES MOTS SUR L'HYDROGRAPHIE MÉDICALE.

Y a-t-il beaucoup de nos lecteurs qui, en voyant le titre du présent feuilleton, se fassent une idée claire et précise de la matière qu'il doit traiter ? En posant cette question, nous devons avouer, en toute humilité, que nous l'aurions nous-même résolue par la négative, avant d'avoir pris connaissance des recherches d'un de nos confrères, aussi intelligent que laborieux, le docteur L. Saurel, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Montpellier*.

Cette étude empruntant aux événemens politiques un caractère d'actualité, nous allons, en exposant les idées générales de M. Saurel, aborder quelques considérations sur son importance et sur son avenir.

Keraudren avait défini l'hydrographie médicale, cette partie de la médecine nautique qui a pour objet d'étudier l'influence de la mer et de la navigation sur la santé de l'homme : M. Saurel étend cette définition, l'applique aussi bien à l'homme malade qu'à l'homme en santé, et y comprend les moyens d'empêcher le développement de la maladie, les ressources pour en amener la guérison.

La première nécessité d'une pareille étude, c'est la connaissance exacte et précise du milieu dans lequel se passent les phénomènes, c'est-à-dire de l'atmosphère maritime.

La mer, dit Buffon, est une plaine immense sur laquelle rien ne s'oppose à la circulation de l'air; elle ne réfléchit pas les rayons du soleil comme la terre; la lumière solaire pénètre à 600 pieds de profondeur et sa chaleur à 150.

L'ondulation des flots, ajoute Keraudren, le flux et le reflux, les courans et l'évaporation contribuent sans cesse à agiter les couches inférieures de l'atmosphère et à les rafraîchir.

En pleine mer, la chaleur et le froid sont moins considérables que sur les continens, à température égale.

L'air est plus humide à la mer que sur les continens, car une grande quantité d'eau est chaque jour entraînée par l'évaporation.

Toutefois, la composition de l'air de la mer est identique avec celle de l'air de la terre. Gilchrist et quelques auteurs anciens avaient pensé qu'il tenait en dissolution des particules salines, et ces particules salines jouaient un grand rôle dans l'efficacité de cet agent sur certaines maladies.

Des études plus attentives, tout en conservant à l'air de la mer son importance thérapeutique, ont démontré qu'il était seulement mélangé avec une certaine quantité d'eau à l'état de division extrême : la vague, en venant se briser au rivage, s'élève dans l'air en nuage mousseux et blanchâtre, et le vent qui vient de la haute mer la transporte au loin dans l'intérieur des terres.

Qui de nous, en parcourant les bords de l'Atlantique ou de la Méditerranée, par un temps frais et une mer houleuse, n'a pas senti sur son visage cette poussière fine et humide qui, à la longue, donne à la peau un aspect rugueux et ratatiné.

La pression atmosphérique est plus uniforme que sur terre, et la tension du fluide électrique est en rapport avec le degré d'humidité.

Il existe malheureusement peu de données positives sur cette partie de la météorologie, ou du moins les observations qui ont pu être faites n'ont pas été réunies, coordonnées, rassemblées en faisceaux susceptibles de fournir plus tard des conclusions plus scientifiques.

Il ne suffit pas de connaître le milieu dans lequel vit et doit vivre le marin; il est indispensable de constater les modifications dues au lieu d'habitation, c'est-à-dire au navire.

En général, cette habitation est étroite par rapport au nombre des personnes qui l'occupent.

On peut établir, comme un fait constant, que la température est toujours plus élevée à l'intérieur qu'au dehors : Peron a observé à bord de la corvette le *Géographe* que la première était en général de 4 à 5 degrés plus haute que celle de l'air extérieur.

Cette différence varie toutefois d'après l'espèce du bâtiment et d'après la force de son équipage; lorsque de nombreuses ouvertures permettent la circulation et le renouvellement de l'air, la différence sera légère; elle sera considérable sur les bricks et les chaloupes canonnières qui ne sont pas percés d'ouvertures latérales.

Dans tous les cas, cette différence, moindre dans la journée, est toujours plus grande lorsque l'équipage est couché dans le faux-pont.

La sensation de chaleur qu'on éprouve dans la cale et dans toutes les parties basses d'un navire, tient en grande partie à la stagnation de l'air imprégné d'humidité et chargé de miasmes.

Ces conditions doivent, de toute nécessité, avoir une influence fâcheuse sur la santé des matelots; ajoutons à cela les conséquences apportées dans la navigation par la généralisation de la vapeur.

En songeant que, dans un mois, un pyroscaphe à marche moyenne peut franchir un espace de 1800 lieues, n'aperçoit-on pas de suite la série d'impressions diverses qui doivent en résulter sur notre organisme.

Cette succession rapide de chaleur et de froid, d'été et d'hiver, n'est-elle pas par elle-même, toute circonstance accessoire à part, une source de désordres accidentels ou permanens de la santé ?

Lorsqu'on étudie les effets physiologiques de la navigation sur l'organisme humain, on se trouve tout d'abord en présence de la question si longtemps controversée du *mal de mer*.

Vouloir déterminer si le mal de mer est ou n'est pas réellement une maladie, ce serait dépenser beaucoup de temps et beaucoup de phrases sans arriver probablement à une conclusion précise; mieux vaut tenir compte des conditions dans lesquelles il apparaît et constater avec M. Saurel que, sous l'action de certains exercices (mouvemens du navire, balançoire, voiture), il se produit, sur la plupart des personnes, une perturbation générale de l'influx nerveux, qui a pour résultat immédiat des actes anormaux et insolites de cette innervation.

Tous les individus ne sont pas également exposés au mal de mer, et les phénomènes principaux qui le constituent (affaissement général, sueurs froides, nausées, vomissemens) ne se rencontrent pas à un égal degré chez les sujets indisposés. Quelle que soit, d'ailleurs, l'explication que l'on veuille donner de la production de ces phénomènes, il

respiration caverneuse, du gargouillement, bruits nés dans les gros troncs aériens ou dans le poumon opposé et que l'oreille perçoit comme au travers d'un stéthoscope naturel et vivant.

Les tumeurs qui déterminent le plus souvent ces effets sont les ganglions bronchiques devenus tuberculeux, seuls ou unis à des tubercules du poumon ou à une induration de cet organe.

Mais je n'insiste pas davantage sur ces curieux phénomènes que nous avons fait connaître, M. Rilliet et moi, il y a plus de douze ans (1).

Les liquides épanchés dans la plèvre sont aussi un moyen de transmission des bruits produits dans la trachée et dans les bronches. Alors la respiration bronchique est très fréquente; la respiration caverneuse, le gargouillement, la respiration amphorique ne sont pas très rares, en l'absence de toute excavation pulmonaire ou de pneumo-thorax, et peuvent tromper les médecins les plus exercés à l'auscultation. Nous avons déjà, M. Rilliet et moi, attiré sur ce point l'attention des praticiens, et la justesse de nos remarques a été depuis lors confirmé par plusieurs de nos confrères.

Mais en présence de faits peu nombreux, et en l'absence d'autopsies, nous n'avons pas pu déterminer les conditions anatomiques nécessaires à la production du phénomène.

Aujourd'hui, je désire démontrer :

1° Que la présence du liquide dans la plèvre influe sur ces symptômes, dont l'existence et le siége peuvent varier suivant la quantité du liquide.

2° Que la présence d'un corps solide coexistant est utile et peut être indispensable à la transmission des sons.

3° Que, cependant, les bruits ainsi perçus sont transmis à travers le liquide qui est conducteur des sons, qui peut même les exagérer et leur donner un timbre spécial.

Je dis d'abord que c'est bien à la présence même du liquide et à sa quantité que l'on doit de percevoir ces bruits. L'observation suivante en a été la preuve positive :

Un homme de 60 ans est atteint d'une pleurésie franche qui se manifeste au onzième jour par une matité générale d'un côté de la poitrine, par la faiblesse, presque l'absence du bruit respiratoire et par un peu de souffle bronchique à la racine des bronches. Le mal augmente, et, au 17me jour, on perçoit de la respiration amphorique à la racine des bronches et sous la clavicule. Dans ce dernier point, ce phénomène singulier se produit dans tout l'espace qui sépare la clavicule du mamelon. Au 21me jour, on pratique la thoracentèse. Je tiens mon oreille appliquée sous la clavicule pendant l'écoulement du liquide, et je continue à percevoir la respiration amphorique jusqu'à la sortie d'un litre et quart de sérosité. Alors la respiration devient nulle jusqu'à ce que deux litres de liquide soient évacués. A ce moment, la respiration, naturelle, quoique faible, reparaît. On tira en tout trois litres et quart de sérosité. Le malade guérit en peu de temps.

Ainsi l'épanchement existe et la respiration ne se fait plus entendre; il augmente, et le bruit respiratoire devient amphorique; au moyen d'une ponction, une portion de liquide est évacuée, instantanément la respiration redevient silencieuse; une autre portion de liquide s'échappe, et le murmure respiratoire paraît : donc l'épanchement et sa quantité influent sur l'existence du phénomène.

(1) *Traité clinique et pratique des maladies des enfans*, tome III, page 630, 2e édition, et *Archives*, 1842.

Une expérience inverse, plus curieuse peut-être et tout aussi probante, m'a permis de saisir le moment où la respiration caverneuse-amphorique se développait par le fait de l'introduction d'un liquide dans la plèvre.

M. Marjolin me prie de voir un enfant de 5 ou 6 ans, atteint d'un épanchement pleurétique purulent, qui s'était fait jour au dehors par un abcès ouvert près du mamelon, à l'extrémité de clapiers assez étendus pour que l'air n'eût pas pu pénétrer dans la poitrine.

L'écoulement du pus ayant été suspendu pendant quelques jours par le pansement, la présence d'une certaine quantité de liquide dans la plèvre est prouvée par une matité générale, jointe à de la respiration bronchique, existant dans toute la hauteur de la poitrine en arrière. Sous la clavicule, la respiration prend manifestement le timbre caverneux. Une sonde ayant été introduite dans le thorax, en suivant les détours du clapier, le pus s'écoule par un jet continu. Pendant ce temps, la respiration bronchique disparaît peu à peu du sommet en arrière pour faire place à de la respiration faible mais pure, tandis que le souffle bronchique persiste dans la fosse sous-épineuse et au-dessous. Immédiatement et pendant que j'avais l'oreille appliquée sur la poitrine, on injecte de l'eau tiède à plusieurs reprises.

L'entrée de l'eau fut tout à fait insonore et la poitrine se remplit d'une manière insensible, pour moi, jusqu'à ce que, à un moment donné, ou plutôt graduellement, la respiration bronchique de la fosse sous-épineuse prit le timbre caverneux et même amphorique dont plusieurs des assistans purent, après moi, constater l'existence. Puis, à mesure que le liquide injecté fut évacué, la respiration amphorique disparaît pour faire place à un souffle bronchique semblable à celui qui existait avant l'injection. Enfin, une forte inspiration ayant fait pénétrer l'air dans la plèvre par l'extrémiré libre de la sonde, j'en eus immédiatement connaissance par la production d'un tintement métallique très fort qui se répéta chaque fois qu'une nouvelle injection introduisit de l'eau dans la cavité thoracique. Depuis lors, et malgré ces injections, la respiration amphorique ne reparut plus. Cette enfant est aujourd'hui à peu près guérie. La respiration est pure dans presque tout le côté malade.

Dans tous les cas de cette nature, il est bien évident que le poumon n'est pas creusé d'excavations, que la respiration caverneuse ou amphorique n'est pas produite sous l'oreille, mais que, née dans les bronches, elle est transmise à travers la poitrine. Il est certain aussi que l'épanchement pleural est pour quelque chose dans cette transmission.

La vérité de cette dernière assertion est encore évidemment prouvée par les cas dans lesquels la respiration caverneuse varie de position, sous l'influence des variations de niveau du liquide, malgré la fixité du point où elle a pris naissance.

J'en donnerai une seule preuve.

Chez un enfant de 14 ans, la pleurésie s'annonce par de la respiration bronchique, qui, au bout de deux jours, est devenue caverneuse dans la fosse sous-épineuse et s'accompagne de gargouillement. L'épanchement venant à diminuer, la respiration caverneuse se limite à l'angle de l'omoplate; quelques jours après elle est descendue et occupe le quart inférieur du poumon.

Enfin, elle disparaît pour être remplacée par du bruit de frottement. Quelques jours plus tard, récidive, réapparition de la respiration bronchique, puis de la respiration caverneuse qui bientôt a son maximum dans la fosse sous-épineuse, d'où elle rayonne en tous sens jusque dans le creux de l'aisselle. A l'autopsie, on trouve un épanchement très considérable; un corps solide constitué par une masse ganglionnaire tuberculeuse continue d'un côté avec la première division des bronches, et de l'autre, avec une masse tuberculeuse solide traversant le poumon de part en part, et à peine détachée du tissu pulmonaire de manière à être contenue dans une cavité qu'elle remplit exactement.

Des adhérences solides existent entre les côtes correspondantes et l'extrémité de cette masse tuberculeuse.

A cet endroit, la respiration caverneuse était transmise directement par le corps solide, elle l'était ailleurs par le liquide, voyageait avec lui, disparaissait avec lui malgré la fixité de la lésion des solides.

Je n'insiste pas davantage sur ce fait à cause de la présence d'une excavation pulmonaire qui, bien que remplie par un corps solide, peut rapprocher cette observation de celles qui sont citées dans le *Traité de pathologie générale* de M. Chomel et dans le mémoire du docteur Racle.

Mais il me conduit à rechercher si la présence d'un corps solide et compact concomitant est nécessaire pour que l'épanchement devienne conducteur des sons. Cette question ne peut être résolue que par les autopsies; car lorsque la maladie se termine par la guérison, ce qui est heureusement le cas le plus fréquent, on ne peut pas savoir si le poumon était condensé, aplati contre la colonne vertébrale, ou adhérent à quelque partie de la paroi thoracique, s'il était ou s'il n'était pas l'unique conducteur des sons transmis ensuite à l'oreille par les vibrations des parois du thorax.

Or, toutes les fois, sans exception, que j'ai pu faire l'examen cadavérique, j'ai constaté la coexistence de l'épanchement et d'un corps solide : tantôt une induration chronique du poumon maintenu par des adhérences partielles, tantôt une pneumonie, ailleurs des tubercules, des ganglions unis à une masse tuberculeuse pulmonaire; ailleurs, enfin, un anévrysme de l'aorte. Cette coexistence constante paraît donc nécessaire à la transmission des bruits stéthoscopiques.

Cependant, la vibration sonore traverse le liquide lui-même pour arriver jusqu'à l'oreille; et j'incline à croire que le corps solide a, le plus souvent, pour effet unique, d'établir entre les tuyaux aériens et le liquide une continuité de tissus vibrans qui ne peut guère être parfaite ni suffisamment étendue entre l'épanchement seul et les bronches.

En effet :

1° Lorsque les corps solides seuls transmettent les bruits trachéaux, c'est seulement à la racine des bronches, dans la fosse sus-épineuse, et rarement sous la clavicule, que le phénomène est perçu; presque toujours, en un mot, c'est sur une partie restreinte de la poitrine. Au contraire, s'il y a pleurésie, les bruits trachéaux peuvent être entendus dans toute la partie supérieure du poumon, fréquemment dans la fosse sous-épineuse, quelquefois à la base de la poitrine, presque toujours dans une étendue considérable.

2° En outre, lorsque l'épanchement se résorbe, on perçoit souvent du bruit de frottement dans le point où s'était fait d'abord entendre la respiration caverneuse ou amphorique.

3° Enfin l'autopsie démontre la présence du liquide au niveau des points où étaient perçus les symptômes transmis; et quelquefois là même où ils avaient leur plus grande intensité.

---

faut tenir grand compte de l'influence des passions, de l'état des facultés de l'âme.

La crainte du danger, une violente colère, le sentiment du devoir relèvent parfois l'homme le plus abattu.

Nous allons citer à ce sujet un fait qui nous paraît très concluant :

Mme la princesse X..., atteinte d'une maladie des plus graves, des moins caractérisées, partant, des plus obscures, allait demander au climat de l'Italie de la santé et des forces, car, depuis plusieurs mois, elle ne pouvait quitter son lit de repos. Embarquée sur l'*Erculanum*, elle occupait une des petites cabines situées sur le pont. A la hauteur de Piombino, dans le canal de ce nom (entre l'île d'Elbe et le continent toscan), par une nuit profonde et une mer moutonnée, le paquebot rencontra le *Montgibello*, vapeur d'une force supérieure de 150 chevaux.

Dans ce terrible choc, l'*Erculanum* fut si fortement endommagé, que de larges voies d'eau se firent jour à travers la quille, et que bientôt après le navire sombra en pleine mer. Le *Montgibello* put fort heureusement réparer ses avaries, et ses chaloupes, manœuvrées avec intelligence et courage, accueillirent à leur bord les passagers et les marins de l'infortuné paquebot.

Pendant qu'un grand nombre de personnes durent déplorer ce sinistre imprévu, Mme la princesse X..., à son arrivée à Livourne, se rendit à pied à la métropole pour remercier la Providence, qui venait de lui rendre l'usage de ses jambes.

Le remède peut paraître un peu trop héroïque; ce qui est certain, c'est qu'elle ne ressentit plus d'accidens nerveux. Pour ne pas omettre une circonstance intéressante, nous devons ajouter qu'il avait coûté très cher, car la grande dame avait perdu dans le naufrage près de 300,000 francs de diamans, et avait été déposée sur le *Montgibello* entourée, pour tout vêtement, de la soutane d'un ecclésiastique.

Les effets d'une longue navigation, indépendamment de ceux qui constituent la période du mal de mer sont représentés par la diminution de l'appétit, la constipation, la modification du sommeil : les contractions musculaires s'exercent à la mer avec plus de fréquence et d'énergie que sur terre; par ce seul fait, la respiration et la circulation éprouvent de notables modifications. Quant aux sécrétions, si les unes, comme celles du rein, paraissent diminuées, les autres se font normalement.

En considérant les effets de l'ordre moral, on aperçoit aisément que les ennuis, les fatigues, les privations finissent à la longue par influer sur le caractère du marin.

La vie du marin, dit M. Saurel, est une existence qui a fort peu d'analogues : confiné dans une étroite habitation, où il manque de la plupart des commodités de la vie, il est obligé de se contenter du strict nécessaire; rien dans ce qui l'entoure ne lui rappelle les habitudes qu'il avait contractées avant son embarquement. Une discipline rigide, des exercices fatigans, des occupations constamment uniformes, un manque absolu de distractions et de plaisirs, une nourriture toujours la même, telles sont les conditions principales qui caractérisent l'existence du marin. Le caractère, l'imagination, les passions en reçoivent une puissante influence.

Pour expliquer les phénomènes physiologiques qu'engendrent les changemens de latitude, il faut prendre en grande considération les conséquences du passage brusque et rapide d'une température froide à un ciel plus tempéré. Ces alternatives sont contraires à l'ordre régulier des fonctions, et, sans constituer par elles-mêmes des maladies, elles prédisposent à une série d'affections à caractère bilieux, qui forment le fond de la pathologie coloniale.

Comme l'action immédiate de pareils agens se porte sur la peau, ce sont ses fonctions qu'il faut surtout surveiller et si les miasmes de ces parages d'outre-mer agissent tout d'abord à l'extérieur sur les Européens, une hygiène bien entendue fera porter ses premiers soins sur la modification de ces dispositions particulières.

Les considérations que nous venons d'exposer jusqu'ici doivent prouver à nos lecteurs, d'une part, l'importance et l'intérêt de semblables études, d'autre part, les difficultés sans nombre que l'on rencontre dans l'appréciation des faits.

Si les recherches relatives à un climat donné sont longues et difficiles sur un point circonscrit du continent, combien ne le seront-elles pas sur ces vastes plaines de l'Océan?

Et dans cet ordre d'idées, il est non seulement utile d'avoir de nombreuses séries d'observations météorologiques, mais il est indispensable de posséder l'indication précise des conditions dans lesquelles doivent être faites les recherches thermométriques, barométriques, eudiométriques, etc.

Ces études acquièrent actuellement et très justement, selon nous, beaucoup de valeur; elles fourniront des documens pour résoudre cette importante question : Certaines données atmosphériques étant posées, peut-on établir la salubrité ou l'insalubrité d'une contrée?

Aussi nous permettrons-nous, en terminant, d'applaudir aux louables efforts de la Société météorologique de France, et à ceux de l'Observatoire de Paris, qui a trouvé un si puissant auxiliaire dans l'installation, sur tous les points de la France, de la télégraphie électrique.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

Nous recevons la nouvelle de la mort d'un de nos confrères de l'armée. Le docteur Fratini, médecin-major aux ambulances de l'armée d'Orient, a succombé à une fièvre grave. M. Fratini avait demandé, dès le début de la campagne, à être envoyé en Orient, il venait à peine de recevoir la décoration de la Légion d'Honneur, il comptait plus de vingt ans de services et plus de quinze campagnes.

Cette perte s'ajoute aux pertes nombreuses que la médecine a déjà faites en Orient. Elle porte à 28 le nombre des officiers de santé morts à Gallipoli, à Varna, à Constantinople ou en Crimée. Les pertes du service médical de l'armée anglaise, plus considérables encore, s'élèvent à 50 décès. (*Gazette méd. de Paris.*)

— M. le professeur Serres, sur la présentation de l'Académie des sciences, vient d'être nommé professeur à la chaire d'anatomie comparée, vacante au Muséum d'histoire naturelle, par suite du décès de M. Duvernoy.

Ainsi, un enfant de 2 ans 1/2, malade depuis dix mois, présente, à l'auscultation de la poitrine, les symptômes caverneux les plus intenses. Sous la clavicule, notamment, le retentissement du cri, la respiration caverneuse, mêlée de gargouillement, sont si considérables, que ces phénomènes frappent exclusivement tous les assistans. L'idée d'une caverne énorme surgit forcément dans l'esprit de tous. Seul, avec mon honorable confrère, le docteur Legendre, j'admets une pleurésie purulente. Mais, devant le diagnostic si positif des autres médecins qui suivaient ma visite, il y avait bien quelque hardiesse à pratiquer la thoracentèse.

Toutefois, je fis cette opération qui donna lieu à l'écoulement d'une grande quantité de pus; après quoi je poussai une injection iodée que je laissai en partie dans la cavité pleurale. Les symptômes stéthoscopiques diminuèrent graduellement, et la guérison semblait en bonne voie, lorsqu'au bout de quinze jours l'épanchement venant à se reproduire, les mêmes symptômes d'auscultation furent perçus. Alors l'empyème ayant été pratiquée, les bruits caverneux diminuèrent sans disparaître entièrement; et à l'autopsie, je trouvai le sommet du poumon converti en une masse compacte de tissu gris demi-transparent, sans cavité aucune, uni aux grosses bronches par une masse de ganglions indurés, et maintenu à une petite distance des côtes par des adhérences partielles très solides. Mais là exactement où la respiration caverneuse avait été si intense, c'est-à-dire entre la clavicule et la quatrième côte, une portion de la cavité pleurale, libre d'adhérences, présentait les traces d'une suppuration récemment écoulée, et le poumon était séparé des côtes par un intervalle de plusieurs millimètres.

Dans ce fait, cependant, les adhérences qui circonscrivaient cette portion de la cavité pleurale, peuvent laisser du doute sur le véritable siége anatomique des vibrations sonores, tandis qu'il n'en est plus de même dans l'observation suivante :

Un enfant de 2 ans me présente, pendant plusieurs jours, des symptômes de pleurésie, parmi lesquels je note une respiration bronchique intense, perceptible dans toute l'étendue d'un des côtés de la poitrine, en haut comme en bas, en avant comme en arrière. La mort étant survenue rapidement, je fis faire l'autopsie en maintenant le corps dans la position où il était pendant la vie, lorsque j'avais pratiqué l'auscultation; et je fis ouvrir la poitrine par sa partie supérieure. Mon but était d'empêcher l'écoulement du liquide et de déterminer exactement quelle était la position du poumon. L'organe, libre d'adhérences, maintenu seulement par la racine des bronches, entouré partout ailleurs de sérosité, au milieu de laquelle il était supendu, était, par tous ses côtés, éloigné des parois costales. Son lobe inférieur était aplati et carnifié; son lobe supérieur était hépatisé dans une petite portion de sa partie postérieure.

Ici la respiration bronchique traversait nécessairement le liquide pour arriver à l'oreille appliquée sur un point quelconque de la cage thoracique.

Il ne peut donc pas rester de doute sur ce fait que les brnits trachéo-bronchiques traversent les épanchemens pleuraux. J'ajoute que le passage des ondes sonores à travers le liquide, peut les exagérer et modifier leur timbre. Jamais, en effet, un corps solide seul ne m'a fait entendre cette variété du bruit respiratoire qui se rapproche de la respiration amphorique. Mais quel que soit le nom donné à ces bruits pleurétiques, suivant leur intensité, ou plutôt suivant qu'ils simulent la respiration bronchique caverneuse ou amphorique, ils ont un timbre spécial qu'un peu d'habitude empêche de confondre avec celui des bruits produits immédiatement sous l'oreille. C'est une différence analogue à celle de la bronchophonie et de l'égophonie. Je donnerais volontiers à tous ces bruits le nom de respiration hydrique pour indiquer que les vibrations sonores ont traversé un liquide. Cette respiration hydrique est dans l'auscultation ce qu'est dans la percussion le son spécial indiqué par M. Skoda et qui existe souvent au sommet de la poitrine chez les pleurétiques.

J'aimerais à comparer ces deux sons, l'un stéthoscopique, l'autre plessimétrique, à la lumière réfractée et à la lumière réfléchie par un liquide; c'est-à-dire que, dans un cas, les ondes sonores nous parviennent après s'être réfléchies sur le liquide, tandis que, dans le premier, elles nous arrivent après l'avoir traversé.

Le rapprochement que j'établis ici entre les diverses nuances de la respiration hydrique et la sonorité particulière du sommet de la poitrine chez les pleurétiques est tout à fait justifiée, d'ailleurs, par leur coïncidence fréquente. Chez bon nombre de malades, ces deux symptômes naissent, marchent, décroissent et disparaissent presque simultanément. Aussi je suis tenté de croire que les mêmes conditions anatomiques sont favorables à leur développement.

Je termine en me résumant :

Les bruits normaux ou anormaux qui sont produits dans les gros tuyaux aériens peuvent être transmis au travers de la poitrine et être perçus dans un point éloigné de leur lieu d'émission.

Les moyens de transmission sont des corps solides ou liquides.

Dans le premier cas, les conditions anatomiqnes nécessaires sont :

1° La solidité, la compacité du corps qui le rendent susceptible de transmettre les vibrations sonores.

2° Son adhérence intime aux grosses bronches ou à la trachée.

3° Son contact avec un point de la poitrine accessible à l'oreille.

Dans le second cas, les conditions anatomiques favorables à la transmission paraissent être :

1° La coexistence d'un corps solide adhérant aux bronches, et servant à établir une continuité de corps inhérens entre elles et le liquide.

2° Une position particulière de ce corps solide, due soit à des adhérences costales, soit à la quantité considérable de l'épanchement.

Les bruits alors perçus sont souvent augmentés dans leur intensité, de manière à simuler la respiration caverneuse, le gargouillement, la respiration amphorique en l'absence de toute excavation pulmonaire, de toute communication de la plèvre avec le poumon.

Ces bruits pseudo-bronchiques, pseudo-caverneux et pseudo-amphoriques ont un timbre particulier.

L'exagération des bruits et leur timbre spécial sont dus au passage des vibrations sonores au travers d'une sorte de stéthoscope mi-partie solide et liquide : ce dernier corps modifiant le caractère et l'intensité des vibrations habituellement transmises par les corps solides seuls.

Si j'ajoute que la transmission des sons est plus facile lorsque la cage thoracique est petite et étroite, lorsque ses parois sont minces et sèches, lorsque les mouvemens respiratoires sont rapides et forts, j'aurai, je crois, indiqué la plupart des conditions favorables à cette transmission des sons au travers de la poitrine.

CLINIQUE DE LA VILLE.

CYSTOCÈLE VAGINAL; — ANTÉVERSION DE L'UTÉRUS; — APPLICATION, DANS LES DEUX CAS, DU PESSAIRE A RÉSERVOIR D'AIR DU DOCTEUR GARIEL; — GUÉRISON.

Par le docteur PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

Les déplacemens de l'utérus, les hernies de la vessie à travers le vagin (cystocèle), et celles du rectum dans le même point (rectocèle), s'accompagnent de symptômes qui rendent la vie insupportable aux personnes qui en sont affectées; aussi ne manquent-elles pas de réclamer les secours de l'art pour être débarrassées de ces infirmités. Un grand nombre de travaux ont été faits sur ces divers sujets par les médecins les plus distingués: les uns se sont proposé d'établir les caractères différentiels, à l'aide desquels on peut arriver à reconnaître aisément les déplacemens les uns des autres, exemple, le mémoire de M. le professeur Malgaigne sur le cystocèle et le rectocèle; d'autres ont eu surtout en vue la thérapeutique : tels sont les travaux de M. Hervez de Chégoin, les leçons cliniques de M. Valleix. Enfin, il y a à peine un an, la question des déplacemens de l'utérus a été le sujet d'un rapport très remarquable de M. Depaul, rapport dont la discussion a rempli plusieurs séances de l'Académie de médecine.

Je ne dirai rien de la symptomatologie ni du diagnostic des déplacemens qui ont lieu du côté du vagin; je ne m'occuperai que du traitement, après avoir rapporté deux faits tirés de ma pratique, faits dans lesquels un des nombreux moyens proposés contre ces affections m'a donné un résultat très satisfaisant.

OBSERVATION DE CYSTOCÈLE VAGINAL. — Mme D..., âgée de 49 ans, ayant eu plusieurs enfans, vint me consulter dans le courant de novembre dernier, se plaignant de ce qu'aussitôt après avoir marché, elle sentait se développer au niveau de la vulve une tumeur du volume d'un œuf de poule; en même temps apparaissaient des douleurs lombaires assez vives pour l'empêcher de marcher. Suivant la malade, cette infirmité lui serait venue peu à peu; elle ne sait à quoi l'attribuer. Elle a cessé d'être réglée depuis trois ans; jamais elle n'a de leucorrhée, même depuis l'apparition de sa tumeur; *elle n'a pas remarqué qu'elle eût plus souvent envie d'uriner qu'autrefois*. Par le toucher, la malade étant debout, je trouve à la partie antérieure du vagin une tumeur lisse, molle, facile à réduire avec le doigt. Au fond du vagin, on trouve le col de l'utérus dirigé en bas et un peu en arrière. Je maintins pendant quelque temps avec mon doigt la tumeur réduite, et la malade déclara ne plus éprouver la sensation de tiraillement qu'elle ressentait précédemment dans la région lombaire. L'indication était précise : j'appliquai un pessaire à réservoir d'air du docteur Gariel, en indiquant à la malade la manière de le placer elle-même tous les matins. Quelques jours après, Mme D... me déclara ne plus ressentir la moindre souffrance. En avril, la guérison s'était maintenue; Mme D... pouvait rester debout très longtemps, pouvait faire de très longues courses, sans être plus fatiguée que toute autre personne.

OBSERVATION D'ANTÉVERSION. — Mme B..., âgée de 32 ans, a vu, pour la première fois, l'apparition de ses règles à 14 ans, mais l'écoulement menstruel ne s'est renouvelé qu'à 16 ans; depuis, les règles revenaient régulièrement tous les mois, lorsqu'à l'âge de 18 ans, elle mit ses mains dans l'eau froide durant l'écoulement menstruel, celui-ci s'arrêta, et quelque temps après, éprouvant des palpitations de cœur, de la leucorrhée, de l'essoufflement, elle alla consulter un médecin qui lui dit qu'elle avait les *pâles couleurs*, et lui prescrivit l'usage de l'eau ferrée et d'autres préparations ferrugineuses dont la malade ne peut indiquer la composition, ni préciser combien de temps elle en fit usage. A dix-neuf ans, premier accouchement; la malade se lève le troisième jour et marche dans sa chambre; elle se souvient qu'au bout de quelques instans, son ventre devint très volumineux, et tombait, suivant son expression, sur ses cuisses; elle fut obligée de le soutenir immédiatement avec les deux mains et regagna son lit. Deuxième grossesse deux ans plus tard. Mme B... déclare que, depuis sa première couche, elle n'a jamais été bien portante : constipation habituelle, impossibilité de faire de longues courses, douleur dans la région lombaire, sensation d'un poids à l'hypogastre dans la position verticale, disparaissant quelque temps après s'être mise au lit; écoulement d'un liquide semblable à du lait très étendu d'eau; envies fréquentes d'uriner; crampes d'estomac; tels sont les symptômes éprouvés depuis la première couche. La malade, après avoir essayé de combattre la leucorrhée par des injections d'eau blanche, et la constipation par des lavemens laxatifs, consulta, en 1847, M. le docteur Guérard, qui reconnut l'existence d'une antéversion, sans complication d'ulcération, et conseilla l'usage d'une ceinture hypogastrique.

La malade se trouva soulagée par ce bandage, dont elle était cependant souvent obligée d'interrompre l'emploi, à cause de la sensation douloureuse qu'il causait par la pression sur les hanches; cette pression était si forte, qu'elle produisait l'excoriation de la peau au niveau des crêtes iliaques, Au bout de deux ans, la malade se décida à cesser tout traitement.

Les symptômes de l'antéversion ne reparurent qu'au bout d'un certain temps, que la malade ne peut préciser. Une nouvelle grossesse se déclara vers le commencement de janvier, et une fausse couche eut lieu dans la nuit du 12 au 13 mars. Pendant la convalescence, la malade appela mon attention sur les divers symptômes qu'elle avait éprouvés, et se soumit à mon examen. Je rencontrai, à la partie antérieure et supérieure du vagin, une tumeur dure, lisse, et, tout à fait en arrière, l'ouverture du col utérin, que je ne parvins à accrocher qu'à grand'peine pour le reporter en avant; par le toucher rectal, je sentis le col pressant sur l'intestin, mais je ne pus sentir le corps de l'utérus, et ayant introduit un spéculum, je constatai qu'il n'y avait aucune ulcération sur le col. Le lendemain, je plaçai dans le vagin un pessaire à réservoir d'air, engageant la malade à marcher et même à sortir de son appartement. Le soir, l'appareil fut retiré, et replacé le lendemain matin avec la plus grande facilité. Lorsque je vis la malade dans la journée, elle me dit qu'elle n'avait éprouvé aucune douleur dans les reins, aucune fatigue; peu de jours après, la leucorrhée avait complétement cessé, les envies d'uriner avaient disparu. Mme B... est venue me revoir chez moi quelque temps après, et m'a assuré que, depuis longtemps, elle n'avait été aussi satisfaite de sa santé; elle peut faire actuellement de longues courses dans Paris, n'a plus ni leucorrhée ni douleurs lombaires, n'est plus tourmentée par des envies d'uriner, et va régulièrement tous les jours à la garde-robe.

Les déplacemens de l'utérus et les hernies qui ont lieu du côté du vagin présentent une grande difficulté dans le maintien de leur réduction, si l'on en juge par la variété des pessaires; il y a même des cas où ces instrumens ont été insuffisans pour contenir l'utérus complétement pendant entre les cuisses. C'est pour remédier à un fait de ce genre que M. le professeur Laugier décrivit, avec un cautère rougi à blanc, une sorte de ligne spirale autour du vagin déplacé, et réduisit l'utérus. Lorsque l'escarre se fut détachée, le tissu de cicatrice remédia, par sa propriété de rétraction, à la laxité du vagin, et la matrice demeura réduite.

M. le docteur Demarquay est aussi parvenu à remédier au cystocèle vaginal en faisant sur la tumeur plusieurs raies de feu dirigées d'arrière en avant.

Il est un bandage connu sous le nom de ceinture hypogastrique, qui est employé contre l'antéversion de l'utérus : c'est le moyen auquel a recours habituellement M. le professeur Malgaigne. J'ai pu constater moi-même les résultats avantageux obtenus par ce professeur, à l'époque où j'avais l'honneur d'être son interne. L'usage de ce bandage n'est pas néanmoins sans offrir certains inconvéniens; son poids fatigue les malades dans les commencemens; pressant sur les hanches, il ne tarde pas y produire d'abord de la rougeur, puis à excorier la peau, ainsi que cela est arrivé à la personne dont je viens de rapporter l'observation; alors les malades finissent par abandonner leur ceinture, et les accidens recommencent au bout d'un temps plus ou moins long.

Dans l'application des pessaires ordinaires, il faut suivre certaines règles, de sorte que les malades ne peuvent les retirer pour les nettoyer et les replacer elles-mêmes tous les jours. Il en résulte que ces instrumens s'altèrent, se corrodent ou se couvrent d'une incrustation calcaire plus ou moins épaisse et rugueuse; ils deviennent alors une cause permanente d'irritation, déterminent l'inflammation, l'ulcération du vagin qui devient le siége d'écoulemens purulens d'une fétidité insupportable. On a vu même des pessaires perforer le vagin et pénétrer soit dans la vessie, soit dans le rectum; dans quelques cas même, l'instrument, ayant perforé les parois du vagin, a pénétré à la fois dans ces deux organes.

Le pessaire à réservoir d'air me paraît exempt de tous ces inconvéniens; les malades peuvent le placer elles-mêmes très aisément le matin et le retirer le soir, après avoir ouvert le robinet placé à l'extrémité du tube pour donner issue à l'air qui distend cette sorte de coussinet. Celui-ci peut alors être débarrassé par le lavage des mucosités qui le recouvrent.

Rappelons, en terminant, qu'un instrument spécial, connu sous le nom de redresseur utérin, a été imaginé pour remettre en place l'utérus, mais que son application a été suivie d'accidens très graves et même mortels. L'emploi de cet instrument nécessite donc une certaine expérience de son maniement; il constitue une véritable opération chirurgicale, et doit être regardé comme l'*ultima ratio* de la thérapeutique des

déviations de l'utérus. Quant à nous, nous pensons que, dans la plus grande majorité des cas, le chirurgien remédiera d'une manière efficace aux déplacemens de l'utérus, même les plus considérables (1), par un moyen simple, facile à mettre en usage, et incapable d'amener aucun accident, en plaçant le pessaire à réservoir d'air de notre confrère, le docteur Gariel.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Juin 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un rapport du docteur POUSSIÉ, médecin des épidémies, sur une épidémie de variole et de suette miliaire qui a régné dans l'arrondissement de Marjevols.

— Un rapport du docteur BARBOT, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mende, sur la fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Altier, de juin 1854 à mars 1855.
(Commission des épidémies.)

— Une lettre de M. LASNON, médecin des épidémies à Alvimare, sur un procédé pour la conservation du vaccin.

— Plusieurs états de vaccinations faites dans les départemens.
(Commission de vaccine.)

— Un rapport de M. ARMIEUX, médecin aide-major à l'hôpital de Calvi, sur le choléra de 1854. (Comm. du choléra.)

— Une demande d'autorisation pour exploiter une fabrique d'eaux minérales à Lyon.

— Les rapports du docteur IZARIÉ, sur les Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées) ; du docteur AUZOUY, sur les eaux de Cransac (Aveyron) ; du docteur LEBRET, sur celles de Balaruc (Hérault) ; du docteur PRIVAT ; sur celles de La Malou (Hérault) ; du docteur PÉNISSAT, sur celles de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), et du docteur BARRIÉ, sur les eaux de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), et le service médical de ces divers établissemens pendant l'année 1853. (Com. des eaux minérales.)

— M. ORANGE, médecin à Sainte-Eugénie (Algérie), adresse à l'Académie un mémoire intitulé : *De la disparition du choléra dépend la guérison de la maladie de la vigne et de la pomme de terre*, et annonçant la découverte d'un agent chimique propre à faire disparaître le choléra et ses analogues.

— Le docteur Aloyse PASQUALI adresse un travail sur *la chaux, remède curatif direct du choléra asiatique.*
(Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Le docteur THORE, médecin à Sceaux, communique un mémoire qui a pour titre : *Études statistiques et cliniques sur la vaccine et la variole.* (Comm. de vaccine.)

— M. le docteur Félix JACQUOT adresse de Constantinople la relation d'une autopsie, pour servir de complément à son travail sur la *non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.* (Comm. déjà nommée.)

— M. LEROY D'ÉTIOLLES adresse à l'Académie la lettre suivante :

Dans la communication qu'il a faite à l'Académie, *sur la guérison immédiate des rétrécissemens de l'urètre par incision*, M. Maisonneuve ne dit pas un mot des travaux antérieurs relatifs au même sujet ; je prie l'Académie de me permettre de remplir cette lacune, car il est juste et utile de dire quel a été l'enchaînement des idées pour savoir en quoi consiste le perfectionnement, s'il existe en réalité.

Fendre d'avant en arrière le rétrécissement, en guidant la lame par un stylet précédé d'une petite bougie de gomme. Agrandir l'incision d'arrière en avant au moyen d'un second instrument, tel est le procédé proposé par M. Maisonneuve. Ce qui constitue la nouveauté et le progrès de cette manière d'agir, l'histoire va nous le dire :

La scarification et l'avivement d'avant en arrière, sans conducteur, sont décrits dans les ouvrages d'Ambroise Paré et d'Alphonse Serry.

La ponction ou transpercement d'un rétrécissement sans conducteur, fut pratiquée par Mayerne sur Henri IV.

Une tige mince, conductrice des lames, mobile avec elles, fut adaptée au scarificateur par Physik, de Philadelphie.

M. Amussat, a rendu cette tige indépendante des lames qui glissent sur elles et fendent le rétrécissement dans lequel on l'avait préalablement engagée.

M. Ricord a creusé cette tige conductrice en forme de sonde cannelée.

M. Raybard et moi avons adapté à l'extrémité du conducteur métallique à rainure une bougie de gomme, qui s'insinue dans l'obstacle (lequel de nous a la priorité de cette addition, je n'ai pas le temps de le vérifier : ma publication date de 1832, mais peu importe, passons.)

M. Stafford et M. Bouvet, de Lyon, ont donné au conducteur flexible assez de longueur pour le faire arriver jusqu'à la vessie.

Le premier temps de l'opération proposée et pratiquée par M. Maisonneuve, n'a donc rien de nouveau. Voyons le second :

Inciser largement et profondément le rétrécissement avec une lame qui coupe d'arrière en avant.

C'est le procédé de M. Raybard, que l'Académie de médecine a jugé digne du prix d'Argenteuil. Pour pratiquer cette incision, M. Maisonneuve ne se sert pas, il est vrai, de l'instrument de M. Raybard, mais du lithotome caché du frère Côme, dont il a un peu augmenté la courbure ; cette substitution est-elle heureuse ? Je ne le pense pas, je crois même tout le contraire. Le lithotome coupe, par un mouvement de totalité de l'instrument d'où résulte un frottement général, un tiraillement de l'urètre et un plissement de ses parois, qui se trouvent coupées là où elles ne devraient pas l'être. Dans l'inciseur Raybard, la tige formant gaîne reste fixe ; la lame seule est mobile et saillante par un mécanisme que je me plais à déclarer très ingénieux : il en résulte que la section du rétrécissement se pratique avec plus de netteté et de précision qu'avec les instrumens du frère Côme, Maisonneuve, etc.

Je demande la permission de rappeler, à cette occasion, que, le premier, je crois, j'ai fait exécuter et appliqué un scarificateur agissant d'arrière en avant par une lame glissant dans une rainure, la gaîne restant immobile : il date de 1832 ; ce n'était qu'un point de départ, et je n'ai pas, en rappelant ce souvenir historique, la pensée de revendiquer le mécanisme et encore moins le principe des incisions longues et profondes de M. Raybard, qui lui appartient bien en propre, car la lame de mon scarificateur urétral, qui était aussi pourvue d'une bougie conductrice en gomme ne devait pas dépasser les parois de l'urètre.

Sans adopter le système des incisions longues et profondes de M. le docteur Raybard, sur la valeur desquelles je ne suis pas encore fixé, malgré la solennelle approbation de l'Académie de médecine, j'ai modifié l'instrument de ce chirurgien de manière à lui faire produire tous les effets que M. Maisonneuve propose d'obtenir avec deux instrumens, c'est-à-dire, fendre d'avant en arrière l'obstacle dans lequel est introduit un conducteur, puis agrandir l'incision d'arrière en avant. Cette combinaison existe dans l'instrument que j'ai nommé *à triple effet*, et que j'ai représenté dans l'exposé de mes titres scientifiques, planche 44.

Avant de terminer, je demande la permission de dire quelques mots au sujet de la locution : *guérison immédiate*, dont quelques personnes font un étrange abus. Un malade dont on fend le rétrécissement n'est pas guéri pour cela ; il a une plaie de l'urètre dont il faut obtenir la cicatrisation sans infiltration d'urine et sans rétrécissment secondaire. De même qu'un calculeux n'est pas guéri parce que l'on vient de lui pratiquer l'opération de la taille ; celui-ci est guéri de la pierre, mais non des conséquences de l'opération qu'il vient de subir.

— M. GAVARRET fait hommage à l'Académie de son ouvrage intitulé : *De la chaleur produite dans les êtres organisés.* — Des remercîmens seront adressés à l'auteur.

— M. MATHIEU soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle disposition qui permet de supprimer la sonde de Belloc, et de la remplacer avec le bout de la sonde brisée, dite d'*homme et de femme*, qui se trouve dans la trousse de tous les chirurgiens. Il a pratiqué à l'extrémité vésicale de la sonde d'homme un très petit trou qui permet le passage d'un fil muni à l'une de ses extrémités, d'une petite boule percée d'un trou *B*, et à l'autre d'un pas de vis *E*, qui s'ajuste avec un simple stylet *D C*. Ces deux petites pièces peuvent se placer avec les stylets dans la trousse ou dans l'une de ses poches. Lorsqu'on a besoin de la sonde de Belloc, on monte instantanément le fil flexible sur le bout de la sonde d'homme *A A* ; on fixe le stylet à la partie correspondante, et l'on a une vraie sonde de Belloc, sans en avoir fait la dépense et sans en avoir l'embarras. Ce petit mécanisme peut s'appliquer à toutes les sondes de trousses existantes.

Il est procédé à l'appel nominal et au scrutin pour l'élection d'un membre dans la section de médecine vétérinaire.

Nombre des suffrages, 72 ; — majorité absolue, 37.

M. Bouley obtient. . . . . . 56 voix.
M. Reynal. 16

En conséquence, M. Bouley est proclamé membre de l'Académie.

L'ordre du jour rappelle la discussion sur le rapport de M. Bousquet au sujet du travail de M. Moreau (de Tours).

La parole est à M. Piorry.

M. PIORRY : Les diverses espèces admises dans l'étude de la folie n'ont rien de fixe, d'absolu ; depuis les troubles encore presque physiologiques, qui, en santé, surviennent du côté de l'intelligence sous l'influence de l'art de causer, jusqu'aux graves perturbations observées dans la manie et la démence, il y a une foule de degrés intermédiaires, et le classificateur ne rencontre pas d'échelon où il puisse s'arrêter.

L'altération de la structure intime du cerveau, en rapport avec le délire, est tantôt primitive ou idiopathique, tantôt consécutive, symptomatique ; dans un cas comme dans l'autre, elle est réelle, elle est prouvée par l'analogie, par l'expérimentation, par le bon sens ; elle est aussi incontestable que l'existence de Dieu, c'est-à-dire que le fait le plus évident de la nature.

On a classé les divers délires d'après leurs caractères, qui, en effet, sont très tranchés dans les types extrêmes de la fureur maniaque, de la monomanie extatique, de la rêvasserie typhoïque ; mais, ici comme ailleurs, on s'écarterait de la vérité si l'on voulait faire de la nosographie à espèces absolues. A l'état sain, l'intelligence et le caractère diffèrent d'un homme à l'autre ; de même dans l'aliénation. Il y a plus : le même individu est tantôt triste, tantôt enjoué, emporté ou patient ; le délire offre souvent les mêmes changemens. On sait toutes les modifications que subissent l'intelligence et le caractère sous l'influence d'un malheur, ou de l'époque menstruelle, d'une mauvaise digestion, d'un peu de vin de Champagne....

Il résulte de cette mobilité de la pensée et du moral, que les aliénistes ne sont pas d'accord sur les types, les espèces de la folie. Ainsi, la manie, la mélancolie, la monomanie ambitieuse et quelques autres, sont bien l'expression de quelques variétés bien tranchées de délire ; mais, pour être complètes, ces divisions devraient embrasser tous les troubles, les facultés intellectuelles et affections, ce qui est impossible.

Une distinction plus importante à faire entre les délires est celle-ci : tantôt les idées sont coordonnées, tantôt elles n'ont plus entre elles aucun enchaînement logique. Dans le premier cas, le délire est moins grave, parce qu'il traduit une atteinte peu profonde de l'appareil médiateur intéressé entre le monde extérieur et le principe qui nous anime ; dans le second cas, il semble y avoir destruction ou du moins altération extrême de cet appareil.

Je dis de cet appareil, et non du principe sous l'influence duquel il fonctionne ; car le jugement lui-même n'est pas atteint chez l'aliéné ; seulement, il s'exerce sur des matériaux vicieux, sur des souvenirs décevans, sur des sensations fausses, en un mot, sur des fantômes et des ombres ; de là une étrange confusion dans les idées. J'ai vu des aliénés qui déliraient sur des rêves (et c'est même une bonne précaution de dire aux fous qu'ils rêvent et non qu'ils délirent). Le jugement lui-même n'est donc pas faussé ; je pourrais même citer un exemple de conservation chez un aliéné du libre arbitre, et des cas de cette espèce sont d'une haute importance pour éclairer le problème de la *conscience* ; mais ces considérations m'entraîneraient trop loin.

Puisque le principe de la pensée n'est pas lui-même altéré ; puisque l'âme ne saurait être malade, c'est donc dans les lésions de l'appareil qui en est l'instrument, c'est donc dans l'anatomie du cerveau qu'il faudrait chercher les bases d'une classification des délires.

M. Belhomme a tenté de le faire ; mais j'avoue n'être pas aussi avancé que lui sous ce rapport ; et, dans l'état actuel de la science, il me semble plus sage de fonder la division de la folie, en genres et en espèces, sur l'examen approfondi des troubles fonctionnels.

C'est dans ce sens qu'a été conçue la classification de M. Guislain, qui l'a exprimé dans une nomenclature analogue à la mienne. M. Guislain admet une *luperophrénie*, ou esprit triste ; une *paraphrénie*, ou esprit de travers ; une *hyperphrénie*, qui correspond à la manie ; l'*hyperplexie*, c'est l'extase ; l'*hyperspasmie*, la convulsion ; l'*idéosynchésie*, la confusion des idées ; enfin, *noasthémie* indiquerait la démence. Quelque disposé que je sois à adopter toutes les réformes utiles du langage médical, je ne puis admettre cette nomenclature ; elle diffère essentiellement de la nomenclature organopathique, en ce qu'elle ne detruit aucune entité morbide, et qu'elle substitue simplement des mots peu connus à des mots usités tous les jours.

Puisque l'on peut songer à classer les délires autrement que par les caractères mêmes de la perturbation fonctionnelle, voici comment j'ai essayé d'établir les divisions fondamentales de la folie :

Le mot *psyché* indique l'intelligence ; *psychisme*, c'est l'exercice régulier de cette même intelligence ; *psychismie*, son trouble pathologique. De là l'*hyperpsychisme* à l'état sain, élévation, exaltation des facultés ; et à l'état morbide, l'*hyperpsychismie*. De même à l'*hypopsychisme*, esprit peu développé et à l'*apsychisme*, intelligence à peu près nulle, correspondent les troubles pathologiques désignés sous les noms d'*hypopsychismie* et *apsychismie*, idiotisme, démence. *Dysorthopsychismie* est l'appellation peu harmonieuse, j'en conviens, mais expression par laquelle je désigne un état de l'intelligence bien distinct de l'exagération ou de l'affaiblissement. Enfin, *anomòpsychismie* indique la perversion dans l'exercice de cette faculté. Je me suis bien gardé de consacrer par ces noms une atteinte portée au principe pensant, à l'âme, atteinte que je crois impossible ; aussi n'ai-je pas dit *psychie*, mais *psychismie*.

Je conserve le nom de *manie* et ses composés, parce qu'il n'y aurait nul avantage sérieux à le changer.

Veut-on indiquer les causes du trouble intellectuel ? En faisant précéder le radical *psychismie* des mots *alco, narco, septico, galémo* (lait dans le sang), *tox*, il est facile de résoudre la difficulté. Si le nom qui résulte de cette combinaison devenait trop long, on le décomposerait : ainsi, au lieu de *alcopsychismie* on dirait *psychismie étio-alcoolique.*

Cette nomenclature a l'immense avantage de rentrer dans le cadre de celui que j'ai adoptée pour les autres états morbides et qui embrasse, dans sa vaste application, jusqu'aux lésions de la peau, de l'oreille et des yeux.

A part les dénominations que je propose, on voit que tout le monde est d'accord sur les idées et que, dans cette partie de la science, le vitalisme paraît trouver une application des plus positives. Ce que je viens de dire prouvera encore une fois que, dans les discussions, il y a eu plutôt des disputes de mots, des blessures d'amour-propre, des appréciations erronées, des idées d'auteurs, que dissidence d'opinion et opposition de principes.

Je termine par cette conclusion : que M. Moreau a eu raison de rapprocher la folie du délire, du rêve, de l'ivresse, du narcotisme ; que c'est un blasphème de dire que l'anatomie et la physiologie pathologiques n'ont pas éclairé l'histoire de la déraison humaine.

Tératologie.

M. DEPAUL : J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie le cadavre d'un enfant né à huit mois environ, qui a vécu quelques instans seulement, et qui présente un exemple de monstruosité assez rare comme espèce surtout.

C'est un monstre double appartenant à la classe des Monomphaliens, et qui doit être rangé dans les Hémipages, avec cette particularité, toutefois, que la soudure latérale s'étend à la région sus et sous-ombilicale, confond les deux têtes, beaucoup plus que cela n'a été observé dans les faits déjà connus, et réduit l'extrémité inférieure à deux membres parfaitement conformés.

La longueur totale de ce monstre est de 0,41 cent. Du sommet à l'ombilic, il a 0,22 cent. Son poids est de 2,650 grammes.

Tête. — La portion crânienne manque de l'enveloppe osseuse et se trouve formée par une masse rougeâtre et molle, composée par deux masses encéphaliques, entourées par les membranes et séparées d'avant en arrière par un sillon assez profond, surtout dans ce dernier sens.

Faces. — Deux faces complétement soudées sur la ligne médiane, jusqu'à la région frontale, existent parfaitement, complètes et d'une ressemblance parfaite. Elles sont un peu obliquement dirigées de haut en haut et de dehors en dedans, de telle sorte que les deux mentons convergent l'un vers l'autre, et ne sont séparés que par un intervalle de 2 centimètres.

Chaque visage a ses deux yeux, son nez et son orifice buccal parfaitement conformés.

De chaque côté existe une oreille régulière. En avant et sur la ligne médiane, au niveau de l'œil droit de la face gauche et de l'œil gauche de la face droite, existe une petite excavation assez profonde, d'où s'élève un prolongement cutané aplati transversalement, qui est évidemment une oreille double formée par la fusion de l'oreille gauche de la face droite et l'oreille droite de la face gauche.

Cou. — Le cou est très large et tellement ouvert, que les deux mentons touchent presque la partie supérieure du thorax. Les deux oreilles externes reposent de chaque côté sur l'épaule correspondante et sont pliées en deux.

Thorax. — Vu par sa face antérieure, il offre une conformation très régulière. Le diamètre transverse a cependant une étendue un peu plus considérable que ne le comporte le volume général de l'enfant. D'un acromion à l'autre, il y a 0,15 cent. ; au-dessous des mamelles, dans sa partie la plus large, il offre 0,11 cent.

Un seul mamelon très petit existe de chaque côté.

En arrière, il existe une large gouttière verticale étendue depuis la masse encéphalique jusqu'au sacrum dépourvu de peau, et qui est remplacée par une membrane rougeâtre et transparente, et limitée de chaque côté par une série d'épines osseuses. La largeur de cette gouttière est de 0,4 cent. La soudure des deux colonnes vertébrales paraît complète.

Parties génitales. — Ce monstre appartient au sexe mâle. Une verge et un scrotum très réguliers existent à leur place habituelle.

Les testicules ne sont pas descendus dans les bourses.

L'anus est perforé et à sa place.

Les membres supérieurs, qui sont au nombre de deux, ainsi que les inférieurs, ne présentent aucun signe de conformation.

Le cordon ombilical est unique et normalement inséré.

J'ai l'intention de faire l'anatomie complète de ce monstre, et d'étudier avec soin les modifications imprimées aux divers systèmes par la fusion des deux individus.

J'aurai l'honneur de tenir l'Académie au courant des détails intéressans qui seront probablement rencontrés.

Je mets également sous les yeux de l'Académie un petit fœtus de 2 mois 1/2, qui présente une monstruosité du même ordre que l'enfant dont il vient d'être question. Je ferai connaître les détails importans qu'une dissection complète pourra me faire observer.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

---

(1) M. Demarquay a soutenu, au moyen d'un pessaire à réservoir d'air, une chute complète de matrice, compliquée de cystocèle ; il y a déjà deux ans que la malade porte son appareil, sans en éprouver aucune gêne ; M. le docteur Gariel a publié une note sur ce sujet dans la *Gazette des hôpitaux*.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 68. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 9 Juin 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An............... 32 Fr.
6 Mois............. 17
3 Mois............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

UN JUGEMENT EN MATIÈRE D'HONORAIRES.

L'affaire que je vais raconter ne s'est passée ni en Abyssinie, ni en Chine, j'ai besoin d'en prévenir le lecteur, mais bien dans notre beau pays de France, pas très loin de la moderne Athènes, sans que je puisse préciser davantage le lieu pas plus que les personnages. Tenez seulement le récit pour parfaitement authentique.

Une femme de la commune de X... ramenait de l'abreuvoir sa vache qu'elle tenait en laisse. Trois autres vaches, appartenant à un paysan de la même commune, et conduites, sans entraves, par un enfant, se précipitent sur la vache de la femme qui, en voulant la garantir des attaques furieuses des autres animaux, tombe par terre, est piétinée et reçoit des blessures graves, la plus grave à la jambe gauche, dont les deux os sont fracturés comminutivement. Un médecin est appelé. C'est un praticien honorable et habile, qui, pendant plusieurs jours, emploie toutes les ressources de l'art pour conjurer la terrible nécessité de l'amputation. Il s'agit, en effet, d'une vieille femme de 75 ans, très effrayée, peu robuste, et offrant peu de chances pour la réussite d'une aussi grave opération. Cependant le danger devient imminent, les soins les plus intelligens n'ont pu empêcher l'apparition des accidens les plus graves, la gangrène s'est emparée du membre, il faut opérer. L'amputation est faite; et, chance heureuse, après de grandes anxiétés, le succès est complet. Il s'agit maintenant de faire marcher cette femme. On ne trouve dans cette campagne que l'informe et grossier *pilon*. On s'adresse à Paris pour avoir un appareil plus convenable. Il est habilement construit par M. Charrière. Tout le monde est satisfait des résultats de cette grave affaire. Le médecin demande ses honoraires. Il a affaire au mari de l'opérée, paysan à son aise, possesseur de bonnes terres, faisant un commerce fructueux de marchand coquetier. Pour ses soins, l'amputation, les pansemens, le tout à plusieurs kilomètres de sa résidence, il demande 400 fr., qui lui sont immédiatement payés. La note de M. Charrière s'élève à 200 fr., qui est également soldée. Tout cela paraît modéré, raisonnable, en rapport avec la fortune de cette famille; aucune réclamation ne s'élève de sa part.

Mais un incident s'était passé qui a eu de graves et de bien inattendues conséquences pour notre honorable confrère. Le mari de cette femme, que j'appellerai Pierre, dès le moment de l'accident, menace Jacques, le propriétaire des vaches, causes de tout le mal, d'une poursuite en demande de dommages-intérêts. Jacques a peur et souscrit, en bonne et due forme, un engagement dont j'extrais le passage suivant :

« Le sieur X..., afin d'éviter les frais de poursuites en dommages-intérêts que pourrait intenter le sieur Z..., à l'occasion d'un accident arrivé à son épouse, par les bestiaux de ce dernier, et afin de l'indemniser des pertes que peuvent lui causer cet accident, s'engage de *rembourser* au sieur Z... tous les frais présens et à venir qui ont été et qui seront occasionnés par suite de cet accident, et qui seront acquittés par lui sur les quittances des médecins qui auront donné leurs soins à la malade. »

Fort de cet engagement et muni des quittances nécessaires, Pierre demande à Jacques le remboursement de ses frais. Mais Jacques se récrie, refuse de payer et assigne Pierre devant le tribunal. Là, les parties ne pouvant s'entendre, dit le jugement, dont j'aurai tout à l'heure à signaler quelques motifs, le tribunal ordonne la mise en cause de qui? de notre confrère. Notre confrère obéit à l'assignation judiciaire, mais il fait plaider devant le tribunal, que son intervention forcée n'est ni légitime, ni juste; qu'il n'a rien à démêler dans les différends de Pierre et de Jacques; qu'il n'a demandé à Pierre que son dû; que Pierre n'a élevé aucune réclamation; que le prix de ses honoraires n'est pas exorbitant; que le prix paraît-il tel au tribunal, le tribunal manque des élémens nécessaires pour juger ce point; qu'il demande sa mise hors de cause ou bien une nomination d'experts, etc., etc. Peine perdue, plaidoirie impuissante. Le tribunal retient en cause notre confrère, et rend un jugement dont quelques motifs sont trop curieux pour que je puisse me dispenser de les faire connaître :

« Considérant que les honoraires à attribuer à un chirurgien doivent être proportionnés à l'importance de l'opération qui lui est confiée, *à la position qu'il occupe dans la science comme opérateur*, d'une part, et à la *condition sociale* comme à la position de fortune de ceux qui l'emploient, d'autre part;

» Considérant qu'en prenant en considération les circonstances ci-dessus énoncées, le mémoire du sieur X... est *évidemment exagéré*, et que le tribunal possède les documens nécessaires pour en déterminer le chiffre, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à une expertise;

» Considérant que c'est sur la demande formelle du sieur X... (le mari de la malade), que le sieur X... (le médecin) a fait expédier de Paris une jambe artificielle du prix de 200 fr.;

» Considérant que *dans la position relative* de la dame X... comme dans celle du sieur (celui qui devait payer), une *jambe artificielle d'un prix aussi élevé n'était pas en rapport avec la position sociale de la personne qui devait s'en servir*, non plus qu'avec la position de fortune de celui qui devait la payer, etc. »

Le tribunal fixe à 300 fr. les honoraires dus à notre confrère, et à 50 fr. le prix de la jambe artificielle, et condamne notre confrère à restituer ce qu'il a reçu en plus, non compris le prix de la jambe artificielle acquitté par lui, le condamne en outre à la moitié des dépens.

Ce jugement n'a pu être frappé d'appel, le tribunal jugeant en dernier ressort. Seul, le recours en cassation était possible. Je pensais qu'il y avait lieu à recourir à la haute appréciation de la Cour suprême; mais je pensais aussi que notre confrère devait se présenter devant la Cour de cassation avec l'appui et sous le patronage de l'Association de prévoyance. J'ai sollicité pour lui cet appui et ce patronage. L'Association a dû nécessairement consulter son conseil judiciaire, et Mᵉ Paillard de Villeneuve n'a pas été d'avis qu'un recours en cassation fût profitable. Le jugement du tribunal est donc devenu définitif, et, dans ces conditions, il ne nous est plus permis de le critiquer et de le combattre. Je me suis borné à souligner, dans les considérans, les points de jurisprudence qui me semblent très controversables, et sur lesquels, s'il m'était permis d'émettre une opinion à côté de celle d'un homme aussi compétent que l'honorable conseil de l'Association, il me semble qu'il y avait lieu d'appeler l'attention de la Cour suprême.

Je ne sais s'il est conforme à l'esprit de nos lois, à nos mœurs, aux principes d'égalité qui régissent la société française de mesurer le prix des honoraires dus à un médecin, à la position que ce médecin peut occuper dans la science. Tous les médecins sont égaux devant le diplôme; et quelle compétence peut avoir un tribunal pour apprécier la position scientifique d'un médecin?

Je ne sais s'il est conforme à cet esprit, à ces mœurs, à ces principes de prendre la *position sociale* des malades pour base du plus ou moins de perfection des appareils que le médecin doit leur appliquer. Ce considérant du jugement me paraît si grave que je ne peux m'empêcher de regretter vivement que la Cour de cassation n'ait pas été appelée à fixer la jurisprudence sur ce point. Ce jugement, s'il passait à l'état de principe, deviendrait une cause perpétuelle d'embarras et d'appréhension pour nos confrères. L'administration de l'assistance publique serait en contravention perpétuelle, elle qui entoure les pauvres malades des hôpitaux des soins les plus attentifs, qui leur procure les hommes de l'art les plus savans et les plus célèbres, qui fait confectionner les instrumens, les appareils et machines nécessaires, par les fabricans les plus habiles et les plus renommés. Il y a, dans ce considérant du jugement, matière à de bien graves réflexions et nous regrettons moins de ne pouvoir ici les indiquer car elles doivent se présenter tout naturellement à l'esprit du lecteur.

L'honorable et très éclairé confrère qui vient de subir le jugement dont il s'agit ne doit pas s'en affliger outre mesure. C'est là une de ces fatalités de la justice dont personne ne peut se dire exempt. Il ne perdra rien dans l'estime, la considération et la confiance de ses confrères et de ses cliens, et en faisant connaître cette interprétation des juges de son arrondissement, je suis heureux de lui donner un témoignage public de sympathie, comme aussi cette interprétation peut servir d'avertissement à nos confrères dont la conduite médicale a pour noble devise :

Fais ce que dois, advienne que pourra.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

De la varioloïde et de la varicelle.

Il y a entre ces deux affections différence complète de nature, et c'est ce que le professeur se propose spécialement d'établir.

On veut, à l'égard de la varicelle et de la varioloïde, établir le même rapprochement qu'entre cette dernière et la variole légitime, mais cela est impossible pour plusieurs raisons : si l'on met en contact avec un varioleux, un individu qui porte des cicatrices légitimes de vaccine, il prend une varioloïde; et si, pendant qu'il est atteint de cette dernière maladie, on le rapproche d'un sujet qui n'a pas été vacciné et n'a pas eu la petite-vérole, celui-ci prend une variole légitime. Si l'on prend le pus d'une varioloïde, et qu'on l'inocule à un individu sain, comme on a été obligé de le faire durant des épidémies de petite-vérole, où l'on était à court de vaccin, on voit naître de cette inoculation la petite-vérole légitime. Autant de preuves de l'identité de nature des deux affections. En est-il de même de la varicelle? Non; elle ne se prend point au contact d'une varioloïde et ne communique pas la petite-vérole. On la voit survenir aussi bien chez les individus qui ont eu cette dernière maladie que chez les personnes qui en ont été exemptes, chez les individus non vaccinés et ceux qui l'ont été; peu de temps même après la vaccination, six semaines ou deux mois. M. Trousseau a vu survenir dans sa salle d'enfans, à l'hôpital Necker, une épidémie de varicelle qui les attaquait tous à peu de temps d'une vaccination parfaitement réussie.

Il suffit déjà de ces considérations pour établir que la varioloïde et la varicelle sont deux affections différentes; et c'est une question fort importante au point de vue de l'hygiène, puisque la varicelle est, par elle-même, dépourvue de danger, et qu'on pourra laisser les individus qui en seront atteints en communication avec les personnes environnantes, sans avoir peur de voir se développer une affection plus grave. La même pratique, appliquée à la varioloïde, pourrait, au contraire, devenir funeste pour le développement de la petite-vérole.

De la varioloïde. — Il y a trente-cinq ans, on ne connaissait pas un exemple avéré de petite-vérole survenue après la vaccine, bien que, pourtant, Jenner en eût vu des exemples et les eût signalés; mais, comme il se trouve toujours des gens plus royalistes que le roi, il y eut des médecins qui accordèrent à la vaccine plus que celui qui l'avait découverte et propagée.

Il y eut, en 1825, une très violente épidémie de petite-vérole à Paris, pendant laquelle on vit des individus vaccinés en être atteints; M. Husson, qui avait été du premier comité de vaccine en 1800, et qui en était un ardent propagateur, ne voulait pas y croire. Il disait, avec beaucoup d'autres médecins, ou bien que les individus n'avaient pas été vaccinés, ou qu'il s'agissait de cas de petite-vérole volante. La chose était, du reste, si nouvelle, et les exemples si rares, qu'on se rassemblait pour les examiner. Une épidémie à Édimbourg et les deux de Marseille multiplièrent les exemples; les gouvernemens commencèrent à s'en émouvoir, et surtout en Allemagne, où l'on rendit les revaccinations obligatoires. Aujourd'hui, dans tous les services d'hôpitaux, on voit des individus portant des traces de vaccine légitime prendre la variole et même en mourir. Elle peut même survenir peu d'années après la vaccination, deux ou trois ans. M. Trousseau a vu, à l'hôpital Necker, un enfant vacciné avec plein succès depuis six semaines, prendre une variole légitime; une mère et ses trois enfans la prirent également peu après la vaccination : elle fut confluente chez la femme, qui en mourut.

La variole, dans toute ses formes, peut donc se développer

chez des individus vaccinés. Ceci dit, passons à l'étude de la variole modifiée ou varioloïde.

Le début de la varioloïde ne diffère en rien de celui de la variole. La fièvre s'allume et continue jusqu'à l'éruption; seulement, on voit plus souvent survenir une éruption scarlatiniforme ou pétéchiale, qui n'a pas la même gravité pronostique que celle qui survient dans la variole.

Lorsque l'éruption s'est faite, elle ne diffère pas jusqu'au huitième jour de celle de la variole; mais à cette époque, c'est-à-dire le huitième jour depuis le début ou le quatrième de l'éruption, au lieu de voir survenir le gonflement et l'auréole inflammatoire, on voit les tégumens pâlir et s'affaisser. Les pustules ne prennent pas d'ampleur, restent acuminées, s'aplatissent et s'ombiliquent peu, se sèchent sans se déchirer et devenir rugueuses; elles passent à l'état corné. Celles des membres, au lieu d'acquérir un volume et une étendue trois ou quatre fois comme celles du visage, n'augmentent pas de volume et se cornent de la même façon. L'éruption est sèche le dixième jour.

Dans les formes plus graves, quand la varioloïde, ce qui arrive, est confluente, il y a quelquefois une fièvre secondaire; mais au 10me jour, la tuméfaction s'arrête sans qu'il survienne d'accident, tandis que dans la variole ce serait un signe de mort.

Tout se termine par une desquamation rapide, bien que, cependant, elle puisse laisser des traces, surtout chez les personnes qui ont la peau fine.

Varicelle. — Beaucoup de médecins dans la plus haute position scientifique regardent cette affection comme une modification de la variole, un diminutif. Pour M. Trousseau, cette opinion est erronée.

Invasion. — Quand un enfant entrait à l'hôpital Necker avec une varicelle, on prenait la date du jour d'entrée, et seize ou dix-sept jours plus tard il se déclarait d'autres varicelles. Si, au contraire, c'était un varioleux, il y en avait d'autres neuf ou onze jours plus tard, ce qui révèle un temps d'incubation différent; et quelque part qu'on prenne les observations, les choses se passent de la même façon. Un enfant bien portant, vacciné ou non, ayant eu ou non la variole, est pris tout à coup d'une fièvre assez vive, *sans vomissemens, sans douleurs de reins*. Le *lendemain*, le *jour même quelquefois*, on voit apparaître à la peau quinze ou vingt points rouges; quelques heures plus tard, l'épiderme se soulève, et *vingt-quatre heures* après l'apparition des points rouges, on voit une *bulle, une véritable phlyctène* parfaitement arrondie et transparente, comme si elle contenait de l'eau : c'est un sudamina dix ou quinze fois plus grand que celui que nous connaissons.

Jamais dans la variole ou la varioloïde vous ne verrez l'éruption prendre cette forme bullaire. Dans ces affections, la fièvre et l'éruption se continuent jusqu'à ce que cette dernière soit complétée. Dans la varicelle, les choses se font successivement, et il y a un jour d'apyrexie complète; la fièvre survient pendant la nuit, et le lendemain on trouve trente à quarante points d'éruption. Dans les vingt-quatre heures suivantes, les choses se passent de la même façon, et ainsi pendant quatre ou cinq jours quelquefois, de façon à avoir quatre ou cinq éruptions successives. Douze heures après l'apparition de l'éruption, on a une bulle limpide, et quarante-huit heures plus tard le liquide est devenu lactescent : ce qui ne s'observe jamais dans aucune forme de variole. Dans cette dernière affection, les pustules tendent à prendre une forme arrondie, très régulière dans la discrète. Pour la varicelle, les choses se passent différemment : après deux ou trois jours, les bulles deviennent inégales, irrégulières, déchiquetées; jamais elles n'offrent de trace d'ombilic.

Quand le pus commence à se former dans la phlyctène, il se forme une auréole inflammatoire d'un rouge livide et plus grande que l'auréole variolique.

Quand la pustule se crève, elle laisse une croûte d'un bistre foncé, qui n'a rien de commun avec la couleur jaunâtre de la croûte variolique, mais se rapproche beaucoup de la croûte de l'ecthyma.

L'évolution complète de la varicelle se fait en quatre ou cinq jours.

Elle est si peu dangereuse, qu'on ne pourrait citer un exemple de mort. Cependant, pour compléter son diagnostic, nous devons dire que, chez quelques enfans qui ont de la tendance à faire du pus, elle est suivie d'éruptions successives de pemphygus, qui finissent par épuiser et faire mourir les malades. Mais ces morts ne peuvent être imputées à la varicelle elle-même.

En résumé, on peut s'appuyer sur les considérations suivantes pour prouver qu'elle est d'une nature différente de la variole :

1° Elle n'engendre point la variole et n'est point engendrée par elle. De même qu'elle n'est point empêchée par elle, non plus que par la vaccine.

2° Son incubation est de seize à dix-sept jours, au lieu de neuf à onze, comme pour la variole.

3° L'éruption se fait dans les vingt-quatre heures de la fièvre d'invasion qui marque seule le début, se fait par poussées successives précédées de fièvre, et séparées les unes des autres par des temps d'apyrexie complète, consiste dans une bulle qui devient lactescente en quarante-huit heures, laisse une croûte ecthymateuse, et disparaît en quatre ou cinq jours.

4° La varicelle n'a jamais eu de gravité.

(La suite à un prochain n°.) Dr E. Archambault.

PATHOLOGIE.

PLEURÉSIE GAUCHE; — MARCHE INSIDIEUSE; — FORMATION RAPIDE DE L'ÉPANCHEMENT; — MORT SUBITE.

Monsieur le rédacteur,

L'observation communiquée dernièrement (Union Médicale, n° 63) par M. Hervieux à la Société médicale des hôpitaux de Paris, me rappelle un cas semblable, où j'ai été tout aussi malheureux que lui d'un côté, mais plus heureux d'un autre, puisque j'ai pu faire l'autopsie. Mon cas date d'une dizaine d'années, et je l'ai laissé dormir, ne sachant aucune conclusion à en tirer; je l'exhume maintenant, puisque, rapproché de celui de mon confrère, il prend et donne un peu plus de signification.

Mme R..., âgée de trente et quelques années, grande, blonde, lymphatique, a eu une santé habituellement bonne; en un mot, il n'y avait rien de particulier chez elle qui pût expliquer l'événement arrivé.

Elle fut prise d'une pleurésie gauche, des plus classiques, de moyenne intensité, avec épanchement pas trop abondant. Traitée par les ventouses, les vésicatoires, la maladie céda facilement; au bout d'une quinzaine, la fièvre était tombée; l'épanchement résorbé à une petite quantité de liquide près; pas de dyspnée, pas de toux. En un mot, la convalescence était commencée; la malade se réjouissait de passer en famille sa fête qui devait avoir lieu deux jours plus tard; elle mangeait avec appétit des potages, et s'était même levée un peu dans la journée. Quand on vint m'appeler en toute hâte à huit heures du soir (je l'avais vue deux heures avant dans l'état que je viens de décrire), la scène avait changé tout à coup; sans la moindre cause appréciable, la malade s'était sentie prise d'étouffement, de faim d'air, d'extrême anxiété; je la trouvai couchée sur le dos, ne pouvant respirer, avec des inspirations très fréquentes, très courtes, se plaignant d'oppression énorme sans douleur; elle était pâle, la peau fraîche, le pouls fréquent, petit, mou. Ma première idée était un nouvel épanchement thoracique, considérable et foudroyant, que mes maîtres m'avaient déjà enseigné à redouter; mais l'auscultation et la percussion, faites avec le plus grand soin, dissipèrent bientôt cette supposition; la respiration s'entendait partout, quoique faible, mais pure, sans râles, sans souffle; la percussion donnait un son clair, excepté à la base du poumon gauche, où, avant cette aggravation, il y avait encore un peu de liquide. Était-ce une apoplexie ou du moins une congestion pulmonaire? L'exploration physique du thorax, l'absence d'une cause, l'état du pouls et du cœur, en démontraient la non-existence. Une affection du cœur subite devait également être invoquée; mais l'absence de matité étendue, de profondeur et d'altération des bruits ne laissait pas subsister cette idée. A quoi avais-je affaire?

Dans cette perplexité, je fis prévenir un de mes confrères, M. le docteur Aronssohn, de m'assister de ses conseils. Pendant qu'on le prévenait, je tâchai de parer au plus pressé; je fis appliquer plusieurs sinapismes, donnai des stimulans diffusibles pour réveiller une vie qui s'en allait rapidement. Ces moyens furent continués et variés après la consultation, mais inutilement. A dix heures, deux heures après l'invasion de ces accidens, la scène pénible avait cessé.

Nous avons pu faire l'autopsie de la poitrine : *Elle a été complètement négative.* Poumons sains; traces de pleurésie récente dans le côté gauche; quelques fausses membranes; deux à trois cuillerées d'un liquide clair-jaunâtre; pas d'épanchement péricardique; rien d'anormal au cœur. Faut-il regretter de n'avoir pu ouvrir le crâne? Je ne le pense pas; il n'y avait aucun symptôme d'apoplexie ou de ramollissement cérébral; intelligence intacte; pas de lésion de la motilité et de la sensibilité. Mais de quoi est morte ma malade?

Agréez, etc.

Dr E. Strohl,
Agrégé à la Faculté de médecine.

Strasbourg, le 1er Juin 1855.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

HISTOIRE DU CHOLÉRA DE 1854, DANS L'HOPITAL PRINCIPAL DE LA MARINE DE TOULON;

Par H. Lauvergne, premier médecin en chef de la marine, professeur de clinique médicale.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 15, 29 Mai et 5 Juin.)

Les autopsies que nous avons faites, l'ont été sur des sujets morts du choléra *vehementissimus* ou asphyxique. Nous en consignons ici une seule et qui peut servir de type à toutes les pareilles du genre. L'état hypérémique des ganglions semi-lunaires s'est montré constamment chez les choléras blancs et qui représentent, dans notre épidémie, l'expression la plus élevée du fléau; nous le répétons encore une fois, cette hypérémie ne se traduit pas, pour nous, par le mot irritation, inflammation ou phlegmasie.

Résumé collectif des quelques autopsies de cholériques très gravement atteints. — Fluidité et couleur noirâtre du sang contenu dans le cœur, les vaisseaux artériels et veineux, et dans les divers parenchymes. Les poumons seuls sont congestionnés *passivement;* leur coloration, leur consistance, jouaient l'état normal (fait exceptionnel dans les autres choléras).

Les intestins sont au dehors d'une teinte rosée; au dedans, pas la moindre trace d'irritation. L'estomac, sans altération appréciable, pas même sur les sujets qui ont ingéré comme moyen excitateur de la vie, une dose élevée de poudre de Cayenne.

Nota bene. — Les ganglions semi-lunaires ont été trouvés congestionnés de sang, nous osons dire, tuméfiés. Leur couleur normale est d'un gris lavé de rougeâtre; ils étaient ici d'un rouge assez foncé, et leur consistance, au tact, paraissait diminuée. Ainsi, le cerveau abdominal, comme disaient les anciens, assume, selon notre manière de voir, la responsabilité et la causalité de tous les symptômes cholériques du genre *vehementissimus*.

Le traitement du choléra de 1854, celui du moins que nous avons généralement mis en œuvre, chez nos cholériques du genre le plus élevé, et avec des modifications décroissantes dans la dose des élémens thérapeutiques, pour ceux qui présentaient des signes de réaction actuelle ou prochaine, se compose d'un choix d'excitateurs de l'action nerveuse, appliqués sur les surfaces de rapport de l'organisme, accessibles à nos moyens de médication.

Ces agens excitateurs ont été mis en œuvre *coup sur coup*, d'une manière continue; et lorsque le complément des moyens divers, que nous appelions le premier assaut livré à la maladie, était achevé, on surveillait le malade en lui administrant de temps en temps les boissons toniques ordinaires.

Ainsi, aussitôt qu'un cholérique nous était livré, on le déshabillait, il était revêtu d'une grande chemise de laine et couché dans un lit chaud (nous supposons ici un cholérique avancé, froid, sans pouls, sans réaction).

Deux infirmiers, munis d'une main en laine, frottent le corps glacé, à sec, dans le but d'éponger l'humeur visqueuse, froide et collante qui couvre la peau et s'oppose à son absorption, si toutefois il y a encore absorption; dans les cas extrêmes, nous croyons à l'imbibition de la peau, qui peut devenir absorption, à mesure que les fluides volatils et fixes de notre liniment pénètrent dans son tissu. Cela fait et tandis qu'un élève applique au creux de l'estomac un large vésicatoire, suivi de sinapismes chauds aux pieds et aux mains, que la sœur hospitalière fait boire au malade une infusion de mélisse punchée, on procède au frictionnement de la peau avec le liniment suivant :

Huile d'olives.	90	grammes.
Camphre.	8	—
Ammoniaque.	8	—
Rhum.	4	—
Ail pilé.	2	—
Laudanum	4	—
Essence de girofle . . .	quelques gouttes.	

Pendant que deux infirmiers poursuivent cette opération, on administre au malade un grain et demi à deux grains de tartre stibié dans un demi-verre d'infusion de menthe. Si les nausées et les envies de vomir se manifestent, c'est un signe de favorable augure. Dans le *choléra blanc*, le plus mortel de tous, il a été impossible d'obtenir une nausée ni une simple envie de vomir, malgré l'ingestion de plusieurs verres d'eau. Le liquide tombait et restait dans l'estomac comme dans un vase.

Nous avons prolongé les vomissemens ou, en d'autres termes, la perturbation occasionnée par cet acte, à l'aide de dix, douze, jusqu'à vingt verres d'eau tiède pris de temps en temps.

L'acte du vomissement achevé, on a donné au malade, comme parégorique, dix gouttes de laudanum de Sydenham dans une cuillerée d'eau. Les premiers actes de notre traitement anticholérique ne se bornent point là, il nous reste à mentionner deux autres moyens auxquels nous ajoutons une extrême confiance. Après l'émétique, le premier de ces moyens est un lavement chaud de vin aromatique alcoolisé et *ratanhié*. Si, après quelques minutes de séjour dans l'intestin, le malade s'agite et le rend, c'est un bon signe; le gros intestin, cet infime *ultimum moriens*, a subi l'excitation du remède, donc la vie anime cette surface de la peau interne. Dans le *choléra blanc*, rien de pareil; ce lavement, une fois introduit dans l'intestin, y demeure inerte et sans écho.

Enfin, pour terminer la première série des premiers secours thérapeutiques, il nous reste à parler d'un dernier agent que nous avons adopté, sur le dire des médecins qui pratiquent dans l'Inde et nous y avons été fidèle jusqu'à la fin de l'épidémie, pour deux raisons; l'une, l'absence d'irritation gastrique dans les autopsies de cholériques; l'autre, l'impérieuse nécessité d'éveiller l'innervation dans le cerveau abdominal, à l'aide d'une stimulation énergique, portée à la surface la plus rapprochée du plexus solaire. Ce stimulant, c'est la poudre dite poivre de Cayenne et que nous avons appelée poudre cardinale à raison de sa couleur rouge. Le piment rouge en poudre fine et suspendue dans le vin, dans le rhum même, a pu déterminer un effort de réaction et faire descendre le *choléra blanc* au rang de *choléra bleu*, ce qui constituait, dans notre clinique de 1854, un succès souvent contestable, mais quelquefois réel.

Quelques instans après l'acte de vomissement apaisé, nous avons administré le poivre de Cayenne, à la dose de vingt à vingt-cinq grains dans un petit verre de vin. Il n'a jamais été repoussé, toujours bien toléré, souvent répété jusqu'à trois fois dans la journée, sans que rien de défavorable nous ait forcé de le suspendre.

Lorsqu'après une première dose de poivre de Cayenne, il nous a paru nécessaire d'en soutenir l'action, nous l'avons associé au sulfate de quinine et au musc; ainsi, vingt grains de l'un et de l'autre, avec addition de deux grains de musc, et

administré durant la première journée à doses réfractées, jusqu'à ce qu'on ait obtenu le triomphe de la réaction, ont puissamment secondé les autres moyens de médication. Du reste, le sulfate de quinine à haute dose est un reméde héroïque, non seulement pour solliciter l'action vitale, diminuée et perturbée, mais encore pour la répandre et la faire rayonner par toute l'économie. Nous l'avons employée dans tous les cas graves.

Enfin, si le hoquet fatiguait le malade, nous l'apaisions à l'aide de dix à quinze gouttes de chloroforme dans une infusion.

Lorsque ces divers moyens de combattre le *grand choléra*, avaient reçu leur complément d'exécution, la maladie, disionsnous, subissait un *premier assaut*. On surveillait le malade, on lui donnait quelques grains de glace, s'il endurait cette soif inextinguible, assez fréquente dans les choléras graves (il y a peu de soif dans le blanc); on lui donnait à boire la tisane de riz, de tilleul, l'eau vineuse; et pour soutenir l'action des remèdes internes, on lui faisait prendre, de temps à autre, une cuillerée de la potion suivante :

Infusion de mélisse.	90	grammes.
Sirop d'écorce d'oranger. . .	30	—
Eau de cannelle orgée	30	—
Acétate d'ammoniaque	15	—
Sirop d'ipéca.	8	—
Tannin.	50	centigrammes.

Si, après trois, cinq ou sept heures de cette médication continue, une réaction franche n'était point établie, on recommençait le même traitement dans toute sa teneur. L'on doublait le vésicatoire, un de chaque côté de la poitrine. C'était le second assaut. Cette répétition était toujours considérée comme l'équivalent d'un pronostic mortel. Les malades tombés cholériques dans les salles de fiévreux, surtout les fiévreux à éruptions rubéoleuses, scarlatineuses, varioliques, les fiévreux chroniques, pris du choléra dans leur lit, ont presque tous succombé, ou mieux, sont morts sans un soupçon de réaction. Il faut avoir « *mens sana in corpore sano* » pour lutter contre un vrai choléra. Nous n'oserions alors conseiller une opération chirurgicale qu'on peut remettre à d'autres temps.

La réaction est franche et complète, si, en même temps que le pouls et la chaleur reviennent, il ne surgit aucun symptôme d'un mal autre que le choléra; si les fonctions organiques reprennent quelque activité, en un mot, si le sujet paraît entrer en convalescence. Toutefois, il ne faut pas confondre les *reliquats* d'une forte atteinte cholérique, tels que la surdité avec catarrhe de l'oreille, les oreillons qui ont marqué, en 1854, la décroissance de l'épidémie; l'ophthalmie purulente, la faiblesse musculaire, la diarrhée bilieuse, l'atonie gastrique, etc. Ces symptômes sont ceux de la réaction cholérique obtenue, c'est la maladie simple après l'action de la cause si souvent fatale à ceux qu'elle atteint. La maladie grave, c'est la mort sous des noms divers, fièvre adynamique, ataxique, typhoïde que nous n'avons jamais reconnue, d'après ce qu'on entend par ce mot; enfin, fièvre toute nerveuse : celle-ci est très fréquente; nous l'avons nommée : *mort chronique par le choléra*. Cette fièvre marche ordinairement avec l'état phlegmasique d'un organe essentiel devenu chronique, et les poumons nous ont paru le plus souvent en cause que les autres.

Tels sont, en résumé, les faits cliniques les plus essentiels que nous avons recueillis au lit des malades pendant l'épidémie de 1854. Nous répétons à dessein et comme conclusion de notre œuvre, les deux axiomes suivants : 1° le spasme phrénique plus ou moins fort, avec usure et perturbation de l'innervation, commence l'essentialité du choléra, lequel, s'il n'est promptement enrayé, finit par la mort du sang; 2° les moyens excitateurs de l'innervation organique, dirigés par toutes les voies possibles et en particulier par la muqueuse gastrique vers le centre phrénique, *résument* pour nous, et notre médication en fait foi, ce qu'il y a de plus logique pour combattre, avec le moins d'insuccès possible, les divers choléras et en particulier le choléra blanc ou atone, le plus mortel de la série.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 Mai 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

M. RIPAULT adresse, de Dijon, une note sur le *raccourcissement congénial d'un des os du métacarpe.*

L'auteur décrit cette difformité qu'il a observée chez une personne d'ailleurs bien conformée et d'une bonne constitution, et tire de son observation des conséquences relatives à l'avantage qu'on doit trouver dans beaucoup de cas à préférer la résection d'un os long, dont une partie seulement est malade, à son ablation complète.— (Commissaires, MM. Serres, Andral, Velpeau.)

— M. FÉRAUD soumet au jugement de l'Académie une note *sur la propriété antiseptique de la fumée, et son emploi comme préservatif et curatif du choléra et des épidémies en général.*

L'auteur cite quatre observations de maladies épidémiques qui ont cessé immédiatement après un incendie survenu dans le lieu qui en était le théâtre. De ces quatre observations, l'une a été communiquée en avril 1854 à l'Académie de médecine, les trois autres ont été publiées, vers la fin de la même année, dans deux journaux du Midi; nous n'avons donc pas à les reproduire ici. L'auteur pense que ce n'est point, comme on l'a dit, à la ventilation produite par le feu qu'a été due la désinfection, mais bien à la propriété antiseptique de la fumée. Il désirerait que l'Académie, entrant dans ses idées, instituât un système d'expérimentation qui pût décider la question. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission du prix Bréaut.)

— M. CORVISART, auteur d'un opuscule intitulé : *Méthode nutrimentive dans les cas de vice de sécrétion de l'estomac*, opuscule présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie en 1854 et renvoyé par la commission au concours de 1855, prie l'Académie de vouloir admettre au même concours un second mémoire qu'il adresse aujourd'hui, concernant la dyspepsie et la consomption.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 14 Mars 1855. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Sommaire. — Observation d'hydrocéphalie chronique acquise suite d'hémorrhagies méningées, par M. Barthez. Discussion : MM. Vigla, Becquerel, Delasiauve, Barthez. — Mémoire de M. Bernutz, sur les affections syphilitiques du col utérin.

M. BARTHEZ montre à la Société les pièces anatomiques d'un enfant mort d'*hydrocéphalie chronique acquise suite d'hémorrhagies méningées.* L'observation détaillée est lue par l'interne du service.

Le 1er mars 1855, est entrée à l'hôpital Ste-Eugénie, salle Ste-Mathilde, dans le service de M. Barthez, la nommée Emélie Giroux, âgée de 2 ans; née de parens bien portans, sans antécédens tuberculeux. La mère a fait deux fausses couches et deux enfans, l'un est venu avant terme et n'a vécu que quinze jours; l'autre est celui qui nous occupe.

Cette enfant, assez forte à sa naissance et bien conformée, fut mise entre les mains d'une nourrice, qui n'en prit aucun soin, et lui donnait à 4 mois du pain et de la soupe pour nourriture.

Elle fut prise, à cette époque, de constipation, à laquelle succéda bientôt du dévoiement, et depuis cette époque jusqu'au moment de sa mort, elle n'a cessé d'avoir la diarrhée, avec quelques alternatives de constipation.

C'est aussi à partir de ce moment que la santé de l'enfant est altérée, et qu'elle a commencé à maigrir (on lui a donné des bains salés qui lui ont fait quelque bien).

A 10 mois, elle a eu de la contracture des pieds; les pieds, dit la mère, étaient tournés en dedans et restaient toujours dans cette position; outre ces contractures, elle a eu des convulsions qui ont duré trois jours, les accès convulsifs se renouvelaient trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Au bout du troisième jour seulement on s'est aperçu que la tête de l'enfant était plus volumineuse. Les os s'étaient écartés; l'on sentait de la mollesse aux fontanelles, le long des sutures fronto-pariétales et sagittales. La tête a continué à grossir pendant quinze jours environ; au bout de ce temps, elle avait à peu près acquis le volume que nous lui trouvons aujourd'hui.

Dans cette période de développement de la boîte crânienne, les convulsions avaient disparu; les contractures seules persistaient. Trois mois après le début, les convulsions ont reparu, et l'enfant a fait ses premières dents (je rapproche ces deux faits : ils me paraissent avoir une certaine corrélation).

Pendant les trois premiers mois de son hydrocéphalie, l'enfant avait toute sa connaissance et presque autant d'intelligence qu'auparavant; seulement elle jouait moins et on la tenait couchée à cause du volume de sa tête qui l'emportait sur le poids du corps. Depuis les dernières convulsions, son intelligence est tout à fait abolie; elle ne reconnaît personne, ne grandit pas, et maigrit malgré tous les soins.

A son entrée à l'hôpital, l'amaigrissement de tout le corps est extrême; l'appétit est conservé, mais la diarrhée continue; les membres sont petits, mais droits; le sternum, bombé en avant, a 8 centimètres de long; les côtes sont noueuses; la face est pâle et excavée; les yeux roulent continuellement dans leurs orbites; du reste, le sens de la vue est conservé; la dentition est très incomplète.

La sensibilité et les mouvemens sont intacts, sauf les contractures des pieds et des mains qui persistent.

L'enfant ne se plaint que lorsqu'on la remue; de temps en temps elle porte sa main à sa tête. Lorsqu'on essaie de la faire boire, elle projette au hasard la langue hors de sa bouche, et avale de travers.

Quant à la tête, le périmètre fronto-occipital est de 54 centimètres. Il y a 26 centimètres de l'épine nasale (base) à la protubérance occipitale externe.

Le crâne a la forme triangulaire; le frontal et les pariétaux nous présentent une courbure très marquée; la voûte du crâne est aplatie.

La suture lambdoïde est ossifiée; la fontanelle antérieure et en partie la suture fronto-pariétale ne sont pas ossifiées.

2 mars. Le lendemain de son entrée, l'enfant a beaucoup pâli; le pouls est très petit, filiforme; rien dans la poitrine ni au cœur. L'enfant ne veut pas manger.

3 mars. Pâleur, sueurs sur toute la face et de la tête; refroidissement des extrémités; pouls irrégulier. Mort.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

La fontanelle antérieure n'est point ossifiée, ainsi que la suture fronto-pariétale dans son tiers médian.

La fontanelle postérieure et les autres sutures sont complétement ossifiées.

La voûte du crâne étant enlevée, il s'échappe de la cavité de l'arachnoïde environ un litre de liquide.

Ce liquide était formé par de la sérosité sanguinolente très foncée en couleur, et dans les parties les plus déclives par du sang rouge artériel presque pur. Dans ce liquide nageaient en assez grand nombre de petits caillots fibrineux non décolorés; quelques-uns de ces caillots étaient adhérens à la fausse membrane enkystante et aux veines que traversaient ce kyste. Ce liquide était contenu dans une fausse membrane qui l'enveloppait de toute part, et dont la coloration jaune, la mollesse et le peu de résistance rappelait tout à fait la couenne jaune de certaines saignées, ou les caillots décolorés que l'on trouve dans le cœur.

Nous disons que cette fausse membrane enveloppait le liquide de toutes parts. En effet, après avoir tapissé le feuillet interne de la dure-mère qui recouvre la voûte du crâne et les faces latérales, cette membrane se porte à la base du crâne et sur la face supérieure de la tente du cervelet, pour se réfléchir ensuite sur le cerveau, au moment où elle arrive, en avant à la partie la plus large de la grande fente sphénoïdale, et plus en arrière au trou grand rond, ovale, et enfin au bord libre de la tente du cervelet.

En un mot, la membrane enkystante n'empiète pas sur la partie de la base du crâne qui est en dedans des trous d'émergence des nerfs crâniens, ni sur le cervelet.

Après s'être réfléchie sur le cerveau, elle enveloppe les hémisphères jusqu'à leur face interne, et se replie sur la faulx du cerveau, d'où nous l'avons vue partir.

La même disposition a lieu pour l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche.

Il y a donc là deux kystes, seulement ils communiquent à la partie la plus postérieure du bord libre de la faulx du cerveau, à l'extrémité antérieure du sinus droit, par un orifice de 2 centimètres de long, complétement limité par la fausse membrane; nous ne saurions mieux comparer cet orifice de communication qu'à celui qui réunit les deux ventricules latéraux.

Cette fausse membrane n'avait pas partout la même épaisseur; dans plusieurs points, on pouvait la subdiviser en deux, trois couches superposées; du reste, elle se comportait, à l'égard des petites veines qui traversent directement du cerveau à la dure-mère, comme l'arachnoïde. Elle leur fournissait une gaîne à la face interne des hémisphères. Les deux feuillets pariétal et viscéral de la fausse membrane adhèrent l'un à l'autre dans une assez grande étendue.

Cette fausse membrane était très peu adhérente à l'arachnoïde pariétale, et moins encore à l'arachnoïde viscérale, en sorte qu'on aurait pu l'isoler complétement.

Nous devons noter de petites ecchymoses entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale aux points d'émergence de quelques-unes de ces veines qui se rendent directement du cerveau aux pariétaux.

Il n'y a point d'injection des vaisseaux sous-arachnoïdiens, ni d'épanchement séreux sous l'arachnoïde.

Le cerveau a son volume normal. Ses circonvolutions ne sont point affaissées; les ventricules latéraux ne sont pas dilatés et contenaient environ une cuillerée de sérosité limpide et transparente.

Un examen, du reste superficiel du cerveau, ne nous a pas permis de constater la présence de tubercules.

Point de tubercules dans les poumons, ni dans les ganglions bronchiques ou mésentériques.

Rien dans les autres organes.

M. VIGLA rappelle que M. Ernest Boudet a décrit les mêmes faits à la Salpêtrière, dans son mémoire *sur l'apoplexie méningée.*

M. BARTHEZ : J'appuie d'autant plus volontiers la remarque de M. Vigla, que c'est véritablement après avoir lu le mémoire de M. Boudet que j'ai compris le fait soumis à mon observation. Il n'y a de différence qu'en ceci : c'est que, chez l'enfant, il y a hydrocéphalie, tandis qu'elle ne se montre pas chez le vieillard. Or, ceci a une certaine portée thérapeutique : on sait qu'on a parlé de cas de guérison d'hydrocéphalie; il est probable qu'il s'agissait d'un fait semblable à celui que j'ai observé.

M. VIGLA : J'ajouterai que M. Boudet avait distingué les cas dans lesquels le sang s'épanche à la surface libre de l'arachnoïde, et il avait déduit de ses nombreuses observations, que c'est surtout dans ces cas et dans ceux où il y a épanchement dans les ventricules, que l'on constate les *convulsions*, la *contracture*. Eh bien, le fait de M. Barthez signale, entre autres symptômes, les convulsions.

M. BECQUEREL : Je prends la parole pour rappeler à M. Barthez un fait dont il se souviendra peut-être. Lorsque nous étions ensemble internes à l'hôpital des Enfans, nous eûmes l'occasion de voir un enfant qui avait fait une chute sur la tête; cet enfant guérit, mais on remarqua un développement très notable de la tête d'un côté; il fit de nouveau une chute qui détermina une fracture du crâne, à la suite de laquelle on vit apparaître une hernie du kyste intérieur. Ce n'est que deux ans après qu'il vint mourir à l'hôpital d'une rougeole. Nous fîmes, avec grand soin, l'autopsie, et nous pensâmes, M. Barthez et moi, qu'il s'était fait au moment de la première chute un épanchement de sang, point de départ du kyste.

M. DELASIAUVE : Un de nos confrères très distingués, M. Thore, a fait un mémoire sur les maladies incidentes des aliénés. M. Thore cite des faits d'apoplexies méningées, accompagnées de convulsions épileptiformes. M. Bayle, dans son travail sur la paralysie générale, a fait la même observation. Il se présente une question : les fausses membranes sont-elles le résultat de l'absorption de la partie séreuse du sang épanché? Pour moi, cela est probable.

— M. BERNUTZ, candidat au titre de membre titulaire de la Société, lit un mémoire intitulé : *Des affections syphilitiques de l'utérus.* Voici le résumé de ce mémoire :

L'utérus, dit M. Bernutz, peut être le siége d'affections idiopathiques mais bien souvent aussi ses affections ne sont que des manifestations d'une maladie générale qui vient se traduire sur le col utérin par des lésions dont il est très difficile dans un grand nombre de cas de reconnaître la nature. Parmi celles-ci, se trouvent les manifestations syphilitiques dont l'utérus peut être le siége aux différentes périodes d'évolution de cette maladie et qu'on peut diviser, d'une manière plus ou moins légitime, en :

1° Accidens primitifs . .	Chancres, balanite chancreuse.
2° Accidens secondaires.	Plaques muqueuses, végétations, érosions, syphilides.
3° Accidens tertiaires . .	Tubercules, gommes simples ou ulcérées.

Cette énumération fait assez comprendre qu'il me sera impossible, dans cette première communication, de m'occuper d'elles toutes, et que j'ai dû me borner aujourd'hui à l'étude des chancres.

Ils se présentent sous trois formes différentes : Dans la première, chancres proprement dits, ils offrent les caractères du chancre classique; dans la seconde, chancres diphthéritiques, saillans, ils revêtent l'apparence d'une fausse membrane d'une nature spéciale; dans la troisième, chancres ulcéreux, rongeans, ils prennent l'aspect d'une ulcération de mauvaise nature à marche envahissante.

Les *chancres proprement dits* du col de l'utérus ont pour caractère

fondamental une ulcération presque en tout conforme à la définition classique du chancre. Ces chancres, résultat d'un coït infectant, susceptibles de se reproduire par inoculation, soit physiologique, soit artificielle, peuvent donner lieu à des bubons inguinaux dont la nature reste souvent indéterminée, tant qu'on n'est pas arrivé à constater les chancres utérins dont ils procèdent. A leur période de réparation, ils présentent les mêmes transformations que les chancres huntériens occupant les parties externes, dont ils diffèrent seulement par l'absence d'induration, si légère que ce soit, bien qu'ils puissent être suivis de la série de tous les accidens consécutifs.

Le diagnostic de ces chancres est, en général, facile à la période d'état, parce qu'il suffit, pour ainsi dire, d'être prévenu de l'existence assez fréquente d'acnés du col utérin pour que la confusion n'ait pas lieu entre ces deux affections, dont les caractères sont assez tranchés.

La seule difficulté à cette période d'état résulte du siége que peut occuper le chancre qui, situé dans la cavité même du col, échappe à tout moyen direct d'investigation, de sorte qu'on n'a plus, comme seule ressource de diagnostic, que le résultat souvent incertain de l'inoculation du liquide à peine opalin qui s'échappe de l'orifice utérin. On trouve de même d'assez grandes difficultés pour le diagnostic de ces chancres à la période de réparation, parce qu'ils peuvent, lorsque leurs caractères ne sont pas bien tranchés, être confondus avec les érosions qui succèdent à des vésicules d'herpès qui, bien que très fréquentes sur le col utérin, n'en sont pas moins généralement inconnues. Dans ces circonstances, il faut très attentivement étudier chacun des caractères de ces petites ulcérations, rechercher particulièrement la coloration rouge sombre et l'excavation cupuliforme propres au chancre et, lorsqu'on reste dans le doute, *fonder son jugement* sur la marche différente de ces deux affections beaucoup plus rapide dans l'herpès.

Les *chancres diphthéritiques*, les plus fréquens de tous, présentent des caractères tellement dissemblables de ceux du chancre vulgaire qu'ils sembleraient, par eux, devoir plutôt être rapprochés de certaines affections secondaires que des accidens primitifs, malgré la propriété dont ils jouissent au plus haut degré de pouvoir, par inoculation, donner naissance à un chancre simple susceptible lui-même de se reproduire par de nouvelles inoculations successives. Ils ont, comme caractère fondamental, une sorte de production couenneuse d'un gris blanc-jaunâtre qui, au lieu de tapisser une excavation, se projette en saillie légèrement mamelonnée sur des bords rouges, saillans eux-mêmes, au-dessus des parties voisines saines. Ils présentent de plus comme caractère de persister souvent ainsi pendant une très longue durée après le coït infectant, presque sans changement aucun, jusqu'à l'approche de la période de réparation, où alors la production couenneuse se partage en divers segmens irréguliers, assez semblables, eux, à des chancres externes, mais qui, en quelques jours, ont bientôt disparu.

Ces chancres diphthéritiques se présentent, dans leur longue évolution, sous cinq états différens sur lesquels j'ai à revenir, parce que chacun d'eux peut être cause d'erreurs de diagnostic.

La première période, très courte, caractérisée par une agglomération confluente de vésicules, semblables à celles qu'on observe après une inoculation artificielle, peut être très facilement confondue avec une plaque d'herpès, et en particulier avec une plaque d'herpès phlycténoïde, siégeant sur le col utérin. Ces deux affections se distinguent l'une de l'autre, d'une part, par les caractères des vésicules elles-mêmes, qui, très minces, presque transparentes dans l'herpès, laissent à la moindre piqûre, faite avec l'extrémité d'une lancette, échapper la sérosité limpide qui les distend ; d'autre part, par les caractères de l'auréole, non saillante, d'un rouge-pâle, étalée de l'herpès. Enfin elles se distinguent par les résultats tout différens de l'inoculation, par la marche toute différente de l'herpès, dont les vésisicules sont, au bout de quelques jours, remplacées par une érosion superficielle ; tandis qu'on voit aux vésicules qui caractérisent la première période du chancre diphthéritique, succéder une production couenneuse.

Celle-ci, dans la période de progrès du chancre diphthéritique, comme spongieuse, d'un blanc-grisâtre, peut, à cause de cette coloration, être confondue : 1° avec l'œdème du col ; 2° avec le psoriasis du col utérin, que MM. Boys de Loury et Costilhes ont décrit sous le nom de diphthéritite ; 3° avec la gangrène pultacée de cet organe ; 4° avec une plaque muqueuse opaline.

Ce dernier diagnostic est le plus difficile et en même temps le plus important. Il résulte de la différence d'époque de manifestation de ces lésions appartenant l'une au début, apparaissant l'autre toujours assez longtemps après l'infection. Mais il résulte surtout des signes objectifs du chancre d'une part et de la plaque muqueuse de l'autre qui est, elle, constituée par une papule parfois assez saillante, dont le sommet est revêtu par une lamelle ferme, sèche, d'un blanc opalin ou d'un blanc pur et dont la base, sous forme d'un liseré rosé, apparaît légèrement proéminente au-dessus des parties voisines, soit saines soit légèrement injectées. D'ailleurs, ces deux affections, dont l'une est si manifestement inoculable, dont l'autre m'a toujours donné un résultat sous ce rapport négatif, présentent bientôt une marche complètement dissemblable qui ferait disparaître tous les doutes si on en conservait.

Dans la période d'état, la plaque couenneuse plus ferme, plus résistante, plus épaisse, mamelonnée à sa surface, a pris une teinte d'un blanc jaunâtre-ocreux tellement spéciale qu'elle ne peut plus être confondue avec aucune des affections dont nous venons de nous occuper.

Les caractères de chacun des segmens auxquels donne lieu la division de la plaque diphthéritique primitive et ceux de l'ulcération spéciale, qui, de toutes parts les entoure, me paraissement assez tranchés pour ne pas avoir à distinguer cette période de segmentation du chancre, soit d'une éruption presque confluente d'acnés, soit de plaques ambrées qui, dans la période secondaire, se manifestent semblables à celles qui ont été décrites sur les amygdales dans la thèse de M. Martelière, et dont nous nous occuperons ultérieurement.

Le diagnostic est également facile pour les ulcérations qui caractérisent la période de réparation lorsqu'elles suivent leur marche régulière.

Mais, dans certaines circonstances que nous avons indiquées dans notre description, les ulcérations, au lieu de suivre une marche régulière, se hérissent de sortes de condylomes muqueux, et pourraient d'autant plus facilement être confondues avec une ulcération cancéreuse ou plutôt cancroïde, que ces sortes de végétations reposent sur une base légèrement indurée.

Cependant le diagnostic nous paraît facile, en tenant compte, d'une part, des antécédens, du début, de l'affection, de l'état constitutionnel des malades, de l'absence des douleurs, de la nature de l'écoulement, et, d'autre part, des caractères de ces condylomes d'une teinte violacée, assez fermes, non saignans, revêtus d'une mince lamelle épithéliale, et proéminens au-dessus d'une ulcération en voie de cicatrisation, dont les bords se confondent avec les parties voisines saines.

Les *chancres ulcéreux*, assez rares, pour que je n'aie pu en recueillir qu'une seule observation, tandis que j'en trouvais onze des variétés précédentes dont sept diphthéritiques, évident le col utérin comme on voit chez l'homme certains chancres évider le méat urinaire. L'entonnoir fongueux à base vaginale,qui en résulte par beaucoup de ses caractères se rapprocherait des ulcérations phagédéniques si ce n'était, fort heureusement, sa rapide guérison.

On ne pourrait confondre le chancre ulcéreux qu'avec ceratines ulcérations cancéreuses et en particulier avec l'*ulcus erodens* décrit par Clarck. Pour ce diagnostic, il faut tenir compte des commémoratifs propres à chacune de ces deux affections, de l'état constitutionnel des malades, de la coexistence possible d'autres accidens syphilitiques que, jusqu'ici, j'ai cru superflu de mentionner, et de la nature de l'écoulement. Mais on doit insister surtout sur la différence des caractères objectifs de l'ulcération du chancre, molle, fongueuse, dépourvue de toute induration, d'une teinte spéciale, maculée de lamelles d'un gris blanc-jaunâtre spécifique, susceptible, par inoculation, de donner naissance à un chancre caractéristique.

Le travail de M. Bernutz est renvoyé à une commission composée de MM. Legendre, Guéneau de Mussy, Becquerel.

Le secrétaire, Dr Hérard.

PRESSE MÉDICALE.

SOLIDIFICATION SPONTANÉE D'UN ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE POPLITÉE; observation recueillie par M. Waters, dans le service de M. le docteur Pétrie. — L'exemple suivant de la solidification spontanée d'un anévrysme de l'artère poplitée, anévrysme qui avait atteint des dimensions considérables, est d'un grand intérêt, parce qu'il apporte une nouvelle preuve de l'efficacité d'un des modes de traitement que l'on recommande pour la cure des anévrysmes. Nous voulons parler de la ligature du vaisseau au delà du siége de la tumeur. Cette méthode, qui est quelquefois désignée sous le nom de opération de Wardrop, est la même que celle de Brasdor qui fut pratiquée par A. Cooper, Dupuytren, Deschamps, Mott, Rey, M. Laugier, etc., dans certains cas particuliers.

Suivant toute probabilité, dans le cas que nous rapportons, la guérison a été le résultat de l'occlusion de la partie dilatée du vaisseau par un caillot sanguin : la complète disparition de pulsations dans les artères tibiales, coïncidant avec la cessation des battemens et du bruit de souffle dans la tumeur est en faveur de cette interprétation.

Joseph Bukley, âgé de 30 ans, scieur de long, fut admis dans la salle n° 6, sous les soins de M. le docteur Pétrie, le 21 février 1855.

Le malade raconte que ce fut quelques instans après une chute, qu'il s'aperçut, il y a seize jours, qu'il avait une grosseur dans le creux du jarret gauche. Son maître lui conseilla de suspendre son travail et de faire quelques fomentations sur la jambe malade. Depuis lors, la tumeur augmenta graduellement de volume, devint douloureuse à la marche, mais la douleur était supportable lorsque le malade était couché ou lorsque la jambe était maintenue en repos.

Le jour où Bukley entra à l'hôpital, on constata dans le creux poplité une tumeur de la grosseur d'un demi-citron, et l'on sentait très distinctement les pulsations dans la tumeur. Ces pulsations étaient douloureuses et empêchaient le malade de dormir. La chaleur de la jambe était sensiblement diminuée. Si l'on appliquait le stéthoscope sur la tumeur, on entendait un double murmure à chaque pulsation artérielle. — La santé générale est bonne ; le malade est d'un tempérament sanguin. Des bouteilles chaudes doivent être appliquées autour du pied gauche. Régime modéré ; potion opiacée.

Nous ne donnerons point jour par jour l'observation détaillée, car, dès le lendemain de l'admission du malade, sous l'influence du repos au lit, il y eut rémission dans les douleurs et diminution du bruit et des battemens dans la tumeur : bientôt après on sentit avec le doigt des battemens dus à l'établissement de la circulation collatérale, et cela très distinctement, surtout vers la région interne du genou ; puis, peu à peu, on put supprimer les bouteilles d'eau chaude, parce que la chaleur naturelle se rétablissait dans les jambes au-dessous de la tumeur. La tumeur diminua sensiblement de volume, et le jour où le malade demanda sa sortie, 10 mars, c'est à-dire 21 jours après son entrée à l'hôpital, cette tumeur est de beaucoup revenue sur elle-même ; elle est dure, on n'y sent plus la moindre pulsation, non plus que dans les artères tibiales antérieure et postérieure.

Le malade peut marcher sans éprouver la moindre douleur.

Nous n'ignorons point combien il faut se montrer sévère à l'endroit des observations de cure spontanée des anévrysmes ; cependant nous attachons de la valeur au cas précédent, parce que les signes de l'anévrysme ont été constatés par un chirurgien d'hôpital, le docteur Pitrie, et de plus, parce que le malade étant guéri, l'absence de pulsations artérielles a persisté dans les artères tibiales. Du reste, on ne peut se refuser à croire à la possibilité de la cure spontanée des anévrysmes, plusieurs exemples sont relatés dans la science, et quiconque voudra se reporter à l'ouvrage de Hodgson, traduit par Breschet en 1819, trouvera (p. 139 et suiv. du premier volume) un chapitre très remarquable sur les trois modes principaux de guérison spontanée des anévrysmes.

Quant à l'observation que nous venons de rapporter, elle trouve une nouvelle valeur dans les remarques dont elle est suivie. En effet, on appelle l'attention sur la guérison spontanée d'anévrysmes dans les gros vaisseaux de la poitrine, et dernièrement encore M. Ludlow a présenté à la Société pathologique de Londres une pièce anatomique très curieuse, où l'on voyait qu'il y avait cure spontanée d'un anévrysme de l'aorte, par dépôt de fibrine du sang dans toute la cavité anévrysmatique, chez un malade qui avait succombé à une autre maladie. Le cas est rapporté dans le dernier volume des transactions de la Société.

De plus, M. Cock a fait mention d'un cas encore plus singulier, où un anévrysme aurait été constaté dans chaque creux poplité chez un homme du monde, et avait été guéri spontanément par solidification fibrineuse. Le malade qui fait le sujet de cette dernière observation n'avait été soumis à aucun traitement, et ne s'était même pas mis au lit. — (*Assoc. med. journ.*, mai 1855.)

SUR LE POULS RÉCURRENT DE LA CAROTIDE CHEZ LES ALIÉNÉS. — Après avoir rappelé les travaux de Récamier sur le pouls récurrent, le professeur Albers, de Bonn, établit l'existence de ce phénomène dans les artères de la périphérie d'un endroit en proie à une inflammation, accompagnée d'une vive irritation. Ce sont principalement les phlegmons qui le présentent. Il est le résultat non seulement de l'altération de la crase sanguine qui accompagne les inflammations, mais encore de la difficulté de l'entrée et de la progression du sang dans les portions enflammées. La conséquence en est un recul. C'est là ce qui explique les battemens observés dès la plus haute antiquité dans les organes enflammés. L'irritabilité exagérée des tissus, qui détermine une tension plus considérable des parois artérielles, y contribue également. On l'observe dans la radiale, principalement dans les inflammations des doigts et de la main ; mais on l'y rencontre, quoique plus faible, dans les fièvres, chez des personnes à irritabilité constitutionnelle. Ainsi chez des jeunes gens à la suite d'états rhumatismaux, de l'action du mercure ou d'autres médicamens et de genres de vie qui épuisent le sang et les forces. Il se montre parfois avant l'établissement des crises rhumatismales et disparaît avec leur apparition ; or, il est bon d'observer qu'on a voulu faire dépendre ces états d'une artérite.

Pour Récamier, le pouls récurrent indique une inflammation lente ou latente, et, quel que soit le siége de celle-ci, il la ressent dans le pouls radial. M. Albers croit que cette coïncidence peut exister dans des inflammations des poumons, des séreuses et muqueuses de l'abdomen et du thorax, mais pas dans les autres ; ainsi, dans les maladies de l'encéphale, on trouvera la récurrence dans la carotide.

On trouve encore le pouls récurrent dans quelques maladies du cœur, surtout avec rétrécissement valvulaire, où le reflux de la périphérie au centre se manifeste comme une des formes du pouls si souvent irrégulier. L'irrégularité des mouvemens du cœur, jointe à l'athérose si fréquente des artères et à la difficulté de la circulation veineuse, est probablement la cause de ce phénomène.

On sent encore parfois le pouls récurrent dans la carotide, dans les maladies du cœur et chez les aliénés. Sur onze aliénés, M. Albers l'a trouvé deux fois ; chez un, il se montrait de temps en temps, c'était une femme ayant des accès de manie agitée. L'autre était un homme atteint de mélancolie alternant avec de la manie. Le phénomène du pouls existait constamment dans ces deux états de mélancolie et de manie. Ce malade est atteint d'une arachnoïdite de la surface du cerveau, qui diminue de temps en temps, pour reprendre un nouvel essor, et tout fait supposer une lésion analogue chez la première aliénée.

On sait combien il est difficile, parfois, de reconnaître les lésions cérébrales chez les aliénés, et combien ce point de diagnostic est important pour le traitement ; or, le pouls récurrent de la carotide fournira peut-être ce signe. On le trouvera probablement encore dans d'autres affections de l'encéphale que l'arachnoïdite, accompagnées de battemens des carotides, et ce seront des maladies qui apportent un trouble dans la circulation cérébrale. Il existe une certaine relation entre l'état du pouls des carotides et le degré de ce trouble, de sorte que le premier peut fournir des indications thérapeutiques précieuses. En général, cette étude est presque toute à faire encore ; mais il faut la combiner avec l'auscultation. Il n'y a pas de doute que la différence de la tension des parois des carotides entraîne une plus ou moins grande conductibilité des bruits du cœur. Ainsi, le pouls carotidien est dur et fréquent quand on y perçoit un bruit intense, isochrone avec le premier bruit du cœur. — (*Wiener med. Wochenschrift*, 1855, n° 15.)

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840, relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 9 mars 1852 ;

Vu le décret impérial en date du 30 mai 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Duval.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Toulmouche.
Clinique externe. — M. Guyot (Pierre-Aristide).
Pathologie interne. — M. Péchot.
Clinique interne. — M. Pinault.
Accouchemens, maladies des femmes et des enfans. — M. Godefroy (Auguste-César-François).
Matière médicale et thérapeutique. — M. Pontallié.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Aussant.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. Aubry.
Clinique interne. — M. Lecompte.
Anatomie et physiologie. — M. Delacour.

Art. 3. M. Destouches est nommé professeur adjoint hors cadre. Il sera attaché en cette qualité à la chaire de pharmacie.

Art. 4. Sont nommés professeurs suppléans :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Beaudoin.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans. — M. Pitois.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Robiou.
Pour les chaires des sciences accessoires. — M. Chauvel.

Art. 5. M. Robiou, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Guyot est nommé prosecteur.
M. Godefroy est nommé préparateur.

Art. 6. M. Duval, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Art. 7. M. le recteur de l'Académie de Rennes est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 1er juin 1855. H. Fortoul.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Maltesté et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 69. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 12 Juin 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 JUIN 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Sommaire. — Recherches expérimentales sur l'inoculation de la pustule maligne aux animaux. — Blennorrhagies granuleuses de M. Thiry (de Bruxelles). — Observations relatives à un chien dératé depuis six ans et demi. — Sur la contagion du muguet.

Dans un mémoire peu étendu, mais très substantiel et renfermant des idées dignes de fixer l'attention des expérimentateurs et des pathologistes, M. le docteur Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, a exposé ses recherches expérimentales sur l'inoculation de la pustule maligne de l'homme aux animaux. Il a développé, dans ce travail, plusieurs propositions que nous devons indiquer.

La maladie charbonneuse, *une* dans son principe et *multiple* dans ses formes, s'observe sous trois formes principales :

1° La *fièvre charbonneuse* ou charbon interne;

2° La *tumeur charbonneuse symptomatique*, anthrax malin, ou charbon externe consécutif;

3° La *tumeur charbonneuse idiopathique*, pustule maligne, ou charbon externe primitif.

Ces trois variétés d'une même maladie s'observent dans un ordre de fréquence inégale, suivant les espèces animales; ainsi dans les espèces bovine et ovine, c'est la fièvre charbonneuse qui sévit surtout avec intensité; le charbon symptomatique et le charbon idiopathique sont rares. Dans l'espèce chevaline, c'est aussi la fièvre charbonneuse qui s'observe le plus fréquemment; mais les tumeurs charbonneuses symptomatiques et idiopathiques sont beaucoup moins rares que dans les deux premières espèces; la pustule même est plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

Chez les animaux domestiques, c'est donc la fièvre charbonneuse spontanée ou le charbon interne qui apparaît dans la majorité des cas; le nombre des charbons externes est exceptionnel.

Chez l'homme, au contraire, c'est le charbon externe idiopathique inoculé, *pustule maligne*, qui s'observe le plus fréquemment, le charbon symptomatique ou consécutif, *anthrax*, est rare, et la fièvre charbonneuse ou charbon interne n'a pas encore été étudiée.

« Doit-on conclure de cette différence, dit M. Maunoury, que, chez les animaux, la maladie charbonneuse est spontanée, *indigène*, si je puis m'exprimer ainsi, tandis que, chez l'homme, elle ne serait jamais spontanée, mais *exotique?* Je ne le pense pas; il arrive quelquefois aux médecins qui pratiquent dans les contrées de la Beauce, d'observer des faits qu'ils ne peuvent ranger dans aucun cadre nosologique connu, et, à défaut d'un traité *ex professo* sur cette variété de charbon dans l'espèce humaine, ils restent en suspens sur le diagnostic. Dans leur esprit, ces faits se rattachent bien aux affections charbonneuses, mais ils n'osent se prononcer affirmativement. »

Singulière destinée de la science médicale! Ses progrès récens — car le progrès c'est le *savoir* — n'ont pas consisté à rétrécir le champ de la pathologie, mais à l'étendre, au contraire. Nous connaissons la morve communiquée par les animaux à l'homme, inconnue ou ignorée de nos prédécesseurs. Voici une tendance à admettre la spontanéité de la fièvre charbonneuse dans l'espèce humaine. Il est des pathologistes éminens qui n'attendent qu'une observation plus longue et des faits plus multipliés pour proclamer aussi la spontanéité de la rage et de la morve sur notre pauvre espèce. On a bien tenté aussi de déclarer la syphilis spontanée!

Quoi qu'il en soit, M. Maunoury rapporte deux exemples de maladie chez l'homme, que l'analogie le porte à classer parmi les faits de fièvre charbonneuse spontanée. Mais, et en cela il fait preuve d'induction sage et prudente, le *criterium* manque encore, et on ne pourra définitivement résoudre le problème que par l'inoculation aux animaux de la boue splénique (sang de rate) d'un individu mort de la fièvre charbonneuse. Si cette inoculation détermine chez les animaux l'un des accidens du charbon, la question, croit-il, sera résolue.

Ne pourrait-on pas, même alors, élever quelques doutes sur la légitimité de la conclusion? Les expériences de Dupuy, de M. Magendie, n'ont-elles pas démontré que toute substance putride, inoculée ou injectée dans les veines des animaux, produit une intoxication générale, tantôt les phénomènes typhiques, tantôt ceux de la fièvre jaune, tous les accidens enfin de la septihémie?

Il résulte encore des recherches de M. Maunoury que le charbon de l'homme se transmet également aux animaux, et détermine la mort dans un temps très court; cette durée varie suivant le tissu qu'on inocule aux animaux. Ainsi :

La sérosité d'une pustule maligne, inoculée seule aux animaux, paraît ne produire aucun effet nuisible, par conséquent elle n'est pas virulente. Ici M. Maunoury fait une réflexion que nous croyons devoir reproduire : « En admettant que la » transmission de la syphilis de l'homme aux animaux fût » possible par l'inoculation, les échecs des expérimentateurs » proviennent peut-être de ce qu'ils n'ont inoculé que la » sérosité du chancre. — C'est le chancre lui-même excisé » qu'il faudrait peut-être introduire dans le tissu sous-cutané » ou sous-muqueux pour transmettre l'affection syphilitique » aux animaux. — Ce procédé de *greffer* le chancre humain » sur les animaux, après l'avoir excisé, ne me paraît pas avoir » encore été essayé par les expérimentateurs syphilographes, » et mérite peut-être l'honneur de nouvelles recherches scien- » tifiques. »

La pellicule épidermique de la pustule maligne de l'homme, imbibée de la sérosité et du sang de cette pustule, et introduite dans le tissu cellulaire d'un mouton, détermine la mort en soixante et soixante-quinze heures.

La pustule maligne, excisée lentement et introduite dans le tissu cellulaire d'un mouton, détermine la mort en quarante et cinquante heures.

Le ramollissement du tissu de la rate, dans les maladies charbonneuses, est la lésion cadavérique la plus constante; c'est cette boue splénique qui paraît être douée de la propriété la plus virulente (In *Gaz. méd. de Paris*, n° 23. 1855.)

— Combien y a-t-il d'espèces de blennorrhagies? Pour l'école française, dont M. Ricord est le chef, il n'y en a que deux : la blennorrhagie simple, bénigne, ne donnant jamais lieu à des conséquences syphilitiques; et la blennorrhagie avec chancre urétral, celle-ci infectieuse et pouvant conduire à la syphilis constitutionnelle. Pour l'école belge, fondée par M. Thiry, de Bruxelles, la blennorrhagie pourrait se diviser en quatre espèces bien distinctes : 1° les blennorrhagies simples; 2° les blennorrhagies avec ulcère primitif vénérien ; 3° les blennorrhagies syphilitiques entretenues par l'infection constitutionnelle ; 4° les blennorrhagies granuleuses.

Ce sont surtout les opinions de M. Thiry sur la blennorrhagie granuleuse qui offrent un véritable intérêt. Pour ce savant et ingénieux confrère, la blennorrhagie granuleuse est une affection spéciale, *sui generis*, qui revêt une forme inflammatoire et a pour caractère pathognomonique de faire naître sur la muqueuse de l'urètre, de l'utérus, de l'œil, un tissu néoplastique, sans analogue, très vasculaire, par lequel sont constituées les vraies granulations sécrétant le pus que M. Thiry nomme virus granuleux. Toutes les arthrites, les vaginites, les ophthalmies contagieuses, non accompagnées de l'ulcère ricordien, sont dues, d'après M. Thiry, à ce principe spécifique, à ce virus granuleux, de façon que, par exemple, les blennorrhagies oculaires, distinguées jusqu'à présent sous le nom différent d'ophthalmies purulentes des nouveau-nés, d'ophthalmies des armées ou des Belges, d'ophthalmies blennorrhagiques contagieuses, constituent une seule et identique affection toujours due au virus granuleux. L'anatomie pathologique des muqueuses contaminées par ce principe virulent, l'identité constante de ses effets, son mode de propagation et d'action, fournissent les preuves de la spécificité de ce principe, en effet distinct du virus vénérien.

En résumé, la blennorrhagie granuleuse, pour M. Thiry, est l'effet d'une cause déterminante spécifique, c'est-à-dire le virus granuleux, lequel, déposé sur la muqueuse oculaire, urétrale, vagino-utérine, donne toujours lieu à la même altération et reproduit indéfiniment et le virus et les granulations.

Les indications thérapeutiques sont de détruire l'altération spéciale qui reproduit le virus et les granulations, de ramener l'inflammation spécifique de la muqueuse affectée à l'état de phlogose simple et naturelle, et de combattre les complications. En premier lieu, nitrate acide de mercure, sublimé corrosif, nitrate d'argent. En second lieu, quand les granulations sont chroniques, excision, scarification, cautérisation ; recourir ensuite à l'acétate de plomb, au tannate de plomb, à la teinture d'iode. Les antiphlogistiques, les révulsifs, selon les circonstances, rempliront la troisième indication. (In *Bulletino delle scienze mediche*, et in *Gaz. méd. de Paris*, n° 23, 1855.)

— Quelles sont les fonctions de la rate? On connaît toutes les incertitudes et les obscurités de la science sur ce point. M. Vulpian a communiqué à la Société de biologie un fait qui n'éclaire le problème que d'une façon négative. Un chien, dératé au milieu du mois de juillet 1848, meurt le 20 février 1855. Si l'on excepte les quinze jours qui ont suivi l'opération de l'extirpation de la rate, aucun trouble, dans aucune de ses fonctions, n'a été observé. Quelques mois auparavant, on avait dératé, avec le même succès, une chienne d'une taille égale à celle du chien ; on avait mis ensemble ces deux chiens dératés, et la femelle, couverte par le mâle, donna dans le laboratoire plusieurs portées qui ne différaient en rien, ni par le nombre absolu des petits, ni par le nombre relatif des mâles et des femelles des portées ordinaires des chiens.

Quelques jours avant la mort du chien, M. Vulpian examina au microscope le sang qu'il retira d'une section faite à l'une des oreilles; ce sang contenait des globules blancs, et les globules rouges offraient leur apparence normale. Comparativement on examina le sang recueilli par le même procédé sur un chien qui n'avait subi aucune opération. Le nombre des globules blancs parut être le même chez les deux chiens.

L'autopsie de cet animal n'a fourni aucun élément positif sur la question physiologique.

Mais voici une circonstance de ce fait qui offre un véritable intérêt d'actualité. Ce chien, pendant tout le temps qu'il a survécu à l'extirpation de la rate, c'est-à-dire pendant plus de six ans et demi, n'a *jamais* mangé que de la viande crue. Il était intéressant, au point de vue des théories sur la glucogénie, et pour contrôler l'opinion des auteurs qui pensent que l'extirpation de la rate a une grande influence sur les fonctions du foie, de rechercher si le foie contenait du sucre. Or, le foie de ce chien a été traité par l'alcool. Le liquide filtré a été évaporé à siccité; le résidu a été repris par l'eau, et ce nouveau liquide filtré a donné les réactions les plus franches par le liquide de Bareswill et par la potasse seule. La fermentation a produit un abondant dégagement d'acide carbonique.

— Comme toute question de contagion, celle du muguet est fort controversée. Nous terminerons cette revue par un exposé de l'opinion d'un praticien très expérimenté, de M. le docteur Seux, de Marseille, médecin en chef de l'hospice de la Charité de cette ville. Après avoir rappelé les opinions diverses des auteurs sur ce point, M. Seux s'exprime ainsi :

« Pour moi, depuis plusieurs années, je me tiens pour ainsi dire à la piste de cette transmission. J'ai observé avec persévérance et régularité dans leurs rapports avec les nourrices plus de seize cents enfans atteints de muguet, jamais je ne l'ai vu se développer sur le sein de ces femmes; elles ont souvent eu sur le mamelon des excoriations, des ulcérations, quelquefois de petites plaques pelliculaires blanches appelées vulgairement *mal fou*, mais jamais un véritable muguet. En effet, examinées au microscope par M. Derbès, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Marseille, et par moi, ces pellicules nous ont paru constituées par des filamens tout à fait semblables à ceux que M. Ch. Robin considère comme appartenant à l'algue filiforme de la bouche (*leptothrix buccalis*) et dont il donne le dessin pl. I, fig. 2 de son *Atlas de l'histoire naturelle des végétaux parasites*. Or, telle n'est pas la constitution intime du muguet. Mon expérience personnelle ne m'a donc pas prouvé que le muguet pût se transmettre de la bouche de l'enfant au sein de la nourrice. Mais le mamelon de la nourrice, sans être atteint de muguet, ne pourrait-il pas lui servir de véhicule de la bouche d'un enfant malade à celle d'un enfant bien portant? Dugès croyait à la possibilité du fait, et il disait en avoir fait la triste expérience sur l'un de ses enfans. M. Bretonneau assure avoir vu une femme dont un nourrisson avait le muguet transmettre à un autre nourrisson la maladie du premier. Hænerkopf a vu un enfant allaité par

une femme dont un autre nourrisson était affecté de muguet être pris de cette affection. Un fait semblable aux précédens m'a été raconté par M. Roux, inspecteur des établissemens de bienfaisance du département des Bouches-du-Rhône, qui le tenait de M. le docteur Rocanus, d'Apt (Vaucluse). Une nourrice, après avoir fait teter provisoirement et pendant quelques jours un enfant atteint de muguet, a vu le nourrisson qui lui fut confié ensuite pris à son tour de cette maladie. Ce fait a d'autant plus d'importance à mes yeux, qu'il s'est passé à la campagne, en dehors de tout foyer de muguet.

» L'expérience semble donc prouver que le muguet peut se communiquer d'un enfant à l'autre par le mamelon de la nourrice, sain en apparence. Je suis d'autant plus porté à croire à cette voie de propagation que la théorie est tout à fait d'accord avec la pratique sur ce point. En effet, dans l'état actuel de nos connaissances, il serait tout à fait illogique de ne pas croire que les semences du végétal qui constitue le muguet ne pussent pas être transportées au moyen du mamelon de la nourrice ou de tout autre corps, un biberon surtout, de la bouche d'un enfant dans celle d'un autre. Il serait tout aussi illogique de ne pas admettre que, lorsque ces semences trouvent la bouche de l'enfant dans certaines conditions, elles ne pussent pas germer et prospérer comme le grain dans une terre préparée à le recevoir. La raison ne se refuse pas non plus à laisser croire que le mamelon de la nourrice puisse dans ses nombreux replis recéler quantité de spores microscopiques pris dans la bouche d'un enfant malade, sans que l'œil puisse s'en apercevoir, par conséquent, sans maladie pour le sein de la femme.

» La pratique et la théorie font donc penser que le muguet peut se transmettre d'un enfant à un autre au moyen d'un corps intermédiaire. Dès le moment que cette voie de communication indirecte peut être suivie, il est évident qu'à plus forte raison le contact direct peut faire naître la maladie.

» Sans doute, de nouvelles recherches faites loin des lieux où le muguet est endémique sont nécessaires; toutefois, je crois pouvoir dès aujourd'hui conclure de ce qui précède, qu'assurément le muguet ne se communique pas au moyen de l'air dans lequel se trouvent les malades, mais qu'il peut se communiquer par le contact, soit médiat, soit immédiat. »

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL ET DU CORPS DU FÉMUR;

Par M. Ferdinand MARTIN, chirurgien-orthopédiste des Maisons impériales d'éducation de la Légion d'Honneur, chirurgien-mécanicien de l'hôtel impérial des Invalides, etc.

Nous croyons inutile d'exposer ici la symptomatologie des fractures du col et du corps du fémur; ce point a été parfaitement élucidé dans les ouvrages spéciaux. Nous arrivons donc d'emblée à l'objet de ce travail, le traitement; car c'est sous ce rapport que nous croyons avoir fait faire un pas à la question.

Avant d'exposer notre méthode, nous croyons devoir jeter un coup d'œil rapide sur celles qui l'ont précédée, pour indiquer et ce qu'elles ont de défectueux, et ce que nous leur devons; en un mot, nous allons dire notre point de départ, le but que nous croyons avoir atteint, et comment le raisonnement et l'observation nous y ont amené.

Il est démontré, pour tous les chirurgiens, que toutes les fractures du fémur, qu'elles affectent le col ou le corps, la partie moyenne ou les extrémités de cet os; qu'elles soient intra-capsulaires ou extra-capsulaires, transversales ou obliques, présentent un phénomène constant, à savoir le raccourcissement du membre.

Le fait reconnu, remontons à la cause. Quelle peut être la cause de ce raccourcissement? On a bien parlé de la contraction musculaire, mais évidemment il y a ici erreur; et les auteurs qui ont employé cette expression ont voulu dire sans doute, avec tous les autres chirurgiens, que la cause de ces déplacemens est tout simplement la rétractilité musculaire que Bichat nommait *tonicité*.

Le raccourcissement qui s'opère dans toutes les fractures est, disons-nous, la conséquence naturelle de la tonicité ou rétractilité musculaire normale, physiologique. Nous savons bien que si les contractions volontaires pouvaient venir s'y ajouter, le déplacement deviendrait beaucoup plus considérable; mais comme les contractions musculaires sont excessivement douloureuses dans le cas de fracture, il est très rare que cette nouvelle cause vienne s'ajouter à la première.

Quel que soit le mode de traitement qu'on adopte, tous les auteurs, depuis Hippocrate, s'accordent sur ce point qu'il s'agit de rétablir le membre dans sa longueur et sa configuration naturelle; ils conseillent donc de pratiquer l'extension et la contre-extension du membre; puis, pendant ce temps, le chirurgien doit s'occuper de la coaptation, c'est-à-dire qu'il doit chercher à rétablir les fragmens osseux dans leurs rapports normaux. Mais comment pratiquer utilement ces trois temps de l'opération? Toute la question est là.

Depuis les temps les plus reculés, nous voyons tous les auteurs s'efforcer de donner les instructions les plus précises sur ces trois points, et indiquer les précautions à prendre pour les exécuter d'une manière convenable; seulement les moyens diffèrent.

Les uns ont employé un ou plusieurs aides du côté de l'extension et de la contre-extension; d'autres, parmi lesquels Hippocrate lui-même, ont employé des machines; mais tous conseillent d'agir lentement et par degrés, jusqu'à ce que les extrémités des fragmens soient assez éloignées pour que les aspérités de ces fragmens puissent se dégager et se replacer sans brisures dans leurs rapports normaux. Soit; seulement ce précepte qui ordonne d'allonger le membre jusqu'à ce que les aspérités des fragmens puissent rentrer dans leur place primitive, nous paraît tout à fait impraticable, parce que :

1° Si le périoste n'a pas été complétement déchiré au moment de la fracture, il faudra nécessairement le rompre pour arriver à une élongation qui permette une séparation suffisante des aspérités des deux parties de la fracture;

2° Parce que l'on rencontrera une autre résistance au moins aussi énergique que la première, dans l'aponévrose fémorale, qu'il sera impossible de distendre assez pour arriver au but qu'on se propose.

Nous rechercherons tout à l'heure quel moyen on pourra employer, non pour vaincre cette difficulté, mais pour la tourner.

Voyons, toutefois, les appareils qui ont été construits d'après ces données générales; il est inutile de les prendre un à un; les différences ne sont pas assez notables. Nous allons les examiner par groupes qui correspondront chacun à une méthode générale :

Le premier groupe comprendra les appareils à contention ou compression latérale, c'est-à-dire l'appareil ordinaire des fractures, composé de bandes, de coussins et d'attelles.

En second lieu, nous examinerons les appareils à extension continue.

Et enfin les appareils destinés à maintenir le membre dans la position demi-fléchie.

PREMIER ORDRE. — APPAREILS A CONTENTION LATÉRALE.

Nous comprendrons dans cet ordre le bandage roulé des anciens, le bandage dit de Scultet, le bandage à dix-huit chefs, et enfin les bandages inamovibles et amovo-inamovibles, c'est-à-dire la majeure partie des appareils encore employés de nos jours.

Sur le bandage roulé, nous avons seulement à dire qu'il présente l'inconvénient radical d'imprimer des mouvemens dans le lieu de la fracture chaque fois qu'on est forcé de le renouveler : dès lors, il s'oppose à la formation du cal, et par conséquent à la consolidation de la fracture; aussi est-il généralement abandonné, surtout pour le cas de fractures du fémur.

Le bandage à bandelettes séparées, dont on trouve une description assez exacte dans Hippocrate (*Traité des fractures*, § 29), et le bandage à dix-huit chefs, qui reposent sur des principes communs, sont encore employés avec quelque avantage dans les fractures transversales de la partie moyenne du fémur, mais ils sont complétement insuffisans pour s'opposer au déplacement et surtout au chevauchement des fragmens dans les fractures obliques et dans celles qui affectent les extrémités de l'os.

A l'appui de ce que nous venons de dire, nous invoquerons le témoignage de Boyer : « Malgré l'application la plus exacte de l'appareil, dit-il, et le soin le plus assidu de le tenir serré au même degré, il arrive *le plus souvent* que les fragmens ne sont pas maintenus exactement, qu'ils se dérobent à l'action de cet appareil, et que les fractures du fémur, surtout celles qui sont obliques, ne guérissent qu'avec un raccourcissement, proportionné au degré de déplacement dans lequel les fragmens se sont consolidés. »

Ainsi que nous venons de le voir, l'un des grands défauts de cet appareil est de se relâcher facilement; on a donc dû chercher le moyen de lui donner plus de solidité. Au dire de Scultet (*Armament. chirurg.*, tab. XXIX), Hippocrate enduisait son bandage de blanc d'œuf mélangé avec du vin astringent et de l'huile rosat. Guy de Chauliac et Fabrice d'Aquapendente employaient également des compositions plus ou moins compliquées, mais dont le blanc d'œuf était toujours la base.

Jusqu'au baron Larrey, il n'est plus question de cet appareil. Le savant chirurgien en chef de la Grande-Armée le remit tout d'un coup en honneur, en le débarrassant de toutes les complications qu'il présentait entre les mains des anciens; le baron Larrey employa le blanc d'œuf seul, et dut donner ainsi son nom à la méthode.

M. Seutin substitua l'amidon au blanc d'œuf et composa ainsi un appareil plus facile à enlever. M. le professeur Laugier, tout en se servant d'amidon, employait pour les bandelettes du papier au lieu de linge. Enfin, M. le professeur Velpeau est venu apporter le dernier perfectionnement au système, en remplaçant l'albumine et l'amidon par la dextrine, substance d'un prix peu élevé et qui a l'avantage de pouvoir contracter un solidité égale à celle du bois le plus dur.

En outre, il ne faut pas oublier que M. Seutin est arrivé à disposer ses appareils de façon à pouvoir les enlever à volonté et vérifier, au besoin, l'état du membre. Il nomme cette méthode *amovo-inamovible*.

Mais, malgré tous les perfectionnemens qu'on a pu apporter à ce genre d'appareil, il reste toujours, avec l'imperfection radicale que Boyer reprochait au bandage dit de Scultet, c'est-à-dire que le plus souvent il ne s'oppose pas au déplacement des fragmens et que, par conséquent, il laisse presque toujours le membre difforme et le malade affecté de claudication.

DEUXIÈME ORDRE. — EXTENSION PERMANENTE.

Frappés de l'insuffisance des appareils à contention latérale, plusieurs chirurgiens ont cherché à continuer pendant toute la durée du traitement l'extension dont ils s'étaient servis pour la réduction de la fracture. J.-L. Petit fixe des lacs extensifs au-dessus du genou et des malléoles et vient les attacher à une traverse en bois placée au pied du lit; il faisait la contre-extension à l'aide d'une alèze qu'il passait entre les cuisses du malade et dont il fixait les deux chefs à la tête du lit.

Plus tard, Desault imagina de placer sur la partie latérale du membre, une longue attelle remontant jusqu'au-dessus de la crête iliaque et dépassant en bas le niveau du pied. Un sous-cuisse rembourré était fixé à la partie supérieure de cette attelle et était destiné à la contre-extension. Un lacs fixé au-dessus des malléoles par un bandage roulé et venant passer dans une mortaise pratiquée à l'extrémité inférieure de l'attelle, était chargé de faire l'extension.

Enfin, Boyer perfectionna l'appareil de Desault en plaçant à sa partie inférieure une vis chargée de faire l'extension. On sait que Boyer employait son *appareil à extension*, comme il le dit, pour le traitement de toutes les fractures du fémur.

Mais Boyer lui-même fait justice de ce système : « Heureux, dit-il, si ces moyens étaient même exempts de reproches, et si tous les sujets pouvaient en supporter l'usage. »

Quant aux préceptes donnés par Boyer pour l'application de son appareil, nous nous réservons de les examiner plus tard en les réunissant aux préceptes du même ordre qui appartiennent à d'autres chirurgiens.

TROISIÈME ORDRE. — POSITION DEMI-FLÉCHIE.

Nous venons de voir que tous les appareils qui maintiennent le membre dans une position horizontale, la jambe étendue sur la cuisse, sont insuffisans pour s'opposer au déplacement des fragmens, et que même les appareils à extension continue n'arrivent que dans un petit nombre de cas spéciaux à produire une consolidation exempte de difformité.

Or, comment se fait-il qu'il soit aussi difficile de guérir une fracture du fémur sans difformité, tandis que celles de l'humérus sont presque toujours suivies de guérisons parfaites?

Percival Pott attribue ces faits de guérison de l'humérus à la position que le chirurgien et même, instinctivement, le malade lui-même, donnent au membre. En effet, ils cherchent la plus commode, la moins douloureuse; ils mettent le bras en écharpe, c'est-à-dire qu'ils mettent le membre dans la position demi-fléchie, position qui relâche tous les muscles environnans, en un mot, qui supprime toute résistance.

Maintenant, cette position si favorable à la guérison des fractures de l'humérus, donnera-t-elle un résultat aussi heureux quand elle sera appliquée au traitement des fractures du fémur? C'est ce que nous allons examiner à l'aide des lumières que Pott et Dupuytren ont jetées sur cette question.

Pott, en traitant des fractures en général, insiste longuement sur la question de la position à donner au membre, et dit que de cette position, bonne ou mauvaise, dépend la facilité de la réduction et de la coaptation, le soulagement du malade pendant son traitement, et enfin le libre usage de son membre par la suite. « Il faut donc apporter, dit-il, une » grande attention à la position que l'on donne au membre » pour faire l'extension, et aussi à celle qu'il doit conserver » pendant toute la durée du traitement, afin de prévenir le » chevauchement des fragmens qui entraîne nécessairement » la déformation, et, partant, la claudication. »

« Au surplus, ajoute Pott, lorsque le membre sera placé » dans une position convenable, les os pourront être réduits » immédiatement, par conséquent, l'on ne perdra pas un temps » précieux et l'on épargnera au malade des douleurs parfai» tement inutiles. »

Tels sont les préceptes donnés par Pott : Dupuytren les accepte sans restriction. Or, pour vérifier l'assertion des deux célèbres chirurgiens, nous avons examiné tous les muscles de la cuisse successivement dans les différentes positions; nous avons mesuré avec précision la distance qui sépare les points d'insertion de chacun d'eux dans chaque position, et nous avons reconnu que lorsque le membre est étendu et repose sur une surface plane, les muscles adducteurs, le droit interne, le demi-tendineux, le demi-membraneux, le couturier, la longue portion du biceps, et enfin le droit antérieur lui-même présentent une longueur beaucoup plus considérable que quand la jambe forme avec la cuisse un angle dont le sinus serait de 90 à 100 degrés environ.

Maintenant que nous avons reconnu que quand le membre est placé dans la position horizontale, la jambe étendue sur la cuisse, non seulement tous les muscles fléchisseurs de la jambe, mais aussi le droit antérieur sont dans un état d'extension; maintenant que nous avons reconnu que, dans la position demi-fléchie, au contraire, ils sont dans un état de relâche-

ment, et que la différence de longueur des muscles placés soit dans l'un, soit dans l'autre de ces deux états, peut même, pour quelques-uns, être portée au delà de 0m,03, nous devons nécessairement conclure que la position demi-fléchie est la meilleure : car elle supprime la cause principale de la résistance à la réduction et favorise le maintien des fragmens dans une bonne conformation.

Nous pourrions invoquer une autre raison pour placer le membre dans la position demi-fléchie et cette raison nous est indiquée par la nature même du déplacement des fragmens.

Tous les auteurs signalent, en effet, un déplacement particulier dans les fractures qui siégent au-dessus des condyles et dans celles qui sont placées au-dessous des trochanters : dans les premières le petit fragment ou fragment inférieur *C*, fig. 1, est en-

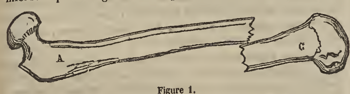


Figure 1.

traîné en arrière, et dans les secondes, le petit fragment *A*, fig. 2, qui est le supérieur, se trouve porté en avant, de manière à

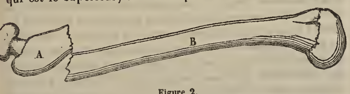


Figure 2.

former une saillie assez considérable dans le pli de l'aine. Il en résulte que, dans ces deux cas, le fragment séparé du corps de l'os présente une obliquité assez considérable relativement à son axe. Or, comme il est très difficile, nous dirons même presque impossible d'agir sur ces fragmens, surtout sur le supérieur, pour les ramener dans l'axe de l'os et que leur obliquité est dirigée, dans les deux cas, de haut en bas et d'arrière en avant, *ABC*, fig. 3, il nous semble que le moyen le plus

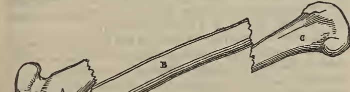


Figure 3.

simple est d'amener le corps de l'os *B* dans la direction du fragment lui-même, et il se trouve que cette direction *ABC*, fig. 4, est précisément la position de la demi-flexion. On

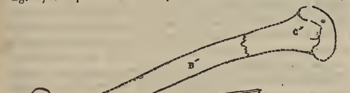


Figure 4.

devra donc, pour cette raison, recourir à cette position, comme le recommandait déjà Hippocrate et comme le conseille, du reste, M. le professeur Nélaton, dans tous les cas de fracture affectant les extrémités de l'os.

Hippocrate s'explique à ce sujet d'une manière catégorique. Il dit, en effet (*Mochlique*, § 38) : « Quand on réduit ou redresse, il faut opérer l'écartement des fragmens par l'extension pratiquée dans la position où les parties seront portées en face l'une de l'autre. »

Au surplus, nous pourrions démontrer que cette obliquité des fragmens est encore due à l'action ou plutôt à la tonicité musculaire, et que le point où les fragmens s'arrêtent est précisément celui où les puissances antagonistes se font équilibre. Or, si, lorsque les fractures ont lieu près des extrémités de l'os, les fragmens ont une grande tendance à se déplacer et à prendre une direction oblique, cette même tendance doit exister, seulement à un degré moins prononcé, à mesure que ces fractures seront plus rapprochées de la partie moyenne de l'os. Mais si cette tendance au déplacement a diminué d'intensité, elle n'en existe pas moins, et si nous voulons la neutraliser complétement, nous devons, dans tous les cas de fracture du fémur, placer le membre dans la position demi-fléchie.

(La suite à un prochain numéro.)

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE ;

Professé par M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles Roux.)

Vingt-septième Leçon.

SOMMAIRE. — Animaux de l'Australie : l'ornithorhynque, l'échidné. — Acclimatation des animaux. — Amélioration de nos espèces domestiques.

Le remarquable caractère de certaines populations animales, la marsupialité, m'a permis de reconstituer le Continent australien. Je ne quitterai pas ce continent qui se distingue si nettement, par ses productions, des autres pays, sans vous parler de deux espèces animales qui lui sont propres, espèces plus singulières encore que les didelphes : il s'agit de l'ornithorhynque et de l'échidné qui forment l'ordre des Monotrèmes.

Le trait commun qui frappe tout d'abord dans ces deux animaux, classés, jusqu'ici du moins, parmi les mammifères, c'est qu'ils ont un véritable cloaque comme les oiseaux.

Le premier naturaliste qui ait décrit l'ornithorhynque est Blumenbach ; il l'appela *Ornithorhynchus paradoxus.* On ne pouvait mieux dire : le nom d'*ornithorhynque* (ὄρνις, θος, oiseau ; ῥύγχος, bec) est justifié par un véritable bec d'oiseau, bec semblable à celui d'un canard, et ayant comme celui-ci des dentelures sur les côtés. L'épithète *paradoxus* est aussi très exacte : rien de plus paradoxal en apparence que l'ornithorhynque. Nous avons vu que ce mammifère a un cloaque et un bec. Ajoutons que ce bec a deux dents, bien caractérisées.

Comme l'oiseau encore, l'ornithorhynque a deux clavicules. Ce n'est pas tout : après avoir montré des caractères qui le rapprochent de l'oiseau, il va nous en offrir d'autres qui rappellent le *didelphe ;* le bassin de l'ornithorhynque est muni en avant, sur le pubis, de deux os analogues aux os marsupiaux.

L'ornithorhynque a les pieds garnis en dessous de membranes qui dépassent les doigts et même les ongles. Les pieds postérieurs présentent, au tarse, un ergot acéré, percé d'un trou : on a prétendu que cet ergot verse une liqueur vénéneuse, mais rien n'est moins sûr.

Nous trouvons dans l'échidné des caractères qui lui sont communs avec l'ornithorhynque ; mais il n'a pas comme lui un bec élargi ; il l'a pointu et privé de dents. L'échidné a une langue extensible ; c'est un véritable fourmilier. Il présente d'ailleurs les deux os marsupiaux, la double clavicule, le cloaque.

Les monotrèmes appartiennent-ils à la classe des mammifères ou à la classe des oiseaux ? Dans le principe, cela fit question parmi les naturalistes ; aujourd'hui il semble qu'on peut être moins indécis.

Remarquons d'abord que ces animaux sont couverts de poils ; c'est un caractère qui n'appartient qu'aux mammifères. Avec des poils, une espèce d'échidné a des épines : mais cette circonstance ne change rien au caractère ; on sait que le porc-épic, qui est un mammifère, est couvert d'épines. Anatomiquement, les épines peuvent être ramenées au type des poils.

Remarquons ensuite que les monotrèmes ont quatre pattes ; c'est un caractère qui les sépare des oiseaux ; tous les oiseaux ont des ailes ou des vestiges d'ailes ; aucun n'a quatre pattes. On rencontre des vestiges d'ailes jusque dans l'autruche, qui est le moins oiseau possible.

Enfin les hommes habiles, Meckel entre autres, qui ont fait l'anatomie des monotrèmes n'ont pas douté qu'ils n'eussent des mamelles.

De tout cela nous pouvons conclure, presque à coup sûr, que les monotrèmes sont des mammifères.

Au sujet de ces animaux, M. de Blainville a émis une idée heureuse : il en fait un degré de l'échelle des êtres, et dès lors les anomalies apparentes des monotrèmes disparaissent pour faire place à une signification analogique ; ils forment, suivant M. de Blainville, le lien, le passage entre les mammifères et les oiseaux. L'épithète de *paradoxal* donnée par Blumenbach à l'ornithorhynque, ne serait plus applicable.

Je reviens à l'explication de la loi des climats. Vous savez que ce qui donne le climat est la température. Chaque espèce est parquée dans la contrée où elle trouve le degré de chaleur qui lui est nécessaire pour vivre. Vous savez aussi que les deux causes modifiantes de la température sont : 1° l'altitude ; 2° l'humidité. Ces grandes questions ont préoccupé deux esprits supérieurs, Buffon et M. de Humboldt ; et j'ai noté dans leurs écrits quelques passages où ils expriment leurs idées à ce sujet.

Voici ce que dit Buffon :

« Dans le Nouveau-Continent la température des différens climats est plus égale que dans l'Ancien-Continent ; c'est... par l'effet de plusieurs causes ; il fait beaucoup moins chaud sous la zone torride, en Amérique, que sous la zone torride, en Afrique ; les pays compris sous cette zone, en Amérique, sont : le Mexique, la Nouvelle-Espagne, le Pérou, la Terre des Amazones, le Brésil et la Guyane. La chaleur n'est jamais fort grande au Mexique, à la Nouvelle-Espagne et au Pérou, parce que ces contrées sont des terres extrêmement élevées au-dessus du niveau ordinaire de la surface du globe ; le thermomètre, dans les grandes chaleurs, ne monte pas si haut au Pérou qu'en France ; la neige qui couvre le sommet des montagnes refroidit l'air, et cette cause qui n'est qu'un effet de la première, influe beaucoup sur la température de ce climat ; aussi les habitans, au lieu d'être noirs ou très bruns, sont seulement basanés. Dans la Terre des Amazones il y a une prodigieuse quantité d'eaux répandues, de fleuves et de forêts ; l'air y est donc extrêmement humide et par conséquent beaucoup plus frais qu'il ne le serait dans un pays plus sec. D'ailleurs, on doit observer que le vent d'Est qui souffle constamment entre les tropiques n'arrive au Brésil, à la Terre des Amazones et à la Guyane qu'après avoir traversé une vaste mer, sur laquelle il prend de la fraîcheur qu'il porte ensuite sur toutes les terres orientales de l'Amérique équinoxiale ; c'est par cette raison, aussi bien que par la quantité des eaux et des forêts, et par l'abondance et la continuité des pluies, que ces parties de l'Amérique sont beaucoup plus tempérées qu'elles ne le seraient en effet sans ces circonstances particulières. »

Voici maintenant un passage des *Tableaux de la nature,* de M. de Humboldt :

« Un des objets de la géographie générale qui récompense le mieux des efforts qu'il coûte, consiste à rapprocher la constitution physique de régions séparées par de vastes intervalles, et à indiquer en quelques traits les résultats de cette comparaison. Des causes diverses, en partie peu étudiées jusqu'à ce jour, tendent à diminuer la sécheresse et la chaleur du Nouveau-Continent.

» Le peu de largeur des terres découpées en tout sens dans la partie tropicale de l'Amérique du Nord, où la base liquide de l'atmosphère fait monter dans les régions supérieures un courant d'air moins chaud ; l'étendue longitudinale du continent, qui se prolonge jusque vers les deux pôles glacés ; le vaste Océan où se déploient sans obstacle les vents les plus frais des tropiques ; l'abaissement des côtes orientales ; les courans d'eau froide qui, sortant de la région antarctique, se dirigent d'abord du sud-ouest au nord-ouest, vont se briser contre les côtes du Chili, sous le 35e degré de latitude méridionale, remontent vers le nord, le long des côtes du Pérou jusqu'au cap Pariña, et enfin se détournent brusquement vers l'ouest ; le grand nombre de chaînes de montagnes abondantes en sources, dont le sommet couvert de neige s'élève bien au-dessus de toutes les couches de nuages et font descendre des courans d'air le long de leurs versans, la multitude et la largeur prodigieuse des fleuves qui, après un grand nombre de sinuosités, vont chercher toujours, pour se jeter dans la mer, les côtes les plus lointaines ; des steppes dépourvus de sable, et par là moins prompts à s'échauffer ; les forêts dont est remplie la plaine entrecoupée de fleuves qui avoisine l'équateur, forêts impénétrables qui protégent la terre contre le soleil ou n'en laissent passer les rayons qu'en les tamisant à travers leur feuillage, et, dans l'intérieur du pays, aux lieux les plus distans de la mer et des montagnes, exhalent dans l'air d'énormes masses d'eau qu'elles ont aspirées ou produites elles-mêmes par l'acte de la végétation : toutes ces circonstances assurent aux basses terres du Nouveau-Monde un climat qui, par son humidité et sa fraîcheur, contraste singulièrement avec celui de l'Afrique. Elles sont les seules causes de cette sève exubérante, de cette végétation vigoureuse, caractère distinctif du Continent américain. »

De bonne heure les naturalistes avaient observé les différences de température que produit l'altitude. Tournefort, en gravissant le mont Ararat, y avait distingué trois climats successifs, un climat chaud, un climat tempéré, un climat froid. L'ascension du Liban avait révélé à Labillardière la même variété de climats. Enfin, M. de Humboldt donna à cette notion un grand caractère de précision. Il observa sur le Chimborazo trois climats superposés, dont chacun sert de milieu à une population animale très distincte : à la base de la montagne vivent les animaux des pays chauds, les singes, les paresseux, les cabiais ; en s'élevant, le voyageur trouve les espèces propres aux climats tempérés, par exemple, le tapir, le pécari ; puis en approchant du sommet, on rencontre l'alpaca, la vigogne, animaux qui vivent dans les pays froids.

Pour qu'un animal puisse s'acclimater, il est nécessaire qu'il trouve dans le pays où on le transporte les conditions de température de son pays natal. Et cette nécessité doit s'entendre dans un sens absolu : rien ne supplée la température, ni les soins, ni le régime. Jamais nous ne viendrons à bout d'acclimater dans nos régions tempérées les singes, les lions. Les singes que nous avons à la Ménagerie meurent presque tous de la tuberculisation pulmonaire.

Quant aux espèces exotiques des régions tempérées, nous pourrions en acclimater un grand nombre en France : c'est le but que poursuit la *Société d'acclimatation,* Société qui vient de se former par les soins de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

Nul plus que moi ne désire que cette Société réussisse dans sa noble et utile mission. Mais tout en souhaitant que de nouvelles espèces soient acclimatées, je voudrais qu'on s'occupât aussi de l'amélioration et de la multiplication de nos espèces domestiques. Le grand nombre et la bonne qualité des espèces domestiques sont l'indice de la richesse d'un pays : où vous voyez de belles races de bœufs et de chevaux, des moutons chargés de chair et de laine, soyez sûr que la population possède l'aisance et ce qui vient à la suite de l'aisance, la force physique, l'énergie morale, la culture intellectuelle. Mais lorque dans un pays vous ne trouvez que du bétail maigre, des chevaux chétifs ou même, au lieu de chevaux, des ânes et des mulets, cette décadence des espèces animales est un indice certain de la misère et par suite de l'affaiblissement de la population.

L'économie politique nous l'enseigne, et la physiologie est, sur ce point, d'accord avec elle : les animaux domestiques sont la véritable richesse d'un pays. Avec leur aide nous obtenons plus facilement les productions de la terre ; et c'est d'eux-mêmes, c'est de nos animaux domestiques, que nous tirons la meilleure partie de notre nourriture et de nos vêtemens, ces deux conditions premières de notre existence.

Je termine ici l'étude de la distribution actuelle des êtres sur le globe, et avec cette étude la première partie de ce cours, ou la *néontologie.* Dans ma prochaine leçon, j'aborderai la deuxième partie du cours, ou la *paléontologie.*

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(ancienne Société médicale du Temple).

Séances de l'année 1854 (2me trimestre). — Présidence de M. Am. Forget.

Sommaire. — Emploi des anesthésiques ; précautions pour en éviter les dangers ; chloroforme pris en potion. — L'éclampsie des femmes enceintes peut exister sans albuminurie.

M. Am. Forget ayant déposé sur le bureau une brochure qu'il a fait imprimer *sur l'emploi du chloroforme*, est engagé à vouloir bien nous en faire l'analyse. Il dit qu'il considère l'emploi médical de l'anesthésie comme un bienfait pour l'humanité, quoi qu'il soit certainement, pour les chirurgiens, une source de préoccupations et de difficultés, qu'il faut, quand on a recours aux anasthésiques, chercher ce degré d'insensibilité qui, sans être profonde ni accompagnée de la résolution musculaire, suffit néanmoins pour faire perdre au malade la conscience de la douleur ou ne la lui laisser qu'à un très faible degré. L'emploi du chloroforme continué jusqu'à la perte complète de connaissance, indépendamment des dangers qu'il fait courir au malade, peut avoir aussi de graves inconvéniens dans certaines opérations. Tel est le cas récemment mentionné à la Société de chirurgie d'un malade auquel on pratiquait l'amputation de l'os maxillaire inférieur. Le chloroforme l'avait plongé dans un état complet de collapsus ; néanmoins, les mâchoires restaient tellement serrées l'une contre l'autre, que l'on fut obligé, à deux reprises différentes, d'attendre que le malade revînt à lui pour pouvoir pratiquer la section de l'os, que ne permettait pas d'abaisser la contraction tétanique des masseters et des ptérygoïdiens.

Pour produire l'effet anesthésique, M. Forget préfère, comme infiniment moins dangereux, l'éther au chloroforme. La même manière de voir a été exprimée dans nos séances par nos collègues MM. Blatin et Bonnafont. On a prétendu que dans les cas de morts rapides à la suite de l'inspiration du chloroforme, il y avait eu syncope par action direc-

tement stupéfiante des vapeurs anesthésiques sur le cœur. M. Forget n'est pas de cet avis; parce qu'en reproduisant des cas semblables dans des expériences sur les animaux, si l'on fait l'ouverture, on trouve les veines et le côté droit du cœur gorgés de sang ; tandis que le côté gauche du cœur et les artères sont vides. Et comme en outre on retrouve, par l'analyse, du chloroforme dans le cerveau, dans la moelle épinière et dans les corps gras avec lesquels il se combine facilement, M. Forget conclut que la mort a lieu non par syncope, ni précisément par asphyxie, mais bien par empoisonnement.

M. Moreau (de Tours) a employé chez les épileptiques l'éther et le chloroforme. Il fallait un certain temps, chez quelques malades, pour produire l'anesthésie. D'autres étaient comme foudroyés à l'instant même; et dans des cas semblables, qu'il est impossible de prévoir, la mort est toujours à craindre. C'est, du reste, un moyen dont le danger n'est pas compensé par des avantages suffisans pour en conseiller l'emploi; aussi croit-il maintenant devoir s'en abstenir. L'anesthésie peut servir, en médecine légale, à faire distinguer l'épilepsie simulée de la véritable. Si vous soumettez aux inhalations anesthésiques, un malade réellement épileptique, l'accès se produit; tandis qu'au contraire, il n'a pas lieu dans l'épilepsie simulée.

M. Chailly-Honoré : Je n'ai employé le chloroforme, dans certains cas très restreints d'obstétrique, qu'avec une si grande réserve, qu'en comparant les faits de ma pratique avec ceux qui ont été cités, je pourrais presque dire (tant la dose de chloroforme que j'ai employée était faible) que je ne m'en suis pas servi. En effet, je me suis toujours contenté de le faire respirer par le nez à même le flacon, la bouche étant entièrement libre ; comme on respire du sel, de l'éther. Cependant, ces faibles doses de chloroforme, inspirées lentement sans que le malade ait jamais perdu connaissance, ont presque toujours suffi pour atténuer la douleur, la rendre supportable et prévenir ainsi les accidens graves qui peuvent résulter de l'exagération de la douleur, les convulsions chez les femmes qui y sont prédisposées.

Depuis que j'ai publié, dans l'Union Médicale, quelques faits de ce genre, j'ai eu la satisfaction d'apprendre que M. P. Dubois, qui ne s'est pas montré partisan du chloroforme dans la pratique des accouchemens, l'avait administré, à petites doses et pendant un temps assez long, chez une dame infiltrée au dernier degré. Et dans ce cas, comme dans ceux qui ont été soumis à mon observation, l'éclampsie ne s'est pas déclarée.

Les appareils spéciaux destinés à l'inspiration des vapeurs anesthésiques ont le double inconvénient de dégager ces vapeurs en quantité trop considérable à la fois et d'empêcher le malade d'inspirer librement de l'air atmosphérique. Si, d'autre part, on considère que, par un sentiment naturel qui porte à se disculper d'une grave responsabilité, les opérateurs qui ont eu le malheur de perdre des malades sous l'influence de l'anesthésie déclarent tous que les doses employées étaient minimes; on arrive à une statistique erronée bien regrettable en ce qu'elle tend à discréditer, à tort, une méthode précieuse dans certains cas et toujours inoffensive. Je veux parler seulement de celle qui consiste à faire respirer le chloroforme au flacon, par une narine, la bouche restant libre.

M. Ségalas a employé l'éther dans sa pratique chirurgicale; et n'a jamais vu survenir d'accidens. Il n'a pas eu recours au chloroforme. Il attribue, comme M. Forget, les morts promptes pendant l'anesthésie à un empoisonnement et non à une syncope.

M. Toirac : Dans la chirurgie dentaire, il est presque toujours convenable de s'abstenir de l'usage des anesthésiques. Mais quand on est obligé de recourir au chloroforme, il arrive souvent que son effet va jusqu'à produire le collapsus : or, dans ces circonstances, M. Toirac a le plus souvent observé qu'il se déclarait du trismus ; comme il est arrivé dans l'opération dont M. Forget nous parlait tout à l'heure.

M. Géry : L'emploi du chloroforme pourrait, selon M. Chailly, prévenir l'éclampsie. Il pense avoir obtenu ce résultat dans sa pratique particulière et cite un cas semblable de celle de M. P. Dubois. Mais, est-il bien sûr que le chloroforme ait réellement empêché l'éclampsie de se produire? Elle n'a pas eu lieu, c'est incontestable. Mais quel signe certain nous prouve que, faute d'employer le chloroforme, l'éclampsie serait devenue inévitable? Est-ce l'infiltration des membres ou même la présence de l'albumine dans les urines? Ce ne sont là que des présomptions, ce ne sont pas des preuves. J'ai eu occasion de voir dans une grossesse gémellaire une énorme quantité d'eau amniotique, une infiltration considérable des membres inférieurs avec des urines albuminuriques. Il n'y eut pas d'éclampsie au moment de l'accouchement. Il en survint dix jours après. Ce fait prouve combien il faut être réservé pour conclure en thérapeutique qu'une médication a pu agir d'une manière préventive.

M. Duchenne de Boulogne : Les animaux soumis à l'action du chloroforme perdent d'abord l'irritabilité des centres nerveux et plus tard, l'excitabilité musculaire. Le chloroforme s'attaque aux sources mêmes de la vie, et la résistance qu'opposera l'organisme aux effets de l'anesthésie ne peut pas être connue d'avance.

M. Chailly-Honoré n'a jamais eu recours au chloroforme dans l'éclampsie déclarée; il s'est borné à l'employer comme moyen préventif, dans les cas où il présumait qu'elle était imminente. Il a plusieurs fois, sans inconvénient, fait usage pour lui-même de chloroforme à petite quantité, selon ce qu'il appelle la méthode atténuante. Par ce moyen, il remédiait à la fatigue et se procurait du calme.

M. Grange, souffrant d'une névralgie, a employé, avec avantage, le chloroforme en potion à la dose de 1, 2 et 3 grammes dans 4 onces de véhicule. Il en a éprouvé un sentiment de chaleur dans l'estomac, et ensuite un effet diurétique très prononcé.

M. Forget : Ce dernier résultat vient à l'appui des conclusions d'un travail fait, il y a deux ans, par un élève en pharmacie, qui a trouvé du chloroforme dans les urines chez les sujets qui en avaient ingéré.

M. Collomb : Le chloroforme pris à l'intérieur peut rendre d'utiles services; mais, justement à cause de son énergie, il importerait de préciser à quelle dose on peut le prescrire. M. Grange a-t-il actuellement des données positives à ce sujet?

M. Grange: Quelle que soit la quantité de chloroforme contenue dans une potion, il n'y a que celle qui est soluble qui soit réellement ingérée, attendu que le reste forme un précipité insoluble qu'il faut laisser en dépôt au fond du vase. Ainsi, sur 150 grammes d'eau, il peut se dissoudre environ 1 gramme de chloroforme. Pour en prendre, il en versait dans un verre d'eau sucrée jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on commençât à voir se former un précipité; et il buvait sans troubler le fond du vase.

M. Moreau (de Tours) a administré, contre le *delirium tremens*, 4 grammes de chloroforme dans une potion de 125 grammes, par cuillerées. Tout le chloroforme avait été ingéré, car on agitait chaque fois la bouteille; et il n'a obtenu aucun résultat.

M. Toirac rappelle que, dans le *delirium tremens*, on a employé l'opium à haute dose; et, dans certains cas, il n'a pas produit d'effet appréciable.

La correspondance comprend l'envoi de ce qui suit :

1° Une notice imprimée publiée par l'administration des bains de Soultzmatt (Haut-Rhin). Ces eaux minérales sont gazeuses et alcalines. L'analyse qui en a été faite les classerait entre les eaux de Vichy et celles de Contrexéville.

2° Une brochure *sur les fièvres intermittentes miasmatiques, leur nature et leur traitement*, par M. le docteur Masurel, médecin aide-major de 1re classe. — M. Thibault est prié de vouloir bien nous en rendre compte dans une prochaine séance.

3° Un mémoire de M. Homolle, notre collègue, ayant pour titre : *Expériences physiologiques sur l'absorption par le tégument externe chez l'homme dans le bain.*

4° Un rapport fait à l'Académie de médecine par M. Depaul sur un travail de M. Mascarel intitulé : *Convulsions des femmes enceintes.*

M. Depaul, sur l'invitation de M. le Président, résume ainsi les parties les plus importantes de son rapport : M. Mascarel, avec raison, ne considère pas l'albuminurie comme une cause essentielle de l'éclampsie ; et il n'est pas exact de dire que l'on trouve toujours de l'albumine dans l'urine des éclamptiques. M. Depaul a observé, il y a quatre ans, un cas d'éclampsie mortelle dans lequel il a positivement constaté l'absence d'albumine. D'autres observateurs ont enregistré des faits analogues. M. Mascarel en rapporte deux nouvelles observations bien démonstratives. Du reste, M. Depaul n'admet pas que l'albuminurie des femmes enceintes s'explique d'ordinaire par une lésion des reins. Il pense qu'en général, le point de départ se trouve dans les modifications que la grossesse fait subir au sang de la femme. — Contrairement à l'opinion de M. Mascarel et à l'opinion commune, M. Depaul croit que l'éclampsie est d'autant plus grave que la grossesse est plus avancée. Avec l'auteur du mémoire il préconise les saignées à haute dose et coup sur coup comme le meilleur système de traitement, même malgré la petitesse du pouls et les autres conditions qui, d'habitude, ne permettent pas d'insister sur les émissions sanguines.

Le Secrétaire général, Dr Collomb.

PRESSE MÉDICALE.

Des feuilles de fraisier comme succédané du thé. — M. Kletzinsky, à Vienne, rapporte que les feuilles de fraisier des forêts (*fragaria vesca*), recueillies immédiatement après la maturation du fruit, donnent une boisson diététique agréable. On les sèche au soleil ou on les torréfie légèrement sur des plaques chaudes. Dans le premier cas, on obtient une infusion un peu verdâtre, dans le second, un peu brunâtre, d'odeur agréable, de saveur astringente, qui rappelle celle du thé de Chine. La légère torréfaction rend la chlorophylle renfermée dans ces feuilles insoluble dans l'eau et dissipe en même temps le peu d'odeur herbacée inhérente à la plupart des infusés de feuilles fraîches. Mais il ne faut pas la pousser trop loin, car on volatiserait l'arôme de thé de Chine. L'infusé est plus agréable que le décocté plus concentré, se mêle au lait à chaud et à froid, sans le coaguler, supporte bien le rhum, et possède la même action diaphorétique et diurétique que le thé de Chine; seulement, il est un peu moins excitant, quoiqu'on ne puisse lui nier un léger effet somnifuge. En distillant l'infusum, on obtient avec l'eau condensée, un arôme très agréable, qui appartient sans doute à la classe de la cumarine et de ses huiles éthérées. Le résidu renferme beaucoup de tannin, un peu d'acide citrique et une quantité considérable de matière azotée et de cendres. L'azote ne provient pas seulement des matières protéiques végétales.—(*Wiener med. Wochenschrift*, n° 13, 1855.)

Indications pour prévenir les épidémies puerpérales. — Feu le professeur Chiari communique ses observations sur ce sujet et confirme par là celles du professeur Semelweiss, de Vienne. Il met d'abord un point d'interrogation après le terme d'épidémies, en rappelant que ces maladies ne sont généralement pas répandues sur un grand district, mais sévissent dans les établissemens, et, là encore, dans l'une ou l'autre division. Il rappelle un cas où, à Prague, une femme mourut d'endométrite septique, causée par un accouchement des plus laborieux, ayant nécessité à la fin la perforation du crâne. Du jour de la présence de cette accouchée dans la chambre de travail, neuf autres femmes, qui étaient également en travail tombèrent malades et moururent toutes, à l'exception d'une seule. Pendant quatre mois, les affections puerpérales étaient encore plus fréquentes qu'à l'ordinaire. Dans ce cas, Chiari croit pouvoir affirmer que l'extension de la maladie provenait du transport direct des matières gangréneuses des femmes malades sur les accouchées saines, quoique toutes les précautions ordinaires eussent été observées. Il ne soutient pas que toutes les épidémies puerpérales prennent ainsi naissance, mais il fait observer seulement que ce cas doit se présenter souvent dans tous les grands établissemens.

Quelques mois après, un second cas analogue donna lieu aux mêmes accidens.

Voici les mesures proposées et prises par Chiari pour remédier à ce mal :

Il établit d'abord la nécessité, pour chaque grande Maternité, d'avoir plusieurs salles de travail pour isoler les accouchemens retardés des ordinaires. Puis il résume ainsi les autres points :

1° L'enseignement doit être réglé de manière à ce que chaque femme en travail ne soit pas examinée par plus de cinq élèves, après que chacun d'entre eux a dû se laver les mains avec une solution de chlorure de chaux.

2° Pour que les élèves ne puissent venir à la clinique en sortant des salles de dissection, il choisit, été comme hiver, l'heure de sept à neuf.

3° Propreté excessive du linge; dans la seconde épidémie, les compresses destinées à couvrir les parties génitales étaient même lavées au dehors de l'établissement.

4° Comme les éponges peuvent très facilement transmettre la maladie, elles sont remplacées, pour le nettoyage des parties génitales, par des injections.

5° Les accouchées gravement malades doivent quitter l'établissement spécial et être disséminées dans les salles de malades ; il est facile de voir quelle mauvaise influence physique et morale leur présence doit exercer sur les autres femmes accouchées.

6° En cas d'extension considérable de la maladie, il faut changer le local et complétement toutes les fournitures.

Depuis l'introduction de ces mesures, Chiari a toujours vu la fréquence extraordinaire des maladies puerpérales cesser au bout de un à deux mois. — (*Vochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellsep. d. aerzte zu Wien* 1855, n° 8.)

Sur l'hydropisie congénitale des reins; par le professeur R. Virchow. — Après avoir relaté avec tous les détails l'examen d'un cas de cette maladie, le célèbre professeur rapporte plusieurs autres observations semblables qu'il avait faites antérieurement, et résume ainsi l'histoire de cette dégénérescence. Il établit d'abord qu'elle se compose de kystes plus ou moins volumineux et multiples dans les reins. Dans tous les cas, dit-il, le premier point de départ de la formation de ces kystes, réside dans une ectasie des canalicules urinaires ou des capsules de Malpighi. Au commencement, on trouve encore une communication entre les parties dilatées et les canaux urinaires ; elle peut se continuer jusqu'à la fin, mais, dans la plupart des cas, les ouvertures de communication se ferment et toute trace de celle-ci disparaît à la fin. Il faut distinguer les kystes en petits et en grands, et je me demande si ces derniers ne se forment pas par l'atrophie et l'usure des parois intercellulaires, atrophie amenée par la dilatation de plus en plus considérable des kystes, comme je l'ai établi pour le goître et le colloïde ovarique. Le caractère de ces poches se modifie plus tard de la même manière que dans l'hydropisie de la vésicule du fiel, celle de l'appendice cœcal, etc. Au début, c'est l'urine qui est l'agent de la dilatation, plus tard, c'est une sécrétion plus séreuse, albumineuse et l'on est alors en droit d'employer l'ancienne dénomination d'hydropisie rénale. Du moins j'ai toujours trouvé de l'albumine dans le contenu des grands kystes.

La cause de la rétention urinaire primitive est toujours mécanique. Dans des cas rares, ce sont des urates, mais la règle est l'existence d'une atrésie dans un des points de l'appareil urinaire. Ordinairement c'est dans les papilles, soit seules, soit avec une atrésie concomitante de l'origine des uretères, de la vessie ou de l'urètre.

D'où provient cette atrésie ? Il n'est pas sans importance d'observer que cette dégénérescence cystique des reins ne s'accompagne pas rarement d'autres vices de formation. Dans les cas observés par moi, j'ai rencontré : une fois l'hydrocéphale, deux fois l'hydrencéphalocèle, deux fois une vessie ratatinée et déformée, une fois les reins soudés en fer à cheval. La petite fille de Schupmann était le troisème enfant difforme, né de parens sains, et atteint en même temps de duplicité du vagin et de la matrice. Dans le cas de Siebold, il existait une hydrocéphale commençante, etc., etc. D'autres observateurs, Carus, Osiander, par contre, ne notent pas ces complications. Quant à l'hydrocéphale, elle soulève la question difficile de savoir si elle est primitive ou consécutive, par exemple, à une irritation des méninges, déterminée par l'urémie qui résulte elle-même de l'altération de la sécrétion rénale. On ne peut résoudre ce problème dans l'état actuel de nos connaissances.

Je ne puis expliquer l'atrésie des papilles autrement que par une inflammation fœtale de ces parties. Toute la manière d'être des parties atrésiées est le pendant de celle que l'on observe dans les époques postérieures de la vie, dans des circonstances analogues.

La dégénérescence cystique des reins ne détermine pas constamment une difficulté ou un obstacle à la parturition; ceux-ci dépendent en grande partie du volume du corps de l'enfant, et c'est une circonstance très heureuse que, dans la majorité des cas, l'accouchement se fasse avant terme.

L'influence de cette maladie sur la viabilité de l'enfant est plus importante à connaître. Fœrster croit que la mort survient par la suppression des fonctions rénales. Mais alors la plupart de ces enfans mourraient encore dans la matrice; or, l'expérience prouve, au contraire, que la plupart d'entre eux vivent jusqu'à la naissance, qu'ils viennent même au monde vivans et qu'ils périssent après quelques efforts infructueux de respiration. Il ne peut guères y avoir de doute, ainsi que le pensent la plupart des auteurs, que la mort ne survienne par une impossibilité mécanique de la respiration, déterminée par le développement du ventre qui s'oppose à l'abaissement du diaphragme. — (*Verhandl. d. phys. med. Gesellschaft, in Wurzburg*, T. V, n° 3.)

L'Académie des sciences vient de procéder à la nomination d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Lallemand.

Au premier tour de scrutin, sur 56 votans, les voix se sont ainsi réparties :

M. Jobert.	17 voix.
M. Cloquet	17
M. J. Guérin	5
M. Gerdy	4
M. Laugier	5
M. Baudens	7

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin, qui donne les résultats suivans, le nombre des votans restant le même :

M. Jobert.	25 voix.
M. Cloquet	26
M. J. Guérin. . . .	3
M. Laugier	1
M. Baudens	1

Ce résultat ne donnant encore la majorité à aucun candidat, on procède à un scrutin de ballotage entre MM. Jobert et Cloquet.

Le nombre des votans est toujours de 56, majorité 29.

M. Cloquet obtient. .	29 voix.
M. Jobert	27

En conséquence, M. Cloquet est proclamé membre de l'Académie des sciences.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltește et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 70. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 14 Juin 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 13 JUIN 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a procédé, hier, à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique. Au premier tour de scrutin, M. Blache a trouvé une majorité suffisante pour être élu. Son compétiteur le plus sérieux, M. Beau, a approché assez près du but pour qu'il puisse espérer de l'atteindre à la première candidature.

La discussion sur l'aliénation mentale a, immédiatement après l'élection, repris son cours. Nous ne parlons pas d'une lecture faite avant le scrutin par un honorable confrère brésilien, car l'Académie, peu hospitalière, s'est livrée à de si bruyantes distractions, qu'il nous a été impossible de saisir un seul mot de la communication de notre confrère étranger. Voilà un médecin qui va importer en Amérique une singulière idée de la politesse et de la libéralité françaises.

M. Collineau et M. Bousquet ont occupé la tribune sur la discussion relative à l'aliénation mentale. Nous reproduisons les discours de ces honorables orateurs. Sur cette question grave, difficile, obscure et que, nous devons le dire, la discussion actuelle n'éclaircit guère, au moins pour nous, nous avons fait appel aux lumières spéciales et à la plume autorisée de M. le docteur Brierre de Boismont, qui nous dira ses impressions et ses opinions, et qui a bien voulu se charger de suivre et d'apprécier les débats actuels dans ce journal. Nous espérons pouvoir publier le premier article de notre savant collaborateur dans le prochain numéro.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL ET DU CORPS DU FÉMUR;

Par M. Ferdinand MARTIN, chirurgien-orthopédiste des Maisons impériales d'éducation de la Légion d'Honneur, chirurgien-mécanicien de l'hôtel impérial des Invalides, etc.

(Suite. — Voir le numéro du 12 Juin.)

Partant des principes qu'il avait si nettement formulés, sur la meilleure position à donner au membre dans le cas de fracture du fémur, Pott cherche à construire un appareil capable de remplir toutes les indications; mais, ici, il faut bien reconnaître que Pott, complétement étranger à l'étude des lois de la mécanique, n'a pu résoudre le problème qu'il avait si savamment posé.

Voici le texte même de Pott : « L'os fémur étant fracturé » doit être placé de manière qu'il repose sur le grand tro- « chanter. Il faut que tout le corps du malade soit incliné du » même côté ; que le genou soit dans un état moyen entre la » flexion et l'extension parfaite, ou demi-plié; que la jambe et » le pied, reposant aussi sur leur face externe, soient bien » soutenus par des coussins mollets, et pas tout-à-fait au même » niveau que la cuisse, mais un peu plus élevés; qu'une éclisse » très large faite de bois de sapin, creusée et bien garnie de » laine, soit placée sous la cuisse en commençant au-dessus » du grand trochanter et allant tout à fait jusqu'au-dessous » du genou, et qu'une autre éclisse, un peu plus courte, » s'étende depuis l'aine jusqu'au-dessous du genou. On doit » se servir d'un bandage à dix-huit chefs et, lorsque l'os a été » réduit et la cuisse bien placée sur le coussin, il ne faut » jamais l'en déranger jusqu'à ce que la fracture soit réunie. »

Ainsi qu'on peut le voir, cet appareil permet bien de placer le membre dans un certain degré de flexion; toutefois, nous lui reprochons non seulement de ne pas pouvoir déterminer le degré de cette flexion, mais encore de permettre aux fragmens des déplacemens tout aussi faciles que tous les autres appareils à contention latérale. En outre, nous dirons que la position dans laquelle le malade se trouve placé est excessivement gênante et qu'il ne peut satisfaire aux besoins naturels sans imprimer de violens mouvemens à son membre, et que ces mouvemens doivent nécessairement retentir dans la fracture et, par conséquent, déranger le contact des fragmens.

Du reste, nous avons pour nous l'opinion de Dupuytren, qui, bien pénétré des préceptes de Pott, et les reconnaissant excellens, reconnaissait aussi l'insuffisance de l'appareil du chirurgien anglais.

Dupuytren avoue avec franchise qu'il a puisé ces principes dans Pott; mais il faut convenir que, mieux inspiré que lui, il en a fait une application beaucoup plus judicieuse en plaçant le membre du blessé et le blessé lui-même dans une position plus supportable. A cet effet, il construisit son appareil de manière à placer le malade dans le décubitus dorsal; il fit reposer le membre blessé sur un double plan incliné; sur l'un des versans reposait la jambe, et sur l'autre la cuisse fracturée. On conçoit que le pli du jarret se trouvant soutenu par le sommet de l'angle que formait la réunion des deux plans, la pesanteur du corps devait exercer une sorte de traction sur le fémur lui-même.

A l'aide de cet appareil, que Dupuytren forma d'abord avec une sorte de chevalet en bois, mais qu'il remplaça ensuite par des oreillers, il pouvait placer le membre dans une position déterminée, et, selon son intention, mettre les muscles dans le plus grand relâchement possible.

Dupuytren avait donc trouvé le moyen d'appliquer, d'une manière rationnelle, les préceptes de Pott; mais malgré sa construction en apparence parfaitement logique, ce dernier appareil ne donnait guère de meilleurs résultats que l'appareil à extension continue : nous verrons pourquoi.

Nous venons d'examiner tous les appareils notables, et nous venons de reconnaître qu'il n'en est aucun qui puisse faire espérer, dans tous les cas, la guérison des fractures du fémur sans difformité. Aussi, voyons-nous les plus habiles chirurgiens, témoins de résultats aussi déplorables, et ne craignant pas de rencontrer pire, conseiller à leurs malades, surtout à ceux qui sont affectés de fractures du col qu'on peut supposer intra-capsulaires, de marcher pendant le traitement.

D'autres, tout aussi découragés, abandonnent les blessés à eux-mêmes dans tous les cas de fracture, et les placent tout simplement sur un plan horizontal, le membre parfaitement libre et recouvert seulement d'une alèze.

Tel est l'état de la question.

Maintenant, reprenons les indications que présente le genre de lésions qui nous occupe, et tâchons d'en déduire les conditions d'un appareil capable de les remplir toutes.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, dans tout traitement d'une fracture, le raccourcissement étant un phénomène constant, il faut faire l'extension du membre, maintenir l'autre extrémité de ce membre par la contre-extension, et ensuite, ou plutôt en même temps, s'occuper de rétablir les os dans leurs rapports normaux : c'est ce qu'on appelle faire la coaptation. Enfin, les os étant réduits, il faut les maintenir dans une bonne conformation.

Or, il est de toute évidence que si l'extension et la contre-extension qui, au fond, ne sont qu'une seule et même chose, sont le meilleur moyen à employer pour opérer la réduction d'une fracture, il est de toute évidence, disons-nous, que si l'on peut soutenir l'emploi de ce moyen d'une façon continue pendant toute la durée du traitement, on aura employé le meilleur agent contre le danger presque unique, à savoir le déplacement des fragmens.

Mais dans quelle position devra-t-on pratiquer cette extension? Pott et Dupuytren nous l'ont indiqué. Évidemment, nous devons choisir la position demi-fléchie, puisque, comme nous l'avons reconnu nous-même, dans cette position tous les muscles de la cuisse sont dans un état de relâchement aussi complet que possible.

Dupuytren dit que si l'on met le membre dans la flexion, il devient facile de corriger le raccourcissement et la rotation vicieuse du membre, et par conséquent de le rétablir dans sa longueur et sa direction naturelle. Donc, selon lui, l'indication générale est de réduire les fragmens et de les maintenir en contact. Il ajoute, et telle est aussi l'une de nos conclusions, « *si la position demi-fléchie est le meilleur moyen de réduire les* » *fragmens et de les maintenir réduits, il doit en résulter natu-* » *rellement que le meilleur appareil contentif des fractures est* » *celui qui tient les muscles dans la position demi-fléchie.* »

Recherchons maintenant à quelles autres conditions l'appareil doit satisfaire. Boyer s'exprime à ce sujet d'une manière catégorique; il dit :

« 1° Il ne doit pas comprimer les muscles qui passent sur la » fracture, et dont l'allongement est nécessaire pour la réduc- » tion ;

» 2° Il faut que les forces extensives et contre-extensives » soient distribuées sur la plus grande surface possible;

» 3° Que l'action de ces forces se rapproche autant que » possible de l'axe du membre dont l'os est fracturé ;

» 4° Que cette action soit lente et puisse être graduée » d'une manière insensible ;

» 5° Que l'appareil maintienne le membre dans sa longueur » naturelle ;

» 6° Qu'il le maintienne dans sa rectitude naturelle, l'empê- » che d'obéir à son propre poids qui tend sans cesse à le tour- » ner en dehors ;

» 7° Qu'il maintienne les fragmens autant que possible dans » l'immobilité absolue ;

» 8° Qu'il maintienne le bassin et le fixe, ainsi que les frag- » mens de la fracture ;

» 9° Qu'il permette au malade de satisfaire aux besoins » naturels, sans imprimer de mouvemens dans le lieu de la » fracture ;

» 10° Qu'il n'aille pas condamner l'articulation du genou » et celle du pied à l'immobilité et devenir la cause de la » raideur de ces articulations ;

» 11° Qu'il ne blesse en aucun point. »

Nous croyons avoir démontré que ni l'appareil de Boyer, ni celui de Dupuytren ne remplissent les indications posées par les auteurs eux-mêmes. Nous croyons cependant nécessaire de revenir un peu sur ce point : nous serons bref.

1° L'appareil de Boyer agit en dehors du membre, et, par conséquent, dans une direction très éloignée de l'axe du fémur ; car l'axe du fémur ne peut être représenté que par une ligne fictive qui, partant du milieu des condyles, viendrait passer au centre de la tête de cet os;

2° Les points sur lesquels l'extension et la contre-extension sont appliquées sont mal choisis; en effet, l'extension agit sur le coude-pied, c'est-à-dire sur un point où la peau est très mince et appliquée presque immédiatement sur les os. La contre-extension est exercée par un sous-cuisse rembourré, fixé à l'extrémité de l'attelle, et qui, embrassant la racine du membre, vient passer sur la partie latérale du périnée; mais la direction oblique de ce sous-cuisse, que nous représenterons par *A C*, fig. 5, entraîne nécessairement une perte considérable de force : car la traction exercée par l'attelle étant donnée *AB* et la distance du sous-cuisse à l'attelle *BC*, nous aurons pour résultante *AB*+*BC*, c'est-à-dire que l'obliquité du sous-cuisse occasionnera, sur les parties où il repose, une pression qui ne pourra être évaluée à moins du double de la traction exercée directement par l'appareil. Ajoutons que, malgré tout le rembourrage dont on peut le garnir, ce sous-cuisse ne présente jamais une grande surface; la structure même des parties s'y oppose ; donc, il blesse constamment.

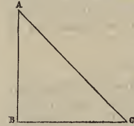


Figure 5.

3° Il n'est jamais possible, avec cet appareil, de maintenir le membre dans sa longueur et sa rectitude naturelles; pour vaincre la résistance musculaire, il faut employer une force de traction telle, que les malades ne peuvent la supporter ;

4° Le bassin n'étant pas fixé, il est impossible de maintenir les fragmens en contact ;

5° L'appareil condamne le genou à l'immobilité et détermine une raideur dans l'articulation qui persiste longtemps après la guérison ;

6° Il détermine des douleurs violentes dans le membre et, fréquemment, des excoriations ou même la gangrène des téguments.

Quant à l'appareil de Dupuytren, également imparfait, mais, sous d'autres rapports, qu'il est facile de comprendre, nous lui reprochons, comme nous l'avons dit, de ne pas maintenir le membre dans un degré d'allongement constant, et enfin de ne pas s'opposer au déplacement des fragmens dans les mouvemens que le malade peut exécuter, soit pendant son sommeil, soit pour satisfaire aux besoins naturels.

Voyons maintenant si nous avons su mettre à profit les préceptes qui nous ont été donnés et si nous avons pu éviter tous les inconvéniens qui nous ont été signalés par les maîtres et ceux que nous avons reconnus nous-même.

Nous avons fait construire un appareil avec lequel le chirurgien peut placer le membre dans tel degré de flexion ou d'extension qu'il jugera convenable, le mettre à volonté dans la rotation en dedans ou en dehors, le maintenir à n'importe quel degré de relâchement ou d'allongement.

Notre nouvel appareil, presque entièrement en bois, se

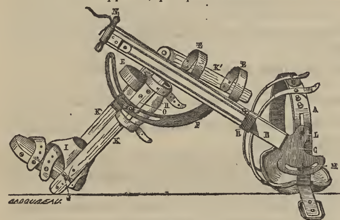


Figure 6.

compose de deux attelles, *KKK*, fig. 6, articulées à la hauteur du genou, réunies entre elles par trois demi-cercles d'acier, *EEE*, de manière à former ensemble une sorte de gouttière à jour qui embrassera la partie antérieure de la jambe et de la cuisse sans les toucher. Ces attelles sont maintenues au degré de flexion qu'on a jugé convenable au moyen d'un arc de cercle *F* fixé par une vis de pression *O*.

Une large courroie rembourrée *H*, fixée sur la portion jambière des attelles, vient reposer sur le mollet, et est chargée de faire l'extension du membre.

A la partie inférieure des attelles se trouve une sorte de chaussure *I* qui maintient le pied, tout en lui laissant exécuter quelques mouvemens de flexion et d'extension.

Toute cette partie de l'appareil est montée à coulisse sur une longue attelle *B*, qui remonte jusqu'à la hauteur de la fosse iliaque externe, s'articule avec une forte ceinture en acier *A*, et vient se prolonger en avant jusqu'au delà du genou, en suivant l'axe de la cuisse.

La ceinture *A* doit embrasser le bassin sans le toucher en aucun point, si ce n'est en arrière, où elle est garnie d'une large plaque rembourrée, sur laquelle vient reposer la région sacro-lombaire. Cette ceinture présente une série de boutons qui servent à attacher les sous-cuisses destinés à la contre-extension.

Nous venons de voir que notre appareil se compose de deux parties distinctes : l'une est chargée de l'extension, et l'autre de la contre-extension. La partie de l'extension, avons-nous dit, est montée sur une longue attelle *B*, fixée elle-même sur la ceinture d'acier chargée de la contre-extension. Une sorte de moufle est fixée, d'une part, à l'extrémité de la contre-extension, et, d'autre part, à la partie supérieure de l'attelle fémorale externe *R*. On comprend que le jeu de ce moufle, faisant glisser ces deux parties l'une sur l'autre, tend ainsi à éloigner le point de l'extension de celui de la contre-extension.

La longue attelle *B* se termine en haut par une pièce *C* qui présente un arc de cercle, et qui, étant montée à coulisse sur la ceinture *A*, permettra, selon que le besoin s'en fera sentir, d'incliner la ceinture ou de porter le membre dans tel degré de rotation qu'on pourra désirer, soit en dedans, soit en dehors.

Mode d'application.

La ceinture *A* étant ouverte, on la *passera* en quelque sorte au malade, et on la glissera de haut en bas sous la région lombaire. On desserrera les écrous *LMO*; on soulèvera la partie de l'appareil qui doit embrasser le membre blessé ; on l'amènera au-dessus de ce membre ; on rapprochera les deux extrémités de la ceinture, et on la fermera à l'aide du petit tourniquet ou mentonnet placé à sa partie antérieure.

Les écrous *LMO* étant desserrés, on portera l'appareil aussi près que possible de la direction du membre blessé, que nous supposons, pour le moment, étendu sur un plan horizontal : il est bien entendu que, dans ce cas, les portions jambière et fémorale de l'appareil seront aussi dans la position horizontale. (Dans le cas particulier où, par suite d'un commencement de traitement, le membre serait dans la position demi-fléchie ; il faudrait naturellement, pour occasionner le moins de désordre possible, présenter l'appareil dans une position analogue.)

Les sous-cuisses de la contre-extension seront attachés en arrière sur les boutons les plus éloignés de la partie moyenne de la ceinture ; mais, en avant, ils devront être rapprochés autant que possible.

On chaussera le pied, puis on le fixera sur la semelle de bois, à l'aide de courroies *I*, qui seront croisées sur le coude-pied et attachées aux boutons placés sur les côtés de la semelle. Il n'est pas nécessaire que le pied soit serré : il ne doit être que maintenu.

On glissera doucement la courroie *H* sous le mollet, et réfléchissant, sur les attelles latérales, les lanières qui la terminent, on viendra boucler ces lanières entre elles sur le point correspondant au rembourrage de la courroie *H*.

On fléchira la jambe sur la cuisse en élevant le genou, et quand on sera arrivé au degré de flexion convenable, c'est-à-dire quand on aura amené les attelles à former entre elles un angle dont le sinus serait d'environ 100°, on fixera l'appareil en resserrant l'écrou *O*, fig. 7.

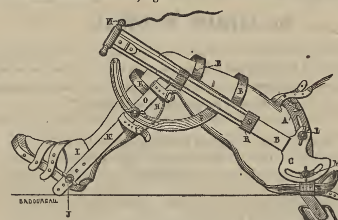


Figure 7.

On pourra, selon que les indications l'exigeront, placer le membre soit dans la rotation en dedans, soit dans la rotation en dehors, en faisant glisser la pièce *C* de la partie supérieure de la longue attelle *B* dans la coulisse pratiquée sur le côté de la ceinture ; ensuite on donnera à volonté à la ceinture le degré d'inclinaison convenable, puis on resserrera les écrous *L* et *M* et toute cette partie deviendra immobile.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 Juin 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. MADIN, médecin des épidémies de l'arrondissement de Verdun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Osches du 15 mars au 12 mai dernier. (Comm. des épidémies.)

— Un rapport de M. Victor PAGÈS, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Alais, sur une épidémie de choléra qui a été observée en 1854. (Comm. du choléra 1854.)

— Une brochure du docteur BAYARD, adressée au ministre de l'agriculture et du commerce, et ayant pour titre : *Influence de la vaccine sur la population.* (Comm. de vaccine.)

— L'état des vaccinations pratiquées, en 1854, dans les départemens de la Haute-Marne et de la Sarthe. (Même commission.)

— Une lettre du ministre de la marine et des colonies, annonçant l'envoi d'une caisse qui contient une certaine quantité d'un nouveau bois fébrifuge : le *bittera febrifuga*, expédiée par le docteur AMIC, médecin à la Martinique. — (Commission des succédanés du quinquina, M. Grisolle rapporteur.)

— Une demande d'avis concernant l'autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, les eaux minérales de Bondonneau (Drôme).

— Les recettes de plusieurs remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance manuscrite se compose des envois qui suivent :

M. SESTIER écrit à l'Académie qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. Jules LÉPINE, pharmacien de la marine, adresse un mémoire sur l'*hydrocotyle asiatica*, dont il préconise l'emploi contre la lèpre, l'éléphantiasis des Arabes, la syphilis, etc.

— Le docteur DESNOS, ancien interne des hôpitaux de Paris, fait hommage à l'Académie d'un travail sur les eaux minérales de Bagnoles-de-l'Orne.

— M. le docteur BELHOMME, adresse la lettre suivante à l'Académie :

Monsieur le Président,

Dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. le professeur Piorry a bien voulu rappeler mon nom et mes opinions, sur les rapports de la folie avec les lésions encéphaliques ; je crois de l'intérêt de la discussion qui occupe l'Académie d'exposer ici, en peu de mots, ce que j'ai écrit sur ce sujet.

La folie est une maladie du cerveau, soit idiopathique, soit symptomatique.

Les lésions cérébrales se remarquent non pour les diverses espèces d'aliénation mentale, mais seulement pour les formes principales de la folie.

Si la folie a un caractère aigu, comme dans la manie, le cerveau présente non point de l'inflammation, mais de l'hypérémie des membranes et de la surface du cerveau, ce qui explique l'absence de fièvre.

Si la folie est chronique, il y a une méningo-encéphalite avec épaississement des membranes du cerveau.

Si la folie est partielle (la monomanie), le cerveau est dans un état de névropathie qui n'est quelquefois que sympathique d'un état de souffrance, d'un ou de plusieurs organes éloignés.

Voici, Monsieur le Président, les rapports que j'ai cru reconnaître entre le cerveau, et les phénomènes psychiques de la folie.

Maintenant, permettez-moi quelques explications. Peut-on croire que, dans l'état de surexcitation de l'intelligence, l'esprit seul soit surexcité ? L'organe matériel de la pensée n'est-il pas dans une condition anormale et même pathologique, nécessaire à l'explication des phénomènes psychiques ?

Dans la folie chronique, et surtout la démence à tous les degrés, les anatomo-pathologistes ont rencontré, sur le cadavre, les méninges épaissies, adhérentes à un cerveau souvent atrophié ; d'autres fois, les substances corticales et médullaires sont dans un état voisin du ramollissement ; voilà, je crois, des faits acquis à la science !

Reste donc la monomanie sous toutes ses formes, qui dépend d'une suractivité fonctionnelle d'une ou de plusieurs facultés.

Telle est ma méthode d'envisager la folie ; j'explique tout, sans m'éloigner des conditions physiologiques appartenant au cerveau.

Que deviennent alors toutes les théories spiritualistes, qui font croire que la folie est une simple aberration des idées et de la volonté.

La folie est une maladie, comme toutes les autres maladies, qui a ses formes, ses causes, sa marche, son diagnostic, son pronostic, et son traitement.

Les spiritualistes ont cru qu'il fallait agir exclusivement sur les idées et les passions des aliénés. Les organiciens pensent qu'il faut agir suivant les conditions pathologiques du cerveau.

Dans la folie aiguë, les sédatifs conviennent ; dans la folie chronique, les sédatifs et les dérivatifs surtout sont recommandés.

Dans la monomanie, il faut interroger tous les organes, pour juger des relations fonctionnelles qui peuvent exister entre eux et le cerveau.

Le traitement physique ne fait pas rejeter le traitement moral.

Eloigner l'aliéné des causes qui ont produit la folie, le distraire, et agir sur lui par la dérivation morale, sont des moyens reconnus, qu'il faut mettre en pratique.

Voilà, en peu de mots, les idées que j'ai développées dans mes divers mémoires sur la folie.

Je vous demande, Monsieur le président, de permettre la lecture de ma lettre devant l'Académie ; ce sera un encouragement pour venir moi-même exposer devant les membres, mes théories, et surtout ma pratique de plus de trente années.

Agréez, je vous prie, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentimens respectueux et dévoués,

BELHOMME,
Ex-directeur d'un établissement d'aliénés.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. CAVIOL, membre correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

— M. le docteur Antonio DA COSTA, médecin à Rio-Janeiro, lit une observation de hernie, extraite de son ouvrage de chirurgie. Il présente ensuite plusieurs instrumens pour le cathétérisme forcé de l'urètre et d'autres opérations sur les voies urinaires. (Comm, MM. Velpeau, Civiale et Jobert, rapporteur.)

Il est procédé au scrutin pour la nomination d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant, par suite du dernier comité secret de l'Académie :

En 1re ligne, M. Blache ;
En 2me ligne, M. Beau ;
En 3me ligne, *ex æquo*, MM. Sestier et Barthez ;
En 4me ligne, M. Bayle ;
En 5me ligne, M. Moreau (de Tours).

Nombre des votans, 81 ; — majorité absolue, 41.

M. Blache obtient	43	suffrages.
M. Beau	25	
M. Bayle	11	
M. Sestier	1	
M. Moreau (de Tours)	1	

En conséquence, M. Blache est élu membre de l'Académie de médecine, sauf l'approbation du gouvernement.

L'ordre du jour rappelle la suite de la discussion sur l'aliénation mentale. — La parole est à M. Collineau.

M. COLLINEAU, fortement indisposé, n'a pas lu le travail qu'il avait préparé ; il en a donné seulement le résumé analytique que voici :

1. Des causes matérielles ou organiques peuvent influencer, troubler, primitivement ou secondairement, l'action des sens ainsi que la formation des idées et de la pensée.

2. Les troubles, les écarts de l'intelligence peuvent, soit primitivement, soit secondairement, soit directement, soit indirectement, exercer une influence grave sur l'exercice des fonctions organiques ; les troubler, les suspendre et donner lieu ainsi à la formation de lésions matérielles diverses.

3. L'entendement, à partir du moment où il se manifeste dans les êtres organisés, s'étend, se complique et se perfectionne en même temps et dans le même sens que les organisations.

4. L'analyse des actes de l'entendement nous démontre qu'il peut s'exercer, et qu'il s'exerce *nécessairement*, sur tout ce que, dans l'état physiologique, les sens peuvent lui soumettre. Nous disons *nécessairement* parce qu'il est impossible de sentir, de voir, d'entendre, etc., sans comparer, juger, raisonner ; or, comparer, juger et raisonner c'est déjà réfléchir.

5. Cette même analyse nous apprend qu'il y a plusieurs sortes d'idées, ou, si l'on veut, que les idées s'élèvent à plusieurs degrés, suivant leur origine et les élaborations qui les changent ou les modifient. Ainsi, l'idée sensible, après avoir été soumise à la comparaison, au jugement, à la réflexion, est devenue quelque chose de plus que la sensation, elle est entrée dans le domaine de la pensée.

6. Elle peut s'élever encore au moyen de l'abstraction et de la généralisation.

7. Les abstractions, la généralisation, quels que soient leur origine ou leur sujet, sont soumises, à leur tour, à un travail intellectuel : jugemens, raisonnemens, etc., plus indépendant encore des fonctions sensitives. Elles forment alors le troisième degré des idées.

8. L'agent ou les agens de ces élaborations sont-ils absolument les mêmes pour tous les degrés de la pensée ?

Nous l'ignorons, mais on pourrait en douter si l'on compare les fonctions qui élaborent cette pensée, avec d'autres fonctions qui forment ou préparent les matériaux assimilables et nutritifs de l'être physique.

9. Les idées qui résultent des élaborations les plus élevées, les plus compliquées de l'entendement, n'ont point passé par les sens ; elles peuvent en tirer leur origine, ainsi qu'elles le font dans d'autres parties du système nerveux, mais elles ont acquis des caractères que n'ont pas encore les idées du premier et du second degré. La plante, l'arbre et le fruit sont autre chose que la graine et le germe.

Cette observation doit faire supposer que le cerveau n'est pas un organe unique, ou bien que, malgré ses complications, toutes ses parties s'unissent par quelque point et agissent d'ensemble dans un but commun, comme on le voit pour les muscles d'un membre.

10. Lorsque cet ensemble se trouble ou s'altère, le désordre se manifeste dans la pensée.

11. Le trouble de la pensée peut en déterminer d'autres dans les organes, dans les fonctions encéphaliques, spinales et, consécutivement, dans tout l'organisme.

12. Des corps étrangers peuvent atteindre et blesser nos parties solides.

Des pensées communiquées, qui ne sont pas le produit de notre entendement, peuvent agir sur nos propres pensées et troubler le travail ainsi que les produits intellectuels.

13. Des mouvements intérieurs peuvent, dans certains états morbides, déterminer la formation de lésions analogues à celle que produisent des agents étrangers à l'économie.

14. Des pensées, qui se sont formées en nous-mêmes, peuvent occasionner des désordres analogues à ceux que déterminent des pensées étrangères à notre action mentale; c'est ainsi qu'une idée formée par la réflexion et qui nous obsède peut produire sur le moral l'effet d'une nouvelle affligeante. Combien de gens ont été portés au meurtre ou au suicide par des idées de cette nature!

15. Le désaccord entre le mode d'action des organes *matériels* peut amener des altérations des troubles fonctionnels de l'intelligence, surtout lorsque ce désaccord se manifeste dans les organes des sens.

16. Le désaccord entre les mouvemens des agens métaphysiques peut, comme nous l'avons déjà dit, produire le désordre, primitivement dans les fonctions mentales et secondairemennt dans tout l'organisme.

17. L'action exagérée des organes sensitifs peut dominer la pensée au point de faire agir l'individu dans un sens opposé à son caractère, à ses dispositions morales habituelles.

18. L'action du cerveau, par la force de la pensée et la préoccupation excessive, peut dominer l'action des sens au point de l'effacer complètement, de présenter et de faire accepter comme vrai à l'esprit des objets tout différens de la réalité. C'est le cas de toutes les erreurs de jugemens, des illusions, des hallucinations, du délire, de la folie; conséquences naturelles et *nécessaires* du désaccord, du défaut d'équilibre entre l'action des organes sensitifs et intellectuels et les mouvemens de la pensée.

19. Le délire, les illusions, les hallucinations, sont des phénomènes soit sensitifs, soit psychiques qui, parfois, se montrent séparés et d'autres fois se confondent, mais dont l'ensemble caractérise toujours la folie.

Ils peuvent être primitifs ou secondaires; c'est-à-dire se rattacher à des lésions organiques ou résulter *immédiatement* d'une affection mentale.

20. La folie que concourent à former les erreurs des sens et celles de l'intelligence est, comme toutes les maladies et tous les produits organiques, une unité complexe.

21. Elle peut être primitive, c'est-à-dire dépendre immédiatement de causes sensitives, intellectuelles et affectives.

Elle est secondaire lorsquelle a pour causes des maladies ou des lésions organiques.

22. Le traitement de la folie doit être en général basé sur ces deux conditions. Il n'a pas de règles fixes, mais, dans tous les cas, le médecin physiologiste doit chercher la médication dans les symptômes primitifs et porter tour à tour son attention sur l'état fonctionnel des systèmes ganglionnaire, spinal et cérébral ou encéphalo-rachidien.

Nous avons dit (page 8) que, sous plusieurs rapports, les songes sont déjà l'image de la folie. Mais ce n'est qu'une simple apparence, le plus léger examen peut la détruire.

Et en effet, les songes sont des mouvemens intellectuels fondés sur la mémoire, qui en fournit tous les matériaux en dehors de la coopération actuelle des sens spéciaux; nous croyons sentir, voir, entendre, etc., bien qu'aucun des excitans sensitifs n'agisse sur nos organes.

Dans la folie, au contraire, tous les sens peuvent agir lorsqu'ils sont sollicités par leurs excitans naturels; et leur action, parfois diminuée, plus souvent exaltée ou désordonnée, peut être portée, en dehors de l'état physiologique, au point de produire les illusions, les hallucinations, le délire, et pousser celui qui les éprouve à des actes déplorables, dont on ne cite que trop d'exemples, car l'aliéné, qui ne voit pas les choses telles qu'elles sont, peut cependant agir sur des objets réels.

C'est sur ce dernier point que s'appuie le diagnostic différentiel. Bien que celui qui rêve n'exerce aucun sens, bien qu'il ne puisse agir que mentalement sur les sujets actuels de ses idées, il peut et il doit *nécessairement* comparer, juger, raisonner sur ces sujets divers, et par cela même qu'ils sont divers, car il est impossible qu'ils se réunissent dans le centre commun de la pensée, sans être soumis aux élaborations intellectuelles qui la forment incessamment au moyen des sentimens de ressemblance, de différence, d'analogie, de convenance et de répulsion. Mais tout, excepté le souvenir, s'évanouit avec le réveil.

Il est cependant certains rêves qui ont agi assez fortement sur le système nerveux cérébral pour y produire un effet durable, et quelquefois un trouble prolongé des fonctions mentales; mais ici encore tout se passe chez l'individu, tout se rapporte exclusivement et immédiatement à son moral, indépendamment de l'action des sens.

En définitive, quels que soient chez l'aliéné les erreurs des sens et les troubles de l'intelligence, il peut agir physiquement sur des objets réels, physiques, matériels; le jugement est faux, mais les actes et leurs conséquences sont vrais.

Quels que soient la nature, l'ordre et la liaison des idées de celui qui rêve, il ne peut agir que mentalement sur les sujets de ses pensées; tout est imaginaire, aucun agent physique ne peut détruire par une action directe ce que l'imagination représente.

Qu'un aliéné soit muni d'armes meurtrières, et qu'il se trouve en présence d'individus qu'il croit ses ennemis, et sur lesquels il peut exercer sa haine ou sa vengeance, il égorgera sa femme, ses enfans ou son meilleur ami.

Quelle ressemblance y a-t-il donc entre un accès de manie et un songe?

Il y a l'apparence de la ressemblance:

Dans la manie, l'action des sens;

Dans le rêve, l'absence de cette action.

Nous nous sommes demandé (page 12), si le délire et la folie sont *toujours* le produit d'une altération de texture des appareils nerveux et cérébraux? Sans nous arrêter à cette question, à laquelle beaucoup de médecins paraissent attacher une grande importance, nous avons promis d'en dire quelque chose à la fin de notre travail.

Des observations qui nous sont propres, d'autres que leurs auteurs se réservent le droit de publier, nous ont appris que, dans diverses maladies nerveuses, telles que : l'hystérie, mais surtout la catalepsie produite par des causes morales, les accidens nerveux les plus variés, les illusions, les visions, les hallucinations, le *délire*, peuvent se manifester plusieurs fois par jour, à heure fixe, et cesser de même, sans qu'il en reste la moindre trace pour l'observateur, ni le moindre souvenir au malade. Bien plus, on a vu ces accidens se renouveler ou se modifier, *presqu'à volonté*, par l'application d'agens extérieurs, tels que : l'eau froide, l'électricité, etc.

On dit que, dans ces cas divers, ainsi que dans la folie, des lésions de texture ont réellement existé, mais qu'elles ont disparu pendant l'état chronique ou après la mort. Cette assertion, qu'autrefois nous avons souvent combattue et que nous ne nous attendions guères à voir reparaître, ne nous a jamais séduit. Il faut du temps pour tout et particulièrement pour les produits qui doivent résulter de mouvemens organiques. Que des actes nerveux et intellectuels soient instantanés, tout le monde le sait, mais qu'un changement ou une altération de texture se forme tout à coup, et disparaisse de même, sans laisser la moindre trace ni pendant la vie, ni après la mort! abandonnons cette croyance et ces argumens à ceux qui ont à soutenir certains systèmes, ou qui ont besoin de s'appuyer sur des paradoxes.

Pour nous, il nous semble que tous les symptômes qui composent la folie, et la folie elle-même, peuvent dépendre de causes cérébrales et nerveuses, indépendantes de toute lésion organique ou matérielle.

M. Bousquet a la parole.

M. Bousquet : Messieurs, vous avez nommé, selon l'usage, trois commissaires pour vous rendre compte d'un mémoire sur le DÉLIRE. Par leur talent, par la spécialité de leurs études, c'était à M. Ferrus ou à M. Londe de faire le rapport. L'ordre d'inscription a désigné le moins capable des trois. J'avais, croyez-le bien, le sentiment de ma faiblesse; mais j'avais aussi celui de mes devoirs académiques, et je n'ai pas cru pouvoir les décliner.

Le projet de rapport terminé, je le présentai à la signature de mes confrères. M. Ferrus le parcourut et signa, non sans faire ses réserves; ces réserves, vous les connaissez maintenant. M. Londe signa spontanément. Il crut d'abord qu'il pouvait donner cette marque de confiance au rapporteur; les regrets ne lui sont venus qu'après l'avoir entendu. Sans doute, le rapport serait beaucoup mieux fait s'il l'avait été par mon confrère; je regrette plus que lui qu'il n'en ait pas exprimé le désir, je lui en aurais volontiers cédé tout l'honneur. Au point où il a laissé venir les choses, je ne puis que le féliciter d'avoir des convictions si arrêtées et si profondes; d'être enfin si sûr de lui et de ses doctrines, que le soin de sa réputation ne lui permette pas de mettre son nom au bas d'un rapport fort imparfait, je le sais, mais sensé, je l'espère, et où on s'est appliqué à mettre autant de modération dans les pensées que dans les paroles.

Avant qu'il nous eût fait connaître les motifs de ses répugnances, il en est un dont je me doutais un peu. M. Londe s'étonne, et M. Ferrus partage son étonnement, que je refuse au cerveau la faculté de penser. L'estomac digère, le foie fait de la bile, chaque organe a sa destination, son rôle; celui du cerveau est de penser et de vouloir. Ainsi raisonnait Cabanis. Qui ne connaît cette phrase devenue célèbre par la crudité même des termes? *Le cerveau fait organiquement la sécrétion de la pensée.* Ce qui, traduit en langage physiologique, veut dire que le cerveau reçoit du sang, qu'il le travaille à sa manière, et en fait sortir l'intelligence, la mémoire, le jugement, le désir, la liberté, tout l'entendement enfin. Mais il faut le dire, à la louange de Cabanis, il ne persista pas : ce qu'il avait avancé avec tant d'assurance dans son *Traité des rapports du physique et du moral*, il le démentit dans sa *Lettre sur les causes premières*.

Georget, dont vous chérissez justement la mémoire, commença et finit comme Cabanis. Il a fait comme ces Romains dont parle Tacite, qui n'avouaient leur pensée que dans leur testament.

Veuillez, maintenant, me prêter votre attention, je n'en abuserai pas.

Vous dites que le cerveau pense; je vous dis, moi, qu'il ne peut pas penser. Il y a de cette vérité plusieurs démonstrations. Cela ressort clairement de la comparaison même des phénomènes physiques avec les phénomènes intellectuels et moraux. Considérez attentivement ces phénomènes, vous ne verrez que différences; et plus vous y regarderez de près, plus vous resterez convaincus qu'ils sont irréductibles les uns dans les autres; s'ils sont irréductibles, ils ne peuvent donc se déduire d'une origine commune, de l'organisation, par exemple, comme vous le faites.

Suivez, je vous prie, le raisonnement. Qu'est-ce que l'organisation? C'est la matière arrangée d'une certaine façon. Elle en a toutes les propriétés, tous les caractères, et l'étendue en forme l'attribut essentiel, l'attribut sans lequel elle ne peut exister ni même être conçue; de sorte que qui dit étendue dit corps, matière; car l'attribut implique la substance et la représente.

Or, la pensée, l'esprit n'a rien de commun avec la matière. Il n'en a ni la couleur, ni la consistance, ni la figure, ni l'étendue; ces qualités répugnent à sa nature. Mais s'il n'a pas celles de la matière, il en a d'autres qui lui sont propres, comme de se souvenir, de raisonner, de juger, de désirer, de penser enfin. Et comme, je le répète, l'attribut emporte la substance, il s'ensuit que pensée et esprit, c'est absolument la même chose.

Un être, quel qu'il soit, ne saurait donc exister sans ses qualités essentielles, non plus qu'avec des qualités qui s'excluent.

Cet être est-il étendu, il est corps et ne saurait penser; pense-t-il, il est esprit et n'est pas étendu.

En effet, l'étendue et la pensée sont incompatibles et s'excluent. L'étendue est divisible, mais la pensée ne l'est pas : elle ne peut pas se partager, on n'en peut pas prendre la moitié, le tiers, le quart. Elle est entière ou elle n'est pas.

De cette opposition entre les attributs de la matière et de l'esprit résulte invinciblement la différence des deux substances. Il est trop évident que lorsque les choses qu'on compare sont telles que ce qu'on affirme de l'une, il faut le nier de l'autre, ces choses diffèrent entre elles en espèce et en nature.

Ce qui trompe M. Londe et ceux qui n'y regardent pas de plus près; ce qui leur fait illusion, c'est que l'homme est à la fois corps et esprit. La réunion de ces deux natures forme la sienne propre : *homo duplex*. Cette union, je la sens en moi, je la vois en vous, je l'admets comme un fait, encore que je n'y comprenne rien. Ma raison, ici, se soumet à mes sens; la vôtre, moins docile, se révolte et se renie elle-même en ramenant tout à l'organisation : l'esprit nie l'esprit.

Que si vous me parlez de la dépendance où sont les deux substances l'une de l'autre, du rapport du physique et du moral, cessons de discuter, je suis avec vous. Nulle part cette dépendance n'apparaît avec plus d'évidence que dans la succession des âges, et c'est une admirable prévoyance du Créateur d'avoir mis la proportion que nous voyons entre le développement des forces physiques et celui de l'intelligence. Car supposez que Pascal au berceau avait toute la raison de Pascal écrivant ses *Provinciales*, et faites-vous, si vous pouvez, une idée de sa position.

La connaissance de ces rapports forme une science à part, qui n'est ni la psychologie, ni la physiologie, mais l'alliance de l'une et de l'autre. Cette science, Cabanis l'a ébauchée; c'est à la médecine à la perfectionner. Il ne faut pas, dit M. Peisse, élever un mur de séparation entre la psychologie et la physiologie. Non sans doute. Elles n'ont vécu que trop isolées; il n'y a pas de raison pour prolonger cet état, il n'y en a que pour le faire cesser. Pourquoi se défieraient-elles l'une de l'autre? Le rapport une fois admis entre le physique et le moral, chacune est autorisée à aller aussi loin qu'il se peut dans la recherche de ce rapport : il n'est pas à craindre qu'elles se confondent, et que l'abîme qui sépare les deux substances soit jamais comblé.

Mais la plume entraîne et me fait oublier que j'ai promis d'être court sur ce point. Je reviens.

Je parlais en commençant de mon isolement, et je disais qu'abandonné des confrères qui me devaient appui et secours, j'étais seul pour défendre mon œuvre.

M. Baillarger, du moins, ne me devait rien, rien que justice, et les liens de toute sorte qui l'unissent à M. Moreau lui auraient fait un devoir de me combattre dans tout ce qu'il n'approuve pas, quand même l'intérêt de la science lui aurait laissé une entière liberté. Sa longue et savante argumentation ne fait pas moins d'honneur à ses sentimens et à son cœur qu'à son esprit, à sa dialectique, à son érudition.

Ne croyez pas cependant qu'il n'y ait entre nous nulle analogie, nulle conformité de principes, ce serait, je le sens, ma condamnation, car en fait de maladies mentales, je le dis ici avec sincérité, je suis pour M. Baillarger contre moi; mais je n'ai rien à changer à mes opinions, elles sont en partie les siennes, il le dit lui-même avec une bonne foi qui l'honore et qui me flatte. Il ne blâme que la généralité de ma critique : à cela près, nous nous rencontrons presque partout contre M. Moreau.

Mais alors comment M. Baillarger est-il parvenu à donner le change à son auditoire? Par quel artifice a-t-il pu faire croire qu'il est contre moi quand il est pour moi, et qu'il est pour M. Moreau quand il est contre M. Moreau?

Je vais vous le dire. Il écarte le plus qu'il peut M. Moreau du débat, et au lieu de porter la discussion sur le mémoire, il la porte sur le rapport; il en prend quelques lignes, quelques phrases, quelques mots, et les tourne contre le rapporteur.

Pour ne pas laisser flotter mon esprit dans une matière si délicate, j'ai cherché d'abord à entrer dans la pensée de l'auteur, et j'ai cru que tout son travail pouvait se réduire à trois points principaux : question de mots, question de principe, théorie ou conjectures.

Cette première vue a reçu l'approbation de M. Baillarger, pourquoi donc ne l'a-t-il pas suivie?

De la question de mots, de la confusion du délire avec la folie, il n'en parle même pas, tant il y met peu de prix.

La seconde question n'est pas de mots, elle est de principe. Il s'agit de savoir où réside la folie dans l'organisme. Est-elle toute entière dans le cerveau, rien que dans le cerveau? C'est en grande partie pour défendre l'affirmative que M. Moreau a composé son mémoire; c'en est l'idée dominante. J'ai combattu ce qu'il y a de trop exclusif dans cette doctrine par la triple autorité des faits, des noms et de la physiologie. J'ai cité Cabanis, Jacobi, Pariset; à ces noms glorieux j'ajoute aujourd'hui celui de M. Baillarger. Il rompt nettement avec M. Moreau sur ce point. Témoin journalier, dans son service de la Salpêtrière, de l'influence des menstrues et de l'âge critique sur l'explosion de la folie, comment pourrait-il la renfermer toute entière dans le cerveau? Il croit donc qu'il y a bon nombre d'aliénations dont il faut chercher ailleurs le point de départ : Non, assurément, que le cerveau y reste étranger, ce n'est pas ce qu'on veut dire, mais, dans l'ordre chronologique, il ne vient qu'en second lieu comme emporté dans l'orbite de la lésion primitive.

On comprend, maintenant, tout l'intérêt de la théorie à découvrir des traces de lésion dans le cerveau; l'observation a beau lui crier qu'il n'y en a pas le plus souvent, elle répond qu'il faut qu'il y en ait toujours. Si vos sens ne les voient pas, ajoute-t-elle, il ne s'ensuit pas qu'elles n'existent pas; mais il s'ensuit encore bien moins qu'elles existent. Et dans son embarras, elle imagine les explications les plus futiles et les moins probables, comme, par exemple, qu'il a pu survenir tel accident qui, en effaçant la lésion matérielle, aura laissé subsister la folie.

L'observation livrée à elle-même a des allures plus simples, plus franches, plus naturelles; elle n'entend rien à tous ces détours. Quand elle ne trouve pas de lésion dans un organe, elle ne dit pas qu'il y en a, ni qu'il y en a eu. Il est vrai qu'elle n'a pas besoin de cet expédient. Convaincu que l'impulsion de la folie ne vient pas toujours directement du cerveau, elle s'explique facilement comment cet organe reste sain d'organisation au milieu des dérangements fonctionnels qui le troublent. Et quand elle ne le pourrait pas, elle n'irait pas contre son propre témoignage. Ce qui est des sens se montre aux sens et ne se suppose pas.

Sur ce point encore j'ai le bonheur de me rencontrer avec M. Baillarger. Vous l'avez entendu parler de l'anatomie pathologique et du peu qu'elle a fait pour la connaissance des maladies mentales, je le prie

d'en parler encore, car il n'en a dit ni tout ce qu'il sait, ni tout ce qu'il pense. J'ai été moins loin que lui dans le même sens ; j'ai fait du moins mes réserves. J'ai dit qu'il y a une espèce d'aliénation signalée, décrite, constituée par M. Bayle, laquelle laisserait une lésion constante après elle. Cette maladie, vous l'avez nommée, c'est l'*aliénation avec paralysie générale*. Je me sers de la dénomination consacrée pour me faire comprendre, mais elle cache, à mon sens, une grave erreur de jugement. Ce n'est pas là de la folie ; non, ce n'est pas de la folie, encore qu'il y ait dérangement d'esprit. Qu'est-ce donc ? C'est une simple inflammation, caractérisée sur le cadavre par ce qu'il y a de plus net, de plus significatif : injection, rougeur, épaississement des tissus, adhérences, fausses membranes, afflux de sérosité, etc. Le cerveau en est troublé dans ses fonctions et la compression détermine la paralysie. Tout cela se comprend et se suit. Mais, encore une fois, le délire n'est ici que consécutif, symptomatique, et, dans l'ordre de succession, il se place entre l'inflammation et la paralysie.

Ainsi, vous le voyez, la seule maladie qui laisse une altération non équivoque dans l'organisation n'est pas la folie dans la véritable acception du mot, et M. Bayle ne s'y est pas trompé puisqu'il l'a désignée du nom de *méningite chronique*.

Voulez-vous cependant lui conserver la place qu'elle a usurpée, alors il faut admettre deux ordres, deux classes d'aliénation : l'une sans paralysie, l'autre avec paralysie. La première, de beaucoup la plus nombreuse, comprend les maniaques, les mono-maniaques et une partie des démens. De celle-là l'anatomie pathologique ne sait rien ou presque rien ; elle jette au contraire une vive lumière sur la seconde ; elle explique du moins l'embarras de la langue et l'impuissance des membres. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui se voit dans l'apoplexie et dans les expériences sur les animaux quand on comprime le cerveau.

Mais je veux que les lésions anatomiques soient aussi communes que le souhaiterait la théorie, qu'y gagnera-t-elle, quel rang leur donnera-t-elle dans la constitution de la folie ? En fera-t-elle des causes ? Mais ces altérations ne sont pas venues toutes seules, elles ne se sont pas produites d'elles-mêmes dans l'état où vous les voyez ? il y a donc quelque chose qui les a précédées et annoncées. Ce quelque chose ne peut être qu'une déviation, une viciation, j'allais dire une erreur des forces mêmes de la vie ; car ce n'est qu'en tant que sentans et vivans que les organes sont malades. On dira sans doute que si la vie dépend de l'organisation, toute viciation de l'activité vitale n'est en dernier résultat qu'une lésion de l'organisation ; je le veux, mais convenez à votre tour que cette lésion commence par ces conditions cachées, mystérieuses, inaccessibles à tous nos sens, et où réside le foyer même de la vie. Les altérations apparentes, celles que nous voyons et que nous touchons n'en sont pas moins secondaires, consécutives, éventuelles et non pas nécessaires, et, dans tous les cas, elles constituent, non la cause mais la manifestation, le signe anatomique de la folie.

Telle est, selon moi, la véritable interprétation de toutes les altérations anatomiques, et telle est l'idée qu'il faut se faire de l'anatomie pathologique en général. Car, de croire qu'elle découvre les causes des maladies, c'est une illusion des sens. Veuillez y réfléchir et vous verrez qu'elle n'en révèle que les signes anatomiques. Cela est clair, comme le jour, pour les maladies éruptives et pour toutes les maladies contagieuses ; il en est de même des autres. Voyez, par exemple, la fièvre typhoïde, vous la reconnaissez, dans le cadavre, à l'ulcération de l'intestin, croyez-vous cependant que toute la maladie soit là ? Croyez-vous que si vous pouviez y porter le nitrate d'argent et cicatriser la plaie, croyez-vous que la maladie serait guérie ? Non assurément ; l'ulcération de l'intestin dépose de l'existence de la fièvre typhoïde au même titre que les taches lenticulaires de la peau ; elle n'a pas d'autre signification. L'anatomie pathologique n'est donc qu'une partie de la séméiotique, c'est la séméiotique de l'intérieur, c'est la science des signes anatomiques comme la séméiotique de l'extérieur est la science des signes fonctionnels. Et Morgagni a prouvé qu'il n'avait pas une juste idée de l'objet de ses études en intitulant son grand ouvrage : *De sedibus et causis morborum* ; il eût été plus près de la vérité s'il eût dit : *De sedibus et effectibus*. Et encore, que de choses n'y aurait-il pas à dire sur le siége !

Si nos organes étaient transparens ; s'ils laissaient voir à l'œil le mécanisme de leurs fonctions, il serait sans doute plus facile de lire dans les altérations qu'ils subissent dans la maladie. Quand on sait que le cristallin a besoin d'être transparent pour laisser passer les rayons lumineux, on n'a pas de peine à s'expliquer les suites de son opacité : « Apprenez-moi, dit M. Piorry, comment se forme la pensée avec un » cerveau sain, je vous dirai ensuite comment un cerveau malade » enfante le délire. » Malheureusement, le premier terme du problème nous manque. Le cerveau ne laisse rien voir de ses opérations, c'est le plus mystérieux de tous les organes ; il contient certainement le secret de l'hérédité de la folie ; demandez à l'anatomie de vous le faire connaître.

Elle vous dira encore assez souvent le théâtre de l'événement, mais l'histoire de cet événement, jamais. On n'apprend à bien connaître les maladies que sur les malades. Le cadavre n'en révèle que ce qu'il y a de moins essentiel. Que penserait-on d'un soldat qui, voulant se former au grand art de la guerre, attendrait la fin de l'action pour contempler plus à son aise le champ de bataille ? Vauvenargues a dit, à la vérité, dans un autre sens : On ne peut juger de la vie par une plus fausse règle que la mort.

Non, jamais une médecine, fondée sur l'anatomie pathologique, ne répondra au but qu'elle doit se proposer, ni aux espérances des malades. Si vous n'en croyez pas mes raisons, croyez-en l'expérience. A quel état de pauvreté, à quel état d'abaissement n'a-t-elle pas réduit la thérapeutique ? Aussi je m'étonne de la satisfaction que vous éprouvez à la rencontre de ces lésions qui vous ôtent souvent jusqu'à l'espoir de guérir la maladie qui les a laissées. En pareille matière, il serait bon pourtant de conserver un peu d'illusion. On se défend mal quand on descend dans la lice avec la certitude d'être battu. Et c'est ainsi que l'art de guérir, le premier, le plus noble de tous les arts, menaçait naguère de tourner à une éternelle méditation sur la mort, selon l'expression d'Asclépiade.

Je livre ces réflexions à M. Ferrus, et je reviens à M. Baillarger.

Le point sur lequel j'attendais M. Baillarger avec le plus de confiance est précisément celui qui nous divise le plus, je veux parler de la nature physiologique de la folie. Que pour donner une idée de la folie, on la compare au sommeil agité par des rêves, la comparaison est si naturelle, que tous les aliénistes l'ont employée. Mais M. Moreau ne s'arrête pas à la superficie. De la ressemblance des phénomènes extérieurs, il conclut à l'identité des états intérieurs et cachés ; de telle sorte qu'au point de vue psychique, il n'y aurait pas de différence entre le fou et l'homme qui rêve. J'ai dit comment il a été conduit à cette confusion, je ne me répéterai pas. Je n'ai affaire en ce moment qu'à M. Baillarger.

Pour la première fois, M. Baillarger m'abandonne ; pour la première fois il se tourne vers M. Moreau ; mais il entre si bien dans ses vues, qu'il les prend pour lui et les défend par des raisons qui lui sont propres. Il parle d'automatisme, de l'automatisme de l'intelligence, deux mots qui s'excluent dans ma faible raison. C'est l'automatisme qui lie, qui rapproche le délire et le rêve au point de les confondre. Dans le langage ordinaire, l'automate n'est rien qu'une machine sans conscience, sans intelligence, sans volonté. Ce n'est pas celui de M. Baillarger. Son automatisme, à lui, ne frappe, n'éteint que la volonté, et encore la volonté dans l'exercice de l'imagination et de la mémoire.... Tout cela est trop profond pour moi. Je vois seulement que l'automatisme est d'une grande ressource pour M. Baillarger, car il en fait souvent usage. Il taxe d'automatisme tout penseur qui, absorbé dans ses méditations, s'isole de ses sens au point de rester étranger à ce qui se passe autour de lui. A ce compte, il n'y aurait nulle part plus d'automates que parmi les hommes de génie. M. Baillarger cite Newton brûlant le doigt de sa maîtresse ; il ne le voulait pas, dit-il ; non assurément, mais c'est parce qu'il voulait trop fortement d'un autre côté. La réflexion, la méditation n'est pas de ces états d'instinct, auxquels on se laisse aller malgré soi. Rousseau lui-même, qui s'était fait une sorte de privilége du sophisme et du paradoxe, Rousseau n'a jamais été si loin ; il s'est contenté de dire que l'homme qui pense est un animal dépravé ; il n'a pas dit que c'était un fou ou un automate.

Mais je m'arrête, je ne veux pas vous suivre dans ce labyrinthe sans issue. Vous avez évidemment dépassé votre pensée. Cela arrive aux meilleurs esprits. Permettez-moi seulement une question, et surtout ne vous offensez pas de mes paroles ; s'il n'y a que l'intention qui blesse, elles ne doivent pas vous blesser. Ce que vous affirmez avec tant d'assurance, le croyez-vous sincèrement ? Fermez les yeux et pensez-y. Êtes-vous bien convaincu qu'il y ait entre le rêve et la folie toute l'analogie que vous dites ? Que l'auteur d'une pareille conception y croie, c'est son juste châtiment. Mais quand on n'a pas les mêmes intérêts, on devrait juger plus sainement. Vous avez beau vous envelopper dans vos raisonnemens, vous avez beau m'embarrasser dans vos argumens subtils, ma raison résiste et proteste malgré que j'en aie. Il s'est trouvé aussi des philosophes qui ont nié la matière, d'autres le mouvement, et ils se sont défendus de manière à mettre quelquefois leurs adversaires sans réponse ; on ne s'est pas rendu pour cela. La nature a mis au fond des cœurs comme une prescience de la vérité, une sorte d'instinct plus sûr et plus fort que tous les raisonnemens ; c'est comme un témoignage intérieur, un cri de la raison qui dépose pour elle-même contre les piéges que lui tend l'esprit de système.

Ici finit ma tâche. J'ai répondu, je crois, à tout ce que M. Baillarger a relevé dans mon rapport de ce qui intéresse le mémoire de M. Moreau ; mais il lui a plu d'étendre la critique. Et ne pouvant s'attaquer à la lettre du rapport, il s'en prendra désormais à l'esprit. C'est un véritable procès de tendance.

Cela paraît dès la première phrase : « Le rapport de M. Bousquet, » dit-il, se résume assez exactement dans cette pensée, que les études » si persévérantes entreprises sur la folie n'ont guère produit jusqu'ici » que des résultats négatifs. »

Il y a sans doute de l'exagération dans ces paroles, mais il y a du vrai, et je conviens que M. Baillarger n'a pas trop mal saisi la disposition d'esprit où j'étais en écrivant ; j'espère qu'il n'abusera pas de cet aveu.

Je ne suis pas d'ailleurs aussi injuste qu'il le croit peut-être et qu'il le fait entendre. Je puis sentir profondément les imperfections, les lacunes, les *desiderata* de la science, je n'en mets que plus d'ardeur à défendre les grandes vérités qu'elle possède : moins on est riche plus on tient à ce qu'on a. J'aime donc à proclamer que jamais on n'a mieux observé et mieux décrit les formes, les variétés de la folie ; jamais on n'en a mieux connu la statistique ; jamais on n'a mieux apprécié l'influence de l'hérédité, etc. Ces connaissances et d'autres que j'omets ont certainement leur prix ; mais je ne puis m'empêcher de remarquer qu'elles appartiennent toutes à l'histoire naturelle. Or, l'histoire naturelle n'est pas toute la médecine, elle n'en est qu'une partie. Quand on connaît les maladies en naturaliste, il reste à les étudier en praticien, en homme qui veut et qui doit les guérir.

En preuve des progrès qu'a faits la pathologie mentale, vous mettez en première ligne la classification, et vous citez le grand nom de Pinel. J'ai appris à respecter ce nom dans ma jeunesse, je ne manquerai pas, dans l'âge mûr, à ce que je lui dois. Mais enfin longtemps avant Pinel on divisait les maladies de l'entendement en deux grandes classes : la manie et la mélancolie ou mono-manie. Pinel a trouvé cette division, il l'a prise et l'a consacrée de son autorité ; il a fait plus, il a voulu étendre le domaine de l'aliénation et y a ramené la démence et l'idiotisme.

J'en demande bien pardon à sa mémoire, mais la démence n'est ni une espèce, ni une variété de la folie, elle n'en est qu'une période, qu'un degré.

L'idiotisme y est complètement étranger ; pour perdre la raison, il faut apparemment en avoir joui ; or, les idiots en ont toujours été privés : je parle des idiots de naissance : ce sont des êtres imparfaits et incomplets, des êtres dégradés des mains de la nature ; ce sont des monstres dans le monde intellectuel et moral.

Esquirol a bien compris la faute de son maître et s'est efforcé de la réparer. Il distingue l'idiotisme de naissance qu'il appelle *idiotie*, d'avec l'idiotisme qui succède à la folie ; distinction fort juste en soi. Mais Esquirol n'a pas vu que si on n'avait, pour s'éclairer, les signes commémoratifs, la distinction serait souvent impossible, tant il y a de ressemblance entre la démence au dernier degré et l'idiotisme de naissance.

Que si ces réflexions sont justes, si la démence n'est qu'une période de la folie, si l'idiotisme ne lui appartient pas, nous voilà ramenés, en fait de classification, précisément au point où en était la science lorsque Pinel publia son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. C'était en 1809 ; on mettait alors de la philosophie dans tous les titres.

Et M. Falret, si bon juge dans la matière, trouve que c'est encore trop de la manie et de la monomanie, et déclare que la monomanie n'existe pas dans la nature : elle n'est que dans la tête des aliénistes et dans leurs livres. Non, il n'y a pas, selon lui, des délires partiels, bornés, restreints à une seule idée ou à une seule série d'idées. Cette erreur vient d'un examen superficiel. On s'est laissé prendre aux apparences. Parce qu'il y a des délires dominans, on a cru qu'ils étaient exclusifs ; mais qu'on y regarde de plus près, et on verra qu'ils s'étendent un peu sur tout.

M. Falret nie la monomanie en fait ; M. Moreau la nie en principe. « D'après les lois constitutives des facultés intellectuelles, il est impos- » sible d'admettre que ces facultés puissent être modifiées d'une ma- » nière partielle. Dans la plus légère comme dans la plus grave de ces » lésions, il y a nécessairement métamorphose complète, transforma- » tion radicale, absolue de toutes les puissances mentales du *moi* qui » les résume.

» En d'autres termes, comme on raisonne, on déraisonne ; on est fou » ou on ne l'est pas, mais on ne saurait l'être à moitié, aux trois quarts, » de face ou de profil. » (*Gazette des hôpitaux*, 2 juin 1855.)

Je ne prononce pas entre Hippocrate et Galien ; mais je réponds à M. Baillarger : Si vous n'êtes pas d'accord sur le papier, comment le seriez-vous au lit des malades ? Aussi, arrive-t-il souvent que vous ne l'êtes pas, je le sais.

L'embarras est d'autant plus grand, qu'on voit tous les jours les maladies mentales se succéder, se mêler, se transformer ; de sorte que, dans le cours de la même maladie, on observe successivement toutes les formes, tous les degrés du délire. Ainsi, dans ce que vous appelez l'aliénation paralytique, les malades sont d'abord mono-maniaques, puis maniaques, puis démens, puis enfin idiots. Il se mêle presque toujours un peu de manie dans le délire partiel, et il est bien rare que le délire des maniaques soit sans prédominance d'une ou de plusieurs séries d'idées particulières. Je reproduis ce passage, malgré les observations de M. Baillarger ; je n'ai rien à y changer, et je conclus de nouveau, avec M. Moreau, que si les formes adoptées de manie, mono-manie, délire général et partiel ont leur utilité au point de vue historique, elles sont sans fondement dans la nature.

Enfin, M. Baillarger se sert du traitement pour distinguer la manie d'avec la mono-manie. A l'une il faut des bains prolongés ; l'autre se trouve mieux du traitement moral.

De toutes les parties de la pathologie mentale, la thérapeutique est, à mon gré, la moins avancée : c'est la plus importante et celle qui laisse le plus à désirer. M. Moreau n'en parle pas, je n'avais pas à m'en occuper dans mon rapport. Cependant M. Baillarger remarque ma réserve en termes un peu provoquans ; je crois comprendre ses desseins, j'aurai la sagesse de ne pas répondre. Le défi qu'on me porte, M. Ferrus l'a relevé. Il n'est pas trop mécontent, ce semble, des ressources de la médecine dans le traitement de la folie ; j'en félicite les fous et les familles ; j'en félicite aussi leur médecin. Rien ne vaut les succès cliniques ; rien n'est comparable aux triomphes du praticien. Pour moi, obsédé par cette idée, que la médecine est, avant tout, l'art de guérir, c'est toujours au traitement que je regarde quand j'entends parler des progrès de la science, et quand, comparant le présent avec le passé, je fais en moi-même son inventaire et compte ses richesses. M. Ferrus a pris plaisir à nous les étaler, ces richesses ; je n'en ai pas eu moins à les voir passer devant mes yeux ; mais je crains qu'il ne nous ait donné son habileté personnelle pour l'état de la science. Il y a dans tous les arts des artistes incomparables qui en sont l'honneur ; ce n'est pas sur eux qu'il faut juger des autres, ils auraient trop à y perdre.

Une chose m'a frappé dans le discours de M. Ferrus ; il voulait constater les progrès de la science moderne, et il nous a reportés au premier siècle de l'ère chrétienne sous Auguste. Il nous a fait voir, par un passage de Celse, qui témoigne de son érudition dans la matière, qu'au temps du médecin romain, la médecine se laissait diriger dans le traitement de la folie par les mêmes principes qui la guident encore aujourd'hui. Cela prouve, sans doute, pour la solidité, pour la fixité de ces principes, mais cela ne prouve pas aussi bien pour les progrès de la thérapeutique. L'expérience en fait voir les lenteurs, la raison les explique : l'hérédité tient une si grande place dans la pathogénie de l'aliénation qu'il y en a presque toujours un peu. Comment détruire ces fatales dispositions ? Comment effacer cette souillure, cette tache originelle ? La difficulté est immense. Loin de la dissimuler, il faut la répandre, il faut la publier, il y va de l'intérêt, il y va de l'honneur de la profession. Et il faut que le médecin y reporte souvent sa pensée pour soutenir son zèle et se consoler, au besoin, de l'insuffisance de ses efforts et des bornes de l'art.

M. Ferrus craint que l'attention de l'Académie ne soit lassée par cette discussion déjà très longue et qui cependant est bien loin d'être épuisée. Il proteste, dès à présent, contre les opinions émises par M. Bousquet, et ne voit pas de meilleur moyen de les réfuter que de produire des faits et des statistiques. On trouvera les uns et les autres dans un ouvrage qu'il est à la veille de publier.

M. Ferrus demande la parole pour la prochaine séance. M. Baillarger la demande après lui.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 71. NEUVIÈME ANNÉE. Samedi 16 Juin 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 15 JUIN 1855.

DE LA DISCUSSION SUR LE DÉLIRE AU POINT DE VUE PATHOLOGIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

I.

En prenant la plume dans ce journal, pour apprécier la discussion à laquelle a donné lieu l'intéressant travail de M. Moreau, je demande la permission aux lecteurs de l'UNION de leur présenter quelques observations préliminaires. C'est, je l'avoue, avec une grande défiance de moi-même que j'ai accepté l'honorable invitation de notre excellent rédacteur en chef; mais en voyant les attaques dirigées avec tant de talent et d'habileté par M. Bousquet contre une branche de la science médicale qui a été l'objet de toutes mes méditations, qui, dans ma conviction intime, a rendu de grands services à l'humanité, à la médecine légale et surtout à la thérapeutique, je n'ai pu résister au désir de protester contre des paroles éloquentes que démentent hautement les faits.

Est-il donc dans notre art un point quelconque qui ne puisse être battu en brèche par une argumentation semblable à celle de M. Bousquet? La vaccine, sur laquelle il a publié un livre si concluant et si bien écrit, n'est-elle pas considérée aujourd'hui par des hommes de valeur comme ayant augmenté la mortalité! Si M. Carnot siégeait dans l'enceinte académique, ses attaques seraient-elles être moins vives que celles de M. Bousquet? En philosophie, en droit, nous trouverions les mêmes luttes. Il suffit de parcourir un recueil d'arrêts, pour voir la même question jugée d'une manière tout opposée par des tribunaux différens et quelquefois par le même tribunal. C'est l'éternelle controverse du pour et du contre, le *tradidit mundum disputationibus eorum*. Les raisonnemens les plus spécieux ne peuvent, néanmoins, empêcher qu'une science ne se compose de faits successifs bien observés, que l'esprit de système ne saurait renverser, c'est sur ce terrain que va porter notre examen. Nous le circonscrivons au sujet qu'a abordé M. Moreau, la nature du délire, le siége de la folie, l'identité du rêve et de la folie.

La première partie du rapport est consacrée à une énumération rapide des caractères du délire que M. Moreau réunit à la folie, tandis que M. Bousquet, avec beaucoup de médecins, l'en sépare complétement. En généralisant quelques-uns des symptômes propres à ces deux états morbides, on trouve, il est vrai, un certain nombre d'analogies, mais, dès qu'on entre dans les espèces, les différences sont tellement tranchées, qu'il est impossible de proclamer leur identité. Comment, en effet, confondre les délires de l'arachnitis, de l'anémie, etc., avec celui de la manie? Le délire et la folie ne diffèrent-ils pas, l'un de l'autre, par la durée, le mode d'invasion, la nature de la cause, la prédisposition, le cortége des symptômes, l'anatomie pathologique. M. Ferrus a sans doute eu raison d'insister sur le mot délire, qu'il trouve supérieur à celui de folie, parce qu'il donne à l'aliénation mentale le caractère pathologique qui lui convient, tandis que le mot folie signifiait une maladie sans matière, une pure affection de l'esprit. Nous lui ferons seulement observer que si, dans le corps savant où il nous défend si bien, on s'est vigoureusement élevé contre le danger des substitutions de noms nouveaux à des noms connus depuis des siècles, il ne trouvera pas étonnant que nous préférions le mot folie au mot délire, puisqu'il reconnaît lui-même que le délire des maladies ordinaires doit être distingué du délire maniaque. Nous ne nous arrêtons pas davantage sur ce sujet qui est pour nous, comme pour le rapporteur, une question de mots.

Il est aujourd'hui généralement admis que le cerveau est le siége de la folie. Sans doute, comme l'a dit très justement M. le rapporteur, son point de départ peut être ailleurs, dans les intestins, l'utérus; maintes fois nous avons vu les gastralgies être remplacées par l'aliénation mentale. Conclure dans ce cas que le mal n'est pas dans le cerveau, ce serait confondre la cause d'une affection avec son siége. Des milliers de personnes ont des maladies intestinales, des suppressions de lochies, sans que la folie éclate; il faut, pour cela, une prédisposition, le plus souvent due à l'hérédité, et dont le siége est, sans conteste, dans l'organe cérébral. Quant à l'assertion de M. Bousquet, que la cause de la folie agit peut-être aussi fortement loin de l'organe qu'elle met en mouvement, que dans cet organe lui-même, nous lui ferons remarquer que les causes cérébrales sont bien supérieures par leur fréquence aux autres causes. Dans un tableau fait avec le soin consciencieux que M. Parchappe apporte à ses travaux, il établit la proportion suivante :

	Hommes.	Femmes.
Causes cérébrales. . . .	75	82
Causes organiques	12	18

S'il fallait d'autres preuves, nous les trouverions dans la prédominance des causes morales sur les causes physiques. Voici ce que j'écrivais il y a plusieurs années, et je n'ai rien à changer aujourd'hui à ces paroles : « Au début de ma carrière, je fus placé par ce que les uns appelleront le hasard, et moi ce que j'appelle la Providence, comme médecin ordinaire ou plutôt comme petit médecin dans de grandes familles, et, après un noviciat de plusieurs années, je savais, pour mon propre compte, à quoi m'en tenir sur ces névroses, ces gastralgies, ces maladies organiques du cœur et de l'estomac, ces affections cérébrales, etc., attribuées à l'irritation, à l'inflammation, à l'asthénie et à tant d'autres causes aussi profondes; les secrets de ces existences si enviées m'étaient dévoilées, et j'aurais pu répéter avec un auteur célèbre : Non, le bonheur n'a pas d'enseigne. » Cette expérience n'a pas été perdue pour moi dans la recherche des causes de la folie, et je n'hésite pas à déclarer, tout en faisant la part à l'organisme, que le résultat de mes investigations constantes a été que la cause morale était, dans la plupart des cas, l'origine du dérangement de la raison.

J'arrive maintenant à la partie de la discussion, dans laquelle M. Bousquet a réuni les argumens les plus pressans, je veux parler des lésions pathologiques. Nous sommes ici d'autant plus à l'aise, que nous partageons l'opinion du rapporteur; cette conformité d'idées, nous l'avons consignée en ces termes dans les *Généralités sur l'aliénation mentale* (*Bibliothèque des médecins praticiens*, page 352) : « L'explication des désordres fonctionnels des organes, par les lésions trouvées après la mort, était trop dans l'esprit de la médecine de cette première partie du siècle, pour que l'aliénation échappât aux incisions du scalpel. Point de désordre de fonction, il est vrai, sans lésion d'organe; mais ce premier point accordé, il ne fallait pas perdre de vue que l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, le tétanos, une foule de maladies convulsives, avaient obstinément refusé de faire connaître leur cause première. N'était-il pas présumable que la pensée, dont le mécanisme normal est complétement inconnu, ne livrerait pas le secret de sa défaite, et que la rupture du chaînon, si on la trouvait, serait tout au

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — L'élection à l'Académie des sciences. — Les trois élections à l'Académie de médecine. — La liste de présentation à la Faculté. — Un nouveau nom au martyrologe de la science.

De quoi parlerait-on, dans notre monde médical parisien, si on ne parlait pas des dernières élections académiques? On en a donc beaucoup parlé, on en parle encore, et dans quelques jours, comme cela arrive de toutes choses, même des plus graves, on n'en parlera plus. Une élection à l'Académie des sciences, trois élections coup sur coup à l'Académie de médecine, voilà, en effet, de nombreux sujets de conversation, et je vous assure que nos honorés confrères en ont largement profité. Que de choses, bon Dieu! n'ai-je pas entendu dire! que de jugemens singuliers! que d'appréciations bizarres! que de motifs inattendus de préférence! que de sympathies renversantes! que de répulsions phénoménales! et quels méchans propos! quelles graves médisances! quelles atroces diffamations! quelles cruelles calomnies! Oh, chers et infortunés confrères, vous que l'aiguillon de l'ambition entraîne dans les périlleuses voies des candidatures, trouverez-vous jamais, dans le plus beau triomphe qui puisse vous advenir, une compensation aux amers dégoûts dont vous êtes abreuvés? Béni sois-tu, mon Dieu, de ne m'avoir donné ni assez de talent, ni assez de présomption pour tenter le siége d'aucune espèce d'Académie! J'avoue que je me croirais savant comme Haller, que je n'oserais braver le feu croisé de toutes les passions que soulève une candidature. C'est horrible à voir et à entendre, et quoique ce spectacle ne soit ni rare, ni nouveau pour moi, je n'y peux assister sans en rapporter une impression de profonde tristesse.....

Mais l'éloquence d'un Chrysostome ne convertirait personne sur ce point; passons donc à un autre, c'est-à-dire au point de fait, comme disent les avocats. A l'Académie des sciences, le fait consiste dans la nomination de M. Cloquet. La bataille, comme on l'a vu, a été chaude. Le succès a été strict et rigoureux, il ne pouvait pas être plus petit, et la défaite ne pouvait pas être plus glorieuse. Une voix eût suffi, en plus d'un côté, en moins de l'autre, pour tout changer. C'est perdre avec un beau jeu. Quant aux opinions que j'ai ici émises sur les choses et sur les hommes, si une voix ou deux ont manqué pour que l'Académie les sanctionnât de son vote, la section du moins leur avait donné son plein et entier assentiment. Sans trop de témérité, on peut dire que principe et personne n'ont été qu'ajournés. Un candidat qui a eu ainsi l'honneur de tenir la victoire en suspens, ne peut se retirer de la lutte. Il y a plus, j'oserais assurer, tant je connais la courtoisie et l'élévation de caractère de M. Cloquet, qu'il deviendrait un des plus solides auxiliaires de M. Jobert, si la mort, ce qu'à Dieu ne plaise, venait encore à éclaircir les rangs des membres de la section. Dans des questions de justice, il est des hommes dont on peut prédire à coup sûr les déterminations, et M. Cloquet est de ces hommes.

Quoi qu'en ait pu dire ou seulement insinuer un critique d'un grand journal politique, qui m'a fait l'honneur de s'occuper de mes opinions sur cette candidature, je reste fidèle à mes convictions. Je ne trouve ni un mot, ni une idée à modifier dans ce que j'ai écrit à cet égard. Que cet honorable critique me permette de lui dire que j'en savais un peu plus long que lui sur cette candidature. L'événement a prouvé que se tourner du côté de M. Jobert, ce n'était point se tourner avec certitude du côté du soleil levant, et si le résultat a causé des déceptions et des étonnemens, ce n'est pas ici. En tout état de cause, journaliste lui-même, il aurait pu exprimer de meilleurs sentimens de confraternité envers un journaliste qui a nettement et honnêtement, je le crois, exprimé ses convictions et ses idées. Il sait bien que ce n'est ni sans inconvéniens, ni sans péril que le journaliste accomplit ces sortes de devoirs. Pour un sentiment de gratitude qu'il peut inspirer, il se suscite des centaines d'inimitiés patentes ou cachées parmi les autres candidats, leurs patrons et leurs amis. Il est bien plus facile et plus commode de se borner à enregistrer les faits; on ne se compromet pas en agissant de la sorte. Mais cette quiétude prudente ne convient pas tous les jours et à toute occasion, et nul mieux qu'un journaliste ne doit savoir qu'il est des circonstances où, pour la presse, se taire c'est abdiquer.

Quoi qu'il en soit, l'Académie des sciences, en élisant M. Cloquet, a voulu surtout récompenser les services passés. M. Jobert, s'il avait été nommé, serait entré à l'Institut par droit de conquête; M. Cloquet y entre par droit de naissance. Le privilége de l'âge est pris en grande considération à l'Institut. Il a été décidé que M. Jobert pouvait encore attendre. Du reste, le succès de M. Cloquet, en satisfaisant ses nombreux amis, ne blesse et n'offusque personne. Cet honorable maître, par l'aménité de son caractère et ses mœurs confraternelles, inspire des sympathies générales et jouit de l'heureux et rare privilége de ne pas se connaître d'ennemis. Je dirais bien tout ce que je pense de M. Cloquet, dont indirectement et fort peu efficacement, sans doute, j'ai dû combattre la candidature; mais mon terrible critique me fait peur avec son soleil levant et je m'abstiens.

Pauvre soleil! que je voudrais donc te voir au levant, au midi et même un peu au couchant pour faire éclore mes roses frileuses encore retenues captives dans leur prudent calice?

Pardonnez-moi cette invocation d'un horticulteur inquiet; je continue ma revue. A l'Académie de médecine, trois membres nouveaux ont pris droit de domicile. Trois bons choix, qui ont été à peine disputés et qui ne peuvent soulever aucune protestation. M. Guérard, dans la section d'hygiène, savant et laborieux auteur de travaux estimés, médecin de l'Hôtel-Dieu, l'un des membres les plus actifs du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, le directeur des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, recueil très estimé et répandu, qu'il a enrichi de nombreux mémoires; M. Bouley, dans la section vétérinaire, qui occupe dans cette science une position méritée, professeur à l'École d'Alfort, et dont les travaux recommandables sont appréciés de tous les hommes compétens; M. Blache, enfin, dans la section d'anatomie pathologique, dont les recherches sur les maladies des enfans, consignées dans les dictionnaires et les journaux, jouissent de tant de crédit et d'autorité, ce confrère aimable et bienveillant, la providence de nos familles, car est-il une famille médicale parisienne où M. Blache

plus un effet? Quant à ce qui regarde la prédominance d'une circonvolution cérébrale, son augmentation d'activité morbide pour expliquer la monomanie, nous n'avons rien à dire d'une telle hypothèse.

Quel est le médecin qui, dans le cours d'une longue pratique, n'a point rencontré de ces fous qui se croient changés en chien, en loup, en serpent, en cloche de verre, en femme? A la lésion de quelle faculté fondamentale rapportera-t-on ce genre de délire? Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de résoudre par la cranioscopie la question des monomanies, d'indiquer, par l'extérieur du crâne, en quoi consiste la prédisposition à l'aliénation. « Gall, dit M. Réveillé-Parise, a très bien exposé l'influence générale du cerveau sur le moral, mais quand il veut assigner les limites de chaque sens en particulier, circonscrire nos facultés, parquer nos affections, dire : là est le bon sens, ici est la folie; voilà l'organe de l'ambition, etc., il se perd dans un labyrinthe de conjectures. On s'aperçoit que la mappemonde cranioscopique a été tracée par les préventions systématiques.

Mais si nous ne croyons pas que les lésions trouvées dans les cadavres des aliénés soient la cause de la folie, nous pensons, avec MM. Moreau, Piorry et Londe, que cette maladie ne diffère des autres que par les désordres de l'intelligence, c'est-à-dire par l'action réciproque du moral et du physique. Il ne faut jamais perdre de vue que l'esprit et le cerveau sont liés d'une manière indissoluble; qu'il y a par conséquent des faits somatiques et des faits psychiques qui se manifestent par des phénomènes complétement différens, sans qu'on puisse les isoler les uns des autres. Tous les artifices du langage n'empêcheront pas que le dérangement de la fonction n'entraîne celui de l'organe, *et vice versâ*. Lorsqu'on éprouve un de ces mille malaises, qui, sans changement dans le pouls, sans altération dans les traits, n'en constituent pas moins un état de souffrance réel et souvent très pénible, il est évident qu'il se passe dans la trame des tissus, dans les filets nerveux quelque chose d'anormal, invisible aux regards, qui, cependant, n'en est pas moins constant. Je choisis un exemple : Un homme est tout à coup en proie à une tension, à une forte oppression dans la région précordiale, suivies d'angoisse, de tristesse, d'une inquiétude indéfinissable, d'une menace de syncope, d'une crainte d'un péril inconnu; puis, en quelques instans, tout ce cortége de symptômes s'évanouit, la santé semble n'avoir jamais été troublée. Comment cela est-il venu, comment cela a-t-il disparu? On n'en sait rien, la cause est restée inconnue. L'accident se reproduit, mais, cette fois, il y a dégagement de gaz ou évacuation intestinale, et tout rentre dans l'ordre; le point de départ du mal n'est plus un mystère, il existe un dérangement des voies digestives que met hors de doute le raisonnement, et que l'anatomie pathologique serait, le plus souvent, insuffisante à démontrer.

M. Peisse, qui a soutenu la doctrine d s rapports intimes de la fonction et de l'organe, attribue toute perversion mentale à une perversion vitale, et celle-ci à une modification organique. Il faut nier, dit-il, l'indissolubilité du rapport dans l'état sain, ou le reconnaître dans l'état pathologique. Quant à l'objection banale de l'absence d'altérations, elle n'a aucune force; voit-on dans le nerf olfactif, conçoit-on même les modifications que déterminent l'infinie variété des couleurs et à la surface de la peau les innombrables sensations dont elle peut être le siége? Il ne faut pas, pour faire délirer un homme, des modifications organiques plus accessibles aux sens que celles qui, dans l'état sain, le font passer d'une pensée à une autre pensée, d'un sentiment à un autre sentiment, de la joie à la tristesse; il faut seulement qu'elles soient différentes.

A chaque instant, le monde physique présente des exemples de phénomènes sensibles dont l'œil ne peut rien saisir. On frotte un morceau d'ambre, il attire à l'instant des corpuscules légers. S'il fallait toujours voir, fait observer M. Dechambre, pour affirmer, que deviendrait la doctrine vitaliste elle-même? Il y a un argument puisé dans un ordre de causes qu'on prétend n'agir que sur le moral, qui nous paraît avoir une grande valeur dans la question.

Les chagrins, dit-on, engendrent très fréquemment la folie sans laisser de traces matérielles après la mort : le fait est vrai, mais aussi n'a-t-on pas constaté maintes et maintes fois que ces émotions avaient déterminé des hémorrhagies cérébrales, etc.; or, n'est-il pas possible que les mêmes causes produisent, dans l'encéphale, des altérations réelles quoique moins appréciables.

Si l'anatomie pathologique n'est pas actuellement en mesure de montrer une lésion caractéristique de l'aliénation mentale, quoique nous soyons persuadé qu'il existe, dans ce cas, une modification de l'organe, nous regrettons que l'un des anatomo-pathologistes les plus distingués dans notre science n'ait pu prendre la parole pour éclairer le débat. Il eût prouvé que l'anatomie pathologique n'est pas aussi stérile qu'on l'a avancé, et qu'elle a élucidé beaucoup de points obscurs. Il est évident que la science possède des faits qui doivent être pris en considération. En 1848, M. Parchappe envoyait à l'Académie des sciences une note sur le décroissement graduel du cerveau, en raison de la dégradation successive de l'intelligence dans la folie simple. Il résulte de ses recherches sur 498 cas, que les moyennes des deux catégories, folie aiguë et folie chronique, diffèrent d'une quantité en poids, égale à 89 grammes pour les hommes, à 85 grammes pour les femmes, ou 77/1000 pour les hommes et 67/1000 pour les femmes.

Cette différence est encore plus marquée dans les quatre catégories de folie chronique, où la moyenne entre la folie aiguë et le dernier degré de folie chronique atteint 152 gram. ou 114/1000 chez les hommes, et 135 grammes ou 100/1000 chez les femmes. Ce fait curieux ne préjuge rien, il est vrai, pour les lésions propres à la folie, mais il est une preuve de plus en faveur des rapports de la fonction et de l'organe. Une autre objection, qu'on ne peut passer sous silence, c'est que le peu de progrès des recherches relatives aux altérations pathologiques tient à l'imperfection de nos moyens. Dernièrement, un journal allemand apprenait à ses lecteurs qu'un anatomiste de Vienne, M. Türck, avait découvert au microscope, dans des cerveaux en apparence tout à fait sains, certaines dégénérescences et particulièrement un développement de cellules granuleuses dans les tubes nerveux.

La connaissance du siége, de la nature, des lésions d'une maladie est sans doute fort importante, mais si le médecin est assez heureux pour la guérir, il est bien dédommagé de son ignorance momentanée? Que sait-on de ces divers sujets dans les fièvres intermittentes? et cependant les succès dans le traitement se comptent par millions et sont de tous les jours.

M. Bousquet a attaqué les classifications sous le prétexte que les aliénistes les plus consommés sont souvent embarrassés de classer les cas qu'ils ont sous les yeux, parce qu'ils se succèdent, se confondent les uns dans les autres, puis il a ajouté, avec un certain air de malice, qu'ils n'étaient à l'aise que dans leurs livres. Le reproche qu'il fait aux maladies mentales, il pouvait l'adresser à toutes les sciences, à l'histoire naturelle, à la chimie, etc. Une bonne classification est un progrès; celle d'Esquirol, comme l'a fait observer avec beaucoup de raison M. Baillarger, était supérieure à celle de Pinel, puisque, pour ne parler que d'un seul genre, elle dégageait de l'idiotisme, l'idiotie congénitale, la démence au dernier degré, et, enfin, ce qu'on a appelé depuis démence aiguë, stupidité ou mélancolie avec stupeur. Plus tard, M. Bayle, en montrant que la folie, d'une part, la paralysie générale, de l'autre, ne doivent être considérés que comme deux ordres de symptômes d'une seule et même unité morbide, a introduit dans les classifications une aliénation que Pinel confondait avec toutes les autres. Ces prétendues confusions, dont parle M. Bousquet, sont-elles aussi communes qu'il le pense? Oui, lorsqu'on arrive sur les limites, les embarras sont grands, mais cela n'existe-t-il pas pour le groupe si tranché des fièvres intermittentes qui, dans les pays chauds, prennent des formes si variées et si trompeuses? Ces difficultés ne sont que des exceptions, elles n'existent pas pour les grands groupes; dans l'immense majorité des cas, le médecin spécial diagnostiquera du premier coup d'œil une manie, une monomanie, une démence, une paralysie générale. Il n'y a pas encore bien des années qu'un professeur illustre annonçait hautement la guérison d'un malade de cette dernière catégorie, dont Esquirol pronostiquait la mort, qui eut lieu très rapidement. Aujourd'hui, tous les médecins reconnaissent la paralysie générale des aliénés. L'étude des classifications est donc bonne à quelque chose.

En résumé, je crois, avec M. Bousquet, que le délire ne saurait être confondu avec la folie; je suis encore de son opinion quand il soutient que, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de lésion révélatrice de l'aliénation; je m'en sépare si, comme on semblerait le présumer, il place le siége de la folie ailleurs que dans l'organe cérébral. Au point de vue qui nous est commun, l'esprit ne saurait être malade, ses opérations sont seulement faussées par le dérangement de l'instrument. Je ne saurais partager sa répulsion pour les classifications, quand elles sont bonnes, et il en existe, comme l'a très bien établi M. Baillarger. Malgré ces divergences, je n'ai pas moins entendu et lu les deux discours de M. Bousquet avec le plus vif intérêt; je le félicite de la discussion que son rapport a soulevée et des remarquables discours auxquels il a donné lieu. A bientôt, pour l'étude du rêve et de la folie.

A. Brierre de Boismont.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur Trousseau.

De la spécificité des maladies.

Les maladies qui peuvent affecter un même organe, un même tissu, sont le plus souvent très différentes, très éloignées les unes des autres, n'ayant guère de commun que le lieu de leur siége; pourtant, comme elles présentent une certaine communauté de formes extérieures qui ont seules frappé les médecins, ceux-ci leur ont à toutes donné un même nom; appelant constamment laryngites toutes les affections du larynx, accompagnées de quelques-uns des symptômes de l'inflammation; urétrite, toute maladie du canal de l'urètre avec phlogose. Pourtant, comme il est des urétrites qui ont la propriété de se communiquer, tandis que d'autres en sont dépourvues; que telles d'entre elles, d'apparence légère, sont suivies de tout le

---

n'ait apporté avec empressement ses conseils, sa science, ses consultations pour ces petits êtres, les enfans, cause de tant de joies, de tant de peines. M. Blache se rattachait à l'Académie par tant de liens de gratitude, que l'Académie ne pouvait pas ne pas récompenser son mérite et son talent.

A cette dernière élection se rattache un incident pénible pour l'Académie, car le résultat qu'il a eu doit priver la compagnie des lumières et du concours d'un de ses plus éminens membres correspondans. La section n'a pas cru devoir porter le nom de M. Parchappe sur sa liste de présentation. Aux termes du règlement, un nouveau nom pouvait être porté sur cette liste, si dix membres de l'Académie en faisaient la demande. Il s'est trouvé douze signatures pour appuyer cette proposition émanée de l'initiative d'un des membres les plus compétens pour apprécier le mérite de M. Parchappe, par M. Falret. Mais quand il s'est agi de discuter cette proposition, quand il s'est agi surtout de la voter, l'Académie, réunie en comité secret, n'était plus en nombre. Il a fallu passer outre et accepter sans augmentation la liste présentée par la section qui est souveraine. Cette fin de non-recevoir paraît avoir blessé M. Parchappe qui croit devoir à sa dignité de se retirer de l'Académie dans les discussions de laquelle son intervention discrète et toujours opportune avait jeté un vif éclat. Mais, heureusement, notre savant confrère ne se retire pas de la vie littéraire et scientifique, et c'est avec bonheur que je puis annoncer aux lecteurs de ce journal, que M. Parchappe nous a promis son utile et précieux concours.

Je ne dis rien de la liste de présentation adoptée par la Faculté de médecine de Paris pour la chaire de pathologie médicale, vacante par le décès de M. Requin. Je ne connais pas suffisamment M. Natalis Guillot et ses travaux, pour apprécier avec justice et justesse le choix que la Faculté a fait du nom de cet honorable confrère pour le porter en première ligne. Je connais mieux les travaux de MM. Monneret et Beau, que la Faculté a placés en second et en troisième rangs, et je dois dire que si la Faculté les a trouvés inférieurs à ceux de leur heureux compétiteur, c'est que ces derniers doivent posséder un très grand mérite. Le peu que je sais de M. Natalis Guillot me fait admettre que la philosophie médicale organicienne, dans son expression la plus accentuée, trouvera un appui nouveau dans l'enseignement de ce professeur.

Notre jeune monde médical a été attristé par la mort bien regrettable d'un de nos plus méritans internes des hôpitaux, de M. Léon Provent, interne à l'Hôtel-Dieu, qui a succombé, comme ont déjà succombé tant de ses infortunés prédécesseurs, aux suites des formidables accidens causés par les piqûres anatomiques. Si l'on n'avait tant abusé de cette locution, je dirais que ce jeune médecin est mort sur le champ d'honneur de notre science. Ses amis, tous ses collègues de l'internat, plusieurs de ses maîtres ont accompagné sa dépouille mortelle au champ du repos. De touchantes paroles ont été prononcées sur sa tombe par un de ses camarades, par M. Lefort. « L. Provent, dit le *Moniteur des hôpitaux*, était âgé de 27 ans; ancien élève des hôpitaux militaires, il avait courageusement abordé, après le licenciement de 1849, la carrière des hôpitaux civils. Reçu interne à la fin de 1853, il s'était fait des amis de la plupart de ses collègues par son charmant esprit et la franchise de ses manières. » L. Provent ajoute son nom au long martyrologe de notre science. On sait le terrible tribut que la mort prélève chaque année sur les jeunes et courageux élèves des hôpitaux. Cette mort n'est pas sans gloire, sans doute, mais qu'elle est triste et douloureuse!

Amédée Latour.

CORRESPONDANCE.

PUSTULE MALIGNE DÉVELOPPÉE A LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT.

Limoges, 5 Juin 1855.

Monsieur et honoré confrère,

La publication des deux faits d'ecthyma développé chez MM. Cazeaux et Godefroi, à la suite d'accouchemens laborieux, m'engage à vous communiquer, pour la porter à la connaissance des lecteurs de votre estimable journal, si vous jugez la chose utile, une observation de pustule maligne dont j'ai été atteint dans les circonstances suivantes :

Dans le courant du mois de juillet 1854, je fis la version, par les pieds, d'un enfant mort et putréfié. Une sanie infecte s'écoulait, depuis plusieurs jours, des parties génitales de la mère. La pauvre femme offrait les symptômes d'une infection putride à laquelle elle succomba quelques jours après son accouchement.

Le lendemain, vingt heures après cet accouchement, je sentis, sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, à 4 centimètres de l'articulation radio-carpienne, un prurit causé par un petit point rouge, faisant à peine relief sur la peau. Vingt-quatre heures plus tard, ce petit bouton s'était converti en une phlyctène de couleur roussâtre, du diamètre d'une lentille, autour de laquelle, dans un rayon de 3 centimètres, la peau était tuméfiée, comme œdémateuse, rouge et peu douloureuse.

Après avoir constaté ces caractères, je déchirai la phlyctène d'où s'échappa un liquide roussâtre. Sous l'épiderme, je trouvai une surface d'un gris-jaune, grenue, humide, complétement insensible; c'était le derme mortifié. — Ces derniers caractères auraient dissipé mes doutes, si j'en avais eu sur la nature du mal. — J'avais sur l'avant-bras une pustule maligne.

Je cautériserai, sans désemparer, avec l'acide sulfurique. Dix minutes après la cautérisation, la rougeur de la peau commençait à pâlir de la circonférence au centre. Deux heures plus tard elle avait disparu. Le soir, la tuméfaction s'était dissipée, et il ne restait plus qu'une escarre sèche qui fut très longue à se détacher.

Il ne se déclara chez moi aucun symptôme d'infection générale.

Je dois ajouter que, pour faire la version, j'avais enduit de cérat ma main et mon avant-bras, sur lesquels, du reste, n'existait ni plaie ni excoriation.

Agréez, etc.

Bleynie, D.-M. P.

cortége des accidens syphilitiques, tandis que d'autres, marquées par un écoulement très abondant, n'ont pas de retentissement sur l'économie, etc., il est évident qu'il existe de très grandes différences entre les affections de ce tissu, et qu'il importe d'en établir la spécificité. Si un médecin venait vous dire qu'il a guéri un psoriasis en quelques jours avec des cataplasmes de fécule, vous en concluriez qu'il ne sait pas la pathologie des affections cutanées, et qu'il a eu affaire à un eczéma aigu. Eh bien, cette erreur, difficile à commettre à la peau, où les signes physiques frappent nos sens, se commet souvent pour l'intestin, par exemple, dont les maladies ne sont appréciables que pour les yeux de l'intelligence. Il est donc de la plus haute importance de connaître tout ce qui a trait à la spécificité; mais, pour y parvenir sûrement, nous aurons à nous occuper d'abord d'une grande question qui la domine : je veux parler de la contagion.

Qu'est-ce que la contagion? On reconnaît comme contagieuse une maladie qui s'*attrape*, qui se *gagne*; et pourtant, les affections que comprennent ces deux expressions peuvent tout aussi bien ne pas être qu'être contagieuses. Et il y a eu de nombreuses et longues discussions au sujet de ces distinctions.

M. Anglada, de Montpellier, a publié, l'année dernière, sur la contagion, un livre dans lequel au milieu de choses qu'on ne peut admettre, s'en trouvent d'autres d'une grande exactitude. Ainsi la définition de la contagion. Pour l'auteur, c'est *la transmission d'une affection morbide d'un individu malade à un individu sain, par l'intermédiaire d'un principe matériel, lequel étant le résultat d'une élaboration morbide spécifique, détermine chez ceux qu'il atteint une maladie semblable à celle d'où il provient.* Cette définition est longue, un peu pénible; ce n'est pas la faute de M. Anglada, mais bien de la matière qu'il a traitée. Somme toute, elle est complète et détermine très bien la contagion. Il faut, en effet, pour que celle-ci existe, qu'il y ait élaboration d'un principe morbide au sein de l'économie, et toute maladie qui n'offre pas ce caractère ne peut être dite contagieuse.

Nous commettons une erreur en disant que la gale est contagieuse : elle s'attrape; mais l'insecte qui la détermine n'est point le résultat d'une élaboration morbide; il est pris en dehors de l'économie, se conserve et se reproduit sur un individu duquel il passe à un second. Si, en auscultant un malade, vous attrapez un ou plusieurs poux qui multiplient sur vous, irez-vous dire que les poux sont contagieux? Non, ils se gagnent, et voilà tout. De même pour l'espèce particulière de poux qui se fixe au pubis; de même pour l'insecte de la gale dont nous parlions tout à l'heure, et qui, en vertu de ses aptitudes, se creuse des tanières sous notre épiderme. Ce sont là des maladies parasitaires, mais non de la contagion. Quand un animal change de place, passant d'un individu à un autre qui ne le porte pas, celui-ci a reçu un parasite; l'affection doit être dite parasitaire ; il n'y a point eu élaboration d'un principe morbifique.

J'imagine, ce qui est facile, qu'en entendant cette leçon, un de vous soit pris de l'envie de bâiller, et y satisfasse; son voisin, qui le regarde, cèdera bientôt au même besoin; puis, entraînés par les deux premiers, il en viendra quatre autres qui, à leur tour, en entraîneront une douzaine; de sorte qu'en peu de temps le bâillement aura fait le tour de l'auditoire. Cette propriété d'être communiqués, a fait dire du bâillement et du rire qu'ils étaient contagieux. Mais l'expression est impropre, c'est simplement de l'imitation; imitation indépendante de la volonté, forcée dans certains cas, mais qui ne perd pas pour cela son caractère. La puissance du besoin d'imiter est très grande et agit complétement à notre insu. Il est des individus qui parient faire chanter le premier homme venu, si peu organisé qu'il soit pour le chant, et les voilà qui se mettent à le suivre en fredonnant le même air pendant toute la soirée; l'individu, qui a pu être très impatienté par ce chant vingt fois répété, n'est pas plutôt à l'écart, qu'il se prend à dire l'air auquel son oreille s'est habituée; c'est là de l'imitation très involontaire. Qu'était le fameux tarentisme attribuée à la piqûre de la tarentule, si ce n'est de l'imitation? Une religieuse de Loudun est prise d'hystérie et se dit possédée du démon; ses compagnes, témoins des accès, sont prises de la même façon, et l'imitation, bien involontaire sans doute, les conduit de leur cellule au bûcher. Nous pourrions encore citer l'exemple des fameux trembleurs américains.

Il est d'autres maladies que l'individu sain prend autour de lui, et auxquelles on a donné le nom de maladies infectieuses. Nous allons examiner pour quels motifs elles doivent être retirées de la classe des affections contagieuses. Fracastor, qui a le premier et le mieux écrit sur les maladies infectieuses, commence ainsi : *Qui hausto veneno pereunt infecti esse dicimus minimè autem accepisse contagionem.* C'est là un excellent point de départ, car les causes des maladies infectieuses sont des poisons ou au moins des matières, des agens assimilables aux poisons. Quand un individu a été mordu par une vipère ou un crotale, il succombe à un ensemble de symptômes qui ressemblent beaucoup à ceux de maladies infectieuses que nous connaissons. Dans ces affections, il n'y a point de travail pathologique d'où provienne un principe morbifique transmissible. L'infection dépend de conditions hygiéniques malsaines, d'un air empesté de vapeurs animales ou végétales, d'où naissent la fièvre intermittente, la fièvre jaune, la dysenterie, la peste, le scorbut. Les conditions nécessaires au développement des maladies infectieuses sont assez connues, assez bien déterminées, pour qu'en les produisant on soit sûr de faire naître les maladies qu'elles engendrent d'habitude. Si nous rapprochons de cette classe de maladies celles qui sont vraiment contagieuses, nous voyons qu'ici l'élaboration du principe morbifique ne manque jamais, et qu'avec lui l'affection qui l'engendre est transmise de l'individu malade à celui qui ne l'est pas; le vaccin, implanté sur un enfant, y produit un bouton rempli de liquide vaccinal, et si celui-ci est implanté sur un troisième, les choses se passent de même.

La rougeole, la scarlatine, la syphilis sont douées d'un principe transmissible, résultat d'un travail morbifique qu'on ne trouve pas dans la fièvre intermittente, le scorbut, etc. Il est vrai nonobstant qu'en vertu de certaines conditions, on voit des maladies vraiment contagieuses se développer spontanément, témoin la rage chez le chien. Il faut bien admettre de même que la variole, qui n'a paru que vers le VIme siècle, a dû commencer spontanément par quelqu'un.

Ceci nous conduit à comprendre comment des maladies infectieuses populaires, qui se sont développées sous l'influence d'émanations miasmatiques, peuvent revêtir le caractère contagieux, ainsi que cela se voit pour la dysenterie, pour le typhus. Il est impossible de rassembler une grande armée dans certaines conditions hygiéniques sans voir le typhus y survenir, et, au bout d'un certain temps, celui-ci prendre le caractère contagieux. Il faut admettre qu'il y a alors un produit matériel transmissible, fruit d'une élaboration pathologique.

Quand les individus ne quittent pas le lieu où s'est développée l'infection, il est très difficile de reconnaître la contagion et de saisir le moment où elle a commencé à agir; mais quand des individus portent au loin la maladie qu'ils ont contractée dans un foyer d'infection, le doute n'est plus possible sur la contagion. C'est ainsi que nous voyons après les guerres de l'Empire les soldats, en se retirant de l'Allemagne, apporter le typhus dans nos villes centrales de France, où il n'existait pas avant leur arrivée et où n'existaient pas les conditions hygiéniques propres à le faire se développer par infection.

Un mot sur la spontanéité : On entend, par là, la formation de la maladie par des causes étrangères à toute action d'un virus. Elle est incontestable, comme nous l'avons dit pour la rage; quelques personnes ont bien imaginé que le germe de la rage avait été transmis de père en fils, jusqu'à l'individu chez lequel la maladie éclate; mais c'est une supposition gratuite qui répugne au bon sens. Quand il s'agit des maladies de l'homme, nous prononçons trop vite le mot de spontanéité, parce que nous ne connaissons pas bien les causes qui ont déterminé la maladie. Nous l'appliquons aux cas de variole, dont nous ne voyons pas la source, sans réfléchir que le malade a pu être en contact avec une personne qui soignait un varioleux, qu'elle a été à l'église où entrent les cadavres d'individus morts de petite-vérole, etc.

Les naturels de l'Archipel indien de la Polynésie, etc., ne connaissaient point la variole, jusqu'à ce qu'elle leur fût portée par nos navires; je dis par nos navires, car il n'est pas nécessaire qu'il y ait à bord un matelot ayant la petite-vérole, le germe peut être inhérent au bâtiment qui a contenu des varioleux antérieurement. Un fait de ce genre se passe en ce moment.

En 1854, le *Wellington*, vaisseau faisant partie de la flotte de la Baltique, a des varioleux à bord et revient hiverner en Angleterre où la literie est changée, et au printemps de 1855 il repart pour la Baltique avec un nouveau personnel à son bord. A peine vingt jours de navigation se sont-ils écoulés, que la variole éclate dans le navire qui, manifestement, portait le germe de la maladie dans ses flancs et l'avait conservé depuis la campagne précédente. Il ne faut donc pas être surpris quand nous admettons que les naturels d'un pays, qui n'ont eu ni variole, ni vaccine, viennent, en échangeant leurs produits, prendre la petite-vérole dans un navire ou personne ne l'a, mais où quelqu'un l'a eue autrefois. Les germes se conservent souvent jusqu'au moment où ils trouvent les conditions propres à leur développement; ainsi, pour les plantes, les exemples en sont frappans. Il y a vingt ans, chacun connaissait la flore du bois de Boulogne à une plante près; on fait les fortifications et les botanistes sont très surpris de voir apparaître une belle gentiane qui ne se trouve que dans le Midi, et avec elle plusieurs autres plantes jusqu'alors inconnues à la flore de Paris. Vous herborisez sous une haute futaie et vous ne trouvez rien; on la rase et, l'année d'après, le même sol présente une flore des plus riches. Que s'est-il passé? Dans les deux cas on a mis des germes, jusque-là restés silencieux, dans des conditions favorables à leur développement.

Ce qui se passe ici pour le germe des plantes se passe souvent pour la variole, par exemple, comme on peut le voir dans les traités d'hygiène, les germes s'en conservent pendant des années. Dans un village anglais avait régné une épidémie de petite-vérole il y avait des années; on eut à faire des exhumations de cadavres, parmi lesquels se trouvaient ceux d'un grand nombre de ces varioleux; au bout de quinze ou vingt jours, la petite-vérole apparut chez un certain nombre de personnes employées à l'exhumation et se répandit dans le village, où elle n'existait pas avant, et autour duquel on n'en connaissait pas actuellement. Il est un proverbe qui dit : *Morta la bestia morte il veneno*, dans ce cas il était faux, puisque le poison s'était conservé.

C'est vraiment une chose merveilleuse que cette conservation des germes pendant des siècles; c'est ainsi qu'on a pu faire fructifier des grains de blé placés dans la main des momies au temps des Pharaons, et dont les germes s'étaient conservés là, silencieux, jusqu'au jour ou l'on viendrait les placer dans les conditions nécessaires à leur développement. Si des plantes nous passons aux animaux, nous ne sommes pas moins surpris de voir Spallanzani rendre avec une goutte d'eau la vie à des infusoires qui avaient été exposés dans la poussière d'une gouttière, à la chaleur brûlante de tout un été d'Italie.

Pourquoi cette force de conservation inhérente aux germes des plantes et à des animaux même, ne s'étendrait-elle pas aux germes morbifiques? De ce qu'une maladie ne se montrerait qu'à certaines époques déterminées, il ne faudrait pas en conclure qu'elle n'est pas contagieuse, car elle peut bien être due à des germes conservés et qui ont pour propriété de n'éclore qu'à certaines époques, où ils trouvent sans doute des conditions favorables à leur évolution. Il nous faut encore éclairer cette proposition par un exemple emprunté à l'histoire naturelle.

Réaumur, curieux de connaître dans quelles conditions le bombyx de l'Euphorbe se développait, prit une centaine de ses chrysalides et les plaça dans la sciure de bois de son écritoire; il dut attendre jusqu'au mois de juin de l'année suivante pour avoir des papillons; en une semaine il en eut une vingtaine, puis la production s'arrêta court; il attendait toujours, s'assurant que les chrysalides étaient bien vivantes, mais ce ne fut que l'année suivante, à la même époque du mois de juin, que de nouveaux papillons apparurent au nombre de quinze ou vingt, puis l'éclosion s'arrêta de nouveau pendant douze mois exactement. A quoi cette éclosion régulière dans la même semaine du même mois pouvait-elle tenir? Il nous est impossible de le dire, puisque les conditions des semaines voisines étaient sensiblement les mêmes. Mais il ne nous répugne pas d'appliquer par analogie ce qui se passe chez le germe de ce bombyx au germe de certaines maladies. Et de ce que la fièvre jaune apparaît à des époques déterminées, ce ne serait pas une raison pour affirmer qu'elle ne fut point contagieuse, ce que nous ne préjugeons pas, toutefois.

(*La suite à un prochain n°.*) Dr E. Archambault.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

SUR LA PERFORATION DE LA CLOISON INTERVENTRICULAIRE DU COEUR (1);

Par le professeur suppléant Hauska, de Vienne.

On m'a remis il y a quelque temps le cœur d'un garçon de 13 ans, avec la remarque que l'aorte naissait des deux ventricules. Au premier aspect il en paraissait ainsi, mais un examen plus détaillé me fit voir qu'il ne s'agissait pas d'une anomalie d'origine de l'aorte, mais d'un état consécutif à une perforation de la cloison interventriculaire. A ce propos, je dois faire connaître une disposition normale de cette cloison, que j'ai trouvée il y a un an et que j'ai rencontrée sur plus de trois cents cœurs d'hommes, de femmes, d'enfants et de vieillards que j'ai examinés depuis.

Il existe dans la cloison interventriculaire une place assez étendue où la substance musculaire manque totalement et où la cloison n'est constituée que par l'endocarde des deux ventricules. Après avoir ouvert le cœur et fendu l'aorte, si l'on regarde la cloison par la gauche, on aperçoit cet endroit immédiatement au-dessous de l'angle que forment les bords convexes des valvules semi-lunaires droite et postérieure de l'aorte. Il a la grandeur d'une fève ou d'une amande, est mince, transparent et de forme alongée, anguleuse. Cette place est strictement limitée par la substance musculaire qui envoie un faisceau de même nature le long du bord supérieur, d'avant en arrière. L'endocarde du ventricule droit y touche immédiatement celui du gauche, et ces membranes sont tellement minces que l'on aperçoit distinctement toutes les lignes courbes d'un doigt qu'on y a appliqué. Dans le ventricule droit, cet endroit est recouvert par un lambeau de la valvule tricuspide. Nulle part je n'ai trouvé indiquée cette disposition.

Ce détail anatomique peut devenir important sous le rapport anatomo-pathologique. Dans l'endocardite, l'endocarde se ramollit, devient friable et ne se déchire pas rarement, ainsi que le prouvent les ruptures valvulaires et, d'après Rokitansky, la formation de l'anévrysme du cœur à développement rapide. Si l'inflammation se porte sur l'endroit dont j'ai parlé, la rupture devient facile et établit une communication entre les deux ventricules. C'est cet état que je crois exister dans le cœur que j'avais à examiner.

Il y a dans ce cœur cette disposition remarquable, que l'orifice aortique, garni de ses valvules intactes, se trouve par moitié dans le ventricule gauche et dans le droit; vers son milieu s'élève la cloison interventriculaire, fortement excavée d'avant en arrière, garnie d'un bourrelet à son bord libre et revêtue d'un endocarde épaissi et laiteux. Cette disposition

(1) Extrait du *Wiener med. Wochenschrift*, 1855, n° 9, et du *Vochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 18.

doit se faire nécessairement quand l'endocarde qui recouvre cette ouverture dans la cloison s'est déchiré. Au commencement, le sang du ventricule droit se portera en petite quantité vers l'ouverture; celle-ci se dilate peu à peu et reçoit plus de sang. Le sang du ventricule droit ne pouvant s'épancher dans le ventricule gauche, à cause de la contraction simultanée de ces cavités, passera directement dans l'aorte et la direction oblique dans laquelle il coule, tiraillera l'aorte toujours plus à droite, jusqu'à ce que son orifice se trouve à cheval sur la cloison et s'ouvre également dans les deux ventricules.

Les autres altérations pathologiques de ce cœur s'expliquent naturellement par la déviation considérable de la circulation. Il y existait une hypertrophie avancée du ventricule droit, ses parois avaient de trois à quatre lignes et demie d'épaisseur; celles du ventricule gauche, seulement de deux à deux lignes et demie. Les colonnes charnues et les muscles papillaires étaient également beaucoup plus développés à droite qu'à gauche, principalement dans le cône artériel droit. L'oreillette droite était un peu dilatée; toutes les valvules se trouvaient être normales. De grandes taches laiteuses dans le ventricule gauche indiquaient une ancienne endocardite.

Malheureusement, je n'ai obtenu que des renseignemens très incomplets sur l'histoire de la maladie et le reste de l'autopsie. On m'a rapporté que le garçon avait été très arriéré dans son développement physique et intellectuel; sa face doit avoir été toujours fortement cyanosée; il doit avoir souvent éprouvé des dyspnées et des hémorrhagies des gencives; la mort serait résultée d'une constriction intestinale. Je n'ai rien pu apprendre sur l'état des poumons; on m'a seulement signalé une augmentation de volume considérable du foie.

— Le docteur Albini, professeur suppléant de physiologie, a communiqué à la Société de médecine de Vienne, dans la séance du 16 avril, les résultats de ses recherches sur l'interruption de la substance musculaire dans la cloison interventriculaire. Il l'a rencontrée, à l'exception du cheval, dans tous les mammifères qu'il a examinés, notamment dans le chien, le lapin, le rat, l'écureuil, le porc et le hérisson. Toujours elle avait la même situation, les mêmes rapports avec les valvules semilunaires, la valvule tricuspide, la même étendue, proportion gardée, comme chez l'homme. C'est à cet endroit que se trouve, chez le bœuf, la place ossifiée bien connue, que le docteur Albini a rencontrée également chez d'autres ruminans, tels que le mouton et la chèvre, et qui, chez les jeunes animaux, existe à l'état de vrai cartilage. L'examen microscopique de cette place du cœur de l'homme et du chien, a fait voir au professeur Albini que la cloison n'était pas formée simplement par l'endocarde des deux ventricules, mais qu'entre eux il existait une membrane fibreuse, à laquelle s'insèrent les fibres musculaires comme à un centre tendineux.

Remarques du traducteur. — L'observation qui précède est très importante; elle explique, en effet, la plupart des lésions décrites par les auteurs sous les noms d'ulcérations, de perforations congénitales de la cloison interventriculaire. Il s'en trouve un grand nombre de cas dans l'ouvrage classique de M. le professeur Bouillaud, disséminés dans les articles de cardite terminée par ulcération, de perforation de la cloison interventriculaire, t. II, p. 268, et dans celui qui traite de la communication entre les cavités droites et les cavités gauches, t. II, p. 553. Il est remarquable combien les lésions qui y sont décrites ressemblent à celles de l'article précédent. Voici ce qu'en dit M. Bouillaud dans son résumé, p. 565 : « La perforation de la cloison interventriculaire peut en occuper les » différents points; toutefois, elle paraît affecter une sorte de » préférence pour la jonction de cette cloison avec celle des » oreillettes, vers l'insertion de l'artère pulmonaire et de » l'aorte (c'est exactement le point indiqué par le professeur » Hauska). La forme des perforations de la cloison interven» triculaire est variable; cependant elle est le plus ordinaire» ment arrondie, et leur diamètre est, en général, le même » que celui des perforations interauriculaires (de deux lignes » à un pouce environ, d'après un relevé de M. Louis); ainsi » que le pourtour de ces dernières, celui des perforations de » la cloison interventriculaire est en général lisse, poli, comme » fibreux. » Dans les observations particulières on trouve partout ce caractère, et, ce qui plus est, l'anomalie de naissance de l'aorte est déjà signalée comme coïncidant parfois avec la perforation de la cloison interventriculaire. Écoutons encore M. Bouillaud à ce sujet : « Dans quelques cas la perforation de » la cloison qui sépare les cavités juxtaposées du cœur coïn» cide avec d'autres anomalies vraiment congénitales et pri» mordiales, telles que la naissance de l'aorte du ventricule » droit, la naissance de la même artère des deux ventricules à » la fois, la persistance du canal artériel, etc. » (p. 569).

Plus loin, en parlant du mode de développement de ces lésions, M. Bouillaud dit : « Mais les ouvertures que présentent » les cloisons interauriculaire et interventriculaire du cœur » chez des individus plus ou moins avancés en âge, sont-elles » toujours congénitales? Nous ne le pensons pas. A l'article » des ulcérations du cœur, nous avons rapporté deux cas » dans lesquels il nous a semblé qu'une communication anor» male entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur » s'était opérée par l'effet d'une inflammation ulcérative des » cloisons indiquées. Il se peut également que des causes ana» logues à celles qui déterminent la rupture des parois du » cœur, des colonnes charnues ou des tendons valvulaires, » amènent quelquefois aussi la rupture des cloisons interauri» culaire et interventriculaire. Il est bien difficile de ne pas » admettre que tel a été le mécanisme des perforations dans » quelques-uns des cas que nous avons rapportés plus haut, » si l'on considère que plusieurs individus, après avoir long» temps vécu sans offrir aucun signe de maladie, ont été pris » tout à coup ou graduellement des symptômes d'une lésion » organique du cœur. » (p. 576).

Tout ce qui précède ne trouve-t-il pas l'application la plus simple dans la disposition normale et la pathogenèse signalées par notre confrère de Vienne? Un ulcère qui perfore la cloison interventriculaire épaisse doit être excessivement rare, si même il peut exister; les abcès dans le tissu musculaire du cœur sont également peu nombreux; cette cloison ne supporte qu'une pression excentrique peu intense quand elle a lieu, parce que les deux ventricules se contractant en même temps, la pressent des deux côtés, et un excès de pression de l'un sur l'autre ne peut jamais devenir assez considérable pour déchirer la paroi musculaire. Il n'en est pas ainsi d'une mince membrane que l'inflammation doit facilement altérer et qui peut alors se rompre sous une faible pression. Ce qui vient encore corroborer cette étiologie, c'est l'altération simultanée des valvules existant presque constamment. « Sur quinze cas » de ce vice de conformation rapportés dans cet ouvrage, il en » est douze où les valvules du cœur étaient altérées, épaissies, » indurées, corrodées, perforées; dans les trois autres cas, il n'est pas fait mention de l'état des valvules. » (*l. c.*, p. 565).

Enfin, la connaissance de ce fait donne raison à M. Bouillaud contre M. Louis; le premier voit dans ces perforations le plus souvent des lésions accidentelles, tandis que pour le second de ces observateurs, elles sont congénitales.

L'observation de M. Hauska ne doit pas passer inaperçue; c'est maintenant aux anatomistes à la confirmer ou à la renverser.

Dr E. S.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 Juin 1855. — Présidence de M. Regnault.

Addition à une précédente communication sur les parties sensibles et irritables des plantes.

L'auteur, M. Leclerc, dans cette note qui semble avoir principalement pour objet de prendre date relativement à des découvertes nouvelles, s'occupe surtout des parties irritables des végétaux, parties qu'il désigne sous le nom de muscles, et qu'il représente comme formées de fibres distinctes, parallèles entre elles, mais, les unes tuberculeuses et les autres moniliformes. Suivant M. Leclerc, ces muscles sont des deux ordres, présentant dans leurs fonctions des différences analogues à celles qu'on observe chez les animaux entre les muscles de la vie nutritive et ceux de la vie de relation.

La note est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour les précédentes communications de l'auteur, commission qui se compose de MM. Magendie, Flourens, Brongniart et Decaisne.

Note sur la préparation du gluten ioduré et sur ses propriétés thérapeutiques.

L'auteur de cette note, M. Gagnage, avait déjà présenté (séance du 10 juillet 1854) des échantillons sous deux formes différentes, de son gluten ioduré, mais sans en faire connaître la préparation, ce qui ne permit pas de les renvoyer à l'examen d'une commission; aujourd'hui, M. Gagnage, non seulement donne la formule de ce médicament, mais encore il fait connaître les résultats des essais qu'il a entrepris dans le but d'en déterminer l'action sur l'organisme vivant. La plus importante des propriétés qu'il lui attribue est celle de faciliter l'assimilation du fer contenu dans les alimens, assimilation qui, dans certains états maladifs, devient nulle, ou du moins incomplète. M. Gagnage assure, en effet, avoir reconnu, par l'analyse des déjections alvines, que, chez les chlorotiques, la proportion du fer rejetée au dehors est notablement plus forte que dans l'état de santé, et que, sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé, dans lequel on administre le gluten ioduré, on voit cette proportion redescendre progressivement jusqu'à revenir au chiffre normal.

Cette note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Pelouze, Andral et Cl. Bernard.

De la non-absorption des médicamens dans le choléra : réclamation de priorité pour la constatation de ce fait.

Sous ce titre, M. H. Deroy présente la note suivante :

Le choléra a sévi à Beton-Bazoches (Seine-et-Marne) avec une grande intensité. Lors de l'invasion de l'épidémie, le 4 juillet dernier, j'ai employé, comme tous mes confrères, une foule de moyens plus ou moins vantés, et tous, il faut bien le dire, avec peu de succès. Parmi ces médications, il en est une qui commençait à faire beaucoup de bruit dans les journaux et dans le monde médical, le traitement par la strychnine; je m'empressai donc de l'expérimenter. Je soignai, depuis le 4 juillet 1854 jusqu'à la fin du mois d'août, soixante-dix-neuf cas de choléra algide confirmé; sur ce nombre, j'en traitai exclusivement dix-huit par l'emploi du sulfate de strychnine, selon la méthode du docteur Abeille; j'obtins huit guérisons et dix décès, résultat assez triste, mais, d'ailleurs, peu différent de ceux obtenus par d'autres médications, car, sur mes soixante-dix-neuf malades, j'en ai perdu trente-neuf. Voici cependant ce qui me fit abandonner le traitement par la strychnine dans la période algide. Je remarquai dès le commencement de l'emploi de ce médicament chez mes cholériques algides, qu'il était *sans action aucune*; soit que le médicament fût rejeté par le vomissement, soit qu'il fût conservé, je n'observai jamais d'effets physiologiques appréciables. Cette vérité fut également constatée ici par M. Léon Séguin, médecin que l'administration m'avait envoyé pendant l'épidémie; voulant aller plus loin, j'administrai, dans l'état algide, des doses vraiment énormes de strychnine, soit par l'estomac, soit par la peau, sans remarquer le moindre changement physiologique et pathologique chez aucun de mes malades; aussi j'en conclus à la *non-absorption des médicamens dans cette période de la maladie*; vérité qui, depuis, a été démontrée par les expériences de M. Vernois à l'hôpital Necker, et par la thèse inaugurale de M. Duchaussoy. Triste vérité qu'il faut bien nous avouer, mais qui, pourtant, ne doit pas trop nous décourager, car la période algide n'est pas toute la maladie; avant, nous pouvons agir et agir souvent avec succès. Dans ce cas, mais dans ce cas seulement, je le crois, la strychnine peut rendre des services; pour mon compte, je le déclare, elle m'en a rendu. Les moyens qui m'ont le mieux réussi en dehors de la strychnine sont l'acétate d'ammoniaque à haute dose, les bains chands, les vésicatoires à l'estomac et le long de la colonne vertébrale; ce dernier a fait assez souvent cesser les vomissemens.

J'ai consigné cette découverte dans les bulletins que j'adressais à la sous-préfecture de Provins, pendant l'épidémie, depuis le 4 juillet; elle a été constatée alors ici par M. Léon Séguin, médecin de l'administration; plus, dans un rapport que j'ai adressé à M. le préfet de Seine-et-Marne le 1er octobre dernier; dans une lettre au *Moniteur des hôpitaux*, en date du 23 octobre; dans un article inséré dans l'*Abeille médicale*, numéro du 25 novembre dernier; enfin, dans un petit travail que j'ai adressé à cet effet à l'Académie de médecine et qui a été reçu dans la séance du 20 février dernier.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine, constituée en commission du prix Bréant.)

— M. Sauvé adresse pour le concours au prix du legs Bréant un travail très étendu sur le *choléra-morbus*, et renfermant, entre autres parties, un historique très détaillé des diverses invasions de la maladie en Pologne. Le manuscrit porte le nom de l'auteur sous pli cacheté; mais M. Sauvé annonce que son père est l'auteur de ce travail. Atteint depuis quelque temps d'une affection des yeux, il n'a pu l'écrire lui-même et a dû le dicter à une personne étrangère à la médecine; il ne serait donc pas impossible que, parmi les mots qui n'appartiennent pas au vocabulaire familier, quelques-uns se trouvassent défigurés. La commission voudra bien, il l'espère, se montrer indulgente pour des fautes de cette nature. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine.)

— M. Cadet envoie de Rome une addition à ses précédentes communications *sur les fausses membranes et les entozoaires des déjections des cholériques*.

— M. Brunet adresse une rectification à la formule d'un remède employé contre le choléra, remède dont il avait fait l'objet d'une précédente communication.

PRESSE MÉDICALE.

De l'incision des rétrécissemens urétraux; par le docteur Joanchiech, à Vienne. — Cet article est le complément de publications antérieures du même auteur, que nous ne possédons pas. C'est d'abord une monographie de 1846, puis différens articles de journaux auxquels l'auteur renvoie et qui donnent les détails anatomiques et opératoires. Voici, d'ailleurs le résumé de la publication actuelle.

La méthode par incision gagne tous les jours plus d'adhérens : la meilleure preuve consiste dans le grand prix accordé à M. Reybard. La dilatation et l'incision ne sont pas des méthodes rivales, mais elles se soutiennent et se complètent réciproquement pour opérer la cure radicale des rétrécissemens de l'urètre. Dans les cas peu considérables, la bougie guérit souvent, non par dilatation, mais par déchirure, comme l'incision; cette dernière agit plus méthodiquement, d'une manière plus sûre et doit donc être préférée. Mais ici, l'instrument fait presque tout. M. Reybard n'a qu'un urétrotome droit, difficile à introduire dans beaucoup de cas, à cause de son manque de courbure; l'extrémité boutonnée a une épaisseur de 5 millim. 1/2, qui ne peut franchir bon nombre de rétrécissemens, ou ne le fait qu'en les forçant; la lame de canif en est vacillante, exposée à se briser ou à se fausser; l'incision, longue de 18 lignes, profonde de 9, est toujours latérale, on ne coupe le rétrécissement que d'un côté, on entame les parties saines du canal sans mesure, au hasard, sans s'inquiéter des suites. Mes urétrotomes, au contraire, sont droits et courbes, à toute espèce de courbure; leur diamètre a pu être diminué jusqu'à 2 millim. et au-dessous; ils sont simples et doubles, faisant alors deux incisions opposées, de 1 à 4 quatre lignes et plus de profondeur; par là l'élargissement obtenu est aussi considérable que celui donné par l'instrument de M. Reybard, et la tendance à la rétraction consécutive est moindre à cause de l'incision double; enfin, la forme et le calibre de l'urètre deviennent plus normaux, l'instrument de M. Reybard cause toujours une dilatation anormale latérale du canal.

L'auteur ajoute un dessin de ses instrumens, accompagné d'une description très incomplète; il s'en rapporte à des articles antérieurs. Ce sont deux lames élastiques, garnies à leur extrémité vésicale d'olives tranchantes et réunies en une tige à l'autre bout; elles se meuvent dans une canule droite ou courbe et en sortent latéralement, à côté du bouton terminal, de manière à y appuyer leur dos et à présenter leur tranchant en dehors. — (*Wiener med. Wochenschrift*, 1855, nos 17 et 18).

Sur le spasme de la glotte; par le docteur Ledeler, à Vienne. — Voici les conclusions de l'auteur :

1° Je suis de plus en plus convaincu que cette maladie survient le plus souvent avec le rachitisme et surtout avec sa première manifestation, le ramollissement du crâne.

2° Elle ne naît pas de la compression du cerveau déterminée par le manque de résistance des os, quand l'enfant est couché.

3° Outre l'irritabilité nerveuse exagérée qui accompagne le rachitisme, il faut encore d'autres causes pour produire l'asthme, telles que la dentition, d'autres maladies, un régime impropre, le froid de l'automne et de l'hiver, etc.

4° On pourrait peut-être rechercher une partie de ces causes dans la brièveté du cou, l'étroitesse du thorax, la brièveté, l'étroitesse et la mollesse du larynx de ces enfans.

5° Le ramollissement du crâne sert souvent de point de diagnostic très important entre l'asthme et les convulsions générales. — (*Wiener med Wochenschrift*, 1855, n° 11.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 72. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 19 Juin 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 JUIN 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Sommaire. — Traitement du cancer par une nouvelle méthode de cautérisation. — Irrigations froides sur la tête dans l'éclampsie des enfans. — Épidémie d'ergotisme gangréneux.

Nous sommes heureux de pouvoir consacrer cette revue à des travaux tous émanés de nos confrères des départemens.

Le traitement du cancer préoccupe beaucoup à cette heure les praticiens, et on doit s'en féliciter. Si les recherches histologiques, auxquelles l'inspection micrographique a donné une nouvelle impulsion, conduisent à ce résultat d'expérimenter les nouvelles méthodes thérapeutiques qui peuvent surgir, au lieu de se laisser aller à un découragement fatal et à une inaction fâcheuse, ces recherches auront bien mérité de l'art et de la science. Parmi les micrographes les plus distingués de notre époque, M. le docteur Follin est un de ceux qui cherchent à faire marcher parallèlement la science histologique et l'art pratique. Il étudie, il expérimente et il expose les traitemens divers qui se produisent, avec certaines garanties de bonne observation. Nous reproduisions naguère, dans ce journal, un remarquable article de son honorable collaborateur, M. Lasègue, sur la méthode du docteur Landolfi, actuellement en voie d'expérimentation officielle à la Salpêtrière. Nous signalerons aujourd'hui un travail de M. Follin sur le traitement du cancer, employé par M. le d^r Girouard, de Chartres. Cette méthode n'est pas nouvelle, à la vérité, puisqu'en définitive il ne s'agit que de la cautérisation ; mais M. Girouard l'emploie avec des modifications telles, et de telles précautions, qu'il en a fait un procédé tout à fait particulier, sur lequel M. Follin, avec certaines réserves néanmoins, n'hésite pas à appeler l'attention des praticiens.

Le chirurgien de Chartres a surtout été frappé de l'absence de limitation précise du cancer. Il en part toujours, selon lui, des espèces de tractus, de bandes, de rayons fibreux, qui contiennent les élémens du cancer et relient la tumeur principale, soit à des ganglions voisins, soit à des productions de nature cancéreuse, qui reproduisent presque toujours le mal après l'ablation de la tumeur primitive. M. Gironard, frappé, comme tout le monde, des nombreuses récidives du cancer, et supposant que le bistouri pouvait ne pas convenir à cette éradication des prolongemens cancéreux, tenta, dès lors, de les mettre à nu par une méthode qui permettait une dissection lente et soignée ; c'est aux caustiques qu'il a eu recours. Pour lui, le caustique est à la fois un instrument de dissection qui isole les prolongemens cancéreux, et une sorte de réactif qui permet de distinguer les tissus morbides des tissus sains.

Pour remplir les indications qui découlent de ces faits, M. Girouard pratique autour des tumeurs des cautérisations avec de la pâte de Vienne et de la pâte de chlorure de zinc. En appliquant ces caustiques, il n'a point pour but d'escarrifier une masse considérable de tissu, mais seulement de coaguler le sang et d'éteindre la sensibilité dans un espace strictement nécessaire pour obtenir une escarre linéaire autour de la tumeur principale, de ses irradiations, de ses annexes, escarre qui est toujours suffisante pour les énucléer. Dès que les irradiations cancéreuses sont à découvert, M. Girouard les contourne avec des bandelettes caustiques ; il passe ainsi sous le foyer du mal, et enlève d'une seule pièce le cancer et ses prolongemens. Puis l'ablation du cancer faite, il applique sur toute la surface déjà cautérisée de la pâte de chlorure de zinc, non seulement pour régulariser la cautérisation, mais pour rendre évident l'état des parties sous-jacentes ; car, au moment où l'escarre tombe, les tissus indurés font relief à la surface de la plaie, et ceux qui, quoique déjà malades, ont conservé la densité de l'état normal, présentent un aspect et une coloration autres que ceux de l'état naturel. Cette révélation des tissus morbides, opérée par les caustiques, donne la possibilité d'enlever les irradiations cancéreuses et d'asseoir la cicatrice sur des tissus sains.

Les données opératoires de M. Girouard reposent aujourd'hui sur un assez grand nombre de faits : ainsi, du 1er janvier 1840 au 1er décembre 1854, ce praticien a opéré 44 cancers du sein et 39 cancers d'autres régions. Sans vouloir ni pouvoir contrôler le diagnostic de M. Girouard, M. Follin se borne à enregistrer sa statistique, dont les résultats généraux lui paraissent assez satisfaisans pour mériter de fixer l'attention des observateurs.

M. Girouard rapporte que, sur les 17 femmes atteintes d'encéphaloïde, 11 n'ont pas eu de récidive ; de ces 11, 8 se portent parfaitement bien, 3 sont mortes quelques années après l'opération de maladies étrangères au cancer ; sur 6 femmes, le cancer a récidivé.

Des 27 femmes atteintes de squirrhe, 13 sont guéries et en pleine santé depuis plusieurs années ; sur 8, le cancer a récidivé au cou, à l'aisselle ; 6 sont mortes, 3 sans récidive apparente, 3 par suite de cancer interne.

Sur les opérations de cancer faites par M. Girouard sur d'autres parties du corps, on trouve 39 malades opérés par les caustiques, 24 guérisons sans récidive, et 12 récidives.

« Il ne me convient pas, dit M. Follin, de juger d'après le seul fait que j'ai eu sous les yeux, la pratique de M. le docteur Girouard ; il ne me convient guère davantage d'accepter avec une foi aveugle sa statistique du cancer, car je dois dire qu'en examinant quelques-unes des pièces de sa collection, je n'ai point hésité à y reconnaître des tumeurs adénoïdes de la plus belle espèce ; mais le nombre de faits qu'il apporte dans cette question, la bonne foi avec laquelle il expose et sa théorie et sa pratique, commandent un examen approfondi de sa méthode opératoire. » (In *Arch. de méd.*, juin 1855.)

— L'éclampsie des enfans, dit M. le docteur A. Lalesque, de La Teste, est un état pathologique si désastreux pour les malades, si désolant pour les familles et si redoutable pour les praticiens, qu'il sera du devoir de ceux-ci, longtemps encore, de chercher des moyens prompts et sûrs pour arrêter les convulsions qui caractérisent cette maladie, et mettre les sujets qu'elle atteint à l'abri des accidens malheureux qui la suivent. Quiconque, en effet, approche un pauvre enfant en proie à des mouvemens convulsifs de quelque durée, a toujours en perspective les pieds-bots, le strabisme, la paralysie, l'idiotie, et trop souvent, hélas ! la mort. Pour conjurer ces funestes conséquences, M. Lalesque indique à ses confrères un moyen simple, facile qui lui a réussi trois fois, et dont le premier essai, comme en bien d'autres circonstances, a été dû au hasard et à une heureuse inspiration.

Ce moyen consiste dans les irrigations d'eau froide sur la tête des enfans atteints d'éclampsie, et qui, trois fois, a fait cesser avec une grande rapidité les accidens formidables d'une attaque de ce mal. Voici les conseils donnés à cet égard par notre honorable confrère.

Plus on est rapproché du moment où la maladie vient d'éclater, plus on doit être assuré de réussir. Comme l'effet à produire est intimement lié à la conservation d'un reste de sensibilité, plus on attendrait, plus on pourrait trouver d'obstacles à produire l'impression cutanée, et, par suite, à transformer les mouvemens convulsifs. Pour M. Lalesque, le moment le plus opportun pour employer les irrigations est celui du paroxysme. Si l'on agissait en dehors des convulsions, dans l'espace qui sépare deux attaques d'éclampsie, on produirait, pense-t-il, des mouvemens réflexes ; mais il les croirait sans résultat sur l'attaque prochaine, parce qu'ils ne changeraient pas la crise convulsive elle-même, et qu'ils n'auraient d'action que sur la torpeur cérébrale consécutive. En agissant pendant le paroxysme, au contraire, on a l'immense avantage de rompre les mouvemens désordonnés des malades, et d'y substituer, d'une manière perturbatrice, des mouvemens d'un ordre régulier qui deviennent immédiatement volontaires.

A quelle dose convient-il d'administrer les irrigations froides ? D'après M. Lalesque, cette dose ne doit pas être considérable. Dans ses observations, en effet, il n'a pas employé plus de deux litres d'eau. Il pense que si les convulsions résistaient à cette dose non interrompue, il deviendrait probable que l'action réflexe qui doit se produire, rencontrerait, au sein des centres nerveux, des obstacles suffisans pour l'empêcher. Il faudrait alors chercher à diminuer la congestion constituant l'obstacle par des moyens déplétifs, et lorsqu'on y serait parvenu, on pourrait de nouveau tenter les irrigations froides. La répétition de ce moyen n'a rien de dangereux s'il est de courte durée ; mais, trop longuement appliqué, on pourrait craindre de mauvais effets. (In *Journal de méd. de Bordeaux*, avril 1855.)

— Témoin des terribles effets d'une épidémie d'ergotisme gangréneux, dont de nombreuses victimes ont été reçues à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1854 et 1855, M. le docteur Barrier appelle l'attention sur les mesures à prendre pour prévenir une maladie cruelle et désastreuse. « Cette affection générale, véritable intoxication, dit M. Barrier, porte à la santé une atteinte funeste avec d'autant plus de facilité, qu'elle s'exerce le plus ordinairement sur des individus pauvres, affaiblis par un mauvais régime habituel et épuisés par des travaux pénibles.

» Il y a là une question d'hygiène publique et de police médicale à soulever et sur laquelle notre devoir est d'appeler l'attention de l'autorité. Le seigle est ordinairement atteint de la dégénérescence ergotique dans les années trop pluvieuses, dans celles par conséquent où les récoltes sont peu abondantes et le blé plus cher. De là, pour les pauvres gens de la campagne, un surcroît de misère qui les oblige à faire usage du seigle de préférence au blé, et à ne pas trop s'inquiéter de la présence d'une certaine quantité d'ergot dont le triage leur ferait un déchet considérable. Dans les circonstances où la France se trouve depuis deux ans, sous le rapport de la cherté des céréales, on comprend que bien des habitans de la campagne n'y ont pas regardé de si près et se sont nourris de seigle ergoté sans prévoir les accidens dont ils étaient menacés. Comment donc les prévenir si ce n'est par des mesures de surveillance de la part de l'administration pour empêcher tout à fait l'usage d'un seigle avarié ? Sans doute, il n'est guère possible que cette denrée alimentaire soit livrée au commerce dans les marchés publics sans que la constatation de ses mauvaises qualités n'amène des mesures coercitives et préventives de nature à en empêcher l'emploi. Mais, dans les campagnes, les propriétaires, les fermiers peuvent la mettre en circulation par des ventes privées et surtout la livrer à la consommation de leurs ouvriers, de leurs domestiques et de leurs propres familles sans rencontrer aucun obstacle. Or, nous demandons s'ils ne doivent pas être responsables des funestes conséquences d'une semblable incurie. Peut-il leur être permis de donner un aliment empoisonné aux individus qu'ils sont chargés de nourrir ? Le simple bons sens répond que non. Tous les individus qui récolteraient du seigle infecté d'ergot devraient être tenus de le purger de ce poison, avant de le livrer à la consommation, sous peine d'amendes sévères, et, en cas de contravention suivie d'accidens, ils devraient être déclarés responsables et passibles de dommages-intérêts envers les victimes. Il nous semble que les maires des communes rurales, les gardes champêtres, pourraient exercer la surveillance nécessaire, signaler les abus et en poursuivre la répression devant l'autorité compétente. Sérieusement avertie, la population des campagnes ne tarderait pas à être mise à l'abri des accidens déplorables dont les médecins sont témoins et dont ils ne peuvent que déplorer l'étendue et la gravité. »

Nous nous associons complétement à ces idées, dont l'opportunité n'échappera à aucun de nos lecteurs.

A en juger par les cas observés à l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'épidémie a sévi dans une proportion beaucoup plus forte sur les hommes que sur les femmes. Aucun âge n'en a été exempt. Il a varié de 12 à 60 ans. Il faut admettre une certaine prédisposition à contracter la maladie, en présence de ces faits assez communs où un personnel nombreux composé d'une famille, d'ouvriers et de domestiques, mangeant tous à la même table, souvent cette alimentation vicieuse n'a déterminé la gangrène que chez un ou deux individus. M. Barrier est porté à admettre que les individus les plus faibles ont été, en général, atteints de préférence.

Cette action élective du poison ne s'exerce pas seulement sur les individus, mais encore, comme on le sait, sur certaines parties du corps. Ainsi les régions le plus souvent envahies sont celles qui, en raison de leur éloignement des principaux foyers de la vie, du cœur surtout, présentent dans la nutrition des organes, dans leur circulation capillaire, dans leur calorification, dans leur innervation, une énergie et une

activité sensiblement moindres. Ainsi, c'est surtout des pieds et des mains que la gangrène s'empare pour remonter de là vers le tronc. C'est ce qui a été constaté de nouveau à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Aucun malade n'a eu la tête ni le tronc atteints de mortification. Chez la plupart, la gangrène a détruit un pied entier ou presque entier; chez quelques-uns, un orteil seulement; chez d'autres, les deux membres inférieurs ont été sphacélés jusqu'auprès du genou; chez un enfant de 14 ans, la maladie ne s'est arrêtée qu'au milieu de la cuisse. Moins fréquente aux membres supérieurs, la gangrène a, le plus souvent, compromis un ou plusieurs doigts; elle a parfois gagné, mais rarement dépassé le poignet.

« Comment agit l'ergot pour produire la mortification des tissus? se demande M. Barrier. On ne peut guère douter que son effet immédiat ne soit une altération du sang et que celle-ci ne devienne une cause d'artérite ou de coagulation dans les vaisseaux et peut-être de ces deux effets, simultanément et directement. Je dis que cette double action peut être simultanée et directe, mais elle est au moins successive et indirecte, car l'artérite produit nécessairement la coagulation du sang et l'arrêt de la circulation; et de même, des caillots primitivement développés dans les vaisseaux peuvent en déterminer l'inflammation. Toutefois, il est assez difficile de pénétrer intimement dans le mécanisme de cette action pathologique, et l'on ne peut établir d'une manière irréfragable aucune de ces hypothèses comme la seule vraie, à l'exclusion des autres. Quoi qu'il en soit, primitive ou consécutive, l'artérite nous a paru démontrée chez la plupart des sujets que nous avons examinés et interrogés. A la suite des amputations dans le vif, en petit nombre, il est vrai, que nous avons pratiquées, nous avons trouvé dans les artères les caractères d'une inflammation antérieure; dans d'autres cas, les malades nous ont présenté, avant la séparation spontanée ou artificielle du membre gangrené, les signes locaux les plus caractéristiques de l'artérite. »

La gangrène par ergotisme se présente presque toujours sous forme sèche; la forme humide a paru beaucoup plus grave à M. Barrier.

Quant au traitement, M. Barrier a été avare d'opérations. Il n'en a pratiqué que deux. Dans tous les autres cas, il s'est borné à achever la séparation des parties sphacélées, à régulariser avec le plus de ménagemens possibles les moignons qui présentaient des saillies osseuses ou des lambeaux très inégaux. Il a conservé de cette façon, aux malades, tout ce que leurs membres n'avaient pas déjà perdu, et il ne les a pas exposés aux chances si graves des amputations. — (In *Gazette méd. de Lyon*, n° 10, 1855.) Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

DYSPHAGIE; — ACCÈS VIOLENS DE SUFFOCATION APRÈS LA DÉGLUTITION; — VASTE ULCÉRATION DE L'OESOPHAGE; — PERFORATION COMMUNIQUANT AVEC LA BRONCHE GAUCHE ET LA TRACHÉE; — TRAJET FISTULEUX CREUSÉ DANS LES PAROIS DE L'OESOPHAGE, DEPUIS L'ULCÉRATION JUSQUE DANS L'ÉPAISSEUR DES TUNIQUES DE L'ESTOMAC.

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. le docteur VIGLA, médecin de la Maison de santé.

M. P..., âgé de 49 ans, entré à la Maison de santé le 7 janvier 1855.

Ce malade, dont le facies ressemble à celui d'un phthisique au dernier degré, est atteint d'une aphonie presque complète. Il lui est impossible d'avaler des alimens solides; la déglutition des liquides provoque immédiatement des quintes de toux, avec suffocation extrême.

Il nous donne sur ses antécédens les renseignemens suivans :

Son père et sa mère sont morts très âgés. Il n'a jamais eu d'hémoptysie et n'a, pour ainsi dire, jamais toussé avant ces derniers temps.

A l'âge de 24 ans, il a été atteint d'un chancre, suivi de bubon. Il n'a jamais eu d'accidens de syphilis constitutionnelle, ni taches à la peau, ni pharyngite, ni douleurs ostéocopes. Excès fréquens de boissons. Ivrognerie.

M. P... dit que, depuis quelques années, il avait de temps à autre des maux d'estomac. Il ne se souvient pas qu'à une époque aussi éloignée il eût eu des douleurs en avalant.

Ce n'est qu'à partir du commencement de l'année 1854 que la déglutition est devenue embarrassée; et ces accidens n'étaient encore que très rares. Aussi ne s'en était-il nullement inquiété avant l'accident dont nous allons parler.

Le 15 juin 1854, dysphagie à la suite de la déglutition d'un morceau de viande, de petite dimension pourtant.

Pendant trois jours, le malade ne peut avaler d'aliment solide. Les liquides mêmes passent avec beaucoup de peine. Apparition d'une douleur au niveau des premiers anneaux de la trachée, surtout pendant la déglutition. Peu de suffocation.

Le 18 juin seulement, un médecin est appelé. Il refoule avec une sonde œsophagienne, et non sans difficulté, le corps étranger que le malade sent se détacher et arriver dans l'estomac.

Immédiatement il a avalé avec grand bonheur un verre d'eau, ce qui ne lui était pas permis depuis trois jours. Il mange ce jour même du bœuf, etc., sans ressentir aucune douleur.

Le lendemain, 19 juin, un peu de difficulté dans la déglutition, mais sans douleur.

Depuis ce temps, la dysphagie n'a fait qu'augmenter, mais très insensiblement.

Le 28 ou le 29 décembre 1854, ce malade se réveille la voix voilée, et ressentant une vive douleur derrière le larynx.

Il ne peut plus avaler d'alimens solides, les liquides mêmes sont rejetés. Un médecin fait le cathétérisme de l'œsophage, et ne trouve aucun corps étranger.

A partir de ce moment, quintes de toux, surtout après l'ingestion des liquides. Crachats épais et abondans. Cet état ne faisant qu'empirer, et le malade dépérissant de jour en jour, il entre à la Maison de santé le 7 janvier.

État actuel. — Le 8, facies pâle, anxieux; joues excavées; émaciation extrême; voix éteinte presque complètement. Pourtant la respiration est naturelle. A l'auscultation, affaiblissement du murmure vésiculaire dans certains points du poumon; exagération, rudesse dans d'autres, mais pas de râles appréciables.

Dysphagie complète. M. Vigla fait boire le malade devant lui. A peine le liquide a-t-il pénétré dans l'œsophage, suffocation extrême, quintes de toux qui rejettent le liquide avalé, mélangé d'une quantité assez notable de pus. Depuis une semaine à peu près, le malade a rempli chaque jour quatre à cinq crachoirs de pus.

Guidé par mes travaux antérieurs, soupçonnant fortement l'existence d'une communication entre l'œsophage et les voies aériennes, j'introduis une sonde œsophagienne par les fosses nasales. Ce cathétérisme est très facile, la sonde peut être enfoncée jusqu'à son pavillon, et semble descendre jusque dans l'estomac.

Il ne paraît donc pas y avoir de rétrécissement. Mais si l'on essaie de faire arriver, à l'aide de cette sonde, du liquide dans l'estomac, les quintes de toux recommencent presque aussitôt. Le malade est repris de suffocation, d'anxiété très grande, et rejette un liquide mucoso-purulent assez aéré, spumeux, peu fétide. Le malade n'a pas eu la sensation de l'entrée du liquide dans l'estomac.

La sonde ne peut être tolérée plus de quelques minutes, à cause de la toux qu'elle provoque.

MM. Monod et Demarquay, invités par M. Vigla à voir ce malade, constatent les mêmes phénomènes en introduisant deux autres fois la sonde œsophagienne. Ces deux derniers cathétérismes ont été beaucoup plus douloureux que le premier. La sonde ne peut être supportée un seul instant. Le liquide purulent rejeté contient un peu de sang.

Le malade se trouvant fatigué de cette exploration, MM. Vigla, Monod et Demarquay prennent rendez-vous pour le soir.

Je revois ce malade vers une heure de l'après-midi. Il est assez calme. La soif est extrême. Il se plaint peu de la faim. La déglutition d'une très petite quantité de liquide a pu se faire une ou deux fois sans amener de quintes de toux.

Le soir, à six heures, plusieurs tentatives de cathétérisme infructueuses, suivies des mêmes résultats. Le dernier cathétérisme, fait avec la cuiller œsophagienne, ramène, après quelques difficultés d'introduction, un fragment de matière organisée, dans lequel M. Robin ne trouve que les caractères de l'épithélioma.

Le 9. Même état. On laisse reposer le malade, dont la prostration est prononcée et mélangée d'agitation. Lavemens de bouillon toutes les deux heures, alternant avec un lavement simple.

Le 10. Pour la première fois seulement le malade ressent quelques crampes d'estomac. Il n'a pas pris d'alimens depuis le 30 décembre. Soif inextinguible. La toux et l'oppression reviennent après chaque déglutition. Constipation; insomnie; langue collante. Pouls à 100.

Le 11. Les crampes d'estomac augmentent. Quatre litres de bouillon en lavemens.

Le 13. Les crampes sont un peu moins fortes, mais l'amaigrissement, le facies hippocratique ne font qu'augmenter. Soif ardente, langue sèche, blanchâtre. Pouls mou, dépressible, 106 à 110.

L'état du malade, depuis deux jours surtout, fait abandonner complétement le projet de pratiquer la gastrotomie ce jour même 13. Troisième cathétérisme avec une sonde flexible en argent, terminée par une olive en ivoire. Le malade ne peut la conserver un seul instant.

Le 13 au soir. La voix est complétement éteinte; ce n'est plus qu'un souffle léger. Le malade se plaint d'une douleur nouvelle dans le côté gauche de la poitrine. Son état de faiblesse ne permet qu'une auscultation incomplète; râles muqueux à grosses bulles.

La toux et l'expectoration sont moins fréquentes.

Le 14. L'agonie a commencé pendant la nuit. L'intelligence est intacte. Agitation extrême, malgré l'épuisement du malade. Mort dans l'après-midi.

Autopsie trente heures après la mort.

Amaigrissement général complet. Muscles émaciés.

Ablation, par décollement, de l'œsophage, de l'estomac, des plèvres, du larynx, de la trachée-artère, de tous les organes thoraciques.

Cœur sain.

Poumons légèrement emphysémateux à leur bord antérieur. Pas de tubercules. Engouement cadavérique du bord postérieur. Induration occupant la base du poumon gauche.

Plèvres saines. Pas d'épanchement pleurétique. Pas d'épanchement dans la *cavité abdominale.*

Estomac un peu revenu sur lui-même, mais non racorni. Les parois n'en sont pas altérées. Il contient dans sa cavité un liquide jaunâtre, visqueux, filant, épais, adhérent à la muqueuse.

En décollant l'œsophage, au niveau de la troisième vertèbre dorsale, du pus se fit jour au dehors par une ouverture que l'on crut être le résultat des tractions.

Infiltration purulente peu épaisse dans le tissu cellulaire postœsophagien.

L'œsophage adhérait à la troisième vertèbre dorsale. Au niveau de celle-ci, le ligament rachidien antérieur avait perdu son aspect nacré; ses fibres étaient dissociées, ramollies, noirâtres. La vertèbre était en partie dénudée et présentait les caractères d'une ostéite chronique.

A la partie supérieure et postérieure de l'œsophage, à ce même niveau, existent deux perforations placées au-dessus l'une de l'autre, comme taillées à l'emporte-pièce, à bords réguliers, ayant à peu près le calibre d'une plume d'oie.

Une sonde, introduite dans l'œsophage, passe sans peine jusque dans l'estomac.

Une incision, pratiquée sur toute l'étendue de la paroi postérieure de l'œsophage, à droite de la ligne médiane, permet de constater l'état des parois de ce conduit et sa cavité.

Les tuniques sont hypertrophiées, la musculaire surtout. Le calibre de l'œsophage ne paraît pas diminué. Cependant il a une disposition constante à s'effacer en entonnoir au-dessous de l'ulcération dont nous allons parler.

En effet, au niveau des perforations déjà décrites, on rencontre une vaste ulcération, entourant toute la circonférence de l'œsophage, sur une étendue de 7 centimètres. Les bords en sont irréguliers, formés par la muqueuse hypertrophiée et décollée. Le fond en est pulpeux, fongueux, d'un gris-rosé, formé par la tunique musculaire seule, tapissé par un muco-pus épais et adhérent.

Examiné au microscope, à la Société anatomique, par MM. Broca et Houël, ce liquide n'a présenté que des cellules d'épithélium et des globules de pus.

Six *perforations* se remarquent sur le fond de l'ulcération.

Deux, à la partie postérieure, ne sont que les orifices internes des perforations déjà décrites.

Deux autres font communiquer directement, l'une l'œsophage avec la trachée-artère; la deuxième, située plus bas et plus à gauche, plus considérable aussi, l'œsophage avec l'origine de la bronche gauche.

Enfin, deux dernières perforations, situées plus inférieurement encore, vont aboutir, l'une dans une caverne placée sur le côté gauche de l'œsophage, entre le conduit et l'origine des bronches, creusée au milieu des ganglions du médiastin hypertrophiés, mais non transformés. La dernière, enfin, communique avec la division inférieure de la bronche gauche.

Cette bronche est dilatée. Une sonde pénètre facilement jusqu'à la base du poumon gauche, en suivant le trajet de ce conduit, dont la muqueuse est rosée et non ulcérée.

Au niveau de la partie inférieure droite de l'ulcération, le bord, décollé en forme de valvule sigmoïde, laisse pénétrer la sonde entre la muqueuse et la musculaire dans un trajet creusé entre ces deux tuniques hypertrophiées, et prolongé jusque dans l'épaisseur des parois de la petite courbure de l'estomac.

Ce trajet présente d'assez notables différences dans ses diverses parties. La portion supérieure, celle qui s'étend de l'ulcération jusqu'à 2 centimètres au-dessus du cardia, s'évase de haut en bas en forme de cône, dont la base correspond au passage de l'œsophage à travers les piliers du diaphragme, Les parois de cette première portion sont épaisses, la musculaire surtout.

La deuxième portion du trajet est étroite; son calibre correspond exactement à celui des sondes employées dans les derniers essais du cathétérisme. Les parois en sont minces et ne présentent aucune trace d'organisation comme dans la première portion.

Au-dessous de l'ulcération, la muqueuse œsophagienne est saine. La musculaire est hypertrophiée.

La muqueuse laryngée ne présente aucune altération notable.

La trachée, incisée, ainsi que les principales divisions bronchiques, offre les perforations correspondantes à celles que nous avons décrites dans l'œsophage.

La muqueuse aérienne est saine, sauf autour des perforations où elle est légèrement phlogosée.

Je rapproche cette observation de celle que j'ai publiée en 1846, et qui a été l'occasion du mémoire consigné dans les *Archives* sous le nom de : *Recherches sur les communications accidentelles de l'œsophage avec les poumons et les bronches.* Le fait dont je viens de lire la relation, est remarquable par la communication double de l'œsophage avec la bronche *gauche* et la trachée, dont il n'existe aucun exemple dans le mémoire précité; il se rapproche de l'observation XV, qui a trait à une communication de l'œsophage avec la bronche *droite* et la trachée. Il résulte de l'analyse des faits contenus dans ce mémoire, et en ajoutant celui-ci, que les fistules œsophagiennes pulmonaires, bronchiques, ou pleurales droites, sont, par rapport aux correspondantes du côté gauche, dans la proportion de 14 à 4, prédominance que j'ai cru pouvoir expliquer par les dispositions anatomiques naturelles.

Une autre circonstance remarquable de cette observation, est l'existence de la fistule rétro-œsophagienne et le commencement de lésion des vertèbres et des cartilages intervertébraux, consécutivement, selon moi, à l'altération de l'œsophage. Mais une autre lésion plus importante et plus rare, c'est le trajet fistuleux creusé dans l'épaisseur même des parois de l'œsophage, véritable fistule intra-œsophagienne, tout à fait semblable aux fausses routes du canal de l'urètre, et produite certainement par le même mécanisme, car je ne doute pas que celle-ci ne résulte de tentatives de cathétérisme antérieures ou postérieures à l'entrée du malade à la Maison de santé. Ce qui me fait croire qu'elle était antérieure à l'entrée du malade dans mon service, c'est la facilité avec laquelle, dès la première exploration, la sonde pénétra à une profondeur qui devait faire croire à son entrée dans l'estomac, sans que, cependant, les liquides injectés trouvassent un écoulement. L'autopsie nous a montré comment la sonde avait dû pénétrer dans ce cul-de-sac, aussi facilement que dans l'œsophage lui-même, et est venu confirmer nos soupçons, déjà fortement éveillés pendant la vie, d'un fourvoiement de la sonde.

La pathogénie de ces perforations multiples est, sans doute, le point le plus important de l'histoire de notre malade. Je ferai remarquer, d'abord, que l'œsophage a conservé son calibre normal dans toute son étendue, et qu'il ne peut s'agir ici de ces perforations par distension des parois, érosions, ruptures ou déchirures qu'il n'est pas rare de voir se former au-dessus de la partie rétrécie d'un organe creux, dans les diverses parties du conduit alimentaire, en particulier. Je ne crois pas non plus avoir eu affaire à un ulcère cancéreux ou de toute autre provenance diathésique. Ces ulcères sont de ceux que l'on a appelés simples, et plus particulièrement encore perforans d'après leur tendance, si bien signalée par M. Cruveilhier, à la destruction successive de toutes les couches

élémentaires de la paroi d'un organe creux. C'est, selon moi, la seule manière d'interpréter les faits; elle rend compte de la triple perforation de l'œsophage et de la triple communication : 1° avec le tissu cellulaire prévertébral; 2° avec la trachée; 3° avec la bronche gauche.

Il reste à déterminer si la dysphagie qui a été observée le 15 juin 1854 a été un accident primitif, le point de départ de tous ceux qui, par leur succession et leur aggravation, ont amené la mort; ou si elle n'a été elle-même que la première manifestation d'une lésion préexistante de l'œsophage. Je n'ose résoudre la question.

Les symptômes qui, pendant la vie, m'ont permis de reconnaître la maladie sont les suivans :

Douleur au niveau de la trachée, aphonie, dysphagie, toux suffocante après la déglutition, vomissement œsophagien, et expectoration de muco-pus, crampes d'estomac, état général semblable à celui des phthisiques.

J'ajouterai que c'est à un phthisique que j'avais cru avoir affaire lors du premier cas soumis à mon observation en 1846, et que, dans ce dernier fait, la même erreur fut commise par mon interne, quoiqu'il soit déjà très exercé au diagnostic.

Sous le rapport de la marche et de la durée de cette maladie, je signalerai : 1° Une première période de quelques années, pendant laquelle, à la suite d'excès sans doute, le malade fut sujet à des maux d'estomac. Dans l'hypothèse probable, selon moi, d'un *ulcère idiopathique perforant, spontané*, cette période peut être considérée comme la période d'élaboration, de formation de la maladie. 2° Une seconde période qui commence au 15 juin 1854, jour où le premier accès de dysphagie a lieu à la suite de l'ingestion d'un morceau de bœuf. *Période d'accroissement, de phthisie lente.* 3° Une troisième période date du 28 ou 29 décembre, et se caractérise par les signes de communication avec la trachée ou la bronche. Elle a, pour conséquence nécessaire, l'inanition et la mort, qui a lieu quinze ou seize jours après.

— Je ne terminerai pas sans faire ressortir ce que cette observation peut avoir d'important, au point de vue du traitement que l'on pourrait instituer. D'après ce que nous avons vu, il s'agit d'un ulcère simple de l'œsophage qui aurait fini par le perforer et déterminer les fistules que nous avons décrites. Ne serait-il pas possible de traiter et de guérir l'ulcère simple de l'œsophage et le rétrécissement qui en est la conséquence? Et quelques faits consignés dans le mémoire de Mondière ne rentrent-ils pas dans cette catégorie?

SYPHILIOGRAPHIE.

DU CHANCRE AU POINT DE VUE DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE;

Par le docteur Henry Musset, de Ste-Terre (Gironde), ancien interne de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc.

(Suite. — Voir le n° du 31 Mai.)

« On peut suivre un système, tant que les faits ne sont » pas connus; mais dès que les faits sont connus, il faut » suivre les faits et laisser le système. »

(*De generatione.* — Aristote.)

L'ulcère primitif, à sa période de progrès spécifique, nous présente les trois variétés suivantes :

Chancre simple;

Chancre phagédénique à forme simple ou à marche serpigineuse;

Chancre induré.

Nous débutons par l'histoire du chancre phagédénique, parce que, considéré au point de vue de la question qui nous occupe, elle nous paraît offrir le plus vif intérêt à l'attention du praticien. Les larges surfaces que le phagédénisme envahit, les formes qu'il revêt, les bubons suppurés ou d'absorption qui souvent l'accompagnent, son accroissement fréquent sous l'influence des préparations mercurielles qui modifient si vite et si heureusement les deux autres variétés d'ulcères primitifs; son incurabilité persistante et fatale quand il a pris la marche serpigineuse, et cela, malgré les traitemens généraux les plus méthodiques et les cautérisations les plus profondes; son innocuité absolue au point de vue de la syphilis constitutionnelle, malgré la gravité et la persistance de ses symptômes, etc.; toutes ces particularités, dis-je, que l'histoire du chancre phagédénique nous révèle, nous paraissent si saisissantes, que nous en abordons résolument l'étude. Mais avant d'entrer dans les détails descriptifs, je crois utile de donner les observations qui leur servent de base : le lecteur impartial, et désireux d'éclairer sa foi scientifique, sera ainsi mieux en mesure de s'assurer de la valeur des doctrines que l'étude du phagédénisme soulève, doctrines qui inaugurent une révolution absolue et heureuse dans la théorie et dans la pratique de la syphilis.

Observation I. — Lamhon Gaëtan, âgé de 35 ans, tailleur, entré, le 11 avril, salle 1re, n° 19, de l'hôpital du Midi, me raconte qu'il a eu à différentes fois des blennorrhagies, restées toujours à l'état de lésions locales, malgré l'absence de tout traitement spécifique; qu'en 1848, il a été traité par des lotions de nitrate d'argent et la salsepareille pour des chancres folliculaires situés sur le fourreau, et qui ont disparu sans laisser de traces d'infection. Il y a six mois, un bouton apparaît à la lèvre inférieure, il s'étend et bientôt s'ulcère. L'iodure de potassium et un sirop dépuratif sont administrés. Plus tard, il a recours aux pilules de proto-iodure et à des onctions mercurielles. Ce dernier traitement, qui s'adressait évidemment à un ulcère spécifique, fut continué pendant trois semaines. Sous son influence, l'ulcère gagne du terrain, et une salivation abondante se manifeste. Le malade quitte Bordeaux, et vient à Paris réclamer les soins de M. Ricord.

État actuel. — Ulcération à marche et à forme phagédénique simple de la lèvre inférieure, située sur le côté droit, ne dépassant pas la partie moyenne, à surface grisâtre, pultacée, irrégulière, baignée par la salive qui ruisselle de l'orifice buccal. Aucun retentissement ganglionnaire sous-maxillaire. Le malade ne peut entr'ouvrir la bouche à cause de l'état inflammatoire des parties. Il est donc impossible de s'assurer s'il existe sur les replis de la muqueuse buccale d'autres ulcérations. Nous en constatons sur les bords libres de la langue.

Aucune trace d'accidens constitutionnels.

Opiat soufré, limonade nitrique, gargarisme chlorhydrique, solution ferrée en lavage sur la lèvre, suppression de tout traitement mercuriel.

15 avril, la salivation a presque disparu; l'ulcération de la lèvre se recouvre de bourgeons charnus, et marche à la cicatrisation; ses bords se replient et se renversent.

17. Plus de salivation. Le traitement est continué.

20. Le chancre est complétement guéri, et le malade sort.

Cette observation nous donne donc l'histoire d'un chancre phagédénique que les préparations mercurielles ont exaspéré, qui a disparu sous l'influence d'un traitement simple, et qui, après avoir persisté six mois, n'a été accompagné ni suivi d'aucun signe de syphilis constitutionnelle.

Observation II. — Leroy (Pierre), âgé de 56 ans, cordonnier, entré le 13 janvier 1852, salle 1re, n° 11.

En 1839, au mois de janvier, il est admis dans le service de M. Puche, à l'hôpital du Midi, pour un chancre du gland et du prépuce et pour deux bubons. Ces derniers sont ouverts, et M. Puche pratique une inoculation à la cuisse gauche avec le pus du chancre du gland. Ce malade sort non guéri et passe deux mois en ville sans traitement. Il rentre dans le service de M. Ricord. A son arrivée, il présente un chancre à marche serpigineuse sur le prépuce et des chancres ganglionnaires de la même nature aux deux plis de l'aine. Potasse caustique en application; lotions aromatiques. L'inoculation de la cuisse, pratiquée par M. Puche, persiste avec les caractères du chancre serpigineux. Le malade me raconte qu'après avoir passé huit mois à l'hôpital, attendant une guérison qui semblait toujours s'ajourner, il vit enfin, avec une surprise que M. Ricord partagea, une cicatrisation générale s'établir, et se terminer en trois semaines par une guérison complète. Les faits de ce genre ne sont pas très rares à l'hôpital du Midi, et méritent de frapper l'attention du clinicien s'il veut reconnaître la part d'influence qui revient à la nature dans la disparition de symptômes que des traitements méthodiques et des mieux indiqués semblent ne pouvoir modifier.

Le malade sort le 12 mai 1840. Depuis cette époque, jusqu'en 1852, il n'a jamais présenté aucune trace de syphilis constitutionnelle, et qu'on remarque que, soit dans le service de M. Puche, soit dans celui de M. Ricord, il n'a jamais été soumis à des préparations mercurielles; qu'on remarque, en outre, que, pendant dix-sept mois, il a été sous l'influence de chancres serpigineux.

Enfin, il y a trois mois, c'est-à-dire douze ans après les premiers accidens que nous venons de raconter, le malade se coupe la lèvre avec un rasoir. Marié depuis peu à une femme qui, d'après son dire, avait mené une vie peu régulière, il s'oublie dans des baisers lascifs et excentriques. Bientôt un bouton apparaît à l'endroit de la blessure de la lèvre. Ce bouton s'ulcère, suppure et s'indure. Il consulte un médecin qui ordonne un traitement simple. Bientôt les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et se tuméfient. Six semaines après, des taches apparaissent sur le corps, et sont prises par le même médecin pour une affection rubéolique. Des maux de gorge surviennent. Enfin le malade entre à l'hôpital du Midi, d'où il était sorti douze ans auparavant.

Examen. — Cicatrice irrégulièrement découpée siégeant sur le gland, qui a perdu une grande partie de son volume. A la région inguinale gauche, cicatrice occupant toute l'étendue qui sépare l'épine iliaque antérieure de l'épine du pubis. Du côté opposé, cicatrice moins arge, moins étendue. A la partie moyenne de la cuisse gauche, siége de l'inoculation pratiquée par M. Puche, existe une cicatrice de la largeur de la paume de la main. La lèvre supérieure est rouge, tuméfiée, dure, douloureuse, et présente une ulcération à fond grisâtre, lardacée en quelques points, de l'étendue de tout le bord libre de la lèvre, offrant des points en voie de réparation. Si on saisit la lèvre entre les doigts, on constate une induration des mieux caractérisées. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, non soudés, insensibles. Sur toute la superficie du corps existe une syphilide exanthématique, confluente, polymorphe, à forme papuleuse en quelques points, ecthymateuse en d'autres, et présentant au scrotum, dans les plis génito-cruraux, l'aspect de plaques muqueuses.

Traitement par le proto-iodure de mercure.

Cette observation, sur laquelle j'appelle toute l'attention du lecteur, prouve : 1° que le chancre phagédénique à marche serpigineuse ne conduit pas à la vérole constitutionnelle. Le malade, en effet, est resté pendant dix-sept mois sous l'influence de larges ulcérations chancreuses, et n'a présenté, soit pendant, soit après, aucun symptôme de syphilis, bien qu'à aucune époque de sa maladie il n'ait fait usage de traitemens mercuriels.

2° Que, bien que le malade ait eu, pendant dix-sept mois, des chancres, à vaste surface, envahissant le gland et le prépuce, les régions inguinales dans toute leur étendue, sans compter le chancre d'inoculation de la cuisse, qui, lui aussi, a pris la marche phagédénique serpigineuse; cela, dis-je, ne l'a pas mis à l'abri d'une nouvelle infection dix ans plus tard, infection qui, cette fois, a été caractérisée par un chancre induré qui l'a fatalement conduit à une vérole constitutionnelle.

Observation III. Heilmann (Jules), âgé de 22 ans, dessinateur, tempérament lymphatique, entré le 8 août 1851, salle 4, n° 6.

Première affection vénérienne. Il y a trois mois et demi, chancre situé sur la face interne du prépuce. Bientôt la racine du gland fut envahie. Traité à l'hôpital de Lyon, le malade me raconte que son chancre fuyait, en quelque sorte, devant le traitement. Cicatrisé sur un point, il continuait à s'accroître dans un autre. Au bout d'un mois, une partie du dos de la verge fut envahie par la maladie, et bientôt la région pubienne ne présenta qu'une large ulcération. Ici, comme sur la verge, la maladie, débutant par une petite pustule qui s'ulcère, s'étend de proche en proche, se cicatrisant dans les points les plus anciens, et continuant sa marche dans les points opposés. Jamais d'engorgement ganglionnaire.

Etat actuel. — Ulcération en forme de demi-lune, comprenant toute la surface du pubis. Suppuration fétide. Bords irréguliers, découpés, frangés, décollés. Fond gris, pultacé non uniformément. On aperçoit, en effet, des îlots de cicatrice vers la racine du pénis. L'aréole qui entoure les bords est peu prononcée; elle est pâle, décolorée. Le contour de l'ulcère est grisâtre, blafard. M. Ricord fait remarquer que cette teinte des bords et que l'aspect même de l'ulcère semblent annoncer qu'il marche à sa cicatrisation, et que, bien qu'on ait affaire à un chancre phagédénique serpigineux, il faut s'attendre à rencontrer du pus non inoculable.

10 août. Du pus est puisé, à l'aide d'une lancette, près des bords et est inoculé sur le bas ventre, à deux pouces au-dessus du chancre, et sur la racine de la verge, où, comme nous l'avons vu, existe une cicatrice.

16 août. Résultat négatif. Les piqûres ont séché; c'est à peine si on peut reconnaître leurs traces.

L'ulcère marche, du reste, à une complète cicatrisation. Solution ferrée en lotions, et à l'intérieur, huile iodée.

18 août. Presque tout l'ulcère est cicatrisé.

21 août. Le malade sort guéri après quatre mois de maladie, sans présenter aucun symptôme récent ou ancien de syphilis constitutionnelle.

Cette observation, remarquable surtout par la marche qu'a suivie l'ulcère primitif du prépuce, marche qui est le type de celle du chancre serpigineux, confirme encore l'innocuité de cette variété de chancre au point de vue de l'infection.

S'il était encore question de la syphilisation, nous oserions faire ressortir le fait de la guérison rapide, spontanée, survenue en peu de jours après les deux inoculations pratiquées par M. Ricord. Il est de toute évidence que si les inoculations avaient réussi, tous les syphilisateurs, témoins de ce fait, n'auraient pas manqué de leur en attribuer l'honneur; et puisque, au contraire, elles ont été négatives et que le mal a guéri, il est impossible de partager cette illusion. Je m'imagine que les syphilisateurs d'autrefois ont été ainsi bien souvent, malgré eux, dupes de semblables méprises.

Observation IV. Le sieur X..... graveur, né en Belgique, âgé de 29 ans, entré le 31 juillet 1851, salle payante n° 17.

Il y a trois ans, blennorrhagie qui disparaît après six semaines d'un traitement simple. Au mois de novembre 1850, il a des rapports avec une fille suspecte, sur les parties génitales de laquelle il égare assez longtemps l'index de la main droite. A ce moment une légère excoriation provoquée par l'arrachement d'une pellicule de peau existait vers la matrice de l'ongle du même doigt. Le lendemain une inflammation se déclare à ce même endroit. Le malade consulte un médecin auquel il fait part des circonstances que je rappelle et qui conseille l'emploi de cataplasmes et de frictions mercurielles. Une ulcération parfaitement dessinée succède bientôt à l'inflammation. Quelques jours après, l'articulation métacarpo-phalangienne du même doigt se tuméfie et devient le siége d'une ulcération fusiforme, linéaire, à bords frangés et s'étendant dans la direction de la main de bas en haut. Les choses persistaient sans peu d'amendement sous l'influence du traitement mis en usage, quand une troisième ulcération s'établit au niveau du quart inférieur et sur la partie moyenne et dorsale de l'avant-bras. Celle-ci n'était pas encore cicatrisée que les ganglions épitrochléens sont envahis par une quatrième ulcération ayant les mêmes caractères que les précédentes. Ces trois derniers ulcères persistent pendant deux mois et demi et finissent par se cicatriser. Trois semaines après, un engorgement ganglionnaire survient dans la région axillaire. Bientôt une ulcération s'y établit, puis une deuxième, puis une troisième, ainsi successivement jusqu'à neuf. Fort inquiet sur son état, le malade se décide à consulter M. Ricord qui l'admet dans son service.

État actuel. — A la partie interne et supérieure du creux de l'aisselle siégent neuf ulcères dont quelques-uns sont bourgeonnans, fongueux, en voie de guérison, dont les autres offrent un fond grisâtre, pultacé, couenneux, à bords irréguliers décollés. Chaque ulcère est séparé par des portions de peau saine de l'ulcère qui l'avoisine. La peau est livide, blâfarde et offre tous les caractères extérieurs et apparens de la scrofule. Le malade ne présente sur aucune partie du corps aucun signe de syphilis constitutionnelle, bien que le chancre qui a donné lieu à tous les désordres que nous venons de raconter, datent de neuf mois.

M. Ricord diagnostique un ulcère spécifique à marche serpigineuse, et annonce que l'inoculation qu'il va en pratiquer sur le malade sera suivie d'un résultat positif.

En conséquence, le 7 août, du pus, puisé sur une des ulcérations à fond gris pultacé, est inoculé à la partie moyenne et palmaire de l'avant-bras droit.

Une seconde inoculation est pratiquée le 14 avec du pus pris sur un des ulcères bourgeonnans, et en voie de réparation.

Cette dernière tentative échoue. La première est suivie d'un résultat complet qui vient ainsi confirmer le diagnostic établi par M. Ricord.

Description de la pustule d'inoculation, examinée le 18 août :

Ulcère reposant sur une base très peu épaissie, sans induration; un peu d'œdème sub-inflammatoire; fond gris, adhérent, formé par la membrane pyogénique spécifique; forme arrondie; bords à pic, serretés, légèrement décollés, renversés, donnant à l'ulcération la forme infundibuliforme, recouverts d'une couche grisâtre, et entourés d'une aréole peu étendue, mal définie, rouge, érysipélateuse, à teinte sombre;

suppuration peu abondante; ulcération sans démangeaison ni douleur, de la largeur d'un gros pois.

19 août, L'ulcération est touchée avec l'acide nitrique mono-hydraté.

25. Elle est éteinte, morte, affaissée. La rougeur a disparu.

Des lotions sont faites avec la solution ferrée sur les divers ulcères de l'aisselle; quelques-uns sont touchés avec l'acide nitrique, et le malade quitte l'hôpital, après un séjour de trois semaines, sans présenter aucune trace de syphilis constitutionnelle.

Cette observation curieuse et remarquable à bien des titres nous initie à l'histoire d'un chancre à marche serpigineuse, gagnant successivement, et contrairement aux lois de la déclivité, la main, l'avant-bras, le coude et enfin le creux axillaire, sans que sa marche envahissante ait été un instant interrompue ou arrêtée par les diverses préparations mercurielles mises à différentes fois en usage. Cette observation confirme encore l'action purement locale de cette forme de l'ulcère primitif et son inoculabilité après huit mois d'existence.

Les adversaires quand même des doctrines que nous défendons en nous appuyant, comme on le voit, sur l'observation clinique, seront peut-être tentés de trouver dans le fait précédent la preuve contraire de ce que nous voulons établir et considéreront, comme symptômes non douteux de syphilis constitutionnelle, les divers accidens qui, après le chancre du doigt, se sont successivement produits à la main, à l'avant-bras, au coude, à l'aisselle. Mais nous, qui, autant que possible, appliquons à la pathologie spéciale les données que nous avons apprises dans l'étude de la pathologie ordinaire, ne voyons, dans l'apparition successive de ces diverses lésions, qu'un fait de continuité provoqué par une angioleucite spécifique. De plus, nous n'avons jamais vu la syphilis constitutionnelle suivre une semblable marche et nous ne pouvons comprendre qu'une diathèse se circonscrive ainsi sur un membre, à l'exclusion du reste de l'organisme, surtout quand cette diathèse a, comme la syphilis, pour caractère essentiel de se généraliser.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 28 Mars 1855. — Présidence de M. le docteur BRICHETEAU.

Sommaire.— Observation de perforation multiple de l'œsophage, lue par M. Vigla. Discussion : MM. Marrotte, Roger, Béhier, Moutard-Martin, Delasiauve, Vigla. — Lecture, par M. Aran, d'une note sur le nommé Groux. Nomination d'une commission. — Observation de névrose, par M. Béhier.

M. VIGLA lit une observation de perforation multiple de l'œsophage, qui communiquait avec la trachée, la bronche gauche et le tissu cellulaire prévertébral. (Voir plus haut, article : *Clinique médicale.*)

M. MARROTTE : Dans l'observation qui vient de nous être lue, l'arrêt d'un corps étranger dans l'œsophage n'a-t-il pas précédé tous les accidens? et n'en est-il pas la cause?

M. VIGLA : C'est au commencement de l'année 1854 que les accidens ont débuté; la difficulté à avaler et la douleur ont toujours été en augmentant depuis cette époque, et c'est seulement dans le mois de décembre que l'accident a eu lieu. Il n'a donc pu que hâter les progrès de la maladie, et sa terminaison fatale.

M. ROGER : Le traitement proposé par M. Vigla est certainement rationnel et appuyé sur quelques exemples; mais dans les faits cités par Mondière, dans son intéressant mémoire, ne s'agit-il pas plutôt de rétrécissemens de l'œsophage que d'ulcérations?

M. VIGLA : Je crois que dans quelques cas il s'agissait d'ulcérations de l'œsophage; en les étudiant attentivement, on reconnait qu'il n'existait pas dans tous les faits qu'il cite, un rétrécissement de l'œsophage; et d'ailleurs, en admettant même le rétrécissement, ne serait-il pas causé par une ulcération? C'est probablement dans des cas de cette nature que son traitement a réussi.

M. BÉHIER : Étant interne, j'ai observé, à l'hôpital des Enfans, un fait de fistule œsophago-pulmonaire dans un cas où il survint une gangrène pulmonaire qui amena l'ulcération des parois de l'œsophage et l'ouverture du foyer gangréneux dans ce canal; il y eut vomissement avec odeur gangréneuse bien caractérisée. Depuis cette époque, j'ai observé deux cas, dans l'un desquels le traitement a parfaitement réussi; il s'agissait, les deux fois, d'ulcération consécutive à l'ingestion de potasse; l'un des deux malades succomba promptement; quant au second, qui, âgé de 20 ans, avala de l'eau seconde pour se suicider, il fut traité à l'hôpital pendant six semaines, il sortit guéri et mangeant facilement; quatre mois plus tard, il ne pouvait plus avaler et rentrait dans mon service; probablement chez lui, il s'était produit une ulcération superficielle, consécutive à la chute de l'escarre, déterminée par la cautérisation de l'œsophage, puis, la cicatrice, se consolidant, s'était rétractée. Nous introduisîmes des sondes de calibre progressivement croissant; petit à petit la dilatation se produisit; et enfin on introduisit des sondes d'un fort calibre; le malade finit par pouvoir avaler librement. Dans ce fait, nous avons observé quelque chose d'analogue à ce qu'a décrit M. Vigla, il s'était formé un commencement de fausse route, une sorte de *diverticulum* dans lequel le bec de la sonde s'engageait fréquemment; il fallait alors la retirer et l'introduire de nouveau avec précaution.

M. MOUTARD-MARTIN : L'observation que vient de communiquer M. Béhier m'amène à rappeler ici une observation que j'ai publiée dans les Bulletins de la Société anatomique, et qui a été reproduite entièrement dans le mémoire de M. Vigla. Une jeune femme, voulant s'empoisonner, avait avalé de l'acide nitrique, il en était résulté une cautérisation de toute la longueur de l'œsophage, puis il s'était fait une cicatrice qui avait amené un rétrécissement du calibre œsophagien assez prononcé pour que la malade ne put rien avaler; on fut obligé d'introduire constamment une sonde d'un très petit calibre au moyen de laquelle on injectait dans l'estomac du bouillon et du lait. La malade avait pris l'habitude de s'introduire elle-même la sonde, et de s'injecter ses boissons alimentaires. Un jour, elle éprouva un peu plus de peine que d'habitude à introduire la sonde et elle injecta, néanmoins, environ un demi-litre de lait; elle ressentit immédiatement une vive douleur dans le côté droit de la poitrine; survinrent des frissons, de la fièvre, et, enfin, elle entra à l'Hôtel-Dieu, où je la vis. La douleur de côté était extrême, la fièvre intense, la matité remontait jusqu'à la partie moyenne de la poitrine; égophonie. Tous les accidens augmentaient rapidement, et le troisième jour la malade succomba. A l'autopsie nous trouvâmes un rétrécissement considérable de l'œsophage, dont les parois étaient comme lardacées, et, dans un point de ce conduit, une perforation communiquant avec la cavité pleurale, dans laquelle nous trouvâmes encore du lait mélangé de fausses membranes et de pus. Au pourtour de l'ouverture œsophagienne de la perforation, existait une érosion parfaitement distincte, probablement causée par l'action fréquente de la sonde sur ce point, on peut dire que, petit à petit, il s'est produit d'abord une ulcération, puis une sorte de petite poche dans laquelle la sonde s'étant engagée a déterminé la perforation qui a amené la mort.

M. DELASIAUVE : J'approuve complétement ce qu'a dit M. Vigla de la possibilité de traiter les rétrécissemens de l'œsophage. Car, souvent ils peuvent être causés par des ulcérations comme dans les autres points de l'intestin, et les ulcérations peuvent être traitées. J'ai vu, avec M. Velpeau, un malade qui avait un rétrécissement, de l'œsophage; nous avons cautérisé avec l'alun, nous n'avons pas fait disparaître le rétrécissement, mais le malade avale bien les solides, et difficilement les liquides. M. Delasiauve remarque, sur le dessin qu'a présenté M. Vigla, que le point où commence la fausse route est situé bien bas; il n'est pas rare dans les services d'aliénés où l'on est souvent obligé d'introduire la sonde œsophagienne chez des malades indociles, de voir des fausses routes, mais c'est toujours à la partie supérieure de l'œsophage, dans un point parfaitement déterminé, qu'elles se produisent. Il est donc évident que, dans le fait observé par M. Vigla, la fausse route a été consécutive à une lésion des parois de l'œsophage.

— M. ARAN, après avoir lu à la Société une note publiée dans l'UNION MÉDICALE, numéro du 29 mars, sur le nommé Groux, chez qui l'absence congéniale du sternum permet d'étudier les battemens du cœur, présente cet homme à la Société, qui nomme une commission chargée de lui faire un rapport circonstancié sur ce fait intéressant.

Sont nommés membres de la commission : MM. Aran, Monneret, Béhier, Hérard, Beau, Bouvier.

— M. BÉHIER lit l'observation suivante :

Une dame âgée de 42 ans, mère de cinq enfans, petite, à formes grêles, d'un tempérament nerveux, atteinte à plusieurs reprises de fièvres intermittentes, a été prise, il y a deux ans, d'une douleur vive revenant plus souvent et plus particulièrement après le repas, mais à une distance variable du moment de l'ingestion des alimens; tantôt, en effet, c'était peu après le repas, tantôt à la fin de la digestion, que se manifestait la douleur. Celle-ci occupait et occupe encore, lorsqu'elle se reproduit, non pas l'épigastre ou l'hypochondre droit, mais un point placé en dehors de la mamelle droite, et un peu au-dessous d'elle; de là elle s'irradie dans tout le côté correspondant de la poitrine, à l'épigastre, dans tout le côté droit du cou et dans le bras droit. Elle est constante une fois qu'elle a commencé, et ne se compose pas d'élancemens séparés par des intervalles de repos. Elle ne cesse pas d'ordinaire brusquement, mais assez graduellement.

Rares d'abord, ces crises de douleur se sont rapprochées sans présenter aucune trace de périodicité dans leur intermittence. D'abord nées après les repas, elles se sont reproduites sous l'influence des mouvemens un peu suivis, comme, par exemple, lors de l'action du bras pour toucher du piano, et surtout elles sont déterminées par des influences assez étranges. C'est ainsi que Mme X... est prise de douleurs violentes et d'une véritable attaque de son mal au moment où elle met dans sa bouche une substance acide et sucrée, comme, par exemple, des confitures de groseilles, du baba glacé au rhum. La susceptibilité contre ces substances est devenue même telle que leur vue seule, lorsqu'elles sont placées sur une table, détermine souvent des douleurs. Il faut ajouter que la malade, très spirituelle, très intelligente, et qui éprouve un vif désir de guérir, très incommodée qu'elle est de ses souffrances, n'exagère rien et n'est nullement sous le coup de son imagination.

Cette singulière névralgie se rattache et à la névralgie intercostale et à l'angine de poitrine par de certains côtés. Cependant elle n'est nullement augmentée ou calmée par la pression, et elle ne gêne pas sensiblement la respiration.

On a essayé infructueusement contre elle les narcotiques à l'intérieur, la belladone, les pilules de Méglin, le sous-nitrate de bismuth, l'eau de Vichy.

A l'extérieur, les frictions d'opium et de belladone, la morphine par la méthode endermique, qui semblait un moment efficace pour être inutile bientôt après.

En ce moment, les lotions d'eau froide sur toute la surface du corps semblent modifier avantageusement la constitution et modérer un peu la douleur.

M. Béhier a cité ce fait à cause de la singularité de la forme que présentent la douleur et ses irradiations, et aussi à cause de la bizarrerie des influences capables de réveiller la sensation douloureuse, mais sans vouloir y donner un titre, ne sachant au juste comment la qualifier.

Le secrétaire, E. MOUTARD-MARTIN.

PRESSE MÉDICALE.

DES CAS QUI CONTRE-INDIQUENT LA CHLOROFORMISATION; par le docteur CLEMENS, de Francfort. — Ce sont : 1° l'idiosyncrasie chloroformique; 2° le contraire, la faim chloroformique; 3° l'épuisement de la moelle épinière; 4° l'estomac surchargé; 5° les lésions du système vasculaire; 6° les différentes formes de l'hystérie vraie. Ce sont surtout les trois premiers points que l'auteur considère.

1° *Idiosyncrasie chloroformique.* — Ce sont les personnes qui, dès les premières inspirations, éprouvent la plus grande répugnance, une véritable horreur du chloroforme, le repoussent de toutes leurs forces, et tomberaient dans un profond collapsus si on persistait. Le docteur Clémens en rapporte deux cas très instructifs : dans l'un, il s'agissait de la désarticulation d'un doigt; dans l'autre, de l'excision d'excroissances sur le frein et le prépuce. Le chloroforme fut repoussé après quelques inspirations, et l'opération faite sans narcotisation; les deux fois il est survenu tout d'un coup une syncope des plus profondes et des plus persistantes. Que seraient devenus ces malades, si on avait chloroformisé? La petite quantité que les premières inspirations avaient absorbée avaient augmenté l'excitabilité réflexe de la moelle, au lieu de l'émousser.

2° La *faim chloroformique* se montre chez les individus qui ne peuvent en inspirer assez, qui en demandent toujours encore, et en consomment des quantités énormes, sans tomber dans le véritable sommeil. En allant jusqu'au bout, on met la vie en danger.

3° L'*épuisement de la moelle* n'a pas encore été signalé. On connaît bien l'action du chloroforme sur ce centre nerveux; les crampes, la paralysie du cœur, la syncope mortelle en dérivent. Tout ce qui trouble et entrave l'innervation de la moelle contre-indique le chloroforme, et parmi ces causes, il faut mettre en première ligne les excès vénériens. On a déjà cité des cas isolés de filles publiques, de crétins, d'onanistes qui ont succombé au chloroforme; M. Clémens a complété ces cas par des expériences sur des animaux. Il a toujours vu que le coït, surtout répété avant la narcotisation, entraînait la mort beaucoup plus rapidement que la réplétion le plus immodérée de l'estomac. Des cabiais, des lapins, des chiens succombaient alors plus vite et avec des doses bien moindres, quoique, chose singulière, le sommeil n'arrivât pas, ou difficilement ou incomplètement. L'expérience est encore plus probante chez les grands insectes; chez nos papillons et nos scarabées, il fallait seulement la moitié du temps pour les tuer, après le coït qu'avant, cinq à six heures, au lieu de dix à douze.

La faiblesse par inanition, par fatigue musculaire et par les pertes sanguines n'est pas aussi dangereuse que celle par l'acte vénérien; les pertes sanguines s'en rapprochent encore le plus. — (*Archiv. f. phys. Heilk.*, et *supplém. au Wiener med. Wochenschrift*, 1855, n° 18.)

DES KYSTES OVARIQUES. — Les cas dans lesquels le point de départ des kystes se trouvait évidemment dans les follicules de Graaf, sont rares; c'est pour cette raison que le professeur Rokitansky a publié l'observation suivante : Femme de 26 ans; premier accouchement à la fin de 1853; symptômes d'une nouvelle grossesse huit mois après; trois mois plus tard, hémorrhagie utérine qui continue, avec fièvre, douleurs, etc.; expulsion d'une môle hydatidique de trois livres; symptômes de résorption purulente; mort six semaines plus tard.

Autopsie : Les deux ovaires étaient un assemblage de kystes de la grandeur d'une cerise à une noix, le plus souvent serrés; quelques-uns étaient enchassés dans un tissu connectif assez abondant (le stroma de l'ovaire). Par ci par là, existait un follicule de la grandeur d'un chènevis, d'un pois à une fève. Beaucoup de ces kystes, surtout les périphériques, renfermaient un caillot sanguin, mou, arrondi, d'un brun-rouge sale, sur la surface duquel existait une couche de fibrine pure. L'un des kystes était rompu, déchiré; les bords de la rupture linéaire, assez considérable, étaient retroussés en dehors. Outre quelques coagulums sanguins, ce kyste était tapissé d'une couche jaune sale, qui donnait au tout l'aspect d'un corps jaune. Un autre kyste renfermait une vessie, à parois extrêmement minces, affaissée, finement granulée et présentant des élémens de la membrane granuleuse. Les follicules entre les kystes laissaient échapper un liquide incolore ou vert-brunâtre, avec des flocons membraneux, qui n'étaient que les débris d'une membrane granuleuse, dont les élémens renfermaient de nombreux globules graisseux. Dans tous on retrouvait l'ovule ramolli, très trouble, facile à désagréger; la zone pellucide n'était plus nettement bornée extérieurement dans la plupart d'entre eux, et dans tous, à l'exception d'un seul, la vésicule germinale avait disparu.

Ce cas est intéressant :

1° Parce qu'il montre, avec la plus grande probabilité, que des kystes ovariques peuvent provenir de follicules de Graaf; car

a. Ce sont des kystes simples, à une loge, nichés dans le stroma de l'ovaire;

b. Ils ont toutes les gradations de grandeur, depuis le follicule jusqu'au kyste de la grosseur d'une noix;

c. Jusqu'à leur développement à la grandeur d'une fève, la présence de l'ovule les caractérise comme des follicules.

2° Par le grand nombre des follicules malades et la symétrie de la dégénérescence des deux ovaires, altération qui ne remonte probablement pas au delà de la grossesse môlaire de quatre mois.— (*Wochenbl. d. zeitschr. de K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 1.)

COURRIER.

L'état de la santé publique n'a jamais été plus satisfaisant qu'il ne l'est en ce moment à Paris. Le nombre des malades a diminué dans de telles proportions, qu'il a été possible d'enlever tous les lits supplémentaires qui avaient été placés dans les salles des hôpitaux.

Quelques cas de choléra se sont déclarés à Venise et dans la province de Padoue. Mais, d'après des renseignemens datés du 8 juin dernier, ce commencement d'épidémie s'était complétement arrêté.

— Des recherches bibliographiques, avec un recueil d'observations cliniques pour servir à l'étude des indications et contre-indications des *Eaux minéro-thermales de Bagnoles-de-l'Orne*, viennent d'être publiées par le docteur S. Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique. Cette notice, œuvre de conscience, mérite à tous égards de fixer l'attention des médecins et des malades (1).

(1) On la trouve à Paris, à la librairie de Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine, et à la pharmacie Paquet, 34, rue Laffitte, où on la distribue gratuitement.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 73. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 21 Juin 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 JUIN 1855.

DE L'IDENTITÉ DU RÊVE ET DE LA FOLIE.

II.

Avant de traiter le point de doctrine qui va faire le sujet de ce second article, nous devons dire l'impression qu'a produite l'argumentation si nette, si énergique, si vraie de M. Baillarger sur les classifications et la nature physiologique du délire. Après avoir entendu cet honorable confrère, il sera difficile de nier les progrès de la médecine mentale. Cette argumentation avait été précédée d'un discours bien écrit et bien pensé de M. Ferrus, en réponse aux attaques de M. Bousquet. Justice ainsi rendue à qui de droit, nous entrons en matière.

Il n'est pas de parallèle qui prête plus à l'illusion que celui du rêve et de la folie. Aussi n'est-il pas étonnant que des esprits distingués aient conclu à l'identité de ces deux états. Les ingénieuses expériences faites avec le haschich et racontées d'une manière très pittoresque par M. Moreau, ont dû nécessairement l'entraîner dans cette direction. Pour moi, je trouve si délicat de chercher à pénétrer la nature intime de l'homme à l'aide de substances introduites dans son économie, ou d'expériences faites sur les animaux, et cette doctrine me paraît avoir de telles affinités avec celle de la chimie organique, qui nous promettait une nouvelle édition de la création, que je laisse entièrement ce sujet de côté. Certaines propositions, par l'espèce de répulsion qu'elles font naître, ne prouvent-elles pas qu'il y a au fond des cœurs, d'après la remarque profonde de M. Bousquet, « comme une prescience de la vérité? C'est un témoignage intérieur, un cri de la raison qui dépose pour elle-même contre les piéges que lui tend l'esprit de système. »

Cette protestation, je la faisais, il y a quelques années, dans la deuxième édition des *Hallucinations*. « Si l'opinion de l'identité des rêves et de la folie était admise, écrivais-je à cette époque, il en résulterait que personne n'échapperait à la folie, car ceux qu'elle aurait épargnés durant le jour, en seraient plus ou moins atteints pendant la nuit. L'absolutisme de cette proposition en est la meilleure réfutation. Le rêve, dans l'immense majorité des cas, est un état purement psychologique; il se présente comme la continuation de l'action du principe intelligent, et il suffit, pour s'en convaincre, de rapporter les exemples nombreux d'ouvrages, de plans, d'actes conçus et exécutés pendant le sommeil. On peut donc poser en principe que les rêves doivent être divisés en deux sections, suivant qu'ils sont physiologiques ou pathologiques. » Je suis heureux de voir cette opinion partagée par un médecin aussi bon observateur des faits physiques que des phénomènes intellectuels; voici ses paroles, dans le dernier numéro d'un de nos meilleurs recueils mensuels : « Le rêve est un état physiologique comme la passion, qui n'entretient avec l'état pathologique qu'on appelle folie, qu'un rapport assez éloigné. »

M. Bousquet, qui s'est élevé avec force contre la réunion du rêve et de la folie, a présenté plusieurs argumens de valeur à l'appui de sa thèse; nous aurions vivement désiré qu'il se fût servi de son habileté à analyser les faits moraux pour pénétrer plus avant dans le domaine des rêves. Nul n'était plus apte que lui à traiter la question si capitale de la persistance, de l'identité de la personnalité et de la permanence de la conscience, au milieu de l'état nouveau créé par le changement des organes. Nous allons essayer de suppléer à cette lacune en nous aidant de l'excellent mémoire de M. Albert Lemoine *sur le sommeil au point de vue psychologique* et du rapport si lucide, fait par M. Lélut à l'Académie des sciences morales et politiques, sur le travail du savant Nantais.

Comme le remarque avec beaucoup de justesse M. Collineau, dont les connaissances psychologiques se cachent en vain sous une grande modestie, la mémoire agit dans le songe sans le secours des sens; dans la folie, au contraire, tous les sens peuvent agir. Dans la folie, l'individu peut agir physiquement sur les faits réels, tandis que, dans les rêves, il ne peut agir que mentalement sur les sujets de la pensée. Il est hors de doute que l'état de repos du corps, constitué par la cessation plus ou moins complète des fonctions desorganes des sens, du mouvement, de la prédominance de la vie végétative dont les impulsions ne sont plus contrôlées, met l'esprit dans des conditions différentes de l'état de veille; cesse-t-il, néanmoins, pour cela d'être lui-même, tombe-t-il dans les égaremens de la folie? C'est ce qu'il importe d'examiner.

A son tour, l'esprit ne peut, sans cesser d'être lui-même, se montrer toujours actif, s'exercer sans cesse sur une même suite d'idées; il a besoin, pour se reposer, d'errer sur une succession d'idées de plus en plus différentes, et qui n'exigent pas de sa part une grande contention; aussi est-il démontré que, dans le sommeil attentif, le pouvoir et la volonté sont généralement faibles. C'est là le but du rêve; l'esprit se détend alors, comme il le fait dans les rêveries de la veille. Mais ici une distinction fort importante doit être faite entre la rêverie du repos et celle des penseurs, qui n'est que l'attention portée à son plus haut degré. M. Bousquet a eu raison d'objecter que si Newton a brûlé le doigt de sa maîtresse, c'est que sa volonté était nulle d'une part, tandis qu'elle était trop forte d'une autre. La méditation et la réflexion ne sont pas de ces états d'instinct auxquels on se laisse aller malgré soi.

Cette distinction entre les deux rêveries, tout aussi fondée que celle de l'état convulsif dû aux hémorrhagies cérébrales et des convulsions déterminées par l'anémie, a une grand importance pour la théorie et la pratique. La rêverie de la fatigue est celle qui permet au cerveau de se reposer; elle est extrêmement favorable aux rêvasseries, aux hallucinations morbides, et c'est à elle que s'applique la doctrine de la détente de l'attention que M. Baillarger a soutenue avec talent, mais qu'il a trop généralisée en l'étendant à toutes les hallucinations. Un ami qui nous est bien cher, M. Alfred de Vigny, nous écrivait, à l'occasion de notre mémoire sur l'ennui : « Il y a deux sortes de rêveries, celle des faibles et celle des penseurs. Oui, la rêverie mène au vague des idées les pauvres âmes qui ont le désir de la pensée et qui sont amoureuses d'elle sans pouvoir l'atteindre et lui trouver une forme solide et complète. Certes, son labyrinthe est dangereux à ceux qui n'ont pas l'œil assez sûr et le pied assez ferme pour y trouver leur chemin. Mais la rêverie est le prélude des grandes créations pour les âmes qui portent la retraite, comme saint Jérôme, plus fort au sortir du désert qu'il n'y était entré, et reparaissant tout armé et cuirassé de ses grands livres chrétiens. Pour lui, pour saint Jean Chrysostome, pour Descartes, pour Malebranche, pour Dante, pour Milton, pour Spinosa, la rêverie est force, puissance, santé, et même assez souvent longévité. Pour eux, la solitude est sainte. »

Meister, dans ses *Lettres sur l'Imagination* (Paris, an VII), a aussi signalé ce pouvoir créateur de la rêverie. Après avoir indiqué l'état mitoyen entre la veille et le sommeil qui suit ou précède communément le repos et est quelquefois aussi le résultat d'une méditation très prolongée sur le même objet, il décrit les scènes fantastiques, les véritables fantômes qui ont lieu dans cette situation, par la seule puissance de l'imagination. « Je suis persuadé, dit-il, que les amans, les prophètes, les illuminés, les Swédenborgistes, doivent aux illusions dont cette manière d'être nous rend susceptibles, toutes les merveilles de leurs pressentimens, de leurs visions, de leurs prophéties, leurs entretiens avec les intelligences célestes, leurs voyages dans les cieux et dans les enfers; en un mot, toutes les extravagances et toutes les superstitions de leurs contagieuses rêveries. Mais je ne craindrais pas de dire aussi que c'est peut-être dans cette même situation que les hommes de génie ont conçu les beautés les plus originales de leurs ouvrages; que le géomètre a trouvé la solution du problème qui l'avait embarrassé le plus longtemps; le métaphysicien, le premier aperçu du plus ingénieux de ses systèmes; un poète, le beau vers qui le fuyait; un musicien, le plus expressif et le plus brillant de ses motifs; l'homme d'Etat, la ressource décisive que toutes les lumières de son expérience n'avaient pu découvrir encore à la pénible attention de ses calculs; un général d'armée, ce coup d'œil vaste et rapide qui fait le sort d'une bataille et garantit la victoire. » Il est impossible de mieux établir les différences de ces deux sortes de rêveries et de prouver qu'en tout il faut éviter les extrêmes.

On a objecté contre le rêve, si justement nommé le repos de l'esprit, qu'il manquait très souvent et qu'une foule de personnes se réveillaient sans avoir rêvé. Cette objection n'est pas fondée. Une expérience décisive ne laisse aucun doute à cet égard; si vous êtes entouré d'individus qui dorment et si le sommeil ne peut approcher de vos paupières, vous serez témoin de gestes, de paroles, d'actes qui sont autant d'indices révélateurs des rêves, et il suffira de les rappeler à ceux qui prétendent n'avoir rien éprouvé pour les mettre sur la voie. Cet oubli du rêve, dans le sommeil, n'est pas plus extraordinaire que ce qui a lieu dans l'état de veille, où l'on ne se rappelle pas à la fin de la journée la centième partie des pensées qui s'y sont produites.

Pendant le rêve, l'esprit ne saurait s'affranchir des liens qui l'unissent au corps, aussi a-t-il des impressions; mais les organes, par le relâchement de leurs rouages, leur engourdissement, ne peuvent lui fournir que des matériaux incomplets, informes, mauvais; il n'en continue pas moins son travail de composition d'unité, de simplification, et avec ces matériaux qui, sans lui, seraient épars, il fait un tout moitié vrai, moitié faux, d'un aspect, souvent très bizarre ou entièrement chimérique, auquel il croit, et c'est là son erreur, mais qui n'en est pas moins sa création; d'ailleurs, de ce désordre même, dans plus d'une occasion, il tire un tout parfait, coordonné.

Quelque obsédé que soit l'esprit par ces créations fantastiques, qu'il accepte comme vraies, malgré la confusion qu'il fait du temps et de l'espace, on observe un fait capital indiqué par M. Lemoine, c'est le sentiment de la continuation et de l'identité de la personne et de la conscience, caractère qui établit une ligne de démarcation tranchée entre le rêve et la folie. L'homme qui alors est le jouet des événemens les plus étranges, qui assiste à sa propre mort, subit les métamorphoses les plus incroyables, n'en a pas moins la conscience qu'il est toujours lui-même, et, ce qui n'est pas moins remarquable, il a une répugnance invincible pour le mal; il ne veut participer à aucune action coupable; et s'il est spectateur forcé d'un crime, il en éprouve une agitation extrême, et adresse les remontrances les plus vives à ceux qui l'ont commis. On retrouve dans son esprit, suivant l'expression de l'auteur du mémoire cité, le même amour du vrai que dans l'état de veille, et dans son cœur le même sentiment du bien.

Il n'en est pas ainsi dans la manie, la monomanie et la démence où ces sentimens sont méconnus, altérés ou faussés.

Mais l'esprit ne vit pas toujours dans un monde de chimères, il peut donner au rêve une valeur qui l'assimile aux créations de l'état de veille et qui, dans plus d'une circonstance, l'ont emporté sur elles.

On y constate alors l'exercice de la volonté, de l'attention, du jugement, de l'association des idées et des autres opérations intellectuelles. Parmi les faits de ce genre, nous mentionnerons les suivants. Un propriétaire écossais était poursuivi en justice pour une somme considérable d'argent, provenant des arrérages accumulés d'une dîme, dus, disait-on, à une famille noble. Après des recherches multipliées, le terme fatal étant près d'expirer, le débiteur, malgré sa conviction que le paiement avait eu lieu, se disposait à partir pour arranger son affaire aux conditions les moins onéreuses possibles. Il se mit au lit dans cette disposition d'esprit; à peine était-il endormi, qu'il vit son père mort depuis quelques années lui apparaître et lui demander les motifs de son trouble. M. R... lui raconta la demande qui lui était faite et la persuasion où il était que la dîme avait été rachetée. Mon fils, lui répondit le fantôme, vous avez raison. Les papiers relatifs à cette transaction sont dans les mains de M..., avoué, retiré depuis longtemps des affaires. Comme il pourrait l'avoir oublié, vous lui rappellerez que lorsque je vins pour régler mon compte, il s'éleva une difficulté sur une pièce d'or de Portugal, et que nous convînmes de boire la différence à la taverne.

A son réveil, M. R..., l'esprit plein de son rêve, courut chez l'ancien avoué. Tout se passa comme son père le lui avait dit, et il put porter au tribunal les documents nécessaires au gain de son procès, qu'il était sur le point de perdre. (Abercrombie, p. 288.)

Voltaire raconte qu'il rêva un jour le premier chant de la *Henriade*, autrement qu'il l'avait composé. Frappé de cette singularité : « J'ai dit en rêvant, écrivait-il, des choses que j'aurais dites à peine dans la veille; j'ai donc eu des pensées

réfléchies malgré moi et sans y avoir la moindre part. Je n'avais ni volonté ni liberté, et cependant je combinais des idées avec sagacité et même quelquefois avec génie.

L'illustre Bossuet, dans l'oraison funèbre d'Anne de Gonzague, tire tout son plan de conversion d'un songe mystique qu'elle eut. Condorcet a écrit qu'il lui est souvent arrivé, après avoir passé plusieurs heures à des calculs difficiles, d'être obligé de les laisser inachevés pour s'aller reposer. Différentes fois, dans ses rêves, le travail s'est terminé de lui-même, et les corollaires se sont présentés à son esprit. Franklin rapportait à Cabanis que les combinaisons politiques qui l'avaient embarrassé pendant le jour se débrouillaient fréquemment durant ses rêves.

On sait qu'il y a des songes qui se répètent pendant plusieurs nuits avec une extrême fidélité. A l'époque où ils étaient considérés comme une révélation divine, il n'est pas étonnant que des individus, poursuivis par des rêves aussi bien circonstanciés, aient fini par les adopter comme une vérité et aient persuadé à leurs semblables que ces visions avaient une cause réelle.

Il y a dans les rêves un phénomène qui nous paraît tenir à l'inaction presque complète des organes, et dans lequel l'esprit nous paraît avoir une grande part. Un dormeur entend un bruit, perçoit une sensation tactile. A l'instant même l'imagination fournit une explication complète de cette interruption du sommeil, suivant le cours des idées présentées par le rêve. Si un orateur prononce son discours en dormant, le bruit devient celui des applaudissemens de son auditoire supposé. Le cours des idées, pendant le sommeil, présente une intuition si rapide, qu'elle nous fait songer, ajoute Walter Scott, à la vision dans laquelle Mahomet vit toutes les merveilles du ciel et de l'enfer, quoique l'eau contenue dans le jarre, renversée quand son extase commença, ne fut pas encore complètement écoulée lorsqu'il reprit l'usage de ses facultés intellectuelles. Cette interprétation peut avoir également lieu pour les faits pathologiques. Le savant Conrad Gesner rêva une nuit qu'il était mordu au côté gauche de la poitrine par un serpent, et une lésion grave et profonde ne tarda pas à se manifester dans cette même partie; c'était un anthrax qui se termina d'une manière funeste au bout de cinq jours.

En soutenant que les rêves étaient le plus ordinairement un état physiologique, j'ai ajouté qu'on les observait aussi dans des conditions pathologiques. La veuve Schoul... entend pendant trois nuits une voix qui lui dit : *Tue ta fille*. Elle résiste d'abord et chasse cette pensée en s'éveillant; mais l'idée ne tarda pas à devenir fixe; elle ne disparaît pas avec la veille, et, quelques jours après, la malheureuse mère immole son enfant.

M. Baillarger, qui a prêté le secours de son talent à la théorie de M. Moreau, toutefois avec des restrictions plus marquées dans son second discours où il s'est surtout attaché à signaler les analogies, avait particulièrement insisté, dans le premier, sur la suppression des idées intermédiaires qui corrigent ou font repousser les conceptions erronées. Le procès fait par M. Bousquet à l'automatisme de l'intelligence, et auquel M. Baillarger a répondu d'une manière très remarquable, sans toutefois me convaincre (car il est convenu lui-même que sur le terrain de la psychologie on pouvait différer d'opinion), m'a rendu très circonspect sur le sens à donner aux idées intermédiaires; si cependant je ne me suis pas trompé dans l'interprétation qu'il faut y attacher, je crois que les exemples précédens établissent un enchaînement parfait dans toute la série de ces songes. Il y a d'ailleurs un livre qui a pour titre le *Rêve et la vie*, trouvé sur un écrivain d'un immense talent, d'une imagination prodigieuse, qui connaissait bien la folie pour en avoir été visité, et qui en parlait d'une manière très remarquable. Dans ce livre de l'infortuné Gérard de Nerval, il y a des rêves, et il les distingue avec beaucoup de soin de la rêverie, qui sont si bien suivis, où les raisonnemens, quoique planant dans les espaces infinies, sont d'un tel intérêt, d'une telle liaison, qu'il est impossible d'y trouver l'absence des idées intermédiaires; aussi, sur ce point, le savant M. Baillarger n'a-t-il pas changé nos convictions, et nous répétons que si le rêve comparé à la folie peut fournir matière à d'intéressans parallèles, il ne saurait lui être assimilé.

Pour repousser l'identité de ces deux états, nous nous fondons sur les faits suivans : dans le rêve, les organes sont en repos, le mouvement est pour ainsi dire paralysé; dans la folie ils jouissent de leur plein exercice et permettent l'exécution du projet conçu. Le rêve disparaît avec le sommeil, le plus ordinairement il est oublié, les créations chimériques de la folie persistent avec la veille; la continuation de l'identité personnelle, la permanence de la conscience existent dans le rêve; l'individu conserve les notions du juste et de l'injuste; ces sentimens sont altérés ou singulièrement modifiés dans la folie. Les accès de manie, de monomamie, l'état de démence ne sauraient être comparés avec exactitude aux états divers de l'esprit pendant le rêve. Enfin, si la folie n'est pas la plus haute expression du rêve, l'anatomie pathologique de l'aliénation mentale, suivant la remarque de M. Lasègue, n'a plus sa raison d'être, puisque, d'après M. Moreau, le rêve ne relèverait à aucun degré d'une semblable altération.

Dans un troisième et dernier article, si toutefois nous n'avons pas abusé de la liberté grande que nous a laissée notre rédacteur en chef, nous ferons le bilan actuel de la thérapeutique dans les maladies mentales.

A. Brierre de Boismont.

CHIRURGIE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL ET DU CORPS DU FÉMUR;

Par M. Ferdinand Martin, chirurgien-orthopédiste des Maisons impériales d'éducation de la Légion d'Honneur, chirurgien-mécanicien de l'hôtel impérial des Invalides, etc.

(Suite. — Voir les numéros des 12 et 14 Juin.)

Réduction.

Les choses étant disposées ainsi, on amènera la corde du moufle sur le petit béquillon *N* fixé à l'extrémité de la longue attelle *B*. Se servant du béquillon comme d'une poulie de réflexion, on tirera la corde et on exercera ainsi l'extension du membre. *Cette extension sera lente, graduée, et ne devra jamais être portée au point de déterminer de vives douleurs.*

Déjà, dans plusieurs cas, nous avons mis la corde dans les mains du malade, et l'avons chargé de faire l'extension lui-même. Nous avons reconnu que, maîtres en quelque sorte du degré de douleur que pouvait leur causer l'opération, les malades étaient presque rassurés et arrivaient sans souffrance à une extension beaucoup plus considérable que nous n'aurions osé la pratiquer nous-même. Aussi, dans presque tous les cas, nous avons été forcé, par prudence, de la modérer.

Enfin l'extension produite, la corde sera fixée par un nœud au béquillon *N*, et de plus, dans la crainte que le nœud ne vienne à glisser, nous avons ajouté un petit ressort formant pincette, sous lequel on viendra engager la corde à sa sortie du nœud.

Comme, par un effet naturel, les cordes dans un temps donné se relâchent d'elles-mêmes, le degré de l'extension sera vérifié souvent et rétabli au point convenable.

Maintenant, il est facile de reconnaître que, dans l'application et le mode d'action, cet appareil résume et réunit les deux méthodes : *extension continue* et *demi-flexion;* qu'il présente tous les avantages, et est exempt de tous les inconvéniens que nous avons signalés dans chacune de ces deux méthodes.

En effet, nos deux sous-cuisses sont placés l'un à droite et l'autre à gauche, de manière à élargir autant que possible la surface de la contre-extension. Ces deux sous-cuisses, attachés aux boutons de la ceinture d'acier, sont disposés de manière à agir parallèlement à l'axe du corps, c'est-à-dire perpendiculairement à la surface cutanée sur laquelle ils reposent. De plus, le point d'appui de la contre-extension étant très rapproché de la cavité cotyloïde, la traction peut être exercée directement dans le sens de l'axe du fémur.

Nous avons mis, avons-nous dit, le membre dans la demi-flexion : une large courroie, rembourrée et fixée sur la portion jambière des attelles, embrasse la partie postérieure et supérieure de la jambe, et prend le point d'appui de l'extension sur le mollet. Ce point est certainement de beaucoup préférable au coude-pied; car, ici, nous avons une peau moins fine et rembourrée naturellement par une quantité de chairs plus ou moins considérable.

Donc, extension et contre-extension directe exercées dans l'axe de l'os fracturé, immobilité du bassin fixé par les deux sous-cuisses, extension pratiquée sur une surface parfaitement garnie par les chairs de la partie postérieure de la jambe.

D'autre part, nous avons dit que la partie de l'appareil chargée de l'extension étant montée à coulisse sur la longue attelle *B* pouvait, à l'aide du moufle, glisser sur cette attelle et éloigner le point de l'extension de celui de la contre-extension et, par conséquent, produire l'élongation du membre, c'est-à-dire son extension. Donc, enfin, extension très faible ou portée à tel degré qu'on jugera nécessaire, sans jamais déterminer de grandes douleurs.

Toutes les indications nous semblent remplies.

Ainsi, nous sommes parvenu à vaincre toutes les difficultés que Boyer considérait comme des impossibilités; nous avons donc rendu l'extension possible dans le cas de fracture du fémur et, de plus, nous avons choisi la position demi-fléchie pour pratiquer cette extension : attendu que, dans cette position, les muscles présentent moins de résistance à leur élongation et partant à la réduction de la fracture et à la bonne conformation du membre.

La grande simplicité de cet appareil, la facilité avec laquelle il peut être mis en usage et les résultats toujours satisfaisans qu'il nous a donnés en font maintenant, pour nous, l'appareil le plus complet :

Attendu qu'il remplit toutes les indications que peuvent présenter les fractures du fémur;

Attendu que, grâce à lui, il est toujours possible d'apprécier le degré d'extension qui est exercé;

Attendu qu'on peut facilement augmenter et diminuer cette extension et placer le membre dans tel degré de flexion et de rotation que le chirurgien peut désirer.

Ainsi, à l'aide de notre appareil, le chirurgien peut, A LUI SEUL, réduire une fracture du fémur quelle qu'elle soit; il n'a besoin du secours d'aucun aide; il peut d'abord pratiquer l'extension aussi doucement qu'il y aura lieu de le désirer et sans jamais craindre que la fatigue de ses aides ou leur inintelligence ne vienne interrompre l'opération.

L'extension étant suffisante, le chirurgien peut s'occuper tout à loisir de la coaptation et, au besoin, y revenir à plusieurs reprises s'il ne réussit pas de prime-abord.

On a pu remarquer que le membre reste libre et comme isolé au milieu de l'appareil; le chirurgien peut donc l'examiner tous les jours, à tout instant, panser les plaies, s'il en existe, ouvrir les abcès, appliquer des sangsues, des cataplasmes, etc., sans rien déranger de l'appareil. De plus, le membre n'ayant pas été comprimé pendant le traitement, et la circulation ayant conservé toute sa liberté, toute son énergie, le travail de consolidation a dû en ressentir une influence favorable.

Ajoutons que l'appareil une fois appliqué, non seulement le malade peut satisfaire aux besoins naturels sans imprimer le moindre mouvement, le moindre déplacement dans le lieu de la fracture, mais encore qu'il est facile de le changer de lit et même, au besoin, de le transporter à une assez grande distance, sans que le travail de consolidation en soit notablement dérangé.

En parlant du précepte donné par les auteurs de porter l'extension jusqu'à ce que les aspérités des fragmens puissent se dégager et rentrer ensuite les unes dans les autres pour rendre au membre sa configuration primitive, nous avons dit que la résistance du périoste et de l'aponévrose fémorale ne permet pas une élongation suffisante du membre et nous avons promis d'indiquer le moyen d'éluder ces obstacles.

En effet, nous avons rencontré un cas où, bien que l'extension fût portée au degré nécessaire pour rétablir la longueur du membre, les fragmens sont restés placés l'un à côté de l'autre et ne se touchant que par un point de leur circonférence (fig. 8). Le malade a conservé l'appareil pendant tout le temps nécessaire à la consolidation et a guéri, il est vrai, sans claudication, quoique les os n'aient jamais été parfaitement affrontés. Mais, malgré le succès apparent que nous avons obtenu dans cette circonstance, il nous restait un regret et la conviction qu'il y a mieux à faire en pareille occurence. Il fallut donc chercher le moyen de remédier à cet accident s'il venait à se représenter, et nous avons imaginé le procédé suivant :

Fig. 8.

Le membre étant soumis à une extension suffisante, il faut, par une pression latérale, exercée surtout sur le fragment qui fait saillie vers la face interne de la cuisse, chercher à exagérer la grande courbure naturelle du fémur, c'est-à-dire chercher à porter les extrémités des fragmens en avant et en dehors.

Dans ce mouvement, les extrémités de l'os *A B* (fig. 9), étant fixées par l'extension et la contre-extension, ne peuvent se rapprocher et deviennent le centre des mouvemens que chaque fragment pourra exécuter. En effet, si l'on cherche à éloigner le point fracturé de l'axe du membre, chaque fragment *C* et *D* décrira un arc de cercle dont il représentera le rayon et dont le centre sera l'extrémité de l'os *A* ou *B*. Or, comme à mesure que, pour la pression latérale, on écartera les fragmens *C D* d'une ligne fictive *A B*, on éloignera aussi les extrémités de ces fragmens l'une de l'autre et on permettra à leurs aspérités de s'engrener exactement comme le feraient les dents de deux roues d'engrenage. Puis, si l'on abandonne ces os à eux-mêmes, en maintenant l'extension, ils chercheront naturellement à se rapprocher de l'axe du membre et, par conséquent, à reprendre leur position normale *C' D'*. Au surplus, dans le cas où un obstacle quelconque ne leur permettrait pas de reprendre cette position, il sera toujours possible au chirurgien de leur venir en aide et de les y ramener lui-même.

Fig. 9.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Juin 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Les rapports de MM. Battandier et Castel, sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854, dans l'arrondissement de Marennes (Charente-inférieure).

— Un manuscrit intitulé : Considérations sur le choléra épidémique qui a régné à Revel (Haute-Garonne) pendant les mois d'août et septembre 1854, par le docteur Millon, médecin de l'hôpital de cette ville.

— Une série de rapports sur le choléra qui a régné l'an dernier dans le département de la Haute-Saône.

(Commission du choléra de 1854.)

— Un rapport de M. le docteur Lenfant, médecin-inspecteur des eaux minérales de Sail-sous-Couzan (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

— Un rapport de M. le docteur Camparan, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Encausse (Haute-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

— Un rapport de M. le docteur MAGNIN, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bourbonne (Haute-Marne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

(Commission des eaux minérales.)

— Les états de vaccinations pratiquées en 1854 dans l'Ariége, la Haute-Garonne et l'île de la Réunion.

— Les recettes de plusieurs remèdes secrets.

— Un écrit du docteur Alphonse PRÉCY sur trois mois d'exercice de la médecine homœopathique pendant la dernière épidémie de choléra. (Commission du choléra de 1854.)

La correspondance non-officielle se compose des pièces suivantes :

M. SIMONNOT, pharmacien, et le docteur LAGOWSKI envoient un mémoire sur le sparadrap considéré sous le point de vue pharmaceutique et chirurgical. (Comm. MM. Gerdy, Boullay, Bouchardat.)

— M. le docteur CAZALAS, médecin de l'hôpital de l'École militaire à Constantinople, adresse une note sur l'emploi des bains de vapeur dans le traitement du choléra algide. (Comm. du choléra 1854.)

— M. le docteur MONTROL, médecin à Langres (Haute-Marne), sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie, et communique la liste de ses travaux. (Comm. des correspondans étrangers.)

— M. HEURTELOUP adresse un court exposé du procédé à l'aide duquel il convertit la taille par le haut appareil en une plaie simple, en empêchant, pendant la cicatrisation, l'urine de sortir par l'ouverture faite à la vessie.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce que, dans la commission des correspondans étrangers, le bureau a nommé M. Bussy en remplacement d'Orfila.

L'ordre du jour rappelle la discussion sur le rapport fait par M. Bousquet au sujet du mémoire de M. Moreau (de Tours).

M. FERRUS : Le dernier discours de M. Bousquet est plein de courtoisie, de charme, d'érudition. L'est-il également de vérité? Porte-t-il dans toutes ses parties ce cachet de décision et de fermeté qui est le propre des opinions bien arrêtées? Nous ne le croyons pas. Il nous a semblé que depuis sa première communication sur le vitalisme jusqu'au discours prononcé mardi dernier, notre savant collègue a sensiblement modifié l'absolutisme de ses doctrines. Actuellement, la folie n'est plus à ses yeux cette idéale maladie qu'un souffle peut guérir; elle n'est plus aussi nettement séparée de toute nécessité de localisation. Le philosophe tend à s'effacer et à faire place au médecin; mais le médecin laisse voir encore dans ses doctrines une assez grande confusion en ce qui touche les espèces des maladies mentales.

M. Bousquet a cité les noms de Cabanis et de Georget, et il a rappelé que tous deux sont revenus de leurs idées trop organiciennes au sujet de l'intelligence. Il a reproduit la phrase tristement célèbre de Cabanis, où cet auteur prête au cerveau la fonction de sécréter organiquement la pensée. Mais on essaierait en vain de faire une arme contre l'organicisme de cette opinion à laquelle personne n'adhère. Évoquer ce fantôme, c'est agir quelque peu à la façon de ces écrivains opposant sans cesse aux progrès successifs des institutions politiques le spectre des révolutions pour effrayer les esprits timides. La formule de Cabanis est révoltante et fausse : révoltante pour la psychologie, parce qu'elle matérialise un phénomène que cette science croit devoir rapporter à l'âme, à l'esprit, à l'essence pure et divine; fausse pour la physiologie qui n'étudie que des sécrétions tangibles et qui se refuse à considérer comme telles l'élaboration accomplie au sein du cerveau, prétendue sécrétion qui n'a rien de concret. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que Cabanis ait rétracté cette opinion et qu'il ait renié les conséquences d'une analogie qu'il avait poussée jusqu'à l'absurde. Mais ceci ne saurait ébranler mes convictions personnelles sur l'intime fusion des deux éléments de la vie humaine. Des hommes tels que Cabanis, laissant derrière eux le but qu'ils se proposent d'atteindre, reviennent fréquemment sur leurs pas, et, après des marches aventureuses, effectuent quelquefois des retraites sans mesure.

Quant aux opinions philosophiquement médicales de Georget, j'en puis parler pertinemment, les ayant vues naître et grandir; peut-être même n'ai-je pas été étranger à leur développement.

Ici l'orateur raconte, dans l'intérêt même de la discussion et à titre d'observation psychologique, quelques détails sur la vie de Georget. Doué d'une belle intelligence, plein de candeur et de bonne foi, Georget obtint, jeune encore, le titre d'interne des hôpitaux. Après ce premier succès, il se montra peu laborieux; on le voyait gardant presque tout le jour le tablier de l'interne, ne s'éloignant guère de la Salpêtrière, si ce n'est pour aller satisfaire dans un petit café du voisinage sa passion fort vive et très innocente pour le jeu de domino. Esquirol, son chef de service, l'honora d'une amitié fertile en bienfaits; il lui fit souvent sur son apathie des reproches; mais ces exhortations étaient trop douces pour être écoutées. Moins médecin que philosophe, Georget rêvait volontiers; on n'obtenait pas de lui sans peine la rédaction d'une observation. D'ailleurs l'art d'écrire lui était rendu difficile par des études classiques quelque peu négligées. Appelé à suppléer Esquirol dans son service à la Salpêtrière, je réussis mieux que lui à électriser Georget; la fermeté ne fut cependant pas mon seul levier, j'en eus un autre : ce fut le désir de m'instruire. A l'Ecole de santé, où j'avais terminé mes études depuis longtemps, aucune des notabilités dont se composait ce corps enseignant ne nous avait entretenus des maladies mentales; Pinel lui-même, qui écrivait ou venait d'écrire alors son admirable ouvrage, n'avait pas prononcé (cela est certain) quatre paroles de suite sur ce sujet. Il est triste de dire que l'aliénation n'a pas encore un représentant dans le professorat officiel. Dix années de pratique sur les champs de bataille et dans les hôpitaux militaires n'avaient pas comblé cette lacune de mon éducation médicale. Je saisis donc avec empressement l'occasion qui s'offrait à moi d'étudier la folie dans les salles d'Esquirol.

Mon ardeur et ma persévérance finirent pas entraîner Georget; il secoua son indolence, et c'est de cette époque, comme il le disait souvent lui-même, que data chez lui cet élan dont il fit un si profitable usage. Il fit une étude approfondie de l'aliénation et des sciences corrélatives de cette branche de la médecine. Les doctrines de Gall attirèrent son attention; il en admettait certaines parties, mais se réserva à l'égard de l'ensemble son droit de critique et repoussa les idées de localisation de Gall. Dans tout ce que Georget a écrit sur cette matière, il n'y avait rien d'excessif ou d'anormal; l'Inquisition elle-même n'y eût pu trouver un motif à condamnation. Il pécha cependant, mais sur un point que lui pardonneraient les casuistes les plus rigoureux — puisqu'ils ont admis et même expliqué la motilité des tables tournantes! — il pécha par une foi trop grande en la candeur et la lucidité des somnambules. Georget continuait à travailler, mais sans suite; sa santé n'offrait pas à son intelligence un point d'appui pour des études persévérantes; il travaillait soutenu par ce rayonnement propre aux personnes atteintes de maladies de poitrine, soutenu aussi par l'affection d'un ange de piété et de douceur. La veuve de son maître avait reporté sur Georget toute son affection. C'est sous l'influence religieuse de cette femme, modèle d'abnégation et de vertu, sous l'influence de la maladie, que Georget jeta dans son testament ce cri de défaillance qui a rejailli sur ses opinions. C'était, il faut le dire, l'effet de scrupules bien exagérés; car Georget n'était pas matérialiste : il voyait l'immatérialité dans la matière, admirant l'œuvre de Dieu dans ses productions sensibles, et trouvant dans l'intuition intime et la contemplation des sublimes harmonies de la nature une raison suffisante pour croire à l'action de sa providence et aux futurs décrets de sa justice.

Mais, laissons les personnes et parlons des choses.

Le cerveau, dit M. Bousquet, ne peut pas penser. Nous pourrions répondre avec Locke : Si Dieu l'eût voulu, pourquoi la matière ne penserait-elle pas? Notre collègue nous a épargné ce soin et, par une conversion soudaine, après avoir proclamé l'indépendance de la pensée, il proclame la dépendance des deux substances et reconnaît les rapports du physique et du moral. Conçoit-on le moral sans l'intelligence et la pensée? Non, évidemment. Il y a donc un désaccord flagrant dans les opinions de M. Bousquet.

On ne peut se dissimuler que les trois communications de notre honorable collègue n'ont au fond qu'un but : celui d'établir que, si l'aliénation est une maladie, c'est une affection purement psychique, une maladie sans matière et, partant, la médecine a été, est et sera impuissante à guérir l'aliénation, si ce n'est dans certains cas, à l'aide de moyens de l'ordre moral. En vérité, on peut s'étonner de voir ainsi remises en question, des doctrines qui ont été, dans cette même enceinte, discutées, appréciées et jugées en 1841. A cette époque, Leuret venait d'écrire un mémoire sur la révulsion morale dans le traitement de la folie, et le rapporteur de la commission, Donhle, si bien disposé, d'ailleurs, en faveur des travaux de Leuret, s'exprimait ainsi :

Tenir pour principe que la diversion morale suffit pour obtenir la guérison de la folie, c'est à la fois commettre une erreur et une faute. C'est une faute grave, presque un dol au préjudice de la médecine, parce que, ainsi isolés, l'étude et le traitement de l'aliénation échapperaient bientôt à son domaine. C'est, en second lieu, une erreur capitale, parce que les mouvemens intestins de nos organes produisent souvent des déterminations morales, des idées, des passions; parce que il est des monomanies qui n'ont d'autre point de départ que des causes purement physiques; que des modifications physiques variées ont plusieurs fois servi de moyen de solution suffisante et définitive de monomanies opiniâtres. Ajoutons que les monomanies qui paraissent le plus complétement indépen dantes d'une cause autre qu'un trouble moral, coïncident fréquemment avec des dérangemens notables dans les fonctions organiques. Dans le traitement qui paraît dirigé formellement contre la perturbation morale, les secours les plus nombreux et les plus puissans sont empruntés à l'hygiène et les moyens thérapeutiques y prêtent une efficace assistance. Les agens pharmaceutiques, les ressources de l'hygiène, parmi lesquelles se placent en très bon rang les travaux agricoles et, finalement, les modifications, les directions morales diversifiées, telles sont les trois grandes sources où, de tout temps, on a puisé et l'on doit puiser les secours offerts aux malheureux atteints d'aliénation mentale.

Tel était le jugement de votre commission en 1841. A cette déclaration insuffisante, à mon sens, mais très significative, est venue s'ajouter la mienne propre. Je m'appliquais à établir qu'il n'existait pas d'aliénation mentale sans *modification* matérielle, et que presque toujours la lésion précédait le trouble moral. Je montrai que parmi les guérisons annoncées par Leuret, pas une n'avait persisté; sur trois malades, l'un était guéri, mais une récidive n'avait pas tardé à survenir; l'autre, d'abord guéri incomplétement, avait éprouvé un retour d'habitudes bizarres; quant au troisième, de l'aveu de Leuret lui-même, il était menacé d'une rechute. — A cette occasion, je disais que Ideler, pour qui l'aliénation était le résultat d'une éducation vicieuse des facultés, avait proposé, avant Leuret, de harceler les malades, de manière à apaiser chez eux les penchans qui prédominent, et à exciter ceux qui sont déprimés. Mais ceci, ajoutai-je, est de la fantasmagorie; on ne joue pas avec les passions; on ne peut qu'observer attentivement le malade, le mener doucement, le dominer soit brusquement, soit en réveillant chez lui peu à peu les sentimens affectifs, les notions du juste et de l'injuste, — et c'est ce que font tous les médecins instruits.

Dans la même séance, Rochoux déclarait que, puisque l'on ne pouvait penser sans cerveau, il ne saurait exister de folie sans lésion du cerveau.

Ainsi, dès cette époque, la tendance à voir dans l'aliénation une maladie de l'esprit susceptible de guérir par un mot, par un souffle, était venue faire naufrage dans cette enceinte.

De tout ce mirage, il n'était rien resté, car nos argumens et les faits sur lesquels ils s'appuyaient ont conservé toute leur valeur. Cela est si vrai, qu'aucun aliéniste n'a adopté les opinions de Leuret ni dans l'enseignement, ni dans la pratique. Pourtant, sous les cendres de cette discussion, on a réussi à rallumer la même controverse.

Il s'agit de savoir, dit M. Bousquet, où la folie réside dans l'organisme? Est-ce dans le cerveau, rien que dans le cerveau? En faisant une large part aux sympathies exercées sur cet organe, notre collègue s'efforce d'éloigner l'idée d'une localisation. Mais que fait-il ainsi sinon, d'une part, détruire l'idée dominante de son travail, qui est d'établir l'immatérialité de la folie, et d'une autre part mettre à néant les prétentions du traitement moral exclusif? Qu'est-ce, en effet, que la sympathie? S'opère-t-elle d'une manière toute spirituelle? N'est-il pas évident, au contraire, qu'elle s'établit par un acte organique d'où la matière ne saurait être exclue?

Plus loin, M. Bousquet accorde l'influence de l'hérédité sur la production de la folie. C'est encore là une immense concession. Hérite-t-on d'idées toutes faites ou ne reçoit-on pas plutôt par ce mode de transmission les conditions qui engendrent ces idées, conditions assurément physiques?

Parmi les maladies mentales, il n'en est qu'une dont M. Bousquet convienne qu'elle est bien caractérisée par une lésion matérielle, c'est la paralysie générale; mais ce n'est pas une folie, encore qu'il y ait dérangement de l'esprit, c'est une *méningite*, dit notre collègue; elle prend place entre l'inflammation et la paralysie. Ce n'est pas de la folie, j'en conviens, mais c'est toujours de la démence. Que cette démence soit ou non accompagnée de paralysie, elle ne se place pas entre l'inflammation et la paralysie, comme le veut M. Bousquet. Les lésions qui la caractérisent ne sont pas inflammatoires comme dans l'arachnitis, le phrénitis, le délire fébrile. On est ici en présence d'une méningite de cause spécifique, dont la marche est analogue à celle du ramollissement non aigu du cerveau, si bien décrit par M. Rostan; en effet, elle se lie ou s'étend toujours au cerveau, ainsi que l'ont démontré les recherches de M. Bayle.

M. Bousquet concède l'existence d'une lésion matérielle pour ce cas seulement; quant à nous, nous l'admettons toujours. Il ne nous est guère arrivé d'ouvrir le crâne d'un idiot ou d'un maniaque sans y rencontrer, à un degré plus ou moins considérable, au moins une partie des lésions que MM. Calmeil et Bayle regardent comme inhérentes à la démence.

M. Bousquet déclare que les manies, les monomanies et les autres formes d'aliénation, où, suivant lui, l'altération organique fait défaut, forment l'immense majorité. C'est là une erreur de fait; les démences et les paralysies générales forment au contraire en grande partie la population des asiles.

Notre collègue s'étonne de la satisfaction que nous éprouvons à la constatation des lésions qui nous ôtent, dit-il, jusqu'à l'espoir de guérir; sur ce point, il aimerait conserver quelques illusions. C'est là un vœu bien étrange. Jamais il ne peut advenir qu'une somme plus grande de savoir nuise à la science; qu'il faille préférer l'illusion à des connaissances positives qui sont à la thérapeutique ce que les cartes géographiques sont à la science des voyages, qui fixent l'esprit du médecin dans la pratique, au lieu de le laisser flotter dans la fantaisie des hypothèses et des idées préconçues. La mort nous apprend à soigner et à sauvegarder la vie. M. Bousquet pense-t-il qu'on puisse regarder comme non avenus des travaux tels que ceux de M. Parchappe? D'après cet auteur, non seulement il y aurait constamment des lésions matérielles dans l'aliénation, mais chacune de ses espèces aurait des caractères anatomiques particuliers : la congestion des méninges et de la surface du cerveau appartiendrait à la folie aiguë; l'atrophie des circonvolutions à la folie chronique; le ramollissement inflammatoire de la substance corticale à la folie paralytique. Peut-on rejeter comme vaines les recherches qu'un aliéniste célèbre, M. Calmeil, poursuit en ce moment sur les altérations de texture que présente la pulpe cérébrale dans les diverses classes de maladies mentales? ou les observations de M. Follet, médecin de l'asile de Quimper, sur l'inégalité des hémisphères cérébraux chez les fous épileptiques?

Il me reste à parler des critiques dirigées par M. Bousquet contre nos classifications et l'apparente pauvreté de notre thérapeutique.

Relativement aux essais de classification, il félicite Esquirol d'avoir distingué l'idiot et le dément : l'idiot n'a rien acquis, le dément a tout perdu. Puisque M. Bousquet est partisan des distinctions rationnelles, comment se fait-il qu'il retombe lui-même dans la confusion qu'il blâme, et que pour lui les malades puissent être successivement monomaniaques, puis maniaques, puis démens, puis *idiots*? Sans doute, notre collègue a raison de demander au langage scientifique une grande précision, mais quand une science n'est pas finie, il ne faut pas se montrer trop exigeant envers elle. On connaît les principales formes de l'aliénation mentale, c'est déjà beaucoup. Nos connaissances sur ce sujet spécial s'agrandissent tous les jours par des travaux que tout le monde connaît et apprécie, et qui sont consignés soit dans les *Annales d'hygiène*, soit dans les *Annales médico-psychologiques*. Les questions qui en font l'objet sont discutées au sein de la Société médico-psychologique, où la philosophie et la médecine se donnent la main, et où l'Académie est représentée par plusieurs de ses membres. Si j'ai un regret sincère, c'est que M. Bousquet n'en fasse pas partie.

Ne disons donc plus *folie* pour indiquer indifféremment ou le délire maniaque ou l'aliénation elle-même. Reconnaissons qu'il y a des idiots, des maniaques, des stupides et des démens. Ce sont là des distinctions que forment la base de toutes les classifications aujourd'hui admises. D'après l'idée que nous poursuivons dans ce travail, on pourrait confondre toutes ces affections sous le nom des maladies *cérébro-mentales*.

M. Bousquet accuse notre thérapeutique d'abaissement et de pauvreté. A ce sujet j'ai une remarque à lui soumettre : Du jour où le traitement des aliénés a conquis son indépendance, qu'il s'est émancipé de la tutelle idéaliste et théologique, qu'un prélat vénérable, M. de Quélen, a reconnu que la médecine et la raison pouvaient seules guérir les fous, du jour où il a été établi que l'aliénation est une maladie comme les autres, qu'est-il arrivé? C'est que cette idée a passé dans le domaine administratif qui a créé de nouveaux asiles et amélioré l'hygiène des anciens; dans le domaine législatif où elle a produit des lois protectrices; dans le domaine judiciaire où elle a eu pour effet de faire une large place à l'expertise médico-légale.

Quand j'ai cité le passage de Celse, sur lequel M. Bousquet a insisté dans son dernier discours, je n'avais nullement pour but de prouver l'excellence de son traitement, puisqu'il parle de l'emploi des peines corporelles, justement flétries, justement exclues. Mon intention était de faire voir qu'antérieurement aux conceptions animistes, l'origine physique et matérielle de l'aliénation avait été entrevue par quelques esprits d'élite. Mais ce n'était là qu'une lueur. Pendant le moyen-âge, si quelque idée rationnelle sur la thérapeutique de l'aliénation s'est produite, jamais elle n'est descendue dans la pratique; avant 1789 même on ne traitait les aliénés que par des rigueurs corporelles ou par des exhortations morales, parce que, disait-on, ils avaient *mal à l'âme*. Plus tard, quand on se déshabitua de ne voir dans la folie qu'un trouble des idées, de dire qu'ils avaient l'*esprit malade* (comme s'exprimait encore Pariset), on s'attaqua à l'organe de la pensée ou à l'organisme tout entier; on abandonna la chimère du traitement moral tout exclusif, véritable homœopathie de l'aliénation; on se hâta de mettre à profit les premières périodes, les périodes encore curables du mal. Quel a été le résultat de cette réforme dans les doctrines? C'est qu'aujourd'hui,

au lieu de n'avoir que des *aliénés à vie*, on guérit *un malade sur trois*. Telle est en effet le résultat d'une statistique dressée à l'aide des comptes-rendus des asiles de provinces (défalcation faite, bien entendu, des cas reconnus incurables à leur entrée dans ces asiles).

Dans cette discussion il n'y a pas seulement des doctrines en présence; il y a encore autre chose. On menace les progrès réalisés, on exhume le mirage du traitement moral exclusif. A-t-on bien calculé les conséquences qui peuvent en résulter? Est-ce que, témoin du discrédit jeté sur le rôle du médecin auprès de l'aliéné, le zèle religieux ne ressaisirait pas avidement ce qu'il a eu tant de peine à abandonner? Est-ce que l'administration hospitalière, si encline à tout ramener à sa sphère, ne s'en autoriserait pas pour se substituer au médecin et proclamer qu'une tutelle purement administrative et des soins hygiéniques suffisent pour couvrir sa responsabilité sociale? Est-ce que la médecine, comme le disait Double, n'abdiquerait pas? Est-ce que ce ne serait pas faire tomber pièce à pièce, sous le péril de cette théorie, une législation protectrice qui est un modèle pour les autres états, et constitue une des plus belles conquêtes de la raison et de la charité?

Je me résume : Soit comme erreur scientifique, soit comme résultat possible d'application, il fallait repousser une idée qui, menaçant à la fois et le sort des aliénés et l'existence de la législation qui les protège, introduisait partout où l'on s'occupe d'aliénation, comme ici, les discussions métaphysiques avec leurs problèmes éternels et leurs obscurités impénétrables, et remettait en question des solutions scientifiquement et légalement consacrées!

La parole est à M. Baillarger.

M. Baillarger : Messieurs, parmi les questions assez nombreuses qu'a soulevées le rapport de M. Bousquet, il en est deux qui me paraissent avoir un intérêt plus spécial et plus actuel, en ce sens, qu'elles sont pour ainsi dire à l'ordre du jour parmi les médecins aliénistes. Je veux parler de la classification des différens genres de la folie et de la physiologie du délire.

Ces deux questions sont déjà assez vastes par elles-mêmes, et ce sont les seules sur lesquelles je reviendrai aujourd'hui en répondant aux nouveaux argumens de notre collègue M. Bousquet.

Je commencerai par ce qui a trait à la classification.

Dans ma première argumentation, j'ai parlé des divisions établies entre les maladies mentales considérées d'une manière générale; j'ai dit les progrès que la science avait faits sous ce rapport depuis quarante ans. Je n'ai plus, par conséquent, à y revenir, et je me limiterai, comme l'a fait d'ailleurs M. Bousquet, à ce qui a trait à la folie proprement dite.

Existe-t-il pour les névroses intellectuelles comme pour les névroses convulsives, plusieurs types différens? Combien en existe-t-il?

M. Bousquet, en s'occupant de ces questions, croit avoir constaté des dissidences très graves entre les médecins aliénistes, et il s'est surtout appliqué à les faire ressortir. Dans son rapport, notre savant collègue avait dit que les médecins aliénistes n'étaient à l'aise que dans les livres. Aujourd'hui, je le vois à regret, il ne veut pas même leur laisser cette faible consolation, et il s'attache à leur prouver qu'ils ne sont pas même d'accord sur le papier; il va même plus loin et conclut que les mêmes dissentimens existent au lit du malade; enfin, il arrive à cette conclusion que les types adoptés jusqu'à présent sont sans fondement dans la nature.

C'est là, Messieurs, à mon avis, une hérésie scientifique contre laquelle on ne saurait trop protester. Je m'empresse d'ajouter que M. Bousquet n'a pas cru devoir prendre seul la responsabilité d'une pareille opinion. Il s'appuie, en effet, sur l'autorité de deux médecins aliénistes, assurément très compétens, MM. Falret et Moreau; puis, se retirant de la lutte, il ajoute qu'il n'a pas à se prononcer entre Hippocrate et Galien.

Me voilà donc, Messieurs, mis en présence de M. Falret et de M. Moreau. J'accepte la position qui m'est faite, et je vais successivement examiner les doctrines de ces deux honorables confrères, au point de vue de la classification des différens genres de folie. Cependant, je demande la permission de rectifier d'abord une erreur commise par M. Bousquet.

Pinel, comme on le sait, n'admettait que deux types : la manie ou le délire général, la mélancolie ou délire partiel. Aujourd'hui, encore, nous n'aurions non plus que deux types : la manie et la monomanie. Vous en êtes donc, dit M. Bousquet, en fait de classification, précisément au point où en était la science lorsque Pinel publia son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Il n'y aurait, en effet, qu'un mot de changé.

Notre collègue a oublié ici qu'Esquirol a divisé les délires partiels en deux types tout à fait différens, et qui constituent deux maladies distinctes. Il en a indiqué les caractères différentiels, et ces caractères sont, à son avis, des plus tranchés. Il ajoute même qu'il est impossible de confondre ces deux états pathologiques, si l'on veut apporter quelque précision dans le langage médical. Esquirol a donc admis trois grands types qu'il a désignés sous les dénominations de manie, de monomanie et de lypémanie. C'est ce dernier type que notre collègue, M. Bousquet, a oublié de mentionner. J'ajouterai que la division d'Esquirol a été adoptée par presque tous les médecins aliénistes. Ceci établi, j'arrive à la discussion des doctrines de MM. Falret et Moreau. Examinons d'abord les idées de M. Falret.

D'après M. Bousquet, M. Falret trouverait que c'est trop de la *manie* et de la *monomanie*; il déclare que la monomanie n'existe pas dans la nature, elle n'est que dans la tête des aliénistes et dans leurs livres.

La conséquence de cette opinion, c'est que M. Falret n'admettrait qu'un seul type, la *manie*. Je m'empresse de le dire, Messieurs, il y a ici une grave inexactitude.

L'amitié est quelquefois compromettante, et je demande la permission de rétablir les opinions de M. Falret dans toute leur vérité.

Cet honorable confrère a adopté et conservé religieusement la classification d'Esquirol, qui a été son maître. Il reconnaît, comme lui, trois types principaux. Pour ne point laisser de doutes à cet égard dans l'esprit de M. Bousquet, et pour lui éviter toutes recherches, j'indiquerai successivement, par des citations textuelles, les caractères assignés par M. Falret à chacun des trois types.

Le premier qui se présente, c'est l'*aliénation générale*. « Les maniaques, dit M. Falret, constituent un groupe tout à fait distinct. En » désaccord plus ou moins complet avec eux-mêmes, ils le sont avec » la nature entière, ils méconnaissent leur passé, leur présent, ils n'ont » aucun souci, aucune prévoyance de l'avenir. Penchans, sentimens, » intelligence, volonté, toutes les facultés bouleversées, présentent » l'image du chaos. »

Tels sont les caractères principaux du premier type.

Le second type, c'est l'*aliénation partielle*, beaucoup *plus fréquente* que l'aliénation générale. Elle présente à l'observation, dit M. Falret, des caractères bien différens. « La possibilité de raisonner juste sur » un grand nombre de points donne aux aliénés qui en sont atteints » des apparences de calme et de raison qui contrastent singulièrement » avec l'agitation et le désordre général des maniaques. »

Cette apparence de calme et de raison étonne beaucoup les gens du monde qui, comme on le sait, se représentent toujours la folie avec les caractères de la manie.

On raconte que Pinel, faisant visiter la division des aliénées de la Salpêtrière à une dame, avait déjà parcouru avec elle plusieurs salles remplies de malades, lorsque cette dame s'arrêtant, demanda à l'illustre médecin où étaient les folles, et si elle ne pourrait bientôt les voir. Elle entendait par là les malades agitées qu'on lui montra, en effet, quelques instans après. Cette dame dut, sans nul doute, quitter la Salpêtrière, bien convaincue qu'il y a, parmi les aliénés, au moins deux groupes parfaitement distincts.

La visite d'un asile doit suffire, en effet, à notre avis, pour faire cesser toute discussion à cet égard.

Je reviens aux opinions de M. Falret. Comme Esquirol, il a divisé l'aliénation partielle en deux types qui n'ont pas seulement des caractères différens, mais même des caractères opposés. Le premier de ces deux types, c'est l'*aliénation partielle dépressive*.

« Comme son nom l'indique, dit M. Falret, elle a pour fond et pour » caractère principal, l'affaissement, la lenteur, la prostration de toutes » les facultés. . . . .
» L'intelligence est déprimée, affaissée comme la sensibilité, la volonté, » il y rareté dans la production des idées, le cours en est ralenti, et le » cercle en est rétréci. . . . .
» Physionomie concentrée, anxieuse, plus tard exprimant l'hébétude » et la stupidité, etc. »

Le troisième et dernier type, c'est l'*aliénation partielle expansive*.

« Le fond de cette maladie, dit M. Falret, réside dans l'exaltation de » toutes les facultés. . . . . . . L'intelligence est avivée et surexcitée » comme les sentimens et la volonté. Il y a rapidité, richesse et même » quelquefois fécondité d'idées. »

Comme vous le voyez, Messieurs, les caractères de ces deux derniers types ne sont pas seulement différens, ils sont opposés, et rien ne prouve mieux la nécessité de séparer ces états pathologiques que le contraste des tableaux que je viens de rappeler. Esquirol a donc, sous ce rapport, réalisé un grand progrès, et on ne peut que féliciter M. Falret d'avoir conservé, sur ce point, les idées de son ancien maître.

En résumé, M. Falret, comme vous le voyez, Messieurs, admet trois types, l'*aliénation générale*, l'*aliénation partielle dépressive*, et enfin l'*aliénation partielle expansive*.

Ces trois types sont les mêmes que ceux qu'avait admis Esquirol sous le nom de *manie*, de *monomanie* et de *lypémanie*; on peut donc conclure, avec M. le docteur Renaudin, que M. Falret s'est rattaché à la classification d'Esquirol, « *dont il a seulement changé la nomenclature.* »

C'est donc en vain, Messieurs, que je cherche le désaccord signalé par M. Bousquet, qui, évidemment, a présenté les opinions de M. Falret d'une manière inexacte.

Les faits ainsi rétablis, je dois ajouter qu'il se présente une grande difficulté.

Esquirol et M. Falret ont, tous les deux admis trois types. Or, si M. Falret nie l'un des types d'Esquirol, il semble qu'il a dû en créer un autre. Cependant rien de semblable n'a eu lieu, car ni M. Falret, ni M. Bousquet, n'en ont rien dit. Ce n'est donc pas là qu'est la solution de la difficulté; elle se trouve, je crois, dans un passage d'un ouvrage remarquable, ouvrage dont j'ai déjà cité l'auteur : « L'illustre médecin de » la Salpêtrière, dit M. Renaudin, en parlant de M. Falret, tout en re- » jetant la *monomanie* comme une erreur *grammaticale*, l'admet » comme une réalité médicale sous le nom d'*aliénation partielle* » *expansive*. »

Ces deux expressions, en effet, sont souvent employées comme synonymes; il n'y aurait donc, d'après M. Renaudin, qu'une différence de mots et qu'une question de grammaire.

Ce qui prouve encore que la *monomanie* et le *délire partiel expansif* ne sont qu'une seule et même chose sous des noms différens, c'est que ni M. Bousquet, ni M. Falret n'ont pas parlé du diagnostic différentiel de ces deux états. Ce serait cependant la véritable question. Cela nous paraît si évident, que le silence ne peut être ici qu'un aveu d'impuissance.

Cependant, Messieurs, M. Renaudin a peut-être été trop loin, en ne signalant qu'une différence de mots entre Esquirol et M. Falret.

Il y a, en effet, des idées différentes quant à la rigoureuse limitation du délire. C'est une objection sur laquelle Cullen a déjà beaucoup insisté, et qui, plus tard, a été reproduite par M. Foville, auquel Esquirol a répondu dans son ouvrage.

J'ai essayé dans un mémoire, publié il y a déjà près de dix ans, de démontrer que les monomanies pures sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le pense. Mais quand bien même il en serait autrement, cela, à mon avis, ne suffirait pas pour détruire le type si vrai de la *monomanie*.

L'intelligence humaine est si vaste, elle se prête à des combinaisons si variées qu'un homme peut avoir des conceptions délirantes assez nombreuses sans que sa conversation, sur une infinité de points, cesse pour cela d'être raisonnable, sans qu'il perde la faculté de faire des travaux suivis. Je me bornerai à citer une observation, l'une des plus curieuses que possède la science. Elle a été rédigée et publiée par le malade lui-même en trois gros volumes. Je veux parler de Berbiguier, l'auteur des *Farfadets*.

Berbiguier avait eu des hallucinations, il croyait à leur existence réelle.

Peu à peu son délire prit de l'extension. Son imagination, comme il le dit lui-même, était tellement frappée des farfadets qu'il en voyait partout.

Dès lors, rien n'arrive plus que par les maléfices des farfadets.

Ils tourmentent son écureuil;

Ils font fumer son poêle;

Ils arrêtent ou dérangent le mouvement de sa montre.

Ses ennemis agissent sur lui-même. Ils l'endorment contre son gré. Ils troublent ses facultés; ils lui enlèvent ses idées; ils le font *éternuer*.

Ils vont même jusqu'à lui faire commettre de mauvaises actions. C'est ainsi qu'il leur attribue ses emportemens et ses brutalités contre son écureuil.

Ce sont ces farfadets qui font le mauvais temps; sans eux, il n'y aurait ni pluie, ni grêle, ni tonnerre. Plusieurs fois, ils ont fait souffler le vent pour briser son parapluie.

Tout peut ainsi s'expliquer par les farfadets.

On se trompe sur la cause des morts subites; on les attribue à des coups de sang, à des apoplexies, mais il n'en est rien. Ce sont les farfadets qui étouffent et étranglent les personnes qu'on voit ainsi succomber tout à coup.

Il n'y aurait point d'*entorses* sans les farfadets, qui placent à dessein des obstacles devant les gens pour les faire tomber.

Enfin, Berbiguier explique par les farfadets la grossesse de plusieurs jeunes filles qu'on disait avoir été séduites. Ces filles, pour lui, sont innocentes et pures; elles portent la peine des maléfices des farfadets qui se sont introduits la nuit auprès d'elles invisiblement, et qui en ont abusé à leur insu.

Les farfadets passent par les fissures des meubles les plus étroites; ils se glissent même entre la jambe et la jarretière, etc., etc.

Je n'en finirais pas, Messieurs, si je voulais poursuivre l'énumération de toutes les conceptions délirantes de Berbiguier. Ce que je viens de citer me paraît suffire.

Voilà, assurément, un délire très étendu, des conceptions délirantes bien nombreuses. Joignez à cela que de temps en temps Berbiguier avait un trouble plus général des facultés; il avoue que les membres de l'odieuse association qui le poursuivait lui travaillaient parfois la tête, au point qu'il était obligé de convenir qu'il ne lui restait pas l'ombre d'une idée saine, et qu'il oubliait tout à coup ce qu'il faisait.

Si la monomanie devait toujours être strictement limitée à une seule idée fausse, Berbiguier, assurément, serait bien loin d'être un monomaniaque; cependant l'auteur des *Farfadets*, qui a pu composer et imprimer un long ouvrage, s'occuper de tous les détails de l'exécution, n'était, assurément, ni un maniaque, ni un dément. Il n'était pas davantage atteint de mélancolie, laquelle, comme on l'a vu, d'après M. Falret, a pour caractère principal la lenteur et la prostration de toutes les facultés. C'était, au contraire, un homme actif, intelligent, qui n'avait aucune incohérence dans les idées, et n'offrait pas non plus les symptômes de cette prostration mélancolique qui rend tout travail impossible. Aussi a-t-il pu rédiger un ouvrage de longue haleine et le faire imprimer.

Nous admettons donc volontiers et d'une manière générale, l'objection formulée par Cullen, par M. Foville et par M. Falret. Nous admettons, avec ce dernier, que les délires monomaniaques sont plus souvent *prédominans* qu'exclusifs.

Non seulement j'admets tout cela avec M. Falret; mais je conviens qu'il y a un assez grand nombre de faits qu'on a désignés, à tort, sous le nom de monomanie.

Un homme, pris d'une fureur subite, tue sa femme et ses trois enfans à coups de hache, et, presque immédiatement, il recouvre la raison. Ce n'est pas là, assurément, un monomaniaque homicide. Beaucoup de prétendues monomanies érotiques ne sont que des états maniaques, avec prédominance du penchant vénérien. Tout cela est vrai; mais si loin qu'on aille dans ce sens, on ne détruira pas pour cela le groupe si tranché des monomanies.

J'invoquerai, Messieurs, une dernière preuve de l'existence de cette maladie. Cette preuve est assez singulière et je n'ai nulle intention d'en abuser et de lui donner plus d'importance qu'elle ne mérite.

Dans une note de son mémoire ayant pour titre : *De la non-existence de la monomanie*, notre collègue, M. Falret, indique que ce travail n'est qu'une introduction à l'histoire...... *des monomanies*.

Il n'y a pas autre chose ici, assurément, qu'une distraction; mais, je le demande, cette distraction de M. Falret n'est-elle pas un aveu précieux et peut-être la meilleure preuve qu'on puisse invoquer en faveur de l'existence des monomanies. Oui, assurément, ces maladies existent, et notre collègue, tenant la promesse qu'il a faite, tracera un jour leur histoire, en faisant disparaître ce qu'il y a eu peut-être d'exagéré dans l'opinion d'Esquirol.

En résumé, Messieurs, le désaccord signalé par M. Bousquet entre les médecins aliénistes est beaucoup moins grave qu'il n'a paru le penser.

Nous discutons sur les mots, mais au fond nous sommes à peu près d'accord sur les choses. M. Falret, en effet, admet comme Esquirol, trois grands types, et ces types sont exactement les mêmes. Il n'y a, pour rappeler l'expression de M. Renaudin, qu'un changement de nomenclature. Le seul dissident véritable, c'est ici notre collègue M. Bousquet. J'arrive, Messieurs, aux doctrines de M. Moreau.

(*La suite au prochain numéro.*)

M. le docteur Marchal, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médcine de Strasbourg, a succombé le 2 de ce mois, à l'âge de 49 ans, au typhus qu'il avait contracté dans les prisons de Strasbourg, dont il était le médecin depuis plus de vingt ans. M. le professeur Stoltz, son collègue et son ami, a prononcé quelques paroles sur sa tombe.

— M. de Backer, doyen d'âge des médecins belges, est mort à Gheel, le 7 mai, à l'âge de 90 ans. En 1790, il avait été reçu docteur de l'université de Louvain, dont il fut plus tard un des lauréats.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 74. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 23 Juin 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'ANGINE DIPHTHÉRIQUE;

Par le docteur ROBERT-LATOUR.

L'angine diphthérique est une maladie si terrible et si fréquemment rebelle à l'action du praticien, qu'on ne saurait trop applaudir aux efforts dont l'objet est d'ajouter aux ressources connues. Je féliciterai donc les docteurs Lemaire et Marchal d'avoir institué la médication alcaline contre cette cruelle affection; et, si discutables que soient les principes divers dont ils ont procédé, chacun de son côté, il suffit de leurs succès pour enregistrer, au profit de l'art, un nouveau progrès. Ainsi, désormais figurera, dans la thérapeutique de l'angine membraneuse, le bicarbonate de soude, à côte d'autres médications mille fois éprouvées; mais là doit, à mes yeux, se borner l'ambition de nos deux éminens confrères. Celle du docteur Marchal va beaucoup plus loin : c'est une faveur sans partage qu'il réclame pour le sel alcalin; et, accusant la cautérisation, si en crédit aujourd'hui, d'aggraver la maladie, loin de la pouvoir détruire, il blâme et proscrit sans réserve cette énergique médication. Plein de confiance dans le savoir et l'expérience de notre habile confrère, j'ai saisi avec empressement la première occasion d'expérimenter l'action du bicarbonate de soude; mais, je le dirai sans détour, moins heureux que lui, j'ai dû, malgré sa médication largement employée, recourir encore à l'intervention du nitrate d'argent pour obtenir la guérison de mon malade. C'était un enfant de 5 ans, d'une constitution lymphatique, alité depuis deux jours déjà, lorsque je fus appelé à lui donner des soins.

A mon premier examen, les piliers du voile du palais, la partie antérieure de cette cloison mobile, le pharynx, dans toute son étendue, se montrent d'un rouge très vif, mais sans la moindre apparence de fausses membranes. Le mal est plus avancé dans les fosses nasales où il paraît avoir débuté : l'exsudation plastique y est tellement active, que ces cavités sont emplies et obstruées; et, ce qui me fait soupçonner l'extension prochaine au pharynx, de ces produits membraneux, c'est que, déjà, la partie postérieure du voile du palais et de la luette en est tapissée. Ajoutez à cela l'engorgement très saillant et fort douloureux des glandes sous-maxillaires, tel que l'exige le docteur Marchal, pour sonner l'alarme d'un fâcheux pronostic; ajoutez la fièvre, l'anxiété, le délire, et vous aurez une juste idée de l'appareil formidable sous lequel se présente et s'avance l'affection. Sans perdre de temps, je fais administrer le bicarbonate de soude à la dose de 3 grammes, dans un demi-litre d'infusion de chiendent, avec recommandation de renouveler l'emploi de la préparation, une fois cette première mesure consommée. 6 grammes de sel alcalin sont ainsi administrés en vingt-quatre heures; et, néanmoins, échappant à la puissance du médicament, le mal n'en continue pas moins sa marche envahissante; déjà le voile du palais et ses piliers sont revêtus entièrement de fausses membranes fort adhérentes; et sur le pharynx se montrent des plaques verticales, fort rapprochées les unes des autres. La fièvre, d'ailleurs, et tous les symptômes généraux sont restés les mêmes.

Que faire dans une telle conjoncture? Compterai-je encore sur l'efficacité du bicarbonate de soude? Quelques heures suffirent à MM. Lemaire et Marchal, pour enchaîner le mal, dans son extension, pour le faire même rétrograder; et plus d'un jour s'est écoulé ici, sans que j'aie pu constater la moindre action salutaire. Temporiser, en présence d'un tel danger, placer encore mon espérance dans l'action *antiphlogistique* ou *antiplastique* du sel alcalin, serait, à mes yeux, une faute impardonnable, et ma décision est promptement arrêtée. Armé d'un fort crayon de nitrate d'argent, je cautérise aussi profondément que possible, toutes les parties lésées que je puis atteindre, ayant soin de dépasser, sur le pharynx, de deux centimètres à peu près, les limites des pseudo-membranes. Cette médication, toute locale, n'empêche pas la continuation du bicarbonate de soude, et 6 grammes de ce sel sont employés jusqu'au lendemain. Alors le mal est arrêté : le pharynx est blanc de la cautérisation; mais l'exsudation membraneuse n'a pas gagné une ligne; et ce qui m'inspire l'espoir que là va s'éteindre cette affreuse maladie, c'est que la fièvre est diminuée, la tête calme, l'état général enfin, sensiblement amendé. Le jour suivant, l'amélioration s'est soutenue et a fait des progrès : les fausses membranes du pharynx et de toutes les parties cautérisées commencent à se détacher, et l'ensemble du petit malade me paraît assez satisfaisant pour m'autoriser à lui permettre une tasse de bouillon.

Le rétablissement complet ne peut être toutefois obtenu, qu'après quelques jours encore, car la gorge reste en proie à l'inflammation, ce qui maintient une grande difficulté de la déglutition. Mais le fait saillant de cette observation; le fait sur lequel doit se fixer l'attention, c'est que, malgré le bicarbonate de soude dont l'emploi fut prolongé jusqu'à la fin de la maladie, c'est-à-dire une dizaine de jours, la diphthérite, parcourant toutes ses périodes dans les fosses nasales, n'en parut nullement gênée dans sa marche, alors qu'une seule cautérisation, pratiquée avec quelque énergie, avait suffi pour en exonérer le pharynx, les piliers et la partie antérieure du voile du palais.

Loin de moi la pensée de présenter un tel fait comme la condamnation de la médication alcaline; le but de cette note est seulement de défendre les médecins contre un regrettable entraînement, et de sauvegarder le maintien d'une médication qui, toute locale qu'elle soit, compte d'éclatans et nombreux succès. Je suis peu touché des raisons théoriques dont s'autorise le docteur Marchal pour faire ainsi le procès à la cautérisation. Vainement notre savant confrère posera, en principe, qu'une affection générale, une *holopathie*, comme il l'appelle, ne saurait être domptée, sur le lieu même de sa manifestation locale, par une médication simplement topique; ce principe peut être spécieux; il peut paraître logique au premier abord; mais la vérité est qu'il est radicalement faux, puisqu'il est démenti par les faits. N'enchaînez-vous pas, aujourd'hui, par une médication topique, la marche de l'érysipèle? N'en réduisez-vous pas la durée? N'en supprimez-vous pas le danger? Et qu'est autre chose l'érysipèle, qu'une expression locale d'un mal général? Demandez au docteur Marchal lui-même comme il a récemment fait avorter, à sa grande satisfaction, deux énormes anthrax, par une simple couche de collodion, pour toute médication; et l'anthrax ne constitue-t-il pas, aussi bien que l'angine membraneuse, l'empreinte profonde, mais toute locale, d'une contamination générale? Et le rhumatisme articulaire aigu, pour rester dans les exemples dont s'appuie notre confrère, que de fois n'en ai-je pas arrêté l'extension, abrégé la durée, à la faveur de l'enduit imperméable appliqué sur les articulations frappées? Cherchez donc d'autres raisons pour interdire ainsi la cautérisation contre la diphthérite pharyngienne; mais non, n'en cherchez aucune; maintenez, dans la thérapeutique, cette active et puissante médication, et tâchez seulement, par d'heureux procédés, d'en rendre l'application plus avantageuse qu'elle ne l'a été jusqu'ici dans la plupart des mains.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Une fête confraternelle. — Les médecins du chemin de fer de Paris à Bordeaux. — La discussion sur la folie. — Périls dans la critique. — Les fauteuils de l'Académie.

Une fête médicale et confraternelle a eu lieu, samedi dernier, à Paris. C'était la répétition d'une fête semblable qui eut lieu l'an passé à Orléans, et qui a été célébrée, cette année, dans les salons de Véfour. C'est vous dire qu'il s'agissait d'un banquet. C'est une heureuse idée que ce banquet, et je suis étonné qu'elle n'ait pas encore trouvé d'imitateurs. Tous les médecins du chemin de fer de Paris à Bordeaux se réunissent ainsi, une fois l'an, et comme il y a un médecin pour chaque station importante, et comme il y a un long ruban de kilomètres de Paris à Bordeaux, embranchemens compris, vous voyez que la réunion peut être nombreuse. Et de fait elle l'a été, cette année plus encore que l'an passé, ce qui prouve que l'appétit vient en mangeant; l'appétit de la confraternité, j'entends, car le désir de cette communion confraternelle a plus encore attiré les convives que le menu, excellent d'ailleurs, de messieurs les cuisiniers.

L'idée de cette fête annuelle est venue à M. le docteur Bisson, médecin principal inspecteur de cette voie ferrée, et l'empressement de ses confrères à se rendre à son appel est la preuve certaine de l'harmonie et des bons sentimens qui règnent sur toute la ligne dans la hiérarchie médicale. Ce fait honore le chef du service médical et ceux qui le secondent. Se faire obéir, quand on est revêtu d'une autorité quelconque, n'est pas le plus difficile, mais se faire aimer, voilà la grande affaire. Or, M. le docteur Bisson paraît être très aimé de ses confrères, ce dont je le félicite sincèrement.

Il y avait à cette fête les médecins de toute la ligne, les plus éloignés comme les plus rapprochés, de Bordeaux et de Choisy-le-Roi, d'Angoulême, de Poitiers, de Tours, de Blois, d'Orléans, d'Étampes, et des stations intermédiaires, tous excellens et dignes confrères, heureux de se trouver réunis, de se voir, de se connaître, de s'apprécier, emportant tous un bon souvenir de tous, désireux de se revoir l'année prochaine, et se promettant tous de ne pas manquer au rendez-vous; praticiens de tout âge et de toute position, les uns déjà ou depuis longtemps célèbres dans leur province, les autres aspirant à le devenir, tous honorables et distingués par leur science, leur dévouement, leur attachement aux austères devoirs de notre profession, médecins et chirurgiens de grandes villes et de grands hôpitaux, modestes et dignes praticiens ruraux, spécimen complet et rare pour nous, Parisiens, de tous les degrés de la profession médicale en province, où l'exercice de l'art est plus rude, plus accentué, plus difficile et plus surveillé que dans cette immense solitude de Paris.

Je ne nommerai personne, afin de n'oublier personne. Une seule exception m'est permise et ne me sera pas reprochée, en l'honneur du président de ce banquet, de l'illustre confrère, du vénérable Nestor de la médecine française, de celui qu'avec autant de motifs que les Anglais l'ont dit de Sydenham, nous pouvons appeler l'Hippocrate français, de M. Bretonneau. Je suis heureux de pouvoir dire, pour l'avoir vu de mes yeux et entendu de mes oreilles, que notre respectable confrère, malgré son âge avancé, conserve la plénitude de ses facultés, toute la fraîcheur de son esprit, l'amabilité de son caractère, le piquant et la finesse de la conversation, l'élévation et l'originalité des idées. Dans un très court entretien que j'ai eu l'honneur d'avoir avec notre célèbre confrère, j'ai été surpris autant qu'émerveillé de la variété de ses connaissances, de la sûreté de mémoire, de l'à-propos et du trait des citations, de la modestie charmante et de la fine et spirituelle bonhomie dont le médecin de Tours a fait preuve dans cette soirée. O mémoire! faculté capricieuse et rebelle! que je regrette donc de ne pouvoir me rappeler une appréciation, en quelques mots, pleine d'élévation et de justesse, de l'œuvre hippocratique. Je me souviens au moins d'un mot charmant. « Je » ne lis pas le grec, avait la bonté de me dire M. Bretonneau, et je l'ai » souvent regretté. Ah! si je n'avais que 50 ans! Je ne demanderais » que deux ou trois ans pour pouvoir lire et commenter Hippocrate. » Quelle leçon pour nous tous, vieillards anticipés! — Que je donne une bonne nouvelle à nos amis de l'UNION MÉDICALE. M. Bretonneau a accepté l'invitation que j'ai été chargé de lui transmettre pour notre banquet annuel, qui aura lieu très prochainement. A cette invitation, il a répondu de la manière suivante : « J'accepte avec plaisir, car je con» sidère comme un devoir professionnel de participer à tout acte de » bonne confraternité. » Quelle leçon pour vous tous, indifférens, individualistes et railleurs!

Cette fête a été charmante, le dîner excellent, sans discours, avantage que n'apprécient bien que ceux qui sont quelquefois obligés d'en faire, après ceux toutefois qui sont forcés de les subir. Un simple toast aux invités, et les conversations particulières ont repris leur cours animé. Le plus humble de vos invités, chers et honorés confrères, vous remercie de l'honneur que vous lui avez fait. C'est moins sa personne que vous avez voulu honorer, que le principe inscrit sur son drapeau : Union confraternelle. Merci pour le principe. Nous le prêchons ici, vous l'appliquez chez vous. Vous êtes les véritables praticiens de ces idées, et en toutes choses, l'exemple vaut mieux que la leçon. Votre cordial accueil lui a fait comprendre que ce qu'un écrivain célèbre disait d'un livre, il pouvait le dire quelquefois d'un modeste article de journal : c'est une lettre adressée aux amis inconnus qu'on peut avoir dans le monde.

La causerie, c'est son droit et son privilége, s'affranchit de toute transition. Je passe donc de ce sujet à un autre bien différent, à savoir la discussion actuelle à l'Académie de médecine. Non pas, mon Dieu, que je veuille me mêler du fond de la question; j'ai passé intentionnellement la plume à notre honoré collaborateur, M. Brierre de Boismont, qui la tient d'une main assez ferme et sûre, pour n'avoir besoin d'aucun appui. Je n'ai donc à dire quelques mots que sur certains points en quelque sorte extrinsèques à la discussion. On dirait que personne n'ose dire sa pensée toute entière, et sur tout ce débat règne de part et d'autre comme un sous-entendu. De là, un vague et une sorte d'obscurité que personne ne fait effort pour dissiper et pour éclaircir. Spiritualistes et organicistes reculent comme effrayés devant les conséquences de leurs principes, de là des concessions réciproques de l'esprit

Ma longue carrière a déroulé, devant mes yeux, un grand nombre d'angines membraneuses ; j'ai eu à donner des soins à des enfans dont la diphthérite débutait par le larynx ; et, je le déclare ici formellement, des succès peu ordinaires ont accompagné ma pratique ; et c'est à la cautérisation qu'en revient incontestablement l'honneur. Mais cette cautérisation, je l'ai toujours pratiquée profonde, large, énergique ; et, selon moi, c'est à la timidité de l'action, ainsi qu'à la défectuosité du procédé, que beaucoup de praticiens ont dû de n'en point obtenir les bienfaits qu'ils s'en promettaient. Quand la diphthérite est bornée au pharynx, le crayon de nitrate d'argent suffit ; mais il le faut choisir d'un fort diamètre, et arrondi à l'extrémité, de manière à cautériser promptement une large surface ; et de plus, il faut avoir soin de renouveler la cautérisation, dans la même journée, pour peu que le mal paraisse disposé à franchir les limites qu'on a voulu lui poser.

La cautérisation présente plus de difficultés, quand il s'agit de la porter dans le larynx, soit que le mal ait débuté dans cet organe, soit qu'il ne l'ait envahi qu'à la suite du pharynx et des autres parties voisines. Si alors vous échouez le plus souvent, rejetez-en la faute sur l'insignifiant procédé que vous ne manquez pas de mettre en usage, et qui consiste à porter, à la faveur d'une baleine, au fond de la gorge, une éponge imbibée d'une légère solution de nitrate d'argent. Déjà les matières muqueuses de la gorge se sont coagulées sur votre éponge, alors que vous prenez un point d'appui sur la paroi postérieure du pharynx, pour faire courber la baleine, et il est douteux que, parvenu ainsi à la glotte, ou plutôt aux environs de cette ouverture, vous fassiez pénétrer, dans le larynx, une seule goutte de votre solution caustique. En un mot, vous n'êtes pas maître de votre agent ; et, de toutes les régions que vous parcourez, l'organe, auquel vous le destinez, est le seul qui en évite les atteintes.

A ce procédé, j'en ai, depuis plus de quinze ans, substitué un autre que je fis connaître, par une note insérée dans la *Gazette médicale*, et dont je vais ici reproduire la description. D'abord, j'emploie une solution *saturée* de nitrate d'argent ; car il s'agit, non de chatouiller la membrane laryngienne, mais d'en modifier profondément l'appareil sécréteur. Cette solution, je la porte dans le larynx, au moyen d'une boulette de charpie tenue entre les mors d'une longue pince à pansement courbée, vers l'extrémité, dans une étendue de 5 centimètres à peu près, pour s'ajuster à la forme des parties ; et, une fois arrivée à la glotte, cette boulette de charpie, que j'ai eu soin de fixer à l'instrument, par un fil, est exprimée par le rapprochement des anneaux, de manière à répandre sur les parois du larynx, un caustique tenu jusqu'ici à l'abri des mucosités, et qui conserve ainsi toute sa valeur. Tel est mon procédé de cautérisation, et c'est à la certitude de l'action que j'attribue des guérisons inespérées, et que je n'eusse assurément point attendues de la pratique ordinaire. Que notre savant confrère, le docteur Marchal, suive de tels erremens, et je suis convaincu d'avance qu'avec sa loyauté habituelle, il ne tardera pas à relever la cautérisation de l'injuste arrêt que vient de lui infliger sa plume.

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA CAUTÉRISATION DANS LE TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRITE ;

Par le docteur FERRAND, de Mer (Loir-et-Cher).

A l'occasion des articles que M. Marchal (de Calvi) vient de faire paraître dans l'UNION MÉDICALE, tendant à préconiser l'usage des alcalins contre la diphthérite, à l'exclusion de la cautérisation, je demanderai la permission de mettre sous les yeux des lecteurs de l'UNION quelques faits tirés de ma pratique.

Médecin des bureaux de bienfaisance de la ville de Mer et des communes voisines depuis onze ans, j'ai eu l'occasion de traiter cinquante cas de diphthérite, tant dans ma clientèle que dans un service médical composé de trois cents familles pauvres. J'ai pratiqué la trachéotomie huit fois ; sur ce nombre d'opérés, cinq ont succombé peu de temps après l'opération ; un est mort douze jours après des suites d'un érysipèle ; deux sont guéris.

Ce chiffre de malades paraîtra suffisant, j'ose l'espérer, pour qu'il me soit permis de raconter ce que j'ai observé, et d'en tirer quelques conséquences pratiques.

Je veux essayer de prouver :

1° Que l'affection diphthéritique suit une marche envahissante ;

2° Que la cautérisation peut arrêter ses progrès.

Je pourrais citer, à l'appui de ces deux propositions, un grand nombre de faits, mais ils portent tous un cachet de ressemblance qui fatiguerait le lecteur, je me contenterai de rapporter succinctement les quatre observations suivantes :

I. — Le 1er février 1853, je fus demandé chez M. Denoyers, tonnelier à Mer, pour donner des soins à son fils Alexandre, âgé de 6 ans, enfant pâle, chétif, et d'un tempérament lymphatique. Il avait une toux fréquente, rauque et comme aboyante, la peau était brûlante, le pouls vif, le teint rouge et animé. Je soignais dans le même moment plusieurs enfans atteints d'angine couenneuse ; je ne pus me méprendre sur la nature du mal.

A l'inspection du gosier, je trouvai les amygdales, les piliers du voile du palais couverts de fausses membranes, les ganglions cervicaux étant engorgés, je cautérisai immédiatement avec la solution suivante :

Nitrate d'argent cristallisé . . .	2 grammes.
Eau distillée.	4 grammes.

Je prescrivis en outre quatre sangsues au cou, et une potion avec tartre stibié 20 centigrammes, eau sucrée 100 grammes, à prendre par cuillerées d'heure en heure.

Le lendemain, 2 février, je trouvai l'enfant dans le même état ; les fausses membranes s'étaient reproduites ; nouvelle cautérisation énergique.

Je continuai ainsi jusqu'au 4 février. Dans la soirée de ce jour, l'état de l'enfant est aggravé, sa voix est éteinte ; il est très oppressé, la respiration est trachéale, le pouls petit ; je reviens aux vomitifs, et je fais appliquer deux larges vésicatoires aux cuisses.

Le 6 février. La suffocation est imminente. Je propose la trachéotomie comme dernière ressource ; elle est pratiquée sans accidens. Immédiatement après l'opération, expulsion de fausses membranes ; la respiration se fait plus librement, le teint se colore, la figure se ranime.

Le lendemain, 7 février, le petit malade est bien ; il joue et fait entendre qu'il désire manger : je permets un peu de bouillon de poulet.

Jusqu'au quatrième jour, tout alla bien ; j'espérais une prompte guérison, lorsque le pourtour de la plaie devint rouge et très douloureux. Malgré le traitement le plus énergique (application de vésicatoires, cautérisation avec le nitrate d'argent) l'érysipèle grandit, envahit le cou, la poitrine, puis le ventre et tout le tronc. Douze jours après l'opération l'enfant meurt des suites de cet érysipèle ; sa respiration était libre : il était guéri du croup.

On voit, dans cette observation, la marche progressive de la diphthérite. Les fausses membranes apparaissent tout d'abord sur les tonsilles et dans le pharynx ; de là, malgré quatre cautérisations énergiques, elles passent dans les voies aériennes.

Les observations qui vont suivre prouveront non seulement que la diphthérite est envahissante, mais encore que la cautérisation peut arrêter ses progrès.

II. — Le 22 février 1853, M. le docteur Louis Bergeron vit, en mon absence, l'enfant Boutet (Clémentine), âgée de 2 ans, petite fille d'un tempérament sanguin, habituellement bien portante.

Il la trouva oppressée, avec une toux enrouée, caractéristique ; il examina le gosier et reconnut qu'il existait des fausses membranes sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais ; il cautérisa avec le nitrate d'argent et prescrivit une potion vomitive.

Le lendemain, même état. Nouvelle cautérisation.

Lorsque je revis l'enfant le 24 février, il n'existait plus aucune trace de fausses membranes. Elle se rétablit promptement.

III. — Le 14 février 1853, je fus appelé pour donner des soins à l'enfant Denoyers (René), âgé de 2 ans, frère du petit opéré, qui fait le sujet de ma première observation. Il toussait beaucoup ; sa voix était enrouée ; il avait de la fièvre. Je jugeai qu'il était menacé de la même maladie que son frère encore vivant, et j'examinai sa gorge.

Les amygdales étaient gonflées, recouvertes de chaque côté d'une fausse membrane fortement adhérente ; les ganglions cervicaux étaient tuméfiés. Je cautérisai immédiatement avec une solution de nitrate d'argent concentrée (2 grammes de sel pour 4 grammes d'eau) ; j'administrai une potion vomitive.

Le lendemain, 15 février, je trouvai les fausses membranes étendues, malgré la cautérisation ; elles avaient envahi le voile du palais, les piliers et une grande partie du pharynx. Du reste, la toux et l'état général étaient les mêmes ; je cautérisai de nouveau, et à plusieurs reprises, au delà des limites de la couenne.

Le 16 février, le mal n'a pas fait de progrès, mais la fausse membrane s'est reproduite. Je cautérisai de nouveau, et ne parvins à la détruire qu'en luttant ainsi pendant *huit jours* consécutifs. Au bout de ce temps, j'eus la satisfaction de voir la gorge de l'enfant sans fausses membranes ; il ne restait plus qu'une inflammation vive, mais franche, que je combattis aisément à l'aide de quelques gargarismes boratés. L'enfant René Denoyers guérit ; il jouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

IV. — Le 31 janvier 1855, j'allai voir au hameau d'Épiez, commune de Mulsans, l'enfant Ombredâne (Pierre), âgé de 5 ans. Il avait la fièvre ; depuis quelques jours, il toussait fréquemment ; la toux était enrouée et aboyante.

Avant d'examiner la gorge, je demandai aux parens s'il n'y avait pas d'autres enfans malades dans la localité ; on me répondit qu'une petite voisine, âgé de 6 ans, avait le croup, et qu'elle était soignée par un officier de santé des environs. A l'inspection du gosier, je trouvai des fausses membranes sur les amygdales. Je cautérisai avec la solution de nitrate d'argent concentrée, et prescrivis un vomitif.

Le lendemain, 1er février, elles s'étaient reproduites. Je renouvelai la cautérisation, et continuai ainsi pendant trois jours.

Le quatrième jour, l'enfant était mieux, la couenne diphthéritique avait complètement disparu.

Pendant ce temps, la petite fille atteinte de la même maladie avait succombé ; on avait administré des vomitifs et appliqué quelques sangsues, sans cautériser.

Si je ne m'abuse, ces observations prouvent clairement que mes deux propositions relatives à la marche de la diphthérite et à l'action du caustique sont rigoureusement vraies. Elles prouvent, de plus, que le croup débute souvent par l'angine couenneuse ; dans ce cas, on aperçoit sur les tonsilles des plaques qui grandissent promptement, et envahissent les parties voisines.

Ce fait établi, on comprend l'importance d'arrêter les progrès d'un mal, si voisin du larynx, et qui emprunte surtout son

---

à la matière, et de la matière à l'esprit. Seul, M. Ferrus — et que ce savant confrère me permette, en passant, de le féliciter sur son dernier discours d'une forme élevée, philosophique et tout à fait littéraire ; comme je féliciterai, par la même occasion, M. Baillarger, du talent d'improvisation distingué et remarquable dont il a fait preuve dans la dernière séance ; — M. Ferrus seul, dis-je, a eu la franchise de son opinion dans ce passage de son discours, que je recommande tout particulièrement à l'attention de M. Bousquet :

« Dans cette discussion, il n'y a pas seulement des doctrines en présence ; il y a encore autre chose. On menace les progrès réalisés, on exhume le mirage du traitement moral exclusif. A-t-on bien calculé les conséquences qui peuvent en résulter ? Est-ce que, témoin du discrédit jeté sur le rôle du médecin auprès de l'aliéné, le zèle religieux ne ressaisirait pas avidement ce qu'il a eu tant de peine à abandonner ? Est-ce que l'administration hospitalière, si encline à tout ramener à sa sphère, ne s'en autoriserait pas pour se substituer au médecin et proclamer qu'une tutelle purement administrative et des soins hygiéniques suffisent pour couvrir sa responsabilité sociale ? Est-ce que la médecine, comme disait Double, n'abdiquerait pas ? Est-ce que ce ne serait pas faire tomber pièce à pièce, sous le péril de cette théorie, une législation protectrice qui est un modèle pour les autres états, et constitue une des plus belles conquêtes de la raison et de la charité ? »

M. Ferrus pouvait aller plus loin ; il pouvait signaler cette tendance d'une partie au moins du pouvoir religieux à se ressaisir de tout ce qui concerne l'administration des aliénés, tendance passée à l'état de fait et qui se traduit par une chaude et visible protection des établissemens, devenus de plus en plus nombreux et florissans, dirigés par des ordres religieux, et dans lesquels la médecine ne joue plus qu'un rôle secondaire et sacrifiée. Oui, la loi du 6 juillet 1838 a été un grand acte de raison et de charité, mais M. Ferrus, en sa qualité d'inspecteur général des maisons d'aliénés, pourrait-il assurer que les dispositions de cette loi et celles de l'ordonnance qui en réglemente le fonctionnement ne sont jamais éludées en ce qui concerne la part intelligente qui a été faite à la médecine par cette loi ? Oui, il y a un grand péril dans cette discussion soulevée par M. Bousquet avec des intentions bien opposées, certainement, à celles dont on pourra tirer parti. C'est pour avoir vu ce péril, je le déclare, que je n'ai pas voulu mêler quelques critiques de mon crû aux critiques, légitimes sur certains points, de M. Bousquet. Je crois que la médecine mentale peut marcher dans une voie meilleure que celle qu'elle suit ; je crois qu'elle y aspire ; je crois qu'il faut l'encourager à chercher cette voie nouvelle, sous peine de voir les principes de notre art dominés par une théologie mystique et dangereuse.

Un anonyme — pourquoi un anonyme ? Pourquoi n'avoir pas le courage de sa signature et de son opinion ? en fallait-il beaucoup dans cette circonstance ? — me reproche d'avoir comparé le fauteuil de l'Académie des sciences à un doux lit de repos et d'avoir accusé les académiciens de tendance au *far niente*. Ces accusations ne sont pas neuves, me dit-il. Et, en effet, il aurait pu le prouver. Rivarol faisait déjà à cette impertinente question : Qu'est-ce qu'un académicien ? cette impertinente réponse : Un fauteuil et un jeton de présence. Fontenelle qui, en sa qualité de double académicien et de secrétaire perpétuel, devait s'y connaître, définissait ainsi le fauteuil : Un lit de repos où le bel esprit s'endort. Mon anonyme me pardonnera-t-il de lui rappeler une épigramme célèbre de Piron ? Je m'y hasarde :

En France, on fait, par un plaisant moyen,
Taire un auteur, quand d'écrits il assomme :
Dans un fauteuil d'académicien,
Lui quarantième, on fait asseoir mon homme ;
Lors il s'endort, et ne fait plus qu'un somme ;
Plus n'en avez phrases ni madrigal ;
Au bel esprit le fauteuil est, en somme,
Ce qu'à l'amour est le lit conjugal.

Mon anonyme a bien raison, l'accusation n'est pas neuve. Et l'origine du fauteuil académique, mon anonyme la connaît-il ? Je l'ai lue quelque part : Le cardinal d'Estrées, devenu très infirme, et cherchant un adoucissement à son état dans l'assiduité aux assemblées de l'Académie, dont il était membre, demanda qu'il lui fût permis de faire apporter un siége plus commode que les chaises, qui étaient encore en usage ; car il n'y avait eu jusqu'alors qu'un fauteuil, et il appartenait exclusivement au directeur. On en rendit compte à Louis XIV, qui, prévoyant les conséquences d'une pareille distinction, ordonna à l'intendant du garde-meuble de faire porter quarante fauteuils à l'Académie, et consacra ainsi pour toujours l'égalité qui doit régner partout où les gens de lettres s'assemblent.

On sait que ce sont les mêmes fauteuils qui servent aux cinq Académies, dont la réunion constitue l'Institut de France. Et voilà pourquoi j'ai pu parler des fauteuils de l'Académie des sciences, quoique tout ce qui précède soit relatif à l'Académie française.

Du fauteuil de l'Institut à la banquette de l'Académie de médecine, il n'y a que la rue des Saints-Pères à passer. Je l'ai dit autrefois, je ne le redirai plus : l'influence de la banquette étroite, incommode, où l'on ne peut pas *faire un somme*, cette influence a été désastreuse. Que voulez-vous qu'on fasse sur ce siége agaçant ? Parler. Aussi parle-t-on comme jamais on ne parla dans aucune assemblée délibérante. Hommes d'État, Gouverneurs des peuples, Rois et Empereurs, le système représentatif vous effraie ; c'est trop de pusillanimité ; rétablissez-le sans crainte ; mais aux banquettes traditionnelles des assemblées législatives, substituez de moelleux et confortables fauteuils, et vous m'en direz des nouvelles.

Qu'est-ce qui a tué la critique littéraire au théâtre ?

Les fauteuils à dossier du parterre.

Amédée LATOUR.

D'après le journal anglais *The Lancet*, M. le docteur Deville, ancien prosecteur des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé professeur d'anatomie à l'Ecole anatomique et médicale de *Grosvenor-Place*, de Londres.

caractère de gravité au siége qu'il occupe. En vain, M. Marchal prétend-il que la diphthérite est une holopathie, et que la cautérisation n'est qu'un moyen local qui ne touche pas au principe de la maladie, il n'en est pas moins vrai que si la cautérisation détruit sur place la spécificité de l'inflammation diphthéritique, c'est faire acte de haute prudence que de chercher à l'arrêter lorsqu'elle menace d'envahir le larynx. Il importe peu que la fausse membrane puisse se reproduire ailleurs, pourvu qu'on l'empêche de se propager et d'atteindre les voies aériennes.

La cautérisation ne fait-elle pas avorter les pustules de la variole? Et l'érysipèle, dont la marche est si rapide, n'est-il pas souvent borné par la solution concentrée de nitrate d'argent?

Il ne répugne aucunement à la raison d'admettre qu'il puisse en être ainsi pour la diphthérite.

Ces considérations, que je ne veux pas étendre, prouveront, je l'espère, que l'accusation de M. Marchal contre l'école de Tours est au moins hasardée, lorsqu'il dit :

« Si l'angine couenneuse est mieux connue depuis les travaux de l'école de Tours, on a de fortes raisons de croire, en revanche, qu'elle ne fut jamais plus funeste, précisément à cause de l'emploi des caustiques. » (N° 56 de l'Union Médicale, année 1855.)

J'ai la conviction que la majorité des praticiens, tout en ne rejetant pas l'usage des alcalins, que la théorie semble indiquer, n'abandonneront pas le mode de traitement formulé par M. Bretonneau, traitement consacré par le temps et par l'expérience.

Ils suivront ainsi le sage conseil que M. Valleix donne en ces termes dans le *Guide du médecin praticien* :

« Qui oserait, dans une maladie aussi terrible que le croup, se priver d'un seul des moyens ayant pour eux une expérience plus ou moins solide? »

CHIRURGIE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL ET DU CORPS DU FÉMUR ;

Par M. Ferdinand Martin, chirurgien-orthopédiste des Maisons impériales d'éducation de la Légion d'Honneur, chirurgien-mécanicien de l'hôtel impérial des Invalides, etc.

(Suite. — Voir les numéros des 12, 14 et 21 Juin.)

Recherchons maintenant les motifs qui ont porté les auteurs à admettre la division des fractures du col du fémur en fractures intra-capsulaires et fractures extra-capsulaires et examinons les conséquences pratiques qu'on en peut tirer? Presque tous les praticiens s'accordent à dire que les fractures qui ont lieu en dehors de l'articulation peuvent guérir assez facilement, quoique le membre présente un certain degré de raccourcissement, c'est-à-dire quoique les fragmens ne soient pas dans un rapport parfait; tandis que celles qui sont situées à l'intérieur de la capsule articulaire, au contraire, ne pouvant se consolider, il est inutile de les soumettre à aucun traitement.

Boyer attribue la non-consolidation des fractures intra-capsulaires à l'imperfection des appareils ; A. Cooper au défaut d'affrontement parfait des fragmens, ce qui, au fond, est à peu près la même chose.

Enfin, pour presque tous les chirurgiens, la principale raison est l'absence presque complète de travail de consolidation du côté de la tête qui est séparé du col; ils affirment que, de ce côté, la vitalité n'est plus entretenue que par le ligament rond dans l'épaisseur duquel on ne trouve qu'un petit nombre de vaisseaux très fins et qu'alors cette vitalité devient à peu près nulle et rend la consolidation impossible.

C'est de là qu'il suit que les auteurs, convaincus que tout traitement est inutile, que le membre ne pourra jamais recouvrer l'intégrité de ses fonctions, conseillent d'abandonner ces fractures à elles-mêmes.

Ainsi, A. Cooper croyant voir la santé des malades s'altérer sous l'influence d'un traitement qu'il considérait comme sans espoir, dit avec découragement : « Si pareil accident m'arrivait, je ferais placer un coussin sous le membre blessé, dans toute sa longueur, un autre serait roulé et placé au-dessous du genou et le membre serait ainsi soumis à l'extension, pendant dix ou quinze jours, jusqu'à ce que l'inflammation et la douleur soient dissipées. Alors, je me lèverais et me tiendrais assis dans une chaise élevée afin de prévenir un degré trop considérable de flexion, qui serait douloureux ; et, marchant avec des béquilles, j'appuierais sur le sol avec le pied du côté malade, d'abord légèrement, puis progressivement, de plus en plus, jusqu'à ce que le ligament capsulaire se soit épaissi, et que les muscles aient recouvré leur énergie ; l'usage d'un soulier à talon diminuerait la claudication. »

S'il était vrai que toute consolidation est impossible par suite de l'absence de vitalité dans le fragment supérieur, il faudrait passer condamnation, et de toute nécessité se soumettre aux conseils désespérés d'Astley Cooper; mais nous voyons déjà que ce chirurgien avait reconnu la possibilité de la formation d'une substance fibreuse qui, réunissant les deux fragmens, les maintient assez solidement pour permettre la station et la déambulation, et cela, quoique le membre présente un raccourcissement souvent assez considérable et, par conséquent, que les fragmens soient éloignés l'un de l'autre.

Du reste, il dit que, dans le cas où il y aura le moindre doute sur le lieu de la fracture et sur la question de savoir si elle est intra ou extra-capsulaire, on devra traiter le malade comme si l'on avait affaire à la seconde de ces fractures, qui est susceptible de consolidation osseuse. C'est, après tout, ce que nous avons fait : seulement nous avons toujours obtenu guérison sans difformité, quel que soit le cas.

Si A. Cooper ne reconnaît la possibilité de réunion osseuse que pour les fractures extra-capsulaires, les auteurs qui se sont occupés de cette question nous rapportent des exemples, avec pièces à l'appui, de la consolidation osseuse dans les fractures intra-capsulaires. Boyer en cite une observation; le musée Dupuytren renferme plusieurs pièces dans lesquelles un cal osseux plus ou moins régulier a réuni les fragmens du col fémoral à l'intérieur de l'articulation. Enfin, M. le docteur Fano vient de soumettre, à la Société de chirurgie, un fémur


Figure 10.

présentant une fracture intra-capsulaire consolidée par un cal osseux, voyez fig. 10.

M. le professeur Malgaigne, tout en admettant ce mode de consolidation, conteste la valeur absolue d'un grand nombre de pièces qui sont présentées comme preuves à l'appui. Mais n'y eût-il qu'un seul exemple de consolidation osseuse bien avéré dans le cas de fracture intra-capsulaire, que nous croirions devoir le prendre comme preuve de la possibilité de cette consolidation et conseiller, dans tous les cas, de recourir aux moyens qui peuvent la favoriser.

De tout ce qui précède, il résulte que les fractures intra-capsulaires guérissent beaucoup plus difficilement que celles qui ont lieu en dehors de l'articulation ; que les principales causes de la difficulté de la consolidation de ces fractures tiennent : 1° A la vitalité moindre du fragment supérieur ; 2° à ce que, avec les appareils ordinaires, les fragmens ne peuvent être maintenus dans un contact assez immédiat, c'est-à-dire, tout simplement, comme le disait Boyer, à ce que les appareils sont défectueux.

Maintenant, à quel moment doit-on commencer à tenter la réduction ? Il est un principe admis généralement, c'est que, lorsque le membre présente un gonflement assez considérable, il ne faut pas tenter la réduction de la fracture. Or, Pott démontre que ce principe est contraire aux saines lois de la physiologie. En effet, quelle est la cause de ce gonflement, de cette inflammation des parties qui avoisinent la fracture ? Il est de toute évidence qu'elle n'est autre que la dilacération causée par les extrémités plus au moins aiguës des fragmens. Maintenant, quel peut être le moyen de faire cesser tous ces accidens ? La réponse est bien simple. Si vous avez une épine enfoncée profondément au milieu de vos tissus et que ces tissus soient devenus le siége d'une inflammation violente, vous commencerez par retirer l'épine. Eh bien, dans le cas qui nous occupe, les extrémités toujours très irrégulières des fragmens ont traversé les chairs du membre fracturé et vous voulez attendre que l'inflammation ait cessé pour chercher à retirer les nombreuses épines qui déchirent ces chairs? N'y a-t-il pas là contradiction flagrante?

Le premier soin doit donc être de faire disparaître ces accidens. Mais, dira-t-on, il est impossible d'exercer des tractions assez énergiques pour opérer la réduction immédiate en agissant sur des tissus affectés d'inflammation, et il y a risque alors, en agissant ainsi, de déterminer les plus graves accidens. A cette objection, il y a une réponse toute naturelle ; placez d'abord le membre dans une position telle, que les muscles soient dans le plus grand relâchement possible ; puis, vous commencerez par exercer de légères tractions qui auront toujours pour avantage d'éloigner les aspérités des fragmens des parties qu'ils continuent à déchirer. A l'aide de cette manœuvre, vous ferez cesser, ou au moins vous diminuerez considérablement les causes d'irritation : en continuant de la sorte, vous arriverez à ramener peu à peu le membre à sa longueur normale tout en diminuant l'irritation et, par conséquent, l'inflammation et les douleurs du malade.

Hippocrate (*Traité des fractures*, § 31) recommande de commencer le traitement le plus tôt possible.

Amb. Paré dit que, pour « *réduire aisément vne fracture, il faut faire tout chaudement, et du premier iour, s'il est possible.* »

Pott attribue tous les insuccès au retard qu'on a mis à opérer la réduction, et à attendre la diminution des phénomènes inflammatoires ; il ajoute, que neuf fois sur dix, on aurait pu éviter tous ces accidens, c'est-à-dire la douleur, la difformité et la claudication qui en est la conséquence, si l'on avait tenté la réduction immédiatement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 Juin 1855. — Présidence de M. Regnault.

De la formation du sucre dans l'organisme.

L'auteur, M. G. Colin, présente dans ce mémoire les premiers résultats d'expériences entreprises dans le but de rechercher si la production du sucre est réellement localisée dans le foie, ou si elle a son siége en divers points de l'économie. Ces résultats, il les résume lui-même dans les propositions suivantes :

1° A l'état normal, chez les herbivores, il y a du sucre dans le sang, le chyle et la lymphe ; chez ces animaux, la veine porte et les chylifères puisent, pendant la digestion, le sucre tout formé dans les alimens comme celui qui y prend naissance par les mutations des matières amylacées.

2° Chez les carnassiers nourris exclusivement de chair dont le sucre a été détruit par un commencement de putréfaction, la veine porte et les chylifères se chargent de matière sucrée produite dans l'appareil digestif aux dépens des principes de l'alimentation.

3° Divers produits de sécrétion, comme la sérosité des plèvres, du péricarde, du péritoine, le contenu des vésicules ovariennes, de l'estomac du fœtus, la bile, renferment du sucre en plus ou moins forte proportion.

4° Il reste à déterminer si le sucre des fluides de sécrétion, notamment celui du lait, provient du sang hépatique, ou s'il est formé directement par les organes sécréteurs — (Commissaires, MM. Pelouze, Rayer, Bernard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Juin 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

M. Baillarger : Je passe aux doctrines de M. Moreau.

J'ai ici, Messieurs, à examiner deux points différens :

1° M. Moreau nie la monomanie en principe ;

2° Il regarde le délire et la folie comme une seule et même maladie, dont les types divers admis jusqu'à présent ne sont que des périodes.

Occupons-nous d'abord du premier point, c'est-à-dire de la négation de la monomanie en principe. Je crois devoir, avant tout, faire remarquer que la position est ici beaucoup moins grave. Il y a loin, en effet, de l'opinion de M. Falret, qui nie l'existence de la monomanie en fait, à celle de M. Moreau, qui la rejetterait en principe en se fondant sur une objection toute psychologique. On sait que, sur le terrain de la psychologie, il est facile de se trouver en dissidence.

Voyons d'abord le passage sur lequel s'est appuyé M. Bousquet pour démontrer l'opinion de M. Moreau :

« D'après les lois constitutives des facultés intellectuelles, dit M. Moreau, il est impossible d'admettre que ces facultés puissent être modifiées d'une manière partielle.

» Dans la plus légère, comme dans la plus grave de ces lésions, il y a nécessairement métamorphose complète, transformation radicale, absolue de toutes les puissances mentales du moi qui les résume.

» En d'autres termes, comme on raisonne, on déraisonne ; on est fou ou on ne l'est pas ; mais on ne saurait l'être à moitié, aux trois quarts, de face ou de profil. »

Il y a dans l'âme humaine deux ordres de faits, les uns appartiennent à ce que les psychologues ont appelé les capacités naturelles de notre nature, les autres appartiennent au pouvoir personnel qui gouverne ces capacités. M. Moreau, dans le passage cité, me paraît avoir confondu à tort ces deux ordres de faits. J'ajouterai, en passant, que cette même confusion existe dans toute la partie psychologique du travail de M. Bousquet.

Le pouvoir personnel est un et ne peut se diviser ; la perte du libre arbitre, qui constitue essentiellement l'aliénation mentale, ne peut non plus être scindée. Donc, quand vous affirmez qu'un fou ne peut l'être à moitié, aux trois quarts, je suis complétement de votre avis. Je l'ai dit déjà, et presque dans les mêmes termes, dans mon travail sur la classification des maladies mentales. Un homme, en effet, est ou n'est pas aliéné, il domine ses actes ou ne les domine pas. La folie, pas plus que la raison, ne peut se partager par fractions. Aussi, vous le savez, me suis-je élevé contre ces expressions de délire partiel, sur lesquelles je reviendrai dans un instant.

Donc, si vous ne voulez que parler des faits qui appartiennent au pouvoir personnel, il n'y a nulle dissidence entre nous ; mais le désaccord commence quand vous dites que les facultés de l'âme humaine ne peuvent pas être lésées partiellement, quand vous semblez confondre, par exemple, la mémoire et la liberté. Dire que l'intelligence ne peut pas être lésée partiellement, c'est évidemment une erreur. Non seulement l'intelligence peut être lésée partiellement, mais elle peut l'être à tous les degrés et de la manière la plus diverse. Que sont, je vous le demande, ces hallucinations isolées observées parfois chez des hommes tout à fait raisonnables? Que sont ces idées fixes qui tendent à dominer l'intelligence et qui deviennent si exclusives qu'on ne peut plus s'en détourner? Que sont encore ces impulsions si bizarres qui surgissent tout à coup dans notre esprit et feraient de nous autant d'aliénés si elles avaient plus de puissance et si nous ne pouvions les dominer?

On me citait, ces jours derniers, un professeur célèbre qui, pendant assez longtemps, n'a pu commencer sa leçon sans se sentir poussé à escalader au galop les gradins de son amphithéâtre. Ne sont-ce pas là, je le demande, des lésions partielles de nos facultés, lésions légères et passagères quand il s'agit des impulsions dont je viens de parler, lésions graves si nous arrivons jusqu'aux hallucinations ?

Observez avec soin tous les degrés de l'excitation maniaque et de la prostration mélancolique, et vous verrez combien il est facile d'établir dans la lésion de nos facultés toute une échelle de gradation. Quant

aux contrastes que ces lésions présentent, il suffit, pour s'en convaincre, d'observer, par exemple, le délire mélancolique et le délire ambitieux. Voici un homme qui passe six mois assailli par les idées les plus tristes, par les tableaux les plus lugubres; il est en proie au découragement le plus profond. Bientôt il sortira de cet état et passera six autres mois au milieu des idées les plus riantes, se berçant d'espérances brillantes et des chimères les plus flatteuses pour sa vanité. N'y a-t-il pas là, je le demande, un enseignement dont il faut profiter, et, quand on voit dans nos facultés des lésions d'une nature si opposée, comment n'admettrait-on pas que ces mêmes facultés peuvent être lésées à des degrés divers ? J'admets donc qu'il y a des lésions partielles et des lésions générales, mais je reconnais avec vous que la folie, dans son essence, est une. C'est sur quoi j'ai déjà insisté dans mon *Essai de classification*, et voici dans quels termes je l'ai fait :

Peut-on dire que la folie est partielle ou générale ?

Pour décider cette question, il est indispensable de chercher à se rendre compte de ce que c'est que la folie, et en quoi consiste son phénomène radical.

Il y a dans la folie deux élémens très distincts :

Le premier est un trouble, un désordre, une lésion de l'entendement.

Le second est la perte de conscience de ce trouble, de ce désordre, de cette lésion.

Prenons pour exemple un halluciné.

Nous trouvons d'abord l'hallucination, lésion de l'intelligence et de la sensibilité, constituant le premier élément; puis la conviction du malade que cette hallucination a réellement une cause dans le monde extérieur et qu'elle est résultat d'une persécution, etc. C'est-à-dire *perte* ou *absence de conscience*, que cette hallucination n'est qu'un symptôme de dérangement intellectuel. C'est le deuxième élément.

Quel est ici le phénomène principal ?

La réponse est bien facile et ne peut soulever aucune objection.

Il est évident que ce n'est pas l'hallucination, c'est-à-dire, la lésion de l'entendement. Car un homme, et les exemples n'en sont pas très rares, peut être halluciné sans être aliéné; cela arrive tant qu'il conserve la conscience de sa maladie jugée et appréciée par lui, comme par le médecin lui-même.

Le phénomène radical, c'est donc la perte de conscience.

Or, la perte de conscience d'une lésion peut-elle être partielle ou générale ?

Non, assurément; ce qui peut s'étendre et se limiter, c'est la lésion, mais non la perte de conscience.

Me fondant sur les raisons qui précèdent, je crois donc qu'il serait plus rigoureux de dire : délire avec *lésion* partielle, délire avec *lésion* générale.

Ainsi donc, vous le voyez, la dissidence entre nous n'est que le résultat d'une confusion. Je pense comme vous qu'un homme ne peut être fou à moitié, et c'est pour cela que j'ai signalé la dénomination de *délire partiel* comme n'étant pas suffisamment rigoureuse.

Je passe au deuxième point.

Je dis que M. Moreau ne voyait dans les divers types de la folie que les périodes d'une seule et même maladie. C'est une opinion théorique que je ne saurais admettre, et que j'ai combattue d'avance dans tout ce qui précède en parlant des classifications. Sans donc insister sur ce point, je me bornerai à dire, notre collègue M. Bousquet ne l'ayant pas fait, comment M. Moreau y a été conduit.

Ce médecin admet que tous les délires, sans exception, sont précédés d'un même état pathologique. Ils prennent tous naissance dans une même lésion des facultés. C'est cette lésion qu'il a appelé le *fait primordial*, ou l'excitation. Elle consiste surtout dans la dissociation des idées; c'est là, pour M. Moreau, le fait générateur de tous les délires, et ce fait se renouvelle par intervalle chez les monomaniaques eux-mêmes. C'est ce qui avait lieu en particulier chez Berbiguier.

La remarque faite par M. Moreau est importante, j'en ai souvent constaté l'exactitude; mais alors même qu'il n'y aurait pas d'assez nombreuses exceptions, la conséquence qu'il en tire ne me paraîtrait pas suffisamment rigoureuse. Si on découvrait, par exemple, que les convulsions de l'hystérie et de l'épilepsie ne se produisent qu'après un trouble dynamique identique, faudrait-il pour cela les confondre ? Non, assurément, car les manifestations symptomatiques sont si différentes, qu'il y a évidemment d'autres conditions plus que suffisantes pour maintenir la distinction de ces deux maladies. On a vu combien sont tranchés les symptômes de la manie, de la monomanie et de la mélancolie; et quand bien même elles seraient précédées d'un état cérébral identique qui constituerait entre elles une analogie, cela ne ferait en aucune façon disparaître les caractères différentiels qui les séparent.

En résumé, pour tout ce qui a trait à cette question de classification, je crois, et je le dis avec la plus entière conviction, que les médecins aliénistes sont, au fond, bien près d'être d'accord : les trois grands types admis par Esquirol, conservés par M. Falret, sont, en effet, généralement reconnus comme la base d'une bonne classification. Il y a donc eu, je le crois, un peu d'exagération et, j'ajoute à regret, quelques inexactitudes dans les objections qu'a soulevées notre savant collègue.

J'arrive à la deuxième question que je me suis proposé de traiter, c'est-à-dire à la physiologie pathologique.

J'ai exposé, dans ma première argumentation, une théorie du délire que j'ai désignée sous la dénomination de *théorie de l'automatisme*. Elle est opposée à l'opinion des médecins aliénistes qui admettent des lésions de l'attention, comme l'a fait en particulier Esquirol. L'automatisme de l'intelligence est, à mon avis, le point de départ de la folie, et il suffit, je crois, pour en expliquer toutes les formes.

Je ne saurais dissimuler, Messieurs, que cette théorie m'est chère à plus d'un titre; c'est celle que j'ai exposée il y a douze ans dans ma *Physiologie des hallucinations*. C'est elle qui en est la base, et c'est à cette partie physiologique de mon travail, la seule qui ait été imprimée, que fut décerné le prix *Civrieux*. C'est donc avec peine que je renoncerais aujourd'hui à des convictions déjà anciennes, à des opinions auxquelles je ne me suis arrêté qu'après de longues et pénibles recherches. Cependant, cette théorie d'automatisme a été de la part de notre collègue, M. Bousquet, l'objet de très vives critiques, et l'on comprendra facilement que je fasse tous mes efforts pour la défendre.

M. Bousquet commence par établir que les mots automatisme et intelligence s'excluent, et il ne conçoit pas une si étrange association. Toute cette théorie est, dit-il, trop profonde pour qu'il la comprenne. Tout ce qu'il voit, c'est que l'automatisme est pour moi d'une grande ressource, car, dit-il, j'en fais souvent usage; je taxe d'automatisme, d'après M. Bousquet, tout penseur qui, absorbé dans ses méditations, s'isole de ses sens, au point de rester étranger à ce qui se passe autour de lui, et à ce compte, ajoute-t-il, il n'y aurait jamais plus d'automates que parmi les hommes de génie, etc.

Il n'y a, Messieurs, qu'une réponse à faire à ces objections. Il est évident, et la faute en est assurément à moi seul, il est évident que je n'ai pas été compris. J'ai péché par trop de présomption, et j'aurais dû moins compter sur mes propres forces. Je serai plus modeste aujourd'hui. J'appellerai à mon aide un philosophe qui, entre beaucoup d'autres mérites, a celui de la clarté. Voici un passage emprunté à Jouffroy, et que j'extrais de son chapitre sur les facultés de l'âme :

« Comme un ouvrier prend et quitte tour à tour ses instrumens, nous sentons la volonté, tantôt se saisir des capacités de notre nature et les employer à ses desseins, tantôt les délaisser et les abandonner à elles-mêmes; et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, dans ce dernier cas, nos capacités naturelles n'en marchent pas moins, pour être délaissées par le pouvoir personnel; elles se développent sans son secours et vont fort bien sans lui. »

Ainsi, il existe en nous, quant à l'exercice intellectuel, deux états très différens : dans l'un, nous dirigeons nos facultés, nous les employons à nos desseins, nous sollicitons les idées par une recherche active, et quand nous les avons fait naître, nous les conservons plus ou moins longtemps pour les examiner sous tous leurs aspects : c'est l'intervention active de la personnalité.

L'autre état est tout à fait opposé : c'est l'état d'indépendance pour les facultés et d'inertie du pouvoir personnel. « Nous sentons alors notre mémoire, notre imagination, notre entendement se mettre en campagne sans notre congé, courir à droite et à gauche comme des écoliers en récréation, et nous apporter des idées, des images, des souvenirs trouvés sans notre secours, et que nous n'avions pas demandés. »

Il suffit de s'observer pour reconnaître que ces deux états se succèdent alternativement; à chaque instant nous reprenons les rênes, et à chaque instant elles nous échappent. Mais il arrive aussi que l'état d'indépendance des facultés se prolonge; alors « la défaillance est générale, c'est-à-dire que le pouvoir personnel abdique entièrement, et lâche en même temps les rênes à toutes nos facultés. C'est ce qu'on peut observer dans les momens où le corps étant dans un repos parfait, la sensibilité à peine effleurée par quelques sensations légères, nous laissons ainsi aller notre mémoire, notre imagination et notre pensée comme elles le veulent; et tombons dans ce qu'on appelle l'état de rêverie. Notre personnalité n'est pas éteinte, elle surveille encore le jeu naturel des capacités qui l'entourent; elle a la conscience qu'elle peut, quand elle le voudra, s'en ressaisir; mais pour le moment elle ne gouverne pas : elle laisse tout aller, elle se repose. Dans cet état, toutes nos facultés se meuvent de leur mouvement propre et selon leurs lois, non selon les nôtres, et par notre impulsion. L'homme s'est retiré, et notre *nature vit comme une chose*; tout ce qui se passe en nous est *fatal*; nous sommes retombés sous la loi de la *nécessité*, *qui se joue de nous comme elle se joue de l'arbre et des nuages.* »

A ces passages nous n'ajouterons plus que le suivant :

« L'homme se rapproche des choses quand il délaisse cet empire qu'il dépend de lui de prendre; quand, au lieu de s'approprier ses facultés, il les abandonne à leur propre mouvement, et reste paresseusement endormi au milieu d'un MÉCANISME dont il lui a donné de gouverner tous les *ressorts.* »

Qu'est-ce, Messieurs, que cet état de rêverie pendant lequel notre nature vit comme une chose où tout ce qui se passe en nous est fatal, où nous sommes retombés sous la loi de la nécessité qui se joue de nous comme elle se joue de l'arbre et des nuages ? Qu'est-ce que cet état que Jouffroy compare à un *mécanisme* mu par des *ressorts ?* Cet état, c'est l'automatisme.

Maintenant, Messieurs, notre collègue, M. Bousquet dira-t-il que ces mots de mécanisme et d'intelligence s'excluent ? s'élèvera-t-il contre ce rapprochement ? retournera-t-il les critiques qu'il m'a adressées contre le philosophe spiritualiste ? et, s'il ne le fait pas, pourquoi ne serai-je pas autorisé à conserver ce mot d'automatisme pour désigner d'une manière plus brève l'état complet d'indépendance des facultés ?

Au reste, je comprends sans peine l'opposition de M. Bousquet. Comme je l'ai dit plus haut, il a confondu le pouvoir personnel et les facultés qu'il gouverne. Ces facultés soumises au pouvoir de la volonté, et ces mêmes facultés abandonnées à elles-mêmes, il en résulte que les mots de mécanisme, de ressorts, d'automatisme, employés pour l'activité volontaire des facultés, deviennent pour notre collègue tout ce qu'il y a de plus étrange; sa critique serait, en effet, dans ce cas, parfaitement fondée, et, en me plaçant à son point de vue, je ne m'expliquerais pas différemment. Il suffit donc, au moins je le crois, de s'expliquer d'une manière plus claire et plus complète pour faire disparaître sur ce point toute dissidence.

Après ce qui précède, est-il besoin d'ajouter que je n'ai jamais taxé d'automatisme tout penseur qui vit absorbé dans ses méditations, et qui s'isole ainsi du monde extérieur ? Non, assurément; une telle pensée n'a jamais été la mienne. La méditation, en effet, c'est l'activité volontaire dans toute sa force; c'est le moment où le pouvoir personnel use de toute sa puissance, où les facultés, au contraire, sont le plus complétement soumises; et cet état est véritablement le plus opposé à l'état de rêverie que j'ai decrit plus haut. Il n'est donc besoin ici que d'une rectification.

Il en est une autre moins importante, qui se rapporte au fait de Newton. D'après notre collègue, M. Bousquet, j'aurais dit que quand cet homme célèbre avait brûlé le doigt de sa fiancée il ne le voulait pas, et M. Bousquet ajoute, c'est qu'il voulait ailleurs trop fortement. Il y a là une opposition qui rend bien la pensée de M. Bousquet; mais il y a aussi une inexactitude. Je n'ai pas dit, et je n'ai pas pu dire que Newton ne le voulait pas; ceci est de toute évidence. Newton était alors dans l'état de rêverie; ses facultés étaient abandonnées à elles-mêmes, et son activité volontaire tout à fait absente; il était, pour rappeler les expressions de Jouffroy « paresseusement endormi au milieu d'un mécanisme dont il ne gouvernait plus les ressorts, » il ne méditait pas, il rêvait.

J'arrive, Messieurs, au dernier point qui reste à examiner : aux analogies des rêves et de la folie. M. Bousquet n'admet pas ces analogies; il n'admet pas au moins qu'on les regarde comme très intimes et très étroites; c'est un rapprochement qui lui paraît des plus bizarres. A cet égard même, notre collègue serait presque tenté de douter de ma conviction, et il me demande si je crois sincèrement ce que j'affirme avec tant d'assurance. « Que l'auteur d'une pareille conception y croie, ajoute M. Bousquet en parlant de M. Moreau, c'est son juste châtiment; mais tout autre n'ayant pas le même intérêt devrait juger plus sainement. »

Il est évident, Messieurs, qu'en persistant dans les idées que j'ai émises, je m'expose à perdre beaucoup dans l'opinion de notre collègue, mais avant tout il faut être sincère. Je dois donc devoir déclarer que je crois, en effet, aux analogies des rêves et de la folie; j'ajouterai même que, si c'est une erreur, cette erreur a déjà été commise par moi il y a plus de douze ans.

On a souvent comparé les hallucinés à des hommes qui rêvent éveillés; or j'ai trouvé que ce n'était pas assez, et je me suis efforcé de démontrer que les hallucinés, dans un certain état que j'ai appelé *état d'hallucination*, ne peuvent pas être assimilés à des hommes véritablement éveillés. Ainsi une simple comparaison ne me suffisait pas, et je voulais un rapprochement plus intime et plus complet. Ce que je viens de dire suffira, je l'espère, pour convaincre M. Bousquet de ma sincérité.

Cependant, si j'admets entre les rêves et la folie des analogies, je ne crois pas que l'on puisse ici prononcer le mot *identité*; j'avoue même que je comprendrais difficilement cette identité avec les idées émises par M. Moreau : « La folie, dit-il, est un état mixte résultant de la fusion de l'état de sommeil avec l'état de veille. » S'il en est ainsi, comment la folie serait-elle identique à l'état de rêve ? N'est-il pas impossible, en effet, qu'un état, qui résume en lui les caractères de deux états opposés, soit identique à l'un de ces deux états ?

Il y a d'ailleurs dans la folie, comme je l'ai dit plus haut, deux élémens; c'est dans l'un de ces élémens que consiste seulement son analogie avec l'état de rêve; c'est par l'autre, au contraire, qu'elle tient à l'état de veille; chez l'halluciné, par exemple, le premier élément c'est l'hallucination, qui n'a lieu que dans l'état d'indépendance des facultés; le second, c'est la conviction délirante que cette hallucination entraîne, conviction active et qui se continue dans le plus complet état de veille.

Telles sont les raisons qui me font croire aux analogies très étroites entre les rêves et la folie, et qui m'empêchent en même temps d'admettre l'identité de ces deux états.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la discussion est close.

COURRIER.

Mon honorable confrère, M. le docteur Caffe, après avoir reproduit mon article du 9 juin dernier, intitulé : *Un jugement en matière d'honoraires*, ajoute : « Il fallait demander à la Cour de cassation la » réformation du jugement par cause d'abus. — Tel est, selon nous, » le conseil que l'honorable rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE » devait donner à notre confrère, victime de cet excès de pouvoir. Les » condoléances sont aussi stériles pour le condamné que pour la profes- » sion toute entière. »

Si le rédacteur du *Journal des connaissances médicales* avait bien lu l'article qu'il a reproduit, il aurait vu que le conseil qu'il me blâme de n'avoir pas donné à notre confrère, lui a été si bien donné qu'il y a eu une consultation de la part du savant avocat de l'Association de prévoyance pour savoir si ce conseil était bon ou mauvais. Il y aurait vu encore que cette consultation a été négative, et que l'Association, n'ayant pas cru devoir intervenir, notre confrère a laissé passer les délais où le recours était possible. Je crois avoir exprimé assez nettement mon regret de tout cela pour que M. Caffe ne m'adressât pas un blâme que je ne mérite pas. Il y a quelque chose de plus stérile encore que les condoléances, seule compensation que je pusse offrir à notre confrère, c'est de donner des conseils déjà donnés et qu'on n'a pu ou voulu suivre.

Très prochainement je publierai aussi les détails d'une affaire curieuse en matière de réquisition judiciaire, où un recours en cassation, soutenu d'après mes conseils, a obtenu un arrêt très important de la Cour suprême. Amédée LATOUR.

— La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 27 juin, à trois heures et demie.

— Par arrêté en date du 20 juin 1855, M. le ministre de l'Instruction publique a accepté la démission de M. Barnetche, professeur d'accouchement, maladies des femmes et des enfans, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Par le même arrêté, M. Barnetche a été nommé professeur honoraire de ladite école.

— Le préfet du département des Landes a pris un arrêté, où l'on trouve les dispositions suivantes :

Considérant qu'il importe de veiller à ce que, par suite de méprises funestes, la vie des citoyens ne se trouve pas exposée ou compromise;

Les pharmaciens exerçant dans le département des Landes seront tenus, à partir du 15 août prochain, de revêtir d'une étiquette sur *papier rouge-orangé* toutes les fioles ou paquets contenant des médicamens d'une nature dangereuse, *destinés à l'usage externe*, qu'ils livreront aux consommateurs, et dont la liste se trouve indiquée ci-après.

Cette étiquette portera seulement ces mots : *Médicament pour l'usage externe*.

Elle sera distincte de l'autre étiquette désignant comme à l'ordinaire, *mais sur papier blanc*, le spécifique, ainsi que le nom du pharmacien et son domicile.

Ces prescriptions sont également applicables aux médecins des communes rurales. (*Journal des Landes.*)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 75. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 26 Juin 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 25 JUIN 1855.

DE LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES MENTALES.

III.

Rien de plus ordinaire que d'entendre dire dans le monde, les fous ne guérissent pas. Malheureusement, cette opinion est aussi celle des médecins étrangers à l'observation des aliénés. Sans être aussi absolu, M. Bousquet s'exprime ainsi dans son second discours : « De toutes les parties de la pathologie mentale, la thérapeutique est, à mon gré, la moins avancée ; c'est la plus importante et celle qui laisse le plus à désirer. » Plus loin, il ajoute : « M. Ferrus a cité un passage de Celse, auteur du siècle d'Auguste; que conclure de ce que les principes de la médecine mentale étaient à cette époque ce qu'ils sont aujourd'hui ? tout au plus à leur fixité, à leur solidité, mais de là aux progrès de la thérapeutique, la preuve est loin d'être acquise.»

Par quelle succession d'idées notre honorable confrère a-t-il été conduit à faire une part aussi restreinte à la thérapeutique mentale, dans le pays où eut lieu, au commencement de ce siècle, la grande réforme du traitement des aliénés, également entrevue et commencée en Savoie par le modeste Daquin. Opposer Celse à notre époque, c'est oublier la distance qui sépare la conception d'une idée de son exécution, et surtout de son acceptation dans la pratique. Qui oserait retirer à Papin la gloire d'avoir découvert la vapeur? Son bateau, mu par cette force révolutionnaire, remonte les fleuves d'Allemagne. La Société royale de Londres honore le médecin français d'une protection spéciale, et cependant Papin voit sa sublime idée bafouée, son bateau mis en pièces par des insensés, et il a la douleur de descendre au tombeau sans emporter la consolation d'avoir fait comprendre sa pensée. Quelle différence avec Watt, riche à millions, membre de toutes les Sociétés savantes, comblé d'honneurs, et dont la statue s'élève au milieu des illustrations de l'abbaye de Westminster! Celse, et avant lui Arétée, Soranus, Cœlius Aurelianus avaient eu des idées pratiques sur la cure de l'aliénation. On cite même un philosophe du nom d'Antiphon, qui pratiquait le traitement moral à Corinthe, en cherchant à convaincre, par le raisonnement, ses malades de leurs erreurs. Mais ces idées s'étaient perdues ou obscurcies pendant un grand nombre de siècles; Pinel et Daquin les retrouvent, les étendent, les appliquent, et beaucoup d'infortunés sortent de leurs cachots infects, débarrassés de leurs chaînes. Déjà la médecine avait remporté une noble victoire sur l'ignorance et la barbarie, en leur arrachant des mains ces milliers de sorciers, de démonomanes, de lycanthropes, etc., qui avaient si longtemps entretenu les bûchers de l'inquisition.

Quelque glorieux que fût pour la France l'épisode dramatique de Bicêtre, dont M. Bousquet avait un tableau fidèle sous les yeux, qu'était-il en comparaison du prodigieux changement accompli par loi du 30 juin 1838, ordonnant la création d'asiles spéciaux pour les aliénés des départemens. Malgré l'initiative prise par Pinel, le système des chaînes persistait dans un grand nombre d'endroits. Nous nous rappelons avoir vu dans notre jeunesse les fous de l'hospice général de Rouen, rivés aux murs des cachots froids, humides, malpropres, où ils étaient l'objet de la malignité publique; et, en 1830, nous avons trouvé dans un dortoir, à Gênes, une quarantaine de femmes enchaînées qui poussaient d'horribles clameurs. Mettez en parallèle ces souvenirs, encore si peu éloignés, avec ce qui se passe aujourd'hui dans les beaux asiles de Quatre-Mares, d'Auxerre, de Maréville, etc Quelle douce impression n'éprouve-t-on pas en visitant ces édifices placés au milieu des plus beaux sites, offrant les paysages les plus pittoresques, et où l'on rencontre les malades se promenant à l'air libre, travaillant dans les champs ou dans les ateliers? Un des côtés les plus saisissans de ce spectacle est, sans contredit, celui de l'exploitation agricole. Il est impossible de s'en faire une idée, à moins de l'avoir observée sur les lieux. Ces campagnes si accidentées, si variées dans leurs aspects, parcourues par des aliénés dont les uns labourent, sèment, sarclent, conduisent les troupeaux, ramènent les chariots chargés de produits, dont les autres nivellent le terrain, rapportent les terres, exécutent des travaux de terrassement de toute espèce, sont toujours un objet d'étonnement pour les étrangers et de méditation pour le médecin. Le calme, la tranquillité et l'ordre qui règnent partout et la rareté des évasions, font le plus grand honneur aux médecins qui ont eu l'heureuse idée d'appliquer la loi du travail à ces malades, si naturellement portés à l'oisiveté. Ce moyen, d'une utilité incontestable, hâte la convalescence, améliore le sort des aliénés et régularise leurs habitudes. Il y a là un véritable progrès inconnu à l'antiquité, et qui date à peine de quelques années.

Aussi voyez quelles ont été les conséquences de ces améliorations si importantes. Dans la dernière séance de l'Académie, M. Ferrus, si bon juge en ces matières, disait : Le nombre des guérisons est aujourd'hui du *tiers*, et dans ce chiffre il comprenait toutes les admissions d'une année, c'est-à-dire la paralysie générale, la démence, la manie et la monomanie chroniques, la folie à double forme, etc. En donnant ce chiffre, M. Ferrus ne faisait qu'énoncer un fait qui est maintenant constaté en Angleterre, en Allemagne, aux États-Unis, en Italie, etc., où s'élèvent de toutes parts des asiles monumentaux pour ces victimes de notre civilisation actuelle.

Les preuves en faveur de ce grand nombre de guérisons, nous les trouvons dans les rapports d'hommes dont l'honorabilité et le savoir sont connus de tous. MM. Parchappe et de Bouteville, dans leur notice statistique sur la maison de St-Yon, à Rouen, après avoir commencé par fixer le chiffre des récidives à 171 sur 1,000, établissent que la proportion des guérisons aux admissions totales peut s'élever à 436 sur 1,000 pour les deux sexes. Le relevé de M. Guislain porte le chiffre des guérisons, récidives comprises, à 45 p. 100 sur une période de dix ans (1830 à 1840), pour les établissemens de Gand. La proportion du tiers de guérisons est également donnée par MM. Bonacossa, Girolami, Massari en Italie, Damerow en Allemagne, Forbes, Winslow en Angleterre, Brigham aux États-Unis. Lorsque les établissemens sont aussi bien adaptés que possible à leur destination, les guérisons, ajoute M. Parchappe, peuvent dépasser la moitié des admissions.

Ainsi, voilà un fait acquis à la science; sur un total brut d'admissions, un tiers d'aliénés guérit, et si les conditions sont excellentes, la proportion des guérisons peut arriver à plus de moitié.

C'est maintenant que va se montrer toute l'utilité des classifications sur lesquelles M. Baillarger a insisté avec tant de raison. En prouvant que l'immense majorité des médecins, quelles que soient leurs théories psychologiques, admettaient les trois grands types d'Esquirol : la manie, la monomanie et la mélancolie ou lypémanie, il a démontré qu'avec les caractères tranchés qui leur appartiennent, il avait fallu recourir à des méthodes thérapeutiques diverses, traiter les unes par les bains prolongés, les autres par les émotions, la diversion, etc.

Avant d'entrer dans quelques détails sur ces deux parties du traitement, il faut revenir sur un point capital, que notre rédacteur en chef a parfaitement indiqué dans son feuilleton de samedi dernier, l'union intime de l'esprit et du corps, du

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

LE VITALISME PHYSIQUE.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Sillery, 13 Juin 1855.

Très cher et très honoré confrère,

Dans ma lettre du 17 avril dernier, j'ai déclaré que j'étais *vitaliste :* j'ai dit que le *vitalisme*, à mes yeux, ne reposait pas seulement sur des bases abstraites et métaphysiques, mais qu'il s'appuyait sur un principe physique tangible et mesurable, aussi bien et autant qu'aucune des forces naturelles à nous connues, et j'ai pris en quelque sorte l'engagement de le démontrer. Croirez-vous qu'au moment de tenir ma parole, en vous écrivant cette lettre, je ne puis me défendre d'une profonde émotion.

La thèse redoutable que j'aborde n'est-elle pas un monstrueux paradoxe, une coupable profanation? La matière organisée pour vivre, quelque merveilleuses que soient ses combinaisons, quelque prodigieux que soient ses effets, peut-elle jamais arriver à se comprendre elle-même dans ses causes premières, dans son essence, dans sa vie ?

La locomotive produisant le mouvement, l'horloge mesurant le temps, le télégraphe électrique parlant et écrivant à mille lieues en une seconde, pourront-ils jamais se connaître et s'analyser? Allons plus loin, le mollusque, le poisson, le chien, le singe même, pourront-ils le faire ?

Si l'homme est matière pure, forces matérielles pures, peut-il saisir, peut-il comprendre les conditions essentielles, les principes de sa propre vie?

Cette réaction sans cause de la matière sur elle-même, cet effet répercussif sans provocation extérieure est impossible ; aussi impossible, permettez-moi une comparaison triviale, mais qui peint parfaitement le paradoxe, qu'il serait impossible à un homme de se mettre à sa fenêtre pour se voir passer dans la rue.

Si donc je viens affirmer que l'homme peut comprendre le principe de sa vie matérielle, le *principe vital*, qui lui est commun avec tous les animaux, je suis forcé par cela même de convenir que l'homme est doué d'un esprit différent de la matière et supérieur à elle : une autre conséquence non moins rigoureuse de cet attribut exclusif à l'homme, c'est que l'homme seul pouvant comprendre le principe de la vie matérielle, lui seul possède un principe spirituel étranger et supérieur au principe vital.

L'effort que semble m'imposer une pareille confession, conforme d'ailleurs au dogme chrétien et au spiritualisme le plus généralement admis, devra paraître inexplicable au plus grand nombre de nos confrères; mais vous, avec quelques autres amis, qui savez avec quel exclusivisme, et, je puis le dire, avec quelle bonne foi j'ai recherché l'explication de toutes choses dans les seules forces physiques, la solution de tous les problèmes dans la seule matière animée de ses propres forces, vous comprendrez que je n'ai dû admettre le principe spirituel que sous la pression d'une logique inflexible, et vous admirerez peut-être que je sois arrivé à reconnaître la nécessité de son existence en constatant l'existence et la matérialité du principe vital, le dernier et le plus sublime problème des combinaisons et des propriétés de la matière.

Quoi qu'il en soit, la force qui donne et entretient la vie dans tous les êtres organisés, cette force qui préside à leur formation, se maintient en eux et domine leurs fonctions et leurs actes pendant toute leur existence, n'est point, absolument parlant, un principe, elle n'est elle-même qu'une des formes déductives du mouvement comme les corps animés sont eux-mêmes une des formes déduites des états matériels plus généraux.

Pour que le règne animal existât sur la terre, il fallait que le règne végétal y fût d'abord développé : pour que celui-ci pût surgir il fallait que les milieux et les minéraux gazeux, liquides et solides fussent à l'état convenable à la surface du sol, il fallait que notre globe eût son atmosphère, ses eaux et ses terres. Il fallait qu'il possédât sa gravitation, ses attractions, ses pressions, son mouvement de translation et de rotation, il fallait qu'il reçût l'action des rayons vivifians du soleil pendant les saisons et les jours, et la fraîcheur et les rosées pendant les nuits. En un mot, il fallait que l'univers entier existât à peu près tel qu'il est pour que la vie animale se développât sur la terre.

Dans l'ordre statique des corps et des combinaisons matérielles, l'animal constitue la dernière expression et la plus compliquée de toutes : dans l'ordre dynamique il représente la dernière expression et la plus compliquée des différens modes par lesquels le mouvement se révèle à nous.

La matière se présente à nos sens directement ou à notre esprit par induction :

1° Sous forme de milieux ou états qui sont au nombre de quatre principaux : le milieu ou état éthéré, le milieu gazeux, le milieu liquide et le milieu solide; 2° sous forme de systèmes de corps distincts, limités, suspendus dans le milieu éthéré : ce sont les systèmes sidéraux; 3° sous forme de corps de natures différentes composant la matière élémentaire ou combinée des milieux et des systèmes sidéraux : ce sont les minéraux; 4° sous forme de parasites organisés fixés sur et dans les milieux d'un astre : ce sont les végétaux; 5° enfin, sous forme de petits systèmes, parasites des astres aussi, rampant, marchant, courant, flottant, nageant et volant sur et dans leurs milieux : ce sont les animaux.

Tels seraient à peu près les véritables titres des chapitres d'un inventaire de la matière morte : il nous serait impossible de remplir ces chapitres et d'en faire comprendre les détails sans rendre la vie à la matière : la matière, dans tous ses états, ne se révèle à nous que par sa vie, c'est-à-dire par son mouvement.

La matière n'a qu'une seule propriété, c'est le mouvement : le mouvement ne peut se manifester que dans la matière et par la matière, il est inhérent et essentiel au plus petit des atomes comme aux plus grands systèmes de corps; nous ne pouvons découvrir dans tout l'univers une seule particule matérielle qui soit en repos : Dieu a donné le mouvement à la matière et la matière au mouvement, et ces deux émanations divines sont consubstantielles : par cela même elles sont proportionnelles l'une à l'autre.

La première et la plus vulgaire notion que nous puissions avoir du

ciel et de la terre, suivant l'expression de M. Bautain, des élémens psychique et somatique, pour parler le langage médical. Il y a, en effet, un grand péril à placer le siége de la folie au dehors du cerveau, à ne tenir aucun compte de l'organe, tandis qu'il est de la dernière évidence que la folie ne diffère pas des autres maladies, qu'elle a des symptômes spéciaux qui attestent les désordres de la sensibilité, du système nerveux, des voies digestives, de la machine, en un mot.

En affirmant qu'un aliéné est un homme qui se trompe, et qu'il faut combattre son erreur par des raisonnemens, Leuret, à qui j'ai été le premier à rendre la justice qu'il méritait, tout en combattant ses doctrines purement spiritualistes, ne se doutait pas du parti qu'on tirerait de sa formule. Des hommes, mus par des sentimens respectables, mais en dehors de l'observation pratique des maladies mentales, se sont armés de ses écrits pour essayer de ressaisir tout ce qui concerne l'administration des aliénés. Ces tentatives se sont effectuées en présence des admirables résultats de la loi de 1838, qui a doté la France d'établissemens modèles, de médecins-directeurs dont la science est à la hauteur de la capacité administrative, d'ouvrages qui prouvent avec quelle ardeur le terrain de l'aliénation a été remué. La doctrine du raisonnement pour triompher des conceptions délirantes n'a pas seulement suscité de graves obstacles à la guérison des aliénés, elle a encore eu pour conséquence de rendre ces pauvres malades passibles d'actes qu'une connaissance plus exacte de leur état pathologique eût présenté sous leur vrai jour, en même temps qu'elle eût fait comprendre la nécessité d'adopter, à leur égard, d'autres mesures législatives. Dès que la folie n'était plus qu'une erreur de l'esprit, chacun se trouvait aussi apte et même plus apte que le médecin à prononcer sur le dérangement de la raison. Dans un mémoire de M. Vingtrinier, *sur les prisons et les prisonniers*, on peut voir à quelles tristes conséquences conduisent de pareilles croyances!

Je n'insiste pas davantage sur le péril de ces doctrines. Je passe aux médications actuelles relatives à l'aliénation, qui sont pour moi des progrès incontestables. Au temps de Bosquillon, la manie furieuse, qui n'était qu'un symptôme entretenu par l'ignorance et qui a disparu quand des établissemens bien tenus ont remplacé les hideux hôpitaux d'autrefois, la manie, dis-je, était traitée par des saignées répétées, et le résultat ordinaire de cette méthode, ainsi que me l'ont attesté des contemporains, était la démence. Pinel et Esquirol substituèrent à cet empirisme les bains, et le nombre des guérisons augmenta. Le livre de Pomme, la pratique de quelques médecins d'asiles, m'avaient fait penser qu'on pouvait obtenir un grand bien des bains, en en prolongeant la durée et en y joignant les irrigations continues. Le mémoire que je lus en 1846 (15 septembre), à l'Académie de médecine, établissait les bases de ce traitement, réservé aux formes aiguës de la folie et, en particulier, de la manie. Les faits qui y sont consignés mettent hors de doute que les malades ainsi traités guérissent le plus ordinairement entre le premier et le second septenaire. La semaine dernière, une jeune fille en proie à un délire sombre avec refus d'alimens et de boissons, était rendue à la raison au bout de deux jours de bains de dix heures.

Depuis lors, cette méthode a pris une grande extension, et elle a reçu la sanction des médecins étrangers les plus compétens. Le caractère distinctif de mon travail, c'est le soin pratique avec lequel j'ai cherché à préciser les cas où les bains prolongés conviennent, ceux où ils sont inefficaces, ceux enfin où ils peuvent nuire. Ces indications sont surtout consignées dans la note lue à l'Académie des sciences en 1848, et insérée dans la *Revue médicale* (juillet et août 1848).

J'avais d'ailleurs trop présent à la pensée le discrédit où était tombée la médication de Pomme pour ne pas éviter le même écueil, et je crois que c'est en prenant ces précautions que la méthode restera. N'a-t-elle pas, d'ailleurs, pour elle le signe par excellence, la simplicité du moyen?

Il est un genre de folie qui, par la persistance de la raison sur un grand nombre de points, l'intensité des idées noires, la physionomie des symptômes, le système d'interprétation des malades, offre au praticien les plus grandes difficultés dans la direction des agens curatifs, je veux parler de la mélancolie à laquelle Esquirol a donné le nom de lypémanie. M. Baillarger a eu raison de signaler l'influence des émotions sur ce genre d'affections, et il est hors de doute que de nombreuses guérisons ont été obtenues par elles. Mais souvent, dans ce cas, l'habileté du médecin, sa perspicacité, son tact, sont les seuls guides pour le choix des moyens, et ces qualités ne sont pas du domaine de tous. Conduit par l'observation à reconnaître que, dans la plupart des cas de ce genre, la douleur est le point de départ de la folie, j'ai pensé que si l'on pouvait se résoudre à vivre sans cesse au milieu de ces mélancoliques pour les consoler, les encourager, les raisonner, tout en les traitant par les moyens physiques, on obtiendrait alors des guérisons plus faciles, plus nombreuses que par la réunion des éminentes qualités qu'exigeait la méthode de Leuret. Mais pour retirer de la vie de famille ce qu'on est fondé à en espérer, il faut une égalité d'humeur, une absence d'impressionnabilité, un dévouement qui permettent de supporter sans danger ce contact continuel de la plainte, du désespoir, de l'injustice sous toutes les formes. Les femmes seules sont nées pour cette mission. Secondé par une compagne qui n'a cessé depuis quinze ans de passer ses journées entières avec des fous suicides, homicides, hypochondriaques, désespérés, répétant la même note des heures entières, je suis depuis longtemps fixé sur les résultats de la vie de famille.

Partout où il se trouvera des femmes à cœur bon, à jugement sain, à religion éclairée, qui, sous la direction d'un médecin versé dans l'étude des maladies mentales, se consacreront à ce véritable sacerdoce, on verra plus d'une âme en peine secouer la tristesse de plomb qui l'étreint et renaître à la raison. Il se trouvera, sans aucun doute, beaucoup de mélancoliques qui résisteront à cette influence; il y en aura même qui n'en voudront à aucun prix; mais, tout en avouant que cet état est rude à combattre, nous n'hésitons pas à dire que la vie de famille est un progrès dans le traitement de cette forme de vésanie, et nous avons la conviction que les médecins qui n'ont pas vu son application n'en comprennent pas moins la portée et les avantages. On pourra consulter, sur ce sujet, l'ouvrage que nous allons publier *sur le suicide et la folie-suicide*.

Nous ne pouvons ici énumérer tous les agens thérapeutiques qui ont été employés avec succès dans la cure des maladies mentales; on les trouvera d'ailleurs consignés dans le remarquable ouvrage du professeur Guislain, qui a reçu un accueil si mérité dans tous les pays; nous nous bornerons à mentionner deux nouveaux progrès obtenus chez des êtres que leur dégradation physique et morale semblait avoir placés au-dessous des brutes.

Qui ne se rappelle ces corps informes, à face humaine, muets ou gloussant, croupissant dans la fange, incapables de pourvoir aux premières nécessités de la vie, qu'on désignait sous la dénomination d'idiots et de crétins? Des médecins, parmi lesquels nous devons nommer MM. Ferrus, Voisin, Belhomme, en les étudiant de très près, virent qu'ils n'avaient pas perdu tout sentiment d'éducabilité. Un homme intelligent, M. Séguin, mettant à profit ces notions, put replacer ces malheureux dans la série humaine, sans toutefois leur donner l'initiative, qui n'existait que dans la tête des exagérateurs. J'ai rapporté dans les *Annales d'hygiène* (tome XXXVIII, année 1847, page 464) les faits dont j'avais été témoin à Bicêtre, et il eût fallu fermer les yeux à la lumière pour ne pas constater entre l'idiot à son origine et le même individu, lorsque nous l'examinions, un progrès énorme, et qui faisait le plus grand honneur aux maîtres de cette longue et pénible éducation. Dans une autre partie de l'Europe, un ami de l'humanité, M. Guggenbühl, a tenté, pour les crétins, ce qu'on avait fait pour les idiots, et ses efforts n'ont pas été sans succès. Des essais semblables ont lieu dans les pays étrangers qui paraissent avoir sur nous le bonheur de pouvoir conduire à bien cette entreprise.

Est-il, je le demande maintenant, une branche de la médecine qui ait marché d'une manière plus rapide et plus sûre dans la voie du progrès? Une simple récapitulation suffit à la démonstration. Au commencement de ce siècle, des milliers d'insensés sont débarrassés de leurs chaînes, et traités comme des hommes. A partir de 1838, s'ouvrent des établissemens magnifiques, où la mesure capitale de l'isolement peut s'adapter avec fruit à des catégories distinctes. La loi moralisatrice et curatrice du travail des champs est appliquée pour la première fois, en France, aux aliénés de la Ferme-Sainte-Anne, et se généralise ensuite dans les autres asiles. Les bains prolongés, avec irrigations continues, triomphent dans un court délai et sur une large échelle des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie. Les agens physiques, unis aux émotions morales et surtout à la vie de famille, arrachent à leur désespoir concentré une forte proportion de mélancoliques. Enfin, les idiots et les crétins, jusqu'alors déclassés, rentrent dans le giron de la société humaine. Ce bilan sommaire des acquisitions successives de la thérapeutique mentale est la meilleure réponse à faire à ceux qui l'ont accusée, sans avoir pris connaissance des pièces du procès, d'être la moins avancée, et celle qui laisse le plus à désirer!

A. BRIERRE DE BOISMONT.

REVUE GÉNÉRALE.

Sommaire. — La question du pain. — Les métamorphoses de la syphilis. — Prophylaxie de la fièvre jaune par l'inoculation du venin d'une vipère.

La question du pain! Ce grave sujet préoccupe, avec raison, tout le monde, hygiénistes et administrateurs, économistes et savans. Il ne faut pas cependant que l'expérience du passé soit perdue et que toutes les fois que l'inclémence des saisons menace les approvisionnemens, on se livre de nouveau à des essais hasardeux, compromettans, illusoires et déjà jugés. M. Poggiale a résumé, avec une grande justesse, l'état de la science sur ce point, dans un excellent article dont nous reproduirons le passage suivant :

« La plupart des tentatives qui ont été faites pour abaisser le prix du pain, démontrent combien on ignore la composition chimique des principaux alimens, leur rôle physiologique et les règles qu'il convient de suivre, quand on veut les remplacer les uns par les autres. Le pain

---

mouvement ne peut émaner des molécules infiniment petites qui constituent les corps perceptibles à nos sens; elle nous vient du changement de lieu opéré sous nos yeux par ces corps mêmes. Aussi a-t-on défini le mouvement *le passage d'un corps d'un point à un autre de l'espace*. Mais une particule, une molécule, un atome, que nous ne pouvons ni voir ni toucher, peut également changer de lieu dans le corps même dont ils font partie, et c'est bien là un mouvement semblable et de même nature en principe que le mouvement des corps — leur différence n'est que relative. — Le premier mouvement est *extérieur*, l'autre est *intérieur* au corps; et, chose admirable, l'observation démontre qu'ils se transforment l'un dans l'autre et qu'ils sont complémentaires l'un de l'autre : en sorte qu'une même quantité de mouvement devant toujours correspondre à une même quantité de matière, plus un corps exécute de mouvement extérieur, moins il accomplit de mouvement intérieur, et réciproquement. On pourrait se faire une idée de ce phénomène en considérant un ressort à boudin qui, tantôt se développe en longueur, tantôt se ramasse en serrant ses spirales, sans changer pour cela sa propriété essentielle.

Bien que le mouvement extérieur et le mouvement intérieur aux corps soient essentiellement le même principe, la même force, les manifestations et les effets en sont fort différens. Pour étudier ces différences, nous rendrons à ces deux grandes divisions leur nom le plus généralement admis : la *translation* et la *vibration*. La vibration est-elle un mouvement de va et vient des molécules, une rotation, un orbite accompli par les molécules, un mouvement en ellipse ou en spirale? C'est ce que le progrès des sciences finira par faire connaître : pour le moment, il nous suffit de savoir, d'une manière incontestable, que toutes les molécules des corps sont tenues à distance les unes des autres par un mouvement rotatoire ou oscillatoire, plus ou moins ample et plus ou moins rapide. Nous savons que chaque molécule est une puissance, une force en mouvement qui s'harmonise et s'équilibre avec les molécules environnantes et que chaque corps est le résumé et l'expression d'ensemble de ces forces comme des molécules elles-mêmes. Plus un corps est dense et volumineux, plus la somme de ses mouvemens à exécuter est considérable. Tout ce qu'il n'accomplit pas en translation, il l'exécute en vibration, et réciproquement.

La vibration comporte deux élémens : *L'amplitude* et le *nombre*; l'amplitude constitue les états gazeux : liquide et solide. Le nombre constitue la chaleur et la lumière, depuis les froids les plus inimaginables, jusqu'à la lumière du soleil et au delà. Toute molécule, tout corps vibrant dans un milieu élastique (et tous les milieux ou états sont élastiques) attire ou est attiré, repousse ou est repoussé, dirige ou est dirigé : c'est ce que démontrent les vibrations sonores agissant sur les milieux ambians (1). La gravitation, l'attraction, la pesanteur, l'affinité des astres, des corps et des molécules, sont les conséquences immédiates de l'état vibratoire des astres, des corps, des molécules dans le milieu élastique éthéré, tout comme la lumière et la chaleur. Quant aux phénomènes électriques ils résultent tous très clairement de l'influence réciproque, soit d'actions mécaniques agissant sur les vibrations des corps ou plutôt de leurs molécules constituantes, soit de polarisations spéciales établies spontanément entre les mouvemens intestins des molécules de certains corps spéciaux, soit du voisinage de deux corps hétérogènes, modifiant au contact leur mouvement intestin normal pour en recevoir l'un plus, ou l'autre moins. Aussi, tout corps est-il à la fois positif pour les uns et négatif pour les autres; il n'est, en réalité, ni positif ni négatif. Il est lui-même, il a son mouvement vibratoire à lui, et par cela seul il influence tout ce qui l'environne et il en est influencé.

La clef de ces admirables études est toute entière non pas seulement dans l'acoustique, mais dans le son considéré comme vibration. Dieu nous a donné un sens, l'ouïe, qui nous permet d'étudier un mouvement vibratoire, lequel n'appartient absolument ni aux molécules infinitésimales, ni à la totalité des corps. Le son, ce mouvement vibratoire intermédiaire, si je puis dire, est à la fois une sensation spéciale et une action mécanique perceptible à la vue, mesurable par la géométrie et accessible à l'expérience et à l'analyse mécaniques, en tant que mouvement, et indépendamment de son action sur le sens de l'oreille. En sorte qu'il nous est permis ainsi de comprendre comment une sensation spéciale des plus importantes est produite en nous par un simple mouvement vibratoire frappant un milieu élastique interposé entre le corps vibrant et notre organe. Il nous est permis de compter les mouvemens constituant un ton, de calculer la gamme, de la comparer au spectre solaire et de comprendre ainsi la lumière par le son, l'œil par l'oreille, et par induction les odeurs et les saveurs. Puis nous avons constaté que le diapason attire les corps légers et plats suspendus à proximité, et qu'un vase rempli d'eau, mis en vibration, attire une pièce d'or suspendue dans son intérieur; qu'une corde de basse frottée par un archet attire à un bout et repousse à l'autre; qu'une aiguille légère et plate, suspendue dans un vase vibrant, se dirige dans un sens déterminé par les vibrations; nous savons, d'ailleurs, par les lois de l'harmonie, autant que par les expériences physiques, les influences réciproques, les sympathies et les antipathies des sons, nous savons par nos admirables compositions musicales et la variété infinie des mélodies et des harmonies, quels prodiges, sans limites calculables, peut créer un simple mouvement vibratoire, combien de notes peuvent s'équilibrer, s'influencer, s'ajouter et rester *elles-mêmes* dans un immense et harmonieux concert. Nous pouvons dès lors comprendre par le son comment les vibrations moléculaires nous donnent, par l'intermédiaire de l'éther, tous les degrés de chaleur, tous les degrés de lumière, toutes les lois de la gravitation, tous les phénomènes électriques, et comment chaque milieu, chaque système, chaque corps conservant sa valeur spéciale, concourt à la résultante d'ensemble, l'ensemble, à son tour, réagissant sur chaque corps.

Pardonnez-moi, mon cher confrère, ces explications trop longues ici et pourtant trop courtes pour être suffisamment comprises : je réclame toute votre indulgence et celle de tous nos confrères à cause de l'immensité du sujet qu'il s'agit de traiter au courant de la plume.

(La suite prochainement.)

Dr Jules GUYOT.

(1) *Des mouvemens de l'air et des pressions de l'air en mouvement*; par Jules Guyot, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1835.

de froment est un aliment complet; il contient, en effet, des matières azotées qui conservent les organes, produisent la force et servent au développement de l'homme, des matières grasses, sucrées et amylacées qui, par leur combustion, entretiennent la chaleur animale, et des matières salines qui constituent la charpente osseuse et qui sont des élémens indispensables des liquides animaux. La matière azotée contenue dans la farine de froment et qu'on nomme gluten, est douée, en outre, de propriétés caractéristiques; quand on la sépare, en malaxant la pâte sous un mince filet d'eau, on obtient une masse homogène d'un blanc grisâtre, souple, tenace, très élastique et se gonflant considérablement lorsqu'on la dessèche dans un tube. Le sucre qui existe dans la farine ou celui qui se forme dans la panification, produisant, sous l'influence des fermens, de l'acide carbonique, le gluten est soulevé, la pâte devient poreuse et légère et le pain obtenu est d'une digestion facile. Le gluten est composé de matières albuminoïdes; il présente la même composition que l'albumine du sang et agit sur les fonctions organiques de l'homme de la même manière que la viande.

» Si l'on compare entre elles les farines des céréales, de froment, d'orge, de seigle, d'avoine, de sarrasin, par exemple, on trouve dans toutes, beaucoup d'azote; mais tandis que la farine de blé fournit une proportion considérable de gluten, celles d'orge, de seigle, d'avoine, donnent, en moindre quantité, un produit qui n'est pas élastique, membraneux, spongieux, comme le gluten du froment. Dans le sarrasin, on rencontre bien des matières albuminoïdes, mais pas une trace de gluten. Dans le blé lui-même les propriétés du gluten se modifient sous l'influence d'une fermentation peu avancée. Ainsi, quand il provient de farines altérées, il ne se boursoufle pas, devient visqueux par la chaleur, n'est pas élastique, a peu d'adhérences, et ses parties étant désagrégées, s'étendent difficilement en membranes. Lorsque la farine de blé contient de la farine de légumineuses, telles que les haricots, les lentilles, les fèves, les pois, etc., les caractères physiques du gluten sont profondément modifiés. Ainsi, la farine de pois lui communique une couleur verdâtre, celle de lentilles une couleur brune, celle de féverolles une teinte rosée. On remarque, en outre, que le gluten est tellement désagrégé qu'on a de la peine à en extraire une faible quantité. La pâte glisse entre les mains et presque tout le gluten est entraîné par l'eau.

» On comprendra, d'après ces considérations, l'influence de ces diverses formes de la matière azotée sur la panification, et l'erreur que l'on commet quand on veut remplacer la farine de froment par une autre céréale ou par les légumineuses. La valeur nutritive des substances alimentaires ne peut pas être fixée d'une manière absolue, en déterminant l'azote qu'elles contiennent; il faut, à côté de l'expérience chimique, la preuve physiologique que tout l'azote d'un aliment est entièrement assimilable. On ne doit pas oublier non plus que le pouvoir nutritif des alimens réside autant dans leur composition que dans leur forme. Ainsi le pain ne diffère de la farine que par de l'eau, mais le gluten et l'amidon ont contracté dans le pain une combinaison avec l'eau, et il en résulte un produit d'une digestion facile. Les élémens de la farine ont pris dans le pain une forme nouvelle et sont devenus plus nutritifs.

» Il résulte, des observations pratiques et des travaux des chimistes et des physiologistes modernes, que la nourriture de l'homme n'est suffisante et facile qu'à la condition qu'elle contiendra des proportions convenables d'alimens plastiques et d'alimens respiratoires. Ainsi, si la quantité de ces derniers prédomine, la nutrition devient insuffisante et les fonctions digestives sont altérées. Il ne nous est donc pas permis de modifier d'une manière profonde les rapports naturels qui existent entre les principes azotés et non azotés des alimens, de remplacer, par exemple, dans le pain, la farine de froment riche en matières azotées alibiles, par le riz et les pommes de terre qui en renferment beaucoup moins, ou par la fécule qui n'en contient pas. Du reste, un instinct qui nous trompe rarement nous guide dans le choix de nos alimens; ainsi, lorsqu'ils sont trop azotés, nous augmentons par la graisse ou par les substances amylacées la quantité des alimens respiratoires, et quand ils ne le sont pas assez, nous élevons la proportion des alimens plastiques par la viande, le lait, le fromage, etc.

» Dans l'appréciation des divers procédés de panification qui ont été proposés, il importe de tenir compte de la quantité de carbone et d'azote que les alimens doivent contenir pour l'entretien de la chaleur animale et pour la nutrition. D'après les expériences des physiologistes, pour entretenir la vie et les forces d'un homme adulte, il faut qu'il reçoive par les alimens 310 grammes de carbone et 130 grammes de matières azotées assimilables. Or, le pain étant la principale nourriture du pauvre, peut-on sans danger changer ces rapports en lui donnant, au lieu de farine de froment, de la fécule, du riz, des pommes de terre, qui diminuent la quantité de matière azotée? un semblable régime fatiguerait les organes digestifs, produirait moins de force et serait évidemment nuisible à la santé de l'homme. — POGGIALE. »

Nous nous associons complétement à ces observations judicieuses, et dont l'opportunité n'échappera à personne (In *Gaz. méd. de Paris*, n° 24, 1855.)

— Nous rendions compte naguère, dans ce journal, d'un ouvrage intitulé : *Les métamorphoses de la syphilis*, par M. Yvarren, et qui a obtenu les honneurs de l'approbation académique. Tout en rendant hommage au talent incontestable du savant auteur de ce travail, nous avons cru devoir faire quelques réserves tant sur la doctrine que sur les faits qui lui servent de base. M. le professeur Thiry, de Bruxelles, pousse ses réserves bien plus loin que nous, car elles vont jusqu'à la négation de la doctrine et des faits. Ce n'était pas assez des nombreux désordres que produit la syphilis bien constatée, on lui attribue des accidens pathologiques n'ayant pas avec elle la moindre ressemblance. On lui permet, dit-il d'étendre son domaine, déjà si vaste, et d'empiéter successivement sur celui de toutes les affections les plus disparates; on la constitue le réceptacle obligé, le pandémonium de toutes les maladies dont la cause est difficile à découvrir, le développement insolite, la marche et la forme extraordinaires, le traitement incertain ou inefficace.

« Bref, ajoute M. Thiry, à qui nous laissons la parole, pour certains praticiens, tout ce qui paraissait s'écarter de l'état normal devint syphilitique. A dire vrai, l'expédient était assez ingénieux : quel moyen plus commode, en effet, pour se tirer d'embarras dans les cas les plus difficiles, que celui d'appeler à son aide les syphilis *latentes*, ou bien encore les syphilis *larvées*. Grâce à cette précieuse ressource, plus de doutes dans l'esprit des praticiens; elle aplanit devant lui, comme par enchantement, la voie du diagnostic, et désormais la science si difficile des indications se réduit, pour lui, à l'application pure et simple d'un agent spécifique. Mais les symptômes de l'affection insolite ou rebelle, gratifiée du nom mystérieux de syphilis larvée, ne présentent rien de commun avec ceux qui caractérisent la syphilis évidente? Eh! qu'importe, vous répondra-t-on, la syphilis n'est-elle pas, de l'aveu général, un protée capable de revêtir toutes les formes morbides, de se cacher sous les apparences symptomatiques de toutes les autres maladies, de prendre indifféremment, tous les masques, de se déguiser, de se travestir, de se métamorphoser de toutes les façons imaginables? Comme si une affection, aussi bien déterminée que la syphilis, pouvait se plier à tous les caprices de l'esprit, et se prêter complaisamment à toutes les fantaisies de l'imagination! C'est ainsi que, naguère encore, nous avons vu soutenir cette opinion que la syphilis simule, dans une proportion assez forte, la phthisie et l'épilepsie.

» Partager cette idée et admettre une identité ou même une affinité entre des affections de nature aussi dissemblable, c'est réellement faire rétrograder la science, c'est méconnaître les progrès réels dont le diagnostic, de nos jours si exact, est redevable à l'anatomie pathologique. L'observation, aussi bien que le raisonnement, s'opposent à ce que nous admettions un rapport de causalité quelconque entre la syphilis et la phthisie pulmonaire, entre ces deux diathèses si distinctes par tant de caractères spéciaux et qui, alors même qu'elles coexistent chez le même individu, conservent toujours leur forme extérieure et leurs lésions anatomiques respectives, sans jamais se confondre ni même se modifier en aucune manière; on a prétendu, il est vrai, que des phthisies avaient cédé au mercure; mais il est évident qu'une erreur de diagnostic a seule pu motiver cette assertion contraire aux principes admis dans la science, et qu'on s'en est laissé imposer par une laryngite ou par une affection syphilitique du parenchyme pulmonaire, qui a pu, sans doute, céder en fort peu de temps à l'usage du mercure, dont l'action antiplastique ne pourrait, chez un individu atteint de phthisie tuberculeuse bien constatée, avoir d'autre résultat que celui d'accélérer, pour lui, le moment fatal.

» Quant à l'épilepsie, il est bien reconnu qu'elle peut être symptomatique de lésions cérébrales les plus variées, et qu'ainsi elle peut, comme l'anatomie pathologique des névroses et même de la folie le prouve assez fréquemment, reconnaître pour point de départ des exostoses ou toutes autres tumeurs syphilitiques des os du crâne, dont la disparition, provoquée par l'emploi convenable d'un traitement spécifique, met à son tour un terme aux troubles que leur présence matérielle entretenait dans les fonctions du système nerveux. Sans doute, le diagnostic ne présente, dans ce cas, aucune difficulté; et l'existence de la tumeur crânienne éclairera les doutes qui pourront surgir dans l'esprit du praticien sur la nature de l'affection symptomatique qu'il est appelé à combattre : mais, sera-t-il permis d'inférer les mêmes déductions, alors qu'on ne parvient à découvrir aucun symptôme de vérole? Que penser de celui qui, dans ce dernier cas, invoquerait l'existence antérieure d'un chancre ou d'une blennorrhagie chez son malade, la présence actuelle de cicatrices suspectes dans les lieux d'élection des accidens syphilitiques, pour en conclure, sans plus ample informé, à l'existence d'une syphilis larvée, et mettre aussitôt en œuvre le traitement spécifique? Je ne croyez pas, Messieurs, que ce soit là un tableau chargé à plaisir. Au contraire, il est encore au-dessous de l'exacte vérité, car, pour bien des praticiens, il n'en faut pas tant pour diagnostiquer une syphilis latente; les considérations tirées de la conduite privée, des relations intimes du malade, voire même de quelque souvenir fortuit, voilà des preuves significatives de la réalité de la métamorphose syphilitique; voilà des bases suffisantes pour édifier un diagnostic et établir la nécessité d'un traitement mercuriel complet! En vérité, ces propositions ne méritent pas qu'on s'arrête à les réfuter : il suffira, sans doute, de les signaler un seul instant à votre attention pour vous faire comprendre, d'une part, l'inanité d'une manière de voir aussi peu rationnelle, et de l'autre, les mécomptes de tout genre, les déceptions funestes auxquelles sont exposés à chaque instant ceux qui, se conformant à ces idées erronées, prennent pour guide de leur conduite, non des faits, des lésions, des signes sensibles, mais de vagues soupçons, des conjectures hasardées sans fondement, pour rejeter ensuite sur le compte de l'incertitude de la médecine, les erreurs grossières dont leur esprit seul est coupable.

M. Thiry promet de corroborer ces considérations par des faits observés dans sa clinique. Nous le suivrons dans cette exposition intéressante. (In *Presse médicale belge*, n° 25, 1855.)

— La plupart des journaux de médecine ont reproduit, et nous avons reproduit nous-même une note tirée du *Correspondant de Hambourg*, annonçant qu'un médecin du nom de *Humboldt*, et que l'on dit neveu du célèbre savant de Berlin, avait découvert un serpent dont le venin, lorsqu'on l'inocule à l'homme, a la vertu de préserver de la fièvre jaune ou *vomito negro*. Nous avions appris depuis que des expériences nombreuses et publiques avaient été faites, dont le résultat avait jeté une grande émotion dans plusieurs États de l'Amérique du Sud, et que M. Humboldt, appelé à la Havane, avait été mis en possession, par les autorités supérieures de cette île, d'un service dans lequel 500 condamnés devaient servir à expérimenter le préservatif qu'il prétend avoir découvert. On n'avait publié, d'ailleurs, que des renseignemens très vagues sur le procédé expérimental, sur le mode d'inoculation, sur ses effets primitifs et consécutifs, et, il faut bien le dire, cette annonce ainsi jetée dans la presse, avait généralement été prise pour une de ces nouvelles fantastiques dont les journaux américains sont si prodigues et qui sont désignés sous le nom d'un palmipède bien connu.

Cependant, les journaux scientifiques espagnols ayant publié d'assez longs détails sur l'historique de la découverte de M. Humboldt, sur ses procédés d'inoculation et sur ses résultats, M. le docteur L. Saurel a cru devoir les résumer dans cette note, que nous croyons intéressant aussi de reproduire :

« M. Humboldt s'occupait, depuis l'année 1847, date de son établissement à la Vera-Cruz, où la fièvre jaune est endémique, d'étudier avec soin cette terrible maladie, qui fait tant de victimes sur les côtes du golfe du Mexique et aux Antilles, et de chercher un moyen prophylactique qui pût mettre à l'abri de ses atteintes les Européens non acclimatés. Encouragé dans cette entreprise et dirigé par les conseils de son oncle, le baron de Humboldt, il croit être arrivé à la découverte d'un moyen prophylactique dont des expériences déjà nombreuses lui ont démontré l'efficacité. Voici comment il est arrivé à ce résultat :

» M. Humboldt avait sollicité et obtenu du gouvernement mexicain l'autorisation de soigner les condamnés que l'on amène à pied de l'intérieur de la république, aux présides de la Vera-Cruz et de Saint-Jean-d'Ulloa. Ses observations lui donnèrent occasion de faire les remarques suivantes :

» 1° De tous les individus non acclimatés qui arrivèrent à la Vera-Cruz, il y en eut seulement quatre sur cent qui passèrent l'été sans être atteints de la fièvre jaune, tantôt sous sa forme la plus grave, caractérisée par les vomissemens noirs ou par sa transformation en état typhoïde.

» 2° La mortalité fut, en général, de trente-huit pour cent.

» 3° Tous les individus ne présentèrent pas à un égal degré les symptômes caractéristiques de la fièvre jaune; au contraire, il y en eut beaucoup qui n'offrirent, pendant deux ou trois jours, que des symptômes sans gravité, avec un mouvement fébrile, continu ou rémittent.

» 4° Au moment de l'arrivée des condamnés à la Vera-Cruz, il y en eut quelques-uns qui se présentèrent avec tous les symptômes de la fièvre jaune à sa première période; la maladie fit chez eux de rapides progrès, et ils moururent généralement avec des vomissemens noirs.

» Cette dernière circonstance ayant fixé d'une manière toute spéciale l'attention de M. Humboldt, il se résolut à accompagner la chaîne des condamnés, depuis leur entrée dans la région chaude jusqu'à la Vera-Cruz. Grande fut sa surprise quand il remarqua que l'apparition des symptômes de la fièvre jaune coïncidait avec la morsure, sur les pieds nus des malheureux condamnés, d'une petite vipère très commune dans ces parages. Pour confirmer cette observation, il fit recueillir quelques-uns de ces reptiles et soumit à leurs morsures un certain nombre de chiens; il vit alors que ces animaux présentaient, au bout de trois à six heures, des symptômes d'empoisonnement, et mouraient avec d'abondantes hémorrhagies d'un sang décoloré et fétide et des signes indubitables de congestion cérébrale.

» Dans le but de mitiger l'action toxique du venin, M. Humboldt eut l'idée de l'insérer dans une matière animale, et il fit choix, pour cela, du foie de mouton; ayant fait mordre six fois, par six vipères différentes, un morceau de foie du poids d'une once, il le laissa entrer en putréfaction et se servit du liquide en résultant pour inoculer les chiens. En graduant progressivement le nombre des piqûres, il vit que ceux chez qui il avait fait de trois à six inoculations présentèrent des symptômes fébriles, dont la durée ne dépassa pas quatre jours, et qui furent suivis du retour à la santé, sans qu'il se montrât rien de particulier sur le lien des piqûres.

» C'est à la suite de ces expériences que M. Humboldt se décida à inoculer le venin à l'homme. Il commença par douze condamnés, chez chacun desquels il fit quatre piqûres sur les bras. Tous ces individus présentèrent, au bout de quelques heures, de la céphalalgie frontale et de la rachialgie; plus tard un état fébrile d'une durée de quatre à douze heures, se répétant les trois ou quatre jours suivans, après lesquels tout rentrait dans l'état normal. Plus de deux cents personnes, prises parmi les galériens ou parmi les Européens récemment arrivés à la Vera-Cruz, furent inoculées, et, pendant les trois années qui suivirent, aucune d'entre elles ne fut attaquée de fièvre jaune.

» Tels sont les faits recueillis par M. Humboldt pendant la première année de sa découverte. Durant les années 1850, 1851 et 1852, il répéta ses expériences sur une plus grande échelle, et le nombre des inoculés s'éleva à 1,438, parmi lesquels 7 seulement ont eu la fièvre jaune, qui s'est terminée heureusement. A la Nouvelle-Orléans, M. Humboldt inocula 286 Irlandais et Nord-Américains récemment arrivés, dont aucun ne fut attaqué de fièvre jaune pendant une meurtrière épidémie.

» Les faits que nous venons de mentionner sont extraits d'un mémoire présenté par l'auteur à l'Académie royale des sciences médicales de la Havane. On sait que la fièvre jaune est très fréquente dans l'île de Cuba; M. Humboldt, s'étant rendu dans cette île, a offert aux autorités espagnoles de pratiquer les inoculations préservatrices sur les militaires de la garnison. Quatre médecins militaires, attachés à la Colonie, s'offrirent les premiers pour subir cette épreuve, qui fut, pour eux, sans danger. Deux cents personnes suivirent leur exemple, sans que l'on eût à déplorer aucun accident. A la suite de ces expériences, le capitaine général de l'île de Cuba a autorisé la création d'un établissement dirigé par le docteur Humboldt, pour l'inoculation du venin préservatif de la fièvre jaune.

» Nous avons cru devoir mettre nos lecteurs au courant de ces faits, à cause de l'importance réelle qui s'attacherait à une semblable découverte, si sa réalité était confirmée. Au point de vue théorique, nous aurions bien quelques observations à faire au sujet de la manière dont M. Humboldt prépare son virus, car il n'est pas certain que la fermentation ne détruise pas le venin inséré dans le foie de mouton. D'un autre côté, si l'on se rappelle que, pour beaucoup de médecins et de vétérinaires, les heureux résultats obtenus par l'inoculation, dans la pleuropneumonie épizootique des bêtes bovines, d'après la méthode de M. Willems, sont dus uniquement à la modification dynamique occasionnée par l'inoculation d'une matière putride, on pourrait croire qu'il se passe quelque chose d'analogue chez l'homme après les inoculations de M. Humboldt. Quoi qu'il en soit de l'explication, l'essentiel est de s'assurer si

les inoculations du médecin allemand constituent réellement un moyen prophylactique de la fièvre jaune ; c'est ce que l'avenir ne manquera pas de nous apprendre.

» En attendant, nous devons constater que la découverte de M. Humboldt excite un grand enthousiasme parmi les habitans des Antilles et du Mexique, qui le proclament comme leur sauveur, et lui décernent le titre de nouveau Jenner. — L. Saurel. »

Ces faits, tout merveilleux qu'ils paraissent, nous semblent cependant de nature à éveiller l'attention de l'administration française, qui, par ses agens diplomatiques et consulaires, sera rapidement en mesure de savoir si cette découverte de M. Humboldt offre quelque chose de sérieux ou n'est qu'une mystification nouvelle. (In *Revue thérap. du Midi*, n° 11, 1855.)

Amédée Latour.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE ;

Professé par M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles Roux.)

Vingt-huitième Leçon.

Sommaire. — Paléontologie. — Période *brute* et période *vivante* dans l'histoire de la terre. — Idées de Descartes et de Leibnitz sur l'incandescence primitive du globe.

Nous sommes arrivés à l'étude de la quatrième grande question de l'ontologie positive, savoir : la distribution des êtres dans les différens âges du globe. Après la *néontologie*, nous allons étudier la *paléontologie*.

Nous connaissons l'état présent de la population animale, laquelle est distribuée sur la terre suivant la loi des climats. L'état d'aujourd'hui a-t-il toujours existé ? Non ; les espèces actuelles ont été précédées par d'autres espèces, autrement distribuées sur le globe, et que de nombreuses révolutions ont successivement détruites. Ces mêmes révolutions, en bouleversant la surface de la terre, ont accumulé les ruines qui forment le sol sur lequel nous vivons aujourd'hui, sol encore à peine affermi ; les tremblemens de terre, les volcans qui font explosion par intervalles sont les échos affaiblis des grandes commotions d'autrefois.

L'histoire du globe comprend deux périodes : 1° celle où la vie n'a point encore paru — je l'appelle période *brute* ; — 2° celle où la vie s'est manifestée — je l'appelle période *vivante*.

Je suivrai, pour l'examen de ces périodes, non point l'ordre des temps, mais l'ordre de nos découvertes.

Le premier fait qui nous ait révélé un passé différent de l'arrangement actuel, c'est la découverte des coquilles marines sur la terre sèche. Pour peu que l'on fouille le sol, on en trouve partout, même à de grandes distances de la mer et à des hauteurs très considérables.

La mer, à une certaine époque, a donc couvert la terre actuellement sèche ; et elle y a laissé, en se retirant, ces coquilles, dépouilles de ses anciens habitans.

Les couches de terre qui recèlent les coquilles marines sont elles-mêmes d'autres témoins du séjour de la mer ; c'est, en effet, le travail des eaux, ce sont les sédimens des eaux qui les ont formées : aussi les voyons-nous constamment disposées en lignes horizontales.

Autre circonstance essentielle : ces couches horizontales viennent expirer au pied des montagnes, et là nous trouvons d'autres couches plus ou moins verticales. Or, dans le principe, ces couches obliques ou verticales ont été déposées horizontalement ; une cause que je vous ferai connaître plus tard les a *redressées*. Elles plongent sous les premières où nous avons trouvé ces lits de coquilles et contiennent elles-mêmes aussi des coquilles, mais d'espèces et même de genres fort différens.

Les eaux ont donc séjourné sur la terre à diverses époques.

Ce n'est pas tout : en fouillant plus avant, nous arrivons à des couches qui nous offrent des restes de mammifères ; plus profondément, nous trouvons des débris de reptiles, puis des débris de poissons, et puis d'autres coquilles encore. Les couches d'animaux marins alternent avec les couches d'animaux terrestres.

Nous sommes fondés à conclure de tout cela qu'à différentes reprises, la mer a successivement recouvert la terre, et l'a successivement délaissée. Il est facile, d'après les indices fournis par l'observation, de concevoir ce qui s'est passé à ces époques anté-historiques : les eaux, en se déplaçant violemment, d'un côté, laissaient à sec une population marine, et, de l'autre, submergeaient une population terrestre. Effroyables destructions auxquelles en succédaient d'autres non moins effroyables : la mer, reprenant son ancien lit, y trouvait des animaux terrestres qu'elle anéantissait à leur tour ; tandis que, derrière elle, d'innombrables animaux marins périssaient sur le sol rendu encore une fois à la vie terrestre.

Telle a été la période *vivante*.

Tous ces faits se déduisent rigoureusement de l'observation. Rien, dans le récit qui précède, ne touche à l'hypothèse.

Enfin, si nous fouillons à une plus grande profondeur encore, arrivés aux terrains primitifs, à ce qui constitue la *charpente* du globe, nous ne trouvons plus de débris d'animaux. Il y a donc eu une époque où la vie n'a pas existé sur le globe ; et ceci est la période *brute*. Cette phase de l'histoire du globe nous offre des phénomènes d'un ordre tout différent.

Dans la période *vivante*, l'eau est le grand agent qui se manifeste. Ses déplacemens causent d'immenses destructions d'êtres vivans ; l'eau produit des couches successives de sédimens ; c'est elle qui a façonné, pour ainsi dire, le globe dans son enveloppe la plus externe. Dans la période *brute*, l'agent qui se montre est le feu. Tout porte la preuve, nous le verrons, que, dans le principe, ce globe était incandescent, liquéfié par le feu dans toute sa masse.

Le feu et l'eau, voilà les deux forces qui ont agi dans l'enfance de la terre : tout l'effort, tout l'objet même de la géologie est de démêler aujourd'hui, dans la contexture du globe, ce qui fut l'effet du feu de ce qui a été l'effet de l'eau.

Primitivement, le globe était incandescent. Cette grande idée, si, depuis un quart de siècle, nous n'avions pas suivi les progrès de la science, aurait de quoi nous étonner, et profondément. Aujourd'hui, nous sommes familiarisés avec elle.

Le premier qui ait conçu une idée aussi hardie est Descartes. Mais, chez lui, cette conception ne dérive, en aucune façon, de l'examen direct des phénomènes naturels : c'est une simple application spéculative de certaines lois physiques qu'il avait imaginées ; elle se lie à son célèbre système des *tourbillons*.

Suivant Descartes, toute la matière se compose de particules de trois sortes : 1° les plus fines forment le *premier élément ;* 2° les parties globuleuses, qui sont les corps arrondis par le frottement, forment le *deuxième élément ;* 3° les pièces les plus grossières et qui conservent le plus d'angles forment le *troisième élément*.

Ces élémens, dont tout l'espace est plein, se meuvent en *tourbillons*, les uns autour d'un centre, les autres autour d'un autre ; chacun, en même temps, et à chaque instant, est sollicité par la force centrifuge.

Plus la matière est grossière, plus elle s'éloigne du centre. Au contraire, la plus fine poussière (premier élément) vient se ranger au centre et y constituer un *soleil*. Chaque tourbillon a son amas de fine poussière, son soleil. Ce sont tous ces *soleils*, centres d'autant de tourbillons, que nous appelons les *étoiles*.

La matière globuleuse (deuxième élément) étant composée de globules inégaux, les plus gros s'écartent le plus vers les extrémités du tourbillon, les plus petits se maintiennent plus près du soleil ; la fine poussière qui compose le soleil communique son agitation aux globules voisins, et c'est en quoi consiste la *lumière*.

Enfin, continuant ses hypothèses, Descartes arrive à imaginer de petits tourbillons de matière qui roulent dans les grands. Chacun de ces petits tourbillons contient aussi de la matière globuleuse, et, au centre, une agrégation de fine poussière qui, dans le principe, formait un petit *soleil*. Mais comme il contenait, en outre, des parties grossières, des éclats d'angles brisés (troisième élément), ces parties, rassemblées en pelotons épais, ont gagné les bords du petit tourbillon par la supériorité de la force centrifuge ; elles l'ont obscurci, encroûté peu à peu, et de ces croûtes épaissies sur toute la surface il s'est formé un corps opaque, une *planète*, une *terre* habitable. Ainsi, *la terre est un soleil encroûté*.

Ces idées de Descartes sont, comme vous le voyez, des idées purement abstraites. Le grand philosophe du XVIIme siècle allait des idées aux faits, méthode qui peut avoir son mérite en métaphysique, mais qui n'est pas acceptable en physique, ni en histoire naturelle. Dans ces sciences, la puissance des idées est essentiellement subordonnée à la puissance des faits (1).

Leibnitz est arrivé à la même conception que Descartes, mais par une voie différente, par l'observation.

Les matières qui portent la trace d'avoir été fondues et calcinées, et qui se trouvent dans les entrailles de la terre avaient donné à Leibnitz l'idée d'un incendie général. Dans son traité intitulé : *Protogœa* (2), Leibnitz dit que la terre et les autres planètes étaient, dans le principe, des étoiles lumineuses par elles-mêmes. Après avoir brûlé longtemps, elles se sont éteintes, faute de matière combustible, et sont devenues des corps opaques. Le feu a produit, par la fonte des matières, une croûte vitrifiée. La base de toute la matière qui compose le globe terrestre est du verre : *facilè intelligis vitrum esse velut terræ basin.*

Si la présence dans le sein de la terre de matières fondues avait révélé à Leibnitz l'incandescence primitive de la terre, une autre observation, celle de la dispersion des coquilles fossiles sur toute la surface des continens, lui avait donné l'idée d'une submersion générale. Quand la croûte de la terre fut refroidie, nous dit-il, les parties humides, qui s'étaient élevées en forme de vapeurs, retombèrent, et, enveloppant tout le globe, constituèrent les mers.

Ainsi, Leibnitz avait tiré de l'observation de ces deux grands faits, la conflagration et la submersion du globe.

Ces idées du penseur allemand ne firent pas alors sensation. Le siècle n'était pas préparé à les recevoir. La *Protogœa*, écrite en latin, ne sortit pas des cabinets des savans. Il fallait, pour le triomphe des idées de Leibnitz, que Buffon les reprît dans la seconde moitié du XVIIIme siècle, et leur prêtât une puissance nouvelle, celle de l'éloquence.

(*La suite prochainement.*)

(1) Le système des *tourbillons* était, au XVIIe siècle, un sujet de controverses sérieuses. Au XVIIIe, Voltaire ne fut pas le dernier à le railler ; on lit dans ses *Dialogues d'Evhémère* : « Evhémère : Cardestes (Descartes) a deviné que notre nid a été d'abord un soleil encroûté. — Callicrate : Un soleil encroûté ! Vous voulez rire. — Evhémère : C'est ce Cardestes sans doute qui riait quand il disait que nous avons été autrefois un soleil composé de matière subtile et de matière globuleuse, mais que, nos matières s'étant épaissies, nous avons perdu notre brillant et notre force : nous sommes tombés d'un tourbillon dont nous étions les centres et les maîtres, dans le tourbillon du soleil d'aujourd'hui ; nous sommes tout couverts de matière rameuse et cannelée ; enfin, d'astre que nous étions, nous sommes devenus lune, ayant par faveur autour de nous une autre petite lune pour nous consoler dans notre disgrâce. »

Aujourd'hui le système des *tourbillons* est oublié.

Descartes n'en est pas moins l'immortel auteur du *Discours de la méthode.*

(2) Ce traité parut en 1683, dans les *Actes de Leipzig.*

PRESSE MÉDICALE.

Du traitement du chancre. — Le professeur Sigmund résume ainsi ses observations sur ce sujet, observations qui ont d'autant plus de valeur qu'elles ont été faites sur une vaste échelle dans un des plus grands hôpitaux de Vienne :

1° Le chancre ne peut être traité par des applications purement locales, que pendant les quatre premiers jours de son existence.

2° Ce traitement local doit consister en des cautérisations qui détruisent l'exsudation chancreuse dans sa totalité, c'est-à-dire jusque dans les tissus sains.

3° Plus on s'éloigne de ce quatrième jour de l'existence du chancre, plus l'indication d'un traitement général, à côté du traitement local, est urgente.

L'observation de plus de mille cas dans une période de onze ans, m'a démontré que jamais il ne se déclarait d'accidens secondaires lorsque le chancre avait été complétement détruit dans les quatre premiers jours. Je ne connais que deux cas, et encore ils me laissent des doutes, où la cautérisation, pratiquée le cinquième jour, n'ait pas empêché ces accidens, de sorte que, si je ne voulais rester plutôt en deçà des limites et parler avec une assurance parfaite, j'ajouterais encore le cinquième jour comme terme fatal. Le meilleur caustique est celui de Vienne, suffisante partie de chaux vive et deux à trois de potasse caustique, fondus et coulés en bâton, ou en poudre, ou en pâte avec de l'alcool. Le fer rouge donne les mêmes résultats, mais il inspire trop de répugnance aux malades. J'ai essayé la potasse et la chaux caustiques seules, l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, la solution alcoolique concentrée de sublimé, l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, le chlorure d'antimoine, etc. Tous ces moyens sont bons, mais la sûreté et la facilité d'application du premier me font lui donner la préférence. Je pratique la cautérisation encore après le cinquième jour ; car, quoique les chances de préservation d'accidens secondaires soient diminuées, elles ne sont pas totalement abolies ; de plus, on empêche que le chancre ne se communique à d'autres endroits du même malade et à d'autres individus.

4° Le traitement général consiste dans l'emploi méthodique des mercuriaux. L'observation non prévenue et faite en grand, montre qu'aucun autre moyen ne guérit l'infection aussi vite et aussi sûrement.

5° Lorsque, malgré le traitement général, il survient exceptionnellement des accidens secondaires, ceux-ci n'en sont pas aggravés.

6° Selon les circonstances, le traitement général doit être continué de six à douze semaines. Il faut combattre à outrance la légèreté avec laquelle les médecins et le public regardent aujourd'hui les accidens vénériens.

L'observation clinique prouve que tout chancre bien diagnostiqué et non complétement détruit, ou cautérisé trop tard, entraîne des manifestations secondaires, si on n'a pas institué un traitement général. Ce fait sera reconnu avec certitude par tout praticien qui établira le diagnostic rigoureux et cherchera les accidens secondaires assez tôt, là où ils se trouveront d'abord, dans les ganglions lymphatiques. Le diagnostic positif ne peut être obtenu que par l'inoculation et par les accidens secondaires ; tous les autres moyens sont insuffisans. Le microscope lui-même ne mène à rien, les infusoires sont très rares dans le pus chancreux ; ils le sont moins dans celui d'autre origine ; des particules de tissu cellulaire mortifié se rencontrent dans le pus de tous les ulcères, mais y manquent souvent, soit toujours, soit à diverses époques ; elles ne se trouvent ordinairement pas dans le pus des chancres du canal de l'urètre, comme je viens de m'en convaincre de nouveau dans deux cas.

Les accidens secondaires se montrent ordinairement vers la sixième semaine après l'infection, très rarement plus tard que la douzième. Plus de mille observations me permettent d'établir cette règle ; seulement, il ne faut pas se laisser guider par les dires du malade, mais procéder à un examen sévère et savoir rechercher les commencemens de ces manifestations. Il ne faut pas donner indistinctement, à tous les malades, la même préparation mercurielle, mais il faut la modifier selon les diverses indications. Un point très important, que l'on néglige trop souvent, est le traitement hygiénique et diététique que le malade doit suivre pendant et encore après l'administration du mercure. Si, entre la sixième et la fin de la douzième semaine, il ne se montre aucun accident secondaire et si les manifestations locales ont disparu à cette époque, on peut regarder le malade comme guéri ; les rares exceptions à cette règle ne peuvent renverser celle-ci. — (*Wiener med. Wochenschrift*, n°s 2, 8, 16, 1855.)

COURRIER.

La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'École d'accouchement de Paris a eu lieu hier dans l'une des salles de l'établissement.

M. le baron Paul Dubois, membre du conseil de surveillance, avait bien voulu accepter de suppléer M. le directeur de l'administration de l'assistance publique dans la présidence de cette solennité.

L'honorable président a ouvert la séance par une allocution dans laquelle il a d'abord félicité les élèves qui terminaient leurs études de l'obtention du titre auquel elles aspiraient, et qu'elles devaient à leur travail ; il leur a recommandé ensuite de continuer à se livrer à l'étude persévérante de l'art auquel elles se sont consacrées, de ne jamais perdre de vue, dans la pratique, les leçons qu'elles ont reçues dans cette École si justement renommée, et de rester fidèles aux saines doctrines qu'elles y ont puisées. « A ce prix, leur a dit en terminant l'honorable président, vous deviendrez les dignes émules de celles qui vous ont précédées, et vous contribuerez comme elles à la juste satisfaction de vos maîtres et à l'illustration de l'École qui vous a formées. »

Après cette allocution, M. le président a procédé à la distribution des récompenses aux élèves dont les noms ont été proclamés par M. le directeur de l'établissement.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Mays (Catherine), élève à ses frais, qui a obtenu, en outre, cinq autres nominations.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées avec Mlle Mays sont :

Mesdames

Macquet, élève à ses frais ;

Lapoujade, élève aux frais du département de Tarn-et-Garonne ;

Hérodier, élève aux frais du département de Seine-et-Oise ;

Dujarrie, élève aux frais du département de la Dordogne ;

Boissy, élève aux frais du département de Seine-et-Marne ;

Gros, élève aux frais du département de la Dordogne ;

Bouille, élève aux frais du département de l'Allier.

A la suite de la distribution des récompenses, Mlle Mays, qui a obtenu la médaille d'or, a, tant en son nom qu'au nom de ses compagnes, remercié M. le président de ses excellens conseils, en l'assurant qu'il les trouverait toujours empressées à les suivre.

Mlle Mays, a également prié M. le directeur général, MM. les professeurs, M. le directeur de l'établissement, M. l'aumônier et Mme la sage-femme en chef, de recevoir l'expression de leur vive et profonde reconnaissance pour la sollicitude si bienveillante dont elles ont constamment été l'objet de leur part.

M. le président a terminé la séance en remettant à chaque élève sortant son diplôme.

— Par décret du 16 juin, l'élection faite par l'Académie des sciences de M. Jules Cloquet, pour remplir la place d'académicien vacante par suite du décès de M. Lallemand, est approuvée.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 76. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 28 Juin 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 JUIN 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

MM. Blache et Bouley, les nouveaux élus, ont pu prendre, hier, en vertu d'un décret impérial qui approuve leur élection, possession de leur banquette et signer la feuille de présence. Qu'ils soient les bien-venus !

Un rapport qui nous a paru être très complet, très étendu, très érudit de M. Gaultier de Claubry, sur un cas de volvulus terminé par l'expulsion d'une portion d'intestin, a reçu de grands éloges de la part des académiciens groupés autour de la tribune, qui seuls ont pu l'entendre et qui en ont demandé le renvoi au comité de publication. L'observation de ce fait, communiquée par un modeste praticien rural, doit faire voir à nos honorables confrères des campagnes que leurs travaux ne sont pas dédaignés par l'Académie, quand ils ont le bonheur qu'ils soient confiés à l'examen de rapporteurs aussi zélés, aussi esclaves de leurs devoirs que se montre en toute circonstance M. Gaultier de Claubry. Malheureusement, nous connaissons et nous pourrions citer des travaux très estimables, émanés de plusieurs de nos confrères ruraux, qui attendent depuis bien longtemps le bon vouloir et le loisir des rapporteurs.

Deux hommes très compétens, M. le docteur Poujet, de Bordeaux, et M. Vallat, le premier, qui a été longtemps médecin du grand collége de Sorrèze, magnifique institution que nous avons vue dans toute sa splendeur, et qui est passée depuis sous la direction du père Lacordaire, le second qui a été recteur de l'Université, ont adressé à l'Académie un projet, un plan développé d'éducation hygiénique et intellectuelle pour les enfans de nos colléges. C'est l'honorable M. Collineau qui a rapporté ce travail auquel, avec quelques réserves prudentes, il a attribué une grande valeur et accordé de grands éloges. Nous aurons probablement occasion nous-même de revenir sur le mémoire de MM. Poujet et Vallat.

La séance a été close par la présentation faite par M. Amédée Forget d'une pièce d'anatomie pathologique d'un cas intéressant et rare. Il s'agit d'un kyste osseux de la mâchoire inférieure, qui a nécessité l'ablation d'une grande partie de cet os, opération pratiquée avec une grande habileté par M. Forget, et avec toute probabilité de succès pour le malade. Ce kyste paraît formé par une accumulation considérable d'ivoire dentaire. Chez le sujet, qui est âgé de 20 ans, les dents molaires ne sont pas sorties, et, selon toutes les apparences, la tumeur, qui s'est développée dans les parois l'os, est constituée par la substance dentaire qui n'a pu se faire jour au dehors.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS D'ICTÈRE GRAVE, TERMINÉ PAR LA MORT;

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. le docteur Ch. BERNARD, médecin des hôpitaux.

La terminaison funeste de l'ictère était encore peu connue il y a une vingtaine d'années. Les exemples rapportés par différens auteurs, et, pour ne citer que les plus célèbres, ceux que Morgagni avait empruntés à Valsalva, et insérés dans sa trente-septième lettre, aussi bien que certains passages de Van Swieten, de Monro, de P. Franck, relatifs à cette issue mortelle, étaient restés perdus pour la science, et un de nos plus savans professeurs de clinique observait, il y a une quinzaine d'années, avec quelque étonnement, pour la première fois dans ses salles, un cas de ce genre, nous racontait dernièrement M. Bouley, le collègue recommandable dans le service duquel a été recueilli le fait dont nous allons entretenir la Société.

Mais, depuis, les travaux sur l'ictère grave, avec accidens cérébraux rapidement mortels, se sont tellement multipliés en France et surtout en Angleterre et en Allemagne, que ces accidens et leurs suites sont maintenant tombés en quelque sorte dans le domaine de la science. Dans ces dernières années tous ces travaux ont été résumés par deux jeunes médecins. L'un, M. Ch. Ozanam, dans un mémoire portant pour titre : *De la forme grave de l'ictère essentiel* (1849), a rapporté un certain nombre de faits qu'il avait observés personnellement, et a rappelé la plupart des cas recueillis précédemment. L'autre, M. Leudet, dans une *Note sur l'ictère grave ou atrophie aiguë du foie* (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1853, p. 87), a tracé les caractères de cette maladie d'après la description qu'en ont donnée les auteurs anglais et allemands, et surtout le docteur Budd, en Angleterre (*On diseas. of the livet*, 2me édit., 1852, p. 234), et le docteur Henoch, en Allemagne (*Klinik der Unterleibskrankheiten*, vol. I, p. 284, Berlin, 1852). La plupart des auteurs cités par M. Leudet, d'après MM. Budd et Henoch, mais principalement les médecins allemands, indiquent, ainsi qu'on le voit, comme caractère anatomique de la maladie, l'atrophie du foie. Mais commençons par rapporter l'observation que nous avons fait recueillir par un élève distingué des hôpitaux, M. Simon, pendant que nous remplacions le docteur Bouley. La rareté relative des faits de ce genre et certaines particularités intéressantes que notre observation a présentées nous engagent à en entretenir la Société.

Le 8 février 1855, est entrée, à l'hôpital Necker (salle Sainte-Thérèse, n° 30), la nommée Collet, âgée de 31 ans et exerçant la profession de bandagiste. Elle est atteinte d'un ictère et paraît, à cela près, être assez bien portante. Cette femme, toujours bien réglée, d'une bonne santé habituelle, mais d'un tempérament nerveux et très impressionnable, n'a jamais eu ni jaunisse ni accidens hystériques ou nerveux.

Dans la nuit du 21 au 22 janvier, elle est réveillée à la suite d'un cauchemar très pénible, par une menace de suffocation; et, le lendemain matin, sans qu'elle ait eu d'autres troubles morbides, on lui fait apercevoir qu'elle a la jaunisse. Presque aussitôt la malade éprouve, dans l'hypocondre droit, un sentiment de pesanteur et d'oppression qui la force de suspendre son travail et de se coucher sans dîner. La nuit est mauvaise et agitée par des rêvasseries. Le lendemain, quoique la jaunisse soit plus prononcée, il y a un peu d'amélioration. Cette femme reste pendant quinze jours à peu près dans le même état, sans forces ni appétit, mais sans troubles morbides bien dessinés.

Le jour de l'entrée, on constate d'abord la coloration jaune-safran de tous les tissus, puis on s'assure que le foie a augmenté de volume, dépasse d'un travers de doigt au moins le rebord des fausses côtes et qu'il est un peu sensible à la pression. La langue est couverte d'un enduit jaunâtre. L'appétit est nul ; la malade a des nausées, a eu quelques vomissemens. Les digestions sont laborieuses; les selles sont rares, grises; les urines foncées, tachent le linge en jaune et précipitent en vert-noirâtre par l'acide nitrique. Le pouls, faible et petit, bat à peine 60 fois par minute (eau de Sedlitz, potages).

Pendant plus de quinze jours encore, la malade reste à peu près dans le même état, et nous paraît toujours atteinte d'un ictère simple et sans gravité; elle présenta cependant certaines particularités que nous n'indiquerons pas jour par jour, mais dont nous allons tracer le tableau général. L'ictère variait de coloration d'un jour à l'autre, tantôt plus clair, tantôt d'un jaune verdâtre foncé. Les urines et les selles restaient à peu près les mêmes. Le pouls, toujours lent et faible, ne dépassait pas 60 battemens par minute, et tombait parfois à 52. L'appétit, capricieux d'ailleurs, était toujours peu prononcé. Les troubles gastriques étaient également très variables. Tantôt les alimens et les boissons passaient facilement, tantôt la moindre gorgée de tisane était rejetée. Le

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

LE VITALISME PHYSIQUE (1).

Le mouvement, principe unique de la vie universelle de la matière, s'offre donc à nous sous deux formes principales : la translation et la vibration. Tous les corps, tous les états, tous les systèmes de corps appelés vulgairement pondérables possèdent à la fois cette double forme du mouvement : l'éther seul, que nous ne pouvons connaître dans sa nature et dans ses propriétés que par induction, attendu qu'il est insaisissable à tous nos sens et tous nos moyens physiques et mécaniques, l'éther seul semble ne pas comporter la nécessité de la translation, tout son mouvement paraît devoir s'accomplir en vibration et le constituer dans un état complet d'élasticité répulsive.

L'éther se révèle, en effet, à la logique scientifique, comme le milieu sans limites, comme l'eau-mère du monde dont les astres seraient les cristaux en mouvement. Son rôle, quoique puissant et de toute nécessité, semble devoir être essentiellement passif; raréfié dans les corps et les systèmes de corps, raréfié dans les milieux, il réagit par pression à leurs surfaces, en proportion de l'énergie des vibrations qui le chassent, et il constitue ainsi tous les phénomènes de la gravitation, de la pesanteur, des attractions et des affinités, à peu près comme fait la pression atmosphérique dans les hémisphères de Magdebourg et tout à fait comme se comporte cette même pression atmosphérique quand elle conduit un pain à cacheter contre un diapason vibrant; la puissance est dans le diapason, la conséquence et la passivité dans l'effet atmosphérique : l'éther est également passif dans la transmission à distance de la lumière, de la chaleur, et des autres influences vibratoires.

Bien que le mouvement de translation existe et se manifeste ostensiblement dans tous les corps de l'univers, autres que l'éther, ce mouvement n'est spontané et indépendant que dans les astres et dans les animaux : ces deux systèmes de corps sont aussi les seuls dont les mouvemens de vibration dominent et dirigent, par une résultante, les mouvemens intérieurs comme les mouvemens extérieurs de leurs parties constituantes ; en d'autres termes, les astres et les animaux sont les seuls êtres dans la nature qui aient une *température propre* et un *mouvement spontané*.

Seulement, lorsqu'on étudie ces deux formes du mouvement dans ces deux systèmes si éloignés l'un de l'autre, on reconnaît que dans les astres le mouvement de translation et celui de vibration sont dépendans de la masse matérielle et proportionnelle à cette masse. On reconnaît que moins le mouvement de translation est satisfait, plus le mouvement de vibration est considérable. C'est ainsi que le soleil, l'astre le plus puissant de notre système, possédant, en conséquence, la quantité de mouvement la plus considérable, est de tous les corps qui gravitent autour de lui, celui qui exécute le plus faible mouvement de translation, aussi son mouvement de vibration est-il porté à la plus haute manifestation que nous puissions apprécier, à l'intensité lumineuse la plus énergique que nous connaissions. La terre bien moins volumineuse et bien moins dense que le soleil possède une quantité de mouvement très inférieure et pourtant elle accomplit autour de lui, en décrivant son orbite, un énorme mouvement de translation : aussi, n'a-t-elle, sous son écorce, qu'une température moyenne de 10 à 12 degrés. Toutefois, elle aurait encore droit, en vertu de sa masse, à plusieurs centaines de mille degrés de chaleur, si, outre son orbite, elle n'accomplissait chaque jour un mouvement de translation de 9000 lieues par son mouvement de rotation. Mais, à mesure qu'on creuse dans son sein, sa chaleur propre augmente d'un degré environ par 30 mètres de profondeur, parce qu'à mesure qu'on s'approche de l'axe, la translation de la circonférence diminue; on peut, en conséquence, mesurer combien il faut de mètres de translation pour faire un degré de vibration calorifique; on peut également constater qu'à mesure qu'on approche des pôles, la température propre de la terre augmente dans une proportion beaucoup plus considérable pour une même profondeur.

Dans les animaux, au contraire, la chaleur propre ne dépend ni du volume, ni de la densité, elle est le produit d'un travail organique; et le mouvement de translation, au lieu d'être inverse, est au contraire proportionnel à la température propre ; et cette température propre, au lieu d'être la conséquence nécessaire de l'existence des animaux, comme elle est la conséquence essentielle de l'existence des astres, est, en réalité, la cause première et le principe de leur vie. Cette inversion est dans l'ordre logique des phénomènes. C'est, en effet, de l'influence réciproque des corps célestes (du soleil sur la terre) que les organisations végétales et animales reçoivent la vie, et cette influence n'est autre que celle du mouvement vibratoire de l'un sur l'autre; les fonctions animales et la translation spontanée seront donc des déductions de leur vibration calorifique.

Au surplus, l'intelligence humaine réalise aujourd'hui, en l'imitant très grossièrement, l'œuvre si admirable de la nature dans ses transformations du mouvement de vibration en mouvement de translation. L'homme crée une organisation mécanique, il y introduit des fluides, il les chauffe au moyen d'alimens (combustibles) qu'il soumet à une large respiration (tirage ou soufflerie), et sa machine, ainsi munie d'une force proportionnée à son degré de chaleur, traduit cette puissance vibratoire en translation équivalente.

Après cet exposé, j'aurais à peine besoin de dire que le mode spécial du mouvement qui constitue le *principe vital* est la chaleur. Mais il me reste à démontrer cette vérité, en faisant connaître les conditions principales et les lois de l'organogénie et de la vie s'exerçant dans et par une organisation complète.

Tout être vivant vient d'un œuf, dit avec raison M. Flourens dans son cours de physiologie comparée : *Tout œuf est composé de même*, ajoute-t-il avec non moins de vérité.

Qu'est-ce donc qu'un œuf, une graine, un germe ? Une graine, un germe, un œuf sont le produit d'une fonction organique ; une sécrétion d'abord, une excrétion ensuite, contenant, sous un volume très petit, avec ou sans enveloppes, avec ou sans matière assimilable juxta-posée, les élémens minéraux nécessaires pour ourdir une organisation semblable à celle dont ils sont le produit.

(1) Voir le numéro du 26 Juin 1855.

foie avait encore augmenté de volume les jours qui suivirent l'entrée de la malade; il dépassait de plus de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, et la sensibilité douloureuse persistait. Le traitement consista dans l'administration de quelques purgatifs salins et deux applications de sangsues sur la région hépatique, sangsues qui parurent produire quelque soulagement.

Voyant les symptômes précédens persister et la malade maigrir et s'affaiblir, quoiqu'elle eût conservé un caractère aimable et enjoué, et que, loin de se plaindre, elle nous répondît presque tous les matins qu'elle se trouvait bien, nous l'interrogeâmes avec un nouveau soin, et nous apprîmes ainsi le 23 février que, presque depuis son admission à l'hôpital, elle avait eu tous les deux jours environ des accès intermittens mal dessinés, qui ne se composaient que d'un stade de chaleur et d'un stade de sueur. Le frisson manquait. Ayant pu constater pendant quelques jours la réalité des accidens annoncés par la malade, nous lui fîmes prendre, le 26 février, 1 gramme de sulfate de quinine, qui diminua l'accès suivant.

28 février. La malade nous paraît être à peu près dans le même état; la figure est pourtant plus altérée que les jours précédens. La malade est encore assez gaie; mais elle nous apprend que la veille au soir elle est tombée sans connaissance de son lit, et qu'on l'y a replacée. La nuit a d'ailleurs été tranquille. Le pouls est toujours aussi lent, à 58.

1er mars. L'aspect de la malade a complétement changé depuis hier; elle est couchée en double sur son lit, les cheveux épars, le regard hébété. L'intelligence est obtuse, les réponses sont lentes, peu intelligibles; la mémoire est perdue. La nuit, la malade, en proie au délire et à l'agitation la plus grande, s'est levée plusieurs fois en poussant des cris.

La peau est d'un jaune terne, à reflet verdâtre. On constate un léger affaiblissement de la myotilité et de la sensibilité dans la moitié droite du corps et de la face. Le bras droit a un peu perdu de sa force; la pointe de la langue est un peu déviée à gauche. Appétit nul. Le pouls est toujours à 60. La malade ne se plaint d'aucune douleur, et parfois sort de son apathie pour se livrer à des accès de gaîté et d'hilarité tout à fait insolites (20 sangsues derrière les oreilles).

2 mars. La journée d'hier s'est passée dans le calme, mais la nuit a été très agitée. Ce matin, la physionomie et l'attitude de la malade sont les mêmes qu'hier; seulement, elle pleure aussi facilement qu'elle était disposée à rire. (Huile de ricin, 30 grammes, et une goutte d'huile de croton.)

3 mars. La journée et la nuit dernières ont été très bonnes. Le teint est toujours jaune verdâtre, l'œil un peu hagard. Les réponses sont lentes, entrecoupées; mais la mémoire, la connaissance ont reparu. Les pupilles sont normales. Le pouls, toujours faible et lent, bat 68 fois à peine par minute. La malade réclame des alimens. (Une portion.)

4 mars. Après la visite, on a remarqué que le bras droit redevenait plus faible que l'autre; la parole s'est embarrassée vers le soir, et la nuit a été très agitée; il y a eu du délire, de l'agitation et des mouvemens convulsifs effrayans.

Ce matin, nous trouvons la physionomie souriante, encore sous l'influence d'un subdelirium gai. Le pouls est à 56. Il n'y a aucune douleur.

5 mars. La prostration, qui était restée peu prononcée jusqu'à présent, a beaucoup augmenté depuis hier. La maigreur se dessine de plus en plus. Les lèvres et les dents sont fuligineuses; les yeux excavés. La faiblesse et la diminutien de la sensibilité dans le bras et la joue droits sont plus marqués. L'ictère offre la même coloration verdâtre. Le pouls est à 52. (Eau vineuse; sulfate de quinine, 1 gramme.)

Du 6 au 10 mars. L'état de la malade reste à peu près le même. Seulement la prostration et la maigreur augmentent de jour en jour, et finissent par être très grandes. Le pouls, faible, petit, varie de 52 à 60 pulsations par minute. Agitation, rêvasseries la nuit; délire et marmottemens le matin. Tantôt silence et prostration, tantôt cris ou gémissemens. Pupilles à peu près naturelles. Très léger degré de paralysie du bras droit. L'ictère est le même, toujours d'un jaune-verdâtre foncé. Le foie qui, au début, avait présenté une augmentation de volume considérable, a repris ses dimensions normales, et semble même avoir subi une diminution. On n'a jamais, dans ces derniers jours, constaté du côté de la région hépatique, une sensibilité bien évidente. Il y a eu deux épistaxis peu considérables. Le traitement a consisté surtout dans de l'eau vineuse, des frictions belladonées sur la région du foie, et du sulfate de quinine à la dose de 0,60 à 1 gr. 50.

10 mars. Aujourd'hui, la position de la malade est encore plus grave. Hier, il y a eu des vomissemens bilieux. Ce matin, la physionomie est très altérée, front crispé, lèvres fuligineuses, gémissemens. Langue un peu sèche. Ictère verdâtre. Deux phénomènes nouveaux attirent surtout l'attention : une fréquence inaccoutumée du pouls qui bat 80 fois par minute, et une sensibilité assez vive de la région hépatique qu'on constate par la palpation et la percussion. Anorexie, selles et urines involontaires.

11 mars. Les accidens cérébraux n'ont pas offert un seul instant de rémission. Perte complète de connaissance; pouls à 110. — Mort le 12 mars.

Autopsie, quarante-huit heures après la mort, par un temps froid. — L'examen cadavérique, fait avec le plus grand soin, ne permet pas de découvrir aucune lésion qui puisse expliquer les phénomènes observés pendant la vie. Tous les organes thoraciques et abdominaux, à l'exception du foie dont nous allons parler tout à l'heure, sont parfaitement sains. Le cerveau est un peu ferme, ne présente ni épanchement sanguin ou séreux, ni ramollissement, mais offre un léger degré d'injection générale.

Quant au foie, il paraît, à l'extérieur, être à peu près normal; il n'existe entre lui et les organes voisins ni brides ni adhérences. Voici ses dimensions :

Diamètre transversal.	0m,18
Diamètre antéro-postérieur. .	0m,16
Épaisseur à sa base.	0m,06

La surface, lisse, unie, sans apparence de plis, est d'une couleur verdâtre foncée. La consistance du foie est ferme, élastique. Le tissu, que des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont empêché de faire examiner au microscope, nous a paru ne pas avoir l'aspect et la couleur ordinaires; la substance rouge, dans tout le lobe gauche et dans une partie du lobe droit, a complétement disparu. Et on n'aperçoit plus qu'un tissu grenu d'un jaune ictérique parfaitement uniforme.

La vésicule du fiel est petite, comme revenue sur elle-même, et ne contient qu'une petite quantité d'une bile épaisse et d'un vert noirâtre.

Les canaux hépatique, cystique et cholédoque, qui ont été l'objet d'un examen minutieux, nous ont paru, *intùs* et *extrà*, parfaitement sains et tout à fait perméables.

Comme on vient de le voir, dans notre observation, l'ictère a marché à la façon d'une jaunisse simple pendant près d'un mois. Pendant la deuxième quinzaine, outre le développement de l'organe hépatique, on a constaté quelques accès intermittens mal déterminés. Puis, tout à coup, survient une perte de connaissance qui marque le début de la période des accidens cérébraux, qui ont consisté en du délire, de l'agitation, de l'incohérence dans les actes et les paroles, et qui se sont terminés par du coma. A l'autopsie, on ne trouve ni dans le foie, ni dans le cerveau, de lésions propres à expliquer la marche et la terminaison mortelle de ce cas. Les dimensions du foie, comme on a pu le voir, étaient à peu près normales; il n'y avait ni hypertrophie, ni atrophie sensibles de cet organe. La consistance était également normale. Les conduits de la bile, parfaitement perméables, ne présentaient aucune altération.

Sans vouloir entrer ici dans l'examen et la discussion de tous les faits acquis à la science, je me permettrai, à propos de l'observation que je viens de lire, de faire certaines remarques comparatives avec les deux mémoires dont j'ai parlé en commençant, le mémoire de M. Ch. Ozanam et la note de M. Leudet.

De tous les faits recueillis par lui ou tirés des différens auteurs et qui s'élèvent au nombre assez imposant de dix-huit, M. Ozanam conclut que la forme grave de l'ictère, qui se termine souvent par la mort, peut, aussi bien que l'ictère simple et bénin, exister indépendamment de lésions matérielles du foie, et que l'affection cérébrale, qui en constitue un des accidens les plus constans, ne s'accompagne non plus d'aucune altération anatomique du centre nerveux. Le pouls, dit encore le même auteur, est d'abord fréquent, puis lent et irrégulier et finit par être régulier et très accéléré. Les congestions et les hémorrhagies, surtout l'épistaxis, sont fréquentes; et il peut se montrer des éruptions roséoliques dans le cours de la maladie. Dans tout ce travail, il est plus tenu compte de la marche et de la forme des accidens que des lésions anatomiques qui peuvent ou non exister. Dans sa note, au contraire, qui est un résumé très condensé des travaux anglais et allemands, M. Leudet insiste beaucoup, et en première ligne, sur les altérations cadavériques, sur la marche et la durée de la maladie et sur l'énumération de tous les symptômes.

L'ictère grave, dit-il, débute ordinairement d'une manière identique, a la forme bénigne, et marche de même pendant un ou deux septenaires. Parfois, cependant, mais très rarement, les accidens cérébraux, étourdissemens, délire, coma, se manifestent dès la période initiale. Dans l'état confirmé, on constate une alternative de prostration et d'excitation générale, avec délire et mouvemens convulsifs, qui font place, le plus souvent, dans les derniers temps de la vie, à un état comateux plus ou moins profond. Pendant tout le cours de la maladie, il y a des signes d'embarras gastrique, des envies de vomir, des vomissemens qui peuvent être teints de sang. Presque constamment, on observe une douleur à l'épigastre et au niveau de l'hypocondre droit, qui est exaspérée par la pression et une diminution dans le volume du foie.

Comme lésions anatomiques, on a noté les altérations suivantes de l'organe hépatique : diminution de volume dans tous les sens et de consistance; couleur jaunâtre; surface plus lisse qu'à l'ordinaire. L'examen microscopique a montré que les cellules hépatiques ont diminué de grandeur et sont infiltrées de graisse granuleuse ou vésiculeuse, ou remplacées par des amas de cette dernière substance. Les canaux biliaires sont, en général, remplis d'une quantité de bile peu abondante ou claire, et perméables jusque dans l'intérieur du foie.

Quoique Budd cite quelques cas qui se sont terminés par la guérison, la mort a été l'issue la plus ordinaire de la maladie, dont la durée, ordinairement assez courte, a varié de six jours à quatre semaines. Quant aux causes, sur lesquelles on sait bien peu, elles ont paru devoir être rapportées à l'action débilitante de l'abus des boissons alcooliques, de la misère et d'une nourriture insuffisante. Mais une émotion morale très vive ou des chagrins prolongés sont les conditions qui ont le plus favorisé le développement de cette forme grave de l'ictère.

Tel est le tableau que le docteur Leudet, à l'occasion d'une observation du docteur Spengler, a tracé de l'ictère grave ou de l'atrophie aiguë du foie, d'après les travaux les plus récens publiés en Angleterre par les docteurs Alison, R. Bright, Cheyne, Granes et Budd, et en Allemagne par Rokitanski, Horaerck, Schuh et Henoch. Nous avons cru utile de le rappeler à propos de l'observation que nous venons de lire, et de

---

Le germe, la graine, l'œuf possèdent-ils le principe de la vie? Peuvent-ils seuls et par les propres forces de leurs élémens constituans sortir de leur état d'équilibre et de leur inertie relative? Non; ils attendent l'activité, le mouvement, la vie d'une force extérieure qui leur est étrangère : sans ce secours spécial point d'affinité, point d'assimilation, point d'organisation, point de vie, et ce secours spécial, c'est une chaleur d'un certain degré fixe, appliquée pendant un temps déterminé; degré et temps toujours les mêmes pour une même espèce.

Un œuf de poule fécondé se trouve placé dans les conditions de pesanteur, de pression, de mouvement, d'électricité et de lumière qui le suivront dans tous ses états, soit qu'il devienne oiseau, soit qu'il se détruise par vétusté. La température ambiante, habituelle, commune à tous les corps, l'accompagnera de même sans rien faire pour l'animer. Mais, si cet œuf est soumis pendant vingt et un jours à une chaleur de 38 à 40 degrés centigrades, il s'organisera par ce seul fait et deviendra vivant, soit que la chaleur provienne d'une poule ou de tout autre oiseau, soit qu'elle vienne d'un four, soit qu'elle vienne du sable échauffé par le soleil.

C'est en vain qu'on chercherait à produire un pareil phénomène au moyen des autres formes du mouvement, à quelque degré et pendant quelque temps qu'on les applique : sous leur influence, l'œuf restera ce qu'il est, un assemblage de molécules inertes. Il en serait de même pour tous les œufs, pour toutes les graines, pour tous les germes.

La chaleur est donc la cause prochaine et déterminante de la formation de tous les êtres organisés pour vivre : elle communique donc aux molécules constituantes du germe le degré de mouvement nécessaire pour amener une série de réactions dont le premier résultat sera l'organisation de ces molécules, et le second l'accroissement de cette organisation par réaction sur les molécules assimilables, juxtaposées ou apportées.

Pendant tout le temps de l'application de la chaleur organisatrice (incubation), l'animal ne peut pas être appelé vivant, car il s'organise par une force extérieure, force qu'il ne possède pas encore par lui-même, il végète à proprement parler, il ne vit pas. Si la cause qui lui prête la chaleur vitale vient à s'éloigner, il cesse de croître; il reprend son activité si la chaleur revient assez promptement, sinon il se détruit en se décomposant; l'animal ne sera vivant que quand ses organes seront assez complets pour entretenir par leurs fonctions au dedans de lui-même la même température que celle qui lui a donné naissance, et il cessera de vivre aussitôt qu'il cessera de pouvoir entretenir seul et sans secours la réaction commencée sous l'influence de la température mère.

Le temps et l'espace me manqueraient ici pour examiner les différences de température propre à chaque espèce organisée végétale ou animale, pour expliquer comment certaines organisations animales peuvent voir l'exercice de leur vie suspendu par la pénétration des froids, et repris, pour ainsi dire sans inconvéniens, aussitôt qu'une température moins rigoureuse leur permet de reproduire leur température propre. Pour expliquer comment la température propre peut être froide ou chaude par rapport à la température ambiante, sans cesser de constituer le principe vital de l'espèce, et montrer qu'il suffit, pour qu'elle constitue la vie, que la température soit spéciale à l'espèce, et qu'elle se défende, dans de certaines limites, contre l'invasion extérieure. Toutes ces études conduisent au résultat que je suis forcé d'indiquer sommairement ici, savoir : que tout être vivant, considéré dans ses élémens essentiels, consiste dans un groupe de tissus et d'organes réagissant sur l'extérieur, de façon à entretenir et à défendre une certaine température intérieure primitivement communiquée.

La température propre est d'abord la cause première, le principe de l'organisation; elle en est ensuite le résultat le plus immédiat et le plus nécessaire, et continue à dominer les affinités, les fonctions, et par conséquent la vie.

Toutes les fonctions et tous les phénomènes vitaux sont sous la dépendance de la température propre : rapidité de la digestion et de la circulation, ampleur de la respiration, contractilité musculaire, sensibilité, tout est proportionnel à l'élévation du degré de cette température. Les végétaux, les zoophytes, les mollusques, les poissons, les reptiles, les mammifères et les oiseaux offrent une graduation de propriétés vitales qui répond exactement à la puissance de conservation et à l'élévation du degré de la température propre à chaque règne, à chaque classe, à chaque genre, à chaque espèce.

En étudiant les êtres organisés sous ce point de vue, il semble qu'on ait sous les yeux une série de machines à vapeur à basse ou à haute pression, dont les propriétés et les forces s'estiment par l'élévation de la température et l'étendue des organes.

Je m'arrête enfin, mon cher confrère, pour vous dire que je n'ai point songé à faire une vaine élucubration sans but et sans effet relatif à la grande question qui vous préoccupe et qui me préoccupe aussi comme vous, la question du vitalisme.

Il y a trente ans que j'étudiais ces points de vue et que je les amenais à la démonstration expérimentale et pratique. Il y a vingt-cinq ans que je les formulais en lois et que je les publiais dans mon *Traité de l'incubation* ou *de la chaleur appliquée à la guérison des maladies*, et j'y retrouve encore cette conclusion que je vais citer textuellement, parce qu'elle s'applique à la double question du *vitalisme* et de l'*organicisme*.

(La fin au prochain n°.)

Dr Jules GUYOT.

Notre honorable confrère M. le docteur A. Bérigny (de Versailles), vient de publier, dans la *Science*, un long et fort intéressant article intitulé *la Lune rousse et la période de refroidissement du milieu de mai*. De ses observations, il résulte qu'en comparant la température moyenne du mois de mai 1855 au même mois des huit années précédentes, on trouve que celui de cette année a été le plus froid, et même que, d'après ces neuf années, la température fait presque sans cesse en se refroidissant, ainsi que le prouve le tableau suivant :

Année 1847	Température moyenne du mois de mai. . .		15,4
» 1848	—	—	15,7
» 1849	—	—	15,1
» 1850	—	—	12,7
» 1851	—	—	11,3
» 1852	—	—	14,6
» 1853	—	—	13,1
» 1854	—	—	12,2
» 1855	—	—	10,9

montrer ainsi les différences qui existent entre ce fait et ceux déjà publiés.

On voit, en effet, par cette comparaison avec les travaux de M. Ozanam et de M. Leudet que, dans notre cas, la durée de la maladie a été plus longue et l'apparition des accidens cérébraux plus tardive que cela n'a lieu d'ordinaire; que les hémorrhagies, qui n'ont consisté qu'en une ou deux épistaxis, ont été plus rares; que les accidens cérébraux, qui ont suivi la marche ordinaire, en passant de la période d'excitation à la période comateuse, ont été assez simples mais se sont accompagnés d'un léger degré d'hémiplégie du côté droit, dont on n'a pu découvrir la cause anatomique dans le cerveau et qui n'avait pas encore été indiqué; que la douleur a été plus légère et plus passagère que d'habitude dans la région hépatique; que le pouls, dans sa lenteur considérable, a été plus régulier que d'ordinaire, et qu'enfin le foie, dont tous les canaux étaient sains et perméables, au lieu d'offrir l'atrophie signalée par les auteurs anglais et allemands, présentait les dimensions moyennes qu'on lui accorde et cette absence de lésions visibles à l'œil nu, sur laquelle M. Ozanam a tant insisté après de nombreuses et illustres autorités.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 Juin 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre de l'instruction publique et des cultes, qui transmet à l'Académie ampliation de deux décrets, en date du 20 juin, approuvant l'élection faite par l'Académie de M. Bouley dans la section de médecine vétérinaire, et de M. Blache dans celle d'anatomie pathologique.

— Un rapport transmis par le ministre de l'agriculture et du commerce, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné pendant les premiers mois de cette année, par M. BERNIER, médecin à Montigny-Lencoup (Seine-et-Marne).

— Un rapport final de M. YVONNEAU, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Blois, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Autainville. (Com. des épidémies.)

— Un rapport de M. BACH, médecin-inspecteur des eaux minérales de Soultzmatt, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

— Une demande d'analyse et d'avis relativement à l'exploitation des eaux minérales de Charbonnières (Rhône). — (Comm. des eaux minérales.)

— Un mémoire de M. MORITZ, de Coblentz, sur l'emploi du phosphore et de la créosote dans le traitement des fièvres intermittentes. (Comm. MM. Bouvier et Michel Lévy.)

— Deux recettes de remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— État des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départemens de la Haute-Saône et de la Haute-Vienne. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces qui suivent :

Deux notices de M. le docteur DECHAUT, l'une sur le choléra qui a régné à Montluçon en 1854 et 1855, l'autre sur un cas d'accouchement heureux chez une femme de 42 ans, atteinte de rétrécissement du bassin, et qui, deux fois, avait été précédemment délivrée à l'aide de la céphalotripsie. (M. Depaul, rapporteur.)

— M. le docteur ADDE-MARGRAS adresse à l'Académie une réfutation de l'ouvrage de M. Verdet de l'Isle, sur l'influence de la vaccine. (Comm. de vaccine.)

— M. le docteur Aimé GRIMAUD (d'Angers) revendique en faveur de la médecine française l'antériorité du traitement des cancers par les chlorures caustiques, traitement que M. Landolfi expérimente actuellement à la Salpêtrière avec l'autorisation spéciale du gouvernement.

— M. FALRET, membre de l'Académie, lui adresse une lettre où il réfute et rectifie quelques-uns des passages du discours prononcé par M. Baillarger dans la dernière séance. Nier l'existence de la monomanie, dit M. Falret, ce n'est pas seulement substituer à cette expression celle de délire partiel; ce n'est pas une question de mots, mais une question de doctrine qui réagit sur toutes les branches de la médecine mentale. En effet, il en résulte que, dans la *pathogénie*, on se garde bien d'assimiler l'idée fixe maladive à l'erreur chez l'homme sain; que, dans la *symptomatologie*, on décrit l'ensemble des phénomènes, l'état général du malade, et non telle idée ou tel penchant prédominant; que, dans la *classification*, on ne groupe plus les faits d'après la prédominance d'une idée ou d'un sentiment, mais que, dans un arrangement plus naturel, on les rapproche par l'ensemble des symptômes maladifs. La *thérapeutique*, toujours en partant de la même donnée, ne s'attache pas à combattre une idée ou un sentiment pour leur en substituer d'autres, mais recherche des moyens dont l'action soit générale et puisse modifier le fond maladif sur lequel reposent les idées prédominantes. Enfin, en *médecine légale*, on ne se contente pas de fixer l'attention des magistrats sur l'existence d'une idée folle dans une intelligence saine, sur l'état morbide d'un sentiment ou d'un penchant, toutes choses qu'ils n'admettent qu'avec peine ou qu'ils n'admettent pas; on leur montre le tableau complet de la maladie dans laquelle l'acte incriminé n'apparaît que comme un épisode; on se base sur l'observation des cas analogues, au lieu de chercher les preuves de l'aliénation dans les détails de l'acte lui-même ou dans des distinctions arbitraires sur les divers degrés de libre arbitre; on détruit ainsi, par sa base même, la théorie déplorable de la responsabilité partielle des prétendus monomanes, — comme si l'on pouvait scinder l'âme humaine !

Quant à l'argumentation que M. Baillarger fonde sur une note ajoutée au mémoire *sur la non existence des monomanies*, outre qu'elle n'a pas la portée que l'orateur semble lui attribuer, M. Falret déclare que cette note appartient à la rédaction des *Archives de médecine* où son travail a été publié.

— Dans une lettre adressée à l'Académie, M. DELASIAUVE, médecin de l'hospice de Bicêtre, rappelle que, dans un travail datant de 1843, il a présenté une classification sensiblement différente de celle d'Esquirol; M. Baillarger a prétendu à tort que celle de cet aliéniste ne comptait que des adhérens. M. Delasiauve partage les maladies mentales en deux groupes : dans le premier, outre la manie, il place encore la paralysie générale, la stupidité et la série des délires d'intoxication; dans le second, l'immense diversité des aberrations partielles, qui n'admettent d'autres subdivisions que celles de variétés individuelles, chaque cas étant à lui-même son espèce. La *lypémanie* n'existe pas comme genre, mais comme expression phénoménale. Esquirol, en opposant cette désignation à celle de manie, n'avait d'autre but que de mieux caractériser deux tons du délire partiel insuffisamment rendus par le mot de mélancolie employé par Pinel. Au fond, entre les variétés si disparates de la lypémanie et celles de la monomanie, il n'y a point de démarcation nette et saisissable. L'impression douloureuse ou non produite sur le sentiment (M. Renaudin), la dépression et l'expansion (M. Baillarger) indiquent des réactions, des effets et non des causes du délire. D'ailleurs, le mot de dépression, employé par M. Baillarger, a l'inconvénient d'englober dans la même rubrique la lypémanie qui répond souvent à une passion active, et la stupidité qui distingue une inertie plus ou moins complète.

Je me devais, dit M. Delasiauve, et je devais à l'Académie elle-même, de décliner une solvabilité implicite que mon travail repousse.

— M. GÉRARDIN dépose sur le bureau un nouveau manuscrit de M. Dutrouleau, médecin à Saint-Pierre de la Martinique. Sur l'invitation de M. Gérardin, l'auteur a tenté de donner une forme plus concise à son travail sur les maladies du foie dans les pays chauds.

Il a essayé de faire sur les modifications de la fonction glucogénique du foie, dans les maladies de cet organe, les recherches dont M. Desportes a signalé l'intérêt. Mais la rapidité avec laquelle la putréfaction détruit le sucre hépatique, ne lui a permis, jusqu'à présent, d'arriver à aucun résultat positif.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce qu'une députation, composée de MM. Bussy, Guéneau de Mussy, Chomel, E. Gaultier de Claubry, Poiseuille, Bousquet, Dubois (d'Amiens), est désignée pour assister au service anniversaire du décès de M. Itard.

— MM. BLACHE et BOULEY prennent place sur les bancs de l'Académie.

— M. E. GAULTIER DE CLAUBRY, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Cruveilhier, donne lecture d'un rapport sur une *observation d'invagination intestinale, suivie de l'expulsion d'une anse de l'intestin grêle*, par M. HOLLAGUEN, médecin à Chateaulin.

Il résulte des recherches faites par M. Jarjavay, agrégé de la Faculté, et vérifiées par les commissaires, que la pièce anatomique présentée par M. Hollaguen est une portion d'intestin longue de 0m,75. La forme cylindrique n'est conservée que dans deux points; partout ailleurs l'intestin est ouvert. Les deux extrémités intestinales présentent des franges plus ou moins longues. Cinq perforations se font remarquer sur cet intestin étalé. La membrane péritonéale est distincte dans toute l'étendue de la portion intestinale, considérée à l'extérieur; il est facile d'en détacher des lambeaux assez grands à l'aide d'une pince à dissection. La membrane musculeuse est très évidente quand on examine l'intestin du côté de sa face profonde; on est frappé de l'intégrité et de la saillie des fibres circulaires; il n'y a pas du côté de la face externe des bandes musculaires, comme celles que l'anatomie démontre dans le gros intestin; aussi la portion du canal intestinal, rendue par le malade, appartient-elle incontestablement à l'intestin grêle. Il n'existe pas de trace de la membrane muqueuse, sans doute détruite par la longue et violente inflammation qui s'était emparée de cette membrane, et qui avait donné lieu à une diarrhée qui a précédé de deux mois l'instant où se sont manifestés les accidens si graves de volvulus.

En rapprochant le fait relaté par M. Hollaguen de plusieurs autres empruntés à des observateurs anciens ou contemporains, le rapporteur résume ses recherches dans les propositions suivantes :

1° L'invagination d'une partie souvent considérable de l'intestin est un fait incontestable.

2° La constriction d'un point de l'anse intestinale invaginée amène la mortification bornée à l'endroit même qui supporte l'étranglement. — La masse intestinale, une fois séparée, est expulsée spontanément hors de l'anus sous forme d'une tumeur allongée, présentant au dehors la membrane muqueuse, et dans son épaisseur, suivant son axe, un conduit ou canal, également tapissé par la continuation de cette même membrane muqueuse; tandis que la tunique péritonéale est juxta-posée à elle-même à l'intérieur.

3° La séparation de cette masse intestinale une fois effectuée, les deux extrémités intestinales divisées restent en rapport et peuvent contracter l'une avec l'autre des adhérences salutaires qui rétablissent la continuité du canal alimentaire, et si la partie séparée n'est pas d'une longueur excessive, la vie des malades peut être conservée.

4° Dans l'espèce, le fait de M. Hollaguen est un nouvel exemple de cette terminaison de l'iléus avec conservation des jours de la malade.

L'Académie, par un vote unanime, décide que des remercîmens seront adressés à M. Hollaguen, et que son observation et le rapport de M. E. Gaultier de Claubry seront publiés dans les *Bulletins*.

M. MOREAU rappelle au rapporteur qu'un cas d'invagination suivie de l'expulsion d'une portion considérable de l'intestin, a été publié par M. Cayol dans la traduction de l'ouvrage de Scarpa sur les hernies.

M. GAULTIER DE CLAUBRY connaissait ce fait; s'il ne l'a pas mentionné, c'est parce qu'il n'a voulu tenir compte dans son travail que des cas où aucun doute ne peut être élevé au sujet de la portion d'intestin qui a été rendue par les selles.

— M. COLLINEAU, en son nom et au nom de M. Londe, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de MM. Poujet et Vallat, relatif à la *nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation intellectuelle de l'enfance*.

Le rapporteur conclut à ce que l'un des auteurs de ce travail, M. le docteur Poujet, soit inscrit au nombre des candidats admissibles au titre de membre correspondant. (Adopté.)

Tumeur osseuse enkystée de la mâchoire inférieure. — Résection de la moitié gauche du corps de cet os.

M. Am. FORGET présente à l'Académie la moitié latérale gauche du corps de la mâchoire inférieure, dont il a pratiqué la résection, il y a dix jours, chez un homme de 20 ans, pour une tumeur de l'os maxillaire, dont l'origine date de douze ans, et qui s'est développée dans des circonstances tout à fait insolites. A l'âge de sept ans, le sujet subit l'extraction de la seconde petite molaire, bien qu'elle fût saine, pour des douleurs intolérables dans la mâchoire. Après cette extraction, les douleurs cessèrent, mais une petite grosseur se développa sur la face externe de l'os. Les grosses dents molaires, chose digne de remarque, n'ont jamais poussé chez ce jeune homme. La tumeur, longtemps stationnaire, et plus tard lentement progressive, s'accrut surtout depuis deux ans; elle devint alors le siége de douleurs très vives; l'inflammation s'empara des parties molles, les ganglions sous-maxillaires s'hypertrophièrent, des abcès ossi-fluens se firent jour autour de la base de l'os, la langue, refoulée du côté opposé, se dévia de sa direction naturelle, la maladie devint chaque jour de plus en plus envahissante, et rendit une opération indispensable.

Par l'examen de la pièce, on peut voir que la résection porte en avant sur l'alvéole de la dent canine, en arrière sur la branche de l'os.

La portion du maxillaire enlevée a 22 centimètres de circonférence dans son grand diamètre, et 18 dans son plus petit. Elle forme un ovoïde assez régulier, et la tumeur qu'elle représente est constituée par un véritable kyste osseux creusé dans le centre de l'os, et limité par les tables interne et externe de celui-ci qui se sont écartées l'une de l'autre. Quant au contenu du kyste, c'est une masse dure, compacte, de consistance et d'aspect éburnés. Cette masse ovoïde, comme l'excavation qu'elle remplit en totalité, occupe la portion alvéolaire de la mâchoire réservée aux dents molaires quand elles se sont développées normalement. Sa surface, dénudée du tissu gingival est rugueuse, inégale, mamelonnée, et présente çà et là des points brillans, nacrés, qui semblent être des parcelles d'émail.

Solidement enclavée dans l'épaisseur de l'os maxillaire, cette production osseuse pourrait bien n'être que les trois dents molaires elles-mêmes, dont les germes, confondus et agrégés par suite d'un vice de développement, se seraient ainsi accrus en masse, et auraient fini par constituer un état morbide de nature à altérer profondément la structure et la forme de l'os maxillaire lui-même.

M. Forget ajoute que le malade auquel il a pratiqué cette résection va bien, et que la plaie est presque entièrement cicatrisée.

M. CLOQUET observe qu'avant de se prononcer sur la nature de cette production, il faudra y pratiquer des coupes en divers sens et les étudier en détail.

M. MOREAU demande quelques renseignemens sur les accidens qui ont nécessité l'ablation de cette tumeur.

M. FORGET allègue la difformité, la gêne des fonctions, la formation d'engorgemens ganglionnaires et d'abcès, les progrès incessans du mal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 11 Avril 1855. — Présidence de M. le docteur BRICHETEAU.

Sommaire. — Anévrysme disséquant de l'aorte, par M. Becquerel. Discussion : M. Barth. — Observation d'ictère grave terminée par la mort, par M. Ch. Bernard. Discussion : M. Monneret. — Observation de mort rapide provoquée par des champignons, par M. Hervez de Chégoin. — Rapport de M. Béhier sur le *Traité d'hygiène* de M. Becquerel.

M. BECQUEREL présente les pièces anatomiques recueillies sur le cadavre d'un malade qui avait été apporté à l'hôpital Lariboisière, dans un état comateux fort grave. Cet homme n'avait survécu que peu de temps, et les symptômes observés avaient donné lieu de supposer l'existence d'une hémorrhagie cérébrale.

A l'autopsie, on ne trouva absolument aucune lésion dans le cerveau, minutieusement examiné; mais on reconnut un anévrysme disséquant de l'aorte. Dans toute la longueur de cette artère existait un canal artificiel creusé entre la membrane externe et la membrane moyenne et rempli d'un sang noir. Ce canal de nouvelle formation communiquait avec l'intérieur de l'aorte par un orifice étroit, un peu au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte. Dans ce point, l'artère présentait quelques plaques calcaires.

M. BARTH : Les cas d'anévrysmes disséquans ne sont pas excessivement rares. Il y en a de compatibles avec la vie, même quand ils sont très considérables. Pour cela, il faut que le sang trouve un débouché à la partie inférieure. Dans quelques circonstances, ces tumeurs anévrysmatiques simulent, à s'y méprendre, une seconde aorte. Il y a quelques années, on présenta à la Société anatomique une pièce pathologique recueillie dans un des services de clinique de la Charité, et considérée comme un exemple de bi-aorte. Je pensai qu'il s'agissait d'un anévrysme disséquant de celle-ci. Cette manière de voir souleva une vive opposition. Une commission fut nommée pour examiner attentivement le fait, et elle conclut, par l'organe de son rapporteur, à un anévrysme disséquant. On conçoit que, dans le cas présent, si le sang avait pu trouver une issue à la partie inférieure, il y aurait eu toutes les apparences d'une double aorte.

— M. Ch. BERNARD lit une *observation d'ictère grave terminé par la mort.* (V. *Clinique médicale*.)

M. MONNERET : Je demanderai à M. Bernard si le pouls a été examiné le soir. Dans mes recherches sur les hémorrhagies de cause hépatique, et dans quelques cas d'ictère grave qu'il m'a été donné d'observer, j'ai noté le soir une exacerbation fébrile caractérisée par du frisson, de la chaleur, de la courbature, un malaise général. De plus, dans l'ictère grave, j'ai indiqué l'absence de toute lésion, même microscopique, dans le foie. J'ai noté l'intégrité de la cellule hépatique, sans augmentation de la graisse ni de la matière colorante.

M. BERNARD remercie M. Monneret des détails intéressans qu'il vient de communiquer à la Société sur une maladie encore peu connue. Quant à ce qui est du pouls, il ne sait s'il y a eu, comme dans les cas de M. Monneret, exacerbation fébrile vers le soir; il n'a observé la malade qu'à la visite du matin, et, à ce moment de la journée, il n'a pas constaté de fièvre.

— M. HERVEZ DE CHÉGOIN fait la communication suivante :

Une jeune femme de 22 ans, bien portante, déjeunait avec sa sœur et son mari, quand, tout à coup, elle fut prise de nausées, vomissemens, puis bientôt d'un profond anéantissement et de perte de connaissance. Je la vis quelques heures après, et je la trouvai dans l'état suivant : décubitus latéral droit, pâleur extrême, écume à la bouche, pupilles dilatées, contracture des deux bras. J'appris qu'elle avait mangé, à déjeuner, des champignons préparés à Nantes, et qu'elle seule en avait mangé. Je pratiquai une saignée, administrai de l'émétique, mais tout fut inutile. Elle succomba environ une heure après.

L'autopsie ne put être pratiquée. Je me suis demandé si les symptômes que nous avions constatés pouvaient s'expliquer par un empoisonnement provoqué par des champignons vénéneux? L'autopsie aurait aidé à résoudre la question ; malheureusement elle n'a pu être faite.

— M. BÉHIER fait le rapport suivant sur l'ouvrage de M. Becquerel :

L'hygiène, pour être convenablement traitée, offre cette difficulté, que celui qui s'en occupe doit réunir les connaissances les plus variées et être non moins familiarisé avec la connaissance des sciences dites accessoires qu'avec la pathologie et la thérapeutique. Notre collègue, M. Becquerel, par le fait même des conditions dans lesquelles se trouve placée sa famille, a justement cette bonne fortune d'être naturellement, pour ainsi dire au courant de ces divers ordres de connaissances physiques et chimiques qui manquent à beaucoup d'entre nous. C'est déjà cette sorte d'apparentage, passez-moi l'expression, qui a conduit notre collègue aux études spéciales qu'il a entreprises. Son frère, chimiste distingué, a pu tout naturellement le mettre au courant de beaucoup de faits que nul ne connaît mieux que lui, et vous savez, Messieurs, toute la supériorité de son père, dans l'étude des questions de physique, et plus particulièrement dans l'examen de celles qui touchent de plus près aux actions intimes et presque moléculaires des corps.

Aussi, quand notre collègue et ami a été conduit à aborder tous les points de l'hygiène qui touchent à la chaleur, à la lumière, à l'électricité, aux influences sidérales, aux eaux, à l'air atmosphérique, au sol, aux climats, il l'a fait avec une grande netteté et avec un succès réel. En lisant ces divers chapitres on sent, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, l'éducation spéciale, les habitudes scientifiques et comme une influence éloignée de l'Académie des sciences, circonstances qui ont doté le livre de notre collègue de qualités qui nous rendent cet ouvrage très utile et très recommandable.

M. Becquerel a adopté, pour son ouvrage, le plan qu'avait tracé dans son cours à la Faculté Royer-Collard, esprit si sûr, si distingué et si fin. Ce plan, qui divise en deux grandes parties tous les faits qui doivent être étudiés, nous paraît convenable. Il traite d'abord du sujet de l'hygiène, c'est-à-dire de la santé, de ses caractères, de ses formes et de ses degrés ; puis, vient la matière de l'hygiène, c'est-à-dire l'examen des circonstances capables d'influencer la santé étudiée dans la première partie.

Nous avons spécialement remarqué certains chapitres traités d'une façon plus heureuse ; tel est, celui de l'air atmosphérique, auquel M. Becquerel a rattaché tout ce qui a trait aux différens méphitismes et à l'étude des miasmes et des effluves.

Le chapitre des habitations est plus particulièrement intéressant : L'exposition, le mode de construction, le choix des matériaux ont, avec raison, paru à l'auteur des points dignes de toute son attention. Les procédés de chauffage et d'éclairage sont exposés avec beaucoup de soin et avec un talent réel, et il a touché, en passant, à une question d'hygiène publique qui est en ce moment à l'ordre du jour, savoir, le choix et la distribution des eaux.

Les habitations ont amené notre collègue à s'occuper des hôpitaux. Il lui appartenait, comme médecin d'hôpital, d'examiner avec soin les questions afférentes à ce sujet. Il a parfaitement réussi, à mon sens. Et il a, en particulier, fait ressortir tout ce que les secours à domicile, dont il a été fait tant de bruit récemment, offrent d'infériorité quand on les compare aux secours hospitaliers. Il y a là, dans le livre de notre confrère, non seulement de lumineuses considérations, mais encore des chiffres bien analysés et qui constituent, sur cette question, des réponses éloquentes aux prétentions que nous rappelions tout à l'heure.

Les alimens et les boissons sont, enfin, des chapitres qui sont traités avec une réelle supériorité et qui seront toujours consultés avec grand profit.

En somme, le livre de notre collègue est fait avec très grand soin, et, sous le titre de manuel, il nous a donné un traité complet et fort important à étudier à propos, je le répète, de l'heureux mélange de connaissances sérieuses dans les sciences naturelles et de pratique médicale saine et bien dirigée. Je relèverai cependant, çà et là, quelques points qui me paraissent contestables.

Ainsi, page 6, M. Becquerel, rapportant les quatre caractères que Royer-Collard assignait à la santé, trouve le quatrième ainsi conçu : Il ne faut pas qu'un danger prochain menace d'interrompre le cours de la santé, et il ajoute : « Ce danger, étant la plupart du temps inconnu, ne » peut, à notre sens, être présenté comme un des caractères de la » santé ; nous n'admettrons donc, comme bons et vrais, que les trois » premiers. »

Je crois que M. Becquerel a tort, il est certains dangers qui ne sont pas entièrement inconnus, qui, cependant, n'existent pas encore, mais qui menacent incessamment l'individu et font douter de sa santé. Qu'il regarde aux questions que l'hérédité peut comporter en étiologie, il verra déjà, par ce seul point, que Royer-Collard avait raison quand il faisait entrer en ligne de compte la possibilité de tel ou tel danger.

Je trouve encore, page 8, que la limite de 20 ans, comme limite inférieure de l'âge adulte, est trop peu élevée; il est nombre de raisons anatomiques et physiologiques qui doivent faire reporter à 25 ans au moins le commencement de l'âge adulte. Personne, en outre, dans le monde, ne considérera un individu de 20 ans comme un homme fait. La loi civile, qui cependant a dû sauvegarder une certaine catégorie d'intérêts qui se trouvent satisfaits en abaissant l'âge des individus auxquels ces intérêts doivent profiter, la loi civile, dis-je, a cependant placé l'âge de la majorité à 21 ans ; et elle l'a, en outre, portée jusqu'à 25 ans pour certains actes qui veulent la plénitude de la puissance et de l'intelligence viriles.

Page 552. L'auteur me semble avoir été bien court quand il a traité de la station, et surtout de la station prolongée, état dont l'influence hygiénique est considérable. Il y a là une application sérieuse à faire de cette étude aux affections du système nerveux, et particulièrement de celle de la moelle épinière.

De même, page 580, j'aurais désiré plus de développement sur ce qui a trait aux habitudes.

Enfin, dans l'annexe consacré aux professions, je regrette que M. Becquerel, qui avait en mains des matériaux si complets, ait traité légèrement et trop rapidement de l'hygiène du médecin, et que lui, qui a tant appliqué son esprit aux travaux intellectuels, nous refuse en quelque sorte cet exercice élevé de nos facultés, puisqu'il nous déclare occupés surtout à voir des malades, occupation qui, du reste, ne peut avoir lieu sans un travail d'esprit, qui, pour être inaperçu, n'en est pas moins réel et souvent pénible.

Vous voyez combien sont légères les objections que je fais à l'ouvrage de notre collègue ; je les ai présentées par amour de la vérité, mais elles ne sauraient empêcher de voir dans l'ouvrage de M. Becquerel un livre sérieusement fait et d'une très grande et très réelle utilité.

J'ai l'honneur de vous proposer de remercier notre collègue de l'hommage fait par lui à la Société.

La proposition de M. Béhier est adoptée à l'unanimité.

Le secrétaire, Dr HÉRARD.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE.

La Cour d'appel de Bruxelles vient de rendre un arrêt important, et dont la connaissance peut intéresser un certain nombre de nos lecteurs. Cet arrêt, en effet, nous semble destiné à protéger, d'une manière efficace, pour les pharmaciens de la France, le droit de propriété qu'en pareille matière, d'après les principes que nous avons souvent développés dans ce journal, et contrairement à des opinions qui nous paraissent beaucoup trop austères, nous ne voulons pas absolument exclure du droit commun. Nous trouvons très légitime et très moral qu'un pharmacien qui a inventé un produit véritablement bon et utile, et qui aura obtenu l'approbation des autorités scientifiques compétentes, cherche et trouve dans l'exploitation honnête de ce produit une compensation aux sacrifices qu'il aura été obligé de faire. Nous nous félicitons que la jurisprudence de la Cour d'appel de Bruxelles vienne mettre un terme à la scandaleuse piraterie dont étaient victimes les inventeurs français, en ce qui concerne les produits pharmaceutiques. On sait que, d'après la législation existante, les médicamens ne peuvent jouir d'aucun privilége exclusif, et qu'ils ont été exclus du droit au brevet d'invention. Pour se présenter à l'étranger, il ne leur reste donc que la marque de fabrique, c'est-à-dire le nom de l'inventeur, l'étiquette et l'enveloppe spéciales qui peuvent les faire distinguer des produits similaires. Eh bien, ce sont ces conditions et ces garanties que la contrefaçon belge foulait impudemment aux pieds. On vendait à Bruxelles des produits pharmaceutiques français qui n'étaient pas fabriqués par les véritables propriétaires ou inventeurs, quoiqu'ils portassent leur nom et leur étiquette. C'est à cet abus que l'arrêt de la Conr d'appel de Bruxelles a voulu mettre un terme, dans les circonstances que nous devons indiquer.

Amédée LATOUR.

Voici les faits tels qu'ils sont exposés par le journal le *Droit :*

M. Fumouze-Albespeyres est propriétaire du papier d'*Albespeyres*, dont la vente est considérable en France et dans les pays étrangers.

M. Brunin-Labineau, pharmacien de Bruxelles, a cru devoir faire fabriquer et vendre du papier épispastique, qu'il présentait aux consommateurs comme provenant de M. Fumouze-Albespeyres. Le papier ne produisant pas ses effets ordinaires, plusieurs acheteurs ont signalé la fraude au procureur du roi de Bruxelles. Sur ces plaintes, une instruction a été ordonnée pour tromperie sur la nature de la marchandise. M. Brunin-Labineau a d'abord déclaré que le papier par lui vendu lui avait été expédié par la maison Béraud de Paris ; qu'il avait tout lieu de croire que le papier épispastique qui lui avait été envoyé provenait des magasins de M. Fumouze-Albespeyres.

Par suite de cette déclaration, M. Fumouze-Albespeyres fit faire chez M. Béraud une perquisition qui eut pour résultat la saisie de la correspondance de M. Brunin-Labineau. Cette correspondance apprit que celui-ci avait demandé à M. Béraud, non pas du papier d'Albespeyres, mais du papier épispastique ordinaire ; que ce papier lui était envoyé en paquet à Bruxelles, et que là, M. Brunin-Labineau se chargeait de faire confectionner les boîtes et les étiquettes qui signalaient ce papier comme provenant de la maison de M. Fumouze.

En présence de cette révélation, M. Brunin-Labineau changea de langage ; devant le Tribunal de Bruxelles il reconnut qu'il avait fait des contrefaçons qui lui étaient imputées, mais que M. Fumouze n'avait pas le droit de lui demander en Belgique compte d'un pareil fait ; il contestait, d'ailleurs, à M. Fumouze, citoyen français, le droit de se porter partie civile devant le Tribunal de Bruxelles.

Dans ces circonstances, le Tribunal de cette ville rendit, à la date du 7 janvier dernier, le jugement ainsi conçu :

« Le Tribunal,

» Sur la fin de non-recevoir opposée à l'action de la partie civile ;

» Attendu qu'aux termes de l'art. 1er du Code d'instruction criminelle, la réparation du dommage causé par un crime, par un délit ou par une contravention, peut être exercée par tous ceux qui ont souffert de ce dommage ;

» Que l'article 63 du même Code accorde à toute personne qui se prétendra lésée par un crime ou délit le droit d'en rendre plainte et de se constituer partie civile ;

» Attendu que ces dispositions sont générales, qu'elles s'appliquent également aux étrangers, sauf que leur action est subordonnée à la condition de la caution *judicatum solvi ;*

» Attendu que sur ce point la partie Blanpain s'est conformé aux dispositions de la loi ;

» Attendu qu'il est résulté des pièces du procès que le sieur Fumouze, ancien élève d'Albespeyres, inventeur du papier épispastique pour le pansement des vésicatoires, est devenu son gendre et qu'il exploite cet établissement repris par lui sous la raison sociale de Fumouze-Albespeyres à Paris ;

» Attendu qu'li s'ensuit que son intervention comme partie dans la poursuite dirigée contre Brunin-Labineau est suffisamment justifiée par l'intérêt qu'il peut avoir dans la répression des faits qui pourraient nuire à sou crédit et à la prospérité de son industrie ;

» Rejette l'exception de non recevabilité. »

Le Tribunal, statuant au fond, déclara que, quelque déloyale qu'ait été la conduite du prévenu, les faits ne constituaient pas suffisammen le délit de tromperie sur la nature de la marchandise, et qu'il n'y a pas lieu dès lors de prononcer de condamnation.

Sur l'appel interjeté, tant par le procureur du roi de Bruxelles que par M. Fumouze, la Cour de Bruxelles, après avoir entendu le rapport de M. le conseiller Kaieman, Me Vleminckx pour la partie civile, et Me Van Soidsenhoven pour le prévenu, a, sur les conclusions conformes de M. l'avocat général Heyndrick, rendu l'arrêt suivant :

« Sur les fins de non-recevoir présentées par le prévenu :

» Attendu qu'il ne s'agit point dans la cause de la poursuite d'un fait de contrefaçon, mais uniquement de la poursuite du délit prévu par l'article 423 du Code pénal, dont la connaissance appartient à la juridiction correctionnelle ; que si pour commettre le délit le prévenu a dû préalablement se livrer à des faits de contrefaçon, cela peut bien, au point de vue de la moralité, aggraver le caractère du délit poursuivi, mais non en empêcher ou entraver la poursuite ;

» Adoptant au surplus, quant aux fins de non recevoir, les motifs et le dispositif du premier ;

» Au fond :

» Attendu qu'il est prouvé, tant par l'instruction et les documens du procès que par les débats, que le prévenu, après avoir fait imprimer la contrefaçon du prospectus, des instructions, des étiquettes, de la marque et de la signature qui enveloppent un médicament justement accrédité en médecine sous le nom de Papier épispastique pour le pausement des vésicatoires, de Fumouze-Albespeyres, a, dans un but de lucre, vendu à plusieurs personnes, en 1853, un médicament épispastique qu'il avait préparé ou fait préparer, et qu'il avait, au préalable et frauduleusement, enveloppé de l'imprimé, ci-dessus indiqué dans des boîtes également contrefaites, et ce, en l'annonçant et le débitant sous le nom de Papier épispastique d'Albespeyres-Fumouze, nos 1, 2 et 3 ;

» Attendu que le fait de cette vente est prouvé non seulement par témoins, mais encore par l'aveu du prévenu à l'audience, corroboré d'ailleurs par la saisie, dans son officine, de 490 boîtes, toutes enveloppées de l'imprimé ci-dessus ;

» Attendu que si l'instruction a établi que la base première du médicament Albespeyres, et de celui débité sous ce nom par le prévenu, est la *Cantharidine*, substance épispastique, elle a, d'un autre côté, clairement établi :

» 1° Que le papier employé par Albespeyres et expressément confectionné par lui est d'une nature douce, propre à ménager la sensibilité de la peau ; que celui du prévenu ne présente pas cet avantage ;

» 2° Que la pommade n'est pas étendue de la même façon dans l'une et dans l'autre préparation ;

» 3° Que les points de fusion de la pommade diffèrent dans les deux préparations ;

» 4° Que le médicament contrefait est d'une nature inférieure au véritable ;

» 5° Que les numéros 1, 2 et 3 des boîtes véritables sont dosés et gradués de cette manière : le numéro 1, qui se subdivise lui-même en deux catégories, est destiné aux enfans et aux personnes du sexe d'un tempérament faible ; le numéro 2, aux personnes d'un âge mûr ; le numéro 3, aux vieillards. L'instruction imprimée a soin de faire connaître aux acheteurs cette condition essentielle ;

» Dans la contrefaçon du prévenu, au contraire, bien que les étiquettes et les instructions imprimées annonçent aussi que cette distinction a été observée, il n'y a réellement, pour les trois numéros, qu'une préparation analogue au numéro 2, toujours avec les traits d'infériorité ci-dessus signalés ;

» Attendu qu'il suit de ce qui précède que le prévenu s'est ainsi rendu coupable du délit de tromperie de la nature de la marchandise qu'il vendait ; que la nature d'un médicament ne consiste pas seulement dans la matière première qui en forme la base, mais encore dans la manière dont il est préparé, dans la quotité ou dose qni y est employée à telle ou telle fin et dans la manipnlation plus ou moins habile suivie pour l'attacher à l'excipient ou pour le combiner avec lui ;

» Qu'ainsi, dans l'espèce, l'épispastique propre à l'âge mûr a été insuffisant administré au vieillard et trop énergique donné à l'enfant ; ces nuances constituent évidemment aussi la nature de la marchandise appelée médicament, dont la propriété est d'être, suivant les doses, inerte, efficace ou nuisible, ce qui est surtout vrai d'une substance épispastique, telle que la cantharidine ;

» Attendu qu'il est juste de ne point perdre de vue, dans la détermination de la peine, que le délit s'attaque à la santé publique ; que le prévenu a déjà été condamné à l'emprisonnement du chef d'un pareil délit ; et qu'enfin il a subi de nombreuses condamnations à des amendes pour contraventions aux lois sur l'art de guérir ;

» Attendu que la réformation du jugement sur le point principal (l'acquittement du prévenu) entraîne nécessairement la réformation de la partie de ce jugement, qui condamne la partie civile à des frais d'insertions dans divers journaux, sans qu'il soit nécessaire d'examiner la question de savoir si, après l'acquittement du prévenu, le Tribunal avait encore le pouvoir de prononcer une réparation quelconque à la charge de la partie civile ;

» En ce qui concerne les conclusions de la partie civile :

» Attendu que la conduite du prévenu, telle qu'elle a été ci-devant établie, a nécessairement jeté sur la propriété de la partie civile un discrédit très préjudiciable à raison, d'une part, de l'étendue du commerce du prévenu, et d'autre part, de la nombreuse clientèle de la partie civile, et qu'il est naturel de penser qu'on aura imputé à celle-ci d'être l'auteur des défauts et des inconvéniens de la drogue du prévenu ;

» Attendu que ce préjudice est réel, et que la partie civile est recevable et fondée à en demander la réparation aux termes des art. 1382 du Code civil, et 1 du Code d'instruction criminelle ;

» Rejette et déclare non fondées les exceptions et fins de non-recevoir proposées devant elle par le prévenu ;

» Statuant sur les appels du ministère public et de la partie civile ;

» Confirme le jugement attaqué en ce qu'il a rejeté l'exception de non-recevabilité du prévenu ;

» Met au néant tout le surplus du même jugement ;

» Emendant, déclare Jean-Népomucène-Adolphe Brunin-Lablneau coupable du délit prévu par l'article 423 du Code pénal, pour avoir, à Brnxelles, en 1853, trompé les acheteurs sur la nature de la marchandise qu'il leur vendait, à savoir en leur vendant, pour du papier épispastique pour le pansement des vésicatoires de la maison Albespeyres-Fumouze, un papier épispastique contrefait et différent de nature du véritable ;

» Et vu les articles 423, 42 du Code pénal et 194 du Code d'instruction criminelle ;

» Condamne ledit Jean-Népomucène-Adolphe Brunin-Labineau à un emprisonnement d'une année, et par corps à une amende de 200 fr. et aux frais des deux instances, liquidés à 9 fr. ;

» Faisant droit sur les conclusions de la partie civile ;

» Condamne ledit Brunin-Labineau, même par corps, à payer à celle-ci la somme de 4,000 fr., à titre de dommages-intérêts ;

» Autorise l'insertion du présent arrêt à la diligence de la partie civile, et aux frais du condamné, dans un journal de Paris et dans un journal de Bruxelles, au choix de la partie civile. »

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 77. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 30 Juin 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

DU DROIT DE RÉQUISITION JUDICIAIRE; — ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION.

La question du droit de réquisition est une de celles dont la solution importe le plus au corps médical, car c'est une de celles qui se présentent le plus fréquemment. Il est donc utile de recueillir tous les faits qui se présentent, les jugemens et arrêts qui peuvent intervenir, afin de fixer, autant que cela est possible en pareille matière, les devoirs et les droits du médecin.

Voici l'exposé d'un fait de ce genre. Il est important en ce qu'il a donné lieu à un arrêt de la Cour de cassation. Je ferai suivre l'exposé des faits de quelques réflexions.

Le 15 mars dernier, M. le docteur Eyriaud, chirurgien en chef de l'hôpital d'Angoulême, en revenant de voir un malade dans la banlieue de cette ville, fit la rencontre du commissaire central de police, qui lui dit qu'un nommé Brisson, en déchargeant des ballots de marchandises, venait d'être tué sur le coup par la chute d'un de ces ballots. L'événement était arrivé dans une localité voisine. Le commissaire invita M. Eyriaud, en sa qualité de médecin, à l'accompagner sur les lieux de l'événement, afin de constater le décès du sieur Brisson. M. Eyriaud prétexta une grande fatigue, qu'il était encore à jeun, que ce n'était pas là un cas d'urgence, et refusa de suivre M. le commissaire. Celui-ci le somma alors au nom de la loi d'obtempérer à cette réquisition ; M. Eyriaud ne voulut pas y déférer et reprit le chemin de sa demeure. Le commissaire dressa procès-verbal, et M. Eyriaud fut cité devant le Tribunal de simple police d'Angoulême, pour contravention à l'art. 475 du Code pénal, n° 12.

M. le docteur Eyriaud comparut en personne devant le Tribunal et se défendit lui-même contre le ministère public, qui demandait l'application de la loi.

Le Tribunal rendit le jugement suivant :

« Vu le procès-verbal rédigé par M. Petit, commissaire central ;

» Vu les dispositions de l'article 475, n° 12, du Code pénal, ainsi conçu :

« Art. 475. Seront punis d'amende, depuis 6 fr. jusqu'à 10 fr. inclusivement : . . . . .

» 12° Ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le concours dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidens, tumulte, naufrage, inondation, incendie, ou autre calamité, ainsi que dans les cas de brigandage, pillage, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire. »

» Après avoir entendu le prévenu dans ses observations et les conclusions du ministère public ;

» Considérant que des faits exposés à l'audience, et dont l'exactitude n'a pas été contestée, il résulte que le 15 de ce mois, à dix heures du matin, le nommé Brisson, étant occupé à charger une charrette dans la cour du sieur Florant, entrepreneur de roulage au faubourg L'houmeau, est tombé sous la charge d'un lourd ballot, et a été tué sur le coup ;

» Que le commissaire central, averti de l'événement, descendit sur le lieu à midi, et rencontra sur sa route le sieur Eyriaud, médecin, qu'il requit de l'accompagner, réquisition à laquelle ce dernier ne crut pas devoir obtempérer ;

» Considérant qu'il ne s'agit pas là d'un fait d'intérêt général, mais seulement d'un malheur particulier; que tout secours de l'art était inutile au moment où la réquisition a été faite au médecin, puisque Brisson était mort deux heures avant; que la cause de sa mort était parfaitement connue, et ne pouvait être attribuée qu'à la chute faite par le malheureux chargeur; que, par conséquent, il n'y avait pas urgence d'obtempérer sans retard à la réquisition du commissaire de police; qu'au surplus, le fait à raison duquel la réquisition a eu lieu n'est accompagné de circonstances qui rendent le secours réclamé obligatoire, et ne rentre dans aucun des cas prévus par l'art. 475, n° 12, du Code pénal ;

» Par ces motifs, le Tribunal relaxe purement et simplement le sieur Eyriaud des fins de la plainte contre lui dirigée, sans dépens.

» Fait et prononcé en dernier ressort, à l'audience publique du Tribunal de simple police d'Angoulême (Charente), séant au palais de justice, le 23 mars 1855, etc. »

Le ministère public d'Angoulême s'étant pourvu en cassation contre ce jugement, c'est dans ces circonstances que M. le docteur Eyriaud me fit l'honneur de me demander conseil et le concours de l'UNION MÉDICALE.

Afin de répondre de la manière que je croyais le plus utile aux intérêts de M. Eyriaud et aux intérêts généraux du corps médical, que cette affaire touchait vivement, je crus devoir me présenter devant la commission générale de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine, et le vendredi, 3 avril dernier, j'eus l'honneur d'exposer devant cette commission, présidée par M. Paul Dubois, le récit des faits que je viens de raconter. Je terminai en demandant le concours et l'intervention de l'Association dans une affaire d'un intérêt général pour la profession médicale.

La commission me répondit et dut me répondre naturellement qu'elle consulterait son conseil judiciaire, Me Paillard de Villeneuve.

Il paraît que l'avis de cet honorable avocat a été défavorable à l'intervention de l'Association, puisque cette intervention n'a pas eu lieu. Je n'ai pas à apprécier les motifs qui ont guidé, dans cette circonstance, l'Association et son conseil judiciaire, car je ne les connais pas. Je suis le premier à penser que l'Association ne doit pas légèrement s'aventurer dans la protection qu'elle peut accorder aux intérêts particuliers des médecins; l'Association ne peut employer son influence et son action que dans des circonstances où l'intérêt particulier se confond avec l'intérêt général de la profession, et même faut-il que l'intérêt général professionnel soit en concordance parfaite avec l'intérêt plus général encore de la société. J'ai cru précisément que le fait de M. le docteur Eyriaud présentait toutes ces circonstances, toutes ces garanties, tous ces intérêts, et c'est pourquoi j'ai voulu l'abriter sous l'influent patronage de l'Association, plutôt que lui donner l'appui, quelquefois compromettant, d'un article de journal. L'Association n'a pas partagé cette opinion, et c'est probablement moi qui me suis trompé.

Je poursuis le récit des faits.

Pendant que ces choses se passaient, l'honorable secrétaire général de l'Association, M. le docteur Cabanellas, qui s'est trompé comme moi dans cette affaire, mais en faveur de qui je suis heureux de témoigner d'un grand zèle et d'un chaud dévouement aux intérêts professionnels, voulut avoir l'opinion d'un de ses amis, savant jurisconsulte, de Me Béchard, avocat à la Cour de cassation.

Me Béchard voulut bien, officieusement, rédiger pour M. Eyriaud la consultation suivante que je mets avec empressement sous les yeux de nos lecteurs, comme l'expression la plus sûre, la plus savante et la mieux motivée des devoirs et des droits du corps médical en pareille matière :

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

LE VITALISME PHYSIQUE (1).

« Aussi, disais-je, nous considérons la chaleur, ou, pour être plus » exact, la *température propre* à chaque être organisé et vivant comme » constituant sa vie : elle mesure les proportions et fixe l'étendue de sa » capacité et de ses propriétés vivaces : elle est le moteur et le régu» lateur de l'individu : elle résulte de l'ensemble des fonctions organi» ques et elle donne aux organes leur vertu fonctionnelle; elle est le » principe et la conséquence.

» Aucun trouble fonctionnel grave ne peut exister sans déterminer » du désordre dans l'équilibre de la température propre; et, récipro» quement, aucun trouble de la température propre ne peut exister » sans déterminer une perturbation fonctionnelle.

» Bien qu'il soit évident, pour quiconque veut interroger les faits, et » pour quiconque sait se laisser convaincre par leur langage unanime, » qu'aucune organisation ne se forme sans l'application prolongée » d'une certaine chaleur, et qu'aucun être ne donne signe de vie qu'à » la condition d'avoir sa chaleur à lui, beaucoup encore contesteront » que la chaleur soit le principe de la vie matérielle. On reconnaîtra que » la température propre des êtres organisés et vivans est indispensable » à leur existence; que cette même température a été la cause déter» minante et la seule cause déterminante de la formation des organes et » du système organisé; mais on niera que ce soit là le vrai principe » vital. La chaleur, dira-t-on, développe et soutient le principe vital, » mais elle ne le constitue pas : ce principe est autre chose que ce que » nous pouvons apprécier : c'est une force intime, mystérieuse, mira» culeuse. . . . . »

Fatale confusion du spirituel et du matériel ! pour honorer le principe divin, nous le mêlons à la matière, nous l'abaissons par la superstition et nous l'enfermons dans une idole dont l'analyse devient une profanation. Qu'est-ce donc alors que la médecine ? Est-ce la science et l'art des corps vivans, ou bien s'adresse-t-elle aux âmes ? S'il n'existe pas de principe matériel régulateur des fonctions, si nous ne pouvons rechercher, connaître, aider, modifier ce principe, notre rôle se borne à celui des empiriques et des alchimistes. Notre logique est une logomachie, puisqu'elle manque de base, et la médecine n'est plus qu'une collection de remèdes, d'observations et de pratiques toutes mécaniques. Si elle sort de cette sphère étroite, si elle prétend philosopher sur des forces vitales inconnues, elle agit au milieu des ténèbres, ses actions ressemblent à celles des aveugles ou des insensés et sont alors, pour l'humanité, un juste sujet de défiance et de terreur.

La vie matérielle reconnaît et possède un principe matériel, comme tout système qui se meut possède un principe moteur et ce principe est la chaleur naturelle. La seule objection sérieuse qui puisse être opposée à l'admission de cette vérité, c'est qu'un corps peut encore avoir toute sa chaleur, alors que sa vie est absolument détruite.

De ce qu'une organisation est instantanément ou peu à peu privée de vie, sans que la température propre reçoive en apparence aucune atteinte, il ne s'ensuit pas que la température propre ne soit pas le principe le plus général, le grand ressort, le moteur et le régulateur de l'existence. Il arrive là ce qui arriverait dans une locomotive dont un piston serait faussé, dont un cylindre serait engorgé, dont un bouilleur serait crevé, dont un tiroir cesserait de jouer. Les fonctions ne peuvent plus s'accomplir, sa vie est suspendue et sera perdue définitivement si le désordre n'est pas réparé ; et pourtant la chaleur, principe de son mouvement, base essentielle de sa force, persiste longtemps encore après la destruction des rapports mécaniques.

Il faut distinguer l'organisation du principe qui l'anime : le principe ne peut rien sans l'organisation, et l'organisation ne peut rien sans le principe. Une force ne peut agir et se répandre en actions régulières, sans une machine, qu'à la condition du bon état de chaque partie et de leur réaction réciproque voulue : mais, quelle que soit la bonne disposition d'une machine, elle ne peut fonctionner sans l'application de son principe moteur.

En conséquence, et c'est là le trait d'union entre le vitalisme et l'organicisme, les maladies viendront aussi souvent, plus souvent, peut-être, des lésions des organes que des perturbations spontanées du principe vital : mais, de même que l'organe n'est qu'une fraction de l'organisation, de même sa fonction n'est qu'une partie de la vie : sa lésion n'acquiert d'importance qu'en proportion du trouble qu'elle apporte dans l'ensemble : si elle est légère, elle affecte peu le principe général; mais, quelque légère qu'elle soit, c'est la vitalité qui la guérit par sa réaction et sa force réorganisatrice. Qu'est-ce qui cicatrise une simple coupure ? est-ce un cataplasme, est-ce la charpie et le cérat ? Savons-nous tricoter un tissu, recoudre une fibre musculaire, aspirer le sang infiltré dans une plèvre ? pas le moins du monde. Qui donc sait faire et fait tout cela et bien d'autres choses ? La force vitale.

Si, dans les maladies externes et apparentes nous ne pouvons que préparer le succès du travail vital ; si, dans une amputation même, nous ne faisons qu'éloigner une cause perturbatrice, et, si nous attendons que la nature veuille bien arranger un bon moignon, que sera-ce donc dans les maladies internes et générales ? Quel sera notre rôle si nous rejetons le pouvoir d'une force médicatrice et la prédominance d'une action vitale ? Le rétablissement de la sensibilité et de la contractilité normales, de l'assimilation et de la circulation, ne sont pas plus dans nos pharmacies que dans nos boîtes de chirurgie : nous aidons la nature, nous cherchons à dégager l'organisation de ses entraves les plus apparentes et les plus grossières, le reste de la guérison, sa promptitude et sa perfection sont entièrement l'œuvre du principe qui domine les affinités et les fonctions organiques.

La seule question grave qui puisse s'agiter entre le vitalisme et l'organicisme est celle-ci : la force vitale, le principe régulateur de la vie peuvent-ils ou ne peuvent-ils pas être atteints eux-mêmes de perturbations ? en d'autres termes, existe-t-il des maladies générales et, comme conséquence de cette question : est-il des états pathologiques généraux, qui réclament principalement des soins généraux ?

(1) Voir les numéros des 26 et 28 Juin 1855.

CONSULTATION DE Me BÉCHARD.

Après un mur examen de l'affaire Eyriaud, je pense que le jugement du Tribunal de police d'Angoulême, déféré à la censure de la Cour de cassation, s'est conformé aux vrais principes, et qu'il importe au corps médical d'empêcher que la fausse interprétation de la loi proposée par le commissaire de police d'Angoulême ne soit adoptée par la Cour de cassation.

En droit. L'article 475, n° 12 du Code pénal n'est applicable qu'aux accidens qui sont de nature à compromettre la paix publique. Ainsi, l'individu qui refuse son concours pour transporter le cadavre d'un homme tué sur la voie publique n'est pas passible de la peine édictée par cet article. (C. de c., 13 mai 1854. *Jur. crim.* de Morin, art. 5795). Il en est ainsi, même quand l'humanité commandait le secours demandé par l'agent de la force publique, par exemple, quand il s'agit de rappeler un mourant à la vie. (C. de c., 17 juin 1853. *Jurip. crim.* de Morin, art. 5581.)

La jurisprudence qui a interprété l'art. 475, n° 12 dans le sens qui vient d'être expliqué, est applicable aux médecins comme aux autres citoyens. Bien plus : même dans les cas prévus par l'art. 475, n° 12 du Code pénal, on ne pourrait pas exiger d'un médecin un concours intellectuel et moral, comme l'enseignent MM. Chauveau et Faustin Hélie dans leur *Théorie du Code pénal*, page 392. Supposons, disent ces jurisconsultes, qu'un avocat, un médecin, un expert soient requis de procéder à une vérification, à une opération chirurgicale, à une expertise, leur refus ne motiverait nullement l'application de l'article, car il serait peut-être absurde, et certainement ridicule de contraindre, par une pénalité, un jurisconsulte à examiner un point de droit, un médecin à faire une autopsie, un maître d'écriture à vérifier une pièce fausse? Quelle confiance pourraient inspirer des experts contraints par la force à expertiser? Quel bénéfice la justice retirerait-elle d'un pareil concours? D'ailleurs, les opérations qui exigent un concours intellectuel ont rarement un caractère d'urgence tel qu'elles ne puissent être ajournées. La Cour de cassation a paru adopter cette distinction, qui est évidemment dans le texte et l'esprit de la loi, en décidant : que le refus fait par une sage-femme de se rendre auprès d'une indigente qui réclamerait son secours pour accoucher ne rentre, sous aucun rapport, dans la disposition de l'art. 475, n° 12 du Code pénal ; qu'il n'existe, d'ailleurs, dans notre législation, aucune peine qui puisse être appliquée à un tel refus, tout inhumain et blâmable qu'il soit. Et que le jugement attaqué, en déclarant qu'il ne constituait pas la contravention prévue par l'article 475, n° 12, en a fait une juste application. (C. de c., 4 juin 1830. *Bul. off.*, n° 156.)

Un arrêt de la même Cour du 9 juillet 1836 (Morin, *Juris. crim.*, t. IX, p. 81), a décidé, il est vrai, qu'en cas d'*incendies ou autres calamités*, un médecin qui refuse d'obtempérer à la réquisition des officiers de police judiciaire, auxiliaires du procureur impérial, de visiter un cadavre, encourt les peines portées par l'art. 475, n° 12, du Code pénal. Les officiers de police judiciaire, dit cet arrêt, peuvent, en vertu de l'art. 45 du Code d'instruction criminelle, se faire accompagner, s'ils le jugent nécessaire, d'une ou de deux personnes présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou du délit à constater, ces personnes, encourant la peine prononcée par l'art. 475, n° 12, du Code pénal, lorsqu'elles négligent ou refusent d'obtempérer à leurs réquisitions ; il ne leur suffit point, pour échapper à cette condamnation, d'alléguer qu'elles n'ont pas pu y obéir ; elles doivent justifier de ce fait devant le Tribunal saisi de la prévention, d'où il suit que celui-ci est tenu d'apprécier la preuve produite et de déclarer expressément, s'il les relaxe de la poursuite, qu'elles se sont réellement trouvées dans l'impossibilité qui peut seule rendre leur refus ou leur négligence excusables.

Mais, comme le remarquent les criminalistes précités, l'arrêt de 1836 tranche la question sans donner aucune raison de la décider ; il ne prouve point que l'expertise, destinée à constater un crime, soit une de ces circonstances urgentes, calamiteuses qui appellent simultanément le concours de tous les citoyens et leur fasse un devoir de porter aide au magistrat. Autre chose est l'arrestation du coupable, la défense ou les services donnés à la victime ; autre chose est la constatation même du crime. Cette obligation n'est pas d'une telle urgence, que tous les citoyens doivent être forcés d'y concourir ; il n'y a danger de mort pour personne, l'humanité n'est pas compromise par un défaut de constatation immédiate. L'esprit de l'art. 475 est d'apporter une sanction à la loi sociale qui veut que les citoyens se portent réciproquement secours dans les périls qui les menaçent ; et quand le crime est commis, quand il ne s'agit plus que d'en recueillir les traces, il n'y a plus de périls, plus d'urgence, et c'est détourner cet article de son sens légal que de l'appliquer au refus d'obtempérer à des réquisitions qui n'ont pour objet que cette constatation.

En résumé, de la doctrine et de la jurisprudence découlent les propositions suivantes :

1° L'art. 475, n° 12, est inapplicable à toutes personnes quand l'accident, à raison duquel le secours demandé, ne rentre pas dans un des faits d'intérêt général énumérés par cet article et ne se rattache qu'à un malheur particulier.

2° L'art. 475, n° 12, est inapplicable, à plus forte raison, à un médecin quand, d'une part, les secours de l'art sont inutiles et quand, d'autre part, on n'aurait à réclamer de lui qu'un concours intellectuel et moral.

3° En admettant que, dans certains cas exceptionnels, le médecin fût punissable pour n'avoir pas obtempéré à la réquisition d'un agent de la force publique, il faudrait, d'une part, qu'on se trouvât dans les cas prévus par les articles 43 et suivans du Code d'instruction criminelle, et, d'autre part, que la réquisition émanât d'un officier de police judiciaire.

Appliquons ces principes à la cause.

1° Le jugement constate en fait, et ses applications sur ce point sont souveraines, que le nommé Brisson étant occupé à charger une charrette, dans la cour du sieur Florant, entrepreneur de roulage, au faubourg L'houmeau, est tombé sous la charge d'un lourd ballot et a été tué sur le coup ; qu'ainsi l'accident qui a donné lieu à la réquisition n'était qu'un malheur particulier ; que d'ailleurs, les secours de l'art étaient inutiles au moment de la réquisition ; donc, sous ce premier rapport, l'art. 475, n° 12 est inapplicable, et l'on ne peut reprocher à M. Eyriaud ni une contravention de police, ni un acte d'inhumanité.

2° Le jugement écarte, d'ailleurs, toute supposition que la mort de Brisson eût un caractère de mort violente et qu'il y eût lieu à la constatation d'un crime commis : le fait n'a pas même été allégué par le commissaire central de police. On ne saurait donc assimuler le cas actuel à l'un des cas où un officier de police judiciaire requiert un médecin de constater l'existence d'un crime, et en admettant, par conséquent, que l'art. 475, n° 12, fût applicable à un cas pareil, il n'y aurait pas lieu de l'appliquer en la cause.

Me Béchard n'a pas voulu borner là ses bons services en faveur de M. Eyriaud et de la profession médicale. De ses deniers il consigne l'amende nécessaire, il plaide d'office et spontanément la cause devant la Cour de cassation. Me Béchard plaide, comme c'est son habitude, avec son cœur, son talent, son éloquence, et la Cour de cassation rend un arrêt que nous devons maintenant faire connaître :

« Ouï le rapport de M. le conseiller De Glos, les observations de Me Béchard, avocat du défendeur, et les conclusions de M. l'avocat général d'Ubexi.

» Attendu que la signification légale du mot *accident*, qui se trouve dans l'art. 475 n° 12 du Code pénal, est fixée et limitée par les autres événemens qu'il dénomme, et que le refus d'obéir à la réquisition faite à l'occasion de ces accidens ne peut dès lors entraîner l'application de la peine édictée contre les personnes qui n'étaient pas dans l'impossibilité absolue d'y obtempérer incontinent, que dans le cas où ils étaient, comme les tumultes, naufrages et autres événemens y spécifiés, susceptibles de compromettre la paix ou la sureté publique, si les travaux, le service ou le secours requis n'étaient pas immédiatement effectués ou prêtés ;

» Attendu que le défendeur Michel-Chéri Eyriaud, docteur en médecine, était prévenu de n'avoir pas obtempéré, le quinze mars dernier, à la réquisition du commissaire central de police à Angoulême, de venir constater le décès d'un individu qui avait été tué par la chute d'un ballot de marchandises ;

» Attendu que le jugement attaqué, en le relaxant de la poursuite, par le motif que le fait, à l'occasion duquel la réquisition avait eu lieu, n'était pas accompagné des circonstances qui auraient rendu le secours ou le service obligatoire, a sainement interprété les dispositions de l'art. 475 n° 12 du Code pénal, et, par suite, n'a violé aucune loi ;

» Attendu d'ailleurs, que ledit jugement est régulier dans sa forme,

» La Cour rejette le pourvoi. »

En rendant compte de cette affaire, et en publiant une version inexacte de cet arrêt, la *Gazette des tribunaux* a laissé croire que la Cour avait qualifiée de *blâmable* la conduite d'un médecin refusant son ministère dans telles circonstances données. L'honorable rédacteur de ce journal s'est évidemment trompé. Il n'y a aucun blâme dans l'arrêt de la Cour de cassation, tel que nous venons de le reproduire et tel qu'il est extrait des minutes de la Cour.

Il nous reste maintenant à indiquer quelles sont ou qu'elles doivent être pour la profession médicale les conséquences de cet arrêt souverain, et ce sera l'objet d'un second et prochain article.

Amédée LATOUR.

OPHTHALMOLOGIE.

NOTES SUR LES MALADIES DES YEUX;

Par J. VOSE SOLOMON, chirurgien de Birmingham.

Sommaire. — Dégénérescence graisseuse du cristallin : cas dans lequel de nombreuses paillettes de cholestérine étaient disséminées dans le cristallin, qui avait *en partie* conservé sa transparence. — Affection dite cataracte *scintillante* ou *cataracte étincelante à feuilles d'or*.

Dans des notes de pathologie, à l'article des *corps étrangers introduits dans la chambre antérieure de l'œil*, je trouve la remarque suivante : Lorsqu'il y a eu introduction de corps étrangers dans l'œil, la choroïde et la rétine sont les membranes de l'œil qui, souvent, s'enflamment les premières. Ce fait doit être attribué soit à l'ébranlement déterminé dans ces membranes au moment même où l'œil a été frappé par le corps étranger, soit à la texture si ténue de ces élémens, qui seraient, par cela même, plus susceptibles d'être affectés que l'iris, qui cependant, dans la majorité des cas, est aussi primitivement enflammée.

Le fait que nous allons rapporter prouve qu'une violence extérieure peut amener l'amaurose, et offrira un exemple intéressant et rare d'une variété de dégénérescence du cristallin ; dégénérescence si peu commune que, dans nos ouvrages d'ophthalmologie, il n'en est point fait mention par les chirurgiens anglais. Nous devons cependant faire remarquer que cette lacune ophthalmologique vient d'être comblée dans la dernière édition de l'ouvrage de Mackensie, 1855. Voici l'observation :

Henry S..., âgé de 23 ans, armurier à Wednesbury, est d'apparence délicate, son teint est blême, ses yeux et ses cheveux sont noirs. Ce jeune homme entra à l'infirmerie des maladies des yeux, le 25 novembre 1852, pour y être soigné d'une conjonctivite aiguë de l'œil gauche, en même temps que d'un affaiblissement de la vue du même côté. Ces états pathologiques avaient pour cause le choc d'un fragment de fer

---

Personne, dans les deux camps, je suppose, ne professe qu'il faille négliger les organes malades par suite d'affections générales, ou qu'il faille abandonner à lui-même l'état général compromis par suite d'affections organiques.

La question étant ainsi posée, il n'est pas difficile de la résoudre : s'il est démontré que certaines maladies d'organes, très nombreuses, peuvent engager et compromettre l'état général et qu'en faisant disparaître ou en guérissant l'organe souffrant, par ce fait seul l'état général est rétabli : il n'est pas moins évident qu'un nombre non moins considérable de maladies affectent primitivement l'organisme tout entier, et que les altérations locales, conséquences de ces maladies, disparaissent avec la cause perturbatrice générale : le traitement spécial et exclusif des organes affectés consécutivement peut soulager le malade, mais guérir la maladie dans son principe, non.

Changez les conditions de pression atmosphérique, chargez l'air qu'on respire d'un excès d'humidité, changez-en la composition, diminuez même son mouvement vital, en diminuant sa vibration normale, et la vie animale altérée dans son principe va vous montrer des maladies générales sous l'influence desquels dix organes se montreront successivement ou simultanément affectés : qu'une famille habite un appartement bas et humide, situé au nord, privé de lumière, que ses boissons et ses alimens soient peu nutritifs et peu stimulans, et cette famille, dans le cours de sa vie, vous présentera la moitié de la pathologie interne et externe : renversez toutes ces conditions, en les remplaçant par les contraires, et cette même famille deviendra un type de santé. Que font les vents, les eaux, les saisons, les climats, les alimens, les vêtemens, le chaud, le froid, l'humide ; que font les intempéries, les variations de pression, si ce n'est d'attaquer ou de soutenir la vie : que fait l'organisation vivante, si ce n'est de se fortifier par les bonnes influences et se défendre contre les mauvaises? Les organes, sauf les cas de lésions directes et chirurgicales, ne sont atteints qu'à travers l'ensemble de l'organisme et quand l'organisme lui-même est profondément altéré : que seraient les soins donnés à un organe sans l'action persistante des modificateurs généraux de l'existence?

Oui, la nature de l'animal vivant tend à guérir spontanément toutes ses maladies, et l'art du médecin ne consiste qu'à l'aider dans ses efforts, en étudiant ses procédés et en les imitant : mais l'animal vivant n'est devenu vivant que par un concours de circonstances extérieures, et il ne se maintient vivant qu'à certaines conditions de rapport et d'équilibre avec ces mêmes circonstances. Si donc l'art du médecin consiste à imiter la nature, sa science consiste à la connaître au dedans et au dehors de l'homme en ce qu'elle a de tangible et de mesurable.

Hippocrate a posé les bases de la véritable, de la seule philosophie médicale : nous ne pouvons nous élever au-dessus des préceptes de ce divin maître, mais il nous a légué le soin d'étudier cette nature qu'il avait devinée, et c'est comme son disciple fervent que j'ai recherché, étudié, expérimenté les conditions internes et externes de la vie animale, et que je proclame comme lois de la nature les cinq propositions suivantes :

1° *La cause prochaine et déterminante de la formation de tous les états organisés pour vivre est la chaleur.*

2° *Aucun être vivant ne s'est organisé que sous l'influence d'un degré de chaleur défini, toujours le même pour une même espèce, appliqué pendant un temps déterminé aussi.*

3° *Aucun être organisé pour vivre ne se maintient vivant qu'à la condition d'entretenir au dedans de lui-même le même degré de chaleur qui lui a donné naissance.*

4° *Toutes les affinités organiques, toutes les propriétés vitales, toutes les fonctions, tous les phénomènes vitaux, émanent de la température propre et sont réglés par elle : leur activité est proportionnelle à l'élévation de son degré.*

5° *La température propre aux animaux est leur principe vital matériel.*

Voici donc un point de départ logique, une base rationnelle pour la philosophie médicale. Cette base est conforme au vitalisme hippocratique ; elle diffère du vitalisme de Montpellier : 1° en ce qu'elle dégage entièrement le principe matériel du principe spirituel ; 2° en ce qu'elle s'appuie sur les forces physiques de la nature dont elle se déduit directement, et en ce que les forces vitales n'y sont réellement que les forces physiques engagées et compliquées dans les combinaisons organiques. En ceci elle s'accorde parfaitement avec l'école de Paris, dont elle s'éloigne toutefois en repoussant la localisation de toutes les maladies, et en n'admettant que comme secondaire, la thérapeutique des organes.

Si, contre ma profonde conviction, fondée sur de bien longues recherches et sur des expériences bien nombreuses et bien variées, cette base n'était qu'un point de vue différent de la vérité absolue, elle aurait toujours le mérite d'être claire, palpable, et représentant dans un enchaînement logique les phénomènes les plus généraux de la vie. Par cela seule elle serait féconde en donnant une direction certaine aux discussions et aux recherches ultérieures ; c'est à ce titre seulement que j'ose la recommander à votre bienveillante attention et à l'indulgence de tous nos confrères.

Veuillez, mon très honoré confrère, agréer l'expression de mes sentimens les plus distingués,

Dr Jules GUYOT.

Samedi a eu lieu à Versailles, dans la galerie municipale, à la mairie, une cérémonie des plus intéressantes, la distribution des récompenses accordées aux médecins gratuits des pauvres, pour services rendus pendant l'année 1854. M. le comte de Saint-Marsault, préfet et président de la réunion, après avoir ouvert la séance par la lecture d'un discours souvent interrompu par des marques d'approbation, a ensuite donné la parole à M. le chef du secrétariat de la préfecture, pour proclamer les noms des lauréats, qui sont venus recevoir des mains de M. le préfet et de celles des membres du conseil d'hygiène ou des autorités qui l'assistaient, les récompensrs consistant en

17 médailles d'or de 200 à 500 fr.
53 — d'argent de 10 à 200 fr.
18 — de bronze.

— Le ministre de l'instruction publique et des cultes a arrêté que les membres de la Faculté des sciences de Montpellier se rendront à Carcassonne, et que ceux de la Faculté des sciences de Grenoble se rendront à Valence, pendant la session d'août 1855, pour y procéder simultanément aux examens du baccalauréat ès sciences, conformément aux dispositions de l'arrêté du 4 mai 1855.

qui était venu frapper l'œil gauche pendant que le jeune homme travaillait.

Henry nous apprend qu'il a perdu l'œil droit à la suite d'un même accident, qui lui arriva il y a trois années. Le cas me parut intéressant, j'admis le malade dans mes salles, et, après trois semaines de traitement, il fut complétement guéri de son œil gauche.

Alors j'examinai l'œil droit, ce que je n'avais pu faire convenablement jusqu'ici, parce que le temps avait été obscur et couvert de nuages. Cet œil était affecté d'amaurose ; j'y découvris un grand nombre de corps brillans, couleur d'or, et aussi fins que des grains de sable. Ces petits corps brillans étaient répandus dans la partie postérieure de la substance du cristallin, qui, dans toutes ses autres parties, avait conservé sa transparence. Ces petits corps avaient moins d'éclat par un temps obscur, mais, par un temps clair, ils devenaient d'une grande évidence. Quelques-uns de ces corps paraissaient plans. Si l'œil venait à se mouvoir, ces petits corps entraient en mouvement, et il n'y avait point de tremblement de l'iris. En tout autre circonstance, ces corps brillans étaient immobiles. Le globe oculaire était moins tendu qu'à l'ordinaire, ce qui indiquait un ramollissement du corps vitré.

Les yeux paraissaient d'égal volume, mais au toucher, l'œil droit faisait moins saillie.

La capsule cristallinienne *postérieure* était transparente, de même que l'*antérieure*, si l'on en excepte la moitié supérieure de cette dernière, qui était transversalement coupée par quatre lignes opaques qui avaient la forme de vaisseaux sanguins et dont ils étaient les vestiges.

Le pigment de la choroïde paraissait aussi noir qu'à l'état normal. La pupille était circulaire, d'une dilatation naturelle, insensible à la lumière, et presque autant à l'action de la belladone et de son alcaloïde.

L'iris, du côté droit, était d'un brun plus foncé et peut être plus trouble que celui du côté opposé. La membrane irienne avait, en effet, perdu quelque chose de son apparence brillante et fibreuse. Au milieu de sa structure, je remarquai quelque chose qui ressemblait à un corps étranger. L'humeur aqueuse et la cornée étaient transparentes.

Dans la sclérotique, on voyait un grand nombre de vaisseaux, dont quelques-uns étaient tortueux ; d'autres, au contraire, se terminaient d'une façon subite par de petites taches ou points, à peu près à une ligne et demie du bord de la cornée. Ces taches étaient le résultat de la varicosité des veines choroïdiennes. L'injection de la conjonctive était très légère. L'œil gauche présentait quelques dilatations de vaisseaux ; mais la vision était maintenant parfaite de ce côté.

Histoire de l'œil droit. — Le malade raconte qu'en 1849, un jour où il était en train de limer un canon de fusil, un fragment de fer vint frapper son œil droit et fit une blessure au globe oculaire. La blessure donna un peu de sang, mais on ne sait aujourd'hui si le corps étranger pénétra dans l'œil.

Des sangsues avaient été appliquées, etc., etc. ; et au bout de trois à quatre semaines, la douleur et le trouble de la vue avaient disparu. Alors le malade pouvait lire ; mais sans cesse il avait devant l'œil une tache oblongue et noirâtre qui l'empêchait de bien distinguer les objets. La mouche était persistante et suivait l'œil dans tous ses mouvemens.

Deux mois après ce temps, l'œil droit s'enflamma de nouveau sous l'influence du froid ; cette fois encore un traitement approprié vint à bout de l'inflammation.

Quatorze semaines après cet accident, la vue s'affaiblit ; sans cesse le malade avait un brouillard, un nuage devant l'œil, et éprouvait de la douleur dans le globe oculaire et au-dessus de l'orbite ; point d'inflammation extérieure appréciable.

Dès lors, la vue s'affaiblit de plus en plus du côté malade jusqu'en mars 1851, date à partir de laquelle l'affaiblissement de la vue ne fit plus de progrès. Aujourd'hui, le malade ne peut distinguer les couleurs, ni le nombre, ni la forme des doigts ; il aperçoit seulement les corps d'un certain volume.

Remarques. — M. Vose Solomon pense qu'il n'est pas permis de douter que la maladie qui affecte le cristallin soit due à l'ophthalmie subaiguë des parties profondes de l'œil.

Les conséquences immédiates de l'ébranlement éprouvé par le globe oculaire trois ans auparavant, avaient, à la vérité, disparu après vingt-un jours de traitement; mais la présence d'une mouche devant l'œil était un signe certain de l'insensibilité d'une partie de la rétine.

De plus, le chirurgien de Birmingham pense que la choroïde et la rétine qui, probablement, étaient fatiguées par le métier même du malade, étaient tellement disposées à s'affecter, que quatorze semaines après la contusion oculaire, les symptômes d'une ophthalmie profonde se manifestèrent, et amenèrent d'une façon lente, mais continue, la paralysie de la rétine.

A quelle époque le cristallin devint-il malade? Il est impossible de se faire une opinion à ce sujet.

Une particularité bien remarquable dans ce cas, et qui le distingue de tous les cas de cette espèce qui ont été publiés (si nous en exceptons toutefois l'observation relatée par M. Parfait-Landron dans la *Revue médicale*, t. IV, p. 203, Paris, 1828), c'est que la transparence de la *partie antérieure* du cristallin a permis d'observer les particules de cholestérine dans le lieu où elles se sont primitivement formées.

M. Solomon ajoute qu'il n'a trouvé dans les journaux que sept exemples de corps brillans, ressemblant à ceux qu'il vient de décrire dans l'œil de l'homme. Le cas qu'il rapporte aujourd'hui ferait le huitième.

Dans cinq des observations publiées antérieurement à la sienne, M. Solomon fait remarquer qu'il est noté que les corps brillans étaient situés quatre fois dans l'humeur aqueuse et une fois dans le corps vitré, après une opération de cataracte lenticulaire ou capsulaire.

Dans six cas, le malade était amaurotique.

Dans deux cas, la vision était bonne, mais il y avait des mouches volantes; et dans ces deux cas, le corps vitré était le siége des corps brillans.

Dans l'un de ces deux derniers cas, la lentille était transparente; dans l'autre, le malade avait été opéré sans succès par abaissement il y avait sept ans; et ce fut trois semaines après une seconde opération que l'on aperçut des cristaux de cholestérine se mouvant de haut en bas et de bas en haut dans le corps vitré, lorsque soudainement le globe oculaire était mis en mouvement (Desmarres, *Annales d'oculistique*, nov. 1845, p. 220), ce qui constituait la maladie connue aujourd'hui sous le nom de *synchysis brillant* ou *étincelant*.

M. Wilde eut l'heureuse occasion d'analyser une cataracte compliquée de synchysis étincelant. Le professeur Aldridge, qui dirigea l'analyse chimique dit que « les cristaux étaient de forme rhomboïdale. Ils étaient solubles dans l'éther et l'alcool à chaud, mais ils cristallisaient de nouveau par le refroidissement. Ils étaient insolubles dans une solution de potasse qui, cependant, changeait leur couleur. . . . . Je pense, ajoute le professeur Aldridge, que l'on ne peut douter que ces cristaux fussent principalement composés de *cholestérine.* » (Cette note analytique se trouve dans *Dublin Quarterly journal of med. science*, vol. v, p. 497.)

La cataracte compliquée de cholestérine résiste beaucoup plus longtemps à l'absorption que les cataractes ordinaires.

Dans un cas rapporté par M. Sichel, quelques cristaux de cholestérine étaient encore vus trois années après leur première observation (1).

BIBLIOTHÈQUE.

De quelques traits de moeurs au moyen age, a l'occasion des anciennes pestes de Tours; par M. le docteur Giraudet, membre du Conseil d'hygiène; Tours, 1854.

Un homme qui a laissé parmi nous la réputation de causeur charmant, d'écrivain élégant, de lecteur harmonieux, me proposa, il y a bien des années, de faire partie d'une commission qu'il était chargé de former, pour aller étudier la peste en Orient. Pendant un an je me préparai à cette mission ; j'avais même poussé le scrupule jusqu'à apprendre l'arabe, lorsqu'un matin, avec la mobilité qui lui était particulière, il me dit : La commission est composée, j'ai le regret de vous annoncer que je n'ai pas été assez heureux pour vous y faire entrer. Le trait était vif, et j'aurais pu en conserver un souvenir pénible, si la bonté de son caractère ne m'avait été bien connue. Cette initiation à l'étude des grands fléaux qui ravagent le monde ne fut, d'ailleurs, pas perdue, car elle me permit, trois ans plus tard, en compagnie de l'infortuné Legallois, d'observer une autre peste qui, malheureusement, ne nous a plus quittés, comme celle dont l'érudit M. Giraudet vient de tracer l'historique dans son intéressant mémoire.

Sa première apparition à Tours date de 580 ; déjà elle s'était montrée 40 ans auparavant à Paris. Jusqu'à sa cessation complète, en 1481, M. Giraudet, à travers la poussière des manuscrits, ne compte pas moins de vingt invasions successives, dont quelques-unes très longues. En parcourant ce récit si substantiel, quoique fort court, il est impossible de ne pas reconnaître que-ce qui fait le mérite des grands écrivains, c'est que, sous la magie de leur style, on aperçoit l'observation fidèle et constante de la nature. Quand je lus pour la première fois l'admirable épisode de la peste de Milan, dans les *Fiancés* de Manzoni, tous les détails en restèrent profondément gravés dans ma mémoire, tant le cachet de la vérité y était visiblement imprimé. Il est de la dernière évidence, pour moi, que c'est à l'aide d'une hallucination interne, qui n'est elle-même qu'une faculté merveilleuse de l'âme, l'intuition, que les maîtres de l'art parviennent à donner le coloris de la vie à leurs compositions si animées et si attrayantes. Ils voient dans l'œil de leur esprit ces créations de leur imagination, d'abord confuses, se dessiner de plus en plus nettes, et, lorsque les contours en sont bien arrêtées, la représentation bien exacte, ils les transportent dans leurs écrits, mais sans jamais réussir à rendre l'image qu'ils avaient dans leur rétine intérieure.

Prenons, dans la narration de M. Giraudet, quelques passages, et l'on jugera s'ils n'égalent pas en intérêt les scènes émouvantes que les auteurs nous ont retracées de ces temps de désolation.

L'épidémie venait d'éclater à Tours ; l'ordonnance du gouverneur, pour les mesures à prendre, avait été proclamée à son de trompe ; elle annonçait les peines les plus sévères pour ceux qui violeraient les règlemens. En quelques instans, la ville fut plongée dans une sombre terreur. Près des deux tiers des maisons se trouvèrent rapidement marquées du signe fatal, une croix blanche. Leurs portes étaient condamnées et les vivres transmis par les fenêtres, au moyen de longues perches. Un silence de mort régnait dans les rues. On ne rencontrait que des hommes de police, armés de leurs bâtons à clochettes, des rondes de soldats, marchant en toute hâte, la pertuisane à l'épaule, des femmes en pleurs, des mourans atteints loin de chez eux, manquant de forces pour y rentrer et des cadavres jonchant la terre. Chacun s'apprêtait à mourir, réglait ses affaires ; les uns reconnaissaient leurs dettes, les autres, quoiqu'en état de santé, faisaient leur testament. On voyait les notaires transportant *leurs boutiques* en plein air, dans les rues, sur les places, rédiger les actes de dernière volonté que leur dictaient les citoyens bien portans ou moribonds ; du haut des fenêtres, des galeries et sur les portes de leurs maisons et tous les carrefours où se trouvaient sculptés en bois ou en pierre, des saints, des madones, on apercevait des femmes, des vieillards agenouillés qui priaient en silence, demandant à celui qui punit et pardonne d'apaiser sa colère. Au milieu de tant de calamités, on mourait sans serviteurs ; on était enseveli sans prêtres ; le père ne visitait pas son fils, ni le fils son père ; la charité était morte, l'espérance anéantie.

C'était le bon temps de la contagion, et encore dans le triste tableau que vient de nous tracer M. Giraudet, je n'ai pas parlé des déportations au Lazaret, qui étaient autant d'arrêts de mort administratifs, de la peine du fouet et des arquebusades, sans autre forme de procès. Comme rien n'est nouveau ici bas, on retrouve, dès cette époque, les preuves de la contagion, libellées dans le style d'aujourd'hui. « On était (dit le mémoire, p. 50) au mois d'octobre 1584. La fille Dalbin, au service d'un boucher de la ville nommé Guinoiseau, se plaint tout à coup d'un violent mal de tête et de douleurs dans les membres ; on la renvoie chez elle ; elle meurt le lendemain à huit heures du matin. Six personnes qui composaient sa famille sont atteintes le jour même de son décès et succombent peu de jours après elle avec des bubons et des charbons. Les jours suivans, tout le quartier que cette malheureuse famille habitait dans la paroisse Saint-Jean-de-Beaumont était envahi par la peste. »

Pour que rien ne manquât au hideux cortége de ces terribles épidémies, les accusations d'empoisonnement furent portées, comme de nos jours, par une foule stupide, ignorante et furieuse contre des innocens qui périrent victimes de ce vertige. L'auteur rapporte qu'un complot imaginaire, qui aurait eu pour chef un sieur Milsonneau, boucher de la paroisse Notre-Dame-la-Riche, et dont le but était de *répandre la peste*, fut dénoncé au corps de ville ; ses auteurs prétendus, au nombre de quelques hommes, d'un chirurgien-barbier et d'une dizaine de femmes, furent mis à la torture et plusieurs brûlés vifs. Le crime du principal accusé était fondé sur un chiffon de linge maculé de sang et de pus qu'on avait vu tomber de ses mains dans la rue ! Les Juifs devaient naturellement apporter leur contingent dans ces sacrifices humains ; cent soixante d'entre eux, dit une chronique de l'époque, accusés d'être la cause de l'effroyable mortalité qui décimait les populations et semblait les menacer d'une destruction totale, furent jetés dans les flammes, à Chinon. La fosse dans laquelle on enterra leurs cadavres fut creusée dans une île de la Vienne, que l'on aperçoit, à gauche, en sortant de la ville par le pont.

Parmi les symptômes particuliers de cette peste, dont on trouvera une bonne description dans la brochure de M. Giraudet, les médecins ont très souvent mentionné une gangrène de la gorge avec toux, crachemens de sang et une violente douleur dans la poitrine ; l'étouffement qu'elle déterminait suggéra à une malheureuse domestique l'idée d'un crime ; et peut-être, dans des temps plus rapprochés de nous, l'espèce d'analogie que le choléra présente avec les empoisonnemens n'aura-t-elle pas été sans quelque influence sur des actes coupables. Quoi qu'il en soit, Voici ce qui arriva : « Le samedi, 8 octobre, une fille de bonne part et riche souffrait, depuis la veille, d'un mal de gorge très intense. Appréhendant que ce ne soit la contagion, son père, obligé d'aller passer une partie de la journée à sa campagne de Joui, laisse auprès d'elle une servante dans laquelle il avait la plus grande confiance. Celle-ci, restée seule, ferme les fenêtres et la porte, profite d'un moment où la jeune fille dort et l'étrangle. Le maître rentre, s'informe de la santé de son enfant : la servante répond en pleurant qu'elle vient de succomber au mal dont elle était atteinte. La justice intervient, la servante est emprisonnée, soumise à la torture, elle avoue qu'elle a étranglé sa jeune maîtresse, pensant bien que son crime resterait ignoré et que la mort serait imputée à la contagion. »

A ces temps désastreux se rapporte cependant une création utile, l'éclairage de la voie publique. Un article de l'édit de pacification enjoint aux habitans, de quelque condition qu'ils soient, de tenir, au milieu des rues, devant leurs fenêtres, une lanterne avec chandelle ardente pendant la nuit, et s'il plaisait aux habitans de s'assembler au nombre de douze, d'entretenir une chandelle de trois à la livre au dedans d'une grande lanterne carrée, qu'ils placeront au milieu de la rue par le moyen d'une corde.

Les citations que nous venons d'emprunter du mémoire du docteur Giraudet ont surtout eu pour but de faire connaître quelques traits de mœurs qui nous ont paru devoir ici trouver leur place, mais si l'on veut avoir une idée du bon esprit médical qui y règne, il faut lire, dans le travail, la description de la maladie. En remerciant notre confrère de ses laborieuses recherches, nous sommes heureux de rendre justice à l'un de ces médecins de province, qui ont le courage de consacrer à la science les trop rares instants que leur laisse la pratique.

A. Brierre de Boismont.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 Juin 1855. — Présidence de M. Regnault.

Rapport sur divers mémoires relatifs aux fonctions du foie.

M. Dumas, au nom d'une commission composée de MM. Pelouze, Rayer, et Dumas, rapporteur, s'exprime ainsi :

L'Académie nous a chargés de lui rendre compte des expériences relatives aux vraies fonctions du foie, instituées dans ces derniers temps par MM. Figuier, Poggiale et Leconte. Votre commission a pensé qu'elle devait, laissant de côté toute préoccupation théorique, réduire la question qui lui était soumise aux simples termes d'une vérification de faits. Elle a donc porté toute son attention sur les moyens à prendre pour donner à cette vérification les garanties de précision dont l'état de la science lui permettait de les entourer.

Un de nos confrères, M. Bernard, avait fait connaître, conjointement avec M. Barreswil, l'existence dans le foie d'une quantité considérable de sucre. Poursuivant les conséquences de cette découverte, M. Bernard a prouvé que le sucre existe dans le foie de tous les animaux, que sa présence est conséquemment un témoin de la nature même des fonctions de cet important organe.

Jusque-là, les observations nouvelles de M. Bernard et la conséquence qu'il en tire ne sont contestées par personne, elles constituent l'une des plus sérieuses acquisitions de la physiologie moderne.

Mais d'où vient ce sucre qui existe si constamment dans le foie ? Comment disparaît-il de cet organe ? Quel est son emploi ?

Ici les opinions se montrent divergentes, les difficultés apparaissent et les expériences elles-mêmes ne seraient plus d'accord.

M. Bernard pense que la formation du sucre a lieu dans le foie. Bien entendu que notre savant confrère ne met point en doute la production du sucre qui a lieu par le fait de la digestion dans l'estomac aux dépens

(1) Extrait d'un mémoire lu par M. Solomon devant la Société médico-chirurgicale du Collége de la Reine, 4 janvier 1853, et inséré dans *Association medical journal*, 1er juin 1855.

des alimens amylacés, moins encore le passage du glucose et de ses analogues de l'estomac ou de l'intestin dans les veines. Mais il admet qu'en dehors de cette source intermittente, par laquelle le glucose peut s'introduire dans le sang, au moment où la digestion s'accomplit, il y en aurait une autre permanente et tout à fait spéciale : ce serait la fabrication du sucre dans le foie même.

Ce qui démontrerait cette fabrication, c'est l'absence du sucre dans le sang de la veine porte d'un animal soumis au régime de la viande; c'est la présence de ce sucre dans le sang des veines sus-hépatiques de ce même animal.

M. Figuier a élevé contre cette doctrine diverses objections.

Reprenant une opinion déjà émise par M. Mialhe, M. Figuier fait remarquer qu'il serait plus naturel de considérer le foie comme un organe séparateur, à la façon des reins, que d'en faire un organe créateur. Dans cette hypothèse, le foie, véritable régulateur de la composition du sang, arrêterait au passage le sucre provenant de la digestion qui se trouverait en excès dans le sang, comme il arrête certains poisons métalliques et le restituerait peu à peu à ce liquide, lorsque celui-ci en serait dépourvu ou que la proportion de sucre y serait descendue au-dessous de la moyenne, pendant les heures de repos de l'estomac.

Comme le rôle attribué au foie par M. Bernard repose sur quatre données, savoir : 1° la présence constante du sucre dans le foie des animaux herbivores ou carnivores; 2° la présence non moins constante du sucre dans les veines sus-hépatiques; 3° l'absence du sucre dans le sang de la veine porte chez les animaux nourris avec de la viande; 4° l'apparition momentanée du sucre dans le sang de la veine porte sous l'influence de la digestion des matières sucrées ou féculentes, votre commission devait s'attacher à examiner si ces données étaient contestées et si elles l'étaient avec quelque raison.

Or, de ces données, il en est deux qu'on ne conteste pas, la première et la quatrième. Il est admis que le foie contient toujours du sucre, même chez les animaux carnivores. Il ne l'est pas moins que, sous l'influence de la digestion des matières féculentes ou sucrées, le sang de la veine porte en contient aussi.

Reste donc à savoir si le sang de la veine porte contient ou non du sucre chez les animaux nourris de viande. A cet égard, les expériences de votre commission lui ont semblé décisives. Elle n'a pas trouvé trace appréciable de sucre dans le sang de la veine porte d'un chien nourri à la viande crue.

Reste encore à décider si, indépendamment de la digestion des matières végétales, le sang des veines sus-hépatiques contient du sucre; si, sous l'influence de la digestion de la viande, le sang de la veine porte en est dépourvu; si, enfin, lorsque le sang de la veine porte n'en contient pas, celui des veines sus-hépatiques en contient au contraire.

Il suffit, pour éclairer tous ces points, d'examiner, comme l'a fait M. Bernard, sur le même animal, le sang de la veine porte et celui des veines sus-hépatiques, sous l'influence de la digestion, après un repas uniquement composé de viande, succédant soit à une abstinence prolongée, soit à quelques journées d'un régime purement animal.

Dans une expérience faite dans cette dernière condition, votre commission s'est assurée que le sang de la veine porte ne renfermait pas trace de sucre, tandis que celui des veines sus-hépatiques en contenait des quantités parfaitement appréciables, ainsi que M. Bernard l'avait annoncé.

Comme là difficulté se concentre tout entière sur ce point : — Y a-t-il ou non du sucre dans le sang de la veine porte pendant la digestion après un repas formé de viande, l'animal ayant été convenablement soustrait à l'influence d'une alimentation sucrée ? — votre commission a examiné, avec tout le soin dont elle était capable, les produits extraits par M. Figuier du sang de la veine porte dans un animal sacrifié dans ces conditions, et où l'auteur croyait reconnaître la présence du sucre à l'aide du réactif Frommherz. Votre commission n'en a pas trouvé en employant, il est vrai, la fermentation.

Ainsi, tous les faits annoncés par notre confrère, M. Bernard, au sujet de la fonction qu'il attribue au foie, ont été vérifiés par nous et nous ne pouvons qu'applaudir à la rare habileté du savant physiologiste qui les a mis le premier en évidence.

Sur la question de doctrine, votre commission n'avait pas à se prononcer. Le foie fabrique-t-il le sucre ? Le fabrique-t-il aux dépens des élémens albumineux du sang ? Le sucre serait-il, au contraire, un produit de la digestion des alimens ou de l'élaboration des élémens du sang pendant le cours de la circulation qui resterait masqué par la présence de quelque substance étrangère jusqu'à son arrivée au foie, chargé de le rendre libre ? Ces questions méritent assurément d'être débattues, mais c'est à l'expérience seule à les résoudre définitivement, et nous verrions avec plaisir les jeunes savans qui les ont abordées persévérer dans leurs travaux.

Jusqu'ici, la doctrine professée par notre confrère paraît intacte.

Les recherches sur ce sujet important n'ont pourtant pas tout appris sans doute, et nous dirons ici, à ceux qui voudront s'en occuper, qu'on ne doit pas accorder une confiance trop complète à des réactions semblables à celles qu'on obtient avec la dissolution du tartrate de cuivre dans la potasse. Tous ces phénomènes de coloration, de réduction produits par des matières organiques, sont trompeurs et incertains. Lorsqu'on ne peut pas isoler le sucre en nature, il faut au moins s'assurer de sa présence par l'action du ferment et par le développement d'acide carbonique que la fermentation produit. Il faut, s'il se peut, surtout, extraire l'alcool lui-même du résidu de la fermentation, comme l'a fait la commission de l'Académie qui a examiné les travaux de M. Bernard.

Votre commission, sans entrer plus avant dans l'examen spécial des notes que l'Académie lui a renvoyées, se borne donc à établir comme conséquences de son travail :

1° Que le sucre n'a pas été appréciable dans le sang de la veine porte d'un chien nourri de viande crue;

2° Que la présence du sucre a été facile à constater, au contraire, dans le sang des veines sus-hépatiques recueilli dans le même moment sur le même chien.

Comme les mémoires de M. Figuier, ceux de MM. Poggiale et Leconte, ont été publiés, l'Académie n'avait plus, d'après les règlemens, à se prononcer sur leur mérite respectif; mais votre commission a cru qu'il était de son devoir, néanmoins, de lui faire connaître le résultat de ses propres expériences sur le fond même de la question que ces savans ont étudiée.

Guérison de la myopie et du presbytisme.

M. Jobard lit sous ce titre une note dont nous publions l'extrait suivant :

Ayant été myope et presbyte à volonté plusieurs fois dans ma vie, je pense que tous les hommes possèdent la même faculté. Les études du collège m'avaient fait la vue courte; les fonctions d'ingénieur du cadastre m'obligeant à voir au loin les points de triangulation et les jalons, m'ont donné la vue longue; mais elle s'est raccourcie jusqu'au myopisme le plus complet par la pratique de la miniature et de la gravure lithographique. Depuis lors, il m'a souvent suffi d'un voyage d'un mois dans les montagnes pour regagner la vue longue, et de quelques jours de la vie du bureau pour rentrer en possession de la vue moyenne, mais, chaque fois, avec perte de la vue précédente.

Je m'explique ce phénomène, en considérant l'œil comme une lunette qui a la faculté de se mettre au point, en s'allongeant et en se déprimant sous l'action prolongée, volontaire, mais lente, des muscles qui l'enveloppent et qui servent, non seulement à le mouvoir circulairement, mais encore à le comprimer pour allonger ou raccourcir le foyer visuel. Ces opérations, ne s'exécutant pas assez promptement au gré de notre impatience, nous prenons des besicles qui corrigent à l'instant la différence, mais qui rendent ce défaut permanent, parce que les muscles de l'œil deviennent paresseux et finissent par s'atrophier.

Dans les différentes phases que ma vue a subies, j'ai essayé de verres appropriés, mais je les ai rejetés aussitôt, désirant pousser l'expérience jusqu'au bout; je puis annoncer aujourd'hui que cette expérience m'a parfaitement réussi, ainsi qu'à quelques personnes que j'ai débarrassées des préjugés vulgaires, qui veulent que la vue se fatigue par la lecture de nuit, surtout avec de menus caractères. Le fait contraire m'a prouvé que la meilleure gymnastique pour conserver longtemps la vue était la lecture prolongée et journalière pour les hommes, comme la fine broderie pour les dames, même pendant la nuit. Une interruption d'une quinzaine de jours de ces exercices suffit pour faire varier le point de la vision habituelle, mais on le retrouve assez promptement avec un peu de persévérance et des essais renouvelés plusieurs fois par jour.

Les muscles qui entourent le globe de l'œil sont trop minces et trop faibles pour changer subitement la forme de l'humeur vitrée, du cristallin et des autres substances qui le composent; mais l'action imprimée par la volonté se continue d'une façon inconsciente et pourtant certaine, comme j'ai pu m'en convaincre. J'ai la conviction que les personnes qui ne sont pas issues de parens myopes peuvent allonger leur vue en diminuant graduellement les numéros de leurs besicles, et que les myopes récens se guériront promptement en les répudiant tout à fait, comme je l'ai fait moi-même; mais il faut souvent lire, surtout la nuit, avec une faible lumière réfléchie par un abat-jour, en se préservant du rayon direct et de l'éclairage intense qui fait sur la rétine l'effet de l'alcool sur les papilles du goût et de l'estomac. On peut s'habituer à ce régime violent, mais les conséquences peuvent en être fatales. Plateau a perdu la vue en regardant le soleil.

Des rapports que les anomalies des artères axillaire et humérale déterminent avec le plexus brachial et ses branches terminales; déductions opératoires.

Sous ce titre, M. Michel présente un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Anomalies de l'artère axillaire. — L'artère axillaire peut offrir les deux anomalies suivantes : se bifurquer à la hauteur du petit pectoral, c'est-à-dire au deuxième tiers de son trajet, en scapulaire commune et en humérale, ou bien en radicale et cubitale.

Rapports avec les nerfs. — Dans le premier cas, les deux branches de bifurcation sont à peu près d'égal volume. La scapulaire inférieure s'engage seule entre les deux branches d'origine du nerf médian pour gagner de dedans en dehors, tandis que l'humérale, restant en dedans du plexus brachial, parcourt le reste de la région axillaire pour longer ensuite la face interne du bras en se plaçant en avant du nerf médian jusqu'à son quart inférieur, où les rapports normaux se rétablissent. Ainsi, par le seul fait de cette anomalie, le trajet de l'artère axillaire est remplacé dans ses deux tiers inférieurs par celui de la scapulaire commune, et les rapports de l'artère avec le nerf médian sont totalement intervertis jusqu'à la partie inférieure du bras. De plus, dans le tiers inférieur de la région axillaire, on trouve en dedans des nerfs le tronc d'origine de l'artère humérale. C'est dans cette variété que la scapulaire commune fournit ordinairement non seulement les artères circonflexes antérieure et postérieure, la thoracique externe, mais encore l'humérale profonde. Treize dissections d'anomalies de cette espèce nous ont toujours fourni les mêmes dispositions.

Si l'artère axillaire se divise à la hauteur du petit pectoral en radiale et cubitale, voici ce que nous avons constaté dans deux dissections : l'une des deux branches s'engage seule entre les divisions du nerf médian, en conservant les rapports ordinaires de l'axillaire et ceux de l'humérale avec le nerf médian; la seconde division reste en dedans du plexus dans la région de l'aisselle, et, pendant son trajet dans le bras, elle se place sur la face antérieure du nerf médian. Ainsi cette seconde anomalie, tout en conservant les dispositions de la précédente, donne dans les trois quarts supérieurs du bras une artère de plus en arrière du nerf médian.

Anomalies de l'artère brachiale. — Elle se divise souvent en artères cubitale et radiale à des hauteurs variables de la région du bras; parfois il s'ajoute à cette division prématurée une troisième branche qui représente l'inter-osseuse de l'avant-bras. Elle peut donner une humérale profonde plus volumineuse que de coutume, en sorte que l'humérale proprement dite semble se diviser en deux troncs d'égale grosseur à peu près, dont l'un forme l'humérale profonde fournissant toutes les artères du bras et même la sous-scapulaire, tandis que l'autre sorte d'humérale superficielle gagne l'avant-bras pour se terminer en radiale et cubitale.

Voici les rapports que ces variétés amènent à leur suite :

Dans le cas de division prématurée en artère radiale et cubitale, l'une des deux divisions suit en arrière du nerf médian le trajet normal de l'humérale, tandis que la seconde longe le bras en avant du médian. J'ai vu dix fois cette disposition. Dans une seule dissection, j'ai trouvé une troisième division représentant l'artère inter-osseuse antérieure de l'avant-bras. Cette dernière accompagnait la cubitale située en arrière du nerf médian, tandis que la radiale était en avant.

Si l'artère humérale se divise à la partie supérieure du bras en superficielle et profonde, au moment de cette bifurcation, la première contourne de dedans en dehors le nerf médian pour se placer au devant de lui jusqu'à son quart inférieur où l'état normal se rétablit. Donc, si le nerf médian se trouve dans les trois quarts supérieurs du bras en arrière d'une artère, au lieu de tenir sa place accoutumée, on peut supposer les anomalies artérielles suivantes : une division prématurée de l'axillaire en humérale et scapulaire inférieure ou en radiale et cubitale; une division prématurée de la brachiale en radiale et cubitale ou une sorte de bifurcation en humérale superficielle et profonde. En second lieu, l'existence d'une grosse artère au côté interne des nerfs, dans la partie de l'aisselle située au-dessous du petit pectoral, indique une division prématurée et anomale de l'axillaire en scapulaire commune et humérale ou bien en radiale et cubitale.

Déductions opératoires. — Dans la ligature de l'artère axillaire, le procédé de Lisfranc est loin d'être sans danger, malgré son apparente simplicité, puisqu'il expose l'opérateur à saisir l'artère dans le voisinage d'une grosse division. De plus, la sécurité de l'exécution en est compromise par le changement de rapport que peut introduire une anomalie dont la fréquence n'est rien moins que rare. N'oublions pas que, si pendant la manœuvre opératoire on tombait d'abord sur une artère, on devrait néanmoins poursuivre des recherches dans la place accoutumée, puisque, dans la deuxième anomalie de l'axillaire nous avons vu l'une des divisions en dedans et l'autre en dehors des nerfs. Est-il besoin d'ajouter qu'un opérateur ne doit point perdre de vue ces dispositions possibles dans ces nombreuses et difficiles extirpations de tumeurs du creux axillaire ?

Si dans les ligatures de l'artère humérale on tombe tout de suite sur elle, la prudence commande de poursuivre ses investigations en arrière du médian, puisque nos dissections prouvent que, dans le cas de division prématurée de l'axillaire ou de l'humérale en artères radiales et cubitales, l'une est constamment en arrière et l'autre en avant de ce nerf.

Les préceptes que nous formulons sont loin d'être de simples vues théoriques déduites de faits anatomiques; nous avons déjà vérifié plusieurs fois la valeur de ces données dans nos cours de médecine opératoire, en annonçant à l'avance l'existence de telle ou telle anomalie, dont la dissection attestait la vérité. — (Comm. MM. Serres, Andral, Rayer.)

Sur l'ingestion, par l'estomac, de très hautes doses d'acide arsénieux dans le traitement des vieilles fièvres intermittentes.

M. le professeur Fuster, de Montpellier, communique sous ce titre un travail dont voici un extrait :

Jusqu'au 25 mai, l'acide arsénieux était administré aux fiévreux en expérience dans la salle de la clinique médicale, par paquets de 5 milligrammes (un demi-centigramme). Le n° 22 de la salle Saint-Gabriel n'était encore arrivé le 25 mai qu'à la dose de 3 centigrammes par jour. Le n° 3 de la salle Saint-Charles qu'à la dose de 4 centigrammes. Enfin, le n° 16 de la salle Saint-Lazare avait été amené, à la même époque, jusqu'à 6 centigrammes. Le 25 mai, les paquets de 5 milligrammes (un demi-centigramme) étant épuisés, on les remplace par des paquets de 1 centigramme. L'interne n'étant pas prévenu du changement de titre des paquets, fait prendre, dans les vingt-quatre heures, dès le 25 mai, au n° 22 de la salle Saint-Gabriel, 6 centigrammes d'acide arsénieux, au lieu de 3; au n° 3 de la salle Saint-Charles, 8 centigrammes au lieu de 4; au n° 16 de la salle Saint-Lazare, 12 centigrammes au lieu de 6. Ces doses, ont été continuées sept jours et demi de suite jusqu'au 1er juin, où la méprise a été reconnue. Elles ont produit les effets suivans :

Le n° 22 de la salle Saint-Gabriel n'a eu que quelques coliques très légères, et sa fièvre double tierce très ancienne a été coupée radicalement.

Le n° 3 de la salle Saint-Charles a éprouvé quelques vertiges, de la diarrhée, d'assez fortes coliques pour lesquelles il a pris un vomitif avec 10 centigrammes de tartre stibié; après quoi les 8 centigrammes d'acide arsénieux continués trois jours encore, sa fièvre quarte invétérée a disparu aussi complètement.

Le n° 16 de la salle Saint-Lazare, qui a pris 12 centigrammes du même agent pendant sept jours et demi de suite, n'a éprouvé que des coliques insignifiantes et une douleur à la région splénique qui a cédé à l'application de deux ventouses scarifiées sur l'hypochondre gauche; mais sa fièvre quarte, très ancienne comme les autres, n'a éprouvé ni amendement ni aggravation. — (Comm. précédemment nommée.)

— M. Sédillot, correspondant de l'Académie, lui adresse un mémoire intitulé : *Anus accidentel présentant quatre ouvertures intestinales complètes. Entérotomie pratiquée avec succès le 22 novembre 1851. Tentatives infructueuses d'oblitération de la plaie tégumentaire. Mort du malade trois années plus tard par suite d'une attaque de choléra épidémique.* (2 août 1854.) *Examen anatomique des parties. Conséquences chirurgicales.*

Ce titre fait suffisamment connaître l'objet du mémoire qui est, par sa nature, peu susceptible d'analyse, et ne pourrait, en raison de son étendue, être reproduit intégralement au *Compte-rendu.*

COURRIER.

Nous extrayons de la correspondance du *Constitutionnel* le passage suivant, qui rend un hommage mérité au dévouement et au talent de nos confrères de l'armée de Crimée :

« ..... Heureusement, et ce doit être un juste motif de confiance pour les familles dont les enfans se battent en Crimée, si le danger est grand, si les blessures sont nombreuses, nos chirurgiens militaires montrent une habileté égale à leur dévouement.

» Jamais, dans ces rudes affaires, on ne les voit faillir au devoir; et, sans souci de leur sommeil et de leur repos, sans se préoccuper du danger, nuit et jour ils veillent au chevet du patient, et d'une main que l'expérience, malheureusement, a rendue bien sûre, enlèvent la balle qui vient de meurtrir la chair, coupent ces lambeaux saignans, rapprochent ces déchirures affreuses, que les éclats des projectiles creux ont faites trop souvent. Quand un homme est blessé à la tranchée, il est immédiatement placé sur une civière, ou, si le coup est léger, qu'il puisse marcher, soutenu par le bras d'un camarade, il se rend au dépôt d'ambulance, appelé *dépôt d'ambulance de tranchée.* Ces dépôts sont au nombre de trois : un à l'attaque de gauche, l'ambulance du Clocheton; deux à l'attaque de droite, les ambulances du Carénage et de Karabelnaïa. La disposition des terrains avait indiqué le choix de ces emplacemens. Là se trouvent des chirurgiens avec tout le matériel nécessaire aux pansemens les plus compliqués. Les chirurgiens sont relevés toutes les vingt-quatre heures. Dès que le premier appareil est mis sur la blessure, ou l'amputation faite, ce qui n'a lieu, d'ordinaire, que dans les cas urgens, les mulets de litière ou de cacolets, qui se trouvent toujours là, chargent les blessés et les dirigent, soit sur l'ambulance centrale du grand quartier-général, soit sur les ambulances de la division désignée. Des baraques ont été élevées; de bonnes couvertures, des soins empressés les attendent. Ces ambulances, tenues avec une grande propreté, sont, malgré leur austérité, très suffisantes. Le soldat, et c'est l'important, y trouve un changement notable dans sa situation matérielle; et chacun s'efforce d'adoucir sa souffrance. C'est ainsi que toutes les opérations graves se font à l'aide du chloroforme, et les chirurgiens militaires de l'armée française auront et l'honneur de résoudre le problème de l'application régulière, constante et facile de cette admirable découverte..... »

— L'Académie des sciences a procédé par la voie du scrutin, dans sa séance du 18 juin, à la nomination d'une commission de cinq membres chargée d'examiner les pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

MM. Bernard, Flourens, Serres, Rayer et Magendie obtiennent la majorité des suffrages.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestr et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 78. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 3 Juillet 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 2 JUILLET 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Sommaire. — La fonction glucogénique du foie devant l'Académie des sciences. — Théorie des accès d'asthme.

L'événement scientifique de ces jours derniers a été le rapport fait par M. Dumas à l'Académie des sciences, et que nous avons publié dans notre dernier numéro. Comme on a pu le voir, la commission, qui était composée de deux chimistes et d'un médecin (MM. Dumas, Pelouze et Rayer), n'a voulu s'occuper que de la question de fait, de la question purement chimique, en laissant volontairement de côté la question de doctrine, la véritable et grande question de physiologie, c'est-à-dire le point de savoir si le foie est un organe fabricateur du sucre, ou s'il n'est qu'un organe de dépôt de ce produit. La doctrine de M. Cl. Bernard avait été vivement attaquée par M. Figuier, qui avait dit : Le foie est si peu l'organe fabricateur du sucre, que, contrairement aux recherches et aux expériences de M. Bernard, mes recherches et mes expériences prouvent que le sang contient du sucre avant son entrée dans le foie comme après sa sortie, et sur des animaux soumis aux mêmes conditions d'alimentation que ceux sur lesquels M. Bernard a opéré.

On se rappelle l'émotion sérieuse que produisit le mémoire de M. Figuier. Si ses expériences étaient l'expression réelle des faits, il n'y avait pas de moyen terme, la doctrine physiologique de M. Cl. Bernard était ruinée par sa base; cette doctrine qui avait jeté un si vif éclat sur son auteur, qui avait été l'objet de magnifiques éloges et de magnifiques récompenses, cette doctrine s'écroulait sous l'action d'un humble réactif.

Cependant, tous ceux — et dès les premiers jours nous nous sommes placé dans ce nombre — qui, en professant une estime très légitime pour les travaux et la personne de M. Figuier, savaient avec quel soin, quelle prudence, quel esprit ingénieux, patient et sage, avec quelles précautions extrêmes, pour éviter l'erreur, M. C. Bernard se livre à ses expérimentations et en déduit les résultats, durent penser, et même espérer, qu'il y avait dans les expériences de M. Figuier quelque élément d'erreur ou d'illusion, qu'un examen plus attentif pourrait mettre au grand jour. Ils hâtaient de leurs vœux le moment où la commission, nommée pour cet objet, viendrait éclaircir cette sorte de mystère scientifique, et libérer M. Cl. Bernard de l'espèce de suspicion sous laquelle les expériences de M. Figuier tenaient ses propres expériences.

La commission a parlé. Comme nous le disions tout à l'heure, elle n'a voulu juger et apprécier que le fait expérimental. M. Figuier avait fait appel à la chimie, et, par l'organe d'un des plus éminens représentans de cette science, la chimie lui répond : Non, dans les conditions d'alimentation purement animale, le sang de la veine porte ne contient pas de sucre.

Il est vrai, ajoute la commission, que les procédés de recherches suivis par elle n'ont pas été les mêmes que ceux employés par M. Figuier. Celui-ci a cru reconnaître la présence du sucre à l'aide du réactif Frommherz, celle-là n'en a pas trouvé en employant la fermentation.

Les chimistes seuls peuvent apprécier lequel de ces deux moyens d'investigation donne les résultats les plus sûrs dans la recherche du sucre. La commission recommande de ne pas accorder une confiance trop complète à des réactions semblables à celles qu'on obtient avec la dissolution du tartrate de cuivre dans la potasse. « Tous ces phénomènes de coloration, dit-elle, de réduction, produits par des matières organiques, sont trompeurs et incertains. Lorsqu'on ne peut pas isoler le sucre en nature, il faut au moins s'assurer de sa présence par l'action du ferment et par le développement d'acide carbonique que la fermentation produit. Il faut, s'il se peut surtout, extraire l'alcool lui-même du résidu de la fermentation, comme l'a fait la commission de l'Académie qui a examiné les travaux de M. Bernard. »

En résumé, après avoir déclaré que, jusqu'ici, la doctrine de M. Bernard paraît intacte, la commission a établi : 1° que le sucre n'a pas été appréciable dans le sang de la veine porte d'un chien nourri de viande crue; 2° que la présence du sucre a été facile à constater, au contraire, dans le sang des veines sus-hépatiques, recueilli dans le même moment sur le même chien.

Nous sommes de ceux, nous l'avouons, qui, en même temps que la question de fait, aurions voulu que la commission abordât la question de doctrine. Il est généralement répandu que les chimistes n'acceptent pas la doctrine de M. Bernard sur les fonctions glucogéniques du foie. Il est certain que cette doctrine est en désaccord avec celle que professent la plupart des chimistes actuels, qui accordent aux seuls végétaux la propriété de former de toutes pièces certains principes organiques qu'ils portent ainsi tout élaborés chez les animaux.

Le savant rapporteur s'est tenu dans une réserve complète sur la question physiologique. A peine voit-on poindre son opinion dans cette série de points interrogatifs que nous demandons la permission de reproduire : « Le foie fabrique-t-il du sucre? Le fabrique-t-il aux dépens des élémens albumineux du sang? Le sucre serait-il, au contraire, un produit de la digestion des alimens ou de l'élaboration des élémens du sang produit pendant le cours de la circulation, qui resterait masqué par la présence de quelque substance étrangère jusqu'à son arrivée au foie, chargé de le rendre libre? Ces questions méritent assurément d'être débattues; mais c'est à l'expérience seule à les résoudre définitivement..... »

Ce passage indique évidemment, ou il n'a aucune signification, que, pour l'illustre chimiste qui l'a écrit, la fonction glucogénique du foie n'est pas encore suffisamment établie et démontrée, opinion qui rendra moins amère pour M. Figuier la conclusion de ce rapport, et qui lui donnera une excitation nouvelle pour continuer et perfectionner ses recherches.

— Les opinions de M. Beau sur la théorie de la production des accès d'asthme ne datent pas d'hier. Il les a consignées, il y a quinze ans, dans un beau mémoire publié par les *Archives de médecine*. Il vient de les reproduire dans une de ses leçons cliniques de l'hôpital Cochin, et une telle persistance de la part d'un observateur de la valeur de M. Beau, mérite d'être prise en considération. Aussi n'hésitons-nous pas à indiquer ici les principaux faits et argumens invoqués par M. Beau à l'appui de sa théorie :

« La contraction spasmodique des fibres de Reissessen n'a jamais été démontrée par l'inspection directe, soit dans la trachée, soit dans les bronches.

» Si l'accès d'asthme était produit par le retrait des extrémités capillaires des bronches, il devrait y avoir un retrait général du poumon; or, loin de là, il y a une augmentation d'ampliation de la poitrine pendant les accès.

» Si l'asthme était produit par la contraction spasmodique des bronches, on devrait le rencontrer fréquemment chez les enfans et chez les femmes hystériques qui présentent si souvent le spasme glottique, et ce spasme glottique alternerait ou coïnciderait avec l'asthme, ce qui n'a pas lieu.

» Enfin, si l'asthme était produit par le spasme des bronches, son invasion sera instantanée et la dyspnée immédiatement portée au summum d'intensité, comme cela se voit pour le spasme de la glotte.

» Aux diverses objections opposées à cette théorie, et qui consistent

Feuilleton.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur et honoré confrère,

En vous voyant avec autant de chaleur que de talent insister, conjointement avec le *Moniteur des hôpitaux* et la *Revue médicale*, sur la convenance et l'utilité de la création d'une maison située hors de Paris, pour recevoir les femmes destinées à subir l'opération césarienne, j'aime à penser que vous lirez avec intérêt les réflexions suivantes, et que vous jugerez bon et utile de leur donner place dans votre excellent journal.

Ce vœu d'une maison salubre hors de Paris est assurément généreux, humain; et tout médecin ne peut qu'en désirer la réalisation. Mais gardons-nous de déplacer la question, ou, à tout le moins, d'en perdre de vue le point essentiel, en croyant que tout soit fini par cette seule création de maison : car l'argument, le seul argument qu'on met en avant, des insuccès constans et nécessaires de Paris, pour légitimer et faire passer les tristes et rétrogrades innovations de la céphalotripsie sur l'enfant vivant et de l'avortement provoqué, deviendrait fort, de futile qu'il est en réalité, si on laissait rétrécir toute la question dans cette prétendue circonstance d'insalubrité inévitablement mortelle. Et il faudrait que les médecins de province fussent doués d'une bien grande force et vertu pour ne pas, à l'imitation des maîtres actuels, organes habituels du progrès, *jeter aussi le manche après la cognée*, sous prétexte d'une insalubrité qui, hélas! est loin de leur manquer; au lieu de continuer, à l'imitation de leurs maîtres anciens, à employer et perfectionner la vieille et si précieuse ressource de l'opération césarienne.

Or, n'est-il pas difficile d'accepter cette insalubrité comme cause unique, ou même principale, de ces constans insuccès depuis cinquante ans, lorsqu'on réfléchit aux nombreux cas de succès signalés par Ténon et autres auteurs, dans le Paris et l'Hôtel-Dieu, alors infiniment plus insalubres que le Paris et les hôpitaux actuels?

N'est-il pas à remarquer, en outre, que c'est toujours dans les localités (et l'Angleterre vient ici heureusement à l'appui) où l'on s'est créé l'habitude d'un extrême sans-façon à l'égard de l'enfant et du fœtus humain, — qui, quoiqu'on le dise et l'imprime, est autre chose qu'*une masse inerte, un être qui diffère à peine de la plante*, — que c'est précisément dans ces localités, qu'elles soient grandes, moyennes ou petites, insalubres ou non, que l'opération césarienne ne réussit jamais ou presque jamais? Et cela ne s'explique-t-il pas tout simplement parce que, suivant la remarque déjà faite par Hull et Burns, on n'opère généralement, et sans confiance, que quand, par suite de manœuvres extrêmes trop prolongées et de précieux temps perdu, on a *rendu les cas désespérés?*

Enfin, et surtout, qu'il soit permis de rappeler les réflexions chirurgicales faites par moi d'abord, et par M. Villeneuve, de Marseille, ensuite (*Revue médicale*, 15 mars, et *Gazette des hôpitaux*, 13 mars et 21 avril), sur la dernière opération césarienne pratiquée le 26 janvier à l'hôpital des Cliniques (relation dans la *Gazette des hôpitaux*, du 6 février).

Ici (et nos réflexions sont restées sans réponse, bien qu'on en ait promis une dans la *Gazette des hôpitaux* du 17 mars) :

1° On a perdu bien clairement un temps précieux;
2° On a mal à propos ouvert les membranes;
3° On a fait une longue incision jusqu'au-dessus de l'ombilic;
4° On a fait d'inopportunes serre-fines et suture entortillée;
5° On a fait des ponctions sur une anse d'intestin.

Ne peut-on pas raisonnablement penser qu'avec de pareils procédés, quelque habileté qu'on ait indubitablement, d'ailleurs, on ne réussirait pas plus dans le plus salubre village que dans une capitale quelle qu'elle soit, surtout quand on voit qu'en faisant tout l'opposé, nous avons, depuis douze ans, sauvé 8 femmes et 11 enfans sur 11 opérées dans nos seuls hôpitaux de Strasbourg, Dunkerque, Louvain, Lille, Amiens? Il est vrai qu'avec une admirable facilité on réduit ces faits à pas grand' chose, en les qualifiant de *pratique rurale*, qu'on dit ne devoir nullement confondre avec la *pratique nosocomiale*, dans tels discours et articles défensifs de la doctrine et de la pratique ci-dessus, et notamment dans un article excessivement curieux (*Gazette des hôpitaux*, 17 mars 1855, 1re page) où se trouvent les deux argumens suivans, formulés dans le langage attique qui suit :

« Il semble que cette grave opération n'ait presque jamais réussi » qu'entre des mains inexpérimentées; » et, « bref, les capacités » échouent, et les incapacités réussissent!.... »

On appréciera, sans nul doute, la modération qui nous fait nous abstenir de tout commentaire sur de telles allégations : M. de Lignerolles les a, du reste, réduites à ce qu'elles valent, par quelques lignes pleines d'autant de fermeté que de bon sens (*Gazette des hôpitaux*, 12 avril).

Je dis donc, pour terminer, qu'il y a, je crois, en ce moment, quelque chose de plus important encore que la création de la maison dont il s'agit : C'est que, l'*Union Médicale*, le *Moniteur des hôpitaux* et la *Revue médicale* continuent d'insister, de manière à entraîner les autres organes de la presse médicale, sur la convenance à tous égards et l'utilité que l'Académie discute, enfin, à fond, la grave et belle question de l'opération césarienne; elle, qui a entre les mains des travaux de gens qui ont réussi et qui croient jeter quelque jour sur cette délicate question, à savoir, de M. de Lignerolles, depuis trois ans et quatre mois, de M. Villeneuve depuis seize mois, et de moi depuis près d'un an.

C'est qu'ils veuillent bien joindre leurs efforts pour que, comme le dit très bien le *Moniteur des hôpitaux*, 19 avril : « Les travailleurs » ne voient pas les académiciens perdre les travaux dont ils sont » chargés de rendre compte, ou laisser dans l'oubli la question sou- » levée par ces travaux quand ces questions en valent la peine. » Et pour que les praticiens (j'en rencontre tous les jours) cessent de croire, bien à tort, assurément, à un contraste fâcheusement significatif entre ces immenses retardemens et la précipitation hâtive de six semaines environ mises à la production et à la discussion du rapport de M. Cazeaux, en mars 1852, sur la doctrine de l'avortement provoqué, acceptée alors par la grande majorité des autorités obstétricales de l'Académie.

C'est que, au lieu que nous nous entendions dire fréquemment : « Vous avez écrit des simplifications chirurgicales utiles (1), et vos » argumens philosophiques sont irréfutables; mais on ne vous répon- » dra pas, parce qu'on doit se sentir faible et gêné, vu les antécédens, » on puisse voir que nous ne nous trompons pas quand nous disons à notre tour : « On nous répondra, et d'autant plus sûrement, que » l'Académie vient de prouver, par ses discussions sur le cancer, sur » le vitalisme, sur la folie, qu'elle aime à s'élever au-dessus des seuls » faits purs au moyen d'une méthodique aspiration à la synthèse, et à » mettre en lumière une philosophique impulsion vers la recherche des » principes qui doivent si souvent nous servir de point d'appui et de » base; on nous répondra, et l'amour de la vérité, qui domine tout, » fera fléchir plus d'un savant, qui grandira encore par l'aveu noble et » simple : qu'il avait, dans cette délicate et difficile question, pensé et » agi un peu trop à la légère. »

Agréez, etc.

LEBLEU, D.-M. P.,
Chirurgien en chef de l'hôpital civil de Dunkerque.

(1) Incision abdominale réduite à 13 centimètres, et suppression de toutes sutures. Voir le mémoire présenté, et lu en partie, à l'Académie de médecine, le 16 août dernier. Commission nommée : M. Paul Dubois..... M. Danyau, rapporteur; mémoire que j'ai publié dans la *Revue médicale*, 31 mars et 15 avril, vu les retardemens, et les fréquens faits et raisonnemens publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, propres à vulgariser la céphalotripsie et l'avortement provoqué.

à dire que la nature spasmodique de l'asthme est démontrée par l'intermittence des accès, par la promptitude de leur invasion et de leur disparition, par la faculté d'alterner avec d'autres affections spasmodiques des muscles de la vie intérieure, enfin par la suppression de l'expectoration pendant les accès et la forme des crachats quand ils cessent, M. Beau répond en disant que, d'une part, ces différens faits ne sont pas rigoureusement liés à l'existence de l'asthme; d'une autre part, qu'ils ne démontrent pas nécessairement que l'asthme est d'une nature spasmodique. L'intermittence, dit M. Beau, ne témoigne pas plus en faveur du spasme qu'en faveur de l'obstruction des racines bronchiques, rien n'étant plus commun que de voir les diverses secrétions morbides affecter un type intermittent. L'asthme se déclare promptement, il est vrai, mais cependant pas d'une manière aussi instantanée que les affections convulsives; et, quant à la rapidité de sa disparition, elle n'a rien qui ne se comprenne aussi bien par le mucus épaissi des bronches que par le spasme. Enfin, la supression de l'expectoration pendant l'accès, et la forme des crachats quand il vient de cesser, sont précisément, pour M. Beau, des faits démonstratifs de la théorie de l'asthme par la rétention du mucus dans les bronches. On comprend, en effet, que les malades n'expectorent pas pendant l'accès, puisque c'est la rétention même du mucus dans les bronches qui le produit. D'un autre côté, l'accès cesse ordinairement dès que l'expectoration a lieu, ou du moins celle-ci suit-elle de près la cessation de l'accès.

» Mais il y a précisément dans cette dernière circonstance de l'expulsion des mucosités après la cessation de l'accès un sujet d'objection qu'on n'a pas manqué de faire à la théorie de la rétention du mucus. Puisque l'accès cesse avant que le mucus ait été expulsé, ce n'est donc pas la présence de ce mucus qui produit l'accès. Mais, fait remarquer M. Beau, cette objection n'est que spécieuse. C'est la présence du mucus épaissi dans les dernières radicules bronchiques qui produit l'accès; or il peut arriver, et cela doit arriver souvent, que ce mucus soit expulsé des petites bronches dans des bronches plus volumineuses, où il peut séjourner impunément plus ou moins longtemps sans reproduire les accès, et qu'il ne soit rejeté complétement au dehors que plus tard. C'est un fait analogue à ce qui se passe dans la colique néphrétique lorsque le gravier déplacé cesse de produire la douleur, bien qu'il n'ait pas encore été poussé jusque dans la vessie.

» Enfin, la forme même de ces produits de l'expectoration des asthmatiques, forme canaliculée, cylindrique, en même temps qu'elle indique son origine, tendrait encore à confirmer l'explication de la production de l'asthme par le mucus.

» Il est une autre circonstance sur laquelle M. Beau a appelé l'attention, c'est l'action des influences extérieures qui peuvent concourir à la production des accès. Ces influences sont très différentes chez les divers sujets. M. Beau a vu un jeune homme, garçon de pharmacie, affecté d'asthme, qui était pris d'un accès toutes les fois qu'il respirait des poussières de quinquina, tandis qu'il pouvait respirer impunément toutes les autres poussières de la pharmacie. Chez un étudiant en médecine, également asthmatique, c'était l'odeur du chlorure de chaux qui déterminait l'accès, tandis qu'il restait insensible à l'action de toutes autres odeurs ou poussières.

» Il paraît difficile, au premier abord, de concilier ces susceptibilités individuelles singulières à l'action des agens les plus divers avec l'idée de phlegmasie catarrhale. Elles semblent impliquer une plus large part d'action que M. Beau n'en accorde à l'action nerveuse. Cependant, ainsi qu'on va le voir, elle n'exclut pas le fait d'une sécrétion muqueuse spéciale et de l'existence de ce mucus comme cause immédiate de l'accès. Voici, en effet, une expérience que M. Beau a répétée plusieurs fois, et qui semblerait établir que c'est sous l'influence même de ces causes spéciales d'irritation ou plutôt de la répulsion qu'éprouvent les bronches de certains sujets pour les agens dont il s'agit, que se produit instantanément cette sécrétion muqueuse pathologique d'où dépend l'accès d'asthme. Nous avons parlé tout à l'heure d'un jeune étudiant qui ne pouvait respirer de l'air imprégné de chlorure de chaux sans éprouver aussitôt un accès d'asthme. Ce jeune homme ayant consenti à cette expérience, on l'a soumis à l'action du chlorure de chaux en présence de plusieurs autres élèves en médecine. Pendant l'expérience, plusieurs des assistans avaient leur oreille appliquée sur la poitrine du jeune homme. Or, après avoir constaté l'absence de tout bruit pathologique, voici ce qu'ils constatèrent plus tard :

» A peine le patient avait-il respiré le chlorure de chaux, que l'on entendit de gros râles vibrans et sifflans se produire dans la poitrine; puis la dyspnée augmentant et l'attaque d'asthme devenant complète, ces râles furent remplacés par l'absence du bruit respiratoire, et la poitrine subit une ampliation marquée. A peine l'accès venait-il de se terminer, que ce jeune homme expectora un mucus épais ressemblant à cette corne fondue signalée par Laennec. L'expérience, répétée plusieurs fois, donna chaque fois les mêmes résultats : impression nerveuse d'abord suivie de la sécrétion muqueuse des dernières bronches accusée par l'auscultation, avec production de tous les phénomènes de l'accès d'asthme; puis cessation de l'accès par l'expectoration du mucus épaissi. » — (In *Gaz. des hôp.*, n° 76, 1855.)

Cette théorie, satisfaisante pour un grand nombre de cas, ne l'est pas également pour ceux où l'accès n'est ni précédé ni suivi d'expectoration, pour ces cas d'asthme sans matière, dont les accès ne s'expliquent que par un trouble nerveux, par une véritable névrose bronchique, qu'aucune bonne raison ne répugne à admettre.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR L'ACÉTATE DE PLOMB [1]; Par le docteur BURKART, à Munderkingen.

Du mois d'octobre 1853 jusqu'à mi-juillet 1854, j'ai eu à traiter plus de 60 cas de pneumonie, sur lesquels il s'en est trouvé beaucoup de graves, tant par l'intensité de la maladie que par des complications d'autres états pathologiques. La constitution médicale était décidément inflammatoire pendant cette époque. Je n'ai perdu, sur ce nombre, qu'un seul malade, atteint en outre de tubercules pulmonaires, et c'est ce résultat extraordinaire qui m'engage à publier le traitement que j'ai institué.

Dès que j'avais reconnu la maladie, j'ordonnais la potion suivante :

Tartre stibié.	15 centig.
Nitre.	4 à 8 grammes.
Eau distillée	120 grammes.
Sirop de guimauve. / Sirop de réglisse. } àà . . .	15 grammes.

A prendre toutes les deux heures, deux cuillerées à bouche, jusqu'à production de deux à trois vomissemens, puis seulement une cuillerée. Souvent il n'y avait pas de vomissement, ou bien il en survenait un ou deux composés de mucosités. Dans des cas rares, lorsqu'il y avait une grande accumulation de bile, les vomissemens étaient bilieux et tellement intenses et fréquens, qu'il fallait suspendre la potion. Ordinairement, elle procurait quatre à six selles et plus. Lorsque je n'avais plus à craindre les vomissemens, j'ordonnais une saignée, tout au plus de 500 grammes; naturellement, la quantité de sang était réglée d'après l'individualité de chaque malade. Si l'amélioration ne se prononçait pas de suite, je prescrivais l'acétate de plomb d'après la formule de la mixture narcotique de Ritscher :

Acétate de plomb.	15 centig.
Laudanum liq. de Sydenham.	50 centig. à 2 gram.
Eau de cerises noires. . . .	120 grammes.
Suc de réglisse.	8 grammes.

A prendre une cuillerée toutes les deux heures. Pour soulager la toux, décoction de guimauve et de réglisse, que je faisais prendre avec beaucoup de succès, pendant toute la maladie; régime sévère, soupe à l'eau et lait caillé écrémé. La plupart des malades guérirent par ces prescriptions, soit avec le tartre stibié, le nitre et la saignée, ou bien consécutivement avec cette potion saturnine. L'amélioration était ordinairement si prompte et si évidente, que mes pneumoniques réclamaient avec instance la continuation de cette potion. Ce n'est que dans les cas les plus graves que je n'observais pas de diminution de l'inflammation; la fièvre, l'oppression, le point de côté restaient les mêmes, ainsi que les signes de l'auscultation. Dans ces cas, je faisais appliquer quatre à huit sangsues *loco dolenti*, et faire, deux à trois fois par jour, des frictions sur la poitrine avec une cuillerée à café d'un mélange d'onguent mercuriel et d'huile de jusquiame, et je modifiais la potion de la manière suivante:

Acétate de plomb. . . .	20 à 30 centig.
Extrait d'opium.	5 à 10 centig.
Eau de cerises noires. . .	120 à 180 grammes.
Sirop de guimauve . . .	15 à 30 grammes.

A prendre une cuillerée toutes les trois heures. Toujours les symptômes cédèrent à cette médication, à l'exception, parfois, de la dyspnée; je l'enlevais alors constamment par l'application d'un vésicatoire de la grandeur de la main sur le lieu le plus douloureux.

Les symptômes pectoraux et stéthoscopiques allaient toujours en s'amoindrissant; le sang diminuait et disparaissait dans les crachats, qui prenaient le caractère de la coction et devenaient plus faciles. Ordinairement, il survenait des sueurs abondantes, avec bien-être et chaleur douce à la peau; souvent aussi je voyais apparaître l'herpès labialis tant désiré; l'urine devenait claire; la langue se nettoyait; en un mot, il survenait un changement total qui amenait une convalescence ordinairement peu longue, même dans les cas les plus graves. Une seule répétition de cette potion suffisait; dans deux cas, je me suis trouvé obligé de donner un *decocto-infusum* de guimauve et de digitale, avec un peu de nitre et de morphine, pour calmer une toux violente, accompagnée d'irritation cardiaque persistante. Mais ne voyant survenir aucune amélioration, je revins promptement à ma potion, dont je renforçai seulement les doses.

Dans un cas, une atonie d'un poumon, depuis longtemps déjà malade, détermina, à la fin de la pneumonie, une grande difficulté d'expectoration, que j'enlevai par une potion renfermant 8 grammes de sel ammoniac et 0,10 d'extrait d'opium.

Je ne faisais rien pour vaincre la constipation qui résultait naturellement de la diarrhée du début et du régime suivi (1); ce n'est que si elle durait plus de six jours, que je la combattais en donnant toutes les deux heures une poudre de calomel de 15 à 20 centigrammes. J'employais aussi parfois ce dernier sans constipation, quand la fièvre, très vive, avait occasionné un délire violent; cependant, à l'ordinaire, ce délire cessait au bout de quelques jours, sans calomel et avec le traitement commun.

Les cas légers, au nombre de plus de 30, guérirent en trois à quatre jours, de manière à ne plus avoir besoin des soins médicaux. Les cas les plus graves par leur intensité ou par leurs complications exigeaient le traitement complet avec une, et, dans quelques cas exceptionnels, deux saignées, ces dernières chacune de 250 grammes. La guérison était obtenue en quinze jours, et les convalescences étaient remarquablement rapides.

Je ne suis pas le premier qui ait employé contre la pneumonie soit le tartre stibié avec le nitre, soit l'acétate de plomb. Anton avait déjà préconisé le premier; Oesterlen, Wunderlich et Martell Frank, l'acétate de plomb; mais, nulle part, je n'ai trouvé indiqué l'emploi méthodique du tartre stibié associé au nitrate de potasse, de l'acétate de plomb avec l'opium, en combinaison avec l'application de sangsues, des frictions mercurielles, des vésicatoires et des tisanes. Aucun de ces modes de traitement n'est surtout appuyé sur un si grand nombre de faits favorables. C'est surtout au plomb que je fais les honneurs de la guérison des cas les plus graves, car tous les autres moyens employés isolément n'ont jamais donné de tels résultats. Ce n'est pas l'opium, car je l'ai employé plusieurs fois seul; j'ai calmé les malades, mais leur pneumonie n'a pas été arrêtée, et j'ai été obligé d'avoir recours à la préparation saturnine.

Suivent quelques observations de pneumonie grave, traitée et guérie par cette méthode; en voici deux comme échantillons :

Femme de 53 ans, pneumonie des deux tiers supérieurs (d'un poumon ou des deux?), caractérisée par un souffle intense; respiration bronchique, etc. Saignée, émétique avec nitre, puis trois fois la potion d'acétate de plomb, 0,40 centigr.; extr. opium, 0,15 centigr., dans 250 gr de liquide; deux cuillerées toutes les trois heures; frictions sur la poitrine avec l'onguent mercuriel, vésicatoire et tisane. Je n'ai pas fait appliquer de sangsues, parce que la malade ne se plaignait d'aucune douleur. Cette femme fut entièrement rétablie en dix-huit jours, quoique les trois à quatre premiers jours elle eût assez fortement déliré.

Boulanger, ayant eu déjà une pneumonie il y a dix-sept ans. Tout le poumon gauche, principalement vers le sommet, est malade; souffle bronchique; râles crépitans, sifflans; dyspnée; menace du suffocation; toux continue; expectoration difficile de mucosités blanchâtres, très tenaces, ne renfermant que peu de sang; points pleurétiques douloureux en plusieurs endroits; face rouge; délire tranquille, surtout la nuit; pouls tendu, plein, dur et tellement fréquent, qu'on pouvait à peine le compter; langue sèche, chargée vers la base; soif inextinguible. Un médecin, qui avait déjà traité le malade depuis quatre à six jours, avait ordonné une saignée; je la renouvelai, mais seulement de 120 grammes (la maladie était déjà dans une période avancée); il ne s'écoula que 60 à 90 gr. de sang noir épais, sans couenne. Potion stibiée nitrée, plusieurs applications de sangsues, frictions avec le liniment, vésicatoire étendu, tisane. Le lendemain, le malade se sentit un peu mieux, mais tous les symptômes avaient encore leur gravité effrayante. Potion avec acétate de glomb, 0,30 centig.; opium, 0,15 centig. Le patient se sentit mieux après chaque potion. Je fus appelé la nuit : il se plaignait de violentes douleurs dans l'estomac et dans l'abdomen; je ne pus constater aucune inflammation dans ces organes, et l'idée me vint aussitôt que ce pourrait être les symptômes d'une intoxication saturnine. Je fis cesser le médicament et ordonnai du calomel pour purger, et des fomentations sèches et chaudes avec un sachet d'herbes émollientes et narcotiques. Le lendemain, tout avait disparu, et je fis reprendre l'acétate de plomb. L'amélioration faisait des progrès, quoique l'on entendît encore de la respiration bronchique et des râles, et j'entrevis une convalescence prochaine, quand il y eut subitement une rechute violente. Craignant une paralysie du poumon, j'ordonnai un *infusum de senega* avec sel ammoniac, soufre doré d'antimoine et *extrait d'opium*. Mais l'état s'empira, la dyspnée fit des progrès, et je revins bien vite au plomb à plus forte dose. La convalescence s'établit quelques jours plus tard. Tous ces accidens étaient causés par des refroidissemens d'autant plus faciles, que le malade était constamment en sueur.

NOTE DU TRADUCTEUR. — Si je ne pouvais confirmer, en partie du moins, les résultats annoncés dans le précédent article, j'aurais hésité à le donner *in extenso*, car il y aurait bien des choses à y observer. On pourrait d'abord douter de l'efficacité de l'acétate de plomb contre la pneumonie, car le traitement est complexe : émissions sanguines générales et locales, modérées, il est vrai; puis tartre stibié et nitre, vésicatoires, frictions mercurielles; tout cela constitue le traitement ordinaire. L'association du nitre à l'émétique est tout à fait rationnelle; on n'a qu'à se rappeler l'action du premier de ces sels sur le sang, et principalement sur la fibrine qui se trouve tellement en excès dans la pneumonie. En mettant en regard le traitement du rhumatisme articulaire aigu par ce médicament, quoique donné à plus haute dose dans ce cas, on restera convaincu que le nitre ne peut que faire du bien. Si ma mémoire ne me trompe pas, du reste, on a proposé de traiter la pneumonie par ce sel à haute dose, mais je ne sais ce que ces essais sont devenus.

Les mercuriaux, sous la forme d'onguent, et surtout de sublimé, comptent de nombreux partisans. J'ai employé moi-même plusieurs fois les frictions mercurielles dans des cas désespérés, où le traitement ordinaire me faisait défaut, avant que je connusse l'action de l'acétate de plomb; et, en somme, je n'ai eu qu'à me louer de ce médicament.

Reste donc comme remède, sinon nouveau, du moins peu connu et peu employé, le sucre de saturne. Je crois que l'auteur a raison quand il lui attribue la plus grande part dans les guérisons; l'analyse de l'article et des observations qui y sont ajoutées le prouvent. Le plomb n'a été administré que quand les saignées et le tartre stibié étaient restés sans effets. Il est vrai qu'en insistant sur ces moyens, on aurait enrayé la marche de beaucoup de ces pneumonies qui ont été arrêtées par le plomb; mais, sur le plus grand nombre, il faut admettre que quelques-unes auraient continué leur marche. D'ailleurs, la relation de quelques cas graves, où le médecin n'avait pas été appelé au début, et qui se sont amendés promptement sous l'influence de cette préparation, montre clairement que celle-ci a une grande prise sur le travail pneumonique.

Mon expérience personnelle me permet de confirmer plei-

(1) Extrait du *Med. corresp. blatt. d. würt. aerztl. ver.* 1855, n° 11.

(1) Et de l'emploi du sucre de saturne. — (*Note du traducteur.*)

nement cette assertion ; j'ai employé assez souvent l'acétate de plomb neutre seul ou presque seul, pour que cet objet ne fasse pas l'ombre du doute dans mon esprit. Voici comment j'ai été conduit à cette médication. Il y a sept ou huit ans, j'avais à traiter une femme d'une quarantaine d'années, un peu chétive, atteinte d'une pneumonie très étendue. Les émissions sanguines, le tartre stibié et les vésicatoioes arrêtèrent et firent rétrograder la maladie; mais, à la suite d'imprudence, il y eut une rechute de pneumonie, accompagnée de bronchite, qui résista opiniâtrément à tous les moyens. Ne sachant plus quoi employer, je voulus m'attaquer à la bronchorrée, suite de la bronchite, et je prescrivis l'acétate de plomb à faible dose. Je vis alors avec étonnement disparaître non seulement l'hypersécrétion bronchiqne, mais aussi l'induration pulmonaire. Longtemps ce fait est resté isolé chez moi, car je voyais là une pneumonie chronique, et l'on sait combien ces affections sont rares. Plus tard, cependant, je donnai ce médicament dans des cas de pneumonie lente, peu aiguë, résistant au traitement ordinaire, surtout dans la pneumonie des vieillards.

Aujourd'hui je l'administre :

1° *Dans les pneumonies aiguës des adultes et des enfans.* — Je n'ai pas encore osé l'employer de prime-abord, car je ne me permets pas d'essayer une médication dans un cas grave, quand j'ai entre les mains une arme éprouvée. Or, chez les enfans et les adultes, les émissions sanguines et le tartre stibié convenablement maniés et soutenns en temps opportun par les vésicatoires, sont d'une action puissante. Je commence donc toujours par ces moyens. Mais il arrive parfois ou que leur influence est nulle, ou qu'elle s'arrête après s'être fait sentir quelque temps; le praticien se trouve alors dans un grand embarras; les médications classiques et héroïques sont épuisées. D'autres fois, la faiblesse du malade ou toute autre circonstance défend l'emploi relativement énergique des émissions sanguines, en même temps que le tartre stibié n'est toléré d'aucune façon. Que faire dans ce cas? Le kermès et l'oxyde blanc d'antimoine sont des médicamens infidèles, qui, souvent, ne sont pas mieux supportés que le tartre stibié, et qui possèdent, avec les autres antimoniaux, des propriétés débilitantes auxquelles certains organismes sont extrêmement sensibles. En un mot, les émissions sanguines et les antimoniaux sont ou impossibles, ou bien sans bons effets. C'est dans ces cas que je m'adresse au sucre de saturne, et j'en ai obtenu des guérisons auxquelles il m'aurait fallu renoncer par les autres traitemens.

J'emploie assez souvent ce sel chez les phthisiques; eh bien, j'ai vu plusieurs fois les petites inflammations pneumoniques, qui hâtent la fonte tuberculeuse, s'arrêter sous son influence.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL ET DU CORPS DU FÉMUR;

Par M. Ferdinand Martin, chirurgien-orthopédiste des Maisons impériales d'éducation de la Légion d'Honneur, chirurgien-mécanicien de l'hôtel impérial des Invalides, etc.

(Suite. — Voir les numéros des 12, 14, 21 et 23 Juin.)

Il nous reste une dernière question à examiner : elle est de la plus haute importance et les circonstances actuelles en redoublent l'intérêt.

Nous voulons parler de la malheureuse nécessité où l'on se trouve souvent sur le champ de bataille, dans le cas de fracture, par coup de feu, de sacrifier le membre que, dans les conditions ordinaires, il eût été possible de conserver.

Cette question a été et est encore le désespoir des chirurgiens militaires.

Tous les chirurgiens savent, en effet, que si l'on transporte un blessé affecté de fracture des membres inférieurs, dans les conditions désastreuses du champ de bataille, la conséquence est presque toujours un gonflement très considérable du membre et des accidens inflammatoires tellement intenses que l'amputation devient la seule ressource.

Du reste, pratiquée dans des circonstances aussi défavorables, l'opération devient d'une gravité excessive et réussit bien rarement. Aussi, en est-on venu naturellement à renoncer d'emblée à toute tentative de guérison de la fracture et à accepter d'avance une conséquence reconnue inévitable, — c'est-à-dire, qu'en principe, tout membre fracturé est amputé immédiatement et souvent même sur le champ de bataille.

Cette déplorable nécessité se présente si fréquemment et est presque toujours tellement impérieuse que Ribes et beaucoup d'autres n'ont pas craint de l'ériger en précepte formel.

Cependant, quelques chirurgiens, sans doute, rencontrant des circonstances favorables, ont essayé d'en appeler des maîtres et M. le docteur Hutin est venu, il y a peu de temps, montrer à l'Académie impériale de médecine que beaucoup de fractures des membres inférieurs ont pu guérir sans amputation.

Le précepte reste pourtant, et fait encore loi pour la majeure partie des chirurgiens militaires à cause des désordres occasionnés dans le transport.

Toute la question nous paraît donc devoir se résumer à *éviter les accidens de la translation.* Or, nous avons dit, dans le cours de ce travail, que dans le cas où la fracture se trouverait compliquée de plaie, il serait facile, malgré la présence de l'appareil, de la panser et d'en surveiller l'état. Plus loin, nous ajoutions que le malade pouvait, sans inconvénient, être changé de lit et même transporté à une grande distance sans que le travail de consolidation fût sensiblement retardé ou modifié.

Des résultats aussi favorables ne pouvaient échapper à la sagacité de M. le baron Hipp. Larrey qui, dans sa sollicitude éclairée, a parfaitement compris tous les services qu'un appareil de cette nature pourrait rendre aux malheureux blessés affectés de fractures des membres inférieurs. Seulement, le volume assez considérable de notre appareil le rendait impropre au service des ambulances.

Alors, sur les indications qui nous ont été fournies par M. Larrey, nous avons entrepris de construire un appareil beaucoup moins volumineux, d'une application facile et prompte, et cependant, capable de maintenir les fragmens dans leurs rapports normaux, en évitant tout déplacement dans le lieu de la fracture, et, par conséquent, toute déchirure dans les chairs qui avoisinent, quel que soit, d'ailleurs, le moyen de transport dont on dispose.

Notre nouvel appareil repose sur les mêmes principes que le premier et n'en est qu'une modification : aussi, peut-il le remplacer dans la majeure partie des cas et remplir, à peu près, les mêmes indications.

Il se compose aussi d'une partie destinée à l'extension et d'une autre à la contre-extension, et tout l'appareil peut être renfermé dans un petit sac-valise, fig. 11, présentant une longueur totale de 0m,75, sur 0m, 20 de hauteur et 0m, 14 d'épaisseur, et, par conséquent, pouvant être facilement placé dans un fourgon d'ambulance, ou attaché sous un cacolet, enfin, au besoin, être placé derrière le porte-manteau d'un cavalier.



Figure 11.

Cet appareil, que nous nommerons *appareil de campagne*, peut servir non seulement au traitement des fractures du fémur simples ou compliquées de plaies, mais encore il peut être employé avec avantage au transport des blessés.

Sur la demande de M. Larrey, nous avons dû y ajouter un appareil extensif pour les cas de fracture de la jambe.

Ainsi, l'appareil, tel que nous allons le décrire, est tout aussi bien applicable aux fractures de la jambe qu'à celles de la cuisse et même au cas où les deux fractures existeraient simultanément.

Cet appareil, avons-nous dit, se compose de deux parties distinctes, l'une est chargée de l'extension et l'autre de la contre-extension.

La partie de l'extension consiste en deux attelles latérales assemblées entre elles par trois demi-cercles d'acier *E E E* qui les maintiennent au degré d'écartement nécessaire pour que le membre ne soit jamais comprimé par elles. Ces attelles sont brisées et articulées à nœud de compas à la hauteur du genou, de manière à permettre de replier l'appareil sur lui-même et, par un mouvement que nous aurons à expliquer, de placer le membre dans le degré de flexion que nous avons reconnu le plus favorable au traitement de la fracture et au transport des blessés.

La portion fémorale des attelles est garnie de chaque côté de deux gaînes en fer destinées à loger la longue attelle *B*, à glisser sur elle, et, par conséquent, à servir de curseur à tout le système de l'extension.

Une sorte de chariot monté à coulisse sur ses attelles jambières, supporte la semelle de bois montée à bascule sur une tringle de fer, et, par une vis *P*, glissant dans un arc de cercle, cette semelle peut fixer le pied dans tel degré d'extension ou de flexion qui convient, tout en laissant au chirurgien la facilité d'exercer l'extension de la jambe si besoin est.

Nous avons voulu, pour ce nouvel appareil destiné aux cas les plus graves, élargir, autant que possible, les surfaces de l'extension : à cet effet, nous avons hérissé le bord antérieur des attelles, d'une série de petits crochets sur lesquels viennent se fixer autant de bandes qu'il est possible d'en désirer. Nous expliquerons et la disposition de ces bandes et leur mode d'action en nous occupant de l'application de cet appareil.

La partie de l'extension se compose : d'une ceinture d'acier à laquelle sont fixés les deux sous-cuisses qui viennent reposer sur le périnée. Cette ceinture est formée de trois pièces séparées *A D G*, fig. 12, qui, lorsqu'elles sont réunies, forment un cercle complet *A D G*, fig. 13, et constituent ainsi la ceinture. Un large coussin rembourré, sur lequel vient reposer la région lombaire, est attaché à la pièce *A*. Cette pièce *A* présente de chaque côté un petit pontet *a* et *a'* destiné à recevoir une partie rétrécie des pièces *D* et *G*.

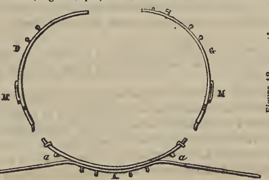


Figure 12.

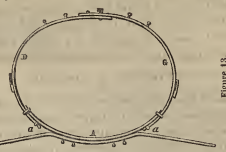


Figure 13.

De chaque côté de la ceinture, c'est-à-dire sur les parties latérales *D* et *G*, existe une mortaise destinée à recevoir l'extrémité *C* de la longue attelle *B*, fig. 16.

La longue attelle *B*, avons-nous dit, est reçue dans deux gaines en fer *R R*, fig. 15 qui servent de conducteur à tout le système de l'extension ; et comme l'appareil peut indistinctement être appliqué à droite et à gauche, cette longue attelle doit toujours être placée dans les gaines qui sont au côté externe du membre, de manière à pouvoir être adaptée à la mortaise correspondante de la ceinture.

Il est nécessaire que l'appareil soit fixé au degré de flexion qui a été déterminé ; à cet effet, nous avons mis une sorte de verrou excentrique *F* qui vient s'engager dans une entaille pratiquée sur les deux plaques d'acier formant la charnière à nœud de compas qui réunit les portions jambières et fémorales des attelles. Il faudra donc, quand l'appareil sera amené au degré de flexion angulaire, que nous avons indiqué, tourner de haut en bas le petit manche ou levier du verrou excentrique *F*.

Le pied sera fixé sur la semelle de bois à l'aide des deux bandes attachées ensemble en forme de croix; les parties les moins longues seront attachées aux boutons de la partie postérieure de la semelle ; l'entrecroisement des deux bandes reposera sur le tendon d'Achille et les deux chefs viendront s'attacher aux boutons antérieurs après s'être croisés sur le coude-pied, voyez I, fig. 15.

Mode d'application.

On prendra d'abord, dans la valise, les trois pièces qui doivent former la ceinture; on glissera sous le malade la pièce *A* après y avoir attaché une des extrémités des sous-cuisses : ensuite on introduira la partie rétrécie des pièces *D* et *G* sous les petits pontets *a* et *a'* de la pièce *A*, la pièce *D* à la droite du blessé et la pièce *G* à gauche. Ces deux pièces seront rapprochés l'une de l'autre, pour venir se croiser à leur partie antérieure, où elles seront réunies ensemble à l'aide du petit tourniquet. Chaque pièce est poinçonnée de l'initiale du côté où elle doit être appliqué : *D* pour droit, etc.

La ceinture étant ainsi constituée, on attachera l'autre extrémité des sous-cuisses aux boutons antérieurs de la ceinture.



Figure 14.

On prendra les attelles repliées et on les étendra pour les poser sur le membre blessé que nous supposons sur un plan horizontal.

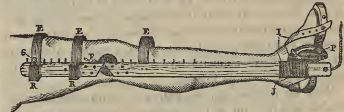


Figure 15.

On prendra les bandes une à une et les repliant sur le bout des doigts ou sur l'extrémité d'une petite attelle, on les glissera sous le membre jusqu'à ce qu'elles dépassent de chaque côté.

Quand on en aura placé un nombre suffisant, on les fera passer de chaque côté entre le membre, et l'attelle et en les tendant légèrement, on viendra les réfléchir sur le bord antérieur de l'attelle pour les accrocher aux petits crochets dont il est hérissé.

Les bandes ainsi disposées, remplacent pour l'extension de la cuisse la large courroie *H* de notre premier appareil, et, de plus, leur surface peut offrir une étendue beaucoup plus considérable. Mais, afin de laisser au chirurgien le choix des moyens, nous avons ajouté deux plaques rembourrées qu'il pourra, au besoin, glisser entre les bandes et le membre.

On soulèvera le genou en fléchissant la jambe sur la cuisse jusqu'à ce que les deux portions du membre forment entre elles un angle dont le sinus serait d'environ 110° c'est-à-dire autant que l'appareil pourra le permettre.

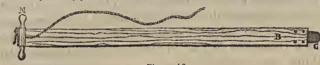


Figure 16.

On prendra la longue attelle *B*, fig. 16, qu'on introduira de bas en haut sous les gaînes *R R* de la partie fémorale de l'appareil et en continuant de la sorte on viendra introduire son extrémité *C* dans la mortaise de la ceinture. Puis on fermera le verrou excentrique *F* en abaissant son petit manche.

Réduction et contention.

Les choses étant ainsi disposées, il faudra s'occuper de pratiquer l'extension du membre. Ici, pour simplifier autant que possible l'appareil, nous avons supprimé le moufle et l'avons remplacé par deux étoquiaux qui servent de poulies de réflexion ; l'un, *S*, est fixé sur l'une des gaînes *R R* de l'attelle fémorale,

Figure 17.

qui servent de curseur à la portion de l'appareil chargée de l'extension ; tandis que l'autre étoquiau est formé tout simplement par le béquillon *N* de la longue attelle *B*.

La corde étant attachée par l'une de ses extrémités au béquillon *N*, on viendra la passer sur l'étoquiau *S* du curseur de l'extension, puis elle reviendra sur le bras correspondant du béquillon, pour retourner ensuite à l'étoquiau, et enfin venir terminer l'enroulement de la corde au béquillon auquel elle sera nouée solidement, et enfin elle sera prise sous le petit ressort-pincette.

Il est facile de comprendre que si l'on vient à tirer sur la corde, ainsi réfléchie sur les étoquiaux, on produira exactement le même effet qu'avec le moufle, c'est-à-dire qu'on fera l'extension du membre.

Le pied étant placé sur la semelle de bois et maintenu, ainsi que nous l'avons dit, on pourra l'incliner selon les indications : après avoir desserré l'écrou *P*, et amené le pied au point convenable, on resserrera l'écrou pour fixer le pied dans cette position.

Dans le cas où il s'agirait d'une fracture du fémur seulement, le pied n'ayant besoin que d'être contenu, on tirera doucement sur la corde attachée à la semelle, et, la réfléchissant sur la traverse de fer qui maintient l'extrémité des attelles jambières, on viendra la pincer sous le petit ressort. Mais si l'on avait affaire à une fracture de jambe ou aux deux fractures existant simultanément, l'extension, quoique modérée, devra être beaucoup plus forte; dans ce cas, il sera bon de garnir le coude-pied d'une bonne carde de coton ou d'une compresse mollette, pour éviter les excoriations que l'on sait très fréquentes sur ce point.

En résumé, à l'aide de notre appareil, nous avons constamment obtenu des guérisons qu'on peut qualifier de parfaites; car, dans tous les cas où nous l'avons employé, que la fracture siégeât sur le corps de l'os ou sur son col, qu'elle fût transversale ou oblique, simple ou comminutive, qu'elle fût récente ou datât déjà de 15, 18, 28 et même 38 jours ; dans tous les cas, disons-nous, nous avons obtenu la consolidation avec moins d'un centimètre de raccourcissement, et nos malades ont toujours guéri sans claudication; nous pouvons citer même un malade affecté d'une fracture du col du fémur, âgé de 67 ans, et un autre âgé de 75 ans.

Nous ne voulons pas en finir avec cette méthode d'extension sans dire un mot de quelques applications que nous avons pu en faire, et sans indiquer aux praticiens toutes les ressources qu'elle peut leur présenter.

Ainsi, nous l'avons employée avec succès pour la réduction d'une luxation traumatique du fémur chez un homme d'une constitution athlétique, un fort de la halle. Cette luxation avait résisté aux efforts combinés de huit personnes, aidées de l'anesthésie. En présence des docteurs Clerc, Fournier, Lamarre et Lepié, et sur leur demande, je fis l'application de mon appareil en plaçant le membre dans la position demi-fléchie; grâce à cette position, il me fut facile, à moi seul, d'opérer la réduction de la luxation tout en causant avec le malade, et sans avoir besoin de recourir à une très grande force de traction.

Dans un grand nombre de cas de luxation congénitale du fémur, cette méthode nous a été d'un grand secours pour maintenir les os dans leurs rapports normaux.

Mais c'est surtout dans les coxalgies, à n'importe quel degré d'intensité, à n'importe quelle période de leur existence, compliquées ou non de luxation, que nous en avons obtenu les résultats les plus surprenans. Ainsi, toujours, nous avons vu la douleur disparaître immédiatement, et la guérison arriver dans des cas qui devaient être considérés comme au-dessus des ressources de l'art. Enfin, lorsque la luxation était produite, nous sommes parvenu, le plus ordinairement, à la réduire, et, dans ces cas, nous avons obtenu la guérison de la malade sans ankilose, et partant, sans claudication. Cette question est, du reste, trop grave pour la traiter en passant, et comme question accessoire. Nous nous réservons d'en faire prochainement le sujet d'un travail spécial.

(*La fin à un prochain numéro.*)

PRESSE MÉDICALE.

DES CAUSES DE LA COLORATION SPÉCIALE DES SYPHILIDES. — Le docteur Zeissl, de Vienne, les trouve dans la constitution anatomique de ces éruptions, principalement dans une dilatation des capillaires, dans la formation de nouveaux vaisseaux, dans la stase passive du sang qui en résulte et dans la transsudation de la matière colorante du sang. Ces idées, déjà avancées par Günsburg, ont reçu par le même leur démonstration sous le microscope. La simple hypérémie des capillaires de la peau détermine la coloration en rose; c'est pour cela que la roséole syphilitique ne peut être distinguée que difficilement dans les premières heures de son existence, de celle qui n'est pas spécifique. Par la même raison, l'érythème papuleux spécifique a, dès le début de l'exsudation papuleuse, la couleur brun-pâle. La papule à son complet développement, avec dilatation vasculaire considérable et formation de vaisseaux nouveaux, possède la coloration brun-rouge foncée, tandis que la papule affaissée est colorée en brun-mat, par la transsudation de la matière colorante du sang. Les vaisseaux dilatés peuvent être distingués à l'œil nu, aux endroits à peau délicate et mince, comme sur les paupières. Cet état des vaisseaux explique en outre pourquoi les colorations sont plus intenses à certaines parties de la peau, comme la pointe du nez, les membres inférieurs ; c'est que là, la circulation est plus lente et difficile. Ordinairement, l'affaissement des papules entraîne la disparition des capillaires variqueux, mais il peut arriver que, dans quelques cas, ils persistent, s'élargissent et forment alors de véritables varices de la grandeur d'un chènevis à une lentille. Cette opinion se fonde sur l'observation de personnes ayant eu longtemps des syphilides, et qui, après leur guérison, se sont aperçues de l'existence de ces petites tumeurs sanguines à des places où, avant la maladie, elles étaient sûres de ne pas en avoir eu. — (*Wochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellrch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 7.)

SMALL-POX IN UTERO (PETITE-VÉROLE DANS L'UTÉRUS). — Tel est le titre d'une observation publiée par M. le docteur Francis Osborne, de Liverpool.

Dans le mois de septembre 1854, le docteur Osborne fut mandé près de Mme R.... Cette dame avait la petite-vérole. La maladie n'offrait point de complications sérieuses, et, malgré les craintes de Mme R..., qui était alors enceinte de *sept mois*, il n'y eut point d'avortement et la convalescence fut franche et rapide.

Deux mois après, c'est-à-dire dans le courant du mois de novembre 1854, le docteur fut appelé pour assister Mme R, qui mit au monde un enfant *fort, bien portant*, et du sexe mâle. Quelques jours après l'accouchement de Mme R..., son mari demande quand on vaccinerait l'enfant. M. Osborne répondit qu'il le vaccinerait pour être agréable au père, mais que la vaccination serait inutile, parce que l'enfant avait eu, pensait le médecin, la petite-vérole en même temps que sa mère.

L'enfant fut vacciné et, chose qui étonna le médecin, la vaccine suivit une marche normale et aussi régulière que si la mère n'avait point été atteinte de variole pendant sa grossesse. L'auteur de cette observation ajoute que Mme R... avait été vacciné lorsqu'elle était jeune. — (*The Lancet*, 19 mai 1855.)

Ce fait nous paraît digne d'intérêt : 1° parce qu'il prouve que le fœtus peut ne pas être atteint de petite-vérole en même temps que sa mère ; en effet, si le fœtus avait subi la contagion maternelle, il est *presque certain* que la vaccination n'aurait pas été suivie de succès sur l'enfant quelques jours après sa naissance;

2° Parce que la fièvre éruptive de la mère n'a point déterminé l'avortement, ce que l'on observe le plus souvent dans les cas de variole et de scarlatine.

Si nous rapprochons de ce fait une observation qui nous est propre et que nous avons recueillie dans le service de M. Rayer, en janvier 1855, nous sommes en droit de conclure que la variole n'est pas toujours une cause d'avortement et, de plus, qu'il sera toujours prudent de vacciner un enfant même quand sa mère aura eu la variole dans les derniers mois de la grossesse.

Resterait une autre question intéressante à éclaircir, à savoir si l'avortement, dans les cas de fièvre éruptive chez la mère, est dû à la plus ou moins grande gravité de la maladie ou à la contamination fœtale.

TUMEUR DÉVELOPPÉE DANS L'ANTRE D'HYGMORE ; EXTIRPATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR DU COTÉ DROIT. — Cette observation a été recueillie par le docteur Ellis Jones, chirurgien de Northern-Hospital à Liverpool.

Jane Davies, âgée de 44 ans, fut envoyée à Liverpool, Northern-Hospital, pour y être opérée du maxillaire supérieur du côté droit. La malade faisait remonter l'origine de son mal à quelque violence de la part de son mari, qui, dans un moment de colère, aurait introduit le pouce d'une de ses mains dans la bouche de sa femme et aurait pressé violemment entre ses doigts les parois du maxillaire supérieur. Cette violence fut suivie d'une grande douleur et bientôt une tumeur apparut sur le côté droit de la face. Plus tard, la malade remarqua que la tumeur et la douleur, qui avaient paru diminuer quelques jours après l'accident, étaient revenues et que sa joue tombait en avant. Les douleurs devinrent lancinantes et le volume de la tumeur alla continuellement en augmentant.

Le jour de l'admission de la malade à l'hôpital, on remarque une différence de volume considérable entre le côté droit et le côté gauche de la face.

La tumeur est dure, de forme conique, de consistance élastique, et est évidemment entourée par la paroi antérieure de l'antre d'Hygmore, paroi qui a été considérablement amincie par le développement graduel de la tumeur. Cette tumeur est limitée en haut par l'arcade zygomatique et le plancher de l'orbite; de plus, on voit que le nez est rejeté au delà de la ligne médiane sur le côté gauche de la face. La voûte palatine est projetée dans la cavité buccale, et là la tumeur est plus facilement dépressible que du côté de la joue.

Il n'y a pas de déplacement notable du globe oculaire; la peau de la joue n'est point adhérente à la tumeur et elle a conservé sa coloration normale. La région tuméfiée n'est point œdématiée et la tumeur n'est point douloureuse *à la pression*. On note une absence complète de dents à la mâchoire supérieure droite, mais la malade assure qu'elle avait perdu ses dents avant sa maladie. Si on explore le maxillaire supérieur avec le doigt introduit dans la bouche, on ne rencontre plus de saillie alvéolaire.

La tumeur, bien qu'elle ait dévié le nez, n'a point envahi la fosse nasale correspondante, et les larmes ne coulent point sur la joue malgré la déformation de la narine droite. Le doigt porté dans la narine et vers l'isthme du gosier ne sent point de saillie appartenant à la tumeur.

Il y a eu, au début, de nombreux saignemens de nez qui n'ont point persisté. Le dévelopement de la tumeur paraît s'être porté surtout du côté de l'os malaire et vers la cavité buccale en pressant sur la voûte palatine.

La malade a toujours été bien réglée, et l'état de sa santé générale a toujours été très satisfaisant.

Il était difficile de dire si la tumeur était de nature bénigne ou maligne. Le palper de la joue donnait la sensation d'une tumeur élastique ; mais le doigt sentait plus de mollesse du côté de la voûte palatine, ce qui indiquait que l'os maxillaire supérieur avait disparu en cet endroit.

Après avoir pris en considération toutes les circonstances, il fut décidé qu'on opérerait la malade en lui enlevant le maxillaire supérieur du côté droit.

29 mars. L'opération est pratiquée à une heure. La première incision est faite le long de l'aile du nez et est continuée jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure. Aucun vaisseau n'est lié dans ce premier temps. Une seconde incision part de l'apophyse zygomatique et vient aboutir à la commissure des lèvres. Alors on relève, en le disséquant, le lambeau triangulaire à base supérieure. Deux vaisseaux sont liés. La dissection est portée jusqu'au pourtour de l'orbite. L'artère orbitaire inférieure est liée.

Cela fait, on sépare le maxillaire de l'os malaire, d'abord au moyen de la scie, puis on complète la division avec la pince de Liston. On coupe aussi l'apophyse nasale. Puis on divise les parties molles de la voûte palatine avec le scalpel et les parties dures avec la pince dont on a introduit une des branches dans la narine et l'autre dans la bouche.

Quelques coups de ciseaux et de légères tractions achèvent la séparation du reste des parties. Un seul vaisseau a dû être lié après l'ablation complète de la tumeur.

Pansement avec des boulettes de charpie ; suture entortillée des lèvres des incisions.

Le troisième jour de l'opération, on retire les épingles des sutures ; les lèvres des incisions sont réunies par première intention.

Le quatrième jour, on enlève les boulettes de charpie ; la surface de la cavité artificielle a bon aspect. Chaque jour on injecte du chlorure de soude pour laver la cavité, qui bientôt tend à la cicatrisation.

Dix-huit jours après l'opération, la malade faisait quelques pas dans la salle, et il n'y avait eu à noter qu'une très grande quantité de sécrétion salivaire et une légère teinte érysipélateuse du côté de la face, teinte érysipélateuse qui disparut spontanément.

La santé générale était bonne, et l'appétit revenu.

Vingt-quatre jours après l'opération, en examinant les parties, on reconnut que l'os palatin, une partie du voile du palais et la luette avaient été conservés. Le dedans de la bouche était complétement cicatrisé.

2 mai. Depuis huit jours, la malade a recouvré ses forces ; elle a pu parcourir ce matin la distance de deux milles pour faire prendre la photographie de sa figure. Par le même procédé, on avait obtenu le portrait de la malade avant l'opération. *The Association médical journal*, auquel nous empruntons cette observation, donne les deux épreuves photographiques, et l'on peut se convaincre, en les consultant, du résultat avantageux de l'opération pour la régularité des traits.

Le 3 mai, la malade quitte l'hôpital, entièrement bien portante.

M. Quekett, du Royal collège des chirurgiens, a bien voulu nous communiquer le résultat de son examen microscopique de la tumeur.

Cette tumeur était entièrement composée de tissu fibreux, qui, en plusieurs endroits, avait subi la transformation osseuse. M. Quekett dit que le tissu osseux de cette tumeur ne présentait point l'aspect du tissu analogue aux os, que l'on rencontre ordinairement dans de semblables tumeurs, mais bien la structure du tissu osseux normal avec des aréoles nombreuses.

DE L'EXCISION DES POLYPES FIBREUX DE LA MATRICE. — Le docteur Lumpe préfère de beaucoup cette opération seule, ou bien combinée avec la ligature si l'on craint l'hémorrhagie, à la ligature seule. Le moyen le plus facile et le plus sûr pour y arriver consiste à saisir le polype avec des pinces de Museux, à l'attirer doucement autant qu'il est nécessaire et à le couper avec de longs ciseaux. L'abaissement de la matrice, si celle-ci est mobile, est peu à craindre quand il se fait lentement et ne dure pas trop longtemps. Les instrumens tranchans, en forme de dé, dont on coiffe l'indicateur pour opérer la section du pédicule sans tirailler la matrice sont à rejeter. Leurs inconvénients, même leurs dangers proviennent de ce qu'il faut examiner, protéger et couper avec les doigts de la même main. Pour les polypes très volumineux, quand le forceps ne suffit pas pour laisser les doigts arriver au pédicule, on peut exciser une portion de la masse pour se frayer un passage plus facile pour la main.

Une autre précaution est encore importante à observer plus qu'on ne fait ordinairement ; c'est de ne pas s'évertuer à couper ou à lier le pédicule trop près de son insertion à la matrice, de crainte d'intéresser cet organe. Les cas de régénération supposée de polypes ne sont probablement que des erreurs de diagnostic, où l'on a pris pour une repullulation le développement de polypes plus petits et déjà existans. Le reste du pédicule est toujours éliminé par détritus. — (*Vochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 11.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltestr et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 79. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 5 Juillet 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal parait trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 4 JUILLET 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Post nubila Phœbus. Les séances de l'Académie nous promettent pour longtemps un calme profond. Après les discussions qui ont eu pour motif ou pour prétexte le cancer, la variole, l'aliénation mentale, la docte compagnie se repose; elle se recueille peut-être.

M. Bousquet lui-même paraît fatigué de la lutte. Dans l'excellent rapport dont il a donné lecture au nom de la commission de vaccine, nous avons retrouvé son érudition, son esprit, son talent d'exposition; mais on y chercherait en vain, et ceci n'est pas un regret, la dialectique incisive qui, par deux fois, a soulevé tant d'orages au sein de la savante assemblée.

M. Robinet a fait, sur une série de recettes plus ou moins merveilleuses, un de ces rapports impitoyables et mérités qui font les délices de l'Académie et le désespoir du charlatanisme. Il a le secret des coups d'épingle qui font subitement affaisser tous les ballons enflés au souffle de la réclame manuscrite ou imprimée, juste au moment où les inventeurs s'attendent à les voir partir le plus majestueusement du monde.

Mentionnons encore un rapport de M. Boullay sur une demande d'exploiter à Lyon plusieurs fabriques d'eaux minérales artificielles, et la présentation faite par M. Guillon d'un enfant atteint d'un vice de conformation fort rare : c'est un *épispadias*. Une discussion quelque peu confuse a suivi cette communication et terminé la séance.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

De la spécificité des maladies.

Quelles sont les conditions requises pour que la contagion ait lieu? Il y en a deux fondamentales : d'abord l'existence d'un virus excitateur, et, en seconde place, un état tel de l'économie, que celle-ci soit apte à recevoir le virus. L'intervention de ces deux facteurs est indispensable, car si, en présence du virus, l'aptitude de l'économie à le faire fructifier manque, la contagion paraît ne pas exister. Les conditions en vertu desquelles cette aptitude de l'économie, que nous appellerons la *réceptivité*, mot peu correct, mais qui exprime bien la pensée; ces conditions, dis-je, sont très difficiles à apprécier, et ne peuvent qu'être éclairées par des considérations empruntées à la physiologe et à la pathologie. Voyez ce qui se passe pour les aptitudes physiologiques, eu égard, je suppose, aux *injecta* et au *circumfusa*; un individu prend pendant des semaines et des mois un aliment qu'il digère et dont il se trouve très bien; puis, il vient un jour où cet aliment, jusque-là sain, très familier à l'estomac, cause une indigestion, n'est pas supporté. A quoi cela tient-il? Ce n'est pas évidemment à la matière ingérée, qui est toujours restée la même et a été prise dans les mêmes conditions. On ne peut s'en prendre qu'aux aptitudes physiologiques des organes digestifs qui se sont trouvées changées à un moment donné, sans qu'il soit possible de dire comment ou pourquoi. De même, telle profession à laquelle est habitué celui qui l'exerce et dont il n'a reçu aucune mauvaise influence, détermine un beau jour, chez lui, quelque maladie, en raison de la mauvaise disposition dans laquelle il se trouvait, témoin le boulanger entré hier dans nos salles avec une pneumonie. Cet homme, qui exerce depuis longtemps sa profession et s'est assurément exposé des milliers de fois à des refroidissemens étant en transpiration, comme c'est l'habitude des gens de son état, est atteint d'une phlegmasie pulmonaire, pour avoir reçu l'air froid d'un soupirail de cave resté ouvert.

Il faut, d'un autre côté, reconnaître qu'il se perd une grande quantité de germes. Pour vous en convaincre, songez à ce qui se passe dans l'ordre des sciences naturelles, chez un arbre de la famille des amentacées, par exemple : le voilà couvert de myriades de chatons, les stygmates emmiellés des femelles sont entr'ouverts pour recevoir le pollen, qui existe à profusion; et pourtant, à l'automne, vous ne trouverez sur cet arbre qu'un nombre très limité de glands. Songez alors à la quantité de matière fécondante, au nombre d'œufs qui ont dû se perdre, en dehors de toute circonstance extérieure défavorable.

La même observation s'applique au régime animal, où la fécondation est extrêmement rare, eu égard à la multiplicité des rapprochemens sexuels. Cette perte de la matière reproductrice nous paraît de tout point applicable à la contagion, qui peut ne pas avoir lieu, bien qu'il y ait eu application du virus reproducteur, et c'est en vertu de cette particularité que certaines maladies frappent les individus exposés au même foyer contagieux à des intervalles différens, et met un temps fort long à les atteindre tous. Ainsi, une épidémie de variole venant à se montrer dans une localité, atteint une partie de la population en un an, le reste l'année d'après, et ce n'est qu'au bout de ce temps que la généralité des individus a contracté la maladie, bien qu'ils aient eu entre eux de fréquens rapports dans les établissemens publics, les églises, les marchés, etc.; et la chose est encore plus frappante pour un troupeau de moutons qui prend la clavelée, par exemple; bien que les bêtes soient toujours au contact des pustules, de la bave les unes des autres, elles ne sont prises que successivement de la maladie qui met ainsi un long temps à parcourir tout le troupeau. Comment expliquer que ces individus, placés dans des conditions identiquement favorables à la contagion, soient pris successivement, si ce n'est en admettant chez certains l'aptitude à résister à l'action du virus, un défaut de réceptivité et la perte des germes?

Cette question de la résistance à la contagion s'éclaire beaucoup de ce qui se passe pour certaines affections de nature infectieuse, de causes locales, auxquelles toute une population entière se trouve exposée à la fois; ainsi, pour la fièvre jaune particulièrement, les cas s'en multiplient pendant quatre ou cinq mois, et ceux qui sont pris à la fin de cette période ont résisté longtemps, bien qu'ils aient été exposés dès le début à l'infection aussi bien que ceux qui ont été pris les premiers. Il y a plus, c'est qu'un certain nombre d'individus restent dans la localité où règne la fièvre jaune, pendant toute sa durée qui, en Europe, s'étend en général du mois d'août au mois de novembre, et ne prennent pas la maladie. Ils ont, pendant toute cette période, résisté à l'influence de l'infection; de même que dans les familles où règne une maladie contagieuse, certains membres ne la contractent pas.

L'aptitude à contracter les maladies se perd le plus souvent en vertu de causes qui nous sont inconnues. Nous savons, sans pouvoir l'expliquer convenablement, que les femmes enceintes jouissent, jusqu'à un certain point, du bénéfice de la résistance à la contagion, et qu'aussitôt la délivrance et la perte de sang qui l'accompagne opérées, elles perdent cette précieuse propriété, comme si les voies de la circulation s'étaient tout à coup ouvertes à l'entrée du contagium. Certaines maladies, quand on les a eues une fois, garantissent l'avenir; ainsi la variole et la scarlatine. Et ici nous pouvons appliquer la théorie de M. Ricord sur la vérole, qui n'est possible qu'une fois. La première fois que le virus ou la matière contagieuse est introduite dans l'économie, tout ce que celle-ci renferme de matière fermentescible est mis en mouvement par cette sorte de levain, et détruite; si bien qu'à une nouvelle introduction de virus ou de ferment, il ne se produit pas d'action.

Une maladie peut préserver, pour l'avenir, d'une maladie différente d'elle-même : ainsi la vaccine préserve de la variole, bien que ce soient deux affections tout à fait différentes.

Il y a certainement des résistances absolues, mais elles sont rares, et il faut s'en défier, car elles ne sont, le plus souvent, qu'apparentes. Vous voyez des personnes non vaccinées qui ne gagnent pas la variole; mais vous ne savez pas si, pendant la gestation, leur mère n'a pas eu la petite-vérole, et si le fœtus n'a pas subi l'influence contagieuse. En outre, un enfant peut avoir, bien que la chose soit rare, une variole qui consiste en quelques boutons, et passe inaperçue. Il y a aussi des personnes qui résistent à la fièvre jaune; mais il faut savoir que cette affection est quelquefois si bénigne, qu'elle passe inaperçue; les enfans surtout l'ont sous cette forme. M. Trousseau a observé, ainsi que MM. Louis et Chervin, dans plusieurs villes d'Espagne, que les exceptions portaient sur des individus qui avaient eu antérieurement la fièvre jaune, ou du moins ayant vécu au milieu d'une épidémie antérieure, pouvaient passer pour en avoir été touché. Ainsi, sur un relevé de 600 individus exempts de la fièvre jaune, on trouva que l'immense majorité avait de 1 à 3 ans pendant l'épidémie de 1812 et 1813. M. Louis eut une fièvre jaune extrêmement grave; M. Trousseau une très légère; quant à M. Chervin, qui l'avait eue aux Antilles, il en fut complétement exempt.

Modes de transmission. — Parmi les agens de contagion, il en est qui demandent seulement à être appliqués sur la peau pour produire leur effet; ainsi paraît-il être pour le sang des animaux atteints du charbon, pour celui des moutons qui ont le sang-de-rate; sous leur contact, on voit des bouchers, des bergers contracter des pustules malignes; celles-ci apparaissent même chez les tondeurs, les personnes qui accumulent les laines et n'ont de contact qu'avec ces matières.

D'autres matières contagieuses n'ont d'action que lorsqu'elles sont inoculées : ainsi le vaccin et le virus syphilitique.

Enfin, d'autres, transmissibles par application ou inoculation, se transmettent aussi par *halitus*. La variole paraît être de ce nombre. Chacun sait, en effet, qu'elle est inoculable et se gagne par le séjour près d'un malade qui en est atteint; de plus, un médecin anglais, Mead, l'a transmise en introduisant dans les narines des tampons de charpie imbibés de virus variolique.

D'autres maladies semblent tenir le milieu entre les affections de transmission directe et celles de transmission indirecte. Ainsi la diphthérite; quand elle est dans une famille, on voit souvent un individu qui porte une écorchure la contracter par cette surface dénudée d'épiderme; et un autre membre, qui ne présente rien de pareil, prendre une angine diphthéritique sans qu'il y ait eu aucune surface dénudée, avec laquelle la production couenneuse puisse avoir été mise en contact. On voit de même les nourrices qui donnent le sein à un enfant atteint de diphthérite buccale, contracter la même affection au mamelon en l'absence de toute écorchure.

(*La suite à un prochain n°.*) Dr E. ARCHAMBAULT.

CHIRURGIE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL ET DU CORPS DU FÉMUR;

Par M. Ferdinand MARTIN, chirurgien orthopédiste des Maisons impériales d'éducation de la Légion d'Honneur, chirurgien-mécanicien de l'hôtel impérial des Invalides, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 12, 14, 21, 23 Juin et 3 Juillet.)

Notre intention n'est pas de rapporter ici les 45 observations de fractures du col ou du corps du fémur traitées par notre méthode, nous nous contenterons d'en citer quelques-unes et nous prendrons tout simplement les premières en date.

La première application de notre appareil eut lieu le 9 mars 1850, dans le service de M. le docteur Clerc, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, sur un jeune homme âgé de 25 ans, dont les deux cuisses avaient été fracturées comminutivement à leur partie supérieure par le passage de la roue d'un haquet chargé de 4,500 kilogrammes. Le malade fut d'abord traité sans succès par le double plan incliné : notre appareil fut appliqué le 28me jour de l'accident et gardé pendant 48 jours, c'est-à-dire jusqu'au 76me. Moins de six mois après l'accident, le malade ne présentant aucune trace de difformité, pouvait faire à pied et sans boiter quatorze lieues en un jour. (Voyez UNION MÉDICALE, décembre 1850.)

La seconde application de notre appareil eut lieu à la Maison de santé Dubois (service de M. Monod); il s'agissait d'une femme âgée de 52 ans, d'une constitution un peu sèche, qui était venue se faire traiter d'une fracture du col du fémur.

Le raccourcissement était de 0m,045. L'appareil fut appliqué le lendemain de l'accident et gardé jusqu'au 68me jour. La malade a un peu souffert pendant toute la durée du traitement, mais elle est guérie, et le raccourcissement n'est pas tout à fait de 1 centimètre.

Le troisième cas est relatif à un malade traité à l'hôpital

Saint-Antoine d'une fracture de la partie moyenne du fémur, consolidée d'abord avec un raccourcissement de 5 centimètres, traitée par notre appareil avec rétablissement de la longueur du membre et absence complète de claudication. (Voyez *Gaz. des hôpitaux*, 8 novembre 1851.)

Le quatrième cas s'est encore présenté à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Une jeune fille âgée de 22 ans, d'une constitution assez forte et d'une santé parfaite, se fractura le fémur droit en tombant de sa hauteur sur les genoux, la fracture présentait une obliquité des plus remarquables : elle partait du condyle externe du fémur, un peu au-dessus de l'insertion supérieure du ligament latéral externe, et venait se terminer, en dedans, au-dessus de la partie moyenne du fémur. La fracture avait été traitée par l'appareil de Dupuytren, et, malgré tous les soins dont M. le docteur Clerc avait entouré sa malade, le raccourcissement était de 0m,045. Ayant été retenu au lit par une indisposition assez grave, je ne pus faire l'application de mon appareil que le 26 mars 1852, 38 jours après l'accident.

L'extension fut graduée et lente, quoique assez forte : l'élongation fut peu sensible les premiers jours; mais, grâce à plusieurs nouvelles extensions, toujours assez modérées pour que la malade n'éprouvât que de la gêne et jamais de douleurs, le membre fut ramené, ou peu s'en faut, à sa longueur normale en 22 jours. Le raccourcissement était réduit à moins de 1 centimètre.

La malade que nous avons eu l'occasion de voir depuis, marche sans trace de claudication.

Cinquième observation. — Le 18 mai 1852, M. L...., de Reims, âgé de 49 ans, d'une constitution un peu sèche, d'un tempérament nerveux, se fractura le col du fémur droit en tombant renversé sous son cheval.

Je fus appelé auprès de lui le 3 juin : je trouvai le blessé placé sur le double plan incliné. On avait formé l'appareil avec deux planches réunies à angle droit et recouvertes par des oreillers. Par une mensuration très exacte et répétée un grand nombre de fois, nous pûmes constater que le membre fracturé présentait un raccourcissement de plus de 4 centimètres; que le grand trochanter était remonté d'une manière très sensible et s'était rapproché de la crête iliaque, qu'il formait, en dehors, une saillie plus considérable que celui du côté opposé.

MM. les docteurs Petit et Blanchard me dirent avoir parfaitement constaté la fracture : qu'à leurs yeux, il ne pouvait rester aucun doute sur son existence. Aussi, ces messieurs avaient-ils prévenu le malade que, malgré tous les soins qu'il serait possible de lui donner, il devait s'attendre à rester boiteux toute sa vie.

Je ne crus pas nécessaire de pousser mes investigations plus loin et je dus m'en rapporter à l'affirmation d'hommes compétens, qui avaient examiné le malade avec le plus grand soin.

J'expliquai le mécanisme et le mode d'action de mon appareil aux médecins chargés de donner leurs soins au malade et il fut décidé que l'application serait faite.

L'appareil appliqué, avant d'exercer l'extension, nous mesurâmes de nouveau les deux membres avec le plus grand soin, et nous retrouvâmes la même différence de l'un à l'autre, c'est-à-dire 0m,04 en moins pour le membre fracturé.

Qu'il me soit permis d'entrer, ici, dans quelques détails relativement à un phénomène assez remarquable que j'ai observé pour la première fois sur ce dernier malade.

Je pensais, comme cela m'était arrivé dans tous les autres cas, voir le membre reprendre progressivement et régulièrement sa longueur normale, quand je vis d'abord le muscle grand adducteur commencer à se raidir contre l'action de la mécanique, puis successivement tous les muscles de la cuisse se contracter convulsivement, et nous présenter le spectacle d'un grand nombre de serpens se débattant renfermés dans l'aponévrose fémorale. Grand fut mon étonnement quand, mesurant le membre au milieu de cette tempête, je trouvai contre moi une différence de plus de 1 centimètre, c'est-à-dire que, de 4, le raccourcissement était venu à plus de 5 centimètres.

J'espérais, par une tension momentanée, portée à un degré beaucoup plus élevé, vaincre la résistance musculaire; je le tentai, mais alors les mouvemens convulsifs devinrent beaucoup plus violens et gagnèrent presque tous les muscles du corps : un peu de trismus même commença à se manifester vers les mâchoires.

Du consentement du malade, qui cependant souffrait un peu, nous laissâmes l'extension au degré où nous l'avions portée; mais enfin, lassé nous-même de la résistance que les muscles nous opposaient, nous prîmes le parti de diminuer l'extension. A peine l'appareil fut-il relâché, que nous vîmes le calme se rétablir, les muscles se détendre, et, ce qu'il y a de plus remarquable, le membre s'allonger d'une façon notable : car, en le mesurant avec la plus grande attention, il nous fut impossible de trouver plus de 2 centimètres de raccourcissement.

En quittant le malade, 22 heures après l'application de l'application de l'appareil, je le laissai très calme, le membre ne présentait déjà plus que 0m,015 de raccourcissement.

J'avais bien pensé avoir recours au chloroforme pour vaincre la résistance musculaire, mais, devant quitter le malade assez prochainement, je craignais, en le laissant sous l'influence anesthésique, de ne pas avoir la mesure du degré de tension qu'il pourrait supporter par la suite.

Craignant le retour des accidens, dont nous avions été témoins, je recommandai aux médecins chargés de surveiller le malade pendant mon absence de laisser les choses dans l'état où elles se trouvaient, leur proposant, au moindre embarras, de faire de rechef le voyage que j'eusse entrepris dix fois plutôt que d'abandonner une cure à laquelle j'attachais le plus grand intérêt. Cependant, malgré ma recommandation, l'un des médecins, entraîné par le malade lui-même et croyant reconnaître un raccourcissement plus considérable qu'il n'était en réalité, fit marcher l'appareil et produisit une extension beaucoup trop forte. De nouveaux accidens se développèrent : le genou et le pied devinrent le siége d'une tuméfaction assez considérable ; les douleurs devinrent tellement vives que le malade craignit de ne pouvoir supporter l'appareil. Deux jours après mon départ une personne me prévint, et je me rendis immédiatement auprès du malade, que je trouvai un peu agité ; mais je ne remarquai aucune trace des mouvemens convulsifs qui nous avaient si fort inquiétés.

Je fis appeler les docteurs Petit et Blanchart et, pour leur démontrer l'inutilité de tractions aussi énergiques, je relâchai l'appareil au point de faire cesser toute douleur et rendre l'appareil parfaitement supportable. Alors muni d'un instrument de mensuration très précis, nous pûmes facilement reconnaître que le raccourcissement était moindre que 1 centimètre.

Je recommandai de nouveau à ces messieurs de ne pas chercher à porter l'extension à un degré plus élevé, attendu que, comme elle était, elle devait être suffisaute. Je leur répétai encore une fois que si quelque chose pouvait les inquiéter ou ne pas leur paraître aussi bien qu'ils pourraient le désirer, je me mettrais tout à fait à leur disposition et que, toutes affaires cessantes, je viendrais à leur premier appel.

Malgré mes prières très instantes et sous la pression des inquiétudes du malade, qui ne voulait jamais croire à une extension suffisante, l'un de ces messieurs produisit de nouveau une extension tellement exagérée que moins de huit jours après, c'est-à-dire le 16 à 11 heures du matin, le malade m'envoyait un exprès pour me faire venir en toute hâte : l'appareil était devenu insupportable.

Je ne pus arriver auprès du malade que le 17, à 1 heure après midi ; je le trouvai dans un état d'agitation extrême, sa voix était saccadée, des larmes involontaires, des sanglots même venaient le suffoquer ; il y avait chez lui une violente surexcitation nerveuse. L'appareil était tout à fait relâché ; toutes les courroies étaient détachées.

Le pied présentait un gonflement énorme, la jambe était fortement tuméfiée, une escarre d'au moins la largeur d'une pièce de un franc s'était développée sur la tête du péroné.

Les docteurs Petit et Blanchart furent appelés et, par une nouvelle mensuration parfaitement exacte, nous ne pûmes jamais trouver plus de 1 centimètre de raccourcissement, quoique le membre fût abandonné à lui-même et, par conséquent, dans le relâchement le plus complet.

Quoique l'énormité des accidens que j'ai signalés plus haut dussent faire craindre de les voir augmenter encore sous l'action de l'appareil qui les avait produits, je le réappliquai immédiatement, en présence de ces messieurs, en ne lui donnant, toutefois, que le degré de tension capable de maintenir le membre au degré d'elongation necessaire à la coaptation des fragmens et à la bonne conformation du membre.

Un bas élastique fut appliqué sur le pied : le gonflement de la jambe et du pied diminuèrent, et l'appareil fut supporté sans grandes douleurs jusqu'au 27 juillet, époque à laquelle il fut retiré; le cal présentant alors une solidité assez considérable pour que le membre pût dorénavant rester abandonné à lui même.

Le malade resta pendant quelques jours libre dans son lit. Le 2 août, il commence à se lever et passe quelques heures dans un fauteuil.

Je le vois le 6 août avec le docteur Petit, et quoique le genou ne puisse pas encore s'étendre complétement, la mensuration ne nous donne pas plus de 1 centimètre de raccourcissement.

Le 1er octobre, le malade m'écrit qu'il marche assez bien avec une canne et qu'il peut rester longtemps debout sans éprouver une grande fatigue.

Le 15 octobre, je le trouve se promenant dans son jardin et ayant pu, quelques jours auparavant, visiter sa fabrique sans éprouver une fatigue sensiblement plus considérable que dans l'état de santé ordinaire.

Je constate que le grand trochanter est un peu plus saillant que celui du côté opposé, mais cette différence n'est pas appréciable à travers les vêtemens. Le raccourcissement est d'un peu moins de 1 centimètre.

Cette observation que, à dessein, nous avons rapportée dans ses moindres détails, vient démontrer l'inutilité et le danger des tractions exagérées, et corroborer le précepte donné par les auteurs, dont, du reste, nous faisons la règle de notre conduite, l'*extension sera lente, — graduée, — et ne devra jamais être portée au point de déterminer de vives douleurs.*

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE ;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Vingt-neuvième Leçon.

SOMMAIRE. — Formation du globe ; les deux opinions de Buffon à ce sujet. — Origine de la terre et des planètes; hypothèses de Buffon et de Laplace.

J'ai exposé les idées de Descartes et celles de Leibnitz sur la formation du globe.

Avant d'arriver à Buffon, nous trouvons Burnet (1681), Woodward (1695) et Whiston (1708) qui jetèrent, sur la question qui nous occupe, des hypothèses plus ou moins sensées ou hasardées. Il faut reconnaître, toutefois, que la science doit à Woodward de bonnes observations ; il fit surtout bien connaître l'action puissante de l'eau sur le globe.

Toutes les idées touchant ce grand sujet n'étaient, pour ainsi dire, qu'à l'état de germe. C'est Buffon qui va leur donner une véritable vie.

Notre grand naturaliste a eu, sur la question, deux opinions différentes. Il a exposé l'une dans la *Théorie de la terre*, l'autre dans les *Époques de la nature.*

Dans le premier de ces beaux travaux, Buffon attribue la formation du globe uniquement à l'action de l'eau : « Ce sont, dit-il, les eaux rassemblées dans la vaste étendue des mers qui, par le mouvement continuel du flux et du reflux, ont produit les montagnes, les vallées et les autres inégalités de la terre; ce sont les courans de la mer qui ont creusé les vallons et élevé les collines en leur donnant des directions correspondantes; ce sont ces mêmes eaux de la mer qui, en transportant les terres, les ont disposées les unes sur les autres en lits horizontaux. »

Voici comment Buffon comprend le mécanisme de la formation des montagnes : la mer, dans le moment qu'elle est agitée par le flux, arrache de la côte des fragmens de terre et de rochers ; le reflux les emporte. Parvenus dans des endroits où le mouvement de l'eau se trouve ralenti, ces fragmens, obéissant aux lois de la pesanteur, se précipitent au fond de l'eau en forme de sédiment. Là ils forment une première couche; celle-ci est bientôt recouverte par une seconde, produite par la même cause; sur celles-là viennent se déposer successivement d'autres couches. Le dépôt, augmentant toujours, finit par former une montagne au milieu de la mer.

Une pareille hypothèse devait soulever des oppositions. Deluc la combattit avec avantage. Ce dépôt que vous supposez apporté par le flot, objectait Deluc, un autre flot le remportera. Mais admettons, un moment, que la formation ait pu se produire de cette manière, les montagnes seraient seulement *posées* sur le sol. Or, elles y ont des racines, et très profondes. Autre difficulté : formées dans la mer, les montagnes resteront toujours dans la mer; car comment en sortiraient-elles?

A son tour Voltaire plaisanta. C'est à l'hypothèse de Buffon qu'il fait allusion quand il dit :

Et les mers des Chinois sont encore étonnées
D'avoir par leur courant formé les Pyrénées.

Telle fut la première opinion de Buffon touchant la formation du globe.

Après trente ans d'intervalle, il produit enfin les *Époques de la nature.* Dans ce bel ouvrage, il saisit, il marque l'ordre des temps : le premier agent de la formation de la terre, c'est le feu; le second agent, c'est l'eau. Une des plus admirables idées que la science ait conçues, la belle, la grande idée de la *chronologie* du globe était, pour la première fois, nettement formulée.

Ce n'est plus à l'action de l'eau, c'est à l'action du feu que Buffon rapporte la formation des montagnes. Sur une masse de métal fondu et commençant à se refroidir, il avait observé des boursouflures, des aspérités. De même c'est au moment où la matière ignée du globe prenait consistance, que les montagnes se sont formées.

Cette théorie n'est pas absolument vraie ; car, à ce compte, toutes les montagnes auraient été formées en même temps, et cela n'est pas : les montagnes ont eu des époques successives de formation, la science moderne l'a démontré. Toutefois, Buffon se rapproche ici de la vérité.

Je cède au plaisir de vous lire les premières lignes des *Époques de la nature :*

« Comme, dans l'histoire civile, on consulte les titres, on recherche les médailles, on déchiffre les inscriptions antiques, pour déterminer les époques des révolutions humaines, et constater les dates des événemens moraux; de même, dans l'histoire naturelle, il faut fouiller les archives du monde, tirer des entrailles de la terre les vieux monumens, recueillir leurs débris et rassembler en un corps de preuves tous les indices des changemens physiques qui peuvent nous faire remonter aux différens âges de la nature. C'est le seul moyen de fixer quelques points dans l'immensité de l'espace, et de placer un certain nombre de pierres numéraires sur la route éternelle du temps.....

» Comme il s'agit ici de percer la nuit des temps; de reconnaître, par l'inspection des choses actuelles, l'ancienne existence des choses anéanties et de remonter par la seule force des faits subsistans à la vérité historique des faits ensevelis; comme il s'agit, en un mot, de juger non seulement le passé moderne, mais le passé le plus ancien par le seul présent et que, pour nous élever jusqu'à ce point de vue, nous avons besoin de toutes nos forces réunies; nous emploierons trois grands moyens : 1° les faits qui peuvent nous rapprocher de l'origine de la nature; 2° les monumens qu'on doit regarder comme les témoins de ces premiers âges; 3° les traditions qui peuvent nous donner quelque idée des âges subséqœns ; après quoi nous tâcherons de lier le tout par des analogies et de former une chaîne qui, du sommet de l'échelle du temps, descendra jusqu'à nous. »

Quelques pages plus loin, Buffon établit l'état primitif de fluidité du globe : la terre, renflée à l'équateur et aplatie aux pôles, a précisément la figure que prendrait un globe fluide qui tournerait sur lui-même avec la vitesse que nous connaissons au globe de la terre. Nul doute que cette fluidité n'ait été une liquéfaction causée par le feu : la liquéfaction ignée est attestée par la chaleur intérieure du globe, encore actuellement subsistante, et par la nature *vitrescible* des matières qui composent la partie la plus profonde de l'écorce de la terre.

La formation des matières calcaires *est d'un autre temps et d'un autre élément:* Buffon les fait toutes provenir (et en ceci il se trompe) des coquilles et des débris des animaux de la mer.

Buffon passe ensuite à la division des époques de la nature. Voici le sommaire de chaque époque : 1re époque : lorsque la terre et les planètes ont pris leur forme ; 2me époque : lorsque la matière s'étant consolidée a formé la roche intérieure du globe, ainsi que les grandes masses vitrescibles qui sont à sa surface; 3me époque : lorsque les eaux ont couvert nos Continens ; 4me époque : lorsque les eaux se sont retirées et que les volcans ont commencé d'agir ; 5me époque : lorsque les éléphans et les autres animaux du Midi ont habité les terres du Nord ; 6me époque : lorsque s'est faite la séparation des Continens ; 7me époque : lorsque la puissance de l'homme a secondé celle de la nature.

C'est ainsi que Buffon, suivant ses belles expressions, du sommet de l'échelle du temps descend jusqu'à nous.

A chacune de ces époques il assigne une durée. La durée totale des époques ou l'âge de la terre, à compter de son point d'incandescence jusqu'à nos jours, serait de 75,000 ans ; la *vie* de la nature sensible durerait depuis 35,000 ans. Buffon avait été conduit à ces résultats par de nombreuses expériences qu'il avait faites, dans ses forges près de Montbard, sur le temps que des boulets chauffés mettent à se refroidir, expériences suivies de longs calculs. Les boulets ou globes, ainsi chauffés, étaient en fer, en cuivre, etc., ou composés de matières qui peuvent représenter à peu près le règne minéral, telles que pierre calcaire, gypse, verre.

Ainsi appuyé sur des expériences solides, mais téméraire dans ses déductions, quoique toujours judicieux, Buffon suppute la durée future de la nature vivante : elle ne peut pas, d'après ses hypothèses, dépasser 93,000 ans, époque, dit-il, où le globe, continuant à subir la loi du refroidissement, *sera plus froid que la glace.*

Cette idée que la nature vivante périra par le froid, revient souvent dans les derniers écrits de Buffon ; on dirait qu'à mesure qu'il vieillit, et que lui-même est plus sensible au froid, elle le préoccupe davantage. Il croyait que la chaleur que nous envoie le feu central était *considérablement* plus grande que celle qui nous vient du soleil, ne voyant dans la chaleur solaire qu'un *petit complément* de la chaleur terrestre.

Il est clair, d'après cette donnée, que la chaleur de la terre disparaissant, la vie disparaîtrait aussi. Mais la donnée est fausse ; il en faut prendre le contre pied pour avoir la vérité. L'illustre auteur de la *Théorie mathématique de la chaleur*, Fourier, nous l'a démontré.

Il est bien vrai que la terre recèle dans son sein un foyer de chaleur. Si la chaleur de la terre venait uniquement des rayons solaires, elle aurait nécessairement ce caractère de décroître à mesure qu'elle s'éloignerait de sa source ; et c'est aussi ce qui s'observe, dans la terre, jusqu'à une certaine profondeur. Mais passé un certain degré, c'est tout le contraire qui a lieu : au lieu de diminuer, la chaleur augmente : de là la température élevée des mines, les sources d'eau chaude, les feux des volcans. Loin de diminuer comme la chaleur *extérieure* du soleil, cette chaleur *interne* et propre du globe s'accroît à mesure qu'on pénètre dans la profondeur de la terre : elle s'accroît de 1 degré centigrade par 20 mètres. On a calculé qu'à sept ou huit lieues de profondeur, par exemple (l'accroissement de chaleur continuant à se faire de même), il n'y a aucune matière qui pût n'être pas en fusion.

Voilà donc deux foyers de chaleur, l'un sur nos têtes, l'autre sous nos pieds. Mais ce dernier foyer qui, dans le principe, embrasait tout le globe et rayonnait dans l'espace, a trouvé un obstacle ou écran dans la croûte épaisse de la terre. Le brasier, immense encore, est à peine sensible à la superficie de cette croûte. Fourier prouve, par le calcul, que la chaleur n'agit plus à la surface que pour *un trentième de degré;* chaleur bien faible et presque nulle.

Ainsi, c'est le soleil qui, aujourd'hui, est la grande source de chaleur pour la terre. Quand le globe terrestre sera arrivé au dernier degré du refroidissement, les phénomènes de la vie n'auront point à en souffrir : on peut voir, dès aujourd'hui même, que l'influence du soleil leur suffit.

Historien de notre planète, Buffon ne s'est pas contenté de plonger, dans le passé jusqu'à la période ignée, dans l'avenir jusqu'à l'extinction de la vie ; il a voulu remonter à l'*origine* même de la terre, à l'époque qui a précédé son mouvement individuel et propre, à *ce temps qui a précédé les temps.*

Il pensait que la terre (ainsi que toutes les autres planètes) avait pu appartenir au corps même du soleil, et ceci est une de ses plus grandes et plus heureuses idées ; mais il ajoutait qu'elle en avait été séparée par le choc d'une comète; et cela n'est pas admissible. « On sait, par la théorie des forces centrales, dit Laplace, que, si un corps mu dans un orbe rentrant autour du soleil rase la surface de cet astre, il y reviendra constamment à chacune de ses révolutions; d'où il suit que si les planètes avaient été primitivement détachées du soleil, elles le toucheraient à chaque retour vers cet astre, et leurs orbites, loin d'être circulaires, seraient fort excentriques. » D'un autre côté, M. Arago a fait voir qu'une comète, qui n'est probablement qu'une atmosphère lumineuse, n'aurait pas assez de masse pour détacher un fragment du soleil.

Laplace, le plus sage des géomètres, qui, dans ses déductions scientifiques, ne dépassait jamais le calcul, Laplace a donné lui-même une hypothèse sur l'origine de la terre et des planètes, qui, à la comète près, est très voisine de celle de Buffon. Je ne fais que l'indiquer : il suppose qu'en vertu d'une chaleur excessive, l'atmosphère du soleil s'est primitivement étendue au delà des orbes de toutes les planètes. Elle s'est ensuite resserrée successivement jusqu'au point où nous la voyons aujourd'hui; et l'on peut conjecturer que cette atmosphère a laissé, à chacune de ses limites successives, des zones de vapeurs condensées qui, abandonnées à elles-mêmes, ont continué à circuler autour du soleil. Telle est, suivant Laplace, l'origine de la terre et des planètes. Ai-je besoin d'ajouter que l'opinion d'un si grand géomètre ne saurait trop être méditée ?

Enfin, Laplace, après Descartes, Leibnitz et Buffon, admet, non plus comme une hypothèse, mais comme un fait démontré, la fluidité primitive des planètes : « Elle est clairement indiquée, dit-il, par l'aplatissement de leur figure, conformeaux lois de l'attraction mutuelle de leurs molécules; elle est, de plus, prouvée, pour la terre, par la diminution régulière de la pesanteur, en allant de l'équateur aux pôles. Cet état de fluidité primitive, auquel on est conduit par les phénomènes astronomiques, doit se manifester dans ceux que l'histoire naturelle nous présente. »

Nous verrons plus tard que les *phénomènes de l'histoire naturelle* répondent en effet, sur ce point, et comme le pensait Laplace, aux *phénomènes astronomiques.*

(*La suite prochainement.*)

BIBLIOTHÈQUE.

LA VITA ED I LAVORI DEL PROFESSORE CARMELO PUGLIATTI; pel dottor Giuseppe PUGLIATTI. — Parigi, tipografia de L. Martinet, via Mignon, 2.

Un jeune confrère italien, qui, suivant une tradition malheureusement trop négligée parmi nous, a voulu, avant d'aborder l'épreuve toujours si redoutable de la pratique médicale, compléter ses études en consacrant deux années aux cliniques des Facultés étrangères, et que nous avons vu suivre ici les cliniques de nos maîtres avec une assiduité bien exemplaire, vient de publier sur son oncle, M. le professeur C. Pugliatti, de Messine, une notice biographique que nous avons lue avec un grand intérêt, malgré notre connaissance bien imparfaite de la langue italienne.

Ce pieux devoir rendu à un homme éminent nous paraît avoir porté bonheur à M. G. Pugliatti, et cette lecture attachante présente plus d'un enseignement. Ce n'est, en effet, qu'à travers bien des obstacles que le professeur C. Pugliatti a pu, avec une persévérance qui témoignait de sa véritable vocation pour l'art médical, conquérir la haute position qu'il avait acquise à Messine, lorsque le choléra, envahissant cette ville, l'année dernière, le força, malgré une affection des voies urinaires qui depuis une année avait ébranlé sa constitution, à rompre des habitudes calmes et studieuses pour reprendre, en face du fléau, l'activité du jeune praticien. Il ne pouvait, dans ces conditions, résister longtemps aux fatigues de ce rude ministère dans une ville décimée par l'horrible fléau, et le 24 août il payait le fatal tribut à cette impitoyable maladie !

Les *Annales de chirurgie française et étrangère* ont publié, dans les tomes XII et XV, un travail sur la pupille artificielle et un mémoire sur le traitement médical de la cataracte du professeur C. Pugliatti; plusieurs faits intéressans : anévrysme poplité, désarticulation du bras, ablation d'une tumeur encéphaloïde de la région carotidienne, ligature de l'iliaque pour un anévrysme du pli de l'aine, lui ont fourni le texte d'intéressantes leçons cliniques, en partie publiées, et conduisent M. G. Pugliatti à des aperçus et à des considérations qui témoignent autant du savoir et de l'esprit de sage observation de notre confrère que du tact chirurgical et des éminentes qualités du professeur C. Pugliatti.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Juillet 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un compte-rendu des diverses maladies qui ont été observées en 1854 dans l'arrondissement d'Yvetot. (Comm. des épidémies.)

— Une série de rapports sur les eaux minérales de Provins, par M. le docteur CHEVALIER; de Plan-de-Phazy (Hautes-Alpes), par M. BRUNET, de Guillestre; de Propiac (Drôme), par M. le docteur LOUBIER; de Bourboule (Puy-de-Dôme), par M. le docteur CHOUSSY; de Mont-d'Or (Puy-de-Dôme), par M. le docteur BERTRAND; de Foncaude (Hérault), par M. le docteur BERTIN; de Nérac (Ardèche), par M. le docteur VIALLA; de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur CISSEVELLE; de Bagnols et de Chaldesse (Lozère); de Rennes-les-Bains (Aude), par M. le docteur CAZAINTRE; d'Uriage (Isère), par M. le docteur BERNARD; de Bagnoles (Orne), par M. le docteur LEBRETON; de Néris (Allier), par M. le docteur LAURÈS; d'Allevard (Isère), par M. le docteur NIEPCE; des eaux du département des Landes; de Vals (Ardèche), par M. le docteur RUELLE; d'Euzet et Saint-Jean de Cyrargues (Gard), par M. le docteur PERRIN; de la Motte (Isère), par M. le docteur BUISSARD; de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur FINAZ; de Castéra (Gers), par M. le docteur MATET; de Saint-Laurent-les Bains (Ardèche), par M. le docteur FUZET, du Puget; de Sylvanès et Camarès (Aveyron), par M. le docteur CALVET; sur les bains de mer de Biaritz (Basses-Pyrénées), par M. le docteur AFFRE, pendant l'exercice de 1853. (Comm. des eaux minérales.)

— Les états de vaccinations des départemens de l'Oise, de l'Ardèche, de la Haute-Loire, de Vaucluse, de Tarn, pendant l'année 1854. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire de M. le docteur BILLOD, sur une endémie de pellagre observée dans l'asile d'aliénés de Maine-et-Loire. (Com. MM. Ferrus, Baillarger, Gibert.)

— Un mémoire sur le choléra et ses analogies avec les maladies de la vigne et des pommes de terre, par M. le docteur ORANGE, médecin à St-Eugène, près Alger. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1854, dans la commune de Chapelle-d'Huin, par M. le docteur PÔNE, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Pontarlier. (Com. des épidémies.)

— Quatre observations de MM. les docteurs DUHALDE et HALMAGRAND, relatives à l'administration du ferro-cyanure de sodium et de salicine comme succédané du sulfate de quinine. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Une communication de M. le docteur DESPINE, sur le captage des eaux minérales d'Aix en Savoie. (Com. des eaux minérales.)

— Une note sur la cure radicale de l'hydrocèle par l'introduction d'une bougie élastique dans la tunique vaginale, par M. le docteur GUILLON. (Commission déjà nommée.)

— M. VELPEAU dépose sur le bureau une note de M. le docteur BELLELI, médecin à Trébizonde (Turquie d'Asie), sur la coïncidence des accès qui caractérisent certaines fièvres intermittentes des Indes et du Levant, avec les époques lunaires.

M. le docteur ROUX, membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

M. BOULLAY lit un rapport sur plusieurs demandes adressées au ministre du commerce, à l'effet d'exploiter des fabriques d'eaux minérales artificielles à Lyon. Le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

1° Que les fabricans soient soumis à l'inspection, ainsi que le veut l'ordonnance du 18 juin 1823, conformément à l'article 31 de la loi du 11 avril 1803 (22 germinal an XI), c'est-à-dire par l'institution qui dorénavant représentera les jurys médicaux ;

2° Que les établissemens en question ne pourront employer, pour les vaisseaux destinés à l'incorporation du gaz, le cuivre ou le plomb, à moins que leur surface intérieure ne soit revêtue d'une feuille d'étain de 2 à 3 millim. d'épaisseur.

M. DESPORTES présente quelques observations sur l'infériorité des eaux artificielles comparées aux eaux minérales naturelles, que l'on pourrait se procurer à très bon compte. Il serait utile de soumettre cette réflexion au ministre, au lieu d'autoriser, comme on le fait, le débit des eaux fabriquées, imitations grossières et tout à fait insuffisantes, des eaux de sources minérales.

M. BOULLAY fait observer qu'il ne s'agit, dans l'espèce, que d'eaux acidules, de limonades gazeuses, c'est-à-dire plutôt de boissons d'agrément que de véritables médicamens.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. BOUSQUET lit un extrait du rapport annuel de la commission de vaccine; il passe en revue les travaux sur l'inoculation préservative du virus varioleux seul ou mélangé de lait ou de vaccin; sur le traitement opposé à l'éruption variolique : il examine, sous ce rapport, la cautérisation, les mercuriaux, les emplâtres divers, les corps gras. Les récompenses à décerner seront discutées en comité secret.

M. GUILLON présente un jeune enfant atteint *d'épispadias*. Les urines ne s'écoulent jamais involontairement, la contraction du col de la vessie les retient dans ce réservoir ; elles sortent pendant la miction par une ouverture située à la partie supérieure de la verge. En introduisant un stylet dans le méat, M. Guillon a pu arriver presque au niveau de la perforation. Le jeune malade lui a été adressé par M. Thomas, de Tours, dans le but de savoir s'il y a lieu de remédier à ce vice de conformation par quelque opération chirurgicale.

M. LARREY rappelle deux cas d'épispadias chez l'adulte, dont l'un a été examiné par lui, l'autre par M. Marchal (de Calvi). Dans l'incertitude où l'on est sur l'état de la symphyse pubienne, il ne conseille pas l'opération.

M. BARTH donne quelques explications sur la disposition anatomique de l'urètre dans les cas d'épispadias.

M. MOREAU partage l'avis de M. Larrey, et ne voit dans le cas actuel aucune indication d'opérer.

M. JOBERT, après avoir longtemps hésité, s'est décidé à pratiquer une autoplastie urétrale dans un cas qui a été examiné par MM. Jules Cloquet et Ricord. L'opération a été suivie d'un succès complet. Chez l'enfant présenté par M. Guillon, on devrait également essayer de détacher du pénil un lambeau de peau que l'on renverserait jusqu'au voisinage du gland.

PRESSE MÉDICALE.

DOCUMENS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU CHOLÉRA; — ÉPIDÉMIE DE 1854-55.

Nous trouvons dans les journaux italiens un nombre considérable de communications, travaux ou mémoires relatifs à l'épidémie cholérique de 1854-55. Dans l'impossibilité de les faire connaître tous, nous donnerons un résumé et un aperçu sommaire de ceux qui nous ont paru les plus importans.

Ces documens auront une utilité incontestable, au point de vue de la marche de la maladie, et des idées professées ailleurs sur sa nature et sur sa manière d'être. L'UNION MÉDICALE, qui a ouvert ses colonnes aux élucubrations les plus originales de nos confrères d'outre-Manche, devait accorder la même faveur aux dissertations des médecins de la Péninsule italique, et démontrer ainsi que nous sommes tous de cette grande famille qui recherche avec ardeur la lumière et qui proclame le vrai, le beau et le bon, sans distinction d'écoles ou de nationalités :

1° Con idérations étiologiques, nosogéniques et thérapeutiques sur le choléra, du docteur Odoardo Turchetti.

2° Sur l'étiologie et le contage du choléra. Discours du professeur Bini.

3° Observations microscopiques et déductions pathologiques sur le choléra asiatique. Mémoire du professeur Pacini.

4° Les quarantaines et le contage cholérique. Observations critiques du docteur Ferrini.

I.

Le docteur Turchetti est, sans contredit, l'un des médecins les plus laborieux de l'époque ; une vaste érudition, une imagination fébrile lui font prendre parti dans toutes les questions scientifiques à l'ordre du jour; et l'an dernier, en présentant à l'Institut un mémoire intéressant sur l'oïdium, il a fait voir comment on pouvait, par des mesures d'une application très simple, en prévenir la manifestation, en arrêter la propagation.

Dans le présent travail, il s'occupe des points en litige sur l'histoire, la nature et l'étiologie du choléra, et il recherche principalement les rapports qu'il peut avoir avec les constitutions médicales régnantes, l'état des impondérables atmosphériques et les exhalaisons de la terre.

Il fait d'abord observer qu'en Toscane, le climat a subi depuis plusieurs années un changement notable.

En 1844, pluies torrentielles et inondations désastreuses; en 1846, secousses fréquentes de tremblemens de terre; en 1847 et 1849, froids excessifs, suivis, pendant trois années, de vents de S.-O. (Scirocco.)

En 1853, printemps incertain, hiver pluvieux et tempéré.

En 1854, premiers mois de l'année froids et humides.

A ces conditions atmosphériques ont correspondu des modifications caractéristiques dans la nature de la maladie. Ainsi, depuis quatre ans environ, on n'a pas constaté de constitutions médicales franchement inflammatoires, et pendant l'hiver les pleurésies, les bronchites, les rhumatismes aigus ont été très rares.

Par contre, les affections à processus septique ou dissolutif se sont montrées très fréquemment, avec tout leur cortége d'adynamie et d'anéantissement organique (fièvre miliaire, accidens typhiques, diphthérites et stomatites ulcéreuses, éruptions pétéchiales, etc.)

Après avoir admis une constitution atmosphérique spéciale, une prédisposition individuelle particulière, M. Turchetti pense que le choléra doit être rangé dans la classe des maladies contagieuses et épidémiques.

Il passe en revue les diverses opinions émises sur la pathogénie du choléra ; mais nous ne mentionnerons ici que celles propres aux médecins italiens :

Giacomini et da Bene le considèrent comme une fièvre gastrico-nerveuse ;

Pellizzari, Casnici le disent une variété de la fièvre pernicieuse cholérique ;

Franceschi, Bellini, Gastaldi admettent un empoisonnement produit par un virus ou miasme qui infecte directement la masse sanguine, décompose la globuline, et qui, changeant l'affinité des principes immédiats du sang, trouble toutes les fonctions sécrétoires et excrétoires ;

Puccinotti n'est pas éloigné de le classer au nombre des affections exanthémateuses (éruption pointillée en rouge, desquammation successives des muqueuses, constatées par Pescetto, Strambio, Farina, Giglioli, Molena, Podesta, Meli) ;

Buzzorini invoque la prédominance exclusive de l'électricité négative ;

Le docteur Turchetti adopte volontiers les idées de Schonbein sur la présence de l'ozone, et comme il a vu dans le choléra un état d'asphyxie, un empoisonnement du sang, un défaut de combustion organique, une perte considérable de matières albumineuses, il propose un traitement rationnel : l'ozone comme moyen préservatif et curatif.

Les agens thérapeutiques qui ont été employés avec le plus de succès en Italie sont :

1° L'ammoniaque (en frictions, potions ou inhalations), par les docteurs Papa, à Venise ; Franceschi, à Ancône.

2° L'ipécacuanha (seul ou uni à des bains de vapeur d'eau), par les docteurs Rizzoli, à Bologne ; Riccardi, à Naples ; Pescetto, à Gênes.

3° Les frictions avec des morceaux de glace sur tout le corps ont été trouvées utiles par Ziliotto, à Vérone ; Dubini, à Milan ; Silvestri, à Parme.

En abordant le chapitre de la prophylaxie, M. Turchetti établit que, pour se préserver du choléra, épidémique ou contagieux, il faut :

1° Traiter les prodromes, c'est-à-dire la cholérine prémonitoire, qui existe *constamment* ;

2° Suivre exactement toutes les règles de l'hygiène publique et privée, en employant des préparations de chlore sous ses diverses formes ;

3° Faire usage d'une alimentation saine, abondante et nutritive.

Le travail se termine par la citation suivante de Bufalini :

« A l'apparition des maladies populaires, il est très important d'étudier attentivement la marche des affections sporadiques dans le foyer épidémique, et dans les localités qui ne sont pas encore envahies par le fléau. »

II.

Le travail du professeur François Bini est circonscrit à l'étude de l'étiologie du choléra et de sa contagion.

Disciple distingué du professeur Bufalini, il admet, en principe, la vérité proclamée depuis vingt ans par son illustre maître :

« Le choléra est essentiellement engendré par des influences telluriques et atmosphériques ; il ne devient contagieux que d'une manière accidentelle, et ce, non pas à la guise des maladies virulentes, mais d'après les conditions ordinaires des affections miasmatiques ou d'infection. »

Actuellement, comme au premier jour de la naissance du fléau, on se demande si le choléra est épidémique ou contagieux ; s'il doit son origine à des conditions cosmotelluriques ; si elle est importée et de là transmise à des régions lointaines.

Selon M. Bini, il faut non seulement tenir compte de l'action multiple des causes morbifères, mais encore apprécier l'absence, le défaut de quelques-uns des agens externes aptes à corriger et à modifier certaines manifestations de la maladie.

L'existence de constitutions médicales épidémiques, fixes ou stationnaires est indubitable. Depuis plusieurs années on voit à Florence, une propension à la diathèse dissolutive, une intolérance notable pour les hyposthénisans et les soustractions sanguines.

Dernièrement, quelques esprits timorés ont voulu trouver un rapport de cause à effet entre l'arrivée à Livourne d'un navire qui avait des cholériques à bord, et le développement de la maladie dans la ville ; mais des médecins instruits, en étudiant la constitution médicale des mois antérieurs, avaient malheureusement prédit à l'avance son invasion.

Après avoir énuméré, en les réfutant, quelques-uns des argumens invoqués par les contagionistes à l'appui de leur manière de voir, le professeur Bini ajoute :

« Je confesse ingénûment que je ne connais aucun fait qui prouve la nature contagieuse du choléra, soit à Florence, soit dans plusieurs autres localités de la Toscane.

» Celles que l'on rapporte dans des conversations journalières n'ont aucune portée ; elles sont le plus souvent filles de l'imagination, de la peur ou de l'intérêt personnel.

» Les publications faites sur l'épidémie actuelle, les renseignemens que m'ont fournis des médecins cantonaux, ayant suivi la maladie dans son évolution et ses diverses phases, tendent à corroborer mon opinion. »

Le professeur Bini, dans une courte digression, attaque le régime des quarantaines, et il applaudit aux paroles du professeur Bô, jadis contagioniste, aujourd'hui épidémiste fervent :

« Les quarantaines offrent un moyen douteux et infidèle de préservation publique : pour ce qui concerne spécialement le choléra, elles sont tout à fait vaines et illusoires. »

III.

Les observations microscopiques et les déductions pathologiques du professeur Pacini, sur le choléra asiatique, sont d'autant plus intéressantes, qu'elles ont ouvert une voie nouvelle à l'étude de la maladie.

Si des investigations ultérieures venaient confirmer ses premiers résultats, s'il avait la possibilité de répéter sur une vaste échelle ses expériences, il ébranlerait les convictions les mieux établies, et il aurait en outre l'honneur et le bonheur de prendre part à ce prix Bréant qui semble suspendu sur le palais Mazarin, pour exciter l'envie de tous les passans, comme ces montres et ces timbales perchées à l'extrémité des mâts de cocagne de nos jours de fête.

Les observations microscopiques du professeur Pacini n'ont été faites que dans 4 cas de choléra, et il n'a eu à sa disposition que des quantités très restreintes de fluides, ou des parcelles de parties solides (1).

Sang. — La conformation de ses corpuscules n'est pas altérée, mais la perte du sérum le rend dense et visqueux ; quant aux cristallisations, elles existent sans être particulières au sang des cholériques.

Déjections. — La chimie avait déjà prouvé qu'elles sont constituées, en grande partie, par le sérum du sang, contenant en dissolution, de l'albumine et des chlorures de soude : le microscope, en observant les particules tenues en suspension, a trouvé, pour la matière des vomissemens, du fluide séreux contenant du mucus à globules granuleux, des cellules épithéliales, avec amas amorphes de substances protéiques ; des *vibrioni* du genre *Bacterium* ; des débris de nourriture, des cellules de féculacées, ayant une fausse apparence de ces corpuscules décrits par Swayne, Brittain et Bud, comme des champignons du choléra.

En outre, la *Sarcina ventriculi* de Goodsir (plante singulière), trouvée par Mensonides et Weld, mais que l'on rencontre dans d'autres maladies.

Quant aux évacuations alvines, elles sont constituées en grande partie par de l'eau, tenant en suspension des flocons de mucus ; des globules et des cellules épithéliales à l'état de liberté ; des amas granuleux de substances protéiques ; des œufs d'ascarides contenant des embryons à l'état de développement.

Dans le fluide intestinal lui-même, on constate de l'épithélium à cellules cylindriques, tantôt libres et indépendantes, tantôt revêtues de mucus, ou à tubes terminés en cul-de-sac, appartenant aux glandes tubulaires de Lieberkuhm.

On aperçoit, en outre, une grande quantité de *villi intestinali* dépouillés d'épithélium ;

Des corpuscules décrits par les Anglais comme des champignons du choléra et qui ne sont que des œufs (helminthes du foie) ;

Une grande quantité de *vibrioni* très ténus, longs de 0,0020 à 40^{mm}, diamètre, 0,0005 à 7^{mm}, ayant une certaine ressemblance avec le *Bacterium termo* de Dujardin.

En étudiant la membrane muqueuse gastro-entérique, M. Pacini a vu :

La surface de la muqueuse anémique ; l'épithélium détaché, nageant dans le fluide intestinal ; les villosités plus marquées que dans l'état sain ;

Des glandes solitaires éparses dans toute la longueur de l'intestin grêle, contenant une substance claire ou blanche et grenue, et dont l'intumescence constitue la psorentérie de MM. Serres et Nonat.

Ce qui est digne d'attention, c'est l'exfoliation de l'épithélium, qui s'étend progressivement, jusqu'à ce que la muqueuse soit entièrement dénudée ; de cette surface à nu suinte nécessairement la sérosité sanguine, et, dans ces phénomènes, on a la première et la principale condition pathologique du choléra.

Si l'action qui détache l'épithélium de la surface des muqueuses dépendait d'un processus morbide, on aurait une altération substantielle correspondante dans la texture de la muqueuse elle-même ; ceci n'étant pas, il faut admettre que l'exfoliation est due à une action de nature traumatique, produisant l'effet immédiatement, et par elle-même. On a en outre retrouvé une altération manifeste et palpable de la muqueuse, consistant en sa destruction partielle.

Ces deux faits, exfoliation de l'épithélium, corrosion de la muqueuse, conditions pathologiques principales du choléra, ne peuvent pas être dus à une cause mystérieuse agissant par un processus morbide, parce que ceux-ci cessent avec la vie.

Ces lésions de caractère traumatique doivent être produites par un être organisé, qui seul peut avoir la faculté de continuer cette œuvre de destruction, même après la mort de la victime.

Cet animal ou ce végétal qui produit ces altérations, ne résiderait-il pas dans ces milliers de *vibrioni?*

Il faudrait toutefois, pour leur attribuer les qualités de contagion du choléra, reconnaître encore une espèce particulière, coïncidant constamment avec la maladie, et que l'on désignerait sous le nom de *vibrion du choléra.*

M. Pacini entend par contage, une substance organique vivante, de nature parasitique, qui se communique, se reproduit, et donne lieu à une maladie d'un caractère spécial.

Cette substance organique peut être de nature animale ou végétale, organisée ou fluide et blasthémique, qui, en se reproduisant dans le corps d'un individu prédisposé à lui donner aliment, cause en lui, par le fait de sa reproduction, une véritable maladie spéciale ; du caractère de reproductibilité en dérive un second, l'indépendance de son efficacité morbide avec sa quantité primitive ou son intensité.

La communicabilité est un caractère essentiel du contage.

Ses effets particuliers peuvent varier selon qu'elle a lieu d'individu à individu, par contact médiat ou immédiat, par le véhicule de l'air, de l'eau, ou par migration de corps à travers la terre.

IV.

Observations critiques adressées au professeur Bô sur les quarantaines et le contage cholérique, par le docteur Giovanni Ferrini, exerçant à Tunis.

Ce jeune médecin arbore hardiment le drapeau de la contagion.

Pour lui, un peuple, une nation peuvent provisoirement se réduire à un isolement temporaire, afin de se soustraire à une contagion morbide. Et pour lui, les quarantaines doivent arrêter et prévenir la diffusion des maladies contagieuses.

L'observation a démontré que les maladies populaires sont plus meurtrières dans les localités peu ventilées et immondes comme les quartiers des pauvres ; de là la nécessité de suivre les lois de l'hygiène ; mais par le fait de leur absence seule, il ne naît pas de maladie populaire.

Je n'ai jamais vu, dit M. Ferrini, une population dans des conditions physiques et morales plus mauvaises que celles de Tunis, et cependant, avant l'année 1849, il n'y a jamais eu de choléra.

On nie sa contagion, parce que les quarantaines ne l'ont pas arrêté ? Mais ne sait-on pas combien il est difficile d'appliquer pratiquement ces systèmes.

M. Ferrini appelle contage, avec Rochoux, ce principe qui se développe sur un individu atteint de maladie, apte à communiquer la même affection à un individu sain, quels que soient d'ailleurs l'origine primitive de ce principe, les conditions qui rendent plus ou moins facile son introduction dans l'économie, les voies par lesquelles elle s'opère, la manière avec laquelle elle s'effectue.

Le contage n'est pas, comme le dit le professeur Bô, une fiction, un idole de l'esprit ; la peur, *contagium et timor unum et idem,* c'est un véritable bourreau du corps.

Pour ressentir l'action d'une cause morbide, il faut que le corps de l'homme soit dans une opportunité particulière, c'est-à-dire qu'il ait une certaine aptitude à en ressentir l'influence, en un mot, il faut une prédisposition ; celle-ci se réfère à une disposition organique que nous ne connaissons pas, mais que pourtant tous sont forcés d'admettre.

M. Ferrini passe en revue les argumens du professeur Bô pour combattre la contagion ; puis, opposant des faits aux faits, et c'est là la partie la plus originale de son travail, il énumère les suivans :

1° En 1850, pendant l'épidémie cholérique de Tunis, dans le palais de S. A. R. à Mhamdia, il y avait 400 personnes ; les règles de la quarantaine étant sévèrement observées sous la direction des savans médecins Lumbroso, Quadrini et Castelnuovo, aucun cas de choléra ne se manifesta.

Dans la caserne qui se trouvait à quelques pas du palais, sur 300 soldats, la plupart furent atteints par l'épidémie, et transportés à l'hôpital militaire. Dans le village même de Mhamdia, à 2,000 mètres du palais, il y avait de 10 à 15 victimes par jour.

2° Le prince Sidi l'Émin, frère du souverain, s'enferma dans sa villa de Marsa avec 112 personnes de sa suite. Pendant les deux mois et demi de cette quarantaine volontaire, il n'y eut aucun cas de choléra, quoique plusieurs de ses domestiques aient parfois fait des excès diététiques. Cependant la maladie faisait des ravages dans les localités voisines et dans le village de Sidi Bussaid, situé sur l'ancien cap de Carthage, que Nebel donne comme le point le plus salubre de la Régence.

3° Le bey del Campo, cousin de S. A., n'ayant voulu prendre dans sa villa (à quelques pas de Sidi l'Emin) aucune précaution, vit la maladie se propager au milieu de sa famille et faire beaucoup de victimes.

Les mêmes accidens arrivèrent dans la maison du consul anglais, située entre les deux villas susnommées ; et quoiqu'elle ne comptât qu'une vingtaine de personnes, plusieurs furent atteintes de la maladie, et trois moururent.

4° Le ministre de la guerre se retira dans sa villa de Carthage, avec les 50 personnes qui composaient sa suite ; son médecin les soumit aux règles d'une quarantaine absolue, et tous échappèrent à la maladie, qui sévissait dans les environs.

5° Le ministre de l'intérieur, Zappatapa, se mit aussi en quarantaine avec 60 personnes. Quelques-unes d'entre elles éprouvèrent, pendant l'épidémie, des céphalalgies, des dispepsies ; mais jamais le moindre symptôme de la maladie régnante, qui faisait des ravages dans le château del Bardo, situé à un demi-tir de canon.

6° Le comte Raffo, ministre des affaires étrangères, se retira avec 115 personnes au cap Zibibbo, fit tirer un cordon militaire rigoureux et échappa aux atteintes du choléra.

Des faits si nombreux, si concordans, forment un ensemble convaincant pour admettre le contage cholérique, et l'utilité des quarantaines.

Il ne peut donc y avoir, en médecine, selon M. Ferrini, de vérité mieux prouvée.

Quant à l'origine du contage cholérique, on doit dire avec Tullius : *Hoc unum scio quod nihil scio.*

Rasori a écrit : « Demander comment est né pour la première fois un contage est aussi ridicule que de demander comment est né pour la première fois un végétal ou un animal. Ce sont des questions auxquelles ne répondent que ceux qui s'élèvent au-dessus des limites de l'intelligence humaine, limites dans lesquelles tout homme raisonnable aime à se renfermer modestement. »

Pour nous, nous l'avouons humblement, nous n'avons que des sentimens de pitié et des paroles de condoléance pour ces souverains et ces ministres, qui peuvent ainsi s'enfermer pendant des mois entiers dans leurs villas ; nous réservons toutes nos sympathies pour la religieuse qui veille au lit du malade dans nos hospices, ou le médecin qui court de mansarde en mansarde pour prodiguer les ressources de son art et les consolations de son cœur.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

(1) Une lettre particulière nous apprend que de nouvelles études confirment les premiers résultats.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 80. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 7 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

De la chorée.

A l'occasion d'une jeune femme de 20 ans, n'ayant pas eu antérieurement de rhumatisme articulaire, et qui est atteinte pour la première fois de la chorée, M. Trousseau se propose de faire quelques réflexions sur cette affection, qui, bien que connue de l'antiquité, n'a pourtant été bien étudiée que dans ces derniers temps. Il désire surtout fixer l'attention sur un caractère qui n'a pas été assez mis en relief, et qui consiste dans un trouble particulier de l'intelligence, dont les malades ont quelquefois conscience, et qui, dans tous les cas, est toujours appréciable pour les assistans : il consiste dans un affaiblissement de la volonté, une diminution de la mémoire et de toutes les facultés intellectuelles, allant quelquefois jusqu'à la *démence*, si on laisse à cette expression le sens que lui donnait Esquirol, c'est-à-dire la diminution et la perte graduelle des facultés, sans qu'il y ait de troubles. C'est, si l'on peut s'exprimer ainsi, une sorte d'amaurose intellectuelle, en vertu de laquelle un individu perd peu à peu la faculté de voir sans qu'il survienne de troubles spéciaux. Les choréiques tombent souvent dans cet état d'affaiblissement intellectuel; ils pleurent et rient presque sans motifs, puis se consolent de même, deviennent extrêmement impatiens, tristes quelquefois, mais ne présentent jamais aucun désordre maniaque, aucune idée fixe. Les mères de famille notent presque toujours cet affaiblissemeut de l'intelligence, et le signalent fréquemment au médecin. M. Trousseau est dans l'usage de le désigner sous le nom de *démence choréique*.

A côté de cette diminution dans la puissance des facultés intellectuelles se place celle des forces motrices. On ne trouve presque pas de sujet choréique, dit M. Trousseau, qui ne présente une paralysie *relative*, car jamais on ne rencontre la paralysie complète. Certains choréiques sont dans l'impossibilité de mouvoir un bras, de porter de ce côté un poids même peu considérable, et cela non à cause du désordre des mouvemens, mais en raison d'un affaiblissement, d'une paralysie incomplète; en même temps que leur bras est affaibli, les choréiques traînent la jambe du même côté; et il faut noter que c'est du côté où les mouvemens désordonnés existent à un degré plus élevé que la paralysie prédomine. Si la chorée devient plus intense du côté opposé, la paralysie y passe également. Cette diminution de la force musculaire cesse avec la maladie; mais, dans certains cas, on la voit persister sous forme d'une hémiplégie incomplète très notable, et en même temps les muscles subissent une atrophie. M. Trousseau cite l'exemple de deux dames de sa clientèle qui sont arrivées déjà à un âge avancé, et gardent cette infirmité, suite d'une chorée survenue pendant leur jeunesse. Il attribue également à une paralysie viscérale l'incontinence des urines et des matières fécales que l'on observe chez certains choréiques.

Au n° 15 de la salle des hommes se trouve un individu atteint de chorée mercurielle. Il a été pendant longues années occupé à la préparation du feutre, pour laquelle il employait du nitrate de mercure; et, après un certain nombre d'accidens causés par ce métal, il vient d'être pris dans les membres de mouvemens qui se rapprochent assez de ceux de la chorée pour mériter le nom que nous leur donnons, mais qui, cependant, doivent être distingués de ceux des vrais choréiques. En effet, malgré les mouvemens dont le bras, par exemple, est agité, la volonté conserve encore assez d'empire sur la direction du membre, pour que la main arrive juste à l'objet qui doit être saisi; elle le fait en tremblant, mais enfin le but est atteint; de même pour le pied que le malade peut poser où il le veut : il y a une certaine régularité au milieu de ce désordre. Chez le choréique, au contraire, tout est irrégulier; la volonté n'a plus d'empire, elle commande dans un sens et les muscles agissent dans un autre; la main qui va pour saisir un objet est brusquement déviée de la ligne à suivre, et heurte les objets environnans; de même des pieds, qui sont jetés dans des sens divers, s'embarrassent l'un dans l'autre, de manière à rendre la marche impossible. C'est l'image du désordre, et il n'y a plus de mouvemens réglés. Ces troubles frappent quelquefois les muscles placés sur la limite de la vie de relation et de la vie végétative, ceux du pharynx, et alors la déglutition devient impossible, les alimens et les boissons sont rejetés par les narines; si l'affection porte sur le larynx ou la langue, on voit la phonation et l'articulation des sons devenir impossible; ou bien le timbre de la voix change brusquement, de façon à passer dans une même phrase des intonations les plus graves aux sons les plus aigus. Ce désordre des mouvemens peut être porté à un degré extrême, et exposer les malades à se blesser si gravement, que la première indication consiste à employer les moyens propres à prévenir cet accident. La contention à l'aide de la camisole est la première idée qui soit venue, mais elle est plus funeste qu'utile, car, par leurs mouvemens involontaires et incessans, les malades se font de larges plaies, surtout au niveau des saillies osseuses.

Outre les exemples qui abondent dans les traités spéciaux, M. Trousseau cite celui d'une fille qu'il fit contenir à l'aide de la camisole et de lacs en toile, et qui, dans l'espace d'une nuit, se mit à nu les olécrânes, les rotules et les calcanéums. Le meilleur moyen est le *lit-boîte*, dont les parois sont recouvertes de matelas, et dans lequel le malade peut s'agiter sans se blesser, bien qu'il soit laissé à ses libres mouvemens.

On ne peut nier que, dans cette maladie, les centres nerveux ne soient affectés, bien que nous ne sachions pas dire comment, puisque nous voyons apparaître deux des signes les plus généraux des affections cérébrales, l'affaiblissement de l'intelligence et la paralysie, et que, dans certains cas très graves, nous voyons la fièvre s'établir, les malades tomber dans la stupeur, et mourir.

Il ne faut donc pas, dans les chorées extrêmement violentes, porter un pronostic trop favorable, car elles peuvent se terminer par la mort, bien que, d'une manière générale on puisse dire de la chorée qu'elle guérit toujours.

Dans ces dernières années, M. Sée a établi qu'un grand nombre de choréiques ont eu des rhumatismes articulaires aigus antérieurement, et fait de la chorée une affection rhumatismale; avant lui, Bright avait déjà noté qu'elle survenait fréquemment chez des individus atteints d'affections organiques du cœur. Sauf l'exagération qui a fait regarder à M. Sée comme rhumatismales les arthralgies et les fatigues des choréiques, il n'en a pas moins établi entre le rhumatisme et la chorée une loi de filiation exacte.

M. Trousseau va plus loin, il croit que l'existence de la chorée, chez ceux qui n'ont pas eu de rhumatisme articulaire aigu, indique qu'ils ont une prédisposition à en avoir. Ainsi la jeune fille, sujet de cette leçon, qui échappe à la loi posée par M. Sée, est, suivant M. Trousseau, menacée dans un avenir prochain d'avoir un rhumatisme. De sorte qu'on pourrait dire d'un choréique, que s'il n'a pas eu de rhumatisme il en aura.

La malade a été soumise au sirop de sulfate de strychnine, et avec assez de succès pour que, après quatre jours, elle puisse travailler à l'aiguille.

Le sirop prescrit par M. Trousseau est formé : de sirop 100 grammes, sulfate de strychnine 0,05 centig., par simple solution. On le donne par cuillerées à bouche aux adultes, et par cuillerées à dessert aux enfans. La malade en a pris trois, espacées, le premier jour. Elle a éprouvé la démangeaison particulière que cause ce médicament. Cette démangeaison est surtout prononcée à la tête, commence trente ou quarante minutes après l'administration, et cesse quand on suspend le remède; c'est un indice très sûr de l'action de la strychnine et de l'importance qu'il y a à ne pas augmenter la dose. Quand elle ne se manifeste pas, ce qui arrive quelquefois, on est obligé de répéter la dose jusqu'à ce qu'il se produise des convulsions toniques dans les membres, auquel point il faut cesser l'administration du remède.

(*La suite à un prochain n°.*) Dr E. ARCHAMBAULT.

MÉDECINE LÉGALE.

ABSENCE D'UNE PORTION DE L'INTESTIN RECTUM CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ;

Rapport médico-légal par MM. ROULLAND, LEMASSON et REUELLE.

Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, agissant en vertu d'une ordonnance sur référé de M. le président du Tribunal civil de Vire, nous nous sommes transportés, le mercredi 5 mars 1851, en la commune de Condé-sur-Noireau, à l'effet de procéder, après serment prêté entre les mains de M. le juge de paix, à l'examen et à l'autopsie du cadavre de l'enfant de Mme Hippolyte Guillet, enfant né le 19 février et mort le 1er mars, et de déterminer s'il était né viable.

Avant d'exposer les faits que nous avons constatés et de faire connaître les conclusions que nous avons cru devoir en tirer, disons d'abord que, pour nous, un fœtus est viable toutes les fois qu'il a acquis le degré de maturité qui, dans la règle, indique chez lui la faculté de vivre hors du sein maternel; et que, d'un autre côté, il ne porte aucune irrégularité dans sa conformation, aucun phénomène pathologique qui puisse l'empêcher de prolonger indéfiniment sa vie.

Nous avons donc, dans l'espèce, deux questions à résoudre :

1° L'enfant est-il né à terme, ou tout au moins son organisation physique en dehors de tout vice de conformation, lui permet-elle de vivre hors du sein maternel ?

2° Ne porte-t-il aucun vice de conformation qui soit incompatible avec la vie extra-utérine ?

Après avoir fait constater par le fossoyeur que le cercueil qui nous a été remis était bien celui qu'il avait déposé dans la tombe deux jours auparavant, et qu'il était tel qu'il l'y avait déposé, nous l'avons ouvert nous-mêmes. Il renfermait le cadavre d'un enfant nouveau-né; nous l'avons dépouillé de ses vêtemens, et nous avons reconnu que c'était celui d'un enfant du sexe masculin, ayant le poids et le volume que présente ordinairement un fœtus à terme. La raideur cadavérique est encore assez prononcée; le ventre est ballonné et offre une coloration verdâtre très marquée ; la partie postérieure du tronc présente des vergetures; les cheveux sont courts, bruns; les ongles des pieds et des mains, bien conformés, se prolongent jusqu'à l'extrémité des doigts; la tête, d'un petit volume, a de la fermeté; les os du crâne, quoique mobiles, se touchent par leurs bords; la membrane pupillaire n'existe plus; le cordon ombilical est tombé ; en un mot, tous les signes extérieurs sont ceux que présente un fœtus à terme. D'un autre côté, dans la conformation extérieure, rien n'annonce que l'enfant ne soit pas né viable. Les ouvertures naturelles, bouche et anus sont naturellement conformées.

Nous avons procédé ensuite à l'autopsie du cadavre. Nous avons d'abord ouvert avec grand soin l'abdomen; la vessie est distendue par un liquide jaunâtre, n'ayant aucune odeur appréciable; dans la cavité du péritoine, il y a quelques cuillerées d'un liquide ayant quelque analogie, par sa couleur, avec celui que renferme la vessie. La membrane séreuse (péritoine) offre une rougeur très prononcée, et à sa surface existe presque partout une exsudation ou sécrétion albumineuse, un grand nombre d'anses intestinales sont collées entre elles, en un mot, il y a là tous les signes d'une péritonite aiguë. A l'ouverture de l'abdomen, nous avons tout d'abord été frappés par l'existence d'une tumeur du volume d'un petit œuf d'autruche (8 centimètres environ dans son diamètre transversal), ayant une forme ovoïde, et formée par l'intestin rectum et une partie de l'S iliaque du colon distendu. Cette tumeur, qui occupe toute la fosse iliaque gauche, a refoulé à droite l'intestin grêle, lequel offre lui-même une certaine distension. Nous avons de suite compris qu'il devait y avoir, du côté de l'extrémité inférieure du rectum, un rétrécissement ou une oblitération qui devait s'opposer à l'issue des matières.

Notre attention a donc été tout naturellement appelée vers l'ouverture anale. Nous avons introduit dans cette ouverture une sonde du n° 6, afin de constater s'il existait à une certaine hauteur une oblitération dirigée en haut et en arrière; en suivant la direction de l'os coccyx et du sacrum, nous avons rencontré à la hauteur d'un centimètre et demi environ un obstacle qui ne nous a pas permis de faire pénétrer la sonde dans le rectum. Dirigeant alors celle-ci en avant, nous avons trouvé une ouverture étroite par laquelle elle est arrivée dans la cavité péritonéale.

Cette ouverture anormale a dû être produite par un corps étranger introduit par l'anus, dans le but de pénétrer dans l'intestin et de donner issue aux matières qu'il contenait.

Revenant à l'examen du rectum, nous l'avons disséqué avec le plus grand soin, et nous avons constaté qu'il se terminait au niveau de l'articulation du sacrum et du coccyx adhérant postérieurement à ces os. Nous avons fendu cet intestin dans toute sa longueur, et il s'en est alors écoulé, avec quelques gaz, un liquide jaunâtre mélangé de flocons du méconium.

Il est important de noter qu'avant de le fendre, nous avions fait, par une petite ouverture, et au moyen d'une seringue, une injection d'eau, et qu'aucune partie de ce liquide ne s'était écoulée par l'anus. Ces opérations nous ont encore mieux permis de reconnaître que l'intestin

rectum se terminait dans le lieu déjà indiqué par un assez large cul-de-sac en forme de dé à coudre; de telle sorte que l'ouverture anale et l'extrémité inférieure du rectum se trouvent séparées l'une de l'autre par une cloison ou plutôt par une bride ou sorte de nœud, dont il importe extrêmement d'indiquer les dimensions et la nature. Sa hauteur est d'un peu plus d'un centimètre; sa largeur est un peu moindre; elle est formée par un tissu dur, fibreux, résistant, criant sous le scalpel; en avant d'elle se trouve un tissu cellulaire assez lâche qui la sépare du bas-fond de la vessie, et qui a été traversé par l'instrument introduit dans le but de procurer l'issue des matières intestinales. En exerçant des tractions par en haut sur le rectum isolé des parties voisines, on fait remonter l'ouverture anale.

Circonstance importante : nous n'avons pu constater aucune trace du sphincter interne de l'anus.

Tout le reste du tube digestif est régulièrement conformé; le cœcum et le colon ascendant sont remplis d'un liquide jaunâtre et de matières plus solides, résultant évidemment d'une digestion régulière et normale. L'estomac, d'un volume ordinaire, est sain, et contient un liquide lactescent et filant.

L'uretère droit est distendu ; il a le volume d'une plume d'oie ; cependant le canal de l'urètre est libre. Le foie, la rate, les reins sont dans l'état naturel.

Rien de particulier du côté des poumons, du cœur, du cerveau.

Ainsi donc, pour tout vice de conformation, absence de l'extrémité inférieure du rectum, qui se termine en cul-de-sac au niveau de l'articulation sacro-coccygienne.

Ce vice de conformation est-il tel qu'il doive de toute nécessité amener la mort de l'enfant? Oui, sans nul doute, si l'art n'intervient pas; l'art intervenant, y a-t-il des chances de salut pour l'enfant, et que devrait-on faire?

Deux ressources se présentaient : rétablir l'anus naturel, en créant dans l'épaisseur des tissus la portion du rectum qui manquait, ou établir un anus artificiel. Le premier moyen offrait, à cause même de la nature de l'obstacle, de sa longueur, de son peu de largeur, une grande difficulté. Toutefois, nous pensons qu'au moyen d'un trocart ou mieux encore d'un bistouri à lame étroite, conduit sur une sonde cannelée sans cul-de-sac, dont on aurait dirigé la cannelure du côté du coccyx, il y aurait possibilité de pénétrer dans le rectum; mais il ne suffirait pas de donner une issue momentanée aux matières que renferment ces intestins, il fallait encore pouvoir en entretenir le cours régulier. Or, pour peu qu'on réfléchisse à la longueur de l'obstacle à traverser, à son étroitesse, à l'absence du sphincter interne de l'anus, on comprendra de suite l'impossibilité pratique qu'il y avait à maintenir l'ouverture faite, libre et permanente, même en se servant pendant longtemps de mèches de charpie et d'une canule de gomme élastique. Cette opération, indiquée et décrite par tous les auteurs, pratiquée avec succès par quelques chirurgiens quand l'obstacle offrait peu d'épaisseur, toujours avec insuccès, nous osons le dire, quand une portion du rectum manquait, a été modifiée par M. Martin. Son procédé consiste à ouvrir l'S iliaque du colon, en ayant soin de faire à l'intestin une incision longitudinale et aussi petite que possible. Par cette ouverture, on conduit de haut en bas un instrument explorateur, une sonde, un trocart, une sonde à dard pour faire saillir le périnée vis-à-vis le cul-de-sac intestinal, ou même pour traverser les parties qui le séparent du périnée, et indiquer la route au bistouri.

Ce procédé aurait pu peut-être faire pratiquer avec plus de sécurité l'opération, mais nous pensons qu'il n'offrait pas en réalité une chance de salut de plus pour l'enfant.

M. Amussat a proposé dans les cas analogues à celui qui nous occupe, de disséquer les parties molles jusqu'à l'intestin, d'attirer celui-ci, de l'ouvrir et de le fixer au pourtour anal à l'aide de quelques points de suture. Mais, hâtons-nous de le dire, tout en chirurgie est relatif, et il n'est peut-être pas deux cas parfaitement semblables. Or, dans l'espèce, le procédé de M. Amussat était, à cause des *adhérences qui fixaient dans une assez grande étendue le rectum aux os*, impraticable. Le chirurgien n'ayant pu parvenir, nous l'admettons, à rétablir l'anus naturel, une seule ressource lui restait. Deux méthodes opératoires sont restées dans la science. Dans la première, on va chercher l'S iliaque du colon, elle appartient à Littre; dans la seconde on attaque le colon descendant dans la région lombaire, on la doit à Callisen. Duret, l'un des premiers chirurgiens de la marine, a pratiqué avec succès cette opération par la première méthode. L'observation s'en trouve consignée dans Boyer, t. x, p. 28; ce cas de succès et deux autres dont l'authenticité est moins bien établie, sont les seuls que nous connaissions dans la science. Le procédé de Callisen est peut-être encore plus incertain dans ses suites, et nous ne sachions pas que, mis en pratique dans des cas analogues à celui-ci, il ait jamais réussi.

De tous ces faits nous croyons pouvoir conclure :

1° Qu'il existait un obstacle matériel au cours des matières fécales qui, de toute nécessité, devait, en dehors de l'intervention de l'art, amener la mort.

2° Qu'il était possible, mais avec une extrême difficulté, de franchir cet obstacle, de pénétrer dans l'intérieur et de donner issue aux matières qu'il contenait.

3° Mais que, eu égard à la nature de l'obstacle, à l'absence du sphincter interne de l'anus et aux circonstances ci-dessus mentionnées, l'établissement régulier et permanent d'une voie au cours des matières offrait si peu de chances de succès, qu'on doit le considérer comme pratiquement impossible.

4° Que l'établissement d'un anus artificiel, ainsi que la dissection et l'établissement du rectum, offraient également si peu de chances de succès, que ce n'était point un moyen de salut pour l'enfant.

5° En résumé, nous pensons qu'en présence de toutes les difficultés que dans le cas particulier on devait rencontrer, l'art devait être impuissant, et que l'enfant était condamné à mourir.

Mars 1851.

Les conclusions de ce rapport ayant été vivement attaquées, nous avons cru devoir y répondre par le mémoire suivant :

Un principe, à notre sens, domine tout le débat. C'est que, en médecine légale, quelques faits exceptionnels, quelque bien constatés qu'ils soient, ne peuvent infirmer une règle établie ; la législation veut reposer sur quelque chose de positif et de certain ; elle veut s'appuyer, non sur des appréciations individuelles, mais sur des jugemens sanctionnés par la science ; le plus grand mérite d'une législation, disait, il y a peu de jours encore, un homme éminent, c'est la stabilité de la loi. Donc, jusqu'à ce que le temps et l'expérience aient démontré que certains vices de conformation, regardés jusqu'à ce jour comme incompatibles avec la vie, ont, par suite des progrès de l'art, cessé de l'être, ils devront encore être considérés comme tels, et par le médecin légiste et par le législateur. Or, dans l'espèce, c'est bien plutôt une question de médecine légale qu'une question de chirurgie pure que nous avons à résoudre. Aussi, avant de poser les conclusions que nous avons émises, nous nous sommes demandé si ces opérations hasardeuses, conseillées pour remédier à ce vice de conformation qu'on désigne sous le nom d'atrésie du rectum, avaient reçu du temps et de l'expérience cette consécration qui donne droit de domicile dans la science, et si elles s'appuyaient sur des faits assez nombreux, assez authentiques, pour faire changer la législation en cette matière. Notre opinion est toujours la même; peut-être même la lecture des mémoires de nos honorables contradicteurs nous y a-t-elle confirmés davantage.

Avant d'entrer dans l'examen et dans la discussion de ces mémoires, notons que tous les médecins légistes, Fodéré, Orfila et M. Devergie, ont considéré, en général, les atrésies des intestins comme causes de non-viabilité. Disons aussi, avec Fodéré, « que, quoique l'on pense assez généralement que le temps le plus prolongé de l'existence d'un enfant regardé comme imparfaitement organisé soit de huit à dix jours, il peut cependant arriver qu'il vive même plus longtemps, quoique, par le fait de sa naissance, il ait été déclaré non viable. Il peut arriver, en effet, dit le même auteur, qu'un enfant, déclaré viable, meure dans peu de jours, les causes de mort étant très fréquentes à cet âge, sans qu'on puisse attaquer d'erreur le rapport des gens de l'art; tout comme un enfant déclaré non viable peut vivre plusieurs mois, sans qu'on puisse dire que les gens de l'art se sont trompés et que l'enfant était viable; parce que, disent les jurisconsultes, la viabilité n'est pas établie en fait, mais de la perfection de l'enfant; y en ayant qui ont vécu très longtemps; ce qui ne fait pas règle. » (Fodéré, *Méd. lég.*, t. II, p. 147.)

Les mémoires que nous avons sous les yeux ont été rédigés à des points de vue divers, tant les règles manquent en pareille matière. Ainsi, de nos honorables contradicteurs, les uns, sans entrer, disent-ils, dans des détails anatomiques et chirurgicaux, qui ne seraient intelligibles que pour les hommes de l'art, ont recueilli un certain nombre de faits qui tendent à prouver l'excellence de la méthode de Littre. Notre honorable confrère, M. Lesauvage, laissant de côté cette opinion, au succès de laquelle il ne croit guère, et cela se comprend, car il est avant tout praticien habile et prudent, ne s'occupe que de l'opération par la méthode coccygienne, et cite certains faits qui n'ont aucun rapport; nous le prouverons tout à l'heure, avec le fait soumis à notre examen. Enfin, M. Amussat nous donne un long plaidoyer en faveur du procédé opératoire dont il est l'inventeur. Mais du vice de conformation de l'enfant Guillet, rien, ou tout au moins peu de chose; c'est de lui, cependant, qu'il est question, et l'on ne peut, de bonne foi, espérer détruire par des généralités une opinion basée sur l'examen consciencieux et approfondi de pièces pathologiques.

Dans le cas particulier où nous avons été appelés à donner notre avis, contrairement à ce qui arrive dans les diverses espèces d'atrésies du rectum, avec absence de tout ou partie de l'organe, l'anus existant à l'état normal, la première, la plus urgente, la seule indication pratique était d'établir, par la voie naturelle, l'écoulement des matières. Or, pour peu qu'on veuille se rappeler la disposition des parties, tout praticien comprendra les difficultés qu'on devait rencontrer, les dangers extrêmes qu'on faisait courir à l'opéré, soit qu'on eût recours à la ponction ou à l'incision, par des procédés anciens et nouveaux ; en effet, l'obstacle à franchir, loin d'être, comme le dit M. Lesauvage, un plancher, n'était autre qu'une corde étroite et fibreuse, faisant suite à l'intestin, et dont la consistance et le peu de largeur offraient une difficulté extrême à l'instrument pour pénétrer dans l'intestin; joignez à cela que cet obstacle fibreux offrait d'ailleurs des proportions telles, qu'après avoir introduit une sonde par l'anus et lui avoir imprimé des mouvemens alternatifs d'élévation et d'abaissement, le doigt indicateur, porté à plusieurs reprises dans le cul-de-sac du rectum, ne peut sentir le bec de la sonde que quand l'un de nous vient à le dévier en avant de l'axe vertical de l'obstacle. Grave élément d'erreur, qui pouvait permettre de sentir la fluctuation là où il était si dangereux d'attaquer.

Mais, en admettant toutes ces difficultés vaincues, en admettant la possibilité, et nous l'avons admise la pièce anatomique en main, en admettant, disons-nous, la possibilité de pénétrer dans l'intestin, ce qui, sur le vivant et au milieu de l'obscurité du fait, ne pouvait être que le résultat d'un coup de main heureux, ce résultat si désirable ne pouvait même avoir qu'un effet précaire et temporaire, puisque l'étroite ouverture n'eût pu que donner momentanément issue aux matières liquides, qu'il eût été de toute impossibilité de maintenir à travers ce cordon solide, de la grosseur d'une plume d'oie, et malgré tous les moyens employés à cet effet, une ouverture d'une dimension suffisante pour donner passage aux matières solides, produits de la digestion. On sera confirmé dans cette opinion, si, par analogie, on veut se rappeler ce qui se passe dans les rétrécissemens fibreux du rectum chez l'adulte. Dans ces cas, en effet, tous les chirurgiens le savent, il y a impossibilité presque constante d'obtenir le rétablissement du calibre de l'intestin, par la dilatation seule quelque soit le moyen employé. Et c'est même pour ces cas, si nous ne nous trompons, que M. Amussat a inventé son procédé opératoire, et c'est seulement aussi dans ces cas qu'il peut avoir quelque valeur. Or, il y a loin, cependant, de ces cloisons, placées transversalement dans le rectum d'un adulte, et dont le centre offre une ouverture plus ou moins étroite, à ce cordon fibreux à travers lequel on a fait au moyen d'un petit trocart ou d'un bistouri à lame très étroite, et cela chez un enfant nouveau-né, une étroite ouverture.

Ainsi donc, certitude de mort par le fait de l'oblitération, toutes chances de produire des lésions mortelles dans la manœuvre opératoire ; succès impossible dans le cas peu probable d'une opération pratiquée sous les plus heureuses circonstances.

Nous le demandons, quels rapports ce fait a-t-il avec ceux cités par M. Lesauvage, et qui se rapportent aux docteurs Miller, Fergusson, Roux de Brignolles et Gerdy, lequel aurait remédié, dit-il, avec succès à l'imperforation de l'anus sur des enfans nouveau-nés. Il s'agit bien, en vérité, d'imperforation de l'anus. L'anus était bien conformé chez l'enfant Guillet, mais il manquait une portion de l'intestin rectum. Nous maintenons, nous, qui avons eu les pièces anatomiques sous les yeux, que le cas actuel, au lieu d'être simple, offrait, au contraire, des circonstances toutes particulières et qui devaient faire échouer toute opération.

Mais, nous dit-on, l'art possède de nombreux et puissans moyens de rendre à la vie les enfans nés avec une imperforation du rectum. Cette assertion, au point de vue contemplatif, prouve les généreux efforts de la chirurgie, mais, au point de vue pratique, nous savons hélas! que la diversité, la multiplicité et le luxe des moyens sont le cortége ordinaire les maladies incurables, et que la richesse ici n'atteste que la pauvreté de l'art.

Ainsi, nous voyons MM. Vastel et Leprestre, ne tenant aucun compte du fait particulier et des indications qui en découlent impérieuses, venir nous dire, à l'encontre de M. Lesauvage, que le meilleur procédé opératoire indiqué dans l'espèce est celui de Littre, et nous citer quelques cas de succès à l'appui de leur opinion. De ces faits cités par eux, les uns manquent tellement de détails qu'ils échappent à la critique, et, par suite, ils ne se présentent pas avec des caractères tels qu'ils puissent être admis sans conteste ; les autres n'ont avec le cas qui nous occupe que des analogies éloignées. Prenons pour exemple le plus saillant, le plus authentique de tous, le fait rapporté par Duret, et que nous avons nous-mêmes signalé dans notre procès-verbal. Dans ce cas, l'anus n'existait pas, le rectum manquait complétement, le canal intestinal se terminait à l'S iliaque du colon, au niveau du pli de l'aîne, par une tumeur, peu saillante il est vrai, mais une tumeur qui imprimait à la peau une coloration foncée qui dénotait à une petite distance la présence du méconium. Le doute n'était pas possible, la conduite du médecin était tracée, il n'avait pas à choisir entre les méthodes, pas même le lieu d'élection, il agissait à l'extrémité du canal intestinal, à l'endroit le plus déclive, il avait toutes les chances de réussir, il réussit. Mais chez l'enfant Guillet, en admettant qu'on fût assez téméraire pour aller chercher l'S iliaque et qu'on l'ouvrît, il devait rester au-dessous du point ouvert de l'intestin, un large cul-de-sac, dans lequel les matières intestinales se seraient accumulées, quelque précaution qu'on eût prises; et de cet amas seraient nés, de toute nécessité, des accidens mortels. Répétons, à cet égard, ce que nous avons dit ailleurs : c'est qu'en médecine tout est relatif, et qu'on s'expose à tomber dans de singulières erreurs quand, sans tenir compte des circonstances particulières d'un fait, on veut le forcer à se courber sous le niveau général.

Au reste, M. Amussat se charge de nous édifier sur la valeur du procédé opératoire de Littre. Il nous dit que ce procédé, par lequel on attaque deux fois le péritoine avant de pénétrer dans l'intestin, est tellement dangereux et offre des chances de succès si faibles, que les enfans, porteurs du vice de conformation qui nous occupe devraient être considérés comme non viables; mais que, grâce aux progrès qu'il a fait faire à la chirurgie en cette matière, cette opinion ne peut plus être admise aujourd'hui. Or, nous ne saurions assez le répéter, il ne peut suffire au médecin légiste, pour détruire une règle établie, qu'un chirurgien, quelque haut placé qu'il soit dans la science, vienne dire : j'ai, découvert une méthode opératoire par laquelle je remédie, presque à coup sûr, à tel vice de conformation; il lui faut plus que cela, il lui faut des faits, des faits nombreux et bien établis, des faits qui aient reçu la sanction du temps.

Nous le demandons, quels sont les chirurgiens qui, aujourd'hui, tentent ou seulement conseillent l'opération de M. Amussat? Il en sera du procédé de M. Amussat ce qu'il en est du procédé de Littre, qui, inventé en 1708, mis en pratique pour la première fois en 1776, par Pilore, de Rouen, en 1733 par Dubois, toujours avec insuccès jusqu'en 1793, est aujourd'hui délaissé pour faire place à de nouvelles inventions qui comptent encore moins de succès. Dans le même ordre d'idées et toujours sur le terrain des vices de conformation, n'avons-nous pas vu, il y a peu de temps encore, proclamer et propager à grand bruit des procédés opératoires pour guérir le strabisme et le bégaiement. Et ne savons-nous pas aussi que ces opérations sont déjà jugées, condamnées, abandonnées, comme inutiles toujours, dangereuses souvent. Elles restent dans la chirurgie comme un glorieux témoignage, comme un monument qui atteste les nobles efforts de l'art, en même temps que les limites de sa puissance pour refaire des organes vicieusement ou incomplétement créés. Oui, nous le disons avec une profonde conviction, encore quelque temps et il ne sera plus question de l'opération de M. Amussat ; on cessera bientôt de tourmenter de pauvres petits êtres dans le but de leur donner une existence qui leur serait toujours à charge. Pour nous, nous voulons laisser à d'autres la responsabilité de pareilles opérations.

Ainsi donc, en définitive, à quoi se résume le triomphe de l'art contre un vice de conformation que l'on sait et que l'on avoue ne pas être très rare. Sur des milliers d'enfans voués à la mort, on cite, depuis la fin du dernier siècle, quelques cas de succès obtenus par divers procédés, dans des circonstances exceptionnelles, particulières, circonstances et exceptions où l'enfant Guillet ne peut même trouver place. Est-ce suffisant de bonne foi, pour autoriser le médecin légiste à considérer l'anus artificiel, à quelque procédé qu'on ait recours, comme ayant fait ses preuves de manière à être accepté comme moyen général applicable avec chances de succès à tous les cas d'atrésie du rectum? Est-ce suffisant, pour changer la législation qui, dans ses applications, veut la fixité de la règle, comme elle a pour base la fixité du principe? Nous ne l'avons pas pensé : ainsi nous persistons dans nos premières conclusions et nous disons : non, l'enfant Guillet n'était pas né viable.

ROULLAND, LEMASSON, REUELLE.

Mai 1851.

La question portée devant l'Académie de médecine par notre honorable confrère, M. Devergie, et bien clairement posée par le fait relaté ci-dessus, est certainement une des plus importantes que la science ait à résoudre. La loi ne s'est point expliquée sur la viabilité, ou du moins elle n'a point établi à

ce sujet de règle impérieuse. Le principe une fois institué, elle a voulu et dû vouloir que la viabilité pût s'élargir à mesure que la science rendrait, par de nouvelles conquêtes, possible, sinon facile et toujours agréable, une carrière humaine ordinaire.

Les enfans dont le prépuce, dont l'anus seraient imperforés, sont, *de par la nature*, non viables; une opération très simple change ces conditions primitives et rend immédiatement viables, c'est-à-dire capables de tous les droits, de tous les bénéfices et de tous les devoirs sociaux, ceux que la nature en aurait privés.

Il est arrivé, en conséquence de cette considération des faits même les plus simples, que la viabilité n'est pas une question de loi; mais, en pratique, en fait, a toujours été une question de science physiologique, médicale ou chirurgicale. Plus ces deux dernières sciences, plus la dernière surtout auront fait de progrès, et plus la première pourra étendre le cercle des viabilités.

Cette vérité palpable, qui ne touche point à la première des règles établies par les auteurs du rapport ci-dessus, concernant la maturité du fœtus, établit évidemment certaines restrictions, quant à la seconde règle qu'ils ont posée, en disant: que l'*enfant ne doit porter aucune irrégularité dans sa conformation, aucun phénomène pathologique qui puisse l'empêcher de prolonger indéfiniment sa vie.* Il est évident qu'il faut réserver ici, et que le bon sens et la loi doivent réserver la part que l'art pourra prendre dans le rétablissement des irrégularités de conformation, des phénomènes pathologiques reconnus au moment de la naissance. Malgré ces désordres matériels, l'enfant est évidemment viable quand il peut vivre après avoir été secouru convenablement. Entendre ces choses autrement, ce serait s'exposer à se heurter chaque jour contre une foule de sujets non viables qui vivent comme nous tous.

Le fond de ces questions est donc purement et presque uniquement l'appréciation d'un fait scientifique et le plus souvent chirurgical.

Placé à ce point, nous devons ajouter encore que nous hésiterions beaucoup, avant d'admettre avec MM. Roulland, Lemasson et Reuelle, qu'*en médecine légale, quelques faits exceptionnels ne peuvent infirmer une règle établie.* Il est certain que, dans le cas de Duret, l'enfant, quoique privé de rectum, était devenu viable par le succès de l'opération qui lui avait été faite. Et nous nous demandons ce que devient pour ce sujet la règle établie? L'enfant avait-il donc tort d'être viable?

Nous n'acceptons pas non plus sans réserve cette autre assertion que *la législation veut quelque chose de positif et de certain.* Oui, quand la chose est possible et raisonnable; mais non, mille fois non, quand il s'agit de faits qui ne sont pas sous l'empire de la nécessité éternelle, et qui peuvent et doivent varier et changer comme la science, et même comme la capacité des hommes qui l'appliquent.

Ces simples réflexions, dans lesquelles nous n'avons pas la prétention de décider la question qui regarde le cas observé à Caen, et qui laissent aux chirurgiens les plus compétens sur la matière l'examen de ce qui a été fait et de ce qui aurait pu se faire en semblable occurrence, ont pour but seulement de prémunir le lecteur contre toute opinion trop absolue, en fait de viabilité. Notre science n'est pas finie; la pratique des opérations s'amplifie heureusement chaque jour. Ne repoussons pas, sous prétexte qu'il y a règle établie, l'examen des faits individuels, l'appréciation scientifique du cas particulier qui peut se présenter chaque jour; et qui, l'histoire le prouve surabondamment, peut, avec le temps, conduire à des conclusions logiques toutes différentes de celles qu'on croyait d'abord légitimes.

Dr SANDRAS.

SYPHILIOGRAPHIE.

DU CHANCRE AU POINT DE VUE DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE;

Par le docteur Henry MUSSET, de Ste-Terre (Gironde), ancien interne de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc.

(Suite. — Voir les numéros des 31 Mai et 19 Juin 1855.)

(Dans le numéro du 19 juin, sous le titre qui précède, au commencement de l'article, *au lieu de* : son *incurabilité* persistante et fatale quand il a pris la marche serpigineuse, etc., *lisez* : son *inoculabilité*, etc.)

Les observations précédentes suffisent pour nous permettre d'esquisser à grands traits l'histoire du chancre phagédénique et pour établir, d'une manière irréfragable, les questions de doctrines qui s'y rattachent.

L'idée que nous nous faisons de cette variété de l'ulcère primitif est bien loin de celle de l'école ancienne. Il faut le dire aussi: la fréquence et la gravité de cet accident étaient de beaucoup plus grandes autrefois qu'aujourd'hui. Selon moi, l'épidémie du xvme siècle nous en a laissé de remarquables exemples, et, fait digne d'attention, plus les temps se sont rapprochés des nôtres et plus le phagédénisme ancien a perdu dans les descriptions qu'en ont faites les auteurs de son aspect repoussant et de la gravité de ses conséquences. C'est sans nul doute aux progrès de l'hygiène, aux ressources d'une vie meilleure et plus sobre, et surtout aux bénéfices d'une thérapeutique et d'une prophylaxie plus intelligentes de la maladie vénérienne, qu'il faut, en partie, rattacher cet heureux résultat. Mais, proclamons-le avec toute justice: Au point de vue scientifique et pratique, ce sont les recherches expérimentales du célèbre chirurgien de l'hôpital du Midi, qui ont définitivement fixé l'histoire du chancre qui nous occupe.

Ainsi, règle générale, plus un ulcère primitif est large, enflammé, gangréneux, plus, en un mot, sa physionomie est grave et moins l'individu qui en est affecté court les chances de la vérole constitutionnelle. En d'autres termes, jamais le chancre à forme primitivement phagédénique n'est accompagné ni suivi d'accidens généraux. Voilà un fait immense, dont la science syphiliographique moderne s'est enrichie.

Nous distinguons deux formes principales dans le chancre phagédénique: l'une appartenant au phagédénisme simple, l'autre au phagédénisme serpigineux; la première de beaucoup moins grave que la seconde, qui, à son tour, est bien plus rare, toutes les deux sont, relativement au chancre simple ou induré, dans une proportion bien faible. Sur un ensemble de 208 observations, je n'ai recueilli que 18 cas de phagédénisme simple, et que 5 de phagédénisme serpigineux.

Les causes du premier m'ont paru dépendre, le plus souvent, de l'état constitutionnel de l'individu. Ainsi, c'est principalement chez les vieillards et chez les individus affaiblis et détériorés que j'en ai observé les plus graves exemples. Il est une cause que j'ai eu occasion de remarquer et que M. Ricord a déjà signalée d'une manière particulière, c'est l'abus des boissons alcooliques, d'où la dénomination d'œno-phagédénique qu'il a donnée au chancre développé sous cette influence. En un mot, tout principe agissant à la façon des débilitans, peut donner lieu au phagédénisme. Le virus syphilitique, semblable à une graine jetée sur un sol plus ou moins fertile, germe et se développe selon le degré de fécondité qu'il rencontre chez l'individu.

Quant au phagédénisme serpigineux, quelle cause pouvons-nous invoquer? Sans doute, l'observation clinique nous apprend que c'est principalement chez les sujets à tempéramens lymphatiques, strumeux ou tuberculeux qu'on le rencontre; mais, ces influences diathésiques, quelque puissantes qu'elles soient, ne sauraient me rendre compte de ce génie cruel qui persiste si longtemps, toujours vierge, toujours inoculable, et contre lequel les caustiques les plus violens s'émoussent bien des fois. Je donnerai plus loin l'observation d'un ulcère phagédénique serpigineux, inoculé après deux ans d'existence, et après avoir subi cinq fois l'influence cautérisante de l'acide nitrique mono-hydraté. Que d'hypothèses surgissent à l'esprit de l'observateur, lorsqu'il se trouve en présence d'un ulcère de cette nature? Y a-t-il un virus particulier qui lui communique le pouvoir de se transmettre indéfiniment? Cette forme d'ulcère tient-elle, en pathologie spéciale, la place du cancer dans la pathologie ordinaire? A le voir lutter avec tant de résistance, contre les caustiques les plus actifs; à le suivre dans sa marche sans cesse envahissante et en opposition à toutes les règles de l'ulcération en général, on serait tenté de croire que, dans ces circonstances le phagédénisme a perdu ses caractères normaux pour revêtir les formes et les allures du cancer. Il y a là un abîme, une inconnue, que les dernières recherches sur l'inoculation n'ont pu éclairer.

Le chancre phagédénique inflammatoire, devant ses caractères à l'état d'orgasme dans lequel se trouvent les tissus, présente d'abord toute son intensité. Ainsi, la peau est rouge, tendue, érysipélateuse; quelquefois même elle est frappée de gangrène. Le chancre offre une surface pultacée, couenneuse, grisâtre, recouverte d'une membrane pyogénique adhérente qui fournit une suppuration chargée de détritus organique. On y remarque des bords à pic, irrégulièrement découpés, d'une teinte violacée. Ce qu'il y a de remarquable à noter au milieu de ces symptômes aigus, c'est la disposition des ganglions voisins et surtout la tendance qu'a l'ulcère à rester dans les limites qu'il s'est d'abord tracées.

Les ganglions, en effet, n'éprouvent le plus souvent aucune influence morbide de la scène grave qui se passe près d'eux; quelquefois, c'est une légère tension douloureuse, quelquefois c'est l'inflammation voisine avec sa suppuration et ses désordres qui s'y manifeste. Dans ce dernier cas, on a affaire au bubon d'absorption que l'on doit considérer comme un chancre ganglionnaire offrant tous les caractères du phagédénisme sous l'influence duquel il s'est produit.

Une remarque importante à noter, c'est que le pus fourni par le phagédénisme simple ne possède la propriété de s'inoculer que pendant la période d'activité du chancre, et cette propriété est d'autant moins grande que l'inflammation est plus vive, plus animée et que les tissus sont envahis par la gangrène. Celle-ci détruit la spécificité virulente. Loin donc d'être un symptôme alarmant pour la santé du malade, la gangrène doit ici être considérée comme mettant l'individu à l'abri des dangers locaux du virus syphilitique.

Que de différences nous présente le phagédénisme serpigineux! La seule ressemblance qu'il me paraît avoir avec le phagédénisme simple, c'est la forme irrégulière, étendue de la surface malade. Mais ce n'est là qu'un caractère secondaire. Celui qui a eu l'occasion d'étudier cette variété de l'ulcère primitif, se rendra aisément compte des sombres descriptions que les auteurs nous ont laissées de l'épidémie du xvme siècle, car c'est probablement cette forme qui les a tant émus.

L'ulcère phagédénique serpigineux n'offre rien de particulier dans son début. Mais peu à peu, sans invoquer l'influence de l'inflammation, sans symptômes aigus, on le voit gagner du terrain, s'étendre dans tous les sens sans obéir, chose remarquable! comme tous les ulcères, aux lois de la déclivité. Il progresse par fusées, par morcellemens, comme par emporte-pièce. Il affecte des formes sinueuses, irrégulières, à bords renversés, déchiquetés, à surface grisâtre, granuleuse, recouverte d'une couche diphthéritique adhérente surtout sur les bords. On remarque des îlots de peau saine ou de tissu inodulaire jetés au milieu de l'ulcération qui s'agrandit, tandis que les bords se creusent et s'étendent. Les surfaces envahies sont quelquefois considérables. Je me rappelle un jeune clerc de notaire couché au n° 2 de la salle 2me de l'hôpital du Midi, qui présentait un ulcère phagédénique à marche serpigineuse occupant tout le pli de l'aîne gauche, remontant à deux pouces au moins au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure et descendant en suivant le pli génito-crural jusqu'à la partie postérieure de la cuisse. Ce ne fut qu'après six mois de séjour à l'hôpital que ce jeune homme put être débarrassé du mal qui le rongeait depuis près de deux ans.

Ainsi qu'on a pu le remarquer, tout semble se passer à froid avec le chancre serpigineux. On ne rencontre pas les symptômes en apparence si graves du phagédénisme inflammatoire. Tandis que ce dernier parcourt ses périodes dans les limites ordinaires de l'inflammation, l'autre persiste des mois, des années en conservant toujours, jusqu'à la dernière gouttelette de pus, la faculté de pouvoir être inoculé. En vérité, voilà un fait énorme que la doctrine expérimentale nous a enseigné et dont il est difficile d'expliquer le mystère.

L'observation suivante nous en fournit un exemple:

OBSERVATION. — Hau... (Jean), âgé de 33 ans, entré le 11 juillet 1851, et couché n° 22 de la salle 2. Ce malade est affecté d'un ulcère phagédénique à marche serpigineuse, ayant pour siége le condyle interne du tibia de la jambe gauche, et datant de deux ans.

Le 23 septembre, une inoculation est pratiquée sur la cuisse droite du malade.

Le 26, la pustule d'inoculation suit la marche régulière.

Le 27, une cautérisation avec l'acide nitrique est faite sur l'ulcère de la jambe.

Le 29, le chancre d'inoculation prend la forme phagédénique. Il est cautérisé avec l'acide nitrique. Une seconde cautérisation est pratiquée sur celui de la jambe.

5 octobre. Troisième cautérisation.

7 id. Les progrès de l'ulcération de la jambe sont arrêtés dans les deux tiers de sa circonférence.

10 id. Le chancre de la cuisse est éteint. Quatrième cautérisation.

15 id. Cinquième cautérisation.

21 id. L'ulcération de la jambe présente encore quelques points un peu gris, couenneux.

Deux inoculations sont pratiquées sur les bras d'un adepte de la syphilisation.

25 id. Les deux inoculations sont rouges, légèrement enflammées, et sont recouvertes d'une croûte mince. Elles ont la forme de l'*ecthyma plat lenticulé.*

Le fait capital, absolument vrai, qui ressort de l'étude du phagédénisme simple ou serpigineux, c'est qu'à aucune époque de leur durée, on ne constate les signes de la syphilis constitutionnelle. Les observations que nous avons relatées plus haut ne doivent laisser aucun doute à cet égard dans l'esprit du lecteur qui ne subit le despotisme d'aucun système, et qui, au-dessus de toute préoccupation personnelle, sait placer les intérêts sacrés de la science.

Un autre fait non moins important que cette étude nous a appris, c'est que, quelle que soit la durée du phagédénisme, l'individu n'est pas pour cela à l'abri d'une nouvelle contagion, qui, cette fois, peut se traduire par un chancre induré, dont la conséquence fatale est de le conduire à la vérole constitutionnelle. L'observation de Leroy, dont nous avons donné plus haut l'histoire, le prouve de la façon la plus éclatante.

Cependant il arrive qu'on rencontre des symptômes non douteux de syphilis accompagnant le chancre phagédénique. Dans un prochain article, nous chercherons, à l'aide de la clinique, à nous rendre compte de ces faits en apparence exceptionnels.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 Juin 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet un mémoire de M. TRINQUIER, de Marseille, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cette ville en 1854. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et chirurgie constituée en commission du prix Bréant.)

L'Académie renvoie à l'examen de la même commission:

Un mémoire écrit en allemand et adressé de Sanok, en Gallicie, par M. VIMPELLER; — une note de M. DELFRAYSSÉ; — et une lettre de M. LACOUR, faisant suite à sa note du 24 mai dernier.

— M. VINCI adresse de Naples un mémoire ayant pour titre: Avantages de l'application du chloroforme comme agent anesthésique pour la pratique de la lithotritie sur les enfans. — (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Velpeau, Civiale.)

— M. COLOMBE présente au concours, pour le prix de la fondation Montyon (médecine et chirurgie), un essai sur la version céphalique extra-utérine. — (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie, qui jugera si ce mémoire, arrivé à une date très postérieure à l'époque fixée pour la clôture, peut être encore admis.)

Sur la production accidentelle d'un tissu ayant la structure glandulaire, dans des parties du corps dépourvues de glandes.

M. Ch. Robin communique sous ce titre la note suivante :

Cette note a pour objet de faire connaître un tissu accidentel qui, jusqu'à présent est resté sans description. Il est difficile d'apprécier, d'une manière précise, la fréquence de son développement ; je dirai seulement que, sur cinq cent cinquante tumeurs environ que j'ai pu observer dans l'espace de trois ans et demi, je l'ai rencontré huit fois.

Deux fois il a été trouvé dans les sinus maxillaire et ethmoïdal des fosses nasales ; une fois dans la région parotidienne ; une fois dans l'épaisseur du muscle masseter et dans la peau qui le recouvre ; une fois dans la cavité de l'orbite d'où il s'étendait dans la cavité du crâne et dans la fosse temporale. Deux fois il a été trouvé entre les lobes du corps thyroïde écartés, mais restés sains, et en même temps il existait deux autres tumeurs de même nature adhérentes aux mêmes vertèbres cervicales et comprimant la moelle épinière ; dans un dernier cas, enfin, le même sujet portait trois tumeurs de ce genre, une dans la cavité abdominale au devant de la colonne lombaire, une deuxième au sommet du sternum qu'elle avait en partie détruit, et une autre derrière le cou s'étendait de la sixième vertèbre cervicale à la troisième dorsale, qui étaient en partie détruites et laissaient le tissu accidentel arriver jusqu'à la moelle qu'il comprimait.

La structure de ce tissu est essentiellement caractérisée par des filamens tubuleux, larges de quelques centièmes de millimètre, de longueur assez considérable, repliés ou non, tantôt ramifiés à leur extrémité, tantôt offrant d'espace en espace des prolongemens ou subdivisions, toutes terminées en doigt de gant, comme dans les glandes en grappe. Une autre analogie avec les tissus glandulaires résulte de la présence dans ces tubes d'un épithélium qui, quelquefois, ne fait que tapisser leur face interne et d'autres fois les remplit.

Ce tissu s'est toujours présenté sous forme de masses arrondies ou un peu aplaties dont la subdivision en lobes et lobules, séparés par du tissu cellulaire parcouru par des vaisseaux capillaires, ne laisse pas que d'augmenter sa ressemblance avec les parenchymes glandulaires. La couleur et la consistance de ce tissu sont également très analogues à celles des organes sécréteurs ; aussi on peut, sans craindre de blesser les règles de la logique, donner à ces productions, le nom générique de *tissu* ou *tumeurs hétéradéniques* (ἕτερος, autre ; ἀδὴν, glande) qui indique à la fois leur origine accidentelle et leur ressemblance avec les glandes.

Bien que, par sa structure intime et son aspect extérieur, ce tissu ne soit absolument identique à aucune des espèces de glandes normales, son analogie avec les glandes en grappe, en général, ne saurait être méconnue. Il a même offert, jusqu'à présent, trois variétés distinctes par le volume et le mode de subdivision des filamens tubuleux qui le constituent, par l'enchevêtrement du tissu cellulaire et des capillaires avec ces filamens.

A. Dans la *première variété*, les filamens offraient manifestement à l'une de leurs extrémités des subdivisions en *cœcum*, disposées comme celles dont l'ensemble constitue les *acini* des glandes en grappes, et entourées d'une mince couche de tissu cellulaire. Chacun des filamens terminés par des subdivisions en *cœcum* se compose : 1° d'une gaîne homogène finement granuleuse, transparente, comme celle des culs-de-sac des glandes acineuses ; 2° d'une couche épithéliale formée, en général, par une ou deux rangées d'épithéliums, offrant, en quelques points, l'état de noyaux libres et ailleurs l'état de cellules pavimenteuses. En général, ces tubes déprimés et aplatis ne renfermaient qu'une petite quantité de liquide incolore, ou des globules granuleux, foncés, dits *globules d'exsudation*.

B. Dans la *seconde variété*, les filamens tubuleux, en général d'une longueur considérable, étaient repliés sur eux-mêmes d'une manière élégante, mais difficile à décrire. D'espace en espace, ils offraient : 1° soit des prolongemens cylindriques de même volume ou plus étroits qu'eux, brusquement terminés en *cœcum* arrondi ; 2° soit des espèces de renflemens ou grains, pédiculés, pyriformes, adhérens par leur petite extrémité. Les filamens et leurs appendices offraient la même structure intime que dans la première variété, c'est-à-dire une mince paroi propre ou gaîne et un épithélium, soit nucléaire, soit pavimenteux. Seulement, cet épithélium, au lieu de former simplement une couche à la face interne de la gaîne et de ses subdivisions, la remplissait complètement et en formait ainsi des cylindres pleins. Enfin, dans ces filamens tubuleux ou leurs appendices pyriformes et autres, se trouvaient des corps transparens, élastiques, de nature azotée, sphériques ou ovoïdes, isolés ou soudés ensemble par un point de leur surface, tantôt complétement homogènes, tantôt pourvus d'un contenu granuleux, avec ou sans noyau central ; ce qui les a fait appeler *corps oviformes*.

C. La *troisième variété* de tissu hétéradénique offre une structure plus simple que les précédentes et une plus grande friabilité ; celle-ci est due à l'absence complète ou presque complète de tissu cellulaire, avec des vaisseaux peu abondans, si ce n'est dans le tissu fibro-cellulaire de sa surface. Les filamens se composaient simplement de cylindres pleins, formés d'épithélium qui était nucléaire presque partout, prismatique ou pavimenteux par places, à noyaux sans nucléoles, plus gros et plus granuleux que dans les cas signalés précédemment. Ces élémens étaient réunis en filamens pleins, cylindriques, assez courts, larges, ramifiés d'espace en espace ou à leurs extrémités ; ce n'était plus une paroi propre ou gaîne qui les maintenait, mais une matière amorphe, granuleuse, existant entre eux et les dépassant dans une petite épaisseur à la surface des cylindres. Dans quelques-uns de ces cylindres se trouvaient des globules plus friables et moins élastiques que les corps oviformes, pourvus de stries concentriques autour d'un centre marqué d'un point ou tache foncée qu'on ne trouvait pas sur les corps oviformes. Leur forme était plus souvent ovoïde ou un peu polyédrique que sphérique, et leur volume, généralement moindre que la plupart des corps oviformes, ne dépassait pas 6 centièmes de millimètre.

Recherches expérimentales sur l'influence du cours du sang sur les mouvemens de l'iris et des autres parties contractiles de la tête.

M. Cl. Bernard fait, au nom de M. Kussmaul, de Heidelberg, la communication suivante :

« Me proposant d'étudier l'influence du cours du sang sur les mouvemens de l'iris et des autres parties contractiles de la tête, j'examinai les changemens produits par l'anémie et l'hypérémie artérielle ou par la congestion et l'évacuation du sang veineux. A cet effet, je comprimai d'une manière passagère, après les avoir isolées, les grandes artères et veines du cou, particulièrement sur des lapins blancs. J'ai lié, chez ces animaux, l'artère sous clavière gauche à l'endroit où elle naît de la crosse de l'aorte et j'ai comprimé le tronc innominé, d'où proviennent la sous-clavière droite et les deux carotides. Puis je tirai du sang des grands vaisseaux du cou, tantôt des artères, tantôt des veines, et j'en étudiai l'influence sur l'iris et les autres parties contractiles de la tête. Enfin, ayant mis les animaux dans un état anémique par des pertes de sang veineux, je supprimai pour quelque temps l'afflux artériel à la tête.

» La compression temporaire et simultanée des deux carotides ou des veines jugulaires externes ne me donna que rarement des résultats concluans. J'obtins un meilleur effet des évacuations sanguines, surtout en arrêtant l'afflux artériel chez des animaux anémiques. Quant à la compression du tronc innominé après ligature de la sous-clavière gauche, elle a toujours été suivie de succès satisfaisans.

» J'essayai sur plus de soixante animaux ces méthodes diverses. Par ce moyen, j'obtins une série de résultats dont je tirai les conclusions suivantes que je prends la liberté de soumettre à l'appréciation de l'Académie :

» 1° La circulation du sang exerce sur les mouvemens de la tête et de ses parties contractiles une influence soumise à certaines lois.

» 2° Cette influence se fait voir dans les phénomènes de mouvement qui résultent de la suppression ou de la rentrée du sang artériel ou veineux dans les grands vaisseaux du cou.

» 3° Ces phénomènes ne se produisent pas si la masse du sang de la tête n'éprouve des changemens considérables par les perturbations de la circulation.

» 4° L'arrêt du sang artériel occasionne dans les premiers instans le rétrécissement de la pupille, de l'ouverture palpébrale, des narines, de la bouche et des oreilles ; par la suite, au contraire, il en résulte un élargissement. Parmi ces phénomènes, ceux de la pupille et de l'ouverture palpébrale sont constans, tandis que ceux de la bouche ne se montrent que rarement, et pour les oreilles et les narines, le rétrécissement dans la première période manque quelquefois.

» 5° Le retour et l'augmentation de l'afflux artériel produit une dilatation très considérable de la pupille, de l'ouverture palpébrale et des oreilles. La bouche ne montre que rarement ce phénomène de dilatation. Les narines se dilatent dans certains cas et se rétrécissent dans d'autres. Le cours régulier du sang une fois rétabli, les diamètres reprennent leurs dimensions primitives.

» 6° La rétention du sang veineux dans la tête produisit quelquefois, dans nos expériences, un rétrécissement de la pupille et un élargissement de l'ouverture palpébrale. Le rétablissement du cours normal produisit des effets contraires.

» 7° Outre les mouvemens cités, l'arrêt du sang artériel en produit encore d'autres dans les globes oculaires, la troisième paupière, les poils de la barbe, les oreilles et même la tête. Ces mouvemens prennent aussi dans la seconde période une direction contraire à celle de la première période, quoique le degré de leur intensité varie beaucoup chez les divers sujets. Généralement, ceux de la première période sont souvent invisibles, ceux de la seconde le sont rarement.

8° De même le rétablissement et l'augmentation du cours artériel produisent un grand nombre de mouvemens réguliers des mêmes parties, mouvemens tout à fait opposés à ceux qui ont lieu à la seconde période de l'anémie.

» 9° C'est surtout le globe oculaire qui se tourne avec une grande régularité pendant la seconde période de l'anémie de la partie inférieure et interne à la partie supérieure et externe de l'orbite, tandis qu'après le rétablissement du cours artériel il se tourne en sens inverse.

» 10° A l'interruption du cours du sang artériel l'enfoncement du globe oculaire dans l'orbite ne s'opère pas moins régulièrement que son avancement au moment du retour du sang.

» 11° De la rétention du sang veineux résultent également certains mouvemens du globe oculaire et de la troisième paupière tout à fait opposés à ceux qui s'opèrent par le rétablissement à l'état normal. Le plus fréquent de ces symptômes est une projection en avant du globe oculaire et de la troisième paupière pendant la rétention du sang et une rétraction après le retour du sang veineux.

» 12° L'évacuation du sang artériel des grands vaisseaux du cou, portée à différens degrés, produit des phénomènes semblables à ceux qui résultent de la supression du cours du sang artériel.

» Il est enfin à remarquer que l'arrêt du sang veineux occasionne souvent un larmoiement pendant que la congestion artérielle, dans de nombreuses expériences, ne produisit jamais ce phénomène. »

— M. Guérin-Méneville, dans une lettre jointe à cette note, rappelle de précédentes communications qu'il a faites sur la propriété attribuée en Russie au *Cétoine doré* d'être un remède efficace contre la rage : quand il s'agit d'une maladie pour laquelle la médecine est encore forcée, jusqu'à présent, de reconnaître son impuissance, il semble désirable qu'on ne rejette, sans l'avoir soumis à des essais sérieux, aucun des moyens proposés.

PRESSE MÉDICALE.

De l'emploi de la glycérine dans les recherches microscopiques ; par le professeur Aubert, à Breslau. — Lorsqu'à une préparation traitée par l'eau, on ajoute une goutte de glycérine concentrée, celle-ci pénètre dans ce corps en en chassant l'eau ; l'objet se gonfle considérablement, tandis que plusieurs parties se racornissent un peu, et il devient transparent. Il en résulte que certaines portions deviennent plus visibles ; telles les membranes très minces, comme celles des globules de segmentation, dans lesquelles il se fait des plis extrêmement fins. Pour diminuer la transparence, quand elle est devenue excessive, on n'a qu'à ajouter une goutte d'eau.

Après la glycérine, on peut faire agir différens réactifs, selon le but qu'on se propose, de l'alcool, de la teinture d'iode, les acides, les alcalis, etc. Comme la glycérine ne cède pas son eau, ne se dessèche pas par conséquent, les objets y restent sans se déformer, ce qui est surtout important pour des démonstrations. Pour conserver des préparations dans ce liquide, on les recouvre du verre, on nettoie bien le porte-objet de toute la glycérine qui déborde, et l'on verse sur les bords du verre de protection quelques gouttes d'un vernis très siccatif. Elle pénètre les insectes, chasse l'air de tous les canaux, comme l'huile et l'essence de térébenthine, mais, de plus, rend transparens également les tissus aqueux. Les vers intestinaux deviennent transparens au point de faire voir très facilement les organes génitaux. C'est surtout l'emploi alternatif de glycérine et d'eau qui donne de bons résultats, puisqu'on peut toujours garder l'objet fixé dans le foyer. L'opération est encore facilitée par la lumière d'une lampe, si favorable à l'examen des corps épais, surtout quand on possède un diaphragme mobile.

Elle favorise l'examen des tissus, en enlevant à la graisse sa grande réfringence. Les fibres musculaires striées gardent leurs stries et deviennent transparentes ; les tubes nerveux et les ganglions conservent leurs contours, de sorte qu'on peut voir très distinctement la distribution des filets nerveux dans les muscles. Si l'on veut faire cette préparation rapidement, M. Aubert préfère l'acide phosphorique recommandé par Ludwig ; si elle doit être conservée quelques heures ou quelques jours, il emploie la glycérine.

Les fibres musculaires lisses sont surtout rendues évidentes et isolées par cette substance, beaucoup mieux que par l'acide nitrique ; les cellules sont pâles, blanches, ont des contours nettement marqués, ne sont pas ondulées, non granuleuses et font voir avec évidence qu'elles ne sont pas rondes, mais aplaties. Malheureusement, on ne peut pas y voir de noyau. L'isolement des fibres ne réussit pas sur les muscles frais ; il faut les sécher et les macérer pendant un ou deux jours dans la glycérine ; alors elles se dissocient très facilement par une légère pression et par de petits mouvemens imprimés au verre. — (*Wiener med. wochenschr.*, 1855, n° 19.)

Quelques applications de l'aconit dans les maladies ; par le professeur Schroff, de Vienne. — Cet article est destiné principalement à la réfutation de quelques points touchant l'action de l'aconit et de l'aconitine, avancés par le docteur Van Praag contre le professeur Schroff. Ce dernier défend surtout l'action diurétique de ces préparations et leur effet sédatif sur le cœur ; il rappelle ses expériences si positives et si concluantes et insiste surtout sur la nécessité d'avoir une bonne préparation et de la donner à dose convenablement élevée. L'aconitine ne s'est pas montrée également active sur les lapins à ces deux observateurs. M. Schroff en cherche la cause moins dans une différence dans la qualité du produit médicamenteux, que dans les animaux mis en expérience. Il raconte, à ce sujet, que les lapins de Vienne supportent des doses plus considérables d'acide arsénieux que ceux de Gottingue, sur lesquels avait expérimenté le docteur Schuchardt. Cette observation importante ne doit pas être perdue de vue ; si elle se confirme sur une plus large échelle, elle donnerait la clef de certaines dissidences et rendrait plus réservé pour les généralisations.

En partant de cette double action de l'aconit, le professeur Schroff le recommande dans les cas dans lesquels il s'agit de diminuer l'énergie du cœur ; ainsi, dans l'hypertrophie de cet organe, les anévrysmes de l'aorte et d'autres troncs artériels, aussi longtemps qu'existe l'indication donnée. Les collections séreuses dans le péricarde et la plèvre, qui entravent la circulation, en réclament également l'emploi. Il agira également bien contre les hydropisies des autres cavités, par suite de son action diurétique puissante.

M. Schroff publie avec détails l'observation d'un épanchement pleurétique considérable, aigu, s'accompagnant d'une forte fièvre, de dyspnée, ayant résisté aux sangsues, cataplasmes, à la digitale, aux acides et au tartrate de potasse et de soude. Le pouls restait à 100 ; urine rare, à dépôt briqueté ; dyspnée. Après l'administration de 1 grain d'extrait alcoolique de la racine d'arnica neomontanum, pris par paquets de 1/6 de grain, le pouls tomba à 90, l'urine devint plus abondante, plus claire, moins sédimenteuse ; une dose plus considérable augmenta ces effets ; le pouls descendit à 50, l'urine fut rendue à 3 litres. La malade fut guérie après quatre semaines de maladie, ayant pris à peu près 20 grains de cet extrait, sans autre médicament, donné en même temps. — (*Vochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 18.)

COURRIER.

Le banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le mardi, 24 juillet prochain, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

On souscrit aux bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

La souscription sera close le 23 juillet, à 4 heures du soir.

Ceux de nos confrères des départemens qui désirent assister à cette réunion confraternelle sont priés d'en prévenir M. le Gérant du journal.

— L'empereur d'Autriche vient de nommer :

M. le docteur Wenzel Treitz professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Prague ;

M. le docteur R. Heschl, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Cracovie ;

M. le docteur A. Willigh, professeur d'anatomie à l'école chirurgicale d'Olmutz.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 81. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 10 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 9 JUILLET 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Sommaire. — Le scorbut à Paris. — Le traitement du chancre primitif. — Les succès de l'homœopathie contre le choléra jugés par la Société de médecine de Marseille. — Formules nouvelles.

Nous savions, depuis quelques jours, qu'un assez grand nombre de cas de scorbut s'étaient développés sur des militaires de la garnison de Paris, qui se trouvaient en traitement au Val-de-Grâce et dans quelques autres hôpitaux militaires. Nous n'avions sur cette manifestation pathologique insolite que des renseignemens incomplets et vagues, et nous nous abstenions d'en parler, pensant, d'ailleurs, que cette apparition du scorbut ne devait s'être montrée que sur des militaires venant d'Orient, et n'était qu'un retentissement éloigné et peu grave des souffrances que notre brave armée de Crimée a eu à supporter. Des renseignemens plus récens nous indiquent une autre origine de ces cas de scorbut. Le plus grand nombre s'est développé sur des militaires venant des camps de Boulogne et de Saint-Omer. Cependant on en observe aussi sur des militaires venant d'autres points de la France. Quelques cas, quatre ou cinq, se sont présentés aussi dans les hôpitaux civils depuis le commencement de l'année jusqu'à ce jour. Mais rien n'indique, en ce moment, que la population civile soit soumise à l'influence de quelque cause générale à laquelle on pourrait attribuer les affections scorbutiques, très rares, comme on le voit, et qui ne dépassent probablement pas les proportions ordinaires qui ont été observées, cette année, dans les hôpitaux civils.

Quant au scorbut actuel, dans l'armée de Paris, nos confrères spécialement attachés au service médical militaire publieront probablement le résultat de leurs recherches sur les causes de cette manifestation morbide, sujet sur lequel nous n'aurions que des conjectures à hasarder. Relativement aux phénomènes symptomatiques de ces affections régnantes, M. le docteur Tholozan vient de publier quelques notes que nous croyons utile de reproduire, afin d'éveiller l'attention de nos confrères civils sur ce sujet, et parce qu'elles sont le résultat de l'observation de ce confrère distingué sur les malades actuellement en traitement au Val-de-Grâce.

« Il y a dans le scorbut des symptômes manifestes, les pétéchies, les taches violacées ou brunâtres de la peau, les ecchymoses profondes et diffuses des membres, l'altération des gencives. Il y a encore d'autres symptômes fort importans, qui relèvent du scorbut et dont l'interprétation n'est pas aussi généralement connue que celle des symptômes précédens. Ce sont : le teint jaune et un peu terreux du visage, l'œdème de la face, soit seul, soit accompagné d'œdème du cou, du tronc, des bourses, de la partie supérieure des cuisses, l'œdème des jambes, la flaccidité des muscles du mollet, l'induration des muscles cruraux et jambiers, les douleurs des membres pelviens.

» Nous passerons sous silence les premiers symptômes, ceux qui sont le produit direct de la disposition hémorrhagique. Ils indiquent, sans doute, un des traits les plus importans des maladies scorbutiques, mais ils ne constituent pas à eux seuls le scorbut, ils peuvent manquer dans cette maladie. Ainsi, dans la plupart des épidémies de scorbut, de nos jours, l'*altération des gencives* a été peu prononcée ou n'a pas existé. Nous avons trouvé, dans un très petit nombre de cas seulement, une altération grave des gencives. L'état pathognomonique des gencives scorbutiques nous semble être plus souvent, au début de la maladie, l'anémie par la congestion sanguine. Cette congestion se montre, dans un certain nombre de cas, sous forme d'une bandelette ténue, violacée, qui serpente le long du bord libre de la gencive, sans gonflement, sans hémorrhagie, sans ulcération; assez souvent on rencontre le gonflement anémique et dur de la base de la gencive.

» Nous en dirons autant des *pétéchies* des scorbutiques. Le piqueté pétéchial de la peau, sorte d'hémorrhagie ou de congestion qui se produit au-dessus ou autour des follicules pileux de la peau, existe dans un certain nombre de cas, se développe et se généralise très facilement dans certaines circonstances; mais il manque dans au moins un tiers des observations. Il est alors ordinairement remplacé, il est vrai, par un état particulier de la peau, qui devient sèche, rugueuse, quelquefois insensible, qui perd ses poils, dont les follicules pileux font saillie et offrent un orifice noirâtre; mais ces diverses lésions ne sont pas comptées généralement au nombre des lésions caractéristiques du scorbut. Les *taches violacées ou brunâtres* de la peau sont assez rares. Les *suffusions sanguines profondes et diffuses* des membres n'existent que dans le dixième des cas.

» Nous ajouterons que quelques-uns de ces phénomènes caractéristiques ne sont appréciables que pendant un certain temps. Ainsi, les pétéchies qui se montrent au début de la maladie disparaissent ordinairement après une durée variable de dix à trente jours; il en est de même de certaines suffusions sanguines diffuses, sous-cutanées, ainsi que des taches violacées ou brunâtres de la peau. L'altération des gencives elle-même, quand elle est traitée convenablement au début, disparaît souvent alors que la maladie persiste et qu'elle se montre sous d'autres symptômes. C'est pourquoi il importe bien de connaître et d'analyser toutes les manifestations qui peuvent se rapporter au scorbut.

» Dans la seconde catégorie des phénomènes scorbutiques, nous avons parlé du *teint jaune pâle et un peu terreux du visage.* Quand ce symptôme est bien prononcé et qu'il existe surtout accompagné d'autres phénomènes, on le reconnaîtra facilement. Mais, dans les cas ordinaires, il faut être prévenu de son existence pour en tenir compte. A ce teint jaunâtre s'ajoute la pâleur de la peau du tronc, des bras, des cuisses; quelquefois les membres inférieurs présenteront un reflet jaunâtre. La muqueuse buccale est souvent pâle, anémique.

» L'*œdème de la face* est encore un des symptômes connus du scorbut. Quand il est très prononcé ou qu'il s'accompagne des autres lésions de la cachexie scorbutique, il est impossible de se méprendre sur sa signification, ainsi que sur celle de l'œdème des autres régions. La première manifestation du scorbut est souvent la bouffissure de la face. Chez des hommes robustes, à teint coloré, les paupières sont bouffies, les joues sont tremblottantes; il n'y a pas de fièvre, pas d'albumine dans les urines. Cet œdème persiste quelquefois au delà de vingt à trente jours, d'autres fois il disparaît plus rapidement. En général, tous les sujets affaiblis par des maladies antérieures présentent cette bouffissure de la face à un degré marqué, et elle est chez eux beaucoup plus persistante que chez les autres malades.

» Nous avons rencontré plusieurs fois l'*œdème du tronc* chez les scorbutiques; il était ordinairement accompagné ou il avait été précédé de l'œdème de la face et de l'infiltration de la partie supérieure des cuisses. On trouve aussi souvent dans le scorbut, à la partie supérieure des cuisses, une augmentation de volume avec flaccidité et tremblottement des tégumens. Tous ces œdèmes ne présentent pas d'albumine dans les urines.

» L'*œdème des jambes* est le plus persistant et le plus fréquent des œdèmes scorbutiques. On le rencontre fréquemment alors que la diathèse scorbutique est bien prononcée; d'autres fois il existe tout à fait au début et est, avec les douleurs et l'affaiblissement des jambes, le symptôme prodromique du scorbut. L'œdème des jambes diminue et disparaît même lorsque le malade est couché; il se produit ou augmente considérablement par la marche. On rencontre quelquefois l'œdème généralisé ou l'*anasarque scorbutique* chez des sujets convalescens de maladies aiguës; d'autres fois le scorbut débute par ce symptôme chez des sujets du reste sains.

» La *flaccidité des muscles du mollet* se rencontre quelquefois chez des sujets vigoureux qui ne présentent d'abord aucun œdème, aucun gonflement de la jambe pendant la marche. La marche est difficile chez eux à cause de l'affaiblissement et des douleurs des membres pelviens. Quelquefois cette flaccidité est très remarquable; les muscles jumeaux et soléaires ballottent comme une bouillie, dans le relâchement; se contractent difficilement et imparfaitement en restant toujours assez mous, même dans l'état de contraction. Dans ce cas, la marche est douloureuse

---

Feuilleton.

Société Impériale de Médecine de Marseille.

Extrait du registre des procès-verbaux. — Séance du 19 Mai 1855.

RAPPORT

Sur une brochure de M. CHARGÉ, intitulée :

L'HOMOEOPATHIE ET SES DÉTRACTEURS A PROPOS DU CHOLÉRA DE 1854 A MARSEILLE,

PRÉSENTÉ AU NOM D'UNE COMMISSION,

Par M. le docteur SAUVET, rapporteur, médecin des Prisons et du Dépôt de mendicité, membre de la Commission de surveillance de l'Asile des aliénés.

Messieurs,

Sur la demande d'un de vos collègues la Société a dû, dans sa dernière séance, porter son attention sur la brochure de M. Chargé, intitulée : *l'Homœopathie et ses détracteurs.* Convaincus que ce travail renfermait des erreurs nombreuses, et que des faits relatifs à la Société y étaient présentés sous une forme capable de porter atteinte à l'honorabilité de ses membres, vous avez pensé qu'il était de votre devoir de ne pas garder un plus long silence. Toutefois, pour éviter une précipitation fâcheuse, voulant agir avec le calme et la prudence qui doivent toujours présider aux actes d'une assemblée délibérante, une commission a été chargée d'examiner la brochure qui venait d'être publiée. Elle a été composée de membres connus par leur loyauté et leur esprit de tolérance à l'égard des différentes doctrines médicales : ce choix devait enlever tout prétexte aux récriminations, et l'amour de la vérité seul pouvait être le mobile des actes de vos confrères. Je vais avoir l'honneur d'être leur interprète auprès de vous.

Dans la lecture attentive du travail du médecin homœopathe, un fait évident, incontestable, frappe d'abord l'esprit de tout homme impartial; c'est que la science y occupe la plus petite part, et les succès de l'auteur la plus large : cinquante pages pour celle-là, mais deux cents pour ceux-ci; certificats de guérison, lettres de remercîments, de reconnaissance, d'admiration, rien n'y manque; on dirait une réclame incessante, perpétuelle, la quatrième page d'un journal politique. On pourrait s'étonner de cet empressement de gens tous honorables, sans doute, mais étrangers à la médecine, à venir témoigner publiquement de choses qui leur sont entièrement inconnues; mais l'homœopathie n'y regarde pas de si près, et avec elle chacun peut médicamenter les autres et se guérir lui-même : elle a pour cela les spécifiques. Qu'en dites-vous, Messieurs, sont-ils nombreux dans la science, et en connaissez-vous beaucoup? Hélas! ils ne sont que trop faciles à compter, et combien nous serions heureux s'il en était autrement? Quelle médecine facile en théorie, commode et agréable dans la pratique! Concevez-vous les sciences médicales toutes entières réduites à deux colonnes d'un tableau synoptique indiquant les symptômes et les remèdes? Mais pas de railleries; car avec ces spécifiques, sur quatre-vingts cholériques traités par les employés des ponts et chaussées, l'ambulance n'a pas perdu un seul de ses malades. Pourquoi l'auteur qui s'attendait à voir contester cette cure prodigieuse par *ses vils détracteurs, ses ennemis acharnés, ses adversaires en délire,* comme il les appelle souvent, lui qui, à chaque page, se plaint d'être injurié et calomnié; pourquoi n'a-t-il pas invité l'un d'eux à visiter cette ambulance, alors qu'elle renfermait des cholériques? C'était le moment opportun, le moyen assuré d'opérer des conversions, et le retour d'un homme égaré, d'un hérétique n'eût-il pas flatté son amour-propre, bien plus que les clameurs enthousiastes de ses adeptes? Mais déjà vous répondez à ma question, car vous savez que le médecin homœopathe ne rend publiques ses expérimentations que lorsque ses sujets sont tous guéris; c'est agir avec circonspection et prudence. Il a dû prendre ce parti extrême, depuis l'époque, où, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu pendant quelques mois (et non médecin en chef pendant quinze ans, comme ses amis le disent souvent, par erreur sans doute), et voulant traiter homœopathiquement les malades de l'hôpital, l'administration lui fit dire, *par l'élève interne,* qu'elle *ne permettrait pas à l'homœopathie de s'introduire à l'Hôtel-Dieu* (*sic*) (page 128). Après cette prétendue injonction, le médecin-adjoint crut devoir se retirer, et il quitta son service, en même temps que parurent deux articles d'un journal de médecine qui existait alors à Marseille et dont les rédacteurs, trempant quelquefois leur plume dans cette bonne encre, dont se servait si volontiers Guy-Patin, s'avisèrent de trouver mauvais qu'on fût homœopathe en ville et allopathe à l'Hôtel-Dieu, et sommèrent avec énergie le praticien de quitter son poste ou de traiter les pauvres de l'hôpital comme les malades de sa clientèle. Quelle influence exerça cet incident sur la détermination qui fut prise? Que faut-il penser de ce désir de faire de l'homœopathie dans les salles et de ce refus si étrangement manifesté? Beaucoup le savent, plusieurs le disent, quant à nous, nous ne l'écrirons pas pour ne point mériter l'épithète *de juges de fraîche date,* si complaisamment donnée à nos honorables collègues de la première commission.

Je ne veux pas être long, Messieurs, et je ne vous citerai plus que quelques-unes des assertions contenues dans le travail que nous avons sous les yeux.

Le couvent des Dames de Saint-Thomas, dont la population n'excédait pas, je crois, vingt personnes, n'a perdu que deux cholériques par le traitement de l'homœopathie; et celui du Refuge a été préservé complètement du fléau par les globules prophylactiques; et là-dessus l'auteur entonne des chants d'allégresse! Victoire! s'écrie-t-il à la page 106, *après la bataille je compte mes pertes — zéro — je crie victoire, ai-je tort?* Mais alors, soyons justes, le couvent du Saint-Sacrement, renfermant cent personnes, n'a pas perdu un seul individu : victoire pour M. Beullac, son médecin. Les religieuses Minimes ne comptent pas un seul décès pendant toute la période cholérique : victoire pour le docteur Villeneuve. Les enfans de l'administration de la Providence, alors au nombre de cent cinquante, ne subissent également aucune perte : victoire encore. Le dépôt de mendicité, peuplé de vagabonds, dont la constitution est appauvrie, ruinée par les débauches ou la misère, situé dans le quartier le plus affreusement décimé par le choléra, ne perd aucun de ses quarante reclus : victoire et trois fois victoire pour les autres médecins allopathes des douze ou quinze établissemens

et difficile, et il survient du gonflement aux mollets lorsque le malade reste levé. La flaccidité des muscles du mollet avec douleurs aux jambes est une des premières et des plus sûres manifestations symptomatiques du scorbut.

» L'*induration scorbutique* des muscles s'observe surtout à la jambe et au mollet. Elle débute ordinairement et elle est toujours plus prononcée à la moitié inférieure et postérieure de la jambe. On la rencontre aussi mais rarement dans les muscles de la région inférieure de la cuisse, postérieurement surtout. Les muscles ainsi indurés ont quelquefois la dureté du bois. Cet état a toujours été précédé soit de flaccidité, soit de gonflement pendant la marche; dans tous les cas, il y a eu des douleurs, mais dans les parties indurées. Par un traitement approprié, l'induration musculaire scorbutique diminue assez rapidement et permet au malade de marcher au bout de quelque temps.

» Les *douleurs des membres inférieurs dans le scorbut* et, en général, les *douleurs scorbutiques*, sont un des symptômes les moins connus des maladies scorbutiques, et cependant, c'est un des symptômes les plus fréquens, c'est un symptôme qui annonce le début de la maladie, sa connaissance peut permettre de combattre le mal à l'origine et d'en triompher rapidement. L'*intensité* de ces douleurs est variable, quelquefois elles sont très prononcées pendant la nuit, au repos; d'autres fois elles n'existent que pendant la marche, qu'elles rendent quelquefois tout à fait impossible. Leur *siége* est très important à noter, car il les caractérise. Dans la grande majorité des cas on les observe à la jambe. Les malades les localisent à la partie postérieure dans toute la hauteur de la jambe, ou plus souvent dans la moitié inférieure, de chaque côté du tendon d'Achille. Quelquefois, la douleur existe le long du bord interne du tibia, dans toute la hauteur de cet os. Quelquefois, la douleur est jambaire externe et suit la ligne du péroné. Les douleurs de la jambe existent rarement isolées, les articulations du genou et du cou-de-pied sont le plus souvent et en même temps douloureuses. Au genou, la douleur existe quelquefois au creux poplité, quelquefois aux condyles internes et externes.

» A la cuisse, les douleurs sont ordinairement crurales externes, elles règnent dans toute la hauteur du fémur; quelquefois il y a une douleur vive à la partie interne et supérieure de la cuisse. Il existe, dans quelques cas, un endolorissement de la région fessière; j'ai aussi noté un petit nombre de fois la douleur du sacrum et la douleur lombaire.

» Ces sensations douloureuses offrent ordinairement des caractères spéciaux. Les malades accusent souvent des douleurs lancinantes brusques, vives, qui parcourent toute la hauteur de la jambe. Quelques-uns ont dés douleurs pulsatives dans les mollets, d'autres une chaleur brûlante qui les oblige à se découvrir la nuit; quelques-uns éprouvent une sensation de froid; assez souvent il y a passagèrement de l'engourdissement, des fourmillemens, des picotemens dans les jambes ou les cuisses. Dans quelques cas de scorbut bien caractérisé il y a des douleurs vives dans les orteils.

» Dans quelques cas, en même temps que les douleurs ou peu de temps après leur disparition, nous avons noté et nous observons encore actuellement une insensibilité à la piqûre, de la peau des jambes, de la partie inférieure de la cuisse, de la plante des pieds. C'est le phénomène de l'*analgésie scorbutique.* » — (In *Gaz. méd. de Paris*, n° 27.)

— M. Diday proteste, et avec raison selon nous, contre les doctrines qu'il qualifie d'étranges du professeur Sigmund (de Vienne), sur le traitement du chancre primitif, et que nous avons fait connaître dans notre numéro du 26 juin dernier.

D'après sa pratique d'hôpital, M. Sigmund avance :

1° Que le traitement local (la cautérisation) ne suffit contre le chancre que pendant les quatre premiers jours de son existence;

2° Que jamais il ne se déclare d'accidens secondaires lorsque le chancre a été complétement détruit dans les quatre premiers jours;

3° Que tout chancre, non détruit avant le cinquième jour, entraîne des manifestations secondaires;

4° Que le traitement mercuriel prévient ces manifestations, ou du moins ne les laisse survenir qu'exceptionnellement.

« Il serait hors de place, dit M. Diday, de vouloir incidemment discuter chacune de ces propositions. Je mettrai seulement en leur lieu celles-ci, qui me semblent plus en rapport avec les progrès accomplis sous l'influence de l'école syphiliographique contemporaine. Dans tous les cas, je les donne sans hésitation, moi aussi, comme le résultat de mon expérience clinique, qui date de plus de douze années.

» 1° Le chancre simple n'infecte jamais; le chancre infectant infecte toujours. (On reconnaît *à priori* ce dernier, soit par l'induration qui l'accompagne dans la très grande majorité des cas, soit parce qu'il provient du coït avec un sujet constitutionnellement infecté lui-même.)

» 2° Le chancre simple n'infectant jamais, le mercure administré pour en prévenir les suites a des inconvéniens directs, des dangers même, mais ne peut offrir que des avantages imaginaires.

» 3° Au contraire, le chancre qui doit infecter infectant toujours, il produira fatalement des manifestations secondaires, qu'il ait été brûlé oui ou non, tôt ou tard. Si, par une cautérisation précoce et énergique, vous êtes parvenu à le détruire, l'induration qui, le plus souvent, envahit ensuite la cicatrice, vous montre bientôt que le but n'avait été atteint qu'en apparence.

» 4° Quant au traitement mercuriel institué comme préventif durant l'existence du chancre infectant, on peut invoquer, pour le conseiller, des motifs théoriques assez plausibles. Mais si l'on s'en rapporte exclusivement à l'expérience, c'est encore une question à revoir que celle de décider s'il a réellement le pouvoir de préserver des accidens secondaires. Pour ma part, j'ai observé qu'il se borne à éloigner l'époque de leur invasion, sans pour cela l'empêcher; et, en conséquence, je ne l'ordonne point à cette période de l'affection. » — P. Diday. (In *Gazette hebdomadaire*, n° 27, 1855.)

— Il nous est arrivé de dire, au grand émoi de quelques personnes, qu'il fallait employer contre les idées excentriques ou dangereuses, et même contre le charlatanisme qui revêt certaines formes, les mêmes moyens que le charlatanisme et les idées excentriques ou dangereuses emploient pour se propager et se répandre, c'est-à-dire la publicité. Le dédain et le silence ont quelquefois leur dignité, sans doute; mais il est rare que pour des adversaires habiles et intéressés, et malheureusement pour le public, le silence ne soit pas interprété comme un témoignage de faiblesse ou d'impuissance. C'est aux corps savans surtout beaucoup plus qu'aux individualités, qu'il appartient d'entrer en lutte ouverte et incessante contre le progrès des idées fausses ou dangereuses et contre les pratiques évidemment inspirées par la cupidité. L'énergique rapport de M. Roche, fait à l'Académie de médecine sur les attaques insensées dirigées aujourd'hui contre la vaccine, a raffermi, nous le savons, quelques esprits qui commençaient à mollir sous la pression de publications insidieuses. Le rapport de M. Bégin sur la syphilisation, et la discussion qu'il provoqua, le rapport sur le même sujet de la commission d'enquête nommée par M. le préfet de police, ont évidemment mis un terme à des expériences déplorables. Voilà des antécédens que nous aimerons souvent à invoquer, parce qu'ils sont excellens et de très bon exemple. Nous n'avons foi, contre la propagation de l'excentricité médicale, ni dans les mesures législatives, ni dans la décision des tribunaux. Mais nous avons grande confiance dans la discussion ferme, hardie et courageuse, et nous estimons que si, à la publicité dévergondée du charlatanisme ou de l'erreur, les corps savans opposaient la publicité honnête et non moins générale de leurs discussions et de leurs décisions, l'esprit médical et aussi l'esprit public ne seraient pas si souvent égarés par des publications dangereuses.

C'est ainsi que l'a compris la Société impériale de médecine de Marseille qui vient de donner un grand et courageux exemple en répondant par un énergique rapport à une brochure très répandue de M. Chargé, intitulée : l'*Homœopathie et ses détracteurs, à propos du choléra de* 1854. Nous publions ce rapport que la Société de médecine de Marseille nous a fait l'honneur de nous adresser, et nous lui donnerons ainsi toute la publicité dont nous disposons (voir au *feuilleton*). Si toutes les Sociétés de médecine, y compris l'Académie, imitaient l'exemple de la Société de Marseille, tout le monde serait bientôt édifié sur la valeur des assertions des partisans de l'homœopathie et sur la réalité de leurs cures exceptionnelles.

— Nous terminerons cette revue par l'indication de quelques *formules* nouvelles, ou du moins données pour telles, car il serait imprudent de rien garantir à cet égard.

Sirop d'iodure de soufre, par M. le docteur E. Levrat.

Iodure de soufre du Codex . .	1	gramme.
Iodure de potassium.	1	—
Séné de palthe.	60	—
Eau commune.	260	—
Sucre	680	—

F. s. a.

« Le sirop d'iodure de soufre active la circulation et favorise les fonctions de la peau.

» C'est un médicament précieux pour combattre, modifier et guérir les affections lymphatiques, scrofuleuses et cutanées.

» Chez les jeunes femmes, les jeunes filles surtout, affectées de chlorose, le sirop d'*iodure de soufre soluble*, cause des phénomènes spéciaux du côté de la menstruation; comme l'iode, et sans en avoir les dangers, il provoque à peu près constamment une exagération du flux menstruel.

» Dans les engorgemens des glandes lymphatiques ou cancéreuses, qu'elles soient dégénérées ou converties en matières scrofuleuses, le sirop d'*iodure de soufre soluble* aide à leur cicatrisation dans le premier cas, à leur résolution dans le second. C'est ce qui explique ses heureux effets dans la phthisie commençante, lorsque les tubercules ne sont pas en suppuration.

» Cette double composition, qui possède les propriétés de l'*iode* et du *soufre*, est un excitant général, qui agit particulièrement sur les fonctions du système exhalant; il est donc utile, non seulement dans les cas d'engorgement scrofuleux, dans les dartres, la teigne, la syphilis, etc., etc.; mais dans l'œdème, le catarrhe, l'hydropisie, la paralysie, etc., etc.

» Le sirop d'*iodure de soufre soluble* convient, en un mot, dans tous les cas où sont indiquées les préparations d'*iode* et de *soufre*.

» Il peut, le plus souvent, remplacer la *teinture d'iode* et surtout l'*huile de foie de morue*, qui n'est pas toujours naturelle, qui est indigeste et qui inspire souvent une répugnance insurmontable. Le sirop d'*iodure de soufre soluble* est toujours préparé dans d'égales et exactes proportions, il est d'une diges-

---

publics qui, vous le savez, ont été épargnés par l'épidémie, ou n'ont perdu qu'un ou deux individus sur des populations quelquefois considérables. Non, Messieurs, pas de chants d'allégresse! Pas de victoire en face de cet agent destructeur qui brave les efforts combinés de la science et qui résiste à ses moyens les plus puissans! Un hasard providentiel, les bizarreries d'un fléau terrible, les règles suivies de cette hygiène tant dédaignée, nous ont seuls donné cette consolation, et il faut être bien peu médecin pour se réjouir, pour s'attribuer de tels succès. Ce qui n'empêche pas de dire et de répandre partout que l'homœopathie a préservé du choléra les deux couvens, et les journaux de la localité et des départemens d'avoir publié à l'envi les miracles que les globules ont opéré parmi les pieuses sœurs des deux communautés.

Que direz-vous aussi de la guérison radicale, opérée en 1853 sur un illustre maréchal *atteint d'une maladie du gros intestin, ayant pour caractère anatomique des ulcérations multipliées sur la surface de cet organe*, ulcérations bien promptement disparues, en vérité, puisque, quelques mois après, à l'autopsie, *le gros intestin n'offrait pas de lésions appréciables* (page 148), d'où la conclusion naturelle, pour tout homme qui n'a pas oublié l'objet de ses études, qu'il y avait eu là une grossière erreur de diagnostic, puisque des ulcérations semblables laissent après elles des traces manifestes de leur passage, qu'on n'aurait pas oublié de mentionner si on les avait rencontrées. Enfin, et ceci couronne l'œuvre, Hippocrate, Hufeland et M. Lordat : MM. Bretonneau, Trousseau et Pidoux, au dire de l'auteur, sont des homœopathes.

Vous le voyez, Messieurs, et j'avais raison de vous le dire, ce livre n'est pas fait pour vous, il n'a rien de commun avec les choses sérieuses que vous aimez. Écrit pour des cliens, pour des amis, il ne mérite pas que vous suspendiez pour lui l'ordre de vos travaux. Du domaine de la pensée, qui est le vôtre, ne descendez pas dans les calculs de l'industrialisme, ces injures qu'une orgueilleuse témérité vous jette à la face ne sauraient arriver jusqu'à vous; ne détournez donc plus la tête de ce côté, et quoi qu'il advienne, laissez le téméraire se draper dans son indépendance, qui met ses actes à l'abri de tout contrôle, mais dont il faudra bien qu'un jour il rende compte au juge suprême des actions humaines.

En conséquence, et pour toute réponse aux assertions erronées qui se rapportent à nos actes, nous avons l'honneur de vous proposer d'adopter la délibération suivante :

Attendu que la brochure intitulée l'*Homœopathie et ses détracteurs*, n'est point une œuvre scientifique, mais un travail conçu et publié dans un but que la Société ne veut pas qualifier; que des faits se rapportant à la Société y sont travestis et dénaturés; que les injures y sont prodiguées à plusieurs de ses membres, et notamment à ceux qui composaient la commission chargée d'une enquête au couvent du Refuge, que l'auteur ose accuser d'avoir soustrait des pièces favorables à sa cause, accusation pleine de malveillance, et d'autant plus perfide, que l'auteur sait bien qu'elle n'est pas fondée, et que dès lors cette supposition bien gratuite de *larcin* est faite dans le seul but de se créer un prétexte pour injurier et flétrir des médecins honorables;

Attendu que l'auteur de la brochure ne peut avoir oublié que, dans une occasion récente où l'on sollicitait la conclusion et l'arrangement, entre parties, d'une affaire judiciaire que lui-même avait suscitée contre un de nos confrères dont l'honorabilité est incontestable, et dont la loyauté dans toutes ses recherches est aujourd'hui démontrée (1), on avait assuré en son nom qu'il n'outragerait plus désormais les membres du corps médical; que c'est au mépris de cette promesse et sans y être forcé par aucune circonstance nouvelle, qu'il a repris la plume dans les mêmes conditions qui avaient justement soulevé contre lui une opposition si générale; que le caractère éminemment honorable des personnes qui avaient bien voulu servir d'intermédiaires et se porter garans de ses dispositions nouvelles, devaient, à défaut d'autres mobiles, lui inspirer une conduite meilleure; qu'agir comme il l'a fait, c'est méconnaître tout à la fois et le respect qu'il doit à ceux qui, dans cette circonstance, l'ont honoré de leur protection, et sa propre dignité qui lui commandait impérieusement de faire oublier ses torts par son silence;

Considérant qu'il est du devoir de la Société de médecine non seulement de veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée à sa dignité, mais encore de mépriser l'injure quand celle-ci ne peut nuire à sa considération; que si, légalement, elle n'a pas le droit d'intervenir toutes les fois que, par des assertions trompeuses, par des écrits contraires à la vérité, l'opinion publique peut être égarée, elle a dû moins le droit et le devoir de proclamer sa pensée alors qu'on s'attaque à ses actes pour en dénaturer le sens, pour faire croire que des intentions mauvaises président à ses desseins, et enfin pour tromper l'esprit public sur la moralité de ses membres;

Par ces motifs, et sans attacher une importance, qu'elle ne mérite point, à la brochure intitulée : l'*Homœopathie et ses détracteurs;*

La Société impériale de médecine se borne à donner le démenti le plus formel et le plus complet aux assertions émises dans ce travail, et relatives à sa conduite pendant le choléra de 1854.

Et par suite de la publicité donnée à cet écrit, votre commission vous demande de vouloir bien décider :

1° *Que ce rapport et les conclusions soient insérés en entier dans le procès-verbal de vos séances;*

2° *Publiés dans le compte-rendu annuel de vos travaux;*

3° *Communiqués aux divers journaux et Sociétés de médecine.*

Ont signé :

MM. Villeneuve, d.-m., président de la commission;
Beullac, d.-m.;
Martin-Rne, d.-m.;
Gouirand, Ph. P.;
Sauvet, d.-m., rapporteur.

Ce rapport est suivi d'une discussion, à la suite de laquelle les conclusions qui précèdent sont adoptées par la Société à l'unanimité, moins une voix.

Fait et délibéré en séance.

Marseille, le 19 *Mai* 1855.

Pour copie conforme :

Le Président de la Société,
Aubanel, d.-m,

Le Secrétaire général,
Fraissines, d.-m,

(1) M. le docteur Cruchet.

tion facile, et son odeur et sa saveur ne sont pas plus désagréables que celles des eaux sulfureuses les plus en renom.

» Le sirop d'iodure de soufre soluble se prend à la dose de deux à quatre cuillerées à bouche par jour pour les adultes, et de une à trois pour les enfans. » — (In *Répert. de pharm.*, juillet 1855.)

Cure abortive du panaris.

« Les praticiens n'ont pas toujours une confiance suffisante à des moyens populaires, qui pourtant peuvent avoir quelquefois du bon, pour faire avorter les inflammations phlegmoneuses. Le docteur Brown de Chatane propose une formule qui, de son aveu, n'est guère conforme aux lois de la chimie, et qui était employée par son père avec le plus grand succès pour faire avorter les panaris. La voici :

Pr. Alun calciné.	0,15
Sulfate de zinc.	0,10
Acétate de plomb.	0,10
Eau commune.	30,00

Pour des lotions tièdes.

» L'auteur attribue à ces lotions, tout à fait innocentes, la vertu d'arrêter dès son principe l'inflammation du panaris, ou tout au moins de diminuer les suites, et rendre moins copieuse la production de la suppuration, si le mal se termine par là. » — (In *Gazetta medica italiana Stati Sardi*, nº 3, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, juin 1855.)

Pour ces formules, comme pour toutes celles que nous pourrons publier à l'avenir, besoin est de rappeler à nos lecteurs que nous ne les indiquons que sous bénéfice d'inventaire, et en les confiant à leur prudente expérimentation.

Amédée Latour.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Première Leçon. — Généralités.

Messieurs,

L'objet de notre réunion est l'étude clinique des maladies chroniques de l'appareil locomoteur, c'est-à-dire du système nerveux, du système musculaire, du système osseux (y compris ses annexes, ligamens, cartilages, membranes synoviales). Ces trois systèmes organiques forment une sorte de trilogie hiérarchique : ils se commandent l'un l'autre dans l'ordre physiologique, comme dans l'ordre pathologique.

Dans l'acte normal de la locomotion, de même que dans les troubles morbides de cette fonction, trois faits s'enchaînent : le nerf excite le muscle, le muscle agit sur l'os, l'os est mis en mouvement.

Ainsi, toute affection du système nerveux locomoteur fait sentir ses effets dans les systèmes musculaire et osseux. Tout état morbide des muscles exerce une influence sur le squelette.

Il y a donc une série de désordres du système osseux qui dérivent des lésions des muscles, une série d'affections musculaires et osseuses dont la source est dans le système nerveux.

Mais ce principe de subordination n'est pas absolu; le système osseux peut être affecté en lui-même, indépendamment des systèmes nerveux et musculaire, de même que les muscles peuvent l'être indépendamment du système nerveux. De là une autre série de lésions osseuses et musculaires, les lésions qu'on peut appeler *indépendantes*, qui, à leur tour, réagissent sur les systèmes supérieurs à celui qu'elles affectent.

L'ordre de dépendance des phénomènes est alors renversé; l'influence morbide se propage des os aux muscles et aux nerfs, des muscles au système nerveux.

Nous aurons, pour chaque maladie, à déterminer à laquelle des deux classes elle appartient, de quel système organique elle tire primitivement son origine.

Considérées dans l'enfance en particulier, les affections de l'appareil locomoteur diffèrent, à plusieurs égards, des maladies de l'âge adulte qui ont le même siége. On en trouve la raison dans la différence des conditions anatomiques et physiologiques des organes du mouvement à ces deux époques de la vie. Le système nerveux de l'enfant se distingue par un développement proportionnel beaucoup plus grand que chez l'adulte. Son cerveau est, en moyenne, une fois et demie aussi volumineux relativement au reste du corps. D'un autre côté, la substance nerveuse est plus molle, plus délicate, plus pénétrée de sang ou de liquides séreux. L'activité de ce système est caractérisée, dans l'enfance, par une grande impressionnabilité, une grande rapidité d'action, mais aussi par une faible énergie, par une grande mobilité, une courte durée des phénomènes produits, une étonnante facilité à passer d'un état quelconque à l'état contraire.

Le centre cérébral est, comme toute la tête, le siége d'une circulation active, d'une sorte de fluxion physiologique, déterminée par les besoins de son propre développement et par la formation et l'éruption des dents.

Les propriétés, toutefois beaucoup moins développées du système musculaire, sont en rapport avec celles du système nerveux. Les muscles de l'enfant sont mous, peu colorés, faibles, et contiennent peu de matières solides; mais ils sont doués d'une vive irritabilité, et leur nutrition est très active.

Les caractères du système osseux, chez l'enfant, sont des plus remarquables. Une partie du squelette est constituée par des cartilages qui ne se rencontrent plus chez l'adulte. La substance osseuse elle-même est plus souple, plus molle, plus poreuse, arrosée d'une plus grande quantité de sang, moins encroûtée de sels calcaires. On trouve entre cette substance et les cartilages des couches d'une matière de nature intermédiaire, propre à cet âge. La vitalité de ce système est à son maximum au point de vue de la vie végétative, de la formation et de l'accroissement organiques.

Avec de pareilles données, fournies par l'état physiologique, on s'explique aisément pourquoi l'enfance est l'âge de prédilection des maladies convulsives aiguës et chroniques; pourquoi les affections cérébrales compliquent presque toutes les maladies à cet âge; pourquoi les convulsions, les contractures, tous les spasmes musculaires, la paralysie, éclatent alors si soudainement, si inopinément; pourquoi ces affections ont une marche si rapide, tantôt emportant les petits malades en quelques heures, tantôt disparaissant avec la même promptitude, d'autres fois anéantissant à jamais une partie des fonctions locomotrices. On comprend la fréquence des arrêts de développement, des désordres nutritifs des os et des muscles; celle de toutes les affections irritatives du squelette. On comprend les troubles de l'ostéogénèse qui constituent le rachitisme, et qui ne pouvaient guère se montrer qu'au moment où a lieu le travail de l'ossification.

L'organisation générale de l'enfant, son mode de vitalité propre et les états pathologiques qui en dépendent, impriment encore des caractères spéciaux aux maladies chroniques de ses organes locomoteurs : ainsi, sa constitution lymphatique, la diathèse scrofuleuse qu'elle détermine, la diathèse tuberculeuse, si commune dans l'enfance, jouent un grand rôle dans les affections dont nous devons nous occuper.

On pourrait croire que les maladies chroniques épuisent plus promptement ces organismes débiles que l'organisation plus robuste de l'adulte, que la terminaison de ces maladies doit être plus souvent fatale que dans un âge plus avancé; on serait dans l'erreur, au moins pour une foule de cas.

Un grand fait physiologique nous est révélé par l'observation et l'expérimentation directe : c'est que les fonctions vitales sont plus indépendantes les unes des autres, moins solidaires dans les jeunes animaux que dans l'âge adulte; de sorte que l'une d'elles peut être gravement compromise ou même suspendue à une époque rapprochée de la naissance, sans que les autres en souffrent au point que la mort s'ensuive, comme chez l'animal adulte; et quand la mort arrive dans ce cas, elle est généralement plus tardive; la résistance vitale paraît plus grande, parce qu'elle est moins concentrée. De là, ces mutilations spontanées, ces désorganisations profondes qui s'accomplissent sans porter atteinte à la vie, chez un grand nombre de fœtus monstrueux. De là, la guérison plus facile à la suite des grandes opérations chirurgicales dans l'enfance.

Or, ce fait se reproduit souvent dans les affections chroniques de l'appareil locomoteur. Sans doute les sympathies organiques sont promptement éveillées chez l'enfant, la fièvre s'allume instantanément par une cause même légère, divers organes s'affectent rapidement sous l'influence de la lésion primitive d'un seul, et l'on a pu dire avec vérité, sous ce rapport, que l'unité vitale était plus caractérisée chez l'enfant que chez l'adulte. Mais, très fréquemment, dans les maladies chroniques, ces troubles ne sont que passagers, et des désordres locaux et étendus parcourent toutes leurs périodes, atteignent celle de la réparation et de la guérison sans que la vie soit aussi sérieusement menacée qu'elle l'est en pareilles circonstances chez les adultes. Même quand l'issue est funeste, la vie persiste en général plus longtemps, et l'on peut dire que, dans ce cas, les enfans sont véritablement lents à mourir.

Cette résistance vitale, produite par l'indépendance relative des organes essentiels à la vie, convertit parfois des maladies habituellement mortelles chez l'adulte en maladies curables chez l'enfant. Nous aurons occasion, je l'espère, d'en voir plus d'un exemple.

Cependant, ne nous faisons pas illusion, la mortalité est grande sur le terrain où nous nous trouvons. Cela tient à deux causes : 1º aux élémens dont se compose notre population hospitalière ; 2º aux conditions engendrées par le séjour même de l'hôpital.

MM. Rilliet et Barthez ont décrit avec beaucoup de soin un état cachectique de l'enfance, surtout commun dans les premières années. C'est une sorte d'étiolement, une langueur de toutes les fonctions provenant de faiblesse congénitale, d'une mauvaise hygiène, de maladies successives. Les familles pauvres sont embarrassées de ces enfans ; elles nous les amènent. Quelquefois ils se raniment; plus souvent ils ne font que végéter quelque temps, s'affaissent de plus en plus, sont réduits pour ainsi dire à l'état de momie, et s'éteignent ou sont enlevés par la moindre affection intercurrente. Quand nos maladies chroniques se rencontrent chez de pareils sujets, il n'y a guère lieu d'espérer que leur terminaison soit favorable.

Le seul séjour de l'hôpital est une autre cause de mortalité, même chez les enfans doués de meilleures conditions organiques. L'air vicié au sein duquel ils vivent finit par altérer leurs fonctions, surtout s'ils sont forcément astreints à garder le lit. Ils perdent l'appétit, maigrissent, pâlissent, contractent des diarrhées interminables, souvent se tuberculisent, comme on le voit aussi chez l'adulte placé dans un milieu semblable. La cachexie, que la maladie chronique tend à produire, est ainsi favorisée, aggravée. Puis, ces malheureux enfans sont exposés pendant des mois, des années, à toutes les épidémies, à toutes les contagions qui sévissent autour d'eux, à la coqueluche, au croup, aux gangrènes, aux maladies éruptives. Toutes ces influences sont assurément plus que suffisantes pour réduire le chiffre de nos guérisons.

Je bornerai à ce peu de mots les remarques générales que j'avais à vous présenter sur les faits communs aux maladies chroniques de l'appareil locomoteur, spécialement considérées chez les enfans admis dans cet hôpital.

L'ordre à suivre dans l'étude particulière de ces maladies est en quelque sorte tracé d'avance. Il faut les examiner successivement dans les trois systèmes organiques qui concourent aux fonctions locomotrices. S'il s'agissait de nosologie, nous devrions commencer par le système nerveux, point de départ des principales manifestations physiologiques et d'un grand nombre des manifestations pathologiques des deux autres systèmes. Mais la clinique est soumise à d'autres exigences, à celle du hasard, qui rassemble plutôt, à un moment donné, les malades de telle catégorie que ceux de telle autre. Par ce motif, je commencerai par les maladies du système osseux.

Il est naturel de diviser les maladies chroniques du squelette en deux classes, suivant qu'elles ont leur siége dans la continuité des os ou dans leur contiguïté; mais ici encore nous ne nous astreindrons à aucune classification systématique, et nous grouperons les lésions osseuses tantôt d'après leur siége, tantôt d'après leur nature, selon l'avantage que nous y trouverons pour l'observation des faits particuliers qui seront à notre disposition.

I. — Du mal vertébral de Pott.

La colonne vertébrale, ce centre d'où rayonne tout le reste du squelette, premier objet de vos études anatomiques, fixera d'abord notre attention.

La principale maladie chronique du rachis est celle qui a reçu le nom de mal vertébral; c'est comme si l'on disait l'affection vertébrale par excellence. Je lui laisserai cette dénomination vague : on en verra bientôt la raison. Le nom de mal de Pott consacre une injustice; on serait tout aussi fondé à dire *mal de Camper, de Hunaud, de Séverin,* et de tant d'autres qui ont parlé de cette maladie avant le célèbre chirurgien anglais.

Définition et nature de la maladie. — On peut définir le mal vertébral, une affection des ligamens intervertébraux et du corps des vertèbres, qui détruit leur substance dans une étendue variable, et qui est suivie de la formation d'un nouveau tissu osseux, véritable cicatrice comblant le vide, unissant les bords de la solution de continuité produite.

Malgré de nombreuses recherches anatomo-pathologiques, on n'est pas d'accord sur la nature de la lésion primitive qui constitue le mal vertébral et qui amène la destruction des disques osseux et fibreux du rachis. On a pendant longtemps rapporté cette lésion à la carie; mais les vertèbres malades ne présentent pas ordinairement les caractères physiques de la carie; le stylet ne les pénètre pas aisément ; elles conservent une dureté assez grande, et ce serait là une carie d'une espèce toute particulière dont il resterait à déterminer la nature. On a dit ensuite que c'était une ostéite; il existe, en effet, assez souvent des traces évidentes d'inflammation de l'os au voisinage ou au fond de la solution de continuité; mais il n'est nullement prouvé que cette lésion ait généralement constitué toute la maladie dans le principe.

Aujourd'hui, l'opinion la plus généralement répandue est celle de Delpech, qui attribuait la destruction des vertèbres à une affection tuberculeuse. C'est là effectivement une forme très commune du mal vertébral, surtout à l'hôpital des Enfans. Cependant il est des cas où l'on ne trouve pas de trace de tubercules, de sorte qu'il reste quelque incertitude sur la nature constamment tuberculeuse de cette affection.

On a aussi décrit une altération des ligamens intervertébraux qui se rapporterait à l'arthrite chronique, et qui entraînerait la destruction de ces ligamens, la lésion des vertèbres et toutes les suites du mal vertébral; mais on ne peut évidemment généraliser ces faits, si l'on tient compte des cas où la maladie commence manifestement par le corps des vertèbres, détruit dans son intérieur par un tubercule enkysté, par exemple.

Ce qu'il y a de plus vraisemblable, c'est que l'affection vertébrale n'est pas toujours de la même nature, que c'est tantôt une ostéite, tantôt une maladie tuberculeuse, d'autres fois une arthrite, ou même la réunion de plusieurs de ces lésions. Il faut ajouter que la nécrose y joue également son rôle; car on rencontre fréquemment dans les excavations du rachis des séquestres presque toujours, à la vérité, consécutifs. Les efforts des observateurs doivent tendre à établir les formes symptomatiques qui correspondent à ces diverses altérations, afin que l'on puisse parvenir à les distinguer pendant la vie. En attendant, nous les confondrons provisoirement dans une description commune, et l'on comprendra maintenant pour-

quoi nous n'adoptons pas encore les dénominations plus précises, mais, à notre avis, trop exclusives, de *carie vertébrale*, d'*ostéite vertébrale*, de *tubercules vertébraux*, d'*arthrite vertébrale*, que l'on a imposées à la maladie qui nous occupe.

Si maintenant j'abordais l'exposé dogmatique de l'étiologie, de la symptomatologie, de la marche, des terminaisons, de l'anatomie pathologique, du diagnostic, du pronostic, du traitement du mal vertébral, je manquerais l'objet de nos réunions, je ne ferais plus de la clinique; ce serait une leçon de pathologie. Ce sont les faits particuliers qui sont du ressort de la clinique; ils doivent passer sous vos yeux comme autant d'exemples, de démonstrations sensibles des vérités générales dont s'est enrichie la science. C'est donc maintenant par l'observation des faits isolés que nous allons procéder, sauf à les rapprocher, à les classer, à les grouper dans un ordre quelque peu méthodique, de manière à nous élever plus facilement, à leur occasion, aux déductions générales, aux abstractions, aux principes, aux idées synthétiques, dont l'acquisition est, en dernière analyse, le but final de l'observation dans les sciences naturelles.

Anatomie pathologique. — Je mettrai d'abord sous vos yeux une série de pièces pathologiques qui vous représenteront toutes les phases du mal vertébral sur le cadavre; puis, je vous ferai connaître une série de malades qui vous offriront le tableau vivant de la maladie. Le simple rapprochement de ces deux séries vous donnera l'explication de l'une par l'autre, et, par conséquent, une connaissance aussi complète que possible de la nature et des effets de cette affection.

Première période. — La maladie peut commencer par les ligamens ou par les os.

Avant même la publication de travaux récens, on avait déjà dit que l'affection a son siége primitif dans les ligamens. D'autres ont prouvé qu'elle débute souvent par les os. Dans la pièce que je vous présente, on voit manifestement que les ligamens ont été le point de départ de la lésion; le dernier ligament intervertébral a disparu. Quand les choses se passent ainsi, la substance ligamenteuse se ramollit; elle est détruite molécule à molécule, et finit par disparaître entièrement. Cela peut arriver dans toutes les articulations des vertèbres, sauf ce qu'il y a de spécial dans celles de l'atlas avec l'axis et l'occipital, qui présentent dans leurs surfaces de contact et leurs moyens d'union des conditions anatomiques différentes.

L'altération débutant par l'os peut commencer à la surface ou dans l'intérieur du disque osseux. Dans le premier cas, il existe un ulcère de la vertèbre. Vous voyez, sur cette pièce, une érosion circulaire et une excavation superficielle de l'os; sur cette autre, une destruction des faces supérieure et postérieure du corps vertébral.

Outre les disques osseux et fibreux, il y a dans l'enfance des disques cartilagineux en nombre double de celui des vertèbres. Ces cartilages sont le rudiment des épiphyses; ils doivent se pénétrer de sels calcaires et former les faces supérieure et inférieure des corps vertébraux. L'atlas, dont le corps est remplacé par un tubercule osseux, ne présente pas ces lames cartilagineuses; l'axis n'en offre qu'une seule à sa face inférieure; par cette raison, leur nombre se trouve réduit à quarante-cinq. Intimement unis au disque osseux, dont ils tirent les élémens de leur nutrition, ils s'en détachent souvent lorsqu'un travail morbide a envahi ce dernier; on les trouve alors flottans au milieu d'une collection formée de pus et de détritus osseux, et conservant en partie leurs propriétés physiques, telles que consistance et coloration. Un dépôt tuberculeux s'effectue quelquefois entre le corps vertébral et l'une ou l'autre de ses lames cartilagineuses, et donne lieu à la séparation de ces organes. Une ostéite peut aussi s'emparer de cette surface osseuse et provoquer le décollement du cartilage, comme la chose a lieu dans les articulations des membres.

Nous trouvons sur cette pièce une excavation profonde au centre de la vertèbre; ici, la maladie a débuté par l'intérieur de l'os: elle a dû être causée par un tubercule enkysté, qui, dans sa marche envahissante, a détruit la substance spongieuse et converti en une coque mince le corps de la vertèbre. C'est là un des effets ordinaires de cette forme de la maladie.

Je me résume: on distingue dans la production des lésions anatomiques deux genres de début, dont l'un se subdivise en deux espèces secondaires, d'où trois modes d'invasion: 1° début par les ligamens intervertébraux; 2° début par la surface de l'os, dépendant soit d'un dépôt tuberculeux qui déprime l'os et le détruit, soit d'une carie, d'une ostéite, d'une nécrose; 3° début par l'intérieur de l'os.

Em. Bailly,
Interne du service.

(*La suite prochainement.*)

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIOLOGIE HUMAINE;

Comprenant les principales notions de la physiologie comparée; par J. Béclard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Ouvrage accompagné de 144 gravures intercalées dans le texte. Un volume in-8° de 988 pages. — Paris, 1855, chez Labé.

Il y a déjà plus de trois années que, rendant compte dans ce journal de la nouvelle édition des *Élémens d'anatomie générale* de Béclard, mise au jour par la main pieuse de son fils, je félicitais M. Jules Béclard de nous avoir rendu, sous une forme mieux appropriée aux besoins de notre époque, l'un des meilleurs ouvrages qui aient été publiés sur les sciences anatomiques. Je félicitais surtout les élèves de pouvoir trouver dans ce livre, presque entièrement tranformé par les additions et les modifications de M. Jules Béclard, l'exposition claire, précise et attachante à la fois d'une science si riche en détails et dont toutes les parties sont loin de s'enchaîner parfaitement. En même temps, je rendais justice à cette flexibilité de talent, à cette habileté d'assimilation et de mise en œuvre avec lesquelles M. Béclard avait introduit dans l'ouvrage primitif de son père tous les progrès, toutes les découvertes de la science moderne, et cela sans altérer la pensée générale de l'auteur, sans briser le faisceau, la continuité de ses pensées fécondes. La publication de la nouvelle édition des *Élémens d'anatomie générale* annonçait que M. Jules Béclard possédait déjà, malgré sa jeunesse, quelques-unes des qualités éminentes qui distinguaient son père, et qui ont fait de lui l'un des professeurs et des écrivains les plus renommés de son temps. C'était donc une pierre d'attente, un gage pour l'avenir. Il ne manquait à M. Jules Béclard qu'une occasion pour montrer qu'il saurait porter dignement la noblesse de son nom et marcher sans broncher dans la carrière si dignement parcourue par son père. Le *Traité élémentaire de physiologie humaine*, que nous avons sous les yeux, confirme, à notre avis, toutes les espérances que le début de M. Béclard avait fait naître, et le grand succès que celui-ci a obtenu, presque avant son apparition, succès confirmé depuis par l'assentiment général des médecins, des élèves et de la presse médicale tout entière, ne nous laisse vraiment que bien peu à ajouter sous ce rapport.

Ce qui assure et ce qui assurera longtemps à M. J. Béclard la reconnaissance des élèves et des médecins, c'est que, promettant par son titre un ouvrage élémentaire de physiologie, il s'est exactement conformé à sa promesse; c'est que, par une habile disposition de ses matériaux, il est parvenu à réduire en un seul volume l'exposition de la physiologie dans son état actuel, sans rien retrancher d'utile, sans rien oublier d'important. Certes, ce ne sont pas les traités de physiologie qui manquent de nos jours: sans parler des ouvrages encore non terminés de la vaste encyclopédie physiologique de M. le professeur Bérard, par exemple; sans parler de ceux qui sont en voie d'enfantement plus ou moins prochain, on en pourrait citer un grand nombre, tant en France qu'à l'étranger principalement; mais il en est bien peu, même parmi ceux qui ont pris le titre d'élémentaire, qui s'y soient rigoureusement conformés: trop souvent la personnalité de l'auteur, ses recherches ou ses découvertes personnelles ont étouffé à leur profit les développemens que méritaient les travaux des autres, de sorte que la lecture de la plupart de ces livres ne saurait donner qu'une idée très imparfaite du grand mouvement qui s'est produit en physiologie depuis trente années.

Exclusivement livré, depuis longtemps, à l'étude des sciences anatomiques et physiologiques, qu'il cultive avec une véritable passion, auteur de quelques travaux physiologiques qui font autorité dans la science, familier avec toutes les langues de l'Europe, M. Jules Béclard se trouvait dans une position véritablement exceptionnelle pour exposer sous une forme concise l'état des connaissances physiologiques de notre époque, non pas seulement à Paris, à Londres, mais à Vienne, à Berlin, à Leipsik, etc., partout où existent des grands centres d'étude pour les sciences anatomiques et physiologiques. Aussi, en parcourant son livre, est-on agréablement surpris de rencontrer beaucoup de choses qui ne se trouvent pas ailleurs, de ces renseignemens nouveaux et précieux qui témoignent du soin et du nombre de ses lectures. Peu de discussions, de suppositions; l'auteur a compris que son livre, destiné à l'enseignement, s'adressant principalement à ceux qui veulent apprendre, devait surtout contenir l'exposition de la partie positive de la science. Néanmoins, M. Béclard n'abdique jamais complétement son libre arbitre: plein de respect et de déférence pour les grandes autorités, il fait souvent toucher au doigt par quelques mots bien sentis le côté faible des déductions que l'on voudrait faire passer prématurément à l'état d'axiomes; il est surtout sans pitié pour les systèmes, quelle que soit l'autorité sous laquelle ils s'abritent. Mais ce qui forme un des traits les plus saillans du *Traité élémentaire de physiologie* de M. J. Béclard, c'est la clarté, c'est la netteté, c'est la précision. On sent que l'auteur comprend lui-même très bien ce qu'il décrit; la pensée se dégage comme par transparence. On voit le fil qui la conduit et les mots arrivent sans difficulté pour la traduire et l'exposer aux yeux. Un style sobre, mais qui ne manque pas d'élégance, relève encore les qualités principales que je viens de signaler.

Mais c'est assez insister sur les qualités excellentes d'un livre qui est aujourd'hui dans presque toutes les mains. Quelques mots sur le plan suivi par l'auteur: Dans un ouvrage destiné à exposer l'état actuel de la science, M. J. Béclard a compris qu'il ne devait pas innover, mais bien suivre les divisions généralement acceptées. Les coupes nouvelles qu'on a cherché à introduire dans la physiologie, peuvent être fondées, dit-il, sous certains rapports, mais elles ne sont pas plus naturelles que les divisions anciennes, et souvent elles le sont beaucoup moins. M. Béclard a donc conservé la division des fonctions en *fonctions nutritives* (digestion, absorption, circulation, respiration, sécrétion et nutrition proprement dite); *fonctions de relation* (locomotion, sensations, innervation), et les *fonctions de reproduction* (ovulation et sécrétion spermatique, copulation, fécondation, gestation, lactation). Cette troisième partie est terminée par un chapitre qui traite du développement après la naissance, et dans lequel l'auteur parle des races humaines, dont il admet l'unité au milieu des variétés nombreuses qui composent le genre humain.

Il serait tout à fait en dehors du cadre et des habitudes d'un compte-rendu de vouloir parler de toutes les parties du livre de M. Béclard; mais la lecture complète que nous en avons faite, et c'est précisément cette circonstance qui a retardé autant l'apparition de cette revue, cette lecture complète nous a montré dans cet ensemble, d'ailleurs si entièrement satisfaisant, des parties dont la lecture est plus attrayante, et sur lesquelles l'auteur, déjà riche de son propre fonds, a pu répandre plus de lumière encore que sur le reste. Nous citerons comme un modèle le chapitre 1er, qui est consacré à l'histoire de la digestion; la tâche était d'autant plus difficile, que les travaux des physiologistes modernes, Tiedeman, Cl. Bernard, Mialhe, Blondlot, Sandras et Bouchardat, ont plus profondément remué cette partie de la science. Le deuxième chapitre, qui traite de l'absorption, ne lui cède pas, et peut-être même est-il plus riche en choses nouvelles. Nous avions retrouvé dans le premier chapitre les recherches particulières à l'auteur sur l'absorption de certains matériaux par les veines intestinales, et leur présence dans la veine porte. Le chapitre de l'absorption nous offre les recherches de l'auteur sur l'endosmose. On avait cru longtemps, d'après M. Dutrochet, et que d'explications physiologiques n'a-t-on pas bâti là-dessus, que le phénomène de l'endosmose était déterminé par la densité des liquides en présence, que le courant d'endosmose était d'autant plus énergique, que la différence de densité des liquides en présence était plus considérable, et qu'il avait lieu du liquide le moins dense vers le liquide le plus dense. Eh bien, si c'est là le fait le plus général, les exceptions sont nombreuses, et la clé de ces exceptions se trouve, d'après M. Béclard, dans ce fait que la direction et l'intensité du courant sont déterminées, toutes choses égales d'ailleurs, par la différence de chaleur spécifique. Il est vrai, et cela n'est pas inutile à remarquer, que l'eau ayant parmi tous les corps la chaleur spécifique la plus élevée, la *dilution* d'une substance par l'eau, ou sa *concentration* par la soustraction de l'eau coïncide avec l'élévation ou l'abaissement de la chaleur latente; par conséquent, il est vrai que les liquides, dilués par l'eau, marchent vers les liquides moins étendus, tout au moins quand ces liquides ont la même composition chimique. Mais qui ne voit que ce n'est là qu'une des faces de la question, et que le phénomène de l'endosmose est beaucoup moins simple que n'avaient paru le croire Dutrochet et ses successeurs? Les chapitres qui traitent de la *respiration*, de la *chaleur animale* et des *sécrétions*, m'ont encore frappé par l'habileté avec laquelle l'auteur a su grouper les matériaux qui les composent. Le chapitre qui traite de la *locomotion* est quelque chose d'entièrement nouveau; nous y trouvons exposés avec clarté les remarquables travaux de ce physicien et physiologiste qui paraît destiné à changer la face de la science, relativement à l'électricité, de M. du Bois-Reymond, comme nous retrouvons plus tard, à propos de l'*innervation*, les ingénieuses explications du même auteur à propos des phénomènes intimes de l'action nerveuse.

J'en passe..... et des meilleurs, pour arriver à la troisième partie où l'auteur avait d'ailleurs un excellent guide dans le *Traité de physiologie* de M. Longet; mais, ici encore, M. Béclard reste lui-même, et son exposition des mêmes idées, des mêmes faits, conserve une originalité qui témoigne, une fois de plus, de cette remarquable puissance de compréhension, de cette merveilleuse facilité d'assimilation et d'exposition qui forment les traits les plus saillans de son talent. Mais c'est assez déflorer l'ouvrage de M. Béclard: c'est aux nombreux lecteurs de ce livre, c'est aux élèves qui n'avaient encore entre les mains aucun ouvrage élémentaire complet de physiologie, c'est aux médecins comme nous trop occupés pour aller parcourir les ouvrages spéciaux, et cependant désireux de se tenir au courant des progrès de la science, c'est à eux tous de dire si j'ai bien traduit leur pensée et leur reconnaissance pour le service que nous a rendu notre savant confrère par la publication de son *Traité élémentaire de physiologie humaine*.

Dr Aran,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

COURRIER.

Le banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le mardi, 24 juillet prochain, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

On souscrit aux bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

La souscription sera close le 23 juillet, à 4 heures du soir.

Ceux de nos confrères des départemens qui désirent assister à cette réunion confraternelle sont priés d'en prévenir M. le Gérant du journal.

— Par décret en date du 4 juillet, M. le docteur Natalis Guillot est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

— On lit dans le *Journal de Toulouse*:

« Par arrêté de M. le préfet du Tarn, en date du 21 juin dernier, une allocation de 1,000 fr. pour encouragement à la propagation de la vaccine, pendant l'année 1854, a été distribuée en prix.

» Sur cette somme, une indemnité de 200 fr. a été accordée à M. le docteur Lalagade, pour les soins qu'il a donnés à la conservation du virus-vaccin.

» M. le docteur Lalagade s'occupe non seulement de la propagation de la vaccine, avec un zèle infatigable, mais il s'est occupé encore, avec le plus grand succès, de la conservation du virus-vaccin. Il vient de publier un opuscule sur ce sujet important.

» Dans l'avant-propos de ce petit ouvrage, l'auteur réfute les objections qui ont été faites à diverses époques, et qui sont encore renouvelées en ce moment, contre la vaccine; et puis il énonce rapidement les raisons que l'on peut faire valoir pour démontrer la nécessité de la revaccination.

» Après ces quelques pages d'un style simple et naturel, l'auteur étudie les divers procédés employés jusqu'ici pour la conservation du virus-vaccin: tous sont plus ou moins défectueux. Aussi il conclut à la nécessité d'un procédé nouveau.

» Par là, il est naturellement conduit à exposer celui qu'il a réalisé au moyen d'un instrument qu'il a appelé *Iopompe* (pompe à virus). Cet instrument, très simple et d'un usage très facile, a déjà obtenu les honneurs d'une médaille d'or de l'Académie impériale de médecine, et a été exposé à l'Exposition universelle.

» Le procédé de M. le docteur Lalagade présente tous les avantages qu'on pouvait désirer: ainsi sont expliqués les succès déjà obtenus non seulement par l'auteur lui-même, mais encore par les médecins qui l'ont employé.

» Ce livre, qui contient la description et l'usage de l'*Iopompe*, se recommande par la clarté de l'exposition, la simplicité et l'élégance du style. Il sera lu et consulté avec intérêt par tous les hommes de l'art. Nous devons ajouter que M. le docteur Lalagade, inspiré par un désintéressement honorable, a voulu que le produit de la vente de son ouvrage fût versé dans la caisse du bureau de bienfaisance de la ville d'Alby. » — M. Papailhiau.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22

Tome IX. — N° 82. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 12 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 11 JUILLET 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il ne faut pas être moins exigeant envers les séances académiques qu'envers les livres que l'on lit. Après avoir assisté aux unes, il faut leur adresser les questions qu'on fait aux autres après qu'on les a lus : Que m'as-tu appris?

La séance d'hier aurait appris, si on ne l'eût connu d'ailleurs, que M. Bouvier est un académicien très instruit, très érudit, au besoin un écrivain spirituel et agréable, qui, à l'occasion d'un busc de corsage, prétendu hygiénique, inventé par une charitable dame, a fait un rapport savant et amusant, mêlé de prose et de vers, et dont la conclusion, peu favorable, va bien affliger l'inventeur féminin de cet appareil, pour le moins inutile, a dit le sévère rapporteur.

Elle aurait appris, cette séance, que M. le docteur Roux, de Brignolles, est un praticien très distingué, et que le mémoire qu'il a lu hier devant l'Académie doit être certainement un savant travail, si la voix par trop faible de notre honorable confrère eût permis d'entendre un seul mot de sa communication.

Elle aurait appris, enfin, que M. Delasiauve, un de nos plus zélés travailleurs, un de nos plus actifs aliénistes, a écrit avec compétence, et sur des idées nouvelles, un mémoire étendu sur le traitement de l'idiotie, mémoire qu'un malencontreux comité secret a forcé l'auteur à abréger, à mutiler, mais que nous pourrons lire, sans doute, dans le recueil spécial consacré à ces sortes de travaux.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur TROUSSEAU.

De la spécificité (3e leçon).

Dans le siècle dernier, à la suite d'une période où l'histoire naturelle avait été si brillamment représentée par Linnée, Buffon, Duhamel, Spallanzani et d'autres, il s'est trouvé un homme d'esprit, et de plus fort habile naturaliste, qui, dans une conception bizarre, voulut que, dans la nature, tous les êtres fussent ou des dégradations ou des perfectionnemens d'un type premier. Prenant une grenouille et la supposant au milieu des sables brûlans d'Afrique, il imaginait qu'elle irait, levant la tête, pour respirer un peu d'air, que son cou s'allongerait, que ses pattes subiraient la même élongation, et qu'ainsi, après des siècles, par des modifications successives de la cage thoracique, du poumon, du cœur, la grenouille serait devenue girafe, laquelle replacée dans un marais, pourrait, par un travail inverse, redevenir grenouille comme ci-devant.

Voici qui ressemble singulièrement au début de l'art poétique d'Horace, et, comme les Pisons, nous avons peine à tenir notre rire. Pourtant, modérons-le, car c'est de nous qu'il s'agit (*de te fabula narratur*), et l'idée de Lamarck n'est pas plus singulière que celle de Broussais, auquel il ne répugnait pas d'admettre que la légère irritation qui constitue le coryza pourrait être le point de départ du coryza couenneux, et portée à un degré plus élevé constituât le coryza morveux; qui ne voyait dans les graves altérations des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques accompagnés de tous les accidens de la fièvre putride, que l'exagération de la légère irritation intestinale d'où dépend le catarrhe de l'intestin le plus léger? Et quand nous entendons appliquer maintenant à ces affections, si éloignées les unes des autres, le nom commun de rhinite, d'entérite, nous n'éprouvons aucun étonnement en raison de l'habitude. Pourtant il y a entre elles des différences aussi grandes qu'entre la grenouille et la girafe.

Il est incontestable que les êtres se touchent par quelques points communs; c'est ainsi que tous les vertébrés ont une colonne vertébrale renflée à sa partie supérieure, pour recevoir le centre nerveux. Mais à côté de ce caractère commun, il en est d'autres si importans appartenant seulement à un certain nombre de vertébrés, qu'on est obligé de les distinguer en quatre classes bien tranchées : les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons; et puis ce travail à peine terminé, la découverte de l'Océanie vient montrer aux naturalistes qu'il faut créer un genre particulier, dans la classe des mammifères, pour les marsupiaux qui accouchent d'un œuf dans une poche à mamelles placée au devant du ventre, où il devra se nourrir jusqu'à l'éclosion.

Dans les genres eux-mêmes, il faut distinguer soigneusement les espèces qui peuvent ne se toucher que par les apparences extérieures. Vous sortez le matin d'un jour d'été, et dans l'herbe humide de votre jardin vous voyez un ophidien à robe un peu verdâtre, portant une collerette blanche; il vous semble ne différer en rien d'un autre que vous avez vu dans les bois du Midi ou même dans la forêt de Fontainebleau, si ce n'est que ce dernier a la peau un peu plus brune, ne porte pas de collier, paraît plus éveillé, plus actif. Le premier vous mord, le lendemain la blessure est guérie; la morsure du second est au contraire suivie d'un œdème considérable, de lipothymies, d'hémorrhagies. Regarderez-vous la vipère comme une couleuvre modifiée? Ceci peut être bien au point de vue de l'histoire naturelle; mais au point de vue de votre conservation, vous êtes obligé de compter le crochet de la vipère comme un caractère spécifique de la plus haute importance; et bien des exemples de la même nature nous montreraient qu'on ne saurait trop spécifier.

Pourtant, il ne faut pas aller imiter l'exemple de certains travailleurs mal inspirés, qui, après avoir passé des années à étudier au microscope une plante, finissent par découvrir quelque poil, quelque glande qui ne devrait pas exister, et, dans un mémoire volumineux, font de cette anomalie une espèce distincte, ne tenant pas compte des modifications que les conditions hygiéniques de température, de chaleur et d'humidité, de lumière peuvent déterminer dans les plantes et les animaux, sans changer leur espèce.

De ce que la privation de lumière, comme l'a démontré Edwards, empêche le têtard de passer à l'état de grenouille et le condamne à rester à l'état d'animal à branchies, ferez-vous du têtard vivant dans l'obscurité une espèce distincte? Ne sait-on pas que l'influence du climat, de l'éducation, a fait du cheval arabe primitif le cheval anglais que nous connaissons tous? Que les éleveurs anglais font subir des changemens considérables à la plupart des espèces animales domestiques? C'est un fait parfaitement connu, et dans lequel personne n'est tenté de voir la création d'espèces nouvelles. De même, en médecine, les exagérations d'un type premier ne doivent jamais être considérées comme des espèces, mais comme de simples modifications; ainsi la variole, qui ne compte que quelques pustules disséminées, est toujours la même maladie que la variole confluente; et quand nous vous parlons de spécification, nous ne vous engageons pas à faire de ces divisions à l'infini, qui obscurcissent au lieu d'éclairer.

Pour montrer comment chaque maladie a un caractère de spécificité qui lui est inhérent et n'appartient qu'à elle, prenons d'abord nos exemples là où l'évidence du fait est incontestable et incontestée, à la peau. Un engorgement se forme sur un point de la main : la base en est arrondie, rouge, le sommet est surmonté d'une vésicule; c'est le commencement d'un furoncle, qui dure neuf à dix jours et ne cause aucun accident, si ce n'est qu'à la suite de celui-ci il en vient quelquefois d'autres pendant cinq ou six mois. La médecine est à peu près impuissante, de même que la chirurgie.

Sur le même point de la main d'un autre individu, qui a été en contact avec un animal atteint de charbon, survient un engorgement, à base arrondie, rouge, qui présente au sommet une vésicule comme dans le cas précédent; mais bientôt les ganglions lymphatiques vont se prendre, il va survenir de l'œdème, du délire, etc. ; et si vous ne détruisez promptement cette pustule maligne qui a débuté comme un simple furoncle, votre malade sera emporté. En touchant une femme, vous vous inoculez du virus syphilitique qui produit comme premier résultat une inflammation locale qui n'offre rien de particulier, donne lieu à une ulcération à caractères spéciaux, qui se cicatrise spontanément après un certain temps, laissant à sa suite une induration caractéristique, puis viennent en leur temps les divers accidens syphilitiques.

Voici bien trois affections ayant le même siége, débutant de la même façon à peu près, mais dont la nature est si différente, qu'il ne nous est pas permis de l'ignorer, sous peine de mort pour nos malades quelquefois. Si, au lieu du virus, du contagium, qui est la cause des deux dernières affections, nous étudions les causes des inflammations en général, les irritans, nous verrons que chacun d'eux imprime à la lésion qu'il détermine un cachet spécial, des allures à part. Les cantharides causent une douleur particulière suivie de la formation de bulles qui ne ressemblent à aucune autre de causes différentes. La moutarde cause plus de douleur et moins de désordre local; l'acide nitrique donne lieu à une escarre jaunâtre; la potasse caustique à une brune, et ainsi de tous les caustiques; si bien qu'un chimiste, en voyant une brûlure, remonte aisément à sa cause. Or, ce qu'il fait, le médecin doit le savoir faire en pathologie; et s'il ne peut toujours remonter à la cause, il doit au moins distinguer les unes des autres les différentes brûlures pathologiques.

Si de l'extérieur nous passons à l'intérieur pour y étudier l'action de diverses substances étrangères, nous verrons qu'elles causent des affections qui ont des caractères tout à fait spécifiques; c'est ainsi que depuis l'invention des allumettes chimiques, nous savons que le phosphore ébranle et fait tomber les dents, amène la nécrose du maxillaire supérieur, sans causer d'autres désordres locaux. Vous connaissez tous les effets très caractéristiques du mercure, du plomb, qui ont quelque chose de si spécifique, qu'en les constatant, vous êtes sûrs que le métal auquel ils sont dus a été introduit dans l'économie, et vous finissez, en cherchant, par découvrir de quelle façon.

Il y a deux ans, la famille royale, à Claremont, fut prise d'accidens saturnins, sans qu'en apparence on pût y assigner de cause. M. Guéneau de Mussy, médecin de la reine, sûr de son diagnostic, chercha la cause de ces accidens, et finit par la trouver dans un réservoir en plomb placé au haut du château, et dans lequel s'était formé du carbonate de plomb.

Dans un grand nombre de faits de cette nature il est possible, quand on connaît les accidens, de remonter à la cause, et réciproquement, quand on connaît celle-ci, de dire quels accidens surviendront, ce qui constitue une double spécificité de causes et d'effets, spécificité qu'on retrouve à chaque pas. Croyez-vous qu'il n'y a rien de spécifique attaché à la piqûre de l'abeille, qui vous cause une douleur atroce, une fluxion considérable, et une fièvre très vive. Il vous arrivera de revenir d'une promenade dans certains bois, avec les mains couvertes d'urticaire, la figure comme un masque : c'est que vous aurez touché à la chenille processionnaire ou à ses dépouilles; la même éruption d'urticaire survient aussi fort souvent quand on a mangé des moules, des crevettes, du poisson qui n'était pas frais.

Je ne veux pas quitter cette question de la spécificité des causes et de leurs effets, sans vous rappeler qu'elle tient sous sa dépendance toute la thérapeutique. C'est elle qui permet au médecin de distinguer l'enivrement quinique de celui causé par l'opium; l'état particulier de stupéfaction, avec dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge, délire furieux causé par la solanée vireuse d'avec la stupidité profonde, avec éruption cutané, contraction des pupilles que détermine la papavéracée; et ainsi pour un grand nombre d'autres phénomènes physiologiques déterminés par les médicamens.

(*La suite à un prochain n°.*) Dr E. ARCHAMBAULT.

Hospice de Bicêtre. — M. MOREAU (de Tours).

CAS D'EMPOISONNEMENT ET DE FOLIE AIGUE PAR UN COSMÉTIQUE RENFERMANT PLUSIEURS SUBSTANCES TOXIQUES.

Le nommé Valleau, âgé de 29 ans, coiffeur, est entré, le 9 juin 1855, à l'asile des aliénés de Bicêtre; il ne fut examiné attentivement que le 11, à la visite du matin. Il était dans un état de stupeur profonde, les yeux fixés au plafond et immobiles; on eut beau le presser de questions, le secouer violemment, il ne fit aucune réponse, ne put nous donner aucun renseignement sur son passé ni sur sa position actuelle. Pour savoir le lieu de sa naissance, M. Moreau lui nomma successivement plusieurs villes, et, entre autres, Nantes; comme c'était sa

ville natale, il fit un signe de tête affirmatif; c'est tout ce qu'on put en obtenir. Un phénomène remarquable frappa notre attention : chez ce jeune homme, âgé seulement de 29 ans, les poils du pubis étaient complétement blancs; ceux de la partie antérieure de la poitrine l'étaient aussi en grande partie; quant aux cheveux, ils présentaient des nuances variées : un grand nombre étaient complétement blancs, surtout vers la racine, d'autres présentaient une teinte noire très foncée; enfin, on voyait sur quelques places des mèches de cheveux roux. Chacune des joues était couverte d'une large tache de couleur jaune-grisâtre ressemblant à une tache hépatique; ces taches étaient limitées, en arrière et en bas, par l'insertion de la barbe, que circonscrivait une autre tache de même couleur, située à la partie supérieure du cou et allongée transversalement. Deux ou trois taches semblables couvraient la partie interne de la cuisse gauche.

Il n'y avait aucun symptôme fébrile; la langue était seulement un peu chargée, et comme le malade était constipé, M. Moreau prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz; deux ventouses furent aussi appliquées à la nuque.

Le 12, le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose, mais il manifeste de l'impatience et semble faire des efforts pour parler; il a l'air inquiet et se soulève sur son lit.

Le 13, nous le trouvons dans un état plus satisfaisant; il répond aux questions qu'on lui adresse, mais il semble avoir perdu presque complétement la mémoire, et ne peut encore donner que des renseignemens très imparfaits sur ce qui lui est arrivé : il sait qu'il est coiffeur, mais il ne se rappelle pas où il travaillait; il se souvient d'avoir inventé une pommade particulière pour teindre les cheveux, et d'en avoir fait usage sur lui-même; mais il ne peut pas en indiquer la composition.

Le 14, Valleau est complétement sorti de son état de stupeur; il est levé, et se désole d'être renfermé dans une maison d'aliénés; il nous donne avec beaucoup de précision tous les détails que nous lui demandons : c'est depuis plusieurs années, et progressivement, que le système pileux a blanchi, et, pour y remédier, Valleau avait composé une pommade dont les élémens actifs étaient :

Litharge.	400	grammes.
Chaux vive.	200	—
Prussiate de potasse. . .	50	—
Nitrate d'argent	20	—

Il y a quinze jours qu'il commença à faire usage de cette composition, et en trois jours cette énorme quantité fut employée; il en faisait le soir une application sur toute la tête, et laissait la substance jusqu'au lendemain matin, pendant douze heures. Lorsqu'il se peignait le matin, il tombait de sa tête une poussière si épaisse, qu'il en était incommodé lui et un de ses camarades qui logeait dans la même chambre. Les cheveux devinrent partiellement noirs; mais des accidens ne tardèrent pas à se déclarer; le malade éprouva de violentes coliques accompagnées de maux de tête. Selon lui, l'intelligence resta saine; mais son patron nous affirme avoir remarqué, dès les premiers jours, un changement de caractère; Valleau était devenu triste et s'acquittait moins bien de ses fonctions; il continua cependant de travailler. Mais le 9 juin, dans la matinée, de nouveaux phénomènes se produisirent, quoiqu'il eût renoncé depuis douze jours à l'emploi de sa pommade. Il se rappelle que ce jour-là il coiffa un client, mais il ne se souvient plus de rien de ce qui se passa ensuite jusqu'au moment où il s'est éveillé à Bicêtre le 13 juin; les renseignemens donnés par son patron comblent cette lacune : le délire débuta subitement; et, dès le commencement de son attaque, le malade devint turbulent; il se mit à jeter de côté et d'autre tous les instrumens qui lui tombaient sous la main; il déchira tous ses papiers; il se croyait poursuivi par des ennemis qui voulaient l'empoisonner; sa figure exprimait la frayeur. C'est dans cet état que le patron le fit arrêter et conduire à Bicêtre. Dès son entrée, la stupeur succéda à l'agitation.

La mère du malade est vivante et très bien portante; son père est mort d'une attaque d'apoplexie à l'âge de 59 ans, après avoir été longtemps paralysé.

15 juin. Un peu de pesanteur de tête et des courbatures sont les seuls accidens dont se plaigne le malade. Il n'a pas eu de selles depuis l'administration du purgatif. On aperçoit sur le bord des gencives un liseré bleuâtre peu foncé, mais parfaitement délimité. — Eau de de Sedlitz, limonade sulfurique, bain sulfureux.

18 juin. Hier, le malade a ressenti quelques coliques très légères. Il n'y a plus de constipation. — Même traitement, moins l'eau de Sedlitz.

19 juin. Le liseré des gencives a disparu à peu près complétement. Le malade n'accuse plus aucun autre symptôme, et demande sa sortie, qui lui est accordée (1).

Réflexions. — L'observation qu'on vient de lire, outre l'intérêt que lui donnent cette canitie prématurée et ce développement de taches d'un aspect particulier qui se sont produites lentement et sans aucune douleur, présente bien évidemment un cas d'intoxication. Mais, dans la pommade qu'a employée le malade, quelle substance a agi spécialement pour produire les accidens? La céphalalgie, les coliques, la constipation et le liseré des gencives semblent bien prouver que c'est au plomb seul qu'on doit les attribuer.

Par quelle voie cette substance a-t-elle été introduite dans l'économie; par le cuir chevelu, ou par les organes respiratoires? Les auteurs, en général, se refusent à admettre le premier mode d'introduction. Suivant M. Tanquerel des Planches, « l'épiderme est un obstacle à l'absorption du plomb appliqué directement sur la peau, » tandis que « mises en contact accidentel avec les muqueuses qui tapissent les voies respiratoires, les préparations saturnines y sont facilement absorbées. »

Cependant, il existe dans la science quelques observations qui tendraient à infirmer l'opinion que nous venons de faire connaître. M. Tanquerel lui-même cite trois faits de ce genre, tout en en contestant, il est vrai, la valeur, par divers motifs. De plus, dans son *Traité de toxicologie*, Orfila rapporte, d'après Krimer, deux autres faits qui prouvent que l'intoxication saturnine peut s'effectuer par les surfaces cutanées, et donner lieu aux accidens les plus redoutables. Il s'agit, dans ces deux faits, de dames qui, pendant plusieurs années, s'étaient fardées la figure, le cou et les bras avec un onguent contenant en grande portion un sel de plomb. Névralgies de toute sorte, contractions dans les membres, convulsions, amaurose, délire, enfin paralysie et démence, tels en avaient été les déplorables résultats (1).

(1) Observation recueillie par M. de Vouges, interne du service.

Le fait que nous livrons aujourd'hui à la publicité vient-il à l'appui de ceux cités par Orfila? Nous avouons que nous inclinons à le croire, quand nous considérons que le malade a gardé sur sa tête, par trois fois, et pendant douze heures consécutives, une énorme quantité de substance toxique; mais, d'autre part, on ne saurait nier que cette substance a pu également pénétrer dans l'économie par les voies de la respiration.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur ce point, il ressort des faits que nous venons d'exposer un enseignement dont devront profiter ceux qui font un usage habituel des cosmétiques dans lesquels le plomb entre comme principal ingrédient.

On sait combien cet usage est répandu parmi les artistes dramatiques, et aussi parmi les femmes d'un certain monde. Tous les médecins — ceux de nos confrères principalement, attachés aux services des théâtres, — savent encore combien les mêmes personnes sont sujettes à des affections nerveuses de toute sorte, depuis les plus légères jusqu'aux plus redoutables; au lieu de faire remonter ces névropathies à la banale origine des impressions morales, ainsi qu'on se plaît trop à le faire généralement, ne serait-il pas plus rationnel, plus scientifique (sinon plus poétique et de meilleur goût), d'y soupçonner tout simplement les effets de l'intoxication plombique?

Cette question, toutefois, nous nous contentons de la poser ici, laissant à plus expérimentés que nous le soin de la résoudre. J. Moreau (de Tours).

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR L'ACÉTATE DE PLOMB (2);

Par le docteur Burkart, à Munderkingen.

2° *Dans la pneumonie des vieillards.* — Il est connu qu'autant que la pneumonie des adultes, prise au début et dans de bonnes conditions, est peu grave, autant celle des vieillards est dangereuse. C'est que ceux-ci se trouvent, relativement aux jeunes gens, dans de mauvaises conditions. Les émissions sanguines, surtout les saignées, fortes ou répétées, ne sont pas supportées; elles entraînent souvent et parfois subitement et sans s'être développées peu à peu, un affaiblissement, une prostration, aussi pernicieux à la pneumonie qu'à la santé générale du malade. La pneumonie ne marche pas à la résolution; au contraire, elle s'étend et se complique d'une sécrétion abondante de mucosités que l'atonie du tissu pulmonaire et la faiblesse des muscles de la respiration ne parviennent plus à rejeter. De là, mort par asphyxie. Et si l'on parvient à guérir la maladie pulmonaire, la convalescence sera longue, interminable et orageuse. Le tartre stibié est moins puissant contre ces pneumonies que contre celles des adultes, et de plus, il jette souvent les vieillards dans une débilité aussi profonde que les saignées. L'acétate de plomb n'a aucun de ces désavantages; il est toujours bien supporté, et n'expose à aucun danger présent ou futur.

Voici le traitement que j'institue généralement contre la pneumonie des vieillards :

Si le malade est encore fort, robuste, s'il y a une fièvre vive, un pouls plein, résistant, je fais une petite saignée de 3 à 400 grammes, que je répète très rarement et en moindre quantité. Si les accidens généraux ne sont pas aussi prononcés que dans le cas précédent, et s'il y a en même temps point pleurétique intense, je fais appliquer quelques ventouses ou quelques sangsues. Parfois c'est une petite saignée générale et une saignée locale, selon les indications. Mais, je le répète, je suis sobre d'émissions sanguines. Dans ces mêmes cas, à réaction fébrile vive, je donne en même temps le tartre stibié à la dose de 15 à 25 centig. par jour. Si l'amendement ne se déclare pas bientôt, au bout de deux à trois jours, ou bien, dès que la faiblesse commence à se montrer, je suspends les antimoniaux et je passe à l'acétate de plomb cristallisé.

Si la pneumonie est plus lente dans sa marche, moins orageuse dans ses manifestations réactionnelles, si d'emblée il existe un peu de faiblesse ou si le malade est avancé en âge, je m'abstiens d'émissions sanguines, à moins qu'un point de côté violent ne réclame absolument quelques ventouses ou sangsues, et j'administre immédiatement la préparation saturnine. Je ne me laisse pas arrêter par l'état saburral de la langue qui accompagne presque constamment cette maladie, ni par la constipation, ni par des douleurs abdominales. Le médicament est toujours bien supporté, ne cause pas de vomissemens, pas de pesanteurs d'estomac, pas de malaise. Son action se fait d'abord sentir sur la circulation, la fièvre diminue, et, au bout de quelques jours, le pouls est devenu calme, la peau n'est plus chaude, le malade est tranquille, la respiration devient plus libre, plus profonde, moins fréquente. Les symptômes locaux de la pneumonie s'arrêtent d'abord, restent stationnaires pendant quelque temps, et ne commencent à diminuer que plus tard, après que la fièvre est tombée déjà depuis plusieurs jours. La langue commence à se nettoyer peu à peu, la soif diminue et l'appétit se montre. La résolution de la pneumonie marche lentement et exige de deux à trois semaines pour être complète. Si les crachats avaient été rouillés, ils perdent rapidement ce caractère; ils ne deviennent pas plus visqueux et tenaces, et l'expectoration ne se fait pas plus difficilement, contrairement à ce que produisent parfois les astringens dans d'autres affections pulmonaires. La constipation n'est pas aussi tenace qu'on le croirait *à priori*; ordinairement les lavemens suffisent pour la vaincre, et, au besoin, on peut donner un léger purgatif de temps en temps. Dans bien des cas elle est nulle.

(1) Orfila. Tome I, page 846.

(2) Voir le numéro du 3 Juillet 1855.

Quand la résolution éprouve un arrêt persistant ou qu'elle tarde à se faire, l'application d'un grand vésicatoire volant sur la poitrine donne souvent une première impulsion, et l'acétate de plomb continue alors le mouvement commencé. A part ces cas et ceux d'un point de côté persistant, je n'emploie pas autrement les révulsifs cutanés.

Les malades seront nourris dès que l'appétit sera revenu, dans la mesure de leurs forces digestives, et sous l'influence de cette alimentation, on sera étonné de la brièveté de la convalescence.

La dose moyenne d'acétate neutre de plomb est de 25 à 30 centigrammes par jour; parfois je commence par 20, et parfois je vais à 35 et 40 centigrammes, mais ces doses seront rarement nécessaires. Je le donne en solution dans l'eau distillée avec un peu de sirop simple, ou bien en pilules, chacune de 0,05. Presque toujours il est donné seul, sans addition d'autre médicament; le seul que j'ajoute parfois, quand des indications spéciales le demandent, est l'opium sous forme d'extrait dans les pilules, ou en teinture, laudanum ou sirop de morphine pour les potions. Ces doses sont grandes, relativement à celles que l'on prescrit ordinairement, mais on peut les donner hardiment. Je n'ai jamais encore observé le moindre effet nuisible ni sur les intestins, ni sur le système nerveux; jamais de coliques. Il ne faut pas se laisser arrêter par quelques douleurs abdominales que les malades éprouvent de temps en temps, et qui dépendent de toute autre cause que de l'acétate de plomb : ce sont des coliques ordinaires et nullement spécifiques. J'ai continué ce traitement pendant trois et quatre semaines, sans avoir jamais observé d'effet nuisible, quoique, au bout d'un certain temps, la plupart des malades aient la bordure violette des gencives, caractéristique des intoxications saturnines. Je ne suis d'ailleurs pas seul de mon opinion; sans parler des nombreux auteurs qui ont préconisé des doses aussi fortes et plus fortes même, j'ai pour moi un de mes collègues de la Faculté, qui, sur ma recommandation, a essayé ce médicament sur une assez grande échelle, et a obtenu les mêmes résultats. Je donne aux adultes les mêmes doses.

L'acétate de plomb n'est pas plus infaillible contre la pneumonie que la plupart des autres médicamens; il meurt et il mourra encore beaucoup de pneumoniques malgré les saignées, le tartre stibié, le sucre de saturne; mais ce dernier me paraît constituer une bonne acquisition qui rendra des services signalés dans les cas où les autres moyens classiques auront été ou inapplicables ou inefficaces. Je ne puis donner aucune statistique relativement à la proportion des succès et des insuccès, car mes notes sont trop incomplètes à ce sujet, et je ne possède pas encore un nombre suffisant de faits. Mon intention avait été d'attendre pour publier ces remarques, que j'eusse en ma possession assez d'élémens pour traiter convenablement le sujet; mais le mémoire du docteur Burkart est tellement remarquable, que je n'ai pas voulu tarder plus longtemps à appeler l'attention de mes confrères sur un traitement que je puis leur recommander en toute conscience.

Dernière question : Comment agit l'acétate de plomb dans la pneumonie? Je crois que c'est comme astringent. On sait que, sous son influence, le pouls devient moins fréquent, moins large; que la peau perd de la chaleur; en un mot, l'appareil phénoménal de la fièvre diminue. De là la sédation assez prompte qu'éprouvent les pneumoniques. L'astriction se fait sentir sur tous les organes, surtout sur les parenchymateux. Or, en se rappelant les indications spéciales que j'ai essayé d'établir dans cette note, on voit de quelle manière un astringent peut produire de bons effets. C'est quand les saignées et le tartre stibié échouent ou ne sont pas applicables, que l'on doit avoir recours au plomb; mais ce sont précisément des cas où l'on peut admettre un état d'atonie du poumon. Cette atonie peut provenir tantôt d'une faiblesse, d'un épuisement primitifs de tout l'organisme, comme chez les vieillards ou chez les individus cachectiques; tantôt d'un affaiblissement consécutif à des émissions sanguines abondantes, à une action débilitante profonde des antimoniaux. Dans ces cas, le poumon a perdu sa faculté de réagir; il ne peut plus s'opposer à l'abord du sang dans les parties encore perméables, l'hypérémie fait alors des progrès, et les exsudations plastiques se font plus facilement. Les exsudations déjà formées n'ont pas de tendance à être résorbées et à s'organiser : elles subissent différentes transformations, entre autres la purulente. En un mot, le poumon est

alors une éponge gorgée de liquides et qui ne peut s'en débarrasser. Dans ces conditions, l'acétate de plomb qui circule dans le sang, fait tomber la fièvre, diminue le calibre des vaisseaux distendus, et, par là, l'abord du sang; il exerce son action astringente sur les tissus de la partie hépatisée ou congestionnée; il les resserre et les force à revenir sur eux-mêmes; de là une constriction, et l'on sait combien la compression active l'absorption. Tout ceci a lieu sans débiliter l'organisme; bien au contraire, les fonctions digestives se relèvent, ainsi que les forces générales.

Y a-t-il en même temps action sur la crase sanguine? On peut le supposer, sans qu'on puisse démontrer expérimentalement cette influence. L'acétate de plomb circule dans le sang, combiné aux matières protéiques qu'il a rencontrées dans l'estomac et les intestins, mais nous ne savons pas comment il se comporte sous cette forme avec les élémens du sang.

Le même effet peut avoir lieu dans les pneumonies plus aiguës, moins passives, chez les adultes vigoureux et non encore débilités par une maladie ou un traitement antérieur; mais, je le répète, je n'ai pas encore osé employer l'acétate de plomb, au début même, avec des émissions sanguines. Je crois que ce médicament pourrait rendre de bons services contre les pneumonies des typhoïdes, mais je n'ai pas encore trouvé l'occasion de le mettre en usage avec des résultats assez tranchés pour pouvoir me prononcer positivement.

Le mode d'application que je propose est peut-être un peu étroit, un peu trop physique et chimique; mais en l'absence d'une autre, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait tenir compte au moins en partie de celle-ci. Elle donnerait la clé des résultats obtenus dans la pneumonie par d'autres médications qui rentrent plus ou moins dans les astringens et les excitans, comme le quinquina, et qui fait dire, avec raison, que la pneumonie guérit par tous les moyens. Oui, quand on essaie de trouver les indications spéciales et rationnelles de chaque médicament; non, quand on les emploie indistinctement sans les individualiser. Dr E. S.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Juillet 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur JAUBERT, médecin inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), sur le service de cet établissement pendant l'année 1853.

— Un deuxième rapport de M. le docteur LAFON, sur les eaux minérales de Trébas (Tarn) pendant la même année.

— Deux demandes d'autorisation pour exploiter une source minérale à Kontz-Basse, près de Sierk (Moselle), et une seconde source située dans la forêt de Bellême (Orne).

(Comm. des eaux minérales.)

— Un rapport de M. DEFRÉNOIS, à Rassour, sur les épidémies cholériques de 1849 et de 1854, accompagné d'observations sur la vaccine. (Comm. du choléra et Comm. de vaccine.)

— Huit rapports des médecins cantonaux du département de la Moselle, sur le choléra de 1854, et quelques autres maladies épidémiques. (Comm. du choléra 1854.)

— Un rapport du docteur ALBERT, de Parthenay, sur les affections épidémiques observées dans cet arrondissement en 1853. (Comm. des épidémies.)

— Un relevé des vaccinations pratiquées pendant une période de quatre années dans le département des Deux-Sèvres, par le même. (Comm. de vaccine.)

— Un rapport de M. LAMONTAGNE, sur une épidémie de variole qui a régné récemment dans la commune d'Aubigny-la-Tour (Vosges). (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle se compose :

D'une lettre de M. le docteur WANNER, sur la production de la chaleur animale. (M. Poiseuille, rapporteur.)

— D'un mémoire de M. FÉE, de Strasbourg, intitulé : *Le rêve et la folie ont-ils quelques rapports et sont-ils comparables?* (M. Collineau, rapporteur.)

M. DESPORTES engage l'Académie à nommer une commission pour examiner deux individus de la race des Astèques, actuellement à Paris.

— M. BOUVIER donne lecture d'un rapport sur un *busc* dit *hygiénique*, imaginé par Mmes Brasseur-Cordelois et Becquet. Le rapporteur examine successivement ces deux questions : Le corset peut-il être considéré comme un moyen hygiénique? Le busc inventé par Mmes Brasseur Cordelois et Becquet mérite-il cette qualification de préférence à d'autres? Il entre dans des considérations historiques et physiologiques qui prouvent que le corset ne saurait être envisagé comme réellement utile à la santé, et remarque que le busc dont il s'agit ici ne présente rien de spécial, si ce n'est un système de charnières et de goupilles qui permet de l'ouvrir instantanément, modification qui, elle-même, est loin d'être neuve. En somme, M. Bouvier propose de répondre à M. le ministre que le busc de Mmes Brasseur-Cordelois et Becquet ne présente aucun avantage particulier au point de vue médical.

M. ROBINET s'élève contre l'abus que certaines industries font de cette épithète d'*hygiénique*; M. Bouvier vient de faire justice d'un busc que l'on avait décoré de ce nom; il y a aussi, à Paris, la *parfumerie* dite *hygiénique*, et, ce qui est peut-être plus grave, il en existe une autre qui s'affiche sous le titre de *parfumerie thérapeutique*.

M. MALGAIGNE propose que, dans les conclusions de son travail, M. le rapporteur signale à M. le ministre l'abus dont M. Robinet vient de parler, et qui, en donnant une fausse apparence scientifique à des produits purement industriels, est de nature à discréditer la science même.

Les conclusions et l'addition proposée par M. Malgaigne sont mises aux voix et adoptées.

— M. le docteur ROUX, de Saint-Maximin, chirurgien à Marseille, membre correspondant de l'Académie, lit un mémoire sur les *kystes séreux du cou*. Il résume le traitement de ces tumeurs dans les règles suivantes :

1° Donner la préférence à une incision modérée et verticale ou parallèle aux organes voisins;

2° Placer entre les lèvres de la plaie une petite mèche de linge qui occupe le tiers ou la moitié au plus de son étendue, afin d'éviter la réunion de ses bords et de favoriser l'écoulement séreux pendant quelques jours;

3° Surveiller attentivement, dès les premières heures, les parties qui ont été le siége de l'opération;

4° Réserver la cautérisation avec le nitrate d'argent et les injections iodées qui alternent avec les caustiques dans la pratique de quelques chirurgiens de nos jours, pour une époque où l'inflammation aiguë du cou n'est plus à craindre, et en prolonger l'usage jusqu'à la destruction complète des poches séreuses.

— M. DELASIAUVE lit un mémoire sur le *traitement de l'idiotie*, traitement qui se confond ici avec l'éducation, et dont il expose en détail tous les élémens en rapportant l'histoire d'un idiot soumis à son observation. Si minces que puissent être les progrès, dit M. Delasiauve, si légers que soient, en apparence, les profits, ils sont toujours relativement considérables. Ne communiquât-on aux malheureux idiots qu'une lueur de sensibilité, ce serait prendre quelque chose au néant et rendre une âme muette participante à la vie intime et réelle par une sorte de création.

Le travail de M. Delasiauve est renvoyé à une commission composée de MM. Falret, Baillarger et Ferrus, rapporteur.

— L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des mois d'Avril, Mai et Juin 1855. — Présidence de M. Aug. MERCIER.

Sommaire. — Correspondance. — Quelques faits à l'appui des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion; discussion sur la valeur de ces faits. — De la diphthérite et de son traitement par le bicarbonate de soude et la cautérisation. — Des prétendues propriétés anticholériques de la fumée.

La correspondance comprend :

1° Une série de numéros du journal espagnol : *El porvenir medico*. Renvoi à M. Charrier, avec les numéros précédens.

2° Le recueil des procès-verbaux des séances de la Société de médecine pratique. Rapporteur, M. Homolle.

3° Un petit ouvrage intitulé : *Les eaux thermales d'Ems*, par le docteur Albert Jaq. Gust. Dœring. Rapporteur, M. Dreyfus.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole à M. le docteur Boinet.

M. le docteur BOINET expose devant la Société l'histoire clinique de quelques faits du plus haut intérêt, tendant à démontrer l'efficacité des injections iodées, méthodiquement faites, dans le traitement des abcès par congestion. Dans l'un d'eux, connu de M. le docteur Janin, il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, bossue, scrofuleuse, minée par une fièvre hectique continue, portant à la partie interne de la cuisse droite une vaste collection purulente, symptomatique d'une carie vertébrale avec gibbosité. Une ponction pratiquée donna lieu à l'issue de plus d'un kilogramme de pus. Après avoir évacué le kyste, M. Boinet fit ensuite une injection composée comme il suit :

Eau distillée.	25 grammes.
Teinture alcoolique d'iode.	25 —
Iodure de potassium. . . .	1 —

On laissa séjourner l'injection dans le kyste pendant huit minutes environ. Au bout de ce temps, le liquide fut évacué à l'aide de pressions méthodiquement exercées sur les parois du foyer, et d'une situation convenable donnée à la malade. Une mouche de sparadrap fut enfin appliquée sur l'ouverture pratiquée par le trocart. Au bout de huit jours, la malade qui fut, au reste, soumise à un traitement interne tonique et recorporatif, put se lever et parut reprendre des forces ainsi que de l'appétit. Cependant, ce qui n'est pas rare, l'abcès se reproduisit au bout de cinq semaines. Une nouvelle ponction suivie d'une injection de teinture d'iode pur, fut alors exécutée par M. Boinet. 300 grammes de pus seulement furent évacués, mais, cette fois, l'abcès ne s'est plus reproduit, et la guérison, qui s'est maintenue, date aujourd'hui de deux ans.

A quelque temps de là, une autre jeune fille, venue de la province, atteinte également d'une gibbosité avec carie vertébrale correspondante, et portant à la partie interne de la cuisse gauche un vaste abcès par congestion, fut amenée dans le cabinet de notre confrère. Comme dans le cas précédent, une ponction fut faite et donna lieu à l'évacuation d'un litre environ de pus mal lié, grumeleux, évidemment tuberculeux. Une injection fut également paratiquée. En moins de trois semaines, l'abcès s'était reproduit.

Une nouvelle ponction, ainsi qu'une autre injection furent dès lors pratiquées. Toutefois, une certaine difficulté se montra pour faire non seulement pénétrer l'injection dans toutes les anfractuosités du kyste, mais surtout pour faire sortir ensuite, par l'ouverture, les grumeaux abondans que renfermait le liquide purulent. On dut introduire de grosses sondes à travers la canule, opérer de véritables lavages, et, à l'aide d'une seringue faisant le vide, extraire les parties solides contenues dans ce kyste. Le liquide injecté, après le détergement du kyste, était composée de parties égales de teinture alcoolique d'iode et d'eau distillée. Cette seconde injection réussit à souhait, et fut suivie de la disparition complète de l'abcès. La guérison date de sept mois. La gibbosité tend à s'effacer de plus en plus. La jeune fille, qui a repris les apparences de la santé, est fraîche et vermeille.

Après ces deux intéressantes communications de M. Boinet, M. Henri LABARRAQUE, procédant par voie d'analogie, demande à notre confrère ce qu'il penserait d'une injection iodée dans un cas de tumeur blanche chez un enfant qu'il soigne en ce moment même, et chez lequel existe, autour de l'articulation du genou, siége de la tumeur, deux collections purulentes, l'une en avant, derrière la rotule qui se trouve soulevée, l'autre en arrière, dans le creux du jarret.

M. BOINET répond à M. Labarraque que, dans le cas d'hydarthrose chronique, il n'hésite pas à injecter de la teinture d'iode dans l'articulation, et, à plus forte raison, dans les articulations où il existe du pus, et autour desquelles s'observent des trajets fistuleux. Il hésite encore moins quand les abcès ont leur siége en dehors de l'article. Chez un horloger, pris d'une hydarthrose chronique du genou, et inutilement traité jusqu'à ce jour par différens chirurgiens, M. Boinet, avant de pratiquer l'injection iodée, proposa au malade de badigeonner préalablement l'articulation à son pourtour avec la teinture d'iode pure. Mais, malgré l'emploi de ce moyen puissant de résolution, un travail inflammatoire s'établit au niveau du condyle interne. Bientôt une collection purulente, avec rougeur de la peau, se montra en ce même point, et finit par s'ouvrir spontanément, en donnant lieu à la sortie d'une matière séro-purulente provenant manifestement de l'articulation. Dans l'espace de cinq semaines, six injections iodées furent pratiquées. Pendant vingt jours, une sécrétion purulente continua de se faire par le trajet fistuleux. Au bout de ce temps, la guérison survint. Le malade a guéri sans ankylose, avec conservation entière des mouvemens naturels du membre; ceux-ci, toutefois, s'accompagnant d'une sorte de crépitation intra-articulaire, résultat de la maladie des cartilages et de l'épaississement de la membrane synoviale.

Dans un autre cas d'hydarthrose, datant de trois ans, dans laquelle un chirurgien distingué des hôpitaux avait regardé les injections iodées comme formellement contre-indiquées, M. Boinet n'en pratiqua pas moins successivement trois injections iodées dans l'article. Aujourd'hui, le malade est guéri, marche, et travaille. Il est resté, comme dans le cas précédent, des bruits de craquemens intérieurs dans l'articulation.

Enfin, chez une jeune fille de 22 ans, connue de MM. Janin et Ameuille, les injections iodées ont amené une amélioration rapide et considérable dans un cas de tumeur blanche du coude droit. Une partie des mouvemens y a déjà été recouvrée, depuis que la malade est en traitement.

M. PERRIN demande à présenter quelques courtes objections à M. Boinet. Notre confrère comprend à merveille l'action curative des injections iodées toutes les fois que le liquide injecté peut toucher et baigner directement les surfaces cariées des os, et surtout des surfaces osseuses cariées superficiellement. Il comprend encore mieux l'oblitération des kystes, des cavités; sous l'influence du travail inflammatoire adhésif que les parois du kyste subissent au contact de l'iode. Mais il ne voit plus aussi bien comment une injection faite dans un abcès par congestion, situé à la partie inférieure et interne de la cuisse, par exemple, pourra pénétrer à travers le trajet fistuleux, souvent d'une énorme longueur, le plus souvent ramifié, étroit, sinueux, qui s'étend de l'abcès à l'os malade, comme, par exemple, à une vertèbre de la région des lombes. On serait tenté de croire que, dans un certain nombre de cas appartenant à cette dernière catégorie, la maladie de l'os était guérie quand l'injection iodée a été employée, et que cette injection n'a réellement contribué qu'à déterminer l'oblitération du foyer purulent.

M. BOINET répond à M. Perrin que, puisque le pus descend de son point d'origine dans le kyste, il ne voit pas pourquoi la teinture d'iode, liquide moins épais que le pus, ne traverserait pas le trajet fistuleux, l'opérateur s'aidant, avant tout, comme il le recommande minutieusement, d'une position déclive convenable donnée au malade, position qui a pour effet d'intervertir l'ordre de superposition de l'abcès relativement à son point d'origine. Au reste, ses expériences sur le cadavre répondent victorieusement aux objections qu'on vient de présenter. Si, en effet, sur un cadavre porteur d'un abcès par congestion suite de carie vertébrale, et vierge de tout traitement, on pratique une injection iodée, après ponction préalable du kyste et évaluation du liquide, on remarque non seulement que la solution iodée baigne toutes les parois du kyste, mais que, en même temps, elle enfile le trajet fistuleux et ses divers sinus, et va atteindre directement la surface cariée de la vertèbre. Ce résultat est facile à obtenir pourvu qu'on ait soin d'agir sur le cadavre comme on doit le faire sur le vivant, c'est-à-dire de manière que le fond du foyer soit en bas. On en aura une preuve certaine, selon M. Boinet, en ce que si, après avoir poussé une injection, on pratique une ouverture à la peau, au niveau de la vertèbre malade, on verra la teinture d'iode s'échapper à travers l'incision opérée.

Dans une des séances qui ont suivi la communication de M. Boinet, quelques membres ont paru peu disposés à accorder aux injections iodées le degré exagéré de confiance que quelques praticiens tendent à leur reconnaître. Ainsi, M. Charrier ne croit la guérison possible que dans un nombre de cas tout à fait restreint et tout à fait exceptionnel. Il a vu, dernièrement encore, l'injection échouer dans un cas de carie des côtes, et dans un cas de fistule à l'anus, où pourtant on a assuré, dans ces derniers temps, qu'elle réussissait également bien. Le malade a dû être opéré de sa fistule, et l'opération la guérit. La fistule était complète.

M. Ferdinand MARTIN cite plusieurs faits où, sans le secours des injections iodées, la position horizontale, combinée avec une extension légère et continue de l'épine, a suffi pour amener la guérison spontanée des gibbosités considérables, et accompagnées de carie vertébrale avec abcès par congestion.

M. Aug. MERCIER affirme que, pour quiconque s'est sérieusement livré à l'étude de l'anatomie pathologique, et spécialement à l'examen des désordres si profonds, des altérations si graves qui accompagnent les gibbosités vertébrales, suite de carie, il est parfaitement impossible d'admettre que, en quelques semaines, trois ou quatre injections iodées puissent remédier à de pareils accidens. Les caries vertébrales s'accompagnent presque toujours de la nécrose de la portion centrale du corps de la vertèbre, et l'on ne comprend pas ce que peut faire là une injection iodée, tant que cette portion d'os nécrosée n'aura pas été éliminée. Pour qu'une semblable élimination se fasse, pour que les déperditions osseuses qui en sont la suite se réparent, il faut évidemment d'autres conditions de durée que quelques semaines seulement, et, de la part de l'art, d'autres efforts de curation que quelques injections iodées. Dans les cas heureux rapportés par M. Boinet, il est donc plus ration-

nel de supposer qu'il n'a eu affaire qu'à des caries superficielles, ou à des altérations osseuses en pleine voie de cicatrisation.

Cette discussion étant épuisée, M. HOMOLLE rend un compte verbal d'une brochure adressée à la Société, il y a quelques semaines, par M. Plouviez, de Lille, l'un de ses membres correspondans, et intitulée : *Causeries sur la thérapeutique*. Après avoir rendu hommage au mérite de ce travail, travail qui dénote chez l'auteur toutes les qualités du bon observateur et du médecin instruit, M. le rapporteur propose d'adresser à M. le docteur Plouviez, de Lille, des remercîmens pour son intéressant envoi, et de déposer honorablement sa brochure dans les archives. La Société adopte ces conclusions.

A l'occasion du traitement du croup, question que M. Plouviez, d'après le rapporteur, discute dans un passage de son travail, M. PERRIN demande à dire deux mots de la nouvelle méthode par les alcalins proposée récemment par M. Marchal (de Calvi), dans l'angine couenneuse. Sans vouloir discuter d'avance les considérations théoriques qui plaident en faveur de cette médication, M. Perrin ne doute pas qu'elle n'ait dû avoir déjà été essayée par bon nombre de médecins dans leur pratique privée, et cela, longtemps avant M. Marchal. Pour son compte, M. Perrin a essayé le bicarbonate de soude dans un cas de croup, il y a quatre ans, chez un garçon de 7 ans, et que ni le bicarbonate de soude ni la trachéotomie n'ont pu sauver. Il est à peu près impossible, d'ailleurs, de faire avaler ce sel en quantité suffisante, et assez longtemps aux malades, et surtout aux enfans, si habituellement indociles. En présence de cette difficulté, M. Perrin, dans un autre cas, a substitué au bicarbonate de soude l'eau de Vichy naturelle à hautes doses. Ainsi, il faut bien le savoir, l'idée de combattre par les alcalins, par des fluidifians, la crase particulière du sang sous l'influence de laquelle il se fait des transsudations plastiques à la surface des muqueuses, paraît tellement naturelle, qu'elle est venue certainement à l'esprit d'une foule de médecins, à l'insu les uns des autres. Aussi ne doit-on pas s'étonner si déjà de nombreuses réclamations de priorité s'élèvent de tous côtés.

M. HOMOLLE dit que le fait principal qui a servi à M. Marchal, à étayer sa nouvelle méthode, n'est pas très concluant, attendu qu'il ne s'agissait que d'une angine scarlatineuse, c'est-à-dire d'une angine dans laquelle la diphthérite qui survient quelquefois est de nature molle, pulpeuse, et sans tendance à l'envahissement du larynx. Quant au croup traité par le sel alcalin, il ne voit pas trop l'efficacité d'un remède semblable, si on se rappelle que le médecin, dans le plus grand nombre des cas, n'intervient que quand déjà la fausse membrane est formée, et tapisse le larynx. Les alcalins pourraient tout au plus prévenir de nouvelles exsudations plastiques, mais, à coup sûr, ils sont incapables d'agir utilement sur celles qui existent déjà.

Plusieurs membres citent quelques cas d'angine couenneuse observés par eux tout récemment.

M. AMEUILLE raconte l'histoire d'une petite fille qui, après lui avoir offert les symptômes d'une légère angine bornée à un peu de rougeur de la muqueuse, lui présenta des traces de diphthérite vulvaire. Quelques cautérisations légères suffirent, au reste, pour faire disparaître cette exsudation. Mais ce fait est curieux en ce qu'il démontre le caractère évidemment général de la diphthérite, comme maladie.

M. H. LABARRAQUE rappelle, à son tour, l'histoire d'une diphthérite observée par lui au sein d'une famille entière. La mère, après avoir offert quelques symptômes de courbature générale, avec légère douleur du côté de la gorge, sans exsudations plastiques dans cette région, se plaignit, au bout de quelques jours, de douleur vers les organes génitaux. L'examen fit découvrir une diphthérite extrêmement intense de la vulve et de tout le vagin. Une épaisse et unique membrane tapissait complétement la muqueuse vulvo-vaginale. A la suite de quelques injections astringentes et détersives, une amélioration locale ne tarda pas à survenir et en moins de dix jours, la malade était hors d'affaire, sans que, au reste, l'état général ait jamais rien eu de sérieux.

A quelques jours de là, la petite fille de cette dame se trouvant indisposée, petite fille âgée de 5 ans, sa mère la mit coucher à côté d'elle. Deux jours après, une angine couenneuse des plus graves conduisait cette enfant à deux doigts de sa perte. Les pseudo-membranes cédèrent pourtant à une énergique cautérisation avec une solution concentrée de nitrate d'argent, et la guérison se fit peu à peu. Un autre enfant, un petit garçon, fut bientôt pris à son tour, et guérit également de sa diphthérite, à l'aide d'un traitement approprié, et précédé d'une légère cautérisation. Ces faits de M. H. Labarraque sont donc curieux à ce titre qu'une diphthérite vulvo-vaginale, observée chez la mère, s'est manifestement communiquée à ses deux enfans, sous forme d'angine couenneuse. Ils demontrent, comme celui de M. Ameuille, rapporté plus haut, le caractère holopathique de la diphthérite.

M. le docteur COMPÉRAT demande à M. LABARRAQUE si les deux petits malades atteints d'angine couenneuse qu'il a observés, offraient autour du cou une tuméfaction marquée des ganglions lymphatiques de cette région.

M. LABARRAQUE déclare qu'il n'a pas noté cette circonstance.

M. COMPÉRAT fait cette question parce que, selon M. Blache, tout malade pris d'angine couenneuse, qui offre ce gonflement, est voué à un danger certain, sinon à une mort assurée. Ce développement marqué des ganglions cervicaux est, pour M. Blache, l'indice d'une intoxication de l'organisme poussée à l'extrême, et, par conséquent, le signe d'une issue trop souvent funeste. M. Compérat ajoute que, cette semaine même, et dans sa propre famille, il a été témoin de la vérité de l'assertion de M. Blache. Un petit garçon, bien portant la veille, fut pris le dimanche soir, à son retour de la campagne, de fièvre et d'agitation pendant la nuit. Le lundi matin, M. Compérat fut appelé. L'enfant se plaignait du cou. Un léger gonflement, en effet, existait de chaque côté des mâchoires, et occasionnait de la douleur à la pression. Ce gonflement était le résultat de la tuméfaction en ce point des ganglions lymphatiques. Les amygdales, mises à découvert, parurent un peu plus volumineuses et un peu plus rouges que dans l'état ordinaire, mais sans offrir à leur surface l'existence d'aucun point diphthéritique. Cependant, le lendemain mardi, on pouvait découvrir deux petites plaques couenneuses sur le voile du palais, tout près de ses piliers, derrière lesquels elles semblaient comme s'enfoncer. M. Compérat se mit aussitôt en devoir de les cautériser à l'aide d'une solution au quart de nitrate d'argent cristallisé, solution qui, huit jours auparavant, avait servi à la mère du petit malade, prise elle-même, à cette époque, de diphthérite angineuse. Malgré de nouvelles cautérisations pratiquées le mercredi et le jeudi, la diphthérite continua de se reproduire. L'état général surtout continua d'aller en s'aggravant, et, malgré les médications les plus énergiques employées, l'enfant a succombé le huitième jour. Le larynx n'a jamais subi la moindre atteinte dans tout le cours de la maladie. Ajoutons que le bicarbonate de soude, que l'on fit prendre par paquets de 80 centigrammes toutes les demi-heures, puis bientôt comme l'on put, vu l'indocilité de l'enfant, en le mélangeant à toutes ses boissons, fut également impuissant à enrayer la marche de la maladie.

Disons encore que, dans les derniers jours, les cautérisations à l'aide d'une solution de nitrate d'argent, furent remplacées par des insufflations consistant dans un mélange de nitrate d'argent cristallisé et de poudre de charbon. Quatre insufflations semblables eurent lieu dans l'espace de soixante heures environ, mais sans le moindre succès. M. Compérat dit que ces insufflations, présentées par un médecin consultant comme d'une efficacité merveilleuse et presque assurée dans la diphthérite, n'ont rien de nouveau, et qu'il a eu l'occasion de les employer lui-même et d'en signaler les bons effets dans certaines ophthalmies graves de nature blennorrhéique. Ces insufflations étaient conseillées par Caron du Villards, son maître.

M. AMEUILLE cite, enfin, le cas d'une femme qu'il a soignée dernièrement à Montmartre, pour une angine couenneuse d'une gravité extrême. Cette observation démontre, contre l'opinion singulièrement erronée de M. Marchal, les bons effets de la cautérisation. Chez le malade de M. Ameuille, l'état local comme l'état général étaient des plus graves. Tout chez cette femme, âgée de 40 ans, probablement tuberculeuse, de constitution cachectique, faisait craindre une mort prochaine. Le pouls était misérable, fréquent, filiforme. De larges et épaisses pseudo-membranes tapissaient les amygdales, le voile du palais, ses piliers et tout l'arrière-gorge. Cependant M. Ameuille, s'armant aussitôt d'un lingot de nitrate d'argent, se mit en devoir de badigeonner, avec une hardiesse extrême, toutes les parties recouvertes de diphthérite. Dans la même séance, il put arriver à faire détacher des fragmens de membrane qui laissaient au-dessous la muqueuse à nu, muqueuse qui était rouge, saignante, et parsemée de petites granulations miliaires blanchâtres. Cette muqueuse fut elle-même cautérisée à son tour. Le soir, une nouvelle et semblable cautérisation eut encore lieu, ainsi que le lendemain et le surlendemain. Qu'arriva t-il? C'est que, sous l'influence de cette médication locale énergique, aidée de gargarismes au quinquina camphrés, et additionnés de suc de citron; et à l'intérieur, de l'ingestion d'une limonade vineuse, une amélioration progressive ne tarda pas à se faire sentir tant du côté de la gorge que dans l'état général de la malade, et, contre toute attente, à amener la guérison du sujet.

A peine hors de danger, et convalescente, cette femme fut obligée de donner ses soins à un petit garçon qui, après quelques jours de malaise prodromique, fut pris de scarlatine. L'angine coexistante n'offrit heureusement aucun caractère diphthéritique : ce qui surprit agréablement notre confrère.

Après ces diverses et intéressantes communications sur la diphthérite, M. le docteur DREYFUS, passant à un autre sujet, s'élève en quelques mots contre une opinion émise récemment, et relative aux propriétés anti-cholériques de la fumée. Notre confrère rappelle qu'il existe des villages entiers, en Russie, dont les maisons, à ouvertures basses et étroites, sont entièrement dépourvues de cheminées, et dans lesquelles la fumée, faute d'issue, séjourne constamment, d'un bout de l'hiver à l'autre, à la hauteur des plafonds. Or, c'est précisément dans ces villages, et dans ces mêmes maisons où l'on ne peut pénétrer ni séjourner sans être pris d'un larmoiement extrêmement fatigant, que M. Dreyfus a été envoyé par le gouvernement russe pour y donner des soins aux habitans atteints du choléra.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

PRESSE MÉDICALE.

ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE CONTRE LES HÉMORRHAGIES; par le docteur ABT, à Eschach. — Les résultats sont moins satisfaisans dans les métrorrhagies; l'essence paraît indiquée principalement contre les hémorrhagies constitutionnelles, provenant d'une mauvaise crase sanguine. C'est ainsi que l'auteur rapporte deux cas de purpura hémorrhagique, où les malades étaient à deux doigts de la mort, par suite de pertes de sang ayant résisté à tous les traitemens; l'essence de térébenthine fut donnée à la fin, à la dose de 20 à 30 gouttes toutes les trois heures; dès la troisième dose les hémorrhagies diminuèrent, et avaient cessé au bout de un à deux jours. Les pétéchies elles-mêmes disparurent en quelques jours. Un troisième cas se rapporte à une hémophilie; un garçon de 9 ans saignait des journées entières par la moindre blessure; ni les parens ni les frères et sœurs ne présentaient cette disposition. Il se fit une incision superficielle dans un doigt; le sang ne put être arrêté pendant 6 jours. On l'amena alors tout exsangue au docteur Abt qui cautérisa d'abord la plaie avec le fer rouge; l'hémorrhagie s'arrêta un demi-jour et revint ensuite. Elle fut rapidement et solidement supprimée par l'application interne et externe de l'essence de térébenthine. — (*Med. correspond. blatt. d. Würtemb. aerzte. ver.*, 1855, n° 16.)

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on préconise la térébenthine contre les hémorrhagies, mais cette pratique n'a pas été généralement adoptée. D'un côté elle n'est pas assez connue; d'un autre côté elle n'a pas toujours répondu à l'attente qu'on s'en était faite. C'est que cet agent n'est indiqué que dans certaines formes de la maladie et le docteur Abt nous paraît spécifier celles qui en sont justiciables. Rappelons encore que la potion de Chopart a guéri des hémoptisies. Il ne faut donc pas perdre de vue que nous possédons dans l'essence de térébenthine un médicament qui pourra nous rendre de grands services.

DE L'EMPLOI DE LA PHOTOGRAPHIE EN MÉDECINE; par le docteur BEREND, à Berlin. — Tout le monde est persuadé de l'importance de la reproduction d'états pathologiques, mais tout le monde connaît aussi les difficultés qui hérissent cette entreprise par le dessin et la peinture. Il faut avoir sous la main, à moins de l'être soi-même, ce qui est rare, un artiste non seulement de mérite, mais qui, de plus, ait fait des études spéciales dans cette direction; or, ces conditions ne se rencontrent pas très fréquemment. Le docteur Berend, directeur d'un institut orthopédique, fut consulté un jour par écrit, pour une scoliose, on avait envoyé, à cet effet, une épreuve photographique, assez mal faite du reste, mais qui, à la simple vue, en disait bien plus que la description la plus détaillée. Depuis ce temps, il s'est servi toujours de ce moyen pour obtenir des dessins exacts et il fait seulement deux recommandations : la première de donner au malade la position la plus convenable pour que l'objet à reproduire soit convenablement éclairé, la seconde de ne permettre d'y retoucher que ce qui est nécessaire et rien de plus. Le rédacteur du journal ajoute en note qu'à Vienne ce moyen est employé depuis longtemps dans l'Institut orthopédique des docteurs Lorinser et Fürstenberg. — (*Wiener med. Wochenschr*, 1855, n° 19.)

COURRIER.

Le banquet annuel de l'UNION MÉDICALE aura lieu le mardi, 24 juillet prochain, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

On souscrit aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

La souscription sera close le 23 juillet, à 4 heures du soir.

Ceux de nos confrères des départemens qui désirent assister à cette réunion confraternelle sont priés d'en prévenir M. le Gérant du journal.

SOMNAMBULISME NATUREL. — M. le docteur Gaussail a communiqué à l'Académie des sciences, inscriptions et belles lettres de Toulouse quelques détails sur un cas de *somnambulisme naturel*.

Il s'agit d'une jeune personne de 24 ans, qui, à la suite de causes éminemment perturbatrices des fonctions nerveuses, a éprouvé divers accidens morbides, parmi lesquels ont longtemps dominé ceux qui constituent l'*hystérie*, et qui, depuis trois ou quatre ans, sont venus aboutir au *somnambulisme*, sans toutefois abandonner leurs formes initiales.

En effet, d'après les renseignemens fournis par M. Jules Naudin, médecin ordinaire de la malade, et ainsi que M. Gaussail a pu s'en convaincre lui-même au début de chaque crise somnambulique, on observe une distorsion et une secousse convulsive des muscles de la face, une raideur tétanique des membres, une agitation et une irrégularité extrême des battemens du cœur, des convulsions tellement énergiques de l'organe utérin que la main fortement appliquée sur la région hypogastrique est impuissante à les modérer : après une durée plus ou moins prolongée de ces phénomènes, le calme arrive avec le sommeil morbide.

Ce qui frappe tout d'abord l'attention dans ce nouvel état, est une animation particulière; on pourrait même dire une sorte d'embellissement des traits de la face; la malade s'exprime aussi avec un timbre de voix plus élevé et un accent plus pur, des expressions plus correctes et mieux choisies que dans l'état de veille. Ces particularités, dit M. Gaussail, s'observent également dans le somnambulisme artificiel. Une autre circonstance bien digne de remarque, c'est l'étendue et la précision de la mémoire. Ainsi, à plusieurs reprises, M. Naudin a pu obtenir de la malade endormie des détails qu'elle ne pouvait lui fournir éveillée sur les noms, les combinaisons et les doses des nombreux médicamens qui lui ont été administrés dans les divers traitemens prescrits par plusieurs médecins.

Pendant ses crises, la malade n'éprouve ni souffrance ni malaise. Elle lit, elle brode, elle coud surtout avec une étonnante rapidité; il est vrai que ses yeux ne sont jamais complétement fermés par les paupières; elle prédit, avec assez de précision, soit la durée de la crise présente, soit l'invasion de la crise prochaine, et indique ce qu'elle fera pendant le temps que durera cet état. La durée de ces crises n'a rien de fixe; elles persistent souvent pendant deux, trois et quatre heures, quelquefois pendant un jour. La malade n'en conserve aucun souvenir, et elles ont été pour elle comme un espace de temps retranché de son existence.

Plusieurs fois, au commencement des crises, il s'est manifesté une flexion convulsive de la jambe gauche portée à ce point que la face postérieure de cette portion du membre, y compris le talon et la plante du pied, étaient comme collés à la face postérieure de la cuisse et de la région fessière. La force avec laquelle se produit cette contraction est telle que deux fois l'une des planchettes d'un appareil destiné à maintenir la jambe graduellement amenée dans l'extension, a été rompue; l'épaisseur de cette planche est cependant d'environ 25 millimètres.

En résumé, dit M. Gaussail, abstraction faite de détails fournis par les parens de la malade et qui tiennent par trop du merveilleux, ce que nous avons constaté avec plusieurs confrères, parmi lesquels se trouvait M. Marchant, suffit pour établir qu'il s'agit d'un cas peu ordinaire et extrêmement intéressant. En effet, il résume presque à lui seul l'ensemble des névroses, et il semble donner un démenti à certaines données généralement acceptées de la science physiologique, en ce sens surtout qu'il confirme la valeur de cet élément du diagnostic négatif dans les affections nerveuses, signalé par M. Cerise, et dont, il y a deux ans, j'ai entretenu l'Académie, savoir : l'*immunité des fonctions nutritives et assimilatrices* au milieu des perturbations fonctionnelles, les plus profondes et les plus variées, puisqu'il est bien avéré que le degré d'embonpoint que conserve la malade depuis cinq ans n'est nullement en rapport avec la petite quantité d'alimens qu'elle ingère. J'ajoute que des bains presque froids et prolongés pendant trois et quatre heures paraissent avoir un peu modifié l'état morbide de cette jeune personne.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 83. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 14 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An..............	32 Fr
6 Mois..........	17
3 Mois..........	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

DU DROIT DE RÉQUISITION JUDICIAIRE ; — ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION.

(Voir le numéro du 30 Juin 1855.)

Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE n'ont peut-être pas oublié la discussion qui eut lieu, l'an dernier, dans ses colonnes, entre M. le professeur Sanderet, de Besançon, et moi, sur la question du droit de réquisition (n°s 114 et 120, 1854). Hésitant, incertain, préoccupé de l'application possible de l'article 475, n° 12 du Code pénal, de la loi de 1822, de la loi plus ancienne et non abrogée de 1790 ; corroboré dans mes appréhensions par l'opinion formelle et si autorisée de M. Trébuchet en faveur du droit de réquisition, je traduisis mes incertitudes et mes craintes dans une réponse à une demande d'avis qui m'avait été adressée sur ce sujet. Je déclarai que, dans certains cas spécifiés, comme, par exemple, dans un cas d'épidémie — et c'était le cas pour lequel j'étais consulté — il me semblait que l'autorité administrative avait le droit de requérir le médecin et de l'envoyer sur le théâtre de l'épidémie, et que le médecin, en refusant d'obtempérer à cette réquisition, pouvait encourir des poursuites et l'application de l'art. 475 du Code pénal.

M. Sanderet combattit mon opinion et les motifs sur lesquels je l'appuyais, avec un talent, une raison, une puissance de logique auxquels je fus heureux de rendre hommage. M. Sanderet me convainquit, et sans fausse honte je fis l'aveu public de ma conversion à ses idées.

Plus j'ai réfléchi depuis sur cette question, plus ma foi en l'opinion de M. Sanderet s'est fortifiée dans mon esprit. Est survenue l'affaire du docteur Eyriaud, qui a donné lieu à la savante consultation de Me Béchard et à l'arrêt de la Cour de cassation, l'une et l'autre reproduites dans notre numéro du 30 juin dernier ; et très certainement aucun doute, s'il en existait encore, n'a plus sa raison d'être. Droits et devoir du médecin paraissent aujourd'hui nettement fixés par la jurisprudence de la Cour suprême.

Les droits du médecin sont fondés sur la nature même de sa profession ; profession absolument libre, dont l'exercice, complétement indépendant, spontané, volontaire, ne peut obéir qu'aux déterminations de l'esprit et à l'impulsion de la conscience.

Le médecin est libre d'exercer son art quand et où cela lui convient, envers qui cela lui plaît, dans les limites dont il est seul juge et sous la seule responsabilité de sa conscience et de la morale générale.

Tel est le principe suprême auquel il faut se rallier, qu'il faut défendre, si jamais il est attaqué, et à la propagation duquel nous devons tous concourir dans la sphère de notre influence et de notre action.

Tel est le droit strict et rigoureux du médecin, droit contre lequel on ne peut invoquer que des arguties, droit que la jurisprudence même consacre, qu'il ne faudrait pas abandonner, alors même que la jurisprudence lui serait contraire, car, selon la grande pensée de Bossuet, il n'y a pas de droit contre le droit.

La liberté professionnelle fait la grandeur, j'oserais même dire la sublimité du rôle du médecin. Le dévouement, le zèle, la charité, le courage, sont des vertus sublimes quand elles sont libres, spontanées et volontaires. Enlevez-leur ce caractère, ce ne sont que des qualités négatives, des devoirs légaux, qui ne commandent ni sympathie ni estime. Ce qui fait la vertu d'un acte, c'est le sacrifice, et le sacrifice est admirable quand il est libre.

Tel est précisément le caractère professionnel du médecin. Pouvant ne faire que ce qu'il veut faire, tous ses actes empruntent à sa liberté un reflet de dignité qui fait leur valeur et leur force.

Le médecin est-il appelé à expertiser en justice? Comme il peut refuser cette mission, excepté pour les cas de flagrant délit, quand il l'accepte, ses rapports prennent d'abord l'autorité que lui donnent sa science et son talent, inspirent ensuite la confiance que mérite le témoignage d'un homme libre.

Le médecin est-il appelé à porter les secours de son art dans les cas d'épidémie? Libre de les refuser, son concours, quand il le donne, prend le mérite du dévouement et du sacrifice.

Pendant la nuit, vient-on frapper à sa porte? Libre de la laisser fermée, s'il l'ouvre, c'est pour obéir à un devoir de conscience et non à une obligation écrite.

Vient-on lui demander de délivrer une femme en mal d'enfant, de secourir un blessé? S'il accourt, il cède à l'impulsion d'un devoir humain à remplir et non pour satisfaire à une prescription légale.

Tel est le droit. Ne craignons pas de le proclamer, aucun intérêt humain ni social n'est en danger. C'est par pudeur pour la noble profession médicale que la loi n'a prescrit aucun devoir au médecin. Elle a cru que la loi de la morale universelle lui suffisait, et l'histoire de notre profession témoigne si la confiance du législateur fut bien placée. A peine pourrait-on signaler quelques rares défaillances au milieu d'un admirable et constant élan de générosité médicale. Et ces défaillances, l'application de la loi les préviendrait-elle? Non sans doute, car que ferait l'infliction de quelques francs d'amende à celui qui brave le sentiment public et le cri de la conscience?

Tel est donc le droit absolu; mais nos confrères savent, et pas n'est besoin de leur rappeler, que le *summum jus* est souvent *summa injuria*. Aussi ce droit ne l'invoquons-nous qu'à seul titre de principe, et non comme règle d'application. Ce n'est pas une arme offensive, mais seulement défensive contre certains abus possibles, contre l'intempérance quelquefois inintelligente de quelques agens placés dans les bas-fonds de l'autorité publique.

Et pour qu'aucun doute à cet égard ne puisse subsister dans l'esprit de personne, je reproduis ici quelques passages de la lettre remarquable de M. Sanderet, dans lesquels se trouvent exposés, mieux que je ne l'avais fait certainement, mes sentimens et mes idées sur ce point délicat de déontologie médicale :

« . . . . . Lorsque, vous maintenant dans les régions élevées des principes, vous établissez qu'en cas de désastres et de calamités publiques, la société a un droit absolu, discrétionnaire sur ses membres; qu'elle peut faire peser avec justice, sur chacun d'eux, les nécessités qui la pressent, je m'incline devant cette loi d'urgence et j'en accepte les charges. Mais qu'alors il soit bien entendu qu'en vertu même de l'axiome que vous m'opposez : *salus populi, suprema lex*, l'Autorité qu'obligent des circonstances extraordinaires se met momentanément au-dessus de la loi. Posée en ces termes, la question n'a plus rien qui m'effraie; la loi du salut public concilie, en les absorbant, mes intérêts et ceux de tous, et je me trouve suffisamment garanti contre l'abus par l'exceptionnalité du besoin qui m'atteint. Requis alors au nom d'un principe de morale universelle, j'agis dans les conditions et la mesure de mes devoirs humains. . . . .

» Avec vous, Monsieur, je reconnais à la société le droit de s'emparer de nous dans des circonstances exceptionnelles, à la condition que ce droit sera celui d'un despotisme salutaire où le besoin pressant affranchit l'Autorité des règles en même temps qu'il marque, en traits lumineux, le devoir de chacun. Ce n'est plus alors au nom d'un article de la loi, c'est au nom de la morale universelle que l'une exige et que l'autre consent; le droit suprême, spéculatif, ne peut être applicable que dans des cas très réservés, et me protége, par son énormité même, contre l'abus.

. . . .

» Sans doute, je ne suis pas sans appréhension sur ce que le mauvais vouloir pourrait conclure de mon argumentation. N'y trouvera-t-on pas des moyens pour s'affranchir du devoir? Cela peut arriver, en effet. Mais toute loi morale a sa sanction comme les lois humaines; celle qui oblige le médecin trouve sa pénalité dans l'opinion publique. Celui de nous qui faillira à sa tâche trouvera sûrement le châtiment de sa faute. Tant pis pour la société si elle ne sait pas être honnête et juste, si elle ne marque pas, d'un signe ineffaçable, ce qui sépare celui qui accomplit son devoir avec conscience et dévouement de celui qui manque à tous ceux de l'homme et du médecin. »

Je ne peux que m'associer de tout cœur, comme je l'ai déjà fait, à ces belles pensées traduites en un si beau langage. Inutile il serait donc, et d'ailleurs, impossible de formuler plus nettement les droits et les devoirs du médecin en matière de réquisition. Amédée LATOUR.

—

Voici une lettre qui vient corroborer, par un exemple, les réflexions précédentes. On y verra comment l'administration municipale d'une ville assez importante a compris le droit de réquisition, et quelle récompense elle a voulu accorder au médecin qui a obtempéré à son *invitation* :

Bar-le-Duc, le 12 Juin 1855.

Très honoré confrère,

Lorsque, dans les premiers jours du mois d'août dernier, je vous demandais votre avis sur la question du droit de réquisition par l'autorité, en cas d'épidémie, je me doutais un peu de ce qui devait arriver, dans notre localité, aux médecins chargés d'un service *forcé* près des indigens atteints du choléra. La question a été longuement débattue dans votre estimable journal, dans la *Gazette hebdomadaire*, dans le journal du docteur Caffe, etc., sans que, pour cela, nous nous soyons trouvés beaucoup plus avancés qu'auparavant. Les uns disaient : il faut obéir ; les autres affirmaient que l'autorité n'avait pas le droit de nous enlever à notre clientèle. Dans cette perplexité, j'ai cru devoir me rendre aux ordres qui m'étaient imposés : j'ai abandonné mes cliens, j'ai passé mes journées, mes nuits, loin de mon domicile ; j'ai été forcé de refuser mes soins aux malades des campagnes environnantes, qui, tous les jours, venaient me prier d'aller les soigner ; bref, j'ai perdu toute ma clientèle pendant le mois d'août, sans parler des dangers, des fatigues auxquelles me condamnait ce service si pénible.

Je pensais que, chez nous, comme partout ailleurs, il nous serait au moins accordé une indemnité pour tout le dommage qu'on nous a fait subir ; après avoir attendu jusqu'à présent, je me suis décidé à écrire à M. le maire, lui demandant quelles étaient les intentions de la ville à ce sujet.

Ma lettre est restée sans réponse ; seulement, on m'a fait dire d'envoyer mon mémoire, afin de le soumettre au conseil municipal. Je me suis empressé d'adresser ce susdit mémoire, basé sur les chiffres convenus, en 1849, lors de l'épidémie de choléra, entre M. le maire de Bar et les médecins de la localité, c'est-à-dire 25 fr. par jour et 40 fr. par nuit : soit trente jours à 25 fr., quatre nuits à 40 ; total 910 fr.

Voici maintenant ce qui est arrivé, et, il faut bien le dire, ce à quoi je m'attendais lorsque je vous ai écrit ma première lettre. Le conseil municipal, après avoir pris connaissance de ma réclamation, ainsi que de celle d'un confrère se trouvant dans la même position, a ainsi conclu dans la séance du 9 mai 1855 : « Le conseil municipal, après avoir pris connaissance des lettres de MM. les médecins, sans reconnaître qu'il soit tenu de payer une rétribution pour le service que les docteurs sus-nommés *auraient* fait, accorde à chacun d'eux 200 fr. à titre d'indemnité. »

Voici maintenant le texte de la réquisition de M. le maire :

« Conformément aux dispositions des lois des 16, 24 août 1790, 3 mars 1822, et de la décision du conseil d'hygiène, en date d'hier (1er août 1854), je vous *invite* à prendre les mesures nécessaires pour assurer, en ce qui vous concerne, les prescriptions de mon arrêté. »

Voici pour le service de nuit :

« Conformément aux dispositions de mon arrêté du 2 de ce mois (août 1854) sur la police sanitaire, j'ai l'honneur de vous prévenir que vous serez de service cette nuit, de dix heures du soir à cinq heures du matin, à l'Hôtel-Ville, où sera établi un poste de secours.

» Veuillez, Monsieur, ne pas y manquer. »

Il me semble que la réquisition est formelle ; du reste, je crois savoir que, dans le cas où j'aurais refusé ce service, j'aurais été traduit immédiatement pardevant les tribunaux, et condamné *sûrement*, malgré toutes les bonnes raisons qui ont été développées dans votre journal, et presque toute la presse médicale, par des hommes plus compétens que moi sur cette matière.

Maintenant que dois-je faire ? J'ai demandé à M. le préfet l'autorisation de poursuivre la ville, car vous devez bien comprendre que je dois faire tous mes efforts pour empêcher, qu'à chaque épidémie, l'autorité ait le droit de me prendre un ou plusieurs mois de mon travail, lorsque déjà je me trouve assujetti à une patente passablement lourde. Si le Tribunal, qui juge en dernier ressort pour toute somme au-dessous de 1,500 francs, refuse de faire droit à ma demande, aurai-je un recours quelconque ?

Il me semble que cette question, qui intéresse tout le corps médical, est assez grave pour être étudiée sérieusement, et soumise aux hommes de loi. L'UNION MÉDICALE a un conseil judiciaire, je vous serai très obligé, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien la lui soumettre, et me dire quelle conduite je dois tenir en cette circonstance.

Agréez, etc. Dr L. ANDREUX.

Notre honorable correspondant a confondu, sans doute, l'UNION MÉDICALE et l'ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE. C'est cette dernière institution qui a un *Conseil judiciaire*. Peut-être que la publicité que nous donnons à la lettre de notre confrère de

Bar-le-Duc, engagera l'Association à consulter son savant avocat et à employer son influence dans une cause si légitime et qui intéresse toute la profession.

Pour mon compte, je n'hésite pas à conseiller à M. le docteur Andreux de poursuivre son affaire avec toute l'énergie possible. S'il est condamné devant les premiers juges, il peut avoir recours à la Cour de cassation. Disposer de nos personnes, de notre temps, de notre science et de notre dévouement, est un droit contestable, et l'on vient de voir jusqu'à quel point il est contesté. Mais, au médecin qui y obtempère refuser une juste rémunération ou ne lui en accorder qu'une dérisoire, voilà ce que la justice de la Cour de cassation ne pourra certainement pas reconnaître et sanctionner par un arrêt.

Amédée Latour.

CLINIQUE DE LA VILLE.

FIÈVRE INTERMITTENTE PARTIELLE.

La malade qui a été l'objet de notre observation est une femme de 24 ans, célibataire, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Chez elle, la menstruation a toujours été régulière, mais peu abondante ; depuis trois ans qu'elle est arrivée à Paris, l'écoulement des menstrues est moins abondant encore, et son apparition est précédée et suivie, pendant plusieurs jours, de maux de tête et de douleurs de reins.

Il y a deux mois, elle sentit son appétit diminuer ; et, depuis ce temps, voici les phénomènes qu'elle a présentés chaque jour d'une manière invariable. Dans la journée, elle ressent quelques frissons ; la température générale du corps est normale, mais les mains sont froides et moites. A six heures du soir, la chaleur du corps augmente légèrement, la face s'anime, le pouls s'élève de cinq à dix pulsations ; mais ce qui attire sur-le-champ l'attention, c'est l'état des mains. Celles-ci deviennent le siége d'une chaleur très intense ; elles se gonflent jusqu'au-dessus des poignets, et prennent une couleur violacée. La malade porte au doigt un anneau d'or que l'on retire avec une extrême facilité pendant la journée ; mais, à l'heure de l'accès, l'intumescence des mains devient tellement prononcée, que la peau forme un bourrelet en avant et en arrière de cette bague, et qu'il est complétement impossible de l'ôter. En même temps, elle éprouve dans les doigts une sorte de raideur qui l'empêche de tenir une aiguille, et la face dorsale des quatre derniers, surtout de l'index, devient le siége de picotemens fort désagréables. Enfin, quelques minutes après l'apparition des phénomènes précédens, on voit sourdre sur toute la surface des deux mains, jusqu'au-dessus des poignets, une sueur tellement abondante, que la malade, qui est modiste, est obligée de cesser à l'instant toute espèce de travail, sous peine de mouiller et de salir les tissus qu'elle emploie. Ces phénomènes persistent avec une égale intensité pendant deux heures, et, à huit heures du soir environ, ils disparaissent dans l'ordre suivant : les picotemens, la sueur, la chaleur, la rougeur, l'intumescence. Nous regrettons d'avoir songé trop tard à mesurer par la plessimétrie le volume de la rate : il serait curieux de savoir si cet organe est influencé par une affection intermittente aussi restreinte.

Consulté après deux mois de maladie, voici le traitement que nous avons prescrit : le premier jour, un gramme d'ipécacuanha ; les jours suivans, un gramme de sulfate de quinine dans une infusion de café, que la malade prenait en se levant, à six heures du matin.

Le premier jour, jour du vomitif, l'accès eut lieu avec une intensité beaucoup plus grande que les jours précédens, mais il eut moins de durée, cinq quarts d'heure environ ; le deuxième jour, l'accès dura deux heures comme par le passé, mais il fut moins intense ; le troisième jour, l'accès fut plus faible encore que le jour précédent ; le quatrième jour, il n'eut pas lieu. La malade prit encore le sulfate de quinine pendant quatre jours pour consolider la guérison, et l'accès n'a plus reparu.

Bourcier du Meux.

L'observation ci-dessus, dont nous n'avons pas cru devoir changer le titre, quoiqu'il donne une idée incomplète du fait, présente une de ces anomalies de la circulation et de la sensibilité, comme il n'est pas rare d'en rencontrer chez les sujets chloro-anémiques. Une femme, habituellement peu menstruée, chez qui les dernières époques ont encore été signalées par une diminution de l'écoulement sanguin périodique, menant habituellement une vie assez sédentaire, ce qui ne fait qu'aggraver son état, est prise d'engourdissement dans les doigts ; cet engourdissement est accompagné de cyanose, de gonflement, de picotemens douloureux ; puis, au bout de quelque temps, les phénomènes morbides locaux se dissipent, et une sorte de sueur critique précède le retour de toutes les fonctions à l'état normal.

Tout cela se rencontre assez souvent chez les femmes chloro-anémiques et nerveuses, pour que j'en aie vu plusieurs exemples. Même dans quelques cas, les choses vont plus loin. La rougeur, le gonflement, ou plutôt la tension dans les doigts, la raideur, vont jusqu'à rendre tout mouvement impossible. Les picotemens sont remplacés quelquefois par des sensations si vives et si douloureuses, que l'on n'y peut pas méconnaître la nature névralgique du mal. J'ai observé ainsi des crises assez violentes pour arracher incessamment des cris aux malades, et j'ai vu survenir, par la violence de la douleur, des attaques convulsives hystériformes et même de véritables attaques d'hystérie.

En cas pareil, des applications locales de chloroforme m'ont donné souvent occasion d'observer l'utilité des anesthésiques pour combattre ces douleurs et pour rendre à la circulation et au mouvement réguliers les doigts et les mains engourdis. Je me rappelle même, dans un fait analogue, avoir été frappé d'une circonstance bien notable. Une malade chloro-anémique, et devenue consécutivement hystérique, avait des engourdissemens avec cyanose des mains, la prenant irrégulièrement plusieurs fois par jour ou plusieurs jours dans la semaine. La vivacité des douleurs qu'elle éprouvait dans la pulpe des doigts et autour des ongles m'engagea à faire couvrir ces parties de compresses trempées dans du chloroforme à peine mitigé. Il arriva ceci de singulier, que ce liquide n'irrita et n'enflamma nulle part la peau des doigts avec lesquels il était en contact, excepté pour l'un des médius réfractaire à l'envahissement de la cyanose, du gonflement et des douleurs. Là se fit voir très nettement l'action physiologique localement irritante du chloroforme ; tandis que les autres doigts restèrent constamment indemnes. Le même phénomène se répéta chez cette malade toutes les fois que nous eûmes recours à la même médication.

Le traitement général de la chlorose par le fer, l'usage des bains alcalins, les onctions locales avec des pommades contenant d'abord un 60me de morphine et ensuite un 45me de sulfate de strychnine, finirent par triompher complétement de cette affection.

Ce que l'observation de M. Bouvier présente de particulier, c'est que les accidens aient offert un caractère *net* et *complet* de périodicité. Je dis *net*, parce que les retours quotidiens ont été observés avec régularité pendant plusieurs semaines ; j'ajoute *complet*, parce que le sulfate de quinine, bien administré, en a rapidement triomphé.

Cette particularité est remarquable à cause de la rareté du fait ; mais elle n'a rien qui s'éloigne des lois communes des névroses. Il n'est pas extraordinaire que des névralgies, que des convulsions hystériques et autres, que des troubles des sens, ou même de la circulation, se représentent périodiquement. Ces faits se rencontrent tous les jours ; et j'avoue que je ne regrette pas du tout de ne trouver en la rate rien qui s'y rapporte, soit comme raison de cause à effet, soit même comme coïncidence fonctionnelle. Le cas présent ajoute une forme de plus aux manifestations périodiques nerveuses consacrées par l'observation universelle. C'est sous ce rapport surtout qu'il nous a paru digne d'être conservé.

D'ailleurs, et sans vouloir élever aucun doute sur l'*essence périodique du cas actuel*, je crois de mon devoir de mettre les praticiens en garde contre certaines pseudo-périodicités assez souvent observables dans les névroses. Des névralgies de la cinquième paire offrent assez souvent une apparence de périodicité, parce qu'elles reviennent tous les jours aux mêmes heures ; et il arrive assez souvent aussi que cela tient seulement à ce qu'on fait périodiquement ses repas aux mêmes heures, et à ce qu'en mettant ainsi périodiquement en exercice les muscles de la face qui servent à la mastication, on réveille mécaniquement la névralgie endormie. Pour certaines gastralgies, la chose arrive de même, parce qu'on excite périodiquement les fonctions de l'estomac. L'exercice, pour la sciatique ; l'exposition périodique des parties à l'air, pour les névralgies rhumatismales de tout siége ; le travail intellectuel, pour certains vertiges, certaines migraines et mille autres désordres nerveux, offrent des exemples analogues.

Je n'ai pas besoin de dire qu'un médecin attentif saura éliminer, à cet égard, toute cause d'erreur, en changeant, d'accord avec le malade, les heures dans lesquelles les causes de pseudo-périodicité se rencontrent. Il deviendra facile alors de poser nettement l'indication des méthodes et des médications véritablement antipériodiques, ou au contraire d'éloigner du traitement une circonstance illusoire qui ferait perdre, en tâtonnemens au moins inutiles, un temps précieux.

Je crois bon, à cet égard, de consigner ici un fait recueilli dans ma clinique au commencement de cette année, qui offre à la fois une ressemblance notable pour ce qui regarde l'affection des mains avec le cas de M. Bouvier, et en même temps une notable différence pour ce qui concerne la nature essentielle du mal. Il s'agit de cyanose des mains, avec engourdissement et picotemens, revenant chaque jour après que le malade avait mangé, et tenant certainement à une véritable cachexie chloro-anémique, suffisamment expliquée par les détails de l'observation.

Observation. — *Accidens nerveux graves après une chute ; paralysies incomplètes multiples, à répétition, et enfin gastralgies avec cyanoses et engourdissement des mains et des avant-bras. — Guérison.*

(Observation recueillie par M. Fleurot, interne du service.)

Lefebvre (Louis), commis dans une maison de commerce, âgé de 55 ans, est entré le 27 juin 1855, salle de l'Ange-Gardien, service de M. Sandras, et a été couché au n° 11.

Il n'a eu d'autre maladie qu'un rhumatisme articulaire peu intense, en 1823. Il a été toujours sujet à la migraine ; d'un caractère irritable et prompt à s'alarmer.

Cet homme jouissait d'une santé parfaite quand, le 27 juin 1852, en marchant sur un trottoir, il fit un faux-pas et tomba. Dans la chute, la tête frappa par sa partie temporale droite, laquelle fut fortement ecchymosée, dans les jours suivans. En même temps, un craquement avait été ressenti dans la partie postérieure du cou. Mais cette région ne fut, dans les jours suivans, le siége d'aucune sensation spéciale et ne fut ni gonflée ni ecchymosée.

Lors de la chute, le malade perdit connaissance pendant un instant très court, et, revenu à lui, il ne put se relever ; il fallut l'emporter chez lui. Le tronc s'affaissait sur lui-même, la tête pendait sur la poitrine, les membres étaient tout paralysés. La sensibilité était complétement éteinte aux extrémités, mais le malade sentait encore vaguement aux jambes et aux cuisses, qui étaient comme engourdies. Le lendemain, il fut transporté dans le service de M. Rostan. Dans les premiers jours de son séjour à l'Hôtel-Dieu, le malade était paralysé comme il vient d'être dit. De plus, il avait la sensation d'une ceinture le serrant autour et un peu au-dessus du bassin. Cette sensation de constriction avait commencé autour des pieds et des jambes et avait monté. L'émission des urines est toujours restée normale, quoique les sphincters de l'anus aient cessé de retenir les matières fécales, qui s'écoulaient sans que le sujet en eût conscience. La face avait conservé son expression ordinaire ; elle n'était en rien paralysée. La parole était facile. La vue, l'ouïe, le goût n'étaient point lésés ; l'intelligence était parfaite ; l'appétit bien conservé.

Au bout d'un mois, amélioration notable. Les mouvemens des jambes étaient rétablis ; mais non ceux des bras ; les matières fécales étaient bien retenues, mais le malade commença à éprouver, lorsqu'il était au lit, des mouvemens spasmodiques analogues à ceux de la chorée, lesquelles disparaissaient presque complétement lorsqu'il était assis ou debout.

Cet homme resta trois mois chez M. Rostan, et quand il en sortit, il se tenait droit, marchait assez bien, se servait de ses bras et de ses mains, mais la sensibilité était encore presque nulle. Le traitement avait consisté, nous dit-il, en six saignées à quinze jours d'intervalle, et en de nombreux bains sulfureux.

A peine sorti de l'Hôtel-Dieu, il retomba dans le même état de paralysie qu'il avait en y entrant ; plus, les mouvemens spasmodiques qui existaient toujours ; et moins, l'incontinence des matières fécales. Il fut porté dans le service de M. Cruveilhier. Le traitement y consista, toujours d'après son rapport, en térébenthine en frictions et à l'intérieur, en bains sulfureux, bains de vapeur. Chaque semaine on lui tirait 600 grammes de sang. Deux cautères furent appliqués à la nuque. Après trois mois de séjour à la Charité, il sortit marchant bien ; mais n'ayant pas recouvré tous les mouvemens des bras et des mains. Il avait des douleurs dans les avant-bras, les mouvemens spasmodiques choréiques continuaient en devenant plus rares.

Après quinze jours de repos chez lui, ne se sentant pas mieux, il entra dans le service de M. Sandras à Beaujon, où il se rendit à pied. Il était privé de quelques-uns des mouvemens des bras. La sensibilité était nulle aux mains et aux orteils, le pied avait la sensation des chaussures qui l'entouraient ; mais les jambes et les bras étaient, au point de vue de la sensibilité, comme engourdis. Il resta trois mois dans le service de M. Sandras où il fut traité par les pilules de Vallet, les frictions avec la pommade de strychnine, l'électricité et les bains sulfureux. A sa sortie, il était complétement guéri. Il se reposa encore pendant un mois chez lui et reprit sa profession qu'il exerça sans interruption jusqu'au 1er janvier 1855, sa santé étant restée bonne.

Les fonctions génitales ont été suspendues complétement depuis le moment de la chute jusqu'en avril 1853. Depuis cette époque elles se sont très normalement exercées jusqu'au mois d'octobre 1854. La diminution de leur puissance a coïncidé alors avec un amaigrissement progressif notable.

C'est dans les mois d'octobre, novembre et décembre 1854, que le malade s'aperçut qu'il maigrissait chaque jour davantage sans savoir pourquoi. Le 1er janvier 1855, recevant une pénible nouvelle, il ressentit une *douleur vive dans le ventre et l'estomac, laquelle revint chaque jour après les repas.* Il diminua en vain la quantité de ses alimens, les douleurs restaient les mêmes. Puis, peu à peu *engourdissement des mains, diminution du tact, analgésie, gêne dans les articulations des mains,* mouvemens moins parfaits (ainsi, depuis son entrée, il ne peut plus écrire et le pouvait avant). A son entrée, *cyanose intense des mains se montrant,* depuis quelques jours, *aux heures de la douleur stomacale* qui alors est moindre.

L'insomnie, qui avait duré pendant presque toute la première période de la maladie, a reparu depuis quelques jours. — Pouls mou ; un peu de souffle aux carotides ; quatre pilules de Vallet chaque jour aux repas ; 2 grammes de magnésie après le dîner ; bains alcalins ; une portion.

6 février. Les douleurs épigastriques sont moindres qu'avant l'entrée du malade, mais les refroidissemens et l'engourdissement douloureux des extrémités ont augmenté. Les mains alors deviennent tout à fait violettes. C'est surtout quelques heures après les repas que le phénomène se voit dans toute son intensité. Bains alcalins tous les jours ; quatre pilules Vallet ; une portion.

11 février. A partir de ce jour, le malade est électrisé tous les jours.

18 février. L'appétit est meilleur. Les douleurs épigastriques ont presque totalement disparu, ainsi que la cyanose des mains. Celles-ci sont encore refroidies à certaines heures, mais elles deviennent plus sensibles. Trois portions ; bains ; pilules Vallet ; électricité.

27 février. Les douleurs ont disparu. Appétit très bon ; sommeil régulier. Il y a moins de refroidissement des extrémités. Quand le malade est couché, il éprouve, pendant plusieurs heures, des sortes de soubresauts très nombreux et très étendus qui agitent tout le corps et les membres ; puis vient le sommeil et alors le calme est parfait. L'électricité est suspendue. Bains ; pilules Vallet.

9 mars. Le malade sort guéri. Il n'a plus de faiblesse ni d'insensibilité, ni de cyanose et d'engourdissement des mains ; il dort et mange très bien. Dans les derniers jours, il a employé en friction chaque jour un peu de pommade au 45me de sulfate de strychnine.

Dr S. Sandras.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Première Leçon. — (Suite. Voir le numéro du 10 Juillet.)

Deuxième période. — La destruction des parties constituantes du rachis fait des progrès. Les excavations deviennent plus larges, plus profondes ; les corps vertébraux rongés disparaissent et laissent à leur place une solution de continuité étendue. Cette solution de continuité, toutefois, n'existe que partiellement ; les parties postérieures de l'épine, les apophyses épineuses, les arcs vertébraux formant ce que j'appellerai la

colonne postérieure, subsistent; mais, comme ces parties sont réunies par des ligamens flexibles, il y a de la mobilité dans ce point de la colonne vertébrale.

Sur cette pièce, nous pourrons étudier les caractères de l'excavation; j'insiste en premier lieu sur les effets physiques, mécaniques qu'elle produit. Le rachis formant la pièce la plus importante de la charpente du corps, il est impossible qu'elle soit aussi profondément lésée sans entraîner de grands changemens dans la forme du tronc. Un rapprochement s'opère entre les vertèbres supérieure et inférieure à celle qui est détruite. Le poids du corps produit ce résultat; mais une autre cause réside dans l'action musculaire. Il y a, en effet, des sensations douloureuses qui invitent le malade à contracter ses muscles pour mettre les parties dans les rapports les plus favorables à la cessation des douleurs.

D'après ce que je viens de dire, le rachis perd sa forme; il décrit ordinairement des angles. Nous voyons sur cette pièce un angle très obtus: c'est l'exemple d'une affection commençante. La déformation peut même manquer, la lésion restant bornée au centre du ligament ou de la vertèbre. Si la maladie fait des progrès, l'inclinaison augmente et la colonne vertébrale peut décrire un angle droit ou même un angle aigu. Un exemple de cette disposition nous est offert par cette colonne dont huit corps vertébraux ont disparu, par cette autre où neuf disques osseux sont détruits en totalité ou en partie.

De là une convexité postérieure, une concavité antérieure. La première est ce qu'on appelle la gibbosité. Les anciens ne connaissaient que la courbure postérieure de la colonne et avaient décrit la maladie sous le nom de *gibbosité*, *bosse*, *gibbus*, *ὕβος*.

La gibbosité dépendant d'une affection vertébrale est, en général, comprise tout entière dans le plan médian antéro-postérieur du corps. Toutefois, ce caractère n'est pas constant. Chez quelques malades, l'affaissement de la colonne est en même temps antérieur et latéral. On voit ici plusieurs pièces sur lesquelles l'inclinaison du rachis a lieu dans le sens que j'indique.

Il est beaucoup plus rare que la flexion se fasse tout à fait de côté, soit à droite, soit à gauche. Un très bel exemple de cette disposition nous fut offert récemment par une enfant amenée à notre consultation et chez laquelle le rachis décrit un angle droit ouvert à gauche.

Je ne connais pas d'exemple d'une convexité antérieure du rachis.

Cette bosse présente encore d'autres caractères. Elle est plus ou moins courte, suivant qu'un plus ou moins grand nombre de vertèbres sont détruites. Ordinairement aussi elle est anguleuse; elle offre une partie centrale formant une pointe, qui apparaît dès le début de l'affection. Souvent la colonne vertébrale ne présente encore qu'un léger angle et déjà une pointe existe; mais ce caractère n'est pas constant. Sur cette pièce, où l'altération est très avancée, il n'y a qu'une courbe régulière, point de saillie anguleuse. Sur cette autre, nous voyons plusieurs pointes. On peut, en effet, distinguer deux cas au point de vue de cette disposition exceptionnelle. Dans le premier, il existe une courbe régulière au lieu d'une pointe; il n'y a point de saillie anguleuse. Dans l'autre, l'exception au principe n'est qu'apparente, parce que la courbe, composée en quelque sorte de plusieurs angles, présente une ou plusieurs pointes distinctes. L'exception réelle, constituée par le premier cas, peut avoir lieu au début et à la fin de la maladie. Il n'y a d'abord ni angle, ni même de courbe au cou et aux lombes, quoique la déformation ne fasse pas exception au fait général de l'affaissement; mais à cause de la forme de la région, il a d'abord pour seul effet le redressement de la courbure naturelle et une rectitude anormale. On remarque, au début, dans ces mêmes régions, des inflexions arrondies, en forme d'arcs réguliers, appartenant à un cercle d'un très grand rayon, et particulièrement chez les jeunes enfans. Cela dépend d'une longueur et d'une obliquité des apophyses épineuses moindres que dans la région dorsale et chez les adultes. A la fin de la maladie, la courbe put encore être régulière, lorsque plusieurs vertèbres étant détruites, aucune ne forme d'angle bien prononcé.

Tel est l'aspect de la colonne vertébrale considérée à sa partie postérieure. Vue par sa face antérieure, elle représente un vide rempli par le ligament vertébral commun antérieur, le tissu cellulaire tuméfié, des débris osseux et tuberculeux, du pus, des exsudations de différentes sortes. Au fond de l'excavation, on aperçoit le canal vertébral et la colonne postérieure, après l'enlèvement de la moelle et sur les pièces sèches. Ces changemens dans la configuration de l'épine entraînent des changemens analogues dans l'état du tronc; il y a raccourcissement, diminution de la taille.

Deuxième Leçon.

Messieurs,

J'ai commencé, dans la dernière séance, la description anatomique du mal vertébral. J'ai décrit deux périodes: l'une de lésion, d'altération de tissus; la seconde de fragmentation, pendant laquelle la colonne se coupe au niveau du point malade. J'aurai à poursuivre la lésion dans les parties autres que la portion affectée du rachis; mais je termine auparavant ce qui est relatif au siége principal de la maladie, en vous parlant des moyens à l'aide desquels la nature répare les désordres. Reste donc la troisième période, celle de réparation.

Troisième période. — Vous trouverez dans Pott et dans d'autres auteurs moins excusables que le chirurgien anglais, que le mal vertébral est une affection ordinairement mortelle, que les abcès par congestion auxquels il donne lieu sont constamment suivis de mort. C'est là une grave erreur. Du temps de Pott, on pouvait méconnaître la puissance médicatrice de la nature; la chose n'est plus possible de nos jours. Non, la maladie n'est pas ordinairement mortelle; ces pièces vous offrent des exemples de guérison, et bientôt plusieurs d'entre elles passeront sous vos yeux. Étudions donc de quelle manière s'accomplit le travail réparateur, par quelle voie la nature arrive à produire une cicatrice solide au sein des parties lésées.

Dans le mode de l'altération osseuse, deux cas se présentent:

Premier cas. Il consiste en une érosion superficielle de la surface de l'os. Cette érosion se répare souvent. La réparation consiste, non dans la reproduction de la substance détruite, mais dans la formation d'une lame compacte, mince sur la surface de la plaie osseuse; plusieurs de nos pièces nous montrent cette lame mince de tissu compacte. Delpech en a également présenté des exemples.

Pourquoi n'y a-t-il pas le plus souvent reproduction de l'os lui-même? C'est que les tissus fibreux, les ligamens sont détruits, et qu'ils sont indispensables à cette reproduction. Les os, en effet, reproduisent peu les os; ce sont surtout les tissus voisins qui sécrètent le plasma qui revêtira plus tard les propriétés du tissu osseux en se pénétrant de sels calcaires. Serait-ce pour ce motif qu'on observe plus rarement la guérison des caries superficielles étendues, espèce distincte que Boyer a séparée à tort du mal vertébral, auquel elle appartient évidemment?

Deuxième cas. Il s'agit de cavités qui n'altèrent pas la forme extérieure de la vertèbre, qui ne font que la perforer pour l'évacuation du tubercule, et qui subsistent ensuite avec une paroi de substance compacte résultant d'une reproduction partielle, d'une cicatrisation ou d'une sorte d'ossification du kyste, comme on le voit dans certaines guérisons de tubercules pulmonaires où l'on trouve des kystes tuberculeux vides, à parois dures, fibreuses ou fibro-cartilagineuses.

Un troisième cas, où la période de réparation succède à la séparation, va nous occuper. C'est ici surtout que nous apparaîtront les efforts de la nature pour remédier aux effets de l'altération du rachis.

Je voudrais pouvoir vous faire assister, au moins en idée, aux merveilleux phénomènes de ce travail réparateur. Qu'est-ce ici que la réparation? C'est un cal. Il succède à la solution de continuité du rachis, laquelle est entièrement assimilable aux fractures traumatiques, si ce n'est que cette fracture est spontanée.

Pour que le cal se produise, deux conditions sont indispensables: il faut deux extrémités saines, une élimination complète des parties altérées. Il faut, en outre, un rapprochement, une coaptation des fragmens. Celle-ci s'effectue de deux manières: 1° par le simple affaissement du rachis et par le rapprochement des faces des vertèbres qui se correspondent normalement; 2° par une flexion telle de la colonne, que la face antérieure des vertèbres supérieures vient s'adosser à la partie supérieure du fragment inférieur. Ce dessin nous offre l'exemple d'une coaptation survenue par l'inclinaison en avant du fragment supérieur du rachis.

Dans le premier cas, il y a adossement de fragmens en forme de coins. Les extrémités de la colonne contiguës au foyer morbide figurent alors deux biseaux, dont les surfaces obliques, en s'inclinant l'une vers l'autre, finissent par entrer en contact.

Dans le second mode de coaptation, le fragment supérieur, en partie érodé à sa face antérieure, est renversé sur l'extrémité supérieure du fragment inférieur taillé en biseau, et formant, comme dans le premier mode, une sorte de coin dont la base est tournée en arrière. Cette coaptation est en général irrégulière; la ligne suivant laquelle les surfaces nouvelles se réunissent, est flexueuse et inégale; il est rare que la coaptation soit entièrement régulière; quelquefois se produisent des déplacemens latéraux, des subluxations.

Le cal, dans l'affection vertébrale, présente, comme celui des fractures, plusieurs périodes dans son évolution. Ce qui le produit, c'est une inflammation adhésive, un plasma, exhalé par les parties qui entourent l'excavation et s'organisent en tissu osseux, après avoir passé par l'état fibrineux et par l'état fibreux.

La colonne vertébrale, divisée par une affection des disques osseux qui la composent, se réunit au moyen de deux cals: l'un, extérieur, prend naissance dans les tissus fibreux extérieurs; le deuxième est dû à la production osseuse qui s'effectue entre les fragmens, comme dans beaucoup de fractures. Le premier consiste dans ces ponts étendus d'une vertèbre à l'autre, dans ces masses osseuses surajoutées, ces stalactites, d'autant plus étendues qu'il y a subluxation, déformation plus complète du rachis.

Le second cal, intérieur, réunit les deux extrémités osseuses. Voici une des plus admirables pièces sur lesquelles on puisse étudier la conformation du cal intérieur. Elle provient d'une fille de 27 ans, morte à la Salpêtrière, pendant que j'étais médecin de cet établissement. La malade a succombé à une phthisie pulmonaire compliquée de pneumonie du sommet du poumon droit. Je n'ai pas connu cette femme dès son enfance; mais ses compagnes m'ont fait part de ce qui lui était arrivé. Elle fut prise de mal vertébral à 8 ans; elle eut de la paraplégie et recouvra le mouvement deux années après. Il n'y avait plus *trace* de son affection ancienne, lorsqu'elle fut admise dans mon service. Il n'existe sur sa colonne aucun vestige de la ligne de coaptation; on ne voit qu'un seul os formé par les fragmens de vertèbres soudées et composé d'un tissu spongieux, ayant l'aspect normal et d'une grande solidité.

Ce cal intérieur peut n'être que partiel; dans ce cas on peut croire la maladie guérie; il n'en est rien cependant; après plusieurs années, des abcès par congestion se produisent et témoignent de la persistance du travail pathologique dans quelques points.

Cette colonne vertébrale nous offre une variété curieuse de consolidation osseuse. Les vertèbres supérieures du fragment inférieur, fortement déjetées en arrière, reçoivent dans une gouttière, creusée à leur face antérieure, la base du fragment supérieur, auquel elles servent, en quelque sorte, de gaîne dans une certaine étendue.

Lésions concomitantes. — Voilà ce que j'avais à vous dire sur la réparation de l'affection vertébrale. Je passe aux lésions existant dans un point autre que le siége même du mal.

Ce qui doit m'arrêter d'abord, c'est la déformation du rachis au-dessus et au-dessous du point lésé. On observe d'abord des changemens de direction; ils sont dus à la réaction musculaire. Les muscles agissent alors pour soutenir la tête; ils la relèvent, redressent la région dorsale. En voici plusieurs exemples fournis par ces pièces. On y voit que des déformations heureuses, des courbures de compensation se produisent, en sorte qu'on n'a pas ordinairement une inclinaison du tronc égale à celle qu'indique l'angle produit dans la colonne.

Les pédicules des vertèbres, leurs apophyses transverses, peuvent être détruits dans une étendue plus ou moins considérable. Les apophyses articulaires se soudent quelquefois; il en est de même des apophyses transverses et des arcs vertébraux.

Passons aux autres parties du tronc. Les côtes présentent des changemens remarquables dans leur forme: elles sont plus convexes en arrière; leur courbure diminue en avant; elles se rapprochent et deviennent plus obliques.

Le sternum, repoussé en avant, donne souvent naissance à une gibbosité dont le sommet correspond tantôt à l'appendice xyphoïde, tantôt plus haut. Le diamètre vertical de la poitrine diminue, ainsi que son diamètre transversal. Il y a augmentation du diamètre antéro-postérieur. En définitive, il y a diminution totale de la capacité du thorax. De grands changemens s'opèrent donc dans la statique du tronc. Il ne faut pas confondre ces lésions avec celles que produit le rachitisme.

Des changemens plus importans encore par les altérations fonctionnelles qu'ils déterminent, sont ceux qui ont leur siége dans les viscères. Voyons d'abord ceux dont la moelle épinière est le théâtre. Les membranes sont dénudées par suite de la destruction d'une partie du rachis; la maladie peut s'étendre à la moelle elle-même. Enfin, le cordon rachidien se trouve fréquemment déformé. Voilà trois changemens dont il faut étudier les effets:

1° *Dénudation de la moelle.* — Le premier effet de la dénudation de la moelle, c'est de mettre cet organe en contact avec les produits de la maladie, pus, matière tuberculeuse, tissu fibreux gonflé, séquestres; tout cela peut se trouver sur la dure-mère, d'où la compression possible de la moelle et ses suites fâcheuses.

2° *Extension de la maladie au centre nerveux.* — L'affection tuberculeuse peut, en effet, se propager à la dure-mère, à la moelle. En amincissant l'enveloppe fibreuse, le produit morbide finit par passer dans la gaîne membraneuse. La moelle peut aussi s'enflammer, se ramollir. Cet effet arrive ordinairement très tard, la dure-mère formant un plastron, un organe de protection, qui oppose une barrière résistante aux progrès du mal. Aussi, à l'autopsie, voit-on la moelle saine au milieu de parties dont la désorganisation est poussée fort loin.

3° *Déformation de la moelle.* — Sur ces pièces où une partie de la paroi postérieure du canal a été enlevée, vous voyez une courbure prononcée du canal rachidien. Cette courbure est quelquefois arrondie, c'est la moins fâcheuse; la compression du cordon nerveux n'en est jamais la conséquence. Avec des angles même, la moelle peut n'être pas comprimée. La nature a, en quelque sorte, prévu ce danger. Le canal rachidien présente plus d'espace qu'il n'en faut pour loger le cordon médullaire. Le liquide de Cotugno, étudié plus tard par M. Magendie, et de la graisse, se trouvent interposés entre la moelle et le cylindre osseux qui la renferme. Qu'en résulte-t-il? C'est que la moelle cesse d'être concentrique au canal; elle décrit une courbe moindre que celle de son enveloppe osseuse et est ainsi soustraite à la compression. Vous comprenez maintenant comment le degré de flexion le plus considérable de l'os peut ne pas léser les fonctions de la moelle.

On observe parfois des resserremens du canal causés par un

rapprochement des parois antérieure et postérieure. Ce rétrécissement peut être porté au point d'étrangler le centre nerveux médullaire. La compression a lieu encore parfois par un autre mécanisme : elle est due à une arête saillante dans le canal et correspondant au sommet de l'angle décrit par le rachis. Cette pièce représente une arête aiguë produite de cette manière : le malade n'avait point de paralysie, cependant, à l'époque où je l'ai connu. Une arête des plus prononcées existe sur cette autre pièce. A l'autopsie, nous avons trouvé une impression de l'os sur la moelle. Pendant la vie, des phénomènes de paralysie avaient été observés.

Dans leur trajet intra-rachidien, les racines nerveuses peuvent participer aux altérations de la moelle, ramollissement, inflammation, destruction par suite de la compression qu'exercent sur elle les produits morbides renfermés dans le canal vertébral. A leur passage au travers des trous de conjugaison, il est fréquent de les voir atrophiées, réduites à de simples filets, à peine distincts de l'enveloppe fibreuse que leur fournit la dure-mère. Il existe même une solution de continuité des branches nerveuses dans les cas où il y a effacement des trous vertébraux ou rétrécissement très considérable de leur diamètre.

L'aorte accompagne constamment la colonne dans les flexuosités qu'elle décrit. Sur cette figure, l'artère principale du corps offre une convexité droite très prononcée et un pli à gauche et en avant.

Les poumons s'adaptent à la forme du thorax et se modifient dans leur configuration. Il en résulte ordinairement dans leur dilatation une gêne à laquelle se rattache l'oppression presque constante dans le mal de Pott.

Les viscères abdominaux présentent bien aussi quelques changemens dans leur situation et leur forme ; mais, moins importans que ceux des organes thoraciques, ils ne doivent pas nous arrêter.

Diagnostic. — Occupons-nous maintenant du sujet vivant, et cherchons à lui appliquer les données du cadavre. Voyons comment on reconnaît pendant la vie les lésions révélées par l'autopsie ; c'est l'objet du diagnostic anatomique.

Première période. — Une première période, que j'appellerai latente, est celle qui ne se traduit pas à l'extérieur par des signes physiques. Elle a quelquefois une longue durée, et peut persister jusqu'à la fin de la maladie, si l'ulcération reste superficielle. Comment reconnaître cet état latent ? C'est à l'aide des symptômes. Vous fonderez le diagnostic sur la douleur, l'attitude, l'état des mouvemens, l'existence des abcès, la paralysie.

La douleur est un signe vague, car elle peut dépendre de beaucoup d'autres causes. Elle existe ordinairement dans le point malade ; elle manque quelquefois ou est difficile à découvrir. On parvient à la produire au moyen de mouvemens divers imprimés au tronc. En observant le malade attentivement, on surprend parfois des cris arrachés par des élancemens passagers. La rigidité des mouvemens est un symptôme assez fréquent. On tire d'utiles renseignemens de la manière de se tenir debout, de marcher du malade ; on remarquera, dans quelques cas, une inclinaison antérieure ou latérale du tronc, un soin particulier d'éviter les mouvemens qui provoquent de la douleur, l'immobilité habituelle. Il faut explorer le malade dans toutes les positions.

Ces signes sont équivoques ; ils se rencontrent dans des états morbides autres que le mal de Pott. Les abcès, la paralysie ont plus de valeur. Ils servent à éclaircir le diagnostic dans cette période. Dans tous les cas, on devra s'éclairer des antécédens, de l'état général.

Deuxième période. — Les signes sont encore peu marqués au début. La déformation consiste souvent dans une pointe légère, comme la saillie normale exagérée d'une apophyse épineuse, dans un arc presque insensible d'un très grand rayon décrit par la colonne vertébrale, dans le redressement d'une convexité antérieure ou la rectitude anormale des régions cervicale et lombaire, le premier effet du rapprochement antérieur des vertèbres de ces deux portions du rachis étant d'effacer leur courbure naturelle.

Cette période est d'un diagnostic difficile. Ne confondez pas ce léger degré de déformation avec une disposition organique, des variétés de saillie des apophyses épineuses. On peut trouver cette conformation physiologique unie à des symptômes de maladie, d'où l'obscurité très grande du diagnostic.

Avec de l'attention, on distingue une déformation dépendant du mal vertébral d'une courbure par simple défaut de cambrure du cou et des lombes.

Troisième période. — Deux moyens d'exploration, la vue et le toucher, permettent d'arriver au diagnostic dans cette période, où la déformation bien manifeste présente des aspects divers. On en jugera par les faits particuliers que je vais présenter. Les enfans qui vous sont soumis rendront sensibles ces différentes formes de gibbosité, que j'ai déjà signalées dans l'anatomie pathologique.

Voici un mal cervical ; on en distingue deux espèces : 1° le mal qui frappe les cinq dernières vertèbres du cou, et qui est, au fond, semblable à celui des autres régions ; 2° l'affection des deux premières vertèbres et de l'occipital ou le spondylarthrocace, qui diffère du mal vertébral proprement dit, dont nous nous occupons en ce moment. Cette enfant est atteinte du mal ordinaire. Nous constatons le redressement de la courbure cervicale normale, une gibbosité en pointe formée par la septième vertèbre du cou et l'inclinaison légère de la tête à droite. Il est impossible de confondre cette maladie avec aucune autre. Cette enfant, strumeuse, nous a offert un abcès ganglionnaire sur le côté gauche du cou. Elle ne présente point de paralysie ni d'abcès par congestion. Le seul symptôme dans l'état fonctionnel est une douleur quand on cherche à redresser la tête.

Si nous résumons maintenant les divers aspects de la gibbosité sur les différens malades que vous avez sous les yeux, et dont l'affection occupe les régions dorsale ou lombaire, nous pourrons établir les variétés suivantes :

1° Une seule apophyse épineuse soulève les tégumens sous la forme d'une pointe plus ou moins saillante. La colonne vertébrale se redresse au-dessus et au-dessous de ce point, de manière à conserver dans son ensemble une direction à peu près normale. Il semble, comme le croyaient les anciens, qu'une seule vertèbre ait été repoussée en arrière en abandonnant ses rapports avec les vertèbres voisines ; mais ce n'est là qu'une fausse apparence qui ne pouvait en imposer et faire croire à une luxation (Ambroise Paré emploie encore cette expression), qu'à une époque où l'on n'avait pas de notion exacte sur l'anatomie pathologique de cette maladie.

2° Il existe une seule pointe comme dans le cas précédent ; mais le rachis s'incline en avant, et représente deux lignes droites formant un angle dont l'apophyse saillante est le sommet.

3° La gibbosité figure une courbe régulière, courte, d'un rayon variable. Cette forme se voit surtout à la région lombaire.

4° La gibbosité présente également une forme arrondie, parce qu'elle comprend plusieurs vertèbres. Mais l'une d'elles, ou plusieurs d'entre elles, plus saillantes, s'élèvent en pointe, et la courbe est pour ainsi dire formée de plusieurs lignes droites brisées ou de plusieurs angles. Les apophyses saillantes sont situées, dans ce cas, tantôt au milieu, tantôt à la partie supérieure ou inférieure de la gibbosité. Cette variété appartient spécialement aux périodes les plus avancées ; elle peut succéder à chacune des trois autres formes.

Em. Bailly,
Interne du service.

(*La suite prochainement.*)

PRESSE MÉDICALE.

Traitement du prolapsus du rectum. — *El Heraldo medico* contient plusieurs guérisons de cas de ce genre obtenues à l'aide de la strychnine, du cautère actuel et de l'acide nitrique concentré. Le docteur Johnson a été conduit à employer la strychnine par l'exemple de guérison publié dans les *Archives de médecine.* Voici deux cas analogues qu'il rapporte.

I. — J. Addington, âgé de 2 ans, scrofuleux, souffrait depuis plusieurs mois d'une procidence du rectum. La muqueuse sortait environ d'un pouce et formait une masse solide rouge, au centre de laquelle était l'ouverture de l'intestin.

M. Johnson réduisit la muqueuse qui n'avait pu l'être depuis quinze jours. Le sphincter était relâché et admettait facilement deux doigts. Le prolapsus se reproduisait dès que l'enfant criait ou pleurait.

Un bandage convenable, quelques laxatifs toniques et un régime nutritif suffirent à remédier aux accidens pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital ; le rectum avait recouvré une partie de sa contractilité. Mais, quinze jours après sa sortie, l'enfant mal soigné dans sa famille, revint à l'hôpital dans le même état que la première fois. On lui appliqua alors un vésicatoire au périnée dont on saupoudra ensuite la surface de 0,0025 de strychnine. Il ne se manifesta pas de contractions convulsives et, deux heures ensuite, l'intestin ne sortait plus. Le lendemain, le prolapsus se reproduisit quoique moins volumineux ; le quatrième jour, on administra 0,0036 par la méthode endermique, et, cette fois, la guérison fut complète.

II. — J. Seymour, âgé de 4 ans, souffrait d'une descente du rectum, de deux pouces environ. La surface muqueuse était rouge, enflammée et suintait un liquide mucoso-purulent. Les selles étaient excessivement douloureuses. Le prolapsus datait de six mois et n'avait pu être réduit depuis six semaines, quand le malade entra à l'hôpital. La réduction opérée, on constata le relâchement du sphincter, qui permettait le passage de deux doigts sans offrir la moindre résistance. Le repos et les laxatifs amenèrent quelque amélioration, mais la descente ne cessait de se produire. On appliqua successivement trois vésicatoires saupoudrés de strychnine, sans déterminer d'amélioration. Quoique l'enfant eût éprouvé des convulsions après l'application de ce médicament, M. Johnson se détermina alors à recourir au fer rouge, et deux applications suffirent pour triompher définitivement du mal.

Le docteur Broxbalm a recours aux cautérisations avec l'acide nitrique concentré, et il dit s'en être servi, sur un grand nombre de malades, toujours avec succès. En voici deux exemples :

I. — Le 6 octobre 1854, il fut consulté par Mme G..., mère de cinq enfans, qui souffrait depuis cinq ans d'une procidence du rectum avec hémorrhoïdes fluantes. La muqueuse sortait au moindre effort de la malade, qui éprouvait alors de violentes douleurs. La tumeur était volumineuse, rouge, sensible au toucher, et très congestionnée ; la santé générale était bonne.

Le lendemain, il toucha la superficie de la tumeur, avant de réduire, avec l'acide nitrique concentré, et la couvrit ensuite de cérat. Les douleurs furent peu vives et disparurent promptement.

Cinq jours après, l'examen de la malade confirma qu'il n'existait plus le moindre prolapsus, et, depuis, il ne s'est reproduit ni par la marche, ni par la défécation.

II. — Un homme d'un âge avancé avait un prolapsus du rectum datant de trois années et compliqué d'hémorrhoïdes volumineuses. Cette affection l'obligeait fréquemment à rester chez lui, car la tumeur apparaissait au moindre mouvement. Plusieurs moyens avaient été employés sans résultat. La muqueuse était relâchée, très congestionnée, d'une couleur rouge obscur et très sensible au toucher. La masse principale était couverte de boutons hémorrhoïdaux. L'acide nitrique fut appliqué sur toute la surface muqueuse que l'on réduisit après l'avoir ointe de cérat, comme dans le cas précédent. Les douleurs furent plus vives mais ne durèrent que quelques instans. Six jours après, la guérison était parfaite et le malade put marcher sans douleur ni incommodité.

Nous doutons qu'une seule cautérisation avec l'acide nitrique suffise dans tous les cas à produire une guérison définitive. Mais comme ce moyen n'expose le malade à aucun danger et qu'il n'inspire pas de terreur comme le fer rouge, il n'y a aucun inconvénient à l'appliquer quand le prolapsus est peu considérable. Dr P. G.

COURRIER.

Une triste et bien cruelle nouvelle m'est annoncée. Un ami de trente-cinq ans, mon compatriote et camarade de collége, M. le docteur I. Valleix, a succombé hier jeudi, à 9 heures 1/2 du soir, à une angine couenneuse, dont tous les efforts de l'art n'ont pu conjurer les progrès.

Ce douloureux événement, si imprévu, ne me laisse pas assez de liberté d'esprit pour rappeler au monde médical, qui les connaît d'ailleurs, les travaux remarquables de mon malheureux ami, et pour indiquer la perte que la science vient de faire par sa mort.

M. Valleix était à peine âgé de 48 ans. C'est une nouvelle victime à inscrire dans le martyrologe de notre profession, car du terrible empoisonnement auquel il succombe, il avait pris le germe auprès d'un malade de sa clientèle, qu'il soignait d'une angine couenneuse.

Il y a quelques jours à peine, je lui serrais la main ; il était plein de de force, exubérant de santé !.... Dimanche soir il se sent mal à l'aise, il se couche avec le frisson, et, malgré son énergique constitution, il meurt le cinquième jour, dans toute la plénitude de sa raison, calculant de minute en minute les progrès du mal, dont il prévoit l'issue fatale.

M. Valleix meurt dans toute la force de son talent, au moment où il commençait à jouir des fruits de ses travaux, car ce confrère distingué ne devait rien qu'à lui-même, qu'à ses persévérans efforts, et la confiance publique il l'avait conquise par les titres les plus honorables.

M. Valleix était médecin de l'hôpital de la Pitié, où, depuis plusieurs années, il se livrait à un enseignement clinique très suivi des médecins et des élèves.

Je paierai prochainement à la mémoire de M. Valleix l'hommage que lui doit mon amitié et que méritent ses nombreux et remarquables travaux.

Amédée Latour.

Les obsèques de M. Valleix auront lieu demain samedi, à neuf heures du matin, à l'église St-Vincent-de-Paule.

On se réunira à la maison mortuaire, rue Richer, n° 26.

Ceux de ses amis, qui n'auraient pas reçu de lettre de convocation, sont priés de regarder le présent avis comme en tenant lieu.

École préparatoire de médecine de Nantes. — Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 30 mai 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Lafond.
Pathologie et médecine opératoire. — M. Gely.
Clinique externe. — M. Marchand,
Pathologie interne. — M. Sallion.
Clinique interne. — M. Thibeaud.
Accouchemens, maladies des femmes et des enfans. — M. Legouais.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Delamare.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Pihan Dufeillay.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. Letenneur.
Clinique interne. — M. Bonamy.
Anatomie et physiologie. — M. Hélie.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléans :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Marcé.

Pour les chaires de chirurgie et d'accouchemens, de maladie des femmes et des enfans. — M. Mahot.

Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Chenantais.

Pour les chaires de sciences accessoires. — M. Cormerais.

Art. 4. M. Chenantais, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Écorchard est nommé prosecteur.

M. Jouen est nommé préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Art. 5. M. Lafond, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

Art. 6. M. Fouré, ancien professeur de thérapeutique et matière médicale, est nommé professeur honoraire.

Art. 7. M. le recteur de l'Académie de Nantes est chargé de l'exécution du présent arrêté.

H. Fortoul.

Paris, le 3 juillet 1855.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 84. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 17 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens.

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 16 JUILLET 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Sommaire. — Constitution médicale. — Monomanie homicide, condamnation. — Nécrose, procédé nouveau d'enlèvement des séquestres. — Formules.

La constitution médicale actuelle ne présente rien d'assez accentué pour qu'il soit possible de rapporter les manifestations pathologiques observables à l'influence de quelque cause générale. Il n'y a pas, à proprement dire, de constitution médicale régnante, et, à l'exception de cette explosion encore inexpliquée d'affections scorbutiques observée presque exclusivement dans les hôpitaux militaires, on n'observe ni en ville, ni dans les hôpitaux civils de maladie prédominante. Les indispositions des voies gastriques et intestinales, sur lesquelles l'attention est légitimement éveillée à cause de la présence du choléra dans plusieurs états méridionaux de l'Europe, ainsi qu'en Égypte, et malheureusement aussi en Crimée, ces indispositions ne sont ici ni plus nombreuses, ni plus graves qu'à l'ordinaire, en pareille saison. Les manifestations du choléra, auxquelles nous venons de faire allusion, ne nous inspirent aucune appréhension pour notre état sanitaire. Ce sont quelques foyers mal éteints de la grande épidémie qui, depuis 1848, parcourt le monde, comme elle le parcourut de 1830 à 1835. Il ne serait pas impossible d'en trouver en France, à l'heure qu'il est, au moins dans trois départemens, quelque retentissement. Mais ce sont là des phénomènes tout à fait isolés, indépendans de toute influence générale, et qui, à notre avis, ne doivent rien faire présumer d'alarmant pour l'avenir. Ce qui est certain, c'est que la situation sanitaire actuelle est bonne, et que, malgré les alternatives d'une saison fort capricieuse, ni le chiffre des malades, ni le chiffre des décès ne dépassent la moyenne des chiffres ordinaires, en pareil temps.

— Que les idées vraies et saines ont de peine à pénétrer dans les masses ! Voici un nouvel exemple de condamnation d'un halluciné, d'un pauvre fou, monomaniaque homicide, que les hommes de l'art n'ont pu sauver malgré leurs déclarations positives; leurs efforts n'ont abouti qu'à l'admission de circonstances atténuantes.

« La Cour d'assises du Pas-de-Calais vient de condamner à 20 années de travaux forcés un monomane qui, sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe, s'était rendu coupable de plusieurs tentatives d'homicide et et avait enfin commis un assassinat sans motif et sans intérêt. L'accusé est un Anglais, nommé Piers, âgé de 44 ans, résidant depuis 25 ans à Saint-Omer; il avait été honnête jusque-là, bon, charitable, mais s'était toujours montré susceptible à l'excès. Les témoins l'ont dépeint comme un homme bizarre, qui pour les prétextes les plus futiles, se laissait aller à la colère. Depuis quelque temps, des hallucinations paraissaient le tourmenter : il reprochait aux personnes qui l'entouraient des propos qu'elles n'avaient point tenus, et, un jour, trois hommes s'étant arrêtés à causer sous ses fenêtres, il crut les entendre proférer des injures contre lui et leur tira, sans les atteindre, heureusement, deux coups de pistolet. Ces hommes sont venus déposer à l'audience et ont affirmé qu'ils ne lui avaient point adressé la parole.

» Le 17 avril dernier, le propriétaire de la maison qu'il habitait s'entretenait dans la cour avec un de ses voisins commerçant comme lui. Ils parlaient des affaires de leur négoce et ne songeaient nullement au malheureux halluciné, lorsque celui-ci, qui était enfermé dans sa chambre, qui les voyait au travers des vitres de sa fenêtre, mais qui ne pouvait les entendre, s'imagina qu'ils parlaient de lui, et qu'ils l'insultaient grossièrement. Il crut entendre distinctement son propriétaire dire en parlant de lui : *Il est sans pantalon, c'est un bougre.* Aussitôt il résolut de se venger d'une pareille offense, mais comme la plupart des aliénés, pour arriver à son but, il eut recours à la ruse ; ayant ouvert sa fenêtre, il le pria poliment de vouloir bien monter chez lui. Celui-ci, sans défiance, se rendit à ses désirs. A peine fut-il entré, que Piers l'apostropha vivement et lui demanda raison des injures qu'il venait de proférer contre lui. Comme ce malheureux protestait contre ce reproche, affirmant qu'il n'avait pas dit un mot qui le concernât, Piers prit un pistolet et le blessa mortellement.

» Les voisins, accourus à la détonation de l'arme à feu, furent d'abord tenus en respect par le meurtrier qui les mettait en joue avec un fusil et leur défendait de dépasser le seuil de sa porte ; mais enfin un courageux citoyen se jeta sur lui et le désarma. Le meurtre avait été commis avec un calme parfait ; ce sang-froid n'abandonna pas un instant l'accusé qui raconta devant le commissaire de police les choses telles qu'elles s'étaient passées, se vantant de son action et ne témoignant aucun regret de l'avoir commise.

» Le même système a été suivi par Piers à l'audience des assises. Il a entendu directement l'injure qui lui était adressée, et il eût été déshonoré s'il n'en eût pas immédiatement tiré vengeance. Aucune autre excuse n'a été alléguée par lui et il a répété plusieurs fois qu'il n'avait fait que son devoir en commettant cet assassinat.

» Quand vous avez fait monter le malheureux Berthier dans votre chambre, lui a dit le président, quelle était votre intention ? — J'étais fermement résolu de le tuer, répond Piers. — L'acte que vous avez commis est un assassinat dans tous les pays ; c'est le plus grand des crimes ? — L'imputation qui m'a été faite est infiniment plus grave que mon action ; c'est l'outrage le plus sanglant qu'on puisse faire à un homme, et, sans être déshonoré, on ne peut laisser vivre celui qui l'a proférée contre vous. — Si vous vous trouviez dans un cas semblable, agiriez-vous de même ? — L'accusé sans hésitation et avec assurance : Oui, monsieur !

» Les jurés, ainsi que nous le disions, l'ont condamné, mais avec *des circonstances atténuantes*. Trois médecins avaient cependant été désignés par le président pour examiner l'accusé avant et pendant les débats. Ils ont déclaré unanimement que ce malheureux avait été le jouet de ses hallucinations, que ces erreurs de l'ouïe l'avaient conduit à une action criminelle dont il n'appréciait évidemment pas la portée, enfin qu'il devait être renfermé dans une maison d'aliénés et non envoyé à l'échafaud ou au bagne. Mais ni le ministère public, ni les jurés n'ont été convaincus par cette déclaration, et le bagne possédera un monomane de plus. » — (In *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, juillet 1855.)

— Il est de précepte généralement suivi en chirurgie, si les phénomènes vitaux ne suffisent pas pour l'élimination de la nécrose, d'attendre avant d'extraire le séquestre nécrosé avec les instrumens, que ce séquestre soit mobile, et, s'il est invaginé, que le nouvel os soit formé. Ce précepte est combattu par M. Mayor père, de Genève. Il le croit erroné, et il publie une série de quatorze observations, dans lesquelles il a suivi une pratique contraire, et qui prouvent, selon lui, qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la formation du nouvel os et la mobilité du séquestre pour extraire ce dernier.

Si l'on se rappelle, dit ce chirurgien distingué, les phénomènes qui se passent sur l'os vivant, dans le voisinage de celui qui a été frappé de mort à la suite d'une cause quelconque, on aura une explication suffisante de leur séparation, c'est-à-dire, la discontinuité de la fibre osseuse vivante de celle qui a été frappée de mort. Cette dernière n'étant plus soumise aux phénomènes vitaux, tous ses élémens restent immobiles et identiquement les mêmes, soit sous le rapport de la composition, soit sous celui du volume ; tandis que, dans le premier, l'os vivant, la vie se manifeste par l'inflammation, l'absorption des parties salines, le ramollissement de son tissu, son augmentation de volume ou la formation des bourgeons charnus, enfin, par l'épanchement de la lymphe plastique, qui se fait à la surface de ces derniers. Dans l'un, l'immobilité de ses parties constituantes, dans l'autre, les phénomènes vitaux qui viennent d'être énumérés, doivent nécessairement établir une solution de continuité entre les parties vivantes de la fibre

Feuilleton.

DE L'OXYGÈNE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE;

Par M. le docteur MIALHE.

(M. Mialhe va publier un ouvrage sous ce titre : *Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*. L'article suivant est un chapitre de cet ouvrage, dont M. Mialhe nous a permis de l'extraire, et que nos lecteurs liront avec intérêt.)

I. — « Si l'on examine, dit M. Dumas, quels sont les deux principaux produits excrétés par un animal, on constate que par les poumons il expulse de l'acide carbonique et de l'eau, par les urines il perd de l'oxyde d'ammonium. Un simple coup d'œil jeté sur ces matières nous fait voir qu'elles sont des produits d'oxydation, et nous pouvons en conclure que, dans un animal, les fonctions de la vie se font par des procédés d'oxydation. Mais, pour oxyder du carbone et de l'hydrogène, il faut de l'oxygène; or, la respiration en fournit qu'elle emprunte à l'air atmosphérique. L'oxydation du carbone et de l'hydrogène est accompagnée d'un dégagement de chaleur et d'électricité, l'animal doit donc produire aussi de la chaleur et de l'électricité. L'oxygène est aussi indispensable à la plante qu'à l'animal dans toutes les périodes de la vie. »

Par l'acte même de la respiration, l'oxygène de l'air qui nous environne s'introduit dans les terminaisons bronchiques, où il pénètre par endosmose à travers les parois des capillaires; en contact avec les liquides de l'économie, il est absorbé et passe à l'état de dissolution. Les globules, la fibrine, le sérum, sont les trois parties du sang susceptibles de fixer ce gaz, mais dans des proportions différentes; la fibrine et le sérum en absorbent fort peu, ce sont les globules qui en absorbent le plus. L'augmentation et la diminution, dans certaines limites, de la quantité d'oxygène introduite dans le poumon, est également sans influence sur la respiration, car les globules, dans le cas d'augmentation, n'absorbent jamais que la quantité qu'ils ont la propriété d'absorber, et, dans le cas de diminution, ils s'emparent de tout l'oxygène qu'ils peuvent prendre, tant qu'il y en a dans l'air.

II. — Les phénomènes d'oxydation ont lieu dans toutes les parties du corps où pénètre le sang chargé d'oxygène ; toute matière organisée, morte ou vivante, est douée de la propriété d'absorber et de fixer de l'oxygène, ainsi que l'a démontré Spallanzani.

L'oxygène se combine avec le carbone des substances organisées, non seulement dans les poumons, mais encore dans tout l'organisme ; il le brûle pour faire de l'acide carbonique qui se dégage. Chez les animaux, la quantité d'oxygène absorbée est, en général, plus grande que celle que renferme l'acide carbonique rejeté ; cet excès d'oxygène est employé à la combustion d'autres corps.

L'oxygène exerce son action dans l'économie sur le carbone, l'hydrogène, le soufre, le phosphore. Il attaque les principes immédiats, sang, albumine, fibrine, graisse, etc., ainsi que les matières alimentaires, soit animales, soit végétales, qui, introduites dans la cavité digestive, passent dans le torrent circulatoire pour servir à la nutrition.

Parmi ces matières, les unes sont azotées : fibrine, albumine, caséum, gluten, gélatine ; elles se combinent plus ou moins lentement avec l'oxygène pour former une certaine quantité d'eau, d'acide carbonique, d'acide urique, d'urée, de sulfates, de phosphates ; mais, tout en s'oxydant en plus ou moins grande proportion, elles ne doivent point disparaître par la combustion, elles ne prennent qu'une part fort restreinte dans la production de la chaleur, et sont destinées, en grande partie, à l'entretien et à la réparation des organes de l'économie : c'est pourquoi elles sont appelées *alimens plastiques*.

Les autres sont des matières végétales, hydrocarbonées, telles que les sucres et les substances amylacées, qui, pendant la digestion, ont passé à l'état de glycose ; elles s'unissent promptement à l'oxygène et se brûlent presque entièrement, en donnant naissance à de l'eau, de l'acide carbonique, et à un grand dégagement de chaleur. L'excès qui échappe à cette combustion est utilisé dans l'économie ou rejeté par les urines. Elles sont dites *alimens respiratoires*, en raison de la grande part qu'elles prennent à la calorification et à la respiration, phénomènes auxquels viennent également concourir les matières grasses et huileuses.

Il ne faudrait pas, cependant, donner une valeur trop absolue à la distinction que nous venons d'établir avec les physiologistes modernes, entre les alimens plastiques et les alimens respiratoires. Cette distinction est plus théorique que réelle. En effet, chez l'animal qui engraisse, une portion des alimens dits respiratoires se dépose dans la trame de ses tissus, dont elle devient partie constituante, c'est-à-dire qu'elle est transformée en aliment plastique. Chez l'animal qui maigrit, au contraire, ou chez celui qu'on met à la diète, des substances qui avaient fait partie intégrante de la trame organique fournissent des matériaux à l'oxygène de la respiration, c'est-à-dire qu'elles deviennent alimens respiratoires. Mais il n'est nullement nécessaire d'envisager ces conditions exceptionnelles ; chez tout animal il s'opère sans cesse un mouvement de composition et de décomposition dans tous les organes ; les substances dites plastiques qui font partie de leurs tissus sont brûlées au bout d'un certain temps par l'oxygène du sang, pour être rejetées au dehors à l'état d'urée ou d'acide urique, et sont remplacées par d'autres matériaux plastiques.

Aux phénomènes de dissolution et de combinaison de l'oxygène dans l'économie, correspondent des phénomènes d'élévation de température : toutes les fois qu'il y a dans l'organisme diminution de la quantité d'oxygène absorbé, on voit peu à peu la température du corps s'abaisser ; et toutes les fois, au contraire, que cette quantité augmente, la température du corps s'élève. Il y a corrélation entre ces deux phénomènes.

III. — L'importance de l'oxydation et de l'influence qu'elle doit exercer sur l'économie nous paraît être en raison de l'étendue considérable des surfaces et de l'extrême porosité des tissus (1) avec lesquels

(1) « Si l'on compare, avec les propriétés que nous venons d'énumérer, et dont » jouissent tous les corps poreux, les propriétés des substances animales qu'on signale » chez elles dans des circonstances analogues, on acquiert la conviction que, dans de » certaines directions, elles ont des pores, quoique les méats soient d'une finesse telle, » que les meilleurs microscopes ne puissent les découvrir dans la plupart des tissus. » (Justus Liebig, *Recherches sur quelques-unes des causes du mouvement des liquides dans l'organisme animal*, dans *Annales de chimie et de physique*, 3me série, t. XXV.)

osseuse et celles qui ont été frappées de mort.

Cette séparation, suivant M. Mayor, est plus prompte qu'on ne le pense ordinairement. Le tableau suivant, tiré des faits qu'il rapporte, démontre ce qu'il avance.

3 fois le séquestre a pu être extrait avant le 30e jour de l'origine de la maladie.		
2	Id.	40e
4	Id.	50e
2	Id.	60e
2	Id.	70e
1	Id.	80e
2	Id.	90e

Dans neuf de ces cas, il n'y avait aucune apparence de mobilité du séquestre. Dans trois, elle était douteuse ; enfin, elle n'était manifeste que dans quatre d'entre eux, et toujours, dans ces neuf premiers cas, il a pu, sans trop d'efforts, opérer la séparation du séquestre de l'os vivant, et cela, sans jamais avoir éprouvé aucun inconvénient à la suite des manœuvres qu'il a été obligé d'employer.

Si l'os mort, quoique séparé de l'os vivant, n'est pas mobile, cela dépend de l'irrégularité des extrémités du séquestre, qui se trouvent enchassées dans des irrégularités pareilles de l'os qui a survécu, et non pas de la continuation de leur tissu. Elles n'ont plus aucune continuité entre elles, par conséquent, il n'y a aucun inconvénient à employer un peu de force pour les disjoindre. Il n'est donc pas nécessaire d'attendre la mobilité du séquestre pour en faire l'extraction.

Quant à la nécessité d'attendre la formation du nouvel os pour extraire le séquestre, M. Mayor ne la comprend pas davantage ; au contraire, cette formation rend très compliquée et douloureuse l'opération nécessaire pour cette extraction, et il peut dire même impossible dans la plupart des cas de nécrose de l'humérus et du fémur, tandis qu'elle est très facile, très simple, et peu douloureuse à faire, même sur ces deux derniers os, lorsqu'on opère, au plus tard, dès le troisième mois de la maladie, avant l'ossification du périoste ; elle peut même être faite plus tôt, comme une de ses observations l'a démontré.

Quelle est la nécessité d'attendre la formation du nouvel os pour extraire le séquestre ? Ce dernier doit-il servir de moule au premier pour lui conserver la forme primitive de l'os ? Cela n'est pas nécessaire, assure M. Mayor. Un cas qu'il rapporte où le nouvel os, le fémur, s'est solidifié sous une forme plate, démontre que, malgré cela, les muscles y ont trouvé des points d'appui convenables pour faire exécuter à la cuisse tous les mouvemens nécessaires à ce membre. Ou bien le séquestre est-il indispensable pour servir comme attelle pendant l'ossification du périoste, afin de combattre l'action musculaire qui tend à raccourcir le membre ? Cela n'est pas plus nécessaire, dit l'auteur. Un appareil à extension et contre-extension, en contrebalançant l'action musculaire, remplit suffisamment les indications nécessaires pour conserver au membre sa longueur et sa direction naturelle.

Plusieurs des cas d'extraction de séquestre que l'auteur rapporte, démontrent tous les avantages qu'il y a à ne pas attendre la formation du nouvel os pour faire cette opération ; car, l'emploi d'un simple bistouri pour inciser les parties molles et le périoste d'une consistance plus ou moins cartilagineuse, un levier pour séparer le séquestre de l'os vivant, et une pince pour l'extraire ont suffi pour cela ; tandis que la scie à rotation, à chaînette, le trépan, la gouge, le maillet et diverses formes de tenailles deviennent nécessaires pour cette opération, lorsqu'on a attendu la mobilité du séquestre et la formation du nouvel os.

M. Mayor en appelle à l'expérience des chirurgiens, qu'il sollicite vivement de le suivre dans cette voie. — (In *Revue médico-chirurgicale de Paris*, *juin* 1855.)

— M. le docteur Guépin, de Nantes, propose une série de formules, parmi lesquelles nous choisissons les suivantes :

Liquide vésicant.

Ammoniaque	1 partie.
Huile	2 —

« Prenez un morceau de ouate de la grandeur du vésicatoire que vous voulez faire. Enlevez d'un côté la partie gommée. Mouillez-le fortement avec le liquide ci-dessus du côté qui n'a plus de gomme, et appliquez ce vésicatoire sur la partie à laquelle il est destiné. En cinq minutes l'effet sera produit.

Pommade.

» Voici la formule d'une des meilleures pommades résolutives que l'on puisse employer contre les engorgemens scrofuleux :

Axonge	30 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	2 —
Iodure de plomb	1 —

Eau sédative.

Eau	150 grammes.
Ammoniaque	10 —
Alcool camphré	4 —
Sel marin	6 —

Ne filtrez pas.

» Des compresses trempées dans ce liquide réussissent supérieurement dans les entorses, les luxations, les contusions, dans beaucoup d'érysipèles, dans les piqûres d'abeilles et de guêpes. Un jour, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, l'on nous amena, salle 12, une femme atteinte de phlébite par suite d'une morsure de sangsue à la cheville du pied. Le membre inférieur droit était très gonflé, érysipélateux : nos internes regardaient la mort comme certaine. Une application de cette eau sédative fut faite. Douze heures plus tard tout danger avait disparu. » — (In *Journal de méd. et de chirurg. prat.*, juillet 1855.)

Amédée Latour.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de M. le professeur Trousseau.

De la spécificité (4e leçon).

Si cette question de la spécificité n'aboutissait qu'à une satisfaction de notre curiosité, je ne m'y arrêterais pas si longtemps. Aussi dois-je vous montrer par des exemples, que c'est une question capitale, à laquelle sont subordonnées et la pathologie et la thérapeutique.

Voyons comment, dans une classe quelconque de maladies, nous n'arrivons à la connaissance positive de chacune d'elles qu'en y reconnaissant des genres, des espèces, et, pour cela, prenons d'abord les névroses. Parmi celles-ci s'en trouvent de générales, d'autres partielles. Étudions d'abord les dernières.

Le nerf de la cinquième paire est le siége fréquent de névralgies qui doivent être rangées en trois groupes très distincts, bien que toutes portent sur le même tronc nerveux ou ses branches ; on en voit une revenir tous les jours ou tous les deux jours, avec des douleurs horriblement violentes, qui durent six, dix, quinze heures, avec larmoiement, coryza, salivation. Dans une seconde forme, la névralgie revient quatre ou cinq fois par jour, dure généralement une ou deux heures, présentant les mêmes douleurs que la première et les mêmes phénomènes du côté des muqueuses. Enfin, la troisième forme reviendra quatre, cinq, six fois par jour, n'occupera qu'un seul tronc nerveux, durera une minute à une minute et demie, causant pendant ce court espace de temps les douleurs les plus aiguës, accompagnées de la contraction des muscles auxquels commande le nerf facial.

Il est déjà fort intéressant de voir que des maladies occupant absolument le même siége, ont dans leur marche, leur durée, et leurs retours des manières d'être si distinctes. Mais voici le véritable intérêt de cette spécification :

De ces trois névralgies, l'une guérit admirablement par le quinquina, surtout si elle débute dans l'après-midi ; car le plus souvent, dans ce cas, elle n'est qu'une fièvre larvée, palustre. Si, au contraire, elle débute avec le lever du soleil et va croissant à mesure que celui-ci monte sur l'horizon, il est ordinaire de la voir disparaître d'elle-même, après six ou huit accès, ou bien sous l'influence d'une médication perturbatrice, tel qu'un vomitif.

La deuxième forme est, le plus souvent, sous la dépendance de la chlorose ou d'une diathèse rhumatismale, et, dans le premier cas, cède parfaitement aux ferrugineux et à une alimentation réparatrice ; contre celle de nature rhumatismale, la vératrine, le colchique, la belladone surtout, seront dirigés avec la plus grande chance de succès.

Quant à la troisième forme, celle qui n'occupe qu'un seul tronc, ne dure qu'un temps fort court, elle est incurable ; vous la verrez se renouveler sans cesse, quoi que vous fassiez, et tuer le malade de douleur.

Où seraient les bases du pronostic et du traitement, si nous ne savions distinguer qu'il y a dans ces trois formes quelque chose de tout spécial ? Dans ces cas, le médecin qui croit à la spécificité, marche dans une voie sûre, tandis que celui qui manque de ce guide, se débat dans le vide et ne tombe que par hasard ou bien après avoir parcouru le dédale d'une thérapeutique incertaine, au remède qui doit faire justice de la maladie.

En faisant l'histoire de l'épilepsie, nous avons parlé avec détail de ce mal rapide qui consiste dans une séquestration très courte de l'individu, du monde extérieur ; séquestration si courte, que le malade n'a eu que le temps de fermer les yeux, et que tout est fini. Cette forme, nous l'avons nommée le vertige épileptique. Mais il existe beaucoup d'autres vertiges ; la danse et le roulis d'un navire en donnent un particulier ; un autre succédera aux pertes de sang abondantes ; un dernier, très fréquent, à une mauvaise dispositiou de l'estomac (*Vertigo a stomaco leso*). Pensez-vous qu'il soit indifférent de les distinguer les uns des autres ? Voici de quoi vous convaincre du contraire. Le premier est de la plus haute gravité, et ce n'est que dans quelques cas rares qu'une thérapeutique appropriée peut en conjurer les effets. Le second cesse avec les causes qui l'ont produit. Celui qui dépend d'un état anémique est combattu avec pleine chance de succès par le fer, et une alimentation riche. Quant à celui qui provient d'un embarras gastrique, chez les individus qui ont la digestion pénible, accompagnée de la formation de gaz de renvois acides, il cède merveilleusement aux alcalins, suivis de l'administration de quelques décoctions amères. Tout ceci va de soi, après les

---

l'oxygène est incessamment en contact par suite de l'activité non interrompue du torrent circulatoire qui lui sert de véhicule. Ces surfaces multipliées et cette extrême porosité des tissus sont propres à produire de puissans effets chimiques, tout aussi bien qu'un morceau de platine en éponge ou un corps poreux analogue.

Le pouvoir chimique inhérent à ces conditions d'étendue et de porosité est connu. M. Dumas a démontré avec quelle facilité l'acide sulfhydrique se transforme en acide sulfurique sous la seule influence des toiles humides.

Les expériences de M. Dœbereiner sur les sucres fermentescibles en contact avec du noir de platine alcalinisé légitiment parfaitement la comparaison que nous établissons entre les tissus animaux et les corps poreux.

Il est donc permis de chercher l'explication des faits chimico-physiologiques d'oxydation dans cette texture particulière des membranes animales, disposées de telle manière que les liquides qui les imprègnent sont sans cesse mis en contact avec l'oxygène, lui livrent les substances qu'il doit oxyder au profit de l'organisme, et entraînent ensuite au dehors les résidus inutiles auxquels cette oxydation a donné naissance.

Ainsi, une surface immense d'une texture poreuse et perméable, un mouvement circulatoire continu qui répète et multiplie les contacts à l'infini, une température assez élevée et constamment uniforme, telles sont les conditions que la nature a fait concourir à l'accomplissement de l'oxydation des matières assimilées.

IV. — Si l'on compare la composition chimique des produits des diverses excrétions du corps avec celles des matières ingérées qui fournissent les élémens nécessaires à la nutrition et à la respiration, on verra que ces produits des excrétions ne sont, en définitive, que le résultat d'une véritable combustion vivante ; c'est-à-dire que la plupart des matières absorbées pendant l'acte de la digestion subissent, dans le travail de la nutrition, une série de transformations comparables à celles qui résulteraient de leur contact avec l'air libre, aidé d'une température plus ou moins élevée.

La combustion incessante, mais lente et partielle, qui s'opère dans l'économie, n'est pas un phénomène entièrement identique avec la combustion active d'un foyer. Il existe, entre le foyer de l'économie et un foyer de laboratoire, une différence capitale. Dans ce dernier, toute substance combustible est entièrement brûlée ; sous l'influence d'une oxygénation si puissante, tout produit organique est détruit ; après avoir été préalablement transformé en produits plus complexes, qui sont ceux de la distillation sèche, il donne ordinairement, pour résultat final, eau et acide carbonique. Dans le foyer de l'économie, l'action comburante est beaucoup plus limitée : l'oxygène n'attaque pas indistinctement toutes les matières qu'il rencontre sur son passage, mais seulement celles qui, de leur nature, sont aptes à se combiner avec lui, ou bien qui le deviennent par suite de transformations qu'elles ont subies dans l'organisme.

V. — On peut diviser en trois groupes toutes les substances organiques introduites dans le torrent circulatoire :

1° Substances directement oxydables par l'économie ;
2° Substances indirectement oxydables ;
3° Substances qui résistent à l'oxydation au sein de l'organisme.

Premier groupe. — Ces matières sont toutes très facilement décomposées par l'oxygène, soit à l'air libre, soit au sein de l'économie vivante ; elles absorbent l'oxygène d'autant plus abondamment qu'elles présentent plus de surface, et d'autant plus rapidement qu'elles ont plus de solubilité.

Ce sont les hydrogènes sulfuré, sélénié, arsénié et autres, l'alcool, les huiles volatiles, le tannin, les matières extractives, les sels alcalins à acides organiques, tels que les tartrates, les citrates, etc., les matières albuminoïdes, etc.

Les chimistes savent que, au contact de l'air et à la température ordinaire, ces corps éprouvent une oxydation lente, mais réelle : les hydrogènes sulfuré, sélénié, arsénié, donnent naissance à de l'eau et à des produits acides dont le degré d'oxydation peut varier suivant les circonstances ; l'alcool passe peu à peu à l'état d'acide acétique, transformation à laquelle on peut singulièrement aider en élevant légèrement la température et opérant l'extrême division du liquide ; les huiles volatiles se résinifient ; le tannin en dissolution se change en acide gallique et autres acides ; les dissolutions des tartrates et des citrates alcalins et autres sels analogues laissent pour résidu des carbonates alcalins ; enfin, les matières albuminoïdes se transforment en divers produits d'oxydation encore mal connus, et dont l'ensemble a reçu le nom de fermentation putride.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Dans sa séance du 22 juin, la Société de botanique de France a décidé qu'il y aurait une session extraordinaire, le 10 août, à 7 heures et demie, au lieu ordinaire de ses séances, rue du Vieux-Colombier, 22 ; cette séance pourra, si les membres présens le jugent convenable, être suivie de plusieurs autres, et d'herborisations dans les environs de Paris.

---

distinctions que nous avons faites; mais sans elles tout devient confusion. Vous portez un pronostic léger sur le vertige épileptique; dans le vertige stomacal, vous voyez une nuance d'apoplexie, et vous courez vite aux émissions sanguines, passant à côté du traitement efficace. Vous refusez à l'individu anémique l'alimentation qui lui est nécessaire, dans la crainte des congestions, heureux encore si vous ne lui retirez pas du sang qui lui manque.

Examinons un peu l'affection de la muqueuse buccale. Un enfant, arrivé à l'âge de la dentition, est pris d'une fièvre vive; au cou et autour de la mâchoire apparaissent des engorgemens ganglionnaires; les gencives se tuméfient, ainsi que la langue, et se couvrent d'ulcérations multiples; le petit malade refuse les alimens et les boissons; il s'amaigrit, et son état paraît très inquiétant, pourtant ce n'est rien, les dents sortent, et tout ce bruit se termine rapidement sans traitement.

Une autre stomatite est caractérisée par de petites ulcérations très superficielles, très douloureuses sur les gencives, les lèvres, la langue, et dure quinze à vingt jours, plus ou moins; l'attouchement de ces aphthes, avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre, en opère rapidement la guérison.

Dans d'autres cas, soit chez un enfant ou un adulte, vous voyez survenir autour de la sertissure des gencives, un petit liseré blanchâtre, formé par une pellicule mince qui finit par occuper toute la hauteur de la gencive, et reste cantonné dans la région des incisives; si vous abaissez la lèvre, vous voyez la gencive très facilement; tout cela, du reste, sans douleur, presque sans troubles généraux.

Cette petite affection, très insignifiante en apparence, dure des mois, et pendant cet intervalle, vous voyez, dans la famille, un enfant prendre le croup, un autre, une angine couenneuse. C'est que cette petite affection, si insignifiante en apparence, n'est autre chose qu'une diphthérite gengivale, qui peut donner l'affection couenneuse dans ses formes les plus graves, et demande à être attaquée par les caustiques les plus énergiques; placez à côté de cette gengivite spéciale, un muguet un peu confluent, il paraîtra certainement beaucoup plus grave qu'elle, pourtant il suffira d'un peu de borax pour le guérir. Voici un autre exemple, entre mille, de l'importance qu'il y a de reconnaître la nature spéciale des maladies; chez un enfant de 5 ou six ans, il se forme, autour d'une dent malade, une petite ulcération qui se recouvre d'une légère exsudation blanchâtre; c'est là le début; le lendemain, la joue se tuméfie; la peau qui la recouvre est luisante, à peine colorée; vous n'êtes pas sur vos gardes, et vous dites: c'est une fluxion, ça passera comme une fluxion. Le lendemain, la joue est rouge, dure, saillante, et le jour d'après, sur le point le plus saillant s'est formée une phlyctène, une tache noirâtre. L'enfant est mort et a une gangrène de la bouche.

Il faut donc nous habituer à voir sur la muqueuse de la bouche des affections aussi différentes les unes des autres, aussi spéciales que celles qui se montrent sur la peau. Car, c'est dans le caractère de spécificité que vous devez trouver l'indication du traitement. Ainsi, dans la gangrène, vous n'avez qu'une chance de salut, c'est dans l'emploi du cautère actuel: arrachez la dent, et portez hardiment le fer rouge sur les parties malades. La diphthérite gengivale devra être attaquée par les caustiques, sous peine de la voir se propager; tandis que les collutoires au borax suffiront contre le muguet.

Tout récemment, à propos de maux de gorge, des discussions et des opinions, émises anciennement, se sont reproduites. Certainement l'angine scarlatineuse s'accompagne de la production d'une pellicule pseudo-membraneuse; il en est de même pour l'angine phlegmoneuse, le plus souvent pour l'herpès du pharynx; l'acide chlorhydrique, la cantharidine, produisent aussi une fausse membrane sur les muqueuses. Mais qu'y a-t-il de commun entre ces affections et la diphthérite, rien qu'une apparence trompeuse; jamais elles ne bougent de place; la production couenneuse qui les accompagne meurt là où elle est née; elle est dépourvue de cette tendance envahissante, en vertu de laquelle la diphthérite gagne le voile du palais et les fosses nasales, par en haut, et descend dans le larynx pour y produire le croup. Aussi, tandis qu'il faut contre cette dernière employer une série de moyens énergiques, dont le dernier est la trachéotomie, les moyens les plus simples donnent, avec les autres, des résultats en apparence merveilleux que vous employez contre l'angine scarlatineuse, le bicarbonate de soude, ou une bénigne décoction de figues, elle guérira sûrement de même que l'éruption cutanée; mais vous ne l'aurez pas guérie, soyez-en bien sûrs, car elle eût aussi bien guéri sans votre intervention. Faute d'avoir connu la spécificité, vous vous êtes trompé sur l'importance du remède, et vous avez trompés le public après vous.

Sans la connaissance de la nature spéciale des différentes affections, vous verrez votre thérapeutique livrée au plus grand écart. S'adressant, avec une violence inutile, à des affections qui n'ont de grave que l'apparence; abandonnant au contraire à des moyens impuissans des affections qui, sous une fausse apparence de bénignité, cachent la gravité la plus terrible, non pas que je veuille dire que la spécification doive vous conduire à trouver un remède spécifique pour chaque maladie spécifique; on me l'a fait dire, mais je ne l'ai jamais dit; je sais trop bien que des affections très différentes guérissent par le même moyen; que l'ophthalmie blennorrhagique et celle du nouveau-né cèdent toutes deux au nitrate d'argent; que la pustule maligne et le furoncle sont détruits par les caustiques; mais, ce dont je reste convaincu, c'est que la spécification est la seule voie qui conduise à une thérapeutique efficace.

(*La suite à un prochain n°.*) Dr E. Archambault.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles Roux.)

Trentième Leçon.

Sommaire. — Coquilles fossiles. — Hypothèse des *Jeux de la nature*, imaginée par la philosophie scholastique; rejetée par Bernard Palissy.

Nous avons établi la chronologie du globe. Primitivement il était fluide, fluide d'une liquéfaction causée par le feu, incandescent; pendant une longue suite de siècles, pas un être animé n'a paru à sa surface; l'eau n'existait qu'à l'état gazeux, et dans l'atmosphère. Peu à peu, le globe s'est attiédi, les parties extérieures sont devenues solides; la vapeur d'eau s'est condensée et précipitée, les mers se sont formées. La vie a paru. A plusieurs reprises le feu central, mal contenu dans sa frêle enveloppe, l'a soulevée; par suite, les mers se sont déplacées et ont amené d'immenses destructions d'êtres vivans. Toutes ces ruines, tous ces décombres constituent le sol que nous foulons aujourd'hui.

Telle est la série des évolutions par lesquelles a passé le globe.

Cette histoire géologique a, dans son ensemble, tous les caractères de la certitude. Mais, si nous voulons descendre dans les détails, notre marche sera moins assurée; les guides nous manqueront souvent. L'histoire du globe doit-elle être divisée en sept époques, comme le veut Buffon, et chacune de ces époques a-t-elle la durée que lui a assignée le grand naturaliste? C'est matière à controverse, comme vous pensez bien. Et il n'y a là rien qui doive nous surprendre: dans un passé qui date d'hier, quoi de plus incertain que l'histoire des hommes? Fontenelle n'a-t-il pas dit, non sans quelque raison, que les histoires civiles sont des fables convenues?

Dans sa généralité, l'histoire du globe n'en est pas moins certaine. Je devais vous la faire connaître, vous parler du globe avant de vous parler de ses premiers habitans. Je devais disposer la scène avant l'apparition des acteurs.

L'étude des fossiles que nous allons commencer ne consistera point en une nomenclature, en une classification. J'examinerai les espèces fossiles au point de vue physiologique qui nous intéresse, je les étudierai dans leurs rapports entre elles et dans leurs rapports avec les espèces actuelles.

Je tâcherai de résoudre ce grand problème auquel la physiologie ne peut rester indifférente: *Y a-t-il eu unité ou multiplicité de création?* problème qui se lie à celui-ci: *Y a-t-il unité dans le règne animal?*

Pour préparer la solution de cette double question, nous devons d'abord nous poser celle-ci: Les fossiles forment-ils un groupe spécial, exclusif, un système dans lequel, toutes les espèces ayant des analogies entre elles, aucune d'elles n'a d'analogies avec les espèces vivantes?

S'il en était ainsi, il est clair que les fossiles ne pourraient entrer dans la classification des animaux vivans; et le physiologiste voyant que les espèces perdues sont, d'une part, conformes entre elles, et que, de l'autre, elles sont différentes des espèces vivantes, le physiologiste serait fondé à dire: Les fossiles forment un autre règne.

Il n'en est point ainsi: considéré en lui-même, le groupe des fossiles n'a pas une parfaite *homogénéité;* considéré relativement aux espèces vivantes, il n'offre pas davantage le caractère de l'*extranéité;* plusieurs des espèces disparues ne sont pas conformes entre elles, et toutes ont des analogies avec les espèces actuelles; toutes rentrent dans les tribus formées par les zoologistes. Ainsi, la faune vivante a, parmi ses embranchemens, celui des Vertébrés qui embrasse les classes des mammifères, des oiseaux, des reptiles, des poissons; pareillement, nous trouvons parmi les fossiles, d'abord des Vertébrés, et puis des Vertébrés de chacune des quatre classes. Nos mammifères se subdivisent en carnassiers, rongeurs, ruminans, etc.; et nous trouvons de même, dans les fossiles, des carnassiers, des rongeurs, des ruminans, etc.

Nous sommes de la sorte amenés à conclure qu'il n'y a eu qu'une création, puisqu'il n'y a qu'un règne animal.

Je ne fais ici qu'effleurer la question. Les études que nous allons commencer sur les différentes espèces fossiles nous aideront à l'élucider, et sa solution fera l'objet de mes dernières leçons.

Nous étudierons d'abord les coquilles fossiles.

C'est à leur découverte, je l'ai dit, que nous devons la première idée du déplacement des mers. Les anciens eux-mêmes avaient observé le fait avec étonnement. On trouve les traces du fait et de l'idée qui s'y rattache dans les écrits de Strabon, de Sénèque, de Platon; on les trouve dans les poètes. Ovide a dit (*Métamorphoses*, liv. XV):

Vidi ego quod fuerat quondam solidissima tellus,
Esse fretum: vidi factas ex æquore terras,
Et procul à pelago conchæ jacuere marinæ,
Et vetus inventa est in montibus anchora summis;
Quodque fuit campus, vallem decursus aquarum
Fecit, et eluvie mons est deductus in æquor.

Vous le voyez: Ovide ne doute pas que la mer n'ait recouvert la terre sèche; seulement l'ancre qu'il place au sommet d'une montagne peut être regardée comme du domaine de la poésie.

La découverte des coquilles marines sur la terre étonna moins l'antiquité chrétienne: c'est que, chez elle, l'histoire du déluge était populaire.

Pour la philosophie scholastique qui entendait finesse à tout, les coquilles n'étaient pas des témoins du séjour des eaux sur le globe; la déduction eût été trop naturelle. La scholastique enseigna au xvme et au xvime siècles que les coquilles étaient, non des débris d'animaux marins, mais des caprices, des *jeux de la nature*, la nature *se jouait* à donner aux pierres des ressemblances avec les animaux. Conception puérile et absurde!

Le premier qui ait combattu l'erreur des *jeux de la nature* est un potier de terre, homme de génie, Bernard Palissy. Pour populariser ses idées et provoquer la contradiction, il avait ouvert à Paris un cours d'histoire naturelle, le premier qu'on y ait professé (1575). Il nous apprend lui-même que, ne sachant ni grec ni latin, il aurait été bien aise de connaître les opinions des philosophes de l'antiquité touchant ces matières:

« Estant en ce débat d'esprit, dit-il, je m'avisay de faire mettre des affiches par les carrefours de Paris, afin d'assembler les plus doctes medecins et autres, ausquels je promettois monstrer en trois leçons tout ce que j'avois conneu des fontaines, pierres, metaux et autres natures. Et, afin qu'il ne s'i trouvast que des plus doctes et des plus curieux, je mis en mes affiches que nul n'i entroit qu'il ne baillast un escu à l'entrée desdites leçons et cela faisay-je en partie pour voir si, par le moyen de mes auditeurs, je pourrois tirer quelque contradiction, qui eust plus d'asseurance de vérité que non pas les preuves que je mettois en avant; sçachant bien que si je mentois, il y en auroit de Grecs et de Latins qu'il me résisteroyent en face..... Ils m'eussent bien rembarré: car, j'avois mis par mes affiches que, partant que les choses promises en icelles ne fussent véritables, je leur rendrois le quadruple. Mais, grâces à mon Dieu, jamais homme ne me contredit d'un seul mot. »

La réfutation de l'idée des *jeux de la nature* dut, en effet, trouver faveur devant un auditoire sérieux, comme était celui de Palissy. Le professeur a soin de nous donner la liste de ses auditeurs: ce sont des médecins pour la plupart, et parmi eux figure le grand chirurgien Ambroise Paré.

L'hypothèse des *jeux de la nature* persista longtemps; elle était encore plus ou moins dominante au xviiime siècle, et acceptée même par l'esprit singulier en qui se personnifie ce siècle, par Voltaire. « Le *jeu de la nature*, dit-il en propres termes, a imprimé aux pierres la ressemblance imparfaite de quelques animaux (1). »

Les paléontologistes comptent cent quarante mille espèces de coquilles fossiles.

Vous avez devant les yeux quelques-unes de ces coquilles, débris de mollusques marins. Je signale les suivantes à votre attention:

Les *térébratules*. Elles se trouvent dans les terrains anciens et dans les terrains secondaires. Un souvenir qui intéresse la science est lié à ces coquilles: Cuvier m'a souvent dit que c'est en examinant, sur la côte de Fécamp, des térébratules fossiles, que la première idée des espèces perdues lui était venue.

Les *bélemnites*. Ces fossiles ont donné lieu aux plus singulières méprises: le peuple les regardait comme des *pierres de foudre*; au xvime siècle, des naturalistes, adoptant un autre préjugé qui voulait que la bélemnite fût une concrétion de l'urine du lynx, l'appelaient *lyncurion*.

Les *ammonites* ou *cornes d'Ammon*, coquilles gigantesques. Ce sont ces fossiles qui, avec les dents du mastodonte, étonnèrent le plus Buffon.

Nous trouvons ces coquillages, soit libres, soit engagés dans la pierre. Comment se trouvent-ils ainsi engagés, enveloppés dans la pierre? Stenon résolut ce problème dans son livre: *De solido intrà solidum contento* (1669). Il fit voir que la coquille ne peut se trouver dans la pierre, que parce que celle-ci a commencé par être à l'état liquide ou de pâte molle. Devenue solide, la pierre a gardé la coquille emprisonnée.

Je vous ai déjà parlé de Stenon comme anatomiste et comme géologue. C'est aussi lui qui nous a appris que toute couche sédimentaire inclinée est une couche *redressée*: dans le principe, les sédimens se sont tous déposés horizontalement, et les couches qui sont venues successivement s'étager les unes sur les autres, devraient toutes présenter, dans cet arrangement, la même horizontalité; mais, le feu central les ayant violemment soulevées ou rompues, elles se sont redressées; et depuis, elles ont conservé leur inclinaison, pendant que le travail lent et régulier des eaux déposait à leur base de nouvelles couches horizontales de sédiment.

Les coquilles fossiles que nous avons sous les yeux ne diffèrent pas d'une manière *infinie*, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire d'une manière qui ne soit pas déterminée, limitée, des coquilles actuelles, et déjà nous concevons que la création des mollusques, fossiles ou vivans, a pu être faite du même coup.

(*La suite du cours prochainement.*)

OBSÈQUES DE M. VALLEIX.

Nous avons vu des obsèques plus pompeuses, nous n'en avons jamais vu de plus touchantes. Une foule attristée de confrères et d'amis a voulu rendre les derniers devoirs à M. Valleix. La soudaineté de la catastrophe, cette mort si imprévue, cette carrière brisée au milieu de sa course, le courage et la fermeté de Valleix au moment suprême, ses qualités brillantes et solides, sa fin cruelle, mais glorieuse sur le champ de bataille de la profession, les regrets qu'il inspire, les amis qu'il laisse et qui le pleurent, étaient le sujet de tous les entretiens, et chacun ne s'abordait dans l'appartement mortuaire qu'avec une émotion profonde, et presque tous avec des larmes dans les yeux.

Valleix n'avait d'autre titre officiel que le plus beau de tous, celui de médecin des pauvres, de médecin d'hôpital; mais Valleix était aimé, honoré, estimé, et ses funérailles n'ont eu d'autre éclat que celui — et il vaut bien les pompes officielles — que peuvent donner l'estime et l'affection. Les médecins des hôpitaux, ses collègues, en très grand nombre, à la tête desquels a voulu marcher le digne et respectable M. Davenne,

(1) Voltaire donna sur l'existence des coquilles fossiles une autre hypothèse, qui, du moins, a le mérite d'être plaisante: il prétendit que ces coquilles provenaient des pèlerins du moyen-âge, qui, allant à Rome ou en Terre-Sainte, les avaient laissées tomber en chemin.

Buffon combattit de pareilles puérilités. De là une querelle entre les deux grands hommes, querelle qui dura peu d'ailleurs: Voltaire en sortit par une saillie et Buffon par une phrase magistrale. Voltaire déclara « qu'il ne voulait pas rester brouillé avec M. de Buffon pour des coquilles. » Et Buffon de son côté: « Je déclare le vrai de mes sentimens, autant pour M. de Voltaire que pour moi-même et pour la postérité, à laquelle je ne voudrais pas laisser douter de la haute estime que j'ai toujours eue pour un homme aussi rare et qui fait tant d'honneur à son siècle. »

directeur de l'assistance publique, les Sociétés médicales libres, dont Valleix faisait partie, la *Société des médecins des hôpitaux*, la *Société médicale d'observation*, la *Société anatomique*, un grand nombre d'internes et d'externes des hôpitaux, l'Union Médicale, dont Valleix était actionnaire, et dont il avait été un des plus actifs et dévoués collaborateurs, représentée par son rédacteur en chef, son gérant et par son Comité de rédaction, les rédacteurs des *Archives de médecine* et du *Bulletin de thérapeutique*, des professeurs, des membres de l'Académie de médecine, des médecins de la ville, plusieurs de ses anciens élèves, des gens du monde, parmi lesquels quelques artistes célèbres, les amis qu'il possédait dans toutes les classes de la société, telle était la composition du funèbre cortége.

M. l'abbé Valleix, frère du défunt, qu'un hasard cruel et heureux à la fois avait conduit à Paris le jour même de la mort de son frère, et qui a pu remplir le douloureux devoir de lui fermer les yeux, conduisait le deuil. A ses côtés avait voulu marcher, abattu, consterné, le maître de Valleix, son ami dévoué, M. Louis, dont la douleur profonde émouvait tous les cœurs. M. Louis, dont le cœur saigne comme au premier jour de la perte cruelle de son fils bien aimé, M. Louis qui, par une fatale coïncidence, conduisait hier un double deuil, le deuil anniversaire de son fils, et le deuil actuel de son ami, a voulu, par un sentiment touchant et pieux que Valleix, son fils d'affection, repose auprès de son fils, et que la même pierre recouvre ces deux objets de sa tendresse.

Après la cérémonie funèbre, le corps a été porté au cimetière Montparnasse, où les derniers devoirs ont été rendus à notre malheureux confrère et ami.

Au nom de la *Société médicale des médecins des hôpitaux de Paris*, M. le docteur Woillez, d'une voix émue, a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

Il y a six mois à peine que les membres de la Société médicale des hôpitaux suivaient, à sa dernière demeure, l'infortuné Requin, rapidement emporté par une courte maladie ; et aujourd'hui, nous voilà réunis de nouveau pour rendre les derniers devoirs à un excellent collègue, frappé aussi dans toute la maturité de l'âge, et qui semblait avoir encore devant lui un long avenir. Nous avons pu le voir tous plein de force et de santé il n'y a pas une semaine encore, et quatre jours ont suffi pour l'enlever à notre affection.

Tout récemment, deux internes distingués mouraient victimes de leur devoir. Pourquoi faut-il que nous ayons aujourd'hui à enregistrer une perte analogue, aussi cruelle qu'inattendue, dans le corps des médecins des hôpitaux? C'est, en effet, auprès de l'un de ses cliens que Valleix a contracté sa dernière maladie, que la science et les soins les plus empressés de l'amitié n'ont pu conjurer. Cette affection, il en constata dès le début l'origine ; et pourtant, tel était chez lui le sentiment du devoir, qu'à peine alité pour ne plus se relever, une de ses pensées fut une pensée de sollicitude pour la jeune fille dont la maladie lui fut si fatale. Deux jours après, elle était guérie, en même temps, hélas! que l'agonie commençait pour lui.

Valleix, né en 1807, débuta par l'internat dans la carrière des hôpitaux, et fut nommé au concours du Bureau central à l'âge de 29 ans, D'autres vous diront tout ce qu'il fit alors et depuis pour la science. Qu'il me soit permis seulement de rappeler qu'étant interne aux Enfans-Trouvés, ce fut la vue de ces petits êtres, me disait-il un jour, qui excita chez lui cette ardeur au travail qui ne se démentit jamais depuis, et qui était servie par cette admirable facilité et cette haute intelligence que vous connaissez tous. Ces qualités réunies nous expliquent comment Valleix a pu produire en aussi peu de temps ces travaux si nombreux et si complets qu'on hésiterait presque à les croire sortis de la plume d'un seul homme, s'ils ne présentaient tous ce même cachet d'exposition facile, de clarté méthodique et de sévère précision, qui était le propre de ses œuvres.

Dans ces dernières années, cette intelligence d'élite, mûrie par l'expérience, s'était révélée sous un nouveau jour. Dans ses conférences cliniques à la Pitié, il attirait des élèves de plus en plus nombreux, grâces à la sûreté de sa méthode dans l'examen de ses malades, à son jugement droit et à la sévérité de ses inductions.

Mais, j'ai hâte de dire ce qu'était l'homme privé, en dehors de ces remarquables conditions intellectuelles. Ah! Messieurs, ne le demandez pas aux indifférens qui le voyaient pour la première fois. Quoique très heureux dans son intérieur, quoique d'un caractère fortement trempé qui, à l'heure suprême, lui a fait envisager la mort avec un calme stoïque, Valleix portait souvent sur sa physionomie les signes soucieux du désenchantement que donne à l'homme l'expérience de la vie. Mais si l'intimité venait rompre cette légère froidenr, quelle bonté parfaite ! quel cœur d'or au-dessuus ! Si estimé qu'il fût, Valleix était imparfaitement connu de beaucoup sous ce rapport ; j'en appelle à ses nombreux amis.....

Il est un de ces amis bien ancien, qui est malheureux entre nous tous de cette perte. Dans son affliction si légitime, il a détourné ce cercueil de son chemin pour le rapprocher de la tombe de son fils bien aimé, et venir pleurer sur tous les deux à la fois ! Quel plus touchant éloge pourrait-on faire de Valleix !

Adieu, si regrettable ami, adieu !

M. le docteur Goupil, au nom de la *Société médicale d'observation*, a pris la parole et s'est exprimé de la sorte :

Messieurs,

Vous connaissez tous les nombreux travaux de M. Valleix et cette existence si laborieuse vons a été dignement représentée, mais la Société Médicale d'observation dont il était un des membres les plus assidus lui devait un dernier souvenir ; M. Depaul, mieux que moi, sans doute, eût rempli ce pieux devoir, si un pénible office ne fût venu s'opposer à sa volonté ; permettez donc, Messieurs, à un membre plus jeune de vous rappeler quel fut toujours pour nous M. Valleix dans cette Société à laquelle depuis longtemps il avait voué son temps et son affection.

A peine était-elle fondée que Valleix, alors interne des hôpitaux, vint y prendre la place que semblaient lui désigner son ardeur pour le travail, son jugement sûr et son esprit solide, plus ardent à rechercher des faits certains qu'à poursuivre de brillantes illusions ; aussi, devenu bientôt vice-président de la Société, fut-il l'un de ceux qui travaillèrent le plus dignement dans ses séances et ses mémoires à montrer l'excellence des principes qu'il avait acceptés. Mais ce n'était pas assez pour lui d'avoir prouvé par de nombreux travaux la supériorité de la méthode qui l'avait amené à une haute position si justement acquise, il aimait surtout à montrer le chemin, à en aplanir les difficultés à ceux qui l'avaient suivi dans la carrière. Toujours exact, toujours assidu à nos séances, alors que de nombreux travaux, un service d'hôpital, une clinique suivie et les exigences d'une nombreuse clientèle semblaient devoir absorber tous ses momens ; il ne manquait jamais de venir s'asseoir parmi nous, jamais non plus il ne laissait échapper l'occasion de nous faire profiter des fruits de ses observations et de son expérience. Sachant allier l'indulgence à un savoir remarquable et adoucir une méthode exacte mais sévère par une affectueuse bienveillances il trouvait toujours le secret de faire voir un oubli sans taxer d'ignorance, de relever une erreur sans adresser un blâme.

C'est cette affabilité et cette affection bienveillante pour tous ceux qui débutaient dans la carrière, qui lui avaient attiré l'affection des élèves en médecine et de ceux qui, comme nous, venaient chercher dans notre Société un moyen laborieux mais sûr d'arriver à la connaissance de nntre art ; aussi, lorsqu'un cruel malheur vint obliger M. Louis à se séparer de nous pour quelque temps, ce fut Valleix que l'estime et l'affection de tous les membres de la Société choisirent pour remplacer un maître qui, par une affection toute paternelle, semblait le désigner pour conserver une œuvre à laquelle il avait si noblement contribué.

A peine une année s'est écoulée depuis le jour où la Société médicale entourait ici même son vénérable fondateur et rendait de pieux devoirs à son fils bien aimé, faut-il donc qu'après si peu de temps un nouveau deuil nous ramène et vienne encore enlever celui qui, par une affection toute filiale semblait vouloir être, pour notre président perpétuel, un second fils, et était pour nous tous un maître et un ami que nous pleurons aujourd'hui et dont nous garderons éternellement la mémoire.

M. le docteur Baucher, au nom de la *Société anatomique*, a prononcé l'allocution suivante :

Je regrette, Messieurs, qu'une indisposition de M. le président perpétuel de la Société anatomique ne lui ait pas permis de rendre un dernier devoir à celui que nous pleurons tous. Sa voix eût été bien plus éloquente, bien plus grave que la mienne, dans cette triste circonstance. Il avait vu, en effet, les premiers efforts ; il avait vu naître les premiers travaux de M. Valleix, dans cette réunion de jeunes intelligences, vives, ardentes, passionnées pour la science et pour les laborieuses investigations. Il aurait pu vous dire avec quel zèle et quelle infatigable activité notre collègue, si regretté, poursuivait ses recherches, simple membre d'abord, puis secrétaire ; enfin, vice-président de la Société. Il vous aurait, en quelques mots, retracé cette vie si remplie pour la science.

Pour nous, Messieurs, notre perte est bien grande. Quel sérieux dans l'étude ! quelle franche et loyale gaîté dans nos réunions annuelles, ou vous avez pu tous le voir, naguère encore, et lui serrer la main ! quelle amabilité ! quelle indulgence ! quelle parole encourageante pour ses jeunes collègues ! quel travail ! quelle opiniâtreté, et surtout quelle loyauté dans son caractère d'homme et de médecin ! et c'est lorsque M. Valleix était devenu une des gloires de notre Société, que, victime de son zèle, de son dévouement, il succombe aux atteintes d'un mal si prompt et si terrible, que nous avons en même temps appris sa maladie et sa mort.

Adieu, cher collègue, si justement regretté ; votre souvenir vivra éternellement dans le cœur des membres de la Société anatomique, et vous serez pour nous et pour nos successeurs un exemple à suivre et à citer.

Un jeune élève des hôpitaux, M. Mercier, ancien externe dans le service de M. Valleix à l'hôpital de la Pitié, a voulu rendre hommage à la mémoire de son maître dans les paroles suivantes :

Cher et digne maître,

Avant que cette tombe ne se ferme pour jamais sur ta dépouille mortelle, permets à un de tes élèves les plus dévoués et les plus reconnaissans, de prendre la parole en ce moment suprême. D'autres voix plus éloquentes que la mienne et pleines d'autorité, viennent de nous apprendre ce que la science et l'humanité perdent en toi ; pour moi, je veux seulement rappeler, en quelques mots, le maître bienveillant et dévoué que la mort impitoyable vient de ravir si promptement aux élèves.

Quel autre plus que toi a des droits à leur reconnaissance ? Quel autre s'est consacré plus complètement à leur instruction ? Chaque jour, animé d'un zèle au-dessus de tout éloge, à cause de son sublime désintéressement, tu venais passer, à l'hôpital, de longues heures employées à nous enseigner cette science si difficile de l'observation exacte, et que tu savais si bien pratiquer. Assis au chevet des lits, tu nous appelais successivement devant toi, et tu nous apprenais à interroger et à explorer méthodiquement les malades. Que de fois je t'ai entendu nous recommander la méthode, et nous dire que sans elle, le diagnostic des maladies était toujours entouré de vague et d'incertitude. Avec quelle bonté, quelle bienveillance tu nous dirigeais dans cet exercice éminemment utile ! Avec quel ménagement tu relevais nos fautes, et tu nous apprenais à les corriger ! Ta patience ne se lassait jamais, et nous trouvions toujours en toi la même douceur, la même aménité. Ce mode de l'enseignement n'est pas, certes, le plus brillant pour le professeur, mais il est le plus utile aux élèves, et c'est pour cela que tu l'avais adopté.

Cette bienveillance touchante, dont le souvenir m'arrache ici des pleurs, cette sollicitude si vive, qui ne se démentait jamais, se continuaient en dehors de l'hôpital, et nous trouvions toujours en toi, cher et vénéré maître, un ami dévoué et prêt à nous aider de ses conseils et de ses lumières. Mais, ce qui, plus que tout le reste, a gravé dans le cœur de chacun de tes élèves un souvenir impérissable de ta bonté, c'est les soins assidus et tout paternels que tu prodiguais avec tant de désintéressement à celui d'entre nous qui se trouvait malade. Au milieu de tes fatigues journalières, tu savais toujours trouver une heure pour venir t'entretenir familièrement avec ton élève souffrant.

Hélas ! cher maître, ce deuil, cette cérémonie funèbre, cette bière devant moi, me rappellent la triste réalité que j'avais un instant oubliée en songeant à tes vertus ; oui, tu n'es plus, il n'est que trop vrai, la mort t'a ravi à notre amitié, mais, si puissante qu'elle soit, elle ne pourra jamais enlever ton souvenir de notre cœur, et la reconnaissance, je te le jure, qu'en particulier je te dois, restera à jamais gravée dans le mien.

M. Barth, dans une improvisation émue, et au nom de l'amitié qui l'unissait à Valleix, a prononcé un discours touchant que nous regrettons de ne pouvoir reproduire.

M. Louis, la voix entrecoupée de sanglots, a prononcé quelques paroles de suprême adieu à ses deux enfans, scène déchirante, qui a jeté une telle émotion dans l'assistance, que celui qui écrit ces lignes a vainement fait appel à son courage et n'a pu dire les paroles suivantes, faible tribut de sa vieille et constante amitié pour Valleix, et qu'il voulait aussi lui rendre au nom de l'Union Médicale :

Cher et vieil ami, adieu !...

Fragilité des destinées humaines ! aujourd'hui, à cette heure même, il y a huit jours, je te pressais la main, je devisais avec toi de tes projets, de tes espérances, de l'œuvre nouvelle dont tu voulais doter la science et dont depuis longtemps tu colligeais les matériaux... Avenir décevant ! vaine espérance ! Il y a huit jours, j'assistais en espoir à un de tes succès nouveaux, et nous voilà, toi, qui paraissais exubérant de force et de santé, dans un froid cercueil, objet de nos regrets et de nos larmes, moi, confondu de ce coup soudain et imprévu qui m'enlève ta vieille et précieuse amitié, accablé de cette foudroyante nouvelle qui m'arriva hier avant d'avoir appris ta courte et terrible maladie.... Car, malheureux ami, je n'ai pas eu la triste consolation de te serrer une dernière fois la main !....

Comme pour nous montrer, Messieurs, sa funeste et mystérieuse puissance, la mort vient saisir parmi nous un des plus jeunes, un des plus forts, celui à qui peut-être, par son énergique constitution, pouvait être promis la plus longue carrière.

Vous rappellerai-je, Messieurs, les titres de Valleix à l'estime et à la mémoire des hommes ? Je n'en ai ni le courage ni le temps. Cette vie si courte et si inopinément tranchée, vous le savez tous, a été dignement remplie. Ses ouvrages, sa *Clinique des enfans nouveau-nés*, son *Traité des névralgies*, son *Guide des médecins praticiens*, sont des œuvres magistrales, rapidement devenues classiques et populaires, dans la bonne et scientifique acception du mot. Son enseignement clinique libre attirait un grand concours d'élèves. Les journaux et recueils sont riches de sa collaboration savante.

Et sur ce point, Messieurs, le journal que je représente ici plus directement, a des titres spéciaux pour se mêler à ce concours de regrets que la mort de mon malheureux ami vous inspire. Permettez-moi de le dire, c'est surtout dans un bureau de journal que l'on peut apprécier la portée, l'agilité, la promptitude d'esprit, la sûreté de jugement et de coup d'œil, qualités si précieuses à celui qui veut se mêler activement au mouvement des esprits par la presse. A tous ces points de vue, Valleix eût été, s'il l'eût voulu, le plus remarquable des journalistes. Sa collaboration a été et eût été toujours un élément certain de succès pour notre journal si d'autres devoirs, d'autres travaux ne l'eussent éloigné des labeurs de la presse, si moi-même, discrètement et amicalement, je n'eusse combattu ses tendances prononcées pour les émotions et pour les périls du journalisme. Valleix, en effet, possédait une aptitude singulière pour les travaux de critique. Il avait le savoir, le talent et la faculté d'exposition, le jugement sûr et solide, l'esprit net et positif, la forme claire et accentuée, la logique serrée et pressante, le style sobre et correct, toutes qualités qui font l'éminent critique quand elles s'ajoutent, comme c'était le cas pour mon malheureux ami, à une grande bienveillance pour les hommes, à un amour vif et sincère de la vérité, à un intérêt pur et honnête pour la science.

Et puisque cette suprême et douloureuse occasion se présente de dire ce que je sais de mon ami, j'ajoute sans scrupule : Depuis vingt ans que les hasards de l'existence m'ont jeté dans la carrière si tourmenté du journalisme, j'ai assisté à l'éclosion de tous les travaux si nombreux et si remarquables de Valleix ; notre vieille amitié lui donnait des droits certains, et que je n'eusse pas contestés, à ces petites faveurs de journaliste, pour lesquelles souvent, hélas ! je suis sollicité sans motif et sans discrétion. Valleix, mon vieux camarade de collège, ne m'a jamais rien demandé. Ses ouvrages, je les recevais comme je reçois ceux des autres, par l'intermédiaire de son éditeur. Il n'y faisait aucune allusion dans nos fréquentes entrevues ; c'était toujours moi qui lui en parlais le premier. Aussi, Messieurs, qu'il me soit permis de dire ici, dans ce lieu triste et austère, en présence de sa dépouille mortelle et dans ces lugubres circonstances où le mensonge serait un impiété sacrilége : tout ce qui a été publié dans mon journal, sur les opinions et les travaux de mon ami, les discussions qui y ont été soutenues, tout a été fait spontanément, à son insu, sans concert entre nous, sans sa participation. Et ce n'est pas par ostentation que je dis cela, Messieurs, mais au contraire pour exonérer la mémoire de Valleix des choses qui pourraient paraître répréhensibles dans ce qui a été publié par moi le concernant. Je conserve précieusement un billet que m'écrivit Valleix au plus fort de cette mêlée académique dont le souvenir est présent à tous les esprits : « Je te remercie, disait-il simplement, de ce que tu fais » pour moi. Ne t'expose pas trop. Il est des courants d'opinion qu'il » est téméraire et imprudent de vouloir arrêter. Le temps seul fera » justice des exagérations, de quelque part qu'elles viennent, de mon » côté ou du côté de mes critiques..... Mes adversaires me rendent un » plus grand service qu'ils ne le croient et qu'ils ne le veulent peut- » être.... Quant à toi, je serais désolé que ton amitié pour moi te » suscitât des embarras, etc., etc. »

Voilà, Messieurs, comment Valleix pressait sur la conscience de l'ami et sur la liberté du journaliste !

Je voudrais, Messieurs, pouvoir vous dire ce qu'était Valleix dans ses rapports sociaux, dans sa vie intime, comment il comprenait l'amitié et ses devoirs, la profession et ses exigences, la science et ses sévérités, l'élévation de son esprit qui avait toutes les aptitudes, je pourrais dire tous les instincts du beau et du bon, du vrai et de l'honnête. Spirituel, gai, aimable, d'une instruction générale variée et solide, littérateur et savant à la fois, se délassant dans la culture de la poésie de l'austérité de la science, livrant discrètement à ses amis des odes, des fables, des chansons aussi distinguées dans leur genre qu'étaient remarquables ses sévères analyses d'une monographie médicale. J'ai lu de Béranger un compliment très chaud, un encouragement très vif qui lui advint la même année que l'Académie des sciences lui décernait un prix pour son *Traité des névralgies*.

Je m'arrête, Messieurs, car mon courage est à bout. Tant de charmantes et de sérieuses facultés, tant d'esprit, tant de science, tant d'avenir, tout cela perdu à jamais ! Oui, nos regrets et nos larmes sont légitimes. Ce n'est point ici l'expression officielle d'une douleur si souvent menteuse ; c'est le cri du cœur que viennnent de proférer vos bouches éloquentes, c'est le seul que mon humble voix a voulu faire entendre.

Que ces regrets profonds que tu inspires, que ces larmes abondantes que tu fais couler, cher et vieil ami, soient un adoucissement à la douleur de ta compagne, de ton frère qui assiste à cet adieu suprême, de ta vieille et bonne mère qui a trop vécu puisqu'elle a le malheur de te survivre.

Cher et vieil ami, adieu, au revoir !

Amédée Latour.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltbste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22,

Tome IX. — N° 85. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 19 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée **LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 18 JUILLET 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Quoique courte, la séance n'a pas manqué d'un assez vif intérêt scientifique.

M. Gibert a lu un rapport sur plusieurs communications adressées à l'Académie par des médecins de l'étranger, et relatives au traitement de la lèpre. Les occasions d'observer cette maladie sont heureusement aujourd'hui très rares en Europe, mais les cas qui s'y montrent de temps à autre ayant été jusqu'ici réfractaires aux moyens de l'art, M. Gibert a insisté, avec raison, sur la nécessité d'accueillir, sous toute réserve d'expérimentation, les remèdes préconisés comme efficaces par les médecins qui exercent dans les pays où la lèpre est encore commune.

M. Broca a appelé l'attention de l'Académie sur un sujet de haute pathologie générale, sur l'inflammation. Les mots ont eu une influence immense sur les destinées de la médecine, à ce point qu'avec l'histoire des mots on pourrait faire l'histoire de notre science. Les mots, en effet, représentent des doctrines. L'atrabile, les humeurs peccantes, les esprits vitaux, etc., etc., sont des expressions qui traduisent les doctrines pathologiques et physiologiques du temps. Commodes, parce qu'ils étaient vagues et mal définis, ces mots durent leur succès et leur durée à ces conditions mêmes. L'anatomie et la physiologie, mieux étudiées, ont fait justice de ces appellations bizarres. Cependant on leur en a substitué d'autres tout aussi commodes, parce qu'elles sont tout aussi vagues et aussi mal définies. Le mot inflammation, par exemple, joue depuis plus d'un siècle, en pathologie, le même rôle et aussi mal déterminé que celui de l'atrabile et des humeurs peccantes. C'est un tort que M. Broca semble partager peut-être de croire que c'est Broussais qui a jeté cette perturbation considérable dans la pathologie. Broussais n'a fait que généraliser et systématiser les élémens nombreux que ses devanciers avaient jetés çà et là dans la science. Les expériences d'Ingenouhz, le microscope de Leuwenhoeck, les théories de Boerhaave, les doctrines de Pinel, les ouvrages de Bichat, contenaient les germes du sytème de Broussais, que le *Traité du sang et de l'inflammatim* de J. Hunter avaient failli faire éclore vingt ans plus tôt en Angleterre.

Quoi qu'il en soit, voici, après quelques autres que M. Broca n'ignore pas, après celles surtout de M. Magendie, de M. Andral, qui ont eu l'honneur de détrôner l'inflammation d'un grand nombre d'états pathologiques où elle régnait en souveraine, voici, disons-nous, une nouvelle et très sérieuse attaque contre ce mot et les idées qu'il représente, dirigée par M. le docteur Broca, avec la science et le talent que nous sommes habitués à rencontrer dans toutes les productions de cet esprit distingué. Nous espérons que le *Bulletin* de l'Académie reproduira, du moins en substance, cette remarquable communication, car après une simple audition pendant laquelle le charme de l'exposition aurait pu nous séduire, nous n'oserions pas hasarder une appréciation quelconque.

La communication faite par M. le docteur Bouyer, de Fursac, ne s'éloignait pas beaucoup de celle de M. Broca, dont elle semblait être un corollaire. M. Bouyer a observé un cas de pneumonie *sans fièvre*, et ce fait lui a servi de thème à des considérations élevées sur le rôle de la fièvre dans les maladies aiguës. Décidément le vent a tourné du côté des idées, des principes, de la philosophie de la science, dont l'esprit médical se sevrait depuis si longtemps.

M. Heurteloup a lu un mémoire sur le traitement des rétrécissemens de l'urètre par incision, méthode qui a fait grand bruit depuis quelque temps, qui a été l'objet d'une discussion fort vive à la *Société de chirurgie*, et sur laquelle ce journal aura prochainement l'occasion de donner son opinion.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE CONTRACTURE ESSENTIELLE OBSERVÉE CHEZ DES SUJETS AFFECTÉS DE FIÈVRE TYPHOIDE;

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Dans l'étude des complications si variées qui peuvent se montrer dans la fièvre typhoïde, les auteurs des traités généraux et spéciaux n'ont même pas fait mention d'un accident très rare et très étrange, je veux parler du développement, dans le cours de cette maladie, de cette affection qui a reçu tour à tour le nom de *tétanos intermittent*, de *spasmes musculaires idiopathiques*, de *contracture idiopathique* ou *essentielle*, de *tétanie*, etc. L'épidémie de fièvre typhoïde que nous venons de traverser nous a fourni cependant l'occasion d'observer cette complication sur une assez grande échelle pour que la possibilité de la production de cet accident doive figurer à l'avenir dans l'histoire de la maladie typhoïde.

Douze malades, tous affectés de cette fièvre, nous ont présenté ces contractures, en plus grande proportion, depuis l'épidémie typhoïde; mais, de ces douze cas, il en est un qui remonte au mois de janvier, et le sujet de notre dernière observation est encore dans les salles. Seulement, ce qui tend à prouver que c'est à une influence toute locale, soit aux conditions particulières dans lesquelles se trouve la population qui nous fournit habituellement nos malades, soit même à des circonstances propres à l'hôpital Saint-Antoine, ou à nos salles qu'il convient de rapporter cette étrange complication, c'est que presque tous les cas de contracture, sauf trois, ont été observés dans mon service. Cette influence ne paraîtrait pas, au reste, aussi nouvelle dans l'hôpital que nous aurions pu le supposer tout d'abord, et il résulterait même du témoignage des gens de service que, depuis plusieurs mois, cet accident se serait reproduit de temps en temps parmi nos malades affectés de fièvre typhoïde; le peu de gravité des accidens, la bénignité relative de cette complication ne les avaient pas engagés à éveiller notre attention.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, les contractures se sont constamment montrées chez des sujets typhoïdes, et depuis le mois de janvier, tous les cas signalés ont été observés et étudiés avec assez de soin, pour me permettre de vous donner une courte description de cette espèce d'épidémie.

C'est presque constamment à une époque assez avancée de la fièvre typhoïde que cette complication s'est montrée; chez un seul malade, les contractures ont paru au début, et soit dit en passant, des trois faits semblables qui existent dans les annales de la science, il n'en est qu'un, celui qui a été rapporté par notre collègue, M. Hérard, dans lequel la fièvre typhoïde ait en quelque sorte débuté par des contractures; or, dans les deux cas, malgré ce début étrange, la maladie n'a pas paru aggravée, et la terminaison a été heureuse. Chez tous les autres malades, les contractures ne se sont pas montrées avant le seizième jour, et nous les avons vus commencer le trentième et le trente-neuvième jour, en général à une époque où la maladie s'améliorait, où le malade touchait à la convalescence ou y était déjà entré. Ainsi, sept de nos malades étaient franche-

Feuilleton.

DE L'OXYGÈNE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE;

Par M. le docteur MIALHE.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 17 Juillet.)

VI. — Toutes ces réactions se présenteront aussi bien au sein de l'organisme qu'au contact de l'air. C'est ainsi que les hydrogènes sulfuré, sélénié, arsénié, ont une action vénéneuse presque instantanée sur l'économie animale; action vénéneuse qui reconnaît pour cause, d'une part, l'arrêt brusque de l'oxydation vitale résultant de la rapidité avec laquelle ces substances s'emparent de l'oxygène dissous dans le sang; et, d'autre part, l'absorption des produits nouveaux qui naissent de cette combustion. Si l'hydrogène arsénié est plus vénéneux que l'hydrogène sulfuré, c'est que l'acide arsénieux produit par l'oxydation du premier est plus toxique que l'acide sulfurique résultant de l'oxygénation du second.

Les huiles volatiles entravent également l'oxydation respiratoire, et quelquefois assez brusquement pour devenir toxiques.

Quelques huiles essentielles subissent, même dans l'organisme, des transformations plus complètes qu'à l'air libre : par exemple, l'huile volatile d'amandes amères, laquelle passe d'abord à l'état d'acide benzoïque, puis à l'état d'acide hippurique qui est rendu par les urines, fait que les belles recherches de MM. Wœlher et Frerichs ont parfaitement démontré.

Il en est de même pour l'essence de cannelle, qui se transforme en acide cinnamique, puis en acide hippurique.

Le tannin s'oxyde en produisant de l'acide gallique. Or, M. Wœlher avait anciennement annoncé que le tannin, pouvant être constaté dans les urines, ne devait subir aucune altération dans son passage à travers les voies circulatoires. Mais, à la suite de nouvelles recherches en collaboration avec M. Frerichs, cet habile chimiste a reconnu son erreur, et a déclaré que ce qui a été regardé comme du tannin était réellement de l'acide gallique, transformation parfaitement conforme aux principes que nous avons établis.

Les sels alcalins à acides organiques sont brûlés dans le foyer vital, en donnant pour résidus des carbonates alcalins que l'on retrouve en dissolution dans le liquide urinaire.

L'alcool est entièrement brûlé; c'est pourquoi on n'en trouve jamais trace dans les urines.

Les matières albuminoïdes et azotées s'oxydent en produisant de l'eau, de l'acide carbonique, de l'acide urique, de l'urée, divers acides, etc.

Tous les corps de ce premier groupe sont donc oxydables dans l'économie animale comme ils le sont dans le milieu atmosphérique; et, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, les conditions inhérentes à l'économie vivante sont beaucoup plus favorables encore à l'oxydation que ne le sont celles des milieux chimiques ordinaires. Aussi cette oxydation y est-elle bien plus rapide et plus complète, puisqu'il suffit de quelques heures à l'organisme pour transformer des substances qui, dans l'air ambiant, ne s'oxydent qu'incomplétement et en un temps beaucoup plus long.

VII. *Deuxième groupe.* — Ce groupe renferme les matières hydrocarbonées neutres qui, incapables d'absorber directement l'oxygène, acquièrent cette faculté sous l'influence des liquides alcalins de l'économie : ce sont la glycose avec ses isomères et les matières grasses.

Les matières sucrées et amyloïdes puisées dans l'alimentation végétale, l'amidon, le sucre de canne, etc., doivent, pour pouvoir être assimilées, subir, dans les cavités digestives, des modifications qui les transforment en glycose. Cette glycose ne pourrait nullement donner lieu à des produits oxygénés, tels que les acydes glycosique et formique, l'ulmine, etc., sans l'intervention des alcalis contenus dans les humeurs animales; fait que nous avons constaté en 1844. Nous avons prouvé que, contrairement à l'opinion générale des chimistes, le sucre de raisin, ou glycose, n'a par lui-même aucune action réductive sur les sels de cuivre, soit à froid, soit à chaud, et qu'il n'acquiert cette propriété désoxygénante que sous l'influence d'une substance alcaline libre ou carbonatée.

Une expérience de Dœbereiner vient à l'appui de cette assertion. Ce chimiste a vu le noir de platine prendre, sous l'influence des alcalis, un pouvoir oxydant tel, que tous les sucres susceptibles de fermenter se décomposaient rapidement, par son seul contact, en acide carbonique et en eau. L'observation de M. Dœbereiner est parfaitement exacte, seulement il attribue au noir de platine une influence qu'il ne possède pas; c'est l'alcali qui transforme les sucres fermentescibles en composés oxydables, et ces composés, en présence des corps poreux organiques ou inorganiques, brûlent en donnant naissance à des produits nouveaux, eau et acide carbonique. Nous traiterons avec plus de détails (article DIABÈTE) cette question si importante de l'oxydation de la glycose dans l'économie.

Les matières grasses, malgré leur assez grande affinité pour l'oxygène, nous paraissent nécessiter l'intervention des alcalis pour opérer complétement leur oxydation. Ce qui tendrait à confirmer cette opinion, c'est que les substances alcalines, prises avec excès, déterminent un notable amaigrissement de l'économie (par exemple, chez les personnes qui ont fait un long traitement à Vichy), et que la litharge, dont le rôle est le même que celui des alcalis, additionnée aux huiles grasses, les rend plus siccatives, c'est-à-dire plus oxydables.

VIII. *Troisième groupe.* — Dans ce groupe se rangent toutes les substances qui, n'étant ni fermentescibles, ni putrescibles, ne s'oxydent au contact de l'air ni directement ni indirectement, et n'éprouvent, par conséquent, aucune action de la part des réactifs de l'économie. Aussi, ces substances traversent-elles les voies digestives sans y éprouver la moindre altération, et en sortent-elles dans le même état qu'elles y étaient entrées. La mannite et la gomme nous en fournissent les preuves. Nos expériences sur la manne, et celles de M. Boussingault sur la gomme, ont parfaitement démontré ces résultats.

Il en est de même d'un grand nombre de principes colorans, tels que celui de l'indigo en dissolution dans l'acide sulfurique, celui de la

ment convalescens, chez deux autres, le mieux était déjà marqué.

Chez aucun de nos malades, la marche de l'affection typhoïde n'a paru influencée ni en bien ni en mal par cette complication. Débarrassés de leurs accès, les convalescens continuaient à être sans fièvre, conservaient de l'appétit, etc. Chez ceux qui ont succombé, la maladie a continué sa marche sans interruption jusqu'à la mort. Faisons remarquer, cependant, que l'un de nos convalescens de la fièvre typhoïde conserva toujours après ses premiers accès, jusqu'à sa mort, causée par une angine diphthéritique, un abattement, nous pourrions dire même une prostration de mauvais augure, et cela sans fièvre, avec une langue humide, de l'appétit, sans céphalalgie, etc.

La contracture se présentait, du reste, avec des caractères qui la rendaient parfaitement reconnaissable et qui ne s'éloignaient pas beaucoup de ceux qui ont été rattachés à cette affection. Ainsi, quelques-uns de nos malades ont eu des prodromes, des fourmillemens, des picotemens, un peu d'engourdissement dans les membres, des douleurs au niveau des principales articulations; l'un d'eux a même présenté de l'agitation, de l'insomnie et quelques autres symptômes généraux. Ce qui prouve toutefois combien ces prodromes étaient en général peu significatifs, c'est l'extrême frayeur dont étaient saisis nos malades au début des accès : ils s'agitaient, appelaient du secours, se plaignaient hautement, étaient en proie aux plus vives appréhensions. Mais bientôt commençaient les accès. L'époque irrégulière de leur apparition, le jour, la nuit, le soir, le matin, etc., ne nous a pas permis de les observer tous; mais leur physionomie était assez tranchée et assez semblable à elle-même pour permettre une description.

C'était sur les membres supérieurs et inférieurs, sur les premiers surtout, que portaient les contractures; les deux membres correspondans étaient pris à la fois, exactement de la même manière pour chacun d'eux, mais les membres inférieurs jamais seuls, tandis que les supérieurs étaient souvent seuls envahis. Les extrémités des membres étaient le siége de prédilection de ces contractures; dans les cas légers, les mains et les avant-bras étaient seuls atteints. Aux membres, c'était sur les fléchisseurs exclusivement, ou peu s'en faut, que portaient les contractures. Dans quatre cas seulement, les muscles du tronc étaient envahis; mais alors les contractures portaient sur les extenseurs, donnant lieu à une raideur du tronc voisine de l'opisthotonos, et dans un cas, il y avait un léger trismus. Chez ce dernier malade, la parole et la déglutition étaient difficiles pendant les accès; les muscles contracturés offraient, en outre, comme nous l'avons vérifié aussi dans un autre cas, des contractions fibrillaires presque incessantes.

Si tout le membre supérieur était atteint, le bras était rapproché du tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras et placé au devant du thorax, le poignet fléchi sur l'avant-bras, les doigts crochus, recourbés vers la paume de la main, rapprochés les uns des autres, le pouce dans la paume de la main et fléchi. Le biceps était dur, douloureux, la masse des fléchisseurs plus dure encore et plus douloureuse. Les tendons extenseurs se dessinaient sous la peau, mais leur masse ne paraissait pas contracturée. Le malade ne pouvait étendre son membre; mais à l'aide d'efforts graduels et ménagés, on finissait par en obtenir artificiellement l'extension; les doigts surtout présentaient de la résistance et revenaient à leur position primitive dès qu'on les abandonnait à eux-mêmes. Un soulagement très marqué suivait cette extension, et les malades la réclamaient avec instance; car le soulagement était momentané et ne durait que le temps de l'extension. Chez d'autres malades, l'avant-bras restait étendu, ainsi que la main; mais les doigts n'en étaient pas moins crochus et les douleurs très vives.

Aux membres inférieurs, moins souvent affectés que les supérieurs, les contractures étaient moins générales. Il ne nous a pas paru que les muscles de la cuisse fussent contracturés. La jambe était dans l'extension; on sentait la masse des jumeaux dure, contracturée, douloureuse, comme dans la crampe ordinaire; les malades disaient avoir un nœud dans le mollet, les orteils étaient fléchis et recourbés.

Au tronc, les muscles étaient encore plus rarement envahis par la contracture qu'aux membres inférieurs, et jamais sans les extrémités; le malade était alors tout d'une pièce, courbé en arrière et dans l'impossibilité d'exécuter le moindre mouvement. L'un de nos malades, pris d'un de ces accès pendant le bain, faillit se noyer.

Pendant les accès, les malades étaient en proie aux douleurs les plus vives dans les muscles contracturés; plaintes incessantes; la face, couverte comme tout le corps d'une sueur abondante, était, en général, animée et congestionnée; dans quelques cas, elle exprimait la souffrance la plus atroce, et dans l'un d'eux, les traits étaient si profondément altérés, que je conçus un instant des inquiétudes sur une terminaison promptement funeste.

Ainsi que M. Corvisart l'a fait remarquer avec beaucoup de raison dans sa thèse, les accès se groupent de manière à constituer une attaque. Nous n'avons pas de renseignemens bien précis pour tous nos malades sur le nombre de jours pendant lesquels se sont montrés les accès, sur leur fréquence, leur durée; nous savons cependant positivement que chez l'un de nos malades, l'attaque a duré six jours, et dans cet intervalle il a eu quatre accès de trois heures de durée, un par jour deux jours de suite, et les deux autres quatre jours après. Un autre malade a eu, en quatre jours, un accès deux jours de suite de trois heures de durée, et un troisième accès le quatrième jour. Dans un autre cas, quatre accès également, un par jour, de deux heures de durée. Chez ces trois malades, les accès ont été intenses, et il semblait que, par cette intensité, ils rachetaient ce qu'il y avait d'étrange dans leur éloignement; tandis que lorsque les accès étaient moins intenses, ils étaient bien plus rapprochés. Chez une de nos malades, il y a eu jusqu'à dix accès en un jour, mais peu intenses, et ne durant guère qu'un quart d'heure. Chez plusieurs malades, il y a eu deux accès par jour.

En général, les malades conservaient un peu d'engourdissement, de sensibilité dans les membres affectés; mais là se bornaient les suites de cette complication. L'accès terminé, tout rentrait dans l'ordre, sans que la maladie parût influencée le moins du monde. Cette complication ne saurait donc apporter aucun élément nouveau dans le pronostic en général grave de l'affection typhoïde, et ce qui le prouve, c'est la facilité avec laquelle cette complication a disparu la plupart du temps sans traitement actif.

La cause de cette espèce d'épidémie nous paraît difficile à apprécier. Nous avons, en effet, interrogé plusieurs de nos collègues des hôpitaux, et bien que plusieurs d'entre eux aient eu l'occasion d'observer des contractures, aucun ne les a vues dans le cours de la fièvre typhoïde. Y aurait-il donc dans notre service, dans la disposition de nos salles, dans le mode de traitement employé, quelque circonstance de nature à favoriser le développement de cette affection? Un instant nous avons cru que la faute en était aux mercuriaux qui font la base de notre traitement dans la fièvre typhoïde, et nous devons dire que cette conviction était accréditée parmi les malades et les gens de service. Mais sur nos douze malades, il en est cinq chez lesquels ce traitement n'a pas été mis en usage, l'un d'eux même chez lequel les contractures étaient survenues avant son entrée à l'hôpital. M. Corvisart a signalé d'ailleurs, dans sa thèse, trois faits analogues, celui de M. Hérard que nous avons cité plus haut, et deux autres cas, l'un de M. Delpech, l'autre de M. Imbert Gourbeyre, dans lesquels, comme chez nos malades, la fièvre typhoïde a été véritablement la cause occasionnelle de la contracture. J'ajouterai, cependant, que ces contractures ont été observées surtout dans les temps froids et humides; et que deux autres faits de contractures, observés en dehors de toute influence du mercure, me portent à admettre une influence épidémique spéciale pour le quartier et la population au sein de laquelle est placé notre hôpital.

Trois de nos malades ont succombé; mais la gravité de l'affection typhoïde, l'invasion de la diphthérite chez l'un d'eux, expliquent très bien leur mort. Je regrette seulement que nous n'ayons pas examiné les centres nerveux; cet examen, malgré les résultats probablement négatifs qu'il nous eût fournis, n'eût pas été été cependant sans quelque intérêt.

Que vous dirai-je du traitement? Chez la plupart, il n'y a pas eu de traitement spécial. Les bains ont surtout été employés et avec quelque succès; néanmoins, l'accident terrible qui a failli arriver à l'un de nos malades pris d'un accès dans un bain, doit servir de leçon, et les malades ne doivent jamais y être laissés seuls. Un soulagement marqué a suivi une inhalation de chloroforme poussée jusqu'à l'assoupissement chez le malade dont j'ai parlé plus haut, dont l'opisthotonos, le trismus et l'état général de souffrance m'ont donné un instant de vives inquiétudes. Les révulsifs *loco dolenti*, les sinapismes, les cataplasmes sinapisés ont toujours produit du soulagement et ont suffi, dans quelques cas, pour diminuer naturellement l'accès ou par en triompher définitivement. Il en est de même des applications de chloroforme. Mais l'extension forcée est encore de tous ces moyens le plus efficace. Malheureusement, le soulagement ainsi obtenu n'est pas durable, à moins de continuer avec persévérance l'emploi de ce moyen. Peut-être, cependant, eût-il suffi seul si on eût prolongé assez l'extension pour fatiguer la contraction musculaire.

PATHOLOGIE.

DE LA MÉNINGITE OBSERVÉE A L'HOPITAL DES ENFANS DE MUNICH;

Extrait du compte-rendu clinique de 1852 à 1853,

Par le docteur HAUNER.

Je divise les affections cérébrales des enfans en trois formes principales, que l'on peut diagnostiquer et dans lesquelles on peut ranger tous les cas en des catégories secondaires. Ce sont :

a. L'inflammation scrofuleuse ou cachectique du cerveau et de ses enveloppes, ordinairement c'est la pie-mère;

b. L'affection secondaire du cerveau et de ses enveloppes, déterminée par différentes maladies primaires d'autres organes;

c. L'affection idiopathique du cerveau et de ses enveloppes, des enfans sains, c'est-à-dire libres de dyscrasies.

Sur 79 maladies cérébrales, 40 se rangent dans la première

---

gomme-gutte, de la rhubarbe, de la garance, du bois de Campêche, des betteraves, etc.

Les alcalis organiques sont dans le même cas. Aucun des réactifs de l'économie n'étant assez puissant pour les détruire, ces composés traversent tout l'organisme sans se décomposer, et se retrouvent dans les produis excrémentitiels. Cependant on serait porté à croire qu'il n'en est pas de même pour la morphine. Cet alcaloïde a des propriétés réductives très prononcées sur les sels de peroxyde de fer et sur l'acide iodique. Il se pourrait donc que, dans l'économie, il fût, en tout ou en partie, soumis à l'oxydation vitale. Nous possédons un fait qui vient à l'appui de cette hypothèse : un malade qui prenait souvent jusqu'à 2 grammes d'extrait d'opium ne présentait dans ses urines, malgré les recherches les plus scrupuleuses, aucune trace de morphine.

IX. — En se basant sur les caractères des trois groupes que nous venons d'établir, on pourra prévoir comment une substance quelconque se comportera au sein de l'organisme.

Ces notions peuvent aussi éclairer sur le traitement à diriger contre certaines maladies, car, non seulement les médicamens, mais l'alimentation même, exercent la plus grande influence sur la composition chimique des humeurs et des sécrétions de l'économie.

L'alimentation animale renfermant, dans ses alimens albuminoïdes, du souffre et du phosphore, donne naissance, par leurs combinaisons avec l'oxygène, aux acides sulfurique et phosphorique.

L'alimentation végétale engendre des produits de nature alcaline, parce que les acides organiques qui saturent les bases alcalines, dans les plantes, en se brûlant dans l'économie, laissent pour résidus des carbonates et des bicarbonates alcalins.

Les urines nous fournissent une excellente preuve de ces diverses transformations : elles sont acides chez les carnivores, alcalines chez les herbivores. Or, le veau présente un exemple remarquable de ces deux états : tant qu'il prend le lait de vache, il a les urines acides; mais, dès qu'il change de nourriture, qu'il est mis à un régime végétal, il a les urines fortement alcalines.

Lorsqu'un animal est soumis à une diète prolongée, les phénomènes de combustion continuent à se produire, car ils sont indispensables au maintien et à la manifestation de la vie; mais alors, en l'absence d'alimentation extérieure, ils ont lieu aux dépens des élémens organiques de l'animal lui-même. Il en résulte un amaigrissement plus ou moins rapide et un excès d'acidité dans les humeurs, acidité qui prend sa source dans les résidus d'oxydations qui sont identiquement les mêmes que ceux provenant d'une alimentation animale.

Les phénomènes d'oxydation interstitielle, en s'opérant d'une manière plus ou moins complète, donnent lieu à des modifications chimiques très remarquables.

Les urines des gens sédentaires contiennent une grande quantité d'acide urique et très peu d'urée; tandis que les urines des gens qui marchent beaucoup, qui font un violent exercice, contiennent à peine des traces d'acide urique, et sont très riches en urée, produit d'une oxydation plus avancée. Une oxydation complète est donc une corrélation d'une bonne santé.

X. — L'oxydation intravasculaire est un phénomène incessant et tellement nécessaire, qu'il ne peut être entravé, anéanti, sans que la vie soit immédiatement en péril. Il devient ainsi possible d'expliquer les effets si délétères de certains corps sur l'économie animale; les uns déplacent seulement l'oxygène, les autres s'en emparent pour former des produits nouveaux plus ou moins toxiques.

Le chloroforme, l'éther sulfurique, n'ont rien de vénéneux par eux-mêmes; dès qu'ils sont introduits dans le torrent circulatoire, ils déplacent l'oxygène du sang, arrêtent la combustion et suspendent la vie plus ou moins longtemps : nous ne saurions mieux comparer l'action de ces agens qu'à celle de l'azote. Aussi l'inhalation de l'oxygène, proposée par M. Duroy, nous paraît-elle le moyen le plus rationnel à employer dans l'asphyxie qui résulte de l'usage des anesthésiques.

De même les huiles volatiles, par leur avidité pour l'oxygène, arrêtent momentanément les phénomènes d'oxydation, et cette suspension ne peut devenir nuisible à l'économie que si elle est trop longtemps prolongée.

Tandis que les hydrogènes sulfuré, sélénié, arsénié, déterminent, non seulement des désordres, en s'emparant de l'oxygène, mais encore des empoisonnemens souvent irrémédiables, en formant instantanément de nouveaux produits toxiques.

On comprendra donc aisément avec quelle rapidité deviendrait mortelle une substance qui s'emparerait sur-le-champ de l'oxygène, destiné, dans le sang, aux besoins de la respiration et de la nutrition.

Tel serait le cas du phosphore si, par hypothèse, il était possible de l'administrer à l'état gazeux. Il en serait de même d'un composé qui, sans absorber l'oxygène, aurait la faculté d'anéantir brusquement le phénomène de la combustion intravasculaire. Un semblable composé agirait comme un coup de foudre. Or, il existe une substance dont les effets toxiques sont comparables à la foudre elle-même : c'est l'acide cyanhydrique. Nous savons, d'après les recherches de M. Millon, que cet acide a une grande tendance à entraver certains phénomènes d'oxydation ou de combustion; que même, en très petite quantité, il arrête complétement la combustion ordinairement si rapide et si complète de l'acide oxalique par l'acide iodique. D'après la relation qui lie ces deux phénomènes, l'oxydation et la respiration, il est permis de penser que l'acide cyanhydrique n'a d'autre effet sur l'organisme que d'arrêter brusquement l'oxydation vitale, et de produire par là une mort instantanée. Cet acide paraîtrait ne mettre obstacle au phénomène de l'oxydation que d'une manière en quelque sorte mécanique, car il n'est pas brûlé lui-même, ainsi qu'on peut s'en assurer par la persistance de l'odeur prussique caractéristique dans le corps des sujets qui ont succombé à cet empoisonnement. Cette explication nous paraît plus vraisemblable que celle qui attribue à l'acide cyanhydrique une influence spéciale et tout à fait hypothétique sur le sang ou sur le système nerveux.

L'acide arsénieux possède, quoique à un moindre degré, la propriété d'entraver l'oxygénation. M. Millon a vu qu'une ou deux gouttes de solution d'acide arsénieux empêchaient le fer décapé de se dissoudre dans l'acide sulfurique étendu au douzième.

L'émétique aussi présente le même phénomène, mais à un degré beaucoup plus faible. Cette action rendrait compte à nos yeux, de l'efficacité de l'émétique dans le traitement de la pneumonie, du rhumatisme articulaire aigu, etc. M. Mulder a, en effet, démontré que la couenne inflammatoire n'est pas constituée par de la fibrine, comme on l'avait cru jusqu'à lui, mais qu'elle est le résultat d'une oxydation outrée de l'élément albumineux primordial, la protéine; oxydation que l'émétique vient réduire et ramener à son type normal. Les acides cyanhydrique et arsénieux, envisagés sous ce point de vue, pourraient peut-être remplir avantageusement cette même indication, et devenir des médicamens utiles contre les maladies inflammatoires, pneumonie et rhumatisme en particulier.

XI. — Il résulte de tout ce qui précède, que l'oxygène est, dans l'organisme, l'agent des réactions chimiques les plus remarquables et la source des principaux phénomènes vitaux; c'est en attaquant incessamment les diverses substances avec lesquelles il est mis en contact, en les brûlant pour les divers besoins des fonctions nutritives et respiratoires, qu'il entretient en même temps la chaleur animale et la vie.

Tel est si bien le rôle de l'oxygène dans l'économie animale, que toute substance qui entrave cette oxygénation incessante est toxique, que toute substance qui l'anéantit est mortelle.

---

catégorie. Mais, à ce sujet, il faut observer que les enfans de Munich sont, en général, sous le poids d'une diathèse scrofuleuse héréditaire, ou acquise par une mauvaise alimentation. Sur ce chiffre, il y en a 10 atteints de méningite granuleuse, sur lesquels nous avons perdu 7; les 3 autres sont probablement porteurs de tubercules cérébraux à marche plus lente, qui deviendront mortels dans la suite par inflammation et exsudation cérébrales. La méningite granuleuse éclate ordinairement chez les enfans, dans la période de la dentition, entre 10 mois et 6 à 7 ans; le plus souvent à la première dentition, entre 1 et 3 ans.

Il existe certainement une période prodromale, mais les parens la négligent ordinairement, de sorte que le médecin est rarement appelé à cette époque. Elle est caractérisée par une foule de petites modifications dans la manière d'être des enfans; mais il n'y a rien de spécial qui fasse reconnaître une future méningite granuleuse. J'ai vu cet état durer plusieurs semaines, tandis que, dans d'autres cas, peu de jours avaient suffi pour laisser éclater la maladie. Que se passe-t-il dans cette période? Dans quel état se trouvent le cerveau et ses enveloppes? Des dépôts granuleux sont-ils déjà effectués dans quelque point de la pie-mère? Je ne le crois pas; je pense que la résorption de la matière tuberculeuse existant dans un organe quelconque, a lieu alors, car, dans toutes les nombreuses autopsies que j'ai faites, j'ai toujours trouvé quelque part, constamment dans les glandes bronchiques, et souvent dans les poumons, un vieux tubercule cru que l'on peut bien prendre comme un point de départ des accidens. Mais on ne peut se rendre compte pourquoi la résorption a lieu maintenant et par quelle cause.

D'après mon observation, le dépôt de granulations tuberculeuses et l'inflammation coïncident, c'est là ce qui caractérise la seconde période. Il n'est pas possible que des tubercules miliaires puissent être déposés dans une membrane aussi riche en vaisseaux que la pie-mère, sans déterminer immédiatement une inflammation avec tous ses produits. Le siége de la maladie ne peut plus être méconnu à cette époque. Je n'entrerai dans aucun détail descriptif à ce sujet; les variétés que présente le tableau de cette méningite sont tellement nombreuses, que l'on remplirait des volumes sans spécifier tous les cas. Il n'existe aucun signe pathognomonique de cette maladie, ce n'est que l'ensemble des symptômes qui puisse permettre un diagnostic exact. On a attribué une grande valeur au vomissement particulier; mais j'ai vu beaucoup de malades chez lesquels il manquait. Il en est de même de la constipation habituelle, avec ventre plein, balonné, ou bien vide et rétracté; elle n'existe pas ou bien est remplacée par de la diarrhée. Même incertitude relativement à l'habitus de la tête, qui est souvent enfoncée dans les coussins, jetée de côté et d'autre, ou bien peut être raide, rétractée en arrière; celui des yeux, ordinairement très irritables, à pupilles petites et contractées spasmodiquement. Le cri nocturne, l'hypéresthésie de la peau, le pouls cérébral, l'affaissement successif de l'abdomen, etc., ne sont pas plus positifs. Tout ceci est bel et bon quand il existe simultanément un certain nombre de symptômes de grande valeur, mais ne suffit pas quand l'un ou l'autre symptôme important manque.

Malheureusement, c'est la période d'exsudation qui donne le plus souvent les élémens du diagnostic exact. C'est alors que la fièvre rémittente, l'état gastrique, la fièvre typhoïde, etc., admis d'abord, prennent leur véritable signification, qui n'acquiert d'ailleurs sa consécration incontestable que par l'autopsie. C'est alors qu'on déplore d'avoir tourmenté si longtemps le pauvre enfant, mais on ne perd jamais l'espoir, et l'on agit jusqu'au dernier souffle.

Que dirai-je du traitement et des résultats? Il est probable que nous n'avons jamais guéri une méningite granuleuse; les cas qui ne se sont pas terminés par la mort sont des erreurs de diagnostic, des cas où quelques symptômes avaient simulé cette terrible affection. Il n'est donc pas question d'une thérapeutique dans la maladie confirmée.

Je passerai sous silence les altérations pathologiques, car je ne saurais dire plus et mieux que MM. Rilliet et Barthez, West et d'autres; je relèverai seulement la circonstance déjà indiquée, que, chez tous les enfans, j'ai trouvé un gros tubercule dans les ganglions bronchiques, quand même il n'existait que de petits tubercules miliaires dans les poumons ou dans d'autres organes.

Les affections cérébrales de la seconde catégorie, c'est-à-dire secondaires à une maladie d'un autre organe, se sont présentés 16 fois à mon observation.

Sept de ces enfans avaient une pneumonie : c'étaient des enfans sains; la pneumonie était une fois franche, deux fois lobaire monolatérale, deux fois lobulaire marginale, et deux fois lobulaire diffuse des deux poumons. Tous ces enfans avaient moins de 4 ans. Dès les premiers jours, leur irritabilité me frappait; ils se jetaient de tous les côtés dans leur lit, remuaient beaucoup la tête ou la serraient contre un objet quelconque, y manifestaient de la douleur, surtout pendant la toux, par des paroles, des cris plaintifs, ou ils la saisissaient entre les mains; face rouge, paupières contractées, pupille petite. Nous rattachions ces symptômes cérébraux à une gêne de la circulation, déterminée par la pneumonie constatée par tous ses signes. Cette dernière fut traitée par la méthode ordinaire, ventouses sur la poitrine ou dans le dos, tartre stibié ou calomel, ceinture mouillée autour de la poitrine, etc.; en même temps, nous faisions des applications froides sur le front. La maladie pulmonaire allait mieux quand, tout d'un coup, nous trouvions la scène changée et une méningite évidente : délire alternant avec de la somnolence, gémissemens avec stupeur, vomissemens, pouls cérébral, peau sèche, etc. Le traitement était alors énergiquement antiphlogistique : sangsues derrière les oreilles, glace sur la tête; dans deux cas, des affusions, calomel, sinapismes, lavemens. Nous avons eu le bonheur de ne perdre qu'un enfant de 18 mois, qui mourut avec des convulsions et des contractures; malheureusement nous n'avons pu en faire l'autopsie.

Trois enfans atteints de coqueluche présentaient des symptômes cérébraux encore plus graves. Ils étaient tous les trois gros et bien nourris, de 18 mois, 3 et 4 ans. Les accès convulsifs étaient très violens, 20 à 30 fois dans les vingt-quatre heures, avec intervalles tout à fait libres. Subitement chez l'un le 14e, le second le 24e, le troisième le 36e jour, il se montra tous les symptômes d'une hydrocéphale aiguë. La coqueluche ne disparaît pas alors complétement, mais on la reconnaissait encore à peine. Je ne suis pas de l'avis de West, qui regarde cet état comme une congestion cérébrale déterminée par la difficulté de l'écoulement du sang du cerveau à la suite d'obstacles dans la petite circulation. Cette congestion passive survient chez les enfans à santé et forces détériorées, après une très longue durée de la coqueluche; elle se répète avec chaque accès mais disparaît avec lui, et tue parfois subitement avec des convulsions ou du coma, par réplétion excessive des veines du cerveau. Ce n'était pas le cas chez nos enfans. Le même traitement antiphlogistique énergique, associé avec du calomel à haute dose ou l'eau laxative de Vienne, des bains tièdes pendant lesquels on faisait des affusions d'eau froide, parvint encore ici à triompher de cet ennemi dangereux. Cependant, nous avions encore affaire longtemps après à la coqueluche et aux congestions cérébrales, et aucun médicament ne nous a rendu de meilleurs services que l'eau de laurier-cerise.

(1) Extrait du *Deutsche Klinik*, 1855, nos 14 et 15.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Juillet 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. JACQUEZ, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure, sur une épidémie de choléra qui a régné, en 1854, dans cette partie du département de la Haute-Saône.

— Une série de rapports adressés sur le service des eaux minérales d'Uriage (Isère), par M. le docteur Vulfranc GERDY; de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par MM. TELLIER et REROLLE; de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur FABAS; de Bains (Vosges), par M. le docteur BAILLY; de Néris (Allier), par M. le dr RICHOND DES BRUS, pendant l'exercice de 1853.

(Commission des eaux minérales.)

— Une demande d'analyse et d'avis relative à deux sources minérales situées l'une à Montmirail (Vaucluse), et l'autre dans le voisinage de cette ville. (Même commission.)

— Plusieurs états de vaccinations des départemens de l'Aisne, du Gard, de l'Aude, de l'Allier. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire *sur la nature et le traitement du choléra asiatique*, par M. le docteur MADIN, candidat au titre de membre correspondant de l'Académie. (Comm. du choléra.)

— Une note *sur l'emploi de la fumée contre le choléra et les épidémies en général*, par M. le docteur FERAND. (Même commission.)

— Un résumé des études médicales, scientifiques et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales, par M. le docteur J.-Ch. HERPIN. (Comm. des eaux minérales.)

— Un mémoire intitulé : *Du liquide cérébro-spinal et de la structure du cerveau*, par M. le docteur ALLIOT. (Comm. MM. Jobert, Cruveilhier, Bérard.)

— M. VELPEAU dépose sur le bureau un mémoire non signé qui vient de lui être adressé pour être transmis à l'Académie, et qui a pour titre : *De la méthode sous-cutanée; examen de son application, de ses lois et de son origine.*

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL croit pouvoir attribuer à M. Alliot ce travail, qui, en conséquence, est renvoyé à la même commission que le précédent.

— M. POULLIEN soumet à l'examen de l'Académie un *bandage à pression graduée*.

Il m'a si bien servi depuis deux années, dit M. Poullien, pour des malades chez lesquels l'âge, l'obésité, l'énorme volume de la hernie, et souvent un catarrhe habituel étaient autant de complications graves, et contre lesquelles les meilleurs bandages avaient échoué, que je m'empresse de le faire connaître.

Ce bandage se compose d'une pelote mobile dans tous les sens, fixée à un ressort dont on peut, à volonté, augmenter ou diminuer la pression. Celle-ci représente une force de 2 kilogrammes; mais l'expérience démontre tous les jours qu'elle est insuffisante dans beaucoup de cas; pour remédier à cet inconvénient, et arriver à un résultat certain, j'ai imaginé de superposer, suivant les besoins, deux ou trois ressorts de diverses forces, et indépendans, de façon à augmenter ou diminuer la pression, sans changer le bandage.

La pelote mobile est munie d'une vis de refoulement, qui permet de lui donner toute l'inclinaison désirable et en tous sens, de façon à maintenir avec la plus grande précision la hernie qui cherche à s'échapper.

Parmi les praticiens qui ont pu apprécier tous les avantages de ce mécanisme, je me plais à citer M. le professeur Nélaton, MM. Leblond, Amussat, Léveillé, Herpin, de Metz, et Millardet. — (Commissaires, MM. Malgaigne, Dubois et Velpeau, rapporteur.)

M. DESPORTES insiste de nouveau pour qu'une commission soit nommée par l'Académie, à l'effet d'examiner les individus de la race des Aztèques qui se trouvent en ce moment à Paris.

M. LE PRÉSIDENT, estimant qu'il convient mieux charger un seul membre de faire cet examen et d'en communiquer le résultat à l'Académie, invite M. Desportes à accepter cette tâche.

M. GIBERT donne lecture d'un rapport collectif sur plusieurs documens concernant la lèpre. Ce sont :

1° Un colis contenant une certaine quantité d'écorce, de suc laiteux et de pilules d'*assacou*, provenant du Para. Ces diverses substances sont arrivées en France altérées par le voyage. Elles ont été employées, par le rapporteur, pendant plusieurs mois chez un individu qui offrait les taches initiales de la lèpre; la maladie est restée stationnaire; l'influence du médicament semble avoir été nulle.

2° Un mémoire *sur le traitement des affections lépreuses*, par le docteur Henri HARDI, de Port-aux-Princes (Haïti); c'est une sorte de paraphrase théorique du chapitre d'Alibert sur les dermatoses lépreuses.

3° Un travail du docteur J. D'AQUINO FONCECA, président du Conseil général de salubrité publique de la province de Fernambouc (Brésil). L'auteur, d'après des observations qui lui sont propres, admet trois formes de la maladie : la lèpre *tuberculeuse*, ou éléphantiasis d'Arétée, la seule, suivant lui, qui paraît avoir été observée par les médecins français; la lèpre *anesthétique*, bien décrite par Robinson, distincte de la forme précédente, bien qu'elle se complique souvent avec elle; la lèpre *rouge*, ou mal de Cayenne, qui pourrait bien n'être qu'une variété d'éléphantiasis. Les expériences auxquelles l'auteur s'est livré sur les propriétés thérapeutiques du guano et de l'assacou, n'ont fait que confirmer pour lui le jugement porté par Houillier en ces termes : *Confirmata elephantiasis non curatur.*

4° Un mémoire sur le traitement de la lèpre par une plante indienne, l'*hydrocotile asiatica* : à ce travail, communiqué par M. Jules LÉPINE, pharmacien de la marine, est joint un résumé d'observations cliniques et thérapeutiques de MM. les docteurs BOILEAU, de l'île Maurice, HOUBERT, de Pondichéry, HUNTER, médecin en chef de l'hôpital des lépreux à Madagascar. Bien que ces médecins annoncent quelques cas de guérison, à la vérité incomplète, il faudrait, jusqu'à plus ample renseignement, suspendre son jugement sur la valeur du médicament préconisé. On sait que différens moyens peuvent produire des temps d'arrêt dans la marche de la lèpre, qui, un peu plus tard, fait des progrès rapidement funestes. En outre, l'*hydrocotile asiatica* parvient en France altéré, circonstance d'autant plus regrettable, que l'on y a en général à traiter des cas graves. Le rapporteur conclut à ce que les travaux de MM. Fonceca et Lépine soient honorablement déposés aux archives, et des lettres de remercîmens adressées à leurs auteurs. (Adopté.)

M. GIBERT rend compte ensuite d'un mémoire de M. Guillaume DELENDA, de Santorin (Grèce), ayant pour titre : *Coup d'œil sur la pathologie hippocratique comparée à la pathologie grecque contemporaine*, ou les œuvres d'Hippocrate étudiées en Grèce. L'auteur développe principalement les deux propositions suivantes : 1° on observe encore aujourd'hui dans le climat de la Grèce les maladies endémiques et épidémiques décrites par Hippocrate; 2° parmi ces maladies, le génie intermittent, rémittent, pernicieux règne communément, et le sulfate de quinine est le remède de beaucoup d'affections que l'on pourrait prendre au premier abord pour des phlegmasies ordinaires.

Les conclusions, dépôts aux archives et remercîmens, sont mises aux voix et adoptées.

— M. Paul BROCA donne lecture d'un mémoire intitulé : *Remarques sur quelques phénomènes qu'on attribue à tort à l'inflammation.*

M. Broca remarque en commençant que le système de Broussais et ses tendances à réduire la plupart des phénomènes au type unique de l'inflammation, subsistent encore jusqu'à un certain point, malgré la chute de l'école physiologique. Ainsi, en chirurgie, on fait intervenir l'inflammation comme influence salutaire ou destructive, à titre de cause ou de complication dans une foule de cas où ce mode morbide ne joue évidemment qu'un rôle secondaire. On est habitué surtout à placer sous la dépendance d'un travail phlegmasique l'ulcération, l'élimination des parties mortifiées et la réparation des tissus. Il semble d'abord surprenant qu'une même maladie puisse, sans cesser d'être elle-même, subir des modifications si profondes, alors que ni le siége du mal, ni son intensité, ni la nature des tissus atteints ne peuvent en rendre raison. Embarrassés par cette difficulté, mais toujours enclins à faire une part trop large à l'inflammation, les auteurs sont obligés d'admettre une inflammation ulcéreuse. C'est avouer que l'inflammation simple ne peut produire les ulcères sans la manifestation d'une maladie nouvelle, l'ulcération. L'existence de cette dernière, à titre de maladie indépendante, ne saurait être contestée par cela seul qu'elle coïncide fréquemment avec l'inflammation; n'a-t-on pas victorieusement opposé à Broussais cette même coïncidence quand il prétendait faire dériver le tubercule de l'inflammation? On peut voir l'ulcération se développer indépendamment de toute inflammation sur les cicatrices d'anciens ulcères des jambes; sur les plaques de Peyer, où elle succède à une lésion qui n'a rien de commun avec l'inflammation. Mais une preuve plus directe de cet isolement du travail ulcératif peut être donnée. Les cartilages, le tissu de la cornée s'ulcèrent; or, ces parties n'offrant pas trace de vascularité, on ne saurait y concevoir une inflammation dans le vrai sens de ce mot, c'est-à-dire un travail morbide qui commence par une injection des capillaires, qui continue par l'épanchement d'une lymphe organisable, qui aboutit à la production du pus. De ce que les cartilages ne sont pas susceptibles d'inflammation, on a conclu, à tort, qu'ils ne pouvaient être malades autrement que par l'influence soit du milieu où ils baignent, soit des surfaces osseuses avec lesquelles ils sont en rapport. Les recherches de M. Broca, celles principalement consignées dans le *Bulletin de la Société anatomique*, lui ont fait rencontrer dans bien

des cas de véritables ulcérations des cartilages. Il en est de même de la cornée ; ici, il est vrai, faute de vaisseaux existant à l'état normal, on a allégué la vascularité qui accompagne la kératite, nom consacré par tous les ophthalmologistes. Mais, tout d'abord, il est évident que cette particularité dont on a fait le caractère spécial de la kératite dite vasculaire n'est qu'un effet de la maladie ; et, en second lieu, la présence de ces vaisseaux anormaux n'est nullement nécessaire pour que la cornée s'ulcère, et souvent elle fait défaut. — Il y a plus, de véritables ulcérations peuvent affecter les tissus des plantes, et cela soit spontanément, soit par suite de contusions ou de plaies de l'écorce. C'est ce qui arrive fréquemment sur les myrtes quand on les *émonde en talon*, c'est-à-dire qu'on coupe les branches gourmandes trop près du tronc principal.

Ainsi, la manifestation d'ulcères sans inflammation antécédente ou actuelle, leur développement dans des tissus qui, n'étant pas vasculaires, sont par cela même incapables de s'enflammer, ces deux circonstances capitales se réunissent pour prouver que le mot ulcération doit, désormais, remplacer celui d'inflammation ulcéreuse.

L'élimination des portions mortifiées de tissus a été également considérée comme le résultat d'un travail inflammatoire. C'est une erreur facile à démontrer par l'étude des maladies des cartilages. Dans ses recherches sur ce sujet, M. Broca a reconnu l'existence de trois sortes de nécrose des cartilages articulaires ; tantôt leur surface seule en est atteinte, tantôt leur partie la plus profonde ; dans ces deux cas, on peut se réfugier dans l'hypothèse d'une dissolution chimique par le liquide de l'articulation, ou d'une décortication, suite d'un état morbide de la surface osseuse à laquelle le cartilage était uni. Mais il est une troisième forme de la maladie qui exclut toute supposition de ce genre : c'est la nécrose qui attaque l'épaisseur même de la lame cartilagineuse; ici, le séquestre se trouve enfermé, invaginé dans une excavation dont le fond et les bords sont constitués par le cartilage même. Force est bien, dès lors, de convenir que l'élimination de la portion nécrosée peut s'opérer sans le concours de l'inflammation.

Enfin, les parties qui ont subi une solution de continuité ou une perte de substance, s'opère à l'aide d'une série de phénomènes particuliers dont l'inflammation n'est ni la cause ni l'accompagnement obligé. Ce sujet sera traité par M. Broca dans une prochaine communication à l'Académie. — (Commissaires MM. Lévy, Velpeau et Bégin.)

— M. Bouyer, de Furzac, lit une observation de pneumonie aiguë sans fièvre, et *quelques réflexions sur la valeur de la fièvre dans la pneumonie au point de vue du pronostic.*

La maladie existait chez un vieillard, qui l'avait déjà contractée plusieurs fois dans le cours de sa vie ; au début, fièvre pendant trente-six heures; puis, tout à coup, le pouls s'abaisse d'une manière remarquable, bien que toute la médication ait consisté dans l'application de cinq sangsues sur le point douloureux.

En même temps que la disparition du mouvement fébrile et de la douleur, on note cependant une aggravation des signes locaux, le souffle tubaire remplace complétement les râles crépitans et sous-crépitans. Traitée par l'expectation, cette pneumonie, qui était étendue à toute la partie postérieure de l'un des poumons, guérit complétement au bout de huit jours.

M. Bouyer résume dans les propositions suivantes les réflexions dont il fait suivre la relation de ce fait :

1° Rien ne démontre que la fièvre soit un effort salutaire du principe vital, une *réaction*; l'expérience, au contraire, la raison et la physiologie nous portent à regarder la fièvre comme l'effet de lois solidaires et harmoniques, comme une *sensation*. C'est ce qui ressort, du reste, de la définition de la fièvre par Broussais, par Georget, par Dugès.

2° La fièvre, comme le disait Fernel, est généralement un mal. Jusqu'à 80 pulsations elle offre peu de danger, en exceptant les inflammations de l'axe cérébro-spinal. Au-dessus de ce chiffre, le danger croît en progression arithmétique jusqu'à 120-125 pulsations ; passé ce terme, il y a progression géométrique. Cette dernière formule ne s'applique pas aussi rigoureusement à la pathologie infantile. (Comm. MM. Blache, Grisolle, Bousquet, rapporteur.)

— M. Heurteloup donne lecture d'un travail intitulé : *Court mémoire sur la section instantanée et simultanée de ce sous-ordre des obstacles matériels à la miction qu'on appelle rétrécissemens de l'urètre perméables aux bougies ; section nommée tout récemment guérison instantanée et radicale, et sur un instrument très simple pour pratiquer cette section lorsqu'on veut absolument la pratiquer.*

L'auteur examine et critique le principe de la section instantanée, les instrumens employés par M. Maisonneuve pour l'obtenir, enfin la dénomination de cure radicale que ce chirurgien donne à son procédé, malgré son application toute récente. (Comm. MM. Larrey, Velpeau, Jobert, Malgaigne.)

— M. Chassaignac présente un malade qui, il y a un mois, a subi l'ablation d'un sarcocèle au moyen de l'*écraseur linéaire*. La cicatrisation est complète.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 25 Avril 1855. — Présidence de M. le docteur Bricheteau.

Sommaire. — Renouvellement du bureau. — *Note sur une épidémie de contracture essentielle observée chez des sujets affectés de fièvre typhoïde*, par M. Aran. Discussion : MM. Trousseau, Barthez, Becquerel, Lasègue, H. Roger, Moutard-Martin, Hérard, Béhier, Marrotte.

La Société procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1855-56. (Voir l'Union Médicale du 8 mai 1855.)

— M. Aran lit une *Note sur une épidémie de contracture essentielle observée chez des sujets affectés de fièvre typhoïde.* (Voir plus haut, article *Clinique médicale.*)

M. Trousseau : Il y a longtemps déjà que mon attention s'est fixée sur la contracture des extrémités, et c'est sous mes auspices et d'après des observations recueillies dans mon service à l'hôpital Necker que M. Delpech a fait sa thèse sur la contracture essentielle des extrémités. Depuis cette époque, j'ai vu un assez grand nombre de ces contractures, et l'année dernière encore, à l'Hôtel-Dieu, j'en ai observé douze. M. Lasègue, qui, en même temps, remplaçait M. Sandras à l'Hôtel-Dieu, et faisait le service du Bureau central, en a observé six ou sept cas chez des cholériques, et en a envoyé trois ou quatre à la fois dans mon service. Je me suis attaché à rechercher les conditions dans lesquelles se développent ces contractures. J'ai vu qu'elles étaient plus communes chez les nourrices et les femmes récemment accouchées que dans toute autre condition. Il m'a paru y avoir dans l'état puerpéral et l'allaitement quelque chose qui prédispose à cette maladie. L'influence des maladies antérieures m'a paru nulle, excepté toutefois la diarrhée, que j'ai vue presque toujours précéder l'attaque de contracture ; j'en ai vu dernièrement trois ou quatre cas qui n'ont pas eu de gravité. Il n'est pas rare de voir la contracture occuper le tronc et les membres inférieurs en même temps que les bras, et le tiers au moins des sujets que j'ai observés a présenté, à un certain moment, une difficulté dans la parole qui dénotait de la contracture dans les muscles du larynx. On voit assez fréquemment la contracture survenir après l'impression du froid. Un cordonnier, après s'être enivré, passa la nuit couché en plein air, le lendemain il était atteint de contracture mais qui n'a pas eu de gravité. En résumé, je n'ai pas reconnu à la contracture de liaisons avec autre chose qu'avec l'état puerpéral et l'allaitement et l'état diarrhéique. Il ne serait pas impossible, d'après cela, que le traitement par les mercuriaux, employé par M. Aran, ait pu avoir quelque influence sur le développement de la maladie, car les mercuriaux augmentent la sécrétion intestinale et par suite la diarrhée. Un fait assez curieux, et qui mérite de fixer l'attention, c'est que l'on reproduit à volonté des contractures, dans les intervalles des accès. Il suffit pour cela de comprimer le membre qui en est le siége. Ce fait a été mis en lumière accidentellement : les saignées sont fréquemment mises en usage dans ces cas de contracture et j'ai vu que, toutes les fois que l'on comprime le bras pour pratiquer la saignée, la contracture survient, et elle se produit aussi bien en comprimant l'artère seule avec le doigt, qu'en exerçant une compression circulaire soit avec une bande, soit avec la main.

M. Barthez : Cette contracture est assez commune chez les enfans, et les premiers travaux qui aient été publiés sur ce sujet l'ont été par d'anciens internes de l'hôpital des Enfans, Tonnelé et Constant. Tonnelé, comme M. Trousseau, a rattaché à des maladies du tube digestif le plus grand nombre des faits qu'il a observés.

J'ai vu, dit M. Barthez, un grand nombre de ces contractures, et surtout dans le cours de l'an dernier; elles me paraissent devoir être divisées en deux catégories. Ou bien la contracture se développe sur des enfans jeunes, faibles, ayant la diarrhée? et alors elle existe sans réaction ; sous cette forme, elle est grave et quelquefois les enfans meurent ; j'en ai vu six se terminer ainsi fatalement. Ou bien elle survient chez les enfans robustes, ayant de 6 à 12 ans. Elle se développe spontanément ou dans dans la convalescence de maladies qui n'ont pas atteint la constitution, alors la réaction est vive, le pouls fort, plein, rénitent, appelle la saignée. En même temps la peau est vivement congestionnée, elle prend même quelquefois une rougeur comme scarlatineuse. C'est cette forme inflammatoire que l'on a surtout rapportée à l'état rhumatismal, et avec d'autant plus de raison que, quelquefois, on a vu en même temps un certain nombre d'articulations gonflées et douloureuses. C'est la forme qui paraît la moins grave ; sa durée n'est pas ordinairement longue. La saignée fait cesser la contracture, qui quelquefois revient au bout de peu de jours, pour disparaître complétement après une nouvelle saignée. Dans quelques cas des bains prolongés ont suffi. J'ai vu un fait curieux par quelques-uns de ses détails et par sa durée. Un enfant fut atteint de contracture générale sans cause appréciable ; pendant les accès de contracture, il existait au cœur des palpitations ; les battemens étaient inégaux, tumultueux, sans bruit anormal, comme si le cœur subissait un certain degré de convulsions; après la cessation des contractures, les battemens redevenaient parfaitement naturels. Après quatre attaques, la contracture disparut ; mais il lui succéda une paraplégie incomplète, ou faiblesse sans contracture des extrémités ; je fis appliquer des cautères sur le dos : les mouvemens revinrent petit à petit, et au bout de six semaines, la paraplégie était guérie. Dans tous les autres cas nous avons observé une guérison rapide.

M. Becquerel : Il y a un an, une femme de 45 ans entra dans mon service à l'hôpital Lariboisière, atteinte de contracture très intense ; les mains sont fortement fermées ; les ongles des doigts enfoncés douloureusement dans la peau, le pouce ployé dans la paume de la main et embrassé par les autres doigts ; les douleurs sont vives et exaspérées quand on veut ouvrir la main. Dans les accès les plus forts, les muscles de la face sont eux-mêmes contracturés. Cette femme est malheureuse, dans de mauvaises conditions hygiéniques, des bains prolongés sont restés sans effet au bout de quinze jours. J'administrai alors l'opium à la dose de 25 centigr., et la maladie disparut complétement. Cette malade nous dit que l'année précédente, à la même époque, elle avait été atteinte de la même manière.

Il y a neuf jours environ, vers le 15 de ce mois, cette femme revint dans mon service avec les mêmes symptômes, elle avait sept ou huit attaques par jour, sa face est violacée, la contracture est tellement violente que les ongles sont entrés dans la paume des mains ; pendant cinq à six jours nous lui fîmes prendre des bains prolongés, mais sans aucun résultat. Enfin, la malade nous rappela le traitement qui lui avait réussi l'année précédente, depuis trois jours elle prend 15 centigrammes d'opium, et hier les accidens étaient complétement calmés. Cette malade n'a jamais eu ni rhumatismes, ni diarrhée. — Le 9 avril, elle est guérie et est sortie le matin même.

M. Lasègue a observé des faits analogues à ceux qu'a cités M. Barthez, c'est-à-dire des éruptions accompagnant les contractures ; mais c'est surtout chez les cholériques que ce fait s'est présenté fréquemment; chez les cholériques qui n'ont pas eu d'éruption, il n'y a pas eu de contracture. M. Lasègue a observé un fait entre autres où l'influence rhumatismale a été bien manifeste.

Un enfant de 10 à 12 ans, peu vêtu, était dans un bal où il avait très chaud; pris d'un besoin pressant, il descend dans la rue, tout en sueur, la température était froide, et au moment de boutonner sa culotte, il fut pris de contracture très douloureuse, les pieds, les mains furent atteints ; l'enfant poussait des cris de douleur, l'accès dura pendant quatre à cinq heures, fut accompagné de réaction assez vive, et le lendemain la contracture avait disparu.

M. Roger (Henri) : Dans ce moment même M. Aran pourrait voir, à l'hôpital des Enfans, un jeune garçon de treize ans, atteint de contractures survenues dans le cours d'une fièvre typhoïde. Cette complication s'est, du reste, comportée d'une manière tout à fait semblable aux observations qui viennent d'êtres rapportées : les contractures ont paru vers le dixième jour de la dothiénentérie qui était assez grave ; elles ont occupé les deux mains et les deux pieds ; elles étaient douloureuses, avec accompagnement de rougeur et de gonflement ; elles ont persisté au moins quinze jours, diminuant par degrés, et sans avoir exercé une influence appréciable ni sur la marche de la maladie primitive, ni sur sa gravité, car l'enfant est aujourd'hui en pleine convalescence et les contractures ne se montrent plus que par une légère flexion des doigts. Je ferai remarquer, pour répondre aux scrupules de M. Aran, qu'aucune préparation mercurielle n'avait été administrée chez ce malade.

Je dirai, à cette occasion, que j'ai observé cette année, comme une petite épidémie de contractures à l'hôpital, dans la salle consacrée aux enfans âgés de 2 à 4 ans. Tandis qu'on en compte d'ordinaire quelques cas seulement dans le cours d'une année, dix ou douze se sont montrés en deux ou trois mois. Chez la plupart des sujets c'étaient des contractures douloureuses essentielles.

Deux fois elles se sont montrées comme phénomène prodromique du *spasme de la glotte*. Presque toujours, en effet, dans cette affection (asthme thymique des Allemands), avant le spasme de la glotte, il y a une première période très longue où le spasme se porte, pour ainsi dire, sur les articulations des pieds et des mains, et c'est plus tard, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, que se manifestent le sifflement caractéristique et les accès de suffocation.

Dans un de ces cas, qui fut mortel, l'autopsie donna des résultats complétement négatifs quant au volume exagéré du thymus : comme dans les faits nombreux consignés dans l'excellente thèse de M. Hérard, cette glande n'était nullement hypertrophiée ; elle était même moins grosse que chez un enfant à peu près de même âge, que je trouvai sur la table de l'amphithéâtre, ayant succombé à une autre affection.

M. Moutard-Martin, pendant l'hiver de 1854, était chargé d'un service temporaire à Bicêtre ; il a observé quatre faits de contracture essentielle développés spontanément sans cause appréciable chez des jeunes gens de 15 à 20 ans. Trois sont entrés à peu près en même temps, le même traitement leur fut administré, bains prolongés, saignées; le résultat fut nul. L'un d'eux fut atteint de fièvre intense et la contracture disparut. Il survint une éruption variolique et dans la convalescence la contracture revint comme précédemment. Chez les deux premiers, les bains et les saignées restant sans effet M. Moutard-Martin eut l'idée d'administrer avec précaution la strychnine. Dès les premières doses les contractures disparurent, et au bout de vingt-quatre heures les malades étaient guéris ; le troisième fut traité de même lorsque la contracture reparut, et il guérit comme les autres. Sur ces entrefaites, un quatrième entra dans les mêmes conditions que les précédens. On administra d'emblée la strychnine, et, au bout de trois jours, la contracture, qui avait diminué dès les premières doses, disparut pour ne plus revenir. Ces faits nous ont paru curieux, au point de vue du traitement, comme succès marqués de la méthode substitutive.

M. Hérard : Ainsi qu'il résulte de tout ce qui vient d'être dit, la contracture est un phénomène morbide qui peut se montrer dans une infinité de circonstances ; et souvent, dans des conditions qui ne paraissent avoir aucun point de rapprochement ; ainsi, dans la fièvre typhoïde, chez les nouvelles accouchées, sous l'influence du rhumatisme, du choléra, etc... Dans l'enfance, on l'observe dans d'autres circonstances encore que celles signalées par M. Barthez ; elle est commune chez les enfans qui ont de la tendance aux convulsions, et dans le spasme de la glotte, dont parlait tout à l'heure M. Roger, c'est un phénomène presque constant. Quant au traitement mercuriel employé par M. Aran, il paraît n'avoir été pour rien dans le développement de la maladie, car, dans ces derniers temps, cette contracture n'a pas été rare chez des malades qui n'ont pas pris de mercure.

M. Béhier a traité, l'an dernier, un grand nombre de fièvres typhoïdes par le calomel, et il n'a vu qu'un seul cas de contracture, et encore ce fut chez un convalescent.

M. Aran : Il résulte de cette discussion, que personne n'avait appelé l'attention sur cette complication de la fièvre typhoïde. Il est remarquable, du reste, que la contracture paraît s'ajouter à une foule d'affections, sans en troubler le cours ; dans tous les faits que j'ai observés, la fièvre typhoïde a suivi sa marche, sans que la contracture l'ait en rien modifiée. M. Trousseau a dit que le traitement mercuriel pouvait être pour quelque chose dans le développement de cette complication, parce que les préparations mercurielles tendent à produire la diarrhée, augmentent la sécrétion intestinale, et qu'il a observé les contractures surtout chez les individus atteints de diarrhée. Mais M. Beau, et tant d'autres, qui traitent les fièvres typhoïdes par les purgatifs répétés, n'ont rien vu de semblable ; ce n'est donc pas à cette cause qu'il faut attribuer les faits que nous avons observés.

M. Marrotte a observé dernièrement quatre cas de contractures ; deux chez des fièvres typhoïdes dans la convalescence, et deux chez des individus qui n'avaient pas de fièvre typhoïde. Dans ces deux cas, les contractures lui ont paru de nature rhumatismale ; elles étaient accompagnées de gonflement articulaire, d'épanchement dans les articulations, et plus tard, survint un catharre pulmonaire. Il y a une quinzaine d'années, il a existé une épidémie de ces contractures, dans laquelle on a signalé du gonflement des articulations, et des éruptions comme on en voit quelquefois dans le rhumatisme, quelquefois aussi on a vu des affections muqueuses. La cause occasionnelle signalée est l'impression du froid et de l'humidité. Tout porte donc à croire à la nature rhumatismale de cette maladie. Dans les deux cas que j'ai vus dernièrement, des ventouses appliquées le long de la colonne vertébrale ont suffi pour guérir la maladie.

Le secrétaire, E. Moutard-Martin.

COURRIER.

Le banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le mardi. 24 juillet prochain, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

On souscrit aux bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

La souscription sera close le 23 juillet, à 4 heures du soir.

Ceux de nos confrères des départemens qui désirent assister à cette réunion confraternelle sont priés d'en prévenir M. le Gérant du journal.

Écoles préparatoires. — L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse est réorganisée de la manière suivante :

Art. 1er. L'enseignement comprendra :

1° Anatomie et physiologie ;

2° Pathologie externe et médecine opératoire ;

3° Clinique externe ;

4° Pathologie interne ;

5° Clinique interne;

6° Accouchemens, maladies des femmes et des enfans ;

7° Matière médicale et thérapeutique ;

8° Pharmacie et notions de toxicologie ;

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Exceptionnellement, et en considération de la faculté de droit de Toulouse, il est créé à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse une chaire de médecine légale, qui sera confiée à un neuvième professeur titulaire.

Art. 3. Le nombre des professeurs adjoints de ladite École est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire de clinique externe ;

A la chaire de clinique interne ;

A la chaire d'anatomie et de physiologie.

Art. 4. Le nombre des professeurs suppléans est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;

Aux chaires de chirurgie et d'accouchemens ;

A la chaire d'anatomie et de physiologie ;

Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 5. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse :

Un chef de clinique interne ;

Un chef des travaux anatomiques ;

Un prosecteur ;

Un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltheste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 86. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 21 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU BICARBONATE DE SOUDE A HAUTE DOSE DANS LA LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE ;

Par M. le docteur JORET.

Il n'est si mince observation qui ne porte avec elle son enseignement, et le plus grand travers de notre époque est de ne pas vouloir en tirer profit. En 1853, M. le docteur Jules Lemaire, s'appuyant de l'autorité de Mascagni, qui avait employé avec succès le carbonate de potasse dans la *pleurite* et la *péritonite*; et partant de ce fait incontestable que, dans les inflammations, la fibrine est augmentée dans le sang, eut l'idée d'administrer le bicarbonate de soude comme antiphlogistique dans la *pneumonie*, *l'angine couenneuse* et dans le *croup*. Il rapporte dix observations où l'emploi de ce sel à haute dose a été suivi d'une prompte guérison. Malgré cela, son mémoire, qui dénote des connaissances étendues en chimie médicale et en thérapeutique, était passé presque inaperçu, et sa médication pourtant si efficace était tombée dans l'oubli, lorsque notre savant collègue, M. Marchal (de Calvi), est venu tout dernièrement appeler de nouveau l'attention des praticiens sur l'action du bicarbonate de soude dans l'angine couenneuse. Qu'on adopte ou non sa théorie sur la nature de cette maladie, théorie qui lui fait proscrire la cautérisation et préférer les sels alcalins à tous les autres moyens de traitement, ce n'est pas ce que je veux discuter ; le fait unique de guérison qu'il rapporte n'en demeure pas moins acquis à la science, et en venant se grouper aux dix observations de M. Lemaire, et à celle plus récente de M. le docteur Lalesque aîné, médecin à La Teste, il restera comme un enseignement de plus de l'heureuse influence des alcalins dans le traitement des affections pseudo-membraneuses.

A ce titre, l'observation suivante peut avoir aussi son utilité.

OBSERVATION. — *Croup inutilement traité par les vomitifs et la cautérisation, et rapidement enrayé dans sa marche par le bicarbonate de soude à haute dose.*

Paul V..., âgé de 25 mois, demeurant chez ses parens, rue Michel-le-Comte, n° 26, est un enfant d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution. Jusqu'au 6 juin 1855, il avait toujours été bien portant, lorsqu'il fut pris subitement d'une toux quinteuse, sèche et rauque, avec difficulté de respirer. Les quintes, d'abord éloignées de quelques heures, devinrent plus fréquentes et s'accompagnèrent d'un sifflement particulier. Les parens, justement alarmés de l'ensemble de ces accidens, mandent en toute hâte M. le docteur Fernet. A son arrivée, ces symptômes étaient en partie dissipés, l'enfant avait la figure animée, le pouls fréquent, il conservait sa gaîté et s'occupait à jouer ; on était alors dans l'après-midi, mais vers le soir, la maladie avait fait de notables progrès. A la seconde visite de notre habile confrère, le petit malade était plutôt assis que couché dans son lit, la face animée, les yeux ardens, la peau chaude et le pouls précipité ; la voix était moins claire ; on ne remarqué pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, ni de concrétions membraniformes sur les amygdales, et dans toute la cavité du pharynx existe une rougeur vive de la muqueuse. Diagnostic : *laryngite pseudo-membraneuse probable*. Prescription : *sirop d'ipécacuanha, 30 grammes, additionné de 30 centigrammes de poudre d'ipéca*, à prendre par cuillerée et coup sur coup ; cataplasme sinapisé aux extrémités inférieures.

L'enfant vomit très abondamment, il est d'abord très agité, la toux persiste avec ses mêmes caractères, puis elle se calme et le malade dort pendant une heure et demie environ, après quoi il est réveillé en sursaut par une quinte de toux plus forte que les précédentes avec le sifflement si caractéristique du larynx, son facies est plus animé, son pouls précipité. On applique quatre sangsues aux apophyses mastoïdes. Le sang coule de dix heures du soir à minuit. Le petit malade paraissant plus tranquille, on se contente de lui faire prendre de temps à autre quelques gorgées de tisane de fleur de guimauve chaude et sucrée. Ce calme n'est que momentané. Bientôt Paul V... se réveille avec des symptômes de suffocation imminente. On revient à l'usage du vomitif plus haut prescrit. Des vomissemens de matières jaunes-verdâtres mêlées de mucosités surviennent promptement; malgré cela, l'agitation continue, l'enfant ne trouve pas de bonne position, on est forcé de tenir ouvertes les fenêtres de l'appartement, la voix est complétement éteinte, le pouls donne 140 pulsations, l'asphyxie menace de plus en plus, c'est alors que je suis appelé, le 7 juin, à cinq heures du matin, pour assister notre honorable confrère dans sa pénible mission. L'état dans lequel je trouvai le jeune Paul était celui que je viens de rapporter; l'examen de la gorge, auquel je procédai aussitôt avec mon ami, le docteur Fernet, nous fit découvrir sur les amygdales des stries blanchâtres nacrées à leur partie supérieure, et vers la partie moyenne deux plaques membraneuses pultacées et diffluentes qui étaient évidemment le produit d'une exsudation plastique. Notre diagnostic ne pouvait plus être douteux, nous avions à combattre un croup des mieux caractérisés.

Nous nous mîmes en devoir de cautériser les surfaces que nous pouvions atteindre, après quoi nous administrâmes encore un vomitif semblable aux précédens et prescrivîmes des révulsifs sur les jambes et sur les cuisses. Une éponge fine, fixée solidement au bout d'une baleine et trempée dans une solution d'azotate d'argent au 5me, nous servit à badigeonner les amygdales et le pharynx. Après cette petite opération, qui a paru augmenter momentanément l'agitation, nous faisons vomir le malade et c'est alors que nous pûmes remarquer pour la première fois, parmi les matières rendues, des fragmens organiques blancs, semblables à des pellicules d'œuf cuit. Deux heures après, le malade n'étant pas mieux, et pensant, d'après la marche des accidens, que la trachéotomie serait bientôt notre unique ressource, nous demandâmes à la famille de nous adjoindre M. le professeur Trousseau. Il était sept heures du matin, et notre savant confrère ne pouvait venir qu'à trois heures et demie de l'après-midi. En attendant, nous nous décidons à administrer le bicarbonate de soude.

12 *grammes de bicarbonate alcalin* sont d'abord ajoutés à 500 grammes de tisane de fleur de guimauve convenablement édulcorée. Le petit malade boit le tout sans répugnance, de neuf heures à midi. A dater de ce moment, un mieux manifeste se déclare. Paul V... peut rester couché dans son lit, il fait un premier somme d'une heure, se réveille avec un accès de suffocation et vomit abondamment sa tisane légèrement teinte de matières bilieuses parmi lesquelles nous extrayons des débris de fausses membranes qui, recueillies dans un verre d'eau, s'y développent et nous permettent d'en étudier la texture et les dimensions. Il y en a plusieurs de très ténues, mais quelques-unes, d'une longueur de 2 centimètres à 2 centimètres et demi, ont une épaisseur de 1 à 2 millimètres. En les raclant sur le doigt, on voit qu'elles sont loin d'être aussi diffluentes qu'on serait tenté de le croire au premier aspect, elles se composent de fibres fort résistantes.

6 *grammes de bicarbonate de soude* sont ajoutés cette fois dans un demi-verre de tisane dont on continue l'administration. La toux est plus grasse et moins rauque, la respiration moins gênée, les quintes

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — L'exposition. — Les Aztèques à Paris. — Un faisandier et ses phénomènes. — Puissance de l'activité humaine. — Calme plat.

La commission impériale a cru devoir exclure la presse médicale de la faveur accordée à la presse politique, nationale et étrangère, c'est-à-dire de la distribution des cartes d'entrée à l'exposition universelle. La presse médicale a pu être sensible à cette exclusion, mais elle n'en a pas gémi outre-mesure. Peut-être a-t-elle pu se dire, dans son for intérieur, que pour apprécier une assez grande et fort importante partie des objets exposés, il pouvait y avoir dans ses bureaux de rédaction, autant de compétence que parmi les rédacteurs de l'*Éclaireur des Deux-Sèvres* ou de l'*Écho des Basses-Alpes*, qu'elle possédait peut-être autant de connaissances spéciales que le *Correspondant de Nuremberg* ou le *Sonneur de Monaco ;* mais sans bouderie, et en bonne personne qu'elle est, sans croire que la patrie fût en danger ou que l'exposition dût faire nécessairement *fiasco*, elle a mis bravement la main au gousset, et, avec le commun des martyrs, elle se présente souvent au tourniquet-compteur. Elle déclare même, sans rancune, que, depuis quelques jours surtout, l'exposition est magnifique, splendide, éclatante, et que c'est le plus émouvant spectacle qu'il soit donné à l'homme intelligent de contempler.

Je n'ai pas vu l'exposition de Londres et je suis heureusement dispensé du parallèle. Je dis heureusement, car, si la comparaison était défavorable à l'Angleterre, j'exprimerais avec regret cette opinion à l'égard de nos bons alliés, et si elle était favorable, mon petit amour-propre national en serait blessé. Au point de vue artistique et pittoresque, au point de vue de l'émotion, j'aime assez la disposition actuelle de l'exposition. Cette dissémination des produits en plusieurs salles et compartimens procure des surprises extrêmement saisissantes et des contrastes d'un effet charmant. J'ajoute qu'elle est aussi plus favorable à l'observation et à l'étude. La synthèse y perd peut-être en grandeur et en majesté, mais l'analyse y gagne en précision et en perception plus nette des détails.

Nous n'avons pas à refaire ici une description qui a été faite partout. Notre revue de l'exposition doit même nécessairement se borner à une seule partie des produits exposés, à ceux qui sont spécialement placés dans la 12me classe du catalogue et qui contiennent les substances alimentaires, les produits hygiéniques, chimiques et de la matière médicale, les appareils et instrumens, les représentations des pièces d'anatomie normale, pathologique et d'histoire naturelle, en un mot, à tout ce qui présente une afférence réelle ou possible avec les objets d'étude plus spécialement familiers aux lecteurs de ce journal. C'est cette revue que nous commencerons prochainement, et à laquelle nous n'avons pu nous livrer plus tôt, puisque la plupart des objets qui doivent la composer n'étaient pas encore exposés.

Comme produits d'anatomie pathologique, on en peut voir aujourd'hui deux curieux échantillons dans ces pauvres enfans désignés sous le nom d'Aztèques, sur lesquels on a écrit sérieusement de si jolis contes, et que M. Serres vient de faire rentrer dans la classe des monstruosités par déformation. C'est moins fantastique et moins poétique, mais la science impitoyable a parlé, et les croyans à l'existence de cette race lilliputienne doivent perdre leurs illusions. Des individus conformés comme ces petits êtres ne peuvent pas se reproduire, a dit M. Serres, donc pas de race possible, et ce que nous avons sous les yeux n'est ou qu'une de ces bizarreries inexplicables de la nature, ou plus probablement qu'un produit artificiel de quelque peuplade sauvage qui, par des pratiques barbares et inconnues, réduit ces pauvres êtres à cet état d'amoindrissement intellectuel et physique. Le phénomène n'en serait pas moins curieux, je l'avoue. Mais où ne peut atteindre la puissance de l'homme ? On m'a parlé d'un phénomène inverse, il est vrai, moins cruel et plus utile, qui dépasserait de bien loin les exploits en ce genre des éleveurs et des *entraîneurs* de l'Angleterre. Il m'a été dit par des hommes très éclairés et très sérieux qui l'ont constaté plusieurs fois *de visu*, ce que je n'ai pu faire encore, qu'un individu qui exerce la profession de faisandier dans une grande maison et dans une propriété qui n'est pas très éloignée de Paris, possède des moyens de faire ceci : Un canard — je prie les mauvais plaisans de ne pas jouer sur ce mot, la chose que je raconte n'a aucun rapport avec les fausses nouvelles qu'on appelle de ce nom — un canneton vient de sortir de son œuf; le faisandier s'en empare, l'alimente à sa manière, qui paraît être un secret, et, trois semaines après, ce canneton est devenu un superbe canard propre à mettre à la broche. Que diable voulez-vous que je vous dise? La chose m'est assurée très sérieusement par des personnes qui voient journellement le fait, dont une est un savant confrère très connu de nos lecteurs. Ce phénomène physiologique n'est-il pas extrêmement curieux? Autre chose, ce même faisandier a un autre secret qui lui a rendu de très grands services, précisément cette année. Tous les fermiers et les éleveurs de volaille savent qu'après un hiver très rigoureux, comme celui que nous venons de subir, les poules couveuses sont très rares et que la fonction se manifeste tard chez celles qui le deviennent. Eh bien, pour notre faisandier, il n'est point de poules réfractaires ou tardives. Il les rend couveuses quand il veut et par des procédés dont l'emploi ne dure pas plus de trois jours, et c'est ce qu'il a fait cette année même. N'est-ce pas aussi très remarquable et digne de l'attention des savans si j'étais autorisé à leur donner des renseignemens plus précis? Et remarquez que, comme le pauvre Remy qui a trouvé l'art de la pisciculture, ce faisandier n'est qu'un paysan illettré, mais grand observateur et ne laissant rien perdre, comme tant de savans nous en donnent l'exemple, des phénomènes naturels qui se présentent à son génie attentif. Le génie — qui a dit cela ? — est l'attention et la patience. Ces prétendues Aztèques ne nous présentent donc rien qui n'ait son analogue dans les effets produits par l'industrie humaine. L'homme parvient à faire de la nature animée à peu près ce qu'il veut. Il produit à volonté, sur les animaux, de la graisse ou des muscles ; il les prive ou les dote, quand il veut, de cornes ou d'autres appendices; il les rabougrit ou leur donne des formes colossales ; il les rend paresseux ou agiles; féconds ou stériles à son gré, il croise les races et en fabrique de nouvelles. Et sur les plantes, sur les fruits, sur les légumes, sur les fleurs, n'a-t-il pas, le génie humain, doté la terre d'une création nouvelle ? Et Dieu, qui a condamné l'homme déchu au travail et à la mort, ne lui a-t-il pas laissé un rayon de son intelligence, puisqu'il produit des fruits si beaux et des fleurs si éclatantes ?

L'impiété, le délire, c'est de condamner l'intelligence à l'éternel labeur de la fourmi ou de la guêpe. La mythologie antique, en cela plus vraie et plus humaine, avait fait de cette éternité, dans le même travail, une peine terrible pour les méchans, et le rocher de Sisyphe n'était que la condamnation des rétrogrades de ce temps.

Voyez où deux pauvres microcéphales peuvent conduire ! Du reste, il faut bien que le feuilleton se laisse conduire dans toutes sortes de méandres, puisque le droit chemin qu'il est obligé de parcourir sans cesse, malheureux Sisyphe, ne présente absolument rien d'intéressant ou de curieux. L'Académie est dans le calme plat des séances très ordinaires. La Faculté est dans ce moment une très brave fille qui ne fait pas parler d'elle. Rien, absolument rien sur l'horizon médical qui soit digne de vous être raconté, et nos cœurs attristés par la mort si rapide et si imprévue de notre malheureux confrère Valleix ont besoin de se recueillir dans cette pensée austère et saine de bien vivre et de bien mourir.

Amédée LATOUR.

s'éloignent, le petit malade peut dormir tranquillement pendant un plus long temps. Durant le sommeil, le bruit trachéal est presque nul, l'expiration n'est plus sifflante. A trois heures et demie, lorsqu'arrive M. Trousseau, le jeune P... dormait paisiblement, on le réveille et il est pris d'une quinte de toux assez forte. Nous examinons la gorge, et M. Trousseau constate avec nous l'existence des fausses membranes que nous avions observées, le matin, sur les tonsilles.

Il est d'avis de revenir à la cautérisation ; il conseille de préférence, comme vomitif, une solution de 1 gramme de sulfate de cuivre dans 60 grammes d'eau distillée édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger. Il pense que ce médicament est mieux indiqué dans la circonstance que le sirop et la poudre d'ipécacuanha, parce qu'il agit de deux manières : comme substitutif, en cautérisant les parties qu'il traverse, et comme vomitif. *Il ne compte pas sur l'effet du bicarbonate de soude, qui, jusqu'à plus ample informé, est pour lui un leurre, tout en avouant, cependant, qu'il ne peut jamais faire de mal*, et finit en portant le pronostic le plus fâcheux. « Nous nous trouvons en présence d'une » affection croupale des plus graves. Demain, dit-il, il nous faudra en » venir à la trachéotomie. Ne vous fiez pas à ce calme apparent. Quand » la toux devient moins intense, bien qu'elle s'éloigne, si la fièvre per- » siste, c'est que les cordes vocales se revêtent de fausses membranes, » qui bientôt s'étendront plus loin et envahiront la trachée et les bron- » ches, etc., etc. »

Malgré notre profond respect pour la parole du maître, nous ne pouvions nous ranger de son avis. S'il est vrai, nous disions-nous, que le calme que nous observons tienne à ce que les cordes vocales se recouvrent de fausses membranes, il nous semble que l'asphyxie devrait être plus manifeste au lieu de décroître, comme nous le voyons; et nous aimons mieux croire que, puisque l'enfant est un peu moins mal depuis l'administration du bicarbonate de soude, un mieux réel se montrera ensuite, et, en persévérant dans les moyens primitivement suivis, nous obtiendrons une guérison définitive.

Six grammes de bicarbonate de soude furent donc encore administrés ce même jour. Le soir, l'enfant fut cautérisé. Après cette deuxième cautérisation, comme après la première, l'agitation fut plus grande. Le malade faisait souvent de courts sommeils, et chaque fois qu'il se réveillait, il était pris d'une toux intense qui ne cessait que lorsque la trachée était débarrassée des viscosités qui l'obstruaient. A dix heures du soir, il avait eu une quinte beaucoup plus forte que les dernières; la toux était rauque et la voix presque éteinte; nous donnâmes trois cuillerées à café de la potion au sulfate de cuivre : l'enfant a vomi pendant deux heures, fort peu chaque fois, mais souvent et avec des efforts qui le fatiguèrent énormément. *Dans les matières rendues, nous observons encore des débris fragmentés de fausses membranes en très grand nombre, et deux cordons longitudinaux très résistans offrant 4 centimètres de long sur 5 millimètres de large, et présentant tous les caractères d'un produit fibro-plastique.* Après cette dernière secousse, le malade a dormi de minuit à deux heures du matin, et le reste de la nuit s'est passé avec calme.

Dans la matinée du 8 juin, l'enfant a été pris d'un dévoiement très abondant de matières bilieuses verdâtres; il a eu sept garde-robes copieuses. Ce dérangement, qui l'a beaucoup affaibli, ne pouvait-il pas provenir des quelques cuillerées de la potion au sulfate de cuivre, prises la veille, au soir, plutôt que des 24 grammes de bicarbonate alcalin qu'il avait ingérés dans la même journée? Nous le pensons. Quoi qu'il en soit, la potion vomitive n'a plus été administrée, et la dose de bicarbonate de soude est abaissée à 2 grammes dans les vingt-quatre heures.

Ce jour-là, la cautérisation a été encore pratiquée matin et soir. La journée a été comparativement meilleure que la précédente; l'enfant a demandé ses jeux, s'en est amusé et a souvent conversé avec ses parens. La nuit du 8 au 9 a été également beaucoup plus calme que celle du 7 au 8. Le petit malade a reposé plusieurs fois pendant deux et trois heures; les quintes étaient plus éloignées et moins longues, la toux plus grasse, la voix plus claire.

Le 9 juin, nous permettons du bouillon de poulet qui est pris avec plaisir. Le pouls est tombé de 140 à 100 ou 104 pulsations par minute; le malade s'occupe volontiers de tout ce qui se passe autour de lui, il cause, rit et joue. Quelques accès de toux au réveil ou pendant le sommeil sont les seuls symptômes qui lui restent de sa maladie. 24 respirations par minute, peu ou pas de sifflement dans le bruit respiratoire. Cependant les piliers et le voile du palais sont recouverts d'une couenne fort épaisse que nous tentons vainement d'arracher avec des pinces; on la touche avec un mélange de miel rosat et d'acide chlorhydrique au quart.

Le 10, la nuit a été bonne, la toux est presque naturelle, toujours grasse; pas de gêne dans la respiration, pas de fièvre; il y a encore de l'enrouement dans la voix. Les fausses membranes de la veille sont toujours visibles, mais elles semblent moins épaisses et surtout plus diffluentes. On continuera de les toucher avec le collutoire au miel rosat. Pour nourriture, deux tapiokas et trois tasses de bouillon de poulet.

La convalescence marche franchement. Je cesse de voir le malade, qui reste confié aux soins de M. le docteur Fernet. J'ai su depuis que le mieux qui existait le 10 juin avait été toujours croissant. Le 17, le jeune P... est parti avec sa mère à la campagne. Le 23 juin, à peine conservait-il un peu d'enrouement et de toux.

Cette observation est surtout remarquable au point de vue thérapeutique. Bien que plusieurs autres moyens énergiques aient été mis en usage en même temps que le bicarbonate de soude, il ne nous paraît pas douteux qu'on ne doive attribuer à ce dernier l'amélioration survenue chez notre malade quelques heures après son administration. Comme nous l'avons vu pendant les vingt premières heures, ni les vomitifs répétés trois fois de suite, ni les sangsues, ni les révulsifs aux extrémités inférieures, n'ont pu enrayer un seul instant la marche de la maladie; la cautérisation, pratiquée pour la première fois dans la matinée du 7 juin, ne nous a pas donné un résultat meilleur, puisque ce fut dans la pensée que la trachéotomie serait bientôt l'*ultima ratio* de notre thérapeutique, que nous nous décidâmes à demander à la famille de nous adjoindre M. le professeur Trousseau; mais trois heures à peine se sont-elles écoulées après l'administration de *douze grammes* de bicarbonate de soude, qu'un mieux manifeste se déclare; la respiration est moins gênée, la toux moins rauque, les quintes s'éloignent, et le malade s'endort d'un sommeil paisible. Comment ne pas reconnaître ici l'heureuse influence du sel alcalin sur la marche de la maladie? Pour moi, qui ai eu le triste privilége d'observer depuis moins de six mois cinq cas de croup : deux avec le docteur Lemarchand, qui ont été opérés par M. Trousseau, et dont l'un est mort; deux autres avec mes très honorables confrères, MM. Homolle et Richelot, opérés par M. Forget, et qui ont succombé tous les deux, non pas aux suites de l'opération, mais bien parce que nous n'avons pu enrayer les progrès du mal, malgré les mille moyens que nous lui avons opposés, je n'hésite pas à croire, d'après le début et la marche de la maladie du jeune Paul V..., pendant les vingt premières heures, qu'il n'eût eu à subir l'opération de l'ouverture de la trachée, si nous n'avions pas eu recours au bicarbonate de soude à haute dose. Je n'hésite donc pas à préconiser cette médication, et je m'estimerais heureux si le fait que je viens de rapporter avec détails, ajouté aux observations de MM. Jules Lemaire, Marchal (de Calvi) et Lalesque, sans entraîner entièrement la conviction de nos confrères, les déterminait au moins à essayer ce moyen dans une affection contre laquelle les secours de l'art sont si souvent impuissans.

L'observation recueillie par M. le docteur Joret présente les garanties réclamées par la science médicale moderne; trois médecins distingués ont vu le malade, l'un d'eux, professeur de clinique à la Faculté, que sa vaste expérience de cette maladie spéciale place incontestablement au premier rang, a confirmé le diagnostic et porté le pronostic le plus grave; le signe pathognomonique de l'affection croupale (fausse membrane) a été recueilli et constaté de *visu*, et cependant le Comité de rédaction de l'Union Médicale hésitait à l'insérer. C'est, il faut bien le dire, que cette redoutable question de la nature, des caractères et du traitement du croup est de celles qu'on n'aborde qu'en tremblant.

Qui pourrait dire la perplexité dans laquelle les praticiens ont été jetés par le mémoire de M. Marchal (de Calvi)? Les idées admises à peu près sans conteste à la suite des travaux d'un demi-siècle, étaient tout à coup renversées, la confiance dans une médication importante profondément ébranlée, et cependant, sur quelle base s'appuyait l'édifice de cette nouvelle thérapeutique du croup? Sur un seul cas propre à l'auteur, et ce cas était contestable (une éruption scarlatineuse suivait presque immédiatement le développement de l'angine). Nous aussi nous avons cru rencontrer, il y a plus de quinze ans, une médication efficace, et bien que, depuis cette époque, nous puissions compter d'assez nombreuses observations et une proportion de guérisons satisfaisante, eu égard à la gravité de cette terrible affection, nous n'avons pu nous décider encore à publier ce travail; mais nous saisissons l'occasion qui nous est offerte pour examiner quelques-unes des questions soulevées par l'observation de notre confrère M. Joret; puissions-nous contribuer à les élucider!

Sans nous aventurer dans une étude abstraite de la nature et de la cause première de l'angine pseudo-membraneuse, voyons d'abord s'il ne serait pas possible d'établir sur le terrain solide de l'observation quelques données positives.

S'il est une maladie à laquelle s'attache l'idée de spécificité, c'est assurément le croup. Or, l'observation montrant que l'organisme ne peut être simultanément affecté de deux maladies spécifiques, par cela seul qu'on aura constaté chez un malade le signe pathognomonique d'une de ces maladies (rougeole, scarlatine, etc.), on devra exclure la pensée d'une affection véritablement croupale, quelles que soient d'ailleurs l'analogie, l'apparente similitude des symptômes observés.

Mais cette incompatibilité, dira-t-on, n'est pas constante; l'on peut exceptionnellement observer la complication de deux affections spécifiques. Ces complications, que l'ignorance multiplie, sont bien rares pour le médecin expérimenté, et nous sommes convaincu qu'elles le deviennent de plus en plus en plus, au fur et à mesure des progrès que fait l'observation médicale.

A ce point de vue de la spécificité du croup, posons quelques questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre :

1° Toute angine avec exsudation pulpeuse ou membraneuse constitue-t-elle le croup?

Non, répondrons-nous; et nous prendrons pour exemple l'angine scarlatineuse, qui, bien que présentant une exsudation blanchâtre pulpeuse et même quelquefois membraniforme, ne se transformera jamais en croup : 1° parce que, dans la scarlatine, l'inflammation de la muqueuse pharyngienne n'envahit jamais les voies aériennes et s'étend par continuité de tissu et par une sorte d'élection à la muqueuse gastro-intestinale, contrairement à ce qui a lieu pour la rougeole; 2° parce que cette période de sécrétion pseudo-membraneuse de la scarlatine est constamment suivie d'une période de desquamation, pendant laquelle la muqueuse se dépouille de son épithélium, comme la peau se dépouille de l'épiderme consécutivement à l'éruption.

2° Le croup est-il toujours identique?

Il suffit de rappeler les modifications que présentent les maladies épidémiques dans leurs manifestations successives, et qui constituent le génie propre à chacune d'elles, pour conclure que lui aussi doit se diversifier dans l'espace et dans le temps, au moins quant à ses caractères extrinsèques. Ce qui, en donnant la clé de la diversité d'opinions émises par des observateurs également habiles et consciencieux, expliquerait les succès de certaines médications à certain moment donné, et donnerait une raison plausible à la mobilité qu'offre la thérapeutique en général.

Ceci nous conduit à esquisser en quelques mots les phases de la dernière période de l'histoire du croup.

A l'incertitude, à la confusion résultant de l'admission par Royer-Collard dans son rapport sur le concours de 1812, de variétés inflammatoire, spasmodique, suffocante, adynamique du croup, même alors que l'on avait reconnu le caractère anatomique de la maladie, M. Bretonneau avait substitué, dans son *Traité des inflammations spécifiques des membranes muqueuses*, une simplification séduisante, en rattachant à la diphthérite, affection toujours identique, quel que fût le siége de ses manifestations, le croup dans lequel s'absorbait en quelque sorte l'angine maligne ou gangréneuse des anciens, en raison de la constance qu'offre l'extension de l'affection pseudo-membraneuse du pharynx aux voies aériennes.

Cette opinion absolue, dont le plus grave inconvénient était d'inspirer au médecin une sécurité trompeuse, lorsque manquait l'exsudation diphthéritique pharyngienne, souleva des contradicteurs, et M. Pidoux essayait (*Journal de médecine* de Trousseau, mai 1845) de concilier les dissidences en reconnaissant deux espèces de croup; l'une (diphthérite de M. Bretonneau, type du vrai croup) procédant toujours d'une stomatite ou surtout d'une angine, et n'atteignant les voies aériennes que consécutivement et de haut en bas; l'autre, qu'il nomme *catarrhe plastique*, débutant par les bronches, mais pouvant s'accompagner d'angine tonsillaire avec exsudation plastique, plutôt que décidément membraniforme, et ne présentant qu'une analogie superficielle avec le vrai croup.

Plus tard, cette assimilation de l'angine gangréneuse avec le croup fut elle-même battue en brèche, et les lecteurs de l'Union Médicale peuvent se rappeler une série d'articles de M. le docteur Marchant, de Charenton, sur les doctrines du croup. Mais ce confrère distingué, dépassant le but, comme le fit observer M. le docteur Hérard (Union Médicale, 1853, p. 462), au lieu de se borner à prouver qu'à côté du croup peut exister une angine gangréneuse avec laquelle on ne doit pas la confondre, nia complétement l'identité de la diphthérite et du croup, reculant ainsi jusqu'au rapport de Royer-Collard, qui consacrait la confusion de la laryngite striduleuse avec le vrai croup.

Dans une lettre à M. Bretonneau (10 juin 1854, Union Médicale, p. 287), M. le professeur Trousseau, sous l'impression du coup qui venait de frapper dans un de ses plus dignes membres le corps médical parisien, jetait en quelque sorte le cri d'alarme, et signalait, avec la rectitude qui le distingue, la marche insolite et le caractère malin de quelques angines qu'il avait observées en ville.

Les angines malignes observées épidémiquement dans le cours de cette année sont venues justifier la distinction posée par notre collaborateur M. Hérard, et confirmer les prévisions de M. le professeur Trousseau; leur caractère contagieux, les symptômes de prostration et d'adynamie qui les caractérisent, les différencient du croup, et en font une affection générale dans laquelle, selon l'expression de notre collègue le docteur Cerise, la constitution est atteinte au plus haut degré, sans qu'il y ait altération notable de la gorge, sans que la respiration, la déglutition et la voix soient gênées, et qui amène la mort par cessation de l'action du cœur et non par asphyxie.

Aussi dirons-nous, pour nous résumer sur ce point, que le *croup* (*laryngite diphthéritique*) est une maladie spécifique complétement distincte des angines scarlatineuse, rubéolique, œdémateuse, ulcéreuse, maligne, gangréneuse, etc., etc., ne pouvant, dans aucun cas, se substituer à celles-ci par une sorte de transformation ; que l'expérience a prouvé (au moins pour Paris) qu'il pouvait envahir d'emblée les voies aériennes sans manifestation préalable sur les amygdales. D'où nous concluons, quant au diagnostic : que le médecin doit apporter une extrême réserve à se prononcer; que, dans aucun cas, l'angine tonsillaire, même avec exsudation pseudo-membraneuse, ne constitue le croup, et qu'il faut, pour affirmer celui-ci, la réunion des signes physiques et rationnels dus à l'extension à la muqueuse laryngienne de la sécrétion plastique (altération de la voix et de la toux, respiration sifflante, dyspnée avec renversement de la tête en arrière, accès de suffocation, etc., etc.).

Cette sévérité d'appréciation permettra de rejeter bien des cas de guérisons prétendues de croup, et fera comprendre la gravité du pronostic porté par M. Bretonneau, qui déclare n'avoir pu découvrir un seul cas bien constaté de guérison spontanée de laryngite diphthéritique.

Ces points préliminaires établis, il nous reste à étudier la question plus grave encore, s'il est possible, du traitement.

Au nom du Comité de rédaction de l'Union Médicale,

Dr Homolle.

(*La suite à un prochain n°.*)

SYPHILIOGRAPHIE.

DU CHANCRE AU POINT DE VUE DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE ;

Par le docteur Henry Musset, de Ste-Terre (Gironde), ancien interne de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc.

(Suite. — Voir les numéros des 31 Mai, 19 Juin et 7 Juillet 1855.)

Nous avons dit qu'avec le chancre phagédénique on constatait quelquefois les symptômes de la syphilis constitutionnelle. Il importe que nous nous arrêtions à ces cas, en apparence exceptionnels, afin d'en préciser cliniquement la véritable signification.

Suivant nous, ce que les auteurs ont pris dans ces circonstances pour du phagédénisme primitif, d'emblée, n'est que du phagédénisme secondaire, survenu après coup, et enté sur un chancre spécifiquement induré. Pendant mon internat à l'hôpital du Midi, j'ai observé plusieurs cas de ce genre, entre autres, chez un vieillard de 76 ans, couché au n° 3, de la salle 5, ancien professeur de langues, et qui nous disait être l'ex-aide d'anatomie de notre illustre Duméril. Ce pèlerin de la science était affecté d'une syphilide papulo-squameuse, confluente, survenue deux mois après un chancre qui avait promptement pris et conservé les caractères du phagédénisme simple. Peu à peu, l'inflammation se dissipant, la surface ulcérée reprit ses limites, et il devint facile de reconnaître les signes d'une ancienne induration qu'avait submergée l'atmosphère inflammatoire du phagédénisme. Mais un symptôme, sur lequel j'aurai plus tard l'occasion de m'arrêter longuement, vint nous éclairer de la manière la plus positive sur la nature du chancre qui avait donné lieu à la syphilis de notre vieillard. C'était l'induration moniliforme des ganglions bi-inguinaux, cortége inséparable du chancre induré.

Toute cause débilitante, avons-nous dit, peut conduire au phagédénisme. Or, s'il est une cause de détérioration et d'étiolement par excellence, c'est, sans nul doute, la syphilis; il n'est donc pas surprenant que, sous son influence hyposthénisante, les accidens, tant locaux que généraux, prennent les caractères du phagédénisme, cela, bien entendu, en raison du degré de réaction opposée par l'organisme. Aussi, est-ce chez les individus à constitution délabrée, soit par l'âge, soit par la maladie, qu'on rencontre les plus beaux exemples de cette syphilis dégénérée. Semblable en cela à la plante qui, après avoir projeté au large ses pousses luxuriantes, n'a plus, fatiguée et épuisée par tant de labeur, qu'une végétation appauvrie et décolorée; la syphilis greffée sur son chancre induré, après avoir, elle aussi, jeté sa riche efflorescence sur la peau, sur les muqueuses, sur les tissus profonds, paraît, dans ses manifestations ultérieures, avoir en quelque sorte retrouvé son hiver. L'organisme, aux dépens duquel ce travail d'épanouissement s'est produit, n'a plus son ancienne force et sa même énergie, et les désordres actuels ou prochains de la syphilis se ressentent de cette sorte de caducité précoce. Ainsi, c'est avec les accidens tardifs ou tertiaires, tels que les syphilides tuberculeuses, tuberculo-crustacées, ecthymateuses profondes, rupiales, qu'on rencontre le plus généralement le phagédénisme, tandis qu'il est exceptionnel de le constater avec les formes précoces, telles que les syphilides exanthématiques et les plaques muqueuses.

Telle est, selon moi, la manière vraiment philosophique de comprendre le mode de production du phagédénisme, qui se manifeste, soit sur l'induration du chancre, soit sur les accidens généraux qui en sont la conséquence; c'est encore ainsi qu'on doit expliquer pourquoi le chancre induré ne récidive jamais; pourquoi un même individu n'en est jamais atteint deux fois dans sa vie, comme cela résulte pour moi, n'en déplaise à mon savant ami et ancien collègue Follin, du relevé de plus de trois cents observations de syphilis constitutionnelle; pourquoi, enfin, le phagédénisme est la loi presque constante de l'ulcère primitif, qui survient après le chancre induré.

Mais si la syphilis est une cause essentiellement déprimante, il faut aussi reconnaître que le mercure, administré surtout à hautes doses, agit sur l'individu de la même manière, et qu'il peut donner aux accidens vénériens la marche et le cachet du phagédénisme. C'est ce qui nous explique, pourquoi, sous l'influence de cet altérant puissant, le phagédénisme s'exaspère au lieu de décroître. La théorie et la pratique se donnent ici la main. Aussi, est-il d'une bonne et sage thérapeutique de n'employer le mercure dans les cas qui nous occupent, que le plus rarement possible et même toujours alors, à doses très modérées. Ce sont les toniques et les caustiques qui doivent principalement ici faire les frais de la médication.

Nous avons déjà dit que le phagédénisme avait perdu de ses caractères graves et terribles que es anciens lui attribuaient. Or, ne trouvons-nous pas précisément dans l'abus qu'on faisait autrefois des préparations hydrargyriques, la vraie cause de cette gravité anormale? Mais depuis que M. Ricord a tracé de main de maître les règles à suivre dans l'administration du mercure, contre lequel, il faut le dire, l'école physiologique s'est élevée avec quelque raison; depuis surtout que nous savons qu'avec la variété de chancre dont nous nous occupons, la syphilis constitutionnelle n'est pas à redouter, le phagédénisme est devenu plus rare et moins alarmant, résultat heureux, dont l'humanité doit savoir gré au savant chirurgien du Midi.

Observation I. — *Chancre induré; syphilis constitutionnelle; phagédénisme survenu après l'inoculation.*

Guyon (Alexandre), âgé de 27 ans, botteleur, entré le 3 octobre 1851, salle 1re, n° 28, de l'hôpital du Midi.

Il y a quatre ans, blennorrhagie qui persiste quatre mois. Guérie par un traitement simple. Trois mois après, deuxième blennorrhagie, qui disparaît après un mois de durée. Aucun symptôme syphilitique à la suite de ces deux affections.

Il y a deux mois, apparition d'un chancre sur le frein, de la largeur d'une tête d'épingle, survenu deux jours après un coït impur. Aucun traitement. Pendant trois semaines, le chancre reste limité au frein. A cette époque, le malade accuse dans les régions inguinales des engorgemens d'abord douloureux, qui prennent bientôt le caractère *indolent*. Enfin, il y a quinze jours, irrité par une pommade dont la nature ne nous est pas indiquée, le chancre s'étend et envahit le gland et le limbe du prépuce. Une inflammation vive se déclare, accompagnée de douleurs; mais, chose remarquable, sans autre retentissement sur les ganglions que l'engorgement spécifique préexistant. Enfin, une éruption se manifeste sur le corps. Le malade entre.

État actuel. — Chancre à forme phagédénique, ayant envahi la partie postérieure du gland, la face correspondante du prépuce; à bords assez nettement réguliers; reposant sur une base *dure, épaissie*, enflammée, ayant revêtu une doublure d'emprunt; à fond gris, lardacé, diphthéritique. — Pléïade ganglionnaire bi-inguinale. — Syphilide papuleuse, confluente, sur le ventre et la poitrine. — Croûtes dans les cheveux. — Engorgemens des ganglions cervicaux postérieurs. — Traitement par le proto-iodure. — Le malade sort le 12 octobre 1851.

Cette observation nous raconte l'histoire d'un chancre induré ayant pris la forme et les caractères du phagédénisme, sous l'influence d'une pommade irritante et probablement sous l'influence d'autres causes qui nous sont restées inconnues. L'engorgement indolent, multiple des ganglions à côté de l'état inflammatoire aigu de la partie ulcérée; le noyau dur, épais, servant de base à l'ulcère spécifique; l'apparition d'une syphilide papuleuse deux mois après le début de l'affection, tels sont, pour nous, les signes certains qui nous annonçent que le malade, sujet de l'observation ci-dessus, a été d'abord atteint d'un chancre spécifiquement induré devenu après coup phagédénique.

Observation II. — *Chancre induré; syphilis constitutionnelle; phagédénisme gangréneux secondaire.*

Le sieur X..., âgé de 30 ans, employé, demeurant à Blois, entré le 23 octobre 1851, n° 15, salle payante, de l'hôpital du Midi.

Il y a dix ans, blennorrhagie qui persiste un an, et qui disparaît sans laisser trace de syphilis constitutionnelle.

Trois ans après, chancre du frein, qui guérit sous l'influence d'un traitement local.

Au mois d'août 1851, un nouveau chancre apparaît sur la partie interne du prépuce et prend, au bout de quelques jours, des proportions assez grandes. Cautérisation avec le nitrate d'argent. Vin aromatique et bain local tous les jours pendant trois semaines. Le malade prend 50 pilules mercurielles, qui amènent la salivation. Le traitement est suspendu. L'ulcère augmente, et bientôt un phagédénisme gangréneux envahit le prépuce et le gland, qui tombent en lambeau.

Le malade entre.

État actuel. — Phagédénisme simple gangréneux, comprenant tout le prépuce et le gland. Suppuration fétide, abondante. Tension ganglionnaire bi-inguinale, non en rapport avec l'état inflammatoire des parties voisines. Cette disposition des ganglions fait soupçonner à M. Ricord la préexistence d'un chancre induré, que le phagédénisme a détruit ou masqué, et, par conséquent, lui fait redouter l'explosion d'une syphilis constitutionnelle, dans le cas où les traitemens antérieurs ne l'auraient pas prévenue.

Pendant huit jours, le malade prend à l'intérieur la solution ferrée. Des lotions avec l'eau chlorurée sont mises en usage, et une cautérisation avec l'acide nitrique est pratiquée. M. Ricord, convaincu que les préparations mercurielles exaspèrent le phagédénisme, les supprime.

Le 25 novembre, c'est-à-dire trois mois après le début du chancre, une syphilis papuleuse se manifeste sur le corps, accompagnée d'alopécie, de céphalée, de douleurs pré-articulaires. Le phagédénisme ayant considérablement diminué, M. Ricord se décide à employer le proto-iodure concurremment avec le tartrate de fer et de potasse.

6 décembre. L'ulcère marche à la cicatrisation; des bourgeons charnus s'établissent et la syphilide a disparu.

Le malade, en pleine voie de guérison, quitte l'hôpital.

L'apparition de la syphilide, trois mois après le début du chancre, la tension bi-inguinale, indolente, multiple, cortége indispensable du chancre spécifiquement induré, existant à côté d'un état inflammatoire si aigu, nous annoncent que ce malade a été primitivement sous l'influence d'un chancre induré que les préparations mercurielles à hautes doses, jointes à des peines morales très vives, ont conduit au phagédénisme. On remarquera le double traitement mis en usage par M. Ricord, l'un tonique, s'adressant au phagédénisme, l'autre spécifique, s'adressant à la syphilis confirmée.

On le voit, la pratique s'accorde ici avec la théorie, qui considère, d'un côté, le phagédénisme comme une conséquence de causes débilitantes, sans action générale sur l'économie; d'un autre côté, le chancre induré, comme jouissant d'un pouvoir infectant que les préparations mercurielles sont chargées de détruire.

Les faits et les raisonnemens contenus dans cette première partie de notre travail, nous autorisent à conclure que :

1° Le chancre phagédénique simple ou serpigineux ne conduit jamais à la syphilis constitutionnelle.

2° Lorsque le contraire semble avoir lieu, le phagédénisme est toujours secondaire, c'est-à-dire qu'il a été précédé d'un chancre induré que le mercure ou la syphilis elle-même ont rendu phagédénique.

3° Puisque le phagédénisme ne conduit pas à la diathèse syphilitique, il est inutile et souvent même nuisible de lui opposer les préparations mercurielles, qui l'exaspèrent au lieu de le combattre.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 Juillet 1855. — Présidence de M. Regnault.

Note sur deux Microcéphales vivans, attribués à une race américaine.

M. le professeur Serres fait, sous ce titre, la communication suivante :

L'anatomie comparée ne doit pas seulement embrasser la comparaison du type de l'homme avec ceux des animaux, mais elle doit tenir compte, avec le plus grand soin, de la comparaison des diverses variétés que présente l'espèce humaine, soit entre elles, soit avec les types animaux dont le rapprochement peut y jeter quelque lumière. C'est à ce titre surtout que l'anthropologie doit être mise par elle à contribution, pour lui fournir les faits nombreux dont elle s'enrichit chaque jour.

A ce point de vue, on est autorisé à regarder l'anthropologie comme constituant une dépendance normale de l'anatomie comparée, ainsi que je l'ai fait moi-même depuis plusieurs années, dans mes ouvrages, dans mes cours et dans la nouvelle galerie du Muséum sous le nom de *Rameau anthropologique de l'anatomie comparée.*

Toutes les régions du corps ne sont pas également susceptibles de variations; d'après leur structure et la comparaison des diverses races humaines, on remarque que la tête est la partie la plus mobile dans ses caractères; après la tête, viennent le bassin et l'abdomen, puis les membres. La poitrine est la partie la plus fixe de l'organisme, par la raison qu'elle renferme les organes les plus esssentiels à l'exercice et à l'entretien de la vie.

Par une bizarrerie dont il est difficile de se rendre compte, dès ses premiers pas dans la civilisation, l'homme a cherché à se déformer, et les tentatives qu'il a faites à cet égard ont porté plus particulièrement sur les parties qui, par leur mobilité, se prêtaient le mieux à ses combinaisons : la tête d'abord, puis l'abdomen, les membres et les pieds.

A l'aide de ces efforts, l'art est parvenu à faire des types humains artificiels pour satisfaire ses caprices ou ses préjugés. Les prêtres du paganisme sembleraient, au dire de quelques personnes, avoir particulièrement cultivé cet art, et les idoles qu'ils offraient à la vénération des peuples n'étaient peut-être que la représentation des produits qu'ils étaient parvenus à obtenir.

Cette conjecture s'est présentée à notre esprit en voyant vendredi dernier, chez M. le directeur de l'Hippodrome, qui nous avait convié à cette intéressante visite (1), deux individus paraissant avoir 4 à 5 ans, et ayant, au dire de la personne qui les dirige, l'un, le petit garçon, 19; l'autre, la petite fille, 17. Rien, dans la comparaison des races humaines, ne peut donner l'idée de la conformation du crâne de ces enfans. Ce sont des microcéphales, ou plus strictement des micro-encéphales, dont l'anencéphalie, parmi les monstruosités, expliquerait les données principales, si une certaine harmonie ne se remarquait dans les diverses parties de leur corps. Ces deux enfans rappellent, en effet, jusqu'à un certain point, les idoles que l'on voit figurer sur les bas-reliefs des temples de l'Égypte et sur ceux que l'on a rencontrés dans l'Amérique centrale.

D'après une notice imprimée à Londres et ayant pour titre : *Aztèques Lilliputiens ou Kaanas d'Iximaya*, l'Amérique centrale serait le lieu d'origine de ces deux enfans. D'après cette notice encore, ils appartiendraient à une race particulière presque éteinte, et auraient été enlevés par un Espagnol de la *sacrificature* de Kaana.

Sans nous attacher à faire ressortir ce qu'il y a d'invraisemblable dans le récit contenu dans cette notice, nous ferons observer qu'il est physiquement impossible que des êtres ainsi constitués aient jamais pu former une race particulière; car, en les supposant même toujours entourés de soins et de la tutelle nécessaire, les êtres restés physiquement à l'état de la première enfance ne seraient point aptes à se reproduire. Pour l'intelligence et la composition de la tête, c'est l'idiotie enfantine, s'agitant sans cesse sans but déterminé, sans attention et presque sans réflexion; leurs mouvemens sont comparables à ceux des oiseaux les plus remuans.

Sans nul doute, ces enfans adolescens sont un des plus bas degrés auxquels puisse s'arrêter le développement de l'homme. Les Hottentots, les Lapons, les Samoyèdes, les Mirmidons d'Achille, les Macrocéphales d'Hippocrate, les Dokos d'Homère et de Pline seraient des génies et des hercules à côté d'eux.

Tels qu'ils sont cependant, ils constituent un phénomène humain fort extraordinaire et digne de l'attention des physiologistes; et le problème de la formation de leur crâne est, sans aucun doute, l'un des plus difficiles que puisse présenter la science du développement de l'homme.

Ainsi que l'a si justement fait remarquer M. J. Guérin, ces enfans doivent être plutôt considérés comme des idiots ou des crétins, et peut-être même les deux à la fois (2), que comme de véritables nains, et moins encore comme des individus appartenant à une race particulière.

Par certains de leurs caractères physiques, ces êtres, rappelant le type des *Paltas aturiens* ou têtes plates des anciens Mexicains, peuvent être comparés, jusqu'à un certain point, à la race éteinte des Aztèques, auxquels on a cherché à les rapporter. C'est pourquoi nous croyons devoir rappeler brièvement les caractères de cette race perdue.

(1) C'est à M. Arnault aîné, directeur de l'Hippodrome, que nous devons également d'avoir pu faire dessiner, photographier et mouler trois individus de race hottentote qu'il avait dans son établissement, et qu'il a mis à notre disposition avec un zèle dont la science lui doit des remercîmens.

(2) Voir l'article inséré dans la *Gazette médicale* du 15 octobre 1853, dans lequel l'auteur a fait connaître des particularités intéressantes sur ces enfans, et a détruit tout le merveilleux qui paraissait se rattacher à leur origine.

M. Pentland est le premier qui ait fait connaître en Europe ce type singulier de l'espèce humaine ; il le décrivit d'après des crânes déterrés sur les bords du lac Titicaca. Plus tard, le docteur Lund en trouva de semblables dans l'intérieur du Brésil, et il les rencontra dans des fentes de pierres à chaux avec des os de différentes espèces d'animaux perdus : ce qui prouve que cette forme d'hommes existait déjà en Amérique à une époque très reculée (1).

Dans un ouvrage sur les anciens Péruviens, le docteur Tschudi, comparant le crâne de deux enfans Titicaca avec les crânes d'Européens du même âge, trouva que le frontal, les pariétaux, l'occipital et le sphénoïde des premiers étaient plus étroits et plus allongés que ceux des derniers. Il attribua à cette disposition des os du crâne, l'allongement de la tête en arrière et l'aplatissement du front en avant. Cette particularité lui parut beaucoup plus prononcée sur la tête d'un enfant de quelques jours et qui s'effaça en partie par l'âge. Le docteur Lund remarqua également que les dents incisives et molaires des adultes avaient des couronnes aplaties, caractère qui, d'après M. Hamilton, se rencontre aussi sur un grand nombre de mâchoires d'anciens Égyptiens et dans les têtes de momies de Guanches. Les dents de ces deux enfans ne nous ont offert rien pe particulier.

Mais la remarque la plus importante faite par le docteur Tschudi est celle relative au retard de l'ossification de la partie supérieure de l'occipital. On sait que chez les Européens la partie supérieure de cet os est constituée par deux noyaux osseux qui, se réunissant dans les premiers mois de la vie fœtale, forment un ostéide désigné sous le nom d'*épactal*. Or cet ostéide qui se réunit si promptement chez nos fœtus, persiste si longtemps après la naissance, chez tous les enfans des Paltas aturiens, qu'il le regarde comme caractéristique de ce type, et qu'il lui donne le nom d'*os incæ*. Cet ostéide épactal, que nous rencontrons quelquefois sur les crânes des enfans et des adultes européens, est l'analogue de l'os interpariétal des Rongeurs et des Marsupiaux.

Ces caractères des Aztèques sont assez saillans pour en faire une variété distincte parmi les anciens Péruviens. En zoologie, ils seraient suffisans pour constituer une espèce à part.

Les portraits des anciens Aztèques, ainsi que le remarque M. de Humboldt, et les figures de quelques-unes de leurs divinités, sont remarquables par la dépression du front, d'où résulte la petitesse de l'angle facial ; c'est une forme qui paraît avoir appartenu au beau idéal de la race et que beaucoup de nations américaines ont cherché à imiter au moyen d'une compression artificielle de la tête (2). On observe aussi la même forme de la tête dans les bas-reliefs des dieux et des héros sculptés dans les anciens temples du Yucatan et du sud du Mexique.

Peut-on admettre que les sujets dont nous venons d'entretenir l'Académie soient le produit d'une compression artificielle de la tête portée à l'extrême, commençant au moment de la naissance, et s'étendant à l'abdomen, au thorax et aux membres ? C'est ce qui n'est nullement vraisemblable. Il faut donc recourir à un autre ordre de causes pour expliquer l'arrêt de développement général de ces étranges individus. C'est ce que nous nous proposons de faire dans une prochaine communication.

Études médicinales scientifiques et statistiques sur les eaux minérales.

Sous ce titre, M. J.-Ch. Herpin lit un travail dont nous publions l'extrait suivant :

Les avis des médecins sont partagés au sujet de la valeur des eaux minérales comme agent médicamenteux.

Les médecins qui exercent près des sources minérales ou qui sont chargés de l'inspection de ces eaux, leur attribuent les vertus les plus variées et les plus étendues.

Mais un grand nombre d'autres médecins se refusent à croire que quelques centigrammes de chlorure de sodium, de sulfates ou de carbonates de soude, de chaux, etc., puissent produire les guérisons parfois étonnantes que l'on attribue à la vertu des eaux.

On se refuse à croire que ces principes minéralisateurs, pour la plupart inertes ou en quantités presque impondérables, puissent guérir les maladies les plus invétérées et les plus différentes ; que les eaux minérales, *quelle qu'en soit la composition chimique*, guérissent néanmoins les mêmes maladies avec un égal succès.

Cependant est-il permis de supposer que les médecins qui ont écrit *de visu* sur les eaux minérales, qui se sont succédé depuis plusieurs siècles dans l'administration de ces eaux, se soient tous abusés et trompés les uns après les autres ou qu'ils se soient entendus pour propager l'erreur et le mensonge ? Enfin, qu'il ne se soit pas trouvé, parmi eux, un homme assez habile pour reconnaître l'erreur, assez honnête pour dévoiler l'imposture et proclamer la vérité ?

Pour moi, ces controverses, ces faits équivoques, ces questions irrésolues, avaient jeté depuis longtemps mon esprit dans l'incertitude et l'indécision.

J'ai donc pris la résolution d'aller voir les choses par mes yeux, d'étudier et de vérifier les faits moi-même et sur les lieux afin de savoir au juste à quoi m'en tenir sur les effets des eaux minérales ; jusqu'à quel point on doit, en un mot, accorder, ou refuser sa confiance à ce genre de médication, si diversement jugé par les médecins eux-mêmes.

(1) De tous les types humains, le plus singulier est celui des Paltas aturiens ou têtes aplaties de l'Amérique du Sud. Un peuple offrant naturellement une conformation si étrange du crâne, a-t-il réellement existé? Cette conformation est-elle au contraire un produit de l'art ? Les Paltas aturiens ou les Aztèques sont-ils une race primitive de l'Amérique du Sud, comme penche à le croire M. Hamilton ? Peut-on admettre, avec lui, que quelques-unes de leurs petites familles, telles que les Indiens Frogs et autres, existent encore dans les vallées de l'est des Cordilières? L'antiquité des couches et l'étendue de terrain où l'on découvre leurs ossemens (du Brésil à la côte occidentale de l'Amérique) peuvent-elles justifier ces assertions ? Leur probabilité n'est-elle pas diminuée par le fait constaté par notre collègue au Muséum, M. d'Orbigny, à savoir, que les crânes des femmes ne portent pas l'empreinte de cet aplatissement ?

(2) *Histoire naturelle de l'homme*, par M. Prichard ; traduction de M. le docteur Roulin, tome II, p. 95. La beauté idéale que cherchaient à produire les Aztèques était favorisée par l'allongement normal des os du crâne et de la face de celle tribu. Par la compression, ils ne faisaient qu'exagérer leur type naturel. Il en est de même des crânes qui, pour la première fois, ont été donnés au Muséum par M. Reynaud, officier distingué de la marine française, et trouvés uniquement, jusqu'à ce jour, dans l'île de *los Sacrificios*, dans le golfe du Mexique. Tous les os du crâne et de la face sont larges, l'inverse des précédens. La compression était aussi exercée en sens inverse; elle avait pour but d'élargir le crâne et de lui donner la forme trilobée qu'ils représentent. Les Huns, les Kirghis, les Caraïbes de l'Orénoque, en comprimant la tête de leurs enfans, ne faisaient également qu'exagérer leurs propres caractères.

1° Les faits de guérison ou de soulagement obtenus sous l'influence du traitement par les eaux minérales sont-ils vrais ?

2° Dans l'affirmative, faut-il attribuer ces résultats à l'eau, aux principes minéralisateurs, ou bien à la thermalité, au changement de vie, au repos, aux distractions, au grand air, etc. ?

3° Enfin, quelles sont les sources qui conviennent spécialement dans telles circonstances ou telles maladies données ?

Il y a huit ans que j'ai commencé ce travail. J'ai visité les principales localités renommées en France, en Allemagne et en Angleterre par leurs sources minérales.

Je me hâte de dire que le résultat des études et des recherches auxquelles je me suis livré sur l'action thérapeutique des eaux minérales a été en tous points favorable à ce mode de médication, lorsqu'elle est employée d'une manière convenable. J'ai donc l'intime conviction :

Que les eaux minérales sont l'un des agens les plus précieux, les plus efficaces et en même temps les plus agréables que la nature nous ait accordés pour soulager, guérir et prévenir un grand nombre de maladies, en corrigeant et améliorant la nature des sécrétions viciées, en apportant à la constitution intime des individus de profondes et salutaires modifications.

Quelque extraordinaires que puissent paraître au premier abord certaines guérisons opérées par les eaux minérales, elles n'ont cependant rien que de très simple et de très naturel, qui ne soit parfaitement d'accord avec les lois générales de la saine physique et de la physiologie ; à savoir :

1° L'action physique et physiologique du calorique et de la thermalité ;

2° L'action mécanique diluente et dissolvante de l'eau ;

3° L'élimination au dehors du corps des produits hétérogènes, anormaux, viciés et morbides, par l'effet d'un lavage purement et simplement mécanique ; le changement de l'état intime des humeurs et des solides ; la formation d'un sang nouveau, d'une chair nouvelle, finalement le rétablissement de la santé sous l'influence des conditions les plus heureuses d'hygiène et de salubrité.

On s'explique ainsi comment et pourquoi ces eaux, semblables à une panacée, guérissent les maladies les plus diverses et les plus opposées ; puisque dans tous ces cas l'action de l'eau thermale a pour effet d'amollir et de dissoudre, de rejeter au dehors et d'éliminer les principes nuisibles ou altérés contenus dans le sang, enfin d'améliorer les sécrétions et de régulariser les fonctions de tous les organes.

Comme agens chimiques, les eaux minérales apportent des principes et des matériaux utiles ou nécessaires à l'économie; elles forment des combinaisons et des réactions diverses, excitent les organes des sécrétions et des excrétions, en régularisent les fonctions, corrigent et améliorent leurs produits ; dans certains cas, elles opèrent des révulsions et une dérivation salutaire.

Les chlorures excitent le système lymphatique et glandulaire ; ils améliorent la nature de leurs sécrétions. Les sulfates agissent d'une manière plus spéciale sur les organes et les viscères de l'abdomen, particulièrement sur les intestins, sur lesquels ils opèrent un relâchement et une dérivation salutaires.

Les carbonates alcalins corrigent l'excès d'acidité anormale, rendent le sang plus fluide et plus coulant ; la chaux et les phosphates contenus dans les eaux fournissent les élémens nécessaires à la régénération du tissu osseux ; enfin, l'iode, le fer, le soufre, etc., exercent sur l'économie l'action médicamenteuse qui leur est particulière.

Le changement de vie et de régime n'est autre chose au fond que la soustraction du malade aux influences qui, dans le foyer domestique, ont occasionné ou qui entretiennent la maladie.

C'est aux sources naturelles qu'il faut aller boire les eaux minérales ; là elles ont leur température native, là elles possèdent toutes leurs propriétés médicamenteuses. Les gaz, les principes volatils qu'elles contiennent n'ont éprouvé aucune déperdition ; elles sont plus faciles à digérer, plus agréables à boire, et l'on en boit abondamment : condition *indispensable* pour en retirer de bons effets, opérer le lavage des tissus, dissoudre et entraîner les principes morbifiques.

Résultats statistiques généraux du traitement des maladies par les eaux minérales, sur un nombre de 17,748 malades de diverses maladies, traités par les eaux minérales, tant en France qu'à l'étranger.

	EN FRANCE (sur 14,797 cas).	EN ALLEMAGNE (sur 2,951 cas).
Guérisons immédiates ou consécutives. .	27,44	29,00
Améliorations ou soulagemens	44	59,52
Guérisons et améliorations ensemble . .	71,44	88,52
Résultats nuls (1).	28,56	11,48 (2)

Divers autres tableaux statistiques font connaître les résultats du traitement des maladies dans les divers groupes d'eaux minérales : sulfatées, chlorurées, carbonatées, ferrugineuses, etc. — (Commissaires, MM. Thénard, Andral, Rayer.)

Note sur l'ellébore des anciens et sur les renseignemens que fournissent sur ce sujet les livres chinois et japonais.

M. de Paravey présente sous ce titre un travail d'où nous extrayons ce qui suit :

M. Littré a donné, dans le *Journal des savans*, numéro de janvier 1855, un excellent article sur la médecine des anciens et sur la méthode célèbre dite *elléborisme*.

« La médecine antique ou d'Hippocrate (dit-il, page 6) est très évi-
» demment le lien entre la médecine moderne et une médecine encore
» plus antique, dont on ne peut reconstruire l'image que par conjec-
» tures..... La lecture des hiéroglyphes égyptiens commence à le mon-
» trer et fait supposer une science primitive et antérieure à Hippocrate
» lui-même. »

(1) Sur ce nombre, il y a environ 3 p. 100 de malades dont l'état s'est aggravé pendant ou par l'usage des eaux.

(2) Les insuccès sont beaucoup plus rares en Allemagne qu'en France, où l'on attend toujours trop tard pour employer la médication hydro-minérale, c'est-à-dire après que l'on a épuisé vainement toutes les ressources de la pharmacie ; que la maladie est devenue chronique, invétérée et rebelle à tous les moyens curatifs.

Cette science que l'Égypte a perdue avec la tradition qui y faisait comprendre les hiéroglyphes, on pourrait la retrouver en Chine, où cette tradition s'est conservée, et où sont aussi conservés très intactes les livres historiques et scientifiques des Pharaons et des Chaldéens.

M. Littré ayant insisté sur la méthode célèbre de l'elléborisme, nous avons voulu voir si les livres chinois indiquaient aussi, comme Hippocrate et son école, les ellébores pour fournir un remède très utile dans la folie et la mélancolie, mais remède à appliquer avec une grande prudence.

L'auteur conclut de son examen, que les plantes désignées dans les encyclopédies chinoises et japonaises, sous le nom de *Ly-Lou*, ne sont autre chose que les ellébores, et qu'elles sont indiquées comme ayant été employées dès la plus haute antiquité. Parmi les maladies contre lesquelles on les recommande, M. de Paravey cite l'épilepsie, la folie, la dysenterie, les flegmes ou pituites, la gale des chevaux, les ulcères.

L'auteur termine en émettant le vœu que l'on traduise les encyclopédies chinoises et japonaises, et quelques ouvrages de botanique médicale : il pense qu'une publication de ce genre fournirait, pour les connaissances scientifiques anciennes, d'importans résultats. — (Renvoyé à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

— M. Cazeaux adresse, pour le concours aux prix de médecine et chirurgie, son *Traité de l'art des accouchemens*, et une note en double copie qui contient l'indication de ce qu'il considère comme neuf dans son ouvrage. — (Comm. des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Léon Soubeiran présente, pour le même concours, un mémoire imprimé ayant pour titre : *De la vipère, de son venin et de sa morsure*, et fait connaître en ces termes le contenu de son mémoire :

« Dans ce travail, je me suis occupé de la vipère au double point de vue du naturaliste et du médecin, c'est-à-dire qu'après avoir indiqué les divers caractères zoologiques qui peuvent faire distinguer les vipères de France, je me suis occupé de l'anatomie de la glande dont j'ai fait connaître la structure intime, et j'ai décrit un muscle nouveau qui explique facilement le redressement des crochets dans l'acte de la morsure. Puis j'ai étudié les phénomènes que détermine l'introduction du venin dans l'économie chez les animaux et chez l'homme, et enfin j'ai terminé par l'étude des divers modes de traitement employés dans l'affection consécutive à la morsure. J'ai fait suivre mon travail d'une bibliographie complète raisonnée sur le sujet qui m'occupait. » — (Renvoyé à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. J. Cloquet dépose, de la part de M. Martinenq, trois mémoires sur le choléra, destinés au concours pour le prix du legs Bréant. — (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission du prix Bréant.)

COURRIER.

Le banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le mardi, 24 juillet prochain, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

On souscrit aux bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

La souscription sera close le 23 juillet, à 4 heures du soir.

Ceux de nos confrères des départemens qui désirent assister à cette réunion confraternelle sont priés d'en prévenir M. le Gérant du journal.

Écoles préparatoires. — Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 11 juillet 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :
Anatomie et physiologie. — M. Bonamy (Constantin-Louis).
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Rolland.
Clinique externe. — M. Dieulafoy.
Pathologie interne. — M. Gaussail.
Clinique interne. — M. Dassier (Simon).
Accouchemens, maladies des femmes et des enfans. — M. Lafforgue.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Noulet.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Filhol.
Médecine légale. — M. Causse (Séverin).

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :
Clinique externe. — M. Estevenet.
Clinique interne. — M. Bernard.
Anatomie et physiologie. — M. Pécot.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléans :
Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Auger (Ferd.).
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans. — M. Dassier (Adolphe).
Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie. — M. Magnes.

Art. 4. M. Auger (Ferdinand), professeur suppléant pour la chaire de médecine proprement dite, est nommé chef de clinique, M. Noguès, chef des travaux anatomiques.

Art. 5. M. Dassier (Simon), professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Art. 6. M. Naudin, ancien professeur d'anatomie et de physiologie ; M. Bessières, ancien professeur de clinique interne ; M. Ducasse, ancien professeur d'accouchemens, — ont été nommés professeurs honoraires.

Art. 7. M. le recteur de l'Académie de Toulouse est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 17 juillet 1855. H. Fortoul.

— Les journaux anglais annoncent la mort du docteur Archibald Arnott, du 20me régiment d'infanterie, à l'âge de 84 ans. C'est lui qui avait donné des soins, comme médecin, à l'empereur Napoléon Ier, quelques instans avant sa mort.

— La Faculté de médecine et le corps médical de Montpellier viennent de faire une perte regrettable dans la personne de M. le docteur Lombard, professeur agrégé de la Faculté (section des sciences accessoires), décédé à Montpellier le 8 du courant, à l'âge de 49 ans. Cette mort prématurée inspire des regrets universels. M. Lombard, en effet, s'était attiré depuis longtemps l'estime de tous ceux qui le connaissaient, par une honorabilité et une obligeance à toute épreuve. A de véritables qualités comme praticien, il joignait un grand amour pour la science, et il s'occupait, depuis plusieurs années, d'un *Traité de botanique médicale*, à la rédaction duquel il consacrait tous les momens que lui laissait une clientèle assez nombreuse.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 87. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 24 Juillet 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An	32 Fr
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 JUILLET 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Sommaire. — Signification de l'influence cholérique actuelle sur plusieurs points du globe. — Valeur des bains térébenthinés contre le rhumatisme chronique. — De la respiration saccadée et continue comme signe de la phthisie commençante. — De l'incision de la vulve pour prévenir la rupture du périnée. — Iodure de quinine contre les fièvres périodiques chez les scrofuleux.

Le choléra s'est réveillé sur plusieurs points du globe ; il exerce des ravages plus ou moins considérables, et sur des points très éloignés les uns des autres, circonstance qu'il n'avait peut-être jamais présentée d'une façon aussi évidente. Ainsi, pendant qu'on l'observe en Espagne et dans une grande partie de la Péninsule italique, il règne en même temps en Égypte et dans une portion du nord-est de l'Europe, en Gallicie, assure-t-on, où il sévirait avec intensité sur l'armée autrichienne. On craint à Londres son explosion prochaine. Depuis plus de six mois on l'observe dans un assez grand nombre de communes des départemens du Haut et du Bas-Rhin. Il a éclaté avec une certaine violence près d'Angoulême, dans l'établissement des fonderies de la marine. Comme on le voit, c'est sur un grand nombre de points, fort distans les uns des autres, que l'influence cholérique se fait actuellement sentir.

Quelle est la signification de ces manifestations diverses du fléau indien ? Nous disions, la semaine dernière, que c'était pour nous autant de revifications, pour ainsi dire, de quelques foyers épidémiques, et que nous ne voyions là aucun sujet d'inquiétude pour l'explosion d'une grande épidémie prochaine. Nous constatons avec plaisir que la *Gazette hebdomadaire*, par la plume de M. Dechambre, expose la même opinion, que ce journal développe en ces termes :

« De l'ensemble de tous ces faits, la conséquence la plus raisonnable à tirer est qu'il ne s'agit ici ni d'une *invasion* nouvelle dans le sens propre du mot, ni d'une éclosion de germes laissés par les malades de l'année dernière, mais simplement d'une revivification de la cause cholérigène, quelle qu'elle soit, qui amène une recrudescence là où le mal n'était qu'atténué, et le fait naître de toutes pièces là où il n'avait pas encore paru. Ce n'est pas une invasion, car l'explosion a eu lieu simultanément aux points les plus éloignés de l'Europe, au lieu de s'étendre d'un pays à un autre, comme on le voit dans toutes les épidémies ; et il y a d'ailleurs un fait d'une grande importance et non remarqué encore, si nous ne nous trompons, qui prouve bien que nous avons affaire simplement à une continuation, à une recrudescence, à une *queue* plus ou moins malfaisante de l'épidémie de 1854 ; c'est que la manifestation actuelle est d'autant plus intense, que la région où elle a lieu est depuis moins longtemps sous le coup de l'épidémie. Le choléra de 1854, on le sait, s'était étendu de l'Angleterre à la France, de la France à l'Italie, de l'Italie à l'Espagne ; or, le mouvement actuel de diffusion, à peu près nul en Angleterre, faible en France, est déjà plus prononcé en Italie, et l'est plus encore en Espagne, où nous venons de voir qu'il affecte sur certains points les allures d'une invasion régulière. Quant à l'hypothèse de l'éclosion de germes déposés par les cholériques d'autrefois, nous nous bornerons à faire remarquer, d'une part, que la maladie a éclaté dans beaucoup d'endroits jusqu'alors préservés, et, de l'autre, que les documens un peu rigoureux dont il est permis de se servir, tendent à établir que les affections cholériques n'avaient jamais disparu entièrement des localités où elles exercent actuellement de nouveaux ravages. On vient de voir notamment que les nouveaux relevés de Venise remontent au 6 mai, et ceux de Padoue au 18 janvier, dates fort voisines de celles où sévissait en plein la dernière épidémie. » — (In *Gaz. hebd.*, n° 29, 1855.)

— Il a été beaucoup question, depuis cinq ou six ans, des bains térébenthinés comme moyen curatif des vieux rhumatismes. On sait que cette méthode empirique est née dans les montagnes de la Drôme, où elle est mise en usage depuis longtemps, et qu'elle consistait, dans son origine, à placer les malades, affectés de rhumatisme, dans un four chauffé à la température de 60 à 80°, pour extraire la térébenthine des copeaux de sapin. Le four à poix, dans lequel on descendait les malades, était une cavité ovoïde profonde de deux mètres environ, et large d'un mètre et demi, garnie à l'intérieur de plusieurs couches de copeaux de sapins régulièrement superposés, et soumises à une température de 60 à 80° pour la distillation de la térébenthine. Les malades pénétraient tout simplement dans ce four, à l'aide d'une échelle, par l'ouverture supérieure, et y demeuraient vingt ou vingt-cinq minutes, enveloppés dans une couverture de laine. — Sous l'influence de cette haute température, d'une part, et surtout suivant l'opinion des médecins qui préconisaient cette méthode de traitement, sous l'influence des vapeurs résineuses qui stimulaient la surface cutanée, étaient absorbées par elle et agissaient spécifiquement sur l'élément rhumatismal, une abondante diaphorèse s'établissait, le principe morbide était détruit et éliminé hors de l'organisme, et au bout de quelques jours, les rhumatismes les plus invétérés étaient soulagés, et la santé générale éprouvait une amélioration notable.

Ce traitement, un peu grossier, a dû être modifié quand il a pris faveur parmi les classes aisées de la société ; et, en effet, plusieurs modifications sur la valeur desquelles, d'ailleurs, leurs inventeurs ne paraissent pas d'accord entre eux, ont été apportées au procédé primitif. Il existe aujourd'hui, dans plusieurs localités de la Drôme, de véritables établissemens où les malades aisés et impotens peuvent prendre des bains térébenthinés plus commodément et avec plus de confortable.

Mais quelle est la valeur réelle de cette médication ? M. Gilbebert d'Hercourt a voulu résoudre cette question. Pour lui, se fondant sur ce fait physiologique que l'absorption et l'exhalation sont toujours en raison inverse d'activité, il établit que l'absorption de la térébenthine par la surface cutanée est à peu près impossible dans une étuve de 60 à 80° et pendant que le corps est inondé de sueur ; que cette absorption ne peut se faire que par les voies respiratoires, et qu'alors elle est nécessairement insuffisante et impropre à produire aucun effet thérapeutique, et qu'en dernière analyse, les bains de la Drôme n'agissent que par leur température élevée et par la sudation qu'elle excite.

Cependant, M. Gillebert ne rejette pas l'emploi des vapeurs de térébenthine ; il voudrait seulement qu'on plaçât les malades dans des conditions plus favorables à l'absorption du médicament, et, pour cela, il propose de séparer convenablement le temps de la sudation et celui de l'absorption, au lieu de les faire marcher simultanément. C'est ce qu'il a fait pour son compte, et, paraît-il, avec succès dans plusieurs cas de névralgies ou de rhumastismes chroniques qu'il a guéris ou considérablement amendés, en provoquant d'abord la sudation par l'enveloppement hydrothérapique, puis en faisant respirer quelques heures après, aux malades, les émanations qui se dégagent d'un flacon contenant de l'essence de térébenthine, ou mieux encore des branches de sapin enduites de térébenthine.

Les opinions de M. Gillebert d'Hercourt, soumises à l'examen de la Société de médecine de Lyon, y ont été l'objet d'un rapport intéressant fait par M. Teissier. Nous en extrayons les derniers paragraphes :

« Je crois qu'il a raison de soutenir qu'en provoquant énergiquement l'exhalation cutanée, on rend moins active l'absorption de la peau, et qu'il ne faut pas compter sur ce mode d'absorption pour faire pénétrer la térébenthine dans l'économie, dans une étuve chauffée à 80°. Mais je ne puis admettre avec lui que cette notion tirée de la physiologie soit absolue et qu'elle prouve l'inefficacité des bains de vapeur résineuse. Car, en fait, il est incontestable d'une part que, dans ces bains, la térébenthine s'introduit dans l'organisme (peu importe la voie qui lui livre passage) puisque l'urine en est rapidement imprégnée. D'une autre part, la modification spéciale que ce médicament produit sur la sensibilité de la peau, l'hyperhémie dérivative et l'irritation substitutive qu'elle détermine ne sont pas chose indifférente. Enfin, et c'est là la meilleure de toutes les raisons, une expérience de plusieurs années a déjà consacré l'utilité des bains de vapeur résineuse. Un grand nombre de rhumatisans se louent de leur emploi, et l'usage s'en répand de jour en jour. Certainement, il ne faut pas voir dans ce moyen une panacée à toutes les affections liées de près ou de loin, au rhumatisme et au catarrhe, comme quelques médecins ont une fâcheuse tendance à le croire ; mais il faut s'incliner devant les faits quand ils sont rigoureusement constatés, et ne jamais oublier qu'en thérapeutique le raisonnement doit toujours céder le pas à l'observation.

» Ainsi, pour mon compte particulier, je crois, pour avoir vu des malades qui s'en sont bien trouvés, que les étuves térébenthinées peuvent rendre d'importans services dans les cas de rhumatisme articulaire et musculaire, à forme chronique, *in malo ischiadico et rhumatismis*, comme disait Murray. — La pensée qu'a eue M. Gillebert : 1° de séparer les deux temps, la sudation et l'inhalation de la térébenthine ; 2° de remplacer la sudation dans l'étuve par l'enveloppement hydrothérapique, est sans doute un progrès utile ; mais je ne vois dans cette proposition qu'une ressource heureuse qui vient s'ajouter à celles que nous devons aux médecins de la Drôme, mais qui ne les détruit pas ; pas plus que les beaux résultats fournis par l'hydrothérapie ne peuvent faire oublier aux médecins judicieux les bienfaits connus depuis tant de siècles, des étuves ordinaires, des bains russes et des eaux minérales. » — (In *Gaz. méd. de Lyon*, n° 13, 1855.)

— L'auscultation étend ses conquêtes, c'est-à-dire ses applications. Cependant, il faut le dire, elle n'a encore fourni aucun signe précis et irréfragable de la phthisie au début. La rudesse, l'obscurité, la profondeur, l'étendue, la durée des bruits inspiratoire ou expiratoire, toutes ces modifications qui peuvent survenir dans ces phénomènes, ne suffisent presque jamais pour le diagnostic de la tuberculose du poumon au premier degré, ce diagnostic ne s'assure et ne se complète encore que par la présence de cet ensemble symptomatique auquel on a donné le nom de signes rationnels.

La respiration *saccadée* et *continue* doit-elle être considérée comme un signe plus certain de la phthisie commençante ? C'est la question posée par M. Imbert-Gourbeyre, et à la solution de laquelle il porte un fait d'observation. Mais d'abord qu'est-ce que la respiration saccadée et la respiration continue ? Assez succinctement décrit, mais vu par MM. Barth et Roger, complétement passé sous silence par Skoda, ce double phénomène a surtout appelé l'attention de feu le professeur Franz Zehetmayer, à Lemberg, dont le *Traité de percussion et d'auscultation* est l'objet de grands éloges de la part de M. Imbert-Gourbeyre. Voici comment s'exprime l'auteur allemand au sujet de la respiration saccadée et de la respiration continue :

« Il existe deux phénomènes que je recommande à l'attention des médecins : c'est la respiration continue et la respiration saccadée, que l'on rencontre souvent au début de la tuberculose, alors que les autres signes fournis par l'auscultation font défaut.

» La respiration continue est caractérisée par l'absence de l'intervalle de repos qui sépare la fin de l'expiration de l'acte inspiratoire qui la suit immédiatement.

» L'inspiration et l'expiration se suivent et se confondent, la première durant autant que la seconde : l'oreille qui ausculte perçoit la sensation d'un murmure respiratoire continu, qui se distingue nettement du bruit respiratoire que l'on trouve sur les autres parties du poumon restées saines. L'élasticité naturelle du parenchyme pulmonaire altérée par les dépôts tuberculeux explique facilement ce phénomène.

» On entend quelquefois la respiration saccadée au début de la tuberculose pulmonaire. L'inspiration ne se fait point alors d'un seul coup, par l'expansion simultanée des vésicules, mais elle est entrecoupée, et s'accomplit en deux ou plusieurs temps séparés par un très court intervalle de repos.

» Dans une maladie dont le diagnostic initial est si difficile, et en même temps si important, ces deux symptômes deviennent naturellement pour le praticien d'une valeur incontestable et de premier ordre. » — (*Fr. Zehetmayer, Lehrbuch der percussion, und auscultation. Wien.* 1854, p. 271 et 272.)

M. Imbert-Gourbeyre n'a pas eu l'occasion de constater la respiration continue et d'en apprécier la valeur. Quant à la respiration saccadée, il l'a observée dans un cas qu'il rapporte, et qui, au début de la phthisie qui a eu une terminaison fatale, a été le seul signe stéthoscopique qu'il ait pu constater. Cette observation semble prouver que, dans la première période de la phthisie, ce phénomène peut être un symptôme dominant, qu'il peut exister seul, à l'exclusion de tous les autres signes stéthoscopiques, exister pendant longtemps, puis disparaître et se rencontrer dans une grande étendue de la surface pulmonaire. — (In *Monit. des hôp.*, n° 87, 1855.)

— M. le docteur Carpentier, de Roubaix, a publié un mémoire qui a été reproduit par une grande partie de la presse médicale, et dans lequel ce praticien propose d'inciser la vulve pour prévenir la rupture du périnée, dans certains accouchemens laborieux. Ce conseil semble avoir été généralement accepté, car personne n'en a fait la critique. M. Bourdel vient d'examiner la question dans un mémoire lu à l'Académie des sciences et lettres de Montpellier. Ce praticien ne pense pas

que cette pratique doive entrer dans le domaine de la thérapeutique obstétricale. Après avoir fait remarquer que l'opération n'est ni aussi simple ni aussi facilement admissible que le pense l'auteur, M. Bourdel examine les circonstances dans lesquelles on a cru pouvoir conseiller cette opération. Les faits qui peuvent faire songer à l'incision de la vulve doivent être divisés en deux catégories distinctes. Dans la première, il y a altération dans les tissus de la région, causée par des maladies antérieures; dans la seconde, au contraire, les parties sont dans une intégrité parfaite, quoique présentant une rigidité qui rend leur dilatation difficile. Pour le premier cas, l'opération peut être quelquefois nécessaire, bien qu'elle ne doive être faite qu'avec réserve et après mûre réflexion. Dans le second cas, au contraire, l'opération semble à M. Bourdel devoir être proscrite d'une manière absolue; et il s'attache à le démontrer par le raisonnement et par des faits tirés de sa pratique. La dilatation, dit-il, ne manque pas de se faire, si on a la patience d'attendre pendant un temps convenable. A cette occasion, notre collègue indique tous les moyens que possède l'art pour prévenir cet accident. Passant enfin à l'analyse des faits rapportés par M. Carpentier, M. Bourdel pense qu'ils sont de ceux dans lesquels l'incision pouvait être remplacée par des moyens plus simples et plus faciles. — (In *Revue thérapeut. du Midi*, 15 juillet 1855.)

— M. Paura, professeur de chimie à Naples, propose une nouvelle préparation de quinine, l'*iodure de quinine*, contre les fièvres intermittentes qui paraissent résister aux antipériodiques sous l'influence d'une constitution scrofuleuse. C'est sous la double influence de l'altération du sang, déterminée par les miasmes paludéens et du vice scrofuleux, que l'on voit surtout les organes glandulaires du bas-ventre, destinés à la dépuration du sang de la veine porte, s'engorger et s'hypertrophier. Il était donc vraisemblable que l'association de l'iode et de la quinine trouverait une application utile dans les cas de ce genre. C'est ce que paraît avoir expérimenté avec succès le docteur Giuseppe Manfredonia (de Naples).

Ce médecin a vu l'iodure de quinine, à la dose de 4 à 8 grammes par jour, triompher très rapidement des fièvres intermittentes les plus opiniâtres. — (In *Journ. des connaiss. méd.* n° 29, juillet 1855.)

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU BICARBONATE DE SOUDE A HAUTE DOSE DANS LA LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE (1).

L'analyse des élémens organique, physiologique et pathologique, dont la réunion constitue la maladie, est incontestablement la source la plus légitime des indications et contre-indications thérapeutiques. Étudié à ce point de vue, le difficile problème que présente au praticien le traitement du croup, lui montre bien vite l'inanité des prétendus spécifiques, et lui fait comprendre que pour combattre un tel ennemi, ce n'est pas trop de l'emploi combiné et simultané des moyens les plus énergiques.

L'élément organique qui fait le grand danger du véritable croup (exsudation pseudo-membraneuse de la muqueuse respiratoire) explique à la fois la bénignité insidieuse de son début, l'imminence du danger quand les progrès de l'évolution pathologique ont démasqué sa nature, et l'asphyxie qui en est le terme fatal, quand l'art n'a pu la conjurer; asphyxie tantôt lente et produite insensiblement par l'imperméabilité progressive de la muqueuse bronchique à l'oxygène que réclame l'hématose; d'autres fois, rapide et brusque, due à l'obstacle mécanique que les fausses membranes, obstruant la glotte, opposent à l'entrée de l'air dans les poumons. Dans le premier cas, la diminution insensiblement progressive de calibre du canal aérien permet à l'organisme de tolérer assez longtemps, sans désordre apparent, une soustraction d'air respirable qui, survenue tout à coup, aurait infailliblement entraîné de graves accidens; dans le second, les fausses membranes, avant d'avoir envahi les ramifications bronchiques, se sont en partie détachées, tout en restant adhérentes dans un point (soit, par exemple, les ventricules du larynx), et forment par leur enroulement une sorte de bouchon qui détermine ces accès de suffocation, comparables, selon nous, à l'effort désespéré, provoqué par l'imminence de l'asphyxie chez le malheureux qui se noie.

Ce caractère insidieux du croup à son début est tel, que plus d'un médecin a pu assister à son développement chez un de ses propres enfans, sans qu'aucun phénomène sérieux éveillât sa sollicitude, jusqu'au moment où l'explosion subite d'accidens formidables ne lui laissait plus que bien peu de ressources et d'espérance.

Mais en regard de résultats aussi tristes, nous devons montrer ces cas si nombreux de laryngite striduleuse à laquelle M. Bretonneau applique l'expression aussi juste que pittoresque d'enchifrènement de la glotte, avec leur explosion nocturne inopinée, leur cortége de symptômes effrayant pour les familles, et quelquefois même pour le médecin; que l'on voit cependant céder en quelques heures à l'administration de l'ipécacuanha, aidé de boissons chaudes aromatiques et de l'application de cataplasmes sinapisés, ne laissant à leur suite qu'une bronchite simple ou quelquefois une rougeole dont ils n'étaient que le symptôme prodromique.

Ce contraste entre l'extrême bénignité de la laryngite striduleuse et le danger du travail latent par lequel se prépare la modification organique qui, bientôt peut-être, ne laissera au médecin que la perspective d'une issue fatalement funeste, donne la clé de beaucoup de guérisons de croup, qu'une expérience incomplète et parfois une légèreté blâmable publient inconsidérément, au risque de fausser les idées de la génération médicale qu'elles devraient instruire; il explique la défiance involontaire avec laquelle sont accueillies par les praticiens les observations de croup, et nous apprend à nous tenir en garde contre les méprises. Mais l'asphyxie n'est pas le seul danger à conjurer dans cette terrible maladie, et la mort peut aussi avoir lieu par syncope ou par épuisement nerveux, comme à la suite de crises violentes ou d'opérations longues et douloureuses.

Nous allons essayer d'asseoir sur les considérations qui précèdent, les bases d'un traitement rationnel; mais nous rappellerons d'abord que, pour le croup plus encore que pour toute autre maladie, l'hésitation et le défaut d'unité dans la direction du traitement, les tâtonnemens et les tergiversations qui font perdre un temps précieux, sont autant de causes d'insuccès.

L'absence à peu près constante, au début du croup, de réaction inflammatoire et fébrile doit, à moins d'indication spéciale et formelle, faire rejeter les émissions sanguines qui, de l'aveu des médecins les plus expérimentés, non seulement sont sans utilité, mais peuvent être nuisibles en raison de la tendance au collapsus, qui caractérise cette maladie, et en accélérant même, selon M. Bretonneau, la propagation diphthéritique.

La première indication serait, si l'on pouvait être assez heureux pour assister au début de l'évolution morbide du croup, de modifier l'état général inconnu, que, bien gratuitement selon nous, on veut caractériser par une plus grande plasticité du sang, en vertu duquel se produit le travail, nous ne saurions dire l'inflammation diphthéritique. C'est cette indication que serait appelée à remplir la médication alcaline; mais outre que les circonstances ne sont pas, le plus souvent, aussi favorables, et qu'habituellement les conseils du médecin ne sont réclamés que lorsque déjà se sont manifestés les symptômes dus à l'extension des fausses membranes au larynx et à la trachée, les faits observés jusqu'à ce jour ne nous paraissent pas établir suffisamment sa supériorité sur d'autres médications, les antimoniaux, par exemple (et spécialement le kermès), en raison de leur action élective sur la muqueuse bronchique, dont ils activent et modifient les sécrétions.

C'est dans le même but que sont administrés les mercuriaux, notamment le calomel à doses fractionnées, dont on aurait plutôt à redouter l'action trop déprimante et *fluidifiante*; mais il est une autre médication dont l'action complexe, bien plus évidemment utile, a reçu la consécration d'une longue expérience, nous voulons parler de la méthode vomitive.

Les vomitifs agissent autant par l'ébranlement qu'impriment à l'organisme entier les secousses de vomissement que par les changemens qu'ils doivent nécessairement déterminer dans les sécrétions et dans la crâse des humeurs; enfin ils contribuent à détacher les fausses membranes dont ils provoquent aussi l'expulsion.

Le vomissement étant l'acte qu'on se propose essentiellement de provoquer, il faut, autant que possible, éviter ou tout au moins retarder la tolérance, et, dans ce but, on devra varier successivement la nature et même la forme du médicament, l'administrer à dose suffisante en une fois pour assurer l'effet vomitif; puis, le vomissement obtenu, laisser passer un intervalle assez long (deux à quatre heures) pour reposer le malade en même temps qu'on le soustrait à l'accoutumance. Nous ne pouvons entrer dans l'examen des divers vomitifs qui ont été conseillés dans le croup, quelquefois à titre de spécifique, le sulfate de cuivre par exemple — sur l'action duquel on a vu l'appréciation de M. le professeur Trousseau; celui auquel nous accordons la préférence et par lequel on doit, selon nous, toujours débuter, est l'ipécacuanha, que nous avons l'habitude de prescrire en poudre, délayé dans le sirop d'ipéca, ce dernier n'ayant pas, seul, un effet assez certain. (De 0,gr 50 à 1 gr pour 30 gr de sirop.) Il présente sur l'émétique l'avantage de conduire moins vite à la tolérance et de ne pas provoquer la dépression des forces qu'entraîne l'administration des antimoniaux et, de plus, il ne détermine pas l'éruption pharyngienne spéciale qui suit trop souvent l'emploi du tartre stibié.

Nous ne dissimulons pas, on le voit, une certaine prédilection à l'endroit de la médication vomitive pour remplir l'indication que nous avons posée. Est-ce à dire que nous formulons un rejet absolu des alcalins? Non, certes; mais nous avons voulu faire nos réserves et protester contre une certaine tendance à accueillir avec trop de facilité un jour les idées thérapeutiques qu'on abandonne aussi facilement le lendemain. Dans tous les cas, le croup présente d'autres indications à remplir.

Dans un intéressant mémoire sur cette maladie, M. le dr Morand, de Tours, 1840 ou 1841, rapprochant la diphthérite des affections à périodes régulières et à durée fixe, cherchait à établir qu'après un nombre de jours limité, l'exsudation pseudo-membraneuse perd spontanément la tendance à se reproduire. Il nous a paru ressortir de nos observations que, sinon spontanément, au moins sous l'influence d'un traitement énergique et opportun, cette importante modification s'opérait quelquefois assez promptement, réduisant ainsi la maladie aux proportions de l'accident produit par l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes. On comprend la valeur de ce fait, au point de vue du traitement médical, le seul que nous ayons en vue, aussi bien que sous le rapport des chances favorables qu'il apporterait à la trachéotomie, sur laquelle M. le professeur Trousseau a laissé bien peu à dire. Or, parmi les moyens qui peuvent concourir à ce résultat, nous aurions à citer, après les vomitifs et les altérans généraux, le foie de soufre, le soufre doré d'antimoine, le chlorhydrate d'ammoniaque, etc. (modificateurs des sécrétions bronchiques), et surtout la racine de polygala, dont l'action sur la muqueuse bronchique est si remarquable et qui excite la toux expulsive, en même temps qu'elle provoque une exhalation plus abondante et plus ténue de cette membrane; mais ce n'est pas un exposé complet du traitement du croup, c'est un simple aperçu puisé dans une expérience déjà longue que nous voulons présenter aux lecteurs de l'Union Médicale; on comprend que nous passions légèrement sur ces moyens, ainsi que sur les purgatifs, les lavemens irritans, les rubéfians cutanés qui rentrent, à titre d'adjuvans, dans le traitement de la diphthérite. Quant aux vésicatoires, on sait les objections élevées contre leur emploi; disons aussi que, appliqués sur le thorax et présentant des dimensions considérables, ils deviennent la cause de douleurs vives, qui contribuent certainement à produire l'épuisement nerveux que nous signalions plus haut. Car, si nous avons cherché à faire sentir l'importance d'un traitement énergique, nous ne devons pas moins prémunir les jeunes médecins contre le danger de toute médication qui peut enlever au jeune malade la force de réaction dont il a besoin pour traverser heureusement les phases de cette terrible affection.

Quoique la médication topique ou substitutive perde beaucoup de sa valeur dans les cas trop fréquens où le croup débute d'emblée par le larynx, et que M. Bretonneau ne la croie même plus applicable dès que les concrétions membraniformes l'ont envahi, nous croyons que, par contiguïté autant que par continuité de tissu, les caustiques, disons mieux, les cathérétiques portés dans le pharynx, peuvent modifier la sécrétion morbide; n'oublions pas, en effet, que c'est une modification physiologique et non une destruction de tissu que nous voulons obtenir en substituant à un travail morbide une inflammation légitime. Pour atteindre ce but, deux conditions sont nécessaires: 1° employer un agent non désorganisateur; 2° appliquer cet agent à des intervelles assez espacés pour ne pas dépasser la limite que nous venons de tracer. Trois principaux moyens sont préconisés à cet effet: 1° l'alun pulvérisé en insufflations; 2° le nitrate d'argent fondu en crayon, ou en solution plus ou moins concentrée; 3° l'acide chlorhydrique pur ou mêlé en proportion variable au sirop de mûres ou au miel rosat.

Le nitrate d'argent est incontestablement le plus usité de ces trois agens modificateurs, et cette préférence s'explique par la facilité de son emploi et par l'habitude qu'ont les praticiens d'en porter constamment dans leur trousse; mais se justifie-t-elle également par une supériorité réelle sur les deux autres? Nous ne le croyons pas et voici nos raisons: 1° le nitrate d'argent en solution concentrée ou en crayon ne modifie pas seulement la vitalité de la muqueuse sur laquelle on l'applique, il la désorganise superficiellement, surtout si les applications en sont rapprochées, et c'est sans doute cette raison qui avait fait formuler à M. Bretonneau le précepte d'éloigner les cautérisations de vingt-quatre à trente heures; 2° il détermine la formation de fausses membranes qui masquent les surfaces touchées et peuvent jeter de l'incertitude sur le diagnostic; 3° enfin, il nous a paru reconnaître que son application réitérée tendait parfois à développer une tuméfaction inflammatoire profonde et de nature fâcheuse de toute l'arrière-gorge. Sa saveur métallique si désagréable doit aussi être prise en considération.

L'alun pulvérisé insufflé dans le gosier est loin d'avoir ces inconvéniens et permet de revenir plus souvent à son emploi, mais son action modificatrice est considérée comme insuffisante par beaucoup de praticiens, malgré les avantages que lui reconnaît M. Bretonneau.

L'acide chlorhydrique dont la force peut être graduée à volonté par son mélange avec un sirop, offre une grande facilité d'application au moyen d'une éponge fixée à une tige de baleine un peu courbée. Nous lui donnons, en général, la préférence et ne faisons en cela que suivre une tradition qui remonte à Arétée par Van Swieten, M. Bretonneau, etc. Mais nous préférons l'employer coupé au tiers ou au cinquième; il nous paraît présenter ainsi toute l'énergie d'action désirable sans exposer à des accidens de la nature de ceux que nous reprochions tout à l'heure au nitrate d'argent.

La connaissance du siége et du caractère anatomique du croup dut faire naître de bonne heure la pensée de recourir à l'emploi des vapeurs pour porter divers agens médicamenteux dans la profondeur des organes que ne pouvaient atteindre les applications topiques. Dès 1817, nous trouvons dans un mémoire *sur la varicelle épidémique de Millau*, par Ph. Fontaneilles, Montpellier, p. 16, cette note à propos du croup: « Réfléchissant que tous les secours de l'art généralement

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

» employés n'ont qu'une action indirecte sur l'organe affecté, » j'imaginai de combattre directement le mal en tenant le » malade constamment dans un air imprégné d'acide nitri- » que. » Ce médecin rapporte ensuite un cas dans lequel la guérison suivit l'emploi de ce moyen, qui, du reste, échoua dans cinq autres. Mais, dit en finissant M. Fontaneilles : « Le » premier cas reste toujours un fait positif qui doit engager » les praticiens à mettre en usage le moyen que j'ai employé, » ou les faire penser à quelque autre substance, qui, réduite » en vapeur et respirée, puisse avoir plus d'effet. »

Le *Grand dictionnaire des sciences médicales* présente, *passim*, article Croup, l'indication des fumigations émollientes, éthérées, vinaigrées, ammoniacales, etc., comme des adjuvans, sur lesquels, d'ailleurs, on doit peu compter.

M. Bretonneau ayant soumis, dans un tonneau, des chiens à l'action du gaz abondamment dégagé d'un mélange d'hydrochlorate de soude et d'acide sulfurique, vit ces animaux succomber (1) et fut frappé de la disproportion qu'il constatait entre les altérations morbides et le funeste résultat. La muqueuse bronchique, en effet, *ne s'éloignait en rien de l'état sain*, et celle de la trachée présentait seulement quelques taches rouges ecchymotiques. M. Bretonneau a vu, dans cinq cas de croup, les inspirations de vapeurs chlorhydriques faire cesser les accès de suffocation et amener la guérison, laissant pendant quelques semaines la voix rauque et voilée, tandis que les fumigations guytoniennes ou chlorées n'avaient aucun résultat favorable.

On ne peut se dissimuler ce que l'emploi des fumigations dans le croup, en vue de modifier la muqueuse aérienne soustraite à l'action directe de la médication topique, présente de séduisant. C'est sous cette impression et frappé des insuccès qui suivent si souvent l'emploi des autres médications que nous commençames, en 1839, d'associer au traitement du croup l'emploi des fumigations chlorhydriques. Cinq cas heureux observés successivement et rapportés par nous à la Société médico-pratique de 1841 à 1843, justifiaient nos espérances, en même temps qu'elles nous démontraient l'innocuité des inspirations chlorhydriques pour les personnes qui entourent le malade, aussi bien que pour lui-même. Malheureusement, la médaille eut bientôt son revers, et trois faits malheureux vinrent coup sur coup ébranler notre confiance, tout en manifestant encore cependant l'influence remarquable de cette médication sur la marche de la maladie. Plusieurs fois, depuis cette époque, les circonstances nous ont permis de recourir à cette médication avec un succès divers, et nous pourrions citer au moins quatre nouveaux cas de guérison. Mais, en faisant tomber l'exagération de nos premières espérances, ces faits nous ont conduit à une appréciation plus exacte des conditions dans lesquelles on doit recourir à cette médication et des effets qu'on peut en attendre.

Deux mots sur les difficultés de son application. Nous avons renoncé aux appareils que nous avions imaginés pour porter directement les vapeurs vers les voies aériennes et nous nous bornons à saturer, autant que possible, l'air de la chambre où doit être maintenu l'enfant, de vapeur chlorhydrique provenant de la simple évaporation d'acide chlorhydrique fumant du commerce, versé dans plusieurs soucoupes de porcelaine. On doit en même temps augmenter le degré d'humidité atmosphérique par l'évaporation d'eau, et la température doit être maintenue modérément élevée (de 12° à 18° centigrades). Enfin, des bains de jambe dans l'eau chaude additionnée d'acide chlorhydrique multiplient encore les surfaces d'évaporation.

De là naît la nécessité de consacrer exclusivement une chambre au malade et d'avoir auprès de lui une ou deux personnes intelligentes uniquement occupés de le maintenir dans les conditions indiquées. Les parens doivent être prévenus que les objets de fer et d'acier sont rapidement rouillés par la vapeur, que le linge touché par l'acide est brûlé et les couleurs des étoffes détruites.

Il ressort de ces considérations que, malheureusement, le praticien ne trouvera pas toujours les conditions nécessaires pour l'emploi efficace de ce moyen, mais s'il peut le combiner convenablement aux médications précédemment énumérées avec l'attention d'alimenter l'enfant, de ménager son sommeil, et de lui éviter toute souffrance inutile, il observera presque constamment les résultats suivans : les accès de suffocation disparaissent, la respiration cesse d'être sifflante, la toux perd son caractère et prend quelque chose d'humide, en même temps que survient une amélioration générale des plus marquées; l'enfant reprend gaîté, sommeil, appétit, forces, et donne la pensée d'une guérison définitive; mais trop souvent nous avons vu cette trompeuse espérance tout à coup renversée par le retour brusque de la suffocation et de l'asphyxie, présentant d'ailleurs un caractère spécial et nouveau, une sorte de clapotement trachéal, semblable au bruit que produirait une soupape alternativement soulevée et abaissée au milieu d'un liquide par les mouvemens respiratoires. En même temps s'observe une insuffisance progressive de la toux à chasser l'obstacle mécanique placé dans la trachée, et peu à peu le progrès de l'asphyxie amène la mort sans phénomènes spasmodiques bien marqués.

(1) On doit tenir compte des conditions de cette expérimentation.

Nous terminons ici cette note bien incomplète, qui aura, toutefois, rempli son but, si elle peut fixer de nouveau l'attention de nos confrères sur les conditions multiples d'un des plus ardus problèmes de thérapeutique.

En résumé, relativement à la remarquable observation de M. le docteur Joret, nous ne pouvons partager complétement son opinion sur la très large part qu'il attribue au bicarbonate de soude dans la guérison de son petit malade, et nous croyons que les moyens simultanément employés, et notamment le sulfate de cuivre, y ont concouru dans une certaine proportion.

Quant à la question générale que soulève cette observation, nous croyons pouvoir conclure :

Dans l'état actuel de la science, il n'est aucun moyen thérapeutique sur lequel, à titre de spécifique ou autre, on puisse exclusivement compter dans le traitement médical du croup.

Ce n'est que dans l'emploi simultané et combiné de médications variées, dont l'indication sera puisée dans les élémens de cette grave maladie, que le praticien pourra trouver le moyen de lutter avec quelque avantage contre elle.

Au nom du Comité de rédaction de l'Union Médicale,

Dr Homolle.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles Roux.)

Trente-et-unième Leçon.

Sommaire. — Argumens pour et contre la théorie des créations successives. — Poissons fossiles.

Nous savons aujourd'hui assez de géologie pour aborder l'étude, pour rechercher la chronologie des êtres animés. Deux périodes ont précédé sur le globe les âges historiques : 1° la période *ignée* où le feu règne seul ; 2° la période *aqueuse* ; dans celle-ci l'action de l'eau prédomine, mais non d'une manière exclusive : le feu manifeste encore sa puissance.

La période ignée est celle qui a le moins d'intérêt pour nous, physiologistes : la vie n'a pas existé, ne pouvait pas exister avec elle. Les terrains qu'elle a produits (les géologues les appellent terrains *primitifs*) ne contiennent aucunes traces de plantes, ni d'animaux. L'avénement de la vie n'a eu lieu qu'avec la période aqueuse.

Pour celle-ci, il y a un moyen particulier de chronologie : l'ordre de superposition des terrains sédimentaires nous donne leur âge. Il est bien évident que les couches superficielles sont les plus récentes, que les couches profondes sont les plus anciennes.

Dans le principe, on a divisé les terrains sédimentaires en terrains *de transition*, terrains *secondaires*, terrains *tertiaires*. Une étude de plus en plus attentive a fait adopter des coupures dans ces divisions générales. Pour nous, qui ne nous occupons ici de géologie qu'accessoirement, qu'occasionnellement, elles nous suffisent.

C'est dans les terrains de transition que paraissent les premières traces de la vie; ils nous offrent des débris de mollusques, de crustacés et même de poissons. A mesure que l'on s'élève dans les étages sédimentaires, on rencontre des reptiles, des oiseaux, des mammifères, jusqu'à des quadrumanes. Voilà l'état actuel de nos découvertes.

L'ordre de superposition des terrains nous a donné leur chronologie. Il est tout aussi constant que l'âge des populations fossiles correspond à l'âge des couches dans lesquelles elles reposent. Les animaux que recèlent les couches profondes ont précédé, *dans la vie individuelle*, ceux que nous offrent les couches superficielles : cela n'est pas douteux. Mais les ont-ils précédés comme *espèces?* ce qui revient à dire : La vie a-t-elle paru sur le globe par créations successives ; ou, au contraire, la création a-t-elle été unique, simultanée? Nous voilà ramenés à la grande question que j'ai déjà indiquée.

Les partisans des créations successives n'ont qu'un argument, mais il est puissant. Je ne veux ni le dissimuler, ni l'amoindrir. Ils disent : Les espèces ne se présentent pas mêlées ensemble dans toutes les couches; au contraire, chaque couche présente une population distincte. Ainsi, dans les terrains de transition, on trouve seulement des mollusques, pas de reptiles ni de mammifères ; ceux-ci ne paraissent que dans les terrains subséquens. Autant de couches, autant d'âges. L'apparition sur le globe ou la création des mollusques a donc précédé celle des reptiles et celle des mammifères.

Je l'avoue, si l'on ne sort pas du champ de l'observation empirique, l'argument est sans réplique. Mais les partisans des créations successives étendent à toute la terre des faits particuliers et qu'on n'a pu observer, jusqu'à ce jour, que dans un petit nombre de localités. Il s'en faut de beaucoup que l'exploration de l'écorce du globe soit complète. Il suffirait d'un seul fait contraire à ceux que nous connaissons ; il suffirait de la découverte d'un seul mammifère dans les terrains de transition, pour renverser toute la théorie des créations successives. Déjà même elle a reçu un échec : il était admis que les terrains de transition ne contenaient que des Invertébrés. Or, dans des explorations plus récentes, on y a trouvé des poissons.

La théorie des créations successives a, de nos jours, rallié des hommes éminens; elle avait Cuvier pour chef; elle possède la faveur du monde savant; mais, pour emprunter un terme au vocabulaire du droit romain, c'est une possession *à titre précaire*. Qu'il vienne à sortir des nombreuses observations qui restent à rassembler un seul fait contraire aux faits aujourd'hui connus, voilà la théorie des créations successives *dépossédée*.

Nous examinerons, dans la suite de ces leçons, si la théorie de l'unité de création est mieux fondée. Pour le moment, je ne veux que vous rappeler ceci : Vous avez vu plusieurs coquillages fossiles; entre certains de ces coquillages et les nôtres, on ne remarque que des différences *spécifiques*. Il n'y a pas même de différences *génériques*. Le type est le même.

Et il se produit là un fait scientifique qui n'est pas nouveau : Vous avez vu que, dans le midi des deux grands Continens, la faune vivante nous offre des animaux d'espèces différentes et de même type. Parce que les espèces différent, devons-nous conclure que la création des animaux de l'Ancien et du Nouveau-Continent a eu lieu successivement? Non, certes; et la conception des créations successives ne paraît pas devoir s'appliquer davantage aux espèces, fossiles ou vivantes, de la classe ou embranchement des mollusques.

Je quitte, un moment, cette question générale ou fondamentale de l'unité de création, pour jeter un coup d'œil sur les poissons fossiles.

C'est particulièrement à l'occasion des poissons fossiles que l'on a imaginé les *jeux de la nature*. On appelait *pierres figurées* les pierres ou les ardoises sur lesquelles le poisson avait laissé son empreinte; il est vrai que souvent le dessin, merveilleusement reproduit, semble avoir emprunté quelque chose à l'art. C'était, suivant les anciens naturalistes, la nature qui *s'était amusée* à faire ces dessins.

Leibnitz, que nous rencontrons encore une fois sur notre chemin, s'était occupé des poissons fossiles. Il est le premier savant que notre Académie des sciences se soit attaché comme *associé étranger*. Sa nomination eut lieu en 1706. Pour payer sa bienvenue, Leibnitz adressa à l'Académie un mémoire sur différens poissons fossiles trouvés en Allemagne. Dans ce travail, il insistait sur un point, savoir : que tous les poissons fossiles qui faisaient l'objet de son mémoire étaient des poissons de la mer des Indes. Sa conclusion était que la mer des Indes, à une certaine époque, avait couvert le Continent européen.

Leibnitz eut l'idée de reproduire *expérimentalement* des pierres figurées. Il fallait, pensait-il avec raison, que l'argile où est tracée la forme de l'animal, eût été primitivement dans un état fangeux, bourbeux; le corps de l'animal s'était creusé un lit dans cette pâte et s'y était *modelé*. Après la corruption et la disparition du corps, l'argile en avait gardé l'empreinte.

Leibnitz parvint à reproduire en quelques heures ce travail séculaire de la nature. Il prit de l'argile pâteuse et y fit un trou dans lequel il déposa une araignée. Il mit dessécher le tout dans un four. Le corps de l'araignée tomba bientôt en poussière et le dessin en resta *figuré* sur l'argile.

Les poissons fossiles n'ont été étudiés que tout récemment. Cuvier s'était préparé par l'étude si complète qu'il a faite des poissons vivans à la connaissance des poissons fossiles. Le temps lui a manqué pour faire l'histoire de ceux-ci. Il était réservé à M. Agassiz d'accomplir ce grand travail. Son ouvrage sur les poissons fossiles est des plus remarquables et fait autorité.

M. Agassiz a établi une classification des poissons fossiles sur le caractère des écailles et il les divise en quatre ordres qui sont : les Placoïdes, les Ganoïdes, les Cténoïdes et les Cycloïdes. Voici sur quels motifs il fonde cette classification : il est incontestable que l'un des caractères distinctifs de la classe des poissons est d'avoir une peau garnie d'écailles de forme et de structure particulières. Cette enveloppe, qui protège l'animal au dehors, est en rapport direct avec l'organisation intérieure de ces animaux et avec les circonstances extérieures au milieu desquelles ils vivent. Sous ce point de vue, les écailles acquièrent une grande importance et peuvent être envisagées comme le reflet superficiel de tout ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur des poissons.

Une classification des poissons, ainsi fondée sur la structure des écailles, est-elle bonne? On peut dire que, si elle n'est pas irréprochable, — nous n'examinons pas la question — elle est du moins, pour les poissons fossiles, la plus commode. Les écailles sont, en effet, les seules parties, avec les os et les dents, que l'on retrouve à l'état fossile.

Les naturalistes comptent environ huit mille espèces vivantes de poissons. M. Agassiz n'en compte pas moins de vingt-cinq mille espèces fossiles.

Ainsi, la nature fossile nous offre, parmi les poissons, vingt-cinq mille espèces; elle nous offre quarante mille coquilles. Voilà des nombres prodigieux. Entre le travail de la nature qui a produit toutes ces espèces et le travail des grands naturalistes qui en ont fait l'histoire, notre admiration se partage. La nature semble inépuisable dans la production, comme l'esprit de ces hommes semble infatigable dans l'étude.

(La suite du cours prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 9 Mai 1855. — Présidence de M. Rostan.

Sommaire. — Rapport *sur un cas de fissure sternale permettant d'observer les battemens de l'oreillette droite*, par M. Béhier. — Relation *d'une épidémie d'angine couenneuse* ayant régné à l'hôpital Saint-Antoine pendant les mois de février et mars, et ayant sévi particulièrement sur les sujets atteints de fièvre typhoïde, par M. Oulmont.

M. Béhier, au nom d'une commission composée de MM. Aran, Bouvier, Beau, Hérard, Monneret, H. Roger, lit un rapport *sur le vice de conformation* offert par M. Graux et consistant en une fissure du sternum, au centre de laquelle on remarque une tumeur agitée de battemens.

M. le rapporteur étudie d'abord la disposition de la fissure et arrive aux conclusions suivantes :

Cette fissure est produite par la séparation du sternum en deux moitiés un peu inégales, écartées l'une de l'autre de 2 centimètres à la partie supérieure de la poitrine, et réunies par un angle inférieur, lequel est formé par une pièce cartilagineuse. C'est dans cet intervalle triangulaire à base tournée en haut que l'on voit une tumeur agitée de mouvemens.

Cette tumeur, de 5 centimètres 1/2 de long sur 2 centimètres 1/2 de large, est comme bilobée vers son tiers supérieur, accolée par son bord externe au bord interne de la moitié gauche du sternum sous laquelle elle semble se diriger.

Elle est agitée de deux mouvemens, l'un d'ampliation lent et mollement exécuté, l'autre de contraction ondulatoire dirigée obliquement de haut en bas et de droite à gauche, plus brusque et plus rapidement exécutée.

Elle ne disparaît pas entièrement sous la moitié gauche du sternum,

et reste, au moment de son plus grand affaissement, large encore de 1 centimètre.

Elle donne à la main la sensation d'un corps qui fuit sous le doigt en durcissant, puis celle d'un choc profond avec lequel commence la dilatation de la tumeur.

Elle n'est pas encore complétement affaissée au moment où a lieu le choc du cœur à la région précordiale, au moment où a lieu le pouls carotidien, au moment où est perçu le premier des deux battemens perçus au-dessus de la tumeur.

Elle est complétement affaissée au moment où bat le pouls radial.

Elle commence à se dilater au moment où est perçu le choc profond au niveau de la tumeur, au moment où a lieu le second des deux battemens supérieurs; au moment où est entendu le deuxième bruit du cœur.

Elle diminue au moment de l'inspiration forcée, sans disparaître entièrement, restant large d'environ 1 centimètre.

Elle augmente considérablement de volume, lors de l'effort ou de l'expiration prolongée, de façon à présenter 7 centimètres 1/2 de longueur sur 4 centimètres de largeur avec exagération de la disposition bilobée, la ligne de séparation étant une courbe à concavité inférieure.

Enfin elle est, dans les mêmes circonstances, surmontée par une tumeur volumineuse, sonore, qui la projette un peu en avant.

Après avoir indiqué la position et les caractères de la tumeur, M. le rapporteur recherche quelle est la partie des organes circulatoires qui la constitue.

Ce n'est pas l'aorte :

Parce que cette tumeur est augmentée de volume lors de l'effort expirateur;

Parce que la texture de l'aorte s'oppose à ce qu'elle se distende aussi considérablement que l'est cette tumeur, même pendant le repos du sujet, et que si cette dilatation était possible, le retrait observé serait disproportionné avec ce que l'on observe, en général, dans la systole artérielle;

Parce que le mouvement de systole est plus vif, plus énergique que celui de diastole, ce qui est le contraire dans l'aorte;

Parce qu'il existe au dessus de la tumeur des battemens isochrones à celui du pouls carotidien et qui occupent le siége de l'aorte, à laquelle ils doivent être rapportés;

Parce que c'est l'affaissement de la tumeur et non sa dilatation qui est isochrone au choc du cœur, au battement supérieur, et au pouls carotidien.

Donc, cette tumeur n'est pas artérielle, elle est veineuse. En tenant compte de la distance qui sépare la tumeur de la pointe du cœur et de sa position par rapport à cette pointe de l'organe, on voit que l'oreillette droite est, de toutes les parties qui reçoivent du sang noir, celle qui peut le mieux siéger dans la région qui est mise à nu.

La tumeur étant formée par l'oreillette droite, il résulte de ce fait une conséquence importante, c'est que l'oreillette dont la contraction énergique avait été plusieurs fois mise en doute est douée d'une force de contraction non douteuse.

Maintenant, est-il possible de tirer de ce fait quelques données qui permettent de prononcer entre les différentes théories émises à propos des mouvemens et des bruits du cœur. Ceci est un point beaucoup plus difficile : pour le faire, il faudrait que les ventricules fussent découverts comme l'oreillette et qu'on pût juger de la nature, de l'étendue de leurs mouvemens, et des coïncidences au milieu desquelles ils s'accomplissent.

— M. Oulmont, candidat au titre de membre titulaire, lit une *Note sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à l'hôpital St-Antoine pendant les mois de février et mars 1855, et qui a sévi particulièrement sur les sujets atteints de fièvre typhoïde.*

L'épidémie d'angine couenneuse, décrite par M. Oulmont, a offert quelques caractères particuliers qui lui donnent une physionomie bien tranchée. De ces caractères les plus remarquables ont été la circonscription de l'épidémie dans une seule des salles de l'hôpital, et la prédilection qu'elle a marquée pour les sujets atteints de fièvre typhoïde.

L'angine couenneuse s'est montrée, en effet, exclusivement dans la salle des hommes. Celle-ci est située au deuxième étage du bâtiment principal, et est divisée en deux parties, l'une exposée au Nord, et l'autre au Midi. C'est dans la partie de la salle exposée au Midi, et qui est parquetée et bien chauffée, que l'épidémie a sévi. Dans une seule rangée de trente-quatre lits, huit malades ont été atteints dans un espace de vingt jours, et ils ont succombé rapidement. Pas un seul cas d'angine couenneuse ne s'est montré dans les autres salles de l'hôpital, qui, pourtant, renferme des femmes en couches et des enfans à la mamelle.

De ces huit malades, six étaient atteints de fièvre typhoïde à des périodes diverses. Il est vrai qu'à l'époque où a régné l'angine couenneuse, les salles renfermaient un grand nombre de malades atteints de fièvre typhoïde, mais il y avait aussi d'autres maladies graves, et toutes, à l'exception d'un cas de pneumonie et de péritonite, en furent exemptes. Le premier cas d'angine couenneuse s'est montré, le 23 février, chez un individu atteint de fièvre typhoïde, et qui touchait à la convalescence. Il était au 38me jour. Les autres malades étaient en plein développement de la fièvre typhoïde aux 14me, 16me, 19me, 24me et 26me jour de la maladie. Le septième cas était un individu atteint de pneumonie double au 5me jour; enfin, le huitième malade était affecté de péritonite tuberculeuse. Ce dernier porte la date du 15 mars; c'est le jour où l'épidémie a cessé.

La maladie s'est montrée le plus souvent avec les caractères qu'on lui connaît, et qui ont été si bien décrits par Bretonneau. Il y a eu pourtant quelques particularités intéressantes. Ainsi la maladie n'a offert presque aucun symptôme de début; la fausse membrane a été, chez quelques malades, découverte à peu près par le hasard en examinant l'arrière-gorge. Il est probable que chez les individus atteints de fièvre typhoïde, l'état de délire, de somnolence n'était pas étranger à cette circonstance. La fausse membrane s'est montrée plutôt sur le voile du palais, la luette, le pharynx que sur les amygdales. Cette fausse membrane offrait une teinte grisâtre, elle était assez épaisse, mais un peu molle, sans pourtant se laisser enlever très facilement. Dans trois cas, les ganglions sous-maxillaires n'offraient aucune trace d'engorgement. Deux fois il est survenu à la dernière période de la maladie des accès de suffocation, et à peu près tous les phénomènes du croup, et les malades ont rapidement succombé au milieu d'une asphyxie que la trachéotomie n'a pu réussir à arrêter. Dans quatre cas, il n'est pas survenu d'asphyxie, mais les malades se sont rapidement affaissés, la fièvre et le délire augmentaient, et dans l'espace de trente-six à cinquante heures, les malades avaient succombé. Chez les deux malades qui ont guéri et qui étaient atteints l'un de fièvre typhoïde au 24me jour, et l'autre de pneumonie double, les symptômes locaux ont disparu avec une extrême lenteur.

La maladie a marché avec une très grande rapidité. Cinq fois elle a duré deux jours. Dans le sixième cas, la mort n'est survenue qu'au 4me jour de l'angine couenneuse.

Les autopsies ont montré que quatre fois il n'existait plus que des débris plus ou moins considérables de fausses membranes dans le pharynx et dans le larynx. Dans deux cas, la fausse membrane s'étendait depuis l'arrière-gorge jusque dans la trachée-artère et aux bronches; elle formait à la surface interne du larynx une couche continue, comme si toutes ces parties avaient été enduites d'un vernis grisâtre.

Indépendamment des lésions locales, on a trouvé, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, les altérations de cette dernière maladie; trois fois elles étaient dans le cours de leur développement, et dans deux cas les ulcérations intestinales étaient en voie de réparation, et les malades avaient été frappés aux approches de la convalescence.

M. Oulmont, dans le traitement de ces angines, s'est conformé scrupuleusement aux indications données par les auteurs. Les cautérisations avec l'azotate d'argent solide ou en solution concentrée ne lui ont pas paru modifier avantageusement la maladie, non plus que les cautérisations avec l'acide chlorhydrique, qui déterminaient la formation de mucosités à l'orifice supérieur du larynx.

Devant le peu de succès de ces moyens, M. Oulmont a eu l'idée de faire badigeonner fréquemment l'arrière-gorge avec un pinceau imbibé de suc de citron. Il est difficile de dire quelle a été l'utilité réelle de ce dernier moyen, à cause de la marche rapide de la maladie dans la plupart des cas, et parce qu'il n'a été employé que concurremment avec les autres modes de cautérisation. En même temps qu'on agissait localement sur la maladie, on cherchait à relever les forces des malades au moyen de quelques toniques et analeptiques. Mais le succès n'a pas répondu à l'attente.

Le travail de M. Oulmont est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Trousseau, Barth et Aran.

Le secrétaire, Dr Hérard.

PRESSE MÉDICALE.

Expérience sur l'action physiologique et toxique de la nicotine; par le docteur L. Van Praag. — L'auteur commence par donner les caractères chimiques de la nicotine, ainsi que les réactions qui permettent de la reconnaître; puis il rapporte les expérimentations faites par MM. Orfila, Cl. Bernard, Stas, Van den Corput, Vleminckx, Albers, G. Wertheim, Berutti, Vella et Gastaldi; il relate ensuite les nombreux essais qu'il a lui-même tentés sur des mammifères, des oiseaux, des poissons, des grenouilles, et il termine par un tableau général des effets de la nicotine, dont nous extrayons les particularités suivantes :

MM. Stas et Albers ont tort quand ils ont soutenu que cette substance agissait localement comme irritant caustique. Non seulement il n'y a pas de désorganisation des tissus touchés, mais encore le plus souvent les animaux ne donnent pas de signes de douleur.

Tous les auteurs ont signalé une *accélération de la respiration*; mais ils paraissent avoir méconnu un *ralentissement* qui suit toujours. Les expériences les plus précises sont celles de M. Bernard, et cet oubli doit étonner de la part d'un savant aussi consciencieux et habile que ce confrère; on peut se l'expliquer par le fait que la diminution de la respiration survient parfois très tard, alors que M. Bernard avait peut-être déjà perdu de vue les animaux. Il n'indique que deux fois cet effet. Orfila avait remarqué que, dans ses deux premières expériences, la respiration était calme et autrement accélérée. MM. Van den Corput et Wleminckx n'ont noté, dans 11 cas, qu'une seule fois une modification de la respiration, et c'était une accélération. M. Albers signale l'absence de symptômes respiratoires, et y trouve un signe distinctif entre l'action de la nicotine et de l'acide prussique. Les oiseaux n'éprouvent ni ralentissement, ni accélération; le premier a lieu chez les poissons; chez les grenouilles, la respiration est immédiatement suspendue.

Un symptôme principal, déjà noté par M. Bernard, est un *sifflement particulier de la respiration*, que notre auteur attribue à un rétrécissement de la glotte par contraction tétanique de ses muscles, et que M. Bernard fait dépendre de mouvemens violens du diaphragme.

Quant au *pouls*, la plupart des auteurs ne l'ont pas bien suivi; on ne peut se servir que des essais de MM. Van Praag, Lichtenfels et Froehlich. Au commencement, il y a accélération, suivie, dans quelques cas, de diminution et d'autres fois d'irrégularité; mais toujours l'action finale est dépressive. M. Wertheim est arrivé à une conclusion qui demande à être confirmée : il a fait ses essais dans l'hôpital des israélites de Vienne et termine ainsi : la quantité de substance nécessaire pour diminuer le pouls est en proportion inverse de la fréquence actuellement existante; ainsi, plus il est fréquent et moins il faut de nicotine; 1/64e grain fait baisser le pouls de 120 à 80; il en faut 1/4 grain pour ramener un pouls de 80 à 60. Chose singulière, en continuant une dose qui ne fait plus diminuer le pouls, il arrive un moment où la cause qui détermine la fièvre prend le dessus et accélère la circulation; alors, la même quantité de médicament la retarde de nouveau. Lorsque l'on donne une dose plus grande qu'il en faudrait pour diminuer le pouls, celui-ci s'accélère; ainsi, un pouls de 80 monte à 100, en donnant 1/3 à 3/4 de grain de nicotine dans les vingt-quatre heures. Comme il survient concurremment avec l'accélération du pouls des symptômes d'intoxication, tels que des vertiges, du délire avec sursauts fréquens, tremblement général avec tendance à se lever et se mouvoir, suivis bientôt d'épuisement, d'insensibilité et de dilatation de la pupille, il en résulte que la dose qui agit comme poison, varie d'après la fréquence du pouls.

Tous les auteurs sont d'accord sur l'action de la nicotine sur l'*appareil musculaire*. Dans les cas qui ne marchent pas trop rapidement, elle se caractérise par des *crampes cloniques et toniques*, alternant souvent et affectant toutes les parties du corps, soit à la fois, soit partiellement. Elles sont surtout remarquables aux yeux; le globe oculaire est convulsé en dehors et en haut; il est recouvert par la membrane clignotante, de sorte qu'on n'aperçoit qu'une surface rouge de sang, bordée en dehors par la blancheur éclatante de la sclérotique.

Après la cessation de cet état convulsif, ou même déjà pendant sa diminution, il survient une *faiblesse* accompagnée de *tremblemens* de certains muscles ou de tout le corps. Dans les cas à marche très rapide, la période de contraction manque souvent, et l'adynamie avec le tremblement se montre d'emblée. Quand l'empoisonnement est encore plus rapide, les muscles n'éprouvent aucun trouble et les animaux meurent parfois sans avoir fait le moindre mouvement.

L'action de la nicotine sur les *nerfs sensitifs* est variable; ordinairement l'application n'en détermine pas de douleurs; néanmoins, cette dernière peut se montrer. Parfois il survient une anesthésie complète, parfois on ne découvre aucune modification de la sensibilité. Les pupilles se sont montrées d'abord dilatées, quand il a été possible de les examiner; dans quelques cas elles se sont contractées plus tard.

M. Bernard a observé la *salivation* 7 fois sur 12; M. Praag 4 fois sur 9, chez les mammifères.

La *diarrhée et les vomissemens* ne surviennent que dans les cas de retour à la santé. Cette observation est constante sans qu'on puisse déterminer si c'est le vomissement qui a guéri, ou s'il ne survient que dans les cas d'empoisonnement moins intense. Quoi qu'il en soit, on peut être sûr du rétablissement quand l'animal vomit. Ce n'est pas, d'ailleurs, une condition indispensable pour la guérison, car un chien avait présenté les symptômes d'empoisonnement très graves et s'était complétement rétabli, sans avoir vomi.

La *sécrétion urinaire* n'a offert aucune altération.

Les animaux tombent indifféremment sur l'un ou l'autre côté; Orfila et Stas ont trouvé plus souvent le côté droit, Van den Corput et Vleminckx le gauche; Van Praag un peu plus souvent le droit. Cette circonstance est purement fortuite et dépend de la position qu'a pris l'animal au moment de sa chute.

La *durée de l'empoisonnement* varie selon l'intensité. Quand il est très violent, la mort est presque instantanée, sans symptômes. Des doses moindres commencent à agir après quelques secondes à une minute, et tuent en trois à quatre minutes. En général, la dose varie d'après l'individualité et le mode d'application. Dans tous les cas, celle de 0,03 n'est pas mortelle, et l'on peut bardiment se livrer à des essais thérapeutiques chez l'homme.

En résumé, la nicotine agit d'abord comme excitant, puis comme déprimant sur les systèmes circulatoire, respiratoire et nerveux. Aux doses les plus faibles il y a d'abord accélération de la circulation, des mouvemens respiratoires et excitation musculaire; la fin est un affaissement général de la vie animale et de la vie organique.

Aucune classe de maladies ne se prête mieux à l'administration de la nicotine, que les dermatoses chroniques, où souvent une excitation énergique, suivie d'une dépression, fait cesser l'acte pathologique. On pourrait encore l'essayer contre d'autres inflammations chroniques, devenues habituelles.

Les seuls essais connus sont ceux du professeur Hebra; mais, quoi qu'ils soient satisfaisans, ils ne prouvent rien d'une manière absolue, parce que la nicotine avait été donnée avec du sublimé.

Il existe encore un cas de paralysie de la vessie guérie par Pravesi au moyen d'injections d'une solution de nicotine.

En général, cette substance ne peut entrer dans l'arsenal médicamenteux que lorsqu'on aura découvert un de ses sels qui soit stable. On peut le supposer des oxalate, tartrate, phosphate cristallisés et bien conservés, mais il faut le prouver d'abord. — (*Archiv. f. pathol. anat. physiol. u. für Klin. medicin par Virchow*, t. 8, n° 1.)

Traitement de la cholérine par la soustraction absolue de boissons. — Le docteur Stadelmann, de Nuremberg, rapporte que, pendant l'existence du choléra dans cette ville, il a eu à traiter 120 cholérines dans l'espace de trois semaines et demie. D'après quelques observations détaillées, ce n'étaient pas seulement des cas légers; il y avait des affections que l'on appellerait volontiers choléra, mais que la modestie de notre confrère classe dans la première catégorie; il déclare ne pas avoir vu un seul cas de choléra tout à fait hors de doute. Sur ce chiffre de 120 malades, il n'a perdu qu'un enfant de 9 semaines. Il défend complétement l'ingestion de toute substance; un peu de glace même suffit pour faire revenir tous les accidens; il calme l'agitation par de tout petits lavemens opiacés, donnés très lentement et répétés plusieurs fois par jour, selon l'indication; en même temps, si les accidens sont tenaces, un vésicatoire sur l'hypogastre. Les vomissemens et la diarrhée cessent sous l'influence de ce traitement qu'il faut avoir un courage barbare de continuer jusqu'au bout (une fois pendant quarante heures). Quand la peau devient fraîche, quand le pouls se ralentit, on peut permettre quelques alimens tels que la semoule cuite dans de l'eau, quelques cuillerées de thé toutes les demi-heures; puis des bouillons, etc. La diminution de la soif était également un thermomètre pour l'administration de quelque liquide. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 16.)

AVIS.

M. Groux, affecté de fissure congénitale du sternum, sera présenté au public médical par M. le professeur Bouillaud, dans l'amphithéâtre de la Charité, mercredi prochain, 25 juillet, à trois heures de l'après-midi. M. le professeur Bouillaud a bien voulu se charger de faire la démonstration de ce cas intéressant.

Nous donnons cet avis aux médecins et aux élèves qui voudraient assister à cette séance.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 88. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 26 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr

6 Mois........... 17

3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 23 JUILLET 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LES AZTÈQUES.

M. Carathéodori, professeur de clinique à Constantinople, a lu un intéressant mémoire sur une modification de la taille bilatérale; le procédé de ce chirurgien consiste à fendre verticalement la prostate et le sphincter de l'anus, pour faire au calcul une voie plus large. Il est parvenu, de cette façon, à amener au dehors des pierres dont le volume et la forme eussent rendu l'extraction difficile et même impossible par l'opération ordinaire. Les deux malades ont guéri.

Cette lecture, qui avait réussi à captiver l'attention de l'Académie, a été tout à coup troublée, peu s'en est fallu qu'elle n'ait été interrompue, par cette exclamation de M. le secrétaire perpétuel : *Les Aztèques sont là!* Les Aztèques, nom magique qui, en ce moment, a le don d'exalter jusqu'au paroxysme la curiosité du monde savant et non savant. Les voici. M. Morris, leur propriétaire, ou leur guide (pour nous servir d'une expression plus française), assisté de son interprète, les place sur la tribune académique. Les jolis petits monstres basanés! D'un « good by » articulé avec un accent de sourd-muet qu'il faut renoncer à décrire, ils saluent la docte assemblée; puis ils s'offrent aux investigations des académiciens tout en s'agitant continuellement, tout en étant au même instant assis, debout, couchés, penchés, accroupis. On les examine sous toutes leurs faces; on soulève leurs cheveux qui sont longs et bouclés et l'on palpe là-dessous leur pauvre petit crâne microcéphale. Effilé en un angle d'une acuité affligeante, c'est à peine s'il s'arrondit à l'occiput, pour offrir, en avant, un front plat à force d'être fuyant. Une face bizarre lui fait suite, où l'*os sublime* du poète hésite à se reconnaître : entre deux yeux noirs d'une saillie toute fœtale, s'élève un gros nez qui semble appartenir à un adulte; la mâchoire et la lèvre supérieure avancent fortement au-dessus de la lèvre inférieure et du menton, cet autre angle dont les anatomistes reconnaissent à l'homme le noble privilége et qui ici est à peine ébauché. C'est à cela que se réduit ce profil d'oiseau que la badauderie parisienne leur a prêté. Quand on les eût dépouillés de leurs costumes, on fut agréablement impressionné de voir des formes régulières, gracieuses même dans leur sveltesse micrométrique; le tronc et les membres sont bien pris, les jambes longues et assez vigoureuses. Ce sont des corps d'enfans : la demoiselle, et cette fois les plus sceptiques ne chicaneront pas sur le mot, n'a pas trace de glandes mammaires, nul développement du système pileux; le jeune homme, dûment exploré par la palpation, n'offre à sa race aucune garantie sérieuse de perpétuité. Quant au côté moral et intellectuel de ces deux créatures, il s'est peu manifesté : pour tout signe d'intelligence, la joie bruyante du garçon quand il parvenait à faire sonner la montre à répétition de M. Ségalas, et le plaisir qu'ils prenaient tous les deux à répandre sur la table des pains à cacheter ; comme manifestations morales, des phénomènes purement négatifs : nulle émotion, nulle timidité, une sorte de sauvagerie revêche, aucun sentiment de décence. Sous ce dernier rapport, il nous est pénible de l'avouer, la jeune Lilliputienne ne ressemble guère à celle dont Gulliver nous a conté les délicates pudeurs, allant jusqu'à lui faire détester l'Homme-Montagne qui lui sauve la vie en éteignant avec la pompe que vous savez l'incendie de son petit palais. Notre demoiselle subissait, sans en paraître le moins du monde scandalisée, les savans attouchemens de quelques membres de la section d'obstétrique.

Après avoir déposé sur les joues de M. le Président et de M. le Secrétaire annuel deux gros baisers, exécutés au commandement, les Aztèques furent emportés hors de la salle des séances, dans celle des archives, où, d'assez bonne grâce, ils se laissèrent encore abaisser la langue, compter les dents, et fourrer des stylets dans les fosses nasales. Le résultat de toutes ces investigations sera connu plus tard par le rapport de la commission; mais dès à présent on peut dire que la visite à l'Académie n'aura pas porté bonheur à ces pauvres êtres. Il paraît que, dans leur pays natal, ils étaient l'objet d'un véritable culte; superstition touchante, que l'on retrouve dans les pays d'Europe ravagés par le crétinisme, ainsi que M. Moreau l'a rappelé. Ces créatures déshéritées, à cause même de leur étrangeté, de leur ressemblance vague, mystérieusement incomplète avec les autres hommes, exercent on ne sait quel pouvoir sur les imaginations naïves. Vue à travers le prisme du merveilleux, leur indifférence pour tout ce qui les entoure apparaît comme une sorte d'abstraction prophétique; çà et là quelques lueurs d'intelligence qui passent, semblent éclairer chez eux des abîmes de science incomprise. Le bon sens a suffi pour faire descendre les Aztèques de leur piédestal de fétiche. Mais ce n'était pas assez d'abdiquer leur divinité; après la religion, c'est l'histoire qui les repousse et qui se refuse à voir en eux les restes d'une race éteinte; et voilà que la médecine, pour comble d'humiliation, ne trouve plus d'autre question à débattre à leur sujet que celle de savoir s'ils sont des idiots ou des crétins?

M. Baillarger a cherché à établir que les particularités offertes par ces prétendus Aztèques, s'expliquaient par un arrêt de développement : retard dans l'évolution des dents, défaut de système pileux, état infantile des mamelles, des organes génitaux. Il a mis sous les yeux de ses collègues une série de daguerréotypes représentant des crétins des Alpes, chez lesquels on constate à peu près les mêmes caractères. Il est donc probable que la prétendue tribu des Aztèques du Panama n'est qu'une agglomération de crétins.

M. Ferrus a fait quelques objections à ce rapprochement; il a insisté sur le caractère de microcéphalie si remarquable chez les deux individus amenés devant l'Académie. Nos lecteurs trouveront au compte-rendu de la séance l'exposé des opinions émises par ces deux savans.

M. Maisonneuve a présenté un jeune enfant né avec une imperforation du rectum; l'habile chirurgien a établi dans la région lombaire un anus contre nature; le succès est complet.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Troisième Leçon.

ERRATUM. — Numéro du 14 juillet, leçons de M Bouvier, 3e page, 2e colonne, 11e alinéa, 4e ligne, *au lieu de* : s'organisent, *lisez* : s'organisant.

Diagnostic du mal vertébral. — J'ai fait passer sous vos yeux, dans la précédente séance, plusieurs enfans présentant différentes formes de bosse.

Nous avons à examiner quelle est la valeur diagnostique de la gibbosité. La première condition pour savoir tirer parti de ce signe, c'est d'aller à sa recherche, c'est de ne pas négliger d'explorer la colonne rachidienne, lorsque vous avez quelque motif de soupçonner une affection vertébrale. Il y a un fait qui montre entre tous à quel point il est utile de ne pas négliger cet examen : Un homme qui a tenu longtemps le sceptre de la chirurgie à Montpellier, Lallemand, avait opéré une fistule à l'anus; étonné de la persistance de la suppuration, il jette les yeux sur la colonne vertébrale, et découvre que la fistule tenait à un abcès dépendant d'une carie des vertèbres. Laënnec auscultait tous les malades et découvrait des affections thoraciques qui avaient passé inaperçues. Explorez donc les colonnes, et vous trouverez souvent des lésions qui auront échappé à d'autres médecins. Les parens, les mères elles-mêmes, pourtant si clairvoyantes sur tout ce qui touche leurs enfans, méconnaissent le plus ordinairement le début de l'affection vertébrale. Voici un enfant qui confirme ce que je viens de vous dire; il fut présenté dernièrement à ma consultation. La mère me dit seulement qu'il éprouvait des douleurs dans le dos. Soupçonnant l'existence d'une maladie des vertèbres, j'examine la colonne, et je découvre une petite pointe d'apophyse épineuse. Ce cas se rapporte non à l'état latent, mais à cette période de déformation équivoque qui lui succède. Quand l'enfant se tient droit, vous ne voyez qu'une légère arqûre de la région dorsale; mais en faisant courber le dos et en ramenant les épaules en avant, vous apercevez une petite saillie que les parens n'avaient pas reconnue.

Valeur diagnostique des différentes formes de gibbosité. — Toutes les fois qu'une vertèbre est soulevée en pointe et isolée des vertèbres voisines, ce signe est pathognomonique; on ne l'observe que dans le mal vertébral.

Nous avons distingué deux formes de gibbosités en pointe. Une première forme représente, en quelque sorte, un angle géométrique; la colonne figure deux droites inclinées l'une à l'autre, le sommet de l'angle étant formé par une pointe. Dans la deuxième forme de gibbosités, l'angle est plus effacé; des concavités décrites par le rachis au-dessus et au-dessous du point malade redressent le tronc. L'une et l'autre de ces formes ont la même valeur au point de vue du diagnostic. Il y a en outre, comme nous l'avons dit, des gibbosités en forme d'arcs plus ou moins étendus. Si, dans cette forme générale, vous découvrez une ou deux pointes, ce signe conserve toute sa valeur diagnostique; il est pathognomonique; mais on voit des gibbosités en arc régulier, sans pointe sensible. Ce buste en plâtre en est un exemple. Cette forme n'a pas la même valeur diagnostique que les formes précédentes; vous pourriez vous tromper, si vous n'aviez égard qu'à la gibbosité.

Diagnostic différentiel. — Je passe au diagnostic différentiel des cas qui offrent quelque analogie avec ce que nous voyons sur cette pièce.

1° *Déviations latérales du rachis.* — Il y a deux espèces de gibbosités, deux classes de bossus qu'il faut distinguer à tout jamais. Les différences qui séparent ces deux catégories vont vous sauter aux yeux. Je mets en regard deux bosses appartenant à chacune des deux classes. Assurément, il n'y a pas à s'y tromper : sur ce premier moule, nous voyons une bosse médiane; sur le second, une gibbosité postéro-latérale. Qu'est-ce qui forme cette bosse latérale? Ce sont les côtes fortement courbées par suite de la torsion du rachis, dévié d'ailleurs en forme d'S en deux sens opposés, à chacun desquels correspond une gibbosité placée du côté de la convexité des courbures vertébrales.

Si je n'avais eu rien de plus à vous dire touchant ces deux catégories de gibbosités, assurément je ne vous en aurais point parlé. A la vue simple, on apprécie facilement leurs caractères distinctifs. Sur le vivant, dans la rue, à travers les vêtemens, vous pouvez distinguer ces deux genres de bosses. Mais le diagnostic différentiel n'est pas toujours aussi facile. On rencontre, d'une part, des courbures latérales essentielles de l'épine sans gibbosité, et, d'une autre part, des courbures latérales se voient dans le mal de Pott; l'erreur est alors possible; j'en ai vu commettre, j'en ai moi-même commis au début de ma pratique.

Des courbures latérales, sans gibbosité bien apparente, prennent naissance dans deux circonstances : 1° dans quelques déformations essentielles du rachis; 2° dans certaines affections étrangères aux déviations essentielles; ce sont alors des attitudes. Ces dernières reconnaissent pour cause une action réflexe de la moelle, une contracture ou une contraction instinctive du malade pour éviter la douleur; tel est le torticolis symptomatique, par exemple. Cette attitude est ordinairement de peu de durée; mais tant qu'elle persiste, il y a matière à erreur.

Dans le mal de Pott, on observe aussi des courbures latérales, bien que quelques auteurs considèrent cette disposition comme un mythe; ce sont encore des attitudes. En voici deux exemples; l'un d'eux offre le plus beau cas de courbure latérale dans le mal de Pott. Ces courbures latérales diminuent ou disparaissent à la mort; elles résultent de la douleur, du siége du mal, d'une complication, d'un abcès placé dans un côté.

Nous pouvons distinguer ces cas. Je mets en regard ces deux moules qui se ressemblent en apparence; nous y voyons même siége de la déformation, deux courbures longues, étendues, sans gibbosité : ce sont deux lésions entièrement différentes. Cette colonne est celle d'un sujet dont les vertèbres n'ont jamais été malades; cette autre provient, au contraire, d'une jeune fille qui a succombé lentement à une affection vertébrale.

Comment distinguerons-nous ces deux affections? Dans la déviation essentielle du rachis, on n'observe jamais de collection ossifluente; c'est le fait du premier sujet. Chez le second, atteint de mal de Pott, existait un énorme abcès par congestion. De plus, dans la courbure latérale essentielle, on ob-

serve, en général, une deuxième courbure compensatrice dirigée en sens inverse de la première. Nous pouvons, sur la première des deux colonnes, laquelle présente une courbure principale à convexité droite, distinguer une deuxième courbure supérieure à convexité gauche. Ce signe pourrait manquer. La deuxième courbure est parfois si peu marquée, qu'elle échappe à la vue lorsqu'on ne considère que le trajet du rachis; mais alors examinez les côtés du thorax, vous trouverez souvent une convexité des côtes répondant à la courbure de la colonne que vous n'aperceviez pas, et placée en sens inverse de la première. Quand vous voyez une seule courbure, elle n'est presque jamais essentielle; aussi n'existe-t-il pas alors de gibbosité latérale. Ici, la région dorso-lombaire est bien un peu bombée d'un côté, déprimée du côté opposé; mais il n'y pas là de gibbosité proprement dite.

Dans l'affection vertébrale, vous retrouvez ordinairement notre petite pointe. Si elle n'apparaît pas tout d'abord, faites courber le malade, vous aurez alors la saillie que vous cherchez. Supposons enfin que la gibbosité postérieure manque, nous avons, comme moyen de diagnostic, les symptômes de la maladie. Quand le malade est un enfant et qu'on le soulève, avant qu'il ne soit détaché de terre, il crie, il y a des contractions musculaires énergiques, peu ou pas de souplesse dans le tronc. Je n'entre pas dans l'énumération de tous les autres symptômes, oppression, douleur épigastrique, paralysie, etc., qui différencient le mal de Pott de la déviation essentielle du rachis.

Malgré ces signes, la confusion est quelquefois possible. C'est ainsi qu'un de mes collègues de l'hôpital Beaujon m'appela un jour pour voir une femme de son service, atteinte, disait-on, de déviation de la taille; il existait une grande courbure du rachis à convexité droite. Ce ne fut qu'après un examen long et minutieux, que je pus constater par la forme de l'inflexion, par la douleur produite dans les efforts de redressement, par l'état général du sujet, etc., qu'il s'agissait d'un mal vertébral.

2° *Rachitisme.* — Le rachitisme n'est pas la déviation essentielle de l'épine dont je viens de parler; beaucoup de médecins confondent à tort ces deux états.

Le rachitisme est propre à l'enfance; c'est une maladie générale; l'autre affection ne s'accompagne d'aucune altération du tissu osseux et tient seulement à une inégale distribution des forces nutritives.

Le rachitisme peut produire une gibbosité médiane; je vous en offre un cas clinique des plus intéressans. Supposez un enfant de cet âge atteint de mal de Pott; avec une gibbosité semblable, vous auriez une pointe: ici, pas de pointe. En renversant le bassin en arrière, je ne produis pas de douleur; la courbure, il est vrai, ne s'efface pas dans ce mouvement, elle ne fait que diminuer. Mais regardez ce thorax: voyez-vous cette double dépression latérale, cette série de nodosités à l'union des côtes avec leurs cartilages; ces signes ne laissent aucun doute sur l'existence du rachitisme.

Il y a deux cas de courbure rachitique postérieure simulant un mal de Pott:

1° La courbure postérieure est produite par le relâchement des parties ligamenteuses et musculaires; c'est le cas le plus commun. Vous verrez des enfans rachitiqués qui se courbent fortement en avant lorsqu'ils sont assis; on observe alors une longue courbure, mais pas de déformation des vertèbres. J'ai pourtant trouvé des cautères sur le cadavre d'un enfant atteint d'une déformation de ce genre. Ces cautères, un médecin, dont j'ignore le nom, les avait appliqués. Il n'y avait aucune trace de mal vertébral; il n'y avait pas non plus de courbure permanente. Chez ces malades, en renversant le bassin, vous effacez l'arc qui existe, et vous pouvez même faire décrire à la colonne une courbure inverse.

2° La courbure ne disparaît pas chez quelques malades; elle diminue seulement. Que trouve-t-on sur le cadavre de ces sujets? La partie antérieure des corps vertébraux est plus mince que leur partie postérieure; aussi n'y a-t-il pas moyen d'effacer immédiatement l'arc vertébral; impossible alors de dire, au premier abord, si l'on a affaire à un rachitisme ou à un mal de Pott. La courbure pourtant est, en général, moins longue, moins régulière, les extrémités de l'arc sont plus saillantes, dans le mal vertébral; elles se continuent, au contraire, sans ligne de démarcation bien tranchée avec le reste de la colonne dans le rachitisme. Ces signes peuvent être insuffisans; on diagnostique alors la maladie par l'examen du reste du corps. On trouve des signes de rachitisme dans un cas, et non dans l'autre.

Les deux affections pourraient être combinées; on aurait alors comme moyen de les reconnaître la douleur du mal vertébral, qui manque dans le rachitisme simple, les cris de l'enfant dans le renversement du tronc en arrière, la douleur épigastrique, si l'enfant était d'âge à en rendre compte, l'attitude caractéristique du tronc, les abcès, la paralysie, dans le cas où ces complications existeraient, etc.

3° *Voussure par débilité des enfans et des vieillards.* — Dans des cas rares comme celui-ci, l'erreur est possible. Voici une pièce qui semble, au premier coup d'œil, se rattacher au mal vertébral.

La colonne décrit un angle droit; le bassin et les côtes sont bien conformés. Remarquez l'analogie d'aspect de cette pièce avec cette autre qui offre des traces non douteuses de mal vertébral. Ce sont les symptômes concomitans, l'étiologie, l'âge, qui établissent la distinction.

J'aurais à vous parler d'une foule d'autres affections qui offrent quelques traits de ressemblance avec le mal de Pott dans l'état latent: le lumbago, les maladies des reins, de l'estomac, certaines névralgies, l'anévrysme de l'aorte, les maladies de la moelle; je n'insisterai pas sur les élémens d'un diagnostic souvent difficile à établir; il me suffira d'avoir indiqué que l'erreur est possible.

Diagnostic de la lésion. — Encore un mot sur la diagnose de la lésion qui constitue l'affection vertébrale; on a ici plusieurs points à éclaircir. On se propose, en premier lieu, de reconnaître la nature de l'altération. Si nous savions bien distinguer chaque lésion qui peut provoquer la destruction des vertèbres, nous décririons plusieurs maladies vertébrales de Pott au lieu d'une seule; la chose n'est pas possible aujourd'hui. Il y a pourtant quelques indices qui peuvent faire présumer à quelle lésion on a affaire. Boyer va plus loin: quand il existe des abcès sans déformation, le mal est, suivant lui, une carie superficielle; quand il y a déformation, c'est une affection en partie différente et profonde. Cette distinction ne me paraît pas en rapport avec les faits.

Constate-t-on l'existence de tubercules dans quelque partie du corps? il est presque certain que l'affection osseuse est de nature tuberculeuse.

Chez l'adulte, la destruction des vertèbres a quelquefois une origine rhumatismale; elle peut aussi, à tout âge, se développer à la suite d'une lésion traumatique, d'un coup, d'une chute; probablement alors, une affection ligamenteuse marque le début des accidens. Mais la violence peut, dans ce cas, n'être qu'une cause occasionnelle de production de tubercules.

Il faut également reconnaître les cas de mal double, triple; j'entends parler de foyers pathologiques multiples, séparés par des vertèbres saines. Je signalerai encore les cas où une altération profonde se trouve réunie à une altération superficielle; ils peuvent être dus à l'affection tuberculeuse. On les distingue, en général, à l'intensité des symptômes, lesquels ne sont point en rapport avec la gibbosité.

ABCÈS PAR CONGESTION.

Quelle que soit la nature de la lésion, son siége, elle tend à produire du pus. Ce pus résulte souvent de la fonte de tubercules; d'autres affections, l'ostéite, l'arthrite, la carie en produisent également. On a pourtant décrit un mal vertébral sec. Tant que le tubercule est à l'état de granulation, on n'observe pas d'abcès et alors, si l'on veut, le mal sera sec; mais je ne sache pas qu'il présente cet état dans d'autres cas.

Le pus existe en quantité variable; s'il est peu abondant, il ne donne pas lieu à un abcès; dans d'autres cas l'abcès existe, mais il est confiné à la surface des vertèbres ou dans l'excavation morbide. D'autres fois il est trop abondant pour être contenu sous le grand surtout ligamenteux; il éprouve une migration, s'éloigne des vertèbres à mesure qu'il se produit; il se forme ce qu'on appelle un *abcès par congestion*, dont nous avons à nous occuper.

Je conserve cette dénomination ancienne que tout le monde comprend. On dit aussi *abcès symptomatique*; cette expression est peut-être moins convenable, beaucoup d'abcès symptomatiques ne présentant pas les caractères des abcès par congestion.

Ces collections se forment spécialement dans quelques circonstances encore mal connues. On trouve à ce sujet des distinctions peu fondées dans les auteurs. Des lésions toutes semblables peuvent entraîner ou non des abcès par congestion. Toutefois ce qui les produit surtout, ce sont les cas d'érosion profonde ou superficielle, mais très étendue. Ces abcès se voient plutôt dans l'affection tuberculeuse; mais d'autres lésions, la carie, la nécrose, l'ostéite leur donnent également naissance.

Quel est le mécanisme de la production de ces abcès? Il est facile à expliquer en prenant pour point de départ l'anatomie. Vous connaissez le tissu cellulaire et sa facilité à se laisser traverser par les corps étrangers solides ou liquides. Le pus presse et détruit les cellules, il les agrandit, creuse des canaux. Voici un canal de ce genre terminé par un renflement en cul-de-sac; remarquez ici une enveloppe membraneuse; elle est due aux changemens qu'éprouve le tissu cellulaire. Ce tissu refoulé s'enflamme, s'indure et finit par s'organiser en membrane; il se forme une poche, l'abcès s'enkyste.

Je ne décrirai pas le trajet très varié que suit cet abcès depuis son origine jusqu'au lieu où il vient faire saillie au dehors. MM. Bourjot Saint-Hilaire, Tavignot, Nélaton, ont étudié avec soin cette partie de l'histoire des abcès par congestion. D'une manière générale, je vous dirai que les lames aponévrotiques de la région, l'influence de la pesanteur, les pressions extérieures déterminent la direction du pus. Réfléchissez au défaut de résistance des tissus autour des vaisseaux, des nerfs, et vous saurez d'avance où doivent se trouver les abcès.

La pathologie, toutefois, ne se soumet pas servilement à ces données anatomiques; les membranes voisines résistantes se percent, et vous avez des aboutissans que l'anatomie ne prévoyait pas.

C'est ainsi qu'on a vu des abcès par congestion ouverts dans les bronches, le poumon, l'œsophage, le colon, le rectum, le vagin, la vessie, etc.

Passons à l'examen des cas cliniques.

Un premier type d'abcès se présente; il est le plus commun. Ce sont les abcès ilio-fémoraux. Je les appelle ainsi, parce qu'ils commencent par aboutir à la région iliaque, et vont en dernier lieu occuper la région fémorale. Leur source est ordinairement la portion lombaire de l'épine ou la région dorsale inférieure.

Je distingue trois degrés dans ces abcès:

Premier degré. — La collection n'est pas sensible à la vue; aussi échappe-t-elle souvent au médecin; il en résulte que ces collections sont beaucoup plus communes qu'on ne le dit généralement. Il faut les chercher avec soin pour les découvrir. Je conviens, du reste, qu'elles sont quelquefois difficiles à trouver. On a quelques difficultés à surmonter, quelques précautions à prendre. La paroi abdominale étant déprimée avec les doigts, au niveau de la fosse iliaque, on rencontre un premier obstacle dans la contraction instantanée des muscles abdominaux. Il faut alors user de patience, calmer l'enfant, saisir le moment d'une inspiration; en enfonçant alors les doigts, vous sentez l'abcès; il se présente sous la forme d'une tumeur cylindrique, arrondie à son extrémité et traversant obliquement la fosse iliaque interne. Chez cet enfant, nous sentons cette tumeur cylindrique, et en disposant les doigts de chaque main transversalement à sa direction, nous avons pu percevoir la fluctuation. La percussion médiate peut servir à reconnaître l'existence de ces abcès.

Il y a dans ces collections du premier degré, comme dans les autres, une circonstance que j'ai fait remarquer, et qui est bien propre à éveiller votre attention; c'est un léger degré de flexion de la cuisse du côté malade. Le muscle psoas, contracturé par l'irritation que cause le contact du pus, produit cette attitude. Rien qu'en voyant marcher ce malade, on peut, avec quelque habitude, reconnaître qu'il existe un abcès dans la fosse iliaque droite.

Deuxième degré. — L'abcès a augmenté de volume. Je ne reviens pas sur ce que j'ai dit de la flexion de la cuisse. Ici, la palpation superficielle révèle une tumeur volumineuse, globuleuse. Elle n'est plus cylindrique, remplit la fosse iliaque et descend jusqu'à l'arcade crurale. Ne croyez pas qu'on ait toujours ce deuxième degré à la suite du premier: l'abcès peut se résorber; il peut rester profond.

Cette jeune fille présente un abcès iliaque formant un léger relief sur la paroi abdominale; la vue suffit presque pour le reconnaître. Voici ce qu'il offre d'intéressant: il est double. Le pus, à partir de sa source, marche dans deux directions, et va se colliger dans les deux fosses iliaques internes; dans celle du côté gauche, la collection est moins volumineuse et appartient au début du second degré.

Troisième degré. — La vue peut ici, jusqu'à un certain point, remplacer le toucher. Le pus, chez cet enfant, a franchi l'arcade crurale; l'abcès est devenu fémoral; il est volumineux; tout le monde le voit. C'est un abcès par congestion, car on peut non seulement sentir la fluctuation dans la fosse iliaque, mais même renvoyer le flot de la cuisse dans la région de l'ilium.

On peut considérer comme un quatrième degré la période d'ouverture de ces abcès. Le malade n° 28 de la salle St-Marcou en est un exemple. C'est un enfant dont les abcès sont tous ouverts. Je vous ai montré tout à l'heure un abcès double; ici, il est triple ou quadruple; il existe plusieurs diverticules; le pus s'est porté dans différentes directions. Nous voyons, d'une part, un abcès lombaire; j'entends par là un abcès ouvert aux lombes, et non d'après le sens des auteurs anglais, un abcès dont le pus vient des lombes. Plusieurs ouvertures existent sur chacune des deux cuisses. Enfin quelques fistules se remarquent sur l'abdomen, à droite; il y a eu là abcès abdominal.

Em. BAILLY,
Interne du service.

(*La suite prochainement.*)

PATHOLOGIE.

MÉMOIRE SUR UNE COLORATION NOIRATRE DE LA PEAU DE LA FACE [1];

Par J. NOORE NÉLIGAN, membre du Collége des médecins d'Irlande, etc.

Traduit par M. DUMONTPALLIER, interne-lauréat des hôpitaux de Paris.

Si l'on devait juger de l'intérêt d'une maladie par sa rareté, celle dont je vais donner la description devrait assurément être rangée parmi les maladies les plus intéressantes. On ne retrouve, en effet, dans les annales de la science médicale, qu'un très petit nombre d'exemples de cette affection de la peau, et, certes, si l'on avait eu occasion de l'observer souvent, on n'eût point négligé d'en rapporter les observations, tant est remarquable le changement que cette maladie imprime à la physionomie. La description que l'on a donnée de cette affection cutanée est cependant suffisante pour permettre de la reconnaître, lorsqu'on la rencontre, et pour qu'on puisse même lui assigner une place dans le cadre nosologique. L'observation la plus intéressante qui ait été publiée jusqu'à ce

(1) Voir *The Dublin quaterly journal of medical science*, numéro XXXVIII, mai 1855.

jour est consignée dans le 28me volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, et nous la devons à la plume de feu M. Teevan ; de plus, elle est accompagnée d'une excellente lithographie coloriée.

Le sujet de cette observation était une jeune fille de 15 ans, chez laquelle la menstruation était irrégulière. Cette malade se plaignait de douleur dans la poitrine et présentait quelques symptômes de dyspepsie. Tel était l'état de cette fille depuis quelque temps, lorsqu'apparut autour de ses yeux et sur le front une tache complétement noire. On essaya d'enlever cette tache en la lavant avec de l'eau et du savon ; ces tentatives amenèrent une telle sensibilité de la peau que la malade ne voulut plus qu'on fit de semblables essais, jusqu'au jour où, accusée de vouloir en imposer à quelques médecins de Londres, elle consentit à ce que la tache fût de nouveau lavée. Le lavage fit disparaître en grande partie la tache, mais bientôt après, une nouvelle exsudation se fit sur la peau et dans l'espace de cinq à six heures les paupières inférieures et supérieures et le front furent de nouveau couverts d'une tache d'un noir de jais.

Les topiques, loin de remédier au mal, ne firent qu'amener à deux reprises quelques plaques d'érysipèle sur la face, et ce ne fut que trois mois après, lorsque la santé générale était complétement rétablie, sous l'influence d'un traitement général, que la coloration anormale de la peau disparut. Je dois le complément de cette observation au docteur Read, qui a eu la bonté de me faire savoir, au mois de novembre dernier, qu'il n'y avait point eu de récidive chez cette malade.

On trouve encore un exemple bien décrit de cette maladie par M. Yonge; ce cas est rapporté dans les *Transactions philosophiques* pour l'année 1709. — L'observation fut recueillie sur une jeune fille, à Portsmouth. Elle avait 16 ans et n'avait jamais été réglée; au bout de six mois la tache commença à disparaître ou plutôt ne reparaissait point aussi franchement après avoir été enlevée par le lavage. Mais malheureusement là s'arrête l'observation et l'on ne sait point ce qui advint dans la suite.

Je suis redevable au docteur Quinan, médecin du dispensaire de Donnybrook, du cas suivant, qui, grâce à certaines circonstances spéciales, a pu être observé depuis le début du mal jusqu'à aujourd'hui, mars 1855.

Élisa D..., 21 ans, non mariée, couturière, d'un tempérament mou, de figure pâle et d'aspect leuco-phlegmatique, s'est toujours très bien portée jusqu'à l'âge de 19 ans, époque à laquelle il y eut complète cessation des règles. Jusque-là, la menstruation avait toujours été normale.

Bientôt après la cessation des règles, on vit apparaître une large tache érysipélateuse sur le côté droit du corps, tache qui disparaissait bientôt, mais pour revenir à chaque période menstruelle.

Depuis douze mois, la menstruation était supprimée, et chaque mois l'éruption érysipélateuse était accompagnée de malaise, de fièvre et de mal au cœur. Cela durait trois à quatre jours, puis la rougeur de la peau disparaissait. Depuis sept mois, il y avait de la toux, et cependant point de symptômes de bronchite. Un autre médecin que M. Quinan vit la malade, et lui conseilla quelques grains d'émétique pour combattre l'érysipèle, mais la jeune fille ne put continuer de prendre ce médicament tant il la rendait malade. Ce fut à partir de ce moment que commencèrent les maux de cœur qui revenaient chaque matin après le premier repas, et laissaient la malade tranquille pour le reste du jour.

La malade avait une toux fatigante, l'appétit faiblissait, et les forces qui, jusque là, n'avaient point manqué, commencèrent à s'en aller.

Dans le milieu du mois d'août dernier (1854), Élisa D... vint en Angleterre, pour essayer les effets d'un court voyage en mer et d'un changement d'air; mais elle se hâta de retourner chez elle, après avoir appris d'un médecin qu'elle était menacée de phthisie.

A cette époque, plus d'érysipèle, règles toujours absentes, un peu de sang dans les crachats après un accès de toux. Un mois après, septembre 1854, à la date des menstrues, rejet par la bouche d'une demi-pinte de matière rouge-brunâtre, et chaque matin, pendant quatre à cinq jours, une même quantité de semblable matière fut vomie. En octobre, à la date des règles, de nouveaux vomissemens noirs, et alors, pour la première fois, apparaît au grand angle de l'œil gauche une tache d'un noir bleuâtre, de teinte sombre.

« Lorsque je vis cette tache pour la première fois, m'écrit le docteur Quinan, je pensai qu'elle avait pu être produite par l'effort du » vomissement; mais, le lendemain matin, j'aperçus une large tache » noire sous chaque œil. Les conjonctives ne présentaient point d'altération, point de congestion ni d'œdème conjonctival. Il devint dès » lors évident pour moi que les taches que j'observais ne pouvaient pas » être le résultat de la rupture des vaisseaux capillaires de la région » sous l'influence des efforts du vomissement.

» Depuis cette époque, les taches ont persisté sous les deux yeux; » elles ont augmenté un peu d'étendue, et elles deviennent d'un noir » plus foncé à chaque époque menstruelle.

» La peau, en ces régions, est très sensible au toucher, au point » que la malade ne veut permettre l'application d'aucun topique. Je » crois que cette sensibilité est due en grande partie aux essais inutiles » que nous avons faits pour enlever ces taches par le lavage à l'eau de » savon.

» Les vomissemens continuent chaque matin; la toux est excessivement fatigante, et l'appétit et les forces vont en diminuant. »

Le traitement employé par le docteur Quinan consistait à soutenir les forces par un régime nourrissant : administration de toniques et de stimulans. On recommande l'exercice au grand air.

Au mois de décembre 1854, je vis la malade pour la première fois avec le docteur Quinan. Le corps de cette jeune fille était d'une maigreur extrême. La face seule avait conservé quelque embonpoint. La jeune fille était hystérique, nerveuse et très excitable.

Les taches noires s'étendaient, elles couvraient maintenant presque toute la paupière supérieure de l'œil droit et en partie celle de l'œil gauche. Les paupières inférieures étaient complétement noires, et, du côté droit, la tache gagnait la peau de la joue. La couleur de ces taches ressemblait exactement à celle qui aurait été produite par l'encre de Chine, et donnait de la vivacité au regard.

En examinant ces taches avec une forte lentille, il fut évident pour moi qu'elles n'étaient point également foncées partout, mais que la peau présentait un pointillé noirâtre qui correspondait aux orifices des follicules sébacés. On sait qu'en cet endroit de la face les follicules sébacés sont extrêmement nombreux et très rapprochés les uns des autres. Je ne tentai point de laver ces taches ; la femme, au reste, n'aurait point consenti à cet essai, tant elle redoutait le moindre frottement en cet endroit du visage. — Page 297 du XIXe volume de *Dublin quaterly journal*, se trouve une très belle planche coloriée qui rend parfaitement compte de l'aspect de cette maladie de la peau.

Le docteur Law a eu l'occasion d'observer, il y a à peu près douze ans, un cas analogue à celui qui précède. Une dame avait été soignée par deux médecins homœopathes pour une affection de matrice; puis, les accidens du côté de la matrice ayant disparu, on vit apparaître autour des deux yeux de cette dame un cercle noir. L'un des médecins, pour des raisons que nous n'avons pas à examiner ici, et que le docteur Neligan, toutefois, relate dans son mémoire (*loco citato*, p. 298), crut que la jeune femme se peignait les yeux. Ce fut en vain que le docteur Law et que sir Henry Marsh essayèrent de prouver au médecin homœopathe qu'il était dans l'erreur. La malade avait eu le malheur de vouloir se traiter par le sel d'Epsom et le séné, c'en était assez pour qu'on ne voulût point entendre raison.

Quoi qu'il en soit, il y avait chez la malade du professeur Law une grande irritabilité de l'estomac, perversion de l'appétit et absence de menstruation. Il y avait eu des vomissemens noirs. Le docteur Law se demande si la tache noire autour des yeux n'était point due à une extravasation de sang dans le tissu cellulaire des paupières, et si ce n'était point là un exemple de ces étranges erreurs de lieu de la circulation chez les femmes, où la menstruation devient insuffisante et irrégulière. Les vomissemens de matière noire n'étaient-ils pas, chez cette malade, des hémorrhagies succédanées ou supplémentaires des menstrues supprimées? Le docteur Law propose de donner le nom de *blepharo-melœna* à cette curieuse affection de la peau.

Voici maintenant l'analyse du docteur Neligan sur la nature et le siége anatomique de cette maladie cutanée :

Si nous analysons, dit-il, les observations ci-dessus rapportées, on est tout d'abord frappé de voir que la coloration noire des paupières est, chez chaque malade, accompagnée de symptômes généraux qui témoignent d'un dérangement de la santé.

Tous ces cas appartiennent à de jeunes filles chez lesquelles il y aurait eu suppression partielle ou totale de la menstruation. Dans les trois observations qui ont été suivies et recueillies avec le plus grand soin, nous voyons qu'il y avait des vomissemens noirs, qui, très probablement, étaient une conséquence de l'arrêt du flux cataménial, et cette interprétation est fondée dans le cas du docteur Quinan, de même que dans celui du docteur Read, où la tache noire s'effaça pour ne plus reparaître, dès que les menstrues furent régulièrement rétablies.

On doit donc, en général, regarder l'affection que nous décrivons ici comme une des nombreuses manifestations du dérangement de la santé chez la femme. Quant au siége précis de l'affection locale, il est évidemment montré par les deux premiers cas relatés dans ce mémoire, que les taches étaient à la surface de la peau, puisqu'on pouvait les faire disparaître par le lavage. Il n'est donc pas probable que le siége de cette affection soit jamais dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme le pense le docteur Law.

De plus, les observations que j'ai faites avec le plus grand soin et le secours d'une forte lentille, m'ont prouvé que, dans le cas de M. Quinan, la tache noire était bien superficielle. Il n'est donc pas nécessaire d'avoir recours à la dénomination du professeur Law (*blepharo-melœna*) pour désigner cette affection, qui doit prendre place dans la classe des affections des glandes sébacées, et être rangée dans la sous-classe qui a été décrite par les dermatologistes sous le nom de *stearrhœa*; aussi doit-on conserver à l'affection que nous venons de décrire le nom de *stearrhœa nigricans*, qui lui a été déjà donné par Erasmus Wilson, et que nous avons accepté dans notre *Traité des maladies de la peau*.

M. Néligan pense que chez les femmes dont la menstruation est irrégulière, il se fait quelquefois une hypersécrétion du côté des glandes sébacées, et que, parfois, la matière noire du sang peut être rejetée par les orifices des follicules cutanés, de même que l'on observe des vomissemens noirâtres, des crachats de sang, des urines sanguinolentes et des ecchymoses sous-cutanées chez les femmes dont les fonctions ovaro-utérines sont troublées. De ces considérations, il ressort nettement qu'il ne saurait y avoir de traitement local raisonnable à opposer à cette affection de la peau, qui nous paraît être sous la dépendance d'un trouble général; c'est donc en essayant de rétablir les menstrues par un traitement général, les toniques, les stimulans, les emménagogues, qu'on aura quelque chance de guérir les malades.

A la fin de son mémoire, l'auteur ajoute la note suivante :

Pendant que mon travail était sous presse (avril 1855), j'ai eu occasion de revoir et d'examiner avec soin la malade du docteur Quinan. — La santé générale de cette malade était alors bien compromise, quoique les vomissemens de matière noire eussent presque entièrement cessé et que la toux fût devenue moins fatigante.

La tache noire s'est étendue, maintenant les deux joues sont prises jusque au-dessous des os malaires, ainsi que les ailes du nez. La teinte noire est plus foncée.

Sur le front et autour des taches noires des joues on observe une exsudation de matière jaune fournie par les glandes sébacées, exsudation qui présente le même aspect que celle que l'on observe dans l'affection dite *stearrhœa flavescens*.

Partout où sur notre malade on a enlevé, en frottant, la matière sébacée, on pouvait remarquer des follicules sébacés hypertrophiés à orifices élargis, et, de plus, au niveau des taches noires, ces follicules étaient remplis de matière noire.

On ne pouvait, certes, pas rencontrer un exemple qui favorisât mieux l'idée que nous nous faisions de la nature de la maladie; aussi, croyons-nous qu'on ne doive plus que jamais désigner cette affection cutanée sous le nom de *stearrhœa*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Juillet 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Une lettre de M. le ministre des travaux publics invitant l'Académie à désigner les membres qui désirent assister aux séances du *Congrès international de statistique*, qui doit se réunir à Paris le 10 septembre prochain.

— Un rapport de M. le docteur GAUDET, médecin inspecteur des bains de mer de Dieppe, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

— Deux rapports de M. le docteur GOYRAND, sur le service médical des eaux d'Aix (Bouches-du-Rhône), pendant les années 1852 et 1853. (Commission des eaux minérales.)

— Un rapport sur une épidémie de variole qui vient de régner dans les communes de Plobsheim, Fegersheim, Lipsheim (Bas-Rhin), par le docteur BROUILLET.

— Une série d'états de vaccinations. (Commission de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire de M. le docteur DE LARUE, de Bergerac, sur une *nouvelle méthode de traitement des hernies étranglées*. (M. Malgaigne, rapporteur.)

— Une observation de *fracture composée de la jambe, traitée par un bandage plâtré bivalve*, par M. le docteur MATHYSEN. (Com. MM. Gerdy, Robert, Malgaigne.)

— Un mémoire *sur le choléra et d'autres affections ayant quelques rapports avec cette maladie*, par M. le docteur LECLERC, de Caen. (Comm. du choléra 1854.)

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Bédor, membre correspondant, est présent à la séance.

— M. CARATHÉODORI, professeur de clinique chirurgicale à Constantinople, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Observations de deux cas de taille par le procédé bilatéral de Dupuytren, modifié en raison de circonstances exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau.* Ce procédé modifié, mis en usage deux fois par l'auteur, en 1849 et en 1855, consiste dans l'incision verticale de la prostate et de la partie inférieure de la paroi rectale; elle a été nécessitée par le volume énorme des pierres et leurs adhérences avec la vessie.

— M. MORRIS présente deux individus considérés comme appartenant à la race des *Aztèques*. Aidé d'un interprète, il donne sur eux les renseignemens suivans : ils sont entre ses mains depuis cinq ans; depuis cette époque, la petite fille a grandi d'un pouce et demi, et augmenté en poids de quatre livres et demi ; le petit garçon n'a pas grandi d'une ligne. La personne des mains de qui M. Morris les a reçus, dit les avoir rencontrés dans l'isthme de Panama, non loin de Guatemala, au milieu d'une population de quatre à cinq cents individus semblables à eux. Plusieurs sujets conformés de la même façon se trouvent actuellement à New-York. Il paraît que, dans leurs pays, les deux personnages présentés à l'Académie étaient adorés comme des divinités.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Morris au nom de l'Académie.

M. BAILLARGER : J'ai rencontré dans les Pyrénées et dans les Alpes un certain nombre de crétins qui offrent la prolongation, au delà des limites ordinaires, de tous les caractères propres à l'enfance. Ces types m'ont paru si remarquables que j'ai rapporté un assez grand nombre de portraits faits au daguerréotype et reproduisant ces enfans entièrement nus.

Dans tous ces faits, je me suis surtout attaché à noter l'état de la dentition et des organes génitaux, et toujours aussi j'ai constaté la taille et le poids du corps. J'ai recueilli ainsi des observations de jeunes gens et de jeunes filles qui, arrivés à 20 ans, n'en paraissaient avoir que 6 ou 8. Ces sujets, arrêtés dans leur développement, ont non seulement la conformation et les caractères physiques des très jeunes enfans, mais ils en ont aussi les goûts et les habitudes.

Les sujets dont je présente les types à l'Académie diffèrent évidemment par des points importans des Aztèques, mais ils ont aussi avec eux des caractères communs.

Ces caractères sont le retard de la dentition et du développement des organes génitaux, la persistance des formes enfantines.

Les différences portent surtout sur la conformation de la tête. Les Aztèques sont, avant tout, des microcéphales, et assurément des plus remarquables qu'on ait eu à examiner.

La microcéphalie, au contraire, est rare chez les crétins des vallées. Ces derniers n'ont pas non plus la mobilité si singulière qu'on observe chez les Aztèques. Mais je m'empresse de dire que, par ces deux caractères, s'ils s'éloignent des crétins, ils se rapprochent ou plutôt se confondent avec les idiots. Leur tête offre la dépression sus-orbitaire

signalée par M. Cerise, et l'offre à un degré extrêmement prononcé, de sorte que le front ne forme réellement qu'un angle au milieu de ces deux dépressions profondes. L'occipital, surtout chez le jeune garçon, est très aplati, et la partie antérieure du crâne est proportionnellement beaucoup plus développée que la partie postérieure. Quant à cette mobilité incessante, elle est, tout le monde le sait, un caractère assez fréquent de l'idiotie.

L'opinion que les Aztèques appartiendraient à une race particulière, ne saurait être discutée; mais ils sont très probablement nés au milieu d'une population dégénérée, et ils sont eux-mêmes les types des derniers degrés de cette dégénérescence. Je dis que ce sont là les degrés extrêmes, puisque l'homme cesse alors de se reproduire.

Il y a une opinion que je ne saurais admettre. C'est celle qui tendrait à attribuer ici la conformation de la tête à une déformation artificielle. On comprend un aplatissement de tout le front par des moyens mécaniques, mais non cette dépression sus-orbitaire si remarquable et qui constitue, d'ailleurs, une déformation qu'on rencontre très souvent chez les crétins et les idiots.

Les Aztèques ont encore de commun avec les idiots, et avec les crétins une démarche saccadée et comme choréique.

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître non seulement que ces enfans offrent des types extrêmement remarquables, mais encore qu'il y a chez eux quelque chose d'étrange qui leur assigne une place à part, bien que l'appréciation générale de leur état ne puisse, à mon avis, soulever aucun doute.

M. Moreau partage la manière de voir de M. Baillarger. Il est curieux de retrouver dans deux points opposés du globe, dans nos pays et dans l'Amérique, cette vénération pour les idiots et les crétins. Si, dans les Alpes, aux Pyrénées on ne les considère pas comme des divinités, au moins le peuple a la croyance que la présence d'un crétin dans une famille est une bénédiction du ciel, et, en quelque sorte, une personnification de la providence.

M. Ferrus : Je remercie, pour mon compte, notre honorable confrère, M. Baillarger, de l'intéressante communication qu'il vient de faire, à l'occasion des deux Aztèques présentés à l'Académie sous le patronage de M. Larrey.

Ces cas sont curieux; ils appellent votre attention, et ne peuvent manquer de soulever une discussion importante. Je regrette d'avoir à la commencer hâtivement aujourd'hui, la question devant être examinée par une commission spéciale ; mais les observations que suscite la communication de M. Baillarger ne me semblent pas admettre d'ajournement.

M. Baillarger pense avec raison que ces chétives créatures ne sauraient appartenir à la succession d'une race, à une espèce particulière. Frappé des arrêts de développement qu'elles présentent, il les classe formellement dans la catégorie des idiots.

Jusque-là nous tombons d'accord, en tant, toutefois, que le mot *idiotie* n'ait d'autre acception que l'absence plus ou moins radicale, plus ou moins complète des facultés de l'entendement. Mais, à mon avis, ces deux désignations : arrêt de développement et idiotisme, sont beaucoup trop générales, beaucoup trop indéterminées. En présence de l'observation qui nous est soumise, on en peut aisément reconnaître les inconvéniens. Les arrêts de développement qu'a signalés M. Baillarger portent particulièrement sur la dentition et l'évolution des organes générateurs. Il serait facile d'en citer encore d'autres du même ordre, c'est-à-dire rentrant dans la classe des arrêts de développement consécutifs ou secondaires; car ils peuvent être la suite de vices de conformation ou d'altérations pathologiques du cerveau, fort différentes les unes des autres.

On les retrouve, en effet, dans les cas de microcéphalie qui s'offrent à l'observation ; j'en pourrais mentionner plusieurs, mais non aussi complets que ceux des Aztèques ici présens. Évidemment, chez ces deux individus, l'idiotie, de même que l'arrêt de développement des organes génitaux et de la dentition, est la conséquence de l'arrêt de développement primitif de la masse encéphalique, et c'est essentiellement sur cette condition et sur les conséquences qu'elle entraîne, que doit porter l'observation.

Chez les idiots de nos établissemens et ceux qui se rencontrent si fréquemment dans le monde, les arrêts consécutifs sont le produit de maladies fœtales, d'affections de l'enfance, d'altérations ou de destructions partielles du cerveau. En d'autres circonstances, et lorsque le développement cérébral a pu s'accomplir, ils proviennent d'une cause capable d'enrayer les mouvemens de l'innervation, l'activité qu'elle imprime aux autres organes de l'économie et l'influence qu'elle exerce sur leur développement.

Ces dernières conditions constituent, suivant moi, le *crétinisme;* nous nous en sommes expliqués à diverses reprises avec M. Baillarger, et, dans une dernière discussion, il m'avait semblé que nos opinions étaient devenues bien voisines.

Je viens de parler de crétinisme et de rappeler la nécessité de le séparer de l'idiotie proprement dite. Or, le crétinisme est encore plus éloigné que l'idiotisme de l'état des Aztèques soumis à votre examen. Et mon très honorable confrère s'est, ce me semble, quelque peu abandonné au désir de reproduire l'opinion qu'il avait anciennement émise; car, je le dis sincèrement et avec le regret de ne pouvoir partager sa manière de voir, aucune des épreuves daguerréotypées qu'il vient de faire passer sous vos yeux et que j'avais eu déjà l'occasion d'examiner, ne ressemble aux Aztèques quant à la forme cérébrale. Ici, en effet, la microcéphalie est poussée à son dernier terme; elle va presque jusqu'à l'anencéphalie, et pourtant, circonstance très notable, elle diffère essentiellement de cette dernière forme, en ce que la partie antérieure de la masse cérébrale, réduite à ses plus rudimentaires élémens, n'est point portée en arrière, phénomène habituel, et que les soudures crâniennes m'ont paru, dans un examen, il est vrai, bien rapide, complètement ossifiées.

Je pense donc à cet égard, d'accord avec M. Baillarger, que nous sommes en présence de cas d'idiotie résultant d'un arrêt de développement primitif du cerveau ; j'irai jusqu'à dire d'un arrêt de procréation cérébrale, et je ne considère l'arrêt des autres parties de l'économie que comme secondaire et consécutif à cette première déviation organique.

Cette question, je le répète, est intéressante ; elle réclame de votre commission des investigations sévères, car elle peut jeter d'utiles clartés sur divers points d'anatomie, de physiologie et de pathologie. Du reste, il ne saurait exister, à mon avis, ni races, ni espèces de ce genre, à supposer même qu'elles se soient éteintes progressivement. Comment eussent vécu dans leur isolement les individus qui les composent? Comment se seraient-ils perpétués? Si de tels êtres ont été adorés dans l'Inde, on ne saurait s'en montrer surpris : les idiots et les crétins, selon les lieux et les civilisations, ont inspiré le même fétichisme (fétichisme heureusement détruit), et ils ont été confondus à cet égard, dans leur dégradation, avec tant d'autres animaux auxquels l'ignorance rendait des cultes superstitieux.

(La commission académique, chargée d'examiner les Aztèques, se compose de MM. Duméril, Gerdy, Oudet, Baillarger, Ferrus.)

— M. Maisonneuve présente un jeune enfant venu au monde avec une imperforation de l'anus. Après avoir inutilement tenté de découvrir le cul-de-sac du rectum, M. Maisonneuve a eu recours à la méthode de M. Amussat : il fit une incision de la région lombaire gauche, il écarta les deux feuillets du péritoine, saisit le colon descendant, l'ouvrit, fixa les deux lèvres de la plaie intestinale à celles de l'incision extérieure et établit de cette façon un anus contre nature qui livre un passage facile au méconium. L'enfant, actuellement âgé de 16 jours, se porte on ne peut mieux.

VARIÉTÉS.

MUSÉES POPULAIRES D'ANATOMIE EN ANGLETERRE.

Le système d'enseignement au moyen de cours populaires, sur diverses branches des connaissances humaines, se répand de plus en plus en Europe. Ainsi, les sciences ayant une intime relation avec l'industrie, le commerce, les beaux-arts, l'agriculture, etc., deviennent familières au mécanicien, au fabricant, à l'artiste et à l'agriculteur ; d'où naît une pratique fondée sur des principes certains, sur des lois immuables, et disparaît la routine et l'empirisme stériles.

Les avantages, la nécessité, les résultats pratiques de ce système d'instruction publique sont assez connus. L'homme du peuple, qui ne peut fréquenter les lycées ni les universités, peut ainsi s'instruire facilement, acquérir des connaissances proportionnées à son intelligence, et en harmonie avec sa position sociale.

Pendant longtemps, l'histoire naturelle fut cultivée exclusivement par ceux qui en faisaient l'objet unique de leurs études ; aujourd'hui qu'elle est indispensable à plusieurs professions, elle se propage, au moyen de cours publics, dans les différentes classes de la société. La science qui s'occupe de la structure des corps organiques, et surtout du corps humain, n'est plus même étudiée exclusivement par les médecins, elle se vulgarise aussi au moyen de leçons, de démonstrations publiques dans des musées spéciaux. Il existe actuellement en Angleterre trois établissemens de ce genre que le docteur Lima, de Lisbonne, a visités récemment, et que nous allons faire connaître d'après lui.

Ces trois musées sont des propriétés particulières; ils sont quotidiennement ouverts au public. On y fait, à différentes heures du jour et de la nuit, des leçons en langage clair et précis, à la portée de toutes les intelligences. Ces leçons, insuffisantes pour ceux qui se destinent à la profession médicale, sont très instructives pour le public en général auquel elles sont spécialement destinées.

Le beau sexe est admis à ces cours; mais il ne peut visiter ces établissemens qu'à des jours et heures fixes et réservés exclusivement à cet effet. Une dame s'y trouve pour recevoir les visiteuses, leur montrer le musée et leur faire une démonstration qui roule ordinairement sur l'anatomie et la physiologie.

Le nombre des visiteurs nationaux et étrangers de toutes les classes est considérable. Les étudians et les médecins y trouvent un moyen commode d'étudier ou se rappeler les points les plus importans de l'organisation humaine. L'anatomie normale, l'anatomie pathologique, la médecine opératoire, l'embryologie et l'obstétrique y sont représentées par un grand nombre de préparations naturelles et artificielles. Dans un petit cabinet anatomique appelé *Paris anatomical Gallery*, à Liverpool, nous assistâmes en juin dernier, dit le docteur Lima, à quelques leçons d'anatomie descriptive et de physiologie, faites à un auditoire composé en majorité de personnes se destinant à l'art de guérir.

Deux beaux modèles en cire, de grandeur naturelle, un d'homme, un de femme et se décomposant en un grand nombre de pièces, servent aux démonstrations et facilitent l'étude des différens appareils et organes. Sous le verre qui recouvre le modèle du sexe féminin, on lit en grands caractères : *For the pure, allis pure*, comme pour recommander la circonspection et la décence au public qui pourrait être disposé à ne pas conserver son caractère sérieux à la vue de ces objets.

D'autres pièces naturelles servent à l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de l'anatomie pathologique.

Outre cela, la galerie compte plusieurs autres modèles en cire, de dimension naturelle, reproduisant les lésions multiformes produites par le virus syphilitique, comme à notre musée Dupuytren. Ce cachet lugubre des sévices du mal vénérien ne laisse pas que d'impressionner vivement le public; mais cette exposition publique peut-elle influer sur cette lèpre de la société, la prostitution, origine féconde de la propagation de la syphilis? Est-il facile de persuader au public, comme le pensent les propriétaires des musées anglais, que les ravages du mal vénérien sont la peine, le châtiment du libertinage? Cela n'est pas probable; néanmoins, il peut y avoir utilité, moralement parlant, à vulgariser, s'il est possible, l'exhibition d'un groupe de maladies, de lésions, de difformités qu'on peut éviter.

Docteur Kahn's anatomical museum, et *Reimer's anatomical and ethnological museum*, sont deux établissemens du même genre, mais plus vastes, existant à Londres.

Le docteur Kahn, après avoir montré sa collection dans plusieurs villes du continent, ouvrit son musée anatomique dans cette capitale. Il contient actuellement plus de 700 pièces. Cet habile anatomiste exécute des copies de ses préparations, et prend des modèles de celles qui lui sont présentées.

Parmi les préparations naturelles, 42 sont relatives à l'embryologie et marquent les diverses périodes du développement du fœtus humain. La plus remarquable des pièces tératologiques, est celle de deux corps sous une seule tête. Une autre série de pièces sèches montre le développement progressif du système osseux et ses vices de conformation les plus communs. Quelques pièces d'anatomie pathologique de produits morbides figurent aussi dans la classe des préparations naturelles, ainsi que deux ténias, dont l'un a 40 mètres, l'autre 60.

Les pièces artificielles sont les plus nombreuses. Les modèles, par leur exactitude anatomique et comme ouvrages d'art attirent de grands éloges à leur auteur. Les plus remarquables, par leur beauté, représentent l'Apollon du Belvédère et la Vénus de Médicis.

La myologie, la névrologie et l'angéiologie comprennent quinze beaux modèles; l'anatomie comparée du cerveau vingt-neuf; l'ophthalmologie dix-neuf; l'anatomie des régions et de divers appareils vingt-trois; l'anatomie pathologique et diverses opérations dix-sept.

Parmi les plus curieux modèles, il y a un chinois du nom de Kin dont l'abdomen contenait la tête d'un fœtus, et un petit garçon appelé Bissieux, mort à Rouen, dans l'estomac duquel le docteur Blanche rencontra, adhérant aux parois de cet organe, une monstruosité également semblable à un fœtus.

Deux pièces du musée Dupuytren y sont reproduites : c'est le buste de M. Duval, avec un goître ayant 60 pouces de circonférence et pesant 22 livres, et le modèle de Mme Dimanche, qui, à 24 ans, présentait des exostoses en différentes parties du corps, la plus considérable au côté droit de la face et notamment une excroissance cornée sur la tête, qui, à 80 ans, avait 10 pouces de longueur et dont Souberbielle délivra cette dame par une opération à laquelle elle survécut sept ans.

Les âges de l'espèce humaine sont représentés par six modèles depuis la naissance jusqu'à 80 ans. Les changemens imprimés par l'âge étant plus sensibles chez la femme, l'artiste a choisi ce modèle pour les représenter.

Les quatre tempéramens sont modelés dans quatre belles figures avec tous les caractères décrits par les auteurs.

Les variétés de l'espèce humaine, dans ses caractères généraux et ses modifications particulières à quelques nations, sont parfaitement copiées en vingt-six figures. Le prototype de la race caucasique est un buste du duc de Wellington. A côté sont Walter Scott, Shakespeare, James Watt, Milton, Newton, etc.

L'embryologie microscopique comprend soixante-quatre figures. Cette importante collection est peut-être unique dans son genre. Toutes les pièces sont augmentées d'un grand nombre de diamètres et montrent avec clarté la structure intime des organes de la génération, l'anatomie fine de l'embryon et du fœtus.

Le développement de la face et des organes génitaux est représenté par vingt quatre modèles; deux cent soixante-cinq figures empruntées aux travaux microcopiques du professeur Erdl, montrent celui de l'embryon humain et la génération des oiseaux.

Suivent quelques préparations des cinq sens au-dessus du naturel, puis celles relatives à l'obstétrique. L'opération césarienne est bien modelée et mérite des éloges. L'influence du climat et des mauvaises habitudes sur les organes génitaux offrent aussi des modèles curieux. Enfin 46 figures représentent les formes de la syphilis sur les deux sexes.

Ce musée est ouvert pour les hommes tous les jours, excepté les jeudis et samedis, réservés aux dames. Il y a ordinairement quatre leçons par jour. L'établissement date de 1851, c'est-à-dire depuis l'exposition universelle. Le docteur Kahn ne cesse pas de l'enrichir.

Le cabinet anatomique de M. Reimer compte environ 400 préparations, dont la plupart sont les mêmes que les précédentes. Les pièces naturelles sont ici plus nombreuses, mais sans ordre. On voit disposés avec promiscuité les pièces d'embryologie, les organes génito-urinaires, les calculs biliaires et vésicaux, les entozoaires, etc. Entre les préparations naturelles sèches, on remarque de bonnes injections des artères et des veines, l'anatomie de diverses régions, une série de pièces d'anatomie pathologique, comme fractures, fausses articulations, carie, ankyloses, etc. Les vices de conformation du bassin forment une série de plus de 20 pièces naturelles.

Parmi les préparations artificielles, on remarque la figure d'une jeune Allemande, morte dans un bal. Un bassin de femme avec des organes sexuels doubles. Cette femme était de Munich, et mourut au cinquième mois de grossesse, et le *post-mortem* constata deux vagins et deux utérus. D'un côté, cette femme était physiquement vierge, tandis que l'utérus du côté opposé contenait un fœtus.

Deux hermaphrodistes observés à Brunswk et à Dresde, et un éléphantiasis des grandes lèvres produit, dit-on, par l'onanisme.

Deux Lilliputiens, un du sexe masculin, de 17 ans, l'autre, du sexe féminin, de 11 ans, dont les modèles furent copiés sur les sujets mêmes montrés à Londres.

Les préparations obstétricales et les modèles de maladies vénériennes terminent la collection de Reimer.

Cette notice succincte suffit pour nous donner une idée de ce que sont ces trois établissemens, et de l'utilité qu'ils peuvent offrir pour vulgariser la science et répandre les notions les plus générales de la structure du corps humain. Pour les médecins qui visitent Liverpool et Londres, une visite à ces cabinets est de rigueur; les quelques heures au moins qu'ils leur seront consacrées seront bien employées.

Il existe à Londres d'autres musées plus complets, mais destinés exclusivement à la profession. Les deux principaux sont celui de l'hôpital de Guy et celui du Collége des chirurgiens. Le premier est une des meilleures collections anatomo-pathologiques connues, il contient une série de modèles de maladies cutanées, en cire, ouvrage de M. Towne, considérée comme la plus parfaite d'Europe. Le second fut constitué primitivement par la collection particulière du célèbre anatomiste, physiologiste et chirurgien Hunter, qui se composait d'environ dix mille préparations; noble et précieux legs qu'il offrit, par son testament, au gouvernement. Ce musée, considéré comme le meilleur dans son genre, compte actuellement plus de 23,000 pièces. Les médecins anglais de la marine, de l'armée, des hôpitaux civils, ceux qui font partie d'expéditions scientifiques dans les contrées lointaines, regardent comme un devoir d'augmenter la richesse de ce vaste établissement, et contribuer ainsi aux progrès de la science.

Dr P. Garnier.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Maltreste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 89. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 28 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 27 JUILLET 1855.

LE BANQUET DE L'*UNION MÉDICALE*.

Avoir à rendre compte de notre fête du 24 juillet est certainement pour nous une tâche agréable et douce, et cependant nous eussions désiré qu'elle incombât à tout autre; que le récit en fût fait par un de nos nombreux convives, qui n'ont eu d'autre rôle à remplir que celui de faire honneur au repas préparé par Véfour, et d'entendre les orateurs qui ont pris la parole. Ce sont les impressions d'un homme moins exposé que nous au soupçon de partialité que nous voudrions lire; c'est la signification qu'il donnerait à cette grande et belle réunion que nous voudrions connaître.

Avons-nous réussi dans nos intentions et dans nos espérances? Avons-nous suffisamment effacé, sous un caractère général et professionnel, le but primitif de ces réunions annuelles, qui était la commémoration de la fondation de notre journal? Les paroles que nous y faisons entendre, nos amis et nous, s'adressent-elles à des sentimens élevés, honorables, dégagés de tout intérêt particulier et n'ont-elles d'autre signification que notre belle science et ses progrès, les bienfaits de notre art, les grandes actions professionnelles?

C'est au moins notre vœu le plus sincère; nous aimons à penser que tous nos convives ont emporté cette impression de cette fête confraternelle, et qu'elle sera partagée par les lecteurs, auxquels nous en devons le récit.

Ce qui nous rassure encore contre toute fausse interprétation, c'est que nos fêtes annuelles deviennent tous les ans plus éclatantes par le nombre de ceux qui veulent y participer. Cette année, par exemple, malgré les désavantages d'une saison peu propice aux délectations culinaires (il n'y a en ce moment ni truffes ni gibier), malgré la chaleur, malgré l'élévation du prix de toutes choses qui nous a forcés, bien à regret, d'élever aussi le prix de la souscription, jamais cette réunion n'avait été aussi nombreuse, et jamais aussi, nous le disons avec bonheur, cette fête n'avait été aussi gaie, aussi animée, aussi franchement confraternelle. Nous avions espéré que l'Exposition et ses merveilles attireraient à Paris un certain nombre de médecins étrangers et des départemens, que nous aurions été heureux de recevoir à notre table amie. Notre espoir s'est largement réalisé; nos confrères de l'étranger et des départemens étaient en nombre à cette fête. Pour eux aussi avaient été réservées les invitations que nous étions heureux d'adresser les années précédentes à quelques illustres représentans de nos institutions médicales, soit dans les Académies, soit dans les corps enseignans. Notre hospitalité s'est donc presque exclusivement exercée cette année envers nos confrères des départemens et de l'étranger. M. Carathéodory, de Constantinople, et M. Bedor, de Troyes, ont éloquemment répondu aux toasts qui leur ont été portés.

Dans les honneurs que nous cherchons à rendre à toutes nos gloires médicales et à toutes nos institutions, nous ne pouvions oublier la médecine militaire qui accomplit en ce moment une œuvre si grande, si généreuse et si utile. On va voir de quelle façon brillante, spirituelle et chaleureuse M. Alquié a répondu au toast qui lui a été porté.

L'heureuse présence à Paris de M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire et professeur à l'École impériale de médecine à Constantinople, a été pour notre société une occasion naturelle de témoigner toute notre estime et notre sympathie à l'institution si utile des médecins sanitaires en Orient, et que nous avons été heureux de pouvoir honorer en la personne de M. Fauvel. Ce médecin, aussi savant que modeste, a répondu au toast qui lui a été porté de manière à augmenter encore l'estime pour l'institution qu'il représentait et pour ses dignes ministres.

Nous ne pouvions non plus oublier l'Association de prévoyance et nos vœux de généralisation de cette magnifique institution qui adoucit tant de souffrances, console tant de douleurs. Son digne secrétaire général, M. Cabanellas, a noblement répondu aux hommages que nous avons voulu rendre à l'Association.

En honorant le passé et le présent de la science et de la profession dans quelques-unes de leurs plus éminentes personnifications, nous remplissons un devoir pieux de reconnaissance et de respect. Mais l'avenir a droit aussi à nos hommages et à nos encouragemens, et c'est la pensée qui nous a dirigés en priant un élève interne de nos hôpitaux d'agréer une invitation à notre fête. Faire un choix parmi tous ces jeunes gens distingués nous eût semblé bien difficile, si ce choix ne nous eût été naturellement désigné par le nom du jeune interne nommé le premier à la dernière promotion du concours. Honorer le courage et le travail dans l'institution glorieuse de l'internat et dans la personne d'un de ses plus méritans représentans, telle a été notre intention. M. Péter a répondu au toast qui lui a été porté avec une émotion profonde qui lui a valu les plus sympathiques acclamations de l'assistance.

Nous avons voulu donner un témoignage de la gratitude du corps médical à l'éloquent défenseur de notre liberté professionnelle, à Me Béchard, qui, récemment et dans une affaire dont nos lecteurs connaissent tous les incidens, a fait triompher devant la Cour de cassation les principes qui doivent être notre sauvegarde. Me Béchard a honoré notre fête de sa présence et nous nous féliciterons longtemps d'avoir provoqué son éloquente et significative réponse au toast qui lui était porté.

Mais voilà que s'ouvrent les portes de la magnifique salle du banquet. Pendant que nos convives s'arrêtent à leur place, essayons de faire le dénombrement de cette belle et imposante assemblée.

Sauf erreur ou omission, se sont assis à cette table confraternelle :

MM.

ALQUIÉ, directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, inspecteur général du service de santé de l'armée; AMUSSAT fils, d.-m.; ANDREA RANZI, médecin de S. H. le vice-roi d'Égypte, professeur de clinique chirurgicale à l'École de perfectionnement de médecine de Florence; ARAN, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; ARCHAMBAULT, d.-m.; ARNAL, médecin par quartier de l'Empereur; AUBER (Ed.), d.-m.

BABUT, d.-m., à Clermont-Ferrand; BAILLARGER, membre de l'Académie de médecine; BARRET, d.-m.; BÉCHARD, avocat à la Cour de cassation; BÉCOURT, d.-m.; BÉDOR, ex-chirurgien en chef des armées, à Troyes; BELHOMME, d.-m.; l'abbé BERNARD DE CHARPIEUX; BEYRAN, ex-médecin en chef des hôpitaux de Constantinople; BISSON, médecin en chef du chemin de fer de Bordeaux; BLACHE, membre de l'Académie de médecine; BLATIN, d.-m.; BOINET, membre de la Société de chirurgie; BOSSION, d.-m.; BOUCHER DE LA VILLE-JOSSY, médecin du Bureau central des hôpitaux; BOUCHOR, d.-m.; BOURGUIGNON, d.-m.; BOUVIER, membre de l'Académie de médecine; BOYER (Lucien), d.-m.; BRIERRE DE BOISMONT, d.-m.

CABANELLAS, secrétaire général de l'Association de prévoyance; CALVO, d.-m.; CARATHÉODORY, médecin de S. M. I. le Sultan, professeur de clinique chirurgicale à l'École impériale de médecine de Constantinople; CAZEAUX, membre de l'Académie de médecine; CERISE, d.-m.; CHARRIÈRE père; CHARRIÈRE fils; CLAIRIN, d.-m.; CLERC, d.-m.; COMPÉRAT, d.-m.; CONTOUR, d.-m.

DAREMBERG, d.-m., bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine; DESMARRES, d.-m.; DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux; DORVAULT, pharmacien; DUCHENNE DE BOULOGNE, d.-m.

ECOT, d.-m., à Feneu.

FAUCONNEAU-DUFRESNE, d.-m.; FAUVEL, médecin sanitaire et professeur à l'École impériale de médecine à Constantinople; FELDMANN, d.-m.; FORGET (Amédée), membre de la Société de chirurgie; FOUGEIROL, d.-m.

GALLARD, d.-m.; GERMER-BAILLIÈRE; GOBLEY, pharmacien; GUERSANT, chirurgien des hôpitaux; GUYOT (Jules), d.-m., à Sillery.

HÉRARD, médecin des hôpitaux; HERPIN, de Genève, d.-m.; baron HEURTELOUP, d.-m.; HOMOLLE, d.-m.; HURTEAUX, d.-m.

JOBERT (de Lamballe), président de l'Académie de médecine; JOSAT, d.-m.; JUNOD, d.-m.

LANGLEBERT, d.-m.; LATOUR (Amédée), d.-m.; LEROY-D'ÉTIOLLES, d.-m.; LEVAILLANT, d.-m.; LIÉBAUD, d.-m., à Versailles; LISLE, d.-m.

MALTESTE, imprimeur de l'*Union Médicale*; MANGET, d.-m.; MARCHAL (de Calvi), d.-m.; MARROTTE, médecin des hôpitaux; MARTIN (Ferdinand), d.-m.; MATHIEU; MIALHE, d.-m.; MICHEL LÉVY, inspecteur général du service de santé de l'armée; MOREAU (de Tours), médecin des hôpitaux.

NICOLAS (de Louhans), d.-m.; NICOLAS, metteur en page de l'*Union Médicale*.

OLLIFFE, d.-m.; OUDET, membre de l'Académie de médecine.

PERDRIX, secrétaire général honoraire de l'Association de prévoyance; PERRIER, d.-m., à Corbigny; PÉTER, interne à la Charité; PINEL-GRANDCHAMP, d.-m.

RAFFIN, d.-m., à Marseille; RICHELOT, d.-m.; RICORD, membre de l'Académie de médecine; ROBERT, membre de l'Académie de médecine; ROCHE, membre de l'Académie de médecine; ROGER (Henry), médecin des hôpitaux; ROUX, d.-m.; RUELLAN, d.-m., à Versailles.

SANDRAS, médecin des hôpitaux; SULIKOWSKI, d.-m., à Jallancourt; SÉGALAS, membre de l'Académie de médecine; SÉGALAS fils, élève en médecine; SELLIER, d.-m.; SICHEL, d.-m.; SOLAVILLE (de), d.-m.

TESSEREAU, d.-m.; TOIRAC, d.-m.; TOURNIÉ, d.-m.

VOSSEUR, trésorier de l'Association de prévoyance; DE VRY, professeur de chimie et de physique à Rotterdam.

Cette belle assemblée se montre satisfaite des soins qui ont présidé au menu, et grâce au zèle de M. Brierre de Boismont, l'un des commissaires de la fête, le service n'a rien laissé à désirer.

Mais le vin de Champagne pétille dans les verres. Le moment des toasts est arrivé, et M. RICHELOT y prélude par l'allocution suivante, chaleureusement applaudie, ainsi que toutes les autres qui vont suivre, et à l'occasion desquelles je ne saurais varier les formules qui ont traduit la satisfaction de l'assistance :

M. RICHELOT s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Le banquet annuel de l'UNION MÉDICALE n'est plus seulement l'anniversaire joyeux d'un journal qui s'élève, la fête d'une entreprise particulière; c'est désormais une fête du corps médical, qui l'attend, qui y compte, qui la demande, et qui s'y presse. — Vous le voyez, Messieurs, l'espace manque à l'empressement de nos confrères.

Le journal a creusé profondément son sillon pour l'avenir. Par lui, les idées les plus graves, scientifiques et professionnelles, ont été agitées et mises définitivement à l'ordre du jour. Par lui, une émulation salutaire a porté une vie nouvelle dans la presse médicale périodique et agrandi sa sphère d'action. Par lui, les médecins de nos jours comprennent mieux que leurs devanciers l'incontestable solidarité qui les unit tous. — Laissons-le accomplir sa sainte mission.

Nous, que la sympathie confraternelle réunit autour de cette table, ne négligeons pas une si belle occasion de faire appel à la bienveillance réciproque de tous les membres de la grande famille médicale. Ne nous lassons jamais d'évoquer de pareils sentimens. Semons, semons, afin que nos jeunes confrères puissent moissonner un jour. Que nos vœux, chaudement exprimés dans cette enceinte, retentissent au dehors. — Nos fonctions sont toutes de bonté, de douceur et de bienfaisance; nos cœurs ne peuvent pas être durs et égoïstes!

Buvons donc aux progrès de l'esprit d'association, d'union et de charité dans le corps médical, en un mot, Messieurs, A L'UNION MÉDICALE!

M. Amédée LATOUR prend la parole et s'exprime de la manière suivante :

Messieurs,

Je vous propose un toast à nos confrères de l'étranger; ils sont représentés ici par :

M. Constantin Carathéodory, chirurgien de S. M. I. le Sultan, professeur de clinique chirurgicale à l'École impériale de Constantinople;

M. Andréa Ranzi, médecin de S. H. le vice-roi d'Égypte, professeur de clinique chirurgicale à l'École médico-chirurgicale de perfectionnement de Florence;

M. de Vry, professeur de chimie et de physique à l'Université de Rotterdam.

Quoi de plus propre, Messieurs, à nous encourager dans l'idée de ces réunions annuelles que l'occasion qu'elles nous donnent de rendre hommage aux confrères de tous les pays dans la personne des médecins distingués qu'un heureux hasard nous amène! Quelle science peut mieux que la science médicale, unir tous ceux qui la cultivent dans les mêmes sentimens de bienveillance et d'estime réciproques! N'avons-nous pas partout les mêmes devoirs à remplir, les mêmes besoins à satisfaire? Selon le temps et les lieux, les peuples varient dans leurs mœurs, dans leurs lois, dans leur culte; sur un seul point, l'humanité, hélas! reste partout et toujours fatalement immuable, je veux dire sur le douloureux tribut qu'elle paie aux souffrances et aux maladies. Aussi, Messieurs, n'est-ce pas le caractère souverain de notre science d'être possible partout, car partout l'homme souffre, partout il peut être observé dans ses souffrances, partout il demande à en être soulagé. Caractère souverain, ai-je dit, et avec raison, Messieurs, car il donne à notre art un privilége que nul autre ne peut revendiquer, c'est de rester immuable aussi dans son Code des droits et des devoirs professionnels. Il y a plus de deux mille ans, Hippocrate nous légua de magnifiques préceptes de science, de dévouement, d'humanité, de désintéressement, de discrétion et de délicatesse; ces principes, Messieurs, ont traversé tous les âges; ils sont de tous les temps, de tous les lieux; ils ont la pérennité, ils ont l'éternelle

jeunesse de tout ce qui est grand, de tout ce qui est bon, de tout ce qui est honnête.

Félicitons-nous, Messieurs, de voir assis à notre table confraternelle les médecins étrangers que je viens de signaler à votre bon accueil. Ils sont de ceux qui, dans la position éminente qu'ils occupent, ont accepté cet héritage antique de science et de déontologie.

Buvons à leur santé, Messieurs, nous boirons ainsi à l'honorabilité et à la gloire de la médecine dans tous les pays.

M. Carathéodory remercie l'assistance en ces termes :

J'accepte avec grand plaisir le toast qui vient d'être porté. Je saisis cette occasion, Messieurs, pour constater à haute voix que l'influence morale que la France exerce en Orient contribue puissamment au développement intellectuel ainsi qu'à la propagation des sciences. Cette influence, Messieurs, ne date pas d'aujourd'hui. Depuis déjà bien des années, la langue française a été adoptée comme langue de l'École de médecine de Constantinople. Aujourd'hui tous les cours s'y font en français. Ce sont les auteurs français exclusivement qui servent de guide pour l'instruction de nos élèves. On pourrait dire, à juste titre, que l'École de médecine de Constantinople est la fille de celle de Paris. Puisse un jour la fille mériter de la mère !

Je remercie le comité de l'Union Médicale pour l'insigne honneur qu'il m'a fait de m'inviter à assister à cette fête où tant de personnages illustres se trouvent réunis.

M. Amédée Latour, qui n'avait voulu laisser à personne l'honneur de porter le toast suivant, s'exprime ainsi :

Messieurs,

Les devoirs de l'hospitalité exigeaient que notre premier hommage s'adressât à nos convives de l'étranger. Les mêmes devoirs nous commandent de porter immédiatement un toast à nos confrères des départemens. Nous avions espéré que l'un de leurs plus illustres représentans serait venu s'asseoir à ce banquet. M. Bretonneau n'a pu se rendre à notre invitation. Adressons-lui, Messieurs, l'expression de nos regrets.

Comme dédommagement de cette absence, plusieurs de nos honorables confrères des départemens nous font l'honneur d'assister à cette fête de l'union confraternelle. Nous possédons ici :

MM. Sulikowski, de Jallancourt;
Périer, de Corbigny;
Babut, de Clermont-Ferrand;
Ruellan, de Versailles;
Liébaud, de Versailles;
Jules Guyot, de Sillery;
Ecot, de Feneu;
Bedor, de Troyes;
Raffin, de Marseille.

A ces honorables et chers confrères, un remercîment sympathique, Messieurs.

Ne l'a-t-on pas dit plus éloquemment que je ne saurais le faire : dans notre société, l'existence du médecin de campagne est digne entre toutes d'estime et de respect. Ces hommes de dévouement et de charité, ces apôtres de l'hygiène, c'est-à-dire de la science suprême et de la plus haute expression de la civilisation, sont presque toujours condamnés à des travaux sans retentissement, sans protection, sans récompense. Que d'actes sublimes ignorés ! que de trésors d'observation et d'expérience souvent enfouis dans la demeure du modeste praticien de campagne ! Trop modeste, Messieurs, et trop défiant de ses forces, trop enclin à croire que nous dédaignons, ici, leurs efforts et leurs travaux. Vous savez pourtant, mes chers collègues du Comité de rédaction, et vous me permettez de dire ici, avec quel soin, quel respect, quelle piété, pourrais-je ajouter, nous lisons les communications de nos confrères des départemens, et avec quel bonheur nous leur donnons la publicité de nos colonnes. Nous professons ici cette doctrine et nous la pratiquons, que la récompense d'une œuvre médicale, œuvre de science, œuvre d'art, doit être proportionnée au mérite même de l'œuvre, et non pas à la célébrité de son auteur ; célébrité, réputation, souvent affaire de hasard et de théâtre.

Chers et honorés confrères des départemens, présens et absens, ne craignez donc pas de vous mêler au mouvement des esprits et de la science. Votre contingent peut être utile et précieux. Partout où l'homme souffre, disais-je tout à l'heure, on peut faire de bonne médecine. Quant à nous, — cette comparaison ne paraîtra pas ici hors de propos, — vos productions seront d'autant mieux accueillies que, comme nos bons vins de France, elles accuseront la sincérité du crû et le bouquet du terroir.

A nos confrères des départemens !

Notre respectable confrère, M. Bedor, de Troyes, se lève, et s'exprime ainsi :

Je remercie chaleureusement l'assistance de l'accueil sympathique que reçoivent les médecins des départemens dans cette fête véritablement confraternelle. Ils seront heureux et reconnaissans des sentimens qui viennent d'être exprimés par M. Amédée Latour, et en leur nom, par privilége d'âge, qui me permet d'être l'interprète de mes confrères ici présens, j'adresse des remercîmens à la Société de l'Union Médicale, qui justifie si bien son beau titre.

M. Sandras porte la parole en ces termes :

Messieurs,

La commission, qui a réglé les toasts de nos agapes confraternelles, m'a chargé de saluer, en votre nom, une de nos gloires les plus solides et les plus vraies, notre médecine militaire.

J'ai accepté cet honneur avec d'autant plus de satisfaction, que j'étais sûr, en me faisant votre organe, de rencontrer parmi vous un assentiment unanime et sans réserve.

Vous appréciez tous le long et incessant labeur indispensable à qui veut appliquer notre science ; vous portez plus haut que personne le degré d'estime et de reconnaissance que méritent ceux qui la font progresser ; vous pratiquez tous les jours le dévouement trop souvent dangereux qu'elle exige. A tous ces titres, votre intelligence et votre cœur s'accordent pour placer nos médecins militaires au rang le plus honorable de la profession.

Vous admirez leur résignation à subir les dures épreuves que leur impose le devoir ; leur amour de la science au milieu d'une vie si peu stable ; leur désintéressement des choses futiles ; leur abnégation infatigable. C'est leur esprit de corps, le caractère commun à tous, qui vous frappe et que vous aimez.

Et, parmi eux (qu'aucune modestie ne s'alarme ici, Messieurs, je ne citerai pas de noms propres et vivans), n'avons-nous pas une sorte d'habitude de reconnaître les plus éminens des noms qui personnifient le progrès dans la science ? Physiologie, pathologie, hygiène, philosophie, médecine, chirurgie, enseignées et pratiquées, toutes ces belles parties de nos études et de notre art, n'ont-elles pas eu, dans la médecine militaire, leurs plus glorieux représentans, leurs promoteurs les plus actifs et les mieux inspirés ?

Mais c'est là, pour la médecine comme pour toutes les choses humaines, un honneur exceptionnel et qui appartient seulement à quelques-uns. Il est une gloire plus modeste et non moins utile, que la médecine militaire peut revendiquer partout et toujours, et dont ces dernières années la montrent aussi capable que jamais, celle du dévouement.

Qu'il s'agisse de chirurgie ou de médecine ; qu'il faille opérer et panser des blessés sous le feu de l'ennemi, ou soigner des malades au milieu des encombremens empestés que font, dans les camps ou dans les hôpitaux, les mutilations du champ de bataille, le typhus, le scorbut, la dysenterie, les fièvres, le choléra ; les médecins, les chirurgiens militaires n'hésitent jamais ; ils sont toujours là, calmes et inébranlables chercheurs du problème de la vie et des moyens de la conserver pour les autres, insoucieux des dangers de toutes sortes qui menacent la leur.

Honneur à la médecine militaire !

Hommage à ceux qui la résument ici dans toutes ses gloires de travail, de progrès et de dévouement !

M. Alquié, directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, inspecteur général du service de santé, répond par l'allocution suivante :

Messieurs,

Je remercie l'honorable M. Sandras des gracieuses paroles qu'il vient d'adresser aux médecins qui représentent, à ce banquet, leurs camarades de l'armée. Je le remercie de tout ce qu'il a dit d'élogieux sur le service de santé militaire, et vous tous, Messieurs et chers confrères, je vous remercie du chaleureux empressement avec lequel vous avez accueilli le toast qui vient d'être porté. Ce témoignage de sympathie et de haute estime sera reçu avec reconnaissance par les officiers de santé de l'armée, auxquels nous serons heureux de le transmettre.

Messieurs, toutes les fois que, dans des réunions de la nature de celle-ci, j'entends, sur le service de santé de l'armée, des paroles bienveillantes et laudatives, je regrette de ne pas voir, parmi nous, celui de nos collègues qu'à bon droit nous considérons comme le premier d'entre nous, comme notre chef de file, je veux parler de l'inspecteur Bégin, président de notre conseil de santé. En l'absence de notre président, j'espérais qu'un autre collègue, qui assiste avec moi au banquet, aurait, de sa parole élégante et facile, répondu au toast de M. Sandras : mais sa parole refuse de se faire entendre aujourd'hui, et c'est moi qui, non par droit, mais par date de naissance, ai dû vous remercier, Messieurs, au nom des officiers de santé de l'armée.

La médecine militaire, on l'a dit avec raison, Messieurs, est la sœur de la médecine civile. Comme elle, elle est fille de la science, comme elle, elle reçoit la consécration de nos Facultés, comme elle, elle a pour mission de secourir l'humanité souffrante. Mais cette mission s'accomplit pour elle dans des conditions toutes spéciales. Sœur de la médecine civile, mais sœur cadette, n'attendant que peu de l'héritage paternel, elle se fait, en quelque sorte, officier de fortune, et s'en va à travers les courses lointaines, les privations, les fatigues et les dangers de la guerre, chercher, non pas les richesses, qu'on ne trouve jamais sur cette route, mais la considération, la renommée et la science pratique, qu'elle est heureuse de rapporter au foyer maternel.

Je ne veux pas, Messieurs, faire ici l'apologie de cette médecine à laquelle j'appartiens : Je ne veux pas rappeler ici ce qu'elle a fait dans le passé. Ses actes inscrits dans les annales de nos guerres, sont confondus avec les actes glorieux dont notre pays aime le plus à s'honorer. Ce que je tiens à dire, c'est que nos camarades de l'armée, qu'ils soient en Afrique ou en Orient, en France ou en Italie, soutiennent partout la vieille réputation du corps et que partout ils sont dignes de votre confraternelle sympathie.

Le service de santé de l'armée d'Orient, qui dans ce moment est le grand, l'important service médical, a eu cette bonne fortune d'être placé sous la direction d'un chef, dont je ne puis dire ici tout ce que je pense de lui, mais dont le savoir, la rare activité et le caractère ferme, plaçant immédiatement le corps médical à la hauteur des circonstances graves qui l'entouraient, ont su lui attirer l'estime et la considération de tous.

Je ne vous dirai pas, Messieurs, ce que mon collègue et ami, le directeur du service médical de l'armée d'Orient, a fait pour l'organisation de ce service, ce qu'il a fait pour procurer aux soldats malades, des secours, des soins, du bien-être. La voix publique l'a dit suffisamment, mais ce que je veux rappeler, c'est ce fait, jusqu'ici sans précédent, que les colonnes du journal officiel se sont ouvertes, de par la volonté du ministre, aux rapports du directeur du service de santé de l'armée. Vous savez, Messieurs, avec quel intérêt étaient lus ces rapports, et vous devez comprendre la satisfaction que ce fait nous a causée. Cette satisfaction, nos confrères de la médecine civile l'auront partagée, j'en suis sûr.

Une circonstance qui, si elle n'avait été enveloppée d'un crêpe, eût été une circonstance intéressante pour la médecine militaire, c'est qu'au début de la campagne, alors que l'armée n'était pas encore réunie, que l'épée était encore dans le fourreau, le choléra secouant ses ailes funèbres sur le Pirée et sur Gallipoli, préludait, par cette double calamité, au grand, à l'effrayant désastre de la Dobrutcha et de Varna, et fournissait ainsi, à nos camarades, l'occasion de donner les preuves les plus éclatantes de dévouement et d'habileté. Vous savez, Messieurs, avec quel dévouement, avec quelle abnégation d'eux-mêmes, avec quelle ferveur ils se sont multipliés, pour faire tête à cette cruelle et furieuse épidémie. Leur zèle, depuis ce temps, ne s'est pas ralenti. Mais déjà vingt-huit d'entre eux ont payé de leur vie, le douloureux, le périlleux honneur de disputer des victimes à la mort ! Plusieurs autres, blessés dans la mêlée des combats, ont montré de quels dangers peut s'entourer l'accomplissement de la sainte mission qu'ils remplissent à l'armée.

Je m'arrête ici, Messieurs, je n'ai déjà que trop abusé de votre bienveillante attention. Je termine en proposant, au nom des officiers de l'armée, un toast à l'union médicale, à la générale confraternité.

M. Moreau (de Tours) propose le toast suivant :

Aux médecins sanitaires de l'Orient !

Ce toast, Messieurs, s'adresse à une institution encore récente qui, par les services qu'elle a déjà rendus, et par ceux qu'elle est appelée à rendre dans l'avenir, a bientôt pris rang parmi celles qui honorent le plus la profession à laquelle nous appartenons.

A l'institution des médecins sanitaires, je suis heureux de le rappeler ici, Messieurs, se rattache le nom de l'un des fondateurs du journal dont nous célébrons l'anniversaire, d'un savant et modeste confrère, de notre bon ami et collègue le docteur Aubert-Roche, qui, en 1841, soumit aux Académies des sciences et de médecine, en 1843, à la Chambre des députés, un mémoire dans lequel il signalait les inconvéniens attachés au système des quarantaines et enfin, en 1845, lut à la Société orientale de France un remarquable travail dont l'objet était un « *Projet d'ordonnance sur le régime et l'administration sanitaires en France.* »

Que vous apprendrai-je, Messieurs, que vous ne sachiez déjà, touchant le but élevé et vraiment humanitaire de cette belle institution ?

Des divers postes qu'ils occupent sur le littoral méditerranéen, à Alexandrie, au Caire, à Smyrne, à Beïrout, à Damas, à Constantinople, les médecins sanitaires chargés d'observer les terribles épidémies qui, de temps à autre, déciment les populations de ces contrées, veillent sur la santé de l'Occident. Ce sont les sentinelles qui avertissent la France aussitôt que la peste vient à éclater. Ils renseignent le gouvernement sur tout ce qui peut intéresser la santé publique, et le mettent à même de prendre toutes les mesures propres à prévenir l'importation des maladies transmissibles. — Mais là ne se borne pas leur mission.

Je n'ai besoin, Messieurs, que de faire appel à mes souvenirs pour avoir la preuve que, de tous les Européens, les médecins sont ceux à à qui il est donné de rendre le plus de services en Orient ; et, vous n'en sauriez douter, ils usent largement de ce glorieux privilége.

En Orient, les médecins sont les hommes qui inspirent le plus de confiance, d'estime, d'affection ; on ne fait nulle difficulté de les admettre au sein de la famille, de leur donner place au foyer domestique, ce sanctuaire dont les plus proches parens eux-mêmes ne peuvent franchir le seuil. Tous les préjugés, sans excepter ceux qui ont leur source dans la religion, fléchissent devant l'opinion qu'ont les Orientaux de la science et de l'honorabilité du médecin.

Dans de telles conditions, Messieurs, on comprend facilement tout le bien que peuvent faire les médecins sanitaires. Nous voyons en eux des apôtres de l'humanité, des missionnaires de la civilisation et de la science française en Orient où ils apprennent à connaître la France, et faire connaître la France, Messieurs, n'est-ce pas la faire aimer ? Quelle nation l'égala jamais en inspirations généreuses ? Ses nobles sympathies embrassent les justes causes de tous les peuples de la terre ; « elle n'a jamais cessé au prix de ses trésors et du sang de ses enfans, plus précieux encore, de combattre pour l'ordre général, pour la sécurité commune, pour le dépôt sacré des principes, pour la défense des opprimés,... pour le châtiment des oppresseurs. »

Nos confrères d'Orient, Messieurs, ont toujours été à la hauteur de la mission que la France leur a confiée. A Alexandrie, on conservera longtemps le pieux souvenir du dévouement, du zèle infatigable et plein d'abnégation qu'y déploya le docteur Prus. Dans cette même ville, le successeur de Prus, M. le docteur Perron, au Caire, le docteur Burguière, à Smyrne, le docteur Camescasse, à Beïrout, le docteur Suquet, à Damas, le docteur Faure, jouissent de la considération qui s'attache au nom de médecins français.

A tous ces noms, Messieurs, dois-je me contenter, dans la crainte de blesser sa modestie, d'associer le nom de celui d'entre eux que nous avons le bonheur de posséder, en ce moment, parmi nous ? Mais, Messieurs, vous m'accuseriez de pousser la réserve jusqu'à l'injustice, si je ne suivais pas la pente de mon cœur, et si je ne rendais pas hommage au talent élevé, au zèle dévoué avec lesquels M. le docteur Fauvel remplit les doubles fonctions de médecin sanitaire et de professeur à l'École impériale de médecine de Constantinople ; si je ne disais pas que dans les circonstances actuelles, cet honorable confrère a rendu de grands services à la cause française, et que M. l'inspecteur général a trouvé en lui un auxiliaire puissant et actif pour l'organisation du service médical de l'armée d'Orient.

Je suis donc certain, Messieurs, que vous vous unirez à moi de grand cœur pour porter un toast chaleureux

A M. le docteur Fauvel !
Aux médecins sanitaires de l'Orient !

M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, et professeur à l'École impériale de médecine de cette ville, répond ainsi :

Messieurs,

Puisque, grâce à l'invitation dont m'avez honoré, je me trouve ici le représentant des médecins sanitaires d'Orient, permettez-moi de vous remercier en leur nom et au mien.

Les paroles si sympathiques que vous venez d'entendre seront pour eux un bien grand encouragement. Ce témoignage est d'autant plus précieux qu'à l'époque de leur création (il y a bientôt huit ans) beaucoup de personnes doutaient du succès de l'institution. Cependant, l'expérience a été favorable, les médecins sanitaires ont réussi ; ils ont conquis vos suffrages.

Ce n'est pas le moment de vous exposer en détail quel devait être leur rôle. Je me contente de le résumer ainsi ; 1° affermir et régulariser par un concours énergique et sage les institutions sanitaires de l'Orient, si favorables aux progrès de la civilisation dans ces contrées, de manière à ce que ces institutions devinssent une garantie sérieuse pour la sécurité de l'Europe ; 2° éclairer avec exactitude le gouvernement sur l'état sanitaire des pays soumis à leur surveillance et per-

mettre, par là, de supprimer à propos des mesures quarantenaires nuisibles aux relations internationales.

Il ne m'appartient pas de vous dire jusqu'à quel point ils ont réussi dans cette première partie de leur tâche. Je vous rappellerai seulement une circonstance qui a dû vous frapper. Vous savez qu'il y a huit ans c'était une opinion partout accréditée en Europe que la peste existait en Orient à l'état endémique. Les médecins sanitaires, partis avec cette croyance, cherchaient de tous côtés la peste et, ne la trouvant nulle part, furent amenés à conclure que cette maladie n'était pas, comme on l'admettait, permanente en Orient. De là, Messieurs, des conséquences pratiques d'un haut intérêt. Ce fait, mis en lumière au sein de la conférence sanitaire internationale par le digne médecin qui y représentait la France, M. le docteur Mêlier, ce fait y reçut bientôt une consécration solennelle qui n'a pas été démentie depuis.

Mais, comme le rappelait tout à l'heure notre savant confrère, M. Moreau (de Tours), les médecins sanitaires avaient encore à remplir une autre mission plus difficile, plus lourde, celle de faire connaître dignement, de faire aimer la France. Cette tâche, nous avons eu à cœur de l'accomplir de notre mieux, et quand vous dites que les médecins sanitaires ont toujours été à la hauteur de la noble mission qui leur a été confiée, vous leur donnez le suffrage le plus doux qu'il leur soit permis d'ambitionner, le témoignage confraternel.

Pour ce qui me touche personnellement, je ne saurais assez vous dire, Messieurs, combien j'ai été sensible à l'invitation dont vous avez bien voulu m'honorer, et combien je me trouve récompensé au delà de mes mérites par les bonnes paroles que vous avez entendues.

En acceptant les fonctions de professeur à l'École impériale de médecine de Constantinople, j'ai cru ne pas m'écarter de ma mission; et d'ailleurs, je trouvais là une institution toute française par l'esprit et par l'enseignement : n'était ce pas un devoir de lui donner le concours qu'elle me faisait l'honneur de réclamer de moi?

Quant aux services que j'ai été assez heureux pour rendre à notre armée d'Orient, je ne voudrais pas, Messieurs, qu'on en exagérât l'importance, j'ai pu donner quelques renseignemens, quelques indications utiles; mais tout l'honneur de ce qui a été fait alors pour l'organisation de nos hôpitaux militaires, revient de droit à M. Michel Lévy, directeur du service de santé de l'armée d'Orient.

Avant de finir, permettez-moi d'exprimer un vœu : Mes très honorés confrères, vous qui avez le bonheur de vivre au sein de notre bien-aimé pays, bonheur que vous n'appréciez peut-être pas tous à sa juste valeur, continuez vos généreuses sympathies aux médecins sanitaires d'Orient, ils y ont droit; elles les encourageront et les soutiendront dans leurs efforts persévérans pour accomplir leur mission. Tout n'est pas rose en Orient! croyez-le bien : la vie y est dure, les privations y sont grandes. Remarquez que les poètes qui ont chanté l'Orient se sont bien gardés d'y aller vivre! Mais ce qui manque par dessus tout aux médecins sanitaires, c'est la patrie, cette bonne France dont on n'apprécie jamais tant les mérites que quand on en est éloigné.

Gardez donc, Messieurs, un souvenir sympathique de nos confrères d'Orient, et recevez encore une fois l'expression de leur profonde gratitude.

M. Amédée Forget s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Pour répondre à la pensée qui, en instituant ce banquet, a eu surtout pour but de resserrer les liens de solidarité et d'harmonie entre tous les membres de la famille médicale, je propose un toast à *l'internat* des hôpitaux de Paris.

C'est dire, Messieurs, à l'institution féconde qui a produit la plupart des illustrations de l'enseignement et de la pratique.

A l'élite de la jeunesse médicale qui, fidèle à la tradition de ses aînés, sait si bien par son ardeur au travail et son dévouement à la science, maintenir cette institution à la hauteur de sa vieille renommée.

A l'association du maître et de l'élève, fondée sur des rapports de déférence et d'estime, de protection et de bienveillance, heureuse réciprocité de nobles sentimens, qui profite à la science en consacrant ses conquêtes dans le passé et en préparant son progrès dans l'avenir.

Enfin, Messieurs, au jeune et valeureux athlète qui, vainqueur aux dernières luttes de l'internat, n'a dû qu'à son travail opiniâtre, à ses veilles prolongées, à son abnégation des plaisirs de son âge, l'honneur insigne du premier rang parmi ses collègues, dont il est ici le digne et glorieux représentant.

A M. Péter; que sa modestie, Messieurs, me permette d'honorer en lui l'énergie virile qui fait triompher des rigueurs de la fortune.

Aux prises avec l'adversité dès son entrée dans la vie, privé de l'appui paternel, cette Providence terrestre, qui nous rend la route plus facile et rapproche le terme du voyage, M. Péter comprit de bonne heure qu'il devait tout demander au travail; attaché avant l'âge à un rude et incessant labeur, il n'eut de repos et de trêve que celle que la maladie et l'épuisement de ses forces lui ont imposée.

Aussi, Messieurs, littérature nationale et étrangère, langues mortes et vivantes, histoire, mathématiques, philosophie, sciences, toutes les connaissances qu'a acquises notre jeune et studieux confrère, il les doit à la puissance de sa volonté, et je puis dire de lui avec raison, que ce qu'il sait, *il le tient du droit de conquête.*

Honneur donc à M. Péter; que son passé, si honorable, lui soit un sûr garant de l'avenir.

Et nous, Messieurs, en applaudissant à ses efforts, redisons-lui cet encouragement du poète :

Macte animo, generose puer!....

M. Péter, d'une voix profondément émue, répond de la manière suivante :

Messieurs,

Je ne dois faire entendre ici que des paroles de reconnaissance pour l'honneur qu'on m'invitant la Société de l'Union Médicale a bien voulu faire au corps de l'internat. Je suis, d'ailleurs, trop ému des paroles si chaleureusement bienveillantes de M. Amédée Forget, pour y pouvoir répondre autre chose, sinon que je les regarde comme une excitation à mieux faire plutôt que comme une récompense méritée.

J'ajoute cependant, Messieurs, que nul plus que les internes ne désire voir se resserrer encore les liens de la confraternité médicale; confraternité à laquelle ils doivent que l'un d'entre eux, — le dernier venu parmi vous, — vienne ici s'asseoir au milieu des plus célèbres, et parler dans cette enceinte où il est heureux et fier de contempler tant d'illustres aînés.

M. Fauconneau-Dufresne prend la parole en ces termes :

Messieurs.

Nous voulons présenter notre hommage à l'*Association de prévoyance des médecins de la Seine*; — à cette admirable institution qui, née dans le cœur de quelques médecins philanthropes, a été mise en œuvre par notre illustre et si regrettable Orfila; — à cette institution qui va secourir le médecin pauvre et infirme, qui pensionne sa veuve, qui élève ses enfans; — à cette institution qui prend fait et cause devant les tribunaux dans les questions qui intéressent notre dignité, et dont le noble drapeau sait susciter, dans une profession libérale comme la notre, des défenseurs généreux; — à cette institution, enfin, malheureusement jusqu'ici trop bornée, que l'Union Médicale aurait voulu étendre à toute la France, et que nos correspondances font, chaque jour, regretter qu'elle n'ait pu réussir.

Nous avons parmi nos convives, Messieurs, le secrétaire général de cette Association bienfaisante, dont il remplit, après MM. Gibert et Perdrix, si dignement, si honorablement les délicates et importantes fonctions. Prions-le d'être notre interprète auprès de la commission centrale, de lui transmettre nos sympathies, de lui dire combien elle peut compter sur la rédaction et sur la publicité de l'Union Médicale pour l'aider à développer ses excellens principes, pour les propager dans tous les points de la France et du monde, de telle façon que le titre de médecin, comme autrefois celui de *civis romanus*, devienne partout *sacré*, et soit une sauvegarde contre le malheur et l'injustice.

Je porte donc ce toast, Messieurs,

A l'Association de prévoyance des médecins de la Seine;

A M. le docteur Cabanellas, son digne représentant.

M. Cabanellas, secrétaire général de l'Association de prévoyance, répond en ces termes :

Merci, mille fois merci, mon cher confrère, du toast chaleureux qui fait répéter le nom de l'Association de prévoyance aux échos joyeux de ce banquet.

C'est un compliment gracieux pour ceux de nos collègues ici présens, c'est un appel aimable à ceux qui viendront bientôt prendre une place dans nos rangs. Et comme le moment est choisi avec bonheur pour trouver les cœurs attendris et disposés aux sentimens de bienveillance confraternelle!

Ce n'est pas la première fois que l'Union Médicale concourt à la propagation de notre œuvre, de cette œuvre si saintement utile, et qu'Orfila regardait comme son plus beau titre à l'estime des hommes. L'Association de prévoyance, si bien encouragée par toute la presse médicale, a surtout rencontré une riche hospitalité, ou plutôt s'est toujours trouvée comme chez elle, dans l'Union Médicale, ce brillant organe de la science, ce généreux propagateur de toutes les idées de confraternité et de dignité professionnelle.

Espérons, mon cher confrère, que l'Association de prévoyance, qui déjà de Paris s'est étendue à tout le département, pourra un jour, comme vous le désirez, couvrir de son ombre tutélaire la France médicale toute entière. Les difficultés sont grandes, mais espérons vivement; espérer, c'est croire, et vous le savez, avec un peu de foi on remue des montagnes.

Quant à moi, Messieurs et chers confrères, je suis heureux, je suis fier de l'honneur que vous me faites dans ce moment : si je l'ai mérité, c'est en restant fidèle aux traditions des hommes distingués qui m'ont précédé; c'est en me pénétrant bien de l'esprit qui anime l'Association et l'homme éminent qu'elle a porté à la présidence après son illustre fondateur.

Je bois au journal si digne de son titre et de sa mission, à l'Union Médicale.

Je bois à l'excellent ami, au savant écrivain, au praticien consciencieux, à M. Fauconneau-Dufresne.

M. Amédée Latour reprend la parole pour le toast suivant :

Messieurs,

Les droits et les devoirs du médecin n'ont pas été formulés en Code; ils sont plus du domaine de la conscience que de la loi écrite. Cependant, et par suite d'interprétations plus ou moins justes, le médecin paraît être trop souvent justiciable des tribunaux. Heureux quand il y rencontre d'éloquens défenseurs et des juges éclairés! Ce bonheur est récemment arrivé au corps médical. Un honorable confrère d'Angoulême est injustement traduit devant un tribunal. Aux deux degrés extrêmes de la juridiction, il est exonéré de toute peine. Grâce à qui, Messieurs? Grâce au dévouement généreux et tout spontané d'un savant avocat à la Cour de cassation, qui, sur la simple communication des pièces, a voulu prêter à notre confrère son éloquente assistance. Par vous, Messieurs, le corps médical remercie de son généreux concours Me Béchard qui nous a fait l'honneur d'agréer une invitation à cette fête. Un toast, Messieurs, à ce savant jurisconsulte, à cet habile défenseur de notre liberté professionnelle.

M. Béchard répond par l'allocution qui suit :

Messieurs,

Je suis confus des remercîmens que vous voulez bien m'adresser et qui ajoutent un nouveau prix à l'honneur que vous m'avez fait en m'invitant à votre fête de famille. J'ai saisi, je l'avoue, avec un vif empressement, l'occasion de défendre contre une attaque irréfléchie, l'une des prérogatives d'un corps qui honore notre pays par la profondeur de la science, par l'intégrité du caractère et par le dévouement aux intérêts de l'humanité. Mais vous ne me devez, Messieurs, aucune reconnaissance. Votre cause était gagnée avant que je n'eusse pris la plume et ouvert la bouche, et la Cour de cassation, fidèle à de nombreux précédens, devait reconnaître, comme elle l'a fait, spontanément et unanimement, que plus un corps se recommande par sa consciencieuse exactitude dans l'accomplissement de ses devoirs, plus ses droits doivent être sauvegardés. Permettez-moi d'ajouter qu'en prenant votre défense, j'ai presque fait un acte d'égoïsme professionnel. Les prérogatives des professions libérales sont solidaires. Le Barreau et la Faculté sont en quelque sorte frère et sœur, et un avocat défendant un médecin accomplit un devoir de confraternité qui l'honore.

J'ai l'honneur de vous proposer un toast : A l'indépendance et à la dignité du corps médical, à l'union des professions libérales!

Messieurs, a dit en terminant M. Amédée Latour, ne nous séparons pas sans donner un souvenir de regrets à la mémoire de nos confrères et amis qui ne sont plus.

Ce vœu, renouvelé d'un pieux usage antique, est sympathiquement accueilli.

L'assemblée passe dans les salons, où le moka brûlant et de fines liqueurs viennent compléter l'œuvre gastronomique du jour. C'est à ce moment que le docteur Toirac, la joie de nos réunions, épanche en spirituelles chansons, en contes badins, en fables charmantes, son charmant répertoire qui semble inépuisable et toujours nouveau.

Il est plus de minuit et les salons ne désemplissent pas. Bonsoir! chers et honorés confrères. Merci de votre bonne et affectueuse présence. Renouvelons aussi souvent que possible ces douces et affectueuses réunions confraternelles. A l'année prochaine. Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA VARIOLE PAR LES PURGATIFS;

Par M. J. Gorlier, médecin à Rosny.

Mon cher confrère,

Une épidémie de variole débutait, ici, au moment même où l'Académie de médecine s'occupait de son traitement.

Tout d'abord, j'ai regardé cette coïncidence comme une bonne fortune, puisqu'elle m'offrait une excellente occasion d'appliquer immédiatement les enseignemens pratiques que nous promettait cette discussion; mais mon espoir s'est bientôt évanoui devant la stérilité de la lutte.

M. Bousquet, en proclamant une fois de plus l'impuissance de l'art, nous a renvoyés à cette médecine que je regarde comme un leurre pour le malade, et comme un sauf-vanité pour le médecin.

M. Piorry a repris plus obstinément que jamais sa course impossible dans le dédale de ses états organo-pathiques; et M. Gerdy a cristallisé trente années de méditations sur le sujet, sous la forme d'une causerie-fantaisie, à laquelle j'avoue très humblement n'avoir rien compris, si ce n'est que le savant professeur a fait des humoristes des *humoriens*.

Somme toute, cette discussion vraiment brillante sous le rapport du savoir et de l'érudition, est restée *fruit-sec* au point de vue pratique.

Assurément, si je croyais plus aux savans, et moins à la science, j'aurais pu m'incliner devant cette espèce de décret qui promulgue l'impuissance de l'art, et m'engager, avec une résignation moutonne, dans le sentier battu de la routine; mais, médecin-croyant, j'ai une foi trop grande dans les moyens si variés que la médecine nous offre, pour accepter ce *statu quo* thérapeutique, qui ne satisfait ni le cœur ni l'esprit.

Aussi, pour apprendre à traiter sérieusement cette maladie, j'ai fait comme pour le choléra, j'ai recouru à l'école du bon sens, — cette école dont on parle tant et qu'on fréquente si peu.

J'ai observé d'abord, raisonné ensuite, puis, l'arme choisie, j'ai frappé vite et ferme; cette arme, vous la connaissez déjà : j'ai nommé le purgatif. — (Le purgatif! quelle bonne aubaine pour les *Grassot* de la critique.)

Oui, cher confrère, je traite la variole exactement comme le choléra, et les résultats obtenus m'autorisent à crier encore une fois : *Tandem efficaci do manus scientiæ!*

Pour moi, ces deux maladies, d'après les phénomènes qui précèdent et accompagnent leurs différentes périodes, ont une analogie réelle. Bien entendu, je ne prétends pas dire qu'il y ait identité parfaite : évidemment l'une ne saurait être calquée sur l'autre. — Mais que la variole élimine par la peau, que le choléra élimine par l'intestin, dans les deux cas, ce sont deux moyens différens, il est vrai, mais concourant au meme but : l'*expulsion* d'un virus.

Or, dans ces deux cas, l'indication à remplir est exactement la même : aider la nature à *expulser*, à se débarrasser, et, en l'absence de tout spécifique, quel autre remède pourrait être employé, si ce n'est le purgatif?

Je purge donc, et en agissant ainsi, je me crois infiniment plus logique que ces confrères, qui, dans la variole comme dans le choléra, admettent ces prémisses :

Empoisonnement par un virus;

Nécessité d'expulser ce virus;

et en déduisent pour chacune une conséquence opposée :

Pour la première : respectez l'éruption, favorisez-la au contraire si elle tarde à paraître;

Pour la seconde : évitez surtout la diarrhée, frappez sans relâche, si elle venait à paraître.

Je demande l'explication de cette contradiction. — Je ne reviendrai pas, en ce qui concerne le choléra, sur le seul traitement qui puisse lui convenir. — Mieux que personne, vous savez avec quelle énergique conviction, preuves en mains, j'ai

combattu pour le triomphe d'idées dont la réalisation pratique m'a donné de si heureux résultats.

J'espère que le mauvais vouloir de ce fatal esprit de système, qui s'est obstiné à préférer ces armes aux miennes, voudra bien me tendre les deux mains en reconnaissant, malheureusement un peu tard, que les succès en médecine ne se comptent pas à la guerre par le nombre des morts, mais bien par celui des vivans.

Aujourd'hui, je veux seulement vous parler de la variole ; — vous dire que si j'accepte notre impuissance dans la période d'incubation, je la repousse complétement dans la période d'invasion, dont les premières manifestations, toujours appréciables, ne sauraient jamais être saisies trop tôt, ni combattues trop énergiquement; qu'enfin, loin d'aider à l'éruption, je m'y oppose de toutes mes forces, par cette seule raison « *que le pronostic de la variole est d'autant plus grave, que l'éruption est plus confluente.* »

Dans l'espèce, la méthode purgative ne nous conduit-elle pas au double but que nous nous proposons? Éteindre ou au moins affaiblir au plus vite les symptômes précurseurs pour éviter une transformation trop souvent funeste ; et faire l'éruption aussi discrète que possible, non pas assurément en répercutant le virus, mais en lui ouvrant une toute autre voie que celle de la peau.

Sous l'influence du purgatif, l'état prodromique, expression des efforts d'élimination auxquels se livre l'organisme, disparaît quelquefois ou s'apaise toujours : c'est encore lui qui peut amoindrir, empêcher même l'éruption en appelant énergiquement, vers l'intestin qu'il excite, une abondante quantité de liquide dont l'excitation fréquente produit évidemment une dépuration de la masse humorale.

Si, contre l'éruption, nous n'obtenons le plus souvent qu'un demi-succès, je n'hésite pas à en attribuer la cause à l'insouciance stupide des malades, et un peu à l'incurie coupable de certains médecins qui ne veulent croire à l'orage que lorsqu'il éclate de tous côtés.

Pour moi, le succès complet, ou à peu près, réside donc tout entier dans l'à-propos.

Dans la variole, dans le choléra, dans toutes les maladies en général, *sachons* arriver assez tôt, et très certainement nous ne serons plus réduits à entonner aussi souvent cette vieille rengaîne de l'impuissance de l'art.

Mais je ne vous apporte là que de la théorie; et une théorie toute nue, voire même celle de l'hypothèse, ne saurait suffire, toute séduisante qu'elle puisse être; et sans doute vous me la demandez accompagnée de preuves. — Fort bien, cher confrère, vous m'en avez dit autant quand je vous parlais choléra, et vous savez si je vous ai satisfait.

Aujourd'hui, je suis moins riche, les faits sont moins nombreux, et partant, mes convictions moins profondes; néanmoins, les résultats obtenus me font un devoir, en présence de la détresse thérapeutique généralement avouée, d'appeler toute votre attention sur une médication dont l'*intelligente* et sérieuse application peut donner les meilleurs résultats. Je dis *intelligente* application, parce que, pour réussir en toutes choses, il faut la vocation. J'apporte bien un remède, ou plutôt un instrument; mais voilà tout; et c'est à l'intelligence et non pas à la main de procéder à l'accomplissement de l'œuvre.

Je vais maintenant, cher confrère, vous donner aussi sommairement que possible quelques-unes des observations les plus saillantes; puis, pour ne pas vous fatiguer par des redites inutiles, je continuerai par la liste pure et simple des autres malades.

I. — Mme Luc, 26 ans, non vaccinée. 15 janvier. Début d'une variole confluente; marche très régulière sous l'influence de la méthode purgative.

Trois bouteilles limonade purgative en six jours; orangeade pour boisson.

Cette femme, qui nourrissait alors, a conservé, couché près d'elle, et a constamment allaité, avant, pendant et après l'éruption, un jeune enfant de 4 mois, non vacciné, *qui n'a pas contracté la maladie.*

II. — Luc, 24 ans, vacciné (*variolæ sine variolis*). Ce jeune homme, qui avait constamment partagé le lit de sa femme jusqu'au moment de l'éruption, et lui avait, nuit et jour, prodigué ses soins, a pris le lit le 4 février, tourmenté par une fièvre violente, de la soif, de la céphalalgie, une toux sèche, très fréquente, et de vives douleurs lombaires. *Point d'éruption.*

Trois bouteilles limonade purgative en six jours me paraissent avoir efficacement combattu l'apparition pustuleuse, car chaque évacuation, d'une odeur affreuse, produisait un soulagement marqué.

III. — Florence, femme Saintier, 35 ans, vaccinée. 1er février. Cette femme est lasse, très fatiguée depuis douze ou quinze jours. Céphalalgie violente, rachialgie, bouche pâteuse, la langue est sale, frissons, gargouillemens.

Prescription : Potion purgative avec le séné et le sulfate de soude; quatre à cinq selles très copieuses et infectes.

2 février. La malade est mieux, se sent moins fatiguée, me paraît moins triste, car, tout en se plaignant de *nausées*, elle me dit en riant qu'elle n'aura pas la petite-vérole.

Demi-bouteille limonade purgative : effet nul.

3. La céphalalgie a reparu; abattement, brisement général, embarras gastrique très prononcé.

Demi-bouteille limonade purgative.

4 Quelques évacuations, pas aussi fréquentes que je l'aurais désiré, n'ont produit qu'un mieux passager.

Huile de croton en pilules.

5 et 6. Il y a eu seulement quelques selles (cette malade me paraît être difficile à purger) ; l'éruption se remarque à la face et à la poitrine.

7, 8, 9. Les pustules restent discrètes, et suivent une marche régulière.

IV. — Saintier, son mari, 39 ans, vacciné. Variole *confluente* également traitée avec succès par la méthode purgative. Cet homme, qui est employé au chemin de fer de Rouen, ne restant chez lui que pendant la nuit, a contracté la variole ; tandis que la personne (28 ans) qui lui a prodigué ses soins, ainsi qu'à sa femme et trois jeunes enfans (vaccinés) qui n'ont point quitté la chambre, n'ont pas été atteints.

V. — Gritt (Élisa), 23 ans, vaccinée. Variole confluente.

31 janvier. A ma première visite, je trouve cette malade levée, fort gaie, travaillant très tranquillement, et se doutant fort peu du danger qui la menaçait.

Une bouteille limonade purgative. — Orangeade.

1er février. Il y a eu hier sept à huit selles très fétides. On continue la tisane.

2. La nuit a été mauvaise ; nausées continuelles ; agitation extrême ; déglutition difficile.

Demi-bouteille limonade purgative. — Gargarisme acidulé.

3 et 4. Légère amélioration, que j'attribue à l'apparition des règles.

5. Marche incertaine et successive des pustules, qui, chaque jour, deviennent plus confluentes et augmentent de volume.

Une bouteille limonade purgative.

6. La nuit a été mauvaise; la face, où la suppuration commence, est très gonflée, très douloureuse ; frissons ; étouffemens continuels ; délire intermittent ; prostration extrême ; pouls misérable.

Demi-bouteille limonade purgative.

7. Il y a eu sept à huit selles toujours infectes ; l'état général est infiniment meilleur.

Eau de poulet. — Même tisane.

8 et 9. *Statu quo.*

10. *Pesanteur à l'épigastre* ; bouche mauvaise ; fièvre.

Demi-bouteille limonade purgative.

11. Il n'y a pas eu d'évacuations. La malade se plaint toujours de l'estomac ; la faiblesse est extrême.

Demi-bouteille limonade purgative. — Et malgré le manque complet d'appétit, je conseille quelques cuillerées de jus de panade.

12. Marche satisfaisante de la suppuration. Le *malaise épigastrique* persiste ; le pouls est toujours très faible.

Cataplasme sur l'estomac ; et j'accorde quelques bouchées de biscuit trempées dans l'eau rougie sucrée.

13. Changement incroyable dans l'état général. Pendant la nuit, il y a eu *une copieuse, très copieuse* évacuation, d'une odeur repoussante, à laquelle a succédé *immédiatement* le calme le plus parfait, et à laquelle je n'hésite pas à attribuer, avec la malade, le mieux qui est survenu.

La malade est gaie, sa physionomie est riante et bien *vivante*, le pouls relevé et l'appétit revenu, car on me demande à manger ; on veut également se lever.... J'accorde tout, et je quitte la maison de ma malade pour n'y revenir que le 16, donner mes soins à son père.

VI. — Gritt, 45 ans, vacciné. Variole très confluente.

16 février. Gritt n'avait pas cessé de donner des soins à sa fille ; depuis plusieurs jours, il se sentait las, très fatigué, mais ne voulant pas croire à la variole, il attribuait son état aux nuits passées sans sommeil et aux tristes préoccupations du jour. — Fièvre d'invasion très violente ; agitation extrême ; céphalalgie intense ; délire.

Le 16, une bouteille limonade purgative. — Le 17, une id. — Le 18, une id. — Le 20, 2 grammes de jalap. — Le 26, une bouteille limonade. — Le 3 mars, une bouteille limonade.

Enfin, traitement purgatif dont l'énergie a été proportionnée à l'intensité des symptômes et à la force du sujet : marche régulière de la maladie ; guérison.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Juillet 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Des heureux effets de la glace appliquée sur l'œil immédiatement *après l'opération de la cataracte par abaissement.*

L'auteur, M. MAGNE, en terminant son mémoire, résume dans les termes suivans les résultats auxquels il a été amené :

Dans les vingt-trois faits que nous avons ici présentés, l'opération par abaissement a été pratiquée vingt-sept fois et l'opération par extraction deux fois. Vingt-cinq fois nous avons constaté l'absence de tout phénomène inflammatoire. Sur quatre cas où l'inflammation a paru, trois fois la glace avait été appliquée, ou par intervalle, ou avec inintelligence ; le quatrième insuccès a eu lieu chez un malade où, malgré mon opinion formulée à l'avance, j'ai dû consentir à opérer les deux yeux le même jour.

Assurément, si la glace avait pu être impuissante à prévenir les phénomènes inflammatoires, c'eût été chez les malades désignés aux huitième, dix-septième, vingt-et-unième et vingt-troisième observations. Là, en effet, nous opérions sur des constitutions apoplectiques ; la manœuvre était compliquée, difficile, de longue durée ; chez l'un même il existait une cataracte traumatique dont les accidens avaient persisté ; mais, grâce à l'usage intelligent de la glace, l'inflammation ne s'est pas manifestée.

Il m'est donc permis de poser cette conclusion :

La glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement, et renouvelée sans interruption pendant trois fois vingt-quatre heures, prévient l'inflammation consécutive.

Que si maintenant nous voulons établir le chiffre des succès obtenus sur nos vingt-trois opérés, retranchant bien entendu les cinquième, vingt-et-unième, vingt-deuxième et vingt-troisième observations, qui ne peuvent entrer en ligne de compte puisque les malades sont encore en traitement et que je publierai quand elles seront complètes, mettant aussi de côté la sixième observation, bien qu'elle ait été heureuse et que la malade soit devenue amaurotique par sa faute, il nous reste un total de dix-neuf opérations ou de dix-huit opérés, puisque sur l'un d'eux j'ai pratiqué l'abaissement des deux yeux.

Sur ces dix-neuf opérations, nous comptons :

Quatorze succès complets ; quatre demi-succès ; un insuccès, celui de la malade chez laquelle j'ai opéré les deux yeux le même jour, et qui ne voit clair que d'un œil.

Expliquons-nous sur ces demi-succès. Pour moi, l'opération n'est qu'à moitié heureuse, toutes les fois que les malades voyant à se conduire et à distinguer les gros objets et les couleurs, ne possèdent cependant pas un degré de vision convenable pour lire et pour écrire. Il s'agit donc, par le fait, de dix-huit cas heureux sur dix-neuf.

Ceci expliqué, que l'on compare actuellement nos chiffres avec ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour, et l'on arrivera à cette deuxième conclusion, non moins rigoureuse que la première :

La glace, à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement, contribue au rétablissement de la vision, d'une manière beaucoup plus efficace que les autres médications généralement employées.

Enfin, et ce sera notre dernière conclusion, aussi bien établie que les deux premières, la glace, en s'opposant aux suites inflammatoires des opérations de cataracte par abaissement, avance singulièrement l'époque à laquelle l'opéré peut faire usage de l'œil qui lui a été rendu. — (Comm., MM. Velpeau, Cloquet.)

Mécanique humaine. Nouvelle étude de la théorie du saut.

M. GIRAUD-TEULON lit, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Le mécanisme du saut chez l'homme, suivant la presque unanimité des auteurs qui se sont occupés de mécanique animale, reposerait exclusivement sur le principe suivant, qui en est à la fois l'exposition et la formule explicative :

« Les trois articulations de la hanche, du genou et du pied étant » préalablement fléchies, le corps se redresse brusquement dans ces » trois articulations, exactement comme une tige élastique qu'on presserait sur le sol par une de ses extrémités et qu'on abandonnerait » ensuite à elle-même. La détente du corps réagit sur l'appui solide du » sol, et détermine un mouvement ascensionnel capable de vaincre le » poids du corps et de l'élever au-dessus de la terre, etc..... »

Cette énonciation, si succincte qu'elle soit, renferme pourtant tout ce qui est établi jusqu'à présent sur l'acte physiologique dont il est ici question. Depuis qu'on s'occupe de physiologie, on a longuement discuté sur la cause et l'essence de ce mouvement de ressaut, de détente brusque qui caractérise le saut ; mais cette notion, dans ses élémens même, est demeurée à l'état de lacune dans la science.

Willis et Borelli seuls ont clairement exprimé que ce ressaut était le fait d'une force élastique ; Borelli a précisément dit que le phénomène chez l'homme était parfaitement assimilable au ressaut de la tige élastique dont il a été parlé ci-dessus. Ne l'ayant pas démontré, il a laissé la question incertaine, et a fourni à Barthez le chapitre le plus important et le plus complexe de sa mécanique animale, lequel a pour objet de détruire les propositions de Borelli.

M. Giraud-Teulon, reprenant cette question, étudie en détail le fait dynamique en vertu duquel saute une tige élastique dans les conditions sus-énoncées. Il détermine le principe qui préside à son mouvement, et la direction de la résultante qui entraîne le système.

Le fait de la détente consiste dans la résistance soudaine qu'opposent, dans une tige élastique qui se déploie rapidement, les fibres de la surface concave de la tige à une distension portée au delà de la ligne droite ; cette résistance subite détruit la vitesse acquise par le système et produit un véritable choc, en vertu duquel les fibres de la tige impropres à la laisser distendre doivent suivre alors, comme corps solide, rigide, les effets de la quantité de mouvement accumulé dans la tige ; celle-ci doit alors obéir à la résultante finale des forces en jeu et suivre la direction nouvelle que cette résultante imprime au système.

Il en est absolument de même du saut chez l'homme : sa théorie se calque sur celle de la tige élastique.

Résumé. — Le saut chez l'homme est *préparé* (premier temps) par la flexion, à un degré donné, des articulations des membres inférieurs.

Il *commence* (deuxième temps) par le déploiement de ces articulations qui imprime au centre de gravité du corps un mouvement de bas en haut dans une certaine direction. Ce déploiement a pour agens la contraction du soléaire étendant la jambe sur le pied et prenant son appui sur celui-ci, et celle du triceps prenant son appui sur le tibia et étendant la cuisse sur la jambe. En même temps, dans le sens complet, les muscles de la région profonde et postérieure de la jambe viennent en aide au soléaire pour mouvoir en haut le calcanéum.

Tout d'un coup (troisième temps), en un certain instant du cours de ce mouvement, déterminé par la portée du saut proposé, les gastrocnémiens et les muscles de la région postérieure de la cuisse entrent en contraction soudaine. Le mouvement commencé, pendant lequel la partie supérieure du système a acquis une certaine vitesse, est brusquement modifié par l'introduction de cette nouvelle force. Un nouvel état dynamique surgit, lequel a pour effet résultant la séparation instantanée du sol et du corps et la projection de ce dernier dans un sens déterminé. C'est là le *saut proprement dit.*

La direction de ce mouvement, ou la résultante finale qui emporte le corps, la tangente au premier élément de sa trajectoire parabolique, est représentée par une droite qui joint le centre de gravité du système au point d'appui sur le sol, au moment du départ. Cette ligne doit être dirigée en avant ou en arrière de la verticale passant par le même point d'appui, si le saut doit avoir lieu en avant ou en arrière.

L'expérience confirme pleinement ces conclusions théoriques.

En somme, l'antagonisme des muscles fléchisseurs et extenseurs de l'articulation fémoro-tibiale joue, dans l'accomplissement du saut, le rôle rempli dans le ressaut de la baguette élastique de Borelli par l'antagonisme des fibres de la surface rendue concave, réagissant contre celles de la surface convexe ou plutôt contre la vitesse acquise. C'est dans cet antagonisme et dans l'instantanéité de sa production que résident l'idée mère, le principe capital du saut ; c'est la force élastique de Willis, la *vis percussionis* de Borelli, le coup sec, la situation fixe de Barthez, dégagés de toute obscurité. — (Commissaires, MM. Chasles, Delaunay, Cloquet.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 90. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 31 Juillet 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............. 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 JUILLET 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Sommaire. — Le choléra et les préoccupations qu'il donne. — Faits singuliers relatifs à l'épidémie de choléra à l'armée d'Orient. — Nouveau fait d'application de la méthode de M. Gerdy à la cure radicale des hernies. — Absorption de l'iode par la peau.

Le choléra et les probabilités plus ou moins grandes d'une de ses explosions prochaines, de son imminence plus ou moins certaine, continuent à préoccuper, non pas l'attention publique, et c'est fort heureux, mais l'esprit médical qui, sentinelle vigilante, doit veiller sur les intérêts de la salubrité générale. Depuis notre dernière *Revue*, nous n'avons rien appris qui nous oblige à quelques restrictions sur l'opinion que nous avons émise relativement aux bonnes conditions actuelles de la santé publique. Les manifestations cholériques qui ont été observées à Londres et à Liége, et qui pouvaient légitimement donner quelques inquiétudes, se sont heureusement limitées à quelques cas, sans tendance à un rayonnement funeste. Des nouvelles d'amélioration sensible arrivent d'Espagne, d'Italie, de Crimée. Dans les informations les plus récentes, nous ne voyons que la ville d'Oporto, en Portugal, qui soit signalée comme nouvellement atteinte. En France, nous n'avons heureusement aucune localité nouvelle à indiquer comme étant plus ou moins en proie au fléau cholérique.

La grande question de la contagion du choléra continue aussi à occuper vivement les esprits. On sait que l'épidémie cholérique qui a sévi sur notre armée d'Orient a eu pour résultat la conversion de deux médecins éminens aux opinions contagionistes. Le retour récent de M. Michel Lévy de sa glorieuse mission, la présence à Paris de M. le docteur Fauvel, tous les deux anticontagionistes avant la guerre d'Orient, et convertis naguère à de nouvelles idées, ont ranimé dans le monde médical, et si ce n'est d'une façon officielle, du moins dans un grand nombre de réunions libres, d'assez vives discussions sur la question si controversée de l'importation et de la transmissibilité du choléra. Quand nous avons appris la conversion de nos deux savans confrères, nous n'avons ni dissimulé l'importance, ni amoindri la valeur de ce fait. Nous considérons comme très grave le passage de MM. Lévy et Fauvel dans le camp des contagionistes, et en raison même de la gravité de cette conversion, nous soupirons ardemment après la communication scientifique et officielle des faits qui l'ont produite.

Il ne nous appartient pas de devancer cette communication; MM. Lévy et Fauvel ont sans doute des motifs pour la différer, et nous devons les respecter. Si nous sommes bien renseigné, M. Fauvel, provoqué sur ce point dans la dernière séance de la *Société des médecins des hôpitaux*, se serait très explicitement prononcé sur sa croyance à la transmissibilité du choléra, et aurait exposé les motifs sur lesquels il fonde ses opinions actuelles. Quoique ces motifs nous soient à peu près connus, par crainte d'en altérer la valeur par une relation peut-être et malgré nous inexacte, voulant laisser d'ailleurs à nos savans confrères toute la priorité de leurs idées, nous nous abstiendrons de rien publier à cet égard.

Ce que nos propres informations nous ont appris, c'est que l'épidémie de l'armée d'Orient a présenté des particularités nombreuses et qui devront embarrasser les partisans des opinions les plus opposées. S'il y a des faits que la doctrine de la transmissibilité peut expliquer, il en est d'autres, et de tout aussi graves, qu'elle sera certainement impuissante à faire rentrer dans la doctrine.

Ainsi, serait-il vrai que l'épidémie de l'armée d'Orient n'ait eu presque aucun retentissement sur la population civile et indigène? C'est l'armée, l'armée presque exclusivement qui aurait subi les atteintes du fléau.

Ce premier fait serait considérable, et si nous l'indiquons ici, c'est pour provoquer des investigations sérieuses sur ce point qui demande à être éclairci.

Un autre fait non moins grave, et dont les exemples pourront être trouvés dans les rapports officiels du service de santé de la marine, consisterait en ce que le choléra se serait plusieurs fois développé spontanément en mer, sur des bâtimens venant de lieux indemnes du fléau, et n'ayant eu aucune communication avec des lieux ou des personnes infectées.

Un troisième fait aussi important et sur lequel nous appelons aussi l'attention de ceux qui ont été ou qui sont encore en mesure de le vérifier, c'est que depuis longtemps, soit au camp de Maslac, soit en Crimée, le choléra ne prend plus ses victimes que sur les troupes nouvellement arrivées. Les régimens anciennement en Crimée restent indemnes du fléau. A ce point, que le choléra s'éteindrait très probablement en Crimée si les exigences de la guerre ne forçaient pas à y envoyer de nouvelles troupes. Ainsi, pour ne parler que des plus récens exemples de ce fait, le choléra éclate dès leur arrivée sur les troupes sardes et sur les régimens de la garde impériale; il y concentre son action; les vieilles troupes, qui ont déjà payé leur tribut, semblent acclimatées à l'influence cholérique et ne lui fournissent plus de victimes.

Que deviennent, devant ces faits, les théories et les doctrines? Ne dirait-on pas que plus on a d'occasion d'étudier le choléra, que plus on cherche à pénétrer l'énigme de ce sphinx pathologique, plus s'épaissit aussi le voile qui le couvre?

Un fait consolant et qui paraissait plein d'espérances, sur lequel partisans et adversaires de la contagion semblaient vouloir se réunir comme sur un terrain neutre et fertile en applications pratiques, l'existence à peu près constante de la diarrhée prémonitoire, ce fait général sera-t-il infirmé par les bizarreries de l'épidémie de l'armée d'Orient? Nous ne savons, mais ce transport du choléra de France au Pirée, du Pirée à Gallipoli, de Gallipoli à Varna, et trouvant partout et subitement des masses prédisposées à le subir et toutes prêtes à lui donner des victimes, ce fait, disons-nous, a besoin d'être entouré de renseignemens les plus précis et les plus sévères, car il est de nature à bouleverser bien des croyances reçues.

Enfin, au point de vue sur lequel nous appelons l'attention des personnes en position de faire ces recherches, sur lequel des renseignemens exacts nous manquent, et à propos duquel nous ne voudrions pas donner nos présomptions comme des preuves, c'est le fait de savoir quels rapports de coïncidence de temps peuvent exister entre l'apparition du choléra au Pirée, à Gallipoli et à Varna, et cette apparition à Marseille, à Toulon, à Ancône, à Livourne, à Naples, en Sicile et sur tous les points de la côte méditerranéenne qui ont été envahis par le fléau dans l'été de 1854. Ce point de vue, et par des motifs que nous pourrons développer plus tard, si mes présomptions reçoivent la confirmation des faits, nous paraît digne d'une attention sériense.

— Malgré les objections qui lui ont été faites, M. le professeur Gerdy continue l'emploi de sa méthode pour la cure radicale des hernies. Il l'a encore mise en pratique, le 13 juillet dernier, pour une hernie inguinale gauche sur un homme de 25 ans, dont la hernie datait de quatre ans, et dans un état général de santé d'ailleurs satisfaisant. Voici comment M. Gerdy a procédé à cette opération; on y verra les modifications que le professeur a fait subir à sa méthode :

Le doigt, recouvert de la peau du scrotum, ayant été enfoncé dans le canal inguinal, arrive difficilement jusqu'à l'orifice interne qui est très élevé. Une aiguille courbe, glissant dans un fourreau, est conduite sur le doigt. A cette aiguille on a eu soin d'adapter un fil de soie double qui porte une petite bille en ivoire; arrivé à l'extrémité supérieure du canal, on pousse l'aiguille qui vient ressortir à travers les tégumens. On dégage alors le fil dont on attache les deux chefs sur un fragment de sonde élastique; un second fil adapté à la bille de l'autre côté permet de la retirer.

Les suites immédiates de cette opération ont été très satisfaisantes. Les accidens locaux et généraux ont été modérés; le 17 juillet, on a pu retirer la bille d'ivoire; le 22, on a retiré le dernier fil, et les jours suivans le malade a repris son régime habituel.

Nous avons dit que des objections avaient été faites à l'emploi de cette méthode. M. Vauverts, interne du service, reprend les principales et s'efforce d'y répondre :

1° La guérison n'est pas permanente; au bout d'un temps plus ou moins long, la peau se détache, se décolle, et la hernie reparaît. Le décollement de la peau invaginée est, en effet, le fait le plus fréquent; mais, dit M. Gerdy, l'orifice supérieur du canal se rétrécit par suite de l'inflammation, ou bien même garde ses dimensions antérieures sans laisser redescendre la hernie; et parmi plusieurs faits, il cite celui d'un ouvrier charpentier, travaillant sur le port, se livrant à des efforts, présenté à la Société de chirurgie, opéré depuis quinze ou dix-sept ans, dont l'orifice interne est très large, et chez qui la hernie n'a pas reparu.

2° Les douleurs sont trop vives aux points de la suture pour être supportées. Cette objection était vraie lorsque plusieurs fils servaient à fermer les adhérences; une inflammation vive et douloureuse se répandait tout autour. Mais, comme on vient de le voir, M. Gerdy n'emploie plus qu'un seul point de suture et une petite bille pour retenir la peau invaginée, et la douleur est à peine prononcée, et les symptômes généraux très calmes.

3° L'opération n'est pas sans dangers, c'est vrai, mais une hernie n'est pas non plus sans dangers : sur cent cas opérés par M. Gerdy, il n'a eu qu'un cas de mort. — (In *Monit. des hôp.*, n° 90.)

Malgré ce tableau séduisant, nous pensons qu'une opération de ce genre doit être réservée pour les cas où la présence d'une hernie occasionne plus ou moins habituellement des accidens, ou tout au moins des incommodités assez sérieuses. Ce n'était pas le cas du jeune homme opéré par M. Gerdy, car selon le texte même de l'observation : « Le malade consulta un » médecin, qui conseilla l'usage d'un bandage, qui fut porté » jusqu'à ce jour *sans donner lieu à aucun inconvénient.* » Quels regrets n'eût pas éprouvé M. Gerdy, si son opération, habilement faite d'ailleurs, au lieu du succès immédiat qui l'a couronnée, eût été suivie de la mort de ce jeune homme, fort, robuste, bien portant, et que sa hernie n'incommodait en aucune façon!

— Voici un fait curieux, qui peut avoir des applications pratiques importantes, et qui prouve la possibilité de l'absorption de l'iode par la peau :

« Une fille de 7 ans, née de parens tuberculeux, malade depuis six mois, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Bouchut, offrant des alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée. Son ventre est très développé; elle est sujette à des accès de fièvre qui se reproduisent irrégulièrement. M. Bouchut prescrit des applications de teinture d'iode sur l'abdomen, et comme moyen révulsif, et comme pouvant déterminer la résolution des granulations qu'il suppose occuper le péritoine et les ganglions mésentériques. Pendant un mois, le ventre de cet enfant est chaque jour recouvert d'une teinture d'iode pure, et il semble que son volume a diminué d'une manière assez notable, et, depuis le commencement du traitement, il n'y a eu que trois jours de diarrhée.

» Un des résultats les plus curieux de la médication, et celui sur lequel nous voulons surtout appeler l'attention, c'est l'absorption du médicament par la peau garnie de son épiderme, fait trop souvent nié par les physiologistes, et dont l'observation clinique fournit journellement de nouvelles preuves. Voici comment s'y prit M. Bouchut pour la démontrer.

» Chaque jour, les premières urines, rendues après les frictions avec la teinture d'iode furent recueillies et examinées par le procédé très simple que voici : on trempait dans l'urine une bande de papier collé, dit *papier écolier*, puis on ajoutait une petite goutte d'acide azotique. L'iode absorbé, combiné avec les sels de l'urine, était immédiatement rendu libre par l'addition de l'acide, et réagissait sur l'amidon du papier de manière à le colorer en bleu. Ce procédé de recherche, d'une extrême simplicité, et qui n'expose à aucune erreur, est, suivant M. Bouchut, le meilleur qui existe pour reconnaître la présence de l'iode dans l'urine.

» Chez cette enfant, l'iode combiné à une base existait dans l'urine et ne pouvait provenir que de la teinture d'iode mise sur les tégumens de l'abdomen. Il s'y trouvait en quantité considérable et avait saturé l'organisme en pénétrant par les capillaires de la peau. Or, c'est là un fait extrêmement important et qui, en dehors de toute idée thérapeutique particulière, découvre un mode tout spécial d'absorption et d'introduction de l'iode dans l'économie. Ce moyen précieux, il sera possible de l'utiliser toutes les fois que l'on aura affaire à des sujets dont les voies digestives seront très susceptibles et incapables de supporter soit l'iode en nature, soit les préparations iodiques.

» On rencontre fréquemment des scrofuleux et des phthisiques auxquels on cherche vainement à administrer l'iode et ses composés sans pouvoir y réussir, en raison des douleurs d'estomac et des intestins que ces médicamens provoquent. Chez ces sujets, des frictions quotidiennes pratiquées avec la teinture d'iode sur la peau pourront en introduire dans l'organisme une quantité considérable à l'adresse de la maladie qu'il faut combattre, et remplacer avec avantage l'administration impossible par les voies digestives de certains composés de ce métalloïde. » — (In *Gaz. des hôp.*, n° 88, 1855.)

— Le traitement de certaines formes de *lupus* fait encore le désespoir des praticiens. Voici encore une nouvelle tentative due à un médecin dont les opinions et la pratique jouissent d'un légitime crédit. M. Pétrequin, de Lyon, préconise l'emploi du *caustique doré* contre cette dermatose.

« Le *caustique doré* est une solution d'or dans de l'eau régale, dans la proportion de 1 partie d'or laminé, 1 d'acide nitrique et 3 d'acide chlorhydrique. On le conserve dans un flacon hermétiquement bouché à l'émeri; pour éviter l'introduction de substances étrangères qui l'altéreraient, il faut s'abstenir de plonger dans la totalité du caustique le pinceau qui sert à l'étendre sur les parties malades. Il faut à cet effet avoir un petit flacon où l'on en verse selon les besoins du moment.

» *Mode d'emploi.* — La première précaution à prendre pour appliquer le *caustique doré*, c'est de dépouiller la partie malade, soit de son épiderme, soit des couches de croûtes, de mucus ou de pus qui la recouvrent. On en vient à bout avec des lotions et des cataplasmes. La cautérisation donne lieu à une concrétion plastique qui passe par diverses nuances de couleur jusqu'au noir; elle forme un moyen protecteur du travail de cicatrisation; on la laisse en place huit à neuf jours, on renouvelle ainsi l'application du *caustique doré* de semaine en semaine jusqu'à la guérison.

» M. Pétrequin a employé avec beaucoup d'avantage le caustique doré dans le *lupus vorax* ou *exedens*, ulcère rongeur de la peau que les auteurs nomment *esthiomène, dartre rongeante*, maladie commune à la face. On ajoute au traitement local les tisanes dépuratives, les sirops antiscrofuleux, le bochet, et les eaux minérales, comme celles d'Uriage, de Louesche, etc.

» M. Gubian cite des cas d'*eczéma impétigineux* arrivés à l'état d'ulcération, des *dégénérescences scrofuleuses de la peau*, et des *syphilides ulcéreuses* où le *caustique doré* a produit les effets les plus heureux, il mentionne également quelques carcinômes de la face qui en ont été avantageusement modifiés.

» En résumé, le *caustique doré* paraît convenir spécialement dans le lupus et certaines dermatoses ulcéreuses.

» M. Pétrequin a fait aussi une excellente application du caustique doré pour corriger la *difformité des cicatrices* qui résultent soit des scrofules, soit de la variole confluente. Il a expérimenté que les taches strumeuses, sous l'action de ce caustique, perdent leur teinte bleuâtre, leur tatouage, et deviennent blanches presque comme la peau. L'auteur recommande de ne pas se servir d'une pince de fer pour appliquer le caustique; car il se formerait un précipité métallique qui déposerait dans le tissu cutané des macules brunes ou noires, indélébiles. — (In *Gaz. méd. de Paris*, n° 30.)

Amédée Latour.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Clinique médicale de M. Pidoux.

LEÇONS SUR L'ASTHME.

La maladie décrite par les nosologistes sous le nom d'*asthme* est formée de trois élémens morbides distincts et primitifs, associés dans des proportions diverses. L'élément caractéristique de l'accès, celui qui imprime à la maladie sa forme spéciale, c'est *le spasme pulmonaire*. Les deux autres sont: premièrement *le catarrhe*, deuxièmement l'*emphysème vésiculaire*, ou anévrysme du poumon.

Toutes les théories de l'asthme professées jusqu'à présent sont systématiques et fautives parce que, toutes, elles excluent un ou deux de ces élémens constitutifs de l'asthme complet. Celles qui les font intervenir tous trois ne leur assignent pas leur véritable rapport et donnent toujours l'un d'eux comme la cause physique des autres. C'est là surtout ce que je viens combattre.

Il faut bien entendre, d'abord, que le spasme pulmonaire, cause de la dyspnée spéciale de l'asthmatique, est un acte pathologique du poumon primitif, ou indépendant en soi du catarrhe et de l'emphysème. Il en résulte que la dyspnée dans l'asthme est une dyspnée active, un trouble élémentaire de la sensibilité et de la contractilité du poumon. La manière toute particulière dont l'asthmatique respire dans ses attaques, les sensations singulières qu'il éprouve avant et pendant l'accès mettent ce fait hors de doute. Je me borne à le signaler, devant y revenir amplement.

Un catarrhe des petites bronches existe plus ou moins chez tous les asthmatiques. Ce catarrhe particulier, quoique lié au spasme pulmonaire, comme dans la dysenterie le catarrhe du gros intestin est lié au spasme intestinal, en est fort distinct, et n'est pas plus la cause de la dyspnée, que la présence des matières dysentériques dans l'intestin n'est la cause des coliques spéciales qui caractérisent la dysenterie. Le catarrhe pulmonaire est sans aucun rapport d'intensité avec la dyspnée de l'asthmatique.

Il ne manque pas d'individus affectés de catarrhe capillaire aigu ou chronique sans asthme. Qu'on les observe, et, du premier coup, on se convaincra qu'il n'y a aucune analogie entre leur dyspnée, *quand ils en éprouvent*, et la difficulté *sui generis* de la respiration chez l'asthmatique.

Le catarrhe considéré comme cause mécanique de dyspnée dans le gonflement de la membrane muqueuse des canaux bronchiques et dans l'accumulation du mucus qu'il produit, ne peut causer et ne cause qu'une difficulté *physiologique* de respirer. Il y a obstacle mécanique à la pénétration de l'air. Dès lors, les puissances respiratoires ordinaires redoublent tout simplement d'action. Cela n'a même pas toujours lieu, parce qu'on finit par s'habituer à l'obstacle mécanique, et qu'après un certain temps, la respiration n'en est plus sensiblement gênée. Certaines affections produisent d'emblée ce dernier effet, et indépendamment de l'habitude. C'est ainsi que, dans les fièvres graves, on voit les sujets affectés d'un catarrhe capillaire général avec râles de toutes sortes, sibilans, vibrans, sonores; le malade expectore peu ou point, et souvent des matières collantes, plaquées, non aérées, et pourtant c'est à peine s'il a de la dyspnée. Lui-même, il n'en ressent aucune, et l'observateur ne constate pas d'effort des puissances respiratoires.

Cela ne se voit pas, cela ne peut pas se voir chez l'asthmatique. On ne s'habitue jamais à cette espèce de dyspnée. La raison en est bien simple: c'est une dyspnée primitivement morbide, ou un spasme pulmonaire morbide, et non un redoublement d'action respiratoire physiologique. La cause n'en est pas placée hors du sens pulmonaire, hors des mouvemens intrinsèques du poumon. Encore une fois, c'est un trouble morbide primitif, et comme on disait autrefois, un trouble *essentiel* de ces mouvemens. On ne s'habitue pas plus à la dyspnée spasmodique qu'on ne s'habitue à la colique, au tétanos, à l'éclampsie. Au contraire, le poumon s'habitue à supporter une cause mécanique de dyspnée qui n'a d'abord occasionné qu'une exagération physiologique des mouvemens respiratoires. De là à l'asthme, il y a un abime que rien ne peut combler. Ici, plus les explications mécaniques seront ingénieuses, et plus elles paraîtront étroites.

On insiste, en effet, se fondant sur ce que le catarrhe des asthmatiques est caractérisé par des produits concrets, visqueux, adhérens aux petites bronches, capables de s'opposer à l'expulsion de l'air dans l'expiration. On semble avoir la justification péremptoire de cette théorie dans le mode de terminaison des accès. Ceux-ci se terminent toujours, dit-on, par l'expectoration de pelotons de ce mucus concret qui oblitérait les bronches capillaires. Les râles de secs deviennent humides, et à dater de ce moment l'accès cesse.

Je pourrais opposer l'observation à l'observation, et affirmer que si les choses se passent ainsi dans beaucoup de cas, il en est de peu rares où, pour se plier à la théorie, ces faits souffrent violence, et où, avec la meilleure volonté du monde, il serait même impossible de les rencontrer. De plus, quand ils se présentent, ils sont susceptibles d'une interprétation beaucoup plus simple, beaucoup plus pathologique, et qui ne craint pas le démenti de l'observation.

Au début d'un accès d'asthme, le spasme pulmonaire est extrême, et le catarrhe des petites bronches, catarrhe sec et pituiteux, comme l'a très bien vu Laënnec, est lui-même dans cette période où les membranes muqueuses irritées suspendent leurs sécrétions, ou ne fournissent que des produits crus, suivant l'expression des anciens; alors, ces fluides n'ont pas la mobilité qu'ils auront plus tard. C'est l'histoire de tous les catarrhes. Mais la fin de l'accès arrive, et il y a par *consensus*, et non par un rapport mécanique, solution simultanée du spasme et du catarrhe. La détente s'opère dans la sécrétion des petites bronches et dans leur tonicité morbide par deux actions primitives, distinctes, mais sympathiques. C'est une loi pour tous les appareils. Expliquer ce fait autrement, c'est ignorer les harmonies de la nature, c'est conclure de la coexistence de deux choses, à la production factice de l'une par l'autre; c'est tomber en plein dans le vulgaire sophisme: *cum hoc ergò propter hoc.*

Il y a dans l'asthme complet et chronique trois affections simultanées, et qui se combinent, ai-je dit, dans des proportions diverses. Tout *asthmatique*, et par là j'entends tout individu *habituellement* affecté d'asthme, présente le spasme pulmonaire plus ou moins violent, uni, dans les accès, à l'hypertrophie du poumon et à l'élément catarrhal; et hors des accès, il conserve à un degré quelconque l'anévrysme du poumon, et très souvent une nuance plus ou moins prononcée de catarrhe sec ou humide. Cet anévrysme a une existence idiopathique. C'est un état morbide élémentaire du poumon, comme le spasme, comme le catarrhe. Je ne fais qu'en prendre acte, et m'y appesantirai tout à l'heure.

Maintenant que j'ai énoncé les trois élémens, ou affections simples, dont la réunion forme l'asthme considéré dans ses symptômes, et que je les ai distingués l'un de l'autre, je dois chercher les rapports de ces trois facteurs, et comment de leur combinaison dans des proportions très variées, résultent toutes les formes de la maladie.

Première forme ou asthme parfait. — La forme principale, complète, qui doit servir de type, est celle où, chez un individu affecté d'anévrysme pulmonaire, en même temps que d'un catarrhe sec, surviennent, à des intervalles variés et sous des influences internes ou externes bien connus, telles que les vicissitudes atmosphériques et les mouvemens d'une diathèse, surviennent, dis-je, des accès d'asthme qu'on ne peut expliquer que par le développement d'un spasme pulmonaire intermittent se joignant aux deux élémens continus de la maladie.

Chez quelques sujets, ces accès spasmodiques sont très communs, chez d'autres très rares.

Tel est l'asthme que je nomme parfait, parce qu'il résulte du concours de toutes les lésions dont le poumon est susceptible dans cette maladie. Cette forme parfaite va se décomposer en ses élémens constitutifs; et cette analyse naturelle nous donnera les trois autres formes de l'asthme.

Deuxième forme ou asthme organique. — Il y a des emphysémateux qui ont très peu d'accès, c'est-à-dire très peu de spasmes intermittens du poumon. Ce sont ces individus qu'on nomme *poussifs*, qui toute leur vie, et dès leur plus tendre enfance, éprouvent une sorte d'asthme continu et non nerveux, qu'on pourrait appeler *asthme organique*. Voilà ce que les auteurs, et ce que Laënnec désignait sous le nom d'emphysème vésiculaire proprement dit. Il a, le premier, admirablement décrit cette affection, et n'a eu que le tort de la trop séparer de l'asthme. Ces sujets ressemblent à ceux qui sont affectés d'une hypertrophie simple du cœur, chez qui cette altération ne détermine pas des accès de palpitations morbides ou des désordres très notables dans l'action du cœur, et qui peuvent conserver longtemps cette hypertrophie.

Telle est la seconde forme principale de l'asthme.

Troisième forme, ou asthme nerveux. — Dans une troisième forme, les individus ont d'abord plus de spasme que d'anévrysme pulmonaire. C'est l'asthme intermittent ou nerveux proprement dit. Mais dans le plus grand nombre des cas, et si les accès ne se guérissent pas; si l'asthme n'est pas passager et purement accidentel, l'emphysème, faible au début, fait des progrès, et les deux élémens, le spasme et l'anévrysme, l'élément nerveux et l'élément *organique* de l'asthme finissent par exister ensemble.

Souvent même, avec l'âge, l'emphysème et le catarrhe augmentent, et les accès spasmodiques diminuent plus ou moins. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas nécessairement proportion et corrélation exactes entre ces trois élémens nosologiques.

Les sujets dont je parle sont nerveux, très impressionnables, souvent goutteux, dyspeptiques et hypochondriaques. C'est chez eux que se manifestent au plus haut degré les singularités et les susceptibilités du sens respiratoire qu'on a signalées de tout temps dans l'asthme *nerveux et intermittent*. Le type précédent, au contraire, ou l'asthme organique et continu, appartient généralement à des individus passifs et peu nerveux.

Quatrième forme, ou asthme humide, asthme catarrhal. — Une quatrième forme est l'asthme humide ou catarrhal. Ici, le catarrhe domine; et les deux autres élémens, l'élément organique ou anévrysme du poumon, et l'élément spasmodique, s'y associent dans des proportions différentes. Cela donne deux variétés, très réelles en clinique, de l'asthme humide ou catarrhal: la première, qui est l'asthme humide nerveux, intermittent, ou spasmodique; la deuxième, l'asthme humide continu ou avec emphysème. Il n'est pas de praticien qui, jaloux de se rendre compte de son expérience sur l'asthme, ne trouve dans sa mémoire de nombreux exemples de ces diverses formes. Il nous semble qu'on ne peut les classer et les comprendre qu'en les envisageant de cette manière. On introduit ainsi dans la théorie de l'asthme la variété infinie qu'y déroule la clinique, et on y maintient pourtant l'unité caractéristique qui ne permet pas de méconnaître la même maladie sous des aspects si changeans.

Serait-il possible que les uns n'aient vu dans l'asthme qu'une névrose du poumon, les autres qu'un catarrhe, de certains qu'une lésion organique, et que ces trois affections n'y existassent pas simultanément? Pour le croire, il faudrait connaître bien peu l'histoire des systèmes et la formation des théories dans les sciences. Aujourd'hui, qu'il n'y a pas en médecine de système qui passionne, et que l'éclectisme est pris pour libéralisme et justice d'esprit, on admet volontiers qu'il y a dans l'asthme un peu des trois élémens pathologiques qu'y démontre l'analyse. Mais ces élémens hétérogènes retombent inévitablement sous l'empire de l'anatomisme et des explications physiques, de sorte que ce faux libéralisme ne les a accueillis que pour les livrer sans défense aux usurpations des sciences accessoires. Cherchons donc encore les rapports de ces trois affections simples: le spasme, le catarrhe, l'emphysème ou anévrysme du poumon.

1° *Le spasme pulmonaire.* — Depuis le commencement de cette leçon, je ne me suis rarement servi du mot *asthme* sans y ajouter certaines qualifications qui n'étaient pas sans objet. J'ai toujours dit: *asthme proprement dit, asthme des nosologies, asthme chronique, asthme bien formé*, etc., etc., pour faire entendre que tout accès de dyspnée spasmodique ne constituait pas l'*asthme*, bien que le spasme du poumon fût un des élémens de cette maladie. C'est qu'en effet, il y a des individus chez qui le poumon est si irritable dans sa sensibilité et sa contractilité spéciales, que sous l'influence d'une émotion, d'une vapeur stimulante, d'une poussière, des vicissitudes brusques de l'atmosphère, de la marche à contrevent, etc., ils éprouvent avec la plus grande facilité des accès passagers de spasme pulmonaire. Mais *ces accidens* se distinguent de l'asthme proprement dit, non pas tant par la forme de l'accès lui-même, qui peut présenter beaucoup des symptômes d'un accès d'asthme, mais par leur marche, ou plutôt par l'absence d'une certaine coordination de symptômes qui, seule, forme l'asthme véritable. C'est-à-dire qu'il y manque un quatrième élément, dont je parlerai plus tard, qui relie les autres et en fait une espèce nosologique. On peut donc dire qu'ils s'en distinguent par l'absence de la marche régulière qui caractérise une maladie bien formée ou une espèce nosologique. Ce qui leur manque pour cela, je le dirai en finissant.

Ces sortes de sujets peuvent très bien n'être pas asthmatiques; mais ils sont très susceptibles de le devenir ; et si l'irritabilité pulmonaire dont j'ai parlé est très développée, il est rare qu'à un degré quelconque, ils n'éprouvent pas, en même temps que leurs spasmes, une irritation plus ou moins prononcée de la membrane muqueuse bronchique, et qu'à ces deux élémens, ne se joigne pas, tôt ou tard, si cela dure, un peu d'hypertrophie du poumon. Je le répète pourtant : on peut observer le seul spasme, à titre d'accident, chez certaines personnes à poumons impressionnables, et c'est tout ce qu'il me faut pour établir l'existence propre et primitive de cet élément important de l'asthme.

D'ailleurs, une seule chose me suffit pour cela, c'est de prouver que le poumon est actif dans la respiration. Si cette activité n'apparaît pas manifestement dans la respiration calme et ordinaire (quoique pourtant elle y intervienne à un degré quelconque), il est impossible, ce me semble, de la méconnaître dans certains actes extraordinaires et convulsifs des organes respiratoires. C'est surtout dans l'expiration que la contraction du poumon est incontestable et peut seule expliquer les phénomènes. A qui n'est-il pas arrivé d'éprouver, en toussant, une expiration violente dans laquelle le poumon se contracte et se resserre tellement, qu'il épuise toute la faculté qu'ont les côtes de s'abaisser, et entraîne si énergiquement l'action des muscles expirateurs, qu'ils sont impuissans à s'y prêter davantage? Il y a alors un instant d'immobilité convulsive du thorax, pendant lequel on sent très bien que le resserrement expirateur du poumon *tend à augmenter encore*, et augmenterait en effet, si les conditions physiques de la cavité du thorax le permettaient. Mais le vide ne pouvant se faire entre les deux plèvres, le spasme pulmonaire s'arrête. Les Anglais expliquent par ce mécanisme l'emphysème des asthmatiques ; et il est certain que s'il ne le produit pas essentiellement, il doit contribuer puissamment à l'augmenter, et surtout, à occasionner ces déchirures du poumon d'où résultent les infiltrations d'air qu'on observe à leur surface chez certains asthmatiques, et qui donnent lieu à des ampoules saillantes sous les plèvres et semblables aux vessies natatoires des poissons. C'est aussi ce qu'on voit à l'autopsie de certains enfans morts de coqueluche.

Ce qui a lieu dans la toux convulsive de la coqueluche, toux caractérisée, comme on sait, par une expiration saccadée, active, exagérée, et qui épuise toute la contractilité du poumon et toutes les puissances expiratrices du thorax, ce qui a lieu alors, dis-je, et ce qu'on peut éprouver accidentellement dans toute espèce de toux, on l'éprouve habituellement dans un accès d'asthme à forme spasmodique, et cet accès, comme tel, n'est même pas constitué par autre chose. Qu'on remarque bien, en effet, le mode de respiration de l'asthmatique pendant son accès. Ce n'est pas l'inspiration qui est longue et laborieuse, c'est l'expiration. Il a une respiration courte, suivie d'une expiration active, prolongée et qu'il voudrait pouvoir arrêter. Mais il ne le peut; elle est forcée comme celle de l'enfant à coqueluche ; seulement, elle n'est pas saccadée. Au lieu d'être clonique, elle est tonique. Van Helmont disait que l'asthme était l'épilepsie du poumon. Il serait plus exact de le comparer à un tétanos de cet organe, et d'appeler la coqueluche, avec M. Bretonneau, une éclampsie pulmonaire.

L'efficacité des vapeurs de belladone pour résoudre quelquefois avec une promptitude étonnante un accès d'asthme, est une preuve de la nature spasmodique de cet accès. Qui ne sait l'action toute spéciale des solanées vireuses pour relâcher les fibres motrices contractées?

On connaît le bruit morbide caractéristique que le poumon présente à l'auscultation pendant un accès d'asthme. On l'a justement désigné sous le nom de *bruit de tempête*. C'est en effet le bruit du sifflement d'un vent d'orage à travers les cordages d'un navire. Ce bruit strident, si pathognomonique, nous semble favorable à l'opinion injustement abandonnée de Laënnec, qu'on ne peut donner une bonne théorie des bruits sthétoscopiques normaux et anormaux, qu'en admettant l'activité des pouvons dans la respiration. Jamais le catarrhe des petites bronches n'expliquera la nature toute spéciale de ce bruit. On sent mieux qu'on ne l'exprime, qu'il est dû à un effort convulsif du poumon. Il est au spasme des petites bronches, dans l'accès d'asthme, ce que les bruits soufflans et sibilans des artères sont aux affections spasmodiques de ces vaisseaux chez les hystériques, les chlorotiques, les hypochondriaques, etc.

L'existence de fibres spéciales qui entrent dans la constitution des bronches, les mouvemens imprimés à ces fibres par le galvanisme, sont la base anatomique et physiologique de la théorie de l'accès d'asthme que je viens de présenter.

2° *Le catarrhe*. — C'est généralement un catarrhe tout particulier, caractérisé plutôt par la sécheresse de la membrane que par son excès de sécrétion. Laënnec l'appelait sec ou pituiteux. On remarquera que cette sécheresse des membranes muqueuses irritées, ou que la consistance visqueuse et tenace de leurs produits et leur rareté, si je peux ainsi dire, sont communes lorsque le plan contractile qui double ces membranes est affecté de spasme. On l'observe pour l'intestin dans la dysenterie et l'entéralgie. La constipation, ou *resserrement de l'intestin*, affection active, véritable élément morbide, qu'on regarde à tort comme un élément passif, n'est autre chose que cette rareté de la secrétion intestinale jointe à un spasme tonique de l'intestin.

De même que nous n'admettons guère de gastralgie et d'entéralgie sans un degré quelconque de sécrétion morbide de la membrane muqueuse gastro-intestinale, soit constamment, soit à un certain moment de ces affections; de même aussi nous n'avons jamais vu d'asthme proprement dit sans un degré quelconque de catarrhe existant constamment ou à un certain moment de la maladie. Mais ce qu'il importe de remarquer, c'est qu'il n'y a aucun rapport, aucune proportion entre l'intensité propre des deux élémens constitutifs de l'asthme que j'ai déjà examinés, le spasme et le catarrhe pulmonaires. Voilà ce qui fait le dissentiment entre les auteurs qui ne voient dans l'asthme qu'un catarrhe, et ceux qui, n'y voyant qu'une névrose, regardent le catarrhe comme une complication sans relation nécessaire à la maladie. Ils sont, suivant nous, également dans l'erreur.

Il est des individus chez qui l'élément spasme est au *maximum*, le catarrhe au *minimum*. Ce dernier élément est alors si peu prononcé, et son congénère si intense, que celui-ci seul frappe l'observateur, forme pour ainsi dire toute l'affection, surtout pendant l'accès, et qu'alors l'autre élément, le catarrhe est nié. C'est l'asthme désigné dans les auteurs sous le nom de sec, spasmodique, nerveux, essentiel, etc... L'accès, chez ces sujets, cesse quelquefois sans expectoration notable. Mais ces individus qui dans un accès donné n'ont presque pas eu de catarrhe appréciable, présenteront cette dernière affection très prononcée soit dans un accès suivant, soit à une certaine époque de l'année, soit dans une certaine phase de leur longue maladie. Ainsi, un asthmatique avait l'asthme nerveux *au maximum* avec un catarrhe sec très faible, qui quelques années après, aura un asthme beaucoup plus catarrhal. Généralement alors, l'autre élément, le spasme aura diminué. Ainsi, on voit souvent des individus présenter la forme nerveuse de l'asthme pendant leur jeunesse, et la forme humide ou catarrhale pendant leur vieillesse. D'autres fois, les deux élémens sont en proportion à peu près égale. Des parens affectés d'asthme humide engendreront un enfant à asthme sec ou nerveux, et réciproquement. Une autre observation bien propre à montrer que le catarrhe se combine avec une lésion de l'irritabilité pulmonaire pour former l'asthme, est celle-ci, que j'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois. Chez certains asthmatiques, les accès d'asthme humide sont remplacés par des accès d'une toux étranglée, convulsive, qui présente beaucoup d'analogie avec la toux de la coqueluche, et s'accompagne, comme elle, du *cri lamentable* caractéristique. Le spasme pulmonaire se manifeste alors par la toux convulsive, au lieu de se manifester par la dyspnée convulsive. Et puis, dans un accès suivant, on retrouve la forme ordinaire de l'asthme.

Nous concluons sur ce point, qu'il y a toujours un degré quelconque d'affection de la membrane muqueuse dans l'asthme proprement dit, mais que les proportions dans lesquelles cet élément s'associe à l'élément spasme, varient à l'infini, depuis le degré où le catarrhe est si minime, que l'asthme passe alors pour purement nerveux, pendant une certaine période, au moins, jusqu'à celui où l'élément spasme est si faible, que l'asthme est nommé catarrhal, et que certains observateurs semblent autorisés, plutôt qu'ils ne le sont réellement, à nier le spasme et à n'affirmer que le catarrhe. Il importe, toutefois, de remarquer que, dans ce dernier cas, l'asthme est dit *humide* moins encore parce que l'élément nerveux y est très faible, que parce que le flux catarrhal y est abondant, facile, peu visqueux, ce qui enlève leur argument le plus spécieux aux partisans de la théorie galénique de l'asthme, théorie fondée, comme on sait, sur la présence d'une matière adhérente qui boucherait les petites bronches, et produirait ainsi tous les phénomènes de l'asthme.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE LA VARIOLE PAR LES PURGATIFS (1) ;

Par M. J. GORLIER, médecin à Rosny.

VII. — Femme Gritt, 40 ans, vaccinée (*variolæ sine variolis*). Cette femme, comme son mari, n'a pas cessé de donner des soins à sa fille, et en outre, c'est elle qui a constamment veillé son mari.

Elle s'est mise au lit, tourmentée par de la fièvre, de la céphalalgie, des douleurs lombaires et une lassitude extrême ; tous ces accidens, traités par les purgatifs, ont cédé, et le calme a reparu sans apparition de pustules.

VIII. — Martin, cantonnier, 42 ans, vacciné. Variole très confluente, à pustules volumineuses. Dès le début, état comateux, dont le malade ne sort que pour demander à être saigné, tant sa tête lui paraît être lourde et est douloureuse.

10 février. 4 *grammes de jalap* dans la journée. Selles très fréquentes, sous l'influence desquelles le malade ressent un mieux sensible.

12. 2 *grammes de jalap*. Début de l'éruption.

13. Les pustules sont nombreuses, volumineuses, marchent rapidement. — 2 grammes de Jalap.

14. La face est considérablement tuméfiée ; le malade est méconnaissable. — 2 grammes de jalap.

(1) Voir le numéro du 28 Juillet.

16. Jalap, 2 grammes.

Je vois encore mon malade jusqu'au 22. Rien à signaler.

Ce malade conserve à peine quelques traces de cette variole. — La femme de ce malade, qui l'a soigné, et deux enfans de 9 et 15 ans, qui n'ont pas cessé d'habiter la même chambre, n'ont pas été atteints.

IX. — Vigérat fils, 30 ans, vacciné. — 27 février. Début : céphalalgie intense, douleurs lombaires, anxiété épigastrique, ataxie. J'ordonne une bouteille limonade purgative.

Le soir, à quatre heures. Aux accidens constatés s'est ajouté du délire; la face est vultueuse, la respiration difficile ; le malade dit qu'il étouffe. La bouteille de limonade n'a produit qu'une évacuation. (Le malade croit qu'il serait soulagé s'il évacuait davantage.) Une bouteille de limonade purgative.

28. Il y a eu quatorze à quinze selles, auxquelles le malade attribue l'amélioration survenue dans son état. La nuit a été bonne ; pourtant, il y a toujours de la céphalalgie. — Un bouteille limonade.

1er mars. Apparition de quelques rares pustules. Le mieux persiste.

2. Pas de prescription.

3. Demi-bouteille de limonade.

11. Une bouteille de limonade, et je cesse mes visites.

Si ce malade n'a eu qu'une variole discrète, je crois bien que le purgatif n'y a pas peu contribué.

X. — Fille Ledais (Adélaïde), 16 ans, a été vaccinée, mais ne porte pas les traces de la vaccine. Variole confluente traitée par l'*infusion de bourrache*. Elle a été très longtemps malade, et conserve des traces nombreuses de la variole. (Cette jeune fille est tombée malade dans le moment où la fatigue me forçait à garder le lit.)

XI. — Joséphine Ledais, 21 ans, vaccinée. Traitement purgatif. Variole très discrète. N'est pas marquée.

XII. — Élise Ledais, 23 ans, vaccinée. Variole *assez* confluente. Traitement purgatif. Est peu marquée.

XIII. — Moutardier, petite fille, 9 ans, *non vaccinée*. Variole confluente. Traitement purgatif : calomel et jalap. Sera à peine marquée.

XIV. — Remy, petit enfant, 18 mois, *non vacciné*. Variole confluente. Traitement par le calomel. A peine marqué.

XV. — Fille Clergeon, 35 ans, vaccinée. Variole discrète à la face, et confluente aux cuisses. Traitement purgatif.

XVI. — Ledais (Louis), 25 ans, vacciné. Variole confluente. Traitement purgatif. (A peine quelques cicatrices.)

XVII. — Deslandres, 31 ans, vacciné. Variole discrète. Traitement purgatif. (Aucune marque.)

XVIII. — Femme Deslandres, 25 ans, vaccinée. Variole discrète. Traitement purgatif. (Non marquée.)

XIX. — Hébert, épicier, 26 ans, vacciné. Variole discrète.

XX. — Femme Hébert, 24 ans, vaccinée. Variole discrète.

Ces deux malades sont assez poltrons; comme Luther, ils ne portent pas envie aux morts, aussi se soignent-ils d'*avance*. Ils avaient été purgés et repurgés quelques jours avant les premiers symptômes de la période d'invasion. Telle est la conduite que devraient tenir tous les cliens en temps d'épidémie, et à coup sûr nous n'en perdrions pas un.

XXI. — Mention, boulanger, 35 ans, vacciné. Variole discrète.

XXII. — Femme Mention, 30 ans, vaccinée. Variole discrète.

Ces deux malades avaient suivi l'excellent exemple des époux Hébert, leurs parens.

XXIII. — Laurent Pécheur, 5 ans, *non vacciné*. Variole assez confluente. Traitement purgatif.

XXIV. — Femme Laurent Pécheur, 30 ans, vaccinée. Variole discrète. Traitement purgatif.

XXV. — Saintier fils, 25 ans, vacciné. Variole discrète. Traitement purgatif.

XXVI. — Mecken, bourrelier, 30 ans, vacciné (*variolæ sine variolis*). — Poltron qui avait eu le bon esprit de se purger vigoureusement, et qui n'éprouva que de la fièvre, de la céphalalgie, de la lassitude et des douleurs dans les membres, contre lesquelles j'ai vigoureusement lancé la bouteille purgative.

XXVII. — Femme Varin, 50 ans, vaccinée. — Débuts : assoupissement profond, lassitude générale, douleur de tête. — Purgatifs. Variole discrète, ou plutôt éruption presque nulle.

Je vais clore cette liste en ajoutant deux noms, les noms de deux victimes de cette épidémie :

XXVIII. — M. l'abbé Feuillet, 35 ans, vacciné. — Notre regrettable curé a succombé à une variole confluente véritablement maligne, qu'il n'a pas voulu me laisser traiter ainsi que je le désirais.

XXIX. — Goimbault, 27 ans, vacciné. — Variole très confluente. La physionomie de ce malade, affreusement déformé par le mal, avait frappé et effrayé notre pauvre curé, à ce point que, dès le début de la maladie, il ne cessait de répéter, en regardant ses mains : Goimbault, petite vérole à Goimbault! Et c'est encore en prononçant, ou plutôt en soupirant le nom de Goimbault qu'il s'est éteint!

Je ne vous parle pas de trois petits enfans que je n'ai pas vus.

D'après ce rapide exposé, vous voyez, cher confrère, que j'ai agi avec une certaine énergie, dont je n'ai pas eu trop à me plaindre.

Dans tous les cas, j'ai employé le purgatif à l'exclusion complète des émétiques, que je repousse également dans le choléra, parceque, dans la variole, ils provoqueraient l'éruption que je veux combattre, et parce que, dans le choléra, ils jetteraient par la fenêtre ce qui doit sortir par la porte.

Les résultats obtenus m'autorisent donc à préconiser ma méthode purgative contre la variole : je dis variole et non pas varioloïde, parce que, pour moi, ce sont des varioles que j'ai traitées. — Je ne comprends pas qu'on veuille distinguer des maladies tellement semblables qu'elles se confondent, et qui toutes deux tuent parfaitement.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Trente-deuxième Leçon.

SOMMAIRE. — Reptiles fossiles.

Je vous ai fait connaître la théorie des *créations successives* et la théorie de l'*unité de création*. C'est la première qui est généralement admise aujourd'hui : l'esprit humain est, en effet, porté à croire que la nature n'est pas arrivée tout d'un coup à la création des animaux supérieurs. Comme nous la jugeons d'après nous, nous inclinons à admettre qu'elle a dû commencer par les êtres inférieurs pour s'élever progressivement jusqu'à l'homme. Nous assimilons les procédés de la nature aux procédés de notre intelligence qui n'arrive que graduellement à la formation d'un grand dessein. Mais, même en restant dans cette donnée, on peut objecter aux partisans des créations successives que la création de tel animal que nous appelons *supérieur*, n'est pas plus difficile, *physiologiquement*, que celle de tel autre que nous appelons *inférieur* : par exemple, ne retrouvons-nous pas dans la fourmi toutes les fonctions de l'animalité, tout jusqu'à une fonction psychique, jusqu'à un instinct qui la guide dans ses merveilleux travaux ? Il n'est pas plus difficile à la nature de faire un éléphant qu'une fourmi.

Nous allons continuer notre revue des êtres fossiles.

Nous n'avons observé, jusqu'à présent, que des mollusques et des poissons, c'est-à-dire des animaux aquatiques. Il va de soi que là où gît une population marine on ne saurait trouver d'animaux terrestres.

En remontant dans les couches sédimentaires, les premiers êtres terrestres que l'on rencontre sont des reptiles. Ils se distinguent par une grande taille et par des formes très singulières.

La découverte de ces animaux (du moins pour les plus étonnans) est récente : on ne l'avait pas encore faite en 1812, lorsque Cuvier, ayant rassemblé ses différens mémoires sur la paléontologie, les publia sous le titre de : *Recherches sur les ossemens fossiles.*

En 1814, un anatomiste anglais, sir Everard Home fit connaître un fossile qui parut étrange : il participait du reptile et du poisson. Il avait les vertèbres plates et concaves des deux côtés, ce qui le rapprochait du poisson. Mais, d'une autre part, l'on découvrait en lui de véritables narines; il avait donc respiré l'air élastique. Il avait quatre membres. La forme de sa tête était celle d'un lézard. D'après ces derniers caractères, il a dû être classé parmi les reptiles.

Une autre particularité que présente ce fossile, c'est que ses membres rappellent la conformation des nageoires des cétacés.

Pour exprimer le double caractère qu'offre l'animal, sir Everard Home l'appela *ichthyosaurus* (ἰχθύς poisson; σαῦρος lézard).

On a trouvé un ichthyosaurus qui avait jusqu'à vingt pieds de longueur et cent vingt-six vertèbres.

En 1821, M. Conybeare découvrit un autre reptile très remarquable, le *plesiosaurus*. Il a beaucoup de rapport avec l'ichthyosaurus : ses extrémités ont les mêmes analogies avec les nageoires des cétacés. Il a une tête relativement petite, un cou très long, composé de trente ou quarante vertèbres.

Le plus grand des reptiles fossiles est le *megalosaurus*. Cuvier croit que sa taille pouvait atteindre 16 à 18 mètres. Il fut découvert par M. Buckland en 1818.

On trouve des ossemens de ces reptiles en Allemagne et en France; mais c'est surtout en Angleterre qu'il en existe une grande quantité et c'est de là que nous sont venues les premières descriptions. Aussi les reptiles fossiles sont-ils, pour ainsi dire, le domaine de la paléontologie anglaise.

Le *crocodilus priscus*, découvert en 1814 dans les schistes de la Franconie, fut décrit pour la première fois par Sœmmering. Tandis que les reptiles que nous venons de voir diffèrent notablement des reptiles actuels, celui-ci, le crocodilus priscus, ressemble beaucoup au gavial de nos jours.

J'arrête ici votre attention : voilà un reptile fossile qui se rapproche, qui se place à côté d'un reptile vivant. La loi de parallélisme, que j'ai établie entre les animaux fossiles et les animaux vivans, se trouve donc encore une fois confirmée.

Mais, d'un autre coté, voilà l'ichthyosaurus et le plesiosaurus qui diffèrent, dans une certaine mesure, des reptiles vivans. Ils nous présentent des formes insolites, étonnantes.

Ces formes, qui nous paraissent telles au premier abord, vont perdre bientôt ce qu'elles ont d'apparente bizarrerie pour se fondre dans l'harmonie du règne animal. Rappelez-vous l'ornithorhynque et l'échidné, ces animaux qui semblaient faire disparate avec tout ce que nous connaissions; on ne savait s'il fallait les ranger dans la classe des mammifères ou dans celle des oiseaux. M. de Blainville est venu qui les a placés entre ces deux classes. Il admettait une série, un plan suivi dans la nature organique, et, selon lui, les monotrêmes se trouvaient là tout exprès pour remplir le vide qui existait entre les mammifères et les oiseaux. L'idée est heureuse et vraie.

De même, l'ichthyosaurus et le plesiosaurus viennent se placer tout naturellement entre les reptiles proprement dits et les amphibiens. C'est un anneau qui manquait à la chaîne animale et que nous avons retrouvé dans les êtres fossiles.

Ainsi, nous voyons que le crocodilus priscus et l'ichthyosaurus, l'un voisin et l'autre en apparence éloigné des types vivans, concourent tous les deux à l'harmonie, à l'unité du règne animal.

Je veux fixer votre attention sur un autre point :

On nous dit qu'il n'est pas possible d'expliquer, autrement que par des créations successives, la superposition des couches d'animaux terrestres sur les couches d'animaux marins. Cet ordre indique, en effet, et à n'en pas douter, une succession d'âges pour les populations fossiles. Nous l'avons déjà dit; mais cette succession d'âges implique-t-elle une succession de créations?

Anciennement, les philosophes, lorsqu'ils étaient arrêtés par une difficulté dans la recherche des causes, disaient : La Nature l'a voulu. Raison commode; elle dispensait de l'étude et de l'observation pénible des phénomènes.

Ne suivons pas les philosophes dans cette voie. Quand il s'agit d'expliquer l'apparition d'une population fossile, n'ayons pas toujours recours à cette *machine* d'une création nouvelle. Horace nous donne un précepte sage : *Nec deus intersit....* J'explique, de la manière suivante, la superposition des couches animales.

La mer occupait une localité; elle s'est déplacée par suite d'un cataclysme; le fond de mer s'est transformé en terre sèche; la population marine mise à sec a péri, elle s'est fossilisée. La couche renfermant ces débris d'êtres marins est devenue accessible à la vie terrestre. N'est-il pas naturel de croire que les animaux terrestres, riverains de la mer disparue, se sont avancés et établis sur le sol d'un Continent nouveau, ou, pour mieux dire, d'un Continent reformé ?

Un autre cataclysme a ramené la mer dans son ancien lit; la population terrestre engloutie s'est fossilisée à son tour et la couche de ses ossemens a recouvert la couche des ossemens de la population marine.

Cette explication me semble vraie : elle est d'accord avec les faits géologiques que nous connaissons, et nous dispense de recourir, à chaque pas, au merveilleux d'une création nouvelle. Le *merveilleux* est un genre de secours dont il ne faut jamais abuser.

(*La suite du cours prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Séances de Février, Mars et Avril 1855. — Présidence de M. BRIERRE DE BOISMONT.

(Nos lecteurs se rappellent sans doute le remarquable rapport de M. Ludger Lallemand lu à la Société médicale d'émulation, au nom d'une commission instituée dans le but de rechercher les moyens à employer contre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme. Ce rapport, que l'UNION a publié dans ses numéros de janvier et février derniers, a donné lieu à une discussion que des circonstances étrangères à la rédaction du journal ne nous avaient pas permis de faire paraître jusqu'à ce jour. Complément indispensable du rapport et des expériences nombreuses faites par la commission, cette discussion offre un intérêt qui sera compris de tous ceux qui se sont occupés du sujet qu'elle a en vue.)

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de la commission instituée dans le but de rechercher le moyen le plus efficace à opposer aux accidens déterminés par le chloroforme.

Discussion.

M. DEPAUL : Qu'il me soit permis d'adresser d'abord un juste tribut d'éloges à M. Lallemand pour la manière pleine de talent dont il a présenté les travaux de la commission. Tout s'enchaîne, tout se lie dans ce travail, et l'importance des faits qu'il contient, leur nouveauté, leur diversité mise en lumière par la forme la plus saisissante, lui assigne sa place parmi les travaux déjà publiés sur la question du chloroforme. J'accepte donc le rapport dans son ensemble, et je suis d'autant plus heureux de le faire que, depuis plus de dix ans, le moyen préconisé par la commission, l'insufflation, m'a paru un remède aussi héroïque qu'inoffensif pour rappeler à la vie des nouveau-nés ne donnant plus aucun signe de vie quelquefois depuis plus d'une heure. Les observations que je désire faire sont donc des observations de détail, et elles porteront sur trois points :

1° Est-il bien démontré que l'on puisse introduire sans inconvénient de l'oxygène pur dans les poumons? Le rapporteur nous le dit; mais les expériences sur lesquelles il s'appuie ne me paraissent point assez concluantes. Vous avez insufflé dans les poumons de chiens, plongés dans l'anesthésie la plus profonde, de l'oxygène, et vous vous êtes servi d'un tube ayant un diamètre bien inférieur à celui de la trachée dans laquelle il est introduit. N'en résulte-t-il pas, et je le crois, que, pendant que l'oxygène pénètre dans les poumons sous l'influence des pressions méthodiques de l'opérateur, un courant d'air s'y précipite également en passant entre la sonde et la trachée, de telle sorte que les ramuscules bronchiques et les vésicules pulmonaires contiennent non point de l'oxygène pur, mais bien un air plus ou moins oxygéné?

2° Une seconde observation est relative au *modus faciendi* de l'insufflation. Je professe une grande confiance dans ce moyen, mais je le trouve incomplètement appliqué par la commission. En pratiquant l'insufflation, il faut être sûr de dilater les vésicules pulmonaires. Comme le tube dont on se sert n'a point le calibre de la trachée, le seul moyen d'arriver à ce but, c'est de boucher le larynx ou tout au moins la bouche et les narines. C'est dans ce but que Chaussier avait placé un morceau d'éponge au point de son tube qui correspond à l'orifice supérieur du larynx. En bouchant le larynx et en soufflant fort, on est sûr d'arriver à une ampliation pulmonaire bien plus considérable.

3° Enfin, j'ai vu dans le rapport que le premier indice du retour à la vie chez l'animal frappé de mort apparente par le chloroforme, et soumis à l'insufflation, c'était un mouvement des ailes du nez, des paupières, des lèvres, de la base de la langue. Ceci voudrait dire que la respiration apparaît avant la circulation. Eh bien, ce résultat est contraire à tout ce que j'ai pu observer chez les enfans : toujours le cœur est le *primum vivens* comme il a été l'*ultimum moriens*. N'y aurait-il pas là une fausse interprétation? A-t-on été très attentif à saisir les premiers frémissements du cœur, qui ne peuvent se déceler qu'au stéthoscope? J'ignore les moyens d'investigation employés par la commission, et conséquemment je ne veux point ici en faire la critique; mais il me paraît bien surprenant que l'on observe, contrairement à ce qui se passe chez l'enfant, que l'on observe, dis-je, le retour de la respiration avant celui de la circulation.

M. GIRALDÈS : J'ai lu le rapport après l'avoir entendu, et en le lisant je me suis convaincu que les phénomènes de la chloroformisation chez les animaux ne ressemblent nullement à ce que l'on voit chez l'homme.

Ainsi, on ne trouve nulle part signalées les altérations rencontrées chez l'homme à la suite de la chloroformisation. Le rapport n'est que l'exposé très fidèle, il est vrai, très beau, d'expériences faites sur des chiens, des orvets ou des lapins, et la commission avait pour but d'étudier le chloroforme chez l'homme et d'obvier aux accidens qu'il peut causer. La commission a donc dévié : rien de pratique ne peut ressortir de son travail qui laisse la question où elle l'a trouvée. Je n'y trouve de nouveau que la description d'un procédé propre à découvrir la moindre trace de chloroforme dans le sang ou les organes. Ce procédé peut intéresser des chimistes, des médecins légistes, peut-être des physiologistes; mais quel intérêt peut-il présenter au chirurgien?

Je suis obligé encore de combattre plusieurs conclusions qui me paraissent erronées.

La conclusion première (page 69) se termine ainsi : « *Les phénomènes qui la manifestent* (l'action du chloroforme) *se développent toujours dans le même ordre et avec le même caractère.* » Ça peut être vrai chez les animaux; mais je dis que l'on n'observe rien de semblable chez l'homme.

A la sixième conclusion, il est dit « que le chloroforme est très rapidement éliminé de l'*économie*; la surface pulmonaire est la voie naturelle de cette élimination à laquelle la surface cutanée ne prend qu'une part très restreinte. » Je ne vois rien dans le rapport qui justifie cette conclusion; on y relate bien des expériences desquelles il découle qu'il en est ainsi chez le chien, mais rien encore n'est relatif à l'homme.

Le chien a la peau velue, et par conséquent peu perspirable. En est-il de même chez les animaux à peau nue, chez l'homme en particulier? Je ne le pense pas, et suis d'autant moins porté à le penser, que chez beaucoup d'animaux la peau a une énergie fonctionnelle supérieure à celle des poumons. Ainsi, la grenouille succombe moins rapidement à l'ablation de ses poumons qu'à celle de son enveloppe cutanée.

Enfin, à la quatorzième conclusion je lis que « la dilution des vapeurs de chloroforme dans une large et constante proportion d'air atmosphérique peut, sinon prévenir, du moins retarder longtemps les dangers de l'intoxication »; si cela existe chez les animaux, on ne le voit pas chez l'homme. Tout le monde sait qu'il n'a fallu, plusieurs fois, qu'un peu de chloroforme, quelques gouttes versées sur un mouchoir, pour tuer le malade. Tantôt, chez l'homme, la moindre quantité de l'agent anesthésique amène des accidens, tantôt, employé à hautes doses, il est inoffensif; on ne sait donc rien sur la quantité qui convient à l'homme: c'est assez dire que je ne comprends pas pourquoi on a fait dessiner un anesthésimètre dans le rapport. Cela peut être utile, indispensable, au physiologiste expérimentateur, mais quel usage pourrait en faire le chirurgien ?

Je termine ce que j'avais à dire en faisant une remarque. Moi aussi, il y a déjà plusieurs années, j'ai fait dans un autre but des expériences sur des lapins. Après les avoir chloroformés profondément, je les abandonnais dans une cour, et j'étais bien étonné, sitôt que j'étais remonté, de les voir sur pied.

M. BONAFONT : Je dois d'abord adresser des félicitations bien méritées au rapporteur de la commission, mais le sujet traité est très grave. Le chloroforme, après avoir excité un enthousiasme général, a causé assez d'accidens pour mettre en émoi les chirurgiens de tous les pays. C'est le sixième mémoire que j'entends lire à ce sujet et tous reconnaissent les dangers de son administration et la nécessité de trouver une médication propre à les conjurer.

Le travail de la commission est complet sous ce rapport; malheureusement les expériences n'ont pu être faites que sur les animaux : il faut bien se tenir en garde sur les conséquences à déduire de ces vivisections faites sur des êtres occupant un degré si inférieur dans une échelle où l'organisation est loin d'être aussi compliquée que chez les êtres plus élevés, et surtout chez l'homme. En effet, on n'a qu'à comparer la composition du sang des différens animaux, et l'on verra qu'il doit en résulter des différences dans la sensibilité et dans les propriétés générales et particulières de tous les organes. Cette réserve faite, je crois que le travail de la commission rendra plus rares les accidens causés par le chloroforme, si toutefois les chirurgiens osent encore l'employer, car ce travail si savant, considéré sous le point de vue pratique, est plutôt une oraison funèbre du chloroforme que son apologie. Qu'on se serve d'un agent dangereux quand il s'agit de guérir une maladie ou de la modifier avantageusement, je le comprends, si toutefois encore on peut le doser; mais dans l'unique but de soustraire le malade à la douleur d'une opération chirurgicale, employer un agent que, de l'aveu même de M. Soubeiran, son inventeur, n'est jamais identique, ni dans son degré d'intensité, ni dans son mode d'action, qui cause des accidens bien avant d'avoir produit l'insensibilité qu'on recherche ! il y a là un abîme dans lequel je crains d'engager ma responsabilité, et plus encore d'y faire tomber mes opérés. Dans une autre Société, M. Robert a dit que, malgré ses dangers, le chloroforme continuerait à être employé, qu'il en était de lui comme des chemins de fer. Cette comparaison ne me paraît pas juste : le voyageur prend le chemin de fer, parce qu'il n'existe plus de voitures ; mais qu'on vienne à les rétablir, comme cela existe entre Paris, St-Cloud et Versailles, et vous verrez bien des voyageurs préférer l'ancien véhicule.

Il en est de même de l'éther relativement au chloroforme : l'éther a un droit d'aînesse incontestable sur ce dernier, et s'il a été détrôné, c'est par trop de faiblesse, car il est inoffensif. Il devra surtout être préféré quand le chirurgien, éloigné de ces grands centres où la chloroformisation peut être confiée à des aides intelligens et expérimentés, est forcé de faire tout par lui-même. On dit que l'éther agit plus lentement, mais je préfère attendre et être en sécurité. Depuis que j'ai vu une syncope presque amener la mort d'un de mes malades, à la suite de quelques inspirations de vapeur de chloroforme, j'ai renoncé à cet agent, et je n'emploie plus que l'éther, qui ne m'a jamais amené aucun accident. Le chloroforme est dangereux, l'éther est inoffensif. Telle est la proposition que sanctionne ma pratique ; tel est le langage que tenait déjà en 1839, à l'Académie des sciences, M. Jobert (de Lamballe). Aussi je regrette, en terminant, que la commission n'ait pas étendu ses belles recherches à l'éthérisation ; et, s'il m'est permis de formuler un vœu, je voudrais que la Société priât sa commission de vouloir bien combler cette lacune.

(*La suite prochainement.*)

L'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, compte aujourd'hui, d'après le dernier rapport de son secrétaire-général, M. le docteur Schaaff, 123 associés sur les 152 docteurs en médecine que possède le département. C'est, sans contredit, le plus beau succès qui ait été obtenu par des institutions de ce genre. Nous en félicitons sincèrement nos confrères de l'Alsace, dont le bel exemple doit être un encouragement et un stimulant pour nos départemens retardataires.

L'Association du Bas-Rhin possède déjà un capital de 7,094 fr. 80 c. Ses recettes de l'année se sont élevées à la somme de 932 fr. 99 c. Elle a distribué une somme de 305 fr. en secours, et a pu capitaliser une somme de 300 fr.

ERRATA. — Dans le dénombrement de l'assemblée réunie au banquet de l'UNION MÉDICALE, numéro du 28 courant, au 7me nom (Bédor, ex-chirurgien des armées, à Troyes), supprimer les deux mots : *en chef.*

Au nombre des personnes présentes, ajouter le nom de M. FOISSAC.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 91. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 2 Août 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 1er AOUT 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Plus que les flots et les vents, les destins académiques sont changeans. Il est vrai qu'aucune Académie ne peut espérer la bonne fortune de l'exhibition fréquente d'aussi gentils petits monstres que ceux de mardi dernier. Sont-ce bien des monstres? M. Piorry paraît en douter. Il dépose et exhibe sur la tribune un gros in-folio tout rempli d'images. C'est l'ouvrage intitulé : *Antiquités mexicaines*, où l'on trouve un grand nombre de figures représentant des êtres ayant vécu longtemps avant la conquête de Cortez, et assez semblables à ceux que l'Académie a vus mardi dernier. L'Académie, toujours prudente, renvoie M. Piorry et ses images à la commission. Cette commission était si impatiente de se réunir, qu'elle a failli enfoncer les portes de la bibliothèque. Quel zèle et quelle ardeur! Pendant que M. Gerdy frappe à coups redoublés sur des portes qui ne s'ouvrent pas, il est difficile d'entendre un rapport de M. Gibert sur le mode d'action des eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis. Nous ne doutons pas que, sur ce sujet qui lui est familier, l'honorable rapporteur n'ait dit d'excellentes choses; mais nous avons eu le regret de ne pouvoir les entendre au milieu du bruit et de l'animation produits par la commission des Aztèques. Il en a été de même de la communication d'un jeune médecin étranger sur un cas de maladie compliquée des voies urinaires; la lecture de M. Casado a été évidemment sacrifiée.

M. le docteur Leménant a eu plus de bonheur; un peu de calme et de silence s'étant rétabli, l'orateur a su les maintenir par le choix du sujet, l'avortement provoqué, et, par la façon incisive et originale, un peu trop abondante peut-être, avec laquelle il l'a traité. Quel rude dialecticien que M. Leménant! Son but est de concilier les préceptes de la religion et les doctrines des théologiens avec la raison médicale et les principes de l'art. Ce n'était peut-être pas la peine de si mal mener M. Cazeaux et son rapport de 1852, pour arriver aux mêmes conclusions que cet honorable et savant académicien. L'avortement provoqué dans un but utile, avec l'intention de sauver la mère et l'enfant, voués l'un et l'autre, ou l'un ou l'autre à une mort certaine par l'inaction, n'est contraire ni à la morale, ni à la religion, et il devient un devoir professionnel. M. Leménant a défendu sa doctrine avec un luxe de textes théologiques qui fait le plus grand honneur à son érudition, quoique, nous devons en prévenir notre honorable confrère, il soit resté sur ce point bien en arrière de quelques orateurs qui ont pris la parole dans les discussions déjà nombreuses que ce sujet a soulevées, soit en France, soit en Belgique. Tous les pères grecs et latins ont été déjà mis à contribution; c'est à coups de citations de saint Bazile, de saint Grégoire, de saint Anasthase, de saint Thomas et de bien d'autres, que les contendans se sont plusieurs fois battus. Nous doutons, vu les résultats obtenus ailleurs, que les efforts de M. Leménant, pour concilier la pratique médicale avec les principes très divergens de la théologie, soient plus heureux que ceux de ses devanciers. Nous ne voyons pas sans regret cette immixtion de la théologie dans la science médicale. Nous la blâmons quand on a la prétention de s'en servir pour embarrasser ou pour contredire les progrès de la science; nous ne saurions l'approuver quand on voudrait la faire servir à les justifier. La science n'a pas besoin de justification. Elle est, elle doit être, elle sera la religion souveraine. Nous craignons que M. Leménant, qui a fait preuve d'une aptitude réelle pour la discussion, ne possède aussi les défauts de ses qualités, et, par courtoisie, nous n'indiquerons pas ces défauts. A nos yeux, la question de l'avortement provoqué est une pure question de déontologie médicale, c'est-à-dire de conscience, d'à-propos, d'indications. Il n'y a ici ni règles, ni lois, ni principes. C'est le tort de M. Leménant d'avoir cru le contraire et d'avoir voulu codifier, pour ainsi dire, ce qui de sa nature est instable et variable comme l'accident.

Nous ne dirons rien des théories un peu aventureuses de notre confrère sur la viabilité de l'enfant à quatre mois et demi de conception, sur la nécessité de pratiquer l'opération césarienne chez toutes les femmes mortes enceintes après quatre mois de gestation. Ces motifs du thème qu'il a développé devant l'Académie, peuvent prêter à quelques effets d'éloquence, mais auraient besoin d'un peu plus de démonstration que l'auteur ne leur en a donné.

Une communication qui intéresse l'hygiène professionnelle a été faite par M. de Pietra Santa. On se souvient encore de l'impression que produisit un mémoire lu par M. le docteur Blandet à l'Académie des sciences, en 1846, et dans lequel il affirmait que la colique de cuivre était plus fréquente que la colique de plomb, et que la presque universalité des ouvriers qui travaillent ce métal en était atteinte. Déjà Desbois, de Rochefort, avait tracé un tableau lamentable de la santé des ouvriers d'un village de la Basse-Normandie, employés à manier le cuivre, et quelques autres auteurs avaient émis des opinions semblables sur la nocuité du cuivre métallique. Ces opinions, contredites déjà par Bordeu, et dans ces derniers temps par MM. Requin et Sandras, ont été définitivement renversées par l'enquête faite par MM. Bois de Loury et Chevallier, qui se sont assurés qu'aucun des nombreux ouvriers qui manient le cuivre métallique ne présentait aucune affection, aucune indisposition qu'on pût attribuer à ce métal. La note lue hier par M. de Pietra Santa vient confirmer de tous points les résultats des observations de MM. Bois de Loury et Chevallier. Nous publierons cet intéressant travail.

La séance a été terminée par la présentation de pièces et de malades. Parmi ces exhibitions, on a remarqué le résultat d'une plaie par arrachement et par morsure d'un cheval d'un doigt de la main et de ses tendons extenseurs et fléchisseurs, présenté par M. Jobert de Lamballe; et une énorme tumeur de la joue et du col, de nature probablement fibro-plastique, que M. Maisonneuve se propose d'extirper, et avec espoir de succès, a-t-il dit.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ UN ENFANT DE 7 MOIS, ALLAITÉ PAR SA MÈRE, AFFECTÉE DE LA MÊME MALADIE;

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur HÉRARD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'observation suivante, que nous avons recueillie dans notre service des nourrices, à l'hôpital St-Antoine, est un exemple très rare de fièvre typhoïde développée chez un tout jeune enfant. Ce fait et les circonstances particulières au milieu desquelles la maladie a pris naissance, nous ont paru dignes de fixer l'attention de la Société.

Voici d'abord cette observation; nous la ferons suivre de quelques réflexions.

OBSERVATION. — Le 26 février 1855, nous avons reçu dans notre salle des nourrices, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme atteinte depuis une huitaine de jours d'une fièvre typhoïde excessivement grave, aux progrès de laquelle elle succomba un mois après son entrée. Cette femme était nourrice et allaitait un enfant âgé de 7 mois. Pendant les huit jours de maladie qui avaient précédé son admission dans notre service, elle avait continué à donner le sein à l'enfant, et quand nous examinâmes la malade pour la première fois, à la visite du mercredi 27 février, nous constatâmes, d'une part, que la sécrétion lactée avait continué de se faire comme auparavant, et que, d'autre part, la santé de l'enfant s'était maintenue parfaite. Nous conseillâmes à la mère de ne point suspendre l'allaitement naturel qui avait si bien réussi jusque-là. Le jeudi 1er mars, quoique, à notre visite du matin, nous n'ayons rien remarqué de particulier, le père fut frappé d'un changement survenu dans la physionomie de son enfant, et il fit part de ses vives appréhensions à la religieuse de la salle. Ce n'est toutefois que dans la journée du vendredi 2 mars que se déclarèrent des accidens graves et bien caractérisés : nausées, vomissemens abondans, diarrhée, fièvre vive, et surtout grande prostration. L'enfant, très gai d'habitude, était à notre visite du 3 mars, dans le décubitus dorsal; triste, abattu, refusant le sein et présentant une altération profonde des traits.

Le 4, ces phénomènes continuèrent, et on commence à noter de la toux, et une respiration anxieuse, précipitée. A l'examen de la poitrine, je constatai en arrière des deux côtés quelques râles sibilans et sous-crépitans disséminés, et de plus, à gauche, un léger souffle tubaire (julep gommeux ; vésicatoire à gauche ; lavemens émolliens ; cataplasmes sur le ventre ; cessation de l'allaitement).

Le 5 mars, état de plus en plus grave ; diarrhée, vomissemens, fièvre, souffle bronchique et râles sous-crépitans ; altération de plus en plus profonde des traits ; pâleur de la face ; enfoncement des yeux ; gémissemens plaintifs ; convulsions.

Mort le 6 mars.

Autopsie. — La *muqueuse intestinale* présente, dans la moitié inférieure de l'intestin grêle, un assez grand nombre de plaques de Peyer. Elles sont confluentes à la valvule iléo-cœcale. Toutes ces plaques sont saillantes, d'une coloration gris-rosé, sans injection manifeste de la muqueuse environnante. Elles sont gauffrées et réticulées. Leur grandeur et leur forme sont variables ; les unes ovalaires de 5 à 6 centimètres de longueur sur 2 à 3 centimètres de largeur ; d'autres un peu plus petites sont arrondies. Quelques-unes parmi ces dernières présentent un commencement d'ulcération.

Indépendamment de ces follicules agminés, l'intestin grêle était parsemé d'une multitude de follicules isolés représentant une sorte d'éruption miliaire, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à la lésion décrite dans le choléra sous le nom de *psorentérie.*

Ces follicules existaient également en très grand nombre dans toute la longueur du gros intestin. Vers la terminaison même, quelque-uns étaient légèrement ulcérés et entourés d'une petite aréole rougeâtre.

L'*estomac* était sain, sans rougeur notable, sans apparence folliculeuse. Il contenait du lait caillé.

Les *ganglions mésentériques* étaient très notablement tuméfiés. Leur couleur était violacée, et leur consistance diminuée. La coupe de ces ganglions présentait une teinte rouge foncée sans trace de suppuration.

La *rate* était très augmentée de volume, sa couleur était livide et son tissu ramolli.

Les enveloppes du *cerveau* étaient rouges, très injectées, et cette teinte générale s'observait dans des points où, pour sa production, il était impossible d'invoquer la pesanteur. C'était une rougeur bien évidemment pathologique. Le cerveau était un peu ramolli, surtout à sa surface.

Le poumon droit offrait, dans une grande partie de son étendue, une coloration rouge-foncée avec induration caractéristique, véritable pneumonie lobaire, que l'on rencontre rarement à cet âge. Le poumon gauche était légèrement engoué à la partie postérieure.

RÉFLEXIONS. — Si nous cherchons à résumer les traits principaux de l'observation qui précède, nous voyons un jeune enfant de 7 mois, parfaitement bien portant, au moment de son entrée à l'hôpital, pris sous nos yeux d'accidens graves et promptement mortels, tels que : fièvre, nausées, vomissemens, diarrhée, altération profonde des traits, et prostration rapide, symptômes congestionnels du côté des poumons et de l'encéphale, toux, râle sibilant, disséminé, et, dans un point, souffle tubaire de l'hépatisation pulmonaire, agitation, cris, convulsions, etc., chez lequel, après la mort, nous constatons un gonflement très notable des glandes de Peyer et l'ulcération de quelques-unes d'entre elles, un développement général *et très marqué* des follicules isolés du petit et du gros intestin, l'engorgement avec couleur violacée des ganglions mésentériques, une tuméfaction considérable de la rate, la congestion bronchique et l'hépatisation d'un lobe du poumon droit, une injection généralisée des méninges cérébrales, etc... A ces caractères symptômatiques et anatomo-pathologiques, il nous semble difficile de méconnaître l'existence d'une fièvre typhoïde, et notre diagnostic paraîtra d'autant plus fondé qu'au moment où l'enfant qui fait le sujet de cette observation était soumis à notre examen, une épidémie grave de fièvre typhoïde sévissait dans Paris, et que la mère de l'enfant, ainsi qu'un autre fils plus âgé, étaient atteints de la même affection. Or, Messieurs, ce premier fait nous a paru digne de fixer l'attention de la Société. On sait, en effet, combien la fièvre typhoïde est rare dans la première enfance, à ce point que les annales de la science en renferment à peine quelques exemples bien tranchés et à l'abri de toute contestation. Nous disons que les cas analogues sont excessivement rares parce que nous n'admettons pas que, pour prononcer qu'il y a fièvre typhoïde, il suffise de quelques plaques de Peyer, plus ou moins saillantes, constatées à l'autopsie chez des enfans atteints ou non de diarrhée. De pareils faits rentrent dans l'entérite folliculeuse, ou dans les simples diacrises folliculeuses, affections communes dans l'enfance, ainsi qu'il nous a été donné de le vérifier bien souvent dans notre service d'enfans à l'hôpital Saint-Antoine, mais ils ne présentent pas cet ensemble de symptômes et de lésions, qui dénotent, comme chez notre petit malade, la dissémination sur la plupart des principaux organes de l'économie d'une cause morbifique générale des organes.

L'observation qui précède n'est pas seulement intéressante à titre de fait rare; elle soulève encore plusieurs questions d'une haute importance pratique.

1° Comment s'est déclarée la fièvre typhoïde dans le cas soumis à notre observation? L'enfant l'a-t-il contractée par contagion de sa nourrice, ou bien la même influence morbide qui a provoqué la maladie chez la mère et chez le frère aîné, a-t-elle sévi sur l'enfant? La contagion, en supposant qu'elle soit admise, s'est-elle développée par le contact médiat, ou directement par le lait, de nourrice à nourrisson.

2° Quelle conduite doit tenir relativement à l'enfant le praticien appelé auprès d'une nourrice atteinte d'une fièvre typhoïde, ou plus généralement d'une maladie grave?

Les questions de contagion sont toujours des questions controversées et de difficile solution. Dans ce cas particulier, les difficultés sont peut-être plus grandes encore. Sans doute, s'il s'agissait ici d'une maladie éminemment contagieuse, comme l'est la petite-vérole, il y aurait tout lieu de présumer que c'est la mère qui a communiqué à l'enfant la maladie dont elle était primitivement atteinte ; mais la fièvre typhoïde ne saurait, sous ce rapport, être comparée à la variole. En admettant, ce qui est loin d'être accepté par tous les praticiens, que la fièvre typhoïde puisse se développer par contagion, on ne peut se dissimuler que les propriétés contagieuses de la maladie ne soient faibles et peu prononcées. Ce qui se passe dans nos hôpitaux, où nous voyons si exceptionnellement la fièvre typhoïde se déclarer dans la salle, transmise de malade à malade, en est une preuve péremptoire ; d'un autre côté, cependant, on ne saurait nier que l'allaitement établit entre la mère et l'enfant des rapports tellement intimes, que l'on peut concevoir la transmission de principes contagieux qui, sans cette circonstance, ne se fussent peut-être pas communiqués. Il y a peu d'années encore cette croyance était à peu près générale, non moins que celle qui attribuait les accidens les plus sérieux chez les nourrissons au mauvais lait des mères atteintes d'affections graves. De nos jours, tout en reconnaissant que le lait subit dans ces conditions d'importantes modifications, les médecins acceptent avec une certaine réserve une opinion que ni l'analyse chimique du lait, ni l'observation clinique ne démontrent suffisamment. Le fait que nous avons recueilli est-il de nature à modifier, sous ce rapport, les idées qui tendent à prédominer aujourd'hui ? Au premier abord, il paraîtrait qu'il dût en être ainsi. Cependant, il ne faut pas se hâter de conclure. D'abord ce fait est un fait exceptionnel, car dans un assez grand nombre de cas analogues, dans lesquels l'allaitement avait été continué, on n'a pas observé que la fièvre typhoïde se fût transmise de la mère à l'enfant ; c'est ce qui résulte des recherches de M. Becquerel, de M. Vernois, et d'autres observateurs. Nous-même avons recueilli deux autres cas de fièvre typhoïde chez des mères nourrissant leurs enfans, et les enfans n'ont éprouvé aucun accident pendant toute la durée de la maladie. En second lieu, si l'on tient compte, dans notre observation, des circonstances particulières au milieu desquelles l'affection s'est développée ; si l'on réfléchit que successivement la mère et un autre frère ont été atteints, on trouvera tout autant de raisons pour admettre qu'une sorte de petite épidémie est venue s'abattre sur cette pauvre famille soumise aux privations, aux mauvaises conditions hygiéniques, et par cela même prédisposée à subir l'influence épidémique générale qui régnait alors dans Paris.

La seconde question que nous nous sommes posée présente des difficultés non moins grandes et qui sont comme un corollaire de ce qui précède. Cette question est la suivante : Lorsqu'une nourrice vient à contracter une fièvre typhoïde ou, d'une manière plus générale, une maladie grave et d'assez longue durée, faut-il laisser le sein à l'enfant ?

Disons de suite que cette pratique présente des avantages, mais qu'elle offre aussi des inconvéniens et que cela suffit pour expliquer la conduite différente que tiennent les praticiens dans les cas semblables. Les avantages sont, pour la nourrice, d'entretenir pendant toute la durée de la maladie une excitation de la glande mammaire qui permet de continuer, après la guérison, l'allaitement naturel, avantage bien réel et bien précieux pour un grand nombre de mères ; on peut ajouter que l'état local du sein y gagne et que le moral de la malade en est souvent favorablement influencé.

Voilà pour les avantages, voyons les inconvéniens. D'abord il faut reconnaître que, très souvent, la sécrétion lactée se tarit d'elle-même complétement sous l'influence de la maladie, et qu'ainsi il y a nécessité, dans la majorité des cas, de recourir à l'allaitement artificiel, ou à l'allaitement par une autre nourrice. Ensuite peut-on admettre l'innocuité complète d'un lait qui a subi, sinon une altération par des principes étrangers nuisibles, du moins une modification de quantité relative dans ses élémens aussi prononcée que l'indiquent les quelques analyses chimiques qui ont été faites. M. Becquerel a eu l'obligeance d'examiner le lait de la mère de notre jeune enfant et voici les résultats qu'il a obtenus. On jugera des changemens apportés par la maladie en comparant ce lait au lait normal.

Sur 1000 parties, M. Becquerel a pu constater :

Eau.	852,50
Parties solides. . .	147,50

Ces 147,50 ont été trouvées composées ainsi qu'il suit :

Matières grasses. .	45,85
Sucre.	27,97
Caséine.	73,68

L'état physiologique donne :

Eau.	889,08
Parties solides. . .	110,92
Matières grasses. .	26,66
Sucre.	43,64
Caséum.	39,24

On voit par cette analyse que, tandisque les matières grasses et la caséine ont notablement augmenté, le sucre a, au contraire, diminué.

Au surplus, l'analyse du lait de la fièvre typhoïde appelle encore de nouvelles recherches, car le résultat obtenu dans cette circonstance s'éloigne très notablement de celui qu'avaient signalé M. Becquerel dans un cas de fièvre typhoïde, et M. Vernois, dans ses recherches microscopiques sur les globules du lait. Dans ces cas, la matière grasse, au lieu d'augmenter, comme dans notre analyse, avait subi une diminution considérable. Quoi qu'il en soit, ce qui paraît bien constant c'est que la maladie, non seulement diminue la sécrétion du lait, mais encore qu'elle apporte dans les élémens constitutifs de ce lait des changemens considérables.

Cela étant, nous pensons que les avantages signalés plus haut ne peuvent pas être le moins du monde mis en balance avec les dangers qui résulteraient, pour la santé de l'enfant, d'un lait ainsi altéré, et tout en n'ignorant pas que, dans un certain nombre de cas, l'allaitement continué par la mère malade a été sans influence fâcheuse pour le nourrisson, nous estimons qu'il est d'une pratique sage de donner sans tarder une autre nourrice à l'enfant.

Nous ajouterons, toutefois, que, dans notre opinion, cette règle générale doit subir quelques exceptions ; qu'ainsi, par exemple, elle n'est pas applicable aux maladies légères ou même aux maladies graves de courte durée ; nous faisons encore une exception pour les établissemens hospitaliers, persuadé que l'allaitement maternel, même dans les mauvaises conditions où se trouve la mère, est un préservatif contre les causes si communes et si graves de diarrhée qui se déclare chez les jeunes enfans admis dans nos hôpitaux.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Suite. — Voir les numéros des 10, 14 et 26 Juillet.)

Quatrième Leçon.

Abcès ischio-fémoraux. — Après les abcès ilio-fémoraux, viennent les abcès ischio-fémoraux. Le pus, dans cette seconde variété, passe par la grande échancrure sciatique, suit quelquefois les vaisseaux fessiers et apparaît à la région fessière, qu'il soulève ; plus souvent, il descend sur le trajet du nerf sciatique ; on l'a vu se porter jusqu'au creux du jarret.

Abcès ilio-abdominaux. — Le pus s'engage entre le péritoine et les muscles abdominaux, après avoir percé le fascia-iliaca, et se fait jour à travers la paroi antérieure de l'abdomen ; la suppuration peut suivre le trajet du canal inguinal, parvenir jusque dans le scrotum et simuler une hernie.

On a vu le pus pénétrer dans le petit bassin, percer les organes qui y sont contenus, vessie, rectum, etc..., et être rejeté au dehors par les ouvertures naturelles de ces réservoirs ; ou bien, s'amasser en dehors de ces organes et soulever la peau du périnée ou de la marge de l'anus. Ces abcès pelviens peuvent provenir directement des vertèbres inférieures malades.

Abcès de la région postérieure du tronc. — Ils siégent dans les régions cervicale, dorsale ou lombaire. Ordinairement descendans, on les a vus quelquefois suivre un trajet ascendant.

Le pus passe à travers les trous de conjugaison en suivant les racines postérieures des nerfs, à travers les intervalles des apophyses transverses, puis en dedans des scalènes ou entre les vertèbres et les muscles intercostaux, en dedans ou en dehors du carré des lombes, et viennent, en dernier lieu, à la partie postérieure du tronc où ils forment les abcès cervicaux postérieurs, dorsaux et lombaires. Leur forme est peu régulière ; en général elle est globuleuse. Les abcès dorso-lombaires sont les plus fréquens.

Abcès thoraciques. — Ces abcès sont le plus souvent renfermés dans la poitrine et siégent dans le voisinage des vertèbres malades ; mais ils peuvent, abandonnant le lieu où ils ont pris naissance, parvenir dans d'autres régions. Le pus franchit la paroi thoracique, soit en arrière, soit sur les parties latérales ; on cite même un cas où il aurait paru à la partie antérieure de la poitrine, en contournant les côtes le long des vaisseaux et nerfs intercostaux ; on l'a vu aussi remonter le long des vaisseaux sous-claviers et pénétrer jusque dans l'aisselle.

Abcès cervicaux antéro-latéraux. — Ils sont formés par la migration du pus produit à la surface ou dans l'intérieur des cinq dernières vertèbres cervicales. Le pus fuse le long des racines antérieures des nerfs et vient former une tumeur dans le creux sus-claviculaire, en arrière des muscles sterno-cléido-mastoïdiens ; ou bien, descendant au devant des scalènes, il vient se collecter sur la ligne médiane, en arrière des cavités du pharynx et du larynx, où il se révèle à l'inspection directe et par les troubles fonctionnels auxquels il donne lieu.

Abcès dorso-cervicaux antérieurs. — Ces abcès sont rares ; ils proviennent de la région dorsale, remontent sur les côtés de la colonne vertébrale et viennent aboutir au creux sus-claviculaire, en passant au devant des muscles scalènes. J'ai observé trois cas de ce genre ; dans l'un, le pus provenant des quatrième et cinquième vertèbres dorsales s'était fait jour, d'une part, dans l'aine et aux lombes, et, d'autre part, au-dessus de la clavicule, en suivant le trajet rétrograde que je viens d'indiquer.

Diagnostic. — Il faut reconnaître l'origine de ces abcès, leur nature. Ils offrent des caractères différens suivant la profondeur à laquelle ils sont placés. Sous ce rapport, ils peuvent être divisés en trois catégories : 1o ils sont sous-cutanés ou superficiels ; 2o plus profonds, mais accessibles au toucher ; 3o profondément situés et inaccessibles au toucher.

1o Les abcès superficiels sont indolens, fluctuans, sans changement de couleur à la peau ; ils n'offrent pas, en général, d'inflammation. Leur forme est variable, ordinairement globuleuse. Leur siége peut aider au diagnostic. Un autre bon signe est celui-ci : en pressant sur ces abcès, on fait refluer vers la colonne vertébrale le pus qu'ils renferment.

2o Dans le second cas, l'abcès est plus profond ; la vue ne distingue pas bien la tumeur, la fluctuation est obscure ; on peut pourtant déterminer l'existence d'une collection par la palpation et la percussion. Ce dernier moyen a été présenté par M. Piorry comme propre à faire reconnaître le mal vertébral et les abcès qui en dépendent. Ce professeur a constaté, en effet, des matités anormales dans les points du rachis malades ; mais il ne faut rien moins que sa grande habitude de la plessimétrie pour tirer partie de ce signe. Nous n'admettons pas d'ailleurs, avec notre savant collègue, que la matité provienne, dans ce cas, du gonflement des vertèbres affectées ; un pareil gonflement ne s'est presque jamais rencontré dans les autopsies. L'étendue de la matité nous paraît causée plutôt par la présence du pus ou des tubercules, par le soulèvement et l'épaississement des parties molles correspondant au foyer du mal.

Relativement aux abcès, c'est surtout au niveau des fosses iliaques que la percussion peut fournir des renseignemens utiles.

3o Les abcès profondément situés peuvent avoir pour siége les diverses cavités ; ils ne sont point perceptibles par la vue. La percussion peut parfois les faire soupçonner, il en est de même de l'auscultation, qui pourrait être employée avantageusement dans certains abcès thoraciques. On a découvert du souffle sous les clavicules dans un cas de compression des bronches, un mélange de gargouillement et de souffle chez un malade dont les poumons étaient comprimés par un foyer purulent dépendant d'une lésion des vertèbres.

Dans la plupart des abcès par congestion, le pus est très abondant, plus abondant que le volume de la tumeur ne l'indique. Il n'a pas ordinairement l'apparence du pus des abcès phlegmoneux ; il est séreux, mélangé de flocons d'apparence caséeuse ou albumineuse et parfois de parcelles osseuses éburnées. Ce pus devient ordinairement fétide peu de temps après l'ouverture de l'abcès. Une fois ouvert, le foyer reste le plus souvent fistuleux ; son orifice se fronce et se couvre de bourgeons charnus ; les parties molles se dépriment circulairement et forment un godet, au fond duquel apparaît l'extrémité cutanée de la fistule ; plusieurs orifices, plus ou moins rapprochés les uns des autres, se voient quelquefois au fond de la dépression circulaire dont je viens de parler.

Diagnostic différentiel. — Les abcès par congestion peuvent être confondus avec quatre espèces d'abcès.

1o Ils offrent quelquefois une grande ressemblance avec les abcès phlegmoneux. Ils présentent alors, comme ceux-ci, les signes d'une forte inflammation, rougeur, chaleur de la peau, douleur, fièvre. On a vu des praticiens éminens s'y tromper. On peut arriver à un diagnostic précis, en examinant les fosses iliaques, en voyant s'il n'y a pas un point douloureux à la colonne vertébrale. Lorsqu'il y a une gibbosité, le diagnostic devient plus facile.

2o *Abcès froids.* — On a vu des abcès migrateurs être pris pour des abcès froids ; un chirurgien très distingué de Paris commit cette méprise. Il s'agissait d'une vaste collection ilio-fémorale, qui fut méconnue et ouverte largement avec le bistouri. On reconnaît les abcès froids à l'absence de douleur, de saillie caractéristique de la colonne vertébrale, et en ayant égard à la constitution du sujet.

3o *Abcès ganglionnaires.* — Les abcès dorso-cervicaux, dont les auteurs ne parlent pas, peuvent être confondus avec les abcès ganglionnaires. Une cause particulière d'erreur résulte de ce que les ganglions sont soulevés par le pus, la fluctuation étant d'ailleurs très obscure au début. J'ai vu, dans un cas de ce genre, les ganglions se mortifier par la présence du pus et paraître au dehors sous forme de champignons. L'ouverture de l'abcès ne devint manifeste qu'après la chute de la masse gangrénée.

J'ai été consulté pour un jeune homme qui avait un mal de Pott de la région dorsale. Après avoir été traité pendant plusieurs années, ce jeune homme parut guéri ; il ne ressentait plus de douleurs et tous les symptômes fâcheux avaient disparu ; aucune tumeur n'apparaissait au dehors ; seulement le malade, en dormant, était pris subitement d'accès de suffocation. Peu après parut au cou une petite tumeur qui fut prise d'abord pour un abcès ganglionnaire ; des symptômes graves se déclarèrent ; la respiration devint plus difficile, l'oppression plus grande. Je soupçonnai qu'il s'agissait d'un abcès dorso-cervical antérieur, et bientôt, en effet, on vit le pharynx soulevé par la collection purulente.

4o D'autres abcès, produits par diverses lésions osseuses ayant un autre siége que le corps des vertèbres, peuvent donner lieu à l'erreur ; tels sont les abcès dépendant d'une coxalgie. Cette maladie complique quelquefois le mal de Pott, et, lorsqu'il existe un abcès dans ce cas, on éprouve de l'hésitation à déterminer à laquelle des deux affections doit être rapportée la production du pus.

D'autres maladies, qui ne sont pas des abcès, la hernie, l'ané-

vrysme, le bubon vénérien, des tumeurs profondément situées dans les fosses iliaques, etc., peuvent être des causes d'erreur. La demi-flexion de la cuisse, caractère à peu près constant des abcès par congestion de la région iliaque, peut être prise pour un effet du psoïtis, pour une simple contracture, ou bien être attribuée à une névralgie, à la coxalgie, etc.

Lésions de l'innervation.

Ces lésions consistent en troubles de la motilité et de la sensibilité; elles sont presque aussi constantes que la présence du pus et s'expliquent facilement par les conditions nouvelles où se trouve placé le centre nerveux. La moelle épinière, en effet, n'est-elle pas, ainsi que les racines nerveuses qui en émanent, entourée par tous les produits de l'altération des vertèbres? N'est-elle pas souvent comprimée, contuse, déchirée par des fragmens d'os, baignée par le pus, etc.? Ces troubles sont variables dans leur intensité, et ils varient, du reste, avec la gravité, la profondeur des lésions de la moelle et des nerfs. La moelle est quelquefois à peine lésée, à peine comprimée, effleurée seulement à sa surface par les produits de l'altération vertébrale; les symptômes sont alors peu marqués. Toutefois les troubles fonctionnels ne se trouvent pas toujours en rapport avec la lésion matérielle.

Il y a une sorte d'antagonisme entre les abcès et la paralysie, et rarement on rencontre ces deux phénomènes sur le même sujet. C'est que les circonstances qui donnent naissance à ces deux symptômes ne sont pas de la même nature, n'ont pas une origine exactement semblable. Dans les lésions superficielles, il y a peu de désordres fonctionnels; si elles sont profondes, les troubles nerveux, en général, sont plus graves.

On observe deux sortes de lésions de l'innervation dans le mal de Pott : tantôt il y a excitation, tantôt affaiblissement de l'état nerveux; on voit des contractures (hypersthénie), ou bien de la paralysie (asthénie). L'anesthésie (diminution ou perte de la sensibilité) se rencontre quelquefois; je ne sais si on a observé l'hypéresthésie ou l'augmentation de cette faculté.

Paralysie. — Le phénomène le plus commun est la paralysie. Elle porte sur le sentiment ou sur le mouvement; dans certains cas, sur les deux à la fois. La paralysie isolée du mouvement est la plus commune; il n'existe qu'un seul exemple de la paralysie isolée du sentiment; il est dû à M. Tavignot. La paralysie est quelquefois combinée avec des contractures.

La paralysie siége dans les parties inférieures au point lésé de la moelle; elle varie donc suivant la hauteur du mal vertébral. Lorsque ce point réside dans la région cervicale, il y a ordinairement paralysie des membres supérieurs et des membres inférieurs; cependant on a vu la paralysie n'affecter que les membres supérieurs seulement. La moelle, dans ces cas, devait être saine dans une partie de son épaisseur. Cette explication me paraît plus probable que celle d'Ollivier, qui attribue cette particularité à ce que la moelle aurait, par elle-même, la faculté d'entretenir le mouvement volontaire au-dessous du point où sa communication avec le cerveau est interrompue. Le défaut d'action nerveuse peut aussi se faire sentir aux organes contenus dans le bassin, au rectum, à la vessie, etc.

Ces paralysies surviennent d'ordinaire lentement; quelquefois elles débutent brusquement. Il y a d'abord diminution de contractilité des muscles, simple affaiblissement, qui peut n'être que passager. Ces phénomènes augmentent graduellement jusqu'à la paralysie complète.

Mouvement réflexe. — Cette forme de la propriété excito-motrice qui produit l'action réflective de la moelle, constatée par l'expérimentation directe chez les animaux inférieurs, se manifeste aussi, comme on le sait, spontanément chez l'homme. Prochaska l'a signalée le premier; plus tard, Lallemand, M. Calmeil, et tout récemment MM. Marshall-Hall et Müller s'en sont occupés.

Il y a deux sortes de mouvemens musculaires produits par les centres nerveux : 1° les mouvemens volontaires, dont le point de départ réside dans les lobes cérébraux; 2° les mouvemens involontaires produits par une cause dont nous n'avons pas la conscience, et qui réside plus spécialement dans la moelle crânienne et rachidienne; on peut appeler *motricité involontaire* cette propriété excito-motrice du centre nerveux. Ce second ordre de mouvemens peut être spontané, *automatique*, c'est-à-dire provoqué par le centre nerveux, sans impression sensitive antérieure : exemple, l'occlusion des paupières pendant le sommeil. Dans d'autres cas, il succède à une impression portée sur les organes et transmise au centre nerveux; celui-ci réagit et réfléchit en quelque sorte l'excitation sur les nerfs moteurs, d'où elle arrive aux muscles. C'est ce qu'on appelle mouvement réflexe; le clignement presque continuel des paupières pendant la veille en est un exemple des plus sensibles.

Tous les nerfs moteurs ne communiquent avec les lobes cérébraux que par l'intermédiaire de la moelle. Il en résulte, d'après les données physiologiques qui précèdent, deux sortes de paralysie : dans l'une, les lobes cérébraux seuls cessent d'agir sur les nerfs, les fonctions propres de la moelle restant intactes au-dessous du point malade; c'est la paralysie cérébrale de Marshall-Hall; dans l'autre, il y a, en outre, abolition de l'action de la moelle elle-même; c'est la paralysie spinale du même auteur. La première est la paralysie de la motricité volontaire seulement; la deuxième celle des motricités volontaire et involontaire.

La pathologie reproduit donc ici les résultats des expérimentations faites sur les animaux. Dans un cas comme dans l'autre, la simple solution de continuité dans l'action nerveuse de l'axe cérébro-spinal laisse persister l'influence de la moelle sur les muscles, la motricité directe involontaire; c'est ce que l'on observe dans le mal vertébral, lorsque l'action de la moelle n'est troublée que dans le point malade. Le mouvement volontaire est seul aboli dans les parties situées au-dessous de ce point; la fonction conductrice du cordon rachidien est seule éteinte; les mouvemens automatiques et réflexes subsistent; il y a paralysie *cérébrale* dans le sens donné à ce mot par Marshall-Hall, sens équivoque qui pourrait faire croire à l'existence d'une affection cérébrale proprement dite, tandis que le physiologiste anglais n'a voulu désigner par là qu'un état dans lequel les nerfs sont privés de l'influence du cerveau en conservant celle de la moelle.

Vous avez sous les yeux un jeune garçon, le n° 29 de la salle St-Marcou, qui présente à un haut degré ces phénomènes du mouvement réflexe. On observe sur ce malade une contracture du triceps de la jambe; le tendon d'Achille est fortement tendu; un tremblement nerveux du pied et de la jambe se manifeste dans les mouvemens de flexion forcée imprimés au pied. La sensibilité est conservée, quoiqu'un peu altérée; le malade apprécie mal le lieu et le mode des sensations qu'on lui fait éprouver. L'application de corps chauds ou froids, le pincement, la piqûre ou la simple pression avec un instrument mousse détermine sur-le-champ des mouvemens involontaires très prononcés de toutes les parties du membre. Il est à remarquer que, quel que soit le point touché, ces mouvemens ont presque toujours lieu dans le même sens, bien que, dans quelques cas, on puisse reconnaître certains rapports entre les muscles qui se contractent et le point des tégumens sur lequel on agit. Généralement, ce sont plutôt les fléchisseurs qui entrent en contraction que les extenseurs, à moins que ceux-ci n'éprouvent des contractures passagères, dont l'excitation cutanée provoque le retour. Vous êtes témoins, sur cette petite fille affectée d'acinésie volontaire complète et d'anesthésie incomplète, d'une contraction subite des abducteurs de la cuisse, au moment où je pince les tégumens, quoique l'enfant n'accuse point de douleur. Ce mouvement automatique de projection du membre en dehors rappelle tout à fait celui qu'on voit exécuter aux grenouilles dans les expérimentations physiologiques. Dans l'état sain, ces attouchemens auraient un effet bien moins sensible, parce qu'il serait masqué et souvent remplacé par les mouvemens volontaires de l'individu.

En général, le mouvement réflexe sera d'autant plus prononcé que la paralysie du mouvement volontaire sera plus complète; au contraire, l'intensité du phénomène réflexe semble d'autant plus grande que la sensibilité est mieux conservée. En d'autres termes, on pourrait établir en principe que, dans la paralysie dépendante du mal vertébral, le mouvement réflexe est en raison directe de la sensibilité et en raison inverse du mouvement volontaire. Je n'ai pas encore eu l'occasion de m'assurer si l'action réflexe disparaît entièrement, lorsqu'il y a à la fois abolition complète de la sensibilité et de la motricité volontaire. M. Nélaton dit l'avoir rencontrée chez quelques sujets qui étaient paralysés du sentiment et du mouvement; mais il serait important de savoir si, dans ces cas, les malades étaient insensibles à tous les genres d'excitation.

On remarquera que le savant confrère que je viens de citer ne parle que d'un petit nombre de sujets sur lesquels il aurait observé les phénomènes réflexes : c'est qu'en effet, ces mouvemens, longtemps inaperçus, n'ont pas encore été considérés comme un phénomène général. M. Tavignot, qui les a signalés un des premiers, n'avait reconnu leur existence que sur un seul malade, et regardait ce cas comme un fait particulier. Il n'en est point ainsi. Ce remarquable phénomène s'observe chez tous les malades, sauf les modifications que lui impriment les conditions indiquées plus haut; il mérite sous ce rapport de devenir l'objet d'études sérieuses.

Degrés de la paralysie. — On peut distinguer trois degrés dans la paralysie produite par le mal vertébral. Dans le premier, les malades marchent encore, mais avec peine; les genoux fléchissent souvent sous le poids du corps, et la fatigue arrive promptement. Les membres sont le siége de fourmillemens, d'engourdissemens, quelquefois de contractures involontaires. Tous les mouvemens qui exigent quelque énergie musculaire, tels que le saut, la course, sont à peu près impossibles.

Dans le deuxième degré, la paralysie est encore incomplète; les enfans ne peuvent plus se tenir debout ni marcher; mais ils peuvent encore imprimer des mouvemens aux membres inférieurs, lorsqu'ils sont assis ou couchés.

Enfin, dans le troisième degré, tout mouvement volontaire est aboli; les membres inférieurs sont des masses inertes, obéissant passivement à l'action de la pesanteur et à toutes les impulsions extérieures.

Les deux membres peuvent être inégalement affectés, de manière que la paralysie présente un degré plus avancé d'un côté que de l'autre. Je place sous vos yeux plusieurs malades qui offrent ces différentes nuances de paralysie. Vous constatez chez tous l'existence du mouvement réflexe, plus ou moins marqué en raison de l'état de la sensibilité et de la motilité.

Une de ces petites malades nous présente une paralysie du deuxième degré, qui a succédé au troisième, dont elle était d'abord affectée; c'est qu'en effet, la maladie parcourt de nouveau, en sens inverse, quand la guérison a lieu, les différentes périodes par lesquelles elle a passé une première fois à son début. Il existe, pour ainsi dire, dans ces cas, un deuxième et un premier degrés de retour.

Éd. Le Juge,
Externe des hôpitaux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 Juillet 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. Kremmerer, médecin à St-Martin (île de Ré), sur une épidémie de suette variolique qui a régné dans la commune de Loix, en novembre et décembre 1854 et janvier 1855. (Com. des épidémies.)

— Un mémoire sur le choléra et les causes qui le produisent, par M. Gonzalez, à Faralda (Pyrénées-Orientales).

— Un rapport de MM. Culman et Roudolphi, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1854, dans les communes de Forbach et dans le canton de Grestenguin.

— Un rapport de M. le docteur Bonnans, sur l'épidémie cholérique qui a régné en 1854 aux Cabanes et dans la Haute-Ariége.

— Un rapport de M. le docteur Jobert, sur l'épidémie cholérique de 1854, dans le département de l'Ariége.

— Un rapport de M. le docteur Lafontaine, sur l'épidémie cholérique qui a sévi dans le département de l'Ariége en 1854.
(Commission du choléra 1854.)

— Un rapport de M. le docteur Lemaire, de Dunkerque (Nord), sur le service des bains de mer de cette ville pendant l'année 1853.

— Un rapport de M. Carlotti, sur le service médical de l'établissement de Piétrapola (Corse).
(Commission des eaux minérales.)

— Les tableaux de vaccinations des départemens du Calvados, de la Nièvre et de la Gironde pendant l'année 1854. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend les pièces suivantes :

Un mémoire intitulé : *Faits pour servir à l'histoire chimique et technologique du marron d'Inde*, par M. P.-H. Lepage, pharmacien à Gisors. — (Comm. MM. Chatin et Guibourt.)

— Une note sur les conditions atmosphériques qui accompagnent l'invasion du choléra, par M. Lucien Crioli, chimiste au service du gouvernement turc. (Comm. du choléra 1854.)

— Une lettre de M. Lélut, suivie d'observations sur l'emploi qu'il a fait dans son service du remède de Larnage contre l'épilepsie. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

M. Gaultier de Claubry signale à l'attention de la commission nommée pour examiner les *Aztèques*, un article du *Journal des Débats* où se trouvent révélés des faits très importans touchant le lieu de la naissance et diverses particularités de la vie de ces malheureuses créatures.

M. Piorry soumet à l'examen de l'Académie un ouvrage sur les antiquités mexicaines qui est en sa possession, et où l'on voit une trentaine de figures représentant des idoles. Ces restes d'une sculpture antique, offrent une analogie frappante avec la conformation singulière des individus qui ont été montrés à l'Académie. C'est là un document que la commission fera bien de consulter, avant de décider la question de savoir si les Aztèques appartiennent à la classe des idiots ou des crétins, ou bien s'ils sont les vestiges d'une race américaine.

— M. Gibert lit un rapport : 1° sur un mémoire de M. le docteur Baizeau, médecin militaire à l'armée d'Italie, intitulé : *Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis;* — 2° sur un deuxième mémoire ayant pour titre : *Du sulfite de soude dans le traitement de la stomatite mercurielle*, par M. Colomiès, chirurgien adjoint à l'hôpital des syphilitiques de Toulouse.
Remercîmens et dépôt aux archives. (Adopté.)

— M. Casado (de Malaga), lit une observation, suivie de quelques considérations sur une maladie compliquée des voies urinaires, maladie consistant en un double rétrécissement de l'urètre, d'origine blennorrhagique, abcès rénal et fistule consécutive à son ouverture, formation de calculs dans la partie prostatique de l'urètre. Lithotritie, réapparition de symptômes de calcul pendant quelque temps; leur cessation complète coïncidant avec l'exacerbation de la maladie du rein droit; cancer présumé de cet organe. (Com. MM. Civiale, Gimelle, Bégin.)

— M. de Piétra Santa donne lecture d'un mémoire sur la non-existence de la colique de cuivre. (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.) — (Comm. MM. Guérard, Grisolle, Bouvier, rapporteur.)

— M. le docteur Leménant des Chênais lit un travail intitulé : *Études sur le principe de l'avortement provoqué*, et que l'auteur résume dans les conclusions suivantes :

1° L'avortement, étant simplement l'accouchement avant terme, ne doit point être confondu avec le fœticide direct, qui n'en est qu'une forme viciée par une intention mauvaise.

2° Les théologiens, comme les législateurs, en parlant de l'avortement, n'ont jamais entendu condamner autre chose que le fœticide direct, puisqu'ils admettent qu'*indirectement* il n'est pas défendu de causer la mort de l'enfant pour sauver la vie à la mère, quand ce moyen est le seul possible.

3° L'avortement provoqué à une époque où l'enfant peut être, physiologiquement parlant, viable, ne saurait être un fœticide, puisqu'il peut être, au contraire, un moyen de salut pour la mère et l'enfant.

4° L'avortement médical provoqué à une époque où l'enfant ne peut pas être viable, peut encore être très licite, pourvu 1° qu'il ait pour but le salut de la mère, 2° qu'il n'aggrave pas les conditions fâcheuses de l'enfant, ou, en d'autres termes, que la mort de ce dernier ne soit qu'une conséquence indirecte, quoique forcée, de l'avortement. (Comm. MM. Cazeaux, Depaul et Moreau.)

— M. Ducausse présente un enfant *anencéphale*, dont la masse cérébrale est remplacée par une tumeur fibreuse. Les plexus cervicaux et brachiaux ne présentent aucune anomalie.

— M. Jobert (de Lamballe) montre un *doigt auriculaire* qui a été arraché avec les tendons extenseurs et fléchisseurs jusqu'auprès de leur naissance, dans le corps des muscles, par une morsure de cheval. Cette amputation irrégulière a réduit le doigt à sa première phalange, qui est suffisamment garnie de parties molles pour éloigner l'idée de toute opération. Le malade n'a éprouvé aucun symptôme d'inflammation sur le trajet des tendons arrachés, et tout fait espérer une prompte guérison.

— M. Maisonneuve montre un premier malade sur lequel il a fait l'ablation d'une énorme tumeur du cou, s'étendant depuis la clavicule jusqu'à l'apophyse mastoïde; elle avait des rapports intimes, par sa

partie profonde, avec la veine jugulaire qu'on fut obligé de lier, et avec le nerf pneumogastrique hypertrophié, que le chirurgien est parvenu à sculpter dans tout son trajet et à conserver intact. L'opération n'a produit aucune paralysie, si ce n'est un abaissement de la commissure labiale du côté droit, probablement par suite de la section d'un filet du nerf facial.

Le second malade est un jeune garçon portant une tumeur volumineuse qui occupe le maxillaire supérieur et fait saillie dans la bouche et le pharynx ; elle est molle et paraît appartenir aux tumeurs fibro-plastiques. M. Maisonneuve se propose d'en faire l'ablation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 Mai 1855. — Présidence de M. ROSTAN.

Sommaire. — Observation de *fièvre typhoïde chez un enfant de 7 mois*, par M. Hérard. Discussion : MM. Barthez, H. Roger, Marrotte, Hervieux, Gillette, Rostan, Vigla, Delasiauve, Thirial, Aran.

M. HÉRARD lit une *observation de fièvre typhoïde chez un enfant âgé de 7 mois, allaité par sa mère, affectée de la même maladie.* (Voir plus haut, article *Clinique médicale.*)

M. BARTHEZ : L'observation que vient de lire M. Hérard est intéressante à plus d'un point de vue ; et d'abord, c'est un exemple parfaitement authentique de fièvre typhoïde chez un très jeune enfant ; les faits de cette nature, contrairement à ce qui a été avancé dans un travail récent, sont très rares ; on en a cité à 6 mois, mais jamais chez des enfans plus jeunes ; l'observation de M. Hérard est donc complète et parfaitement concluante. M. Rilliet a dit, dans sa thèse, que la fièvre typhoïde chez les jeunes enfans se confondait avec l'inflammation du tube intestinal, dont la marche et les symptômes ne peuvent se distinguer de ceux de la fièvre typhoïde, mais qui en diffère par les lésions anatomiques ; ce n'est cependant pas une maladie qu'il faut envisager comme une affection purement locale, mais c'est une maladie générale autre que la fièvre typhoïde, qui en prend la forme symptômatique.

Quant à la contagion, c'est une question bien difficile à résoudre ; je suis plus contagioniste que M. Hérard, je crois la fièvre typhoïde contagieuse, mais à un degré bien moindre que la variole, que la rougeole, que la scarlatine ; ce n'est pas, du reste, dans les hôpitaux qu'il faut chercher la solution de cette importante question. En effet, la fièvre typhoïde se développe bien rarement dans le cours d'une maladie grave ou dans la convalescence chez un individu très affaibli ; c'est, le plus ordinairement, chez les individus bien portans qu'elle prend naissance, et la bonne santé antérieure paraît être une condition pour ainsi dire nécessaire à son développement. En ville, au contraire, les exemples de contagion ne sont pas rares ; ainsi, par exemple, voici des faits qui confirment ce que j'avance. Une mère couche avec son enfant atteint de fièvre typhoïde ; elle ne le quitte pas d'un instant, l'enfant guérit, mais la mère tombe malade et meurt. Autre fait : un enfant est amené à Paris atteint de fièvre typhoïde et guérit ; sa sœur, qui avait vécu dans la même maison, qui avait couché dans la même chambre, est atteinte de la fièvre typhoïde et resta la seule dans tout le village. Ces exemples sont nombreux, et l'on pourrait les multiplier à l'infini.

M. ROGER (Henri), au point de vue de la contagion, se rapproche de l'opinion de M. Herard. Il croit peu à la contagion de la fièvre typhoïde ; cependant il a vu un fait qui l'a frappé : Une jeune femme, enceinte, avait l'habitude de coucher dans son lit un de ses enfans, petit garçon de 10 à 12 ans : cet enfant est pris de la fièvre typhoïde ; la mère demanda alors si elle pouvait continuer à coucher son enfant avec elle. M. Roger, considérant la fatigue qu'elle serait obligée de s'imposer pour donner les soins nécessaires au petit malade, et le danger de se refroidir qu'elle courrait si, dans sa position, elle était forcée de se lever à chaque instant de la nuit, ne croyant pas d'ailleurs à la contagion de la fièvre typhoïde, l'autorisa à garder son enfant avec elle ; peu de temps après, elle fut atteinte à son tour de dothiénentérie ; tous deux guérirent d'ailleurs. C'est le seul fait de ce genre que M. Roger ait observé, et *un seul* fait ne lui paraît pas suffisant pour devoir ébranler sa conviction en présence des faits contraires si nombreux ; d'ailleurs, est-il certain que la mère ait gagné la maladie de son enfant ? Elle vivait dans le même milieu, dans les mêmes conditions, peut-être serait-elle tombée malade quand même son enfant ne l'aurait pas été.

Sans nier absolument la contagion de la fièvre typhoïde, M. Roger croit donc qu'il ne faut en admettre la possibilité qu'avec la plus grande réserve. Que montre, en effet, l'observation quotidienne des maladies contagieuses chez les enfans ? C'est la propagation incontestable, et aux membres de la même famille, et aux personnes qui entourent les petits malades, les parens, les bonnes, etc. ; on le voit à chaque instant pour la rougeole, pour la scarlatine, pour la coqueluche et même pour le croup et l'angine couenneuse ; on ne le voit pour ainsi dire jamais dans la dothiénentérie (je ne l'ai jamais constaté à l'hôpital, ni aux Enfans-Trouvés, ni aux Enfans-Malades) ; et encore les faits exceptionnels, où la contagion semble jouer un rôle, peuvent presque toujours s'expliquer tout aussi bien par l'infection.

Quant à la question de l'allaitement maternel soulevée par M. Hérard, et considérée soit dans la fièvre typhoïde, soit dans les autres maladies en général, M. Roger pense que, dans les hôpitaux, où l'enfant à la mamelle peut avoir une bonne nourriture artificielle si difficilement, et où il a contre lui tant de chances fâcheuses, l'allaitement par la mère même malade, sauf le cas d'affection manifestement contagieuse, doit être continué autant que possible ; mais en ville, où les conditions pour l'enfant sont bien meilleures, il n'en est plus de même ; et là il faut établir une règle fondée sur la durée de la maladie : si l'affection de la mère doit être de courte durée, on pourra, sans inconvénient notable, continuer l'allaitement ; mais si elle doit durer longtemps, comme la dothiénentérie par exemple, si elle doit être grave, il faut supprimer l'allaitement maternel et donner au plus tôt une autre nourrice. Ordinairement, après deux ou trois jours de fièvre et d'état morbide, le lait subit des altérations que l'on reconnaît au microscope ; très souvent M. Roger a vu, au bout de ce temps, le lait devenir plus séreux, les globules diminuer de nombre et de volume, et il a constaté l'apparition dans le champ du microscope de plaques, de granules de colostrum.

M. MARROTTE : Quand il s'agit de supprimer l'allaitement, il faut prendre en grande considération la durée probable, l'importance et l'intensité de la maladie. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, non seulement le lait s'altère, mais encore les malades exhalent des miasmes nombreux qui peuvent porter atteinte à la santé de l'enfant ; il faut donc envisager la question au double point de vue de l'altération, des qualités alimentaires du lait et des miasmes délétères que les malades exhalent. L'observation de M. Hérard est, du reste, intéressante à cause du jeune âge de l'enfant, et elle peut servir à faire distinguer la fièvre typhoïde de la fièvre gastrique des enfans. Ce sont deux maladies générales, mais qu'il faut savoir distinguer. Quant à l'opinion de M. Barthez sur la rareté de la fièvre typhoïde développée dans les hôpitaux, je ne la partage nullement. J'ai vu fréquemment des malades entrer à l'hôpital pour des maladies quelconques et y contracter la fièvre typhoïde. Je viens d'observer, entre autres, une jeune fille qui entra dans mon service avec une angine pseudo-membraneuse bénigne, quelques jours plus tard elle fut atteinte de varioloïde, à laquelle succéda une fièvre typhoïde. En ville, on voit ces faits-là plus rarement qu'à l'hôpital ; mais ce que l'on voit fréquemment, ce sont des enfans ou de jeunes bonnes arrivées depuis peu de leur pays, qui soignent des malades atteints de fièvre typhoïde, et en sont atteintes elles-mêmes ; mais elles se trouvent elles-mêmes dans les conditions les plus favorables pour le développement de la maladie. Dans mon opinion, la fièvre typhoïde est contagieuse, mais à un degré moindre que la variole, la rougeole, la scarlatine. Il est sage de ne pas dire dans le monde qu'elle est contagieuse, afin de ne pas effrayer ; mais il faut agir comme s'il n'existait pas de doute sur ce point.

M. HERVIEUX : Le travail auquel vient de faire allusion M. Barthez, et que j'ai lu à la Société, avait pour objet l'étude de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolées chez les nouveau-nés et les enfans à la mamelle. Je me suis bien gardé de l'intituler : de la fièvre typhoïde, parce que le point de départ de mes recherches était non pas la fièvre typhoïde, mais la lésion des follicules isolés et agminés chez les enfans en bas-âge, ce qui n'est pas la même chose à l'époque de la vie dont il s'agit. En effet, chez les enfans âgés de moins d'un mois, par exemple, on trouve bien des lésions qui se rapprochent de celles de la fièvre typhoïde, telles que la tuméfaction des plaques de Peyer, une éruption analogue à celle de la psorentérie dans le choléra, des ganglions mésentériques injectés ; quelquefois l'hypertrophie de la rate ; mais les symptômes de cette affection ressemblent beaucoup plus à ceux de l'entérite simple qu'à ceux de la fièvre typhoïde. C'est à peine si, chez quelques sujets, on observe de l'abattement, l'altération des traits, de la pâleur ; mais de phénomènes typhoïdes proprement dits indiquant une sorte d'empoisonnement, une maladie générale, il n'en existe point. Chez les sujets d'un mois à un an, les mêmes lésions intestinales donnent lieu à des symptômes déjà plus tranchés. La plupart des sujets ne présentent guère encore, il est vrai, que des symptômes d'entérite, mais chez un certain nombre de malades, on rencontre un véritable état typhoïde. Enfin, chez les enfans d'un à deux ans, l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés est plus accusée que dans les périodes précédentes, et s'accompagne beaucoup plus fréquemment des phénomènes qui caractérisent l'état typhoïde. Il résulte donc de nos recherches, qu'au fur et à mesure qu'on s'éloigne du moment de la naissance, la lésion des plaques de Peyer et des follicules isolés, en même temps qu'elle se rapproche davantage par les caractères anatomiques de ce qu'on observe chez les adultes morts de fièvre typhoïde, tend à s'accompagner plus fréquemment des symptômes qui appartiennent à cette dernière maladie. Ces explications suffisent, je pense, pour faire comprendre le nombre considérable d'observations que j'ai pu recueillir chez les nouveau-nés sur l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés.

M. GILLETTE : Je ne doute pas que l'on ne doive éloigner l'enfant de la nourrice atteinte de fièvre typhoïde, quoique cependant très souvent l'allaitement puisse être continué impunément. En voici un exemple : Une nourrice tombe malade, je la vois au bout de plusieurs jours et je reconnais la fièvre typhoïde ; cette femme est conduite à l'hôpital le mardi, et, le vendredi suivant, elle était morte ; l'enfant, qui n'avait pas cessé de téter jusqu'au jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, ne fut nullement atteint. Sur la question de la contagion, je partage l'opinion de M. Barthez, j'ai rarement vu la fièvre typhoïde naître à l'hôpital, et, depuis douze ans que je suis médecin d'un lycée où j'ai eu jusqu'à dix fièvres typhoïdes à la fois, je n'ai jamais vu d'exemple de contagion. Il est vrai que j'ai toujours pris autant de précautions que possible, les malades, à l'infirmerie, étaient éloignés des autres, dans des salles particulières, mais la séparation n'était jamais assez complète pour qu'il n'y eût pas des rapports continuels. Pour que la contagion puisse avoir quelque influence, il faut certaines conditions particulières d'âge, de milieu, de genre de vie que l'on trouve rarement réunies.

M. ROSTAN regarde la question de la contagion comme insoluble ; mais il ne peut qu'approuver toutes les précautions que l'on peut prendre contre la contagion, et lui-même est toujours en garde contre elle dans son service à l'hôpital. Je ferai, dit-il, une observation à M. Hérard : je ne sais si chez les enfans la fièvre typhoïde a une marche tellement différente de celle que nous voyons chez l'adulte, que la mort survenant cinq jours après l'invasion de la maladie ne soit pas chose rare ; et les lésions anatomiques, développement considérable des plaques de Peyer et des follicules isolés, et même ulcérations, me paraissent tellement avancées, qu'il est bien rare d'en observer de semblables au bout de si peu de temps ; je serais porté à soupçonner que le début de la maladie avait précédé son invasion apparente, ou que quelque chose avait passé inaperçu.

M. HÉRARD : La mère seule était malade lors de son entrée à l'hôpital ; l'enfant se portait fort bien, et ce n'est que cinq jours avant sa mort que son père s'aperçut de quelque altération dans ses traits ; et dès ce moment la maladie marcha avec une grande rapidité. Quant aux altérations anatomiques, elles étaient effectivement assez prononcées, quoique les ulcérations fussent peu nombreuses et encore peu marquées.

M. VIGLA : Je crois qu'il y a une grande différence dans la contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux ou dans la ville. A la Maison de santé, je soigne de 3 à 400 fièvres typhoïdes par an, et rien n'est plus rare que de voir une fièvre typhoïde se développer dans les salles ; rien au contraire n'est plus commun que celles qui entrent après communication dans la ville. Ainsi, par exemple, on voit très fréquemment venir le mari et la femme, une institutrice qui l'a gagnée d'un élève, des domestiques qui ont soigné leurs maîtres atteints de la même maladie. En un mot, un grand nombre de malades paraissent avoir contracté la fièvre typhoïde par contagion en ville ; un très petit nombre, au contraire, me paraît l'avoir contractée à l'hôpital. Je pense donc que l'état de santé antérieur est une condition importante dans le développement de la fièvre typhoïde.

M. BARTHEZ : J'ai vu grand nombre de faits semblables à ceux que M. Vigla vient de citer, et il m'est arrivé assez souvent d'envoyer à la Maison de santé des malades qui avaient contracté la fièvre typhoïde en en soignant d'autres. Je n'ai jamais voulu dire, du reste, qu'une maladie antérieure préserve de la fièvre typhoïde, mais ce que je prétends, c'est qu'une maladie grave ne se complique pas de fièvre typhoïde. Quant à la rapidité de la marche de la maladie et de la production des lésions anatomiques, il résulte des recherches qui me sont communes avec M. Rilliet, que c'est un fait ordinaire chez les enfans, et que, chez eux, toutes les périodes des maladies sont beaucoup plus courtes que chez les adultes.

M. DELASIAUVE : La question de la contagion de la fièvre typhoïde est très difficile à résoudre, c'est en province qu'il faut en aller chercher les élémens de solution ; presque tous les médecins qui ont pratiqué dans les villages croient à la contagion, et M. Gendron, qui a publié un excellent travail sur ce sujet, cite un grand nombre de cas où la maladie a été manifestement contagieuse ; et moi-même, qui ai pratiqué en province, j'ai vu un certain nombre de faits qui me font croire à la contagion.

M. MARROTTE : Je n'ai pas voulu dire que l'on contracte la fièvre typhoïde plus facilement quand on est malade que quand on est en bonne santé, tout ce que j'ai voulu dire, c'est que les convalescens sont fréquemment pris de fièvre typhoïde dans les hôpitaux. On a parlé de quelques conditions qui favorisent la transmission de la maladie, telles que la jeunesse, l'habitation récente à Paris, des soins donnés à des malades, mais toutes ces conditions se rencontrent fréquemment dans les hôpitaux. Quant à la Maison de santé, les conditions y sont particulières, les malades qui y entrent atteints d'autres maladies n'y séjournent plus aussitôt qu'ils sont convalescens.

M. THIRIAL : Je me range à l'opinion soutenue par M. Barthez. Il est un grand fait de pathologie générale qui doit être rappelé ici : je veux parler de l'antagonisme qui existe entre la fièvre typhoïde et les maladies aiguës graves, et même les maladies chroniques graves, telles que les affections diathésiques, cancer, tubercules, mais je ne veux parler que des tuberculeux à une période avancée, car, lorsque les tubercules sont encore latents, la fièvre typhoïde peut parfaitement se développer et il n'est pas rare de trouver des tubercules à l'autopsie d'individus morts de fièvre typhoïde. M. Forget cite cependant un fait de tubercules avancés dans lequel survint une fièvre typhoïde.

M. HÉRARD : Je suis bien contagionise, mais moins que M. Marrotte ; il est rare de voir des malades pris de fièvre typhoïde dans les hôpitaux, cela peut tenir à ce que la maladie n'est pas contagieuse ou ne l'est que peu, ou bien à l'antagonisme dont a parlé M. Thirial, auquel je crois ; mais ce n'est certainement pas la seule cause.

M. ARAN : Je suis chargé, dans ce moment, de faire un rapport sur un travail de M. Oulmont, qui combat la loi d'antagonisme posée par M. Thirial, car il s'agit d'une épidémie d'angine pseudo-membraneuse se développant sur des individus atteints de fièvre typhoïde.

M. THIRIAL : J'ai dit que la fièvre typhoïde ne se développait pas chez les malades atteints de maladies graves ; mais la réciproque n'est pas vraie : le travail de M. Oulmont n'infirme donc en rien ma proposition.

Le secrétaire, E. MOUTARD-MARTIN.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, à Paris.

L'ouverture des épreuves de ce concours aura lieu simultanément à Paris, à Strasbourg et à Montpellier, le 16 août prochain.

Les conditions d'admission aux emplois de stagiaire à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852, que deux décisions en date des 22 août et 1er mars derniers ont modifié :

1° Etre né Français ;

2° Etre docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien de 1re classe, reçu dans l'une des trois Écoles supérieures de pharmacie de l'Empire (*aucune dérogation à cette condition ne pourra être autorisée*) ;

3° Etre exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire ;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de 30 ans à l'époque de l'ouverture des concours ;

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre ;

6° Souscrire un engagement d'honneur de se vouer pendant cinq années au moins au service de santé militaire.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé ;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ;

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire : cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité ;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

CONCOURS DES CANDIDATS MÉDECINS.

I. *Nature des épreuves.* — 1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale ;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques ;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

II. *Mode d'exécution des épreuves.* — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition, écrite sans livre ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury, la question est la même pour tous les candidats de chaque localité.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion.

Au commencement de la séance, chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition ; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

CONCOURS DES CANDIDATS PHARMACIENS.

I. *Nature des épreuves.* — 1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicamens et de matière médicale ;

2° Épreuve orale sur une question de chimie ;

3° Épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

II. *Mode d'exécution.* — Il est le même que pour le concours des candidats médecins, en ce qui concerne les deux premières épreuves ; la durée de l'épreuve orale de pharmacie est de dix minutes ; celle de la préparation officinale sera réglée par le jury, suivant la nature et l'objet de la préparation.

Composition des jurys. — Les jurys d'examen sont composés :

1° D'un inspecteur, présidant le jury local ; 2° d'un médecin principal choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur ; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal ou major de 1re classe, désignés par le ministre pour chaque localité.

Classement. — Après la dernière épreuve, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris ; à cet effet, le jury formé dans cette ville se constitue en jury central.

Ce classement général sera établi d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats ; en cas d'égalité de deux de ces candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

Stage à l'École impériale du Val-de-Grâce. — La durée de ce stage ne peut dépasser une année et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'Ecole, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansemens, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlemens qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à l'Ecole, les appointemens de l'ancien grade de chirurgien sous-aide, augmentés du supplément de Paris, soit 2,160 fr. par an.

L'État pourvoit, en outre, aux dépenses d'habillement, de coiffure et d'armement qu'amènent soit leur admission à l'école, soit leur entrée dans l'armée, quand ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve des examens dont il est question ci-dessus, le brevet du grade de médecin aide-major de 2me classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des privilèges inhérens à la position d'officier.

Paris, le 18 juillet 1855.

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'Etat de la guerre,
VAILLANT.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 92. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 4 Août 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56,

A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

DE QUELQUES FAITS PATHOLOGIQUES PROPRES A ÉCLAIRER LA QUESTION DE LA PRODUCTION DU SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE;

Par M. ANDRAL, membre de l'Institut.

(Note lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 23 Juillet 1855.)

Les découvertes sans nombre dont la physiologie est redevable aux expériences tentées sur les animaux vivans, prouvent suffisamment toute l'importance et toute la fécondité de cette méthode d'investigation qui, depuis Galien jusqu'à nos jours, tour à tour abandonnée et reprise, a marqué par ses progrès divers ceux de la physiologie elle-même. Cependant il y a encore pour cette science d'autres sources de lumières, et sans parler ici des renseignemens de toutes sortes que peuvent lui fournir, soit la simple observation de l'homme qui vit de sa vie normale, soit les recherches de l'anatomie comparée, qu'il me soit permis de rappeler qu'une autre source de lumière pour la physiologie, c'est l'observation de l'homme malade. Un fait physiologique, quel qu'il soit, ne me paraît pouvoir être regardé comme hors de toute contestation et avoir acquis toute la certitude désirable, que lorsque, repris tour à tour par l'expérimentation, par l'observation de l'homme sain ou malade, par l'anatomie comparée, il est resté inébranlable, et s'est présenté toujours le même. Il y aurait à écrire quelques pages qui ne seraient pas sans intérêt sur les avantages de chacun de ces moyens d'investigation, sur leur puissance et leur portée respective, sur le parti que l'on peut tirer de chacun d'eux, sur la manière dont il est nécessaire de les contrôler l'un par l'autre. Aujourd'hui, je veux seulement, en me plaçant au point de vue pathologique, apporter quelques matériaux à l'étude de la question si intéressante de l'origine du sucre dans l'économie animale. Je vais, dans ce but, soumettre à l'Académie quelques observations relatives à ce sujet, que j'ai eu occasion de faire chez des diabétiques.

Je parlerai d'abord de l'influence exercée par la privation des alimens sur la quantité de sucre contenue dans l'urine de ces malades. A cet égard, j'ai observé ce qui suit :

Lorsqu'un malade, dont l'urine contient du sucre, cesse, par une cause quelconque, de prendre des alimens, j'ai vu, sans prétendre qu'il en soit ainsi dans tous les cas, le sucre de son urine diminuer ou disparaître. A l'appui de cette assertion, je citerai quelques chiffres, en rappelant, comme garantie de leur exactitude, que, dans tous les cas dont il va être question, l'extraction et le dosage du sucre ont été faits, sur mon invitation, par M. Favre, dont l'Académie connaît depuis longtemps le nom et les travaux.

Ainsi une femme, dont l'urine était analysée chaque jour, rendait chaque vingt-quatre heures, avec ce liquide, de 40 à 70 grammes de sucre par litre. Le régime à la fois abondant et excitant auquel elle était soumise amena chez elle une affection gastro-intestinale caractérisée par une perte complète d'appétit et de la diarrhée ; on diminua d'abord ses alimens, puis on les lui supprima entièrement. L'urine, la veille du jour où le régime alimentaire fut rendu plus ténu, avait donné 54 grammes de sucre par litre : quarante-huit heures après, elle n'en donnait plus que 34 grammes; puis, après vingt-quatre autres heures écoulées, 28 grammes. La malade fut soumise à ce moment à une diète absolue : au bout de quarante-huit heures d'abstinence complète, il n'y avait plus dans l'urine un atome de sucre. L'amélioration des fonctions digestives permit alors de rendre quelques alimens; cependant le sucre ne reparut pas sur-le-champ. Ce ne fut que trois jours après la rupture de la diète absolue, que l'on commença à en retrouver dans l'urine : la première fois il n'y en avait que 20 grammes par litre; puis très rapidement sa dose revint à ce qu'elle avait été avant la suspension de l'alimentation.

Ainsi, tandis que M. Bernard montre dans ses expériences que le foie et les veines sus-hépatiques contiennent beaucoup moins de sucre lorsque les animaux ne prennent plus d'alimens, les faits donnés par la pathologie marchent dans le même sens, et, en montrant que la soustraction des alimens fait disparaître le sucre de l'urine, ils autorisent à admettre que si alors il n'y a plus de sucre dans ce liquide, c'est qu'il s'en forme au moins une quantité plus faible dans l'économie.

Mais ici une autre question se présente : c'est celle de savoir si, en l'absence des substances alimentaires susceptibles, pour la science du chimiste, de se transformer en matière sucrée, celle-ci n'en peut pas moins se produire, dans l'organisme, aux dépens des matières albuminoïdes prises exclusivement pour alimens. On sait que les expériences de M. Bernard l'ont conduit à une solution affirmative de cette question, on sait qu'il trouve dans le foie et dans les veines sus-hépatiques une quantité considérable de sucre chez des chiens qui depuis longtemps n'ont pris que de la viande pour nourriture. Or, les faits pathologiques vont nous conduire à une conclusion analogue : ils nous apprennent, en effet, qu'en soustrayant de la nourriture des malades atteints de glucosurie toute espèce de matière sucrée ou amylacée, on peut bien, à la vérité, diminuer, momentanément du moins, la quantité de sucre que contient leur urine ; mais, dans l'immense majorité des cas, on ne la réduit pas à zéro, ou du moins on ne l'y réduit que d'une manière passagère; et on peut même voir, avec un régime animal exclusif, la proportion de sucre dans l'urine aller croissant. Un des faits de ce genre les plus remarquables et en même temps les plus probans, en raison de la rigueur absolue avec laquelle le régime fut suivi, est celui d'une femme qui, dans la persuasion intime où elle était qu'un régime exclusivement animal pourrait seul la guérir, eut le courage de s'y soumettre pendant près de deux mois, sans en dévier un seul jour; pendant ce temps, elle ne prit d'autre nourriture que de la viande bouillie ou rôtie, et elle ne but que de l'eau à laquelle on ajoutait une petite quantité d'alcool. Au bout de ce temps, elle dut abandonner ce régime qui lui était devenu insupportable, et d'ailleurs, elle n'était pas mieux. Au moment où elle commença à y être soumise, l'urine donnait 27 grammes de sucre pour un litre ; pendant les premiers temps, la proportion de sucre diminua à ce point, qu'on n'en trouva plus successivement par litre que 20, 15, 12 et enfin 10 grammes seulement ; puis tout à coup, et sans qu'à coup sûr aucune infraction au régime eût eu lieu, la proportion de sucre s'éleva de nouveau. Nous la vîmes progressivement monter de 10 grammes à 15, 20, 30, 44, 49 grammes par litre; il n'y eut pas, d'ailleurs, un seul jour où ce principe disparut complètement. En outre, ce qui est fort digne d'attention, c'est que pendant les premiers temps où l'on commença à mêler à la viande des œufs, du lait, un peu de pain ordinaire et de légumes, et qu'on remplaça l'eau alcoolisée par de l'eau vineuse, la quantité de sucre, contre toute prévision, se mit à diminuer de nouveau ; on n'en trouva plus que 30, 26, 15 grammes par litre, puis, au bout de quelques jours, le régime restant le même, elle augmenta, et trois semaines après l'institution de ce régime mêlé, on trouvait dans l'urine 54 grammes de sucre par litre. De tout cela ressort un fait remarquable, c'est que, toutes les fois que, chez cette diabétique, le régime est brusquement changé, soit qu'on lui enlève les féculens pour

Feuilleton.

CAUSERIES.

Ah ! que je voudrais bien vous y voir, critiques fâcheux, injustes et exigeans lecteurs ! Feuilleton ! feuilleton ! tu deviens trop rare, tu deviens trop court, sont-ils à me corner aux oreilles quelques affreux amis, très ennemis de mon repos, de mon bonheur. Ils ne savent pas, les bourreaux, qu'on ne fait pas venir les idées et les faits comme, tous les matins, la fermière ma voisine, ses oisillons, ses cannetons et ses poulets, en les appelant : Petits ! Petits ! J'ai beau crier aussi Petits ! Petits ! rien ne vient. Ils ne savent pas, ces odieux tyrans, que rien de pénible, de désagréable ou de désobligeant ne m'est arrivé que par ce chemin rempli de précipices et de fondrières qu'on appelle le feuilleton. C'est même quelque chose d'assez extraordinaire et dont il faut que je m'explique avec ce bon M. Nicolas. La critique, dans les colonnes supérieures, bien alignée en caractères de *petit-romain*, n'est ni contestée, ni blâmée, ni vitupérée, ni l'objet des attentions délicates et charmantes que vous savez de MM. les huissiers ; enfin, elle passe sans exciter ni murmures, ni récriminations, ni colères. Faites-la descendre modestement au rez-de-chaussée, cette critique, arrangez-la proprement en colonnettes serrées, amoindrissez-la en prose *gaillarde* ou *mignonne*, voilà que s'ouvrent incontinent toutes les écluses de l'indignation, messieurs de la verge qui interviennent, les gracieuses réponses sur papier timbré qui pleuvent, quand elles ne sont pas accompagnées d'une aimable invitation à comparoir. Ah ! je voudrais bien vous y voir, méchans et cruels amis. Qu'une seule petite fois vous eussiez tâté de la sixième chambre ; que, pour un mot intentionnellement innocent, vous vous entendissiez diffamer par la bouche irresponsable de quelque avocat venimeux, attaquer votre honneur d'homme et votre probité d'écrivain..... Mais chassons ces vilains souvenirs, et qui prouvent que le feuilleton peut bien ne pas avoir de rancune, mais qu'il ne peut pas ne pas avoir de mémoire.

Je leur demanderais, d'ailleurs, ce qu'ils pourraient avoir à dire en ce moment, mes exigeans critiques, s'ils voulaient un instant descendre jusqu'aux humbles colonnettes du feuilleton. Qu'ils jettent donc les yeux sur le monde médical, et que je les voie un peu se frotter le front, se tirer l'oreille, tremper et retremper leur plume éplorée dans leur encrier stérile, s'asseoir, se lever, faire le tour de leur jardin, invoquer l'inspiration absente, lever les yeux sur leurs pruniers complétement privés de leurs fruits délicats — maudit printemps ! — recommencer leur éternel voyage autour de nos institutions médicales. Voyons !... Mais voyons donc !

— Les Académies.....

— Rien.

— Quoi ! rien ? Et vous ne trouvez pas à signaler le beau travail de M. Andral sur les fonctions glucogéniques du foie dans l'état pathologique ?

— Je fais mieux que de le signaler, Messieurs, à cette humble place, je lui donne le premier rang dans le numéro de ce jour, et les travaux de M. Andral n'ont besoin d'aucun appel à l'attention publique. Je pourrais dire, il est vrai, qu'il est beau, consolant et respectable de voir un homme dans la position éminente de l'illustre professeur, faire encore, de temps à autre, quelques infidélités aux exigences de la pratique, et se souvenir de la science, ses premières amours. Mais la modestie de M. Andral répugne à ces éloges. D'ailleurs, le feuilleton, et c'est là sa tendance la plus habituelle et la plus douce, signale surtout et voudrait pouvoir encourager les travaux des jeunes gens, des inconnus, de ceux qui ont besoin d'une main amie pour les conduire dans les voies difficiles et obstruées de la notoriété. Ceux que l'on appelle les princes de la science ne manquent ni de prôneurs, ni d'admirateurs, ni même de flatteurs.

— Et les Aztèques ? Le feuilleton peut trouver au moins là un filon assez riche pour défrayer plusieurs de ses colonnes.

— Vous oubliez qu'une commission académique étudie à cette heure ces deux phénomènes tératologiques, et que, là où la science va parler, la chronique doit se taire ? Devons-nous, d'ailleurs, suivre les entraînemens de la badauderie parisienne qui s'est prise, pour ces pauvres déshérités, du même engouement qu'elle montra jadis pour la girafe ? Vous avez lu sans doute l'article aussi curieux qu'intéressant publié samedi dernier par M. Peisse dans la *Gazette médicale*. D'après un document que produit M. Peisse et qui paraît authentique, ces deux tristes créatures, produit d'un mulâtre et d'une mulatresse parfaitement constitués, étaient déjà, dans leur pays, l'objet de la curiosité et de la commisération publiques, quand leur existence fut révélée à un spéculateur américain qui les enleva à leurs parens sur la foi de promesses qui n'auraient pas été tenues. Le spéculateur aurait gagné des sommes fabuleuses dont aucune parcelle ne serait encore arrivée aux malheureux parens de ces pauvres idiots. Ainsi s'évanouirait la légende merveilleuse par laquelle les États-Unis et une partie de l'Europe auraient été trompés. Ainsi, comme M. Serres l'a déjà développé dans ses savantes communications, ces deux petits êtres ne présenteraient plus aucun intérêt anthropologique et ne seraient que de simples sujets de tératologie. Rien dans tout cela de bien attrayant pour le feuilleton. Il s'en rapporte à la commission pour éclairer tout à fait un mystère qui semble s'éclaircir de jour en jour. Le feuilleton ne pourrait d'ailleurs qu'unir son humble voix à celle de savans confrères qui pensent qu'il serait aussi absurde qu'impie de voir dans ces misérables avortons un spécimen d'une race humaine privée de langage et des facultés les plus élémentaires de l'intellect, d'une race qui serait inhabile à satisfaire par elle-même aux besoins les plus impérieux de l'existence, une race qui tromperait le but suprême de la nature, le but de reproduction. Les Aztèques qui émeuvent en ce moment le peuple le plus spirituel de la terre, sont des êtres plus dégradés que les Macaques et les Sapajous du Jardin-des-Plantes, et, dans l'échelle intellectuelle, je place mon chien Tom sur un degré bien plus élevé. Ce n'est qu'une lamentable dégradation de l'humanité, plus affligeante encore que curieuse, et dont l'exhibition à prix d'argent et à titre de spectacle n'est qu'une honteuse et scandaleuse spéculation. Vous voyez bien que le feuilleton

ne lui donner que de la viande, soit qu'on mêle de nouveau des féculens à sa nourriture, la quantité de sucre commence par diminuer momentanément, puis de nouveau elle s'accroît.

Il résulte de ce qui précède, et c'est là la conclusion principale sur laquelle je veux appeler l'attention, qu'une nourriture exclusivement composée de matières albuminoïdes n'empêche pas chez l'homme le sucre de se produire, comme cela a eu également lieu chez les animaux soumis aux expériences de M. Bernard. J'ajouterai que le fait dont je viens de soumettre quelques détails à l'Académie, n'est pas pour moi un fait isolé et comme solitaire; j'en ai vu plusieurs autres semblables, et il n'y a pas encore longtemps que j'ai trouvé, chez un diabétique qui se nourrissait exclusivement de viande, jusqu'à 82 grammes de sucre par litre d'urine, et comme il rendait 8 litres d'urine en vingt-quatre heures, il s'ensuit que, dans cet espace de temps, il expulsait de son économie, et par conséquent il produisait 656 grammes de sucre.

Si, comme il est permis de le déduire des expériences de M. Bernard, le sucre se forme dans le foie, et si le sang qui sort du foie chargé de sucre n'en contient plus lorsqu'il a traversé le poumon, on peut se demander si le sucre que l'on trouve dans l'urine et dans d'autres liquides des diabétiques provient ou de ce que le foie malade en forme une quantité surabondante qui échappe à l'action du poumon, ou de ce que ce dernier organe, altéré lui-même, laisse passer intact le sucre qui y arive avec le sang hépatique; mais on ne trouve dans le poumon des diabétiques aucune altération spéciale : seulement on y rencontre presque toujours des tubercules. A coup sûr ce ne sont pas ceux-ci qui produisent le diabète, car l'urine des phthisiques ne contient pas ordinairement de sucre; et, quant à la question de savoir si, dans les cas où la respiration est gênée, l'urine renferme du sucre, ainsi que l'a établi M. Alvarez Reynoso, c'est encore là un sujet à l'étude. On ne trouve pas non plus habituellement de sucre dans l'urine des individus atteints des différentes affections du foie décrites jusqu'à ce jour. Mais, tandis que le poumon ne présente rien de spécial chez les diabétiques, il m'a paru ne pas en être de même du foie. En effet, depuis la publication des travaux de M. Bernard, j'ai fait cinq ouvertures de corps de diabétiques; dans ces cinq cas, le foie ne présentait pas évidemment ses conditions anatomiques normales, et l'altération qu'on y reconnaissait était toujours la même : c'était une coloration d'un rouge brun tellement prononcée, que le foie, au lieu de présenter cette apparence de deux substances qu'on y retrouve toujours, l'une jaune et l'autre rouge, n'offrait plus, dans toute son étendue, qu'une teinte rouge parfaitement uniforme. Il y avait là évidemment tous les caractères anatomiques d'une hypérémie fort intense, et d'un autre aspect que les hypérémies ordinaires du foie, hypérémies qui, sous l'influence de causes très diverses, se produisent si facilement et si fréquemment dans cet organe. Ainsi, chez les diabétiques, le foie se fait remarquer par la très grande quantité de sang qui partout gorge son tissu. La constance de ce fait est une preuve de son importance, et si le foie sécrète du sucre, il est logique d'admettre que l'hypérémie du foie des diabétiques est le signe anatomique d'une sur-activité survenue dans sa fonction glucogénique; et ici encore nous voyons la physiologie et la pathologie se contrôler et s'éclairer l'une par l'autre. Et qu'on ne dise pas que la nourriture substantielle et fortement azotée qu'on donne aux diabétiques est la cause de cette hypérémie; car parmi les cinq cas dont il vient d'être question, il y en a deux relatifs à des malades chez lesquels l'alimentation resta à peu près l'alimentation ordinaire, et chez ces deux malades cependant le foie présentait un aspect analogue. Que si toute congestion hépatique n'est pas suivie d'une augmentation dans la production du sucre; si, par exemple, elle a pour effet plus fréquent de répandre dans toutes les parties de l'organisme les matériaux de la bile, on trouvera peut-être la raison de ce que ces faits paraissent avoir d'étrange dans la différence du siége de la congestion. N'est-il pas possible en effet que, suivant que tel ou tel élément anatomique du foie, que tel ou tel ordre de vaisseaux capillaires de cet organe ne sera plus spécialement congestionné, il survienne tantôt une altération de la sécrétion de la bile, tantôt une altération de la sécrétion du sucre, tantôt une modification de telle autre action organique dont le foie peut encore être l'instrument. Ce sont là des questions d'avenir dont il faudra demander la solution soit aux injections anatomiques, soit aux recherches microscopiques. Aujourd'hui, tout ce que je prétends établir, c'est que chez les diabétiques le foie ne présente pas anatomiquement son état normal, que l'altération qu'on y constate est toujours identique, et que ce fait, trouvé depuis la découverte de la fonction glucogénique du foie, peut à son tour en devenir une des preuves.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Clinique médicale de M. PIDOUX.

LEÇONS SUR L'ASTHME.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 31 Juillet.)

3° *L'emphysème vésiculaire ou anévrysme du poumon.* — C'est ici, je l'avoue, le point le plus ardu de la théorie de l'asthme; non qu'il me paraisse douteux, mais parce que la distinction entre les deux élémens spasme et hypertrophie du poumon, est beaucoup moins évidente, beaucoup plus difficile, eu égard à nos préjugés physiologiques, que ne l'est la distinction entre le spasme et le catarrhe, ou entre celui-ci et l'anévrysme pulmonaire.

De même qu'on a voulu faire de la dyspnée dans l'asthme, l'effet mécanique du catarrhe, on a voulu faire de l'emphysème, l'effet mécanique pur et simple du catarrhe ou du spasme. Je pense, au contraire, et je le répète, que ces trois élémens sont trois affections simples, ayant chacune leur existence propre, mais qui se trouvent réunies physiologiquement, c'est-à-dire par *consensus*, et non physiquement, pour produire *l'asthme*.

La question, dans ce moment, est donc celle-ci : Existe-t-il un anévrysme primitif du poumon ou un emphysème vésiculaire, indépendamment de toute dilatation passive des vésicules pulmonaires ou de toute déchirure de ces parties produites par un effort pour vaincre quelque obstacle mécanique? Je réponds sans hésiter par l'affirmative.

Ce n'est pas que je ne sache très bien que de pareils efforts, excités par un obstacle de ce genre, ne puissent augmenter la lésion organique dont il s'agit; mais, dans ce cas même, l'hypertrophie n'est pas passive. Elle n'est autre chose que la nutrition et l'expansion du tissu pulmonaire et principalement de ses élémens élastiques, opérés sous l'influence d'un stimulus physique au lieu de l'être spontanément, ou sous l'influence d'un stimulus physiologique, comme cela se voit dans les cas d'hypertrophie primitive. Or, peut-on concevoir un développement plus actif que celui-là, et y a-t-il quelque chose qui ressemble moins au développement passif d'une cavité?

Est-ce que, alors même que le cœur s'hypertrophie et se dilate sous l'influence excitante d'un obstacle physique à l'un de ses orifices, d'une tumeur qui comprime l'aorte, etc..., est-ce que, dis-je, l'hypertrophie ou l'anévrysme sont un effet passif de ces obstacles?

Un enfant naît emphysémateux. Cela se voit tous les jours. Où est ici la cause physique de cette affection organique? Mais un catarrhe se joint bientôt à cette lésion, ou plutôt existe avec elle dès l'origine, et se manifeste plus tard. Il en est de même d'un spasme plus ou moins prononcé du poumon. Puis, l'hypertrophie de l'organe augmente; et alors, on imagine de dériver physiquement cette lésion des autres affections simultanées et synergiques, de la même manière qu'on dérive l'élargissement et la rupture d'un réservoir mécanique rempli d'air ou d'eau, de l'obstacle qui peut exister à l'écoulement facile de ces liquides par l'orifice du réservoir..... Il est impossible d'inventer une théorie plus grossière, moins physiologique, plus puérile, plus pauvrement fausse, plus chinoise, plus digne des âges primitifs! Le mot emphysème, la comparaison qu'il entraîne presque inévitablement entre l'état propre au poumon de l'asthme et l'emphysème physique, traumatique, chirurgical, cette comparaison est une des causes de la naïve théorie qu'on professe de l'emphysème médical; et c'est pourquoi nous voudrions voir cette expression remplacée par celle d'hypertrophie ou mieux encore d'*anévrysme* du poumon.

On dirait que Laënnec, sans professer cette opinion, en a senti pourtant la vérité. Elle est implicite dans son ouvrage. M. Louis est l'auteur qui, après Laënnec, a le mieux envisagé cette altération, lorsqu'il a dit qu'elle se formait selon la loi qui préside au developpement des organes creux, et qu'il la donne comme une affection primitive *sui generis*, et non comme l'effet passif d'un obstacle mécanique. Les recherches de M. Louis sur l'emphysème forment, avec les rapports qu'il a trouvés entre les tubercules pulmonaires et ceux des autres parties, les vrais titres pathologiques de cet observateur.

Mais quels sont les rapports qui unissent l'anévrysme du poumon: 1° au spasme pulmonaire dont l'intervention caractérise les accès d'asthme; 2° au catarrhe; en un mot, quel est le rôle de l'emphysème dans l'asthme? Est-il l'asthme lui-même comme on l'a dit? Est-il dans cette maladie, cause, effet, complication?

Si l'emphysème vésiculaire des poumons était sainement compris; si ses rapports avec le catarrhe et le spasme pulmonaire étaient physiologiquement et non physiquement appréciés, je ne craindrais pas de fondre dans cette maladie celle qui a été désignée jusqu'à ce jour dans les nosologies sous le nom d'*asthme*. Mais ce serait faire aujourd'hui à l'anatomisme une concession dangereuse pour la pathologie, que de substituer l'emphysème à l'asthme.

L'emphysème vésiculaire ou l'anévrysme du poumon sera l'asthme lui-même, j'y consens, pourvu qu'on accorde que l'altération du poumon qu'on nomme ainsi, est un état morbide actif, une affection primitive, indépendante *en soi* de toute cause mécanique, bien que les causes de ce genre puissent en favoriser le développement, et le favorisent, *l'excitent*, en effet, puissamment. L'emphysème sera, à cette condition, le poumon propre de l'asthmatique; et il y aura entre cet état du poumon et la dyspnée qui l'accompagne, le même rapport qu'entre l'hypertrophie du cœur et les palpitations qui en sont le symptôme le plus habituel.

Nous avons dit que l'élément caractéristique de l'accès

---

a raison de ne pas vouloir s'occuper de ces infortunés crétins. Vous voyez qu'en effet il a une grande tendance à partager l'opinion de M. Baillarger sur ces tristes résultats des erreurs de la nature.

— Annoncez-nous du moins quelques nouvelles, quelques faits intéressant la science, l'art, la profession, les institutions, les mœurs médicales.

— En vérité! vous n'êtes pas plus difficile que cela? Mais, s'il y avait un peu de tout ce que vous demandez-là, le feuilleton ne crierait pas faim et misère. Des nouvelles! Pas une, si ce n'est celle à laquelle je ne veux pas croire encore, à la demande de retraite faite par M. Bégin. L'honorable et savant président du Conseil de santé des armées voudrait, dit-on, résigner des fonctions qu'il remplit avec tant de zèle, de talent, d'activité, de jeunesse. Oui, de jeunesse, et ce n'est pas trop dire pour qui sait combien M. Bégin a conservé la verdeur de l'esprit, la force du corps, toutes les aimables qualités, toutes les énergiques aptitudes qui le distinguent. Cette retraite, non justifiée, serait une grande perte pour le Conseil de santé des armées, nous ne voulons pas y croire.

Des faits intéressant la science! Ils ne sont jamais communs, cependant, à vrai dire, le moment actuel n'en est pas absolument dépourvu, et ne serait-ce que le beau rapport fait à la Société biologique par M. Broca, sur les travaux de M. Brown-Séquart, relativement aux fonctions de la moelle épinière, rapport et travaux qui produisent une véritable émotion scientifique, il en serait assez pour ne pas trop se plaindre de l'actualité.

Pour ce qui est de l'art, les discussions à la Société de chirurgie sur le traitement des rétrécissemens de l'urètre, sur la possibilité de l'inoculation de la syphilis par le virus vaccin, ont offert un véritable intérêt pratique, que nos lecteurs seront prochainement à même d'apprécier.

Quant aux intérêts professionnels, nous dirons aussi prochainement les efforts de plusieurs préfets des départemens pour organiser le service des médecins des pauvres dans les campagnes, efforts malheureusement sans unité, sans direction, laissés à la spontanéité individuelle de ces honorables magistrats chez qui les bonnes intentions ne suppléent pas toujours la connaissance spéciale des besoins réels de la population et des intérêts respectables de la profession médicale.

De nos institutions médicales, peu de chose, si ce n'est l'animation que jette dans les villes à Écoles préparatoires la réorganisation successive de ces corps enseignans. La mise à la retraite de quelques vieux professeurs, le choix fait de leurs successeurs, les mutations et transmutations, tout cela agite et passionne, plus qu'on ne saurait croire, le monde médical de nos principales villes des départemens. Et puisque l'occasion m'en est offerte, que je paie mon tribut de respect, de reconnaissance et de regrets à deux de mes premiers maîtres de l'École préparatoire de Toulouse, à M. Naudin, professeur d'anatomie, à M. Ducasse, alors professeur de médecine opératoire, tous deux récemment passés dans la classe des professeurs honoraires, et seuls survivans des professeurs de cette époque, hélas! déjà bien éloignée, et de cette École où j'ai puisé les premiers principes d'une science que j'aurais voulu illustrer, de cette École à laquelle me rattachent des souvenirs pieux et chers, qui est la fille de l'ancienne Faculté où Pinel prit ses grades, et où mon grand-père paternel eut l'honneur d'être professeur.

Amédée LATOUR.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La Société rappelle qu'elle a mis au concours pour l'année 1856 la question suivante :

Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs. — Le prix est de 400 fr. — Les mémoires devront être rédigés en français ou en latin, et adressés, suivant les formes académiques, au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 mai 1856.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ POUR 1857.

Des plaies des os. — Les candidats n'auront pas à parler des fractures. Ils sont invités à s'occuper principalement des solutions de continuité produites sur le squelette par l'action de la scie; néanmoins la Société accueillera avec intérêt les recherches qu'ils pourront faire sur les lésions des os par des instrumens piquans ou tranchans. — Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1857.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ POUR 1858.

Des paralysies traumatiques. — Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1858.

PRIX DUVAL.

La Société de chirurgie, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 fr., en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse en chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Seront admis seuls à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier 1855 jusqu'au 31 décembre de la même année seront seules admises au concours pour le prix de 1856.

Les candidats devront adresser *franco* deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 janvier 1856, et indiquer, dans la lettre d'envoi, les hôpitaux où ils ont fait leurs études.

---

d'asthme était un spasme pulmonaire. Ce spasme, comme l'accès, est intermittent. Chez quelques sujets, il n'est même que rémittent. L'emphysème ou anévrysme pulmonaire persiste dans les intervalles. Or, conçoit-on une condition de spasme du poumon plus puissante, plus prochaine, plus immédiate, qu'une hypertrophie de cet organe, et surtout des élémens contractiles de son tissu? Cette espèce de spasme peut sans doute, comme je l'ai dit plus haut, se développer indépendamment de l'emphysème et dans un poumon sain, sous l'influence d'impressions morbides internes ou d'impressions externes irritantes agissant immédiatement sur les bronches, comme il y a des palpitations nerveuses du cœur sans hypertrophie de cet organe. Mais, encore une fois, cette névrose ne constitue pas la maladie chronique, c'est-à-dire l'état habituel et permanent de maladie dyspnéique, sinon toujours manifestée, au moins toujours à l'état de disposition et d'imminence, qu'on appelle asthme dans les nosologies. Or, si pour le premier cas, une hypertrophie du poumon, un anévrysme de cet organe n'est pas nécessaire, il l'est dans le plus grand nombre des cas, à un degré quelconque, lorsque l'asthme est chronique et bien établi. Je ne nie pas l'existence d'asthmes intermittens, sans emphysème appréciable, quoique durant déjà depuis un certain temps, et je crois en avoir observé quelque cas; mais ils sont rares, et s'ils persistent, s'ils appartiennent à cette forme le plus souvent incurable de l'asthme, qui est si commune, l'anévrysme du poumon existe déjà ou se formera tôt ou tard.

Avec l'emphysème, il y aura bien toujours un certain degré de dyspnée spéciale; mais l'accès d'asthme exigera qu'il s'y ajoute un surcroît d'activité morbide du poumon, caractérisée par une contraction morbide expiratrice plus violente et comme convulsive. En même temps, et au début de l'accès, l'irritation de la membrane muqueuse bronchique augmentera, le catarrhe sera sec, et il y aura resserrement dans la sécrétion comme dans le mouvement. Plus tard, on observera une détente ou solution simultanée de la sécrétion et de la contraction. Ce sera la fin de l'accès.

On voit par là que le spasme pulmonaire intermittent, qui constitue l'accès d'asthme chez le sujet affecté d'anévrysme du poumon, n'est autre chose que l'exagération convulsive du mode de respiration morbide ou de dyspnée inséparable de cet état du poumon. C'est ce qui m'a fait dire plus haut, que le poumon emphysémateux ou anévrysmatique était le poumon propre de l'ashmatique. Il ne serait pas moins exact de dire que l'asthme, ou la dyspnée spéciale qui caractérise cette affection, est le mode de respirer propre aux sujets affectés d'emphysème ou d'anévrysme du poumon. Cette dyspnée a son mode calme et continu dans les intervalles des accès; et dans ceux-ci, son mode intermittent et convulsif. N'est-ce pas ce qu'on observe dans les affections organiques du cœur?

Indépendamment des battemens plus énergiques de l'organe que présentent constamment les individus affectés d'anévrysme cardiaque, n'éprouvent-ils pas des accès de palpitations comme convulsives, qui ne sont pas expliqués par un changement dans l'état organique du cœur, mais par le développement de palpitations nerveuses momentanément ajoutées à l'action morbide habituelle de cet organe? Quoiqu'étroitement liés dans ce cas, l'anévrysme et les palpitations convulsives qui caractérisent cet accès, ne sont-ils pas deux choses distinctes en elles-mêmes? N'y a-t-il pas des anévrysmes sans palpitations, sans désordres fonctionnels appréciables du cœur, de même que certains emphysèmes sans dyspnée? A côté de cela, n'observe-t-on pas tous les jours des palpitations dites nerveuses sans maladie organique du cœur, comme des dyspnées spasmodiques ou des spasmes du poumon sans emphysème ou sans catarrhe? Enfin, dans les anévrysmes du cœur, comme dans l'asthme proprement dit, ne voit-on pas une endocardite chronique exister avec l'hypertrophie et avec les désordres dans l'action du cœur; et ces trois élémens, ces trois affections simples, indépendantes en soi, associées pour former, dans un cas, les maladies organiques du cœur, dans l'autre, l'asthme proprement dit?

L'emphysème n'est donc ni cause, ni effet, ni complication de l'*asthme*. Il en forme l'élément organique, comme le spasme pulmonaire en forme le symptôme spécial ou l'action morbide extérieure caractéristique. Ces deux faits sont unis et coexistent sans être plus la cause ou l'effet l'un de l'autre, que l'action musculaire n'est la cause ou l'effet du muscle. Elle est le muscle en action, pas autre chose; et on ne la conçoit pas plus sans muscle, qu'un muscle bien organisé sans elle.

Si les obstacles mécaniques à la respiration peuvent augmenter l'anévrysme du poumon, c'est activement et non passivement; c'est selon la même loi qui préside à la formation des hypertrophies et des dilatations du cœur quand elles sont excitées par un obstacle aux orifices de cet organe ou dans les gros vaisseaux. Mais cela ne doit pas faire oublier que les hypertrophies du cœur se développent très souvent sans l'excitation de causes physiques, et que l'emphysème vésiculaire est bien aussi dans ce cas.

L'indépendance où sont en eux-mêmes les trois élémens que nous avons vu entrer, pour ainsi dire, dans la composition de l'asthme, n'empêche pas que ces trois affections, l'emphysème, le spasme et le catarrhe du poumon, ne soient liées entre elles par d'étroites sympathies. L'emphysème ou anévrysme du poumon excite puissamment le spasme et en est une condition très active; le spasme excite et favorise le développement de l'emphysème; le catarrhe, enfin, est une cause énergiquement stimulante du spasme et de l'emphysème. Ainsi, nous n'isolons pas ces trois affections; nous ne les considérons pas comme absolument étrangères l'une à l'autre et n'exerçant aucune influence réciproque. Au contraire, elles s'incitent, s'entretiennent et s'aggravent mutuellement. Mais nous rompons les liens physiques qu'on a grossièrement établis entre elles, et nous leur donnons leurs véritables relations, des relations physiologiques. Cela seul peut expliquer l'inégalité remarquable qu'on observe dans la proportion de chacun de ces élémens chez les différens asthmatiques, et chez le même asthmatique dans des temps différens. D'après les théories vulgaires, ces élémens devraient toujours exister dans des proportions exactement déterminées par des lois physiques; et c'est ce qui est dans un désaccord criant avec l'observation.

Quelle place la théorie que je viens de présenter de l'asthme assigne-t-elle à cette maladie dans nos cadres nosologiques? La rangerons-nous dans les spasmes avec Willis, Hoffmann, Cullen, les nervosistes? Dans les catarrhes, avec Galien, M. Beau, etc., les humoristes? Dans les lésions organiques, avec M. Louis, M. Chomel, les anatomistes? On a vu que pour nous, elle n'est aucune de ces trois affections à l'exclusion des deux autres. Nous refusons donc forcément la réponse. Ce n'est pas notre faute, mais celle des conditions systématiques qu'on nous fait. Le bon praticien s'affranchira aussi des liens étroits de l'école; mais il fraicra la voie à une classification pour le temps où la médecine, délivrée de l'obsession des autres sciences, s'immergera souverainement dans la clinique.

Donc, lorsque le spasme dominera la scène morbide, le praticien se placera au point de vue d'une névrose, sans oublier *dans son pronostic* les deux autres élémens. Ainsi fera-t-il pour l'emphysème ou le catarrhe, suivant que l'un ou l'autre auront l'importance majeure dans les accidens morbides. Quant à la question de classification pure ou d'histoire naturelle, j'y tiens fort peu, puisque je ne peux la résoudre dans l'état actuel de la nosologie. Cela seul prouve que cet état est fort imparfait, pour ne rien dire de plus. Je défie qui que ce soit, aujourd'hui, de faire accepter au sens commun médical, l'asthme rangé d'après sa nature, ou dans les pures névroses, ou dans les catarrhes, ou dans les lésions organiques.

Il faudrait donc, si on acceptait l'état actuel de la nosologie, diviser l'asthme en trois : on en donnerait un tiers aux lésions organiques, un tiers aux catarrhes et un tiers aux névroses. Mais où placerait-on l'asthmatique?.....

Que si on voulait quand même, et provisoirement, faire une place à l'asthme dans les classifications modernes, on le rangerait, sous condition, dans les névroses avec le titre d'*asthme nerveux*, lorsque le spasme dominerait tellement que les deux autres élémens n'auraient qu'une faible part à l'affection; l'*asthme humide ou catarrhal* serait attribué sous ce nom, en attendant mieux, à la classe des catarrhes, c'est-à-dire plutôt à cette classe qu'à une autre; enfin, sous le nom d'*asthme organique*, on rangerait l'emphysème vésiculaire, qui est l'anévrysme du poumon, dans la classe des lésions organiques, lorsque cet état serait si développé, qu'il absorberait les deux autres.

Mais ce morcellement fait mal à l'esprit et accuse la science. La clinique le repousse, elle qui marie, retourne, transmute, intervertit toutes ces formes d'une seule maladie chez le même sujet, comme pour nous en montrer l'identité de nature, et nous inviter à prendre la difficulté de plus haut, si nous voulons unir les membres épars de l'asthme. Aussi, le moment venu, on les ramassera des divers points du cadre nosologique où l'impuissance des systèmes les laisse gisans depuis des siècles. Alors, comme d'eux-mêmes et par l'effet d'une sympathie naturelle, ils se viendront réunir dans le poumon de l'asthmatique, d'après la même loi que sont groupées physiologiquement dans le poumon de l'homme sain, les propriétés spéciales qui concourent à l'accomplissement de la respiration. Là, un tissu contractile est l'agent des mouvemens propres dont sont animées les innombrables cavités aériennes qui composent l'organe, et qu'une membrane mucipare tapisse pieusement comme toutes les cavités des animaux faites pour le contact immédiat des choses extérieures. Cette variété de tissus n'empêche pas l'unité d'organe : elle est, au contraire, l'unité organisée. Tout cela pour une seule fonction, tout cela pour un seul acte et dans un seul acte physiologique, sans aucune consécution physique, car tout était prêt, disposé, tendu, énergiquement concentré, actif même à sa manière dans la poitrine du fœtus avant son premier mouvement respiratoire! Déjà on me demande pourquoi il en serait autrement de l'asthme. Qu'est-ce, en effet, que la disposition immanente aux accès? Une abstraction, un mot pour nos sévères Baconiens. C'était bien la peine de honnir Aristote! L'intermittence est cependant quelque chose de rempli comme l'accès, quoique par un autre mode d'activité. Cette activité, latente pour nous, n'est pas autre chose qu'une force d'incubation renfermant très réellement, très activement le principe de tous les symptômes dans un état d'effort concentré ou d'énergie interne qui est aux phénomènes de l'attaque, ce que le germe est aux organes, ou ce que la conception cérébrale d'un acte extérieur, est aux mouvemens par lesquels celui-ci va s'accomplir.

Où est en cela la mécanique? La médecine physique ne s'arrête plus aujourd'hui que devant la génération... Pourquoi? Arrêtez-vous donc devant tout en physiologie, car la génération y est l'acte unique diversifié à l'infini. Que deviendrait votre physiologie si vous saviez cela? Ce ne serait plus, hélas! que de la mauvaise physique. Dans le passage de l'intermittence à l'accès, y a-t-il autre chose que deux états d'un même fait pathologique liés par la même force; et s'il n'y a qu'une force, pourrait-il y avoir deux lois? Comment ce qui était vital avant l'accès, peut-il être physique après? Quand l'activité morbide du poumon produit les symptômes de l'asthme, peut-elle les produire autrement qu'elle ne les a conçus? En d'autres termes, les phénomènes d'une maladie ou ses symptômes, sont-ils autre chose que l'évolution extérieure d'actions plus intimes, et l'ordre caché de celles-ci ne règle-t-il pas la coordination visible de ceux-là? Pour qui entend l'esprit de la physiologie, que répondre à cette preuve suprême?... Il ne s'agit plus que de savoir si la maladie change quelque chose aux lois fondamentales d'une fonction. Hippocrate a répondu il y a plus de deux mille ans : *Quæ faciunt in sano actiones sanas, eadem in œgro morbosas.* Appliqué à mon sujet, cela signifie, que l'action respiratoire saine du poumon suppose des forces vitales communes saines où elle s'enracine; et que l'action respiratoire morbide du même organe, ou l'asthme, suppose pareillement des forces vitales communes viciées ou malades, et s'y enracine.

Nous voici donc en face des diathèses; et vous savez, Messieurs, combien il est commun de pouvoir remonter chez les asthmatiques à des causes internes de ce genre.

C'est un autre sujet qui s'ouvre devant moi. Je ne peux le traiter en ce moment. Qu'il me suffise d'avoir considéré l'asthme acquis et formé, et de l'avoir rendu à lui-même, sans éclectisme.

Aux beaux jours de l'anatomisme, on a voulu réunir l'asthme aux maladies organiques du cœur; plus tard, à l'emphysème. Mais alors, on était au moins conséquent avec soi-même; on déclarait franchement qu'il n'y avait plus d'asthme. Aujourd'hui, on prétend qu'il existe; on veut qu'il soit une maladie à part; on croit le restituer aux nosologies, et, chose bizarre, on perd, pour l'en effacer, plus de talent qu'il ne faudrait pour l'y fonder à jamais! On s'efforce de démontrer qu'il n'est essentiellement et pathologiquement qu'un catarrhe... Voilà ce que je ne comprends pas plus que je ne comprends la formation mécanique de l'asthme; car si l'asthme se forme mécaniquement, il n'est pas une maladie, et je demande qu'on le supprime. Si, au contraire, il est une maladie, je demande avec M. Beau qu'on le conserve; et contre lui — afin de le mettre d'accord avec lui-même — qu'on ne le conçoive plus mécaniquement.

L'asthme n'est pas une dyspnée physiologique — et mon honorable ami de l'hôpital Cochin n'en fait pourtant pas autre chose — mais une dyspnée morbide. Encore une fois, cela dit tout.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 Juillet 1855. — Présidence de M. Regnault.

Recherches expérimentales sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.

M. E. Brown-Séquard lit, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Malgré son importance, la question relative au siége précis de l'entrecroisement des fibres sensitives n'a été l'objet de recherches spéciales de la part d'aucun des biologistes éminens qui, de nos jours, ont fait faire tant de progrès à la physiologie et à la pathologie du système nerveux. Ceux-là même qui ont traité des questions connexes à celle dont je m'occupe ici n'ont pas émis d'opinion formelle à l'égard de la décussation des fibres sensitives. Ainsi, par exemple, M. Flourens, dans son remarquable mémoire *sur la délimitation de l'effet croisé*, parle à peine de la sensibilité. Ni M. Magendie, ni M. Serres, ni M. Andral, n'ont émis, que je sache, d'opinion positive sur le siége de cette décussation. En 1842, cependant, un physiologiste distingué a tenté d'être plus précis que ses devanciers, Suivant lui, les fibres sensitives du tronc et des membres, après leur arrivée au bulbe rachidien, se trouvent réunies dans les corps restiformes, avec lesquels elles se portent en majeure partie au cervelet, qu'elles traversent d'avant en arrière, pour aller faire leur entre-croisement à l'extrémité antérieure de la protubérance, près des tubercules quadrijumeaux. Je fais voir, dans mon mémoire, combien l'histoire physiologique et pathologique du cervelet et de la protubérance est contraire à cette théorie. Comme dernier argument contre elle, je rapporte l'expérience suivante, qui montre, de la manière la plus incontestable, que si les fibres, qui paraissent s'entre-croiser à l'extrémité antérieure de la protubérance, étaient réellement continues avec celles des corps restiformes (ce qui n'est, du reste, qu'une hypothèse sans fondement), il faudrait admettre que ces fibres ont une direction absolument inverse à celle qu'on leur attribue. Si l'on coupe transversalement les cordons postérieurs, dans toute leur épaisseur, au niveau du bec du *calamus*, c'est-à-dire à l'endroit où ils finissent et où commencent les corps restiformes, on trouve que la surface de section supérieure est insensible; de plus, on trouve que les corps restiformes ont perdu leur sensibilité. L'animal, cependant, n'est pas devenu insensible, et, tout au contraire, il paraît être dans un état d'hypéresthésie; de plus, la face inférieure de la section est sensible, et, en arrière d'elle, les cordons postérieurs et les racines postérieures sont très sensibles et, en apparence, quelquefois plus qu'à l'état normal. J'ai cherché, à plusieurs reprises, en enfonçant une aiguille profondément dans les différentes parties des corps restiformes, s'il n'y restait pas un peu de sensibilité. Quelquefois il m'a semblé qu'il y avait de légères manifestations de douleurs quand l'aiguille était enfoncée profondément, depuis la surface de section jusqu'à l'endroit où les pneumogastriques s'attachent au bulbe. Mais, dans une étendue d'au moins 5 millimètres, à partir de la surface de section, les corps restiformes paraissent alors insensibles. J'ai constaté ces faits sur des chats, des cochons d'Inde, et surtout des lapins.

Il ressort clairement des résultats de cette expérience : 1° que la sensibilité si vive des corps restiformes à l'état normal, dépend des fibres

se dirigeant de ces corps vers les cordons postérieurs et non de fibres allant de ces cordons aux corps restiformes ; 2° que l'opinion d'après laquelle les corps restiformes sont l'agrégation de fibres sensitives du tronc et des membres, montant vers le cerveau, n'est pas exacte, et qu'il semble, au contraire, qu'aucune de ces fibres ne s'y trouve ; 3° qu'il n'y a plus de fondement à l'hypothèse d'après laquelle le siége de l'entre-croisement serait à l'extrémité antérieure de la protubérance et formé par les fibres sensitives du tronc et des membres, ayant passé par les corps restiformes et à travers le cervelet.

. . . . La théorie que j'ai proposée relativement au siége de l'entre-croisement des fibres sensitives, s'appuie sur un grand nombre de faits expérimentaux ou pathologiques. Je laisserai pour aujourd'hui les faits pathologiques de côté, et je me bornerai à l'exposé de quelques expériences nouvelles, renvoyant pour les anciennes à l'extrait de mon premier mémoire, inséré dans les *Comptes rendus*, 1850, tome XXXI, page 700.

Il est certain que, s'il y a entre-croisement des fibres sensitives dans la moelle épinière, on doit trouver, après la section transversale d'une moitié latérale de cet organe, la sensibilité persistant en arrière et du côté de la section, et perdue ou diminuée du côté opposé et en arrière de la section. C'est effectivement ce qu'on trouve ; mais comme, en général, la sensibilité ne paraît que diminuée et non perdue dans ce dernier côté, on a conclu de cette expérience que, s'il y a un entre-croisement, il n'est que partiel. On a même été plus loin, et en se fondant sur ce que, quelquefois, quand l'excitation est très violente, la sensibilité paraît exister presque aussi vive qu'à l'état normal dans le côté opposé à la section, on a cru pouvoir conclure qu'il n'y a pas d'entre-croisement des fibres sensitives dans la moelle épinière.

Je ferai tout d'abord remarquer que l'on peut s'assurer aisément qu'il y a toujours une diminution notable de sensibilité dans la partie du corps, en arrière et du côté opposé à la section. Si l'on donne du chloroforme à l'animal, on constate que, si cette partie paraissait sensible avant la chloroformisation, elle cesse très vite de le paraître. La sensibilité, dans le train antérieur, où elle est normale, ne se perd que quelque temps plus tard. Quant à la partie située en arrière et du côté de la section, comme elle est, ainsi que je l'ai découvert, dans un état d'hypéresthésie, elle est la dernière à perdre sa sensibilité.

Quand la sensibilité de la partie du corps qui est en arrière et du côté opposé à la section, paraît aussi vive qu'à l'état normal, l'autopsie révèle que la section de la moitié latérale de la moelle épinière n'est pas absolument complète. Dans quelques cas rares cependant, bien que la section soit parfaite, il y a apparence d'une sensibilité assez vive. J'explique, dans mon mémoire, que cela dépend de phénomènes très complexes, et que c'est l'excès de sensibilité qui existe du côté de la section et en arrière d'elle, qui est la cause de l'apparence de sensibilité du côté opposé. On trouve, en effet, que quand les racines sensitives du côté et en arrière de la section son coupées, cette apparence de sensibilité au côté resté sain, et dans equel ni les racines, ni la moitié latérale de la moelle n'ont été coupées, disparaît presque complétement, et quelquefois complétement.

. . . . . Si l'on fait une première section d'une moitié latérale de la moelle épinière, par exemple, au niveau de la première vertèbre lombaire, on constate que la sensibilité du membre postérieur droit est bien plus grande qu'à l'état normal. Il est facile alors de prouver que les fibres sensitives qui viennent de ce membre se portent dans la moitié gauche de la moelle épinière, et que c'est par cette moitié gauche qu'elles se rendent au centre de perception dans l'encéphale. Si l'on coupe transversalement la moitié latérale gauche de la moelle, à une distance plus ou moins grande, et avant de la première section, on trouve que la sensibilité est anéanie, ou extrêmement diminuée dans le membre postérieur droit, et l'on constate aussi que ce qui paraissait rester de senbibilité dans le membre postérieur gauche disparaît entièrement ou à bien peu près. Pour que cette expérience donne ces résultats, il faut que les deux hémisections soient complètes. Il est clair que dans cette expérience la transmission des impressions sensitives venant du membre droit, après la première hémisection, se faisait par la moitié gauche de la moelle.

On peut admettre qu'il y a quelques fibres commissurales entre les deux moitiés latérales de la moelle, par lesquelles a lieu une transmission partielle, extrêmement peu considérable ; mais il y a loin de là à admettre l'opinion de Van Deen, de Stilling et d'autres physiologistes, qui croient que la substance grise de la moelle peut transmettre les impressions sensitives en tous sens. Les résultats de l'expérience rapportée ci-dessus et ceux de l'expérience suivante sont tout à fait contraires à cette opinion. Si l'on fend la moelle épinière longitudinalement sur la ligne médiane, de manière à séparer ses deux moitiés latérales l'une de l'autre, on obtient les résultats suivans : 1° quand la section est faite sur toute la portion de cet organe qui donne des racines aux nerfs des membres postérieurs, on trouve que la sensibilité paraît radicalement perdue dans ces deux membres ; 2° quand la section est faite sur le renflement cervico-brachial de la moelle , sur toute la longueur de la portion de cet organe, d'où naissent les nerfs des membres antérieurs, on trouve que la sensibilité paraît radicalement perdue dans ces membres, tandis qu'au contraire elle est conservée dans les membres postérieurs. Dans ces deux expériences, l'on constate que le mouvement volontaire persiste dans les membres anesthésiés.

Plusieurs faits paraissent démontrer que l'entre-croisement, pour chaque paire de racines sensitives, se fait à l'endroit même ou très près de l'endroit où elles s'insèrent à la moelle épinière. Si, par exemple, on fait une section longitudinale sur le plan médian de la moelle épinière, de façon à la séparer en ses deux moitiés latérales, dans la longueur de l'insertion de deux paires de nerfs, on constate une diminution notable de sensibilité dans ces deux paires de nerfs, et il est fort remarquable que ce soit la paire la plus rapprochée de l'encéphale qui paraisse perdre le plus de sa sensibilité, De plus, si l'on coupe une moitié látérale de la moelle épinière, on trouve que les racines situées immédiatement en arrière et du côté de la section paraissent bien plus sensibles que les racines situées immédiatement en avant et du côté de la section, c'est-à-dire sur son bout céphalique. Si, dans ce cas, on compare la sensibilité des racines qui sont derrière et du côté de la section avec celles des racines correspondantes du côté opposé, on trouve qu'elle est bien plus faible dans ces dernières que dans les premières.

Il ressort de ces expériences que les racines sensitives des nerfs rachidiens paraissent faire leur entre-croisement en grande partie, presque aussitôt après leur entrée dans la moelle épinière, et en partie aussi à quelque distance *en arrière* du point d'entrée. — (Commissaires, MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Présidence de M. Huguier.

DISCUSSION SUR L'URÉTROTOMIE.

Dans la séance du 14 mai 1855, M. Maisonneuve lisait, devant l'Académie des sciences, un travail ayant pour titre : *Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des rétrécissemens de l'urètre.*

Voici le résumé de ce mémoire :

L'auteur rappelle qu'en janvier 1845, il a déjà exposé à l'Académie un procédé qui permet de pratiquer facilement et sans danger l'opération du cathétérisme dans les cas les plus graves de rétention d'urine. Ce procédé consiste à introduire d'abord dans l'urètre une bougie fine et flexible, qui, se moulant aux inflexions du canal, arrive *toujours et sans difficulté* dans la vessie ; puis à se servir de cette bougie comme d'un conducteur sur lequel on fait glisser une sonde élastique percée à ses deux bouts. Avec ce procédé, il n'est pas de prostate infranchissable ; et surtout il n'est plus question de ces fausses routes ni de ces accidens inflammatoires redoutables auxquels exposaient si fréquemment les procédés ordinaires.

M. Maisonneuve songeait depuis longtemps à faire l'application de cette méthode aux rétrécissemens de l'urètre ; mais il avait toujours été arrêté par l'étroitesse de ce canal qui, dans les cas de rétrécissemens, permet à peine l'introduction d'une bougie filiforme et s'oppose complétement à ce quc, par dessus cette bougie, on fasse glisser un instrument de quelque volume. Cette difficulté lui suggéra l'idée d'utiliser la bougie conductrice d'une autre manière. Au lieu de faire glisser sur elle l'instrument à introduire, il vissa sur son extrémité libre le bec de cet instrument, qui, faisant alors corps avec elle, put facilement pénétrer à sa suite dans les rétrécissemens, pendant qu'elle-même s'enfonçait dans la vessie où elle se repliait.

Cette méthode serait applicable aux instrumens de toutes les formes et de tous les calibres. Il suffirait, en effet, que la bougie conductrice et les instrumens dont elle doit diriger l'introduction fussent disposés de manière à s'articuler ensemble à la volonté du chirurgien.

Un des avantages les plus précieux de ce procédé serait de permettre l'exécution facile de la plus importante des méthodes d'urétrotomie, celle qui s'exécute d'avant en arrière ; opération tellement entourée jusqu'à ce jour d'incertitudes et de dangers, que les chirurgiens les plus habiles oseraient à peine y avoir recours. Grâce à la bougie conductrice, ces incertitudes et ces dangers auraient complétement disparu, d'après M. Maisonneuve.

Voici comment ce chirurgien applique sa nouvelle méthode :

Son appareil se compose simplement : 1° d'un tube cannelé, long de 25 centimètres, et de 5 millimètres de diamètre, présentant à son extrémité externe un petit anneau qui lui sert de manche, et à son extrémité vésicale un pas-de-vis qui lui permet de s'articuler à l'ajutage de la bougie conductrice ; 2° d'une lame tranchante, en forme de demi-olive, tranchante sur la convexité, munie sur le dos d'une arête qui la retient dans la cannelure ; cette lame est portée sur une tige mince qui glisse dans le tube cannelé et se termine par un petit manche, lequel doit servir à diriger la manœuvre.

Voici maintenant la manœuvre opératoire : La bougie conductrice est introduite dans l'urètre, et franchit le rétrécissement ; dès qu'elle est arrivée dans la vessie, on visse sur son ajutage l'extrémité vésicale de l'urétrotome ; puis on pousse le système avec douceur, de façon que, guidé par la bougie, l'urétrotome franchisse tous les rétrécissemens. On introduit alors dans la cannelure la petite lame tranchante à laquelle on fait parcourir sans hésitation toute la longueur de l'instrument, de manière à diviser d'un seul trait tous les rétrécissemens.

Cette méthode, dit M. Maisonneuve, m'a permis de résoudre d'un seul coup deux des problèmes les plus complexes et les plus importans de la physiologie des voies urinaires : celui de l'exécution facile et sûre de toutes les opérations relatives au traitement des rétrécissemens de l'urètre, et surtout celui de la guérison instantanée de ces affections, sans aucune dilatation préalable ni consécutive.

Ce même travail, présenté le 23 mai à la Société de chirurgie, donna lieu, dans la séance du 30 mai, à la discussion suivante :

M. Vidal : Le mémoire de M. Maisonneuve contient deux points principaux qu'il convient de discuter à part : 1° l'introduction dans les rétrécissemens d'une bougie fine ; 2° la section du rétrécissement à l'aide d'un instrument tranchant guidé dans l'urètre par la bougie, donnée comme une opération qui produit la cure radicale de l'affection.

Le premier point domine la question, car franchir le rétrécissement est certainement le but le plus important et le plus difficile. Tous les rétrécissemens ne sont pas franchissables, et il est arrivé à tous les chirurgiens d'échouer dans cette opération préliminaire, quelque patience que l'on y mît, quelque variées que fussent les manœuvres. Or, cette difficulté, M. Maisonneuve l'a complétement passée sous silence ; il n'a rien dit de nouveau à cet égard. Cependant, il aurait rendu grand service aux chirurgiens en leur apprenant quels procédés il emploie pour franchir tous les rétrécissemens, puisque, d'après le titre de son mémoire, il ne paraît pas en avoir rencontré d'infranchissable.

Supposons maintenant la bougie passée ; on procède à la section d'avant en arrière. Il est clair que le résultat immédiat de l'opération est avantageux ; l'ouverture est agrandie et le malade urine facilement. Mais est-ce là une cure *radicale?* M. Reybard a appris que le tissu qui compose les rétrécissemens organiques ou fibreux jouit d'une rétractilité incessante, énergique, qui agit sans relâche, et assimile complétement ce tissu à celui des cicatrices. Or, l'incision que M. Maisonneuve pratique dans ce tissu inodulaire lui ôte-t-elle ses propriétés de rétractilité ? Nullement. C'est l'extirpation du tissu cicatriciel et non pas son incision qu'il faudrait faire pour avoir la cure radicale. Donc ce mot de cure radicale ne convient en aucune façon à la simple incision que met en usage M. Maisonneuve.

M. Maisonneuve supprime la dilatation consécutive à l'urétrotomie. Le méat urinaire, dit-il, est élargi par une simple incision ; sans qu'il soit besoin de sonde pour conserver l'élargissement du calibre. Mais cet exemple est mal choisi : car lorsqu'il y a rétrécissement du méat à la suite d'un chancre ou d'une ulcération quelconque, l'incision est loin d'empêcher le rétrécissement de se produire avec opiniâtreté ; et même, quand le méat est sain, son débridement ne réussit pas toujours à l'agrandir d'une manière permanente.

M. Vidal, relativement à la méthode des grandes incisions, n'est partisan ni de la méthode de M. Reybard, qui les pratique de dedans en dehors, ni de celle de M. Syme, qui suit une marche inverse. Toutefois, s'il fallait décider entre les deux, c'est à la pratique de M. Syme qu'il donnerait la préférence, comme étant plus logique dans sa conception et plus sûre dans son manuel. Mais, dans l'immense majorité des cas, on ne doit pas songer à l'urétrotomie ; on doit s'estimer heureux quand le rétrécissement est franchi et s'en contenter, car la dilatation devient dès lors possible.

M. Vidal conclut en disant qu'il croit M. Maisonneuve d'autant moins autorisé à donner à son procédé le titre de cure radicale instantanée, que ses opérations sont encore très récentes, et que le temps n'a pas encore prononcé sur leurs résultats.

M. Ricord s'étonne de ce que M. Maisonneuve ne fasse pas mention dans son mémoire des rétrécissemens infranchissables. Il lui est arrivé fréquemment de renoncer à l'introduction d'une bougie dans un rétrécissement, après avoir employé toutes les manœuvres classiques les plus patientes et les plus variées. Les bougies de M. Maisonneuve n'ont rien de spécial : ce sont des bougies que tout le monde emploie. Ce chirurgien a-t-il donc un moyen particulier de la faire passer à travers les obstacles ?

La section des rétrécissemens a été présentée comme méthode générale, applicable d'emblée à tous les cas : cette pratique lui paraît d'une audace extrême. Chacun connaît les nombreux et cruels accidens produits par l'urétrotomie, même entre les mains de M. Reybard. Il en a eu un grand nombre pour sa part, et il cite le fait d'une hémorrhagie terrible survenue à la suite d'une section qu'il avait pratiquée sur un rétrécissement situé près du bulbe : l'écoulement sanguin dura toute la nuit ; on eut la plus grande difficulté à l'arrêter, et le malade ne se rétablit que lentement, à grand'peine. Comment donc M. Maisonneuve a-t-il pu donner l'urétrotomie comme une opération innocente, sans accidens, ne donnant pas même lieu à l'écoulement d'une goutte de sang ? Il ne faut recourir à cette opération qu'avec la plus grande réserve et lorsqu'on y est absolument forcé par la nécessité.

Il s'étonne encore de ce que M. Maisonneuve a dit de l'emploi des bougies et de la dilatation en général. La proscription de ce moyen si simple, si utile lui paraît un véritable sacrilége.

Les résultats immédiats de l'urétrotomie peuvent séduire le chirurgien et l'opéré : mais il n'en est plus de même des résultats ultérieurs. Combien de *cures radicales* fournit cette opération ? Où est la garantie que la cicatrisation ne reproduira pas l'obstacle. M. Reybard a montré, il est vrai, sur des urètres de chiens auxquels il avait fait l'urétrotomie, les deux lèvres de la plaie cicatrisées isolément et réunies par un tissu mou et flexible. M. Ricord a constaté le même fait sur l'urètre d'un opéré qui succomba à une affection étrangère. Mais ces résultats sont-ils constans, définitifs ? Il y a déjà des faits qui prouvent que le contraire peut avoir lieu.

M. Ricord reproche encore à M. Maisonneuve d'avoir supprimé la dilatation consécutive à la section. L'exemple du débridement du méat urinaire est mal choisi, car, pour obtenir une ampliation notable de cet orifice, il faut lui faire subir un énorme débridement.

Enfin, l'appareil de M. Maisonneuve n'a de nouveau que la bougie conductrice, laquelle paraît inutile à M. Ricord.

La cure radicale instantanée des rétrécissemens de l'urètre par la méthode que propose M. Maisonneuve a donc été annoncée d'une façon prématurée, puisque la pratique de ce chirurgien ne repose que sur un nombre de cas insuffisans et recueillis depuis un temps bien trop court.

M. Giraldès admet des rétrécissemens infranchissables, non pas seulement sur le vivant, mais encore sur la pièce pathologique, après l'autopsie. Il cite à l'appui deux pièces recueillies par M. Nélaton et par M. Sédillot, sur lesquelles un stylet très fin ne put jamais être engagé dans la lumière des rétrécissemens.

Il donne ensuite quelques détails sur le procédé de Syme et les résultats qu'il a fournis à ce chirurgien.

M. Debout sait que les chirurgiens de Lyon ont abandonné complétement l'urétrotomie, qui a donné des résultats déplorables entre les mains de l'inventeur et de ceux qui ont suivi sa pratique.

M. Maisonneuve proteste d'abord contre le rôle qu'on lui prête de partisan exclusif des grandes incisions. Il ne s'est fait nullement le champion de ce mode de traitement.

Il n'a pas méconnu les services que peuvent rendre les bougies. Toutefois, dans sa pensée, le traitement par les bougies seules est lent, pénible, désagréable ; il fatigue le malade qui ne tarde pas à le délaisser ; il n'est pas exempt, d'ailleurs, d'inconvéniens et de dangers. L'urétrotomie, au contraire, est rapide, et ses résultats presque immédiats ; elle supprime tous les dangers des sondes à demeure ; elle fournit une prompte guérison.

Il reconnaît comme tout le monde des rétrécissemens infranchissables ; mais ce qu'il veut établir, c'est que du moment où une bougie, si fine qu'elle soit, a franchi l'obstacle, il est possible d'abréger considérablement le traitement par l'introduction d'un urétrotome qui divise sur-le-champ le rétrécissement et amène par le fait une guérison instantanée. Il cite à l'appui l'observation d'un malade du service de M. Velpeau, traité depuis cinq ans pour un rétrécissement considéré comme incurable, et sur lequel l'application de sa méthode a fourni un résultat des plus remarquables. Le rétrécissement, dit-il, était très dur et entouré de fistules ; j'eus les plus grandes difficultés pour introduire une bougie, et j'y consacrai plus de vingt minutes. A peine ce premier résultat était-il accompli que la guérison était obtenue, car il suffit d'un quart de minute pour conduire l'urétrotome et diviser le rétrécissement. Depuis ce moment, l'urine fut rendue à plein canal, et les fistules se sont guéries.

On regarde comme inutile la bougie conductrice : c'est une erreur. S'il est souvent impossible, après avoir retiré la bougie de la lumière d'un rétrécissement, de l'y réintroduire, il ne le serait pas moins de substituer l'urétrotome à la bougie. La peine qu'on aurait prise à exécuter le premier temps serait donc perdue pour le second, sans l'emploi de la bougie conductrice qui permet, au contraire, l'introduction facile de l'urétrotome à travers le rétrécissement.

Ce que je considère comme inutile, c'est la dilatation consécutive à la section ; c'est cet écartement, cette irritation des lèvres de la plaie avec un corps étranger.

J'ai annoncé la cure *radicale*, d'après l'autorité même de l'Académie qui, par l'organe de la commission du prix d'Argenteuil, a déclaré que l'urétrotomie amenait la cure radicale des rétrécissemens. Pour l'*instantanéité*, je n'en suis pas davantage l'inventeur ; mais il est clair qu'on peut l'admettre, puisqu'il suffit d'une seule séance pour diviser complétement le rétrécissement.

M. Maisonneuve ajoute qu'il y a dans sa méthode quelque chose de nouveau que la discussion n'a pas abordé : c'est l'emploi du lithotome caché comme instrument de section, et la manière dont le point rétréci est incisé. Jusqu'à ce jour, l'on n'avait pas essayé de couper les rétrécissemens de dedans en dehors, et c'est ce que réalise très bien le lithotome. Dans toutes les autres méthodes, l'on attaque les tissus voisins du rétrécissement avant le rétrécissement lui-même. L'appareil instrumental énorme de M. Reybard, qu'il faut déployer dans la partie saine, blesse le canal sain et respecte le rétrécissement ; il y a une certaine étendue du canal sain coupée en avant et en arrière de l'obstacle. M. Syme fait bien autrement, puisqu'il divise toute la paroi urétrale. Au contraire, le lithotome est introduit fermé dans l'urètre, et il s'engage fermé dans le rétrécissement ; il s'ouvre dès que l'obstacle est franchi, mais alors la lame presse uniquement sur le point rétréci et le divise seul, sans atteindre la muqueuse saine en deçà ou au delà de ce point. La section atteint donc infailliblement le tissu morbide, et n'atteint que lui.

Pour ce qui est des grandes incisions, il ne faut pas les redouter ; le plus souvent elles sont trop petites et insuffisantes.

Quant à l'opération, elle est très simple et ne demande aucune habileté : le tout est d'introduire la bougie. Les suites en sont tout à fait bénignes : pas d'accidens, d'hémorrhagies ni de fistules ; en un mot, innocuité parfaite et efficacité immédiate.

M. Gerdy constate que M. Maisonneuve a désavoué plusieurs propositions qu'on lui avait contestées ; qu'il reconnaît, comme tout le monde, des rétrécissemens infranchissables, et qu'il n'attache pas aux mots de *cure radicale* un sens trop rigoureux.

Il croit qu'il existe une cause de rétrécissement sur laquelle on n'insiste pas assez et qui suffit cependant pour rendre l'obstacle infranchissable : cette cause, c'est l'inflammation ou la congestion qui gonfle les parois du canal et le tissu morbide, et produit une obstruction momentanée. Au lieu de fatiguer le canal par des tentatives multipliées, M. Gerdy abandonne le rétrécissement, et s'adressant à la rétention d'urine, fait la ponction de la vessie. Cette opération calme les accidens et diminue la congestion de l'urètre, de sorte que le rétrécissement se laisse franchir facilement après quelques jours. Du reste, c'est une opération complétement innocente.

D'après lui, on exagère la rétractilité du tissu fibroïde qui compose le rétrécissement ; cette rétractilité est souvent due à l'inflammation, et les antiphlogistiques peuvent la diminuer.

Enfin, M. Gerdy se montre assez disposé à accepter l'opinion de M. Maisonneuve sur l'inutilité et le danger des sondes à demeure après l'urétrotomie : il serait possible, dit-il, que le contact de ces corps étrangers avec la plaie devînt une cause d'irritation et d'accidens inflammatoires.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris, — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 93. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 7 Août 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An...............	32 Fr
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :

Rue du Faubourg-Montmartre, 56,

A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 6 AOUT 1855.

ONZIÈME LETTRE SUR LE CHOLÉRA.

HYPOTHÈSES.

Mon cher confrère,

Parmi les nombreuses sectes de sophistes dont l'ancienne Grèce fut infestée, il y en eut trois qui, à peine nées, succombèrent sous les traits du ridicule. Une d'elles niait le mouvement, une autre niait la douleur, et la troisième *enseignait* que l'on ne peut rien savoir. A elles trois, elles dépouillaient l'humanité de ses principaux attributs : l'*activité physique*, l'*activité morale*, dont la douleur et le plaisir sont les premiers mobiles, et l'*activité intellectuelle*. Elles ravalaient ainsi l'espèce humaine toute entière, en y comprenant les sophistes eux-mêmes, bien au-dessous de la bête.

On réduisit la première au silence en marchant devant elle. On convainquit la seconde d'imposture en bâtonnant quelques-uns de ses adeptes. On fit taire la troisième au moyen d'un dilemme sans réplique.

On lui dit :

Ou vous savez ce que vous dites, ou vous ne le savez pas.

Si vous savez ce que vous dites, on peut donc savoir quelque chose.

Si vous ne le savez pas, vous ne pouvez pas affirmer que l'on ne peut rien savoir.

L'argument était peut-être un peu brutal. Mais il est reçu qu'entre sophistes comme entre philosophes, on se doit et on se dit la vérité toute crue.

Il n'en saurait être de même entre médecins. Je ne puis pas faire une réponse analogue à ceux de mes confrères qui prétendent prouver que l'on est dans une ignorance complète sur tout ce qui concerne le choléra. Je ne puis pas même leur dire : Parlez pour vous, Messieurs, et l'on s'empressera de vous croire sur parole. Je me bornerai donc à signaler, en peu de mots, la cause qui les maintient et menace de les pétrifier dans leur scepticisme.

Au sein des Académies, dans les chaires de l'enseignement, dans les livres et les journaux de médecine, on proclame bien haut que tout l'art est dans l'observation, toute la science dans les faits. Poursuivant cette doctrine jusque dans ses dernières conséquences, on en est venu fatalement à ce point, de réduire la science médicale et le rôle du médecin à recueillir et compter des observations, et de conseiller la recherche de la solution des problèmes les plus délicats dans les totaux comparés de quelques additions. Rien cependant de plus faux que ces axiômes de l'empirisme. Rien de plus stérile dans l'application.

En même temps, on déclame contre les hypothèses. Bonnes et mauvaises, on les proscrit en masse, et sans examen. On se fait même une sorte de mérite, un titre de gloire de s'en déclarer l'ennemi. C'est, à peu de chose près, rejeter de l'étude de la médecine l'emploi du bon sens et de la logique, parce qu'il y a des jugemens faux et des logiciens qui se fourvoient. Mais, il est vrai, rien n'est plus commode pour la discussion. On n'a d'autre peine à prendre que de se retrancher dans un superbe dédain envers toute hypothèse qui ose se produire, et l'on s'épargne l'embarras de la réfuter.

On paraît ignorer, ou bien on oublie, que les faits, sujets à des interprétations diverses, selon les temps, les lieux et les hommes, ne sont que les matériaux bruts de la vérité, un de ses élémens, que l'autre élément réside en notre intelligence, que toute vérité résulte, ainsi que je l'ai dit ailleurs, de la conformité de l'idée avec son objet et se compose nécessairement de l'une et de l'autre ; que la chercher dans l'idée à l'exclusion du fait ou dans le fait à l'exclusion de l'idée, c'est, selon les paroles d'un de nos plus profonds penseurs contemporains, mettre en question s'il vaut mieux élever ou abaisser le piston d'une pompe pour obtenir les résultats qu'on en attend. On oublie que toutes les vérités scientifiques sont autant d'hypothèses passées au contrôle des faits, hypothèses destinées sans doute à périr demain et à être remplacées par d'autres, mais cependant nécessaires au progrès comme les étapes d'une route infinie, dont le terme semble s'éloigner à mesure que l'on croit s'en rapprocher davantage. Enfin, on oublie que toutes les sciences, dignes de ce nom, s'appuient sur l'hypothèse et vivent par elle.

C'est donc la doctrine exclusive et empirique des faits, c'est l'asservissement à leur despotisme d'eunuques, qui engourdissant la pensée de la généralité des médecins de notre époque, devait nécessairement les amener à reconnaître et confesser honteusement leur impuissance à découvrir la moindre parcelle de vérité sur les causes, la nature, et le traitement du choléra, et les conduire à contester la réalité des progrès accomplis en suivant une méthode philosophique plus large et plus complète. Seront-ils désabusés, en voyant que plusieurs millions de faits de choléra, observés depuis vingt-cinq ans, ne leur ont rien appris, et en réfléchissant que cent millions de faits nouveaux ajoutés aux premiers ne leur en apprendront pas davantage, puisqu'ils se ressemblent tous ? J'ose à peine l'espérer. Devenus sceptiques par système, ils continueront de douter et de nier. Fatalement condamnés à l'incertitude, à la négation, à une sorte d'athéisme scientifique, ils nieraient leurs propres affirmations, si, par impossible, il leur arrivait un jour d'oser affirmer quelque chose, parce que ne voulant pas demander la vérité à la double source de l'hypothèse et de l'observation, ils n'en posséderont jamais que la moitié, et qu'une demi-vérité, en fait de science, mène nécessairement au doute et à l'incertitude.

Et maintenant, en essayant de faire concourir l'hypothèse et l'observation, incessamment contrôlées l'une par l'autre, à la solution des problèmes que je me suis posés dans le cours de ce travail, suis-je parvenu à soulever un coin du voile qui couvrait l'histoire pathologique du choléra et à porter quelques rayons de lumière sur son étude ? Je n'ose l'affirmer, mais je le crois. J'ai du moins la conviction profonde d'avoir ouvert la seule et unique voie qui puisse conduire à la découverte de la vérité. Que d'autres plus heureux ou plus habiles s'y engagent, le succès couronnera leurs efforts si les miens sont restés impuissans.

Je crois donc avoir démontré :

1° Que la cause du choléra est un miasme qui prend naissance sur les bords du Gange ;

2° Que ce miasme pénètre en nous par la voie des poumons avec l'air qui le contient et le transporte ;

3° Qu'il empoisonne le sang ;

4° Que, par conséquent, le choléra est un empoisonnement du sang ;

5° Que la nature de cette maladie est analogue à celle de toutes les fièvres des marais, et particulièrement à celle des fièvres pernicieuses, moins l'intermittence ;

6° Que le choléra se répand et se propage de deux manières : par l'épidémicité de sa cause et par contagion.

Ces propositions sont aujourd'hui acceptées par la généralité des médecins. Quelques opposans seulement les nient, sans les discuter. Mais cent négations ne peuvent équivaloir à une preuve. J'ai donc tout lieu de croire qu'elles sont fondées, et puisque la méthode que j'ai suivie m'a conduit à de tels résultats, je ne puis mieux faire, pour ne pas m'égarer dans le dédale des faits, que de me guider à l'aide de son fil conducteur. Je vais donc me livrer à de nouvelles hypothèses, en commençant précisément par défendre et développer la plus décriée de toutes, celle des animalcules cholériques.

Bien longtemps avant les expériences des Volta, des Moscati, des Rigaud de Lisle, des Gasparin, et les analyses chimiques des Vauquelin, des Vollaston, des Boussingault, etc., les médecins avaient été amenés, par la puissance du raisonnement, à admettre l'existence des miasmes des marais comme causes des fièvres intermittentes, bien qu'ils n'en eussent pas constaté matériellement la réalité. Les travaux des savans que nous venons de nommer n'ont fait que confirmer leurs prévisions. Nous sommes exactement aujourd'hui, à l'égard du miasme producteur du choléra, dans la position des médecins des siècles précédens à l'égard des miasmes paludéens. Les faits et le bon sens nous prouvent l'existence du premier, comme ils avaient appris aux anciens à ne pas douter de l'existence des seconds. Nous avons donc les mêmes motifs qu'eux d'affirmer avec certitude l'existence du miasme cholérique, bien que la constatation matérielle du fait nous manque. Aussi, est-ce un fait acquis à la science. On a pu le nier, mais on ne l'a pas attaqué, et encore moins, renversé. J'ajouterai cependant, en passant, une nouvelle preuve à l'appui. M. le dr Foley, médecin en chef de l'hôpital civil d'Alger, avantageusement connu des lecteurs de l'UNION MÉDICALE, m'a dit avoir plusieurs fois observé des accès de fièvre pernicieuse à forme cholérique, contractés sous la seule influence des miasmes marécageux du pays, tellement semblables à des attaques de choléra indien, qu'il eût porté le défi au médecin le plus habile en diagnostic, qui les aurait vus au milieu de leur développement complet, d'éviter une méprise. Analogie d'origine, analogie de cause, analogie d'effet. Je livre ce fait à la méditation des incrédules.

Quelle peut donc être la composition de tous ces miasmes ? Nous l'avons déjà dit. Si l'on ne veut pas s'égarer dans les brouillards des espaces imaginaires, si on tient, comme on doit toujours le faire, à ne pas s'écarter, dans ses conjectures, de l'état actuel de la science, on sera bien forcé d'admettre que ces agens morbides, nés au sein de la fermentation de matières végétales et animales en décomposition, ne peuvent être formés que par des gaz, des végétaux microscopiques, ou des animalcules.

Est-ce à l'état de gaz, de végétaux microscopiques, ou d'animalcules, que les miasmes exercent leur action ?

A l'état de gaz ? Cela n'est pas admissible. J'en ai dit les raisons dans ma lettre sur les miasmes ; je les rappelle en peu de mots. Aucun des gaz qui s'échappent des matières animales et végétales en décomposition, aucun de ceux que l'analyse chimique dégage des miasmes, agissant isolément ou associés, ne donne lieu, chez les personnes qui le respirent, à des symptômes analogues à ceux des fièvres intermittentes, de la peste, de la fièvre jaune, ou du choléra. Deux d'entre eux seulement, l'ammoniaque et l'hydrogène sulfuré, sont solubles dans l'eau qui entraîne le miasme en s'évaporant. Les autres ne s'y dissolvent ou ne s'y mêlent que sous l'empire de conditions, de haute pression, de basse température ou de battage, qui ne peuvent pas exister dans le travail de formation des miasmes, ou disparaîtraient dans l'évaporation de l'eau qui en est le véhicule indispensable. Ce n'est donc pas à l'état gazeux que les miasmes agissent, mais bien comme formant un composé organique dont l'analyse chimique dégage et isole les élémens. Cette hypothèse est donc à rejeter, puisqu'elle ne supporte pas le contrôle des faits.

Restent, par conséquent, deux suppositions entre lesquelles nous devions faire un choix et le motiver : celle des végétaux microscopiques et celle des animalcules.

La première est certainement très soutenable. Je ne la discuterai cependant pas. En faisant connaître les raisons et les faits qui militent en faveur de la seconde, en lui donnant, comme je l'espère, un caractère assez grand de vraisemblance et de probabilité, j'aurai, par cela même, exclu celle des végétaux microscopiques du débat.

Voici donc les raisonnemens et les faits qui me semblent venir à l'appui de la théorie des animalcules.

La vapeur d'eau qui sert de véhicule ou de dissolvant aux miasmes, renferme une matière floconneuse, promptement putrescible, d'odeur cadavéreuse, ammoniacale, contenant de l'azote, de l'ammoniaque et de l'hydrogène sulfuré. Or, ces produits, ces propriétés physiques et chimiques, décèlent tous la présence d'une *matière animale*.

Cette matière animale doit être vivante, car, morte, elle se décomposerait immédiatement. Or, les miasmes conservent longtemps leurs propriétés funestes, constantes, invariables. Ils ne changent donc pas de nature pendant ce temps. Cette constance de nature et de propriétés ne peut exister et se perpétuer dans la matière animale qu'à l'état de vie. Il existerait donc des animalcules dans les miasmes. Un fait plein d'intérêt et de nouveauté vient étayer cette manière de voir. Il m'a été communiqué par le docteur Foley. Notre honorable confrère a constaté, m'a-t-il dit, à l'aide d'un microscope d'un très fort grossissement, la présence d'une myriade d'animalcules dans des gouttelettes d'eau recueillies par lui dans les marais des environs d'Alger. C'est un fait curieux et facile à vérifier.

Mais des corpuscules vivans peuvent-ils être enlevés dans les hautes régions de l'atmosphère et transportés à des distances très éloignées du lieu de leur formation ? Peuvent-ils demeurer longtemps inertes et engourdis sans cesser de vivre ? Peuvent-ils reprendre plus tard leur activité sous l'influence de certains

états météorologiques? En un mot, peuvent-ils se comporter en toutes circonstances comme le font les miasmes? A ces conditions seulement, en effet, leur existence peut être admise.

J'ai consulté à cet égard les écrits de quelques naturalistes micrographes, et voici ce que j'y ai appris, sans aucun étonnement, je dirais presque, avec la certitude d'y trouver ce que je cherchais.

Sous l'influence de la lumière, de la chaleur, et de l'électricité, il se développe au sein des eaux les plus pures, courantes ou en stagnation, des corpuscules *incolores* ou colorés de toutes les teintes, verts, bruns, de couleur vineuse, roses, rouges, pourpres, violets, et jaunes. Ces petits corps sont souvent enlevés par la vapeur d'eau, emportés avec elle à de grandes hauteurs et à de grandes distances, condensés en nuages avec elle, et retombent à la surface de la terre, en des pluies, des neiges, et des grêlons, colorés de leurs teintes.

Pendant longtemps on a ignoré la cause de ces colorations de la neige et de la pluie. Les pluies rouges, les plus remarquables et les plus remarquées de toutes, ont été regardées comme des *pluies de sang*, et l'on attribuait leur coloration à la présence de ce liquide. Aussi furent-elles jadis un objet d'épouvante et de terreur pour les populations et les savans eux-mêmes, et le présage des plus grands malheurs. Mais grâce aux progrès de l'esprit philosophique et aux perfectionnemens des méthodes et des moyens d'observation, on put demander, suivant en cela le conseil donné par Cicéron, l'explication de ce phénomène à des causes naturelles qui seules pouvaient la donner satisfaisante. On me dispensera de rapporter toutes les solutions, tour à tour mises en avant, même depuis la découverte du microscope. Il me suffira de dire qu'il est aujourd'hui démontré, que les pluies, neiges, grêles, et rosées, de toutes les teintes, doivent leur coloration, tantôt à la présence d'animalcules de différentes espèces, et tantôt à celle de végétaux microscopiques. Les observations et les études des Ehrenberg, Agarth, Gréville, Turpin, Dunal, Joly de Montpellier, Charles Martins, Bravais, Dujardin, Biot, Payen, Mandl, Auguste et Charles Morren, etc., ont mis ces faits hors de toute contestation.

Les habiles observateurs que je viens de nommer, ont en effet reconnu tous les caractères de l'animalité chez la plupart de ces corpuscules, tels que des trompes, des cils vibratiles, une bouche, un estomac, des yeux, des appareils de reproduction, et surtout des *mouvemens spontanés* puisqu'ils évitent les obstacles ou les écartent quand ils gênent leur progression, de même qu'ils ont reconnu, chez les autres, tous les caractères du végétal.

Le nombre des animalcules connus aujourd'hui, — et l'on en découvrira certainement beaucoup d'autres encore, — qui se développent dans l'eau des rivières, des mers, des lacs, des étangs, des marais salés ou non, ce nombre est déjà très considérable. En ne tenant compte que de ceux qui sont susceptibles d'opérer la rubéfaction des eaux, il est tel, qu'il a fallu les partager en plusieurs classes possédant des caractères distinctifs bien tranchés : *Monadines*, *Cryptomonadines*, *Astasiées*, *Enchéliens*, *Oxytrichés*, etc., classes renfermant elles-mêmes plusieurs genres et plusieurs espèces ayant leurs noms particuliers : *Monas erubescens*, *Doxococcus ruber*, *Trachelomonas nigricans*, *Trachelomonas volvocina*, *Discerœa purpurea*, *Astasia hematodes*, *Euglena sanguinea*, *Leucophrys sanguinea etc.* Voilà, me direz-vous, des noms bien longs et bien éclatans pour si petits êtres. Que voulez-vous, mon cher ami. Il paraît que les choses se passent dans le monde microscopique comme dans le nôtre. Vous n'y pouvez rien, ni moi non plus; il en faut prendre notre parti.

Ces petits êtres peuvent être emportés à de grandes hauteurs par la vapeur d'eau, jusque dans la région des nuages puisqu'ils retombent avec la pluie, bien au delà même puisqu'on les retrouve colorant la neige des plus hautes cimes, dans la région des neiges éternelles. Enfin, ils peuvent être entraînés à d'énormes distances du lieu de leur formation, puisqu'on les rencontre dans les neiges polaires, où l'on ne prétendra pas qu'ils aient pu se développer puisqu'on ne les y trouve qu'à l'état de mort apparente.

Telle est enfin la puissance de vitalité de quelques-uns d'entre eux, qu'après les avoir recueillis dans les régions du pôle et les avoir fait dégeler, on les a vus sortir de l'état d'engourdissement dans lequel ils étaient plongés — qui sait depuis combien d'années, — renaître en quelque sorte à la vie, et reprendre toute la vivacité de leurs mouvemens. La plupart cependant ne résistent pas à la congélation, surtout quand elle est rapide. Tous deviennent plus vifs sous l'influence de la chaleur.

Ainsi donc, les animalcules se développent sous l'influence de l'humidité, de la lumière, de la chaleur, et de l'électricité, comme les miasmes; ils s'élèvent à de grandes hauteurs avec la vapeur d'eau, se disséminent dans l'air ou se condensent en nuages, peuvent être transportés par les courans d'air loin des lieux où ils ont pris naissance, tombent à la surface de la terre quand la température de l'atmosphère s'abaisse, comme les miasmes; le froid diminue ou détruit leur puissance et la chaleur accroît leur activité, comme cela a lieu pour les miasmes; quelques-uns peuvent reprendre vie longtemps après avoir été engourdis et frappés de mort apparente, et j'essaierai de faire voir qu'il en est de même de certains miasmes. Il existe donc une parfaite conformité dans la manière de se comporter entre les animalcules et les miasmes. De cette conformité d'action, on peut conclure hardiment à l'identité de nature. Qui dit miasmes, dit donc animalcules.

Que manque-t-il, en effet, à la démonstration du fait? La confirmation *matérielle* de l'existence des animalcules dans les miasmes. On ne les y a pas cherchés. A une hypothèse très probable, basée sur les plus puissantes analogies, fortifiée par des faits nombreux, étayée sur des raisonnemens dont on ne conteste pas la valeur, et que le bon sens peut accepter sans répugnance, on se contente de répondre par une simple et dédaigneuse dénégation. On ne la juge pas digne d'une réfutation sérieuse. L'obscurité de son défenseur lui a sans doute fait cette triste condition.

> Tous les discours sont des sottises,
> Venant d'un homme sans éclat,
> Ce seraient paroles exquises,
> Si c'était un grand qui parlât.

Quelques médecins étrangers lui ont cependant fait plus d'honneur. Ils ont cherché à la vérifier par une expérience. Mais cette expérience, mal conçue, ne pouvait donner que des résultats négatifs. C'est ce qui est arrivé. Voici en quoi elle a consisté.

Ces médecins ont soumis à l'examen microscopique les matières rendues par les vomissemens et par les selles des personnes atteintes du choléra, et les matières recueillies dans les intestins après la mort. N'y ayant pas vu d'animalcules, ils en ont immédiatement conclu que ces animalcules n'existaient pas, et que telle par conséquent ne pouvait pas être la cause productrice du choléra. Je leur en demande bien pardon, ainsi qu'à tous ceux qui se sont empressés d'adopter leur opinion, mais, à mon avis, l'expérience est complétement insignifiante, et sans aucune valeur pour décider la question. Essayons de le prouver.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(*La suite prochainement*)

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie de la moelle épinière.

Un rapport récent fait à la *Société de biologie*, est l'événement scientifique le plus important de ces derniers jours. Ce rapport a été présenté par M. Broca, à l'occasion des expériences de M. Brown-Séquard, relatives aux propriétés et aux fonctions de la moelle épinière, et la commission dont M. Broca a été l'organe, était composée de lui, de MM. Claude Bernard, Bouley, Giraldès, Goubaux et Vulpian.

Nous regrettons que l'étendue de ce travail très remarquable ne nous permette pas de le reproduire ici en totalité; forcé de nous limiter, nous espérons néanmoins en donner une idée suffisante à nos lecteurs par les indications suivantes et par quelques citations. C'est d'abord à cela que notre rôle doit se borner en ce moment, en prévision de la perturbation certaine et des discussions probables que les expériences de M. Brown-Séquard et les appréciations de la commission vont susciter parmi les physiologistes.

Après un aperçu historique, dans lequel M. Broca rappelle les principaux travaux auxquels a donné lieu la physiologie du système nerveux depuis la grande découverte de Charles Bell, après avoir indiqué et formulé l'état actuel de la science sur les fonctions de la moelle et la doctrine presque généralement adoptée hier encore, doctrine fondée sur les travaux et les expériences de M. Longet, M. le rapporteur entre dans l'exposition des faits et des expériences de M. Brown-Séquard, qui « viennent de renverser pour toujours cet édifice si bien inventé, dont Charles Bell avait jeté les fondemens et dont M. Longet avait scellé la dernière pierre. »

Pour bien saisir l'importance des faits que M. Brown-Séquard et que la commission dont M. Broca a été l'organe ont mis en lumière, résumons aussi, et d'après M. le rapporteur lui-même, la doctrine physiologique actuelle sur les fonctions de la moelle épinière.

La moelle est à la fois un centre nerveux jouissant d'une activité propre et un conducteur destiné à mettre les organes en communication avec l'encéphale. — Elle doit cette double propriété aux deux substances qui la composent. — Les phénomènes dits de *centralité*, notamment les actions réflexes, dépendent de la substance grise qui est, d'ailleurs, étrangère à la sensibilité et à la motilité proprement dites. — La faculté conductrice réside tout entière dans les cordons de la substance blanche. — Les faisceaux postérieurs sont exclusivement destinés à transmettre à l'encéphale les impressions sensitives; les faisceaux antérieurs et latéraux, au contraire, sont exclusivement moteurs. — En d'autres termes, les excitations naturelles ou artificielles de la fibre nerveuse suivent une direction toujours centripète dans le cordon postérieur, toujours centrifuge dans le cordon latéral.

« Telle est la théorie aussi simple qu'ingénieuse, dit M. Broca, qui s'étale dans tous les livres modernes, qu'on nous a enseignée, que nous avons à notre tour enseignée aux autres, et que nous considérions, il y a quelques jours à peine, comme la base de toutes nos connaissances sur le système nerveux..... Cette doctrine si séduisante et si applaudie n'est qu'une déception de plus ajoutée à tant d'autres qui l'ont précédée, et dont les débris jonchent le sol de l'histoire. »

Quels sont donc les faits qui ont pu faire porter un jugement aussi sévère à la commission ?

M. Broca rapporte onze expériences faites sous les yeux de la commission et avec le concours de plusieurs de ses membres. Dans l'impossibilité où nous sommes de les reproduire toutes, nous ferons choix de celle qui nous paraît la plus complète, la plus probante, c'est l'expérience deuxième faite sur un mouton adulte, le 8 juillet 1855 :

« Exp. II, *faite sur un mouton adulte*, le 8 juillet 1855. — L'animal étant couché sur une table, je fais moi-même une longue incision dans la région lombaire, et je mets à nu les quatre premières vertèbres de cette région. Le sang jaillit en abondance et par plusieurs points à la fois. La compression ne suffit pas pour l'arrêter; mais des tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer et appliqués sur la surface de la plaie, maîtrisent promptement cette hémorrhagie.

» Au bout d'une demi-heure, j'enlève avec la gouge et le maillet l'arc postérieur des deux premières vertèbres lombaires; la dure-mère est mise à nu dans une étendue d'environ 5 centimètres. Une nouvelle hémorrhagie se déclare; nous l'arrêtons par une simple compression exercée avec précaution, afin de ne pas léser la moelle. Un quart d'heure après, l'animal est mis en liberté. Il peut se tenir debout et marcher, quoique la force de ses membres postérieurs semble diminuée. Nous explorons alors la sensibilité par un procédé uniforme, qui consiste à pincer la peau des membres avec une tenaille. Cette sensibilité est égale sur les quatre membres; elle est assez obscure; mais on sait que, chez le mouton adulte, le simple pincement de la peau est ordinairement très peu douloureux.

» La dure-mère est alors incisée; l'animal en ce moment donne des signes de douleur. On saisit avec des pinces fines les bords de cette membrane, pour les écarter et mettre la moelle à nu. Cette traction semble douloureuse encore.

» La moelle se trouve ainsi complétement dénudée dans une étendue de 4 centimètres. L'animal est remis sur ses pattes; nous pinçons de nouveau la peau des quatre membres. La sensibilité et le mouvement sont exactement dans le même état qu'avant l'incision de la dure-mère.

» Alors M. Brown-Séquard, armé d'un ténaculum, pique la moelle et soulève, sur la concavité de cet instrument, la totalité des cordons postérieurs (1), et même une petite partie du cordon latéral de chaque côté, puis il coupe avec un bistouri toute la portion soulevée. Cette section provoque une douleur extrêmement vive; l'animal s'agite convulsivement pendant plusieurs minutes. On le laisse reposer.

» Au bout de dix minutes on le remet sur ses pattes. Il se tient debout, fait quelques pas, et ne tarde pas à tomber, mais il se relève et marche assez bien au bout d'un quart d'heure. Il est certain, par conséquent, que la moitié du train postérieur est conservée.

» L'animal étant replacé sur la table d'expériences, on pince les membres thoraciques; la sensibilité y est normale, c'est-à-dire assez peu prononcée. On pince les membres abdominaux; la sensibilité y est très évidemment *exagérée*. L'expérience est répétée un grand nombre de fois par plusieurs de nos collègues; elle donne constamment le même résultat.

» On explore alors directement la moelle, on pique successivement avec une aiguille acérée les deux bouts de la section des cordons postérieurs; on laisse toujours écouler quelques instans entre ces diverses expériences, afin de ne pas en confondre les résultats. M. Brown-Séquard, M. Follin, M. Giraldès et moi-même, nous répétons plusieurs fois cette exploration comparative des deux segmens de la moelle. Constamment nous constatons que l'excitation du segment *céphalique* des cordons postérieurs provoque une douleur manifeste, assez passagère, et que l'excitation du segment *caudal* éveille une douleur *beaucoup plus vive, beaucoup plus durable*, accompagnée quelquefois de mouvemens convulsifs de la totalité du corps.

» On irrite encore comparativement les cordons postérieurs à 1 centimètre au-dessus et au-dessous de la surface de la section. Le résultat est exactement le même.

» Avant de sacrifier l'animal, M. Brown-Séquard m'invite à explorer la substance grise. Pour cela, j'enfonce directement, entre les deux lèvres de la section, une épingle qui traverse successivement la substance grise, la commissure blanche, et qui pénètre jusque dans le disque inter-vertébral correspondant. Je traverse ainsi toute la moelle à l'exception des cordons postérieurs, qui sont déjà coupés à ce niveau. L'animal ne s'aperçoit même pas de cette opération.

» Afin de m'assurer que la sensibilité n'est pas épuisée, je pique de nouveau les cordons postérieurs. Une vive agitation prouve que l'animal est encore très sensible à la douleur.

» Pour mettre un terme aux souffrances de la victime, j'ouvre l'artère carotide. Le sang s'échappe avec rapidité, et la mort survient en quelques minutes, mais auparavant nous constatons que l'hypéresthésie des membres abdominaux s'accroît à mesure que l'animal s'affaiblit. Elle devient tellement considérable, que le moindre attouchement provoque des secousses convulsives.

» *Autopsie.* — La dissection de la pièce prouve que M. Brown-Séquard a exécuté son expérience avec une précision inespérée. Une coupe longitudinale de la moelle montre que la section a porté exactement sur toute l'épaisseur des cordons postérieurs, pas une fibre de moins, pas une molécule de plus. La substance grise est parfaitement intacte; on n'aperçoit même pas le passage de l'épingle qui l'a transpercée.

» Dans le sens de la largeur, la section déborde légèrement de chaque côté les limites du faisceau postérieur, et empiète par conséquent un peu, d'un millimètre environ, sur chaque cordon latéral.

» J'ai insisté à dessein, Messieurs, dit M. Broca, sur cette remarquable expérience, parce qu'elle est décisive, parce que la plupart d'entre nous en ont été témoins, et parce que la pièce anatomique a ensuite passé sous vos yeux. A lui seul, et même en l'absence de ceux qui vont le suivre, ce fait prouve d'une manière irrécusable :

» 1° Que la dénudation de la dure-mère et celle de la moelle laissent persister la sensibilité et le mouvement dans le train postérieur;

---

(1) Je devrais dire les cordons supérieurs, puisque la colonne vertébrale du mouton est horizontale, mais je préviens une fois pour toutes que je donnerai aux diverses parties de la moelle les noms qu'elles portent dans l'espèce humaine.

» 2° Que cette sensibilité persiste encore après la section des cordons postérieurs, dits cordons sensitifs de la moelle, et que, par conséquent, ces cordons ne sont pas indispensables pour la transmission des impressions sensitives;

» 3° Que, loin d'abolir la sensibilité, la section des prétendus cordons sensitifs s'accompagne d'une hypéresthésie des membres abdominaux;

» 4° Qu'après cette section, le segment caudal de la moelle est plus sensible que le segment céphalique, ce qui renverse toutes nos connaissances sur la direction des courans nerveux;

» 5° Qu'enfin la substance grise est insensible par elle-même. »

L'expérience Ve « nous montre un phénomène que personne n'aurait pu prévoir, et qui bouleverse toutes les idées reçues sur les fonctions de la moelle. On se borne à écarter l'un de l'autre les deux faisceaux postérieurs; puis, à travers le sillon qui les sépare, on va diviser verticalement le reste de la moelle; mais le scalpel fait un léger écart et blesse l'un des cordons antérieurs. Que va-t-il arriver? Les cordons postérieurs ou sensitifs sont conservés, et la sensibilité sera sans doute conservée aussi; la seule mobilité sera compromise, puisque l'un des faisceaux moteurs est lésé. Voilà ce que la théorie nous annonce. Mais quelle déception! c'est au contraire la sensibilité qui disparaît, tandis que la motilité persiste. Ce fait à lui seul serait capable de renverser la doctrine de Charles Bell. Ajoutez-y que la section isolée et complète des cordons postérieurs ne fait disparaître ni la sensibilité ni le mouvement (exp. IIe), et que ces deux fonctions sont abolies lorsqu'on coupe la substance grise en travers (exp. IIIe et IVe); ajoutez-y encore que l'intégrité des cordons antéro-latéraux n'empêche pas la perte de la motilité (exp. IIIe), et que l'intégrité des cordons postérieurs n'empêche pas la perte du sentiment (exp. IVe). Ajoutez-y surtout ce phénomène étrange, imprévu, inexplicable peut-être, que la section des fibres postérieures de la moelle, loin d'anéantir l'innervation dans les parties où ces fibres paraissent se distribuer, y développe, au contraire, une sensibilité exagérée (exp. IIe). Puis, cherchez dans l'histoire de la physiologie, passez en revue toutes les théories et toutes les hypothèses qui ont tour à tour fleuri dans la science, lisez, interrogez tous les auteurs et tous les expérimentateurs, depuis Galien jusqu'à Mistichelli, depuis Prochaska jusqu'à Ch. Bell, depuis M. Magendie jusqu'à M. Longet, et vous verrez qu'aucune doctrine, aucun système connu ne peut vivre à côté des expériences de M. Brown-Séquard, et qu'il faut se résigner à faire table rase de tout ce qui a été dit jusqu'ici sur la physiologie de la moelle. »

M. le rapporteur expose ensuite les expériences si curieuses de M. Brown-Séquard sur la recherche du siége précis où se fait, dans le centre cérébro-spinal, l'entrecroisement des fibres sensitives, et insiste surtout sur ce fait complétement nouveau et inattendu de fibres sensitives nombreuses descendant dans la moelle et venant s'entrecroiser au-dessus du point d'entrée dans cet organe. Il appelle particulièrement aussi l'attention sur un fait non moins grave et compromettant pour la doctrine généralement adoptée: on coupe les faisceaux postérieurs au niveau du bec du calamus, les corps restiformes restant intacts, et leurs connexions avec la substance grise du bulbe, leur continuité avec le cervelet étant intégralement respectée, et la sensibilité de ces corps restiformes est anéantie, et les cordons postérieurs, au-dessus de la section, possèdent une sensibilité excessive, et le tronc et les membres de l'animal, au lieu d'être insensibles comme on devrait s'y attendre, sont, au contraire, le siége d'une hypéresthésie très prononcée.

Tous ces faits, exposés avec une clarté admirable par M. Broca, le portent à s'écrier en terminant:

« A aucune époque peut-être la physiologie du système nerveux n'a été bouleversée par une révolution plus radicale et plus rapide. Hier, c'était un ensemble harmonique de propositions incontestées, d'explications ingénieuses et de théories séduisantes; aujourd'hui ce n'est qu'un chaos informe. Il y avait là une belle science dont le dix-neuvième siècle était fier, et il n'en reste plus qu'un amas de ruines! Ce n'est pas seulement la doctrine de Charles Bell qui vient de tomber; qu'importerait, après tout, qu'un petit coin de la moelle fut dépossédé d'une fonction qu'on lui avait attribuée? Mais qu'on prenne cette doctrine ou les hypothèses qui l'ont précédée ou celles qui l'ont suivie; qu'on les modifie, qu'on les retourne, qu'on les restaure même si l'on veut et on n'arrivera qu'à la déception et au doute. Songez en particulier, Messieurs, à cette inexplicable hyperesthésie qui survient à la suite de la section des faisceaux postérieurs de la moelle et qui persiste ensuite indéfiniment; songez surtout à cette proposition aussi évidente pour les yeux que révoltante pour l'esprit: *certaines impressions sensitives suivent dans les centres nerveux une direction centrifuge.* N'est-ce pas comme si on disait que l'excitation de la volonté suit une direction centripète? Sachons nous soumettre à l'évidence des faits, ne nous répandons pas en regrets sur nos illusions perdues, et reposons-nous sur l'oreiller du doute en attendant des temps meilleurs.»

Nous avouons n'être pas encore arrivé à ce degré de stoïcisme recommandé par M. Broca. Si les expériences de M. Brown-Séquard présentent toute la netteté, toutes les conséquences, toute la signification que la commission de la Société de biologie leur reconnaît et leur accorde, comment ne pas le regretter? Comment ne pas voir avec chagrin une vérité négative se substituer à une vérité positive, ou plutôt, et pour rejeter des expressions que nous avons nous-même condamnées, l'incertitude, le doute et le mystère prendre la place de ce que nous croyions démontré par l'observation et par l'expérience? « Il est aussi glorieux de renverser l'erreur que de trouver la vérité, » dit M. Broca; cela est-il philosophiquement soutenable? Oui, sans doute, quant à une doctrine erronée on substitue une doctrine vraie, quant à des faits inexacts, sur lesquels on étayait une doctrine fausse, on oppose des faits réels qui servent d'appui à une théorie nouvelle et incontestable. Sommes-nous dans ces conditions, pour la connaissance des fonctions de la moelle? Nous ne le voyons pas encore. M. Brown-Séquard démolit et renverse la doctrine de Charles Bell et les expériences de M. Longet que le monde savant avait acceptées comme si précises et si concluantes; nous voyons s'écrouler tout un édifice savamment construit, toute une partie importante de la physiologie que nous croyions reposer sur les fondemens solides de la méthode expérimentale, et vous nous reprocheriez une expression de regrets de rentrer ainsi dans les anxiétés du doute? Non, et sans porter atteinte à l'habileté d'expérimentation de M. Brown-Séquard, sans jeter aucun soupçon sur la certitude de ses résultats si attentivement constatés par une commission composée de savans si distingués, qu'il nous soit permis d'émettre cette espérance qu'une expérimentation plus répétée et plus attentive encore conciliera peut-être les expériences de M. Brown-Séquard avec la doctrine de Charles Bell et avec les expériences de ses continuateurs.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

DE LA GLUCOSURIE AVEC ABSENCE DES SYMPTOMES ORDINAIRES DE CETTE MALADIE.

Par M. le docteur GIRARD, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de Marseille.

La glucosurie est une maladie plus commune qu'on ne le croit généralement; mais la plupart des médecins ne sont portés à penser à cette maladie que lorsque le malade, déjà très affaibli, est atteint d'une soif inextinguible et rend des flots d'urine.

Aussi ai-je cru qu'il n'était pas sans importance de signaler quelques observations dans lesquelles la présence d'une quantité assez considérable de sucre a été constatée, sans que les symptômes réputés ordinaires se fissent apercevoir.

Le premier fait qui attira mon attention à ce sujet est le suivant:

Bernier (Armand), âgé de 44 ans, prêtre, né à Toulouse, est entré à l'Hôtel-Dieu le 20 mars 1850. Ce malade est d'une taille peu élevée, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution. Instituteur dans une riche maison en Moldavie, où sa nourriture était très substantielle et abondante, il entra, le 19 juillet 1849, dans la maison de la *Trappe d'Aiguebelle*. Il était alors, dit-il, dans un parfait état de santé. Je copie ici la note qu'il m'a remise sur ses antécédens.

« Je suis arrivé au couvent d'*Aiguebelle* en parfaite santé; ma nourriture, jusque-là très confortable, fut, au couvent, grossière, entièrement végétale, et préparée à l'eau seule. En octobre, j'éprouvai une soif ardente, une faim canine: j'aurais mangé constamment; mais la faim cessait aux premières bouchées; la soif augmentait en proportion des satisfactions que je lui accordais; l'eau, parfois un peu de mauvais vin étaient les seuls moyens dont je me servais inutilement pour l'assouvir. L'eau vive de roche, que l'on boit dans cette maison, chargée de parties calcaires, occasionne un affaiblissement qui se fait sentir d'abord dans les membres inférieurs, et successivement dans tout le corps, et finit par rendre tout travail impossible. C'est ce que j'ai éprouvé à cette époque (cet effet est avéré dans la maison; les novices surtout en font la fatale épreuve: il ne faudrait pas moins qu'une durée de quatre années pour s'habituer au régime de la Trappe).

» Les urines étaient devenues très abondantes, limpides, inodores, et les éclaboussures qui restaient sur mes vêtemens noirs laissaient des taches blanches que l'eau enlevait; celles qui mouillaient mon linge le rendaient comme empesé et gommeux.

» Par suite et durant l'hiver, mon appétit disparut; mes jambes ne supportaient plus mon corps, très amaigri, et parfois je me laissai tomber.

» Mon ventre se ballonnait, j'avais des coliques avec un bruit continuel dans les entrailles, les selles étaient fort rares et pénibles, les matières dures, la peau sèche et brûlante; plus de sommeil; ma vue s'affaiblissait d'une manière alarmante: je voyais les objets doubles, ce que j'éprouve encore de temps en temps, et alors ma tête était lourde et mes yeux rouges et douloureux. Mon oreille est devenue dure; j'éprouve de temps à autre un bourdonnement qui coïncide avec le trouble de la vue; mes facultés mentales se sont affaiblies; j'ai perdu ma mémoire, auparavant fort bonne, surtout la mémoire des noms. J'étais devenu comme hébété; je courais aux alimens, que je mangeais avec avidité, sans goût et en petite quantité; mon estomac étant d'abord rassasié, mais je buvais prodigieusement de l'eau pure.

» Vers la fin de février 1850, je fus envoyé à l'infirmerie. Ma nourriture y était préparée à la graisse, le pain meilleur; on me fit prendre quelques poudres balsamiques pour tonifier mon estomac, qui rejetait tout ce qu'il prenait; les vomissemens cessèrent après une semaine à peu près; je fis des efforts opiniâtres, mais vains, pour résister à la soif. Le ventre était presque toujours ballonné, et ne se vidait pas; la faiblesse croissait; la soif toujours ardente; les urines plus abondantes que jamais; une chaleur brûlante séchait mes pieds et mes mains; je ne transpirais plus.

» Je suis sorti le 12 mars d'*Aiguebelle*, et suis arrivé à Marseille le 18; le 20, j'entrai à l'Hôtel-Dieu; la nourriture que j'avais prise depuis ma sortie avait un peu réparé mes forces, mais non amoindrie ma soif ni diminué l'abondante sécrétion des urines; j'éprouvais des frissons et des douleurs dans les hypochondres. »

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, les principaux symptômes signalés plus haut persistaient: la langue était blanche, cotonneuse; la salive très peu abondante; un goût de sucre prononcé était perçu par le malade. L'appétit peu développé, le ventre ballonné, la soif très vive; il buvait, dans les vingt-quatre heures, huit à dix carafes de liquide, contenant chacune un litre de liquide; l'urine, incolore, inodore, limpide, rendue avec facilité et sans douleurs, atteignait la quantité de dix litres par jour; elle laissait des taches blanches sur les vêtemens noirs: ces taches disparaissaient par le lavage et le frottement; les selles étaient rares, dures, précédées de coliques; la peau des mains était sèche et chaude; la transpiration non appréciable. Les membres étaient faibles: le malade avait de la peine à marcher quelque temps; le sommeil, souvent interrompu, n'était pas réparateur. Il voyait les objets doubles, surtout à une certaine distance; ce symptôme n'existait pas toujours; il était d'autant plus marqué, que le malade était plus fatigué et avait plus mal dormi; sa vue, cependant, était toujours trouble et affaiblie; il y avait parfois de la toux; le pouls était un peu plus fréquent qu'à l'état normal (84).

Certes, dans ce cas, le diagnostic n'était pas difficile: l'abondance de l'urine, la faiblesse, le trouble de la vue, le désordre des digestions, tout indiquait la présence du sucre.

Aussi, l'urine chauffée dans un tube avec un excès de potasse caustique, donna à la partie inférieure du tube une coloration brun caramel très prononcée, ce qui indiquait la présence du sucre. Elle pesait 1,034; le sacharimètre et l'analyse donnèrent 7 p. 100 de sucre.

Le traitement ne fut commencé que dans les premiers jours d'avril: il consista en régime gras, vin de Bordeaux et eau de Vichy, de chaque un litre; eau vineuse pour boisson; bicarbonate de soude à la dose de 8 grammes par jour, élevé graduellement à 15; des lavemens laxatifs et des bains de vapeur.

Le 5 avril, le malade a bu huit carafes et rendu dix litres d'urine; la diplopie est très prononcée; le bain de vapeur a produit une sueur abondante suivie de sommeil.

Le 11, la soif a diminué; le malade n'a bu que 3 carafes et rendu cinq litres d'urine; la coloration obtenue par la potasse est moins foncée que la première fois. (12 grammes de bicarbonate de soude.)

Le 13, les forces reviennent; l'urine ne donne plus que 5 grammes de sucre.

Le 20, soif peu considérable; constipation opiniâtre (6 grammes de magnésie calcinée. (15 grammes de bicarbonate de soude.)

Vingt-deux selles fréquentes; diplopie succédant à des bourdonnemens d'oreille et à des douleurs oculaires.

26. Le malade ne boit plus qu'un litre par jour, et l'urine est au-dessous de ce chiffre; la langue est nette, humide; le goût de sucre a disparu; la paume des mains est humide; le malade transpire très facilement; le sommeil est bon; l'état général extrêmement amélioré; le malade se croit presque guéri. La vue, cependant, continue à être fatiguée; l'urine pèse 1,030 et contient 5 grammes de sucre; la coloration de ce liquide est normale.

Cet état de choses alla en s'améliorant jusqu'aux premiers jours de juin, où le malade, ayant trouvé une place de professeur dans une maison, quitta l'hôpital. A cette époque, l'état général était excellent, les forces revenues, la vue presque entièrement remise, l'urine et la soif à l'état normal. L'urine contient encore cependant 2 1/2 p. 100 de sucre.

Je recommandai au malade de suivre pendant quelque temps encore un régime analogue à celui que je lui avais prescrit. Quelques mois après, il m'écrivit pour m'annoncer que sa faiblesse reparaissait. J'ai appris depuis qu'il était mort phthisique.

Cette observation offre quelques points à considérer: d'abord l'influence du régime végétal comme cause productrice de la maladie. Cet ecclésiastique, homme instruit et très intelligent, m'a plusieurs fois certifié qu'avant son entrée à la *Trappe*, il jouissait d'une santé parfaite. En arrivant au couvent, il remplace un régime composé de viandes de venaison par une nourriture composée de salades, de haricots cuits à l'eau; et c'est peu de temps après qu'il aperçoit les premiers signes de la maladie. Il m'a, en outre, assuré que tous les novices étaient atteints d'une très grande faiblesse, rendaient une très grande quantité d'urine, et observaient sur leurs vêtemens des taches blanches correspondantes aux points avec lesquels l'urine était en contact. Ce fait, comme je l'ai dit, m'a été affirmé de la manière la plus positive par le malade qui voyait toute l'importance que j'y attachais; je le priai d'écrire à *Aiguebelle*, afin d'obtenir sur ce point quelques renseignemens précis du médecin de l'établissement, qui est un trappiste; mon malade écrivit avec la conviction de n'obtenir aucune réponse ou seulement une réponse insignifiante. Il reçut, en effet, quelques jours après, une lettre fort courte, dans laquelle le supérieur lui disait: « Occupez-vous de votre santé, et laissez Aiguebelle en paix; tous nos frères vont bien, et en fût-il autrement, ce ne serait pas une raison pour nous départir de nos saintes règles. »

Je ne pus donc arriver à aucun renseignement sur un fait qui, au point de vue pathogénique, me semblait d'une grande importance.

Cette observation a été encore remarquable par la rapidité de l'amélioration sous l'influence seule du régime alcalin, car il faut noter que, n'ayant pu me procurer du pain de gluten, le malade continua à manger du pain, et que les féculens ne furent pas complétement proscrits.

Enfin, et c'est là le point important de cette observation, les symptômes graves de cette maladie avaient disparu; la soif et l'urine étaient à l'état normal, l'appétit bon, les digestions parfaites, les forces revenaient, et l'urine contenait encore 3 p. 100 de sucre. Enfin le malade se croyait complétement guéri; toutes les fonctions étaient à l'état normal, et le saccharimètre constatait encore 2 1/2 p. 100 de sucre.

Ce résultat me porta à penser que la présence d'une quantité même considérable de sucre dans l'urine peut exister

avec un état de santé en apparence normal, et qu'on doit dans certains cas d'affaiblissement, qu'on est disposé à regarder comme nerveux, examiner attentivement l'urine, et qu'on y trouvera quelquefois la cause de l'état général accusé par le malade.

Il m'a été donné de vérifier à plusieurs reprises, et presque coup sur coup, l'exactitude de ces prévisions.

En mai 1853, je fus appelé par un négociant âgé de 51 ans, dont je n'étais pas le médecin habituel, et qui était atteint d'une amygdalite peu intense. Après que je lui eus donné quelques conseils sur la maladie pour laquelle il m'avait fait appeler, il me dit : « Vous devriez bien me débarrasser de la faiblesse que j'éprouve dans les jambes. »

L'interrogeant alors sur cette faiblesse, j'appris que ce symptôme durait depuis plusieurs années ; qu'il avait été considéré comme le résultat de congestions cérébrales, contre lesquelles on avait pratiqué d'abondantes saignées sans résultat. Cette faiblesse était variable dans son intensité ; il me dit en outre que, depuis plusieurs années, il avait perdu presque toutes ses dents (phénomène que j'ai attribué à l'acidité de la salive, et qui devrait peut-être attirer l'attention plus qu'on ne le fait d'habitude) ; il m'ajouta que, depuis longtemps déjà, ses facultés génitales étaient anéanties ; son apparence, du reste, était très bonne : la soif et l'appétit à l'état normal ; l'urine de couleur ordinaire, odorante, ne dépassait pas en quantité celle que rend un homme bien portant ; la vision s'exerçait parfaitement.

Me souvenant du fait que j'avais observé à l'Hôtel-Dieu, je pensai à une glucosurie, et je lui recommandai de me conserver l'urine du lendemain matin. L'ayant traitée par la potasse et la chaleur, j'obtins une coloration qui me démontra la présence d'une petite quantité de sucre. L'analyse trouva 2 1/2 p. 100 de sucre. J'envoyai ce malade à Vichy, où il a été vu par M. Mialhe, qui a constaté ce que j'avais constaté moi-même ; il est ensuite revenu de Vichy, ne présentant plus de sucre dans son urine. Depuis cette époque, ce malade, qui a continué de temps en temps le traitement (pain de gluten, alcalins), est infiniment mieux.

Sans entrer dans de plus grands détails sur ce fait, qui n'offre pas de différence avec les divers cas de glucosurie que possède la science, il me suffira de faire remarquer qu'une émission d'une assez grande quantité de sucre a pu exister pendant longtemps peut-être, sans donner lieu ni aux symptômes qui caractérisent ordinairement cette maladie, ni même à des symptômes bien tranchés. Les symptômes qui, dans ce cas, pouvaient conduire à la détermination de cette maladie, ont été la chute prématurée des dents, signe douteux, la faiblesse des jambes et l'affaiblissement des facultés génitales.

Deux mois après, je fus appelé par un raffineur de sucre, âgé de 59 ans, homme actif et intelligent, dont je n'étais pas le médecin habituel, et qui me dit : « Docteur, on prétend que je n'ai rien, que je suis hypochondriaque, et cependant je sens que je perds mes forces, que mes jambes refusent leur service, que je maigris ; qui a raison entre moi qui me dis malade ou mes alentours qui disent que je n'ai rien ? On me fait boire de l'orgeat, suivre un régime rafraîchissant, et depuis lors je suis plus mal : éclairez-moi à ce sujet. »

Il résulta de mon interrogatoire que l'embonpoint avait légèrement diminué, que le sommeil était bon, l'appétit aussi sans exagération, la vue normale, les dents très bonnes, la soif ordinaire, l'urine normale, quant à sa quantité et à sa coloration ; il éprouvait seulement de la faiblesse dans les jambes ; les courses qu'il faisait autrefois sans peine le lassaient de suite ; en outre, les facultés génitales étaient éteintes.

J'examinai séance tenante l'urine qu'il avait rendue en s'éveillant, la potasse y fit naître la coloration qui décèle la présence du sucre. L'analyse reconnut 2 1/4 p. 100 de sucre. Soumis au traitement alcalin, au pain de gluten, à un régime tonique, il s'améliora rapidement ; et deux mois après, l'analyse ne trouvait plus que 60 centigrammes de sucre par litre d'urine. Depuis, j'ai cessé de voir ce malade qui prétend être tout à fait bien.

Enfin, l'année dernière, une jeune personne de 18 ans, qui m'avait plusieurs fois consulté pour des désordres de menstruation et une assez grande faiblesse, contre lesquels j'avais ordonné du fer et un traitement par l'eau froide, celui-ci n'avait pas été encore commencé, qu'elle me dit un jour que j'étais auprès de son père malade : « Maintenant ma vue s'altère, j'y vois double ; quand je veux enfiler une aiguille, j'en vois deux. » J'examinai le lendemain son urine à l'aide de la potasse, et j'y trouvai du sucre. L'analyse reconnut 1 1/2 p. 100. Ce liquide avait sa quantité et sa couleur normales ; l'appétit, peu prononcé, était variable ; les forces diminuées.

Je lui prescrivis le traitement alcalin, le pain de gluten, un régime animal et l'eau froide, que j'avais conseillée précédemment. Le médecin de l'établissement hydrothérapique vint me prier de ne commencer le traitement alcalin qu'après quelque temps d'emploi de l'eau froide. J'y consentis. Elle prit douze douches, après lesquelles l'urine, essayée à diverses reprises, de diverses manières, à jeun et après les repas, ne fournit plus un atome de sucre.

Le choléra qui survint alors avec intensité obligea cette famille à quitter Marseille ; et depuis lors cette jeune fille, qui a pris un goût prononcé pour l'eau froide, qui n'est bien, dit-elle, que quand elle prend des douches, ne m'a plus fourni l'occasion d'examiner son urine.

Il me semble résulter des observations précédentes, qu'une quantité assez considérable de sucre peut exister dans l'urine, sans que la faim, la soif et la quantité d'urine soient augmentées ; l'analyse, en effet, a trouvé dans une observation 5, 2 1/2, 2 1/4, 1 1/2 de sucre sur 100, sans que l'urine fût augmentée en quantité, sans que la soif fût accrue, sans qu'il y eût, en un mot, les symptômes qu'on est généralement porté à regarder comme caractéristiques de la glucosurie.

De sorte que si on ne procédait à la recherche du sucre que dans les cas où ces symptômes existent, on s'exposerait à laisser passer inaperçus un certain nombre de cas ou du sucre est journellement rendu.

Je crois qu'on peut établir qu'il est très important d'examiner l'urine chaque fois qu'un malade accuse un peu d'amaigrissement, de faiblesse générale, d'affaiblissement des extrémités inférieures, de diminution de virilité, de trouble dans la vision, sans s'arrêter à la quantité d'urine rendue, à la faim, à la soif qu'éprouvent les malades. Cette recherche, pour établir l'existence du sucre, se fait si facilement, en faisant chauffer de l'urine avec plusieurs fragmens de potasse caustique, et peut conduire à de si bons résultats thérapeutiques, qu'on serait coupable de ne pas s'y livrer.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Séances de Février, Mars et Avril 1855. — Présidence de M. BRIERRE DE BOISMONT.

DISCUSSION

Sur les moyens à employer contre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme.

(Suite. — Voir le numéro du 31 Juillet.)

M. FORGET, en prenant la parole, comme membre de la commission, se propose un double but. Signataire du rapport qu'il accepte dans toutes ses autres parties, il entend d'abord faire ses réserves sur deux points ayant trait aux onzième et douzième conclusions. En second lieu, il répondra brièvement aux attaques dirigées contre les autres conclusions du rapport.

Avant d'entrer dans la discussion des deux conclusions que je me propose de combattre, j'ai, dit-il, besoin de justifier mon opposition à une œuvre à laquelle j'ai coopéré, en disant à la Société que déjà, dans le sein de la commission, j'avais insisté pour que M. le rapporteur modifiât ces deux conclusions qui ne me paraissent pas logiquement déduites des expériences et des faits contenus dans le rapport.

Un enseignement capital ressort, Messieurs, du travail de la commission, c'est celui qui est relatif à l'application et aux effets de l'électricité comme moyen propre à faire cesser les accidens produits par l'intoxication chloroformique. La faradisation des nerfs phréniques, que nous avons pratiquée, a eu pour résultat de produire une respiration artificielle profonde, énergique, qui, aidée de pressions alternatives sur le thorax, a suffi, dans deux expériences, sur trois qui ont été faites, à rappeler les animaux à la vie. Et encore, dans le cas où elle a échoué, vos commissaires ont-ils reconnu que l'insuccès devait être attribué à une application fautive des deux tampons conducteurs du fluide électrique. C'est donc, vous le voyez, une découverte importante qu'a faite votre commission, car, la première, elle aura le mérite d'avoir fait fonctionner l'appareil faradisateur dans un but et avec une intention que personne, que je sache, n'avait eus avant elle. Or, plus cette découverte est importante, plus le moyen qu'elle met à la disposition du chirurgien pour s'opposer ou remédier aux suites de l'intoxication par le chloroforme est efficace, plus on doit y regarder de près avant de rien dire et de rien faire qui soit de nature à mettre en suspicion son innocuité et, par conséquent, à le compromettre.

Or, c'est ce que le rapport ne fait pas ; bien plus, il fait le contraire. Ainsi, après avoir dit que *la faradisation des nerfs phréniques peut, comme l'insufflation, produire la respiration artificielle et rétablir les fonctions vitales suspendues par le chloroforme,* il ajoute que *l'électricité épuise rapidement l'excitabilité nerveuse chez les animaux arrivés à la dernière période de l'intoxication chloroformique,* c'est-à-dire qu'à côté du remède dont il vient de constater les avantages, il place le danger d'y recourir, danger auquel le chirurgien va se trouver exposé et qui, s'il était réel et fondé, devrait à tout jamais lui faire repousser le remède en question. Mais, fort heureusement, ce danger est loin d'être prouvé, et les faits contenus dans le rapport ne sauraient le faire admettre.

Sur quel fait, sur quelle expérience, en effet, se fonde-t-on pour imputer à l'électricité ce rapide épuisement de l'excitabilité nerveuse ? Sans doute sur la deuxième expérience où l'on voit l'action galvanique, continuée pendant dix minutes, ne plus déterminer, au bout de ce temps, aucune contraction musculaire. Mais, pour que l'épuisement de l'excitabilité nerveuse, dans ce cas, pût être considéré comme produit par la cause à laquelle vous l'attribuez, il ne faudrait pas que vous ayez, à la page 13, adopté l'opinion de M. Bouisson, a savoir : que l'épuisement spontané de cette excitabilité a lieu plus promptement chez les animaux qui succombent des suites de l'intoxication chloroformique que chez ceux qui succombent à un autre genre de mort ; car, on sera en droit de vous demander si cet épuisement, que vous avez remarqué après dix minutes d'électrisation, n'était pas un des résultats naturels de l'intoxication par le chloroforme ; et cette question vous sera faite avec d'autant plus de raison qu'à la page 32 du rapport, vous dites que, *chez un chien chloroformisé jusqu'à la dernière période, nous avons faradisé les nerfs phréniques mis à nu* douze minutes *après l'arrêt des mouvemens de la respiration et du cœur, sans obtenir la contraction du diaphragme.* Or, ici, l'épuisement de l'excitabilité nerveuse ne peut être mis sur le compte de l'électricité, puisque déjà il était complet au moment où celle-ci a été essayée.

Ce seul fait suffit, suivant moi, pour infirmer la conclusion du rapport que, pour ma part, je ne puis accepter, car, je le répète, elle renferme une proposition que rien, dans le travail de la commission, ne justifie.

Il est un autre point sur lequel M. Forget est aussi en désaccord avec M. le rapporteur, c'est celui qui est relatif au mode d'action de l'air introduit artificiellement dans les poumons. Il n'admet pas que quel que soit le gaz qui serve à pratiquer l'insufflation, l'effet soit le même ; c'est-à-dire qu'il n'agisse que mécaniquement et en produisant, au contact de la membrane muqueuse des bronches, une stimulation qui, par une véritable action réflexe, va retentir dans les centres nerveux et y éveiller l'excitabilité. Pour que cette théorie pût être admise, dit M. Forget, il faudrait d'abord prouver que, dans la période extrême de la chloroformisation, alors que le tégument externe, la peau est insensible aux excitations extérieures, circonstance qui, comme l'a fait remarquer M. Bouisson, rend la syncope, dans ce cas, plus dangereuse qu'en tout autre ; il faudrait, dis-je, prouver que la muqueuse des voies aériennes, que le tégument interne conserve, et cela par un privilége qui ne s'explique guères, la faculté de sentir, d'être impressionné, par conséquent, par le contact des agens physiques extérieurs, car, sans cette faculté, que devient l'action réflexe sur les centres nerveux auxquels vous faites jouer le rôle principal. Or, en présence de l'insensibilité de la peau, de celle des membranes muqueuses buccale, pharyngienne, qu'il est ordinaire de constater à ce degré d'anesthésie, on ne peut admettre que, dans les divisions de l'arbre bronchique, cette même membrane ait conservé sa sensibilité, et dès que celle-ci fait défaut, la théorie admise dans le rapport, pour expliquer le rétablissement de l'influx nerveux, se trouve sans base et tombe d'elle-même.

Pour ma part, je ne comprends pas qu'on veuille ainsi, sans des raisons péremptoires, dépouiller l'air atmosphérique, l'oxygène lui-même, de ses propriétés vivifiantes, et se refuser à admettre qu'il modifie les qualités du sang en circulation dans les vaisseaux capillaires du poumon. Que l'air insufflé agisse mécaniquement pour entraîner les vapeurs de chloroforme contenues dans les divisions bronchiques, je l'accorde ; mais qu'on me concède qu'en vertu d'un acte essentiellement vital il ramène le sang aux conditions physiologiques qui en font le stimulant naturel des centres nerveux et des divers autres appareils organiques.

Je sais bien, continue M. Forget, que, pour justifier sa théorie, le rapporteur va m'objecter que l'azote insufflé à la place d'air atmosphérique, a fait cesser les accidens du chloroforme et que, dans ce cas, on ne peut pas expliquer le résultat obtenu par les propriétés vivifiantes du gaz dont on s'est servi. A cela je réponds ce que M. Depaul a déjà répondu au sujet de l'insufflation d'oxygène, que, dans l'expérience dont il s'agit, on ne peut pas dire que l'azote pur ait pénétré dans les poumons, sans être mélangé à une certaine proportion d'air atmosphérique, puisque la sonde qui est introduite dans le larynx est loin de remplir exactement l'ouverture de la glotte, et qu'entre elle et les bords de celle-ci il reste un vide notable.

Je désire maintenant, Messieurs, adresser quelques mots de réponse aux objections formulées par M. Giraldès. Cet honorable collègue a attaqué presque toutes les conclusions du rapport ; je me bornerai, pour ma part, à lui soumettre quelques courtes observations. Le rapport, a-t-il dit, ne signale aucune altération organique propre au chloroforme. — Mais par la raison que nous n'en avons pas trouvé. Ce résultat s'éloigne-t-il de ce qui se passe chez l'homme ? Pas autant qu'on pourrait le penser. Ainsi, M. Simonin, de Nancy, a publié un excellent travail dans lequel il s'occupe de cette question, et il ne signale non plus aucune lésion organique chez l'homme qui soit manifestement imputable au chloroforme. On en a signalé, je le sais ; mais avant de nous les opposer, est-on bien sûr qu'elles n'existaient point avant la chloroformisation ? On a parlé, dans quelques observations, de l'inflammation du parenchyme pulmonaire produite par l'action du chloroforme. Mais est-il rationnel d'admettre que cette inflammation puisse se produire instantanément ? Et n'est-il pas plus juste de la considérer comme un état organo-pathique en dépendant ?

Les phénomènes de la chloroformisation sont loin de se produire constamment dans le même ordre chez l'homme que chez les animaux. — Je reconnais la justesse de cette observation, en tant qu'elle s'applique à des phénomènes de détails variables suivant les individus. Mais, à mon sens, elle serait erronée si elle avait en vue les traits caractéristiques et fondamentaux de cette opération, qui, considérés dans les modifications imprimées aux fonctions sensoriales, intellectuelles et motrices, se produisent constamment dans le même ordre chez l'homme et chez les animaux.

Relativement à la voie d'élimination du chloroforme, le rapport ne dit pas que la peau n'élimine pas. Loin de là, nous avons vu du chloroforme éliminé par la peau d'un chien, nous l'avons constaté. Cette expérience, faite sur un animal à peau moins perspirable que celle de l'homme, ne vous amène-t-elle pas à conclure, au contraire, que les fonctions de la peau sont complémentaires de celles du poumon ?

Parmi les objections faites au rapport par M. Giraldès, il en est une surtout qui m'a vivement surpris, c'est que la commission attache trop d'importance à la dilution des vapeurs de chloroforme dans l'air atmosphérique. L'utilité de cette dilution me paraît si incontestable, qu'elle peut se passer de démonstration ; et nos expériences sont venues encore corroborer la croyance de vos commissaires : à savoir que le danger des vapeurs de chloroforme est en raison directe de leur intensité. Dans certaines observations, des accidens, au dire des observateurs, se sont produits avec quelques gouttes de chloroforme. Je le crois. Mais comment a-t-on opéré ? Qui peut le dire ? Mais quelques gouttes de chloroforme versées sur un mouchoir, en vertu de la volatilité de cet agent et de la densité de ses vapeurs, peuvent constituer une petite atmosphère de vapeurs anesthésiques sans mélange d'air. Si le malade est plongé dans cette atmosphère, il peut être très rapidement foudroyé comme l'étaient nos animaux placés dans des conditions identiques. C'est pour éviter ce danger que nous avons cru très utile, pour la pratique chirurgicale future, de recommander un appareil dans lequel les vapeurs de chloroforme sont mélangées à l'air inspiré dans des proportions rigoureusement déterminées. Ce qui permet de pouvoir ainsi tâter la susceptibilité, l'idiosyncrasie de chaque malade.

Enfin, Messieurs, M. Giraldès nous a dit que lui aussi avait chloroformisé des lapins profondément, et qu'ils étaient revenus d'eux-mêmes. Je ne sais trop quelle induction déduire de ce fait signalé par notre collègue. Veut-il dire que, dans nos expériences, les animaux abandonnés à eux-mêmes seraient également revenus à la vie ? Rien de plus erroné qu'une semblable induction. Lorsque la commission que vous avez nommée a consacré plus de six mois à faire plusieurs centaines d'expériences ; quand elle a vu constamment succomber les animaux abandonnés à eux-mêmes, et à peu près constamment revenir à la vie les animaux soumis à l'insufflation, elle est fondée à protester contre le doute que le rapprochement établi entre des expériences très certainement fort dissemblables, pourrait faire peser sur la rigueur des résultats expérimentaux qu'elle vous a soumis. Assurément, si les lapins anesthésiés par notre collègue l'avaient été au même degré que ceux qui ont servi à nos expériences, ils ne seraient pas revenus spontanément à la vie.

M. GIRALDÈS : J'ajouterai à ce que j'ai dit que les phénomènes de la chloroformisation dont j'ai parlé ne sont pas des phénomènes de détail, et qu'ils ne se produisent pas toujours dans le même ordre chez l'homme. Je maintiens cela comme un fait que l'observation a consacré.

Quant aux accidens si brusques qui arrivent au début de l'inhalation, ils ne tiennent point à une syncope ou à la concentration des vapeurs, comme le prétend M. Forget, ils sont le résultat d'un mouvement de la langue qui se porte brusquement en arrière, bouche le larynx et menace le sujet d'asphyxie.

Pour ce qui est de l'anesthésimètre, que la commission juge favorable, je le répète, il ne peut être d'aucune utilité dans la pratique chirurgicale. M. Syme, qui emploie le chloroforme en grand, en donne toujours beaucoup dès le début, et il n'a jamais eu qu'un accident, qui encore tenait à d'autres causes.

Quant aux altérations organiques constatées chez l'homme à la suite de la chloroformisation, tout le monde les connaît. Ainsi, M. Richet a trouvé de la rougeur dans les bronches deux ou trois jours après la chloroformisation. On a signalé, dans maintes observations, la présence de l'air dans les veines, et chez un malade de Roux il y en avait tellement, qu'on en vit jusque dans les jugulaires. N'a-t-on pas trouvé et signalé des congestions cérébrales, des ruptures du cœur, des poumons ? Je ne dis pas que les travaux de la commission ne sont point utiles, mais je dis qu'elle ne s'est occupée en rien de ce qui touche à l'homme, et que, par conséquent, elle n'a rien fait pour la pratique chirurgicale.

(*La suite prochainement.*)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 94. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 9 Août 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 AOUT 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une question de règlement, très délicate et assez grave, a été soulevée par M. Malgaigne. Il s'agit d'une proposition tendant à règlementer le droit ou l'usage qu'ont eu ou dont ont joui jusqu'ici les personnes étrangères à l'Académie de faire des exhibitions de malades opérés ou à opérer, guéris ou à traiter et qui, à la fin de presque toutes les séances, viennent faire leur apparition sur le bureau de la compagnie. Il paraît que M. Malgaigne a trouvé dans ces exhibitions périodiques des abus assez graves pour attirer l'attention du conseil d'administration de l'Académie. De son côté, le conseil s'était préoccupé de cette question et avait déjà décidé qu'à l'occasion de toute demande d'exhibition de malades, une commission sera nommée, chargée d'examiner si cette exhibition présente, en effet, quelque intérêt scientifique ou pratique, condition sans laquelle cette exhibition n'aura pas lieu. Cette solution nous paraît devoir concilier tous les intérêts, et nous n'insistons pas davantage sur cette question de nature fort inflammable. Si l'on supprime l'abus en conservant l'usage tous les droits sérieux seront respectés, mais c'est là le difficile. Quant à nous, si l'on arrive à exonérer la presse d'une infinité de petites notes, avec ou sans images, dont elle est hebdomadairement encombrée à l'issue des séances académiques, nous nous en réjouirons sincèrement pour nos lecteurs et pour nous-mêmes. Nous pourrons revenir sur ce sujet dans une autre partie du journal.

M. Robert, à l'occasion d'une communication faite précédemment par M. Jobert, a cité plusicurs observations curieuses d'arrachement de doigts et même de la main tout entière, avec leurs tendons, et produit par une morsure de cheval, ou par des machines en mouvement. La rupture s'est toujours produite au point d'insertion des fibres musculaires, et, circonstance singulière, ces mutilations si graves n'ont jamais été suivies d'accidens sérieux.

Deux lectures de membres étrangers à l'Académie ont occupé la dernière séance.

Le mémoire de M. Poggiale est relatif à la composition de l'eau de la Seine. Les analyses très nombreuses des chimistes présentent, à cet égard, des différences énormes. Comment croire qu'avec les procédés si sûrs dont la science dispose pour de pareilles recherches, les savans qui se sont occupés de ce sujet aient été induits en erreur? M. Poggiale ne l'a pas cru. Cette différence dans les résultats obtenus par les chimistes dans l'analyse des eaux du fleuve, tient, d'après lui, à ce que ces eaux présentent une composition variable selon l'époque de l'année où on les examine. Les recherches de M. Poggiale à cet égard ont duré plusieurs années et offrent des résultats curieux. Ils sont consignés dans la note que l'on trouvera au compte-rendu et dont l'analyse ferait ici un double emploi.

Il en est de même du mémoire lu par M. Gosselin sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil. Les expériences très curieuses de M. Gosselin sont suffisamment indiquées dans le compte rendu. Elles présenteraient un double intérêt, au point de vue de la physiologie et à celui de la clinique. Au point de vue physiologique, M. Gosselin en tirerait la conclusion que la perméabilité très prononcée de la cornée aurait peut-être pour conséquence le passage des larmes par cette voie dans la chambre antérieure pour entretenir soit la transparence de la cornée, soit la replétion continuelle des chambres oculaires. Au point de vue clinique, M. Gosselin déduit de ses expériences que certaines ophthalmies sont occasionnées par le transport dans la cornée de matières septiques irritantes, et que le traitement par les douches oculaires est le meilleur qu'on puisse leur opposer.

Amédée LATOUR.

ONZIÈME LETTRE SUR LE CHOLÉRA.

HYPOTHÈSES.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Nous avons dit que la cause du choléra était un miasme, et que très probablement ce miasme contenait des animalcules, et nous avons étayé notre opinion de tous les faits et de toutes les analogies qui nous ont paru propres à la consolider. La première expérience qu'il y avait à faire était donc évidemment de rechercher la présence de ces petits êtres dans le miasme lui-même. C'est ce que nous avions conseillé. Nous avions parfaitement compris, que toutes les expériences qui n'auraient pas été précédées par la constatation des animalcules dans le miasme du choléra, si tant est qu'il existe, seraient sans aucune valeur, sans aucune signification.

En effet, eût-on trouvé des animalcules dans les matières des vomissemens ou des garde-robes des cholériques, cela n'eût nullement prouvé qu'il en dût exister dans le miasme. Ne pouvait-on pas objecter avec une apparence de raison, que ces animalcules avaient bien pu se développer dans l'intestin lui-même, comme le font beaucoup d'entozoaires, et que par conséquent ils étaient l'effet ou tout au plus un des symptômes de la maladie, et non pas sa cause. Le seul moyen de résoudre la difficulté eût été de faire voir qu'il existait une identité parfaite entre l'animalcule éliminé et l'animalcule absorbé, entre l'animalcule mêlé aux matières intestinales et l'animalcule contenu dans le miasme. Il aurait donc fallu commencer par constater sa présence dans la cause avant de la chercher dans les effets, Faute de cette constatation préalable, toute comparaison et par conséquent tout jugement devenaient impossibles.

En second lieu, est-il possible de croire que ces petits êtres, si vivaces qu'on les suppose, puissent conserver les *mouvemens spontanés*, seul caractère certain de l'animalité pour les micrographes, après avoir parcouru les voies de l'absorption, circulé à travers tous les organes avec le sang, et traversé la filière des conduits excréteurs de l'élimination? Peut-on raisonnablement espérer les rencontrer dans les matières éliminées, autrement qu'à l'état de cadavres, ou tout au plus dans un état d'engourdissement voisin de la mort? Comment savoir alors si ce sont bien des corps ayant eu vie? On ne pourrait l'affirmer que si on les trouvait semblables de forme avec les animalcules examinés auparavant dans le miasme. C'est donc encore par cette première étude qu'il aurait fallu commencer. On le voit donc : l'expérience citée, et que l'on regardait comme si convaincante, cette expérience ne dit rien, n'apprend rien, n'édifie rien, et ne renverse rien. Elle est de la plus complète insignifiance. L'hypothèse des animalcules n'en est pas même ébranlée.

Vieille peut-être comme la médecine, instinctivement pressentie par les observateurs, reproduite à l'occasion de toutes les grandes épidémies, cette hypothèse a, jusqu'à ce jour, été présentée sous forme d'assertion et comme une simple vue de l'esprit, sans qu'on eût pris la peine de l'étayer jamais d'aucun fait ni de la moindre analogie. Aussi n'a-t-elle joui jusqu'ici d'aucun crédit parmi les hommes de science, et je ne suis pas étonné de voir son triste passé peser encore aujourd'hui sur elle d'un poids qui l'écrase. Mais je crois l'avoir, sinon démontrée, dans le sens que les esprits prétendus sévères attachent à ce mot, du moins entourée d'assez de faits et de probabilités, pour lui donner droit de domicile dans la science, et pour que l'on doive désormais compter avec elle. La plupart des théories ont eu de pareils commencemens. Il faut s'occuper de la vérifier, en faisant les expériences que j'ai indiquées dans ma huitième lettre, ou par de meilleurs procédés s'il en existe. Tant qu'elle n'aura pas subi cette épreuve, personne ne sera en droit de la déclarer fausse, je la regarderai comme un pressentiment de la vérité.

Mais pourquoi dissimulerais-je ma pensée. L'existence des animalcules me paraît aussi bien prouvée que l'était celle des miasmes avant qu'elle ne fût matériellement confirmée par les recherches des expérimentateurs. On trouvera peut-être mon opinion ridicule, je ne m'en émouvrai pas. Je ne puis m'empêcher de rire, dit Hérodote, — le sage, le savant Hérodote, — je ne puis m'empêcher de rire, quand je vois quelques gens qui ont donné des descriptions de la circonférence de la terre, prétendre, sans se laisser guider par la raison, que la terre est ronde comme si elle eût été travaillée au tour. C'était alors une hypothèse sans preuves, qui ne s'appuyait que sur le raisonnement. Le temps est venu plus tard la convertir en certitude. Elle n'était cependant pas moins vraie avant qu'après la démonstration. Pourquoi n'espérerais-je pas le même sort pour l'infime hypothèse des animalcules?

Enfin, pour compléter ce qui me reste à dire sur ce sujet, je ne pense pas que ce soit en qualité d'êtres vivans, que les animalcules spéciaux du choléra provoquent cette maladie, mais bien comme porteurs d'un poison septique, qui leur survit peut-être comme le poison d'une foule d'insectes et celui des cantharides en particulier, survit à leurs cadavres desséchés et réduits en poudre. Cette conjecture expliquerait comment l'odeur seule des matières éliminées peut suffire à communiquer la maladie. Mais ici les faits m'abandonnent, et je m'empresse de quitter le terrain de cette nouvelle hypothèse.

J'entends autour de moi des médecins qui demandent sérieusement de quelle utilité peuvent être les recherches que je sollicite, à quoi peut servir la preuve de l'existence ou de l'absence des animalcules dans la cause qui produit le choléra. Il est assez singulier que ce soit moi, l'homme des suppositions et des théories, qui pousse à la découverte d'un fait nouveau, et que ce soient au contraire les partisans exclusifs de l'observation qui en dédaignent l'acquisition, par la raison qu'ils n'en aperçoivent ni l'utilité ni les applications immédiates. Est-ce donc à moi de leur rappeler que tout fait a son importance, et que si on ne la voit pas au moment où on le recueille, elle ne peut manquer de se révéler plus tard. Il est curieux en même temps de voir les mêmes hommes rejeter les hypothèses et s'opposer à la recherche de nouveaux faits. Avec quels élémens veulent-ils donc construire la science? Je vais essayer, d'ailleurs, de faire voir que plusieurs faits mal interprétés, inexpliqués ou incompris de l'histoire du choléra, trouvent une explication facile dans ma théorie, et qu'ils en sont par conséquent la pierre de touche et la confirmation.

J'aborde immédiatement à cet effet l'examen d'une question qui m'en fournira, je l'espère, plus d'une fois l'occasion.

Cette question est la suivante : Le choléra peut-il se développer dans nos climats, et devons-nous craindre de le voir s'y perpétuer?

Plusieurs médecins, en France et à l'étranger, professent cette croyance. Il importe donc d'examiner les raisons sur lesquelles se fonde leur opinion. Elle est trop grave pour ne pas exiger une attention toute particulière.

Dans les trois grandes épidémies qui sont venues fondre sur la France en 1832, 1849 et 1853-54, on a vu le choléra débuter sur les bords du Gange, se diriger ensuite sur la Perse, de là vers la mer Caspienne, puis remonter le cours du Volga, envahir le nord de la Russie, s'acheminer vers la Pologne, passer en Allemagne, se propager d'Allemagne en Angleterre, arriver en France, et faire ensuite irruption sur les contrées méridionales de l'Europe. Si les choses s'étaient toujours passées de la sorte, si le choléra était toujours parti de l'Inde, n'eût-il même pas suivi bien fidèlement l'itinéraire que nous venons d'indiquer, personne n'aurait songé à lui chercher une autre origine que dans le delta du Gange, personne ne se fût avisé de dire qu'il pût prendre naissance en Europe, et encore moins s'y naturaliser. Mais, dans les intervalles de ces grandes épidémies, un ou deux ans après leur extinction totale, des cas isolés de choléra, ou même de petites épidémies, comme en Pologne après l'épidémie de 1848, se sont développées sur place, sans que l'existence de la maladie dans les pays environnans, ni sa venue de l'Orient, comme dans les cas ordinaires, en pussent expliquer la réapparation. On en a donc tiré la conséquence qui paraissait légitime, que le choléra pouvait naître dans nos contrées sans qu'il fût besoin que sa cause vînt de l'Inde, et que, par conséquent, il allait s'établir à demeure et s'acclimater en Occident. A mon avis, cependant, c'était une double erreur.

Si cette erreur n'était pas devenue la source d'une foule d'autres, nous ne nous arrêterions certainement pas à la réfuter, et nous laisserions au temps le soin d'en faire justice. Mais, de ce que l'on a cru voir le choléra éclater spontanément en certaines localités, on en a conclu d'abord qu'il n'avait pas nécessairement et uniquement son origine dans l'Indoustan, que, par conséquent, sa cause ne se développait pas exclusivement dans les marais du Gange, qu'elle ne consistait donc pas dans un miasme, enfin, qu'il fallait conséquemment la chercher dans des conditions climatériques qui

fussent communes à tous les pays dans lesquels la maladie avait paru se développer d'une manière spontanée. On s'est donc mis à cette recherche, sans guide, au hasard, et pour ainsi dire à tâtons. Les uns ont cru la voir dans la débauche et l'intempérance, les autres dans la peur et les passions tristes, tels dans la misère et la malpropreté, tels dans les émanations des fosses d'aisance, ceux-ci dans l'humidité des cours d'eau, ceux-là dans un état électrique de l'air, *indéterminé*, etc., sans réfléchir que ces causes ayant existé de tout temps, elles auraient dû produire les mêmes effets avant comme après 1832. Quelques-uns ont avancé gravement, que la cause du choléra était *tellurique* ou *atmosphérique*, ce qui, traduit en langage vulgaire, signifie que le choléra vient de la terre ou de l'air, ou plus naïvement encore, que le choléra vient de quelque part. Cette opinion, du moins, n'est pas compromettante. Enfin, sentant le néant de leurs suppositions, ne pouvant croire que d'autres aient entrevu la vérité qui les fuit, la plupart ont fini par décider que la cause du choléra était inconnue. Il est donc indispensable de faire voir que les exemples du développement, en apparence spontané du choléra dans nos climats, ne prouvent en aucune façon, ni qu'il y ait sa cause, ni qu'il doive s'y acclimater, ni qu'il ait ou puisse avoir une autre origine que celle que nous lui avons assignée.

J'ai besoin, pour la marche de la discussion, de commencer par rappeler ici quelques faits que j'ai déjà produits vingt fois dans le cours de ces lettres. Le lecteur voudra bien me pardonner ces répétitions, dont, malgré ma bonne volonté, il ne m'est pas possible de lui épargner l'ennui. Elles seront courtes et peu nombreuses.

Le miasme qui produit les fièvres intermittentes s'élève à des hauteurs variées, sous l'influence de la chaleur, avec la vapeur d'eau qui le retient en suspension. Il peut être emporté avec elle par les courans de l'atmosphère, à des distances plus ou moins considérables. Il se condense avec cette vapeur par tous les abaissemens de température, et retombe en brouillards ou en rosée, sur les lieux mêmes où il s'est développé, ou sur les localités, quelquefois assez éloignées, où il a été transporté. Tout cela a été prouvé, par l'observation, par des expériences physiques et chimiques qui ne laissent pas de prise au doute, et par le raisonnement. Personne aujourd'hui ne le conteste; cela est généralement accepté par les médecins.

Les miasmes générateurs du choléra, de la peste et de la fièvre jaune, se développant dans les mêmes conditions marécageuses que les miasmes des fièvres intermittentes, doivent nécessairement obéir aux mêmes lois physiques; seulement, nés dans des climats différens, leur composition intime, leur nature ne peuvent être les mêmes. Par conséquent entraînés comme eux dans l'atmosphère, ils doivent s'élever à de plus grandes hauteurs, en raison de la température plus chaude des contrées où ils se développent. La logique et le bon sens le disent, une expérence de M. de Humboldt le prouve. Ce savant a constaté que le miasme de la fièvre jaune atteignait quelquefois la hauteur de 928 mètres au-dessus du niveau de la mer, hauteur moyenne de la région des nuages, tandis que d'autres expériences ont appris que le miasme des fièvres intermittentes s'élevait à peine dans nos climats à 50 ou 60 mètres audessus du sol.

Nous avons vu précédemment, que des végétaux microscopiques et des animalcules pouvaient être emportés jusque dans la région des neiges éternelles, à des distances énormes des lieux où ils avaient pris naissance, qu'ils pouvaient former des nuages avec la vapeur d'eau dans laquelle ils sont suspendus, puis se condenser et descendre quand la température s'abaisse, et retomber enfin à la surface de la terre, avec la pluie, la neige, les grêlons. Nous avons vu aussi que ces petits êtres pouvaient être rappelés à la vie par la chaleur longtemps après avoir été congelés et frappés d'une mort apparente.

Or, que l'agent qui produit le choléra soit un miasme dont la nature reste à déterminer, qu'il consiste en un végétal microscopique doué de propriétés vénéneuses, ou qu'il soit formé par des animalcules également vénéneux, il est évident qu'il peut être enlevé dans les hautes régions de l'air, s'y rassembler en nuages, voyager au loin, s'élever et s'abaisser en obéissant aux oscillations de la température, et couvrir çà et là certaines contrées dans sa chute, en laissant intactes les localités intermédiaires. Tombant ainsi à la surface du sol, il se dépose nécessairement sur tous les objets. Les êtres animés le respirent avec l'air qu'il empoisonne, et les symptômes du choléra se déclarent. Les végétaux en sont imprégnés, et de là viennent peut-être les maladies que l'on remarque depuis quelques années sur quelques-uns d'entre eux. La terre, les habitations des hommes, leurs vêtemens, les murs même en sont couverts. Sur ces corps inertes, rien n'en révèle la présence. Elle n'est cependant pas douteuse. Pour la nier, il faudrait supposer au miasme, un goût, une prédilection, une préférence exclusive pour les animaux et les végétaux, et cela serait trop absurde.

Que deviennent donc ces derniers miasmes, ces miasmes sans emploi, ces miasmes perdus, si je puis ainsi dire?

Ils demeurent sur les objets auxquels ils sont attachés. Mais quelle qu'en soit la nature, sous l'empire de certaines conditions météorologiques, telles que l'humidité, la chaleur, la lumière, et l'électricité, ils peuvent reprendre, ils reprennent leur vie, leur activité, leur énergie, momentanément latentes ou suspendues, comme on voit germer des graines après des milliers d'années de sommeil, renaître à la vie végétative une foule de conferves par une simple immersion dans l'eau longtemps après avoir été complétement desséchées, et ressusciter un grand nombre d'animalcules après une mort apparente plus ou moins prolongée.

Ainsi sortis de torpeur, ils s'élèvent de nouveau dans l'atmosphère, entraînés par la vapeur d'eau, se mélangent à l'air, pénètrent avec lui dans les voies de la respiration, y sont absorbés, et donnent naissance à de nouveaux cas de choléra. C'est ainsi que se développent les cas isolés et les épidémies partielles que l'on voit se manifester plus ou moins de temps après les grandes épidémies cholériques. On a donc tort, selon moi, d'en attribuer l'apparition à l'existence de causes qui seraient inhérentes aux localités, et de croire qu'il puisse s'acclimater dans nos pays. Si ces causes appartiennent à nos climats, qu'on me dise donc pourquoi elles sont restées pendant plusieurs siècles inactives, et pourquoi leur action ne se ferait sentir qu'après les grandes invasions épidémiques et jamais auparavant. Qui de nous avait vu le choléra, le véritable choléra indien avant l'épidémie de 1832. Quels médecins l'avaient observé et décrit dans les deux ou trois siècles qui avaient précédé le nôtre. Et remarquez-le bien, ce fait n'est pas particulier au choléra. Il est commun à la plupart des grandes épidémies *miasmatiques*. A la suite de presque toutes celles qui ont ravagé l'Europe à différentes reprises, on a vu le mal reparaître, six mois, un an, après leur extinction, et cependant aucune de ces maladies ne s'y est fixée. Elles ne s'y sont montrées de nouveau que quand les causes elles-mêmes se sont renouvelées dans les pays qui leur donnent habituellement naissance, et qu'une circonstance particulière les a ramenées. Il en sera de même des grandes épidémies de choléra.

Voyez, pour n'en citer qu'une preuve, ce qui s'est passé après la dernière épidémie de peste de Marseille, en 1720. Quelques mois après sa complète disparition, la maladie reparut tout à coup dans cette malheureuse cité, et recommença ses ravages. On ne pouvait pas accuser de ce retour l'arrivée d'un bâtiment parti des ports de l'Égypte ou de la Syrie. Le souvenir du bâtiment du capitaine Chataud, que l'on accusait, à tort ou à raison, d'avoir la première fois apporté la peste à Marseille, était encore trop récent pour que l'on n'eût pas pris les précautions les plus sévèrement minutieuses, pour éviter un semblable malheur. Quelques personnes attribuèrent le réveil de l'épidémie à l'introduction dans la ville de quelques marchandises de contrebande contaminées apportées d'Avignon. Mais le plus grand nombre des médecins et les autorités s'en prirent au *ferment*, aux *corpuscules vivans*, aux *miasmes*, qui avaient dû nécessairement s'attacher à tous les objets, au moment de l'invasion et pendant le cours de la première épidémie.

Sans se formuler d'une manière explicite, la dernière opinion prévalut, comme le prouvent les mesures d'assainissement auxquelles on crut devoir conseiller de recourir. Aussitôt après le premier acte de ce grand drame épidémique, on avait ordonné et pratiqué la désinfection des maisons et des choses suspectes, en brûlant des parfums et en exposant certaines marchandises à l'air. Mais, outre l'insuffisance de ces moyens, on ne les avait mis en usage que dans les habitations où il y avait eu des pestiférés, dans celles que l'on appelait les maisons infectées. Aussi, quand la peste reparut, commença-t-elle, au grand étonnement de tous, par une maison qui n'avait pas eu de malades, et que, par conséquent, on n'avait pas soumise aux moyens de désinfection. Je dirais presque que cela devait arriver. On proposa alors une désinfection générale. Des objections graves et fondées furent soulevées contre ce projet par les échevins de la ville, et tandis qu'on délibérait, la nouvelle épidémie s'éteignit pour ne plus reparaître. Il ne vint à l'idée de personne de dire que la peste s'était développée une seconde fois spontanément, c'est-à-dire par l'influence des causes inhérentes au sol ou particulières au climat de Marseille, tant il était évident pour tout le monde qu'elle était d'origine étrangère. Il ne vint pas davantage à l'idée de qui que ce fût d'affirmer que cette maladie allait s'acclimater en Provence, et le long espace de temps, près d'un siècle et demi, écoulé depuis sa fatale visite, prouve surabondamment combien cette opinion aurait été contraire à la vérité. Il fallait, à ce qu'il paraît, que la science médicale eût fait cent trente-cinq ans de progrès, pour que ces tristes suppositions, que tout dément et que rien ne justifie, germassent dans l'esprit des médecins et trouvassent des partisans à l'occasion du choléra. Quand on défend de pareilles hypothèses, on devrait, ce me semble, se montrer un peu moins sévère envers celles d'autrui.

Je n'hésite donc pas à le dire. Le choléra, le véritable choléra, ne se développera jamais spontanément en Europe. Sa cause, son miasme, l'animalcule peut-être qui l'engendre, ne peut naître que dans l'Inde, sous son ciel brûlant, dans son atmosphère incessamment chargée d'électricité, au milieu de l'air constamment saturé de l'humidité qui lui est propre, au sein des cadavres des végétaux et des animaux qui lui sont particuliers, en un mot, dans les marais du Gange. Il ne s'y acclimatera pas, parce qu'il lui faut la réunion de toutes ces circonstances pour se développer; il ne s'y acclimatera pas plus que la peste et la fièvre jaune ne l'ont pu malgré leurs fréquentes invasions. S'il cessait un jour de germer sur les bords du Gange, l'Europe en serait à jamais préservée. Tant qu'il y existera, le globe en sera menacé. Toutes les mesures hygiéniques que l'on opposera à son invasion seront impuissantes. Elles pourront bien l'atténuer et en diminuer les ravages; mais le prévenir, jamais. C'est dans son berceau qu'il faut l'étouffer.

Quand on le voit éclater sur les bords du Gange, se diriger du côté de l'Occident, s'avancer vers nos climats, pas à pas, mais sans interruption, en suivant à peu près la même marche, la même lenteur et les mêmes chemins, on ne conteste pas son origine, tous les médecins s'accordent à la placer dans l'Inde, parce que le doute n'est pas possible. Pourquoi lui en chercherait-on une autre, si, par impossible, on le voyait apparaître tout à coup au sein de nos populations, sans qu'on eût aperçu sa trace sur le parcours de son itinéraire habituel depuis son point de départ? Ne serait-il pas plus naturel de supposer qu'un nuage chargé de miasmes cholériques, formé sous le ciel de l'Inde, s'est élevé dans l'air, a traversé notre hémisphère, et est venu déposer ses poisons sur le pays, comme on voit des miasmes et des animalcules être transportés dans les flancs des nuages à d'énormes distances du lieu de leur développement.

Enfin, quand le choléra se montre peu de temps après une grande invasion épidémique, venue de l'Inde visiblement pour tous, et qu'il se manifeste par cas isolés, ou par petits groupes, ou enfin par épidémies locales, peu étendues, circonscrites, est-il donc si déraisonnable de dire avec les médecins qui ont observé la peste de 1720-1721, que ces retours qui se représentent à la suite de toutes les grandes épidémies miasmatiques, sont produits par le réveil des miasmes, ou par le rappel à la vie des animalcules, si animalcules il y a, déposés à la surface de tous les objets par l'invasion antécédente du fléau. Que l'on y réfléchisse bien, et l'on verra que ce sont les deux seules explications possibles de ces grands faits, pour quiconque admet l'existence d'un miasme comme cause du choléra, et l'on compte aujourd'hui les médecins qui la nient, et l'on n'en connaît aucun qui ait daigné prendre la peine, non seulement de la contester, mais même d'étayer ses motifs de doute sur un seul fait ou une seule bonne raison. Elles découlent sans effort, naturellement et nécessairement de ce point de départ généralement accepté comme vrai, elles rattachent aux phénomènes météorologiques les plus simples et les plus ordinaires, des faits incompréhensibles et inexplicables dans toute autre théorie, elles s'appuient sur de nombreuses et puissantes analogies, et le bon sens les approuve. Je pourrais citer plus d'une vérité en médecine, admise comme article de foi, qui ne repose pas sur des fondemens aussi solides.

Il suit de là, que les mesures d'assainissement sont peut-être plus nécessaires encore après le passage d'une grande épidémie miasmatique qu'avant sa venue. On fait en quelque sorte un contresens hygiénique en les ordonnant auparavant et les négligeant après. Sans nul doute, il est utile de prendre en tout temps et surtout quand l'invasion d'une épidémie est imminente, il est utile, au point de vue général de l'hygiène publique, de prendre toutes les mesures de salubrité possibles, et de donner les conseils de prudence et de préservation présumable que la science de l'hygiène privée recommande. Mais contre ces épidémies de causes spéciales, qui atteignent indistinctement toutes les classes de la société, et ne paraissent peut-être sévir davantage sur la classe pauvre que parce qu'elle est la plus nombreuse, il ne faut pas s'en exagérer l'importance, elles n'ont aucune utilité préventive, spéciale, directe. Qu'on me dise donc à quoi serviraient et ces mesures et ces conseils, si par hasard l'air que nous respirons tous venait tout à coup à s'imprégner d'une certaine quantité de vapeurs arsénicales. Au contraire, après le passage d'une grande épidémie miasmatique, qui laisse nécessairement le sol et tous les objets qui le couvrent souillés de l'agent toxique qui la produit, susceptible de la renouveler et la renouvelant en effet quelquefois, on comprend l'utilité qu'il y aurait à neutraliser le poison, ou au moins à en diminuer la quantité, par des lavages à grande eau plusieurs fois répétés, par des fumigations appropriées, par le grattage des maisons, par leur blanchiment à la chaux, etc., etc.

A ce point de vue, l'ordonnance de police qui prescrit, à Paris, le grattage et le blanchiment des maisons, tous les dix ans, me paraît des plus sages. Je ne puis pas me résigner à n'y voir qu'une mesure de coquetterie et de propreté, comme on affecte de le dire. J'y vois une grande mesure de salubrité, dont la portée est peut-être beaucoup plus grande qu'on ne l'entrevoit. S'il était possible de la généraliser et de l'étendre à toutes les communes de la France, en la complétant toutefois par d'autres précautions hygiéniques dont l'expérience et le bon sens ont depuis longtemps proclamé les avantages, précautions variables selon les localités; si, par exemple, on pouvait obliger les habitans de la campagne, à faire deux fois par an, au printemps et à l'automne, des fumigations de chlore, ou d'acide nitreux, ou d'acide sulfureux, dans leurs habitations, à en laver fréquemment l'extérieur comme cela se pratique en Hollande, à les blanchir de temps en temps à la chaux, en dedans et en dehors, comme on le fait dans un grand nombre de villes et de villages situés sur les bords de la Méditerranée, sans doute par obéissance traditionnelle à un ancien précepte d'hygiène oublié, si on les obligeait à éloigner les fumiers des portes d'entrée de leurs demeures, à n'en pas laisser s'infiltrer le purin dans le sol même des habitations ou s'écouler sur la voie

publique, où il devient une cause puissante d'insalubrité, on arriverait probablement, par l'ensemble de ces prescriptions, sinon à s'affranchir de la plupart des épidémies miasmatiques qui déciment chaque année les populations rurales, du moins à en diminuer la fréquence et la gravité. Il est inutile, je pense, de se livrer à d'ennuyeux calculs, pour démontrer que la dépense de chaque chef de famille en serait à peine accrue, et qu'il en serait amplement dédommagé, s'il évitait ainsi quelques-unes de ces maladies, qui font perdre aux hommes de labeur la richesse la plus précieuse, le temps, épuisent leurs forces souvent pour de longues années, et les conduisent à la misère. Il n'est pas moins superflu de chercher à établir, qu'en venant en aide aux plus nécessiteux, en faisant pratiquer les lavages, les fumigations, et le badigeonnage, avec ses propres deniers, la commune y gagnerait probablement une partie des frais de secours de toute nature qu'elle est obligée de dépenser pour eux en cas de maladie, et de la misère qui en est souvent la suite. Laissons aux économistes le soin de résoudre ce problème, et ne descendons pas, nous médecins, une question d'humanité de la hauteur morale où elle est placée, en la ravalant aux mesquines proportions d'une question de chiffres.

Mais revenons à notre sujet.

L.-Ch. Roche,
Membre de l'Académie de médecine.

(La fin au prochain numéro).

PATHOLOGIE.

DES RÉMITTENCES PROLONGÉES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, ÉTUDIÉES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL;

Par M. le d^r^ Baillarger, médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

« Je considère souvent comme très malades, certains » sujets que d'autres estiment convalescens ou bien » rétablis. » — (M. Calmeil, *Paralysie générale*.)

On sait que la période d'invasion de la paralysie générale est souvent longue et insidieuse. Les malades dont l'intelligence a déjà subi parfois une atteinte profonde, conservent encore les apparences de la raison. On sait aussi que de là naissent des difficultés très grandes pour l'appréciation de certains actes. Difficultés sur lesquelles les tribunaux sont presque toujours appelés à prononcer.

Cependant, il est une autre phase de la même affection sur laquelle l'attention n'a pas encore été appelée au point de vue médico-légal, et qui me paraît aussi mériter d'être étudiée sous ce rapport. Je veux parler des rémittences prolongées pendant lesquelles les malades reviennent progressivement à un état si satisfaisant, qu'on pourrait les croire complétement guéris.

Ces malades, s'ils sont séquestrés, réclament leur liberté; s'ils ont été pourvus d'un conseil judiciaire ou interdits, ils demandent à rentrer dans la plénitude de leurs droits.

Ces rémittences pouvant se prolonger un an, dix-huit mois, et même davantage, la position devient embarrassante.

Faut-il, pendant cette période, abandonner à eux-mêmes, sans surveillance et sans garantie, ces malades qui ont offert les symptômes de la paralysie générale, et chez lesquels une rechute est souvent imminente; ou bien, au contraire, la plus simple prudence et l'intérêt bien entendu de ces malades commandent-ils de résister à leurs réclamations et de maintenir certaines mesures de précautions?

Pour résoudre ces questions, il faut étudier ce qu'est au juste l'état de ces sujets que M. Calmeil considère souvent comme *très malades, tandis que d'autres les estiment convalescens ou bien rétablis*; et s'il reste chez eux une lesion de l'intelligence, il faut déterminer en quoi elle consiste et quelles en peuvent être les conséquences.

Consultons d'abord à cet égard les auteurs qui ont plus particulièrement signalé ces rémittences.

M. Calmeil en a cité plusieurs exemples remarquables dont je rappellerai seulement quelques-uns, me bornant, d'ailleurs, à indiquer les principaux symptômes, et à citer textuellement ce qui se rapporte à l'état auquel étaient arrivés les malades lorsqu'ils sont sortis des asiles où ils avaient été traités :

Observation I. — (Homme de 37 ans). *Symptômes principaux :* Langue presque complétement paralysée; démarche chancelante; déjections involontaires; la mémoire et le jugement sont abolis.

État du malade à la sortie : « Toutes les fonctions s'exécutent avec » tant de régularité, qu'on pourrait croire à une guérison complète; » cependant il est à remarquer qu'il reste des vestiges de paralysie du » côté de la langue; que les idées, quoique suivies, roulent dans un cer- » cle de peu d'étendue. »

M. Calmeil ajoute qu'il a appris plus tard qu'une rechute des plus graves avait eu lieu.

Observation II. — (Homme de 46 ans). *Symptômes principaux :* Embarras de la prononciation; démarche chancelante; affaiblissement de la mémoire; conceptions délirantes de nature triste.

État du malade à la sortie : « Le sujet articule les mots et marche » sans difficulté. Les idées fixes ont disparu; l'état de l'intelligence s'est » sensiblement amélioré; cependant la conversation est peu variée, la » physionomie peu expressive, et les idées sont futiles. Cet homme est » rendu à ses occupations. »

Observation III. — (Ancien militaire, âge indéterminé). *Principaux symptômes :* Congestions cérébrales; prononciation embarrassée; affaiblissement de la mémoire; conceptions délirantes de nature triste.

État du malade à la sortie : « Le calme paraît parfaitement réta- » bli; mais le malade conserve un léger embarras dans la pronon- » ciation; de son propre aveu il n'a plus l'intelligence aussi nette et » aussi vaste qu'autrefois; il retourne chez ses parens. »

Un an après, rechute. Délire ambitieux; symptômes très graves de paralysie, entraînant la mort.

M. Calmeil décrit de la manière suivante l'état d'un autre malade, qui, arrivé à cette période de rémittence, put aussi quitter Charenton, où il devait rentrer six mois plus tard avec les symptômes les plus alarmans : « Ce malade, dit-il, se con- » duisait bien, ne déraisonnait pas; il suivait sans interruption » une chaîne d'idées, mais sa figure avait perdu toute sa mo- » bilité, toute son expression. Le travail le plus simple était » devenu difficile; l'intelligence avait *baissé*. »

M. Bayle a publié des faits semblables; j'en citerai également quelques-uns:

Observation IV. — (Homme de 56 ans). *Symptômes principaux :* Congestions cérébrales; délire ambitieux; embarras de la prononciation; démarche vacillante.

État du malade pendant la période de rémittence : « Toutes » les idées ambitieuses étaient dissipées; le malade reconnaissait qu'il » avait été aliéné; il désirait rentrer dans sa famille, et reprendre ses » occupations; il marchait et parlait beaucoup plus facilement, mais » ses *facultés* étaient *faibles*; il était depuis deux mois environ dans » un état de convalescence et attendait avec beaucoup d'impatience et » de joie tout à la fois que ses parens vinssent le retirer, lorsqu'il » retomba dans un état de monomanie ambitieuse. »

Observation V. — (Homme de 36 ans). *Principaux symptômes :* Embarras de la prononciation; démarche chancelante; délire ambitieux.

État du malade pendant la période de rémittence : « Il ne lui » restait aucune trace de son état primitif; il causait avec beaucoup » de suite, de bon sens et de calme; il désirait sortir de l'établissement » pour reprendre son service et témoignait une grande reconnaissance » aux personnes qui lui avaient donné des soins, *son intelligence était* » *faible*. »

Observation VI. — (Homme de 35 ans). *Principaux symptômes :* Embarras de la parole; démarche chancelante; déjections involontaires; délire ambitieux.

État du malade à la sortie : « Il jouissait de toute sa raison, il était » calme et très raisonnable; il se sentait une incapacité pour le tra- » vail qui, quelquefois, le jetait dans un état de tristesse et lui arrachait » des pleurs. »

Ce malade se suicida deux mois après sa sortie de Charenton, par suite du chagrin que lui causait l'impossibilité où il était de reprendre ses occupations.

Observation VII. — (Homme de 37 ans). *Principaux symptômes :* Embarras de la prononciation; démarche chancelante; délire ambitieux; congestions cérébrales nombreuses.

État du malade lors de la sortie : « Lorsque le malade quitte » Charenton, il y avait deux mois qu'il ne donnait plus de signes d'alié- » nation; il était très doux, complaisant, officieux même. Sa santé » s'était améliorée d'une manière sensible; sa marche, quoique encore » vacillante, s'était affermie; sa difficulté de parler avait beaucoup » diminué, et il avait acquis un embonpoint général très marqué. Son » intelligence, sans doute, était bornée, faible; mais il est très pro- » bable qu'il n'avait jamais eu beaucoup plus de jugement, et il était » certainement en état de s'acquitter de tout ce qu'exigeait de lui la » classe de la société à laquelle il appartient. Sa femme, en lui faisant » savoir que son intention était de le placer à Bicêtre lui causa un cha- » grin très profond qui le rendait très triste, le faisait très souvent » pleurer abondamment, mais n'eut aucune influence fâcheuse sur sa » raison. En sortant de Charenton, il a été effectivement placé à Bi- » cêtre. »

Les observations qui précèdent et que j'ai empruntées aux deux ouvrages qui ont le plus d'autorité dans la science, me paraissent suffire, non pour établir le fait des rémittences et la marche rétrograde de la paralysie générale, fait qui n'est point contesté, mais pour servir à caractériser l'état intellectuel des malades.

Ces malades n'ont plus d'agitation, les conceptions délirantes ont cessé, la tenue est bonne, mais les idées, quoique suivies, roulent dans un cercle de peu d'étendue (obs. I); elles sont futiles (obs. II); l'intelligence n'est plus aussi nette ni aussi vaste (obs. III); les facultés sont faibles (obs. IV, V et VII); deux malades sortent avec une incapacité absolue pour le travail, et l'un des deux se suicide (obs. VI).

Cet état est facile à caractériser; il se résume dans ces deux faits : cessation du délire; persistance de la démence.

Cet affaiblissement de l'intelligence porte, d'ailleurs, sur l'ensemble des facultés, et nous ne croyons pas qu'on doive, comme l'a fait M. Lasègue, le restreindre à ce qui a trait au caractère. Pendant ces rémittences, surtout pendant celles qui se prolongent, « à peine, dit M. Lasègue, reste-t-il un embarras insignifiant de la parole, sans tremblement, sans spasmes, sans douleurs. L'intelligence a récupéré sa liberté, le malade est guéri momentanément : le caractère seul se ressent des atteintes : la volonté a baissé, la docilité est excessive, les habitudes d'esprit sont demeurées presque enfantines. Une amélioration de si longue durée se reproduit rarement plusieurs fois dans le cours de la maladie; les accidens reparaissent plus ou moins subits et violens, et l'affection reprend sa marche interrompue. »

Tout ce que M. Lasègue dit ici de la faiblesse de caractère est parfaitement exact; mais comment croire que, dans un pareil état, le malade a récupéré son intelligence antérieure. La preuve qu'il n'en est pas ainsi, c'est qu'aucun ne peut reprendre ses occupations. Je ne parle pas seulement des travaux intellectuels, mais même des travaux manuels. Dans la septième observation, nous voyons la faiblesse de caractère devenue évidente par cette facilité du malade, âgé seulement de 37 ans, à se laisser placer à Bicêtre, malgré le chagrin que cela lui cause. Sa femme jugeait certainement, en agissant ainsi, que son mari était incapable de reprendre sa profession de garçon limonadier. J'ai connu un malade qui est resté pendant près de deux ans à la charge de sa famille, à part les quelques mois où il fut sinon occupé, au moins admis par faveur dans les ateliers nationaux.

Ainsi donc, lorsque la paralysie générale suit une marche rétrograde, lorsque ces rémittences prolongées s'établissent, il reste chez le malade un affaiblissement plus ou moins marqué, et qui porte en même temps sur les facultés intellectuelles et morales.

Or, est-ce là une lésion légère ou grave? Peut-on dire de ces malades qu'ils sont raisonnables (Bayle) ou momentanément guéris (Lasègue).

La première question aurait à peine besoin d'être discutée. Évidemment, un homme qu'on renvoie d'un asile d'aliénés, incapable de travail, avec des idées futiles, presque enfantines, que sa docilité excessive va livrer à toutes les suggestions qui pourront l'entourer, cet homme est encore atteint d'une maladie grave. Un changement très remarquable s'est, il est vrai, opéré chez lui, et ce changement constitue une amélioration relative si grande, que, par comparaison, il empêche, selon la remarque très juste de M. Lasègue, d'apprécier la faiblesse intellectuelle qui persiste. Mais cette lésion, pour être moins éclatante que l'agitation et le délire ambitieux, n'en est pas moins grave. Cette lésion, en effet, c'est la démence, c'est-à-dire une maladie incurable, et dont la persistance indique dans ce cas spécial une rechute qui menacera bientôt la vie. Voici, pour ce qui a trait à la durée de ces rémittences, le relevé de vingt observations : Une fois le retour d'accidens plus graves a eu lieu après moins d'un mois; quatre fois après six semaines environ; deux fois après quatre mois; deux fois après six mois; six fois après un an; trois fois après dix-huit mois; deux fois après deux ans environ.

Ces malades ne sont donc pas guéris.

Est-on plus fondé à les regarder comme raisonnables?

Pour résoudre cette dernière question, il faudrait d'abord bien préciser ce que l'on doit entendre par raison, ce qui, on le sait, est chose difficile; mais, sans entrer à cet égard dans une discussion qui serait hors de propos, nous pouvons affirmer que ces malades atteints d'un affaiblissement incurable des facultés, n'auront plus le même discernement quand il s'agira de se déterminer à tel ou tel acte important, ni la même énergie de volonté pour résister à l'obsession. Pour peu qu'on flatte leurs idées, il sera souvent facile d'exciter leur animosité contre les personnes les plus dignes de leur affection, et de les entraîner à des actes contraires à leurs intérêts. C'est ce dont il est impossible de douter quand on a vécu dans leur intimité et qu'on a pu observer l'ensemble de leurs dispositions intellectuelles et morales. On parvient alors à saisir ces mille nuances par lesquelles se révèle la lésion déjà profonde de l'intelligence. Quelle versatilité dans les déterminations, quelle puérilité dans les actes, quelle facilité pour les détourner de leurs résolutions à l'aide des prétextes les plus futiles, et surtout quelle imprévoyance! Qui pourrait songer à rendre à ces malades la direction des intérêts les plus chers de leurs familles, quand on constate combien ils sont déchus de ce qu'ils étaient autrefois? Ils jouissent, nous l'accordons, d'une certaine raison; mais on conviendra sans peine que cette raison n'est plus celle qu'ils avaient autrefois; et cependant, on songerait à les remettre dans la même position. Je crois donc que si ces malades ne peuvent plus être assimilés aux aliénés proprement dits, ils doivent être légalement considérés comme atteints de cette faiblesse d'esprit à laquelle nos Codes ont assigné une sorte de place intermédiaire entre la raison et l'imbécillité.

J'ai supposé jusqu'ici le cas le plus favorable. J'admets qu'il existe seulement des signes d'affaiblissement de l'intelligence, et que les malades ont conscience du délire auquel ils ont été en proie. Ce n'est pas cependant le cas le plus fréquent. Beaucoup d'entre eux nient qu'ils aient été aliénés. Ils se plaignent amèrement d'avoir été séquestrés, et accusent leurs proches de les avoir fait renfermer par des motifs intéressés. C'est ce que MM. Ferrus, Foville, Pinel et moi avons vu récemment encore chez un malade dont je rapporterai plus loin l'observation, et qui demande aujourd'hui devant les tribunaux à être relevé de son interdiction. La position est alors beaucoup plus grave, car, à la faiblesse d'esprit, se trouvent réunies de véritables conceptions délirantes. En outre, ces malades, convaincus que leur santé n'a pas cessé d'être excellente, sont pleins de confiance dans l'avenir, et plus que les autres exposés aux écarts les plus fâcheux.

Ajoutons qu'on observe souvent pendant ces périodes de rémittence une tendance à l'excitation, et même au retour du délire des grandeurs. M. Morel cite l'observation d'une femme qui, à sa sortie de l'asile, « ne s'arrêtait qu'avec peine à l'idée qu'elle avait été aliénée, et pour peu qu'on la poussât sur ce point, trouvait des motifs plausibles pour atténuer la gravité des phénomènes. » Cependant son état était si satisfaisant qu'elle fut rendue à sa famille, où M. Morel eut occasion de la revoir trois mois plus tard. « Je fus, dit-il, obligé d'accueillir avec réserve les protestations unanimes des parens sur l'excellente santé dont elle jouissait. » M. Morel apprit, en effet, que Mlle X... avait une toilette hors de proportion avec son état de fortune; qu'elle passait des journées entières en visites inutiles; que son caractère était devenu irritable, et qu'on n'osait pas la contrarier, de peur *de faire revenir son ancienne affection*. Il y avait en outre un peu d'embarras de la prononciation. Cinq mois plus tard, le délire éclata de nouveau, accompagné des symptômes de paralysie, et la malade fut reconduite à l'hospice.

Disons encore qu'il n'est pas rare de voir, dans ce cas, une obstination puérile sur certains points à côté d'une docilité

excessive sur d'autres, et que le caractère offre ainsi les contrastes les plus tranchés, comme les actes, les contradictions les plus manifestes.

Je n'ajoute plus qu'un mot avant de conclure. L'état que je viens de décrire, si peu satisfaisant qu'il soit, est en outre des plus précaires. Un écart de régime, l'élévation de la température, et beaucoup de causes qu'il est inutile d'énumérer, peuvent, à chaque instant, aggraver les symptômes, sans amener une rechute, et placer ainsi pour quelques jours les malades dans des conditions plus défavorables encore en les exposant à des actes plus fâcheux.

L'état des aliénés atteints de paralysie générale ne saurait donc, pendant les rémittences prolongées de cette affection, être assimilé à un état véritable de raison, et ces malades ne peuvent, sans danger, être rendus à une liberté complète, ni recouvrer la plénitude de leurs droits.

Il ne nous reste plus qu'à rechercher quelle mesure il convient de prendre, dans leur intérêt et celui de leurs familles, et à citer quelques observations particulières.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Août 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un mémoire du docteur VIGIL Y MORA, accompagné d'une boîte renfermant des mouches qui, d'après le système de ce médecin, produiraient la larve cholérique. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un rapport de M. le docteur BELLETY, médecin inspecteur des eaux minérales de Sail-les-Bains (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

— Un rapport de M. le docteur MORINEAU, médecin inspecteur des eaux minérales de Bilazais, pour l'année 1853.

(Commission des eaux minérales.)

— Le tableau des vaccinations pratiquées dans les départemens du Cher, de la Charente, du Pas-de-Calais, de Maine-et-Loire, d'Indre-et-Loire, pendant l'année 1854. (Comm. de vaccine.)

La correspondance manuscrite se compose des envois suivans :

Une lettre de M. le docteur MARCHESSAUX, qui réclame la priorité des idées émises par M. le docteur Roux (de Brignolles), sur les tumeurs enkystées du cou. Un mémoire sur ce sujet, publié en 1839, est joint à cette lettre.

— Un travail intitulé : *Projet de classification des causes de mort physiologiques, accidentelles et morbides*, par M. le docteur MARC D'ESPINE. (Comm. MM. Bourdon, Jolly, Guérard.)

— Un mémoire de M. le docteur Félix JACQUOT, ayant pour titre : *Études sur les maladies des pays chauds, fièvre gastro-rhumatique.* (Comm. MM. Mélier, Gérardin, Michel Lévy.)

— M. GUÉRARD offre à l'Académie le *Traité de toxicologie générale et spéciale* de M. GALTIER.

M. ROBERT, prenant la parole à propos du procès-verbal, rapproche du fait d'arrachement d'un doigt, communiqué par M. Jobert, plusieurs autres qui existent dans la science et qui sont remarquables à la fois par le mécanisme de la lésion et par le peu d'accident dont elle est suivie. Lorsqu'un tendon est arraché, c'est presque toujours à son insertion au sein du faisceau charnu que s'opère la rupture, circonstance qui n'avait pas échappé à la sagacité des observateurs plus anciens. En effet, dans le tome II des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, on trouve une observation de ce genre recueillie par Recolin et un mémoire de Morand accompagné de dessins. En 1828, un fait semblable a été publié par M. Cloquet. Pour ma part, j'en ai observé deux très intéressans. Voici le pouce de la main droite arraché par les dents d'un cheval chez un homme vigoureux; les parties molles de l'éminence thénar étaient coupées et l'os métacarpien divisé à sa partie moyenne comme avec un instrument tranchant; à la portion arrachée sont appendus les tendons du long fléchisseur et ceux du grand et court extenseur. Il y a deux ans, M. Huguier a vu dans un cas d'arrachement du poignet, la main entière s'étant prise dans un engrenage, tous les tendons des muscles de l'avant-bras rompus de la même façon à une grande distance de leur insertion aux os, de sorte qu'à cette main pendait un faisceau de tendons qui ressemblait au chevelu d'une racine. Tous ces faits confirment le résultat des expériences à l'aide desquelles Bichat avait cherché à établir que la résistance des tendons était bien supérieure à celle des muscles. Cependant la clinique nous offre d'autres observations qui semblent contredire ces idées, ce sont les exemples de rupture du tendon d'Achille, du tendon rotulien, de celui du muscle plantaire grêle. Mais ces exceptions s'expliquent par l'état du muscle au moment où il est surpris par l'accident. S'il est relâché à ce moment, s'il n'a pas le temps d'acquérir, par la contraction de ses fibres, une résistance égale à celle du tendon, celui-ci conserve son intégrité et c'est le muscle qui est rompu. J'ai vu une rupture du biceps vers la partie moyenne du bras avec un écartement de quatre travers de doigts entre les deux surfaces de la déchirure. Dans d'autres cas, le muscle étant en état de contraction, résiste plus que le tendon, alors c'est ce dernier qui succombe et qui se brise.

Quoi qu'il en soit de ce mécanisme, un fait clinique très important s'est constamment offert à l'observation dans les arrachemens des tendons; généralement ils sont suivis de très peu d'accidens, circonstance qui n'avait pas échappé à la sagacité de Morand. Chez mes deux malades, les suites de la blessure ont été des plus bénignes; celui dont je présente ici le pouce avait eu, au troisième jour, alors que la plaie était en pleine suppuration, un léger trismus qui me fit craindre le tétanos, mais qui céda bientôt à quelques moyens sudorifiques et narcotiques. Le malade de M. Huguier eut deux abcès à la face dorsale de l'avant-bras, complication bien légère eu égard à l'apparente gravité de l'accident. De même, chez le sujet qui a fait l'objet de la communication de M. Jobert, la plaie s'est cicatrisée rapidement.

M. MALGAIGNE : Je prends la parole pour soulever une question bien délicate. Le règlement accorde de faire, à la fin de nos séances, la présentation de pièces anatomiques ou de malades. C'est là une chose utile quand ces présentations sont faites par des membres de l'Académie, parce qu'elles peuvent être l'objet d'une discussion, et, comme preuve, je citerai les remarques par lesquelles M. Robert vient d'ajouter à l'importance de la communication de M. Jobert. Mais il n'en est plus de même quand des chirurgiens étrangers à cette compagnie viennent montrer des opérés ou des malades, exhibitions qui n'ont aucune valeur scientifique, puisqu'elles ne sont suivies ni d'une discussion, ni d'un rapport et qui, parfois, c'est la seule expression que je puisse trouver, ne sont que des *annonces*. Le secrétaire les enregistre telles qu'on les donne, c'est-à-dire souvent avec de nombreuses lacunes; les journaux les reproduisent, et si ce genre de publicité peut convenir à quelques-uns, il est certainement des hommes distingués à qui il ne convient pas d'être confondus avec ceux-là. Je propose, en conséquence, que les présentateurs soient invités à lire, sur la pièce ou le sujet qu'ils montrent à l'Académie, une note susceptible de faire le sujet d'une discussion ou d'un rapport. C'est le moyen de mettre fin à un abus grave, d'empêcher qu'on n'annonce des guérisons qui n'ont pas eu lieu, comme je m'en suis assuré une fois, et qu'on ne produise ici non plus seulement des opérés, mais encore des malades à opérer! J'appelle l'attention du conseil sur ce débordement. Il y a aussi la longue lignée des remèdes secrets; les mêmes mesures seraient peut-être applicables à cet autre genre d'exhibitions.

M. LE PRÉSIDENT : Le conseil s'est déjà occupé de cette difficile question. Il lui a semblé qu'en nommant une commission pour examiner séance tenante les communications faites par les présentateurs, on donnerait à celles-ci un caractère plus scientifique.

M. MOREAU : L'un des inconvéniens du mode adopté par ces présentations, et contre lequel M. Malgaigne s'élève avec raison, c'est que souvent des faits intéressans se trouvent ainsi tronqués d'une façon regrettable. C'est ce qui est arrivé pour le fœtus anencéphale qui nous a été montré dans la dernière séance. On mentionne l'existence des nerfs optiques sans dire où se rendaient ces nerfs.

M. LARREY : Indépendamment des notes que les présentateurs seraient obligés de lire, et du rapport qui serait fait sur leur travail, il faudrait qu'ils s'engageassent à communiquer plus tard le résultat des opérations.

L'incident n'a pas de suite.

M. O. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau acidule gazeuse bromo-iodurée de la source de Bondonneau, près Montélimart (Drôme). L'eau de cette source est minéralisée par l'acide carbonique libre tenant en dissolution quelques carbonates terreux, alcalins et ferrugineux, mais elle contient, en outre, certains élémens capables de lui donner des propriétés toutes spéciales; ainsi, à côté de l'acide sulfhydrique, on y reconnaît la présence de l'arsenic à l'état d'arséniate sans doute, et particulièrement celle de l'iode et de brome en combinaisons salines. Ces deux substances s'y trouvent même en proportion fort notables qui paraissent supérieures à celles indiquées jusqu'ici dans la plupart des eaux minérales de la France.

Le rapporteur conclut qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée.

— M. POGGIALE donne lecture d'un mémoire intitulé : *Recherches sur la composition de l'eau de la Seine, à diverses époques de l'année*, dont voici un extrait :

L'eau de la Seine a été l'objet de travaux analytiques très importans. Gay-Lussac et M. de Humboldt, Vauquelin, MM. Colin, Thénard, Bouchardat, Boutron et Henry, Déville et Girardin ont publié des recherches intéressantes sur l'eau de cette rivière. Mais lorsqu'on compare les analyses exécutées par ces chimistes distingués, on observe des différences considérables dans les résultats qu'ils ont obtenus. En effet, MM. Thénard et Colin ont trouvé 0,161 de substances solides dans l'eau de la Seine au-dessus de Paris, Vauquelin et M. Bouchardat, 0,179, M. Lassaigne 0,128, M. Déville 0,254, MM. Boutron et Henry 0,240. L'eau puisée au-dessous de Paris a fourni à MM. Thénard et Colin 0,173 pour 1,000 grammes, à Vauquelin et à M. Bouchardat 0,181, à MM. Boutron et Henry 0,432. Si l'on compare entre eux les chiffres qui représentent dans les analyses de ces chimistes les proportions d'air, d'acide carbonique, de carbonate de chaux, de sulfate de chaux, de matières organiques, etc., on remarque également que les résultats obtenus diffèrent les uns des autres.

Comment expliquer des analyses aussi opposées et en apparence contradictoires? Les chimistes possèdent des méthodes analytiques tellement exactes qu'on ne saurait supposer que ces différences tiennent aux procédés employés. D'un autre côté, les analyses de l'eau de Seine ont été faites par des chimistes dont l'habileté est connue de tout le monde et dont les travaux inspirent la plus grande confiance. Il faut donc chercher ailleurs la cause des différences que je viens de signaler, et les longues recherches, auxquelles je me suis livré, me permettent d'affirmer qu'elle réside dans la variabilité naturelle de l'eau de Seine. En effet, cette eau, comme les eaux de la Marne, de la Saône, du Rhône, du Rhin, de la Loire, du Doubs, de la Bièvre et de la plupart des rivières, est sujette à des causes nombreuses de variations, qui peuvent être produites par des conditions particulières de gisement, des altérations accidentelles, le minimum et le maximum de volume de l'eau, la température et plusieurs phénomènes météorologiques sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister. On voit donc combien il importe de déterminer la composition des eaux de rivières à diverses époques de l'année. Convaincu que ces recherches offrent un grand intérêt, je me suis livré à ce travail, depuis le 1er décembre 1852 jusqu'au 17 février 1855. J'ai dosé avec soin, pendant la première année, tous les quinze jours, quelquefois même toutes les semaines, les gaz, les matières organiques, les matières tenues en suspension, les substances salines, etc., de l'eau de la Seine prise au pont d'Ivry; j'ai noté en même temps la densité, la température de l'eau, la hauteur correspondante de la rivière, la quantité d'eau tombée au pluviomètre, la température de l'air et les principaux phénomènes météorologiques.

1° *Matières tenues en suspension dans l'eau de Seine, puisée au pont d'Ivry, en plein courant.* — Il résulte des nombreuses expériences consignées dans mon mémoire :

1° Que la proportion maximum des matières tenues en suspension dans un litre d'eau de Seine s'est élevée à 0, gr. 118 et que le minimum a été de 0 gr. 007;

2° Que d'une manière générale la quantité des matières en suspension est proportionnelle à la hauteur de l'eau;

3° Que les chiffres les plus élevés ont été obtenus pendant l'hiver, à la suite des pluies abondantes.

2° *Gaz contenus dans l'eau de la Seine.* — J'ai fait connaître dans mon travail la méthode dont j'ai fait usage, pour la détermination de l'acide carbonique, de l'oxygène et de l'azote et j'ai inscrit dans un tableau les résultats obtenus du 1er décembre 1852 au 5 avril 1854. En examinant attentivement ce tableau on voit :

1° Que la proportion des gaz et particulièrement celle de l'air est susceptible de grandes variations;

2° Que la quantité d'air et d'acide carbonique est plus considérable en hiver qu'en été;

3° Que l'eau est moins riche en oxygène en été qu'en hiver;

4° Que généralement la proportion des gaz croît en même temps que le volume de l'eau;

5° Que, d'après mes expériences, l'eau de la Seine contient, en moyenne, pour 1,000 grammes, 23 centig. d'acide carbonique, 9 centig. d'oxygène et 20 centig. d'azote;

6° Que la proportion d'oxygène est en moyenne de 31 grammes, 03 centig. pour 100 parties d'air.

3° *Principes fixes et matières organiques.* — J'ai exposé dans mon mémoire les moyens que j'ai employés pour déterminer la proportion des principes fixes, de l'acide sulfurique, du chlore, de l'iode, de l'acide azotique, de l'acide silicique, des carbonates de chaux, de magnésie, de fer et de manganèse, de l'ammoniaque, de la potasse, etc. En examinant le tableau dans lequel j'ai résumé les résultats de mes analyses, on y remarque les faits suivans :

1° La proportion des matières solubles contenues dans l'eau de Seine, atteint généralement son maximum, lorsque la hauteur de cette rivière est entre deux et trois mètres et elle décroît au-dessus et au-dessous;

2° Le maximum de principes fixes a été pour un litre d'eau 0 gr,277 et le minimum 0 gr,190;

3° D'une manière générale, l'eau de la Seine est plus chargée de substances solubles en été qu'en hiver;

4° La moyenne de vingt et une analyses rapportées dans mon mémoire donne un résidu de 0 gr,241 pour 1000 grammes d'eau.

5° L'eau puisée au pont d'Austerlitz a fourni un résidu dont le minimum a été de 0 gr,296 et le maximum de 0 gr,323. L'eau de la rive gauche a donné, dans une expérience, 0 gr,296 et celle de la rive droite 0 gr,230.

6° La proportion de carbonate de chaux et de magnésie contenus dans l'eau de la Seine est généralement plus élevée en été qu'en hiver: elle est en raison inverse de la hauteur de l'eau. Le chiffre maximum a été de 0 gr,197 pour un litre d'eau et le chiffre minimum de 0 gr,139.

7° L'eau de la Seine contient une proportion notable de matières organiques, qui augmente considérablement pendant l'été. Le résidu de l'évaporation de l'eau noircit alors et répand une odeur infecte par la calcination.

8° J'ai trouvé de 0,00009 à 0,00037 d'ammoniaque pour un litre d'eau, et j'ai observé que la proportion d'alcali est augmentée par les pluies, par la fonte des neiges et paraît être en rapport avec les matières organiques. Au pont d'Austerlitz, l'eau de la rive droite a fourni, dans trois expériences, de 0,00014 à 0,00027 d'ammoniaque et celle de la rive gauche de 0,00085 à 0,00190.

Si l'on prend la moyenne des analyses consignées dans mon mémoire, on obtient les chiffres suivans qui expriment la composition de l'eau de la Seine puisée au pont d'Ivry :

	lit.
Acide carbonique libre ou provenant des bicarbonates.	0,0233
Azote.	0,0200
Oxygène.	0,0090
	0,0523
	gr.
Carbonate de chaux	0,177
Carbonate de magnésie.	0,019
Carbonate de fer et de manganèse. Albumine	0,004
Sulfate de chaux, de magnésie, de soude.	0,018
Chlorure de calcium, de magnésium, de sodium.	0,011
Acide silicique.	0,004
Ammoniaque.	0,00017
Iodure alcalin.	traces.
Sels de potasse.	tr. très sens.
Azotate alcalin.	quant. not.
Matières organiques	quant. not.
	0,233

— M. GOSSELIN donne lecture d'un travail intitulé : *Mémoire sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil.*

Dans ce travail, l'auteur démontre que les liquides solubles et non irritans mis en contact avec l'œil, non seulement sont entraînés comme on le sait depuis longtemps dans le torrent circulatoire par les vaisseaux de la conjonctive, mais encore pénètrent dans l'œil en traversant préalablement la cornée et la chambre antérieure dans laquelle elle séjourne pendant plusieurs heures. Le fait a été constaté par une série d'expériences faites sur les animaux avec l'iodure de potassium, le lait de chaux et la belladone. Dans les premières, après avoir fait l'instillation sur l'œil d'une solution d'iodure de potassium, on a recherché cette substance à l'aide des moyens connus en chimie, et pour lesquels d'ailleurs l'auteur a été conseillé et aidé par MM. Bussy père et fils. L'iode a été retrouvé au bout de quelques minutes et au bout de plusieurs heures dans la cornée et l'humeur aqueuse, et on ne peut pas dire qu'il y avait été apporté par la circulation générale, car l'autre œil, sur lequel l'instillation n'avait pas été faite, n'en contenait pas pendant les 30 ou 40 minutes qui ont suivi l'instillation, et n'ont commencé à en fournir qu'au bout de ce temps.

La seconde série d'expériences a consisté à faire blanchir instantanément la cornée des chiens et des lapins avec du lait de chaux projeté sur l'œil, et à produire ainsi sur les animaux une maladie qu'on observe quelquefois chez l'homme, et dont M. Gosselin avait eu dernièrement un exemple très intéressant dans son service à l'hôpital Cochin. Après que la cornée eut été complètement blanchie, on put lui rendre sa transparence, soit en plongeant la membrane après l'avoir excitée dans de l'eau acidulée, soit en instillant cette même eau ou de l'eau sucrée sur l'œil laissé à sa place. On put, sur d'autres cornées, reconnaître parfaitement la présence de la chaux au moyen de l'oxalate d'ammoniaque employé après calcination et dissolution du résidu dans l'eau distillée.

Dans les dernières expériences, qui sont les plus intéressantes pour la physiologie pathologique, l'auteur, après avoir instillé sur les yeux de plusieurs animaux une solution de sulfate d'atropine et obtenu ainsi la dilatation de la pupille, a recueilli l'humeur aqueuse et l'a instillé dans l'œil d'un autre animal, dont la pupille s'est parfaitement dilatée. Il est donc évident que le principe stupéfiant de l'atropine était passé dans la chambre antérieure, s'y était mêlé à l'humeur aqueuse et s'était mis en contact immédiat avec l'iris. C'est un fait que démontre d'ailleurs le resserrement instantané de la pupille tant sur les animaux que chez l'homme vivant, après l'incision de la cornée et l'évacuation de l'humeur aqueuse, lorsqu'il y a eu préalablement dilatation de cette ouverture par la belladone.

Pour la physiologie, M. Gosselin conclut de ses expériences que la cornée a sur le vivant comme sur le cadavre une perméabilité et une propriété endosmotique des plus prononcées, que peut-être l'une des conséquences de cette propriété est le passage des larmes par cette voie, dans la chambre antérieure, tant pour entretenir la transparence de la cornée que pour entretenir la réplétion continuelle des chambres oculaires.

Pour la clinique, l'auteur démontre que l'opacité produite par la chaux éteinte, est due au passage et à l'infiltration de cette substance dans la cornée, et il émet l'opinion que bon nombre d'ophthalmies sont dues au transport, dans la même membrane, de matières septiques, irritantes, et que le meilleur moyen d'en prévenir les conséquences est l'emploi des douches oculaires de M. Chassaignac, lesquelles ont pour effet d'entraîner les matières toxiques et de substituer, pour l'absorption un liquide innocent au liquide nuisible qui se trouvait à la surface de l'œil.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 95. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 11 Août 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois........... 17
3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 AOUT 1855.

ONZIÈME LETTRE SUR LE CHOLÉRA.

HYPOTHÈSES.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 7 et 9 Août.)

Une dernière difficulté me reste à résoudre pour compléter l'étude étiologique du choléra. Il m'importe d'autant plus d'en chercher la solution, que le sort de ma théorie y est pour ainsi dire attaché.

On ne connaît pas dans l'Inde, ai-je dit ailleurs sur la foi des médecins anglais, d'épidémie de choléra avant celle de 1781. Jusqu'à cette époque, il n'est question de cette maladie dans les annales du pays, que comme d'une affection endémique et sporadique. Depuis lors, au contraire, cinq épidémies ont eu lieu, savoir : en 1781, 1783, 1791, 1817-18-19, et enfin, 1831. Les premières avaient même été si peu remarquées, que le bureau médical de Calcutta disait, dans un rapport, que jusqu'à la dernière date, le choléra n'avait jamais pris la forme épidémique.

Ce grand fait, s'il a été bien constaté, est des plus curieux et d'une explication difficile. Ne fût-il même pas parfaitement prouvé qu'aucune épidémie de choléra n'ait existé dans l'Inde avant 1781, il n'en resterait pas moins certain que ces épidémies étaient extrêmement rares et peu graves avant l'époque citée, puisqu'elles n'ont laissé aucune trace dans les annales du pays ni dans l'esprit des populations. On sait par l'exemple de Marseille avec quelle ténacité la tradition de semblables calamités se conserve dans le souvenir des populations et se transmet de génération en génération. Or, en cinquante ans, de 1781 à 1831, voilà cinq épidémies qui se développent et rayonnent dans toutes les directions autour de leur foyer, les deux dernières prenant surtout leur vol vers l'Occident et venant apporter leurs poisons au milieu des populations européennes. Le problème ne perd donc rien de son intérêt, soit qu'avant 1781 le choléra ne se montrât jamais sous forme épidémique, soit qu'il fût seulement plus rare de lui voir prendre ce caractère.

En effet, le Gange a toujours traversé l'Inde, il a toujours débordé, toujours inondé le pays, toujours laissé la plaine à l'état de marécage après sa retraite, les marais accidentels et passagers qu'il forme chaque année ont toujours donné naissance à des miasmes sous l'influence de la chaleur dévorante du climat, ces miasmes n'ont pas changé de nature, car ils produisaient autrefois le choléra sporadique tous les ans comme ils continuent de le produire de nos jours. Pourquoi donc peu ou point d'épidémies antérieurement aux vingt dernières années du XVIII[e] siècle, et pourquoi cinq épidémies dans les cinquante années qui suivent?

Il n'y a évidemment qu'une seule explication à donner du fait. Si le choléra se montre aujourd'hui à l'état épidémique dans des lieux où il n'apparaissait naguère qu'à l'état sporadique, ou si seulement ses épidémies sont devenues plus fréquentes qu'autrefois, en un mot, s'il frappe un plus grand nombre de personnes à la fois, il faut nécessairement que l'agent, le miasme qui le produit, ait augmenté de quantité, et que, par conséquent, les marais aient gagné en étendue. Il s'agit donc de chercher à savoir si, depuis la dernière conquête et l'occupation de l'Inde par les Anglais, le pays a perdu sous le triple rapport de la richesse générale, de la civilisation, et de la culture du sol, toute terre féconde de sa nature étant déjà nécessairement malsaine par le seul fait de son inculture, et le devenant d'autant plus en pareil cas qu'elle est plus fertile.

Comment s'en assurer?

Les ouvrages anciens publiés sur l'Inde ne renferment que des détails de mœurs, d'administration, de commerce, de religion, de guerres intestines, et d'invasions de conquérans. On n'y trouve rien qui ait trait à l'hygiène publique ou privée, rien qui puisse jeter un pâle rayon de lumière sur la question qui nous occupe. Il m'était facile de le prévoir avant de les consulter, et cependant je n'ai pas reculé devant cette lourde tâche. Les auteurs ne pouvaient pas penser à rassembler les élémens d'un problème qui n'était pas encore posé, et dont il leur était même impossible de pressentir l'éclosion future.

Mais, suivant les différens points de vue où se sont placés les historiens de cette merveilleuse contrée, elle est signalée, ici, comme le berceau de toutes les religions, des arts, et de la civilisation, là, comme le pays le plus riche et le plus peuplé du monde connu. C'est la terre initiatrice du genre humain tout entier, et en même temps le pays de l'or, des diamans, des rubis, de l'émeraude, de l'opale, des perles fines, de l'ivoire et de la soie. On y fabrique les plus riches tissus, mousselines aériennes comme des ailes d'abeilles, étoffes brillantes de soie, et châles de Cachemyre, objets d'admiration et d'envie pour les peuples d'Occident. Des villes immenses couvrent le pays. Des temples aux proportions colossales, d'une richesse inouïe, taillés parfois dans le flanc même des montagnes de granit, ornés de délicates et capricieuses sculptures et de statues gigantesques d'animaux et des dieux de la mythologie indienne, attestent tout à la fois, et l'énergie du sentiment religieux, et le haut degré d'avancement des arts. En faisant très large la part de l'exagération, l'Inde apparaît encore à travers les récits enthousiastes des voyageurs, des historiens, et des conteurs arabes, comme la terre promise, vers laquelle doivent se tourner les regards des philosophes et des poètes, la convoitise des conquérans, et les grandes expéditions commerciales du monde entier.

Et cependant, que sont devenus cette richesse, ces arts, cette civilisation? Interrogeons pour le savoir les écrivains modernes. Si leurs récits sont pleins de descriptions des ruines et des débris couvrant le pays, nous pourrons peut-être, sans trop de témérité, par la grandeur et le nombre de ces ruines elles-mêmes, nous représenter en idée la splendeur évanouie de cette contrée, comme à la vue des monumens, couchés dans le sable du désert, ou encore debout, des villes de Thèbes, de Palmyre et de Memphis, on devine toute la puissance de vie qui animait autrefois ces grands cadavres, et l'on recrée par la pensée l'antique prospérité de l'Égypte.

L'ouvrage de M. le comte de Warren, Français de cœur et d'origine, ancien officier de S. M. Britannique dans l'Inde, fournit à cet égard les plus précieux renseignemens (1). Presque toutes les pages de ce livre remarquable, dont je n'entreprendrai pas de faire ici l'éloge par crainte de rester beaucoup au-dessous de son mérite, racontent éloquemment des faits de la plus douloureuse gravité. Recueillis pendant un séjour de neuf années, publiés sans aucun esprit d'hostilité ni de dénigrement, ces faits semblent avoir été rassemblés là tout exprès pour contribuer et concourir au triomphe de l'opinion que je veux établir, bien qu'ils n'aient été réunis que dans un but politique et administratif, ce qui, je prie de le remarquer, leur donne plus de force encore pour venir appuyer ma thèse. Il me faudrait copier l'ouvrage presque en entier si je voulais les citer tous. Je me contenterai donc d'extraire quelques fragmens d'un passage qui résume admirablement ceux qu'il nous importe de mettre en relief, renvoyant pour les détails à l'ouvrage même, ouvrage plein d'intérêt et d'enseignemens de

(1) *L'Inde anglaise en* 1843-1844, 3 volumes, 2[e] édition.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Les mouches cholérifères. — Lettre et réponse sur ce sujet. — Le congrès des homœopathes. — Les syphilisateurs à Paris. — Les vaccinophobes. — Les Aztèques. — Documens curieux sur leur origine. — Appel à la morale et à l'humanité.

Je viens de recevoir la petite lettre suivante :

« Vous êtes, Monsieur, ou bien étourdi, ou bien coupable. Dans votre dernier numéro, vous commencez ainsi votre compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine :

« La correspondance *officielle* comprend :

» Un mémoire du docteur VIGIL Y MORA, accompagné d'une boîte » renfermant des mouches qui, d'après le système de ce médecin, pro- » duiraient la larve cholérique. (Commission des remèdes secrets et » nouveaux.) »

« Comment, Monsieur ! ces quatre lignes insignifiantes pour un fait aussi grave ! Le gouvernement prend la peine de le transmettre à l'Académie, et vous, insouciant journaliste, vous ne nous dites pas un mot qui nous éclaire ou nous rassure; qu'est-ce donc que ce mémoire? Qu'est-ce donc que le docteur Vigil y Mora? où habite-t-il? où est-il? d'où vient-il? Les mouches qu'il adresse, à quel genre, sous-genre ou variété de la classe des diptères appartiennent-elles? Sont-elles grosses, petites ou moyennes, brunes, noires, vertes ou rouges? Sont-elles vivantes ou mortes? La boîte renferme-t-elle leurs œufs et leurs larves? A-t-on ouvert ou non cette boîte avant, pendant ou après la séance? Que fera-t-on de cette boîte et de ses mouches?

» Tout cela est fort grave, Monsieur, et votre silence, à cet égard, est tout à fait inexplicable. Apprenez donc que vos quatre lignes de jeudi dernier ont ému et troublé un grand nombre de personnes. Le choléra vient d'être envoyé à l'Académie de médecine dans une boîte, se dit-on de toutes parts. La boîte a-t-elle été ou sera-t-elle ouverte? se demande-t-on avec anxiété. Réparez au plus vite votre inqualifiable oubli, et agreez, etc. UN ABONNÉ. »

Je réponds.

Monsieur l'Abonné,

J'entrais, mardi dernier, dans la salle des séances, au moment même où M. le Secrétaire perpétuel faisait l'annonce de l'envoi qui vous a tant ému. Je m'arrêtai tout court, le chapeau à la main, et prêt à me précipiter vers les portes, dans le cas où la boîte aux mouches eût été ouverte. Elle ne l'a pas été. Je dois dire même que, quoiqu'elle soit enveloppée, ficelée et solidement cachetée, M. le Secrétaire perpétuel ne la touchait qu'avec de certaines précautions. Sera-t-elle ouverte? Je le crains. Renvoyée à une commission, cette commission voudra faire bravement son devoir. Qu'en résultera-t-il? Depuis l'aventure de Pandore, je me méfie de toutes les boîtes. J'aimerais autant qu'on déposât honorablement dans les catacombes des archives la boîte et les mouches de M. Vigil. N'attribuez qu'à l'émotion bien naturelle produite sur moi par cette boîte l'insignifiance de mon compte-rendu. Je n'en ai pas entendu plus long, parce que pendant cette communication, comme ce personnage d'une comédie bien connue, je me disais : Je voudrais bien m'en aller. Quant à y aller voir de plus près au secrétariat, le courage m'a failli. Ils sont là quatre ou cinq jeunes journalistes fort imprudens et bien capables d'avoir commis quelque effraction sur la boîte de M. y Mora. Je regrette donc de ne pouvoir répondre à toutes vos questions. Je désire même qu'on n'y réponde jamais, ce qui voudrait dire que la commission ne ferait jamais son rapport. Si vous avez quelque influence sur M. Robinet, priez-le de ne pas ouvrir celui de son esprit à l'endroit des mouches cholérifères, car il faudrait pour cela ouvrir la boîte de M. y Mora. Il ne m'aura pas pour complice, c'est sûr, car je m'aperçois avec peine que les croyances contagionistes me pénètrent aussi. Avouez que M. Vigil aurait pu, pour faire son envoi, mieux choisir son temps que cette saison des mouches.

Calmez-vous, cependant, et agréez, etc.

J'ai lu quelque part ces jours-ci, et j'éprouve le regret de n'en avoir pas pris note, l'annonce d'un grand congrès d'homœopathes qui va se tenir prochainement à Paris. Le public y sera admis ; cela ne doit étonner personne. Il est assez raisonnable de penser que le but scientifique de cette réunion est un peu effacé par le but propagandiste. S'il ne s'agissait que de disserter de science et de pratique médicales, tout cela, et ce serait peut-être plus convenable, pourrait se faire à huis clos et tout aussi bien à Bourges qu'à Paris. Mais tout cela ne ferait ni bruit ni éclat, et n'aurait aucun retentissement sur ce bon public. Voilà cependant comme ils sont tous ces messieurs de l'homœopathie. Ils se fâchent, ils s'irritent de ce que la presse sérieuse et scientifique ne veuille pas discuter avec eux, et ils ne s'adressent qu'au public; toute leur publicité est excentrique, et n'a d'autre but que le dénigrement de notre science et l'exaltation de leur pratique. Comment les médecins, qui considèrent comme leur premier devoir de s'abstenir envers le public de toute provocation directe ou indirecte, pourraient-ils avoir aucun point de contact avec des médecins dont les manières d'agir sont si différentes? Que les homœopathes le sachent bien, ce n'est pas seulement l'étrangeté de leur doctrine médicale qui les a exclus du droit à toute discussion sérieuse, c'est encore leurs moyens de propagande effrénée, sans dignité, sans convenance, injurieuse et blessante. Pourquoi, par exemple, et dans ce moment un congrès? Quelle peut être sa signification, son utilité, son but? Pourquoi y attirer le public par l'annonce?.... Bien des lecteurs vont trouver ces questions tout au moins bien naïves, et de fait la réponse n'est pas difficile à trouver.

En fait de congrès, la syphilisation pourrait aussi en tenir un, et à Paris encore ; car le hasard réunit en ce moment en cette ville les rares médecins qui croient encore à cette doctrine et qui cherchent à la propager par leur pratique. Le congrès ne serait pas nombreux, il est vrai ; de leurs membres, il en est jusqu'à trois que l'on pourrait citer, mais il est juste de dire qu'ici la qualité nous dédommagerait du nombre. C'est M. Sperino, de Turin, auquel on ne peut refuser la foi ardente et la conviction, toujours respectables, et qu'il formule d'ailleurs avec une modération et une convenance de langage que n'ont pas toujours imitées tous les syphilisateurs. Admis, ces jours derniers, à exposer ses idées devant la Société de médecine de la Seine, M. Sperino a été écouté avec attention, a très sagement répondu aux objections qui lui

plus d'un genre, et dont je ne saurais trop recommander la lecture. Je remercie ici publiquement M. le colonel de Jancigny de me l'avoir fait connaître.

Dans le onzième chapitre de la seconde partie, M. le comte de Warren se pose cette question : *Quelle est la position de l'Inde sous le rapport de la prospérité matérielle et positive? A-t-elle ou non à regretter les gouvernemens divers, Affghans et Mogols, qui ont précédé celui des Anglais? A-t-elle l'espoir d'une amélioration quelconque dans l'avenir?* Nous allons voir comment il y répond.

En parlant des peuples de l'Hindoustan, et répondant aux assertions d'un voyageur qui prétend que les Indiens jouissent de plus d'indépendance relative, de repos, d'aisance et de bonheur, depuis l'occupation anglaise, qu'ils n'en avaient eu en partage pendant des siècles, l'auteur anonyme des *Impressions d'un voyageur*, s'exprime en ces termes dans la *Revue des Deux-Mondes* de 1842 : « Qu'est-ce que c'est que le repos » et l'indépendance relative de ces milliers d'infortunés, » errant autour des villages, le long des fleuves, dans les » seraï, sur les voies publiques, mendiant une poignée de » soudji, quelques grains de maïs ou bien les restes du repas » du voyageur que des chiens viennent leur disputer? C'est » sans doute la liberté et le loisir de mourir de faim. Couverts » de haillons et de vermine, souvent entièrement nus, les joues » creuses, les yeux hagards, les pommettes saillantes, les dents » allongées, les genoux plus volumineux que les cuisses, ces » squelettes ambulans ont tout juste assez de vie pour soutenir » leur structure toute osseuse. Leur cri de détresse est : » *Boukha marta saheb, ghurieb ka peth kali hae! Oh! Monsieur,* » *je meurs de faim, le ventre de ce misérable est vide.* Hélas! » leur physionomie ne montre que trop la vérité de leurs pa- » roles! » M. le comte de Warren commence par citer cette opinion qui corrobore la sienne, puis il esquisse à son tour le triste tableau des misères de l'Hindou, en recherche et signale les causes, puis il ajoute :

« Il y avait autrefois en dernier ressort les travaux publics. » Les Rajahs primitifs de l'Inde ou les conquérans Affghans » et Mogols, cruels quelquefois pour les individus, signalaient » au moins leurs règnes par ces bienfaits envers les masses, » par ces prodigieuses constructions que l'on retrouve encore » aujourd'hui à chaque pas, et qui sembleraient l'œuvre d'une » race de géans; ces travaux faisaient circuler des millions et » employaient des milliers d'hommes..... Aujourd'hui, je puis » affirmer sans exagération qu'il se fait dans le moindre dépar- » tement de la France plus de travaux publics en six mois, que » dans toute la surface de l'Inde en un an.

» Tout ce que l'Inde possède en monumens ou constructions » d'utilité publique remonte à ses princes indigènes; la Com- » pagnie n'a pas ouvert un puits, creusé un étang, coupé un » canal, bâti un pont, pour l'avantage de ses sujets indiens; » elle n'a pas tracé une route, si ce n'est pour le passage de ses » armées; encore c'est ordinairement un ouvrage si éphémère, » que l'année suivante il faut remettre la main à l'œuvre. Les » travaux des Hindous et des Mogols, comme ceux des Ro- » mains étaient gigantesques et semblaient faits pour l'éter- » nité; ceux des Anglais portent un caractère de mesquinerie » presque général, et révèlent invariablement le principe de » leur destruction. Les plus beaux fleuves du monde, qui au » moyen de canaux et de dérivations pourraient fertiliser » d'immenses régions, vont perdre inutilement leurs eaux dans » la mer ou les sables. Non seulement on n'entreprend rien de » neuf, mais on ne restaure pas ce qui était, on n'entretient » pas ce qui est. L'Angleterre a trouvé moyen d'épuiser tous » les trésors de l'Inde sans en employer la moindre fraction au » profit et au bonheur matériel des peuples qu'elle a conquis. » Chaque année voit tomber en poussière quelque chaory, » quelque séraï qui abritait le pauvre indigène, et s'écrouler » quelques-unes de ces digues qui retenaient les eaux bienfai- » santes. Le flot s'écoule et les bassins se tarissent ou sont » comblés par les alluvions; les populations périssent et le pays » retourne enfin au désert.

» Si l'on pouvait croire que j'exagère, c'est un témoin an- » glais même que j'invoquerais, celui de l'*Indian News* (résumé » de la statistique indienne, publié chaque mois), dans un » article tout récent du 9 mai 1843. Il y est dit officiellement » que, dans un seul district de la présidence de Madras, celui » de North-Arcot, dans une seule année, en 1827, le nombre » des étangs crevés, emportés et détruits par les inondations » ne se montait pas à moins de onze cents, après que ce dis- » trict avait été sous la tutelle de l'Angleterre depuis un quart » de siècle. Et ainsi, ajoute-t-il, des districts entiers sont » dépeuplés et retournent à l'état de nature.

» Du temps des conquérans Mogols, un admirable canal, » appelé le canal du Doab, partait de Delhi et traversait toute » la partie occidentale du Doab supérieur, fertilisant dans son » parcours plus de deux cent milles de pays devenus mainte- » nant le séjour des bêtes féroces, parce qu'avec le temps et » l'incurie on l'a laissé combler. De distance en distance, des » bouquets de manguiers plantés en quinconce, et témoignant » de la demeure de l'homme, s'élèvent sur cet espace, som- » bres et abandonnés comme des ombrages funéraires, et les » noms mêmes des villages ne subsistent plus que dans les » traditions du misérable fakir qui parcourt ces solitudes et » tend la main au voyageur.

» ..... Les Européens jugent trop souvent de l'état actuel » de l'Hindoustan d'après les villes maritimes, telles que Ma- » dras, Bombay et Calcutta, qui ont à elles seules le monopole » du commerce de presque toute la presqu'île avec la métro- » pole, la Chine et l'Océanie. Ces villes ont précisément con- » centré tout ce qui reste de richesse dans le pays. Mais peut- » on comparer les habitans de ces cités opulentes aux popula- » tions répandues dans tant de royaumes, de villes et de » villages? Si, en se reportant vers le passé, on erre au » milieu des dunes solitaires où s'élevaient autrefois des capi- » tales florissantes, quel changement! Que sont devenus les » trésors de Golconde et de Bidjapour? Qu reste-t-il d'Oujein, » Bhopal, Sapour, Gwalior, Indor, Ahmedabad, Agra, Delhi? » A plusieurs milles autour de l'ancienne capitale, vous ne » voyez que colonnes, temples renversés, monumens déserts. » Les bêtes fauves et les reptiles ont remplacé les habitans; » tout est désert, silencieux; l'oreille n'est plus frappée par le » *kosh amendi* (bien-venue) du maître; le cri plaintif du chakal » ou le sifflement de la couleuvre capelle résonnent seuls » autour du voyageur. Le vent brûlant du désert vient s'en- » gouffrer sous ces voûtes qui retentissaient autrefois des » accords de la scitare (guitare) ou du dol (tambourin). Sur- » pris de cet abandon, si vous interrogez le Musulman, il vous » répondra : Quand la destinée est là, toute précaution est » vaine. Questionnez l'Hindou, sa réponse sera bien diffé- » rente : Elle s'est emparée du pays par la ruse! dira le » Brahme au caractère souple et rampant, en parlant de la » *Company Saheb-Bahadar*, l'honorable et victorieuse compa- » gnie. Dans des villes où florissaient d'admirables fabriques » dont les produits étonnaient l'Europe, c'est à peine si l'on » rencontre quelque malheureux tisserand travaillant au » milieu des décombres : là où vivaient deux cent mille âmes, » à peine en compterait-on quinze mille. »

M. de Warren avait rapporté précédement ces paroles de lord Cornwallis : *Un tiers du territoire de la Compagnie n'est maintenant qu'une forêt peuplée de bêtes féroces*; il avait dit : « Des lieux célèbres autrefois par la pureté de l'air et la salu- » brité du climat exhalent aujourd'hui des miasmes pestilen- » tiels et sont littéralement inhabitables; on dirait que, comme » au temps de Sodome et de Gomorrhe, la terre s'ouvre pour » laisser échapper des gaz qui dévorent la population; » il termine par ces mots d'un autre Anglais, Montgomery-Martin : *La situation de l'Inde peut être comparée à celle d'un individu qui serait privé de nourriture et auquel on retirerait journellement du sang par des saignées. Que doit-il attendre? l'atrophie, les convulsions, la mort?*

Je pourrais multiplier beaucoup ces citations. Mais à quoi bon? N'en ai-je pas assez dit pour prouver que, sur toute la surface de l'Inde, les ruines s'accumulent, la misère s'accroît, la population meurt de faim et dimiuue avec une rapidité effrayante, et que le désert s'avance et menace d'envahir incessamment les terres abandonnées d'année en année par la culture? Je ne puis cependant me dispenser de citer encore ce passage :

« Un capitaine du génie, nommé Best, au service de la Com- » pagnie, voulant prouver à son gouvernement que le moyen » le plus certain de s'enrichir serait d'améliorer l'immense » territoire qui lui est confié, en y protégeant l'accroissement » de la population, en y répandant les bienfaits de la culture, » au prix même de quelques sacrifices, ou plutôt de quelques » avances qui seraient rapidement remboursés au centuple, » fait une revue statistique des effets de la terrible famine de » 1833, en se bornant à un seul district de fort peu d'étendue, » celui de Guntour, dans la présidence de Madras. Considé- » rant ses effets sous le point de vue de la diminution de la » population et des bestiaux, et sous celui du revenu, il a cal- » culé que les pertes occasionnées par cette famine, se sont » élevées en une seule saison, sur les chiffres de l'année pré- » cédente, à 256,806 âmes, 74,260 buffles, 159,340 vaches ou » buffles laitières, 325,694 chèvres et moutons. » Et la population de ce district n'était que de 518,318 individus, sur le nombre desquels 150,000, au moins, sont morts en une seule saison, et cent et quelques milles ont été chercher à vivre et ont peut-être succombé pour la plupart dans les districts voisins.

Les choses ne peuvent pas se passer autrement. C'est une compagnie de commerce qui possède tout le territoire; elle l'exploite à son profit; elle ne veut pas avoir fait une spéculation qui la ruine; elle ne doit viser qu'à accroître ses bénéfices. Aussi a-t-elle réussi, non sans peine toutefois, à retirer depuis cinquante ans, de la circulation du pays, le capital énorme de deux milliards cinq cents millions de francs, d'après les calculs de Montgomery-Martin. Ne lui demandez donc pas de conserver des monumens, de creuser des canaux, d'entretenir des digues, des routes et des ponts dont elle n'a que faire. Tout cela l'entraînerait à des dépenses dont les avantages sont pour elle trop éloignés, et d'ailleurs incertains et problématiques. Ne lui demandez pas de favoriser les arts, les fabriques et les manufactures indigènes. L'Indien est si sobre,

---

ont été faites, et a laissé l'assistance sous cette impression que si la doctrine était essentiellement contestable, elle avait au moins pour mobile une idée honnête et humaine. C'est M. le professeur Bœck, de Christiania, médecin honoré et respectable, qu'il suffit de voir et d'entendre pour être convaincu que la probité la plus austère dirige toutes ses actions. M. Bœck a d'autres titres, d'ailleurs, à la bonne hospitalité de la France. Il a présenté, mardi dernier, à l'Académie de médecine, la première livraison d'un magnifique ouvrage de dermatologie, dont les planches sont de véritables chefs-d'œuvre. Elles représentent des formes de psore des pieds et des mains d'une gravité inconnue dans nos climats, croûtes hideuses, sous lesquelles grouillent des myriades d'acarus, dont les débris desséchés et accumulés forment cette singulière altération du derme. Le troisième syphilisateur, ai-je besoin de le nommer? On dit qu'il en existe quelques autres encore, et que la hardiesse et l'étrangeté de la doctrine auraient tenté quelques esprits dans la mystique Allemagne et l'aventureuse Amérique. Je ne suis étonné que de leur rareté, et cette rareté même me reconcilie un peu avec l'esprit humain.

Les vaccinophobes auront-ils aussi leur congrès? Pourquoi non? On assure qu'ils se multiplient en Allemagne, où ce pauvre Jenner serait très maltraité par la caricature, où même il aurait été pendu en effigie. C'est peu rassurant pour les adversaires de ces messieurs, au nombre desquels je n'ose plus me compter. Il faut cependant qu'un de ces jours je rende compte d'un petit volume qui vient de paraître sous le titre peu consolant : *De la dégénérescence de l'espèce humaine par la vaccine*, et qui a pour auteur M. Verdé de l'Isle. Vous y verrez comment ce confrère irrité traite les amis de la vaccine et ceux qui veulent l'exonérer de tous les méfaits pathologiques dont on l'accuse. Où allons-nous, mes chers confrères, et où peut conduire notre science et notre profession, cette anarchie dans les doctrines, ce dévergondage dans les idées et cette extravagance dans la pratique de l'art!

Le monsieur qui exploite les Aztèques paraît avoir été exploité à son tour par quelques personnes qui, sous prétexte de membres de l'Académie et de la commission, se sont procuré gratis le triste plaisir de voir ces infortunés. A l'avenir, les commissaires seront porteurs d'une sorte de carte d'entrée qui signalera leur individualité. Mais, j'indiquais la semaine dernière, d'après la *Gazette médicale*, un document très curieux qui donnait des renseignemens précis sur l'origine de ces infortunés Aztèques. Ce document vient d'être publié par le *Moniteur des hôpitaux*, d'où nous le reproduisons avec empressement :

Paris, le 19 septembre 1853.

A Monsieur Charles White, 35, Queen ann. Street Cavendish-Square, à Londres.

« Mon très estimable Monsieur,

» Je m'empresse avec plaisir de vous faire une relation de la véritable origine de deux enfans que l'on expose à Londres sous le nom d'Aztèques, sur lesquels on a fait une histoire pour étonner le public, en prétendant qu'ils appartiennent à une nation indigène du Centre-Amérique, mon pays.

» J'ai été indigné d'une pareille imposture aussi bien que du trafic que l'on fait de ces malheureux, sans aucun profit pour leurs parens qui les ont confiés, par mon entremise, à la personne que je vais citer.

» Je ne me rappelle plus bien si ce fut en 1849 ou 1850 qu'eut lieu le fait, mais ce que j'ai présent à l'esprit, c'est qu'étant gouverneur politique et militaire de San-Miguel, département de l'État de Salvador, dans la république du Centre-Amérique, j'allai, vers le mois de mars, visiter le district d'Usulatan. En chemin, je rejoignis un sieur Raymond Selva, qui allait à la ferme de don Léon Avila, située dans cette localité : nous arrivâmes à un endroit appelé le *Jacotal*, où nous déjeunâmes; je me souviens que là étaient deux enfans, le frère et la sœur, très curieux à cause de leurs traits et de la petitesse de leur taille; je me les fis amener pour les faire voir à M. Selva, qui ne les connaissait pas, puisqu'il était de l'État de Nicaragua. En effet, la mère étant venue avec eux, nous les admirâmes pendant assez longtemps, puis leur ayant donné quelques menues pièces de monnaie, je les remis à la mère.

» En continuant notre route, je dis à M. Selva que si cette pauvre femme pouvait présenter ses enfans en Europe, soit elle-même, soit avec le concours d'une personne intelligente, elle y trouverait une fortune. Cette idée, éveillant la cupidité de M. Selva, il profita de mon retour le jour suivant et m'accompagna; en arrivant à *Jacotal*, il me dit qu'il allait proposer à la mère de lui donner les enfans, offrant de partager avec elle les bénéfices; que cette transaction paraissait facile si j'interposais mes bons offices : je promis de m'y employer. On appela la mère pour que M. Selva lui parlât. Celle-ci tout d'abord résista à toute espèce de proposition, mais lorsque je lui fis observer qu'il serait bon que de sa propre infortune ses enfans tirassent quelque profit du produit de cette exhibition, qui les mettrait à même d'avoir une petite ferme avec quelques troupeaux, la malheureuse femme me répondit ces paroles : « Que M. le gouverneur fasse ce qu'il jugera conve- » nable. » Je lui réitérai mon opinion, qui était que M. Selva les emmenât, ce qu'il fit sur-le-champ, laissant la mère plongée dans la plus profonde douleur.

» J'avais assez de confiance en M. Selva, qui, outre qu'il était du pays, appartenait à une famille respectable, pour pouvoir me promettre qu'il accomplirait ses engagemens.

» M. Selva se disposa donc à partir du Centre-Amérique par le Rio de San Juan de Nicaragua, accompagné d'un Nord-Américain (celui qui possède actuellement les enfans); et ayant touché au port appelé aussi San Juan, il se trouva que les Anglais venaient de l'occuper au nom d'une tribu sauvage qu'ils appellent nation *Mosquitos*, amie et alliée. Les voisins du port, qui était Nicaraguens, entrèrent en fermentation, et comme il n'y avait pas alors de troupes, ils s'ameutèrent une nuit et vinrent menacer les commerçans anglais; ceux-ci étaient sur leurs gardes, et, de concert avec le chargé d'affaires d'Angleterre, M. Frédéric Chafield, ils parvinrent à saisir les turbulens et à leur faire infliger la peine du fouet.

» Parmi les prisonniers, et considéré comme chef des rebelles, se trouvait M. Raymond Selva, qui reçut cinquante coups de fouet.

» Ce châtiment, qui lui occasionna une grave maladie, le força de retourner chez lui, et ce fut ainsi que le Nord-Américain gagna seul les États-Unis avec les enfans.

» Longtemps après, M. Selva vint m'assurer qu'ayant voulu recou-

la main-d'œuvre à si bas prix, qu'il naîtrait bientôt une concurrence fatale aux produits manufacturés dont l'Angleterre inonde le pays. Ne lui demandez pas davantage d'avoir pitié de la vie des hommes. L'Inde est si grande et si peuplée qu'il y restera toujours assez de bras pour cultiver le pavot et récolter l'opium, avec lequel elle empoisonne aujourd'hui la Chine. Ne faut-il pas qu'elle paye avant tout des intérêts et des dividendes à ses actionnaires métropolitains, les énormes appointemens de ses employés et de ses fonctionnaires, et qu'elle fasse une fortune aux cadets déshérités des grandes familles de l'Angleterre? La grande Compagnie est fatalement condamnée à exploiter l'Inde, à en épuiser toute la richesse jusqu'au dernier écu, toute la vie jusqu'au dernier souffle, et quand cela sera consommé, viendra le tour de la Chine, sur laquelle elle a déjà mis le pied et posé les premières assises d'une exploitation future. Si c'est en cela que consiste le grand art de coloniser, puisse la nation française ne le posséder jamais!

C'est donc un fait définitivement acquis à ma cause. L'Inde revient à grands pas à l'état de nature, à l'état inculte; elle retourne au désert. Or, une terre non cultivée, quand elle est féconde de sa nature, et c'est le cas de celle de l'Inde, se couvre bientôt de plantes et d'animaux de toute espèce, innocens et dangereux, dont les cadavres s'accumulent et forment, en se corrompant, un limon infect, d'où se dégagent continuellement des exhalaisons funestes, des miasmes délétères. Ainsi s'explique la mauvaise odeur qui s'élève de la majeure partie du sol indien, au dire de Jacquemont, et contrairement à ce qui se passe en Europe, lorsqu'après un orage le soleil pompe l'humidité et soulève les effluves avec elle.

A cet état d'inculture, à cette première cause de miasmes, ajoutons ces étangs emportés et détruits — onze cents dans un seul district de la présidence de Madras, d'après le récit de l'*Indian-News*, — ces digues rompues, ces canaux de dérivation destinés à fertiliser d'immenses régions, qui se comblent et se couvrent de roseaux gigantesques; — on a depuis longtemps remarqué que le choléra éclate surtout dans les localités où croît le bambou; — toutes ces eaux qui se perdent faute d'être dirigées et contenues, et forment dans les plaines et les basfonds des milliers de marécages, véritables foyers du choléra; rappelons-nous que cet état de choses s'accroît d'année en année, et que les inondations périodiques du Gange l'aggravent sans cesse, et nous comprendrons aisément que les marais de l'Inde gagnent en étendue, que la quantité des miasmes devient chaque jour plus considérable, et que le foyer du choléra, par conséquent, s'élargit et acquiert à proportion plus de puissance et d'énergie.

Voilà pourquoi les épidémies de cette maladie sont nouvelles ou au moins plus graves qu'autrefois, comme l'état de choses qui les produit, pourquoi elles se rapprochent, pourquoi elles semblent devenir de plus en plus fréquentes, et pourquoi elles s'étendent à de plus grandes distances de leur foyer primitif. Attendons-nous à les voir se renouveler plus fréquemment encore, s'élancer dans toutes les directions, et menacer l'Europe d'invasions plus rapprochées. Car la situation misérable de l'Inde doit nécessairement et fatalement empirer (de Warren). Sa population meurt de faim, ses ressources s'épuisent, et le désert l'enlace, l'étreint de toutes parts, et l'étouffe. Il faudrait des efforts surhumains pour l'arracher à son agonie. De ces immenses solitudes marécageuses, du sein de ces forêts impénétrables et de ces jungles fétides qu'habiteront seuls bientôt les reptiles, les bêtes fauves, et des légions innombrables d'animaux immondes, il ne s'exhalera plus que des poisons mortels, protestation terrible de l'Inde expirante et vengeance providentielle des maux que l'Occident lui a fait subir. Dans le mal comme dans le bien, il existe une loi de solidarité entre toutes les nations du globe, entre les diverses fractions de l'humanité. On ne l'enfreint jamais impunément.

Ne nous berçons pas de l'espoir chimérique de parvenir à l'arrêter dans sa marche fatale au moyen de nos quarantaines et de nos cordons sanitaires. Obstacles dérisoires, tout au plus bons à empêcher quelques cas de transmission contagieuse, mais ridiculement impuissans à nous préserver des envahissemens de la cause épidémique qui voyage sur l'aile du vent, enfermée dans les nuages ou dispersée dans l'atmosphère, par conséquent hors des atteintes de pareilles mesures. On ne mettra l'Europe à l'abri des invasions du choléra qu'en l'étouffant à son berceau, en éteignant son foyer, en tarissant sa source, c'est-à-dire en desséchant les marais de l'Inde et empêchant qu'ils ne se reproduisent, en ramenant ses fertiles contrées à la culture, ses peuples à la richesse et à la civilisation. Malheureusement, les intérêts de l'Angleterre s'y opposent, parce qu'elle est sur une pente fatale, dit encore M. de Warren. « Son industrie a pris un développement effrayant » qu'elle ne peut plus arrêter, et à mesure que ses débouchés » s'engorgent, son égoïsme lui fait chercher à étouffer, à dé» vorer toutes les industries rivales. Elle est vis-à-vis de » l'Inde comme le vautour de Prométhée, avec cette diffé» rence que son appétit ne fera que s'accroître, et que les » entrailles du Prométhée indien ne renaîtront plus. » Résignons-nous donc à de nouveaux et plus fréquens assauts épidémiques du choléra, et demandons à des moyens hygiéniques mieux raisonnés, plus directs, et probablement plus efficaces, une préservation plus puissante et plus sûre.

J'ai déjà indiqué ailleurs la voie dans laquelle je pensais que l'on dût chercher ces préservatifs. Je n'y reviendrai pas.

Il ne me reste plus que quelques mots à dire sur le diagnostic et le pronostic du choléra, et, pour compléter cette étude, à exposer mes vues sur son traitement. Ce sera l'objet de ma prochaine et dernière lettre. Sans me laisser arrêter par de vaines et inintelligentes déclamations, je continuerai à marcher à la clarté des flambeaux de l'hypothèse, jusqu'à ce qu'on m'ait montré une science, vraiment digne de ce nom, qui progresse sans son secours. C'est vous dire que je ne renoncerai jamais à m'en servir.

Votre dévoué confrère et ami,

L.-Ch. Roche,

Membre de l'Académie de médecine.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 Juillet 1855. — Présidence de M. Regnault.

Réfutation de l'opinion des médecins qui soutiennent que la puissance absorbante de la peau et des muqueuses est éteinte dans la période algide du choléra asiatique.

L'auteur, M. Thomas, s'attache à prouver que l'opinion qu'il combat, désolante pour le médecin qu'elle condamne à l'inaction au moment du plus grand danger, n'est en aucune manière justifiée par les faits. Il annonce, en effet, avoir depuis 1832 recueilli grand nombre d'observations qui prouvent que la puissance d'absorption persiste chez les cholériques déjà depuis longtemps glacés; il n'en rapporte, d'ailleurs, qu'une seule que nous reproduisons ici.

Pendant la seconde épidémie de choléra, à la Nouvelle-Orléans, au printemps de 1833, épidémie dont l'excessive gravité égala celle de la première, qui avait eu lieu l'automne précédent et s'était terminée en hiver, Mme T..., alors âgée de 20 et quelques années, en fut atteinte on ne peut plus gravement. Le troisième jour, après des évacuations continuelles haut et bas, elle était au *summum* de la période algide. Le corps était réduit au marasme le plus complet, froid, recouvert d'une espèce de sueur glacée et poisseuse, les yeux à demi-ouverts, ternes, enfoncés dans les orbites avec *facies* cholérique, cyanose envahissant une portion de la figure et plusieurs parties du tronc et des membres. Le pouls et la sensibilité étaient nuls depuis le matin (il était deux heures après midi); il n'y avait plus, pour ainsi dire, de vomissemens ni de selles, mais une matière liquide analogue à de l'eau de riz, suintait continuellement par le coin de la bouche entr'ouverte, et on l'entendait également sortir par l'anus avec un bruit semblable à celui de l'eau mêlée de beaucoup d'air, s'écoulant du robinet ouvert d'une barrique presque vide. Elle était couchée sur le dos, paraissant sans connaissance, et ne donnant d'autre signe de vie qu'une respiration à peine sensible: l'haleine était froide, de même que la langue qui était large et plate.

Ce fut à ce moment qu'en désespoir de cause nous eûmes la pensée, le docteur Fortin et moi, d'essayer l'application du vésicant de Gondret sur le centre épigastrique. En conséquence, m'étant aussitôt procuré le remède, je l'étendis sur un linge arrondi, de la grandeur du creux de la main, l'appliquai au lieu désigné, et nous attendîmes.

La malade ne manifesta aucune sensibilité, pas plus au reste qu'elle n'en témoignait depuis la veille aux autres moyens excitans employés, tels que les frictions les plus irritantes et même les caustiques. Au bout de huit minutes, nous examinâmes l'endroit où était le vésicant, et à notre grand étonnement y trouvâmes une phlyctène complète! L'épiderme enlevé, une légère couche de basilicum fut étendue sur un linge, saupoudrée de 3 centigrammes d'acétate de morphine, et maintenue sur la peau dénudée, au moyen d'un bandage approprié. On continua les remèdes usités pour réchauffer le corps, principalement les frictions aux membres exercées avec énergie, par plusieurs domestiques et par moi-même.

Il n'y avait guère plus d'une demi-heure que l'onguent saupoudré de morphine était appliqué, lorsque nous vîmes se manifester des symptômes évidens de narcotisme, caractérisés par une dilatation extrême de la prunelle survenue tout à coup, quelques spasmes ou convulsions légères aux mains, etc., preuves d'une faculté d'absorption encore extraordinairement énergique, sur un corps arrivé aux dernières limites de la vie. Je me hâtai d'enlever l'onguent morphiné, et d'en substituer d'autre sans morphine, mais n'enlevai pas cependant les quelques parcelles de ce sel restées sur la petite plaie de la peau dénudée. Par cette seule substitution, les signes de narcotisme cessèrent très promptement, et ne tardèrent pas à être remplacés par un bon sommeil, pendant lequel et successivement les évacuations haut et bas s'arrêtèrent, le pouls, qui n'existait plus, reparut, la chaleur revint à la peau, etc., etc.

A partir de ce moment on cessa toute médication, enveloppant convenablement la malade pour ne pas troubler ce bienfaisant sommeil dont la durée dépassa quinze heures; la réaction s'établit franchement et graduellement, sans secousses ni accidens quelconques, et le lendemain elle se réveilla à peu près en convalescence. Au bout de fort peu de jours il ne restait d'une affreuse maladie qu'une grande faiblesse accompagnée de maigreur, dont la diminution successive marcha rapidement, et amena dans peu de temps l'état normal. Mme T..., depuis ce moment, est restée bien portante et habite à présent Paris. — (Commissaires, MM. Andral, Rayer, Bernard.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Présidence de M. Huguier.

DISCUSSION SUR L'URÉTROTOMIE.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 4 Août 1855.)

M. Voillemier constate également les concessions nombreuses faites

---

vrer les enfans et les profits, l'Américain l'avait méconnu, et qu'il l'avait appelé devant les tribunaux.

» Ceux-ci mirent les enfans en dépôt, et M. Selva fournit caution pour sa personne, puis étant venu, pour ces raisons, me trouver dans le Centre-Amérique, et m'ayant relaté ce que je viens de dire, je lui fis donner des pouvoirs par la mère des enfans, ainsi que d'autres documens, et avec le tout il alla aux États-Unis pour rentrer en possession. Je me rendis moi-même à New-York, où des compatriotes et des personnes respectables me dirent que M. Selva, au lieu d'avoir recouvré les enfans les avait vendus *dix-huit mille dollars* à l'Américain, et qu'il était parti les dépenser à la Havane, tandis que le spéculateur partait pour Londres, où il a rencontré une telle crédulité, que, d'après ce que l'on m'a assuré, ces enfans passent pour des individus d'une race d'hommes différente de la commune, et qu'ils ont même été présentés à la reine.

» Je sais aussi que quelques médecins intelligens de Paris se disposent à faire un voyage à Londres, pour se renseigner au sujet de ces individus de la fameuse nation Aztèque; il ne sera donc plus possible de cacher la vérité sur l'origine de ces enfans.

» Que les crédules qui se laissent si facilement abuser sachent donc que ces fameux et célèbres Aztèques sont les enfans d'une jeune et vigoureuse mulâtresse d'environ vingt ans et d'un mulâtre, leur père naturel, lesquels n'appartiennent à aucune nation spéciale, et qui ont eu le malheur d'avoir ces enfans dégénérés et phénoménaux.

» La mère est meunière, dans une ferme, c'est-à-dire qu'elle prépare la farine de maïs pour les ouvriers, et le père, pêcheur dans la lagune de Ulupa, vend du poisson sur la place de San-Miguel.

» Je me rappelle que l'enfant mâle des Aztèques se nomme Maximo, et qu'il a été confirmé en ma présence, au mois de mars de l'année 1846, par monseigneur l'évêque don Jorje Victory, qui alors était prélat de San-Salvador, et qui est aujourd'hui le siége de Nicaragua.

» Quand l'évêque vit le jeune Maximo, il en fut émerveillé, et l'ayant demandé à la mère, celle-ci lui répondit qu'elle le lui donnerait quand il serait plus grand.

» Il se trouve par hasard, à Paris, un dignitaire, don Félix Quiroz, qui a exercé l'an dernier, dans le gouvernement de San Salvador, les fonctions de vice-président. Ce personnage connaît les Aztèques en question, puisqu'il est de San-Miguel, où, pour les distinguer, on les appelle *monitos* (petits singes). Quiconque douterait de ma relation pourrait demander, sur ces faits, des informations à M. Quiroz; sans doute il ne les donnera pas aussi détaillées que moi, qui ai pris part dans toute cette affaire, mais je suis certain qu'il connaît les enfans et leur origine.

» La première fois que la mère se présenta avec son fils sur la place du marché de San-Miguel, cela parut une si grande nouveauté, qu'elle en fut incommodée, et qu'elle devint même furieuse en entendant appeler son enfant *monito*.

» Comme je suis persuadé que ce fut pour céder à mes conseils que cette malheureuse mère donna ses enfans, j'éprouve un vif déplaisir de voir que, jusqu'à présent, elle n'a pas reçu une obole. Je suppliai donc le consul don Edouard Wallerstein de demander l'*embargo* de ces enfans, m'engageant à prouver, de concert avec le senor Quiroz, leur provenance et leur origine; mais le consul a cru que, sans pouvoirs de la mère, on ne pouvait arriver à rien. Pour mon compte, j'ai protesté qu'à mon arrivée à mon pays, je remettrais tous les documens nécessaires pour recouvrer ces enfans, et réparer ainsi le mal qu'involontairement j'ai fait à cette pauvre mère. Comme homme d'honneur et en conscience, je crois de mon devoir d'aider la susdite à retrouver ses enfans.

» Vous pouvez, Monsieur, faire de cette relation l'usage que vous jugerez convenable.

» Je vous prie d'agréer l'assurance de ma parfaite considération.

» Signé: Général Various,

» *De San-Salvador, république du Centre-Amérique.* »

Le *Moniteur des hôpitaux* fait suivre cette lettre des réflexions suivantes:

« Après l'examen de l'Académie, surtout après la publication d'une pareille lettre, tout l'intérêt qui pouvait s'attacher aux deux prétendus représentans d'une race non décrite, doit s'évanouir. Mais s'il ne convient plus, après cela, de s'occuper de ladite race, peut-être est-il convenable de dire quelques mots des droits que peuvent avoir les représentans de la race ordinaire à exploiter une des plus affligeantes infirmités de la nature humaine.

» Dans ce moment, les deux prétendus Aztèques sont la propriété (illicite d'ailleurs, à ce qu'il paraît), sont la *chose* d'un spéculateur habile qui se fait payer *mille francs* pour montrer et prêter sa *marchandise* pendant une journée, et *trois cents francs* pour la prêter pendant une soirée; ainsi le porte l'affiche. Les deux créatures informes qui servent à enrichir leur propriétaire sont, en outre, à sa disposition absolue; il est libre de se livrer sur elles à toutes les manœuvres que les diverses passions humaines peuvent provoquer; peut-être lui sera-t-il permis de les faire disparaître de ce monde quand elles ne pourront plus lui être d'aucune utilité. Il nous semble que toutes ces circonstances ne sont guère en harmonie ni avec nos lois, ni avec nos mœurs, et qu'il est désirable, dans l'intérêt de la moralité autant que de la dignité humaine, qu'on mette un terme à un pareil état de choses. Qu'un homme géant, qui jouit de son intelligence et de sa liberté, exploite lui-même la vaine curiosité de la populace, libre à lui; mais qu'un spéculateur voulût aller s'emparer d'un malheureux hôte de Bicêtre ou de la Salpêtrière pour l'exposer aux regards du public, c'est ce que l'administration, c'est ce que le procureur impérial ne tolérerait pas. Qu'ils ne se montrent pas plus indulgens pour le spéculateur transatlantique, et ils auront acquis un titre de plus au respect et aux sympathies de tous les hommes sérieux. »

Ces réflexions sont trop en harmonie avec celles que nous présentions samedi dernier, pour que nous n'ayons pu résister au désir de les reproduire.

Amédée Latour.

par M. Maisonneuve depuis le commencement de la discussion. Quant à la cure radicale, il considère l'assertion de son collègue comme un lapsus, une simple erreur d'entraînement.

Il est faux que les chirurgiens qui se sont occupés d'urétrotomie n'aient pas fait les plus grands efforts pour éviter de léser les parties saines du canal. Tous les urétrotomes sont gradués, pourvus d'un renflement à leur extrémité, pour préciser le siége du rétrécissement et limiter son étendue, et ne faire porter l'action de la lame que sur les points rétrécis. M. Maisonneuve seul néglige ces précautions et il accuse les autres ! Comment la longue lame du lithotome qu'il emploie respecte-t-elle les tissus placés en avant et en arrière du rétrécissement; pourquoi ne coupe-t-elle plus dès qu'elle a coupé le point rétréci ? C'est ce que M. Maisonneuve a négligé de dire, et surtout ce qu'il ne peut appuyer d'observations nécroscopiques.

M. Maisonneuve n'a pas encore eu de mort. M. Voillemier a été moins heureux; il cite un cas d'infection purulente consécutive à l'urétrotomie par la méthode de Reybard. Il rapporte en outre l'histoire d'un malade qui, après avoir subi la même opération, fut épuisé par des hémorrhagies continuelles.

Les conducteurs de M. Maisonneuve ne sont pas nouveaux ; la plupart des urétrotomes sont munis d'une tige qui précède la lame dans le rétrécissement; des bougies molles ont été adaptées à des porte-caustiques pour les guider dans l'étroite voie des rétrécissemens.

Enfin, certains urètres ont une susceptibilité extrême : ils ne supportent qu'avec la plus grande peine la bougie la plus déliée, et on ne peut les dilater qu'à force de patience et de soins. Les efforts nécessaires pour l'introduction d'une bougie suivie d'un urétrotome, et l'opération consécutive, ne pourraient-ils pas amener les plus graves accidens ?

MM. Vidal et Ricord se félicitent d'avoir vu M. Maisonneuve modifier radicalement ses premières opinions et changer la substance de son mémoire à ce point qu'on pourrait en admettre une seconde édition.

M. Ricord soutient qu'il n'y a rien de nouveau dans l'addition d'une bougie conductrice précédant l'urétrotome ; il cite plusieurs instrumens précédés de bougies destinées à leur servir de conducteurs.

M. Maisonneuve réclame l'invention de la section de dedans en dehors. Mais il n'y a rien là que ne fassent tous les chirurgiens. Dès qu'on fait glisser un instrument dans un rétrécissement, il coupe de dedans en dehors.

M. Ricord combat encore la prétention de M. Maisonneuve de ne couper que le rétrécissement, et cela avec le plus horrible urétrotome.

M. Lenoir rappelle que déjà, en 1845, à propos de la présentation faite à la Société par M. Maisonneuve, d'un procédé de cathétérisme sur-conducteur, il a fait observer à ce chirurgien que sa méthode était loin d'être nouvelle. Cette méthode, en effet, remonte à Desault, comme le prouve un passage de Bichat (*Traité des maladies des voies urinaires*) ; et depuis Desault, c'est-à-dire depuis soixante ans, elle a été inventée à peu près une fois tous les dix ans par six chirurgiens, qui tous, sans doute, ont cru de bonne foi l'avoir trouvée. M. Maisonneuve n'arrive qu'en sixième ligne pour ses titres de priorité.

Il ajoute que cette méthode est loin d'être employée, comme le dit ce chirurgien, par tous les praticiens de la ville. Pour sa part, il préfère, dans les cas spécifiés par M. Maisonneuve. un moyen plus simple encore et qui remplit d'un seul coup toutes les indications : ce moyen consiste dans l'emploi d'une grosse sonde percée d'un ou de deux yeux dans sa longueur et terminée par un bout effilé, flexible comme l'extrémité des bougies, sonde qu'il a vu employer avec succès par Marjolin père, sans savoir si elle était de son invention.

Pour la seconde méthode de cathétérisme, que l'auteur n'a pas encore dénommée, mais qu'on pourrait appeler cathétérisme à la suite, elle est basée sur ce principe, un tant soit peu contestable, que dans tout rétrécissement où une bougie fine a pu pénétrer, un instrument plus volumineux pénétrera comme elle, sans dévier de la route qu'elle lui aura tracée. Mais une sonde de calibre ordinaire, ou la sonde de Mayer, ou l'instrument de Perrève, fussent-ils articulés à l'extrémité d'une bougie fine et flexible, ne se substitueraient à cette bougie dans l'intérieur d'un rétrécissement qu'à la condition d'être poussés avec force et pendant longtemps contre lui; ces instrumens tous rigides suivent l'impulsion de la main qui les pousse et non la bougie qui les précède; ils érailleront ou déchireront un point de l'urètre, comme ils font toujours, et une fois hors du canal ils produiront d'autant plus facilement une fausse route qu'ils seront pourvus à leur extrémité de l'ajutage métallique de la bougie qu'ils entraînent avec eux !

M. Lenoir examine alors les procédés employés par M. Maisonneuve pour inciser l'urètre. La nouvelle méthode, dit-il, ne compte que cinq succès ; la plus ancienne observation n'a pas deux mois de date ; et c'est avec ce petit nombre de faits que notre collègue a la prétention de fonder une méthode de guérison radicale et instantanée ! Remarquez encore que, dans la science, notre collègue a des doutes sur la valeur de l'urétrotomie, car il a fait prudemment ses réserves sur le véritable mérite de cette opération ; dans la pratique, au contraire, il incise tous les rétrécissemens, et il les incise de prime abord, aussi étroits qu'ils soient, sans même avoir expérimenté s'ils sont ou non dilatables ; bien plus, il proscrit cette expérimentation.

M. Maisonneuve incise deux fois l'urètre : une première fois au moyen de sa petite lame semi-olivaire ; une seconde au moyen d'un urétrotome caché. Cette méthode diffère de celle de M. Reybard en ce qu'on substitue à la dilatation préalable que le chirurgien lyonnais faisait subir à l'urètre, l'inconvénient de faire une longue incision sur la muqueuse placée au devant du rétrécissement, car les parois du canal sont rapprochées normalement l'une de l'autre, et l'on ne saurait introduire une lame tranchante dans son intérieur sans couper une de ses parois. Elle en diffère encore par la forme de l'urétrotome et sa manière d'agir : l'instrument employé n'est que le lithotome du frère Côme. Mais ici une remarque : la partie la plus saillante de la lame répond à l'extrémité de l'instrument quand il est ouvert; or, qui ne voit qu'en raison de cette disposition, le chirurgien sera exposé à blesser les parties du canal placées derrière le rétrécissement ? Pour le manuel opératoire, M. Maisonneuve prétend qu'il lui a été réservé d'inciser les rétrécissemens de dedans en dehors. La chose est facile : il suffit de placer l'instrument dans le rétrécissement, de presser sur la bascule et de le retirer à soi. Mais de deux choses l'une : ou vous ouvrez l'instrument dans l'intérieur du rétrécissement, et dans ce cas vous courez grand risque de casser sa lame pour peu que le tissu à inciser soit résistant, ou vous tirez à vous l'instrument en même temps que vous l'ouvrez, et alors vous agissez comme M. Reybard, vous incisez d'arrière en avant et de dedans en dehors.

Après l'opération, M. Maisonneuve supprime les moyens dilatans propres à empêcher la cicatrisation immédiate des parties incisées. Il croit la cicatrisation suffisamment empêchée par le passage répété de l'urine, et il appuie son opinion sur les deux faits suivans : la persistance du débridement du méat urinaire, fait attaqué par MM. Ricord et Vidal ; les résultats d'anatomie pathologique cités par M. Reybard sur l'urètre des chiens. On a déjà objecté à ce dernier argument que les conditions dans lesquelles se trouvaient les chiens incisés n'étaient pas les mêmes que celles dans lesquelles se trouve un homme affecté de rétrécissement; j'ajouterai que l'urètre des premiers offre une structure et une conformation différentes de celles du second. Ces faits ne prouvent donc rien en faveur des doctrines avancées par notre collègue, et je demeure convaincu qu'à la suite des incisions de l'urètre il se passe ce qu'on voit dans toute plaie dont la réunion est secondaire : douleur et écoulement de sang; puis inflammation consécutive, et, plus tard, réunion par l'intermédiaire d'un tissu cicatriciel plus ou moins rétractile. M. Maisonneuve n'est donc pas autorisé à dire que la plaie produite par son urétrotome ne sera pas suivie d'un rétrécissement nouveau. S'il en est ainsi, il ne peut obtenir et il n'a pas obtenu une guérison *radicale*.

M. Robert se refuse à admettre qu'une opération née d'hier, et dont on n'a pas encore énoncé les principes, puisse procurer une guérison radicale.

On a paru croire, dans le cours de la discussion, que l'Académie avait sanctionné la méthode de M. Reybard comme applicable à tous les rétrécissemens. C'est une erreur grave. M. Robert, rapporteur de la commission, a positivement dit, dans son travail, que cette méthode devait être réservée comme une ressource extrême applicable seulement à certains cas spéciaux. Voici, d'ailleurs, comment il envisage la question de l'urétrotomie.

La dilatation, soit employée seule, soit associée à des scarifications ou à des incisions faites sur les tissus malades (opérations qui ne sont, à proprement parler, que des adjuvans de la dilatation), ne constitue, il est vrai, qu'un traitement palliatif, qui n'a presque jamais qu'une efficacité temporaire. M. Reybard, mieux que tout autre, en a fait connaître la raison : c'est que, dans tout rétrécissement, la muqueuse est convertie en un tissu fibreux, rétractile, élastique, comme les tissus cicatriciels. Néanmoins, malgré ces inconvéniens, la dilatation convient exclusivement à la majorité des cas, car elle peut être employée sans danger, et elle suffit pour conserver aux malades une intégrité fonctionnelle de l'urètre à peu près compatible avec la santé.

Mais il est des cas où elle est insuffisante : c'est lorsqu'il existe de ces rétrécissemens durs, calleux, comprenant quelquefois toute l'épaisseur des parois de l'urètre, et ayant succédé soit à des déchirures du canal, soit à des inflammations blennorrhagiques intenses qui ont envahi à la fin la muqueuse et le tissu spongieux de l'urètre. Ces rétrécissemens ont pour siége spécial la portion scrotale ou pénienne de ce canal. Tous les moyens connus, la dilatation, les scarifications, les incisions plus profondes même, échouent le plus souvent contre les lésions de ce genre, et sont impuissans à lutter contre la tendance de ce tissu fibreux à la rétraction. C'est en présence de ces difficultés que le chirurgien est obligé de chercher des moyens plus puissans, même avec la pensée que l'emploi de ces moyens n'est pas sans quelque danger pour le malade.

D'ailleurs, l'urétrotomie est une opération fondée sur des expérimentations nombreuses, sur l'anatomie pathologique et sur l'observation clinique. M. Reybard ne s'est pas borné à constater expérimentalement les succès que fournissait sa méthode, lorsque après avoir incisé l'urètre dans toute son épaisseur, il tenait les bords de la plaie écartés de façon à obtenir une large cicatrice. Il a de plus recherché les causes qui avaient produit ces guérisons, et il a vu que par son procédé l'on obtenait, dans les cas où il ne se déclare pas une inflammation trop vive, une cicatrice spéciale, cicatrice intermédiaire, constituée par une pellicule mince, lisse, semblable à la muqueuse urétrale, reposant sur le tissu spongieux de l'urètre et ne présentant pas contractilité caractéristique du tissu cicatriciel ordinaire. L'exactitude de ces assertions de M. Reybard a été confirmée par les expériences de la commission de l'Académie. De plus, leur observation recueillie sur l'homme, et dans laquelle l'examen des pièces pathologiques fut faite par A. Bérard, a montré que les résultats étaient identiques à ceux que l'expérimentation avait produits sur les animaux.

L'observation clinique est venue, à son tour, démontrer la possibilité de la guérison radicale des rétrécissemens. M. Robert cite, à l'appui, les observations consignées dans les deux rapports faits à l'Académie en 1846 et 1852, et qui prennent une grande autorité dans les noms de MM. Gerdy, Bonnet, Barrier, Valette, Levrat et Brachet.

Il est vrai que l'opération n'est pas toujours couronnée de succès et qu'elle ne met pas constamment à l'abri de la récidive. M. Robert a insisté sur ce fait dans son rapport. Il est vrai encore que des accidens peuvent survenir ; mais ces accidens ne doivent pas faire rejeter entièrement l'urétrotomie. C'est au chirurgien à limiter les cas où cette opération doit être employée et à en faire un usage très réservé.

M. Robert est donc bien loin de regarder l'urétrotomie comme une de ces ressources que l'on peut souvent appliquer au traitement des rétrécissemens de l'urètre ; mais, se reportant au pronostic de cette affection, se rappelant la série des infirmités et des souffrances qui empoisonnent et abrégent la vie des malades, il croit légitime de recourir, dans de telles circonstances, à une ressource efficace, bien qu'elle ne procure la guérison qu'au prix de quelques dangers.

Pour conclure, M. Reybard a été conduit, par ses études sur l'anatomie pathologique des rétrécissemens de l'urètre et ses expérimentations sur les plaies de ce canal, à une idée thérapeutique nouvelle et rationnelle. Ce chirurgien est le seul qui, jusqu'à ce jour, ait posé et résolu le problème de la cure radicale des rétrécissemens anciens et indurés ; et c'est seulement à ce titre que l'Académie a couronné ses travaux.

M. Maisonneuve groupe sous quatre chefs les reproches qu'on lui adresse :

1° On a dit que son travail n'était pas sérieux, car il ne s'agissait, en résumé, que d'un petit bout de bougie. C'est, au contraire, une méthode très sérieuse que celle qui permet de faire uriner sur le champ un malade affecté d'un de ces rétrécissemens anciens, durs et calleux. Jamais l'on n'avait obtenu un succès comme celui qui a été réalisé sur le malade du service de M. Velpeau.

2° On l'a accusé d'avoir abandonné ou modifié ses opinions. Mais il n'a rien désavoué ; il n'a rien à rétracter ; il conserve les opinions qu'il avait, sans y changer un mot. Où a-t-on vu qu'il prétende franchir tous les rétrécissemens et les guérir tous ; qu'il prétende les guérir radicalement ? Il n'y a rien de semblable dans son mémoire. Pour l'instantanéité, il ne la revendique pas davantage, puisqu'il a écrit dans le même travail que la science possédait déjà des moyens analogues.

3° Il revendique énergiquement par lui le mode de cathétérisme sur-conducteur. L'instrument de M. Amussat n'a aucun rapport avec la sonde à conducteur de M. Maisonneuve. Pour la sonde de M. Marjolin, il est possible qu'elle existât, mais personne ne la connaissait, personne ne s'en servait.

4° On doute qu'il soit possible d'introduire l'instrument quand la bougie filiforme a traversé l'obstacle. Or, cette introduction est facile, car il y a très peu de différence de volume entre la bougie et l'urétrotome, et, une fois l'obstacle traversé par la bougie, l'urétrotome, à son tour, s'engage constamment. S'il s'est présenté quelque difficulté dans l'opération faite au malade du service de M. Velpeau, c'est que M. Maisonneuve avait associé des instrumens qui n'étaient pas faits l'un pour l'autre et que l'ajutage était trop volumineux.

Il maintient qu'aucun urétrotome connu ne coupe réellement de dedans en dehors, et, bien que M. Lenoir dit avoir vu trois ou quatre fois l'instrument inciseur se briser dans la section, M. Maisonneuve persiste à considérer la rupture de la lame comme une crainte chimérique. Introduit dans le point rétréci, le lithotome ne peut s'ouvrir sans couper l'obstacle ; c'est à mesure que celui-ci est divisé que la lame fait de plus en plus saillie ; qu'il y ait un ou plusieurs rétrécissemens, on les coupera tous sans diviser la muqueuse.

M. Maisonneuve incise-t-il indistinctement tous les rétrécissemens ? Non sans doute ! Il incise seuls ceux qu'il faut inciser et traite les autres comme il convient.

M. Robert n'hésite pas à accorder à M. Amussat la priorité du cathétérisme sur-conducteur, qui date de 1823. Il a eu, à cette époque, l'instrument de ce chirurgien ; il l'a vu employer par lui, et il affirme qu'il est complétement semblable à celui de M. Maisonneuve, qu'on s'en sert de la même manière.

M. Maisonneuve articule deux instrumens, l'un très mince, très flexible ; l'autre très rigide. Ce dernier ne viendra-t-il pas aboutir contre l'obstacle, comme le ferait l'extrémité libre d'un cathéter résistant ? Combien de fois a-t-on expérimenté pour affirmer le contraire ? Qu'on dépose, enfin, les observations sur le bureau pour que la Société puisse les examiner.

C'est une erreur de croire que le lithotome soit le seul instrument qui coupe de dedans en dehors. Parmi les instrumens de M. Reybard, il est est un muni de deux lames qui se déploient comme des ailes et qui coupent d'une manière très analogue. L'opération de M. Maisonneuve n'est donc qu'un dérivé de celle de M. Reybard.

M. Maisonneuve avoue que deux de ses opérés sont morts à l'hôpital Cochin. Sa méthode, dit-il, n'en est pas responsable, parce qu'à cette époque il n'opérait pas comme aujourd'hui. M. Robert objecte qu'en résumé, quel que soit le procédé employé, il s'agissait d'incisions intra-urétrales suivies de mort.

M. Vidal constate que M. Maisonneuve ne guérit les rétrécissemens ni instantanément, ni radicalement. Il fait uriner instantanément, et rien de plus. Il remarque de plus une similitude singulière entre le travail de ce chirurgien et les assertions avancées autrefois par Mayor.

Quant à la question de priorité pour le cathétérisme, il affirme que les bougies de Marjolin remontent à une époque très éloignée ; que ces bougies étaient fort connues lorsqu'il prit l'hôpital du Midi.

M. Gerdy : La question de priorité pour le cathétérisme sur-conducteur ne saurait être douteuse ; la priorité revient, de toute évidence, à M. Amussat.

Ce n'est pas sans surprise que M. Gerdy a entendu dire à M. Maisonneuve qu'il n'y a plus, grâce à ce moyen de cathétérisme, de prostates infranchissables ; une assertion aussi absolue est impossible à accepter.

M. Giraldès proteste contre les deux assertions de cure instantanée et de cure radicale ; la seule chose instantanée, c'est l'évacuation des urines.

Souscription académique pour le buste de Pinel. — En d'autres temps les familles avaient coutume de donner à l'Académie de médecine les bustes en plâtre des membres dont elles voulaient honorer la mémoire, et de garder pour elles les bustes en marbre.

Aujourd'hui c'est le contraire, les familles offrent en hommage à l'Académie les bustes en marbre et gardent pour elles les bustes en plâtre. Ainsi viennent de faire M. Double, M. Nacquart et Mme veuve Récamier ; il en résulte que les bustes en plâtre vont presque tous faire place aux bustes en marbre dans le sein de l'Académie. Il en est un cependant encore en plâtre dont l'Académie se séparerait avec peine ; c'est celui de Pinel, dû au talent de M. Bra ; aussi une commission vient-elle de se former spontanément pour en faire exécuter une copie fidèle en marbre à l'aide d'une souscription.

Cette commission se compose de MM. Ferrus, Falret, Baillarger, Bricheteau et Fr. Dubois. 1,000 fr. suffiront pour le travail de l'artiste, et déjà M. Ferrus s'est engagé à verser 50 fr., M. Falret 100 fr., M. Baillarger 50 fr., M. Bricheteau 50 fr., M. Dubois 10 fr., M. Pinel neveu 200 fr.

La souscription sera fermée dès qu'on aura atteint le chiffre de 1,000 francs.

Les fonds seront confiés à M. Gimelle, trésorier de l'Académie.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 96. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 14 Août 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............. 32 Fr

6 Mois........... 17

3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

LITHOTRITIE.

(Nous commençons aujourd'hui la publication d'un remarquable travail que M. Ségalas a bien voulu écrire pour l'UNION MÉDICALE. C'est pour ainsi dire un résumé de l'enseignement que l'auteur a puisé dans une longue et brillante pratique spéciale. Aussi ce travail offre-t-il un grand intérêt pratique et d'application que nos lecteurs apprécieront, et avec nous ils remercieront M. Ségalas d'avoir consacré au service de notre art le peu de loisir que lui laissent ses nombreuses et importantes occupations.)

DE LA LITHOTRITIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SON APPLICATION ;

Par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine.

Amené par un concours de circonstances peu communes à faire un très grand nombre d'opérations de lithotritie, j'ai dû étudier la nouvelle méthode de traiter la pierre dans des conditions bien diverses. Je pense être utile aux hommes de ma profession qui n'ont pas eu le même avantage, en leur faisant connaître ce que j'ai vu, observé, pratiqué, et en leur exposant les principes qui m'ont été dictés par une longue expérience, d'un côté, relativement aux manœuvres chirurgicales à employer contre les calculs vésicaux; de l'autre, pour la conduite médicale à tenir avant, pendant et après l'emploi des instrumens.

Je dirai d'abord quelques mots sur les pierres de la vessie, sur leurs causes et leurs effets. Je serai court; j'ai traité ailleurs (1) ce sujet avec les développemens qu'il mérite.

Des conditions physiques et chimiques des pierres de la vessie.

Les pierres de la vessie sont de nature très diverse; mais, pour le chirurgien, elles peuvent être rangées en cinq groupes : 1° Les pierres d'oxalate de chaux; 2° les pierres d'acide urique; 3° les pierres phosphatiques; 4° les pierres d'oxyde cystique; 5° les pierres composées, qui contiennent deux, trois, quatre de ces élémens ou d'autres principes, en couches successives et d'épaisseur variable.

Les pierres d'oxalate de chaux sont, en général, d'une couleur fauve ou noirâtre, de forme arrondie, à surface mamelonnée et quelquefois hérissée de pointes. Elles sont dures et difficiles à écraser; mais elles cèdent au marteau, et ce ne sont pas les moins commodes à briser.

Les pierres d'acide urique sont jaunes ou jaunâtres, souvent ovalaires, à surface généralement lisse, quelquefois légèrement mamelonnée, et plus ou moins dures, selon leur volume et leur ancienneté. Elles peuvent résister à la pression; mais elles cèdent à la percussion répétée, surtout quand celle-ci est aidée par une pression méthodique.

Les pierres phosphatiques sont de couleur grise ou blanchâtre, de forme très variée, et quelquefois amorphes; elles offrent, en général, une surface irrégulière, raboteuse. La plupart d'entre elles cèdent à la simple pression; toutes sont facilement brisées par l'association de la pression et de la percussion.

Les pierres d'oxyde cystique sont ordinairement d'un blanc de perle, ovoïdes et à surface lisse. Elles peuvent céder à la pression; mais elles se divisent mieux sous l'influence de la pression et de la percussion combinées.

Les pierres composées ont une couleur qui diffère selon la nature de la couche extérieure, et tiennent, tant pour leur forme que pour leur résistance, des caractères de leurs élémens constituans; mais, en général, sont faciles à briser par la pression ou la percussion, et surtout par les deux actions réunies.

Les pierres d'oxalate de chaux croissent lentement, et sont rarement très volumineuses. Toutefois, j'en ai brisé une qui avait 27 lignes de diamètre, à la vérité, chez un malade de 32 ans, qui en faisait remonter l'origine jusqu'à sa première enfance. Il ne se rappelait pas d'avoir jamais uriné sans souffrir.

Les pierres d'acide urique semblent croître plus vite; elles offrent une extrême diversité de volume : il y en a qui sont très petites et d'autres qui présentent jusqu'à trois et même quatre pouces de diamètre.

Il en est de même de celles de phosphates : elles peuvent être très volumineuses; elles grossissent d'ailleurs très rapidement.

Quant aux calculs d'oxyde cystique, je n'en ai rencontré que de petite et moyenne grosseurs.

Les pierres composées ont assez souvent un fort volume, et sont presque toujours de date ancienne.

Quant au nombre des pierres, celles d'oxalate de chaux doivent être rarement multiples; car j'ai brisé beaucoup de pierres de cette nature, et je n'en ai jamais rencontré qu'une seule chez un même malade. Il n'en est pas de même des pierres d'acide urique : elles sont souvent multiples et parfois très nombreuses. J'en ai trouvé par centaines dans certaines vessies. En ce cas, elles sont généralement peu volumineuses; quelquefois, une ou plusieurs d'entre elles sont plus ou moins grosses, et les autres vont en décroissant de volume, au point de ne plus offrir que la grosseur d'un pois, de ne plus constituer que des graviers.

Cela se conçoit : les noyaux de ces pierres se forment dans les reins; ils descendent successivement dans la vessie, et leur volume se trouve en rapport avec la durée du temps depuis lequel ils y séjournent.

La plupart des pierres phosphatiques que j'ai observées étaient seules; j'en ai trouvé quelques-unes qui étaient multiples; mais c'est là évidemment une exception. Les pierres phosphatiques commencent à se former le plus souvent dans la vessie elle-même, sous l'influence d'une affection catarrhale de cet organe; la matière animale qui lie ici les précipités salins doit tendre à les unir au premier noyau, à leur faire faire la boule de neige. Les pierres multiples de cette nature que j'ai remarquées étaient dans des vessies à colonnes, logées parfois dans des sinus.

Les pierres d'oxyde cystique que j'ai rencontrées étaient uniques.

Quant aux pierres composées, il est dans l'ordre qu'elles soient uniques ou multiples, suivant la nature du noyau central, suivant que l'affection calculeuse aura commencé par une concrétion d'oxalate de chaux ou d'acide urique, d'oxyde cystique ou de sels phosphatiques.

Ces différentes pierres peuvent exister à tous les âges et dans les deux sexes; mais d'abord elles se montrent moins souvent chez la femme que chez l'homme, et ensuite, les pierres d'oxalate de chaux se remarquent surtout chez les enfans, et celles d'acide urique chez les vieillards.

Chacune des pierres que nous venons d'indiquer peut être reconnue presque toujours à ses conditions physiques; cependant pour en bien préciser la nature, il est parfois nécessaire, et toujours prudent, de recourir à l'analyse chimique.

Des causes des pierres de la vessie.

Une demande que les gens du monde m'ont faite bien souvent est celle-ci : Qu'est-ce qui donne la pierre? C'est là une question bien naturelle assurément; et, si les causes de la pierre étaient parfaitement connues, on pourrait, en les éloignant, éviter cette maladie, sinon toujours, du moins le plus souvent. Malheureusement, il en est de cette affection comme de tant d'autres; elle arrive fréquemment sans qu'on sache le pourquoi. Néanmoins, il est un bon nombre de cas où il est possible et même facile de saisir les conditions qui ont amené la pierre. Nous allons essayer de les indiquer.

Constatons d'abord un fait : c'est que les principes qui constituent la pierre, étant tous solubles dans une suffisante quantité d'eau, ne se précipitent qu'autant que les urines ne contiennent pas assez de partie aqueuse, et concluons qu'un premier moyen de prévenir la pierre, c'est de faire passer beaucoup d'eau par les voies urinaires, soit en buvant habituellement une grande quantité d'un liquide diurétique, telle que l'eau fraîche, la bière, le cidre, l'eau de Seltz, l'eau de chiendent, le vin très étendu d'eau; soit en prenant des bains prolongés dans de l'eau à une température douce ; soit enfin en faisant entrer dans le corps, par la voie du rectum et en abondance, de l'eau ordinaire, de l'eau de pariétaire, de l'eau de graine de lin, ou toute autre eau reconnue comme propre à provoquer les urines.

Un second fait facile à concevoir, c'est que la stase de l'urine dans les calices, les bassinets, les uretères, ou la vessie doit favoriser le dépôt de ses élémens concressibles, et dès lors venir en aide aux causes immédiates de l'affection calculeuse. Aussi existe-t-il de nombreux exemples de gravelle et même de pierre survenues pendant le repos absolu commandé par une fracture des membres inférieurs, ou sous l'influence prolongée d'une évacuation incomplète des urines. De là la nécessité de recommander un exercice quotidien à toute personne menacée d'affection calculeuse, d'entretenir avec soin le libre cours des urines, et de le rétablir promptement, quand il est interrompu, en même temps qu'on s'attache à étendre celles-ci, en faisant entrer beaucoup d'eau dans le sang.

L'urètre est-il obstrué par des rétrécissemens? il faut se hâter de les faire disparaître par des moyens appropriés. Le canal étant libre ou rendu libre, la sortie naturelle des urines se fait-elle mal? La vessie ne se vide-t-elle pas complètement à chaque excrétion? Il ne faut pas hésiter à recourir aux moyens artificiels pour la vider une ou plusieurs fois par jour, tout en s'occupant de lui rendre, s'il est possible, ses fonctions normales. Dans l'hypothèse où les urines seraient troubles, charieraient du sable, du mucus, du pus ou du muco-pus, il serait convenable de profiter de la présence de la sonde dans leur réservoir pour laver celui-ci à grande eau, en prenant pour cela de l'eau ordinaire, à une température voisine de celle du sang. Cette indication serait surtout importante dans le cas où l'on aurait reconnu que la vessie est à colonnes, qu'il existe dans ses parois des lacunes, des sinus, des loges.

Voilà les principales causes des pierres de la vessie considérées en général; viennent ensuite des causes particulières à chaque nature de pierre. Ainsi, une alimentation où l'oseille abonde est évidemment propre à faire arriver de l'oxalate de chaux dans l'urine, et, par conséquent, à faire précipiter ce sel dans les voies urinaires. Au contraire, un régime où les substances animales dominent, ou du moins se trouvent en grande quantité, dispose à la formation de concrétions d'acide urique, en portant dans l'économie, en proportion trop forte, l'élément principal de cette nature de pierre, l'azote.

Pour les phosphates, qui, comme l'acide urique, existent dans l'urine à l'état normal, ils tendent à se précipiter sitôt que celle-ci cesse d'être acide, et, comme l'inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires, surtout dans la vessie, a pour effet de provoquer une sécrétion plus ou moins copieuse de mucus et même de muco-pus, que ces produits, quand ils ne sont pas éliminés promptement, se décomposent et donnent lieu à un dégagement d'ammoniaque, toute inflammation catarrhale des voies urinaires, notamment de la vessie, peut, si elle se prolonge, devenir cause de la formation d'un calcul phosphatique. De là vient que tout corps solide, introduit dans la vessie et y séjournant un certain temps, s'y couvre d'une couche phosphatique, et devient noyau d'une pierre qui croît plus ou moins rapidement, selon le degré d'irritation produite.

Il serait difficile, sans s'exposer à l'erreur, d'assigner une cause spéciale aux calculs d'oxyde cystique, à part, peut-être, celle qui émane de l'hérédité. On remarque, en effet, que cette nature de pierre se montre assez souvent chez plusieurs membres d'une même famille.

Cette dernière observation s'étend aux calculs d'acide urique. Il est des familles qui y sont évidemment plus prédisposées que d'autres; et, chose remarquable, c'est que, dans une même ligne de parenté, la pierre ou la gravelle d'acide urique succède fréquemment à la goutte, et que celle-ci, à son tour, succède à l'affection calculeuse. De telle sorte qu'assez souvent un père calculeux a un fils goutteux, et qu'à la génération suivante, le médecin se trouve avoir affaire non plus à la goutte, mais bien à la gravelle ou à la pierre. Ce fait s'explique assez facilement par cet autre fait, non douteux pour moi, que la goutte, comme la gravelle ou la pierre dont il s'agit, reconnaît pour cause immédiate la surabondance de l'acide urique.

Quant aux calculs composés, ils sont dus évidemment à l'action successive des causes particulières à chaque nature de pierre. Ainsi, par exemple, un enfant mal nourri est atteint d'une

(1) *Essai sur la gravelle et la pierre*, considérées sous le rapport de leurs causes, de leurs effets et de leurs divers modes de traitement; 2e édition, 1839.

pierre d'oxalate de chaux ; on change son régime, on le met à une nourriture très animalisée : la pierre se couvre d'une couche plus ou moins épaisse d'acide urique. Voilà une première pierre composée. Plus tôt ou plus tard, elle provoque une inflammation catarrhale de la vessie, ou bien cette inflammation arrive par une autre cause, les urines deviennent ammoniacales, les phosphates se précipitent en quantité plus ou moins grande : le corps étranger, le mucus y aidant, se couvre bientôt d'une couche de sels phosphatiques.

De même un vieillard, sous l'influence de l'âge et d'un régime trop substantiel, est atteint d'une gravelle d'acide urique ; il consulte un médecin qui lui conseille un régime végétal ; il use de ce régime à l'excès, il y fait entrer l'oseille en grande quantité : un des graviers d'acide urique, descendu ou resté dans la vessie, se couvre d'une couche d'oxalate de chaux. Puis, sous l'influence de l'irritation que cette pierre à deux élémens produit dans la vessie, il se développe un catarrhe vésical : ce catarrhe a pour conséquence l'addition d'un troisième élément phosphatique, à l'extérieur de la pierre. Le catarrhe est combattu par des moyens appropriés, il disparaît ; les urines deviennent acides : comme naturellement l'acide urique surabonde dans un âge avancé, une quatrième couche, formée par cet acide, s'ajoute à la pierre. Celle-ci va croissant ainsi jusqu'à ce qu'elle soit extraite d'une manière quelconque, ou bien que la mort arrive, provoquée ou du moins accélérée par les effets auxquels donne lieu le corps étranger.

(*La suite prochainement.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Des pneumonies anomales.

C'est un travail d'un de nos honorables confrères des départemens qui fera les frais de cette *Revue*. Une petite brochure de 32 pages, et intitulée : *Des pneumonies anomales*, et publiée par M. le docteur Lhuillier, de Noviant-aux-Prés (Meurthe), nous a offert un intérêt pratique plus grand qu'on ne le rencontre souvent dans de gros volumes. Nous sommes heureux de pouvoir lui donner le concours de notre publicité et d'encourager ainsi les travailleurs modestes et isolés qui savent dérober pour le profit de l'art et de la science quelques momens aux exigences si pénibles de la pratique rurale.

Le mémoire de M. Lhuillier, aussi remarquable, d'ailleurs, par le fond que par la forme, est encore une nouvelle protestation contre l'organicisme exclusif ; c'est le récit naïf et sincère des déceptions éprouvées par l'auteur en présence des difficultés de la pratique dans l'application des principes puisés à l'école, et à l'occasion d'une maladie dont le diagnostic et le traitement ne présentaient plus, d'après l'école, aucune difficulté sérieuse.

M. Lhuillier a voulu développer les deux propositions suivantes :

A côté des pneumonies franchement inflammatoires à marche régulière, il en est qui subissent, dominées par des accidens survenus dans la constitution atmosphérique, ou dans la constitution de l'individu, une influence telle, qu'elles dévient, font fausse route, et se présentent sous un aspect inaccoutumé, trompeur.

Il arrive aussi, par le fait de ces mêmes accidens constitutionnels, que l'économie se trouve frappée, dans sa totalité, par un principe inconnu qui peut laisser ou imprimer sur l'organe respiratoire une altération spéciale ressemblant à la pneumonie.

C'est, comme on le voit, un retour franc et complet aux constitutions médicales de Sydenham, aux doctrines de Stoll, d'Huxham, de Franck, etc., dans le dédain desquelles notre génération médicale a été élevée.

Cependant, dans les plus beaux jours de l'organicisme, un médecin éminent qu'il serait injuste de confondre avec les anatomistes purs de l'école moderne, M. Andral, posait déjà, dans sa *Clinique*, la question en ces termes :

« Apres avoir trop multiplié dans les siècles prédédens les espèces de pneumonies, n'est-on pas tombé aujourd'hui dans un excès contraire? Faut-il, par exemple, rayer entièrement du cadre nosologique les pneumonies bilieuses ou adynamiques? Faut-il rejeter dans tous les cas l'existence d'un état d'inflammation générale qui précède la pneumonie? »

A cette question, cependant bien timidement posée, et à laquelle M. Andral donnerait certainement aujourd'hui une réponse plus hardie, l'anatomisme exclusif ne répondit pas ou ne le fit que d'une manière évasive. Les choses ont un peu changé depuis. L'auscultation, cette magnifique conquête du diagnostic moderne, est interrogée avec le même soin, mais elle n'a plus pour tous les praticiens cette signification absolue et exclusive qui a dominé longtemps le diagnostic et la thérapeutique. Cette tendance actuelle d'un grand nombre d'esprits à tenir plus grand compte que par le passé des influences générales et des dispositions individuelles, se traduit partout, dans les livres, dans les journaux, dans les Sociétés savantes où la question de la pneumonie est une de celles qui reviennent le plus fréquemment.

M. Lhuillier, imbu comme nous tous l'avons été, des principes de l'école moderne, s'est trouvé en présence de faits où ces principes faisaient défaut, et il dit avec courage ses illusions perdues.

« Des faits observés pendant les hivers de 1852 et 53, dit-il, levèrent nos doutes, et nous démontrèrent la vérité de cette proposition, à savoir, que la constitution médicale exerce parfois sur le malade une influence telle, qu'elle modifie non seulement les symptômes généraux de la pneumonie, mais encore ses signes locaux, à tel point, que le médecin se trouve quelquefois trompé dans sa sécurité comme dans ses appréhensions. »

M. Lhuillier rapporte, en effet, des cas très remarquables dans lesquels la pneumonie a suivi une marche tout à fait anomale. Ici c'est un vieillard de 74 ans, chez lequel la pneumonie droite, avec souffle tubaire, et comme symptôme général prédominant, une adynamie profonde, on voit tout à coup survenir une pneumonie gauche, avec souffle tubaire également, et puis cette pneumonie repasser à droite. Ce phénomène, qui a fait déjà le sujet d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux, a été parfaitement constaté par M. Lhuillier. Là ce sont dix enfans de 8 à 12 ans atteints d'une maladie dont les signes physiques sont : matité, souffle tubaire, toux plus ou moins forte ; les signes généraux, stupeur, délire, ballonnement du ventre, fièvre rémittente. Ce qu'il prescrit, on ne le fait qu'à demi, grâce à l'indocilité des petits malades, et cependant, dans le second septenaire, la résolution s'opère avec une rapidité surprenante, la guérison arrive comme spontanément. Et ces faits, M. Lhuillier les donne comme des exemples de pneumonie catharrale épidémique, qu'il considère comme un *processus* de l'affection générale fébrile, comme l'expression physique de l'empire qu'une influence inconnue, insaisissable, exerce sur l'économie tout entière.

Disons cependant que l'observation rapportée par M. Lhuillier, comme spécimen de cette pneumonie catarrhale épidémique, ne démontre pas suffisamment qu'il ait eu affaire à une pneumonie. Les signes stéthoscopiques indiquent plutôt une pleurésie avec épanchement : c'est la péripneumonie épidémique de Sydenham qui fournit à ce grand observateur le sujet de considérations pratiques d'un si grand intérêt. Quoi qu'il en soit, les réflexions suivantes de M. Lhuillier n'en ont pas moins d'intérêt :

« Depuis que l'auscultation a une si grande part dans le diagnostic et dans le traitement de la fluxion de poitrine, nous semblons ne plus devoir ajouter foi à tout ce que les anciens ont écrit et assuré touchant cette maladie ; et si, dans leurs écrits, il y a quelque chose qui choque nos croyances actuelles, nous avons l'air de douter et de nous demander : était-ce bien une pneumonie? Certes, les anciens diagnostiquaient fort bien cette maladie ; le terme même par lequel ils la désignaient porte en lui quelque chose de très expressif ; en effet, la pneumonie est accompagnée d'un cortége de symptômes généraux qui fixent particulièrement l'attention, et ont une grande valeur ; parfois même ils priment tous les autres : voilà pourquoi de vieux médecins la diagnostiquent encore fort bien aujourd'hui, malgré leur ignorance des phénomènes d'auscultation ; seulement, ils ont le tort de la voir quelquefois où elle n'est pas. Notre tort, à nous, jeunes médecins, c'est d'avoir trop localisé la fluxion de poitrine, en la confinant dans les seuls phénomènes physiques ; pour nous, la fluxion de poitrine, c'est la matité, du râle crépitant et du souffle ; nous n'allons pas au-delà ; ces trois signes attirent seuls notre attention et notre sollicitude. Aussi, le traitement que nous employons se ressent-il de cet exclusivisme ; les saignées, l'émétique, les vésicatoires, tel est le cercle où s'agitent nos moyens d'action ; et si nous avons plus de positivisme que les anciens, nous savons moins bien employer nos ressources et les varier. Lorsqu'on parcourt les dissertations de Huxham, on est frappé de l'application savante et fertile qu'il faisait des principes généraux, et de la manière heureuse avec laquelle il sait tenir compte de l'ensemble des symptômes, de la physionomie propre aux différens cas ; la variété des traits, telle est sa préoccupation constante, préoccupation que l'on retrouve aussi bien souvent chez les auteurs les plus anciens ; mais, déjà, on revient à ces idées, les voies rétrécies s'élargissent, et l'on trouve dans le résumé de la clinique de M. le professeur Schutzenberg, de Strasbourg, des considérations très importantes sur le traitement des maladies de poitrine, d'après la nature de l'expectoration : espérons qu'elles resteront acquises à la science et à la pratique. »

Après avoir rapporté un très remarquable exemple de pneumonie bilieuse qu'un traitement énergique n'a pu conjurer, contre laquelle M. Lhuillier regrette d'avoir été peut-être trop prodigue d'émissions sanguines, il cite une observation de pneumonie rhumatismale dont on ne trouve plus guère d'exemples dans les auteurs modernes. Puis une observation de pneumonie avec paralysie générale. Ce cas, fort curieux, est malheureusement incomplet ; le voici néanmoins tel qu'il est raconté par l'auteur :

« J'allai voir, le 6 octobre 1853, un vieillard de 78 ans, malade depuis deux jours ; le 4 il se sentait déjà tout mal disposé et comme refroidi ; le 5 il alla dans une prairie, voir les faiseurs de regain, puis le soir on le trouve étendu au milieu de ses chevaux, ne pouvant se mouvoir, et comme frappé d'une paralysie générale. En le relevant, il eut des selles involontaires, qui ne cessèrent qu'au lendemain matin.

» Je le trouvai le visage animé, mais abattu, et les traits tirés, la langue sèche et chargée, ni soif, ni envie de vomir, ventre souple, indolore, respiration pénible, lente et courte ; il fait des crachats qui, dit-il, sont comme de la poix, et que je trouve safranés ; à l'auscultation, matité en arrière dans la moitié inférieure du poumon droit, râles crépitans fins, bronchophonie commençante, peau chaude et sèche, pouls petit, sans force, à 90.

» Bourrache miellée, — café noir par petites cuillerées, — frictions sur les jambes avec de l'eau sinapisée, et chaque deux heures une cuillerée à soupe d'un julep avec 2 grammes d'ipéca.

» Le surlendemain, je trouvai moins de prostration, les râles crépitans et les crachats colorés n'existaient plus, la respiration restait seulement rude, le malade désirait de manger. »

Qu'était devenue la paralysie? L'auteur ne le dit pas.

L'auteur rapporte encore une observation de pneumonie miliaire et deux observations très curieuses du genre de celles que P. Franck a désignées sous le nom de pneumonies nerveuses et caractérisées par les phénomènes suivans : lipothymies, face pâle et triste, vomissemens herbacés, sueurs profuses, morosité, douleur épigastrique, éruption miliaire, etc.

« Si l'on recherche attentivement, dit M. Lhuillier en terminant, dans toutes les observations que j'ai citées, on trouvera non seulement que la maladie a affecté une modalité spéciale, mais encore que la lésion organique qui la constitue s'est présentée sous un aspect inaccoutumé, en dehors de la règle, si je puis m'exprimer ainsi. C'est d'abord le souffle ambulant dans l'observation I ; le noyau d'hépatisation de l'observation IV, ne paraissant pas être la cause des phénomènes généraux, et qui disparaît dans les râles crépitans de retour. C'est cette respiration puérile de l'observation V, occupant le premier jour toute l'étendue des deux poumons, et remplaçant partout le râle crépitant que M. Grisolle dit ne devoir presque jamais manquer. C'est, enfin, cette absence de signes stéthoscopiques chez le dernier malade, absence de signes qui doit faire présumer que la pneumonie n'occupait que des noyaux isolés et très restreints, et se trouvait comme disséminée, ainsi qu'on l'observe dans les pneumonies morbilleuses. Cette irrégularité dans les phénomènes auscultatoires me paraît très remarquable ; prévenu, je l'eusse peut-être constatée d'une manière plus complète ; mais telle que je la présente, elle méritera encore, je l'espère, l'attention des pathologistes et des praticiens. »

Nous l'avons pensé aussi et voilà pourquoi nous avons donné une analyse étendue du travail de M. Lhuillier. On voit combien la pneumonie, cette maladie si commune, depuis si longtemps étudiée, que l'organicisme a cru si connue et sur laquelle la découverte de l'auscultation a jeté, en effet, de si vives lumières, présente encore des points obscurs et difficiles. La question de la nature de la pneumonie, par exemple, est encore certainement le point le plus arriéré de son histoire. La thérapeutique si divergente des modernes ne l'a guère éclairée, et il n'est point de maladie peut-être où le fameux aphorisme *Naturam morborum ostendunt curationes* montre plus fréquemment son inanité. Le tableau de la confusion qui règne à cet égard serait bien affligeant. Nous le réserverons pour une autre circonstance.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Suite. — Voir les numéros des 10, 14, 26 Juillet et 2 Août.)

Cinquième Leçon.

Paralysie ; suite du troisième degré. — Je vous ai fait connaître, dans notre dernière réunion, les différens degrés de paralysie déterminés par le mal vertébral. Vous avez vu que le troisième degré offre plusieurs nuances ; je vous ai présenté des exemples de ce qui se produit ordinairement, et j'ai été conduit à établir qu'il y a abolition du mouvement volontaire, avec conservation du mouvement réflexe.

J'ai comparé ces malades aux animaux chez lesquels les physiologistes expérimentent ; ils se trouvent dans les mêmes conditions que les reptiles dont on a coupé la moelle, et qui, sous l'influence d'un excitant douloureux, exécutent des mouvemens. Remarquez que je n'ai pas voulu dire que les malades se trouvent dans le même état physique, matériel, que ces reptiles ; il n'y a pas, chez eux, section de la moelle, mais une interruption d'action plus ou moins complète des fibres nerveuses.

En effet, la lésion qui correspond aux différens degrés de paralysie que j'ai montrés, n'intéresse ordinairement qu'une faible portion du cordon médullaire.

Les différentes nuances du troisième degré répondent à divers états de l'altération nerveuse. Il existe un rapport constant entre l'altération de la moelle et les troubles fonctionnels.

Dans ce troisième degré, le sentiment ordinairement conservé peut être plus ou moins aboli. Prenez-y garde cependant, on peut s'en laisser imposer par un examen superficiel ; appliquez sur la peau tous les genres de stimulation avant de croire à la perte de la sensibilité.

L'irritabilité musculaire, qui persiste le plus souvent, peut également être abolie, de même que le mouvement réflexe. Nous n'avons pas assez de faits pour décider si ces deux effets

se produisent toujours conjointement. Le mouvement peut être conservé, le sentiment étant seul aboli ; il est également possible que l'irritabilité musculaire persiste, alors que le mouvement réflexe est perdu.

M. Duchenne de Boulogne a publié un cas dans lequel il y avait perte complète de l'irritabilité musculaire ; malheureusement il ne dit rien de l'état réflexe.

On observe encore, dans ce troisième degré, des différences produites par des contractures, qui compliquent quelquefois la paralysie; par l'état des viscères du petit bassin, lesquels peuvent participer aux phénomènes paralytiques.

Les contractures atteignent les diverses séries de muscles; ordinairement fixées sur les fléchisseurs, elles n'occupent souvent que les extenseurs. Elles se manifestent à l'occasion d'une émotion morale, ou naissent sous l'influence des efforts des malades. Ces contractures, lorsqu'elles sont durables, laissent quelquefois à leur suite un raccourcissement des muscles affectés; c'est ce qu'on observe surtout aux muscles du mollet. Une jeune fille de nos salles a conservé un léger degré de rétraction des muscles atteints.

Les viscères pelviens, les sphincters vésical et anal, peuvent participer à l'affaiblissement des membres abdominaux. On observe alors la rétention ou l'incontinence de l'urine et des *fèces*, suivant que la paralysie porte sur les puissances expultrices ou rétentives. Dans les nuances les plus avancées, l'utérus lui-même a perdu sa contractilité; on l'a vu rester inerte au moment de l'accouchement (Brachet).

Causes de la paralysie. — Je dis que ces différens degrés de paralysie correspondent à des lésions plus ou moins profondes de la moelle.

1o *Compression.* — La simple courbure de l'épine peut-elle produire seule la paralysie? On l'a cru longtemps; Pott l'a nié le premier; Nichet, depuis, a soutenu que la déformation des os n'avait pas pour effet de comprimer la colonne nerveuse. Je ne puis admettre cette opinion exclusive. Je vous ai montré des pièces offrant un rétrécissement du canal, et des arêtes qui produisaient une impression sur la moelle. Plusieurs faits de compression tenant à cette cause ont été constatés par nous à l'autopsie. Cependant, beaucoup d'auteurs expriment, comme Nichet, une opinion contraire. La grande objection qu'ils font valoir est la suivante : vous avez, d'une part, disent-ils, de faibles courbures avec paralysie; et d'un autre côté, de fortes incurvations ne sont point accompagnées de phénomènes paralytiques; et d'ailleurs, ajoute-t-on, la paralysie disparaît souvent, quoique la courbure persiste. L'argument est spécieux. Les faits qu'on invoque sont exacts; mais ils montrent seulement qu'il existe d'autres causes de paralysie que celle dont il est ici question, et qu'une compression lente de la moelle n'est pas toujours incompatible avec la persistance de ses fonctions. Si l'on n'observe pas toujours des accidens de compression dans les cas de forte courbure du rachis, cela peut tenir à la destruction de l'arête osseuse. Il n'est pas impossible, non plus, que la moelle, dont la surface aurait été lésée, ne puisse recouvrer son action; qu'il ne s'opère en elle une transformation organique, qui rende la courbure compatible avec l'intégrité des fonctions du cordon rachidien.

Il y a, ai-je dit, d'autres causes de compression de la moelle, que l'arête osseuse dont il a été fait mention; toutes les matières qui passent dans le canal rachidien, le pus, les séquestres, la matière tuberculeuse, sont autant d'agens qui peuvent comprimer la moelle. Les symptômes sont les mêmes que dans le cas de compression par le seul fait de la courbure. La paralysie peut, dans l'un et l'autre cas, rétrograder; de là, des améliorations, des rétablissements momentanés ou définitifs.

Je présente une pièce qui nous offre un exemple de compression produite par une substance étrangère ayant pénétré dans le canal vertébral. Elle provient d'un jeune homme de 18 ans, ayant un état pénible ; il était mécanicien, adonné de plus à la masturbation. Il n'a été pris des premiers symptômes de sa maladie qu'à la fin de l'année dernière ; ils consistaient, à l'époque de son admission à l'hôpital Necker, en quelques douleurs dans les reins et un affaiblissement assez considérable des membres inférieurs. Huit jours après, il ne marchait plus. La colonne vertébrale fut explorée avec soin par M. Monneret; il n'existait point de gibbosité. Le mal avait son siége vers le milieu de la région dorsale ; mais la douleur étant rapportée aux lombes, c'est en ce point que deux cautères furent appliqués de chaque côté de l'épine. Des escarrhes se produisirent bientôt au niveau du sacrum, des trochanters, et le malade succomba aux suites de la gangrène. On a trouvé, comme cause de paralysie, un amas de matière tuberculeuse sur les vertèbres que vous voyez à nu. Le produit morbide se trouvait placé entre les vertèbres et le ligament commun postérieur. De chaque côté de la moelle, on voyait, de plus, un foyer tuberculeux communiquant, par le trou de conjugaison, avec la cavité du thorax. Ainsi, point de doute : il s'agit ici d'une affection tuberbuleuse entourant les vertèbres, et les ayant nécrosées; comprimant, en outre, le cordon rachidien.

2o *Altération de la moelle.* — Il existe des lésions plus graves, correspondant à des degrés plus avancés de la maladie. Ces lésions sont celles de la substance même de la moelle, telles que myélite, ramollissement; des pointes osseuses viennent quelquefois irriter les membranes; ces organes peuvent être le siége d'une inflammation chronique qui les épaissit. Nichet a publié le résultat d'autopsies des plus intéressantes, offrant cet ordre de lésions. Si la moelle est malade, les symptômes sont généralement plus intenses. D'après M. Duchenne de Boulogne, il y a toujours alors abolition de l'irritabilité musculaire. Nous ne possédons encore sur ce point que des connaissances peu étendues. Ces sujets sont à l'étude; on ne s'occupe que depuis peu de temps de l'irritabilité musculaire, du mouvement réflexe et autres phénomènes physiologiques de ce genre. Je dirai même, relativement au principe posé par M. Duchenne, que le malade dont il a parlé a guéri. Ainsi, il est probable que l'altération nerveuse était peu profonde chez ce sujet.

Suivant le siége de la lésion, la paralysie affecte une étendue différente de parties. Vous le comprenez facilement. Si l'extrémité inférieure de la région lombaire se trouve atteinte, comme la moelle n'existe plus en ce point, non seulement la paralysie n'affectera que les nerfs de la queue de cheval, et s'étendra à un moins grand nombre d'organes, mais encore on n'observera plus les phénomènes réflexes, et l'irritabilité musculaire pourra être plus ou moins altérée.

La forme la plus ordinaire de paralysie consiste, comme on l'a vu, dans l'abolition des mouvemens volontaires, et coïncide avec la lésion des parties antérieures de la moelle. Vous savez, en effet, les expériences de Charles Bell, celles de MM. Magendie et Longet nous l'ont appris, que les cordons antérieurs sont chargés de la motilité, les faisceaux postérieurs présidant à la sensibilité. La lésion plus fréquente des parties antérieures du centre nerveux s'explique facilement, quand on réfléchit qu'elles sont précisément en rapport avec la portion du rachis altérée.

Diagnostic différentiel de la paralysie. — Voici un jeune enfant qui offre un affaiblissement considérable des membres inférieurs; il y a, de plus, une légère saillie des apophyses lombaires : eh bien, ce n'est pas un cas de mal vertébral. Cet enfant est rachitique. Quant à la lésion des membres abdominaux, on pourrait se tromper sur sa cause, si l'on n'avait vu auparavant la courbure des tibias; il n'y a ici qu'un affaiblissement musculaire rachitique.

Il ne faut pas non plus confondre la paralysie avec la difficulté de marcher, dans le mal de Pott, tenant à la douleur ou à une faiblesse générale; avec de l'attention, on évitera cette méprise.

On peut aussi confondre la paralysie tenant au mal vertébral avec les paraplégies dépendant d'une autre cause, spécialement avec les paralysies essentielles de l'enfance. Je vous renverrai, pour ces dernières, à l'ouvrage de M. Duchenne, qui aide puissamment à ce diagnostic souvent difficile.

On peut enfin rencontrer de grandes difficultés à distinguer la compression de la moelle par mal vertébral, des autres compressions, de celles qui sont produites par l'anévrysme de l'aorte, par une tumeur osseuse de nature syphilitique, un carcinôme ou des tubercules, des acéphalocystes développés dans le canal rachidien.

Traitement du mal vertébral.

Vers la fin du siècle dernier, dans la même année, en 1779, parurent deux opuscules, qui traitaient du mal vertébral. Les auteurs de ces dissertations s'ignoraient l'un l'autre; ils écrivaient au même moment, l'un à Londres, l'autre à Rouen. L'un jouissait d'une des plus hautes positions chirurgicales de l'Europe et du monde entier ; l'autre était un modeste chirurgien de l'ancienne capitale de la Normandie, de beaucoup inférieur d'ailleurs, par l'âge comme par la renommée, à celui qui fut le premier maître de Hunter.

Dans l'un de ces opuscules, on lisait :

« Je publie un détail du bon succès qui a suivi la méthode particulière de traiter une maladie *que tous les efforts de l'art n'ont encore pu guérir*..... Le motif qui m'a fait publier cet ouvrage..... est le désir de perdre le moins de temps possible à indiquer les moyens de secours pour un mal *qui a résisté à tous les remèdes avant que celui-ci fût connu*..... Les patiens de tout âge, que j'ai traités au commencement de la maladie, ont tous été guéris. »

Dans l'autre ouvrage, on lisait :

« Une maladie aussi grave, dira peut-être quelqu'un, est au-dessus des ressources de l'art et des efforts de la nature ; gardons-nous de prononcer aussi légèrement, et d'assigner à celle-ci des bornes qu'elle ne s'est pas prescrites ; elle nous offre des caries de vertèbres dorsales, guéries par ses seuls bienfaits..... Serait-il étonnant que la nature, après s'être servie du pus pour dissoudre les pièces osseuses, le rappelât dans les voies générales de la circulation..... Quant aux os primitivement affectés, ils ne sont pas plutôt débarrassés de ces débris, qu'ils commencent à reprendre de la solidité, et si plusieurs vertèbres, par exemple, ont participé aux désordres, elles forment entre elles une masse commune d'ossification qui termine *cette grande curation* qui, comme l'on voit, *doit être l'ouvrage de la nature, du temps et du repos.* »

Lequel de ces deux textes est le plus conforme à nos connaissances actuelles? Lequel décèle l'observateur profond et attentif, l'interprète judicieux, exact des procédés curatifs de l'organisme malade? Lequel, en un mot, est d'un vrai médecin, uniquement attaché à pénétrer les mystères de la nature pour y puiser les véritables ressources de l'art? Lequel, au contraire, semble émané d'un de ces guérisseurs plus ou moins convaincus de la toute-puissance de leurs remèdes, mais voulant surtout imposer cette conviction à leurs semblables?

Ne croiriez-vous pas que l'obscur chirurgien normand doit avoir écrit les phrases que j'ai citées en premier lieu, et que l'éminent professeur de la Grande-Bretagne est l'auteur des autres?

Non, on l'a déjà deviné, c'est justement le contraire. Le premier passage, cousu d'assertions fausses ou hasardées, est de l'illustre Pott; le second, de David, le modeste chirurgien rouennais, qui n'a pas même songé à écrire *ex professo* sur la carie vertébrale; l'ouvrage où il en parle est une simple dissertation sur les effets du mouvement et du repos.

Cependant qu'est-il advenu?

La renommée l'a emporté sur la vérité. Les illusions ou les vanteries de Pott ont été traduites dans toutes les langues. Sa *méthode*, qui n'était autre que celle des Arabes et de leurs successeurs immédiats, celle que M. A. Séverin avait déjà tenté de faire revivre, sa prétendue méthode a régné jusqu'à nos jours, elle règne encore après soixante-seize ans! Et le livre de David?... Le livre de David est resté enfoui dans la poussière des bibliothèques, d'où je l'ai tiré par hasard. Personne ne l'a lu, bien peu du moins. Mon savant maître, Boyer, ne l'avait pas lu lorsqu'il écrivait que : « Pott n'a pas seulement décrit le premier avec exactitudec ette maladie, il a encore *la gloire* d'en avoir indiqué le traitement. » L'érudit Paletta, de Milan, ne l'avait pas lu, quand il a reproduit et adopté les idées de Pott dans son excellente dissertation sur la cyphose paralytique.

C'est à peine si nos derniers maîtres, les Dupuytren, les Roux, les Marjolin, les Cloquet, ont commencé à soulever le voile jeté par l'ombre de Pott sur les grandes vérités exprimées par l'humble chirurgien normand.

Un traitement banal, disait Auguste Bérard dans une leçon clinique sur le mal vertébral, un traitement banal est en usage depuis Pott; il consiste dans l'application de cautères autour de la gibbosité. Après douze ans, on peut répéter cette phrase. Quels que soient les symptômes, le degré de la lésion, que le malade soit jeune ou vieux, homme ou femme, faible ou robuste, la méthode est invariable : des cautères, et toujours des cautères; il semble que la conduite du médecin soit stéréotypée d'avance.

Ce n'est pas ce plan de traitement que nous vous tracerons. Nous reviendrons à David, à l'observation de la nature; c'est à cette source précieuse que l'art puise les meilleures inspirations.

Nous distinguerons trois cas dans le mal vertébral, au point de vue du traitement. Dans le premier, il n'y a ni paralysie, ni abcès; dans le second, il y a seulement de la paralysie; dans le troisième, il existe des abcès visibles, ordinairement sans paralysie. Je n'aurai en vue que les abcès extérieurs, visibles, toutes les fois que je vous parlerai d'abcès par congestion; je me suis expliqué plus haut sur l'existence presque constante des foyers cachés.

Les trois formes de mal vertébral, que je viens d'indiquer, sont regardées par presque tous les auteurs comme constamment mortelles. Cependant nous voyons beaucoup de malades guérir. Il faut bien remarquer que plusieurs causes de mort sont liées au mal vertébral, mais ne lui sont pourtant pas inhérentes. L'on meurt par diathèse tuberculeuse : des enfans bien portans sont enlevés par des tubercules du cerveau; des adultes deviennent phthisiques. On peut aussi mourir par épuisement; la terminaison funeste est bien causée ici par le mal vertébral, mais c'est un peu la faute de la constitution : la maladie survient chez des sujets trop faibles pour la supporter ; en sorte qu'elle est moins mortelle par elle-même, qu'en raison des circonstances dans lesquelles elle se développe. Des lésions consécutives, telles que des escarrhes, des hydropisies, l'anasarque, emportent quelquefois les malades. Des maladies fébriles, pneumonie, rougeole, variole, survenant dans le cours d'un mal vertébral, enlèvent plus facilement les malades, parce qu'ils sont affaiblis. La maladie des vertèbres tue donc moins souvent par elle-même qu'on ne le dit généralement.

Em. Bailly,
Interne du service.

(La suite prochainement.)

CLINIQUE MÉDICALE.

LARYNGITE CHRONIQUE ULCÉREUSE SIMPLE; — DESTRUCTION DU VOILE DU PALAIS; — NÉCROSE DES OS DU NEZ; — MALADIE DE BRIGHT; — ANASARQUE; ASCITE ET HYDROTHORAX.

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. le docteur Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Emilie Emme, âgée de 12 ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, au no 19 de la salle Sainte-Marguerite, le 2 mai 1855, morte le 9 mai.

Cette fille a été vaccinée. Père bien portant; a eu un ganglion cervical engorgé à l'âge de 20 ans; un abcès dans l'oreille à 26 ans, et pendant treize ans de service militaire, il n'a été malade que pour cet abcès. Pas de blennorrhagie; pas de bubons ni d'éruptions sur la peau. Il a eu au gland une petite écorchure qui a guéri seule. La mère, morte du choléra l'année dernière, était souvent malade, et n'a jamais eu d'affection cutanée ou glandulaire. Trois frères et une sœur plus jeune, tous bien portans. Une sœur est morte à l'âge de 5 mois, pen-

dant la dernière maladie de sa mère. Tous ont eu la rougeole. Aucun n'a de maladie cutanée chronique.

Emilie Emme est assez bien développée ; brune, mais fort pâle, et d'une physionomie maladive. Elle est malade depuis six mois. Alors elle eut une ophthalmie assez forte, rapidement guérie, à la suite de laquelle s'établit un enrouement très prononcé, qui n'a jamais disparu et n'a fait qu'augmenter. Toux assez fréquente, grasse ; hémoptysies assez abondantes pendant huit jours il y a deux mois ; gonflement et rougeur des narines et des lèvres, avec écoulement de mucus nasal abondant, épais, jaunâtre, un peu odorant. Il y a deux mois qu'on a constaté l'existence d'un ulcère dans le fond de la gorge, et la voix, depuis lors, est rauque, nasonnée. La respiration est bruyante, et s'entend à distance.

L'enfant se présente à la consultation de l'hôpital avec le certificat du médecin qui l'envoie. Elle est pâle, anémique, et, à sa première réponse, faite d'une voix rauque, à demi-éteinte, enrouée, nasonnée, au bruit sifflant de l'effort expiratoire, absolument semblable aux phénomènes observés chez l'adulte dont le voile du palais est détruit, on peut prévoir que ces parties offrent, chez elle, une altération de ce genre. Elle tousse et crache une matière épaisse puriforme. Son haleine est fétide, non gangréneuse. Peu d'appétit, soif fréquente, diarrhée assez abondante. Ventre tendu, indolent à la pression.

La langue est blanche, gonflée, conserve de chaque côté l'impression des dents ; elle offre plusieurs taches lenticulaires blanchâtres indurées. L'arrière-bouche présente une rougeur considérable du pharynx avec granulations grisâtres épaisses. Les piliers du voile du palais et les amygdales ont disparu par la suppuration. Le voile du palais est complétement détruit et la base de la langue gonflée est le siége d'une ulcération superficielle autour des papilles caliciformes. L'épiglotte a disparu. Ces lésions faisant naître l'idée d'une affection syphilitique, les parties génitales furent examinées avec soin, mais sans rien dénoter.

La peau est modérément chaude. Pouls 104.

3 mai. Pâleur plus grande, légères bouffissures de la paupière droite et des membres inférieurs. Les urines claires, acides, précipitent abondamment l'albumine par l'acide nitrique et par la chaleur. Diarrhée fréquente ; ventre dur, tendu et indolent. Pas d'appétit, soif fréquente. Toux, expectoration épaisse, puriforme, grisâtre, d'une odeur infecte, non gangréneuse. Voix à moitié éteinte, fortement nasonnée. Même état de l'arrière-bouche, du voile du palais, de la langue et des gencives.

Julep ; iodure de potassium, 1 gramme. Tisane de riz sucrée.

5 mai. L'œdème a augmenté et les urines se prennent en masse épaisse blanche, sous l'influence de l'acide nitrique et de la chaleur ; diarrhée très abondante ; même état local de la bouche et de l'arrière-gorge. — Julep ; iodure de potassium.

7 mai. L'œdème couvre le visage ; les jambes et les bras sont infiltrés. Respiration très gênée et il y a de la matité à droite, en bas et en arrière de la poitrine. Le bruit respiratoire a diminué sur ce point et la voix ne retentit que très faiblement.

8 mai. L'œdème a augmenté et forme une anasarque générale avec refroidissement et teinte bleuâtre, cyanosée des tégumens. Respiration très fréquente, pénible et suspirieuse ; l'enfant est si malade qu'il n'y a pas moyen ni utilité d'examiner sa poitrine. Le pouls petit, presque insensible, très fréquent échappe au doigt et ne peut être compté.

9 mai. Mort ce matin.

Nécropsie vingt-six heures après la mort.

Le péritoine est rempli d'une grande quantité de sérosité purulente ; des adhérences nombreuses existent au niveau du foie. Cette membrane ne renferme pas de granulations à sa surface.

Les deux reins sont très gros, aussi volumineux que des reins d'adulte. La substance corticale, jaunâtre, décolorée, est très épaisse et comprime la substance tuberculeuse, qui est saine et d'un rouge vermeil. L'enveloppe fibreuse étant enlevée, on voit à la surface de l'organe une anémie considérable, avec de fines arborisations vasculaires disposées en petites étoiles très nombreuses. Çà et là se trouvent à la surface une quantité considérable de petits grains blanchâtres, comparables à de petits grains de semoule. Le tissu paraît, au microscope, rempli de globules de graisse.

Le foie est volumineux, ratatiné en quelques points, et froncé comme s'il y avait une cicatrice. Il est cirrhosé, et la substance jaune prédomine sur la substance rouge.

L'intestin est pâle, décoloré. Dans le colon se trouvent un grand nombre de follicules isolés atteints d'hypertrophie, et la muqueuse est le siége d'une injection vasculaire considérable. Dans l'intestin grêle, la muqueuse de l'iléon est assez fortement congestionnée, et elle renferme un grand nombre de follicules hypertrophiés. Les plaques de Peyer sont saines.

Les poumons sont souples, très crépitans, et à peine congestionnés. Ils ne renferment pas un seul tubercule ni granulations demi-transparentes.

On trouve dans un ganglion de la racine des bronches une masse dure, crétacée, qui est probablement le résultat de la métamorphose d'un tubercule.

Les deux plèvres renferment une notable quantité d'épanchement séreux.

Rien au cerveau et dans ses enveloppes.

Le pharynx est rouge, granulé, et présente une érosion superficielle et quelques petites ulcérations de la muqueuse. Ces altérations cessent à l'œsophage. Les piliers du voile du palais, ainsi que les amygdales forment une surface suppurante rouge-grisâtre. Le voile du palais a disparu complétement, et l'ulcération va jusque sur le bord de l'os ; elle s'étend à la partie postérieure de la cavité des fosses nasales, où la muqueuse est détruite, et les cornets sont à nu et nécrosés. La base de la langue, gonflée, est rouge, couverte d'ulcérations qui entourent les papilles caliciformes hypertrophiées.

L'épiglotte, les ligamens épiglottiques et les cartilages arythénoïdes n'existent plus ; la suppuration les a détruits, et à leur place se trouve une surface rouge fongueuse suppurante. Les ventricules du larynx sont en pleine suppuration et leur muqueuse est détruite. La corde vocale supérieure gauche est le siége d'un ulcère qui en a détruit la moitié postérieure. Enfin, au-dessous de la corde vocale inférieure de ce côté, existe une ulcération superficielle de la muqueuse du larynx, au niveau de la face interne du cartilage cricoïde. Cette ulcération a environ deux centimètres de diamètre ; elle a un fond rouge, légèrement granuleux ; les bords sont d'un rouge assez vif, et elle ne dépasse pas en profondeur l'épaisseur de la muqueuse.

Cette observation présente le rare et curieux exemple d'une laryngite ulcéreuse, ou phthisie laryngée, chez une enfant de 12 ans. A cet âge, les ulcérations non tuberculeuses et non syphilitiques du larynx sont considérées, avec raison, comme des faits tellement exceptionnels, que leur existence est généralement mise en doute. MM. Trousseau et Belloc (*ouvrage sur la phthisie laryngée*) déclarent n'en avoir pas rencontré d'exemples ; et ils rapportent seulement un fait de laryngite chronique recueilli chez une jeune fille de 14 ans, et sur laquelle on ne put savoir s'il y avait ulcération du larynx. MM. Rilliet et Barthez n'ont vu que deux cas de laryngite chronique simple, et en l'absence de nécropsie, ils n'ont pu savoir si la muqueuse du larynx était ulcérée. De son côté, M. Blache ne croit pas à la possibilité de l'ulcération inflammatoire chronique simple, indépendante de la syphilis ou des tubercules pulmonaires.

Toutes ces opinions négatives et contradictoires s'éclairent par le fait que nous rapportons, et qui démontre l'existence de la laryngite ulcéreuse simple.

L'enfant s'est présentée à la consultation de l'hôpital, affaiblie par un long état de souffrance, toussant beaucoup et expectorant une matière puriforme verdâtre. Sa voix était rauque, demi-éteinte et nasonnée, comme toute personne dont le voile du palais est perforé. Sa langue, gonflée, conservait l'empreinte des dents, et offrait quelques petits noyaux blanchâtres indurés. Le voile du palais était complétement détruit, et le bord postérieur de la voûte palatine rouge et ulcéré. Les piliers du voile du palais étaient ulcérés, et les amygdales détruites par la suppuration. Le pharynx était rouge, hérissé de granulations rouges, sur un fond grisâtre de suppuration. L'épiglotte, rongée par l'ulcération, avait disparu, et la nécropsie nous a montré qu'il en était de même des cartilages arythénoïdes. Des ulcérations existaient dans le larynx. Les ventricules de cet organe étaient en pleine suppuration. La corde vocale supérieure gauche était entièrement détruite, et l'inférieure du même côté était seulement érodée. Au-dessous de cette corde vocale, la surface du larynx présentait également à gauche une ulcération large comme une pièce de cinquante centimes, et n'intéressant que la muqueuse. Le fond était gris, parsemé de petites granulations rouges. Les poumons, parfaitement sains, souples et crépitans, ne renfermaient pas un seul tubercule cru ou ramolli ; il n'y en avait nulle part, si ce n'est cependant un seul dans un ganglion bronchique, mais il était transformé en matière dite crétacée. La muqueuse des fosses nasales participait à l'ulcération de la muqueuse de l'arrière-bouche, et les os à la partie postérieure des fosses nasales étaient nécrosés.

Outre ces altérations principales, existaient encore une néphrite albumineuse chronique, une entéro-colite chronique, une cirrhose du foie, une péritonite chronique avec épanchement purulent, et enfin une anasarque générale.

Déterminer la nature de ces altérations n'est pas chose facile ; et en ce qui touche la maladie du larynx, il y avait à rechercher si les diathèses syphilitique, scrofuleuse ou morveuse étaient pour quelque chose dans son développement. Le père de l'enfant, interrogé avec soin et précaution, n'a rien pu dire qui soit de nature à éclairer le diagnostic. L'enfant, examinée aux parties génitales, dans le cuir chevelu, au cou et sur le corps, ne présenta rien qui, dans le présent et pour le passé, pût faire supposer l'existence d'une altération syphilitique ou scrofuleuse. Aucune cicatrice compromettante n'existait sur le corps. Il fallait se prononcer uniquement d'après la marche des accidens et aussi sur l'aspect des lésions observées. En l'absence de toute scrofulide cutanée et de tubercules pulmonaires ou viscéraux quelconques, l'idée d'une laryngite scrofuleuse ne pouvait plus se défendre.

En dira-t-on autant de la diathèse syphilitique, par cette raison qu'elle n'a pas laissé de traces sur les autres parties du corps? Non, sans doute ; car celle-ci, plus que la diathèse scrofuleuse, peut se manifester isolément sur un organe sans atteindre ostensiblement d'autres parties de l'organisme. Néanmoins, rien autre qu'une probabilité fort douteuse ne pouvait faire admettre cette opinion. En l'admettant à titre d'hypothèse, c'était nous donner le droit de faire une thérapeutique spéciale et spécifique dont le résultat eût éclairé la nature du mal ; mais il en devait être autrement : les accidens ont marché trop vite pour nous permettre d'arriver à une solution satisfaisante. La mort a mis fin aux hypothèses sans les éclairer beaucoup ; et bien que je croie à l'existence d'une laryngite ulcéreuse chronique simple, je dois convenir que le temps n'a pas permis de vérifier l'hypothèse différente et soutenable d'une laryngite ulcéreuse syphilitique.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 Juin 1855. — Présidence de M. GUÉRARD.

Sommaire. — Lecture sur les *contractures des extrémités*, par M. Rabaud, interne de M. Barthez. — Lecture par M. Bouchut d'une *observation de laryngite chronique ulcéreuse simple*, etc. Discussion : MM: Legendre, Marrotte, Barthez, Aran, Guérard.

M. RABAUD, interne du service de M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie, lit un travail sur les *contractures des extrémités chez les enfans*. (Sera publié dans un des prochains numéros de l'UNION MÉDICALE.)

— M. BOUCHUT lit une *observation de laryngite chronique ulcéreuse simple, destruction du voile du palais, nécrose des os du nez, maladie de Bright, anasarque, ascite et hydrothorax.* — (Voir plus haut, article *Clinique médicale*.)

M. LEGENDRE : Si j'avais observé chez un adulte un fait semblable à celui dont M. Bouchut vient de vous donner la relation, et qu'il m'a fait voir, je n'aurais pas hésité à me prononcer sur la nature syphilitique de la maladie, et j'aurais eu bien de la peine à admettre une autre hypothèse, mais, à raison de quelques faits analogues que j'ai observés chez des enfans scrofuleux, j'ai cru à la nature scrofuleuse de cette ulcération : c'est une sorte de lupus des membranes muqueuses, et je ne puis croire qu'une inflammation simple puisse suffire pour amener de pareils désordres. En outre, les lésions des reins ne sont pas rares chez les enfans scrofuleux ; et, chez celui-ci, il était survenu une albuminurie avec tout son cortége de symptômes. Ainsi donc, j'ai conclu à la nature scrofuleuse de la maladie plutôt d'après d'autres faits que j'avais observé, et d'après l'âge de la malade, que d'après les symptômes qui auraient été plutôt ceux d'une syphilis tertiaire.

M. MARROTTE : M. Bouchut a dit que les parties génitales avaient été examinées et que l'on n'y avait découvert aucune trace de syphilis ; il faut remarquer, cependant, que dans les affections scrofuleuses, lorsque les lésions atteignent les membranes muqueuses, elles ont toujours commencé par porter leur action sur la peau, et ce n'est que consécutivement que les muqueuses sont atteintes. D'un autre côté, je ne puis croire qu'une inflammation simple puisse amener de pareils désordres : je suis donc porté à rejeter l'idée d'une affection scrofuleuse, et encore plus celle d'une ulcération simplement inflammatoire. La nature rongeante de l'ulcération, l'absence de lésion de la peau, la nécrose des os du nez me feraient croire à la syphilis, quoique l'examen des parties génitales n'ait rien démontré !

M. BARTHEZ serait tenté de se rapprocher de l'opinion de M. Marrotte, et de croire à la syphilis plutôt qu'aux opinions de MM. Bouchut et Legendre.

M. ARAN confirme ce qu'a dit M. Legendre des lésions des reins chez les scrofuleux ; et, comme lui, il croit à la destruction des membranes muqueuses par les scrofules. Depuis quatre ou cinq ans, les médecins anglais décrivent une angine ulcéreuse qui présente des lésions aussi profondes que celles que M. Bouchut a décrites. Cette maladie était inconnue avant cette époque, et ils ne donnent aucun renseignement qui puisse en expliquer le développement.

M. BOUCHUT : Chez cette malade, après un examen des plus consciencieux, je me trouvais en présence de deux hypothèses ; ou bien, c'était une syphilis larvée, ou bien une angine ulcéreuse simple ; quant à la syphilis, j'y avais bien pensé, et je commençais à administrer l'iodure de potassium, lorsque survint l'albuminurie, qui a déterminé la mort. Ce n'est qu'après l'autopsie, en présence des lésions, que j'ai cru pouvoir me prononcer pour une ulcération simple, car je n'ai vu que les traces d'une inflammation chronique, et effectivement, maintenant encore, après cette discussion, ces deux hypothèses restent encore seules en présence : syphilis ou ulcération simple.

M. GUÉRARD insiste sur la fréquence des lésions des reins dans les maladies scrofuleuses.

Le secrétaire, E. MOUTARD-MARTIN.

COURRIER.

Les ateliers de l'imprimerie étant fermés mercredi à l'occasion de la fête du 15 août, l'UNION MÉDICALE ne paraîtra pas jeudi prochain.

AVIS. — M. Groux, affecté de fissure congénitale du sternum, sera présenté au public médical par M. le professeur Bouillaud, dans l'amphithéâtre de la Charité, jeudi prochain, 16 août, à 3 heures de l'après-midi. M. le professeur Bouillaud a bien voulu se charger de faire la démonstration de ce cas intéressant.

Nous donnons cet avis aux médecins et aux élèves qui voudraient assister à cette séance.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire relative à l'obligation, pour les élèves des écoles préparatoires, de suivre les cours de chimie et d'histoire naturelle des Facultés.

Nous y remarquons les passages suivans :

« La suppression des chaires de chimie et d'histoire naturelle dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, loin d'avoir pour effet d'affranchir les élèves de ces établissemens d'une étude qui forme le complément indispensable de leur instruction, et qui est d'ailleurs comprise dans le programme des examens, leur impose au contraire la salutaire obligation d'acquérir des connaissances plus étendues et plus approfondies en suivant les cours de chimie et d'histoire naturelle des Facultés des sciences ou des écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

» J'ai décidé, après avoir pris l'avis du comité des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, qu'à dater de la prochaine année classique, les étudians des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie seraient tenus de s'inscrire aux cours de chimie et d'histoire naturelle de la Faculté des sciences, lorsque ces deux cours ne seraient pas professés dans l'École à laquelle ils appartiennent. Les inscriptions dont il s'agit leur seront délivrées gratuitement, et les professeurs s'assureront par des appels ou par tout autre moyen de l'assiduité des élèves inscrits. »

— Par une autre circulaire, M. le ministre de l'instruction publique prescrit à MM. les recteurs de convoquer MM. les professeurs de Faculté, soit ensemble, soit séparément, pour délibérer sur les programmes de chaque cours, les coordonner entre eux. Dans ces programmes, qui seront soumis au comité de l'inspection générale, MM. les professeurs devront tracer le plan des principales parties de leurs cours et faire connaître approximativement le nombre des séances qu'ils ont l'intention d'y consacrer. Les programmes devront en outre laisser entrevoir la méthode et l'esprit qui présideront à l'enseignement.

— M. le docteur Th. Boeckel, qui s'occupe avec un zèle soutenu de la question de l'ozone, écrit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

« Pendant les quatre premiers jours de juillet, l'ozonoscope a marqué trois fois *zéro* la nuit ; et, sur quatre cas de choléra qui sont venus plus directement à ma connaissance, trois ont éclaté entre minuit et six heures du matin. »

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 97-98. NEUVIÈME ANNÉE. Samedi 18 Août 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :

Rue du Faubourg-Montmartre, 56,

A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :

Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 AOUT 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Des deux élémens, production et appréciation, dont se composent les travaux académiques, c'est le premier qui domine incontestablement. Comparativement aux mémoires *lus*, les mémoires *rapportés* sont infiniment rares. C'est peut-être l'inverse qui devrait avoir lieu, ou plutôt il serait à désirer qu'il s'établit une juste proportion entre la production et l'appréciation. A toutes les séances nous voyons se succéder, soit dans le dépouillement de la correspondance, soit à la tribune, un grand nombre de travaux, mais de rapports un très petit nombre, et de loin en loin. L'Académie ne fait pas à cet égard ce qu'elle pourrait et devrait faire; elle n'exécute pas même son règlement qui prescrit à son secrétaire perpétuel de rappeler tous les mois les rapports en retard, immense labeur qui est devenu impossible à accomplir, tant l'accumulation des rapports arriérés est devenue considérable. Au risque de déplaire à la savante compagnie, nous reviendrons souvent sur ce fâcheux état des choses. Nous croyons que les Académies officielles manquent à tous leurs devoirs, et affaiblissent leur seule raison d'être aujourd'hui, en négligeant l'élément critique et appréciation. Cet état des choses porte à réfléchir, à se demander si les institutions académiques, telles qu'elles sont organisées depuis la renaissance des lettres en Occident, répondent aux exigences actuelles de la science, s'il serait impossible d'en modifier avantageusement la constitution et le fonctionnement, si au principe sur lequel elles ont été fondées et sur lequel elles reposent encore, principe d'autorité et de privilége étroit, il ne serait pas plus logique et plus utile de substituer le principe de liberté et de spontanéité, de participation générale et d'association; principe autrement encourageant et fécond. On semble éviter ces questions, on craint de les aborder, il faudra néanmoins, et plus tôt que plus tard, appeler sur elles l'attention de tous; elles sont inévitables, car le mal s'accroît de jour en jour; et il est évident pour tous que les compagnies savantes officielles ne rendent pas les services qu'elles pourraient rendre à l'art, à la science, au travail.

La dernière séance de l'Académie a été, comme le plus grand nombre des séances de ce corps savant, une pure séance d'exhibition.

M. Cloquet, qui prépare un grand travail sur les concrétions intestinales, a présenté la collection de ces productions, tirée des divers Musées, qu'il a pu réunir et faire figurer. Le savant Gaspard Bauhin n'a pas dédaigné d'écrire un in-8° sur les bézoards, auxquels on a longtemps attribué des propriétés thérapeutiques merveilleuses. Il suffisait de les porter pour être préservé de tous maux; aussi les vendait-on fort cher, à ce point, que Bomare cite un bézoard de porc-épic qu'un juif d'Amsterdam voulait vendre deux mille écus. A ceux qui ne pouvaient pas en acheter on les louait; le prix était de dix à douze francs par jour, pour les porter au cou en guise d'amulette. Hélas! la falsification s'en mêla; M. Chevallier n'a pas décrit celle-là dans son beau livre; on fit de faux bézoards comme on fait aujourd'hui de fausse quinine; tant il est vrai, et c'est consolant, que la génération présente ne vaut pas pis que celles qui nous ont précédées.

Les élémens dont M. Cloquet a pu se servir lui auront permis de composer une monographie complète sur ces concrétions intestinales, dans lesquelles il a établi des divisions fondées sur leur composition chimique et la nature de leur noyau. Les échantillons qu'il a montrés de ces diverses concrétions font voir combien ces productions peuvent différer par l'aspect, le poids, la composition, et aussi par la nature des accidens auxquels elles peuvent donner lieu.

M. Verneuil a lu un extrait d'un grand travail qu'il prépare sur l'anatomie et la pathologie du système veineux. Le fragment que ce jeune et savant médecin a présenté à l'Académie offre un grand intérêt et des faits réellement nouveaux. Il s'agit des varices et du mécanisme de leur formation. Contrairement aux idées reçues, c'est par les veines profondes que la phlébectasie commence, selon M. Verneuil, au moins sur le membre inférieur. Les varices des veines sous-cutanées ne sont qu'un résultat, qu'une conséquence des varices des veines profondes. C'est à l'amphithéâtre et par des dissections multipliées que M. Verneuil s'est assuré de ce fait, qui éclaire d'un jour nouveau la théorie physiologique de la formation des varices et qui peut avoir, dans les espérances de l'auteur, un résultat utile pour leur thérapeutique assez infidèle et assez confuse aujourd'hui, il en faut convenir.

Voilà précisément un de ces travaux que l'Académie, à moins d'abdication, ne peut laisser passer sans appréciation et sans vérification.

M. Leroy-d'Étiolles, toujours sur la brèche, a lu un mémoire sur les moyens de traitement des rétrécissemens fibreux rétractiles, et sur l'excision en particulier.

Amédée LATOUR.

BULLETIN SANITAIRE.

La santé publique continue à se maintenir, à Paris, dans l'état le plus satisfaisant. Malgré la température élevée, malgré l'augmentation considérable de la population et l'affluence des étrangers, jamais le nombre des malades et le chiffre des décès n'avaient été aussi peu élevés. La moitié des lits au moins dans les hôpitaux sont vacans.

Aucune nouvelle défavorable des départemens ne nous est arrivée. Quelques cas de choléra ont été encore observés dans les deux départemens de l'Alsace et dans le département de la Charente. La maladie ne paraît avoir aucune tendance à s'étendre. On nous écrit de la Gironde qu'un assez grand nombre de dérangemens intestinaux avaient été observés dans ce département et tenaient l'esprit médical en éveil, mais depuis quelques jours cette affection perdait de sa généralité. Il en a été de même dans quelques communes de Seine-et-Oise, où M. Gorlier, de Rosny, qui nous a transmis des renseignemens à cet égard, a combattu avec succès cette influence par la limonade purgative au citrate de magnésie.

Nos renseignemens sur l'état sanitaire à l'étranger ne sont pas aussi satisfaisans.

A Londres, dans la semaine qui vient de s'écouler, on a encore noté trois décès par le choléra.

Le choléra semble éteint au Caire et dans la plupart des villes de la Haute et Basse-Égypte; il règne encore cependant avec une certaine énergie à Alexandrie, où le 27 juillet il était mort encore 37 personnes du choléra. A cette époque, et dans cette ville, il y avait eu 2,070 attaques et 1,382 décès.

Le bruit que la peste avait éclaté dans l'Albanie est démenti.

A Malaga, la position était déplorable au 31 juillet; le chiffre des morts cholériques dépassait 100 par jour, sur une population très réduite par la fuite de toutes les familles aisées. Dans les environs de Séville, il s'est passé un fait qui prouve avec quelle réserve on doit accueillir les relations tendant à prouver la contagion du choléra. La famille du général S..., composée de *onze* personnes, meurt en quelques heures.

Feuilleton.

DE L'AFFIRMATION DU PRINCIPE DE LA DUALITÉ HUMAINE DANS LA SCIENCE DES RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL;

Par M. le docteur CERISE (1).

La science des rapports du physique et du moral affirme d'emblée, ainsi que son nom l'indique, la coexistence, dans l'homme, de deux ordres de phénomènes tout à fait distincts; elle n'est elle-même logiquement possible qu'à la condition de maintenir cette affirmation dans toute sa force, dans toute sa rigueur. Si ces deux ordres de phénomènes cessaient d'être regardés comme tout à fait distincts, le moral et le physique s'identifiant dans une seule et même substance, manifestant une seule et même force, obéissant, par conséquent, à des lois identiques, ne sauraient avoir entre eux les rapports que proclame le sens commun, que les langues de tous les peuples expriment, dont la raison humaine a toujours et partout recherché l'explication. La science, qui a pour but la coordination de ces rappports, devenue sans objet ou reposant sur une contradiction, devrait se retirer devant les prétentions d'une physiologie mystique qui nierait l'élément physique, ou d'une psychologie mécanique qui nierait l'élément moral. Or, ces deux écueils, contre lesquels, ainsi que nous le verrons bientôt, elle est venue se briser plusieurs fois, doivent être évités à tout prix. Cette science ne peut prendre son essor qu'à la condition de ne pas renouveler ses anciens et trop fréquens naufrages dans le panthéisme et dans le matérialisme. Pour qu'elle existe, se développe, et atteigne enfin le rang qui lui appartient, pour qu'elle parvienne à fournir un jour les grandes applications que réclament à la fois la morale et l'hygiène sociales, elle doit accepter pour point de départ la distinction des deux élémens dont elle a pour objet de coordonner les relations phénoménales; elle doit reconnaître dans l'homme la présence simultanée et le concours de deux forces, l'une personnelle, réellement et exclusivement humaine, active, intelligente et libre, se manifestant par le sentiment, la raison et la volonté; l'autre impersonnelle, végéto-animale, soumise, aveugle et fatale, se manifestant par les faits de formation, d'accroissement, de nutrition, d'impressionnabilité et d'innervation instinctives. C'est en proclamant et en maintenant énergiquement cette distinction qu'elle pourra déterminer exactement la part apportée par l'élément moral et par l'élément physique, dans la production des phénomènes complexes de la vie humaine.

Ce point de départ est de rigueur. Il suffit pour s'en convaincre d'avoir présentes à l'esprit les affirmations auxquelles ont été conduits ceux qui, au lieu de proclamer la distinction des deux élémens, en ont au contraire proclamé l'identité. Les uns représentent les opérations les plus obscures de l'organisme, celles qui sont communes aux végétaux, aux animaux et à l'homme, comme la manifestation des facultés de l'âme, comme les effets de la force active, intelligente et libre : ce sont les panthéistes. Les autres représentent les facultés morales et intellectuelles de l'homme, celles qui n'ont point d'analogues dans les autres êtres vivans, comme la manifestation des propriétés vitales, comme les effets de la force passive, aveugle et fatale : ce sont les matérialistes. Comme un grand nombre de philosophes et de médecins spiritualistes, par le trop facile oubli des exigences de la logique, ont été entraînés à leur insu dans l'une ou l'autre de ces erreurs, je m'y arrêterai un instant. Il importe que les écueils regardés comme les plus dangereux soient parfaitement connus, afin qu'ils soient plus sûrement évités.

La religion, ayant pour objet de présider aux destinées les plus générales de l'humanité, a dû précéder, par l'enseignement de ses dogmes, la naissance et le développement des sciences spéciales. Parmi les dogmes qu'elle a proposés à la croyance des hommes, se trouve au premier rang celui qui affirme, d'une part, l'existence de Dieu, Esprit créateur, et celle du Monde, Matière créée, et, de l'autre, la double nature de l'homme, créé à la fois Être spirituel et immortel, participant de la nature de Dieu, et Être matériel et mortel, participant de la nature du Monde. Toutes les genèses primitives sont unanimes sur ce dogme fondamental qui assigne à l'homme une fonction à remplir, à l'aide de son organisme, au sein des choses créées. Après la religion vint la philosophie. La raison humaine, sollicitée d'abord par la foi, réunit et développa en corps de doctrine orthodoxe les enseignemens dogmatiques. C'est, en effet, à ce corps de doctrine qu'il faut recourir pour apercevoir les premières origines des sciences en général, et en particulier de celle qui nous occupe. Sollicitée plus tard par un sentiment d'orgueil, de dignité ou de liberté, comme on voudra l'appeler, la raison humaine cessa de se soumettre à ces enseignemens qui furent livrés à la controverse. Des doctrines hétérodoxes furent opposées à la doctrine primitive; l'esprit d'examen, qui les avait suscitées, atteignit à la fois les deux dogmes solidaires, celui qui affirme la distinction substantielle de Dieu et du Monde et celui qui affirme la distinction substantielle de l'âme et de l'organisme. L'Esprit et la Matière furent confondus dans une seule et même substance, entraînant dans leur confusion celle des phénomènes qui les distinguent et les caractérisent. En d'autres termes, le principe de la dualité, enseigné par la religion positive, fut nié, et le principe de l'identité universelle fut proclamé. Deux doctrines, dont les destinées ont été diverses et auxquelles se réduisent en définitive toutes les théories hétérodoxes, développèrent, dans le cours des âges, ce principe destructeur de toute science, de toute morale, de toute société, qui heureusement ne put jamais prévaloir dans la pensée ni dans le langage des peuples. Ces deux doctrines, nous les avons déjà nommées : ce sont le panthéisme et le matérialisme.

Dans le panthéisme, la dualité disparaît; l'Esprit seul est affirmé. Dieu, Ame universelle, Idée primordiale, est l'Être réellement existant. L'âme de l'homme n'a point d'existence propre; elle est une émanation de la substance universelle, une étincelle du foyer divin qui rayonne dans tous les êtres doués de vie, dans l'herbe des prés, dans l'insecte des chemins, dans les princes et les sages de la terre. Au point de vue du panthéisme spéculatif, le Monde est une forme sensible, une manifestation finie, temporelle, mobile et contingente de l'Essence infinie, éternelle, immuable et nécessaire. L'organisme a les mêmes destinées que le monde : c'est une forme dont l'essence universelle a revêtu ses émanations innombrables et ses rayonnemens infinis. Au point de vue

(1) M. le docteur Cerise va publier une nouvelle édition des *Rapports du physique et du moral* de Cabanis, qui sera précédée d'une *Introduction* intitulée : *Essai sur les principes et les limites de la science des rapports du physique et du moral.* C'est un fragment de cette Introduction, que M. Cerise a bien voulu nous communiquer, que nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs.

Cette nouvelle jette l'épouvante dans les environs. C'est le choléra, disait-on de toutes parts, et comment nier ici l'effet de la contagion? Eh bien, cette malheureuse famille n'a pas succombé au choléra, mais à un empoisonnement par le vert-de-gris trouvé dans un ustensile de cuisine.

Le choléra règne dans toute la Toscane, dans les campagnes les plus reculées comme dans les principales villes. Lucques, qui avait été jusqu'ici exempte du fléau, lui paie un cruel tribut. Il fait aussi d'assez grands ravages à Florence.

Le choléra a éclaté aussi dans l'île de Sardaigne, à Torralba et à Porto-Torres.

Livourne est toujours en proie au fléau.

Il a éclaté à Gênes.

Dans le Portugal, il n'est encore signalé qu'à Porto.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

DE LA CONTRACTURE DES EXTRÉMITÉS CHEZ LES ENFANS;

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. RABAUD, interne de M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Dans une des précédentes séances, M. Aran a lu un travail sur les contractures survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, M. Barthez avait pris la parole pour citer un certain nombre de faits analogues; mais, depuis, il a fait rassembler par son interne tous les faits de contractures observés dans son service, et lui a fait composer, sous sa surveillance, le travail qui suit :

La contracture des extrémités n'a pas été rare dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde, et nous l'avons observée 5 fois dans le service de M. Barthez. Ces faits nous ont donné l'idée de rapprocher toutes les observations de contracture que nous avons pu recueillir, qu'elle qu'en fût la cause.

Ce symptôme a été peu étudié jusqu'à ce jour; il est pourtant assez fréquent chez les enfans, et nous a paru tenir à des états tout à fait différens. Les observations qui font le sujet de cette note sont au nombre de 23; elles appartiennent à des malades du service de M. Barthez, à Sainte-Eugénie. La plupart des auteurs qui ont écrit sur les contractures l'ont fait surtout au point de vue de la nature de la maladie; frappés par tel ou tel symptôme, ils ont donné à cette affection différens noms (rétraction musculaire, contracture idiopathique, tétanie, etc.); le seul classement établi jusqu'à présent est celui qui divise les contractures en symptomatiques et en essentielles; il appartient à Guersant père.

Nous plaçant à ce point de vue, nous divisons les contractures en quatre grands groupes :

1° Les contractures symptomatiques dues à une altération appréciable des centres nerveux ou de leurs enveloppes;

2° Les contractures symptomatiques dues à une altération fonctionnelle, à la dentition;

3° Les contractures dues à une cachexie;

4° Les contractures essentielles fébriles et de nature rhumatismale.

Quel que soit le genre de contractures auquel on ait affaire, ce sont les mêmes muscles qui sont atteints, à savoir : les fléchisseurs communs et propres des doigts, les interosseux palmaires et l'opposant du pouce.

La rigidité des parties et la forme spéciale qu'elles prennent ne présentent pas non plus de différences pour le membre supérieur. C'est la flexion du poignet et celle des phalanges sur les métacarpiens. Les phalanges sont ordinairement étendues; dans une forme plus intense, elles sont fermées; tantôt les interosseux palmaires sont fortement contracturés, et alors l'annulaire et le médius sont écartés l'un de l'autre. D'autres fois ces muscles ne semblent pas participer à la contracture; le pouce est toujours dans l'adduction forcée.

Pour le membre inférieur, la pointe du pied est tournée en dedans; le gros orteil appuie fortement contre les autres phalanges qui forment une espèce de voûte transversale.

Ce sont là des symptômes communs dont l'intensité varie beaucoup.

I. — Lorsque les contractures sont symptomatiques, les parties atteintes ne sont point boursoufflées (à moins qu'il n'y ait une anasarque antérieure); elles sont indolentes; la peau conserve la teinte et la chaleur naturelles.

L'absence de douleur n'existe pas seulement quand le malade est en repos; on peut presser les doigts et les poignets, les redresser sans que le malade éprouve aucune souffrance.

Ces contractures sont intermittentes; elles surviennent par accès; et ces accès, aussi violens à leur début que quelques heures ou quelques jours plus tard, disparaissent spontanément, sans avoir eu souvent aucune période de décroissance, pour reparaître bientôt.

Ces contractures s'accompagnent, ou plutôt alternent avec des convulsions qui apparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés, qui souvent même se montrent les premières; nous les avons rencontrées dans tous les cas que nous allons citer à l'instant.

Ces contractures sont évidemment liées à une altération des centres nerveux, soit du cerveau, soit de la moelle. Mais quelle est cette lésion?

Nous avons observé 6 malades de ce genre; l'un d'eux présentait des signes évidens de tumeurs cérébrales, ou plutôt d'épanchement. Il n'est pas mort à l'hôpital.

Les 5 autres nous ont présenté à l'autopsie :

1° L'un une hydrocéphalie chronique avec épanchement d'un litre au moins de liquide. Les contractures avaient été presque permanentes pendant dix mois,

2° Un autre un épanchement d'un demi-litre de liquide dans les méninges, avec arrêt de développement des lobes antéro-supérieurs.

3° Un autre une méningite avec épanchement purulent, survenue pendant le travail de la dentition.

4° Un quatrième une méningite avec infiltration purulente le long des sillons de la base du cerveau, et des tumeurs cérébrales multiples d'ancienne formation dans l'intérieur des hé- [illegible] [contra]ctures et de convulsions que dans les derniers jours de la vie. Ce qui fait présumer que les tumeurs cérébrales étaient étrangères à ce phénomène.

5° Enfin, chez une petite fille atteinte d'anasarque scarlatineuse, et qui a eu dans les derniers jours des alternatives de contractures et de convulsions, nous avons trouvé dans les méninges une quantité très notable de sérosité.

Ces observations, prises chez des enfans qui avaient primitivement, comme on le voit, des maladies si différentes, sont frappantes par l'unité de la lésion, qui est un épanchement, inflammatoire ou non, des méninges; aussi nous n'hésitons pas à voir dans cet épanchement la cause probablement unique des contractures qui sont survenues.

Il nous serait difficile, en ce moment, de donner la symptomatologie générale des contractures qui surviennent à la suite de lésions de la moelle; les observations personnelles nous manquent. Pourtant nous observons dans ce moment un cas de contracture avec lésion probable de la moelle ou de ses enveloppes. La maladie n'est encore qu'à sa première période.

Dans ce cas, les contractures se sont montrées semblables à celles qui surviennent à la suite de lésions cérébrales par l'absence d'œdème des parties, l'intermittence des accès, les convulsions générales auxquelles s'ajoutent dans ce cas la contracture tonique des muscles du rachis, et surtout par l'irrégularité du pouls, symptôme commun dans les affections cérébrales.

Ces contractures sont douloureuses; le malade éprouve un sentiment de crampes que la pression et le massage diminuent d'une manière remarquable.

Les symptômes que nous avons notés chez ce malade, se rapportent sans doute à une lésion de la moelle ou de ses enveloppes; mais ils sont loin d'être assez avancés pour permettre de diagnostiquer sûrement la lésion; et si l'on remarque que cet enfant a été pris de contractures après avoir couché par terre, dans un lieu humide, pendant plusieurs jours; qu'il marchait bien auparavant; qu'il n'avait pas un point spécialement douloureux à la pression, comme il arrive dans la myélite ou les altérations du rachis; que le traitement antiphlogistique, bains et saignées, l'a soulagé promptement; on sera autorisé à croire qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un rhumatisme des enveloppes de la moelle.

II. — Quoique nous fassions rentrer dans le premier groupe des contractures symptomatiques celles qui surviennent pendant le cours de maladies diverses, telles que le choléra, la rougeole, la fièvre typhoïde, nous avons voulu cependant les isoler. En effet : 1° leur gravité est moins considérable; 2° la lésion qui les accompagne est également moins profonde et surtout moins durable dans la plupart des cas.

Nous pensons que la cause de ces contractures est quelquefois une congestion séreuse et presque toujours une stase sanguine, une congestion des veines du cerveau ou du rachis.

En effet, dans quelles maladies les a-t-on rencontrées jusqu'ici? C'est surtout dans le choléra, la rougeole et la fièvre typhoïde. Or, dans ces trois maladies, les congestions sanguines sont très fréquentes.

Dans la fièvre typhoïde, nous voyons ces congestions sanguines vers l'encéphale occasionner un délire qui dure plus ou moins longtemps; et si le malade meurt, on ne trouve pas de lésion, ou bien une simple congestion, alors que l'on aurait pu soupçonner une méningite.

Or, j'ai observé 5 cas de contractures dans la fièvre typhoïde, 2 dans le service de M. Legendre, 3 dans celui de M. Barthez. Dans les 5 cas, il y a eu du délire ou des symptômes comateux.

L'un (11 ans 1/2) a été pris de contracture au 11me jour. Dès le 5me, il avait eu du délire. L'autopsie, au 22me jour, a montré de la sérosité abondante dans l'arachnoïde qui avait un aspect laiteux.

Dans 3 cas, elle s'est montrée au 20me, 23me et 29me jour; deux des enfans avaient eu du délire les jours précédens; l'autre de l'adynamie et de l'assoupissement. Tous ont guéri.

Le 5me a trait à une petite fille de 9 ans, morte de fièvre typhoïde au 16me jour.

Dès le premier jour, elle avait été prise de contracture et de délire; le délire a cessé trois jours avant la mort, et a été rem-

---

du panthéisme mystique, le Monde est une apparence trompeuse, une source d'illusions et d'erreurs, qui nous détourne de la contemplation suprême. L'organisme est une prison où l'âme est captive, une enveloppe qui assujettit l'âme aux impressions illusoires du monde sensible, un obstacle qui l'empêche de se contempler elle-même et Dieu en elle, la cause unique de toutes nos passions et de toutes nos misères.

Dans le matérialisme, la dualité disparaît également. La matière seule est affirmée. Dieu est une formule qui exprime l'ensemble des forces cosmiques. Le Monde est incréé, éternel; il subit dans ses mouvemens et dans ses transformations l'empire des propriétés inhérentes à ses élémens. L'âme est une formule qui exprime l'ensemble des faits de sensibilité et de mouvement qui caractérise la vie des animaux, et qui se réduisent comme tous les autres à des phénomènes physico-chimiques. L'organisme, par la combinaison de ses élémens, par l'excitation et la réaction de ses parties, par l'harmonie de ses relations fonctionnelles avec le monde matériel, est la source réelle, le substratum unique des deux ordres de faits dont se compose la vie humaine.

Telles sont les solutions ontologiques qui ont pour point de départ la négation de la dualité et pour résultat l'affirmation de l'identité, dans l'univers et dans l'homme, de l'élément moral et de l'élément physique. Il est aisé de prévoir les erreurs que ces solutions transmises par la philosophie aux sciences physiologiques et médicales doivent y faire logiquement surgir; il est aisé surtout de prévoir les vices de méthode qu'elles doivent y introduire. Il suffit, pour cela, de mentionner les destinées de l'*animisme* et celles de l'*organicisme*, qui sont en physiologie et en médecine les expressions logiques plus ou moins sincèrement avouées, le premier du panthéisme, le second du matérialisme. Pour Stahl, le chef généralement proclamé de l'animisme, l'âme intelligente est à la fois principe de vie, de sensibilité et de raison; l'activité morale qui constitue notre personnalité est identifiée avec la force vitale ou végéto-animale, qui se meut en dehors de notre conscience et de notre volonté. Ce médecin célèbre qui, selon Burdach lui-même (1), « ne distinguait point assez l'esprit créateur du monde de l'âme individuelle, et qui, au contraire, voyait, dans cette dernière, le principe de la vie, » représentait l'âme humaine comme dirigeant à la fois les opérations les plus obscures de l'organisme et les actes les plus lumineux de l'intelligence. « Il résultait de sa doctrine, ajoute Burdach, que l'embryon devait avoir la perspicacité nécessaire à la formation de son corps, que, par conséquent, les facultés de son esprit devaient, comme chez les animaux, dépasser de beaucoup celles de l'homme fait. » Les maladies, assimilées à des erreurs et à des négligences de l'âme, accusent un trouble et une irrégularité dans le gouvernement de l'économie animale (1). Elles consistent souvent, la fièvre surtout, dans une lutte violente de l'âme contre les causes morbifiques; et le retour à la santé est toujours le résultat de cet effort salutaire de l'âme réagissant énergiquement contre les désordres qu'elle a permis. Pour Broussais, le chef le plus généralement proclamé de l'organicisme, l'irritabilité de la fibre organique est à la fois principe de vie, de sensibilité et de raison. Le sentiment, l'intelligence et la volonté ne diffèrent point des fonctions vitales; ce sont des faits de circulation, de nutrition et d'excitation cérébrales produites sous l'empire de causes physiques. Les passions et les égaremens ou les erreurs qu'elles font prévaloir, assimilés à des maladies, sont le résultat d'un trouble partiel ou général, spontané ou sympathique, survenu dans l'irritabilité organique.

Dans le premier de ces systèmes, auquel, dans tous les cas, il est bon de conserver le nom d'*animisme*, l'âme n'est plus une force personnelle se manifestant par la conscience des impressions et par la production volontaire des actes; c'est en quelque sorte la raison divine pénétrant l'organisme comme elle pénètre le monde, en dirigeant les phénomènes, et s'y manifestant successivement par la vie cosmique ou universelle, la vie plastique ou végétale, la vie instinctive ou animale, et la vie rationnelle ou humaine. Les panthéistes transcendans ne pouvant contester la dualité phénoménale de la vie humaine, et voulant néanmoins en nier la réalité substantielle, n'hésitent pas à déclarer que le physique ne saurait être opposé au moral par le véritable sage qui voit au delà des apparences. « Notre conscience n'est point satisfaite du dualisme, dit Burdach, car tandis qu'elle tend par tous ses efforts à découvrir l'unité derrière la pluralité, le dualisme s'en tient à l'observation de la superficie et du multiple. L'opposition ne peut pas être ce qu'il y a de plus élevé, car elle ne fait qu'exprimer des modes divers d'existence qui supposent une existence générale... Nous devons donc chercher le primordial, au-dessus de l'opposition, dans l'unité... L'idéal est la chose primordiale, l'unité fondamentale, l'existence véritablement dépendante d'elle seule, et le matériel n'est au contraire que l'idéal phénoménalisé (1)... » Dans le second de ces systèmes, dans l'organicisme, ce n'est plus l'idéal qui produit et développe le matériel *pour s'y phénoménaliser*, c'est le matériel qui produit et développe l'idéal. « La sensibilité physique, dit Cabanis, est le dernier terme auquel on arrive dans l'étude des phénomènes de la vie et dans la recherche méthodique de leur véritable enchaînement; c'est aussi le dernier résultat, ou, suivant la manière commune de parler, le principe le plus général que fournit l'analyse des facultés intellectuelles et des affections de l'âme. Ainsi donc, le physique et le moral se confondent à leur source, ou, pour mieux dire, le moral n'est que le physique considéré sous certains points de vue plus particuliers (2). »

De pareilles doctrines ne sauraient prévaloir. Il ne faut pas l'oublier : l'âme est exclusivement renfermée dans les limites de notre personnalité. Là où les opérations vitales cessent de s'associer à une idée qui est le fait de conscience par excellence, règne une force qui exécute les plans de Dieu à notre insu et sans notre intervention. Les produits de cette force sont étrangers à notre activité personnelle (3). Affirmer sous le nom d'âme universelle la force de formation et de conservation organiques, ce n'est donc pas affirmer l'âme individuelle; cela ne suffit pas pour être spiritualiste; aussi sommes-nous surpris de lire les lignes suivantes tracées par un écrivain dont personne plus que nous n'apprécie les éminentes qualités : « C'est en considérant à ce point de vue les

(1) *Traité de physiologie considéré comme science d'observation*, traduction de M. Jourdan, t. IX, p. 677.

(1) Sprengel, *Histoire de la médecine*, t. V, p. 217.

(1) *Traité de physiologie*, t. IX, p. 680-682. — Nous avons choisi ce passage comme étant certainement le moins obscur de tous ceux où le principe de l'identité se trouve formulé plus complétement qu'il ne l'avait été par Stahl.

(2) Premier mémoire, § III.

(3) Voyez, sur la distinction des forces circulaire ou physico-chimique, sérielle ou végéto-animale, et spirituelle ou humaine, l'*Introduction à l'étude des sciences* de M. le docteur Buchez, In-8, 1838.

placé par de l'adynamie; les contractures ont persisté jusqu'à la mort.

L'autopsie a révélé un engorgement très considérable du sinus de la dure-mère et des veines des hémisphères cérébraux et du rachis.

Pas d'autre altération.

Nous avons observé un seul cas de contracture, suite de rougeole; elle est survenue au moment de la disparition de l'éruption; et c'est à ce moment que se font le plus souvent les congestions locales qui accompagnent la rougeole. (Cet enfant a eu pendant plusieurs jours de l'assoupissement.)

Les auteurs signalent également des contractures pendant la dentition chez des enfans gros et robustes; il se fait sans doute aussi, dans ces cas, un état congestionnel analogue; mais nous n'avons pas d'observation de ce genre. La dentition, dans les observations que nous avons recueillies, a agi d'une façon bien différente.

Les symptômes de ces contractures sont différens des précédens.

Elles n'alternent pas avec des convulsions cloniques. Elles sont très douloureuses; la douleur est de la nature des crampes; le malade crie dès qu'on le touche; néanmoins, une forte pression et le massage ne semblent pas augmenter beaucoup la douleur.

Leur pronostic n'est pas grave, ou plutôt leur apparition ne change en rien le pronostic.

M. Aran a mentionné ce symptôme comme survenant à la fin de la fièvre typhoïde; cela est vrai pour la majorité des cas; mais cependant deux fois sur cinq nous voyons que les contractures sont survenues au 11me jour dans un cas, et dans l'autre tout à fait au début de la maladie.

III. — Les contractures cachectiques surviennent assez fréquemment chez les enfans à la suite d'amaigrissement progressif, de diarrhées prolongées; on la retrouve aussi pendant le cours de la dentition, mais ici la dentition agit comme cause débilitante, et dans les 3 cas que nous avons observés, les enfans étaient faibles, maigres, pâles, et ne mangeaient pas depuis longtemps.

Dans 3 autres cas, la diarrhée était survenue spontanément ou sous l'*influence du froid*.

Nous avons eu 3 morts; deux fois il y a eu une infiltration légère des méninges, et la troisième fois point de lésion, tant du cerveau que de la moelle et de ses enveloppes.

Cette infiltration légère des méninges serait-elle la cause matérielle de ces contractures? Il serait possible; mais il est vrai de dire qu'on rencontre si souvent cette augmentation de liquide sans aucun symptôme que, dans ce cas, on ne peut rien en conclure, et qu'on est forcé de se rejeter sur l'altération fonctionnelle.

Quoi qu'il en soit, les contractures cachectiques sont indolentes, intermittentes, alternent avec des convulsions, caractères qu'elles ont de commun avec les contractures symptomatiques. Mais elles en diffèrent par l'apyrexie; le pouls est régulier, petit et lent: c'est un caractère que nous avons observé dans la plupart des cas, et si, dans les autres, nous avons eu de la fièvre, c'est qu'il y avait une complication le plus souvent de broncho-pneumonie.

Mais un caractère sur lequel nous désirons attirer l'attention et qui semble propre à ces contractures, c'est l'œdème des extrémités ou l'œdème général; il y a longtemps déjà qu'on a signalé cet œdème, qui accompagne dans quelques cas la raideur des extrémités, mais on n'a pas précisé les cas dans lesquels il survient.

Cet œdème, passif, occupe tantôt la main et les pieds seulement, ou bien en même temps le tronc et la face.

La peau est pâle, souvent même elle est complétement décolorée et conserve l'impression du doigt.

Du reste, ce n'est là qu'un symptôme concomitant; il peut sans doute manquer quelquefois; la cause prédisposante est l'affaiblissement général; la cause occasionnelle est très souvent le froid; or, ces causes ne sont autres que celles des contractures elles-mêmes.

IV. — Nous arrivons maintenant au dernier groupe, dont les caractères sont mieux tranchés.

En effet, outre la raideur des extrémités, nous avons une tuméfaction locale, avec rougeur diffuse, en un mot un véritable gonflement inflammatoire de la main et du poignet, la chaleur de la peau est plus élevée, la douleur tensive et continue s'accroît par la moindre pression, et rappelle tout à fait la douleur qui accompagne le rhumatisme articulaire; dans les contractures même, la douleur semble plus vive au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes que dans les autres points.

La fièvre est vive, le pouls plein, régulier, la peau moite.

Loin d'être intermittente comme les autres contractures et de survenir spontanément avec toute son intensité, cette affection a une période d'augment et une période de déclin.

Un symptôme négatif: l'absence de convulsions sert encore à caractériser cette maladie, que nous nommerons contracture fébrile de nature rhumatismale.

Nous avons observé 2 cas de ce genre.

Le pronostic de ces contractures ne paraît pas grave; dans les deux cas, la guérison a été très rapide.

Ainsi donc, en résumé:

1o Dans les contractures symptomatiques d'une altération des centres nerveux, on observe: indolence des parties contracturées ou douleurs semblables aux crampes, intermittence des accès, alternative de convulsions, irrégularité du pouls. Le pronostic est grave, le traitement nul (à moins qu'il ne s'agisse de contractures congestives, suite de maladies générales).

2o Dans les contractures cachectiques: Pouls régulier; apyrexie, indolence toujours; œdème passif; alternative de convulsions. Le pronostic est moins grave: la guérison en est assez souvent la terminaison.

Le traitement consiste à donner des toniques et à réchauffer l'enfant le plus possible.

3o Dans les contractures aiguës rhumatismales, nous avons: Fièvre, rougeur, tuméfaction locale, douleur, périodes d'augment et de déclin; pas de convulsions. Le pronostic est favorable; la durée courte; les antiphlogistiques (bains et saignées) font disparaître très rapidement les symptômes.

Nous pensons qu'une telle différence dans les symptômes, le pronostic et la terminaison de cette affection justifie la division que nous venons d'établir.

BIBLIOTHÈQUE.

DE LA CHALEUR PRODUITE PAR LES ÊTRES VIVANS;

Par J. GAVARRET, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un volume grand in-12, avec 41 figures dans le texte. — Librairie de Victor Masson.

L'époque n'est pas éloignée où l'application des sciences accessoires à celle de l'économie vivante était repoussée comme une hérésie et une profanation. On parlait avec une sorte d'effroi du mal incalculable que les théories physico-chimiques des Boerhaave et des Sylvius avaient fait à la médecine. Vainement les découvertes de Lavoisier, de Galvani, de Volta, protestaient contre cet esprit d'exclusion systématique; vainement Laplace osait encore soutenir que la physiologie n'était qu'une branche de la physique; toutes les écoles médicales du XIXme siècle, la plupart des ouvrages inspirés par ces écoles refusaient de laisser intervenir les lois physiques dans l'étude des phénomènes de l'organisme. On pourrait même citer des traités célèbres de physiologie, où le phénomène de la chaleur animale occupait à peine quelques pages, et n'était admis qu'avec de grandes restrictions dans le cadre des fonctions dont se compose la vie.

Une réaction importante s'était opérée, depuis plusieurs années, au moment où M. le professeur Gavarret a pris la plume. Aujourd'hui, l'utilité de l'introduction des sciences physiques et chimiques, dans les études de physiologie et de pathologie, n'est un sujet de doute pour personne: « Les travaux modernes, dit ce savant, ont heureusement renversé à tout jamais cette barrière que Bichat s'efforçait d'élever entre les lois des corps inertes et les phénomènes des corps vivans. Tout le monde comprend aujourd'hui que les agens physiques interviennent, comme cause ou comme effet, dans les fonctions de tout être vivant, et que les conditions extérieures exercent une profonde influence sur son développement et son mode d'existence. A chaque pas dans les études médicales, surgissent des problèmes dont la solution appelle impérieusement le concours des lumières fournies par les diverses branches des connaissances humaines. »

L'ouvrage important que M. Gavarret vient de publier comble une lacune que personne plus que lui n'avait mission de faire cesser. Il nous fait espérer que le *Traité de la chaleur produite par les êtres vivans* sera bientôt suivi d'un travail semblable sur le rôle de l'électricité, considérée comme cause et comme effet dans les fonctions de l'économie et sur l'emploi de cet agent en thérapeutique. Nous félicitons M. Gavarret de la tâche qu'il s'est imposée, et d'avance nous pouvons dire que son enseignement et ses publications sont destinés à étendre le patrimoine de la science. La faculté d'engendrer la chaleur et de conserver une température supérieure à celle du milieu ambiant est l'une des plus caractéristiques de tout corps organisé, plante ou animal; nous verrons bientôt par quels procédés, par quel enchaînement de fonctions et de causes les êtres vivans conservent cette chaleur propre et indépendante, au milieu des ardeurs de la zone torride et des froids les plus extrêmes.

Les deux premiers chapitres de l'ouvrage sont consacrés, l'un à la description des instrumens et des procédés thermométriques, et l'autre à la calorimétrie. Cette étude, où le physicien expérimenté expose, analyse et discute les méthodes, est faite avec une précision et une clarté qui ne laissent rien à désirer. Ces notions ne fournissent pas assurément les seuls élémens pour la solution du problème de la chaleur animale; mais elles sont nécessaires pour y arriver.

Nous entrons, avec le troisième chapitre, dans le champ de la zoologie et nous y trouvons les nombreuses recherches entreprises dans le but de déterminer la température des animaux. On a coutume de dire, et c'est avec raison, que celle des oiseaux est la plus élevée. Ce fait, universellement reconnu, a été mis hors de toute contestation par les travaux de Martine, de J. Hunter, J. Davy, M. Despretz et MM. Prévost et Dumas, etc. Il résulte de l'analyse faite par M. Gavarret des expériences de tous les observateurs et des siennes propres, que, à l'âge adulte et sous l'influence d'une alimentation suffisante, la température des oiseaux ne s'abaisse pas normalement au-dessous de 39°,44 et ne s'élève jamais au-dessus de 43°,90. Celle des mammifères, moins élevée de plusieurs degrés, oscille entre 35°,50 et 40°,50. Toutefois, quoique regardée comme invariable, on ne la trouve jamais absolument identique dans les familles, les genres, les espèces, ni même chez les divers individus de la même espèce.

Ces recherches, enrichies de tables très curieuses, préparent convenablement à l'étude de la température dans l'espèce humaine. On croirait que, sur cette question, les dissidences ne sont pas possibles, un bon thermomètre paraissant le juge suprême; et pourtant, quoique les

---

différentes phases de la vie humaine que l'*école spiritualiste* en physiologie a trouvé de nouveaux argumens en faveur de cette doctrine, *qui ne voit dans l'ensemble des organismes que le côté fini du principe d'animation et d'intelligence universelles* (1). »

Plaçant le spiritualisme en dehors du principe de la dualité humaine, M. le docteur Dubois (d'Amiens) ne s'est pas aperçu que, d'une part, il identifie les âmes individuelles avec l'âme universelle, et que, de l'autre, il confond la force végéto-animale avec l'activité spirituelle qui constitue la liberté et la personnalité de l'homme. C'est ainsi que le panthéisme se glisse par quelques-uns de ses dogmes dans les plus solides esprits, lorsqu'on ne se tient pas en garde contre la signification équivoque de certains mots. L'animisme est au fond de la doctrine d'Aristote et des anciens philosophes qui s'accordaient à donner à l'âme diverses parties ou facultés correspondantes aux différens ordres de phénomènes intellectuels, sensitifs ou nutritifs que présente la vie humaine (2). Il est admis par ceux-là mêmes qui restèrent étrangers aux enseignemens des Panthéistes Éléates, Stoïciens et Néo-platoniciens; il s'est introduit dans les écrits des Pères de l'Église (3), il s'est montré plus vivace que jamais au XVIme et au XVIIme siècle; il a résisté au programme de Bacon et au dualisme absolu de Descartes, qui compte à la fois parmi ses disciples les matérialistes iatro-mathématiciens, les panthéistes et les idéalistes mystiques; il s'est maintenu chez les médecins du XVIIIme siècle, en face des prétentions des organiciens qui commençaient à se manifester. Aujourd'hui même il aspire à se relever de sa déchéance en traitant d'hérésie le vitalisme dualiste et orthodoxe. Il semble, en voyant l'opiniâtre ténacité de cette doctrine, que l'homme est irrésistiblement entraîné, lorsqu'il n'attribue pas au dynamisme vital les actes de la vie morale et intellectuelle, à attribuer à l'activité morale et intellectuelle les effets du dynamisme vital.

Cette erreur qui, pour le grand nombre, est le résultat d'un vice de méthode ou d'un langage équivoque plutôt que d'une conviction systématique, a rencontré dans l'École de Montpellier une série de brillans et graves adversaires. Barthez a donné le signal, et la lutte contre le principe de l'identité de l'âme et de la force vitale que Sauvages y avait enseigné, engagée par elle avec hardiesse, fut soutenue avec gloire et succès. Puisse cette école célèbre, dont les traditions semblent se rajeunir sous la plume élégante et sévère de M. le professeur Lordat, résister toujours à l'invasion du panthéisme, que l'Allemagne moderne, entraînée par ses philosophes, a introduit dans les sciences d'observation, et dont les Oken, les Carus, les Burdach, sont, en physiologie, les plus illustres interprètes! Puisse-t-elle se tenir en garde contre ces analogies de mots qui ont séduit M. Dubois (d'Amiens), qui avaient séduit Cabanis lui-même, dans sa *Lettre sur les causes premières* (1), et qui pourront bien séduire l'École de Paris, lorsque l'organicisme un peu désordonné, qui y est encore généralement professé, aura définitivement succombé.

Voulant échapper à cette ontologie qui, par ses écarts, avait suscité la réaction matérialiste de la fin du dernier siècle, et qui l'a en quelque sorte justifiée aux yeux de l'histoire, Bichat écarta les formules animistes. Cette précaution ne le sauva point du danger qu'il semble avoir voulu éviter. Faisant abstraction de l'âme humaine, ou de la personnalité active, intelligente et libre qui en est le caractère, il distingua dans l'homme deux vies: la vie animale, qui lui est commune avec les bêtes et qui n'est point par conséquent la vie humaine, et la vie organique, qui lui est commune avec les bêtes et les plantes. Les phénomènes distinctifs de la vie humaine furent laissés dans l'ombre ou regardés comme complémentaires de ceux de la vie animale, comme l'extension en quelque sorte des aptitudes des animaux. Bichat reproduisit à son insu la pensée des panthéistes, en identifiant dans la même substance et en soumettant au même principe les produits de l'activité humaine et ceux de la sensibilité animale. Il seconda en même temps les vœux des matérialistes, qui, intéressés à abaisser l'homme, s'efforçaient de montrer dans la sensibilité animale la source de toutes nos facultés morales et intellectuelles. La dualité qu'il avait refusé d'établir au profit de l'activité spirituelle, il l'établit au profit de la sensibilité animale, qu'il s'attacha surtout à distinguer des phénomènes obscurs de la vie de nutrition. Cette distinction entre les deux vies fut portée si loin par cet illustre physiologiste (2), qu'il en résulta la négation presque absolue des relations nombreuses en vertu desquelles elles s'influencent réciproquement.

Il était difficile à la science des rapports du physique et du moral de se frayer une issue au milieu de ces écueils. N'est-il pas évident que les rapports véritables de synergie et d'antagonisme qui existent entre le physique et le moral cessent d'être possibles si l'un des deux élémens disparaît en s'identifiant avec l'autre? Il est impossible, en effet, d'admettre que l'âme universelle se livre un combat à elle-même dans ses nombreuses luttes morales dont la vie de l'homme est remplie; il est également impossible d'admettre que, dans ces luttes salutaires, l'organisme se suscite vertueusement à lui-même des oppositions souvent douloureuses, et dans tous les cas fort peu conformes à ses tendances naturelles. Il faut donc que la science des rapports du physique et du moral accepte pour point de départ le principe de la dualité humaine. Ce principe est inscrit dans toutes les lois qui régissent les sociétés; malgré les égaremens de l'orgueil philosophique, il est entré profondément dans le langage et dans la tradition des peuples; il fait partie de l'atmosphère morale et intellectuelle qui entoure tout homme venant au monde; il est accepté par la conscience et la pratique de ceux-là mêmes qui le contestent dans leurs systèmes. Est-il donc besoin de tant d'efforts pour marquer sa place en tête d'une science qui n'existe que par lui?

(1) *Examen des doctrines de Cabanis, Gall et Broussais*, par M. le docteur Dubois (d'Amiens). In-8, 1842.

(2) On excepte Platon, qui avait lu Hippocrate; or, on sait que le père de la médecine avait parfaitement distingué l'âme de la force vitale. Il en est de même de Galien. Consultez à ce sujet le mémoire de M. Lélut, intitulé: *Du siége de l'âme suivant les anciens*, etc. (*Annales médico-psychologiques*, t. I, p. 21 et suiv.)

(3) Saint Augustin, dans son livre: *De animæ quantitate*, énumère sept degrés dans les facultés de l'âme. Dans le premier degré, elle préside à la nutrition du corps; dans le septième, elle parvient à la contemplation suprême. Saint Thomas, dans sa Somme théologique, distingue cinq facultés de l'âme, comme l'avait fait Aristote: la première est végétative, la cinquième est intellectuelle.

(1) Je recommande, pour l'appréciation impartiale de la doctrine exposée dans cette lettre, l'article remarquable de M. C. de Rémusat, sur la philosophie de Cabanis, *Revue des Deux-Mondes*, 1844, tome VIII, p. 31 et suiv. On y verra combien la *Lettre sur les causes premières*, en universalisant la sensibilité jusqu'à en faire non seulement la force cosmique, mais encore le foyer général des intelligences et l'âme du monde, est peu digne de l'importance qu'on lui a donnée par esprit de parti ou de secte.

(2) J'ai développé cette appréciation de la doctrine de Bichat dans les notes de ma dernière édition de ses *Recherches sur la vie et la mort*.

Par décret du 11 août 1855, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur et du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'Honneur:

Officiers: MM. Parchappe, inspecteur général de première classe des établissemens d'aliénés; Vée, inspecteur de l'administration générale de l'assistance publique.

Chevaliers: MM. Dubois, médecin du bureau de bienfaisance du 8me arrondissement de Paris; Pétréquin, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (Rhône); Voillemier, médecin en chef de l'hôpital général de Senlis (Oise).

Commandeur: M. Baudens, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

Officiers: MM. Mounier, médecin principal de 2me classe, professeur à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires; Langlois, pharmacien principal de 1re classe à l'hôtel impérial des Invalides.

Chevaliers: MM. Vallette, méd.-major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient; Dussourt, méd.-major de 1re classe à l'hôpital de Colmar; Bonduelle, méd.-major de 2me classe aux hôpitaux de la division d'Alger; Peytral, méd.-major de 2me classe au 2me bataillon de chasseurs à pied; Maignien, méd.-major de 2me classe aux hôpitaux de Constantine; Juhiot, méd.-major de 2me classe à l'hôpital de Marseille; Pieraggi, méd.-major de 2me classe au 54me de ligne.

observateurs s'appellent Boerhaave, J. Hunter, J. Davy, Prévost et Dumas, nous voyons que les uns fixent la température moyenne pour l'homme à 33°,33, 34°,44, tandis que d'autres indiquent des chiffres plus élevés, et même celui de 39°. M. Gavarret signale, avec sagacité, les causes de ces divergences et de ces erreurs. Ainsi, pour les animaux supérieurs et pour l'homme, on a choisi tantôt l'aisselle, tantôt la bouche, et tantôt même le rectum, comme lieu de l'observation. Mais la chaleur étant loin d'être uniforme dans ces divers organes, il doit régner une grande incertitude sur la valeur des déterminations chez les différens observateurs. M. Gavarret indique l'aisselle comme la région la plus propre à fournir des résultats identiques, sans fatigue comme sans répugnance. En se basant sur 17 observations, M. Despretz, dans son savant mémoire, a fixé la température de l'homme à 37°,09 ; M. Gavarret est arrivé à un chiffre à peu près identique, en établissant que, dans nos climats, la température de l'adulte peut varier entre 36°,50 et 37°,50.

Nous avons fait observer que l'un des traits distinctifs des animaux supérieurs, c'est d'avoir une température sensiblement indépendante des variations de celle du milieu ambiant. M. Gavarret consigne ici les curieuses observations de Parry et de Back pendant leurs célèbres voyages dans les régions arctiques. On y voit que, par des froids de plus de 35° sous zéro, les animaux conservaient une chaleur propre de 36, 40 et même 43°. C'était donc entre la température intérieure et extérieure une différence de 79°. On trouve plus loin dans l'ouvrage les déviations qu'apportent à cette règle les animaux hibernans. Aucun auteur n'avait encore écrit sur l'hibernation une étude aussi belle, aussi attachante et aussi complète.

Une question des plus importantes est celle de la répartition de la température chez les animaux supérieurs ; on entend dire souvent qu'elle est la même dans tous les organes ; mais l'observation la plus vulgaire prouve évidemment le contraire. Pour éviter toute cause d'erreur, M. Gavarret conseille d'employer les aiguilles thermo-électriques de M. Becquerel ; les découvertes dont ce grand physicien a enrichi la science en étudiant la température des divers organes, celle du sang veineux et du sang artériel ; les recherches qu'un savant physiologiste, M. Bernard, a communiquées à M. Gavarret avant de les avoir publiées lui-même, auront un très vif intérêt pour le médecin.

Combien ne faut-il point admirer et la perfection des procédés physiques qui ont permis à Melloni et à Nobili d'obtenir la température des plus petits insectes, et le courage des savans qui, ne reculant jamais devant les observations les plus dégoûtantes, nous ont laissé une table curieuse de la température des reptiles, tels que le boa, la couleuvre, la vipère, le lézard, le crapaud et la tortue ! Il résulte de ces recherches que les reptiles ne méritent le nom d'animaux à sang froid que si on les compare aux oiseaux et aux mammifères. Car, quoiqu'ils présentent tous une température très variable suivant les espèces, elle surpasse cependant celle du milieu ambiant depuis 0°,04 jusqu'à 8°,12. M. Gavarret signale le même résultat pour les mollusques, les zoophytes, les articulés et les annélides. Swammerdam et Réaumur avaient constaté que la température d'une ruche d'abeilles, même en hiver, surpassait de plusieurs degrés celle de l'air extérieur.

Nous arrivons au chapitre IV, la partie la plus importante de l'ouvrage de M. Gavarret. Le professeur a d'abord exposé ses méthodes, décrit les instrumens ; puis il a présenté une analyse complète de toutes les observations entreprises sur la température des espèces animales, et enfin de l'homme. Mais ici le cadre s'agrandit ; l'auteur abandonne la description et l'analyse, il remonte aux causes des phénomènes, aux sources de la chaleur animale. Le savant, dominant les questions, passe en revue les systèmes divers, les combat ou les approuve, cherche et fait connaître les causes d'erreur, et propose enfin la seule théorie rationnelle sur l'origine de cette température et son entretien dans les êtres vivans.

Dans des pages concises et remarquables par un esprit élevé de critique, M. Gavarret recherche à qui appartient l'honneur d'avoir découvert la théorie de la chaleur animale. Il passe en revue les travaux de Brodie, Bichat, Legallois, de La Rive, Haller, Boyle et surtout ceux de Black qui, le premier, a exposé la belle théorie de la *chaleur latente ;* mais il cherche en vain la preuve que Black ait considéré la production de l'acide carbonique dans la respiration comme la vraie source de la chaleur animale. Dans son histoire des gaz et dans ses belles recherches sur la respiration, Priestley a reconnu que l'air atmosphérique et l'oxygène ont seuls la proprieté de rendre au sang veineux la couleur rutilante qu'il présente dans les artères. Priestley, qui n'avait qu'un pas à faire, dit M. Gavarret, pour découvrir la théorie de la respiration, s'arrête à la porte de la vérité, et laisse à Lavoisier la gloire d'enlever le voile qui la couvrait depuis trente siècles.

C'est à ce grand homme, tombé si jeune encore, à 51 ans, victime de la plus sanglante iniquité, que M. Gavarret rapporte l'honneur d'avoir expliqué la respiration et posé la théorie de la chaleur animale. Dans ses divers mémoires à l'Académie des sciences, et principalement dans celui qui a pour titre : *De la combustion en général*, Lavoisier ramène tous les phénomènes chimiques de la respiration à une combustion de carbone, et prouve que l'air, en passant par le poumon, éprouve une décomposition analogue à celle qui a lieu dans la combustion du charbon. Dans son grand travail sur la chaleur, il mesure la quantité d'acide carbonique exhalé, et par suite la quantité de charbon brûlé ; plus tard, enfin, il constate que chez les mammifères, le poumon n'est pas la seule surface respiratoire, et découvre la respiration cutanée.

M. Gavarret poursuit sa démonstration victorieuse, et prouve par les dates et des faits irrécusables, que les travaux de Lavoisier sont antérieurs à ceux de Crawford, à qui les Anglais ne seraient pas fâchés de rapporter la découverte des causes de la chaleur animale. Mais, sans rien ôter à la gloire de notre illustre compatriote, il sait rendre justice au chimiste anglais : « Il y a dans son travail, dit M. Gavarret, une belle pensée qui se reproduit partout et sous toutes les formes. Pour lui, la chaleur dégagée par les phénomènes chimiques de la respiration ne devient sensible que dans les capillaires généraux. » Toutefois, cette pensée fondamentale se trouve encore dans le mémoire publié par Lavoisier en 1777, et depuis elle fut reproduite par Lagrange et expérimentalement démontrée par Spallanzani, dont les travaux ont été complétés par ceux d'Edwards et de Berthollet.

C'est avec regret que nous renonçons à suivre le savant professeur dans l'analyse qu'il présente des recherches des physiciens modernes sur la chaleur animale ; tous nos lecteurs ont nommé MM. Despretz, Dumas, Boussingault, Liébig, Regnault, ainsi que MM. Andral et Gavarret, dont les travaux sur le sang et les recherches sur la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon, communiqués il y a plusieurs années à l'Académie des sciences, produisirent une grande impression sur l'esprit des savans, et imprimèrent une nouvelle et salutaire direction aux études physiologiques, et nous dirons même au traitement des maladies. Nous ne pouvons qu'indiquer ici une foule de considérations du plus haut intérêt sur les rapports de la chaleur animale avec les âges, les sexes, avec la température extérieure, le sommeil et la veille, le repos ou le mouvement, l'incubation, et enfin avec l'alimentation et l'abstinence. Toutefois, on nous saura gré de consigner ici une formule qui résume toute la théorie de la chaleur animale, et que M. Gavarret emprunte à Lavoisier : « La machine animale est principalement gouvernée par trois régulateurs principaux : la *respiration* qui consomme de l'hydrogène et du carbone et qui fournit du calorique ; la *transpiration* qui augmente ou diminue, suivant qu'il est nécessaire d'emporter plus ou moins du *calorique ;* enfin la *digestion* qui rend au sang ce qu'il perd par la *respiration* et la *transpiration*. »

Nous répétons, en finissant, que la science possède enfin un traité complet de la chaleur chez les êtres vivans, dans l'état physiologique. Peu d'hommes pouvaient l'entreprendre, un plus petit nombre l'exécuter avec cette sûreté de science, cette appréciation critique et ces grandes vues que M. Gavarret a su apporter dans ce travail remarquable. En le lisant, on croirait entendre le professeur éloquent, tant l'exposition est claire, abondante et facile, si la concision et l'élégance du style ne nous avertissaient que c'est aussi l'œuvre d'un habile écrivain.

Dr Foissac.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 Août 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. Dauson, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Montigny-en-Gobelle.

— Un compte-rendu des épidémies qui ont régné dans le département de l'Isère en 1854.

(Commission des épidémies.)

— Une série de rapports sur les épidémies cholériques qui ont régné dans l'arrondissement de Bordeaux, par M. le docteur Henri Gintrac fils ; dans l'arrondissement de Forcalquier, par M. le docteur Dauvergne ; dans le département du Gard, par M. le docteur Boileau de Castelnau ; à Montereau-sur-Yonne, par M. le docteur Goupil. (Com. du choléra de 1854.)

— Un rapport de M. Delissade, médecin-inspecteur des eaux minérales de Cambo (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle se compose d'un rapport de M. le docteur Pouget, médecin-inspecteur des bains de mer de Royan, sur son service médical.

M. le Président annonce que le conseil a de nouveau délibéré sur la question soulevée dans la dernière séance par M. Malgaigne, et que, désormais, toute personne désirant présenter à l'Académie une pièce pathologique ou un malade, devra faire connaître d'abord le sujet de sa communication au conseil, qui en jugera l'opportunité ; que de plus, une note devra être remise au bureau par le présentateur.

M. Cloquet met sous les yeux de l'Académie une série de pièces et de dessins relatives aux concrétions du canal intestinal. Il présente en outre les considérations suivantes :

Dans un précédent travail, dont je ne veux donner aujourd'hui qu'un résumé succinct, j'ai divisé les concrétions du canal alimentaire en deux classes. La première comprend les entérolithes chez l'homme, les bézoards chez les animaux, résultant les uns et les autres d'un dépôt de matière calcaire fournie par les parois de l'intestin. La seconde classe embrasse tous les agrégats de matières étrangères, tels que les corps solides (poils des animaux ou des végétaux ayant résisté au travail de la digestion, et s'agglutinant pour former les égagropiles) ; les matières pulvérulentes (magnésie chez les individus qui font abus de ce médicament) ; corps étrangers (noyaux de fruit, calculs biliaires, matières stercorales endurcies) ; caséum chez les sujets qui suivent un régime lacté. Je me fais un devoir de remercier publiquement MM. Renault, Delafond, Colin, Leblanc, Moquin-Tandon et M. Rousseau, photographe distingué, du concours qu'ils m'ont prêté dans mes recherches sur cette matière.

J'ai rapproché des concrétions de la première classe celles qui se produisent naturellement chez certains animaux par cristallisation des sels de chaux et de magnésie, et qui constituent les sécrétions calcaires étudiées par M. Geoffroy Saint-Hilaire (œufs, mollusques crustacés, crustacés proprement dits). Chez l'homme, l'état pathologique des membranes muqueuses et des fausses membranes muqueuses peut déterminer la production de dépôts de même nature. Voici d'abord une planche qui représente les sécrétions calcaires physiologiques dans les œufs à plusieurs coquilles, dans l'œuf de l'autruche, du cazoar. En voici une autre qui montre deux entérolithes de l'homme, l'un d'entre eux qui a causé la mort resulte d'un dépôt de phosphate de chaux autour d'une épingle arrêtée dans le cœcum. Dans la troisième on voit un pessaire en ivoire dont une extrémité engagée dans l'intestin par une perforation s'est incrustée de phosphate de chaux, tandis que l'autre, qui avait pénétré dans la vessie, s'est recouverte d'acide urique ; une sonde offrant une incrustation semblable dans la vessie, où laissée à demeure elle a déterminé un état d'irritation. Voici une concrétion de phosphates de chaux et de magnésie formée autour d'une bougie de cire jaune qui avait été introduite dans le vagin. Puis des masses dures ayant la forme de gimblettes et percées à leur centre d'un trou qui laissait passer les matières ; on comprend aisément, en les voyant, comment avec leur présence a pu coïncider des garde-robes naturelles et même la diarrhée. Viennent ensuite divers échantillons de bézoards : celui-ci qui est arrondi laisse voir à sa surface bosselée et irrégulière des ouvertures correspondant aux rayons qui partagent son intérieur et qui sont groupés autour de ses noyaux multiples ; en voici un qui est bilobé, un autre qui est divisé en cinq lobes correspondant à cinq noyaux distincts que des sillons indiquent à la surface ; un autre encore serré et compacte dont l'intérieur recèle l'extrémité d'un fer de lance ; des bézoards configurés en cylindres aplatis et représentant des surfaces usées par le frottement ; un bézoard volumineux en forme de pyramide à quatre pans ; un autre produit par l'accollement de deux concrétions superposées imitant la forme d'une brioche ; en voici un provenant d'un cheval : le noyau est constitué par un morceau de brique et la surface est rugueuse, érodée comme si elle avait été attaquée par les sucs de l'estomac et qu'ils eussent mis à nu les diverses couches concentriques de l'intérieur. Ici c'est un bézoard volumineux recueilli sur un bœuf et qui est remarquable par les petites dimensions de son noyau.

J'arrive aux égagropiles. Ces planches reproduisent un calcul vésical trouvé chez une dame anglaise et ayant pour noyau des poils ; une concrétion composée d'adipocire et de cristaux de phosphate de chaux et formée autour d'un certain nombre de poils blonds, elle était située dans la matrice d'une femme de 50 ans ; une concrétion du même genre, trouvée dans un kyste par M. Larrey, qui a publié la relation de ce fait.

Des égagropiles peuvent être constitués par des poils végétaux ; c'est ce qui arrive en Bretagne chez quelques individus qui se nourrissent d'avoine ; il se produit alors une sorte de feutrage formé par des poils et disposé autour d'une cavité centrale. Les poils forment des égagropiles chez les animaux qui se lèchent : en voici un qui vient d'un lion affecté de la gale ; chez l'homme, cette origine des concrétions intestinales est plus rare et ne s'observe guère que chez les aliénés. Un jeune garçon et une jeune fille en ont été atteints après avoir avalé leurs cheveux, sur lesquels l'action des liquides digestifs est restée nulle. Vous apercevez ici des égagropiles de mer : les poils des plantes marines les composent, mais les mouvemens des vagues les arrangent avec une symétrie bien moins parfaite que les contractions de l'intestin chez les animaux. En jetant les yeux sur cet échantillon, qui provient de l'estomac d'un veau, on est frappé de la texture admirable de ce feutrage de poils, on dirait d'un tissu fait par la main de l'homme.

Des substances plus grossières peuvent devenir le point de départ de concrétions du tube digestif. En voici qui ont pour noyaux des débris de paille, de foin ; l'une d'entre elles est digne d'attention : elle est composée moitié d'un feutrage végétal et moitié d'oxalate de chaux ; comme dans la vessie, la présence de ce sel donne ici au calcul une forme tuberculeuse. Enfin, vous pouvez voir un voile de mousseline dont le tissu, sans s'altérer, s'est incrusté de matières salines et de feutrages végétaux dans l'intestin d'un cheval.

Il est encore une remarque que je ferai en terminant. C'est que, chez les oiseaux de proie, de la classe des nocturnes surtout, il se forme des espèces d'égagropiles à l'état physiologique : les os, les poils avalés par ces oiseaux pelotonnés en un bol, sont rejetés après la digestion par une régurgitation qui est l'analogue de la rumination.

M. Oudet voudrait que, concurremment avec la présence des concrétions du canal alimentaire, on notât toujours l'état des tissus à leur niveau ; peut-être, de cette façon, arriverait-on à préciser l'état organique et surtout les modifications des organes glanduleux liées à leur production.

M. Cloquet : Les observations où l'état de l'intestin est indiqué mentionnent presque toujours la rougeur de ses parois, des ulcérations, des perforations, des adhérences.

M. Velpeau : En 1832, un malade entra dans mon service pour se faire traiter d'une difficulté d'aller à la selle. Avec le doigt engagé dans le rectum on constata que cet intestin, qui était éminemment rétréci et immobile, ne présentait cependant aucune lésion organique, mais on percevait tout autour une dureté extrême : c'était comme si l'on pénétrait dans une muraille solide. Je pensais qu'il y avait peut-être une hypertrophie des os du bassin. Une dizaine de jours après son admission à l'hôpital, le malade, pris de délire, se donna la mort en se jetant par une fenêtre, et voici ce que l'autopsie nous a montré : entre le colon ascendant et l'uretère se trouvait une concrétion de la grosseur d'une noix ; elle avait pour noyau une épingle dont la tête était dans le colon et dont la pointe avait perforé l'uretère où elle s'était recouverte d'incrustations. L'analyse chimique n'a pas été faite, mais d'après mes souvenirs cette production ressemblait à un calcul d'acide urique. Le fait le plus saillant, c'est que l'urine, en suivant l'uretère avait filtré peu à peu dans le tissu cellulaire du bassin et y avait provoqué l'induration lardacée sentie pendant la vie.

M. Cloquet insiste sur l'importance de cette observation. Il signale la ressemblance de la concrétion dont M. Velpeau vient de rapporter l'histoire avec celle mentionnée plus haut, où l'on voit un corps étranger offrir à chacune de ses extrémités rectales et vésicales une concrétion d'un genre différent.

— M. Aristide Verneuil lit un mémoire intitulé : *Du siége réel et primitif des varices des membres inférieurs* et qu'il résume ainsi :

1° Toutes les fois que des varices superficielles spontanées existent sur le membre inférieur, on observe en même temps des varices profondes dans la région correspondante de ce membre.

2° La réciproque n'est pas vraie, car on peut trouver la dilatation des veines inter ou intra-musculaires sans que les vaisseaux superficiels soient atteints ; mais, lorsque les premières sont encore seules dilatées, il est presque certain que, dans un délai plus ou moins long, les dernières, à leur tour, s'amplifieront, deviendront serpentines et apparaîtront à leur tour sous la peau.

3° La phlebectasie, telle qu'on la connaît aux membres inférieurs, ne porte donc pas primitivement sur les vaisseaux sous-cutanés, pas plus la saphène interne que tout autre ; elle prend, au contraire, son origine dans les veines profondes en général, et dans les veines musculaires du mollet le plus souvent. Ces vaisseaux profonds sont d'abord atteints de dilatation et d'insuffisance valvulaire, et ces deux lésions se propagent de là aux branches sus-aponévrotiques de deuxième ou troisième ordre.

4° Non seulement la dissection pure et simple légitime ces conclusions ; mais une étude approfondie des dispositions toutes spéciales du système veineux du membre abdominal rend très bien compte de cette succession de phénomènes.

5° Ces faits, que je crois nouveaux, jettent de la clarté sur l'histoire entière des varices des membres inférieurs, ils en élucident l'étiologie, les symptômes ; ils permettront de juger plus sûrement les méthodes thérapeutiques.

6° Le mécanisme des récidives se comprendra désormais plus aisément. Jusqu'à ce jour, en effet, le retour si opiniâtre de la maladie avait été reconnu par l'expérience, mais expliqué plutôt rationnellement que démontré directement. — (Comm., MM. Gerdy, Cloquet, Robert rapporteur.)

— M. Leroy-d'Étiolles lit un mémoire intitulé : *Sur les moyens de traitement des rétrécissemens fibreux rétractiles et sur l'excision en particulier*. (Nous publierons un extrait de ce travail dans un prochain numéro.)

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE OFFERT PAR M. FERRUS. — La Société annonce que, profitant de l'offre généreuse de M. Ferrus, elle met au concours, pour l'année 1857, la question suivante : *Traité médico-psychologique du crétinisme.*

Le prix est de 500 fr.

Le mot *traité* ne doit pas être entendu dans sa signification rigoureuse et scolastique. Il s'agit en quelque sorte d'un mémoire médico-psychologique sur le crétinisme, c'est-à-dire d'un travail inédit, dans lequel la question soit envisagée dans ses divers élémens, et résolue au moins dans quelques-uns. Les concurrens pourront ainsi y traiter avec quelques développemens la partie du sujet qu'ils auraient plus particulièrement étudiée, en ayant soin, toutefois, que l'ensemble y soit exposé avec méthode et concision, et que la place qui leur est due soit donnée à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et à la prophylaxie.

Les mémoires seront envoyés à l'École de médecine, à l'adresse du secrétaire général de la Société, avant le 20 janvier 1857. Ils seront écrits lisiblement, en latin ou en français, et accompagnés d'une enveloppe cachetée reproduisant à l'extérieur l'épigraphe placée en tête du manuscrit.

Sont seuls exceptés du concours les membres titulaires de la Société et les membres correspondans demeurant à Paris.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 99. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 21 Août 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An	32 Fr
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 20 AOUT 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Le progrès et le doute en matière de science.

Je regrette que le dernier numéro du *Moniteur des hôpitaux* me parvienne trop tard, pour que je puisse répondre comme je le voudrais et comme cela conviendrait à un article très remarquable de M. Broca, intitulé : *Quelques mots sur le progrès et sur le doute en matière de science, à propos des fonctions de la moelle épinière ;* mais il m'est impossible de différer quelques mots au moins d'explication sur des opinions que M. Broca me prête, et qui ne sont pas les miennes, ce dont je vais tâcher de le convaincre, en lui demandant, ainsi qu'à mes lecteurs, une grande indulgence, car j'ai à peine le temps de recueillir mes idées.

Les premiers paragraphes de l'article de M. Broca indiquent suffisamment le but et la nature des réflexions que notre ingénieux confrère a voulu mettre en lumière, et je les reproduis textuellement :

« Les expériences de M. Brown-Séquard viennent de remettre en question tout ce qu'on croyait savoir sur les fonctions de la moelle épinière, et sur ce que j'appellerais volontiers la dynamique générale du système nerveux. Les lecteurs de ce journal ont pu prendre connaissance du rapport que j'ai lu à la Société de biologie sur ces questions épineuses, et plusieurs d'entre eux, sans doute, éprouvent quelque regret en comparant le présent avec le passé, et en trouvant un abîme d'incertitude là où hier encore brillait un système bien complet, bien simple, bien clair et bien affirmatif.

» Ce regret a été exprimé par quelques-uns de mes confrères de la presse. Je commence par les remercier de la bienveillance avec laquelle ils ont accueilli mon œuvre, qui n'a d'autre mérite que de renfermer une narration exacte des dernières expériences de M. Brown-Séquard. Je remercie particulièrement M. Amédée Latour, dont l'indulgence m'est d'autant plus précieuse, qu'il professe, sur le progrès et sur le doute en matière de science, des opinions très différentes des miennes. Je saisirai même cette occasion pour lui présenter quelques remarques à cet égard.

» Après avoir constaté toute l'étendue du vide que laisse dans la science la chute récente du système de Charles Bell, j'ai terminé mon rapport par les lignes suivantes : « M. Brown-Séquard ne nous a pas encore communiqué ses idées dans leur ensemble, nous savons seulement qu'il s'est mis courageusement à l'œuvre pour reconstruire après avoir démoli. Faisons des vœux pour qu'il réussisse; mais, dût-il échouer dans cette entreprise difficile, sa part serait encore assez belle, car *il est aussi glorieux de renverser l'erreur que de trouver la vérité.* »

» C'est ce dernier aphorisme qui a donné lieu aux réflexions pleines de courtoisie de M. Amédée Latour, et je crains bien que sur ce point nous ne soyons pas près de nous entendre. Je ne me dissimule pas que la plupart des hommes partagent la manière de voir de l'habile rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE. On applique communément aux choses de la science un raisonnement conservateur qui est applicable tout au plus aux choses de la politique. Lorsqu'un orateur, un publiciste démontre la fausseté ou l'injustice d'un système de finances, d'administration ou de gouvernement, on lui répond : C'est très bien, tout cela est absurde; mais que mettrez-vous à la place?

» Et on a raison, car, après tout, un pays a besoin d'être administré et gouverné d'une manière quelconque. Mais en matière de science, il en est tout autrement; il vaut mieux ne rien savoir et ne rien croire que de croire des sottises et de savoir des erreurs. Celui qui nie ou qui doute est plus près de la vérité que celui qui est imbu d'une fausse doctrine, et j'aime mieux Montaigne disant naïvement : Que sais-je? que Leibnitz usant toutes les ressources de son étonnant génie pour arriver à la théorie des monades et de l'harmonie préétablie. »

Il y a dans ces lignes, dont la suite n'est que le brillant commentaire, une part d'une justesse et d'une vérité incontestables, et une autre part, hélas! comme dans toutes les choses de ce monde, je ne dirai pas d'erreur, mais de confusion.

J'ai le bonheur de me trouver avec M. Broca plus de son avis qu'il ne le croit, et là où nous semblons différer de sentiment, c'est que peut-être il ne s'agit que de nous entendre.

Le progrès en toutes choses, et cela doit se dire surtout des époques avancées en civilisation comme la nôtre, reconnaît deux élémens, sinon également précieux et nécessaires, au moins l'un et l'autre utiles à des degrés divers : l'élément invention et découverte, l'élément appréciation et critique. C'est parce qu'il a donné peut-être une importance trop grande à l'un de ces élémens au détriment de l'autre, que M. Broca pense que nous ne sommes pas d'accord.

Découvrir une vérité, me paraît plus glorieux et plus utile que de détruire une erreur. M. Broca pense, au contraire, qu'il « est aussi glorieux de renverser l'erreur que de découvrir la vérité. »

Toute proposition absolue manque toujours d'application en certains points. Je n'oppose pas ma proposition à celle de M. Broca; car j'aurais tort en une certaine limite. Je crois que M. Broca a tort de m'opposer la sienne d'une manière aussi absolue qu'il le fait ; l'histoire des sciences, l'histoire de l'esprit humain, lui donneraient un démenti continuel.

Croire que des deux élémens dont se compose le progrès, l'élément invention soit le plus glorieux et le plus utile, ce n'est ni nier ni contester l'élément appréciation, l'élément critique, l'élément vérification. Ai-je besoin de me défendre d'une inculpation semblable? Qu'est-ce qu'un journal, du moins dans la partie où celui qui le dirige expose ses opinions et ses principes, si ce n'est un des modes de propagation de ce second élément du progrès?

Que M. Broca se rassure, cet élément n'a pas autant d'adversaires qu'il le dit, il n'inspire pas l'effroi qu'il suppose. M. Broca me semble avoir pris l'expression, d'ailleurs très discrète, d'un regret légitime pour un acte d'opposition à des principes que je m'honore de partager, et pour la défense desquels je n'en suis pas à mes premières armes. Quel esprit assez dénué de raison pourrait contester aujourd'hui l'utilité de la critique scientifique et littéraire? Qui donc n'encourage pas, dans les limites de son action, l'esprit de vérification et d'examen? Qui ne gémit souvent, au contraire, de l'abandon dans lequel la critique est tombée? Dans le dernier numéro de ce journal, ne faisais-je pas mes humbles efforts pour rappeler les corps savans, et notre Académie de médecine spécialement, au but élevé vers lequel ils doivent tendre, c'est-à-dire l'appréciation et la vérification des faits et des doctrines?

Il n'y a, il ne peut y avoir donc qu'un malentendu entre M. Broca et moi sur la question relative aux droits et à l'utilité de la critique.

Ce malentendu me semble reposer, comme toujours, sur un mot mal interprété. M. Broca ne veut pas que l'on *regrette* la chute d'une croyance scientifique, quand cette croyance reposait sur l'erreur. La question ainsi posée et d'une manière aussi générale, M. Broca n'a pas de peine à se donner raison, et les ingénieux développemens dans lesquels il est entré sont véritablement du luxe littéraire. Tout cela est vrai d'une manière absolu, tout cela peut manquer de vérité dans l'application. Dans les sciences médicales surtout, il y a de nombreuses réserves à faire à ce principe. Quelle est la vérité, quelle est l'erreur médicale? Où est le *criterium* de la certitude en médecine? M. Broca le connaît-il? Hélas! cet esprit de vérification en faveur duquel il vient d'écrire ces quelques pages éloquentes, c'est l'esprit médical par excellence, c'est lui qui a régné et gouverné depuis Hippocrate qui *vérifia* l'école de Cnide, jusqu'à nos jours, où le nombre des vérificateurs se multiplie peut-être sans mesure. Édifier et démolir, n'est-ce pas, en deux mots, toute l'histoire de la médecine?

Je viens d'écrire un mot qui a un grand charme pour M. Broca. Il vante, il loue, il encourage les *démolisseurs*. Mieux vaut savoir qu'on ne sait rien, s'écrie-t-il, que se complaire dans une croyance chimérique. Encore une opinion qui a toutes les allures d'une vérité, et qui encore, à l'application, force à des réserves. C'est un terrain très glissant sur lequel vient de se placer M. Broca, je n'ai pas besoin d'en prévenir son esprit si distingué et si perspicace. Démolir pour le seul plaisir de démolir, n'est qu'un fait brutal et sauvage, un plaisir d'ailleurs négatif et stérile. A part quelques insensés, dont l'histoire n'a pas même absous la folie, on ne rencontre, qu'à l'état pathologique, cette manie de destruction. Et encore ces actes exécrables avaient-ils un mobile que leurs auteurs croyaient légitime. L'incendie de Rome fut donnée par Néron comme une énergique et prompte mesure d'hygiène publique. La destruction de la bibliothèque d'Alexandrie fut un acte de fanatisme logique; les torches d'Omar voulaient aussi détruire l'*erreur*. Que disait Paracelse en brûlant les œuvres d'Hippocrate et de Galien? Et des destructeurs des idées, des livres, des monumens si nous passions aux destructeurs des hommes, ne verrions-nous pas partout le même mobile, le même but, qu'il soit politique ou religieux, la destruction de l'erreur?

Je ne me souviens pas d'avoir jamais appliqué aux choses de la science le raisonnement conservateur applicable tout au plus, selon M. Broca, aux choses de la politique. Il ne faut vraiment pas avoir la mémoire aussi fraîche que notre jeune et spirituel confrère du *Dictionnaire philosophique* de Voltaire pour n'avoir pas oublié que science et immobilité sont deux termes antagonistes. Il ne s'agit que d'avoir dans l'esprit la croyance aux idées élevées et pieuses de la liberté, de la spontanéité, de la perfectibilité humaines, et, grâce à Dieu, j'ai ces croyances et j'en accepte toutes les conséquences. C'est dire que je crois au progrès, que j'y aspire et que j'y pousse aussi ardemment que qui que ce soit. Dirai-je ma pensée tout entière? Oui, et pour rentrer dans le sujet même de cette discussion, je reconnais qu'au point où nous en sommes de la science médicale, le progrès futur est fatalement lié aux recherches de vérification de ce qui existe et d'examen de ce nous croyons savoir. M. Broca voit bien que nous sommes très près de nous entendre. Mais je ne peux entièrement partager son enthousiasme un peu lyrique pour le doute.

Je connais les belles choses que depuis Montaigne et Descartes on a dites sur le doute. C'est très beau, mais c'est peu consolant. L'activité humaine s'en accommode mal. Du doute systématique au scepticisme, il n'y a qu'un pas. Le doute n'est pas une faculté, c'est l'absence d'une faculté. Croire et aimer, c'est là la grande faculté humaine. Nous n'y pouvons rien, et toutes les philosophies passées et présentes n'ont pu changer sur ce point la nature de l'homme. Sous l'ingénieuse fable de Bellerophon, auquel les Lyciens élevèrent une statue pour avoir détruit la Chimère, M. Broca n'a pas vu la sage Minerve qui lui avait fait don de son cheval Pégase. Plus tard et abandonné de la déesse, il voulut escalader le ciel; il fut foudroyé par Jupiter irrité.

Cette allégorie aurait-elle encore sa signification?

En résumé, et pressé par le temps comme par l'espace, je réponds à mon éloquent confrère que je suis comme lui et avec lui pour le progrès sous toutes ses formes, avec tous ses élémens, élément découverte, élément critique; mais plus que lui, si j'exerçais une action quelconque sur les jeunes intelligences de mon temps, je les pousserais plutôt vers l'élément invention que vers l'élément critique; ce dernier élément, je le voudrais voir mis en œuvre surtout par les corps savans, et je laisserais à la jeunesse toutes ses facultés actives que l'esprit de doute peut attiédir.

Le doute n'est pas un stimulant assez puissant pour la jeunesse, il lui faut l'espérance, quelquefois même l'illusion pour la jeter dans les voies fécondes de l'étude et du travail. Je craindrais, je l'avoue, l'influence fâcheuse de ce doute démolisseur érigé en principe et en système. L'esprit humain ne vit pas de négation, et l'ami de M. Broca, qui lui dit : On ne détruit pas, on remplace, me semble, plus près que lui de la vérité pratique.

M. Brown-Séquard, à l'occasion duquel cette courte discussion s'est allumée, va le prouver prochainement à M. Broca. Après avoir détruit, au moins le croit-il, la doctrine de Ch. Bell sur les fonctions de la moelle, il ne laissera pas stérilement à terre les matériaux de l'édifice qu'il croit avoir renversé; il construit aussi son édifice; sur les ruines qu'il a faites, il compte bien élever aussi sa doctrine, et vous verrez que l'ami de M. Broca aura encore raison : On ne détruit pas, on remplace.

Amédée LATOUR.

LITHOTRITIE.

DE LA LITHOTRITIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SON APPLICATION (1) ;

Par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine.

Des effets des pierres de la vessie.

Un premier effet de la présence d'une ou plusieurs pierres dans la vessie, c'est de provoquer dans le gland, vers l'entrée de

(1) Voir le numéro du 14 Août.

l'urètre, une sensation particulière de chatouillement, de picotement ou même de douleur légère, sensation que l'on éprouve quelquefois pendant qu'on urine, et le plus souvent lorsqu'on achève d'uriner. D'autres fois, cette sensation est perçue à un degré plus ou moins fort pendant un exercice du corps, et alors elle est bientôt accompagnée du sentiment qui nous avertit du besoin d'uriner, ou même ne se confond avec lui, en augmente l'intensité.

C'est là un symptôme fréquent des pierres de la vessie; mais il n'est pas constant, et, ce qu'il importe fort de noter, il est loin d'établir d'une manière positive la présence de la pierre dans cet organe; une irritation quelconque de la membrane muqueuse de l'appareil urinaire, notamment près du col de la vessie, et surtout l'existence d'une pierre, d'un gravier ou même d'une certaine quantité de sable dans la partie supérieure des voies urinaires, dans les reins, les calices, les bassinets, les uretères, peuvent provoquer une sensation analogue, quoique en général moins prononcée.

Un second effet des pierres de la vessie, mais un effet moins fréquent que celui dont nous venons de parler, est la sortie par l'urètre, de temps à autre, d'une certaine quantité de sang mêlé aux urines, et donnant à celles-ci une couleur d'un brun noir plus ou moins foncé. Cet effet se remarque ordinairement à la suite d'un exercice plus ou moins violent, plus ou moins prolongé, à pied, à cheval, en voiture, et cesse de se montrer sitôt que le malade garde le repos pendant quelques heures. Cette double circonstance, de l'exercice qui le provoque et du repos qui le suspend, distingue le symptôme dont il s'agit des pertes de sang qui ont lieu par simple exhalation dans les voies urinaires, et de celles bien plus fréquentes, qui sont la conséquence d'un fungus ou d'une affection cancéreuse de ces organes. Ces dernières hématuries sont assez souvent excitées par l'exercice; mais elles se montrent aussi pendant le repos, et résistent bien plus longtemps à son influence.

Il est bien rare d'observer la réunion de ces deux symptômes, de l'hématurie, avec les conditions que nous venons de lui assigner, et de la sensation urétrale telle que nous l'avons indiquée plus haut, sans qu'il y ait un corps étranger dans la vessie ou les parties supérieures des voies urinaires, et fort heureusement c'est presque toujours dans la vessie qu'il se trouve.

Un troisième effet de la pierre, facile à concevoir et que l'on observe surtout quand celle-ci est encore petite et mobile, c'est que l'excrétion des urines s'arrête parfois brusquement, et se rétablit ensuite sous l'influence de quelques instans de repos ou d'un léger déplacement du corps. Cet effet, qui est dû évidemment à ce que la pierre vient obstruer l'orifice intérieur de l'urètre et s'en éloigne ensuite, se remarque rarement quand la pierre a acquis un certain volume, et surtout un certain poids, probablement parce que, dans ce cas, elle reste appliquée sur le bas-fond de la vessie.

Un autre effet de la présence d'une pierre dans la vessie, c'est l'irritation de la membrane muqueuse de cet organe, et, par suite, une augmentation notable de la sécrétion confiée à cette membrane, de telle sorte que les urines, louches ou même fort troubles en sortant, laissent déposer, au fond du vase qui les reçoit, une quantité plus ou moins grande de mucus, et quelquefois de muco-pus.

On comprend quels peuvent être les inconvéniens de cette irritation catarrhale de la vessie, et comment, en augmentant d'intensité et s'étendant le long des uretères jusqu'aux reins, elle peut donner lieu à la fièvre et à de graves désordres dans différentes fonctions de l'économie.

Un effet des pierres de la vessie, effet qui se manifeste surtout quand la pierre a déjà produit une irritation plus ou moins forte de la membrane muqueuse de cet organe, c'est la fréquence du besoin d'uriner. Elle peut être portée, cette fréquence, au point d'obliger le malade à uriner toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure, toutes les cinq minutes, et même, pour ainsi dire, d'une manière continue. Il y a, dans ce cas, une véritable incontinence d'urine. Celle-ci a lieu ordinairement avec de violens et douloureux efforts d'excrétion, lesquels sont très souvent accompagnés d'évacuations alvines involontaires.

J'ai observé une fois une incontinence d'urine provoquée par la pierre et parfaitement indolente. C'était chez un vieillard de 77 ans, qui, sous l'influence de cette perte continuelle de l'urine, se trouvait atteint d'une affection cutanée de la partie supérieure et interne des cuisses, et avait, en conséquence, réclamé les soins de mon honorable confrère, M. le docteur Alphée Cazenave. Cet habile praticien eut bientôt reconnu que la cause de l'affection cutanée était dans la vessie, et voulut bien m'adjoindre à lui pour y remédier. Je reconnus, à mon tour, par l'exploration de la vessie, que l'incontinence d'urine, quoique sans douleur aucune, était causée par la présence d'une énorme pierre dans cet organe. Nous procédâmes à la taille hypogastrique; je retirai une pierre pesant sept onces trois gros (223 grammes). Elle remplissait à elle seule la vessie, et ne laissait pas de place pour l'urine, qui, par suite, s'échappait par l'urètre, au fur et à mesure qu'elle arrivait par les uretères.

Ces différens effets de la pierre, qui constituent les symptômes de l'affection connue sous ce nom, se montrent rarement dans leur ensemble; mais, le plus souvent, on en observe plusieurs à la fois; et, dans tous les cas, l'apparition de l'un d'eux, ou même le simple soupçon de son existence, doit réveiller l'attention du praticien, et lui faire se demander s'il n'y a pas lieu de procéder immédiatement à l'exploration de la vessie.

De l'exploration de la vessie,
dans le but de s'assurer s'il y existe une pierre, et s'il y a lieu de procéder à la lithotritie.

Sitôt qu'un ou plusieurs symptômes font soupçonner l'existence d'une pierre dans la vessie, il faut se hâter de procéder à l'examen de cet organe, quand surtout il résulte des renseignemens fournis par le malade qu'il est fils, ou petit-fils d'un calculeux ou d'un goutteux, qu'il a fait longtemps du sable avec les urines, qu'il a rendu un ou plusieurs graviers, qu'il a eu des douleurs dans la région des reins et sur le trajet des uretères.

Pour cet examen, je prends une sonde métallique de moyen diamètre et à bec très court, et, après avoir eu le soin de faire coucher le malade de manière que son bassin, soutenu par un carreau ou mieux par une couverture disposée en rouleau, soit de dix à quinze centimètres plus élevé que les épaules, j'introduis l'instrument dans la vessie, autant que possible dans un moment où elle contient une certaine quantité d'urine. Le plus souvent, en pareil cas, dans la position et les conditions que je viens d'indiquer, le corps étranger se portant, en vertu de son poids, vers le point le plus déclive, se trouve dans la direction de l'urètre, et il est touché dès l'entrée de l'instrument dans le réservoir. Quelquefois, ce n'est qu'après quelques recherches, et à l'aide de mouvemens latéraux de la sonde, qu'on parvient à le sentir. D'autres fois, si surtout il est peu volumineux, on ne constate sa présence qu'en tournant le bec de l'instrument en bas, vers le sacrum, et en le remuant doucement derrière la prostate, pendant qu'on laisse écouler l'urine. Il est des cas où la vessie étant à colonnes et présentant des sinus plus ou moins profonds, on est obligé, sous peine de laisser échapper le corps étranger, de multiplier les recherches avec le plus grand soin, et de passer, pour ainsi dire, en revue chacun des points des parois tant supérieure qu'inférieure et latérales.

Une fois la présence du corps étranger reconnue, il y a des circonstances dans lesquelles on peut promptement constater qu'il n'est pas seul, qu'il est accompagné d'autres corps étrangers, et même étudier sa forme, son volume, sa densité. Mais il est presque toujours prudent d'ajourner ce complément d'exploration pour ne pas s'exposer à des accidens, comme par exemple, une réaction fébrile, dont le moindre inconvénient ici serait d'inspirer au malade des craintes pour les opérations qu'il aura à subir, et de retarder plus ou moins un traitement toujours nécessaire, souvent facile, et d'un résultat, en général, d'autant plus favorable, qu'il est plutôt entrepris.

Quelle que soit, du reste, l'époque à laquelle on cherche à reconnaître le nombre, la forme, le volume et la dureté des pierres, c'est encore en les touchant avec la sonde, et en portant celle-ci sur différens points, en la tournant en divers sens, et toujours avec beaucoup de ménagemens, qu'on parvient à obtenir les renseignemens désirés.

Quant à la nature de la pierre, on ne peut la déterminer rigoureusement par l'examen dont nous parlons; mais en réunissant les données qu'il fournit à celles que l'on a d'ailleurs sur les antécédens du malade, sur les sables et les graviers qu'il peut avoir rendus, sur les conditions habituelles des urines, notamment sur leur nature acide ou alcaline, sur la présence en elles ou l'absence d'une plus ou moins grande quantité de mucus, de pus ou de sang, on arrive à de très grandes probabilités sur le fait en question, et presque toujours on reconnaît bien l'élément qui domine dans le corps à détruire, ou au moins dans ses couches externes.

C'est ainsi qu'un malade qui a rendu longtemps ou souvent du sable d'acide urique et surtout des graviers de même nature, et dont les urines sont restées toujours claires et acides, ne peut guère avoir qu'une pierre d'acide urique, à moins qu'il ne soit extrêmement jeune ou qu'il n'ait fait un usage immodéré et prolongé d'oseille pour aliment, auquel cas, on pourrait bien avoir affaire à un calcul qui serait composé, en plus ou moins grande quantité, d'oxalate de chaux. C'est encore ainsi qu'un malade qui rend depuis longtemps des urines catarrhales, surtout si celles-ci sont fétides ou alcalines, offrira une pierre dont les couches extérieures, au moins, seront composées de phosphates, tandis qu'un enfant de la classe pauvre, un enfant mal nourri, mangeant habituellement très peu de viande, et dont les urines se sont maintenues toujours claires, aura presque certainement un calcul d'oxalate de chaux.

Les conditions de la pierre ne sont pas les seules qu'il soit essentiel de connaître pour prendre une résolution relativement à la lithotritie. Il importe fort de s'assurer, autant que possible, si la membrane muqueuse de la vessie est saine, si sa couche musculeuse est ou non contractile, si elle est hypertrophiée, si elle présente des colonnes charnues, si les parois de l'organe sont épaissies, si elles sont plus ou moins souples, plus ou moins élastiques, plus ou moins irritables, et tous ces renseignemens se prennent avec la sonde, aidée ou non de quelques injections méthodiques d'eau tiède.

Faut-il ajouter que la connaissance de l'état de l'urètre d'ailleurs facile à obtenir au moyen d'instrumens appropriés, est un complément nécessaire de l'instruction à faire, et que les données propres à éclairer sur l'état des reins et des uretères doivent être recueillies avec le plus grand soin.

Enfin, l'état de l'économie en général et celui des organes digestifs en particulier, ainsi que le degré de sensibilité du sujet, doivent être pris en grande considération quand il s'agit de prendre un parti à l'endroit de la lithotritie.

Je dirai plus tard quelles sont les contre-indications de la lithotritie; je suppose, pour le moment, que l'étude des conditions de la pierre, des voies urinaires et de l'économie en général a fait juger que la lithotritie est praticable, qu'elle doit être pratiquée, et qu'il ne s'agit plus que de procéder à cette opération.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE.

ÉTUDE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA VÉRATRINE DANS LE COURS DE LA PNEUMONIE; — DE L'ASSOCIATION DE LA VÉRATRINE ET DE LA SAIGNÉE DANS LE TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION;

Par M. A. FOURNIER, interne des hôpitaux.

La vératrine fait depuis longtemps, entre les mains de M. Aran, la base du traitement ordinaire de la pneumonie. Chargé dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, du registre des observations pendant l'année 1854, j'ai pu suivre les effets de cette médication et m'assurer de son efficacité. Je viens donc, dans ce travail, résumer ce que j'ai observé relativement aux effets physiologiques produits par l'administration de la vératrine, effets qu'on a singulièrement exagérés; et en second lieu, exposer les modifications qu'une longue expérience de cet agent thérapeutique a conduit M. Aran à introduire dans cette médication.

I.

On exagère généralement (et déjà dans la discussion qui a eu lieu au sein de la Société médicale des hôpitaux, M. Aran a combattu cette croyance) les propriétés hyposthénisantes de la vératrine. On a accusé ce médicament de produire un abaissement extraordinaire de la température, une chute du pouls considérable, des vomissemens multipliés, des évacuations alvines surabondantes, enfin d'amener une dépression profonde de l'organisme, « véritable image du choléra. »

Les 41 observations que je puis consulter, dans lesquelles des doses assez élevées de vératrine (de 2 à 3 centigrammes dans les vingt-quatre heures; quelquefois même 4 centig.) ont été administrées à des malades des deux sexes et de tout âge, sont loin de reproduire tous les traits de cet effrayant tableau, alors même que le médicament était associé à d'autres agens thérapeutiques susceptibles d'augmenter encore son action déprimante sur l'économie. Je n'ai rien trouvé, dans aucune de ces observations, qui ressemblât à cette terrible hyposthénisation cholériforme. Je vais, d'ailleurs, passer en revue les différens symptômes physiologiques, pris chacun à part, qui ont accompagné l'ingestion de la vératrine; et pour donner à cet examen un caractère rigoureux, je n'y ferai figurer que celles des observations où la vératrine a été employée *seule*, à l'exclusion de tout autre agent thérapeutique.

Quelques détails préliminaires préciseront les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades auxquels le médicament a été administré.

De la somme totale de ces malades, un cinquième seulement appartenait au sexe féminin.

Leur âge, pour la grande majorité, variait entre 24 et 36 ans; quatre étaient âgés de 18 à 19 ans; quelques-uns étaient compris dans la période de 45 à 55; un seul avait atteint la 66me année.

Leur constitution et leur état de santé antérieure offraient sans doute bien des variétés, qui, pour être appréciées justement, nécessiteraient un exposé minutieux de chaque observation. Je n'en donnerai qu'un court aperçu. Pour les femmes, leur constitution était médiocre en général; elles faisaient toutes partie de cette classe ouvrière du faubourg St-Antoine, que concourent à étioler le travail malsain des grands ateliers, le défaut d'aération, les excès et l'alimentation insuffisante; l'une d'entre elles était même affectée de tubercules pulmonaires. Les hommes, compris pour la grande majorité dans la période de 24 à 36 ans, présentaient généralement plus de force et de santé. Leur constitution était moyenne; quelques-uns seulement jouissaient d'un tempérament fort et robuste; trois d'entre eux, au contraire, étaient affaiblis par le travail, le chagrin et les privations.

Ces malades se sont présentés à l'hôpital, pour la plupart, du quatrième au cinquième jour après le début de la phlegmasie pulmonaire; l'un d'eux a été observé dans les salles dès le lendemain de l'invasion; quelques autres vers le troisième jour; enfin un seul le septième jour, et un dernier le dixième.

Le degré auquel était parvenu la maladie n'est pas moins important à préciser. C'est presque toujours l'hépatisation rouge qui a été constatée dès le premier jour de l'entrée des malades à l'hôpital. Sur deux ou trois au plus, la pneumonie n'était encore qu'à la période d'engoûment.

A part trois ou quatre pneumonies assez légères, toutes les

autres se présentaient avec un cortége de symptômes fébriles qui dénotaient la gravité de l'affection.

Je n'ai à signaler qu'un seul cas de pneumonie double.

Tel était l'état des malades sur lesquels l'administration de la vératrine a produit les résultats qu'il me reste à faire connaître.

§ I. — Il est assez commun que, peu de temps après l'ingestion du médicament, les malades éprouvent une sorte de *chaleur* profonde vers la colonne vertébrale et un sentiment de *travail intérieur* dont ils rapportent le siége à l'épigastre. Ce phénomène est loin d'être constant; il ne se rencontre même environ que dans la moitié des cas. De plus, cette sensation de chaleur est fort peu douloureuse, si bien que les malades ne s'en plaignent pas le plus souvent, à moins qu'on appelle leur attention sur ce sujet.

§ II. — Le *vomissement* est le phénomène capital qui suit l'ingestion de la vératrine. Quels sont ses caractères? A-t-il rien de comparable au vomissement cholérique?

Administrée à la dose de 2 à 3 centigrammes en quatre ou six pilules données d'heure en heure, la vératrine produit un effet émétique très marqué. La plupart des malades dont j'analyse les observations ont eu, en moyenne, dans la première journée, de trois à cinq vomissemens; si, dans quelques cas, fort rares d'ailleurs, le nombre des vomissemens véritables s'est élevé plus haut, en revanche, il est bien plus souvent resté fort inférieur; quelques malades n'ont éprouvé que deux vomissemens au plus, et, sur deux autres, le médicament n'a pas produit son effet émétique.

Il est important d'ajouter qu'il s'établit pour la vératrine une véritable *tolérance* : dès le second jour de l'administration, les vomissemens sont bien moins intenses, bien moins fréquens; ils ne sont plus comparables à ceux de la veille. Dans les jours qui suivent, ils disparaissent : il est fort rare qu'ils persistent jusqu'au quatrième jour.

Le propre de la vératrine, administré d'après le mode que nous avons indiqué, n'est pas tant de produire le vomissement que d'entretenir un *état nauséeux* particulier. Si quelques rares malades échappent à l'action véritablement émétique du médicament, aucun ne se soustrait à cet état nauséeux, qui se prolonge même, bien qu'en s'affaiblissant, plusieurs jours après la disparition de l'effet vomitif proprement dit.

Les matières vomies sont blanchâtres ou bilieuses, sans autre caractère. Leur quantité est, en général, peu considérable; elle ne dépasse guère celle des vomissemens consécutifs à l'ingestion du tartre stibié.

§ III. — On a accusé la vératrine de produire des *diarrhées* intenses. Les observations que j'ai entre les mains protestent contre cette assertion. Voici, en effet, les résultats qu'elles fournissent.

Dans la grande majorité des cas, le médicament n'amène qu'une ou deux selles liquides; il est même assez fréquent que le malade n'aille pas, une seule fois, à la garde-robe. Dans aucun cas, il ne s'est produit de diarrhée abondante et rebelle; je ne trouve que deux ou trois observations qui mentionnent des évacuations alvines abondantes; encore ces diarrhées ont-elles disparu très promptement, l'une d'entre elles dans les vingt-quatre heures. En somme, *la vératrine, administrée aux doses et dans les conditons précédemment indiquées, n'a pas d'effet purgatif violent.*

§ IV. — La *chute du pouls* est le fait le plns constant et le plus remarquable. Sous l'influence du médicament, le nombre des pulsations s'abaisse d'un façon véritablement prodigieuse. L'effet est presque immédiat dès les premières doses. Dans les vingt-quatre heures, le pouls tombe de 15, 20, 25, 30 et jusqu'à 36 pulsations. Si l'on continue l'emploi de la vératrine, l'effet s'exagère, et c'est alors qu'on peut assister à l'un des spectacles les plus étranges, celui d'une *pneumonie sans fièvre*, c'est-à-dire la coexistence d'une affection aiguë, éminemment fébrile de sa nature, avec un état apyrétique du mouvement circulatoire, alors même que la pneumonie suit son cours, que l'élément phlegmasique domine dans le poumon comme l'indique l'exploration plessimétrique et stéthoscopique. Le pouls du malade ne bat pas plus de 60 à 70 fois par minute; quelquefois même, à cette époque, il tombe encore plus bas, jusqu'à 56 et 50 ou 48 pulsations.

La vératrine semble affecter profondément l'organisme : car lorsque après avoir diminué progressivement les doses de cet agent d'une façon proportionnelle à la rapidité de la résolution, l'on vient à le supprimer définitivement, il n'est pas rare de constater à cette époque un abaissement de pouls continu et même exagéré, comme si l'économie restait soumise à l'agent dont elle subit encore l'influence éloignée. De plus, le pouls met plusieurs jours à se relever; il est assez fréquent de le voir maintenu dans les premiers temps de la convalescence entre 56 et 60 pulsations.

Les jeunes sujets, les femmes et les vieillards ressentent plus vivement l'influence de la vératrine.

En même temps que le nombre des pulsations s'abaisse sous l'action du médicament, le pouls perd de ses caractères fébriles; il devient moins fort et moins vif, et quoique restant assez plein, plus dépressible.

On s'est demandé si l'influence de la vératrine sur le pouls était le résultat d'une action dynamique ou bien la simple conséquence des phénomènes physiologiques produits par le médicament, spécialement de l'effet vomitif. Il serait bien osé, sans doute, de chercher dans les quelques faits dont je puis disposer la solution de cette haute question. Néanmoins je dois dire que, d'une part, le ralentissement du pouls se produit quelquefois en l'absence de tout effet émétique; et que, d'autre part, alors que cette dernière influence est portée à son maximum, il n'est pas rare de voir le pouls rester fréquent et dur. L'influence de la vératrine sur la circulation paraîtrait donc véritablement dynamique; mais n'a-t-elle que ce caractère? Comme l'état du pouls s'est trouvé presque constamment en rapport intime avec la nature et le degré de la lésion, ne serait-il pas rationnel d'admettre que le ralentissement du mouvement circulatoire prend à la fois son origine dans une influence dynamique et dans la résolution même de l'état morbide?...

§ V. — La vératrine abaisse la *chaleur morbide*, c'est un fait constant. La température tombe en général de 2 à 3 degrés; la peau prend un caractère de fraîcheur sensible pour le malade et le médecin; de plus, elle se couvre presque constamment de moiteur.

Mais jamais, dans aucun cas, la chaleur ne s'est abaissée de façon à simuler le refroidissement spécifique du choléra; jamais le thermomètre, placé dans l'aisselle des malades, n'a indiqué moins de 36 degrés. Il y a fraîcheur à la peau, mais non refroidissement.

§ VI. — Un *affaissement* notable succède à l'ingestion de la vératrine, et se traduit dans tout l'habitus extérieur. C'est le degré de cet affaissement qu'il convient de préciser; c'est plus qu'une sédation simple, c'est moins qu'une prostration véritable. J'ajoute que, dans aucun cas, la vératrine n'a produit cette dépression effroyable qu'on a comparée à la prostration cholérique.

Tels sont les phénomènes physiologiques qui accompagnent l'administration de la vératrine. J'aborde maintenant une autre étude, son action sur les symptômes morbides dans le cours de la pneumonie.

II.

Ce n'est pas seulement l'état fébrile (chaleur, accélération et raideur du pouls) qui, dans les phénomènes propres à cette affection, reconnaît l'influence de la vératrine. Ce médicament agit, à n'en pas douter, sur la maladie même; et ce qui le prouve, c'est précisément l'action qu'il exerce sur certains phénomènes appartenant en propre à l'élément phlegmasique pulmonaire. Si quelques-uns de ces phénomènes peuvent s'amender ou disparaître, lors même que l'affection s'aggrave et que les symptômes inflammatoires suivent une marche ascendante (le point de côté, par exemple); il en est d'autres, en revanche, qui sont tellement unis à l'état phlegmasique, que leur disparition se lie nécessairement à la continuité ou la résolution de l'état morbide. Tels sont les suivans : l'accélération des mouvemens respiratoires (Grisolle), la toux et quelquefois l'expectoration qui l'accompagne; la plupart des signes physiques. Or, constater que ces phénomènes sont influencés par le médicament, n'est-ce pas reconnaître que la maladie, dont ils sont l'expression symptomatologique, est soumise à la même influence?

Voici ce qu'ont fourni, sur ce sujet, les observations de vingt-trois malades traités par la vératrine seule, sans association d'autre agent thérapeutique, dans le cours de pneumonies plus ou moins graves (1).

Règle presque absolue : Dès le lendemain du jour où la vératrine a été administrée, le malade se trouve soulagé notablement; il est passé de l'état d'agitation et d'anxiété à un état de calme parfait, dont on ne pourrait craindre que l'exagération même.

La dyspnée cède promptement, et le nombre des respirations s'abaisse en même temps d'une façon remarquable. Dans plus des deux tiers des cas, dès le premier jour, on constate une diminution de 4, 8, 10, 12 et 14 respirations par minute et même au-delà. Si, comme le dit M. Grisolle, l'accélération des mouvemens respiratoires est constamment en rapport avec l'étendue et la gravité de la lésion pulmonaire, un semblable ralentissement ne peut coïncider qu'avec le début d'une franche résolution et témoigne évidemment de l'influence considérable qu'a fait subir le médicament à l'élément phlegmasique.

J'insisterai sur un point : La chute du nombre des respirations n'est pas un phénomène de même nature que la chute du pouls, un phénomène d'hyposthénisation. D'une part, en effet, ces deux phénomènes sont indépendans; ainsi le pouls peut s'abaisser considérablement et le nombre des respirations ne pas diminuer, quelquefois même subir un mouvement inverse. D'autre part, le chiffre des mouvemens respiratoires affecte toujours un rapport intime avec l'état de la lésion pulmonaire; la lésion se résout-elle, il s'abaisse; s'aggrave-t-elle, il s'élève. Enfin, lorsque l'abaissement du pouls contraste avec un état stationnaire ou une augmentation du nombre des respirations, il existe toujours un état local grave, avec coïncidence de symptômes menaçans.

(1) L'état et les conditions dans lesquelles se trouvaient ces malades ont déjà été indiqués plus haut; je ne fais que renvoyer à ce que j'en ai dit précédemment.

Ne faut-i pas conclure de là que le ralentissement des mouvemens respiratoires n'est pas un phénomène de dépression d'hyposthénisation, mais bien un véritable symptôme de résolution de la phlegmasie pulmonaire?

Ce qui concourt encore à appuyer cette opinion, c'est que le ralentissement de la respiration se lie presque toujours à des symptômes de résolution non douteux. Ainsi, un très grand nombre d'observations signalent simultanément et avec ce symptôme la diminution de la toux, et un changement notable dans la nature de l'expectoration, et, bien qu'un peu plus tardives, des modifications analogues dans les signes physiques : tous symptômes qu'il faut bien plutôt considérer comme des conséquences de la détente des phénomènes inflammatoires que des résultats immédiats de l'action du médicament.

La vératrine paraît donc agir sur l'élément phlegmasique, en même temps qu'elle exerce sa puissante influence sur la circulation. Mais, cette action est-elle directe, immédiate; ou bien n'est-elle que le résultat de cette dernière influence? C'est un problème que je ne puis essayer de résoudre.

(La fin à un prochain numéro.)

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Trente-troisième Leçon.

SOMMAIRE. — Déplacemens et substitutions dans les populations animales. — Reptiles fossiles.

Dans les premiers âges de la terre, des espèces différentes ont successivement occupé la même localité. J'ai dit comment je concevais que cette substitution avait pu se faire : suivant moi, elle s'est opérée naturellement; il n'est pas besoin, pour l'expliquer, de recourir au moyen extrême d'une création nouvelle.

Les temps modernes nous offrent plus d'un exemple de pareilles substitutions : en Amérique, les Anglo-Saxons, qui appartiennent à la race caucasique, ont pris la place de la race américaine.

L'on me dira qu'il n'y a pas analogie entre les deux faits, la substitution d'une race humaine à l'autre sur le sol américain étant due à l'industrie de l'homme, à la force extérieure et supérieure de sa raison. Eh bien! cherchons d'autres exemples.

Le rat noir, *mus rattus*, pullule dans de certaines localités; mais il disparaît de toutes celles où le surmulot, *mus decumanus*, a pénétré. On sait l'époque précise de l'invasion des surmulots en Europe : originaires de la Perse, ils ont commencé par faire irruption à Astracan, en 1727; de là ils se sont répandus dans toute l'Europe et ont occupé la place si despotiquement qu'ils ont dépossédé les rats noirs en beaucoup d'endroits. Le rat noir est très rare à Paris.

Presque partout, en Europe, les espèces indigènes ont cédé la place à des espèces d'origine étrangère : l'âne, le cheval, la brebis, la chèvre et un grand nombre d'animaux, aujourd'hui implantés sur le sol européen, sont venus des autres Continens.

Quelles étaient les espèces indigènes de l'Europe? Il est assez difficile de le bien savoir, aujourd'hui qu'un grand nombre d'espèces, toutes celles qui étaient inutiles, ont été éliminées. Si l'on admet que les fossiles sont l'expression exacte de l'ancienne population de l'Europe, les recherches paléontologiques nous y découvrent près de cent espèces de ruminans, et plus de quarante espèces de pachydermes. Eh bien! l'Europe n'a conservé de son ancienne population que trois ruminans, savoir : le bœuf, le cerf, le chevreuil; et un seul pachyderme : le sanglier.

Le bœuf, ai-je dit, appartient à l'Europe. Mais quelle est la souche de notre bœuf domestique? Des naturalistes ont cru la retrouver dans l'*aurochs*. Il n'est pas possible d'admettre cette opinion.

On connaissait autrefois en Europe deux espèces de bœufs sauvages. L'une était l'*aurochs* (le bison des anciens); on le retrouve encore à l'état sauvage dans les forêts de la Lithuanie. L'autre était le *thur*; le type en est aujourd'hui détruit.

Est-ce l'aurochs qui est la souche de notre bœuf? Cuvier montre qu'il y a entre les deux animaux bien des différences : ainsi, l'aurochs est plus lourd; il se distingue des bœufs par une laine crépue qui lui couvre la tête et forme une barbe sous le menton. Il a une voix grognante. Si l'on examine la position des cornes par rapport à la ligne occipito-frontale, on voit qu'elles naissent (et ce caractère est essentiel), celles de l'aurochs au-dessous, celles du bœuf à l'extrémité de cette ligne. Une différence qui affecte plus profondément encore l'organisation est celle-ci : l'aurochs a une paire de côtes de plus que le bœuf; il en a quatorze, le bœuf treize.

Notre bœuf domestique ne peut venir de l'aurochs. D'où vient-il donc? Du thur, cela est presque certain. Herberstein a donné, dans le milieu du XVIme siècle, une figure de cet animal : il ressemble au bœuf ordinaire. Nous possédons des débris fossiles du thur : tous les caractères de l'espèce du bœuf actuel se retrouvent dans le crâne du bœuf fossile. Plus docile que l'aurochs, il aura été soumis à la domestication; le type a disparu et la race domestique seule s'est conservée.

Ces exemples nous prouvent que des espèces peuvent se substituer à d'autres. Mais, objectera-t-on encore, ce sont là des *substitutions* sur le même sol, et non des *superpositions*. Je répondrai que s'il y avait eu un intervalle de temps suffisant entre la disparition d'une espèce et l'apparition d'une autre, et, dans cet intervalle, un cataclysme, nous aurions une véritable superposition; nous trouverions, par exemple, dans une couche les rats noirs et dans une couche supérieure les surmulots.

Pour moi, la superposition des couches fossilifères n'entraîne donc pas l'idée de créations successives.

Je reprends la revue des reptiles fossiles.

Nous avons vu, dans la dernière leçon, l'ichthyosaurus, le plésiosaurus, le crocodilus priscus. Voici maintenant les ossemens de l'*iguanodon*. Ce fossile nous présente cette singularité remarquable, qu'il

avait des dents qui s'usaient par la mastication, comme les dents des ruminans.

Le *ptérodactyle* est un fossile qui mérite toute notre attention. C'était un reptile volant : il était pourvu d'un long doigt portant une membrane qui se déployait en aile. De là le nom de ptérodactyle (πτέρον, aîle ; δακτύλος, doigt).

Sœmmering et Cuvier eurent un débat à l'occasion de ce fossile. Le premier le regardait comme une chauve-souris. Cuvier soutenait, avec raison, que la conformation de l'animal était celle d'un reptile.

Le classerons-nous dans les reptiles ?

Je vous ai dit, dans ma dernière leçon, que l'ichthyosaurus et le plésiosaurus avaient été classés harmoniquement par M. de Blainville entre les reptiles et les amphibiens. M. de Blainville admettait, en zoologie, une ligne sériale, et comme les types vivans n'auraient pas suffi à la former, il comblait les lacunes avec les êtres fossiles.

Cuvier n'admettait pas la ligne sériale : les animaux, suivant lui, formaient des groupes clos, indépendans, et il y avait des hiatus entre ces groupes.

Sur ce point, comme sur bien d'autres, les deux éminens naturalistes n'étaient pas d'accord. Il est vrai de dire que la contradiction était la muse inspiratrice de M. de Blainville. Mais, cette fois, sa muse l'a bien inspiré : l'échelle des êtres, avec les types vivans et fossiles pour échelons, est une conception très heureuse.

Acceptant la donnée de M. de Blainville, nous placerons les ptérodactyles entre les oiseaux et les reptiles ; ils servent de liaison à ces deux groupes.

Je vous parlerai d'un reptile qui a donné lieu à une méprise célèbre.

Les premières études paléontologiques avaient excité de toutes parts la curiosité, l'ardeur, l'impatience. On se mit à rechercher des hommes fossiles. Il devait s'en trouver, disait-on : le déluge n'avait-il pas fait périr un grand nombre d'êtres humains ? Chacun était dans l'attente d'une découverte.

En 1726, un savant allemand, Scheuchzer, qui s'était pris d'enthousiasme pour cette idée, apprit que l'on avait trouvé à Œningen, dans un schiste, des ossemens fossiles présentant de grandes analogies avec un squelette humain. Il se hâta de les aller voir et ne douta pas, dès l'abord, qu'il n'eût devant les yeux un homme-fossile. Dans l'explosion de sa joie, il écrivit tout d'un trait, sur la découverte, un livre intitulé : *Homo diluvii testis*, et où il dit : « *Il est indubitable* que le schiste d'Œningen contient une moitié ou peu s'en faut du squelette d'un homme ; que la substance même des os, et, qui plus est, des chairs, y est incorporée dans la pierre ; en un mot, que c'est une des reliques les plus rares que nous ayons de cette race maudite qui fut ensevelie sous les eaux. »

L'opinion de Scheuchzer était encore accréditée lorsque Cuvier, ayant étudié ces ossemens, prouva que l'homme fossile d'Œningen était...... une salamandre.

(*La suite du cours prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 Août 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un académicien libre en remplacement de feu M. Duvernoy.

M. l'amiral du Petit-Thouars, après deux tours de scrutin, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Note sur les fonctions motrices du grand sympathique.

M. Claude BERNARD présente au nom de l'auteur, M. REMACK, les remarques suivantes :

Nous connaissons, par les découvertes de Petit (1712) et de M. Claude Bernard (1849), deux fonctions motrices de la partie cervicale du grand sympathique : l'une sur les dilatateurs de la pupille, l'autre sur les vaisseaux sanguins. Je désire ici établir une troisième action motrice de ce nerf sur les muscles des paupières. Chez le chat et le chien, la section de la partie cervicale du grand sympathique et suivie immédiatement d'un rétrécissement considérable de l'ouverture des paupières ; la membrane semi-lunaire sort de l'orbite pour couvrir à moitié le bulbe, et la paupière supérieure s'approche de l'inférieure. Quand on excite alors la partie périphérique du nerf par un courant électrique induit, la membrane semi-lunaire se retire et la paupière supérieure se relève, malgré la résistance de l'animal qui, par une contraction spasmodique du muscle orbiculaire, cherche à fermer l'œil. Quand on interrompt le courant, la paupière retombe sur l'œil. On peut répéter cette expérience, après des intervalles de quelques minutes, autant de fois que l'on veut, toujours avec le même succès. (Pendant les intervalles on observe encore une accumulation de larmes, qui semble produite par un relâchement des vaisseaux sanguins dans la glande lacrymale.) Chez le mouton, le cochon d'Inde et le lapin, tous ces phénomènes sont moins prononcés que sur le chat et le chien, mais toujours très distincts. Dans la grenouille, l'excitation électrique du grand sympathique ne semble pas agir sur les paupières ni sur la pupille, quoique la section du même nerf soit suivie d'un rétrécissement de la pupille.

Comme les phénomènes observés sur les paupières ne peuvent être expliqués que par un relâchement et une contraction de muscles, et comme les paupières ne possèdent, autant que nous le savons, d'autres muscles que des muscles soumis à la volonté, il me semble bien démontré que le grand sympathique agit aussi sur des muscles volontaires.

Rapport entre la distribution du système nerveux et la disposition du système musculaire chez l'homme.

M. PUCHERAN demande l'ouverture d'un paquet cacheté dont l'Académie a accepté le dépôt dans la séance du 30 septembre 1839.

Le paquet ouvert en séance renferme la note suivante :

Quand on suit chez l'homme la distribution du système nerveux au système musculaire, on ne tarde point à s'apercevoir que la disposition des muscles, suivant qu'ils sont larges, ou bien longs et courts, exerce une assez grande influence sur la manière dont se comportent envers eux les branches nerveuses qui leur sont destinées.

Les muscles longs occupent principalement les membres où ils sont disposés par régions : or, chacune de ces régions a les muscles qui la composent animés exclusivement par un nerf ou par une branche nerveuse spéciale. Chaque région musculaire a son nerf ou sa branche nerveuse particulière. Quand, dans une région musculaire, il existe deux couches de muscles, l'une profonde, l'autre superficielle, cette disposition n'influe nullement sur celle que nous avons fait connaître : le même nerf ou la même branche nerveuse donne des filets aux muscles des deux couches. Par conséquent, un muscle long ne reçoit, en général, ses nerfs que d'un seul nerf ou d'une seule branche nerveuse. Si l'on voulait appliquer aux nerfs ou aux branches nerveuses les rapports fonctionnels que l'on établit entre les muscles, en les appelant congénères ou antagonistes suivant qu'ils exécutent les mêmes mouvemens ou des mouvemens différens, rien ne serait plus facile : le nerf radial, à l'avant-bras, par exemple, serait le nerf antagoniste du médian, tout comme le médian serait congénère du nerf cubital.

Au lieu de recevoir leurs filets nerveux d'une seule branche nerveuse, les muscles larges reçoivent les leurs de plusieurs branches nerveuses différentes. Cette large distribution nerveuse est en rapport avec la multiplicité d'action des muscles larges. Les muscles larges sont disposés par couches ou par plans musculaires successifs dans une même région : les mêmes branches nerveuses animent les muscles faisant partie de ces divers plans musculaires.

Les muscles courts se rapprochent, en général, des muscles longs sous le point de vue de leur distribution nerveuse, ils ne reçoivent leurs nerfs que d'un seul nerf ou d'une seule branche nerveuse.

Sous le point de vue de leur distribution nerveuse, les muscles peuvent donc se diviser en deux grandes classes : ceux qui reçoivent leurs nerfs d'une seule branche nerveuse, comme la presque totalité des muscles longs et courts ; ceux qui recoivent leurs nerfs de plusieurs branches nerveuses, différentes, comme la presque totalité des muscles larges.

— La section d'anatomie et de zoologie présente la liste suivante de candidats pour la chaire d'anatomie et d'anthropologie, vacante au Muséum d'histoire naturelle de Paris :

Au 1er rang, M. de Quatrefages ; — au 2me rang, M. Gratiolet ; — au 3me rang, M. Hollard ; — au 4me rang, M. Jacquart.

Les titres de ces candidats sont discutés ; l'élection aura lieu dans la prochaine séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 14 Août 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

Sur les moyens de traitement des rétrécissemens fibreux rétractiles et sur l'excision en particulier.

Dans le mémoire dont le titre précède, M. LEROY-D'ÉTIOLLES commence par signaler l'abus que l'on fait en ce moment des mots *guérison immédiate, instantanée,* qui jettent la perturbation non seulement dans l'esprit du public, mais encore dans celui des médecins, à cause du mérite incontestable et de la position des hommes qui les proclament. Le procédé décrit par M. Maisonneuve, comme devant produire ce résultat, n'est autre, dit-il, que celui de M. Reybard, dont les imperfections se trouvent aggravées par la substitution du lithotome caché du frère Côme à l'urétrotome du chirurgien de Lyon, dont la lame glissant dans sa gaîne coupe plus nettement et plus sûrement que les instrumens dont les lames dépourvues de ce glissement, et s'écartant seulement de la rainure, ne peuvent couper que par un mouvement de totalité qui plisse, fronce l'urètre, et expose à couper des parties saines en laissant intacts les rétrécissemens. M. Leroy-d'Étiolles rappelle, en passant, que les premiers urétrotomes pourvus de ce mouvement de glissement de la lame dans une rainure latérale ont été imaginés par lui. Les longues et profondes incisions intra-urétrales, telles que les pratiquent MM. Reybard et Maisonneuve, procurent-elles une guérison immédiate ? Oui, répond M. Leroy, à peu près comme la taille guérit immédiatement de la pierre. Il n'y a plus ni rétrécissement dans l'urètre, ni pierre dans la vessie, mais les malades, dans les deux cas, sont plus ou moins exposés à mourir des suites de l'opération qu'ils viennent de subir. Il y a donc là abus et confusion de mots. M. Maisonneuve est doué à un degré trop éminent des qualités chirurgicales pour n'avoir pas pesé la valeur des mots dont il a fait usage ; s'il a voulu éveiller l'attention et provoquer une discussion retentissante, il a réussi.

Le mot guérison immédiate figure aussi dans les annonces du livre d'un autre chirurgien, qui s'entoure de mystère même avec ses malades, séparés de lui, quand il opère, par un rideau, qui ne laisse passer que la verge. Si ses moyens d'exécution échappent à la critique et à la discussion, il n'en est pas de même des résultats, tous n'ont pas été satisfaisans : des hémorrhagies abondantes, l'orchite, la spermatorrhée, l'impuissance ont suivi ce traitement qui, dit-on, guérit instantanément. Malgré ces revers inévitables, dit M. Leroy, les travaux sur la lithotritie, empreints du génie inventif du chirurgien auquel je fais allusion, sont un garant de l'importance des moyens qu'il dit avoir introduits dans la thérapeutique des rétrecissemens, et font regretter qu'il les place dans la catégorie des remèdes secrets.

L'inventeur du procédé des longues et profondes incisions intra-urétrales, couronné il y a trois ans par l'Académie, M. Reybard, n'était pas aussi ambitieux ; il n'avait pas employé le mot guérison immédiate, il s'était contenté du mot guérison radicale. Cette prétention plus modeste est-elle mieux fondée ? Théoriquement non, répond M. Leroy-d'Étiolles. L'incision profonde, faite d'un seul côté, laissant presque entier l'anneau fibreux, peut bien, comme on le dit, produire une large gouttière qui devient une annexe du canal ; il se peut, il est probable même qu'une incision longitudinale tende moins qu'une incision transversale à rétrécir un canal tubulaire ; mais, à la longue, cette incision finit par subir cette loi de l'organisme, la rétractilité du tissu inodulaire. Ce n'est donc, au dire de M. Leroy-d'Étiolles, qu'une question de temps ; et, en effet, il y a eu déjà des récidives. Toutefois, ce chirurgien reconnaît que l'éloignement de la reproduction du rétrécissement, pendant un laps de temps beaucoup plus long, est un résultat considérable qui justifie le prix accordé par l'Académie, pourvu qu'il ne soit pas acheté par des dangers beaucoup plus grands que dans les autres méthodes.

M. Leroy-d'Étiolles examine ensuite la valeur de l'incision du rétrécissement de dehors en dedans, opération imaginée il y a deux siècles par le chirurgien hollandais, Van Sollingen, renouvelée en France par Lassus, en Suède par M. Ekstrom, et en Angleterre par M. Syme. M. Leroy-d'Étiolles comprend que, dans certaines circonstances exceptionnelles, on soit conduit à préférer cette opération à toute autre, lui-même s'est trouvé deux fois dans ce cas ; mais vouloir en faire, comme M. Syme, une méthode générale, c'est de l'exagération, ce n'est pas de la bonne chirurgie.

La déchirure produite par l'écartement des pièces métalliques, a été aussi considérée comme un moyen de guérison radicale des rétrécissemens. La première commission d'Argenteuil, dont faisaient partie tous les spécialistes de l'Académie, avait même placé cette méthode en première ligne dans son rapport. Mais, ajoute M. Leroy, « le prestige est tombé dès que j'eus démontré que la première idée m'appartenait, car je l'ai communiquée à l'Académie des sciences le 21 mars 1836, quatre mois avant la première publication de M. Perrève. »

Enfin, pour n'omettre aucune des méthodes de guérisons prétendues radicales, M. Leroy-d'Etiolles parle de la cautérisation, et en particulier du procédé de Ducamp, au sujet duquel Boyer, consulté, répondit avec sa fine bonhomie : « Dépêchez-vous d'en user pendant qu'il guérit. » Non seulement la cautérisation ne guérit plus, dit M. Leroy-d'Étiolles, mais nous voyons aujourd'hui que, par les applications exagérées, intempestives qu'on en a faites, elle a transformé en rétrécissemens fibreux inguérissables ou difficilement curables, des rétrécissemens que la seule dilatation eût effacés. La cautérisation, dit M. Leroy, peut encore convenir dans deux circonstances : 1° pour désobstruer l'urètre lorsque le rétrécissement n'admet aucune bougie, et laisse encore passer l'urine, on l'applique alors directement d'avant en arrière, et 2° pour oblitérer l'orifice interne des fistules urinaires.

N'y a-t-il donc pas de moyen de guérir radicalement les rétrécissemens fibreux rétractiles ? Le mémoire de M. Leroy-d'Étiolles ne répond pas *ipso facto* et d'une manière absolue à cette question, mais il met sur la voie de la solution qui doit, suivant lui, se déduire de l'aphorisme suivant :

Les rétrécissemens fibreux rétractiles, rebelles à la dilatation méthodique, doivent être assimilés aux cicatrices vicieuses de la surface du corps humain, et traités comme elles, il faut les enlever en totalité.

Cette opinion, M. Leroy-d'Étiolles l'a professée dans tous ses écrits : dans le mémoire qu'il a lu devant l'Académie, le 23 juin 1838. dans l'exposé de ses travaux publié en 1840, dans son *Traité des rétrécissemens et angusties de l'urètre*, publié en 1845, dans ses *Aphorismes urologiques*, et pourtant il est encore le seul aujourd'hui qui préconise et pratique l'excision.

L'histoire de l'excision des rétrécissemens de l'urètre est courte. L'idée première remonte à Ambroise Paré qui, au moyen d'une tige flexible, terminée par un cône tranchant à sa base, excoriait, *commenuait*, suivant son expression, plutôt qu'il n'excisait les rétrécissemens qu'il nommait des carnosités. C'est en parlant de cet instrument que Paré disait : « Je te puis assurer que j'en ai fait de belles cures. » Et cependant, Paré n'eut pas d'imitateurs ; depuis lui jusqu'à James Arnolt, qui, en 1812, dans un cas de rétention d'urine complète, emporta l'obstacle avec un tube tranchant, comme un emporte-pièce, on ne trouve pas un mot dans l'histoire qui se rapporte à l'excision. En 1832, M. Benjamin Philips comprit quels pourraient être les avantages de cette méthode et il consigna sa pensée dans un livre intitulé : *Tereatise on the uretra*, il imagina un instrument qui se compose du tube tranchant d'Arnolt, au centre duquel il plaça une tige conductrice, il en fit l'application avec succès et, depuis lors, il n'en fut plus question. M. Leroy-d'Étiolles a imaginé et fait exécuter un grand nombre d'instrumens pour opérer l'excision des rétrécissemens de l'urètre ; nous ne le suivrons pas dans la démonstration qu'il en a faite à l'Académie, nous nous bornerons à en mentionner quatre auxquels lui-même attache le plus d'importance, et dont il fait le plus habituellement usage. Ces instrumens diffèrent essentiellement suivant que l'obstacle admet ou n'admet pas une tige conductrice. Quand l'introduction d'un conducteur est possible, M. Leroy-d'Étiolles se sert d'abord d'une sorte de tarière formée par un tube tranchant dont le bord a été découpé en forme d'hélice ou de spirale très rampante, la pointe est rabattue dans une cannelure creusée en spirale sur la tige conductrice portée elle-même par un mandrin qui remplit le tube et sur lequel est aussi tracée une cannelure en spirale. Cette tarière, très simple dans sa structure et dans son mécanisme, enlève le rétrécissement sous la forme d'un couperet.

Pour compléter l'excision, M. Leroy-d'Étiolles a combiné le tube tranchant d'Arnold ou une gouge tournante, avec des cuvettes articulées, dont les plateaux coudés à angle droit derrière le rétrécissement servent de point d'appui à l'action du tube ou de la gouge. Lorsqu'un rétrécissement est infranchissable, même pour les bougies capillaires crochues et tortillées, et qu'il n'y a pas rétention d'urine, le chirurgien peut choisir pour rétablir la voie entre la cautérisation d'avant en arrière, le cathétérisme forcé, l'enlèvement de l'obstacle avec un emporte-pièce, et l'incision de dehors en dedans. Si la rétention est complète, il faut retrancher de cette série de moyens la cautérisation, à moins que l'on ne fasse préalablement la ponction de la vessie.

M. Leroy-d'Étiolles pose en fait qu'il y a des cas dans lesquels l'ablation de l'obstacle pratiquée avec l'emporte-pièce doit être préférée aux autres méthodes, et il se sert alors, comme James Arnolt, d'un tranchant pour avoir un point d'appui dont l'instrument du chirurgien anglais est dépourvu. M. Leroy accroche le tissu induré avec une petite crique, avec un fer de flèche, ou bien il l'attire dans ce tube au moyen du vide.

M. Leroy-d'Étiolles a pratiqué avec succès la méthode de l'excision ; il cite des exemples de guérison qui se sont maintenues presque complètes depuis douze, cinq et trois ans ; l'un de ces malades a été opéré devant la commission pour la troisième période du prix d'Argenteuil, qui a consigné dans son rapport la phrase suivante :

« Nous dirons tout d'abord que cette opération (l'excision) n'est pas nouvelle, que, en 1812, M. Arnolt l'avait déjà indiquée, et qu'en 1832 M. B. Philips l'avait pratiquée et en avait préconisé les résultats. Toutefois, nous reconnaissons aux instrumens de M. Leroy d'Étiolles une incontestable supériorité, d'où résulte plus de précision dans le manuel opératoire. »

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine, est promu au grade d'officier de la Légion d'Honneur.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 100. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 23 Août 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 AOUT 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Après une exécution en masse de remèdes prétendus nouveaux et secrets, M. Bégin a lu un rapport sur un mémoire de M. Chapel, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Malo, relatif au traitement du cancroïde des lèvres. Il s'agit dans ce travail de la question depuis si longtemps controversée de la prééminence du bistouri sur les caustiques et réciproquement des caustiques sur le bistouri. M. Chapel s'est prononcé en faveur du bistouri. Selon cet honorable chirurgien, l'ablation par l'instrument donne seule la possibilité d'enlever toutes les racines du mal, condition sans laquelle on ne peut empêcher la récidive. Le savant rapporteur a signalé quelques lacunes dans ce travail, dont, cependant, il a fait l'éloge et qui a été renvoyé, sans discussion, au comité de publication. M. le rapporteur y a indiqué un fait où feu M. Roux aurait trouvé la confirmation de son opinion, relative à l'influence de la pipe sur la production du cancer des lèvres. Sur six malades que M. Chapel a opérés de cancroïdes des lèvres, cinq fumaient jusqu'à l'abus et dans ces courtes pipes désignées par un nom énergiquement populaire.

M. Collineau, ordinairement si indulgent et si bienveillant, n'a eu que des paroles de blâme pour un travail philosophique de M. Coinze, dont il s'est borné à lire un court passage pour justifier cette conclusion sévère : il n'y a pas de rapport à faire.

M. le docteur Vigla, médecin des hôpitaux de Paris, a captivé l'attention de l'assistance par la lecture d'une observation aussi intéressante que rare d'un kyste hydatique de la poitrine diagnostiqué pendant la vie, ponctionné, injecté par la solution iodée et parfaitement guéri. Nous publions ce fait remarquable avec les réflexions judicieuses qui l'accompagnent et qui en font une des meilleures leçons de clinique que nous ayons entendues.

Leçon d'un haut enseignement, en effet, car contre les détracteurs de notre science et de notre art il met en évidence la certitude du diagnostic et la puissance de la thérapeutique éclairée par lui.

M. le docteur Brachet, de Lyon, membre correspondant, a lu un mémoire sur le traitement de l'anévrysme du cœur par l'emploi du sucre de saturne. Il a fait le récit de trois observations dans lesquelles l'emploi de ce médicament uni à la digitale a fait cesser des accidens graves du côté du centre circulatoire. M. Robert, avec raison, a fait entrevoir les objections que l'on pouvait adresser au travail de notre honorable confrère de Lyon, objections que les devoirs de l'hospitalité l'ont empêché, sans doute, de pousser plus loin. Nous imiterons cette hospitalière réserve, et nous ne dirons pas à M. Brachet que le peu de précision dans les signes diagnostiques qu'il a indiqués empêchent formellement de reconnaître à quelles altérations du cœur il a eu affaire; que les expressions *anévrysme, hypertrophie* du cœur sont trop vagues, trop mal définies, et qu'il a paru étonnant qu'un praticien aussi éclairé que notre savant confrère ait semblé faire abstraction de tous les signes diagnostiques et symptomatiques que les travaux des médecins modernes ont acquis à la science sur les altérations du cœur et de ses divers élémens.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Suite. — Voir les numéros des 10, 14, 26 Juillet, 2 et 14 Août.)

Cinquième Leçon (Suite de la).

Entrons dans le détail des trois cas que nous avons établis et voyons quels moyens thérapeutiques il convient de leur opposer.

Premier cas : *Absence de paralysie et d'abcès par congestion.* Cet état peut durer de longues années. Il faudrait, pour arrêter la maladie osseuse, favoriser l'évolution des phases curatives de la lésion qui existe, ostéite, carie, nécrose, tubercules, et empêcher l'extension du mal. Il n'existe pas de spécifiques qui permettent d'atteindre sûrement ce double but. Les spécifiques sont rares en médecine; nous sommes trop heureux quand nous en avons à notre disposition.

Nous ne connaissons aucun moyen d'arrêter sûrement les progrès de la maladie vertébrale; ils s'arrêtent cependant; mais la nature fait le plus souvent à elle seule les frais de la guérison; il ne faut pas attribuer exclusivement à la thérapeutique la limitation du mal, puisque nous la voyons survenir naturellement.

Ainsi, cette première catégorie de cas peut non seulement rester stationnaire, mais encore guérir par elle-même, après avoir causé une déformation énorme de l'épine.

En faisant tous ses efforts pour borner la lésion, on remplit en même temps une deuxième indication; on prévient l'abcès et la paralysie. Je ne connais pas de moyen constamment efficace d'obtenir ce dernier résultat. On croit généralement que les cautères sont ce moyen; l'observation d'un grand nombre de malades m'a fourni la preuve du contraire. Deux séries de malades étant données, si dans l'une on emploie les cautères, et non dans l'autre, on trouve, en dernière analyse, dans ces deux catégories, autant de cas dans lesquels il est survenu des abcès, de la paralysie, autant de cas dans lesquels les malades ont succombé.

Telle est mon opinion fondée sur l'ensemble des faits qui me sont propres, et des faits publiés qui sont à ma connaissance. Je ne doute pas qu'elle ne soit l'expression générale de la vérité, bien que je ne puisse fournir à cet égard de démonstration complète, n'ayant pu, vous le comprenez aisément, compulser la pratique de tous mes confrères.

Les deux exemples que je mets sous vos yeux sont relatifs à la catégorie de cas dont je parle. Ce premier enfant est depuis deux ans à l'hôpital. Il s'est passé à son égard une chose assez piquante : cet enfant a eu un abcès de la cuisse qui n'était pas, je crois, lié à la lésion des vertèbres. Comme il appartenait à une salle de scrofuleux, où les malades ont l'habitude de se lever avant l'arrivée du chef de service, on a méconnu pendant deux années l'affection vertébrale; aucun traitement local n'a été dirigé contre elle. Cet enfant s'est promené, a joué comme les autres, et n'a reçu que le traitement général antiscrofuleux. Il n'est survenu ni abcès, ni paralysie. Il est évident que ce malade n'est pas entièrement guéri, puisqu'il éprouve encore des douleurs lombaires dans le renversement du tronc; je vous le présente, toutefois, comme exemple d'une affection qui, quoique abandonnée à elle-même, a suivi une marche assez heureuse.

Ce second malade est encore plus curieux : il habite un village éloigné, et a été atteint, il y a huit ans, des premiers symptômes d'un mal de Pott. On a d'abord fixé une latte dans la région dorsale pour la redresser; mais l'éclisse, devenant douloureuse, a été bientôt abandonnée. Des médecins consultés se bornèrent à prescrire l'huile de foie de morue, dont l'enfant consomma plusieurs bouteilles. La mère nous a raconté que le malade marchait primitivement en appuyant les mains sur les genoux, que les douleurs très vives qu'il éprouvait d'abord ont ensuite disparu; jamais il n'est survenu d'abcès, de paralysie. C'est là certainement une terminaison heureuse. Aujourd'hui, je crois l'enfant complétement guéri. Il conserve toutefois une gibbosité considérable, qui serait sans doute moindre si l'art était intervenu.

Est-ce à dire, en effet, qu'il ne faille rien faire chez les malades de cette première catégorie? Non, assurément. Sans parler des nouveaux remèdes dont vous-mêmes pourrez doter l'avenir, on peut, dans l'état actuel de la science, tenter avec fruit l'emploi de divers moyens pour aider la nature dans son travail de limitation et de réparation, pour empêcher une fâcheuse difformité et améliorer l'état général. En un mot, on agit ici dans l'unique but de placer les sujets ou de les maintenir dans les meilleures conditions possibles pour l'accomplissement du travail naturel de la guérison. Ce qu'on peut faire se rapporte à deux points : 1° soigner l'état général; 2° soigner l'état local.

Sous le rapport de l'état général, il y a des diathèses qui peuvent empêcher ou retarder la guérison : telle est la diathèse syphilitique. Si vous avez pu en découvrir les signes, opposez-lui un traitement convenable; vous guérirez du même coup l'affection vertébrale.

Dans nos hôpitaux d'enfans, la diathèse scrofuleuse est celle qui domine : la médication antiscrofuleuse, excitante, l'iode, le fer, le quinquina, l'huile de foie de morue, est donc indiquée. Il importe surtout de soutenir les forces digestives à l'aide des médicamens employés généralement dans ce but.

On a proposé le phosphate, le carbonate de chaux, qui devaient hâter la consolidation des os, en leur fournissant un de leurs élémens constitutifs. Les résultats n'ont pas répondu aux espérances qu'on avait conçues de l'efficacité de ces agens.

Un Anglais, Jarrold, a aussi vanté contre le mal vertébral l'extrait de jusquiame, et il a cité des guérisons qui prouvent, une fois de plus, le pouvoir de la nature; car il serait difficile de dire de quelle manière peut agir ce médicament, et de quelle utilité il peut être contre la maladie des vertèbres.

On stimule les fonctions de la respiration, de la circulation, la nutrition, en employant les bains sulfureux, les bains salés, les bains de mer.

Vous trouverez un adjuvant puissant dans les eaux minérales. Le travail de limitation s'opérera d'autant mieux, que vous améliorerez davantage l'état général.

Les frictions sont encore un bon moyen. Antoine Dubois prescrivait avec avantage les frictions avec le liniment ammoniacal camphré le long de l'épine dorsale.

L'hygiène vous offrira les plus grandes ressources. Je ne vous énumère pas les conditions dans lesquelles doivent être placés les malades; l'air de la campagne, de la mer, leur sera surtout favorable.

L'exercice soulève une question délicate. Faut-il faire marcher les sujets atteints de mal vertébral? Le repos a été regardé, à une époque, comme le grand moyen de guérir cette maladie; on en a fait une méthode de traitement qui vaut bien la méthode de Pott. David a rapporté les faits les plus curieux de guérison obtenue par ce moyen. Vous trouverez dans son ouvrage un éloge mérité du repos dans les maladies chirurgicales, et en particulier dans le mal vertébral. D'autres sont venus depuis, qui ont fait du repos, vous disais-je, une méthode curative. Baynton a écrit un livre sur ce sujet. Il faut remarquer que les malades de Pott étaient constamment couchés, en sorte qu'il est permis d'attribuer à l'immobilité une large part dans les guérisons qu'il a citées. Earle, élève de Pott et partisan de sa méthode, a fait remarquer l'influence du repos chez les malades guéris par son maître. Je n'adopte pas entièrement, toutefois, les opinions de Baynton; le repos absolu étiole les enfans, altère les fonctions. Baudelocque laissait courir et jouer les enfans. D'un autre côté, Nichet a attribué à la station verticale la destruction de plusieurs vertèbres, qui se produit par les progrès de la maladie. C'est là sans doute une opinion exagérée; mais on ne peut nier que le poids des parties supérieures du corps augmente la courbure de l'épine; il est donc important de combiner, dans une proportion convenable, l'exercice et le repos. Il faut assez d'exercice pour stimuler les fonctions digestives, assez peu pour ne pas augmenter la courbure.

On a fait également de l'emploi des moyens mécaniques la base d'une méthode de traitement. On ne voyait que dans la courbure rachidienne la cause de paralysie, et l'on disait : redressons l'incurvation du tronc; remédions à la semi-luxation des vertèbres; la paralysie cessera; de là, l'emploi des corsets à tuteurs. Camper s'est montré partisan ardent de cette méthode. Auran, qui écrivait en 1772, rapporte les observations les plus curieuses de guérison du mal vertébral obtenue par la position horizontale et l'usage d'un corset compresseur. Malgré cela, aussitôt que Pott se fut élevé avec raison contre l'opinion qui attribue uniquement la paralysie aux courbures de l'épine, un concert unanime de réprobation se fit entendre contre les appareils mécaniques. Cependant Béclard a communiqué à la Société d'instruction médicale un fait dans lequel il est dit qu'un enfant, qui ne pouvait faire usage de ses membres inférieurs, marchait facilement à l'aide

d'une ceinture. C'est sans doute en faisant cesser la douleur, qu'on obtenait ce résultat.

Vous voyez qu'il y a quelque chose à prendre dans cette méthode; il y a aussi quelque chose à laisser. Il faut suivre les indications : si l'enfant est trop jeune ou trop délicat, de manière qu'on puisse redouter les effets de la compression du thorax, si l'état de station n'augmente pas sensiblement la courbure, n'employez pas le corset, qui pourra, au contraire, être très utile dans les circonstances opposées.

On a fait plus dans ces dernières années au point de vue mécanique. Depuis vingt-cinq ans, que l'orthopédie est en faveur, après avoir été créée par Andry dans le siècle dernier, on a cherché à redresser les courbures produites par le mal vertébral. Pour juger la valeur de ces tentatives, il faut voir les faits. Harrisson a écrit un volume sur le redressement de ces courbures. Il a employé un vieux procédé, qui consiste à faire coucher le malade sur le ventre, et à exercer des pressions sur la colonne, pour affaisser la gibbosité. On applique ensuite des bandelettes de sparadrap pour maintenir cet affaissement. Son ouvrage contient des gravures qui montrent, en effet, la bosse très affaissée; malheureusement on ne peut leur accorder la même confiance qu'à la vue des malades eux-mêmes. Sur le continent, on a moins bien réussi. J'ai moi-même tenté le redressement de plusieurs courbures semblables; un seul cas m'a satisfait. Il s'agissait d'une jeune fille atteinte de gibbosité lombaire, sans abcès ni paralysie. Des pressions modérées sur l'épine, des exercices gymnastiques, les corsets, la position horizontale accompagnée d'une légère extension mécanique, furent les moyens employés. Ces deux bustes en plâtre représentent l'état de la colonne avant et après le traitement; il y a eu réellement amélioration. M. Ferdinand Martin a fait également connaître plusieurs cas, dans lesquels il s'est bien trouvé de l'application de l'orthopédie au traitement du mal vertébral. D'un autre côté, David plaça chez un jeune homme un simple traversin sous la gibbosité. Ce malade, animé d'un grand désir de guérir, dissimula ses douleurs. Lorsqu'on s'en aperçut, il n'était plus temps; la maladie avait fait des progrès; le malade succomba. Je ne crois pas qu'il faille, à l'exemple de David, accuser exclusivement le traversin d'une terminaison qui s'explique mieux par l'évolution naturelle de la maladie.

En résumé, je suis disposé à proscrire, pour le plus grand nombre des cas, les moyens mécaniques dans la position horizontale, chez les sujets atteints du mal vertébral. Si ces moyens sont employés dans les premières périodes du mal, ils peuvent causer des distensions fâcheuses, et aggraver les accidens; appliqués plus tard, ils rencontrent dans le cal commençant une résistance qu'il serait dangereux ou inutile de vouloir surmonter. J'admets, au contraire, les supports dans la station verticale et dans la marche. Je proscris, d'une manière absolue, les exercices gymnastiques, qui exercent des tiraillemens sur le point du rachis malade, et peuvent aggraver la lésion. Au surplus, si l'on voulait recourir à l'orthopédie dans un cas pareil, on se guiderait d'après l'observation attentive des effets produits, et l'on ne courrait aucun risque en s'arrêtant, dans les efforts de redressement, aux moindres sensations douloureuses ressenties par les malades.

Em. Bailly,
Interne du service.

(La suite prochainement.)

CLINIQUE MÉDICALE.

ÉTUDE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA VÉRATRINE DANS LE COURS DE LA PNEUMONIE; — DE L'ASSOCIATION DE LA VÉRATRINE ET DE LA SAIGNÉE DANS LE TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION (1);

Par M. A. Fournier, interne des hôpitaux.

III.

La vératrine peut suffire seule au traitement de la pneumonie. M. Aran l'a déjà démontré, et cette année même, à l'hôpital Saint-Antoine, vingt-trois pneumonies de tout ordre, dont quelques-unes des plus graves ont fourni 21 guérisons et seulement 2 cas de mort : encore dois-je ajouter que, dans l'un de ces deux cas, le malade était arrivé à l'hôpital dans un état complètement désespéré.

Dans les 21 cas de guérison, la résolution a été conquise, en général, d'une façon très rapide; c'est le quatrième jour, dans la plupart des cas, qu'elle s'est manifestée. En 2 ou 3 cas, elle était évidente dès le troisième jour, et, dans un autre, telle était, après la première journée de traitement, la détente des phénomènes inflammatoires, qu'on pouvait la considérer comme le début de la résolution. D'autres fois, au contraire, elle s'est montrée plus tardive; mais ce n'est que sur deux malades qu'elle s'est fait attendre jusqu'au sixième ou septième jour. Enfin, sur un dernier, elle ne s'est annoncée franchement que le dixième; mais je dois dire que ce malade, après les premiers jours d'une amélioration notable, fut pris, presque subitement, d'accidens convulsifs, presque tétaniques, qui nécessitèrent la suppression du traitement.

Je ne fais qu'indiquer ici très sommairement ces résultats, car la question du traitement de la pneumonie par la vératrine *seule* n'entre pas dans la tâche que je me suis proposée. Cette question, d'ailleurs, sera sans doute abordée par mon savant maître, qui pourra lui donner, avec l'autorité de son talent, l'appui d'un nombre d'observations considérable.

(1) Voir le numéro du 21 Août.

IV.

Quelque intense que soit le coup porté à la maladie par l'administration de la vératrine, l'élément inflammatoire ne lui cède pas toujours. En quelques cas, d'ailleurs fort rares, la résistance phlegmasique est supérieure à l'énergie du médicament et nécessite l'emploi d'un agent auxiliaire. C'est ainsi que, sur 3 malades affectés de pneumonie très étendues et très graves, dont la résolution tardait à se produire, M. Aran crut devoir, après les premiers jours, joindre la saignée à la vératrine. Dans ces trois cas, il obtint aussitôt une résolution des plus promptes et des plus brillantes : tandis qu'en effet, dans les premiers jours, la maladie avait paru osciller et tarder à se résoudre sous l'influence unique de la vératrine, elle céda avec une rapidité véritablement surprenante à l'union des deux agens.

C'était un enseignement : il ne fut pas perdu. M. Aran songea dès lors à joindre à la vératrine, dans le traitement des pneumonies graves, l'emploi d'une émission sanguine au début, afin de dominer, tout d'abord et du premier coup, l'élément inflammatoire. Instituée de la sorte, cette méthode n'est pas, comme on l'a dit, un traitement de la pneumonie par la saignée associée à la vératrine; mais bien un traitement *par la vératrine associée à une seule émission sanguine faite au début.*

C'est moins par l'exposé d'une moyenne de guérisons, d'ailleurs assez élevée (11 sur 13 cas), que par un récit minutieux des faits observés, que j'essaierai, dans la limite de mes forces, de montrer la valeur de cette nouvelle méthode.

Observation I. — *Pneumonie au cinquième jour. — Traitement par une saignée du bras et la vératrine à haute dose. — Guérison rapide.* — Rodhammez (Antoine), ébéniste, âgée de 19 ans, est un jeune homme d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il n'a pas fait encore de maladie sérieuse.

Il était enrhumé depuis quatre à cinq jours, lorsque, le 4 décembre, après s'être levé bien portant, il éprouva, vers une heure, sans cause connue, un court frisson. Il fut pris, dans la même journée, d'un point de côté, siégeant à la base de la poitrine du côté gauche, latéralement, s'accompagnant de gêne dans les mouvemens respiratoires, et de toux. Une fièvre vive ne tarda pas à éclater. Nausées fréquentes, sans vomissemens. Il prit le lit et fit mander un médecin qui pratiqua une saignée, à la suite de laquelle le malade ressentit un léger soulagement.

Dans les journées du 5, 6 et 7 décembre, le point de côté persista, ainsi que les autres phénomènes. De plus, l'expectoration sanglante apparut vers le 5. La fièvre augmenta beaucoup et le malade, très effrayé de son état, se décida à entrer à l'hôpital le 8 décembre.

État actuel. — État d'agitation et d'anxiété extrême.

Face animée, vultueuse. Yeux brillans.

Respiration précipitée, anxieuse. 52 respirations par minute. Toux très fréquente, un peu grasse. Expectoration peu abondante, visqueuse; quelques crachats glutineux teints de sang, d'autres semblables à de la marmelade d'abricots.

Pouls plein, développé, résistant, 104 pulsations.

Peau chaude et sèche.

A la percussion, sonorité normale à droite; de même à gauche en avant; mais en arrière, matité dans la moitié externe de la fosse sus-épineuse; matité vers la partie inférieure latéralement.

A l'auscultation, râles crépitans disséminés dans toute la partie inférieure du côté gauche; respiration soufflante vers l'angle inférieur de l'omoplate; véritable souffle tubaire en dehors, avec râle crépitant sec après la toux. Bronchophonie égophonique à ce niveau. Latéralement, vers la partie inférieure, respiration un peu faible.

Inappétence. Peu de soif. Langue humide, blanche. Ventre indolent. Selles abondantes dans la journée du 7, ayant succédé à une constipation de trois jours.

Traitement : saignée de 500 grammes; 6 pilules de vératrine (0,005 chacune); julep diacode; tisane pectorale.

9. La saignée est fortement couenneuse. Les pilules n'ont pas produit de sensation de brûlure. Elles ont amené d'abondans vomissemens, mais pas de selles liquides. La nuit a été bonne. Sommeil.

La face est encore animée et la peau reste chaude et sèche; mais le nombre des respirations est tombé à 38. Le pouls est à 96, moins développé. Le malade se dit très soulagé.

Les crachats sont jaunâtres, aérés, visqueux.

Le souffle a perdu très notablement de son éclat; râle crépitant assez gros après la toux. Respiration faible inférieurement.

Traitement : 6 pilules de vératrine; julep diacode; tisane pectorale; bouillons.

10. Les pilules n'ont produit que peu de vomissemens; elles n'ont pas amené de dévoiement. Transpiration la nuit. Calme ce matin.

40 respirations. Moins de toux. Crachats glutineux, légèrement jaunâtres, quelques-uns entièrement blancs.

76 à 80 pulsations. Peau chaude, avec tendance à la moiteur.

Le souffle est encore assez intense au tiers moyen en arrière. Souffle voilé en dehors; respiration faible inférieurement. Râle crépitant un peu gros après la toux, mais peu abondant. Bronchophonie et autophonie. Un peu d'appétit; soif modérée.

Même prescription.

11. Les pilules n'ont produit que très peu de vomissemens et peu de dévoiement. Sommeil cette nuit.

36 à 40 respirations. Encore un peu de toux. Crachats liquides, spumeux, blancs. 64 pulsations; pouls faible.

Pas de chaleur à la peau; moiteur.

Râle crépitant de retour, à la partie moyenne, se montrant jusqu'en bas après la toux. Tracé de souffle en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate, éclatant dans la toux. Bronchophonie.

Traitement : 4 pilules de vératrine. Même prescription.

12. Pas de vomissement après les pilules.

Ce matin, bon état; face calme. Pas de chaleur à la peau; moiteur; 72 pulsations, 36 respirations. Encore un peu de toux; quelques crachats muqueux. Néanmoins, souffle tubaire mêlé de râle crépitant dans une grande étendue, depuis le milieu de la fosse sous-épineuse. Respiration toujours faible inférieurement, mais distincte. Appétit. Pas de soif.

Même prescription. Potages.

13. Le malade se trouve bien. Sa face est calme, sa peau fraîche, moite, sa langue humide. Appétit. 72 pulsations, 32 respirations.

A l'auscultation, l'on perçoit encore de la respiration soufflante et même du souffle tubaire en arrière et à gauche. Râle crépitant de retour abondant. Bronchophonie, autophonie.

Même prescription. Une portion.

14. Très bon état; calme parfait; fraîcheur de la peau; 60 pulsations, La respiration reste soufflante à la racine des bronches. Plus de râle crépitant.

Traitement : Deux pilules de vératrine, deux portions.

15. Même état; cependant, un peu d'accélération du pouls : 80 à 84 pulsations. Respiration encore soufflante au tiers moyen en arrière.

Même prescription.

16, 17. Excellent état; pas de chaleur; très peu de toux; crachats muqueux. Encore un peu de respiration soufflante vers la racine des bronches, mais pas de souffle ni de râle crépitant. Néanmoins, le pouls reste accéléré (86 pulsations le 16, 98 le 17.)

Le 16, 32 respirations.

Le 17, 28 respirations.

Même prescription. (Les pilules n'ont pas produit de vomissement depuis le 12 décembre.) On supprime le lendemain la vératrine.

Sort quelques jours après en très bon état.

Ainsi, dans cette observation, le malade, bien qu'ayant été saigné plusieurs jours avant son entrée à l'hôpital, se présente avec une pneumonie très étendue, accompagnée de symptômes généraux graves.

Dans les premières vingt-quatre heures, une amélioration très notable se manifeste, et le souffle perd même de son éclat; le second jour, les crachats sont modifiés; le troisième, l'expectoration est blanche, et le râle crépitant de retour apparaît, c'est-à-dire qu'à cette époque la résolution est déjà commencée dans le poumon.

L'observation suivante présente une pneumonie d'égale étendue, avec symptômes généraux encore plus graves :

Observation II. — *Pneumonie au quatrième jour; — traitement par une saignée du bras et la vératrine à haute dose; — guérison rapide.* — Tavernier (Alexandre), 23 ans, menuisier, est un homme d'une constitution forte et robuste, d'un tempérament sanguin. Il jouit d'une très bonne santé habituelle et ne se rappelle pas avoir jamais été malade.

Le 3 décembre, vers le soir, il ressentit un léger malaise : céphalalgie, tendance au refroidissement, mais sans frisson; contracture. Ces symptômes augmentèrent, et une fièvre vive se déclara. Le malade toussait déjà depuis deux ou trois jours; sa toux ne fut pas augmentée.

Le 4, les mêmes phénomènes persistèrent.

Le 5, malgré l'intensité de la fièvre, le malade put encore se lever et faire une petite course dans les environs de sa demeure. A son retour, il fut saisi d'un point de côté, avec dyspnée extrême et toux incessante. Dans la même journée, il commença à expectorer des crachats sanglans.

Un médecin, appelé près du malade, lui pratiqua une saignée. La nuit du 5 au 6 décembre fut très mauvaise, en sorte que le 6, le malade se décida à entrer à l'hôpital (salle Saint-Antoine, 12).

État actuel. — 7 décembre. Aspect de souffrance et d'accablement extrême; anxiété très vive; plaintes continuelles; face animée, vultueuse; pommettes très colorées; yeux brillans.

Double point douloureux, l'un sous les fausses-côtes gauches remontant jusque sous l'aisselle, l'autre à l'épigastre. Respiration haute, anxieuse, précipitée; 40 respirations. Toux quinteuse, saccadée, déchirante. Pas d'expectoration.

Pouls large, plein, développé; 112 pulsations.

Peau moite.

A la percussion, sonorité normale à droite; à gauche, en avant, résonnance exagérée; en arrière, matité s'étendant de la partie médiane de la fosse sous-épineuse jusqu'en bas, avec quelques points sonores disséminés.

A l'auscultation, à gauche, en avant, respiration forte; en arrière, au niveau de la matité, mélange de souffle tubaire et de râle crépitant.

Inappétence, soif vive, langue humide, sans enduit.

Traitement : Saignée de 500 grammes; huit ventouses scarifiées sur les points douloureux. Six pilules de vératrine (de 0 gr.,005 pour chacune); julep diacode; tisane pectorale chaude; bouillons.

8. La saignée n'a fourni que 400 grammes de sang. Couenne résistante. Le malade a pris les pilules qui ne lui ont pas causé de brûlure à l'épigastre; il a commencé à vomir abondamment après la cinquième. Pas de selles. Un peu de sommeil la nuit.

Ce matin, il se dit soulagé. En effet, l'accablement est moins considérable, l'anxiété beaucoup moindre; la face est calme, moins colorée, les yeux moins brillans.

Le point de côté a diminué d'intensité. Le nombre des respirations est tombé à 28. Mais la toux est peu modifiée. (Les crachats ont été enlevés avant la visite.)

La chaleur est modérée.

Le pouls est à 84 pulsations.

Mêmes phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques que dans la matinée du 7; seulement, un peu de râle sous-crépitant s'est joint au râle crépitant et au souffle tubaire.

Langue humide, inappétence, soif.

Traitement : Six pilules de vératrine; julep diacode; tisane pectorale chaude; quelques cuillerées de bouillon.

9. Le malade a beaucoup vomi ; pas de selles. Peu de sommeil la nuit.

Ce matin, point de côté persistant, rendant la respiration difficile ; 30 respirations ; toux quinteuse ; crachats blancs, aqueux.

Moiteur à la peau.

Pouls vibrant, développé ; 72 pulsations.

Peu de changement dans les signes fournis par l'auscultation et la percussion.

Depuis hier matin, gêne pour uriner.

Langue humide, sans enduit ; inappétence ; soif.

Traitement : Quatre pilules de vératrine ; julep diacode, etc.

10. Les pilules n'ont excité hier que deux vomissemens.

Ce matin, le malade se sent soulagé. La face est calme, naturelle ; pas de chaleur ; pouls à 48 ; 28 respirations. La toux a beaucoup diminué de fréquence et d'intensité. Pas d'expectoration ; quelques crachats blancs, opaques ; langue humide ; un peu d'appétit.

Le souffle a fait place à de la respiration fortement soufflante, principalement dans l'expiration ; râle crépitant de retour après la toux.

Traitement : Trois pilules de vératrine, etc., bouillons, potages, vin.

11. Pas de vomissement après les pilules. Bon sommeil cette nuit. Grand soulagement. Le malade dit qu'il se trouve parfaitement bien ce matin. Pas de chaleur ; pouls calme, à 60, un peu tendu cependant ; crachats blancs, spumeux, liquides ; 32 respirations ; appétit.

Encore des traces de souffle à la partie postérieure à gauche, vers le tiers moyen. Respiration soufflante ; râle crépitant de retour très abondant, surtout après la toux.

On apprend que le malade n'a pas été à la selle depuis huit jours.

Traitement : Deux pilules de vératrine.

Julep avec huile d'amandes douces. . 30 grammes.
Résine de jalap. . . . . . } *ââ* 0gr,25
— de scammonée . . . }
Savon médicinal. 0gr,10

12. Trois garde-robes sans coliques dans la journée du 11.

Bon état. Sommeil cette nuit. Pas de chaleur à la peau ; 64 à 68 pulsations, 24 respirations ; peu de toux ; face calme ; appétit.

Le bruit respiratoire se rétablit généralement ; quelques bulles de râle crépitant disséminé.

On supprime la vératrine. Tilleul ; une portion.

13. Le malade se trouve bien. 72 pulsations, 16 à 20 respirations. Presque plus de toux ; pas d'expectoration.

La respiration et la résonnance sont presque complétement rétablies. Une portion. Bordeaux, 150 grammes.

14. Excellent état. Murmure respiratoire parfaitement rétabli. L'on perçoit quelques traces de frottement pleural.

Deux portions.

Le malade sort dans la même journée.

En somme, dès le premier jour, le soulagement est marqué, et le pouls tombe de 28 pulsations ; le second jour, les crachats sont devenus blancs ; le troisième jour, le pouls marque 48 pulsations par minute, c'est-à-dire qu'en l'espace de 72 heures environ, il s'est produit une diminution de 64 pulsations, le râle crépitant de retour est apparu et le malade se trouve bien. Le quatrième jour, la convalescence est bien établie.

Je pourrais multiplier ces observations ; mais je crois que les deux faits qui précèdent sont tellement probans en faveur de la méthode nouvelle par la rapidité de la résolution et la nature des effets produits, que d'autres exemples n'y sauraient ajouter aucune certitude. Je ne dirai plus qu'un mot sur les conditions dans lesquelles cette méthode thérapeutique peut trouver un utile emploi.

Les nouvelles observations de M. Aran lui ont appris qu'elle est surtout applicable au traitement des pneumonies franches, primitives, à marche envahissante, survenues chez des sujets adultes et vigoureux ; de celles où dominent l'excitation générale et l'élément phlegmasique local. En un mot, la forme dite *inflammatoire* est, suivant M. Aran, l'indication la plus précise de son emploi.

Au contraire, il y a contre-indication pour le choix de cette méthode dans la forme adynamique de l'affection et généralement dans tous les cas où la faiblesse des sujets, l'âge, le sexe, s'opposent à l'emploi d'une médication, dont le caractère spécifique est de déprimer, avec une énergie peu commune, les phénomènes d'excitation fébrile et l'élément inflammatoire.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Août 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Barret, médecin des épidémies de l'arrondissement de Carpentras, sur les modifications à introduire dans le tableau nosologique des décès, annexé à la circulaire ministérielle du 24 septembre 1853. (Com. des épidémies.)

2° Les états de vaccination des départemens de la Côte-d'Or et du Rhône pour l'année 1854.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine à Brest, sur les maladies endémiques du nord de l'Europe connues sous les noms de *spedalskhed* et de *radesyge*. (Com. MM. Rayer et Gibert.)

2° Un travail de M. le docteur Aulagnier, médecin en chef de l'hôpital militaire de Sedan, ayant pour titre : *Recherches sur la glairine ou la barégine des eaux minérales.* (Com. MM. Chevallier, Caventou, H. Gaultier de Claubry et Isid. Bourdon.)

3° Une note de M. Mérot, de Savenay, qui soumet à l'examen de l'Académie un instrument qu'il désigne sous le nom de *pince-forceps*, pour l'extraction des polypes de l'utérus. Suivant l'auteur, cet instrument pourrait servir pour amener au dehors de la vulve la matrice elle-même dans les cas d'amputation de cet organe. (Com. M. Depaul.)

4° Une lettre de M. Orange, médecin à St-Eugène (Algérie), qui propose un nouveau mode de traitement pour la fièvre continue, rémittente, intermittente, fièvre typhoïde, typhus, etc. (Comm. MM. Michel Lévy et Blache.)

5° Un mémoire de M. Joao de Camara Leme, de Madère, sur la température de l'homme et des animaux. (Comm. MM. Longet et Guérard.)

— M. Depaul met sous les yeux de l'Académie un nouveau *forceps-scie*, modifié et simplifié par M. Faye, professeur d'accouchement à la Faculté de Christiania.

Remèdes secrets.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports concluant tous à déclarer qu'il n'y a pas lieu d'appliquer le bénéfice des décrets, etc. Ces conclusions sont adoptées.

Du cancer de la face et du traitement qu'il convient de lui appliquer.

M. Bégin lit en son nom et celui de MM. Robert et Jobert de Lamballe, un rapport sur un mémoire intitulé : *Du cancer de la face et du traitement qu'il convient de lui appliquer* ; par M. le docteur Chapel, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Malo.

Dans une discussion récente, dit M. Bégin, l'Académie s'est occupée de la curabilité du cancer en général. De l'ensemble de cette discussion est résulté la confirmation du principe depuis longtemps consacré dans la pratique, à savoir, que toute réserve faite quant aux moyens à employer, la condition la plus assurée de la guérison du cancer consiste dans la destruction, là où elles se manifestent, des altérations morbides ou des créations anormales qui les constituent.

Mais une question qui, pour être secondaire, n'a cependant guère moins d'importance que la question principale dans la pratique, celle du procédé opératoire le plus certain dans son action pour atteindre le but indiqué, est restée à peu près intacte, et laisse encore un certain nombre de chirurgiens dans l'indécision.

Sur ce fait qu'il faut, avant tout, pour guérir le cancer, enlever de l'économie le tissu pathologique auquel on a donné ce nom, tout le monde, ou à peu près, est d'accord. Mais convient-il d'opérer cette soustraction par une destruction sur place au moyen de caustiques, ou par l'ablation, à l'aide de l'instrument tranchant ?

Ici se manifeste une divergence, déjà fort ancienne et dont les vicissitudes ne paraissent pas toucher à leur terme.

Resserrons encore les limites de la question : pour tout chirurgien, il est des cancers profonds en rapport avec des organes importans qui ne seraient pas soumis sans de grands dangers à la désorganisation opérée par des caustiques, dont l'action est souvent difficile à contenir dans des bornes rigoureusement déterminées ou qui ne pourraient atteindre le mal qu'après avoir détruit de trop grandes épaisseurs de parties. Ici encore, sauf de rares exceptions, la divergence ne saurait exister. Il n'en est plus de même dans les cancers superficiels et plus particulièrement dans les cancers cutanés si fréquens au visage. Ces ulcérations épithéliales, ces cancroïdes, semblent, au premier abord, se prêter presque indifféremment par leur structure et par leur limitation, ordinairement tranchée, à la destruction au moyen des agens désorganisateurs et à l'ablation à l'aide de la division sanglante. Si, pour de bons esprits, la question est résolue dans la formule générale, on en voit encore qui, dans certains cas particuliers, sont indécis et se déterminent tantôt pour l'un et tantôt pour l'autre mode opératoire, selon la disposition que présente la maladie. Et cependant il existe, entre l'action du caustique et celle de l'instrument tranchant, des différences tellement profondes, à tous les points de vue, qu'il y a encore lieu de reprendre l'examen comparatif des résultats qu'ils procurent et de la préférence à leur accorder.

Tel est le sujet qu'a traité M. Chapel. C'est à l'aide de la clinique que ce chirurgien distingué a voulu résoudre le problème. Il rapporte huit observations de cancroïde des lèvres ou du nez traités par les caustiques et par l'ablation. De ces huit malades, deux, chez lesquels la lèvre était le siége du cancer, ont été traités par les caustiques seulement et ont succombé aux progrès incessans de leur mal.

Dans trois autres cas, le cancer siégeant également aux lèvres, des cautérisations plusieurs fois répétées l'ont exaspéré, et les malades s'étant enfin soumis tardivement à l'ablation au moyen de l'instrument tranchant, ils n'ont obtenu que des guérisons temporaires, la maladie ayant récidivé quelques mois après, avec altération des ganglions sous-maxillaires.

Un quatrième malade de cette catégorie, cautérisé sans succès pour un cancer de l'aile du nez, a obtenu, par l'opération, une guérison durable, quoique mise en doute par un commencement de récidive que le cautère actuel fit avorter. Enfin, chez les deux derniers sujets atteints aux lèvres, l'ablation faite d'emblée a été suivie d'un plein succès.

Des faits recueillis par M. Chapel et d'une multitude d'autres consignés dans les annales de la science, on peut conclure que dans les cas de cancroïde, les caustiques, lorsqu'ils ne guérissent pas, irritent toujours, exaspèrent le mal et précipitent les progrès ; que l'ablation, au contraire, lorsqu'elle doit être suivie de récidive, a l'avantage, du moins, dans la majorité des cas, de procurer un soulagement immédiat et une guérison temporaire plus ou moins prolongée.

Les conclusions du mémoire de M. Chapel sont :

1° Que les caustiques doivent être rejetés du traitement chirurgical du cancroïde.

2° Que l'opération à l'aide de l'instrument tranchant leur est, sous tous les rapports, préférable.

3° Que cette opération doit être pratiquée aussitôt que la nature du mal est reconnue, en ayant le soin de faire agir l'instrument assez loin, dans les tissus sains, pour que toutes les expansions cancroïdales soient certainement comprises dans les parties ulcérées.

4° Que si après l'excision, quelque récidive sur place ou dans les ganglions voisins se manifeste, il est instant d'attaquer sans retard le mal renaissant et de se conduire comme dans le cas où il est primitif.

Le travail de M. Chapel, ajoute M. le rapporteur, manque dans plusieurs parties de détails d'une assez grande importance. On n'y trouve aucune indication des caustiques solides ou liquides employés sur les malades dont il rapporte l'histoire et dont les effets n'ont été que désastreux. Ce travail ne suffit donc pas pour décider péremptoirement la question ; mais il apporte, pour la résoudre, des élémens solides et de bon aloi. Il présente, en outre, un intérêt particulier d'actualité en ce moment où se font sur les malades d'un de nos plus grands hôpitaux les expériences dont les résultats n'ont pas encore transpiré.

Quoi qu'il en soit, M. Chapel a fait preuve, dans cette circonstance, comme dans plusieurs autres précédens, d'un esprit droit, d'une connaissance complète de l'état de la science sur le point qu'il se proposait de traiter ; il a su distinguer et suivre heureusement la voie la plus sûre pour arriver à la vérité.

M. Chapel promet à l'Académie un correspondant aussi actif qu'éclairé. Nous proposons de lui adresser une lettre de remercîment, et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

M. Moreau propose de renvoyer le mémoire de M. Chapel au comité de publication.

Cette proposition est appuyée et adoptée par l'Académie.

Les conclusions, avec cet amendement, sont mises aux voix et adoptées.

— M. Collineau, appelé à faire un rapport sur un travail ayant pour titre : *Des lois de la nature pour fournir les principes d'hygiène matérielle, physique et morale*, par M. Coinze, ancien agriculteur, s'exprime en ces termes : Les idées de M. Coinze sont tellement en dehors de la science, qu'il est inutile de faire un rapport.

Kyste hydatique intrà-thoracique.

M. Vigla lit la relation d'un cas de kyste hydatique intrà-thoracique guéri par la ponction, suivie d'une injection iodée.

Il y a près de deux ans que l'homme qui fait l'objet de cette communication entra à la Maison de santé (20 novembre 1853). C'était la première maladie sérieuse dont il fût affecté, quoique naturellement d'une apparence frêle et chétive. Quinze mois avant, cet homme, qui est conducteur de bestiaux, fut terrassé par un taureau qui lui porta un coup de pied violent sur le côté droit de la poitrine. Depuis ce moment, douleur dans ce même côté, dyspnée habituelle, qui deux mois plus tard le force de renoncer à ses occupations. D'ailleurs, peu ou point de toux, pas d'expectoration, pas d'hémoptysie, pas de fièvre. Le malade ne peut même pas affirmer que pendant ce temps la maigreur et la pâleur, qui lui sont naturelles, aient augmenté.

Voici les résultats de l'examen :

Douleur assez intense, assez circonscrite au-dessous du sein droit ; oppression constante, extrême après les moindres efforts pour marcher, parler, ou seulement en voulant exagérer sa respiration. Demi-décubitus habituel sur le dos, quelquefois sur le côté droit, impossible sur le côté gauche. Voix faible, altérée dans son timbre.

La forme de la poitrine présente quelque chose de très insolite. En avant, on trouve un développement considérable du côté droit, avec voussure très prononcée, écartement des espaces intercostaux et dilatation des veines sous-cutanées ; en arrière, c'est l'inverse qui a lieu, le côté droit paraissant avoir l'aspect normal, et le gauche offrant une saillie assez prononcée. La direction du sternum n'a pas sensiblement changé ; la colonne vertébrale est légèrement déviée à gauche, et convexe dans ce sens.

Par la mensuration comparée des deux côtés de la poitrine, nous avons trouvé de 2 à 4 centimètres de différence, suivant que nous mesurions plus haut ou plus bas, en faveur du côté droit.

Les élémens fournis par la percussion ont été de la plus haute importance pour le diagnostic.

En *avant* son mat dans toute la largeur et la hauteur du côté droit de la poitrine à partir du second espace intercostal ; son mat dans l'hypochondre et le flanc du même côté jusqu'au niveau de l'ombilic ; son mat dans toutes les parties latérales correspondantes ; des deux points signalés comme limite de la matité en haut et en bas, celle-ci se prolonge obliquement du côté gauche de la poitrine, vers l'aisselle, de manière à dessiner assez exactement une sorte de cône.

En *arrière*, la matité occupe aussi tout le côté droit à partir de l'angle inférieur de l'omoplate, et elle empiète sur le côté gauche par un prolongement analogue à celui qui a été signalé en avant, mais moins étendu en hauteur, et limité à son extrémité entre la septième et la neuvième côte.

D'autre part, on trouve un son normal :

1° en avant dans le premier espace intercostal droit et gauche ; dans la partie inférieure gauche.

2° Latéralement, dans tout le côté gauche.

3° En arrière, dans presque tout le côté gauche ; dans la partie supérieure droite depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Auscultation. — En avant, soit à droite, soit à gauche, on n'entend le murmure vésiculaire que sous la clavicule, encore est-il faible et mélangé de quelques râles sibilans. Partout où il y a matité, il y a aussi absence de tout bruit respiratoire. Si l'on fait parler le malade, la main appliquée sur les mêmes points ne perçoit aucune vibration, et l'oreille ne distingue aucune résonnance.

En arrière : bruit respiratoire exagéré dans tout le côté gauche et dans les trois-quarts supérieurs du côté droit ; de ce même côté, timbre amphorique de la voix et même du bruit respiratoire, semblable à celui que l'on entend dans certains épanchemens de la plèvre ; absence de souffle et d'égophonie. Absence de tout bruit et de toutes vibrations dans le quart inférieur droit.

Les bruits du cœur ne sont guère entendus que sous l'aisselle gauche, sans aucune modification anormale et seulement dans une très petite étendue.

Aucun bruit de souffle dans la direction de l'aorte.

La palpation attentive des espaces intercostaux de la partie antérieure droite de la poitrine donne aux doigts une sensation qui approche beaucoup de celle de la fluctuation.

En présence de phénomènes si extraordinaires, après plusieurs explorations et plusieurs jours de méditation, je m'arrêtai à l'idée de l'existence possible d'un kyste hydatique développé dans l'intérieur du tho-

rax et je communiquai ce diagnostic aux élèves du service et à mon collègue M. Monod.

Avec toute la réserve commandée par la rareté du fait, je m'arrêtai à ce diagnostic. Je priai M. Monod de faire une ponction exploratrice qui ne pouvait, même en dehors des conditions prévues, avoir de graves inconvéniens.

Celle-ci fut pratiquée le 9 décembre 1853, et donna issue à un liquide transparent comme l'eau de roche, sans réaction sur le papier de tournesol, qui ne perdit rien de sa transparence par son mélange avec l'acide nitrique, non plus que par l'action de la chaleur. On introduisit alors une canule de Reybard, et on tira 2,450 grammes d'un liquide semblable au premier et dont les dernières portions entraînèrent des débris de membranes transparentes, comme celles de l'œuf, et qui, ultérieurement soumises à l'examen de M. Robin, furent reconnues par lui de nature hydatique.

Le malade supporta cette opération sans fatigue, sans accident. Ce fut alors que M. Monod eut l'heureuse idée d'injecter environ 250 grammes d'une solution composée comme il suit :

Eau distillée	450	grammes.
Alcool	150	—
Iode	15	—
Iodure de potassium . .	15	—

La moitié environ du liquide injecté fut extraite quelques minutes après, puis la canule fut retirée, un morceau de diachylon fut appliqué sur la piqûre et maintenu par un bandage de corps.

Au moment où le malade subit l'opération, la dyspnée avait atteint un degré voisin de la suffocation, l'amaigrissement était considérable, l'anémie très prononcée; le malade venant de subir une influence cholérique dont il ne se relevait que difficilement, mais nous avions pour nous une circonstance favorable, l'absence de fièvre hectique. Une première période nous paraît pouvoir être établie du jour de l'opération au 24 ou 25 décembre, comprenant environ quinze jours, pendant lesquels les choses se passèrent d'une manière satisfaisante. Le volume du kyste diminua progressivement, les organes se rapprochèrent de plus en plus de leur position normale, la respiration redevint libre au delà de ce que nous pouvions espérer, le bien-être fut immédiat, la réaction fut modérée et le pouls diminua de fréquence d'une manière soutenue. Une pleurésie légère enrayée heureusement par l'application d'un large vésicatoire ne ralentit pas sensiblement la marche rétrograde de la maladie. Une seule circonstance vint vraiment contrarier cette ère prospère, c'était la susceptibilité des voies digestives qui ne nous permit pas d'alimenter le malade autant que nous l'eussions voulu : somme toute, néanmoins, tout alla bien.

Dans une seconde période, qui commence aux derniers jours de décembre et se continue jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu le 15 janvier 1854, nous sommes délivrés des préoccupations de la première à l'endroit des fonctions digestives, et le malade peut être alimenté modérément. Mais l'apparition d'un mouvement fébrile, d'une petite toux avec expectoration muqueuse, une augmentation dans l'étendue de la matité nous font craindre la suppuration du kyste ou la formation de tubercules. Néanmoins, les renseignements fournis par l'auscultation n'ont rien d'inquiétant au dernier point de vue, et la suppuration du kyste ne serait pas sans remède. C'est au milieu de cette incertitude que le malade est obligé de quitter la maison de santé, et nous avons l'espoir que les conditions hygiéniques assez favorables qu'il va trouver chez une de ses parentes habitant les environs de Paris, pourront contribuer plus efficacement à sa guérison que les moyens employés par nous dans un milieu qui nous a toujours paru peu convenable à son état.

Nous pourrons faire dater de ce moment une troisième période dans laquelle nos espérances se sont réalisées de la manière la plus complète. R... est venu nous voir quelques semaines après sa sortie, et sa transformation était déjà accomplie au point de vue de l'état général. Nous l'avons revu près d'un an plus tard, le 3 décembre 1854, et sa guérison locale, comme nous l'avons établie par un examen minutieux, pouvait être considérée comme définitive. (Comm. MM. Cruveilhier, G. de Mussy et Grisolle.)

Emploi thérapeutique du sucre de saturne contre l'hypertrophie du cœur.

M. Brachet, de Lyon, lit des observations sur l'emploi thérapeutique du sucre de saturne contre l'hypertrophie du cœur.

L'auteur dit que depuis 1848, époque où il écrivait son mémoire sur la colique de plomb, et où il faisait déjà un usage fréquent du sucre de saturne à haute dose dans l'hypertrophie du cœur, sans provoquer jamais aucun accident, il n'a pas cessé de recourir à ce médicament toutes les fois que l'occasion s'en est présentée. Il a pu, par conséquent, recueillir de nombreuses observations sur les effets qu'il a produits. M. Brachet rapporte trois observations qui lui paraissent suffisantes pour imprimer un certain degré de confiance. Il convient, cependant, de n'avoir pas toujours réussi. Plusieurs fois il n'a obtenu qu'une amélioration passagère, qui soulageait les malades, et lui faisait entrevoir une guérison qui n'était pas possible. Les derniers faits ont eu lieu surtout dans les cas d'anévrysme, ancien, dans ces hypertrophies tout à fait organiques, ou devenues telles par la durée du mal. Mais dans les cas d'hypertrophie récente ou peu avancée, le succès ne lui a pas semblé douteux, c'est toujours le sous-acétate de plomb cristallisé qu'il a administré. Sa formule a toujours été la même.

Sucre de saturne.	2	grammes.
Extrait de digitale	1	gramme.

Mêlez et faites 20 pilules.

Le plus ordinairement il en a augmenté la dose de cinq jours en cinq jours, jusqu'à ce que le malade en prît trois le matin et trois le soir. Il n'a jamais dépassé ce nombre.

M. Robert : Je me rappelle avoir vu employer ce moyen par Dupuytren à l'instigation d'un médecin allemand, M. Koreff. J'en ai observé, à cette époque, très attentivement les effets et je n'ai constaté aucun résultat favorable de ce traitement. L'action du sel de saturne m'a paru très douteuse comme moyen de diminuer le volume des anévrysmes et l'impulsion du cœur. Cependant je ne prétends pas infirmer par là les faits que M. Brachet peut avoir observés ; il ne me semble pas seulement que, dans l'une des observations qu'il vient de rapporter, les signes de l'hypertrophie aient été bien établis. Les palpitations n'auraient-elles pas eu une cause nerveuse, par exemple? Dans ce cas, il y aurait lieu de se demander si l'acétate de plomb n'aurait pas agi comme sédatif du système nerveux, plutôt que contre l'hypertrophie.

M. Brachet se rappelle, en effet, avoir vu les expériences de Dupuytren dont parle M. Robert; mais Dupuytren avait essayé ce moyen contre les anévrysmes des gros vaisseaux, et il a échoué, ce qui se conçoit aisément. Il n'en est pas de même dans les anévrysmes des petits vaisseaux; c'est dans ce dernier cas que j'ai réussi. Quant à l'hypertrophie du cœur, j'en ai constaté les signes d'une manière non douteuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Séances de Février, Mars et Avril 1855. — Présidence de M. Brierre de Boismont.

DISCUSSION

Sur les moyens à employer contre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme.

(Suite. — Voir les numéros des 31 Juillet et 7 Août.)

M. Maurice Perrin accepte pleinement tout ce que contient le rapport de M. Lallemand, et se propose de répondre aux principales objections qui lui ont été faites.

1° M. Depaul pense que nous ne sommes point autorisés, par nos expériences, à conclure à la parfaite innocuité de l'oxygène introduit pur dans les voies respiratoires. Ce point de doctrine, édité bien des fois, mais toujours sans doute d'après la parole du maître, n'avait même pas besoin d'être élucidé par la commission. Sur ce point, elle a trouvé la science toute faite; car les expériences confirmatives de M. Duroy, mentionnées à la page 19 du rapport, remontent déjà à plusieurs années, et ont été publiées le 7 mai 1850 (1).

Mais n'eussions-nous pas été devancés dans cette voie, qu'il nous serait permis d'arriver à la même conclusion de par nos expériences.

L'innocuité de l'insufflation de ce gaz tiendrait, suivant M. Depaul, à ce qu'une certaine quantité d'air pénètre dans la poitrine en même temps que l'oxygène pendant l'insufflation. Je ne saurais accepter cette objection. Chez l'animal vivant, l'inspiration, c'est-à-dire la pénétration d'une certaine quantité de gaz dans l'intérieur de la poitrine, ne s'effectue qu'en raison du vide virtuel que vient de produire l'ampliation de la cage thoracique, sous l'effort combiné des muscles inspirateurs. Aussi pas d'inspiration possible chez le cadavre, pas d'inspiration possible chez l'animal anesthésié jusqu'à résolution musculaire complète. Or, c'est toujours dans ces conditions que nous pratiquons l'insufflation. Tout est en état de mort apparente dans l'organisme au moment où nous poussons dans les poumons, parvenus au maximum de leur retrait, un gaz qui a une tension telle qu'il peut soulever le thorax, déprimer le diaphragme, et partant, déplisser les vésicules pulmonaires. En vertu de quelle loi physique, car, sous ce point de vue, la respiration n'est qu'une simple application de la loi sur l'équilibre des gaz, l'air extérieur qui était avant en équilibre de tension avec l'air restant encore dans la poitrine, pourrait-il s'y précipiter? Le poumon peut être comparé à une vessie affaissée sur elle-même. Si vous l'abandonnez, l'air ne pénétrera point; mais si vous faites pénétrer dans son col une sonde, et que vous souffliez dans celle-ci, vous verrez la vessie se gonfler du gaz que vous y poussez, mais jamais de l'air ambiant. Je crois donc pouvoir dire que, dans l'insufflation, il ne peut pénétrer dans les poumons que le gaz qu'on y injecte; et conséquemment qu'il reste parfaitement démontré par l'expérience, et acquis à la science, que le gaz oxygène peut être respiré pur sans aucun inconvénient.

2° La seconde observation de M. Depaul porte sur la manière dont nous avons pratiqué l'insufflation. Pour que l'insufflation réussisse, dit notre honorable collègue, il faut, puisque la sonde n'est point du calibre de la trachée, boucher l'orifice du larynx, ou tout au moins la bouche et les narines. Le conseil de M. Depaul, appliqué à l'insufflation, telle qu'il la pratique chez les nouveau-nés, est sans doute sage, puisqu'il est dicté par son expérience; mais appliqué à l'insufflation telle que nous la comprenons, telle qu'elle est décrite dans le rapport, et telle que nous désirons la voir passer dans la pratique chirurgicale, il est inutile, il est très dangereux. Il est inutile, car nous avons toujours procédé autrement, et nous avons à peu près constamment réussi; mais, de plus, il est très dangereux, car en empêchant la sortie du gaz en excès qui est poussé dans les poumons, on se met dans d'excellentes conditions pour amener, même avec une pression modérée, des déchirures du poumon.

3° Enfin M. Depaul pense, c'est du moins ce qu'il a constamment observé, que le cœur revient à la vie avant le poumon. Mais c'est tout à fait l'avis de la commission. Que l'on veuille bien, en effet, jeter les yeux à la page 38 du rapport, et l'on y verra que le rétablissement des fonctions a lieu dans un ordre inverse à celui de leur suspension, etc. Ce qui a pu donner le change à M. Depaul, ce sont ces mouvemens des ailes du nez, de la base de la langue, etc., qui sont constamment, avant le rétablissement de la circulation et de la respiration, les avant-coureurs d'une résurrection prochaine. Ces mouvemens ne nous ont point paru être des indices du retour de la respiration, bien qu'appartenant, pour la plupart, aux muscles respirateurs de la face. Ils sont de nature convulsive, et existent aussi bien à la paupière, à la base de la langue, quelquefois dans un membre, qu'aux ailes du nez.

On a beaucoup insisté sur la diversité d'action du chloroforme, considéré chez l'homme et chez les animaux. Je laisserai à M. le rapporteur le soin de répondre à cette objection avec détail, je me bornerai aux différences que l'on a déduites de l'étude comparative des altérations pathologiques. Ici, en effet, tout est positif, permanent, tout peut être rigoureusement décrit quand on l'a rigoureusement observé. Des nombreuses autopsies que la commission a pratiquées lui ont toujours donné des résultats identiques : vacuité du cœur gauche et du système artériel, réplétion du cœur droit et du système veineux, réplétion plus grande encore de tout le système capillaire mais sans ecchymose ni suffusion sanguine et diffluence de sang; en d'autres termes, absence complète d'altérations organiques proprement dites. En regard de cette négation, M. Giraldès nous énumère les altérations organiques signalées chez l'homme. Mais d'abord, comme l'a fort bien dit M. Forget, quand on ne trouve rien on peut bien affirmer qu'on n'a rien trouvé, mais, quand on trouve quelque chose, il faut démontrer que ce quelque chose est sous la dépendance de la cause indiquée, et, quand on signale des altérations organiques, il faudrait démontrer qu'elles n'existaient point avant la chloroformisation.

Une première altération signalée, c'est la rougeur des bronches. Ainsi, M. Richet, si mes souvenirs ne me trompent, ayant fait l'autopsie d'une de ses malades, morte deux ou trois jours après la chloroformisation, trouva de la rougeur dans les bronches. Que l'action irritante du chloroforme se soit étendue dans ces cas jusque dans les bronches, soit; et si nous n'avons pas constaté cet effet, dans nos autopsies faites immédiatement après la mort, c'est peut-être parce qu'elle ne se produit que deux ou trois jours après l'emploi du chloroforme. Des altérations organiques d'ordre plus grave nous ont été signalées par M. Giraldès. Ce sont des ruptures du cœur, des ruptures des poumons. Puisque ces faits ont été observés, il faut bien les accepter, il faut bien les subir, mais la raison est si loin de prévoir de tels effets sous l'influence d'un agent stupéfiant qu'il m'est bien permis de supposer que le chloroforme n'est point aussi coupable qu'on le dit et que son plus grand crime est de n'avoir pu empêcher des accidens qui, sans lui, se seraient également produits.

Enfin, l'altération la plus communément signalée chez l'homme, c'est la présence de l'air dans les veines. Air dans le cœur droit, air dans les veines caves, dans les jugulaires, dans les sinus crâniens, air partout. Ce qu'il y a de certain, c'est que cet accident, que tout le monde mentionne, personne ne l'a démontré. Aussi, pour tous les cas où aucun gaz ne s'était encore développé dans le cadavre par la putréfaction, je ne crois pas à l'existence de cet air jusqu'à preuve du contraire. On a cru l'y voir, mais on a été victime d'une illusion. Et voici pourquoi je me vois forcé, malgré moi, d'être aussi catégorique sur ce point.

Les effets du chloroforme sur l'organisme chez l'homme et les animaux sont tellement identiques, que vingt fois vos commissaires ont été victimes de cette même illusion et ont failli croire à la présence d'un gaz ou de vapeurs dans le système circulatoire. La saillie arrondie du cœur droit, sa rénitence gazeuse, la plénitude des veines caves et la mobilité exceptionnelle du liquide qu'elles contiennent, tout concourt à nous donner le change. Mais faites comme nous, liez les aboutissans du cœur, interceptez entre des ligatures une certaine portion de la veine cave, et plongez-les dans l'eau : ni l'un ni l'autre ne surnageront. Si, après avoir constaté le niveau exact du liquide qui les contient, on les ouvre au-dessous d'une éprouvette graduée pleine d'eau, pas la moindre bulle de gaz ne s'en dégagera, pas la moindre variation dans l'échelle du niveau; donc pas de gaz, pas de vapeurs. Par cette expérience si simple, après nous être assurés une première fois que nous nous étions trompés, nous avons été tellement frappés de nouveau de l'aspect du système musculaire qu'une deuxième, une troisième, une dixième fois peut-être, nous ne nous sommes rendus qu'en face de l'expérience. C'est ce qui permet, je crois, à votre commission, d'ajourner sa croyance sur ce point jusqu'au moment où une observation apparaîtra munie du sceau de la démonstration physique.

Quant aux différences dans les effets de la chloroformisation chez l'homme et chez les animaux, elles ne nous paraissent pas assez tranchées pour qu'on puisse dire qu'il n'y a à tirer aucun parti pratique de nos expériences.

Si nous avons le bonheur d'être dans le vrai, nous aurons, au contraire, fait faire un grand pas à l'art d'appliquer le chloroforme; car, forts de notre expérience, nous pouvons dire au praticien : le procédé par l'éponge, par le mouchoir, est un mauvais procédé puisqu'il vous a donné des morts par centaines. Ne l'employez pas, il est dangereux chez l'homme comme il l'est chez les animaux. Le procédé à l'aide duquel vous diluerez d'une façon permanente les vapeurs de chloroforme dans une grande quantité d'air est constamment inoffensif chez les animaux, employez-le, il doit être aussi inoffensif pour l'homme.

Je ne saurais m'associer aux réserves faites par M. Forget sur les conclusions adoptées par le rapporteur de la commission au sujet de l'emploi de l'électricité pour combattre les accidens causés par le chloroforme. Il résulte, en effet, de nos expériences que l'électricité employée comme excitant général du système nerveux, ne rappelle point à la vie les animaux anesthésiés jusqu'à mort apparente. Et cette méthode ne compte des succès qu'à la condition de produire la respiration artificielle. La faradisation des nerfs phréniques, pratiquée dans ce but, nous a donné de forts beaux résultats, aussi satisfaisans que l'insufflation. Ainsi, faradisation des nerfs phréniques d'une part, insufflation de l'autre : voilà deux moyens qui, en rétablissant artificiellement la respiration, nous ont donné des succès égaux. Mais l'insufflation est exempte de danger, et la critique sera forcée du moins de reconnaître que si elle ne fait pas de bien, elle ne fait pas de mal. En est-il de même de l'électricité? Non, Messieurs; car, dans une dizaine d'expériences, deux fois entre nos mains son application a été suivie de l'épuisement permanent et absolu du système nerveux; une première fois après 4 minutes d'expérimentation; une deuxième fois après 12 minutes. Ces faits ont été vus par votre commission. En admettant même que nous avions opéré sur des cadavres dans ces deux cas, la destruction de toute excitabilité du système nerveux dans une limite extrême de douze minutes, n'en constituait pas moins un fait grave, et sur lequel nous devions attirer l'attention. On a dit que cet épuisement est le résultat de l'action toxique du chloroforme, mais non de l'application de l'électricité. Cette interprétation entraîne la condamnation de la méthode.

Si le chloroforme a pour effet, en même temps qu'il enraie les fonctions du système nerveux, de déterminer, je ne dis pas la suspension momentanément, mais de détruire toute excitabilité, à quoi bon employer un moyen qui ne s'appuie que sur cette base, à quoi bon l'électricité vis-à-vis d'un système nerveux qui n'est plus susceptible d'excitation. Heureusement pour la faradisation des nerfs phréniques, qui est une bonne, une excellente chose, que cette interprétation manque de base, et que le système nerveux n'a rien perdu de son excitabilité aux agens électriques sous l'influence du chloroforme : nos expériences le démontrent. La seule chose que l'on pouvait admettre, et encore sous bénéfice de preuves, c'est que le chloroforme modifie l'état du système nerveux, de telle façon que l'application de l'électricité peut très rapidement amener la perte de son excitabilité, condition de sa vitalité. Alors qui osera se servir d'un moyen qui, pouvant offrir de tels dangers, quand à côté de lui il s'en trouve un autre aussi efficace et tout à fait inoffensif?

M. Giraldès : La réponse de M. Perrin laisse penser que j'ai mis en doute l'utilité des expériences chez des animaux dans le but d'éclairer quelques points de physiologie pathologique; or, les expériences instituées dans ce but n'ont pas été un seul moment mises en cause. J'ai seulement contesté la légitimité de quelques-unes des conclusions du rapport.

Je maintiens ce que j'ai avancé, à savoir : que les phénomènes chloroformiques, chez l'homme, ne se manifestent pas toujours d'une manière régulière et dans un ordre toujours le même, ces phénomènes varient suivant qu'on les observe chez l'homme, la femme et chez l'enfant; chez ce dernier, en particulier, la période d'excitation manque quelquefois;

Que l'usage d'un appareil ayant pour but de donner le chloroforme à des doses minimes et dans des proportions constantes n'est pas un garant contre les accidens qu'on cherche à éviter.

Enfin je pense avec M. Syme qu'en faisant respirer, d'abord, largement le chloroforme, en faisant tomber promptement les malades dans le sommeil chloroformique, on évite plus sûrement les accidens produits par une excitation trop prolongée. L'administration du chloroforme à très petites doses a l'inconvénient de prolonger une excitation qui peut devenir cause d'accidens.

(*La suite prochainement.*)

La Société médico-psychologique, dans sa séance du 30 juillet, a composé son bureau ainsi qu'il suit :

Président, M. Parchappe;
Vice-président, M. Peisse;
Secrétaire général, M. Cerise;
Secrétaire particulier, M. Brierre de Boismont;
Secrétaire trésorier, M. Brochin.

Le Gérant, G. Richelot.

(1) Union Médicale, 7 mai 1850.

Paris. — Typographie Félix Maltestre et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 101. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 25 Août 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr

6 Mois........... 17

3 Mois........... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 AOUT 1855.

LETTRES SUR LA FOLIE.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Mon cher Monsieur,

Votre journal m'est tombé, ces jours-ci, comme une bombe au milieu de la paisible Thébaïde dans laquelle je me suis retiré depuis bientôt dix ans. Vous savez, ou peut-être vous ne savez pas — on oublie si vite à Paris! — que, las de cette vie dévorante que vous menez là bas, j'avais dit adieu pour toujours à vos luttes et à vos discussions, quelquefois si orageuses et si souvent stériles. Je jouissais en vrai sybarite de ce calme et de cette tranquillité qu'on ne trouve guère qu'aux champs, lorsque, pour mon malheur, vous m'avez fait assister de loin au tournoi académique qui a suivi le si remarquable rapport de M. Bousquet sur le délire et la folie.

Savez-vous qu'il se dit et qu'il se fait d'étranges choses dans notre académie! J'en suis encore tout ému, et je veux vous en dire, si vous le permettez, tout mon sentiment.

Dans mon jeune temps, qui était aussi celui des Pinel, des Esquirol, des Leuret, et celui-là en valait bien un autre, n'en déplaise à leurs successeurs, on savait rendre justice aux travaux de ses devanciers, voire même de ses rivaux; on respectait surtout et on honorait la mémoire des morts. On regardait leurs travaux et leurs découvertes comme une espèce de patrimoine commun, auquel il était bien permis à chacun d'apporter une nouvelle richesse, mais dont le dépôt devait être conservé pieusement pour les générations à venir. Il paraît que tout cela est bien changé aujourd'hui, si j'en crois du moins votre compte-rendu des séances académiques.

Je n'en veux pour preuve que la manière passablement cavalière avec laquelle on a apprécié, dans cette discussion, toute la carrière scientifique de M. Leuret. On lui a dénié toute influence sérieuse sur la science contemporaine; on a travesti ses doctrines et ses préceptes, afin de pouvoir mieux les ridiculiser, et on en a eu ainsi très bon marché. On voyait bien qu'il n'était plus là pour se défendre et revendiquer son bien. Enfin, n'a-t-on pas été jusqu'à suspecter son honneur, jusqu'à mettre en doute sa probité d'observateur et d'écrivain! Et tout cela s'est dit, en pleine académie, sans protestation aucune, comme la chose du monde la plus simple! Et parmi les nombreux amis que M. Leuret avait de son vivant, il ne s'en est pas trouvé un seul qui ait eu le courage de faire respecter sa tombe et de venger sa mémoire? Et dans la presse médicale, qui a compté si longtemps M. Leuret au nombre de ses travailleurs les plus infatigables, pas un, m'a-t-on dit, n'a essayé de retourner contre ses accusateurs posthumes les armes empoisonnées dont ils s'étaient servis.

Cela était bien facile pourtant, trop facile en vérité, si je n'ai pas complétement oublié le passé. J'attendais donc et j'espérais tous les jours trouver dans votre journal quelqu'un de ces bons articles vengeurs comme vous les savez faire. Mais j'ai attendu en vain. Ce que voyant, force m'a bien été de me rappeler que M. Leuret a été longtemps mon maître et mon ami, et de laisser là les beaux projets de retraite absolue que j'avais formés. L'injustice m'irrite, l'ingratitude me révolte, et puisque tant d'autres qui devraient parler se taisent, je parlerai pour eux et je dirai ce que je sais en toute franchise et quoi qu'il puisse en advenir.

Aussi bien ce long silence, ce repos égoïste commençaient à me peser. L'occasion est bonne et j'en profiterai pour renouveler connaissance avec vos lecteurs. On a tant écrit, tant disputé depuis dix ou quinze ans sur la folie et sur les fous, on en a tant dit et de toutes les couleurs sur cette triste maladie, qu'il doit bien m'être permis de dire mon petit mot sur tout cela. Au fond de ma province, il y a des fous comme à Paris; pas en si grand nombre peut-être, mais qu'importe! J'ai toujours été de l'avis de Morgagni : *Non numerandæ solum, sed etiam perpendendæ observationes!* J'ai donc pu continuer ici les études que les leçons de M. Leuret m'avaient fait aimer. Son nom m'a d'ailleurs porté bonheur. On est venu à moi comme au dépositaire bien peu digne hélas! mais convaincu de ses idées et de ses principes. J'ai vu ainsi un nombre assez considérable de pauvres aliénés; je les ai suivis dans toutes les phases de leur cruelle affection; j'ai même eu le bonheur d'en guérir quelques-uns à l'aide de moyens que vous voulez, plus que jamais, proscrire à Paris. Je me suis efforcé surtout de les étudier avec patience et bonne foi. Laissant de côté toute idée préconçue, j'ai essayé de déchiffrer quelques lignes de ce grand livre, ouvert à tous, qu'on appelle la nature. Est-ce ma faute si je l'ai trouvé trop souvent en désaccord avec les livres des hommes?

Une chose surtout m'a frappé dans ces derniers, c'est la confusion, l'anarchie incroyable des idées et des doctrines. Les aliénistes modernes sont cependant, pour la plupart, des hommes distingués, des médecins habiles et dévoués. D'où viennent donc ces dissidences profondes qui les séparent? D'où vient donc que M. Bousquet a pu dire, avec une grande apparence de raison, que tant de travaux, tant de recherches ont été à peu près complétement stériles? La raison en est simple, selon moi. C'est qu'on a abandonné les bonnes et grandes traditions des maîtres illustres qui nous ont précédés. On a voulu réagir contre le spiritualisme théologique des siècles passés, et on a trop oublié que l'homme n'est pas seulement matière, que son corps et ses organes ne constituent pas toute sa personnalité. Parce que le cerveau est l'instrument des manifestations de l'intelligence et des passions, on a voulu assimiler la folie aux maladies de toutes natures qui affligent notre pauvre espèce. On a séparé ce que Dieu avait uni d'une manière indissoluble. Penché sur le cadavre on a demandé à la mort le secret de la vie, et on n'a pas compris pourquoi souvent, bien souvent la mort est restée muette. Là où il ne pouvait exister que des lésions fonctionnelles, on a voulu trouver des altérations matérielles, palpables de la substance nerveuse. Et lorsque celles-ci ont échappé à toutes les recherches des scalpels les plus habiles, on les a inventées ou supposées, en s'appuyant sur des raisonnemens et des analogies impossibles. La folie, a-t-on dit, a son siége dans le cerveau; donc le cerveau est malade dans la folie, comme les poumons sont malades dans la pneumonie ou la phthisie pulmonaire. Et si les altérations anatomiques qui ont amené la folie ne sont pas constantes, cela tient uniquement à ce que nos moyens d'investigation sont bornés. Mais on les trouvera certainement tôt ou tard; car il est aussi impossible qu'il n'existe pas de lésion matérielle dans la folie qu'il est impossible de penser sans cerveau.

C'est avec ces beaux raisonnemens, avec ces assertions hasardées qu'on a fermé la bouche, depuis quelques vingt ans, à tous ceux qui ont voulu protester contre ces doctrines dangereuses. Vous savez quelle tempête soulevèrent les tentatives de M. Leuret pour reconstituer la science des maladies mentales sur ses véritables bases. Vous savez aussi avec quelle faveur le public médical éclairé et surtout désintéressé dans la question, accueillit ses recherches et ses travaux. Vous savez le long retentissement du livre sur le traitement moral de la

---

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — L'univers à Paris. — Procédé pour vivre à bon marché. — Foule aux eaux minérales. — Les eaux de Kissingen. — Singulier régime. — Le buste de Pinel. — M. Dubois (d'Amiens) et l'Académie de médecine.

Nous nous imaginons, vaniteux Parisiens que nous sommes, que le monde entier s'est actuellement donné rendez-vous à Paris, et qu'à part cet étroit espace borné par les collines de Belleville, de Montmartre et de Meudon, peu s'en faut que le reste de l'univers ne soit désert. J'en suis fâché pour notre amour-propre, mais rien n'est moins vrai que ce déplacement général, que cette émigration en masse des nations vers les rives de la Seine. Ce sont les hôteliers et les marchands de comestibles qui font courir ces bruits, et l'on sait à quelles intentions. Il y a du monde à Paris, beaucoup de monde et de tous les coins de la terre, cela est vrai, mais enfin l'air n'y est pas encore devenu irrespirable; on ne se bat pas encore à la porte des marchands pour avoir sa pitance, et même quand on sait s'y prendre, il n'est pas impossible de faire ses provisions alimentaires à un prix très abordable.

C'est ce que cherchait hier à me démontrer un de nos honorables confrères, homme très rangé, très économe, qui connaît le prix de l'argent, et ce qu'il coûte à acquérir, et qui me disait : Je n'ai jamais si bien vécu et à meilleur marché que depuis que tout est cher.

— Quel est donc votre secret, lui dis-je?

— Il est fort simple, me répondit-il : Tout le monde fait ses provisions le matin, moi je ne les fais que le soir. J'envoie au marché vers les cinq heures, alors que tous les acheteurs ont fait leurs emplètes et que les marchands craignent de garder leurs denrées pour le lendemain. Je trouve des melons succulens qui, le lendemain seraient des citrouilles, des poissons exquis qui tourneraient pendant la nuit, des volailles qui seraient faisandées, des comestibles de toute espèce que je paie 50 p. 100 meilleur marché que tout le monde. J'en suis quitte pour dîner une heure plus tard et je n'en dîne que de meilleur appétit.

Je vous livre ce secret de la vie à bon marché, tel que me l'a confié mon économe confrère qui me grondera peut-être de l'avoir divulgué, car si tout le monde allait en faire autant, le stratagème serait bientôt découvert.

Je vous disais donc que le monde voyageant n'était pas tout entier à Paris; nos confrères des eaux minérales en savent quelque chose, eux qui ne peuvent en ce moment suffire à la besogne. Il y a foule partout, à Vichy, à Néris, à Plombières, aux Pyrénées, au Mont-Dor, sans compter les thermes de l'étranger, où buveurs et baigneurs abondent aussi. Ce sont les prédestinés de notre profession que les médecins des eaux. Quelle heureuse et charmante existence! Pour quelques mois de labeur, moisson abondante. L'été, les frais ombrages, les sites pittoresques, les eaux murmurantes; l'hiver, Paris et ses plaisirs. Ils s'envolent vers la fin de mai pour nous revenir fin septembre. C'est charmant! Il y a bien quelques petits déboires; la chronique professionnelle, à qui oserait la faire, offrirait des chapitres assez piquants; les luttes constantes, les rivalités, pour ne pas dire pis, entre l'inspecteur et son adjoint, conditions qui se rencontrent à peu près partout, c'est-à-dire dans les thermes tant soit peu fréquentés; tout cela jette bien quelques nuages dans le ciel de nos aquatiques confrères. C'est la loi inévitable des compensations.

A propos d'eaux minérales, j'ai reçu en communication une lettre d'un malade écrivant à son médecin qui l'a envoyé aux eaux de Kissingen, en Bavière, eaux très peu connues en France, à ce qu'il paraît, car les Français y sont très rares; et sur 4,000 personnes qui s'y trouvent cette année, il n'y a que huit Français.

Le régime de ces eaux est assez singulier. Un mot d'abord du voyage et du site.

On va à Kissingen par Francfort; le voyage est agréable et rapide; on part à huit heures du matin par le chemin de fer de Hanau, et après avoir passé Aschaffemburg et Wurstbourg (en Franconie), on arrive à une heure à la station de Schweinfürt; là, on quitte le chemin de fer pour prendre des diligences, qui, en deux heures et demie, conduisent à Kissingen par une belle route de montagnes, à travers un pays de belle et bonne culture.

Kissingen est situé dans une délicieuse vallée, au milieu de laquelle serpente la Saale, et qui est entourée de jolies petites montagnes couvertes de riches récoltes et couronnées de belles forêts. On dirait une jolie vallée suisse, et les promenades y sont charmantes. Mais si la nature y est belle, l'art n'a rien fait pour lui venir en aide. Les habitans sont, au surplus, tout fiers de cette simplicité par trop antique; ils prétendent que le Rakoczy (source principale) n'a pas besoin de charlatanisme pour attirer les étrangers, et ils critiquent amèrement Hombourg, dont la réputation, disent-ils, n'est due qu'aux efforts de la spéculation et de la réclame. Tout cela est très possible, ajoute notre malade, mais il n'en est pas moins vrai que l'on s'ennuie à Kissingen et qu'on s'amuse à Hombourg.

Comment ne s'ennuierait-on pas à Kissengen? Voici, toujours d'après notre malade, le régime despotique et militaire auquel les malades y sont soumis.

Ici la chose principale c'est la cure, et on la fait généralement aussi strictement que possible. Tous les matins, à six heures, la musique, avant d'aller s'installer dans son pavillon, passe dans les plus belles rues et réveille les retardataires. Tout le monde alors se rend à la hâte aux sources, dont les plus fréquentées sont situées pour ainsi dire dans la ville, sous de beaux ombrages qui servent de promenade aux buveurs et à quelques pas de la Saale. Le roi de Bavière y a fait construire une longue galerie en arcades qui sert de promenade aux buveurs quand il fait mauvais temps. Dans son parcours, se trouvent de distance en distance de petits endroits de retraite, assez confortablement établis, et la Saale qui baigne les murs du bâtiment emporte au loin tous les témoignages de l'efficacité des eaux.

Le Rakoczy est la source favorite. Si l'on en croit la tradition, son nom lui vient d'un seigneur hongrois qui, le premier, en fit usage. Il avait, dit-on, avec lui un serviteur Pandour, qui, n'osant se permettre de boire à la même source que son maître, usait de celle qui

folie, qu'on voudrait bien faire oublier aujourd'hui. Une ère nouvelle commençait pour l'étude de la folie. Malheureusement le rude athlète, épuisé longtemps avant l'âge par la maladie et le travail, disparut de la scène laissant son œuvre à peine ébauchée. La méthode et les principes exclusifs qu'il avait si vaillamment combattus, se relevèrent peu à peu des coups qu'il leur avait portés. On entassa de nouveau autopsies sur autopsies, statistiques sur statistiques, et on s'enfonça de plus en plus dans cette voie qui nous conduira, Dieu sait où, si on n'y met ordre bientôt.

On en était là depuis de longues années; il semblait que toute lutte contre la méthode régnante était désormais impossible, et que M. Leuret n'aurait jamais d'imitateur, lorsque le rapport de M. Bousquet est venu réveiller ces messieurs de l'organicisme et de l'anatomie pathologique de leur longue quiétude. Et quel réveil, grand Dieu! Tous leurs travaux, leurs systèmes, leurs classifications, toutes leurs laborieuses recherches, rayés d'un trait de plume; leurs découvertes, leurs progrès amoindris ou contestés; leurs déplorables tendances signalées ou démasquées; la science des maladies mentales ramenée juste au point où l'avait laissée Pinel; et tout cela en quelques pages d'un style nerveux et incisif, riches de faits et de raisonnemens, allant au but avec une logique inexorable. Grand dut être l'étonnement de ces messieurs, grande fut leur colère, si j'en juge par les résultats. Après le premier moment passé, ils préparèrent leurs meilleures armes et leurs meilleurs soldats, pour pourfendre l'ennemi qui, d'un bond et sans crier gare, avait pénétré jusqu'au cœur de la place et faisait mine de vouloir s'y maintenir ou la faire sauter avec lui. Vous avez assisté, heureux que vous êtes! à toutes les péripéties de cette lutte mémorable. Vous avez admiré l'ardeur et le courage des combattans, leur vigueur et leur hardiesse dans l'attaque, leur souplesse et leur ténacité dans la défense. Mais, en définitive, cette discussion, qui aurait pu avoir de si grands résultats, qu'a-t-elle produit? Quelques beaux discours, un peu de bruit, et rien de plus, je le crains.

En quoi sommes-nous, en effet, plus avancés aujourd'hui qu'hier, et que savons-nous de plus sur les rapports mystérieux de l'esprit et de la matière, sur les liens qui les unissent, sur leurs réactions réciproques, sur le rôle prépondérant ou subalterne qui appartient à chacun d'eux dans la production de la folie? Que savons-nous de plus sur la cause intime de cette déplorable affection, sur ses différentes formes et leur classification naturelle? Que savons-nous surtout sur son traitement, et sur le degré d'efficacité des divers moyens qui lui ont été opposés tour à tour? Toutes questions qui ont bien leur importance, et que vous trouvez sans doute, comme moi, plus obscures que jamais. Jugez donc dans quelle perplexité nous devons nous trouver, nous pauvres praticiens de province, qui aimons un peu trop peut-être à prendre le mot d'ordre de vos grands hommes de Paris. Qui devons-nous croire, de M. Bousquet, pour qui la thérapeutique des maladies mentales est presque toujours impuissante, ou de MM. Ferrus, Baillarger, Londe, etc., qui ont une confiance si souvent malheureuse dans l'arsenal pharmaceutique qu'ils traînent à leur suite? Devons-nous rejeter complétement les moyens de traitement moral, dont on a fait si bon marché dans cette discussion? Si non, dans quelle mesure, dans quels cas ceux-ci sont-ils applicables; dans quels cas au contraire seraient-ils inutiles ou nuisibles? Si oui, devons-nous donc bannir de nos asiles les réfectoires communs, les écoles de chant et d'instruction élémentaire, les réunions obligées, les exercices gymnastiques, etc., etc., tous moyens adoptés avec enthousiasme depuis quelque quinze à vingt ans, sous l'initiative vigoureuse de M. Leuret? Voilà encore bien des questions qui ne laissent pas que d'avoir leur prix, et sur lesquelles l'Académie aurait bien dû nous dire son dernier mot.

A défaut de l'Académie, n'êtes-vous pas d'avis, mon cher Monsieur, qu'il serait du devoir de la presse médicale de s'en emparer et de la porter à son ordre du jour? Les livres, même les mieux faits et les plus utiles, sont, en général, peu lus; ils s'adressent d'ailleurs à un nombre de lecteurs relativement assez bornés. Le journal, au contraire, pénètre partout et est lu par tout le monde. On aime ses allures plus franches, ses formes plus rapides et plus incisives. Ses démonstrations puisent dans la contradiction de chaque jour quelque chose de plus précis et de plus saisissant. Aussi, lorsque je me suis décidé à protester contre une grande injustice, et à prendre l'initiative d'une discussion qui peut avoir son utilité, ai-je immédiatement pensé à votre journal si répandu et si accrédité. Je connais de longue date votre bienveillance et votre impartialité pour les travailleurs convaincus, d'où qu'ils viennent et quel que soit leur drapeau. Ceci me donne l'espérance que vous accueillerez favorablement mon humble prose, et que vous me permettrez de vous adresser de temps en temps quelques réflexions qui pourront s'éloigner des idées régnantes et choquer peut-être quelques préjugés, mais dans lesquelles, vous n'en doutez pas, je laisserai toujours de côté les questions de personnes, qui n'ont que faire ici, et ne peuvent en rien servir la cause de la vérité.

Recevez, mon cher Monsieur, l'expression, etc.

Pour copie conforme,

Dr Lisle.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE LA SUTURE PÉRINÉALE;

Par le professeur Schuh, de Vienne.

Les ruptures récentes du périnée guérissent facilement, même sans suture, quand elles n'intéressent pas les sphincters de l'anus; la propreté et le repos suffisent ordinairement et on y arrive le mieux par un décubitus latéral, les cuisses fléchies. Quand la mortification des bords de la plaie a été profonde, il faut attendre que celle-ci soit nettoyée et rapprochée ensuite par la suture. Si la cicatrice a été effectuée sans réunion, le périnée a disparu et les grandes lèvres se sont rétractées parce que les sphincters de l'anus ayant été rompus en avant, gardent leurs points d'attache postérieurs, qui restent les seuls points fixes vers lesquels toutes les parties sont alors attirées. A une certaine hauteur dans le vagin, les parois vaginale et rectale se touchent; à la partie inférieure, l'anus et la vulve sont séparés par toute la longueur du périnée. Il résulte de cette disposition qu'il existe dans cette partie un espace triangulaire, dont la base est formée par le périnée et le sommet par le point de contact des parois du vagin et du rectum. Les ruptures périnéales présentent donc une forme particulière : en bas elles offrent latéralement deux surfaces triangulaires, provenant de la rupture de l'espace dont nous venons de parler, tandis qu'en haut c'est une séparation que nous pourrons appeler linéaire, correspondant aux deux cloisons adossées. Celle-ci pourra remonter plus ou moins haut.

L'opération indiquée par M. Schuh n'est pas nouvelle et ne présente aucune particularité bien spéciale, mais elle est décrite avec tous les détails, et le tableau en est réellement tracé sur la table d'opération. En effet, le célèbre professeur compte dix succès sur dix opérations, et ce résultat lui donne bien le droit d'instituer la ligne de conduite à tenir dans ces cas.

La femme, convenablement préparée, est couchée sur le dos, comme pour la taille, les cuisses et les jambes fléchies et séparées par un épais rouleau engagé entre les genoux. La première position est plus commode pour l'opérateur; la seconde peut être employée quand on n'a pas chloroformé, la malade y reste plus longtemps tranquille et la supporte mieux.

On commence par raviver l'angle supérieur de la division, c'est-à-dire la partie formée par les cloisons vaginale et rectale adossées, en enfonçant un bistouri pointu au-dessus de cet angle et taillant des deux côtés un petit lambeau comprenant toute l'épaisseur de la cicatrice. Cet avivement s'étend jusqu'au sommet de chaque triangle latéral. La main gauche de l'opérateur tend les parties qui doivent être coupées. Ce premier temps achevé, on passe à l'ablation de la cicatrice qui forme les triangles latéraux. A cet effet, après avoir bien tendu les tissus, on circonscrit par une incision commençant à la fin d'une des précédentes, et suivant exactement la muqueuse rectale, le bord postérieur d'un triangle; cette incision doit finir extérieurement, 4 à 6 lignes au-dessous du niveau de l'anus. Si, avec cette direction de l'incision, il restait encore une partie de cicatrice non comprise dans la portion à enlever, ou s'il fallait en même temps guérir une chute du rectum, il faudrait incliner l'incision plus en arrière, c'est-à-dire la faire tomber à plus de 4 à 6 lignes au-dessous de l'anus. La même incision est pratiquée sur la muqueuse vaginale du triangle, en ayant soin de la faire arriver fortement en avant en empiétant sur la grande lèvre, pour que le périnée nouvellement formé s'étende beaucoup plus en avant que l'ancien, et que la fente vulvaire soit diminuée. Enfin, on réunit les extrémités externes de ces deux incisions par une troisième qui longe la base du triangle. C'est elle qui détermine la longueur du nouveau périnée, qui doit dépasser de beaucoup celle du périnée normal, immédiatement après l'opération. Ainsi, on a circonscrit par trois incisions les trois bords du triangle latéral, en commençant par le bord postérieur ou rectal, puis le bord antérieur ou vaginal, et terminant par le bord inférieur ou périuéal. La même opération est répétée sur l'autre triangle latéral.

On passe alors au second temps, l'ablation des triangles circonscrits par les incisions précédentes. En haut ils sont formés par la cicatrice, en bas par la peau saine de la partie interne des fesses. Autant que possible, il faut faire cette section nette, sans gradins. Dans le voisinage de l'anus, la couche à enlever sera plus épaisse, de manière à mettre à nu les fibres musculaires du sphincter. Quand on regarde l'étendue des plaies et qu'on essaie de les mettre en contact en rapprochant les fesses, elles paraissent être de beaucoup trop grandes et devoir entraîner la réunion d'une grande surface des fesses. Mais il n'en est rien; ce résultat est nécessaire, car, quelques semaines après, la cicatrice est singulièrement remontée et le périnée bien raccourci.

Le troisième temps, la coaptation se fait de différentes manières. Si la rupture ne monte pas haut, pas au delà du triangle recto-vaginal, les deux triangles latéranx se touchent à leur angle supérienr, ou tout au plus il existe là une petite plaie

---

l'avoisinait, et c'est de cette circonstance que cette dernière a aussi reçu son nom (le Pandour). Quoi qu'il en soit, le Rakoczy est la source par excellence, presque la seule dont on boit. La quantité est généralement de trois à six verres.

Le régime est d'une excessive sévérité. Au déjeuner, du café avec du pain sans beurre. A dîner, pas de vin, ou seulement un demi-verre mélangé d'eau, et de l'eau à discrétion. A souper, c'est autre chose : une assiette de cet affreux brouet blanc et clair, que les Allemands nomment soupe à l'orge, et un verre d'eau. Ce n'est pas très substantiel, mais c'est la règle générale, et tout le monde l'observe avec la plus grande ponctualité, un peu forcément, il est vrai, car non seulement les médecins y tiennent la main, mais encore l'autorité s'en mêle; il est expressément défendu à quiconque donne à manger, de servir un mets qui ne soit pas inscrit sur le programme de la Faculté, et certes il n'est pas très varié. On se garde bien, au reste, d'enfreindre l'ordonnance, car le délinquant serait mis immédiatement à l'amende, et le consommateur serait exposé à ce que la police vînt lui enlever le mets probibé. A neuf heures, chacun rentre et se couche, car si à dix heures on voyait une lumière, cette police qui veille avec tant de sollicitude sur la santé des buveurs, pourrait bien la faire éteindre.

On est donc forcé, à Kissingen, de guérir de par le roi; aussi, selon les naturels de ce pays aimable et libre, ses eaux guérissent-elles tous les maux. Notre malade, plus circonspect, les déclare excellentes. Néanmoins, dans les maladies des organes de la digestion (quelles maladies?), dans l'hypochondrie, les hémorrhoïdes, la goutte, les scrofules et les fleurs blanches, bizarre assemblage de maladies fort hétérogènes. Il est bon de dire toutefois, ajoute notre malade, que la population des baigneurs ne paraît pas, en général, atteinte de graves souffrances, et si l'on voit par ci par là quelque jeune fille aux couleurs pâles et à blancheur lymphatique, on rencontre en revanche un grand nombre de personnages, mâles et femelles, dont la robuste encolure rappelle la race percheronne, ou plutôt celle de Durham perfectionnée : ceux-là comptent certainement sur les propriétés dissolvantes du Rakoczy pour les débarrasser de l'excès d'opulence de leur constitution. Les eaux de Kissingen seraient donc aussi préventives et guériraient les maladies que l'on pourrait avoir.

C'est assez, c'est trop parler des eaux minérales de Bavière, auxquelles les amateurs préféreront toujours sa bière que l'on dit excellente; revenons à nos moutons, c'est-à-dire à notre petit monde de Paris.

L'aimable et bon, l'habile et zélé secrétaire perpétuel de notre Académie de médecine, M. Dubois (d'Amiens), qui vient de recevoir une distinction peut-être un peu tardive, car elle était depuis longtemps méritée, a voulu avoir en marbre le buste de Pinel que l'Académie ne possédait qu'en plâtre. Il l'aura. La souscription de mille francs se couvre avec empressement. Les anciens élèves de Pinel répondent vite et largement à l'appel de la commission. A cet égard, M. Dubois (d'Amiens) a reçu de M. Rostan la lettre suivante, qui peut être publiée sans indiscrétion et qui n'a pas besoin de commentaires :

« Je vois, dans un journal de médecine, que l'Académie fait une » souscription pour faire exécuter en marbre le buste de Pinel; je » serais désespéré que mon nom ne figurât pas au nombre de ceux des » souscripteurs. Je suis le plus ancien de ses disciples, et l'un de ceux » pour lesquels il eut le plus de bontés; c'est un bonheur et un devoir » pour moi de témoigner ma reconnaissance et mon souvenir, l'un et » l'autre ineffaçables. »

Cette lettre était accompagnée d'une souscription de 100 francs.

Donc, la collection de l'Académie, qui s'enrichit de jour en jour, possédera un marbre de plus. M. Dubois (d'Amiens) aura contribué pour une large part à l'ornementation des salles de la Compagnie. C'est louable, on ne fait bien que ce qu'on fait avec plaisir, on ne remplit bien que les fonctions que l'on aime. Pour l'honorable secrétaire perpétuel, l'Académie de médecine est son bien, sa chose, sa maîtresse, — j'allais dire son *union médicale.* — Pour elle il a renoncé aux absorbantes mais lucratives exigences de la clientèle, confiné dans les uniques occupations que ses fonctions lui imposent, on lui doit cette justice qu'il déploie une grande activité pour le bien et la gloire de la Compagnie qu'il dirige. Il ne peut, à lui seul, modifier et corriger tous les défauts constitutionnels de ce corps savant; il y fait ce qu'il peut, et ce serait à l'Académie elle-même à l'aider davantage.

Amédée Latour.

— M. le ministre de la guerre a arrêté ainsi qu'il suit la composition des trois jurys qui doivent se réunir simultanément, le 16 de ce mois, à Paris, à Strasbourg et à Montpellier, pour les concours que nous avons annoncés (voir n° 31).

Paris. — M. Maillot, président, MM. Hutin et Larrey; M. Tripier, pharmacien.

Strasbourg. — M. Michel Lévy, président, MM. Scoutetten et Antoine; M. Dieu, pharmacien.

Montpellier. — M. Vaillant, président, MM. Goffres et Godineau; M. Fournez, pharmacien.

— Par arrêté de S. E. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 21 août 1855, ont été nommés, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

Professeur titulaire d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans, M. Rousset, professeur suppléant à ladite école, en remplacement de M. Barnetche, dont la démission a été acceptée;

Professeur adjoint de clinique externe, M. Dénucé, (Paul), docteur en médecine, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Puydebat, dont la démission a été également acceptée.

— Par décret du 11 août 1855, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'Honneur :

Au grade de chevalier : MM. Schützemberger, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, vingt-quatre ans de services; Ledieu, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, vingt ans de services; Davaine, docteur en médecine, médecin de la bibliothèque Sainte-Geneviève, lauréat de l'Institut, membre de la Société de biologie, et auteur de travaux remarquables sur la médecine.

des cloisons adossées. Dans ce cas on procède immédiatement à la suture enchevillée. Lorsque la déchirure a intéressé une certaine longueur de la cloison recto-vaginale, il faut commencer par réunir cette cloison par deux à trois points de suture, jusqu'à l'endroit où commencent les triangles. On les fait avec les aiguilles ordinaires et, après la ligature, on laisse pendre à l'extérieur à travers le vagin, les bouts des fils, que l'on a soin de distinguer les uns des autres en les marquant, le premier par un nœud, le second par deux, etc. On peut aussi se servir de serre-nœuds, pour opérer la constriction des fils, l'enlèvement des ligatures en devient plus aisé.

Dans bien des cas on facilite la cicatrisation en faisant la section du sphincter de l'anus vers le coccyx, pour que les premières selles ne déterminent pas la rupture de la cicatrice. Ce conseil, donné par Horner, est rejeté, à tort, par Dieffenbach. Cette section n'est pas indispensable, mais elle est tout à fait innocente et surtout utile chez les malades affectés de diarrhée chronique, ou qui prennent la diarrhée pour la moindre cause. Une des opérations de M. Schuh a échoué en partie pour cette raison, et il fallut y revenir pour la seconde fois. C'est même ce cas qui a donné l'idée de cette modification au célèbre professeur, qui, alors, ne connaissait pas le conseil donné déjà par Horner. Elle ne doit pas être faite, quand il existe en même temps une chute du rectum, ce qui arrive rarement. On coupe le muscle, avant de faire la suture enchevillée, avec un bistouri boutonné, de la même manière que dans la fissure à l'anus. (Pourquoi ne pas faire la section sous-cutanée?) Lorsqu'alors un repli de la muqueuse rectale devient visible, ou fait procidence, il faut en faire la ligature.

La suture enchevillée, déjà seule employée par Roux et Duparcque, ne peut pas être remplacée par la suture simple, comme le pensait Dieffenbach. A cet effet, une très grande aiguille est enfoncée à un demi-pouce jusqu'à un pouce en dehors du milieu de la ligne inférieure du triangle ; on la fait sortir dans l'angle supérieur, ou près du dernier point de suture, si on en avait fait. Après l'avoir retirée, ce qui est beaucoup facilité par le porte-aiguille de Dieffenbach, quand le triangle est considérable, on la réintroduit dans l'angle supérieur de l'autre triangle, et on la fait percer la peau de l'autre fesse, à la même hauteur que la première. Un second fil est introduit de la même manière au dessous, un troisième au dessus du premier ; ceux-ci ne montent pas naturellement jusqu'à l'angle supérieur, mais à peu près jusqu'au milieu du côté rectal et du côté vaginal du triangle. La suture enchevillée est terminée comme à l'ordinaire, et assez fortement serrée pour que les surfaces avivées se touchent exactement dans la profondeur. Il faut surtout faire attention qu'aucun repli de la muqueuse rectale, peut-être relâchée, ne glisse entre les lèvres des plaies, ce dont on s'assure en introduisant le doigt avec précaution dans le vagin après avoir serré les ligatures. Lorsque ce cas se présente, il faut tâcher de refouler la muqueuse dans le rectum au moyen d'une sonde, et si elle n'y reste pas, il faut faire en cet endroit un point de suture supplémentaire, en se guidant sur un doigt introduit dans l'anus. Quand cette manœuvre offre trop de difficulté, on peut desserrer les nœuds de la suture enchevillée.

Enfin pour rapprocher complétement les lèvres de la peau, qui présentent toujours des hiatus, il faut appliquer autant de points de suture superficiels qu'il est nécessaire.

Le traitement consécutif exige beaucoup d'attention et de soins. La malade reste couchée sur le côté, alternativement sur l'un et sur l'autre, les cuisses et les jambes modérément fléchies, et un rouleau placé entre les genoux. La fièvre est modérée, ainsi que l'inflammation locale, qui n'exige pas d'applications froides. En cas de rétention d'urine, il faut sonder; en général, il est bon, mais non indispensable, d'évacuer toujours l'urine par le cathéter pour empêcher que ce liquide ne se mette en contact avec la plaie. Dans le même but, il faut faire, à partir du second jour, des injections d'eau tiède dans le vagin, plusieurs fois par jour. Avec ces précautions, la cicatrice s'établit même malgré l'existence d'une leucorrhée.

Il est de la dernière nécessité qu'il n'y ait pas de selle avant le huitième jour. A cet effet, la diète doit être sévère et il faut donner de l'opium aux malades qui ne souffrent pas de constipation habituelle.

Les points de suture extérieurs peuvent être enlevés du troisième au cinquième jour; la moitié postérieure de un à deux jours plus tard que la moitié antérieure, parce qu'il s'agit principalement d'obtenir une réunion exacte du sphincter de l'anus. La section des points de suture de la cloison recto-vaginale, si l'on n'a pas employé de serre-nœud, doit être faite avec beaucoup de précautions; il faut tendre légèrement le fil supérieur, qui servira de guide à l'indicateur introduit dans le vagin, passer sous le fil une sonde cannelée mince, sur laquelle on glissera un bistouri ou des ciseaux.

La suture enchevillée ne doit pas être levée avant le sixième ou le septième jour; alors déjà il s'écoule souvent, par les trous des fils, de grandes quantités de pus, de même que parfois par le vagin. Les cylindres ôtés, si l'on voit que la réunion n'est pas complète, il faut bien nettoyer la plaie et le vagin, et refaire la suture avec les mêmes fils, laissés en place. Lorsque la désunion des plaies se manifeste un à deux jours après l'enlèvement de la suture, on en réapplique une nouvelle, avec deux fils seulement, dont l'un doit passer près de l'anus. Il ne faut jamais se servir, à cet effet, des anciennes ouvertures et ne pas écarter les bords de la plaie, ce qui est d'autant moins nécessaire, que les aiguilles ne sont pas enfoncées aussi profondément que la première fois.

La réunion opérée, on détermine une évacuation alvine, le huitième ou le neuvième jour, au moyen d'huile de ricin, de l'électuaire lénitif, etc. La malade ne doit pas faire d'efforts d'expulsion, et si le bol fécal était arrêté quelque temps à l'anus, il faudrait en faciliter la sortie avec une curette. A partir de ce moment, on donne tous les jours un lavement huileux, et l'on rend l'alimentation plus substantielle.

Il reste parfois une fistule recto-vaginale; c'est surtout dans les cas de déchirure profonde; un des points de suture de la cloison, ou bien le fil moyen de la suture enchevillée, celui qui remonte jusqu'au triangle supérieur, a coupé les parties molles. La fistule peut laisser s'engager l'extrémité du doigt sans qu'on doive désespérer de la guérison ; des soins de propreté, deux fois par jour des bains de siége tièdes et des injections vaginales, et au besoin des cautérisations avec le nitrate d'argent déterminent peu à peu l'oblitération de cette ouverture (1).

(1) Extrait du *Wiener med. wochenschr.*, 1855, numéros 20 et 21.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 Août 1855.—Présidence de M. REGNAULT.

Des goîtres suffocans.

Ce mémoire ne pouvant, à raison de son étendue, être imprimé en entier dans les comptes-rendus, nous devons nous borner à en reproduire les conclusions que l'auteur, M. BONNET, présente dans les termes suivans :

1° Il existe à l'union du cou et de la poitrine des tumeurs thyroïdiennes qui, malgré leur petit volume, produisent de graves dyspnées accompagnées quelquefois d'engourdissement du bras, d'aphonie, d'incapacité pour tout effort, et d'aplatissement du ventre pendant l'inspiration.

2° Ces accidens dépendent de la compression exercée sur la trachée-artère, le plexus brachial, le nerf laryngé inférieur et le nerf diaphragmatique.

3° Ils se manifestent lorsque les tumeurs de la thyroïde glissent derrière le sternum ou derrière la clavicule, et sont refoulées par ces os contre la trachée-artère et contre les nerfs placés au devant de la colonne vertébrale.

4° Si des tumeurs primitivement développées dans le cou s'enfoncent dans la poitrine, c'est que leur premier effet ayant été la compression du conduit aérien, l'air qui ne pénètre plus aisément dans les poumons, presse, sans équilibration intérieure, sur les parois de cette cavité et y pousse les parties qui occupent la région inférieure du cou.

5° Pour faire cesser les accidens que produisent les tumeurs engagées derrière le sternum et la clavicule, il faut soulever ces tumeurs, les ramener dans le cou et les porter en avant, loin des nerfs qui longent la colonne vertébrale.

6° Divers procédés peuvent servir à ce déplacement momentané ; tels sont surtout l'emploi d'une aiguille courbe traversant la peau et la tumeur, ou celui d'une fourchette à bascule dont la pointe est enfoncée dans la partie saillante et le manche ramené contre la poitrine.

7° La fixité durable des goîtres suffocans dans la position nouvelle où ils ont été ramenés s'obtient avec douleur, mais sans danger, à l'aide d'une cautérisation par le chlorure de zinc, assez profonde pour détruire les parties molles sujacentes, ainsi qu'une portion de ces tumeurs elles-mêmes.

8° Huit cas de succès sur neuf tentatives, succès démentis une seule fois, démontrent toute la valeur du déplacement suivi de la cautérisation des goîtres suffocans. Cette méthode ne s'est pas bornée à faire disparaître la dyspnée et le ronflement trachéal; elle a réussi également contre les symptômes qui faisaient diagnostiquer une paralysie incomplète du nerf laryngé inférieur ou du nerf diaphragmatique.

— M. SÉDILLOT fait hommage d'un travail manuscrit intitulé : *Études sur le nouveau procédé d'amputation tibio-tarsienne* de M. le professeur Pirogoff.

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des deux candidats qu'elle est appelée à présenter pour la chaire d'anthropologie, vacante au Muséum d'histoire naturelle par suite de la nomination de M. Serres à la chaire d'anatomie comparée.

D'après les résultats du scrutin, les candidats présentés par l'Académie au choix de M. le ministre de l'instruction publique sont :

En 1re ligne, M. de Quatrefages ; — en 2me ligne, M. Gratiolet.

Physiologie des mouvemens du cœur; — mouvemens absolus et relatifs.

M. HIFFELSHEIM lit sous ce titre un deuxième mémoire, dont nous publions l'extrait suivant :

Dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, je crois avoir démontré, à l'aide d'un théorème physique nouveau, appuyé d'expériences exécutées sur un appareil de mon invention, que le battement du cœur est dû à un mouvement de recul éprouvé par la totalité de cet organe. Ce mouvement de recul est produit par l'expulsion du liquide à travers les orifices artériels et suit théoriquement une direction déterminée par la diagonale du parallélogramme construit sur les deux lignes que représentent les forces des cœurs droit et gauche.

En établissant que le cœur est sujet à une translation totale, je n'ai pas cherché à préciser l'étendue de ce mouvement absolu que tout le monde connaît déjà sous le nom de battement du cœur. Ce mouvement est-il tel que je l'indique et tel que sa cause m'autorise à l'envisager? telle est la question que j'essaie de résoudre dans ce second mémoire.

Ce mouvement, en tant qu'effet de la cause que j'ai étudiée, se manifeste-t-il de la même manière dans toute la série animale, et à toutes les périodes de l'existence d'un même individu? telle est ma seconde proposition.

Les variations que le battement du cœur offre chez l'homme, même à l'état de santé, dans les diverses attitudes, montrent toute la complexité du problème. Mais la mobilité du cœur dans le péricarde, l'extensibilité et l'élasticité des organes qui forment son milieu ou qui lui servent de liens, la puissance considérable qu'engendre la compression du sang équivalent à un quart d'atmosphère : voilà les données fondamentales qu'il faut prendre en considération.

Jusqu'ici on ne semble pas s'être aperçu d'un fait qui a bien son importance dans la question. Au moment où le cœur entre en contraction, la force contractile manque d'un point d'appui assez fixe pour assurer toute son utile et effective application.

C'est vers la base surtout que réside ce point d'appui. De mobiles que sont ces liens, le cœur tend à les rendre fixes, ce qui n'est possible qu'à l'aide d'une translation vers sa base. Ce mouvement est donc nécessaire dans l'étroite limite de sa possibilité. Ce mouvement absolu a-t-il une relation avec le mouvement de haut en bas que décrit Skoda? quelle est sa relation générale avec le battement? c'est ce que j'examinerai plus tard.

Le déplacement du centre de gravité de la masse constituant les mouvemens absolus et possibles, il est nécessaire aux mouvemens relatifs : cela ressort du mode de fixité du cœur à sa base. Son mécanisme ne saurait être qu'un glissement entre les organes qui fuient, en quelque sorte, devant son énergique et infatigable activité.

Ce mouvement, comme conséquence de la systole et immédiatement lié à l'expulsion du liquide qu'elle détermine, ne se prête pas à la théorie qui attribue le battement du cœur à la *réplétion diastolique du ventricule* sous l'influence de la systole auriculaire.

En examinant le prétendu rôle des oreillettes chez l'homme adulte, j'ai fait observer combien une interruption complète du cercle circulatoire dans le cœur est incompatible avec les lois reconnues en hydraulique, et qu'il est au moins superflu, dès lors, de chercher si les valvules peuvent on non se clore hermétiquement.

J'expose, à cette occasion, une nouvelle théorie hémodynamique, conséquence de mes premiers travaux sur la circulation, et confirmée par les expériences de mes appareils.

En effet, tandis que la plupart des physiologistes admettent : 1° la possibilité d'une occlusion parfaite des valvules; 2° la possibilité pour le ventricule de se vider complétement, je crois avoir démontré l'impossibilité d'une interruption absolue du cercle circulatoire. Le liquide sanguin chemine sans cesse à travers le cœur dont la capacité augmente et diminue; la colonne liquide qui le traverse peut diminuer considérablement de volume lors de la systole ; mais, d'une part, la pression du sang s'oppose à l'arrêt du courant que ne sauraient supporter les valvules si délicates du cœur, et, d'autre part, cette juxtaposition parfaite des parois est impossible anatomiquement.

De là résulte que les valvules ne sauraient être distendues aussi brusquement qu'on le pense, et de là aussi la nécessité de vérifier l'origine réelle des bruits.

Mon appareil s'y prête fort bien : la distension des valvules ne saurait y être très rapide; mais on remarquera que dans la nature les valvules sont purement passives ; que les valvules auriculo-ventriculaires, aussi bien que les sigmoïdes, n'ont pas de puissance propre. Les premières ont, du reste, cet avantage sur les secondes, qu'elles sont sous l'influence directe d'un complexe appareil musculaire, tandis que les secondes sont placées hors la sphère musculaire. Pour qu'il y ait une mobilité aussi soudaine des valvules, il faudrait que le sang, leur agent, fût brusquement mis en mouvement avec une grande vélocité. Or, cela n'est pas, puisqu'il n'y a que des vides relatifs dans les cavités et que les parties se remplissent insensiblement. Les mouvemens valvulaires sont sous la double influence d'un premier liquide pressant de haut en bas, et d'un second pressant de bas en haut; le liquide seul mettant en mouvement les sygmoïdes, l'intervention de leur part dans les bruits me paraît devoir être examinée de nouveau.

Je suis porté à croire que le redressement de la pointe du cœur favorise à tous égards la manifestation du battement ; cependant, l'influence d'un mouvement de recul dans le battement a été contestée dès que Gutbrod eut publié son opinion. Outre que chaque terme de mon théorème réfute chacune de ces objections, je crois devoir insister sur une seule de ces argumentations : Valentin coupe la pointe du cœur, et celui-ci continue de battre ; donc, dit-il, le recul n'est pas la cause du battement. Je nie d'abord que le recul doive anatomiquement se manifester à la pointe même, qui est en dehors et plus basse que l'axe des vaisseaux artériels ; de plus, je ne pense pas qu'il y ait de l'importance à déterminer le point exact où la résultante produit son action sur le cœur. Ce point varie suivant l'inclinaison de l'axe des vaisseaux, et, sous ce rapport, rarement deux cœurs se ressemblent. Le recul se manifeste sur les points opposés à la section vasculaire; il entraîne la masse totale du cœur, et alors il est indifférent de savoir où la force résultante est appliquée. Aussi les cœurs de Valentin ont continué à battre, parce qu'il a fait une expérience (en elle-même incomplète) et confirmative nécessairement de la théorie du recul, alors à peine ébauchée dans les esprits. — (Comm. MM. Rayer, Andral, Bernard.)

Note relative à une nouvelle théorie de la cause des battemens du cœur.

M. GIRAUD TEULON présente, sous ce titre, une note dont nous publions l'extrait suivant :

Parmi les nombreuses théories qui ont pris place dans le champ de la science pour expliquer les causes des battemens du cœur, les physiologistes ont eu souvent à examiner celle qui attribue le mouvement de totalité de l'organe à la réaction imprimée aux parois du vase musculeux par le liquide qui s'en échappe et qui a été formulée en ces termes : « Le cœur bat parce qu'il recule. »

Les auteurs de cette théorie n'ont pu y être conduits que par la comparaison qu'ils ont faite entre un vase à parois contractiles chassant un fluide incompressible, et un vase à parois fixes, siége du développement progressif ou instantané d'un fluide élastique s'échappant par une ouverture. Nous plaçant au point de vue où ont dû se placer ces physiologistes, nous avons considéré abstractivement un vase à parois élastiques,

distendu par un liquide refoulé dans sa cavité et suspendu par le cercle même de l'orifice qui donne issue au liquide. Supposant alors un recul éprouvé par l'enveloppe, et nous fondant sur ce principe de physique qui répartit en tous les points d'une masse liquide les pressions développées en un quelconque d'entre eux, nous sommes arrivé à cette première conséquence : que, dans cet état de suspension, tous les points de l'enveloppe se verraient alors, dans l'hypothèse créée, également refoulés loin de l'orifice. En d'autres termes, l'hypothèse d'un recul dans un semblable appareil revenait à l'idée d'un accroissement de la capacité de l'enveloppe correspondant à l'écoulement du liquide.

Cette conséquence inadmissible nous a porté à analyser de plus près le phénomène. Nous avons mis en regard, toujours spéculativement, notre poche élastique suspendue à son cercle d'orifice, et une des machines à recul les plus comparables à l'appareil en question : la fusée d'artifice, par exemple.

Admettant pour un moment que les conditions dynamiques actives soient les mêmes dans les deux appareils, et que, de part et d'autre, les forces perpendiculaires à l'axe du système soient réciproquement égales, nous sommes arrivé à cette conclusion : que l'ouverture d'un robinet d'un côté, l'inflammation de la poudre de l'autre, créent des circonstances actives semblables. Restait à savoir si les forces passives, les résistances étaient les mêmes aussi. Or, dans la fusée d'artifice ou le canon chargé à poudre, la force expansive qui presse sur le fond de l'arme parallèlement à son axe n'a d'autre résistance à vaincre que le poids de l'arme, modifiée par les conditions de frottement sur les appuis. On conçoit que cette résistance puisse être moindre que la puissance. En est-il de même dans la poche contractile ?

Imaginons qu'autour du cylindre médian qui s'appuierait sur l'orifice de sortie du liquide toutes les pressions perpendiculaires à l'axe se détruisent réciproquement, il reste en présence la force de sortie du liquide de bas en haut, et une réciproque égale agissant sur la même surface du haut en bas sur l'élément inférieur de notre cylindre idéal. C'est celle-ci qui doit créer le recul : c'est la force active, la puissance. Où est maintenant la résistance qu'elle a à vaincre ? Cette résistance, c'est la tendance même qui porte l'élément en question à se rapprocher des autres élémens de la poche, ou mieux, de l'orifice de sortie. Cette tendance, qui, ici, agit de bas en haut, mesure même exactement la force de sortie du liquide. Elle lui est absolument égale en intensité, en y comprenant même les frottemens. Elle ne peut jamais être moindre ; elle lui serait même, à proprement parler, supérieure, puisque l'écoulement lui obéit d'une manière continue depuis le premier instant.

Il n'y a donc pas de recul à espérer ici. La résistance est plus grande que la puissance; ou plutôt l'action même de bas en haut de l'élément de l'enveloppe est la cause et la mesure de réaction que pourrait développer le liquide, y compris les frottemens. Il existe donc une différence essentielle entre les machines à recul et la poche contractile *suspendue*. Dans cette dernière, et par le fait même de son mode d'action, existe une résistance au recul qui est toujours au moins égale à la tendance même que le système pourrait avoir à reculer.

Voilà pour la théorie. Disons que des expériences multipliées dans les conditions que nous venons d'énoncer ont parfaitement justifié ces aperçus spéculatifs.

Il en serait tout différemment si, au moment où la libre sortie est offerte au liquide, le cercle de sortie devenait libre lui-même, la poche reposant par son fond sur un appui plus ou moins mobile. Maintenu dans la fixité sur cet appui par la pesanteur ou toute autre force, l'élément inférieur du cylindre médian imaginaire ne serait plus doué d'une force ascensionnelle égale à la puissance expulsive du liquide. Ce serait, au contraire, les autres élémens de l'enveloppe qui convergeraient vers cet élément inférieur. Comme toutes les autres conditions seraient d'ailleurs les mêmes, la force de réaction du liquide, réciproque de celle de sortie, et qui agit de haut en bas sur le fond du cylindre, serait ici sans autre équilibrante que la résistance de l'appui solide servant de support au système. On pourrait donc observer un recul dans le cas où cette résistance serait inférieure à ladite réciproque interne.

Mais ce cas qui doit être, si nous ne nous trompons, celui où se sont placés les auteurs de la théorie en question, n'est évidemment pas celui du cœur. Le cœur, en effet, doit de toute évidence être dans des conditions dynamiques de même ordre que la poche suspendue ; en différât-il, nous ne pourrions encore comprendre qu'il pût offrir un mouvement de recul quand nous voyons cet organe, détaché du corps, dans des vivisections, battre à vide sur une table ; quand nous lisons l'expérience de Valentin, qui coupe la pointe du cœur et le voit continuer à battre.

Par toutes ces considérations, il nous semble qu'il n'y a pas encore lieu à réformer à ce point de vue les théories qui ont cours dans la science sur la cause et le mode des battemens du cœur. — (Comm. MM. Andral, Rayer, Bernard.)

Des règles à suivre dans l'emploi de la glace après l'opération de la cataracte ; question de priorité.

Dans la première partie de son mémoire, l'auteur, M. Baudens, à l'occasion d'une communication récente de M. Magne, réclame la priorité pour l'application de la glace à toutes les lésions de causes traumatiques, et à l'opération de la cataracte par abaissement, en particulier; puis, discutant l'opinion des praticiens qui, tout en employant la glace pour prévenir ou modérer l'inflammation, n'y ont pas reconnu un calmant de la douleur, il continue en ces termes :

Si mes honorables confrères n'arrivent pas sur ce point au même résultat que moi, c'est que leur manière d'appliquer la glace diffère de la mienne. Or, leur manière (l'application de la glace enveloppée de baudruche) me paraît défectueuse; c'est du moins pour moi le résultat d'une expérience de plus de vingt années, de l'emploi du froid dans les lésions traumatiques. En effet, il ne faut pas perdre de vue que la glace doit être graduée dans son application, et en raison même de la somme de calorique à soutirer. Tant qu'elle ne soustrait que du calorique en excès, le malade n'éprouve que du bien-être ; il est calmé, soulagé, il se sent comme rafraîchi. Mais du moment qu'après épuisement du calorique en excès, on arrive à enlever le calorique normal, alors commence ce sentiment de douleurs insupportables que notre confrère a dû combattre énergiquement, afin que les applications de glace fussent continuées par ses opérés.

Époque de l'application de la glace. — Étant donnée une blessure du globe oculaire, l'opération de la cataracte par exemple, du moment qu'il y a du calorique morbide à soustraire, même après plusieurs jours d'invasion, l'application de la glace est indiquée; mais le moment le plus rapproché de l'accident doit toujours être préféré, attendu que le temps perdu porte préjudice, et que s'opposer dès l'origine au développement des accidens traumatiques, c'est empêcher le mal de grossir, c'est abréger d'autant la durée du traitement. Au moment même où l'opération de la cataracte vient d'être faite, il n'y a pas encore de foyer phlogistique. L'inflammation surgira sans doute, mais elle n'existe pas encore. Or, si dès ce moment on met sur la région oculaire un morceau de glace gros comme un petit œuf de poule, on fait trop, car on n'enlève encore que du calorique normal, et l'on provoque des douleurs quand on devrait tout mettre en œuvre pour les prévenir, attendu que ces douleurs provoquées amèneront une réaction fâcheuse qu'il faudra enrayer à grands renforts de glace.

Plus tard, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, quand surgit l'inflammation traumatique, si c'est toujours le même morceau de glace que l'on emploie, il est possible qu'il soit insuffisant, et peut-être faudrait-il en augmenter le volume, puisque nous avons établi qu'il faut graduer l'intensité du froid à l'intensité du foyer de l'inflammation.

Voici donc comment je procède quand il s'agit d'une cataracte : Immédiatement après l'opération, j'applique sur la région oculaire une simple compresse trempée dans de l'eau rendue de plus en plus froide, en y ajoutant un peu de glace. Au bout d'une demi-heure, quand la région s'est refroidie doucement et sans souffrance, je maintiens à demeure, entre les plis de la compresse, un tout petit morceau de glace, dont on augmente graduellement le volume suivant les indications ; on le supprime même par intervalles, s'il occasionne de la douleur. Après quelques heures passées ainsi en tâtonnemens, le travail intérieur se fait, et l'opéré, qui éprouve du froid un grand soulagement, sait parfaitement mesurer lui-même, d'après ses sensations, ce qu'il faut de glace, et, selon que le foyer augmente, ou diminue d'intensité, il en use en plus ou en moins.

Durée de l'application de la glace. — Un de mes savans confrères semble en avoir fixé la durée à trois jours consécutifs. Pour nous, il n'y a ici rien d'absolu, rien d'arrêté à l'avance ; la durée est subordonnée à l'intensité du foyer. En moyenne, nos malades ont gardé la glace huit jours, en usant des ménagemens indiqués et qui sont les mêmes, qu'il s'agisse d'appliquer ou de supprimer la glace. Le froid doit être continué tant qu'il y a production de calorique morbide. Le malade reconnaît qu'il y a encore du calorique morbide, à la sensation agréable, bienfaisante que lui procure le froid ; il juge, à ne s'y méprendre jamais, que la glace agit sur le calorique normal, quand au sentiment de bien-être, de soulagement, succède celui d'un refroidissement désagréable d'abord, douloureux ensuite; le moment est venu de supprimer graduellement, et avec les précautions prises au début, le froid dont la prolongation ne serait plus que nuisible.

Au lieu de baudruche, j'applique tout simplement sous le bandeau soulevé par en haut, et entre les plis d'une compresse, un petit morceau de glace aplati, rarement plus gros qu'une amande, et portant en plein sur le globe oculaire sans le comprimer. Je dépose sur la paupière, et surtout dans les angles et dans les dépressions, quelques brins de charpie fine, et quand le froid est trop intense, j'enlève un peu de glace, ou mieux, je place sur la région oculaire quelques brins de plus de charpie, afin que la glace agisse moins directement. La glace fond très lentement, et l'eau qui en découle tombe doucement sur une petite éponge soutenue sur la joue par un mouchoir. De cette façon, j'obtiens ce qu'on appelle un *cataplasme à la glace*.

Ce cataplasme répartit le froid d'une manière uniforme sur toute la région oculaire et avec une précision que le sac de baudruche ne saurait donner. D'ailleurs, le sac de baudruche donne un froid privé d'humidité ; ma compresse est un sac perméable qui procure un froid humide bien préférable et toujours au même degré d'intensité.

Sans doute, je n'ai pas rendu la vue à tous les malades opérés de la cataracte, mais j'ai obtenu des résultats extrêmement satifaisans, dont je rapporte l'honneur à la glace, qui a enrayé l'inflammation traumatique. Pendant les dix années que j'ai passées au Val-de-Grâce, j'ai fait neuf opérations de cataracte, et huit fois la vue a été rendue aux opérés. J'ai obtenu chez des malades civils des résultats analogues. Chez l'un d'eux, la glace est restée en permanence pendant dix jours, le succès a été parfait. — (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Considérations anatomiques et physiologiques sur les dents à couronne divisée, et plus particulièrement sur les molaires du lièvre et du lapin.

Sous ce titre, M. Oudet présente un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, après avoir examiné comparativement les molaires de l'homme et de l'éléphant, j'arrive à celles du lièvre et du lapin, et je cherche à démontrer que c'est bien d'elles assurément qu'on peut dire qu'elles résultent de l'union de deux couronnes, ou plutôt de deux incisives, de rongeur.

J'examine la configuration de leur pulpe et le mode de distribution des membranes. La pulpe de ces dents présente une disposition qu'on ne retrouve nulle part ailleurs. Elle est repliée sur elle-même et représente un U dont les branches sont dirigées vers les gencives. Ces branches ou pulpes sont, avant la production des substances dentaires, en contact immédiat avec leurs membranes, lesquelles se réfléchissent sur le côté externe des pulpes dans l'intervalle qui les sépare.

D'après cette description sommaire, on peut juger que les molaires du lièvre et du lapin offrent, dans leur configuration générale, une grande analogie avec la couronne des molaires de l'éléphant et des ruminans. Les replis qui les parcourent sont de même nature et ont une origine semblable. Seulement chez ces derniers, ils descendent perpendiculairement de la surface triturante de la couronne vers le collet de la dent, mais sans jamais en atteindre la base ; tandis que chez le lièvre et le lapin il n'existe qu'un seul repli qui occupe toute la longueur du côté externe de la dent. — (Commissaires, MM. Serres, Flourens, Coste.)

Du traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée et appliquée au moyen de divers instrumens nouveaux.

M. Boulu communique, sous ce titre, un mémoire dont nous prenons l'extrait suivant :

Chez tous les malades traités par ce moyen, nous avons, dit l'auteur observé, quant à l'état général, une amélioration sensible de la santé, alors même que l'engorgement ganglionnaire n'avait pas entièrement disparu. En second lieu, nous avons constaté que le traitement des adénites cervicales par l'application du fluide électrique réussit d'autant mieux que les sujets qui en sont atteints sont plus jeunes, qu'ils ont une bonne constitution, qu'il n'existe qu'un ou deux ganglions bien circonscrits ; qu'ils se sont développés sous l'influence de causes plutôt locales que générales ; qu'ils ne sont point encore arrivés par leur ancienneté à un état d'induration trop grande ou encore moins de dégénérescence fibreuse ou squirreuse, et qu'enfin ils ne sont pas le résultat d'une diathèse morbide quelconque. — (Com. MM. Andral, Velpeau et Cloquet.)

— M. Flourens, au nom de l'auteur, M. Boeck, présent à la séance, fait hommage à l'Académie de la première livraison d'un *Traité iconographique des maladies de la peau*, publié avec la collaboration de M. Danielssen. Cette livraison contient :

1° L'étude d'une nouvelle forme de gale ;

2° L'étude du psoriasis. M. Danielssen prouve que toutes les divisions de cette affection et de la lèpre (Willan) ne sont que des variétés d'une même forme, et que l'hémétique à haute dose est le plus efficace des remèdes qu'on puisse lui opposer ;

3° Une syphilide tuberculeuse, rebelle pendant plusieurs années aux traitemens les plus variés et notamment au mercure, et guérie par la syphilisation, c'est-à-dire par l'inoculation méthodique du virus syphilitique ;

4° La description et le dessin d'un herpès zoster du cuir chevelu.

Note sur le caractère ostéogénique de la perforation qui affecte dans un grand nombre de cas la cloison des fosses olécranienne et coronoïde de l'humérus.

M. H. Hollard communique, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait qui suit :

Le trou olécranien se rattache au développement de la fosse du même nom, et résulte essentiellement de l'extrême amincissement de la cloison qui sépare cette fosse de la fossette coronoïdienne ; il est comme le terme extrême mais non nécessaire d'une tendance ou d'un fait de progression, et ne rentre pas sous l'empire de la loi de conjugaison qui préside à la formation des cavités normales du squelette. Il s'ensuit que le trou olécranien se dépouille une fois de plus de cette apparence de fait primitif qui semblait l'élever à la valeur d'un caractère spécifique. En tout état de cause, nous avions besoin d'en connaître la vraie signification anatomique et ostéogénique ; et s'il se trouve que la perforation de l'extrémité de l'humérus soit à la fois plus fréquente dans certaines races que dans d'autres, qu'elle se rattache à certaines modifications générales de l'articulation huméro-cubitale, comme j'ai quelque raison de le penser d'après mes observations, la dépendance de ces deux ordres de faits pourra rendre à celui qui m'a spécialement occupé dans cette note, plus de valeur qu'on ne lui en accorde aujourd'hui dans l'histoire anatomique des races humaines.

— M. Tavignot envoie une note contenant les principaux résultats de ses recherches *sur la tumeur* et *la fistule lacrymales*.

Convaincu de l'insuffisance des moyens employés soit pour guérir l'inflammation de la muqueuse du suc lacrymal et du canal nasal, soit pour prévenir le contact de larmes avec cette muqueuse ; redoutant, d'autre part, les accidens fâcheux qu'entraîne la suppression des voies lacrymales par la méthode de Nannoni, l'auteur a été conduit à considérer l'ablation de la glande lacrymale comme le plus sûr et pour ainsi dire l'unique moyen de guérir la tumeur lacrymale. « Cette opération, des plus simples et des plus rapides à exécuter, n'amène pas, dit-il, immédiatement et par elle-même, la suppression de l'état plegmasique de la muqueuse naso-lacrymale : elle fait cesser sa cause originelle et prévient le retour ; mais il faut encore traiter cette inflammation par des moyens appropriés, parmi lesquels on doit placer en première ligne les injections de teinture d'iode étendue d'eau par partie égale.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 102. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 28 Août 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An........ 32 Fr
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

STATISTIQUE MÉDICALE.

CONCLUSIONS STATISTIQUES CONTRE LES DÉTRACTEURS DE LA VACCINE, ET RÉPONSE A UNE DEMANDE DE M. LE PROFESSEUR MALGAIGNE ;

Par le dr BERTILLON, médecin de l'hospice de Montmorency.

« Les nombres appliqués à des faits vrais, c'est » l'observation multipliée par elle-même. »
(MALGAIGNE.)

(Ce travail sur lequel nous appelons l'attention la plus sérieuse de nos lecteurs, a été soumis à l'examen de notre savant confrère M. Villermé, juge si compétent en pareille matière, et qui a bien voulu entendre la communication que nous lui en avons faite. M. Villermé lui a donné son approbation la plus explicite ; les documens et les élémens statistiques sur lesquels ce travail repose sont parfaitement connus de M. Villermé, et il pense que l'auteur n'en a tiré que des conclusions vraies et légitimes.)

Note du rédacteur en chef.

Le peuple, dans son ignorance trop générale, est plein d'enthousiasme pour les nouveautés qui éclatent à son imagination et plein de défiance pour celles qui ne se recommandent que par l'utilité. Le bienfait de la vaccine, recommandé et prouvé depuis trois quarts de siècle, reste jusqu'à présent étranger à une grande partie de nos concitoyens, puisqu'en 1850, près de la moitié des naissances lui échappait encore, malgré l'approbation formelle de tous les corps médicaux, les efforts assidus de l'Académie de médecine, et le zèle infatigable des médecins répandus sur tout le sol de la France. Quand ce concert unanime suffit à peine pour vaincre avec le temps une aveugle insouciance, que serait-ce si la confiance des gens instruits venait à être ébranlée par des doutes élevés sur l'efficacité du bienfait? Une doctrine a déclaré que la vaccine n'annule pas la variole, mais qu'elle en retarde seulement d'une vingtaine d'années les funestes effets. Depuis 1847, elle poursuit ce procès contre la vaccine. Condamnée à l'Institut, condamnée à l'Académie de médecine, réfutée dans les journaux spéciaux, elle ne s'avoue pas vaincue. Tout récemment encore, l'Académie des sciences a été saisie de ses nouvelles protestations.

La doctrine n'a séduit, à dire vrai, que deux ou trois médecins, mais elle espère suppléer au nombre par une invincible persistance.

Cette persistance doit avoir sa raison d'être, et nous pensons l'avoir trouvée. On a déclaré la guerre à la vaccine en invoquant la statistique, et la statistique n'a pas répondu catégoriquement. Il est vrai que M. Ch. Dupin, dès les premières escarmouches, a porté quelques coups bien sentis; mais il n'a pas pris l'ennemi corps à corps, je veux dire qu'il n'a pas discuté la question à fond, dans les termes où on la posait; et personne ne l'a fait depuis. Personne n'a répondu à la question si vivement posée par M. Malgaigne : « Est-il vrai qu'avant » la découverte de la vaccine il y eût un plus grand nombre » d'individus qui arrivaient à l'âge mûr? C'est une simple » demande que je fais, c'est une question de chiffres qui vaut » la peine d'être discutée. Les nombres appliqués à des faits » vrais, c'est l'observation multipliée par elle-même. Si les » chiffres sont vrais, acceptez leur signification. S'ils sont » faux, dites-le franchement et surtout prouvez-le. » (Séance du 13 septembre 1853.) Personne n'a répondu à cette question : c'est une omission qu'il importe de réparer.

Or, il suffit de *sérier* les chiffres *entassés* pour qu'ils cessent de servir de rempart à une erreur pernicieuse. S'il était vrai, comme l'a dit un spirituel rapporteur, que la médecine vécût très peu et assez mal avec les chiffres, nous regarderions comme un devoir de faire nos efforts pour mettre fin à cette mésintelligence, qui priverait les sciences médicales d'un puissant secours.

La doctrine nouvelle persiste à soutenir que, depuis le dernier siècle, la mortalité en France a doublé entre 20 et 30 ans; et elle explique cette aggravation par la plus grande fréquence des fièvres typhoïdes, et, en général des affections gastro-intestinales.

Les réponses qui ont été faites à cette opinion ont surtout porté sur l'explication médicale qui était donnée du prétendu fait statistique. De savans rapporteurs ont prouvé qu'il n'y avait rien de nouveau dans la fièvre typhoïde que le nom.

Mais, lorsque leurs adversaires ont répliqué que cette fièvre fait plus de victimes aujourd'hui qu'au siècle passé, on n'a pu leur répondre qu'une chose; c'est de prouver leur assertion. Car, pour ou contre cette affirmation, on n'a aucun chiffre à fournir ; la statistique médicale, à peine née dans notre siècle, n'a laissé aucun document sur les siècles passés. Et la question qui s'agite ici, bien qu'elle ait quelque chose de fâcheux, aura pourtant l'avantage de rendre plus sensible l'importance qu'il y a pour l'humanité de savoir le nom et le nombre des affections qui l'assiégent, afin de pouvoir toujours se rendre compte des mouvemens de la hideuse légion nosologique. Comment faire l'histoire pathologique de l'humanité sans cette statistique? Comment apprécier la santé humaine et les progrès réels ou vains de nos efforts en hygiène ou en thérapeutique? Que répondre à ceux qui les nient? Comment empêcher le doute ou la négation d'un progrès qu'on ne peut démontrer? Heureusement que si nos pères ont omis de compter les malades, quelques-uns des plus savans et des plus vertueux d'entre eux ont compté les morts à chaque âge, de sorte que, si nous n'avons pas les élémens nécessaires pour infirmer l'hypothétique explication des ennemis de la vaccine, nous avons assez d'élémens pour appuyer sur une base solide ou pour renverser le fait statistique qu'ils avancent, savoir, que la mortalité en France ait doublé de 20 à 30 ans depuis le siècle dernier, c'est-à-dire depuis l'introduction de la vaccine (coïncidence qui ne suffirait pas pour motiver la conclusion de cause à effet). Et si nous trouvons que l'aggravation annoncée n'existe pas, l'explication sera vaine: apprécions donc avec soin l'assertion de la mortalité doublée.

La mortalité à chaque âge s'évalue par le *rapport des décès aux vivans de chaque âge* (Dx/Vx), soit par la corrélation des tables mortuaires aux tables de population.

Il faut convenir, à la décharge des propagateurs des idées nouvelles, que la France est peut-être un des pays du monde civilisé où on peut le mieux se faire illusion sur la mortalité des âges. Nous avons l'état civil le plus régulier et le plus authentique qui soit institué nulle part; et cependant l'administration de la statistique n'a encore publié aucune mortuaire. Elle est trop éclairée pour ignorer la haute utilité de ces tables. Mais par un scrupule exagéré (qui devrait céder devant la loi des grands nombres), elle ne se croit pas encore assez sûre de ses matériaux pour construire. Heureusement pour la science, qui souffrirait de cette excessive retenue, des travaux privés très respectables et très réputés nous mettent à même de prononcer avec assurance entre le XVIIIme et le XIXme siècle.

Nous avons, pour formuler la mortalité de notre temps, un travail complet qui a la même valeur qu'une publication officielle; c'est le relevé des décès par âges, de toute la France, fait sur la période décennale 1840-49 par M. Heuschling, secrétaire de la Commission centrale belge de statistique et chef de division au ministère de l'intérieur à Bruxelles. M. Heuschling a obtenu du ministère français l'envoi de toutes les feuilles préfectorales. Il a donc fait son travail sur les relevés officiels de l'état civil; et il l'a fait avec l'exactitude consciencieuse que l'on devait attendre d'un fonctionnaire public et d'un savant renommé. Sa table mortuaire a été publiée dans l'*Annuaire de l'économie politique et de statistique pour* 1854 (Guillaumin).

Pour le XVIIIme siècle et spécialement pour sa seconde moitié, nous sommes moins complétement renseignés. Nous pouvons cependant nous appuyer avec confiance sur les laborieux relevés de quelques auteurs justement estimés, tels que Montyon, Messance et Duvillard. Montyon, qui aurait la renommée d'un savant s'il n'avait la gloire d'un bienfaiteur de l'humanité, avait écrit, vers 1774, des *Recherches et considérations sur la population de la France*, qu'il publia modestement sous le nom de Moheau; cet ouvrage, plein de nobles pensées, appuyées sur des observations sérieuses et chaudement exprimées, mériterait d'être réimprimé et relu. L'auteur y donne, entre une multitude de tables partielles, trois mortuaires principales et une table de population.

Les décès ont été recueillis, pour la plus grande partie, dans les paroisses des *généralités* de Paris, de Rouen, de Lyon, de Riom, de Limoges. « On a, dit-il p. 155, fait des recherches » dans différentes provinces, on a rassemblé des villes et des » villages, des pays salubres et malsains, afin que cet ensemble » fût analogue à la masse de l'humanité française. »

Nous avons choisi, de ces trois mortuaires, celle qui donne la mortalité la moins rapide et dont les élémens paraissent appartenir plus spécialement à l'auteur. Au reste elles diffèrent très peu l'une de l'autre.

Dans celle qu'il donne page 157 de ses recherches, il a réuni à ses propres documens les 8,700 décès recueillis par Deparcieux, et les 23 à 24,000 recueillis par Dupré Saint-Maur et publiés par Buffon. On voit qu'il n'a pas cru que ce petit nombre de rentiers, relevés par Deparcieux, pût donner une idée exacte de la mortalité générale de cette époque; car il se serait épargné des recherches ultérieures, qui ne laissent pas d'être pénibles et de consumer beaucoup de temps.

Il fait même la judicieuse observation que « les rentiers viagers forment une portion d'élite dans la masse de l'humanité, qui ne peut être comparée qu'avec une classe pareille. » (P. 184.) Et il en donne la preuve un peu plus loin (p. 220), en montrant que les enfans ordinaires meurent plus vite que les enfans rentiers.

Messance, receveur des finances de l'élection de Saint-

Tableau A.

MORTUAIRES RÉSUMÉES DE LA POPULATION FRANÇAISE.

AGES.	Montyon. 1774	Messance. 1788	Duvillard. 1806	Heuschling. 1840-49	
0 à 5. .	470,15	400, »	416,85	340,30	
5 à 10. .	52,20	67,5	32, »	40,70	
10 à 20. .	44,70	59, »	48,90	47,85	
20 à 30. .	62,85	68, »	64, »	72, »	
30 à 40. .	72,95	64,4	68,80	59,40	
40 à 50. .	70,80	68,1	72,35	67, »	
50 à 60. .	71,80	74, »	83,50	77, »	
60 à 70. .	70,65	86,8	95,90	110,60	
70 à 80. .	61,69	73,5	83, »	118,90	
80 à 90. .	19,25	33,5	30,87	58,60	
90 à 100. .	2,96	4,8	3,62	6,90	
100 à 105. .	0, »	0,4	0,21	0,15	
Total . . .	1000, »	1000, »	1000, »	1000, »	décès.
$Vm = P/N$..	23,94	27,9	28,26	34,24	vie moy.

Tableau B.

TABLES DE POPULATION (*).

AGES.	Montyon.	Messance.	Duvillard.	Guillard d'après Henschling.	Recensement de 1851.
0 à 10. .	254, »	241, »	214,40	197, »	185,25
10 à 20. .	193, »	180,50	186,30	175, »	176,20
20 à 30. .	148,75	158, »	165,60	157, »	163,15
30 à 40. .	135, »	134, »	141,40	137,60	147,50
40 à 50. .	123, »	110, »	116,75	119, »	124,70
50 à 60. .	76, »	84,75	89,40	98, »	101,50
60 à 70. .	49,45	55,75	57, »	70,70	64,70
70 à 80. .	18,15	27, »	24,40	36, »	30,20
80 à 90. .	2,04	7,90	4,50	8,93	6,34
90 à 100. .	0,61	1,03	0,44	0,76	0,45
100 à 105. .	0, »	0,07	0,01	0,01	0,01
Total . . .	1000, »	1000, »	1000, »	1000, »	1000, »

Étienne-en-Forez, écrivait en 1766 et 1788. Ses *Recherches sur la population française dans diverse s généralités* lui ont acquis beaucoup d'estime. Sa table mortuaire résulte de 101,534 décès. Il faut remarquer que, n'ayant eu que les relevés ecclésiastiques, il lui a manqué tous les enfans décédés avant le baptême; et qu'ainsi la table cote, pour l'enfance, une mortalité plus faible que le vrai.

Duvillard n'a publié qu'en 1806 sa célèbre *Analyse de l'influence de la petite-vérole sur la mortalité*. Sa table mortuaire, relevée de plus de 100,000 décès, présente, dit-il lui-même, « tous les résultats de la mortalité générale d'après un assez » grand nombre de faits recueillis avant la révolution en divers » lieux de la France. »

Nous avons donc trois tables représentant la mortalité générale en France pour la seconde moitié du XVIIIme siècle, et une complète pour le milieu du XIXme. Nous en mettons ici un résumé pour confrontation. (Voir à la 1re page.)

Si l'on voulait calculer une population P donnant, comme les mortuaires ci-dessus, 1000 décès de tout âge chaque année, il suffirait de multiplier chacun des nombres p indiquant la population de chaque âge par Vm (vie moyenne), soit pVm.

En divisant ce produit pVm par d (décès à chaque âge) pVm/d, on obtiendra la chance de décéder à chaque âge, soit 1 décès sur pVm/d vivans.

Sur ce principe est construite la table suivante :

Chance de mourir à chaque âge.

UN DÉCÈS SUR

AGES.	Montyon.	Messance.	Duvillard.	Guillard d'après Heuschling.	Recensement de 1851.
ans.	vivans.	vivans.	vivans.	vivans.	vivans.
0 à 10. .	12, »	15, »	13,5	18, »	17, »
10 à 20. .	103, »	85, »	106, »	124, »	132, »
20 à 30. .	57, »	65, »	73, »	74, »	80, »
30 à 40. .	44, »	58, »	58, »	79, »	89, »
40 à 50. .	42, »	45, »	46, »	61, »	66, »
50 à 60. .	25, »	32, »	30, »	43,50	47, »
60 à 70. .	17, »	18, »	16, »	22, »	21, »
70 à 80. .	7, »	10, »	8,3	10,35	9, »
80 à 90. .	2,5	6,5	4,2	5,20	4, »
90 à 100. .	5, »	5,8	3,5	3,60	2,37
100 à	1, »	1, »	1, »	1, »	2, »

Il résulte clairement de ces tableaux que la mortalité générale de France, loin d'avoir doublé en passant du XVIIIme au XIXme siècle, comme on le soutenait pour l'âge de 20 à 30 ans, loin d'avoir seulement augmenté, a diminué sur tous les âges.

Si, afin de nous borner, nous considérons seulement, pour le XVIIIme siècle, la table de Duvillard, dont la mortalité est la plus lente et par conséquent la plus favorable à l'opinion de notre adversaire; si, pour le XIXme, nous prenons non les chiffres officiels du recensement de 1851 qui nous seraient les plus favorables, mais la table de MM. Heuschling et Guillard, dont la mortalité est un peu plus rapide, nous trouvons encore que :

De 10 à 20 ans, il y avait au XVIIIme siècle *une* chance de décès sur 106 vivans de cet âge;

De 1840 à 1850, il y a seulement *une* chance sur 124, le recensement dit *une* sur 132 ;

De 20 à 30, l'âge funeste, sujet des condoléances des vaccinophobes, il y avait *un* décès sur 73 vivans; et de 1840 à 1850, *un* décès sur 74, le recensement dit *un* sur 80 ;

De 30 à 40 ans, le XVIIIme siècle donnait *un* décès sur 58; on compte aujourd'hui *un* décès sur 79, le recensement dit *un* sur 89;

Et ainsi de suite pour les âges suivans.

En présence de ces documens, les plus solides que la statistique ait transmis sur ce sujet, toutes les assertions des détracteurs de la vaccine tombent à néant.

Les détracteurs ou les ignorans de la statistique qui, pour rendre cette science suspecte, citaient avec plaisir les étranges *résultats* des adversaires du bienfait jennerien, sont réfutés du même coup.

Non, la science n'a point de sophismes (1), elle ne saurait être responsable des sophismes que l'on fait en son nom quand on la respecte assez peu pour la pratiquer avant de la connaître.

Note du tableau de la première page.

(*) La table de population de Montyon est réduite sur les nombres qu'il a donnés dans l'ouvrage cité d'après le dénombrement d'un petit nombre de paroisses, « mais rectifié, dit-il, sur des renseignemens plus généraux. » — Les tables de Messance et de Duvillard sont calculées d'après la méthode de Halley, la seconde par Duvillard lui-même. La méthode de Halley convenait pour une population à très peu près stationnaire (elle ne croissait que de 2 p. 1000 par an). — Pour le XIXe siècle, nous prenons la table de population que M. Guillard a dressée sur la mortuaire de Heuschling et insérée dans l'*Annuaire de statistique* de 1854. Comme moyen de confrontation, nous y joignons le résumé du recensement de 1851, dont le tableau par âges nous a été obligeamment communiqué par le Bureau de la statistique de France, dépendant de la direction générale de l'agriculture et du commerce. (*Voyez* aussi *Elémens de statistique humaine ou Démographie humaine*, par M. A. GUILLARD.)

(1) *Union Médicale*, 15 septembre 1853.

On peut en violer les règles, la déconsidérer, mais on ne peut lui faire dire l'erreur. C'est, comme l'a dit M. Roche dans son rapport, c'est par une fausse application de la statistique que l'on a cherché à faire entrer dans la médecine une de ces doctrines contre laquelle se révolte le sens commun, doctrine en vertu de laquelle on n'a pas craint d'appeler l'immortelle découverte de Jenner un funeste présent, et le zèle avec lequel les médecins la propagent, un empirisme aveugle (1).

Mais on demandera comment on en est venu à se persuader une si monstrueuse erreur. C'est en écoutant trop son imagination, en croyant qu'il suffit de savoir les mathématiques pour être statisticien, et en voulant faire de la statistique sans avoir étudié cette science, ses principes et sa méthode. Au reste, *il convient et il suffit* d'entendre parler la doctrine pour la juger (2).

« De 1800 à 1845 la mortalité a doublé dans la population » de 20 à 30 ans. Démonstration : Deparcieux, travaillant sur » les *résultats de deux tontines*, établis en 1746, prouve que sur » 814 jeunes gens (tontiniers) il y a 8 décès entre 20 et 30 ans, » soit 1 p. 100. Or d'après le *Moniteur* du 21 décembre 1848 » la mortalité des *troupes* est de 2 p. 100 par an. Donc la *mor-* » *talité générale* de France a doublé depuis moins d'un demi- » siècle. »

Ainsi, prendre la mortalité des deux *petites tontines* étudiées par Deparcieux pour équivalente à la *mortalité générale* de la population française au XVIIIme siècle;

Pour le XIXme, prendre la mortalité de l'*armée* pour la mortalité du *peuple français*,

Et, de pareilles prémisses, tirer sans hésiter une conclusion! Conclusion qui ébranlerait la statistique, la prophylaxie, l'hygiène et la logique!

Comment! vous voulez ignorer qu'il n'y a aucune parité entre la durée de la vie des rentiers et celle des travailleurs! Des savans comme Montyon, Messance, Duvillard, et avec eux Expilly, Lavoisier, Lagrange, Condorcet, Dupré Saint-Maur, Duséjour, avaient donc bien du temps à perdre, puisque, connaissant l'œuvre de Deparcieux qu'ils citent, ils n'en faisaient pas moins des recherches si profondes, si persévérantes, si coûteuses, pour parvenir à déterminer les mouvemens généraux de la population !

Pour vous garder d'une telle méprise cependant, les avertissemens ne vous ont pas manqué.

Deparcieux, tout le premier, établit que « les rentiers ne » meurent pas si vite que le reste du monde. » Il en déduit très judicieusement les raisons à la page 61 de son livre. Auriez-vous pris cet auteur pour base d'une si grande accusation contre le progrès, contre la médecine, sans l'avoir lu ?... Non, vous ne l'avez pas lu : car il vous avertit encore et il démontre que « les grandes villes ne peuvent servir à établir un ordre » de mortalité générale approchant du vrai. » Et vous prenez trois paroisses de Paris citées par Buffon comme type de la mortalité générale; et vous citez les décès de 20 à 30 ans dans Paris comme mesure des décès de cet âge dans toute la France! Vous n'avez pas lu Demonferrand, qui constate l'excessive mortalité des jeunes gens attirés de plus en plus de tous les départemens dans la capitale, et qui établit que « sur 15 jeunes gens qui succombent en France, il en meurt *un* à Paris, et *une* jeune femme sur 19. (Journal de l'École polyt., 26me cahier, p. 286.) Vous auriez compris qu'il n'y avait pour vous aucune conclusion à tirer du mouvement de la population de Paris (3).

Vous n'avez pas lu le no 109 du *Moniteur* de l'an XI, que vous citez, puisque vous lui prêtez une table de mortalité qu'il n'a pas!

Vous n'avez pas lu Moheau, qui redresse une erreur de chiffres dans la petite table de Buffon (Dupré St-Maur), et qui, comparant les tables partielles de Kerseboom et Deparcieux, trouve que les rentiers de Hollande sont moins vivaces que ceux de France, et vous avertit, en tout cas, que ces classes privilégiées ne peuvent nullement servir de paradigmes pour la généralité!

Vous n'avez nulle connaissance des travaux célèbres de MM. Villermé, Benoiston, Malthus, Francis d'Ivernois, Boudin!

Vous avez ouvert l'*Annuaire du bureau des longitudes*, mais vous n'avez pas voulu y voir que c'est la table de Duvillard que ce bon petit livre donne comme pouvant informer de la mortalité du XVIIIme siècle; que, quant à celle de Deparcieux, il la prend pour ce qu'elle est, pour une mortuaire de « têtes choisies » (p. 213 et 216, année 1853) ; qu'en conséquence et vu le ralentissement de la mortalité, que nos populations ont gagné, il la tient comme pouvant représenter *à peu près* « l'état ACTUEL » (p. 219) de la mortalité en France, ACTUEL en 1853.

Un partisan de ces fausses opinions fait jactance de quelques variations qu'il trouve dans les tables de population données par le même annuaire. A l'entendre, c'est à sa provocation que les auteurs de l'*Annuaire* ont *tacitement* cédé (4); et cependant on trouvait déjà cette modification en 1852 et même en 1848. Il eût été plus digne d'un médecin et d'un ami de la vérité de demander avec modestie les motifs de ces variations, que de

(2) *Union Médicale*, 5 janvier 1853.

(3) *Union Médicale*, 25 mars 1851.

(3) *Gazette médicale*, 1852, p. 614.

(4) *Union Médicale*, 16 septembre 1853.

s'en targuer avec vanité, et d'outrager les noms d'Arago et de Mathieu, consacrés par l'auréole de la gloire et de la probité scientifique.

On voit donc que le système des antivaccinateurs dérive d'une lourde méprise. Apparier les privilégiés aux déshérités, les citadins aux paysans, le méphitisme physique et moral des casernes au libre travail des campagnes; voilà leur savoir et leur logique. Il n'y a rien au monde de plus étrange que la manière de raisonner de l'un de ces champions de la variole, si ce n'est, toutefois, sa manière de calculer. Il présente par trois fois à l'Académie des sciences, comme appendice à son *Essai de mortalité*, un tableau général de la mortalité et de la population en France. Or, voici comment il compose sa colonne des vivans par âges pour 1806 : il prend les vingt premières années dans la table de Duvillard, et le reste dans la table de Deparcieux. D'un coup de sabre, il fend en deux ces pauvres tables, puis il recoud un morceau de l'une à un morceau de l'autre. C'est incroyable, et c'est pourtant vrai, car il le raconte lui-même, *habemus confitentem*; et les chiffres le diraient assez sans lui. Si donc on a pu dire qu'apparemment les additions de ce calculateur étaient bien faites (1), il faut entendre bien faites à la façon d'un marchand qui ajouterait des mètres à des aunes, ou des centimes à des sous.

Enfin ces critiques, avec leurs moyens ordinaires, ont habillé de *leur statistique* deux des départemens de la France. Nous les suivrons dans la discussion des faits spéciaux qu'ils choisissent. Nous prévenons d'avance que nous ne les trouverons ni plus exacts, ni plus logiques; et que, s'il est vrai que de la calomnie il reste toujours quelque chose, il ne dépendra ni de nous, ni du sujet, que les calomniateurs de la vaccine ne soient moins heureux, au moins dans l'esprit du lecteur.

(La fin à un prochain numéro.)

LITHOTRITIE.

DE LA LITHOTRITIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SON APPLICATION (*) ;

Par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine.

De la préparation du malade à la lithotritie.

Bien des fois, j'ai procédé à la destruction de la pierre, sitôt après l'avoir reconnue, et j'ai eu le bonheur d'annoncer à un bon nombre de calculeux leur guérison en même temps que la nature de leur maladie. Mais il est toujours prudent de ne pas trop se hâter. A moins de circonstances extraordinaires, à moins d'une grande urgence imposée par les souffrances du malade ou par ses affaires, et cela encore dans l'hypothèse d'un très petit calcul, il convient d'attendre, pour pratiquer la lithotritie, que l'on ait acquis la certitude que l'exploration ne donnera lieu à aucune réaction, ou que cette réaction, si elle s'est produite, a complétement cessé, que la santé générale et les conditions locales de la vessie et de l'urètre sont ce qu'elles étaient avant tout examen. Il suffit, ordinairement, d'un ou deux jours pour cela. Ce temps peut et doit être utilisé pour faire la médecine morale, pour remonter le courage du malade, souvent fort ébranlé par l'idée d'une maladie que les gens du monde considèrent encore aujourd'hui comme l'une des plus terribles de celles auxquelles l'espèce humaine est exposée.

Un peu plus tôt, un peu plus tard, quand il s'agit d'opérer le broiement de la pierre, je commence par placer le malade dans la position que j'ai indiquée comme la meilleure pour constater la présence de ce corps.

Autrefois, j'injectais de l'eau tiède dans la vessie pour en écarter les parois et rendre la manœuvre du brise-pierre moins irritante pour elles. Depuis longtemps, je me dispense presque toujours de ce soin préliminaire; j'introduis tout d'abord le brise-pierre dans la vessie; mais j'ai la précaution de faire prendre un grand bain tiède, une heure et demie ou deux heures avant la séance, de manière à ce que le malade soit sorti de l'eau, bien essuyé, couché et déjà réchauffé, lorsque je me présente pour l'opérer.

Sous l'influence de ce bain, surtout s'il a été prolongé et secondé par l'administration de quelques verres d'une tisane légèrement diurétique, l'urine est secrétée en abondance; et pour peu que le malade soit distrait par la conversation ou de quelque autre manière, le liquide s'amasse dans la vessie en quantité suffisante, pour que les instrumens puissent y être introduits sans la blesser. J'ai été amené à cette façon d'agir par un fait observé dans les premières années de ma pratique, alors que, comme beaucoup de chirurgiens encore aujourd'hui, je faisais prendre habituellement un grand bain à la suite de chaque séance de lithotritie. J'ai vu nombre de calculeux être saisis par le frisson immédiatement après leur sortie du bain, et j'ai cru remarquer que des malades qui, pour une raison quelconque, ne prenaient pas de bain, avaient généralement la fièvre plus tard, l'avaient plus faible, ou même ne l'avaient pas du tout. J'ai dû penser que la réfrigération qui accompagne toujours la sortie de l'eau, favorisait la disposition au frisson que tend à produire toute instrumentation dans les voies urinaires; j'ai cherché à me soustraire à cette influence du bain, en le faisant donner avant l'opération.

Dans le bain pris ainsi, je trouve plusieurs avantages physi-

(1) Rapport à l'Académie de médecine, 13 septembre 1853.

(*) Voir les numéros des 14 et 21 Août.

ques, sans compter l'avantage moral, de faire un peu diversion à des préoccupations bien naturelles, savoir : de porter plus ou moins de calme dans le corps, et de faire arriver dans le réservoir une urine abondante et peu irritante, qui le rend apte à recevoir les instrumens sans injection préalable, et qu'il tolère bien mieux, et en quantité plus grande, que l'eau introduite par l'urètre, quelles que soient d'ailleurs les précautions prises pour son introduction.

Il m'est arrivé plusieurs fois d'opérer avec assez de facilité des malades qui avaient une pierre volumineuse dans une vessie plus ou moins irritée, en m'attachant à faire descendre dans celle-ci par les uretères, au moyen des boissons, des bains, des lavemens, l'eau nécessaire à la manœuvre, et en y favorisant sa conservation à l'aide de divers moyens de distraction momentanée; tandis que l'injection la plus faible, la plus douce, à peine faite, était rejetée, et que l'opération se montrait impossible de cette manière.

Que le liquide vienne naturellement dans la vessie, ou qu'il y soit injecté par l'urètre, sa quantité, pour rendre la lithotritie tout à la fois innocente et facile, doit être en rapport avec la grosseur du corps à détruire. Plus celui-ci est volumineux, plus il faut ouvrir l'instrument pour le saisir, plus les parois de la vessie doivent être écartées et protégées. D'un autre côté, moins il y a d'eau dans la vessie, et plus il est facile d'y rencontrer les corps de petite dimension. Dans cette circonstance, comme dans bien d'autres en médecine, il faut avoir assez de tact pour rester dans d'exactes limites, et ce tact, c'est la nature qui le donne, c'est l'expérience qui l'éclaire et le perfectionne.

Un soin qui doit précéder le bain et qu'il faut bien se garder de négliger, c'est d'user des moyens ordinaires pour vider le gros intestin, et empêcher les matières qui pourraient s'y être accumulées de venir refouler la paroi postérieure de la vessie. On comprend facilement de quelle importance il est que la vessie conserve sa forme concave du côté du rectum, afin que la pierre ne soit pas repoussée du bas-fond de la vessie, son siége ordinaire; car c'est là que le brise-pierre arrive de prime-abord, et qu'il saisit le mieux le corps à détruire. Si celui-ci est rejeté sur l'un ou l'autre côté, il faudra, pour le prendre, tourner l'instrument sur son axe; la manœuvre du broiement sera nécessairement moins simple et plus laborieuse.

Je ne parle point des moyens à employer pour mettre le malade dans les conditions de santé les plus favorables à l'opération que l'on veut pratiquer. Il est évident que, si les voies digestives sont embarrassées, il conviendra de chercher à les dégager, à l'aide d'agens appropriés; que, s'il y a de la pléthore, une saignée avec la lancette ou par les sangsues sera indiquée; que, si le système nerveux se montre très irrité ou très irritable, il sera bien de recourir à des moyens calmans, notamment aux grands bains; qu'il devra en être de même des irritations locales, de celles de la vessie en particulier; qu'il faudra commencer par les combattre. Toutefois, il ne faudrait pas se croire dans l'obligation absolue d'attendre leur cessation pour entreprendre la lithotritie. Il arrive assez souvent, en effet, qu'une irritation rebelle de vessie, surtout si elle est catarrhale, tombe sous l'influence des premières séances de broiement et sous celle des soins dont on les accompagne.

Les précautions que j'indique ici sont importantes, surtout près des malades qui ont rompu leurs habitudes et parcouru un long trajet pour se rendre près du chirurgien. J'ai pu quelquefois les négliger en partie, sans inconvénient bien appréciable, quand j'ai été opérer en province ou en pays étranger. Il y a, sans compter la fatigue du voyage, une grande différence entre traiter un malade dans ses foyers, au milieu de sa famille, de ses amis, et le traiter loin des siens, dans un hôtel garni ou dans une maison de santé. Je n'ai eu le malheur de perdre qu'un seul des calculeux que j'ai été soigner à une grande distance de Paris; c'est un ancien député, près duquel j'avais été appelé à Lyon, et que j'y avais trouvé dans une position déplorable. La pierre, chez ce malade, était compliquée de plusieurs autres affections très graves, notamment d'un œdème de tout le corps, développé sous l'influence d'une albuminurie très intense et déjà fort ancienne.

La saison ne m'a jamais retenu dans mes opérations; je dois même dire que je n'ai pas remarqué d'effet bien notable de cette circonstance sur les résultats de la lithotritie. Dans l'état actuel de la civilisation et dans les conditions d'hygiène où l'on peut en général placer les malades aujourd'hui, la lithotritie est praticable à toutes les époques de l'année.

Quant aux heures du jour auxquelles il convient d'opérer, je donne, pour ma part, la préférence à celles du matin. J'y trouve l'avantage d'avoir affaire à des malades qui ont obtenu le bénéfice du repos de la nuit, de pouvoir les observer pendant la journée et de combattre les premiers accidens aussitôt qu'ils se présentent.

De l'instrument à employer pour la lithotritie.

On a employé, on peut employer et j'ai moi-même employé divers instrumens pour opérer la division de la pierre dans la vessie, entre autres la pince à trois branches dont MM. Civiale et Leroy-d'Étiolles se sont disputé la priorité d'invention, le brise-pierre de M. Jacobson et le brise-pierre à percussion de M. Heurteloup. Mais l'instrument auquel je donne la préférence, celui dont je me sers exclusivement depuis plus de vingt ans, est le brise-pierre *à pression et à percussion* que j'ai présenté à l'Académie de médecine en juin 1833, et pour lequel l'Académie des sciences m'a décerné une récompense en décembre 1834.

Composé de deux tiges d'acier et d'un écrou également d'acier, cet instrument est d'une extrême simplicité. Des deux tiges, l'une, armée d'un pas de vis à sa partie la plus externe, est creusée en gouttière et reçoit l'autre dans son intérieur, tout en restant embrassée par un anneau qui tient à celle-ci. Elles sont toutes les deux recourbées à leur extrémité vésicale, de telle sorte que, réunies et glissant l'une sur l'autre, elles constituent dans leur ensemble, comme l'instrument de M. Heurteloup, tantôt une sorte de sonde courbe, et tantôt une pince dont les branches s'écartent plus ou moins, à la volonté de l'opérateur. L'écrou sert à les rapprocher avec force, en prenant un point d'appui sur l'une, au moyen du pas de vis, et poussant sur l'autre, à l'aide de l'anneau qu'elle porte. Un petit étau à main et un petit marteau en fer complètent l'appareil; ils sont destinés, l'un à soutenir la tige femelle, l'autre à frapper sur la tige mâle.

Sans entrer dans plus de détails sur cet instrument, dont je joins ici le dessin, je me bornerai à reproduire le rapport qui a été fait à son sujet par la commission de l'Institut chargée de l'examiner (1).

« M. le docteur Ségalas, dit le rapport, a » soumis à l'examen de la commission un » nouvel instrument de lithotritie qu'il nomme » brise-pierre à *pression* et à *percussion*. Cet » instrument a pour but d'opérer la division » des calculs de diverses manières, savoir : » par *pression*, comme le brise-pierre de » M. Jacobson; par *percussion*, comme le » brise-pierre de M. Heurteloup; et enfin par » *pression* et par *percussion successives et presque instantanées*.

» Avant cet instrument, il en existait d'autres où l'on avait cherché à associer la pression et la » percussion; mais ils étaient compliqués. Ils nécessitaient » un changement de disposition des pièces, et, par suite, une » perte de temps, pour passer de la pression à la percussion, » et de la percussion à la pression.

» Le brise-pierre de M. Ségalas est très simple, et se distingue particulièrement de ceux qui l'ont précédé en ce que » la pression et la percussion peuvent se succéder d'une ma» nière presque instantanée, ainsi que l'a montré l'auteur en » le faisant manœuvrer devant la commission.

» En outre, cet instrument est d'un volume peu considé» rable et facile à manier. Pour la pression, il se suffit, et, pour » la percussion, il n'exige qu'un marteau et un petit étau à » main. Sans autre appareil, il a brisé des pierres très dures » et volumineuses, notamment une d'oxalate de chaux de 27 » lignes de diamètre, chez un malade qui a été présenté à la » commission le lendemain de la dernière séance de broie» ment.

» L'application de ce brise-pierre a été faite avec succès, par » l'auteur, sur vingt-quatre malades, dont dix avaient plus de » 66 ans, douze plus de 70 ans, et deux étaient octogénaires. » Ces opérations ont été pratiquées avec l'aide et sous les yeux » d'un grand nombre de médecins nationaux et étrangers.

» La commission propose d'accorder à M. le docteur Ségalas » une récompense de deux mille francs. »

Destiné, à son origine, dans ma pensée et dans celle de la commission de l'Institut, à rendre la lithotritie plus simple, plus facile, plus prompte et plus sûre, cet instrument m'a toujours suffi pour tous les cas de broiement de pierre que j'ai eu l'occasion de rencontrer depuis sa construction. Je lui suis donc resté fidèle, et c'est à peine si je lui ai fait subir une légère modification dans son écrou, qui présentait la forme d'un volant, et auquel j'ai donné celle d'une rondelle, forme plus agréable à l'œil et bien plus commode pour la manœuvre.

Le brise-pierre à pression et à percussion ainsi modifié, est, pour moi, un instrument préférable non seulement aux instrumens qui l'ont précédé, mais encore à tous ceux qui ont été proposés après lui, et en particulier au brise-pierre à crémaillère de M. Charrière, le meilleur, sans contredit, et le plus employé, si je ne me trompe, de tous ces derniers instrumens. L'écrou qui me sert pour la pression n'ajoute presque pas au poids des deux pièces qui constituent la pince; il peut rester en place sans gêner en rien leurs différens mouvemens, et on a la faculté de le mettre en action sitôt que l'on remarque que la résistance du corps étranger est trop forte pour céder facilement au rapprochement des branches par la main.

Il est superflu de dire que j'ai des modèles de différentes dimensions, dans le but de pouvoir, près de chaque malade, en choisir un qui soit en rapport avec la largeur de l'urètre et la grosseur du corps étranger. Mais je dois faire remarquer que, abstraction faite des variations de longueur et d'inclinaison, l'extrémité vésicale de l'instrument offre des dispositions très diverses : tantôt les deux mors de la pince sont plats; tantôt le mors de la branche mâle seul est plat, l'autre est creusé en cuillère; tantôt l'un et l'autre sont armées de dents plus ou moins fortes, plus ou moins aiguës, plus ou moins espacées; tantôt l'une des branches, la branche mâle, présente des dents puissantes, tandis que le mors de la branche femelle, plus ou moins largement fenêtré à sa partie moyenne, a deux rebords saillans et à peine dentés, venant, pour ainsi dire, faire ciseaux avec le mors de la branche mâle, lors de leur rapprochement.

On conçoit l'intérêt que l'opérateur peut avoir à donner la préférence à telle ou telle de ces dispositions, selon la nature et le volume du corps à détruire, selon son degré de résistance, et aussi suivant le plus ou moins d'irritabilité et d'extensibilité de la vessie.

(La suite prochainement.)

(1) Cette commission était composée de MM. de Blainville, Double, Dulong, Duméril, Dupuytren, Larrey, Magendie, Roux et Serres.

REVUE GÉNÉRALE.

Sommaire. — État actuel de la santé publique. — Traitement de la fièvre typhoïde par le calomel à dose altérante. — Traitement de la même maladie par la potion stibiée. — Le choléra de 1854 dans les départemens. — Époques du début de l'épidémie cholérique en 1854 sur quelques points de l'Italie et de la côte méditerranéenne. — Mixture anti-blennorrhagique

L'état sanitaire de Paris s'est sensiblement modifié depuis quelques jours. Les chaleurs équatoriales que nous subissons ont déterminé une sorte d'explosion générale d'affections gastro-intestinales, se traduisant par des vomissemens, de la diarrhée qui va souvent jusqu'à la dysenterie, avec douleurs abdominales plus ou moins vives, et sentiment d'abattement et de prostration. Nous ne pouvons pas cacher non plus à nos lecteurs qu'un certain nombre de cas de choléra-morbus ont été observés soit en ville, soit dans les hôpitaux. Depuis le 13 août, où un cas mortel a été observé dans les hôpitaux, jusqu'à hier 26 août, on compte 73 attaques dans les hôpitaux, et 35 décès. Le 25, 18 cas s'étaient déclarés, dont 10 à l'intérieur. Le 26, 13 cas, dont 3 à l'intérieur.

Assistons-nous au début d'une épidémie nouvelle? Cette manifestation cholérique qui se produit aujourd'hui n'est-elle qu'un dernier retentissement de l'épidémie de l'an passé? On comprend avec quelle réserve on doit émettre une opinion sur ce sujet. Notre devoir se borne aujourd'hui à avertir nos confrères de l'état de la santé publique.

Le calomel jouit d'une grande faveur auprès de quelques praticiens, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Nous connaissons un de nos confrères qui a la prétention de n'avoir perdu, par l'emploi de cet agent, que très exceptionnellement des malades atteints de cette maladie dans une pratique déjà longue et assez étendue.

Vainement sollicité par nous de publier ses résultats, nous ne pouvons indiquer ni les doses ni le *modus faciendi* employés par ce médecin; mais nous trouvons dans le compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Chambéry une note relative à un mémoire communiqué à cette Société par M. le docteur Carret, et dans lequel ce praticien fait aussi un grand éloge de l'emploi du calomel dans le traitement de l'affection typhoïde. Pour ce médecin, de tous les traitemens mis en usage contre cette maladie, aucun ne donne des résultats plus avantageux que le calomel. Il remédie, dit-il, à tous les symptômes, céphalalgie, stupeur, diarrhée, état nerveux, etc. Il convient à toutes les périodes de la maladie, dans les prodromes comme à la fin. Il agit en provoquant une expectoration bronchique, et cette expectoration serait la crise naturelle de la fièvre typhoïde. A peine commence-t-elle, assure M. Carret, que tous les symptômes s'amendent. Il ne faut pas la confondre, d'ailleurs, avec le ptyalisme, dont elle diffère par sa nature et par son siége; elle est le produit d'une sécrétion normale plus abondante, et non le résultat d'une inflammation. Du reste, assure toujours M. Carret, le calomel, dans la fièvre typhoïde, n'amène jamais la salivation. Le calomel doit être administré à dose altérante et non purgative, 10 centigrammes par jour.

Il eût été intéressant de voir les faits cliniques sur lesquels M. Carret appuie ces propositions; mais ils font défaut dans le compte-rendu duquel cette note est extraite.

Voici pour la même maladie un traitement bien différent, préconisé avec la même conviction, par un de nos plus honorables confrères de Paris, M. le docteur Renouard, à qui nous laissons la parole:

« *Prodromes et invasion.* — Durant cette période, qui manque rarement, et qui peut embrasser un espace de sept à dix jours, la maladie n'étant pas encore suffisamment caractérisée, je m'en tiens à la médecine expectante, si aucun symptôme grave ne réclame des soins particuliers : quelques boissons délayantes, avec ou sans adjonction d'un léger purgatif, constituent alors la médication de cette période. Mais s'il existe quelque symptôme grave, tel qu'une violente céphalalgie, une bronchite capillaire ou une pneumonie, je traite ce symptôme, ou cette maladie accessoire, selon les règles ordinaires de l'art, par les évacuations sanguines, les révulsifs cutanés ou autres, etc. Toutefois, si, par une raison quelconque, j'ai lieu de soupçonner l'existence d'une fièvre typhoïde, je suis très ménager du sang des malades, en prévision de la longueur habituelle de cette affection et de la prostration qui l'accompagne inévitablement.

» *Maladie confirmée.* — Quels que soient les symptômes dominans,

quelle que soit la forme de la maladie, dès que j'ai la conviction d'avoir affaire à la fièvre typhoïde, j'ai recours à la médication suivante, pour un sujet adulte :

Potion.

Eau distillée.	100 grammes.
Tartre stibié.	15 ou 20 centigrammes.
Sirop diacode	25 grammes.
Eau de fleur d'oranger. .	5 grammes.

» Prendre une cuillerée à soupe d'heure en heure, en s'abstenant de toute autre boisson, pendant les quatre ou cinq premières heures, afin d'éviter le vomissement et de laisser une petite quantité de sel d'antimoine passer dans les intestins, et y être absorbée au moins en partie.

» Quand la potion a été tolérée assez bien pendant les premières heures, je permets de donner au malade, pour calmer sa soif, une boisson agréable et fraîche, telle que la limonade tartrique ou citrique, la décoction de chiendent édulcorée avec un sirop acidule, ou une infusion pectorale gommée, selon l'indication.

» La potion produit un bon effet, lorsqu'elle ne provoque ni vomissemens ni garde-robes, ou seulement quelques vomiturations et quelques selles. L'effet en est encore assez favorable, s'il n'y a que peu de vomissement et des selles fréquentes.

» Au contraire, si les vomissemens sont réitérés et accompagnés de beaucoup d'efforts, je recommande de suspendre la potion jusqu'à ma seconde visite ou d'en éloigner les prises de trois ou quatre heures.

» Quel que soit le résultat obtenu par la première potion, il est rare que je n'en prescrive pas une seconde pareille, soit immédiatement, soit après un repos d'un jour en distinguant les doses, suivant l'indication, de manière à ne produire que peu ou point de vomissemens.

» Presque toujours deux potions suffisent; je n'ai été obligé d'avoir recours à une troisième que dans très peu de cas, et après une suspension de quelques jours. Il est vrai que j'évite, autant que possible, de saturer mes malades de sel antimonial, craignant, à tort ou à raison, l'effet toxique et débilitant de cette substance.

» La céphalalgie est le symptôme qui disparaît ordinairement le premier. Il n'a jamais, ou presque jamais, résisté à la première potion.

» Je permets de bonne heure quelques cuillerées de bouillon de poulet ou de bœuf, sans attendre que la fièvre ait disparu. Je sais que la maladie a, quoiqu'on fasse, une longue durée ; qu'elle éteint promptement les forces, et qu'il importe de les conserver pour que la vie se soutienne jusqu'à ce que la cause morbide ait épuisé toutes ses manifestations.

» Je ne crois pas que le tartre stibié soit dans cette circonstance un remède spécifique, ou, pour mieux parler, un synthétique, c'est-à-dire un remède qui, s'attaquant au principe de la maladie, à sa cause première, en prévienne ou en arrête toutes les manifestations, tous les effets. Non ! je présume que la médication stibiée satisfait simplement à une indication des plus importantes : celle de prévenir ou de dissoudre les congestions viscérales, accompagnement inévitable et souvent mortel de la fièvre typhoïde. En arrachant le malade à ce premier danger, on donne le temps aux lésions moins promptement funestes de l'intestin et d'autres organes, d'arriver à la guérison qui est leur tendance habituelle.

» Quant aux autres indications qui se présentent dans le cours de cette longue maladie, je les remplis par les moyens usuels; je n'ai rien de particulier à en dire. » — (In *Revue médicale*, août 1855.)

Les preuves cliniques sont au nombre de quatre, chiffre bien faible pour que les espérances de l'auteur soient généralement partagées.

M. le docteur Foucart, qui a rempli avec zèle et distinction plusieurs missions importantes dans les départemens ravagés par le choléra en 1854, vient de publier les résultats de ses observations, dont nous croyons devoir donner aussi le résumé. Quoique nos opinions diffèrent de celles de notre honorable confrère sur le point relatif à la transmissibilité du choléra d'individu à individu, nous ne tairons pas l'expression de sa conviction à cet égard, tout en faisant nos réserves.

M. Foucart établit que, quant à sa nature, à sa marche, à sa durée, à sa gravité, à sa symptomatologie, le choléra s'est montré le même en 1854 qu'en 1832 et en 1849, et le même dans les départemens qu'à Paris.

Dans un certain nombre de cas, la symptomatologie a été moins complète ; quelques phénomènes ont parfois manqué, ou ont été peu marqués; les crampes, entre autres, ont été moins fortes et moins persistantes généralement ; mais ces différences n'ont constitué que des variétés sans importance au point de vue du pronostic et du traitement.

« Généralement aussi, dit M. Foucart, la période algide et cyanique a duré moins longtemps ; la réaction a été obtenue plus facilement; mais cette réaction s'est souvent accompagnée de phénomènes typhoïdes ou de phénomènes cérébraux qui sont devenus funestes.

» La présence des vers intestinaux dans les matières des déjections et des vomissemens de quelques cholériques, signalée comme un accident, a été assez rare, complètement sans valeur, et n'a jamais coïncidé avec des formes plus ou moins graves du choléra. La présence de ces ascarides lombricoïdes n'a pas été plus fréquente pendant le choléra qu'elle ne l'est à l'état normal chez les habitans des campagnes qui se nourrissent mal ou suivent un régime plutôt végétal.

» Le choléra a *toujours* été, cette année comme les autres et dans toutes les localités, précédé de phénomènes assez marqués et assez prolongés pour permettre d'instituer un traitement utile. La diarrhée est le plus constant de ces phénomènes prodromiques.

» Le choléra *foudroyant*, c'est-à-dire survenant sans prodromes chez un individu en bonne santé, *est un mythe*.

» L'expérience démontre que la suette et le choléra peuvent exister simultanément dans les mêmes localités, et que par conséquent il n'y a pas antagonisme entre ces deux maladies; leur coexistence n'est pas non plus forcée.

» Dans l'épidémie de la Haute-Marne et de la Haute-Garonne de 1854, la suette a, la plupart du temps, précédé le choléra. L'affaiblissement résultant de l'existence de la suette a constitué une prédisposition qui a pu quelquefois favoriser l'évolution du choléra, rendre sa marche plus rapide, et diminuer la durée de la période prodromique, au point de faire croire à l'observateur superficiel et peu expérimenté que cette période n'avait pas existé, tandis qu'elle avait été seulement de plus courte durée.

» Dans la plupart des cas, cette transformation de la suette en cholérine, puis en choléra, s'est opérée sous l'influence d'écarts de régime et d'indigestions par excès de nourriture.

» L'expérience de 1854 a démontré, aussi bien et mieux encore que celle de 1849, la transmissibilité du choléra d'individu à individu. L'analogie comme l'observation portent à penser que cette transmission a lieu par infection atmosphérique, de la même manière que celle des typhus, des fièvres éruptives, etc.

» Dans les cas excessivement rares, si tant est qu'il en existe, où le choléra n'a pas été précédé de prodromes, c'est par la transmission individuelle qu'il faut expliquer la rapidité de la marche de la maladie.

» Dans le traitement de la cholérine, ou plutôt dans celui des diarrhées, et en général de tous les phénomènes morbides qui peuvent être rapportés à la première période du choléra, la médication vomi-purgative doit être employée tout d'abord, et constitue en quelque sorte un spécifique. Nous n'avons jamais vu de cholérine, si grave fût-elle, traitée par cette méthode, se transformer en choléra. Les opiacés ne sont qu'un simple palliatif, et il n'est jamais prudent de les mettre en usage avant de les avoir fait précéder des évacuans. » — (In *Gaz. des hôp.*, n° 99, 1855.)

Nous donnons ici comme simple renseignement qui pourra servir plus tard, et dont nous prions nos lecteurs de se souvenir, les dates du début de l'épidémie cholérique en 1854 sur quelques points de l'Italie et de la côté méditerranéenne :

Gênes, le 11 juin; — grand-duché de Toscane, le 9 juillet; — Rome, le 22 juillet; — Naples, le 20 juillet; — Catane, le 31 août; — Messine, le 28 août ; — Palerme, août.

M. le docteur Tholozan, après avoir fait la remarque que le nombre des diarrhées dysentériques a augmenté à Paris depuis les grandes chaleurs, moins cependant à Paris qu'à Londres et ailleurs, ajoute :

« Mais ces affections sont sujettes, comme toutes les maladies, à des variations de nombre et d'intensité dans les mêmes localités. Cela constitue le caractère des constitutions médicales, et, par rapport à l'état sanitaire actuel, cela permet d'expliquer le grand nombre d'affections diarrhéiques et dysentériques qui règnent maintenant. Si on n'adopte pas cette interprétation, on se met dans l'obligation d'expliquer, par une influence cholérique, les affections intestinales qui se développent en grand nombre depuis les dernières chaleurs. Alors on trouverait dans l'état sanitaire actuel des faits assez graves pour légitimer de sérieuses appréhensions. — Nous avons, à plusieurs reprises, indiqué ou fait pressentir ce qu'il fallait penser des quelques cas de choléra qui se sont développés dans la capitale depuis le mois de février. — Ces cas, d'abord tout à fait isolés, sont devenus moins rares depuis le commencement d'août : ils s'élèvent tout au plus actuellement à une soixantaine de décès depuis les six derniers mois. C'est donc là une influence tout à fait insignifiante, et nous n'en ferions pas mention si ce n'était pour dissiper les inquiétudes qui ont transpiré dans l'administration. Il se passe actuellement à Paris ce qui se passe à Londres et à Marseille depuis l'élévation de la température atmosphérique, une augmentation dans le chiffre des choléras sporadiques. L'épidémie, jusqu'à l'heure actuelle, ne nous menace pas. La constitution médicale est dysentérique ou diarrhéique et non pas cholérique. » — (In *Gaz. méd. de Paris*, n° 34, 1855.)

Nous voudrions que l'événement justifiât la vérité de ces observations. Nous craignons plutôt que notre honorable et zélé confrère, M. Gorlier, de Rosny, qui nous transmet l'expression de ses craintes sur l'explosion prochaine, très prochaine du choléra, appréhension qu'il fonde sur la recrudescence des affections diarrhéiques et dysentériques qu'il observe en ce moment dans sa localité, nous craignons, dis-je, qu'il n'ait trop tôt raison.

M. le docteur Beyran nous communique la formule d'un opiat qu'il emploie, depuis plusieurs années, contre les écoulemens blennorrhagiques. Bien que cette formule fût déjà publiée par M. Bouchardat dans son *Répertoire de pharmacie* et dans son *Formulaire magistral*, elle a subi, depuis, quelques modifications que nous devons signaler. Voici, du reste, la formule actuellement usitée de M. Beyran :

R. Copahu.	40 grammes.	
Magnésie calcinée. . . .	4	—
Alun parphyrisé.	1	—
Cachou id.	6	—
Cubèbe	36	—
Opium brut.	1	—
Essence de menthe et de cannelle . . . } *àà*	10 gouttes.	

Mêlez pour opiat.

M. Beyran administre cet opiat dans la blennorrhagie subaiguë, au début même de cet écoulement et lorsque l'inflammation n'a pas encore envahi tout le canal de l'urètre. Les écoulemens chroniques, sans rétrécissement urétral, sont également traités par cette préparation.

Le mode d'administration consiste à prendre chaque jour de cet opiat une cuillerée à café enveloppée dans du pain azyme convenablement humecté dans l'eau, une deuxième cuillerée une heure avant de dîner, et enfin une troisième en se couchant. L'écoulement, une fois arrêté, on diminuera graduellement la dose de l'opiat afin de le supprimer définitivement.

Amédée Latour.

PRESSE MÉDICALE.

DEUX CAS DE PSEUDARTHROSE GUÉRIS PAR LA TEINTURE D'IODE; par le professeur Uhde, à Brunswick. — Voici un résumé de ces deux cas :

1° Ouvrier de 23 ans, faible, maigre; fracture oblique de l'humérus à 5 centimètres au-dessus du coude, non consolidée malgré un bandage ordinaire. Sous l'influence d'un bon régime et des ferrugineux, la constitution s'améliore ; alors on procède à la guérison de la fausse articulation, en enfonçant une baguette d'ivoire dans chaque extrémité de l'os, à 15 millimètres de fracture, après avoir coupé les liens ligamenteux qui réunissaient les deux bouts de l'os fracturé. Bandage cartonné. Une inflammation assez vive s'établit, et après une quinzaine de jours, les cylindres d'ivoire, devenus mobiles, sont retirés. Dans la région de la fracture, on sentait une masse exsudée, plus ou moins molle, qui se durcissait peu à peu en une attelle capsulaire ; mais ce travail ne fit pas de progrès, et deux mois après l'opération, le bras s'est trouvé presque aussi mobile qu'avant. On attendait que les cicatrices des plaies de l'opération fussent devenues solides, et alors le bras, mis dans une attelle de ferblanc, fut badigeonné presque tous les jours à l'endroit de la fracture, avec la *tinct. iodi Demmii* (1). Les parties molles et les parties osseuses se gonflèrent sous cette influence; il se forma un cal solide, et quatre mois et demi après, le bras avait repris toute son aptitude au travail.

2° Homme solide, bien portant; fracture oblique des deux os de la jambe gauche, avec plaie contuse. Pendant trois semaines, fomentations froides et glacées ; puis, plus tard, appareil amidonné. Pas de consolidation. Le 8 novembre 1850, le malade fut amené à l'hôpital, et le 5 décembre on fit la résection des deux bouts du tibia. Pas de réunion fin janvier 1851. Nouvelle résection plus considérable que la première. Le 8 avril, la plaie était complétement cicatrisée ; mais, malgré un appareil de Seultet bien surveillé, la fausse articulation existait toujours. On fit alors les applications de cette teinture d'iode, et quatre semaines plus tard, il y avait un cal solide. Pendant ce traitement, la jambe était parfois fortement enflée et superficiellement douloureuse. La jambe gauche était de 5 centimètres plus courte que la droite ; et au mois de juin, le malade pouvait s'y appuyer pendant des heures. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 19.)

Quoique ces deux observations ne prouvent pas sans réplique que la guérison de la pseudarthrose ait été obtenue par la teinture d'iode, elles sont assez remarquables pour autoriser l'emploi de ce moyen dans des cas analogues. L'iode agit évidemment comme irritant local, et détermine peut-être par action spécifique l'exsudation de liquides organisables en cal. Il est naturel que, comme toujours dans ces cas, il faut avoir en même temps en vue l'état général.

Le même professeur a observé un cas de *luxation des* 2me, 3me *et* 4me *métatarsiens* dans la plante du pied, par suite du passage d'une roue de voiture pesamment chargée. Le premier métatarsien se trouvait à sa place normale ; les 2me, 3me et 4me étaient sur la même ligne horizontale avec le 5me. On sentait distinctement les surfaces articulaires antérieures du 2me et 3me cunéiforme, et la face antérieure et interne du cuboïde. La plante du pied était aplatie ; on y percevait des proéminences peu élevées, formées par la base des 2me, 3me et 4me métatarsiens, au-dessous de leurs os du tarse correspondans. Le diamètre longitudinal médian du pied était d'un tiers de centimètre plus court, et la ligne de Lisfranc de 1 centimètre plus large que sur l'autre pied. La réduction fut facile, mais la guérison assez lente. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 19.)

ÉTUDES SUR LA FRENGA DE LA SERVIE ; par le professeur Sigmund, à Vienne. — Frenga est la dénomination d'une maladie réputée endémique à la Servie, et contagieuse, caractérisée par des ulcérations étendues, rebelles, siégeant sur différentes parties du corps, le plus souvent à la face, dans les cavités nasale, buccale et gutturale, et s'accompagnant de doulenrs et de destruction des os, ordinairement de ceux de la face. Elle règne surtout dans ces parties de la Servie où avaient séjourné, en 1810, les armées combinées russe et servienne, et celle de la Turquie. Avant cette époque, la maladie y était inconnue. Une commission médicale avait conclu, dans son rapport, à la non-identité de la frenga avec la syphilis et la scrofule; elle la regarde comme une maladie particulière, idiopathique, qui ne trouve d'analogue que dans le *malo di skerljevo*.

Le professeur Sigmund, qui a étudié la maladie sur place, et a eu l'occasion d'en traiter plusieurs échantillons à Vienne, sur des Serviens, n'hésite pas à y reconnaître ou une syphilis ancienne et négligée, ou une scrofule dans les mêmes circonstances, ou une combinaison de ces deux maladies, abstraction faite des cas qui ne sont pas la frenga proprement dite, mais des cas de cancer, de scorbut, d'ichthyose, etc. Sur les 9 observations qu'il communique avec détails, il y en a 2, évidemment syphilitiques, pouvant être poursuivies à la forme primaire ; 3 sont syphilitiques, sans qu'on puisse suivre la filiation des phénomènes primitifs aux lésions actuelles ; 4 offrent l'image d'affections scrofuleuses profondes et fortement développées, telles qu'on peut les voir journellement. La syphilis héréditaire joue un grand rôle dans l'étiologie de la frenga. Pour le professseur Sigmund, la première ne comprend pas seulement les formes que nous rangeons ordinairement dans cette catégorie ; mais d'autres affections qui se développent plus tard, souvent jusqu'à la dix-septième année et au delà, peuvent être ramenées à ce point de départ, telles que souvent le lupus, les tubercules des tissus mous, des cartilages, des os, surtout du nez et du palais. Il n'ose se prononcer positivement sur la question de la provenance de la scrofule par la syphilis ; mais l'observation fréquente de parens syphilitiques, ayant donné naissance à des enfans scrofuleux, rapproche singulièrement ces deux états pathologiques.

La croyance populaire prête à la frenga un caractère contagieux ; la commission médicale, sans l'adopter, ne le nie pas ; le professeur Sigmund le conteste formellement. La maladie guérit parfois rapidement quand elle est bien traitée. En Servie, la commission médicale préconise surtout les préparations mercurielles ; les iodiques donnent peu de résultats. M. Sigmund, s'appuyant sur ses propres observations, fait remarquer que les mercuriaux ont du succès dans les formes proprement syphilitiques, sur lesquelles, comme sur la syphilis ordinaire, les iodiques n'ont pas de prise durable, s'ils ne sont pas accompagnés ou n'ont pas été précédés de mercure. L'iodure de fer a eu de bons résultats entre les mains de notre confrère de Vienne, comme il appert des observations consignées dans ce travail. — (*Zeitschr. de K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 1.)

(1) Je n'ai pu trouver nulle part la formule de cette teinture d'iode. — (*Note du traducteur.*)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 103. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 30 Août 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 29 AOUT 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie n'a, hier, entendu que des lectures, et n'a pas fait le plus petit rapport.

M. Collineau a lu pour M. Fée, professeur à Strasbourg, et membre titulaire de l'Académie, une note contre l'identité et même contre l'assimilation entre le rêve et la folie. Cette lecture n'a donné lieu à aucune discussion.

M. Morel-Lavallée, dans un mémoire étendu, a cherché à faire valoir les avantages d'un nouvel appareil qu'il a imaginé pour les fractures des mâchoires, et plus spécialement de la mâchoire inférieure. Nous donnons, à notre compte-rendu, la description et la figure de cet appareil.

Enfin, M. Apostolidès a lu un mémoire sur la compression, qu'il distingue en physique et en physiologique, et qui jouent l'une et l'autre, dit-il, un grand rôle dans l'issue et la guérison de plusieurs maladies.

L'Académie, si elle fait un rapport, aura à apprécier la valeur de ces communications. — Amédée Latour.

BULLETIN SANITAIRE.

L'état de la santé publique, à Paris, loin de s'être aggravé depuis le 26, s'est au contraire sensiblement amélioré. Les lits vacans dans les hôpitaux sont toujours en très grand nombre, et rien n'annonce que la capitale soit placée sous une influence épidémique quelconque. Les affections gastro-intestinales que nous avions signalées dans notre dernier numéro, ont perdu de leur généralité et de leur gravité. Il est à espérer qu'avec l'abaissement de la température qui s'est manifesté depuis hier, la santé publique reviendra à cet état florissant que nous avons été heureux de signaler plusieurs fois pendant le cours de cet été. — Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU GOUDRON DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉTAT TYPHOIDE ET DE LA FIÈVRE TYPHOIDE;

Par M. le docteur A. CHAPELLE, d'Angoulême.

Je traite ici de la maladie qui, avec l'affection tuberculeuse, fait chaque année, en Europe, le plus de victimes humaines.

Pour les médecins modernes, la fièvre typhoïde fait partie de cette entité morbide si vague et si complexe qu'on appelle phlegmasie, irritation, inflammation.

Dans leur langage figuré, les anciens avaient considéré les phénomènes morbides où l'on perçoit plus de chaleur, où l'on trouve plus de rougeur et plus d'activité cirrculatoire comme soumis à une sorte d'incandescence, comme exposés à l'action du feu, du phlogistique. Ces idées, empruntées au monde inorganique, ont disparu aujourd'hui devant les sévérités de la science. Mais les mots sont restés; et l'appellation commune a entraîné la conformité de traitement. La rougeur hypertrophique ou ulcéreuse des follicules de l'intestin, l'état fébrile général ont suffi, aux yeux des médecins, pour légitimer la nature inflammatoire de l'affection typhoïde et appeler sur elle le torrent antiphlogistique créé par l'imagination des hommes. Nous sommes, en médecine, à une époque à peu près correspondante aux temps où, en chimie, on confondait sous le nom d'acide tout ce qui corrode et qui brûle.

C'est en quittant les vieux sentiers du phlogistique tout encombrés d'ornières, en considérant la maladie typhoïde comme unité morbide distincte, spécifique, qu'elle apparaît à l'étude clinique sous un jour tout nouveau, et que j'ai été conduit à puiser dans la matière médicale un agent efficace, de facile administration, pour remplacer le traitement meurtrier des émissions sanguines et des exutoires.

De même que l'intermittence existe souvent sans fièvre, de même que l'état saburral se montre à l'état apyrétique comme à l'état pyrétique, sans que ces divers aspects fassent perdre à la maladie son individualité propre, son aptitude à céder à la même médication; de même il existe un état typhoïde sans fièvre ou compliqué d'un appareil fébrile plus ou moins intense, que le même mode de traitement fait également disparaître.

En rappelant leurs souvenirs, tous les praticiens reconnaîtront avoir vu des malades qui présentaient les caractères suivans :

Dès le début, diminution notable ou perte complète d'appétit; pesanteur d'estomac et parfois même vomissement après le repas; la langue, rouge à la pointe et sur les bords, est d'une largeur et d'une épaisseur ordinaire, recouverte à sa face supérieure d'un enduit poisseux, grisâtre, qui s'invisque aux dents et au palais. Cet enduit tend souvent à prendre une consistance sèche et à revêtir une coloration brunâtre. L'haleine n'exhale d'ordinaire aucune odeur forte, fétide. La soif est nulle ou peu considérable; les urines sont généralement sédimenteuses et laissent déposer au fond du vase qui les contient une couche de matières d'un blanc sale formée par de l'acide urique amorphe mêlé d'un peu de mucus. Quant aux selles, elles sont très souvent diarrhéiques et d'une grande fétidité; lorsqu'elles sont liquides, leur couleur est d'un gris jaunâtre ou noirâtre, et des grumeaux blanchâtres nagent au sein de leur masse.

L'affaiblissement de l'action musculaire devient manifeste, prononcé dès le premier jour de l'affection. Si le malade peut parfois vaquer à une partie de ses occupations, faire chaque jour une courte promenade, ou remplir des quarts de journée s'il est ouvrier, souvent aussi sa lassitude est si grande qu'il fait difficilement quelques pas. Il est très sujet aux vertiges, surtout dans la position debout. Sa marche est alors chancelante, comme celle d'un homme pris de vin. Le regard perd très souvent de son expression et prend un caractère de stupeur plus ou moins prononcé. Tout travail de l'esprit devient pénible et difficile. Le malade accuse des douleurs à la tête, surtout aux régions temporale et frontale, où la sensation est ordinairement gravative. Le vertige accompagne fréquemment cette céphalalgie, mais quelquefois il arrive que le vertige est remplacé par un bruissement dans les oreilles. La région lombaire est aussi le siége de douleurs qui se manifestent sous la forme contusive. A la région précordiale se développe parfois aussi une douleur sourde ou constrictive. Généralement, toutes ces sensations douloureuses augmentent le soir; en même temps, la lassitude devient plus prononcée et le malade est obligé de se coucher de bonne heure.

Chaque jour le malade se lève quelques heures seulement ou toute la journée. Souvent il n'éprouve de fièvre ni dans le jour, ni dans la nuit. Le pouls, plus dépressible ordinairement qu'à l'état normal, est de 70 à 80 pulsations par minute. La peau est généralement sèche et paraît plus chaude que dans l'état de santé. Si le jour est complètement exempt de fièvre, il arrive parfois que le soir, à l'entrée de la nuit ou au milieu de la nuit, le patient éprouve une accélération de la circulation, la peau devient plus chaude, la lassitude, la soif, la céphalalgie

Feuilleton.

DE LA LONGÉVITÉ HUMAINE ET DE LA QUANTITÉ DE VIE SUR LE GLOBE;

Par P. FLOURENS, membre de l'Académie française, et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, etc. — Un volume in-12, chez Garnier frères, rue des Saints-Pères, 6.

Il y a quelques mois à peine, nous annoncions l'apparition de l'ouvrage de M. Flourens, intitulé : *De la longévité humaine et de la quantité de vie sur le globe*, et c'est de la seconde édition que nous venons rendre compte aujourd'hui. Le succès extraordinaire de cette publication, à une époque où les œuvres littéraires et scientifiques sont frappées de langueur, doit être attribué à deux causes essentielles : le sujet du livre et le nom de l'auteur.

Quel est l'instinct le plus puissant de l'homme, quelle est sa passion la plus énergique ? L'ambition, la fortune, la santé même ne figurent qu'au second rang; l'amour de la vie, cette soif qui doit rester inassouvie, domine tous les instincts, toutes les cupidités, toutes les passions; et quand il faut la quitter, la philosophie, la religion, la nécessité se trouvent parfois impuissantes à inspirer la résignation. Dans sa dernière maladie, le neveu du grand Turenne, le cardinal de Bouillon, recevant la visite de l'abbé de Saint-Louis de La Trappe, lui dit aussitôt : *Ne me parlez pas de mort*, M. de Saint-Louis, *pas de mort, je ne veux point mourir.* Ainsi pense le commun des hommes, et le médecin se voit obligé de respecter ces défaillances de la nature, en faisant toujours luire au chevet du lit des mourans quelques rayons d'espérance.

La matière du livre de M. Flourens s'adresse donc à la fibre la plus vivace des désirs humains; mais quoique, à différentes reprises, des hommes d'un grand mérite eussent traité la question de la longévité humaine, aucun n'avait, pour le faire, l'autorité de M. Flourens, l'un des représentans les plus éminens de la science moderne. Lorsqu'on a vu cette question soumise à l'examen d'un esprit aussi supérieur, on a pensé, avec raison, qu'elle allait sortir des banalités de l'école, et se présenter rajeunie et fécondée au tribunal des savans. Tel est le secret de la réussite que nous avons signalée au début de cet article; réussite qui ne doit surprendre personne, quand il s'agit de l'œuvre du secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, à qui nous devons une analyse profonde et complète des fonctions du cerveau, et parmi plusieurs découvertes physiologiques, celle des fonctions du cervelet, l'une des plus belles et des plus importantes de notre siècle.

Le livre de M. Flourens offre deux grandes divisions : l'une traite *de la longévité*, et l'autre *de la quantité de vie sur le globe.* Pour un très grand nombre de lecteurs, l'intérêt de la première partie, si remarquable cependant par tant d'aperçus ingénieux et de principes féconds, se trouve dans le chiffre assigné par ce savant à la vie humaine : cent ans de vie normale, deux cents ans de vie exceptionnelle. Un philosophe célèbre s'est vivement récrié sur ces deux chiffres, que nous regardons comme l'expression d'une vérité utile, et non comme un jeu de l'imagination, ou une amorce jetée aux convoitises. Le refus de la louange, dit La Rochefoucauld, est le désir d'être loué deux fois. Le contradicteur dont nous parlons avait pour but secret ou avoué d'amener M. Flourens à répéter qu'il ne s'est pas trompé, qu'il a parlé avec une conviction entière. M. Flourens n'a point refusé cette satisfaction à son collègue de l'Académie française, qui ne demandait qu'à être convaincu deux fois. Dans la préface de la deuxième édition, il a donc justifié et confirmé toutes ses opinions; et en y réfléchissant, on reconnaîtra que cette question est l'une des plus graves et des plus intéressantes que puisse agiter un physiologiste. Actuellement, sur le globe entier, la vie moyenne de l'homme est à peine de 33 ans; nous l'exagérons même. Or, en prouvant avec la dernière évidence, par les lois du développement des corps organisés, qu'elle devrait atteindre un siècle et plus, M. Flourens a voulu nous montrer combien les hommes sont dégénérés, combien nos institutions sont vicieuses. Quoi! le Créateur vous avait donné une constitution robuste et saine, vous l'avez rendue chétive et maladive; il vous avait accordé une existence de un à deux siècles, vous avez réduit à quelques années cette carrière déjà si courte. Voilà le fruit des passions folles, des goûts dépravés, d'une éducation fausse, des mariages honteux, d'un régime déplorable : avec nos mœurs, nos passions, nos misères, dit énergiquement le savant académicien, l'homme ne meurt pas, il se tue.

Ah ! si, usant de l'autorité que donnent la science profonde et une réputation légitime, M. Flourens parvenait à persuader à l'homme qu'il doit tout changer, éducation, mœurs, régime, jusqu'à ce qu'il atteigne le terme moyen d'existence que le Créateur lui accorde, un siècle, il aurait rendu plus de services que tous les législateurs ensemble. Ce savant pouvait étayer son opinion sur des milliers d'exemples où nous voyons des hommes de toutes les nations, malgré les plus déplorables conditions de régime, malgré l'excès de travail et la misère même, dépasser le terme de cent ans; mais il se contente de rappeler quelques-uns de ces exemples à la mémoire de ses lecteurs, et préfère demander des preuves à une autorité plus irréfragable encore, la loi de la croissance des corps organisés; elle est le cinquième et même le sixième de la durée totale de la vie pour toutes les espèces; or, pour l'homme, cette croissance n'est complète qu'à l'âge de 20 et de 25 ans. Que pourraient répondre des contradicteurs à un tel argument? L'histoire enfin, dont on ne doit jamais dédaigner les enseignemens, apporterait son contingent de preuves vivantes à l'appui de la thèse soutenue par M. Flourens. Car, dans chaque siècle, la nature produit un certain nombre de centenaires comme pour rappeler à l'homme sa destination, et la longévité que ses vices lui ont fait perdre, que de bonnes institutions pourraient certainement lui rendre. Si, à une époque de décadence et de dépravation, le psalmiste a pu dire : Le cours de notre vie est de 70 ans, de 80 pour les plus robustes, on lit au contraire dans la Genèse (ch. IV, vers, 3) que la vie de l'homme, après le déluge, sera de six vingt ans. Ce fut le terme de celle de Moïse, dont la vue, à cet âge avancé, ne baissa point, dit l'Écriture-Sainte, et dont les dents ne furent pas ébranlées.

L'auteur voulant, par un seul exemple, faire apprécier les avantages d'une vie sobre et régulière, a eu l'heureuse idée de consacrer le premier chapitre de son livre à la biographie, admirablement retracée,

augmentent. Cet état fébrile léger se fait sentir une ou plusieurs heures, puis cesse à l'arrivée du jour. Le sommeil est lourd et troublé par des rêvasseries pénibles. Dans le cours de la maladie apparaissent parfois de légères épistaxis. J'ai eu occasion de voir, au mois dernier, un jeune chirurgien de marine attaché à la fonderie de Ruelle, qui, au seizième jour d'une maladie semblable à celle dont je parle, a été pris d'une hémorrhagie intestinale abondante.

Voilà un appareil morbide, dont la durée est de quinze jours à deux mois, qui reproduit les symptômes de la fièvre typhoïde à l'état prodromique. Pendant tout le cours de son évolution, cette maladie est apyrétique ou à peu près apyrétique, et permet à la personne qui en est affectée de vaquer à une partie de ses occupations ou au moins de rester levée une partie de la journée. C'est ce que j'appelle l'*état typhoïde*. L'état typhoïde et la fièvre typhoïde ne sont qu'une même maladie, dont la forme et la gravité seules varient ; à part leur intensité, les caractères morbides restent les mêmes dans l'un et l'autre cas : disposition à la diarrhée et au rendement de matières alvines fétides, anorexie, état poisseux de la bouche, langue rouge à sa pointe et sur les bords, aptitude hémorrhagique des muqueuses, parfois présence de pétéchies sur le tronc, céphalalgie avec vertiges ou bruissement d'oreilles, disposition des traits de la figure à prendre l'état de stupeur, courbature générale, urines sédimenteuses.

L'état typhoïde se montre surtout dans les temps et dans les lieux où règne la fièvre typhoïde. Il est compris par les médecins modernes dans cette classe morbide si vague qu'on appelle courbature, embarras gastrique, etc... Contrairement à l'état saburral où l'haleine exhale une odeur fétide, où la langue est large, épatée, dépourvue de rougeur, recouverte sur toute sa surface d'un enduit jaunâtre et pâteux, l'état typhoïde n'éprouve aucune modification thérapeutique par l'usage des vomitifs ou des purgatifs salins. Cette maladie est ordinairement sans gravité et se termine heureusement d'elle-même, si elle n'est pas troublée dans son cours par de grandes imprudences commises par le malade. Toutefois, à mesure qu'elle dure, la prostration augmente, l'amaigrissement se prononce, et la mort peut en être la conséquence si le médecin appelé à donner des soins s'acharne à combattre la douleur locale ou la modification cérébrale par de fortes émissions sanguines.

Cet état morbide a attiré, pour la première fois, mon attention au mois de novembre 1852. Un de mes parens, dont les occupations actives exigeaient la présence sur plusieurs points, fut pris alors de la maladie dont je viens de parler; il était sans appétit, la soif médiocre ; il éprouvait après le repas une disposition à vomir; les boissons fades, appelées émollientes, comme la tisane de chiendent, de riz, déterminaient à l'épigastre une sensation de plénitude, de pesanteur, et provoquaient la formation de matières gazeuses qui s'échappaient par éructations ou produisaient des borborygmes; il eut deux faibles épistaxis dans l'espace de quinze jours; la langue, rouge sur presque toute sa surface, était recouverte d'un enduit grisâtre et poisseux; elle devint sèche et croûteuse après six semaines de maladie. Les matières fécales, d'un vert foncé, étaient diarrhéiques et très fétides; les urines légèrement rouges et très sédimenteuses; ventre tendu et un peu douloureux à la région hypogastrique; céphalalgie gravative le soir surtout. Le faciès exprimait de la stupeur et les sens étaient obtus ; il restait levé une grande partie de la journée, faisait plusieurs fois le tour de sa chambre, mais la marche était lente et mal assurée; il éprouvait, quand il était debout, des vertiges tels qu'en marchant il était parfois obligé de prendre un point d'appui sur la muraille ; lassitude générale ; affaiblissement musculaire prononcé dès le début. Le pouls était mou, parfois irrégulier, avait de 70 à 80 pulsations par minute dans le jour; le soir, le nombre des pulsations ne dépassait pas 90; sommeil prolongé la nuit, mais souvent troublé par des rêves pénibles. Désireux de faire promptement sortir ce malade de cet état, j'employai successivement les purgatifs salins, la rhubarbe, les bains généraux, l'eau de Vichy, les tisanes amères. Je n'obtins aucun résultat utile de ces médications. J'eus recours, en dernier lieu, à l'usage du goudron liquide en tisane et en lavement. Dès le second jour, il y eut une amélioration notable, et dès le troisième jour, l'appétit commençait à se faire sentir ; les selles avaient perdu leur fétidité, la céphalalgie était à peu près nulle, et le sommeil redevenu calme.

Frappé de cet heureux et prompt résultat, j'ai cherché dès lors à suivre les effets de cette médication dans l'état typhoïde et dans la fièvre typhoïde. Depuis deux ans et demi j'ai pu l'expérimenter sur une échelle assez vaste; et l'épidémie typhoïde que nous avons traversée dans l'automne de 1854 et dans l'hiver de 1854-55 m'a permis d'apprécier toute la valeur du traitement que je préconise. Je suis arrivé à cette conclusion que : si le goudron liquide ou goudron des pharmacies n'est pas un spécifique tout à fait aussi certain contre la maladie en question que le sulfate de quinine contre la maladie intermittente, et le sulfate de magnésie contre la maladie saburrale, il est incontestablement l'agent le plus efficace qui ait été indiqué contre la maladie typhoïde.

Le goudron liquide doit être administré à l'intérieur sous la forme de tisane et sous la forme de lavements. — La tisane se prépare par macération de la manière suivante : on prend 60 grammes environ de goudron liquide qu'on met dans un vase de la capacité d'un litre environ ; on le remplit d'eau chaude ; après un contact de quelques heures, le malade commence à boire de ce liquide, et à mesure qu'il en prend, on a soin de verser dans le vase une égale quantité d'eau ordinaire, de telle sorte que cette dose de goudron suffit pour constituer la boisson qui sert pendant toute la durée du traitement. — Quant aux lavemens, voici leur mode de préparation : on mêle et on bat ensemble un ou deux jaunes d'œufs, suivant leur grosseur, avec une cuillerée à bouche de goudron liquide ; puis on délaye ce mélange dans trois quarts environ de litre d'eau tiède. Ce liquide sert ordinairement pour deux lavements.

Le malade doit boire de la tisane autant qu'il le pourra. Quant aux lavements, il importe d'y insister d'autant plus qu'on éprouve du dégoût pour la tisane ; il faut faire en sorte que l'intestin en contienne toujours une certaine quantité. Quelquefois on est obligé d'en administrer 6, 8, 10 dans les vingt-quatre heures. Si le malade est pris de diarrhée, l'usage de ces lavements la fait promptement cesser.

Il arrive que, dans l'espace de deux ou trois jours, l'usage simultané de ces lavemens et de cette tisane triomphe de l'état typhoïde. La fièvre typhoïde, de moyenne intensité, appelé généralement fièvre muqueuse, demande, pour sa disparition, près du double de temps. La fièvre typhoïde proprement dite, quelle que soit sa forme, est vaincue dans ses phénomènes essentiels dans l'espace de huit à dix jours. En suivant rigoureusement ce seul traitement, on voit chaque jour la peau perdre de sa sécheresse et de sa chaleur, la langue s'humecter et se dépouiller de ses rugosités, le ventre présenter moins de tension et de sensibilité, le sommeil devenir plus calme, les matières fécales acquérir une odeur de plus en plus normale et les facultés digestives se réveiller de leur torpeur.

Quand il n'existe qu'un simple état typhoïde, la tisane seule peut suffire à opérer la guérison ; mais lorsque la perturbation générale augmente, que la réaction fébrile se montre avec intensité, que les désordres fonctionnels arrivent à un haut degré, il faut, pour vaincre ces désordres, une dose plus forte de médicament que dans l'état apyrétique. L'emploi continu des lavements sera alors d'une nécessité indispensable. Toutefois, quand la poitrine ou la tête ont été le théâtre d'une perturbation violente, la disparition des phénomènes propres à la fièvre typhoïde ne fait pas cesser subitement ces complications. Ces désordres fonctionnels disparaissent d'eux-mêmes et peu à peu, ou bien exigent l'intervention ultérieure d'un traitement approprié à la perturbation morbide.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Suite. — Voir les numéros des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14 et 23 Août.)

Sixième Leçon.

Nous avons supposé trois cas différens dans le mal de Pott, au point de vue du traitement : dans le premier, il n'y a ni paralysie, ni abcès; dans le second, il existe de la paralysie; dans le troisième, on voit des abcès, ordinairement sans paralysie. Je ne parle pas de ces abcès qui sont bornés à la surface des vertèbres malades et qu'on a appelés assez exactement *sessiles*, mais bien des véritables abcès par congestion, des abcès migrateurs.

Nous avons terminé l'histoire du traitement pour le premier cas, en ce qui concerne la lésion vertébrale proprement dite; ce traitement s'applique également aux deux autres cas, puisqu'il faut traiter la maladie osseuse en même temps que les accidens dont elle s'accompagne.

Vous avez vu que je ne partage pas l'opinion qui règne encore de nos jours sur l'efficacité des cautères dans le mal vertébral de Pott; ils ne mettent pas à l'abri des abcès ni de la paralysie. Je vous ai fait voir, en outre, que la guérison des cas où la maladie ne se complique pas de ces deux accidens a souvent lieu sans l'emploi de ce moyen. Il me reste à compléter ce que j'ai dit à cet égard.

Quand une erreur persiste des siècles, elle renferme, sans aucun doute, un coin de vérité : elle ne subsisterait pas aussi longtemps sans cette condition de durée. Cette remarque est entièrement applicable à la méthode curative du chirurgien anglais; elle nous explique comment cette méthode a pu vivre soixante-seize ans; comment elle est parvenue jusqu'à nous. D'où vient donc l'erreur de Pott et des médecins qui l'ont imité ? Elle provient de ce que les cautères jouissent d'une efficacité réelle contre certains symptômes dominans de l'affection vertébrale.

Nichet a pratiqué trente autopsies dont il a tracé le tableau; il est arrivé à cette conclusion : que la maladie est le plus ordinairement de nature tuberculeuse, que, par conséquent,

---

d'un illustre centenaire, celle de Cornaro. Né avec une constitution très faible, Cornaro se livra, comme tous les jeunes seigneurs italiens de son âge, à de grands excès de table; il en résulta qu'à trente-cinq ans, accablé de goutte et d'infirmités, les médecins ne lui donnaient que deux ans à vivre. Il se fit alors une révolution complète dans son esprit, il renonça courageusement à sa vie dissipée; grâce à ce changement, il eut le bonheur de retrouver la santé, de tromper toutes les prévisions de la médecine, et de parvenir, à force de modération et de régime, à l'âge de cent ans sans avoir perdu de ses facultés, de sa mémoire, ni de la douce gaîté de son humeur. Toutefois, M. Flourens invite-t-il tous les hommes à suivre le régime de l'illustre vénitien? Sur cette question, il partage la judicieuse opinion de Ramazzini. Le régime sévère de Cornaro peut convenir à quelques goutteux émérites, à des hommes ruinés par l'intempérance ; mais il serait peu rationnel de vouloir l'imposer au soldat, au voyageur, au marin, à tous ceux enfin dont la vie laborieuse ne peut se soutenir que grâce à une nourriture abondante et réparatrice. Mais si les privations ne conviennent point aux hommes qui dépensent de grandes forces en travail journalier, tous doivent être tempérans, et dans toutes les conditions, la sobriété est un gage de santé et de longue vie. Leonicénus, médecin de Ferrare, le premier qui traduisit en latin les œuvres de Galien, vécut, exempt d'infirmités, jusqu'à 96 ans ; il attribuait la vigoureuse santé dont il jouit à la sobriété et à la pureté de ses mœurs. Il y a quelques années, l'évêque de N*** demandait à un curé de village, presque centenaire, quels moyens il avait employés pour parvenir à cette heureuse vieillesse. Le bon prêtre répondit avec simplicité : *Caritas, pietas, castitas, sobrietas.*

Tout ce premier chapitre, ainsi que les suivans, qui traitent de la vieillesse, respirent un doux charme ; on les lit avec émotion comme on admire une belle et mélancolique journée d'automne. M. Flourens qui, grâce à Dieu, fera encore plusieurs bons livres et en donnera de nombreuses éditions, avant de connaître cet âge dont il parle avec tant d'abandon et de sérénité, semble avoir voulu nous prouver avec Cicéron, Cornaro, Fontenelle, Buffon, que la vieillesse est un privilège et presque l'époque la plus heureuse de la vie. Ces hommes aimables parvenus à un âge que nous calomnions, faute de le mieux connaître, conservèrent jusqu'au dernier moment leur noble intelligence, et à l'exemple de Phérécyde, de Démocrite, de Gorgias, de Xénophon, du Titien et de tant d'illustres centenaires, moururent la plume à la main et dans toute la vigueur de leur génie. Delille, âgé de 75 ans, n'avait rien perdu de sa verve poétique et travaillait à un poème sur la vieillesse; cependant, il disait parfois gaîment à ses amis qu'il était trop plein de son sujet.

Pourquoi la plupart des physiologistes et des hygiénistes se font-ils un devoir de copier, les uns et les autres, tous les lieux communs qu'on nous débite depuis plusieurs siècles sur les tempéramens et les âges? Que ne suivent-ils l'exemple de M. Flourens? Esprit novateur et indépendant, il n'accepte aucune doctrine sans contrôle, et ne jure sur la parole d'aucun maître. S'il aime à citer Aristote, Descartes, Buffon, Leibnitz, c'est qu'il trouve souvent la vérité chez ces grands penseurs ; mais rencontre-t-il une opinion hasardée, une théorie fausse, il les signale et les réfute avec un bon sens qu'on voit rarement au même degré chez les savans doués d'une vive et brillante imagination. Aussi, s'est-il affranchi des limites que, jusqu'ici, on avait servilement assignées aux quatre ages de la vie, et en propose-t-il de nouvelles, plus justes et plus rationnelles qui sont destinées à remplacer tout ce qui s'écrit ou se professe dans les livres et dans les chaires. L'observation attentive des phénomènes naturels nous fait découvrir, dans la vie, trois périodes importantes : la première consiste dans l'accroissement du corps en hauteur, la seconde dans le développement en grosseur ; enfin, le grand physiologiste en signale une troisième qui n'a pas même été indiquée jusqu'ici ; c'est un travail intérieur et profond qui fortifie toutes les parties, rend les fonctions plus assurées et l'organisme entier plus complet; ce travail s'opère de 40 à 55 ans, et puis se maintient jusqu'à 70 ans, époque où, suivant M. Flourens, commence la première vieillesse. Dans ces chapitres, comme en général dans le cours de l'ouvrage, nous trouvons développée la théorie de la mutation continuelle de la matière, au sein de l'organisme vivant, théorie entrevue, il est vrai, par les anciens philosophes, et proclamée par les physiologistes modernes, mais dont on doit la démonstration au savant auteur des *Expériences sur la formation des os des jeunes animaux*.

Dans la fixation de l'époque de la vieillesse, Réveillé-Parise avait fait un pas, en disant que de 55 à 75 ans, la vie de l'esprit a une étendue, une consistance et une solidité remarquables; c'est véritablement l'homme ayant atteint toute la hauteur de ses facultés. M. Flourens approuve tout cela, mais il n'appelle point vieillesse l'âge qui commence à 55 ans. Ainsi que nous l'avons déjà signalé, il fait commencer la première vieillesse à 70 ans, et la prolonge jusqu'à 80 ou 85 ans. Il nous serait facile de prouver, en effet, que cet âge est parfois celui des œuvres sublimes et des nobles entreprises, l'âge où Buffon écrivait ses *Époques de la nature*, Sophocle *Œdipe à Colonne*, Bossuet l'*Oraison funèbre du prince de Condé*. Nous trouverions dans toute l'histoire des exemples innombrables à l'appui de la thèse soutenue par l'illustre académicien ; et qu'on le remarque bien, nous ne prétendons pas seulement que l'homme de lettres, le savant, le philosophe jouissent, dans cette première vieillesse, à laquelle appartiennent Homère, Ossian, Milton, de toute la vigueur de leurs facultés, mais nous pourrions citer également des hommes de guerre célèbres et de grands politiques, tels que Agésilas, Parménion, Fabius, Duguesclin, Louis XIV, Blücher, lord Chatam et tant d'autres. Aujourd'hui même, parmi les hommes placés aux postes les plus élevés dans deux grandes nations, nous en trouvons plusieurs qui ont dépassé l'âge de 70 ans, et qui sont remarquables par l'infatigable activité, la fermeté de caractère et la vigueur des résolutions.

Nous ne voulions écrire que quelques appréciations, mais l'intérêt de l'ouvrage, dont nous avons présenté cette analyse incomplète, nous entraîne. Nous passons à regret sous silence la deuxième et la troisième parties, où l'auteur traite de la quantité de vie sur le globe, et de l'époque où elle y est apparue. Cependant, à nos yeux, elles l'emportent encore sur la première, non seulement par l'intérêt, mais encore par la hauteur des vues et l'originalité des solutions; on trouve à chaque page le naturaliste profond, le critique ingénieux et le véritable philosophe, dont toutes les conjectures sont sages, toutes les hardiesses justifiées. Ici M. Flourens, avec l'autorité de son nom et de son grand savoir,

les cautères sont impuissans à guérir la lésion, bien qu'ils soient utiles contre quelques-uns de ses symptômes.

Parmi ces symptômes, le premier est la douleur. Dans beaucoup de cas, cette douleur se calme après une application de cautères. C'est là un des motifs qu'on fait valoir pour prouver leur efficacité dans le mal de Pott. Ce fait n'a pas la valeur qu'on lui prête ; la douleur peut cesser, en effet, et cependant la maladie n'en continue pas moins ses ravages. Mais le grand argument contre l'emploi constant des cautères, c'est qu'on enlève la douleur par des moyens beaucoup moins pénibles pour les malades que les cautérisations profondes. Le premier de ces moyens, c'est le temps; la douleur disparaît souvent par la marche spontanée de la maladie; le second, c'est le repos; le troisième, enfin, est la révulsion extérieure, mais plus douce que celle qu'exercent les cautères.

Les moyens révulsifs doux dont je parle en ce moment, vous les connaissez tous ; ce sont les sinapismes, promenés le long de la colonne vertébrale, l'emplâtre stibié, les frictions avec l'huile de croton, les ventouses sèches, laissées en place jusqu'à vésication. Sur ces deux malades, nous employons un autre révulsif, la teinture d'iode. Vous avez pu juger par vous-mêmes des effets de cet agent; il produit d'abord un léger érythème, puis un soulèvement et une desquamation de l'épiderme, et enfin une vive irritation de la peau sans suppuration, si l'on réitère dans le même endroit les applications du caustique. Le repos, quelques bains ont suffi pour calmer la douleur chez ces autres enfans, dont plusieurs vous ont été déjà présentés. Il y a encore un moyen révulsif que je ne dois pas omettre; ce sont les vésicatoires. Appliquez-en successivement plusieurs autour de la gibbosité, vous calmerez ainsi les douleurs.

Si, de nos jours, on a encore fréquemment recours aux cautérisations profondes, il y a cependant, dans leur emploi, un progrès que je constate avec plaisir. Pott voulait de larges ulcérations, entretenues longtemps à l'aide de plusieurs pois placés simultanément dans la plaie. Aujourd'hui, les cautères sont superficiels; on n'y met plus de corps étrangers, et on évite de les entretenir. Les moxas ont été préférés par d'autres chirurgiens; on pourrait y avoir recours, ainsi qu'aux cautères volans dont je viens de parler, chez les malades vigoureux, et seulement lorsque les autres agens révulsifs moins pénibles auraient été sans résultat. Les raies de feu sont dans le même cas; je leur préfère toutefois la cautérisation pointillée superficielle avec un stylet plus ou moins chauffé à la lampe, l'allumette de M. Gondret, la pommade ammoniacale et autres moyens semblables.

On a encore employé les caustiques liquides, les acides concentrés. La cautérisation produite par ce moyen ne m'a pas paru préférable aux précédentes; elle ne produit pas, d'ailleurs, des plaies moins profondes que les cautères ordinaires. Il y a cependant une manière d'employer les acides que je dois vous faire connaître : c'est sous forme de liniment; leur action est alors amoindrie par le mélange des huiles. Neuf parties d'huile, une partie d'acide sulfurique, forment le liniment de Brodie, qu'on emploie en frictions sur les points douloureux. Ce liniment agit à la manière de la teinture d'iode. Je lui préfère toutefois cette dernière, parce qu'elle sèche rapidement, et qu'il est plus facile de limiter son action.

Deuxième cas : *Mal vertébral avec paralysie.* — Quelle est la marche spontanée de la paralysie produite par le mal vertébral? Abandonnée à elle-même, elle peut guérir; je vais vous en montrer deux exemples :

Voici une jeune fille de 12 ans, atteinte d'une gibbosité énorme, et chez laquelle la paralysie a débuté il y a deux ans. J'ai employé une foule de moyens : ventouses, vésicatoires, créosote ; j'ai mis des sinapismes, et j'ai donné le seigle ergoté à l'intérieur. Tous ces remèdes ont échoué; j'allais essayer la strychnine, quand une pleurésie intense se déclare. En peu de jours l'épanchement devient si considérable, que nous nous sommes demandé un instant si la thoracentèse ne devait pas être pratiquée. La malade cependant guérit sans cette opération. La convalescence fut longue; plusieurs mois s'écoulèrent sans amener un changement notable dans l'état de la motilité, lorsqu'au mois de janvier dernier, la malade put faire quelques petits mouvemens; l'amélioration continua, et l'enfant parvint successivement à marcher et à courir. Elle a conservé seulement un léger degré de rétraction des muscles du mollet.

L'autre enfant, avant d'entrer à l'hôpital, fut traité par les cautères. Malgré cette révulsion énergique, les jambes s'affaiblirent, la paralysie augmenta et devint complète. L'amélioration ne se fit sentir que longtemps après la cicatrisation des plaies du dos, en sorte qu'elle ne peut être attribuée à l'action du remède; c'est un cas de guérison spontanée. L'enfant n'a point eu d'abcès.

Vous voyez la marche favorable de l'affection abandonnée à elle-même chez ces malades. Que pensez-vous maintenant des cas où l'on a mis quarante cautères dans l'espace d'une année? Ne pourrait-on pas dire que la destruction du derme a été superflue dans ces cas, que la maladie a guéri spontanément? Assurément, cette opinion pourrait être soutenue.

Disons cependant que l'on a vu parfois l'application des cautères ou des moxas être promptement suivie d'une grande amélioration ; j'admets qu'ils ont eu une action réellement efficace dans ces cas.

Mais si les cautères sont utiles chez quelques malades, ils ne sont pas indispensables. La guérison peut être obtenue par les révulsifs plus doux déjà mentionnés; et lorsqu'elle survient après l'application des cautères, on est en droit de supposer qu'elle aurait souvent pu avoir lieu sans eux. Je le répète, ne les employez qu'après les moyens révulsifs d'une énergie moindre.

La paralysie dépendant du mal vertébral présente, dans sa marche, des irrégularités qui la différencient des autres paralysies. C'est qu'en effet, les causes qui la produisent sont, en général, mobiles et passagères : c'est un engorgement des méninges, une compression produite par des esquilles, du pus, des tubercules, etc. Les améliorations momentanées qui surviennent dans ce cas ne doivent pas être attribuées aux moyens thérapeutiques.

Une autre cause influe sur la marche de la paralysie. On ne voit pas, en général, survenir ce symptôme, quand il existe un abcès par congestion; et, quand la paralysie existait déjà, elle diminue ordinairement ou disparaît dès que l'abcès vient à se former. Il y a, comme je l'ai dit, une sorte d'antagonisme entre ces deux phénomènes. Il est probable que lorsque le retour des mouvemens coïncide avec l'apparition d'un abcès, c'est parce que le pus, en s'éloignant du canal vertébral, fait cesser la compression qui était exercée sur la moelle, soit par ce liquide lui-même, soit par les séquestres, les fragmens de matière tuberculeuse, etc., qu'il entraîne avec lui.

Chez un enfant actuellement soumis à notre observation et atteint pour la troisième fois de paralysie dépendant du mal vertébral, tous les moyens avaient échoué, lorsqu'un abcès parut sur le côté du cou ; à dater de ce moment, la paralysie, qui était complète, a diminué et aujourd'hui l'enfant peut se tenir debout et marche avec facilité.

Aussitôt qu'une amélioration se fait remarquer dans l'état des mouvemens, on peut souvent cesser tout traitement. C'est qu'en effet l'expérience a appris, et M. Duchenne de Boulogne l'a imprimé dans un de ses derniers ouvrages, que, lorsque la paralysie a reçu, pour ainsi dire, un coup de fouet, qu'elle commence à diminuer, l'amélioration peut continuer d'elle-même, sans l'emploi d'aucune médication.

Les moyens que je viens d'indiquer ne sont pas les seuls auxquels on ait eu recours pour combattre le symptôme qui nous occupe. Nous lisons dans Desault qu'un paralysé a été guéri par l'émétique donné en lavage ; M. Duchenne de Boulogne a fait connaître un fait de guérison par l'électricité; quelques malades ont été rétablis par la noix vomique combinée avec l'électricité (Ollivier), les bains de mer, les eaux minérales. Du temps de Pott, on avait déjà cité des exemples de guérisons obtenues par l'emploi de ces eaux.

De tous ces moyens, aucun n'a toujours réussi ; aucun n'a été sans succès. Que résulte-t-il de ce fait? c'est qu'il faut connaître tous ces moyens pour y recourir à l'occasion successivement, lorsque les premiers auront échoué.

Comme exemple de l'application des préceptes que je viens de poser et des résultats qu'elle procure, je place sous vos yeux un enfant de 8 ans, nommé Morin, atteint de mal vertébral siégeant au bas de la région cervicale, et ayant éprouvé à trois reprises, depuis un an, une paralysie des membres supérieurs et inférieurs. Les deux premières attaques ont cédé graduellement à l'emploi successif des cautérisations épidermiques, de sinapismes et autres révulsifs superficiels, *sans cautères.* J'ai cité plus haut ce qui est arrivé à la suite de la troisième atteinte, dans laquelle le rétablissement a coïncidé avec le développement d'un abcès cervical.

Une fille de 5 ans, encore dans nos salles, offre un cas analogue au précédent, tant par le siége de l'affection osseuse, que par celui de la paralysie. Celle-ci est en voie de guérison ; les seuls moyens employés ont été les sinapismes et les applications de teinture d'iode.

Deux autres malades de la même salle, affectées de mal vertébral dorsal et de paraplégie, sont traitées par le seigle ergoté ; le résultat a été complétement nul sur l'une d'elles; les mouvements commencent à reparaître chez l'autre.

Troisième cas : *Mal vertébral avec abcès par congestion.* — Nous avons peu de ressources certaines contre ce symptôme; la marche en est plus grave que celle de la paralysie.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès par congestion se terminent quelquefois d'une manière heureuse; ils peuvent guérir sans s'ouvrir. Le petit livre de David contient la première observation connue de guérison spontanée ; l'abcès volumineux que portait une jeune fille a guéri sans traitement. Depuis, un cas analogue observé par Dupuytren a été consigné dans ses leçons orales : trois ans après la disparition du foyer par congestion, le malade succomba. On en fit l'autopsie et l'on trouva l'abcès réduit à une poche d'un très petit volume, et ne contenant qu'une matière grasse très consistante. On trouve encore dans la science quelques faits épars d'une terminaison semblable.

Dans la première période des abcès migrateurs, la guérison

---

s'inscrit contre la doctrine des générations spontanées qui trouve encore quelques partisans ; là il proclame, et qui oserait le démentir ? que la physiologie est la science véritable des causes finales. Toutes ces questions d'*antiquité du monde*, d'*espèces anéanties*, de *révolutions du globe*, etc., sont intimement liées à nos croyances scientifiques et religieuses, et aux destinées mêmes de l'humanité. Il n'appartient qu'à un petit nombre d'hommes, tels que Buffon, Fontenelle, Leibnitz, Cuvier, M. Flourens, de nous initier à ces grands mystères de la nature. L'esprit, rassasié de science matérielle, se jette avec délices dans cet inconnu, qui semble un pont jeté entre le créateur et l'homme ; il admire les grands historiens qui éclairent de leur génie les ombres de ces siècles évanouis, qui *jettent quelques pierres numéraires sur la route éternelle du temps*, et remontant des effets aux causes, des ruines aux premiers monuments d'un monde qui n'est plus, semblent, selon l'expression de Sénèque, avoir été admis aux conseils de Dieu, quand il créa cet univers qui resplendit de sa grandeur. Dr FOISSAC.

DE LA SOPHISTICATION DES DENRÉES ALIMENTAIRES.

Par le temps qui court, nous sommes en progrès vers la fraude ; nous frelatons, nous dénaturons, nous falsifions avec un laisser-aller sans exemple. Nul ne peut répondre au juste de ce qu'il mange ou de ce qu'il boit; le nom de la chose reste, mais souvent il ne reste que cela. L'enseigne trompe, l'étiquette n'est plus une garantie; nous annonçons de l'or, nous vendons du chrysocale ; nous achetons du sucre, on nous livre du plâtre ; nous achetons des conserves, on nous livre du vert-de-gris. C'est à ne plus s'y retrouver, à ne plus s'y reconnaître. Le scandale nous arrive aujourd'hui de l'Angleterre ; il pourrait nous arriver tout aussi bien de la France, de la Belgique, de toute autre part. Vous saurez donc que la chambre des communes a chargé une commission de faire une enquête sur la falsification des denrées alimentaires et que cette commission fonctionne. Elle appelle des témoins, les questionne, les retourne dans tous les sens et en obtient des révélations qui donnent la chair de poule. Voici d'abord un témoin, le docteur Hassell, qui déclare que toutes les denrées alimentaires, soumises à son analyse, étaient sophistiquées, soit avec du poussier de motte, de la terre rouge ferrugineuse, du rouge de Venise, soit avec du vermillon, du bleu de Prusse, du curcuma, soit avec d'autres substances encore. Il nous apprend, en outre, qu'il n'est pas rare de trouver de l'oxyde rouge de plomb dans le poivre de Cayenne, du chromate de plomb dans le tabac à priser. Il nous apprend encore que nos voisins ont l'habitude de préparer avec des navets ce qu'ils vendent pour des marmelades d'orange.

De son côté, voici un chimiste de Londres, M. Mithell, qui a découvert de 90 à 100 grains d'alun dans un pain de quatre livres ; qui a trouvé de la chaux et du plâtre dans les farines, de la couperose verte, de l'alun et du sel de cuisine dans la bière, de la couperose surtout, corrigée avec un peu de gentiane.

Au tour du docteur Tomson. Celui-ci raconte qu'on vient de breveter une machine à fabriquer des grains de café avec de la poudre de chicorée, et que les essais ont parfaitement réussi. Il rapporte qu'il entre jusqu'à 20 p. 100 de plâtre de Paris dans certains bonbons des confiseurs anglais, et que les charcutiers de là bas font leurs saucisses avec des langues de chevaux. On ne s'arrête pas en si beau chemin ; on ne se contente pas d'empoisonner les gens en bonne santé, on empoisonne encore les malades en falsifiant les remèdes. Les droguistes et les pharmaciens anglais vendent de la scammonée qui contient jusqu'à 90 pour 100 de craie ; ils frelatent également l'opium, la rhubarbe et le calomel.

Maintenant, écoutez la déposition d'un marchand de marinades et de sauces épicées, d'un marchand dont la réputation est européenne. M. Blackwell avoue ses falsifications, mais il déclare que, s'il empoisonne son public, c'est que son public veut etre empoisonné. Il a habitué sa clientèle aux douceurs du vert-de-gris, et l'habitude devenant une seconde nature, la clientèle en question persiste dans son goût pour le vert-de-gris. Elle veut à toute force des pikles verts et des anchois rouges ; or, la marinade ne pouvant ni verdir les uns ni rougir les autres, le marchand a recours à des expédiens chimiques. Ainsi, par exemple, il verdit ses pikles avec du vinaigre qui a bouilli dans des vases en cuivre, où on le laisse ensuite refroidir jusqu'à ce qu'il se colore en vert. C'est à donner des coliques aux plus robustes et à leur faire rendre l'âme petit à petit. M. Blackwell le sait aussi bien que nous et ne fait pas l'éloge de son procédé. Au contraire, il le déclare détestable et ne consentirait pas à être mis au régime de ses marinades. Mais que voulez-vous ? il a essayé de vendre de la bonne marchandise, et tout de suite les consommateurs se sont récriés comme des gens volés, attendu que les couleurs au verdet ou au vert-de-gris n'y étaient plus. Or, les affaires avant tout, et dans l'intérêt même de son établissement, M. Blackwell s'est cru forcé de revenir à l'ancienne méthode d'empoisonner des gens qui paraissaient disposés à aller se faire empoisonner ailleurs. Autrefois, le même négociant préparait des conserves de groseilles à maquereau ; il en vendait de blanches comme dans l'état de nature ; il en vendait de vertes, c'est-à-dire enjolivées avec du carbonate de cuivre, sans doute, et ne ressemblant pas le moins du monde à celles de nos jardins. Peu importe, les consommateurs trouvaient quelquefois à redire aux blanches, mais ils n'avaient que des éloges pour les vertes. Il s'ensuit que si M. Blackwell fabriquait encore des conserves de groseilles à maquereau, il se verrait, comme précédemment, dans la dure, mais avantageuse nécessité d'empoisonner un peu ses cliens pour ne pas perdre leur confiance. Si ce n'était profondément triste, ce serait risible.

Oui, cela n'est que trop vrai, la couleur verte séduit l'acheteur et encourage l'empoisonnement. Aussi presque toutes les conserves de fruits ou de légumes sont préparées dans des bassines de cuivre pour les besoins du commerce. Il n'en veut pas d'autre, attendu qu'il ne les vendrait pas : du verdet ou du vert-de-gris, sinon, non. Nous avons donc, en veux-tu, en voilà, des conserves plus ou moins empoisonnées, c'est-à-dire plus ou moins vertes : conserves de prunes, de chinois, de cornichons bleuâtres, de haricots en cosses, d'oseille, de pourpier, etc. Longtemps nos ménagères ont ignoré ce perfectionnement. Nos conserves, se disaient-elles, sont jaunâtres et de mauvaise mine ; elles n'ont pas cette belle couleur verte, cet air appétissant des conserves de la ville : comment donc s'y prend-on là-bas pour faire les choses aussi bien? A force de questionner, la réponse est venue. Vous voulez des conserves vertes, c'est facile : prenez des bassines de cuivre et laissez refroidir un peu. Pour notre compte, nous les aimons mieux moins appétissantes et sans poison d'aucune sorte ; affaire de goût.

(*Feuille du cultivateur.*) P. J.

spontanée est probablement plus fréquente qu'on ne le croit généralement. C'est un fait capital, d'où découle clairement cette indication thérapeutique qu'il faut toujours tenter la résorption du pus.

Le plus souvent les abcès augmentent de volume, s'étendent, fusent dans différentes directions, et finissent pas s'ouvrir. Presque toujours alors surviennent des accidens terribles. Il est ordinaire de voir des enfans, des adultes, dont l'abcès volumineux troublait à peine la santé, éprouver, aussitôt qu'il a été ouvert, de la fièvre, des douleurs vives, une inflammation étendue, s'affaiblir graduellement et même mourir. En même temps le pus s'altère; inodore dans le principe, il devient plus tard d'une extrême fétidité. Quelques malades échappent à ces accidens primitifs; beaucoup y succombent.

La mort peut être causée par les accidens secondaires, c'est-à-dire par l'intensité des douleurs, la fièvre, l'abondance de la suppuration, le marasme.

Malgré ces causes d'épuisement, on voit encore survenir des guérisons spontanées. David rapporte l'histoire d'un malade dont il avait ouvert l'abcès; la suppuration fut de longue durée, mais finit par se tarir. Trois ans après, le malade est emporté par une péripneumonie, et David constate, à l'autopsie, l'existence d'une cicatrice solide, à la place du trajet fistuleux, et l'effacement complet du foyer. Je puis vous montrer un exemple d'une guérison semblable survenue chez l'un de nos enfans. Vous voyez cette cicatrice enfoncée, qui indique l'existence d'une ancienne fistule. L'enfant a eu dans ce point un abcès volumineux, qui s'est ouvert spontanément. Au bout d'un temps assez long, la suppuration s'est tarie; la guérison a eu lieu. Plusieurs mois après, un second abcès s'est développé à la partie antérieure de la cuisse. Cet abcès est isolé; nous n'avons pas trouvé qu'il communiquât avec la fosse iliaque ou l'intérieur du bassin. C'est probablement un de ces abcès dont parle Abernethy, et qui résultent d'une sécrétion de pus dans le tissu cellulaire qui contenait autrefois l'abcès migrateur; peut-être aussi y a-t-il eu anciennement communication de la poche avec la colonne vertébrale, puis scission par l'oblitération du canal intermédiaire.

Em. BAILLY,
Interne du service.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 Août 1855.—Présidence de M. REGNAULT.

Recherches sur l'emploi des cautérisations linéaires de la région thoracique supérieure dans l'asphyxie.

Voici comment s'exprime M. le docteur FAURE, auteur de ce travail :

L'application du fer rouge a été proposée dès longtemps pour reconnaître la mort réelle de la mort apparente et pour rappeler à la vie les individus expirans.

Mais ce moyen n'a pas réalisé toutes les espérances qu'on en avait conçues, parce qu'il n'a été ni soumis à une méthode déterminée et régulière, ni appliqué avec assez de persévérance : j'en ai étudié l'emploi dans l'asphyxie accidentelle qui résulte soit du défaut d'air respirable, soit de la viciation de l'air respiré par les gaz qui résultent de la combustion du charbon, soit enfin de la présence d'un obstacle capable de s'opposer à l'accomplissement des phénomènes respiratoires; et dans tous ces cas, quelle que soit l'imminence du danger, tant que l'individu ou l'animal respire encore, si faiblement que ce soit, on peut provoquer une réaction favorable.

J'avais en vue surtout de rechercher un moyen qui fût à la fois et énergique et facilement applicable, condition qu'impose la nature même de l'asphyxie, qui est une maladie toujours grave et le plus souvent accidentelle et imprévue; j'ai écarté tous ceux qui exigent des appareils particuliers ou la main d'un opérateur exercé, et aussi tous ceux qui, à côté d'un avantage hypothétique et présumé d'après des vues théoriques, offrent des dangers certains. J'ai donc dû comparer les effets des cautérisations seulement avec ceux des secours répandus dans la pratique, la saignée, l'insufflation, le massage, les révulsifs, la respiration artificielle, etc., etc.

J'ai fait des expériences sur des chiens et des chats; quelques-uns ont été asphyxiés par les vapeurs du charbon; les autres ont été étranglés, pendus, noyés ou étouffés : en un mot, j'ai cherché à reproduire artificiellement tous les genres d'accidens qui compromettent la vie en portant atteinte aux fonctions respiratoires. Quand les animaux étaient dans l'état le plus voisin de la mort, je tentai de les sauver par les procédés ordinaires, j'échouai le plus souvent; mais, au contraire, beaucoup de ceux que j'ai cautérisés ont été sauvés. De nombreuses expériences me permettent d'établir les propositions suivantes :

1° Chez les animaux, quand le cœur a cessé de battre tout à fait, ou même quand ses battemens sont tombés au-dessous de 3 pour 5 secondes, la mort est constamment mortelle, quoi qu'on fasse; mais en dehors de ces cas extrêmes, dans les cas d'asphyxie, les cautérisations sont capables de ranimer la vie alors même que tous les autres moyens sont devenus impuissans.

2° Le fer fortement chauffé doit tracer des lignes parallèles aux côtes, plus ou moins profondes et étendues, selon la gravité du mal, sur la partie supérieure et latérale de la poitrine au niveau des quatre ou cinq premières côtes.

3° L'observation démontre : 1° que la faculté de réagir sous les cautérisations disparaît des extrémités du corps vers le haut du tronc, d'abord sur les membres, puis sur l'abdomen, la tête, le cou et la partie inférieure de la poitrine ; 2° qu'elle reparaît en sens inverse. La partie supérieure du thorax est celle, en somme, qui garde, en dernier lieu, la faculté d'être excitée.

4° Le premier effet est une contraction musculaire, toute locale et sans signe de douleur, puis les côtes se meuvent, le thorax s'élargit, l'inspiration prend de l'ampleur ; mais il se passe quelquefois plus d'une minute avant qu'on puisse constater une apparence de sensibilité, même sous la brûlure la plus intense. Il semble, en un mot, que l'organisme exige une longue et violente excitation pour sortir de l'état de torpeur où il est tombé.

5° La cautérisation réveille la contractilité des muscles respirateurs en vertu d'une action réflexe. D'après le défaut de réaction dans toutes les autres régions, quand la poitrine en offre encore des signes évidens, il est permis de croire que c'est dans la portion de la moelle qui correspond aux organes respiratoires, que cette action réflexe s'éteint en dernier.

6° Chez les animaux asphyxiés par des délétères et chez ceux qui sont étranglés, pendus, étouffés, le retour à la vie se fait sensiblement, dans un temps égal, et avec des phénomènes absolument identiques.

Cette remarque autorise à penser que, dans l'asphyxie par le charbon, les poumons seuls ont subi une influence de la part du délétère, influence toute physiologique, et que la mort est plutôt la conséquence de la suppression de la respiration que de l'introduction dans l'économie d'une substance toxique. En effet, quand on voit des animaux passer en quelques minutes de l'état de mort apparente à la vie complète, il est impossible d'admettre que leur organisme a été réellement modifié par une altération chimique.

7° Quand la sensibilité générale est rétablie, il est de la plus haute importance de l'exciter encore pendant longtemps, et pour cela la flagellation est le moyen le plus sûr et le plus facile. On doit persister pendant longtemps et le surveiller longtemps encore.

8° Souvent des individus et des animaux asphyxiés sont morts après avoir été rétablis ; il faut voir dans cet accident plutôt une conséquence de l'atteinte subie par l'économie, en raison même de la suppression de la respiration, que de l'introduction dans l'organisme d'un principe toxique ; car la mort est également survenue plusieurs heures après le rétablissement chez quelques individus qui, tels que les noyés, étaient en dehors de toute intoxication.

Au point de vue de l'utilité publique, ce genre de traitement présente donc une haute importance; car, employés contre ces cas d'asphyxie de toutes sortes, qui sont si nombreux chaque jour, il offre plus de garantie d'efficacité qu'aucun des moyens indiqués jusqu'ici, et son application est tellement facile et simple, qu'elle ne nécessite, pour être mise en œuvre, ni connaissances médicales ni instrumens spéciaux.

Il n'est pas douteux qu'on ne sauvât, en le vulgarisant, la vie à beaucoup d'individus qui meurent faute d'un secours suffisamment énergique et prompt. Son efficacité, au reste, a été sanctionnée de la manière la plus incontestable dans les circonstances suivantes :

Le 4 février 1855, je fus appelé auprès d'une jeune fille qui s'était asphyxiée volontairement par le charbon. Elle était pâle, inanimée, la respiration à peine saisissable, les battemens du cœur, très faibles, ne se faisaient entendre qu'à de rares intervalles, le pouls nul dans toute l'étendue du corps.

Pendant près de trois heures j'essayai de la ranimer au moyen des divers procédés du traitement habituel : saignées, massage, insufflation, potion excitante, sinapismes, flagellation, affusions froides, mouvemens de respiration artificielle, etc., etc., tout resta inutile. Loin de s'améliorer, l'état de la malade prenait une apparence plus grave ; plusieurs fois je crus qu'elle avait respiré pour la dernière fois. A cinq heures, elle était dans un véritable état de mort apparente; alors je cautérisai le haut de la poitrine avec un fer à repasser chauffé fortement. La touchant ainsi successivement, au-dessous des clavicules, sous les aisselles, etc. Il n'en résulta rien d'abord, mais après deux minutes, je vis le mouvement inspirateur se prononcer : les doigts s'étendirent en s'écartant; les mains, appliquées presque contre le corps, s'ouvrirent, et bientôt elles se portèrent en avant, comme pour se défendre contre la douleur. Croyant que cette malade était sauvée, je la laissai; mais, quelques secondes après, elle était retombée dans une situation aussi grave qu'en premier. Je recommençai à la cautériser, et de pareilles rechutes se renouvelèrent trois fois, à des intervalles plus ou moins éloignés. Enfin, quand je fus certain que la sensibilité était réveillée sur toute l'étendue du corps, tout en persistant à la cautériser, je commençai à la flageller avec un martinet à plusieurs lanières, et ce ne fut que sous l'influence de ce traitement prolongé pendant près de quinze heures qu'on pût assurer son retour à la vie. Elle n'était tout à fait rétablie que quarante-huit heures après l'accident. — (Comm. MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 Août 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur CHALETTE, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châlons, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement.

2° Huit rapports de M. DANVIN, médecin des épidémies de l'arrondissement de St-Pol (Pas-de-Calais), sur des maladies qui ont régné épidémiquement dans cet arrondissement. (Com. des épidémies.)

3° Un rapport de M. CHARLET, officier de santé, sur une épidémie de choléra qui a régné dans la commune de Cornimont (Vosges). (Com. du choléra de 1854.)

4° Une demande d'avis sur une source minérale située à Ussou (Ariége). (Comm. des eaux minérales.)

5° Diverses lettres relatives à des remèdes secrets.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un arrêté en date du 23 août courant, par lequel M. Henry fils est nommé chef-adjoint des travaux chimiques à l'Académie de médecine.

La correspondance manuscrite comprend :

Une note de M. DANVIN, de St-Pol, contenant la relation d'un cas de céphalématomie, suivie de réflexions et de considérations pathologiques. (Com. MM. Londe et Barth) ;

Et un paquet cacheté déposé par MM. SAVOYE et REUVEL-REINVILLIER, relatif à une nouvelle préparation pharmaceutique.

— M. COLLINEAU commence la lecture d'un rapport sur un travail de M. FÉE, de Strasbourg, intitulé : *Le rêve et la folie ont-ils quelques rapports et sont-ils comparables?* Interrompu par M. le Président, qui fait remarquer que M. Fée étant membre titulaire de l'Académie, son travail ne peut être l'objet d'un rapport, M. Collineau se borne à donner lecture de ce travail, dans lequel l'auteur conclut, contrairement à ce qui a été avancé dans la discussion sur la folie, qu'il n'y a aucune identité ni même aucune assimilation entre le rêve et la folie.

Nouvel appareil pour les fractures des mâchoires, et plus spécialement de l'inférieure.

M. MOREL-LAVALLÉE, après avoir établi l'insuffisance des simples bandages dans un grand nombre de cas, et le danger des appareils mécaniques, propose un nouveau moyen qui lui a donné un succès complet dans deux cas d'une difficulté extrême.

La base de cet appareil est une gouttière de gutta-percha, que les dents se creusent elles-mêmes en s'enfonçant, en mordant, en quelque sorte, dans cette substance préalablement ramollie dans l'eau chaude. Le refroidissement spontané ou opéré par l'eau frappée durcit en quelques minutes le moule en place. Une gouttière analogue est appliquée du côté sain, et séparée de la première par un intervalle suffisant pour l'introduction des alimens; une fronde complète l'appareil. Les dents sont solidement retenues dans les espèces d'alvéoles renversées que s'est formées leur couronne dans la gutta-percha ; la gouttière est comme clouée sur la cassure de la tige osseuse, et il semble impossible d'imaginer une contention plus exacte. Cette gouttière a. en outre, l'avantage de s'enlever et de se replacer avec la plus grande facilité. La gutta-percha réunit ici toutes les conditions désirables; elle est aisée à manier, à la fois souple et résistante, impénétrable aux humeurs de la bouche, et ne contracte pas, comme le liége, l'odeur infecte qui devait faire abandonner cette écorce poreuse. Un cas où la mobilité des fragmens était telle, que le moindre mouvement de déglutition reproduisait le déplacement, a été guéri sans trace de difformité à l'aide de cet appareil. Et cependant, la violence de la chute avait déterminé sous le menton un abcès qui n'avait pas tardé à communiquer avec le foyer de la fracture.

Mais voici surtout un succès vraiment remarquable : la fracture datait de trois semaines, la réduction était d'une difficulté exceptionnelle, le déplacement opiniâtre, et non seulement la guérison fut obtenue, mais sitôt l'appareil appliqué, le malade put manger et parler, c'est-à-dire que la mâchoire conservait en partie ses fonctions, que l'appareil conciliait l'immobilité des fragmens avec la mobilité générale de l'os. Cet appareil n'était autre que le moule précédent, mais à la face supérieure duquel on avait adapté un ressort prenant, par son extrémité extérieure rembourrée, un point d'appui sous le menton. De cette façon, le maxillaire était pressé d'un bord à l'autre entre deux attelles en gouttière, et il avait ainsi repris son indépendance. Cet appareil, représenté plus haut, a été parfaitement exécuté par M. Charrière fils. Il est également applicable aux fractures du maxillaire supérieur, à celles des arcades dentaires, aux luxations des dents. L'auteur en résume, d'ailleurs, de la manière suivante, les divers usages avec ses modifications.

En résumé, la gutta-percha, ramollie par une immersion à environ 80°, peut constituer plusieurs excellens appareils pour les fractures des deux mâchoires.

A. *Fracture du corps des maxillaires.* — *a.* 1° Une double gouttière qui reçoit par une de ses faces les dents de l'os fracturé, et par sa face opposée les dents de l'os intact ; 2° une gouttière analogue placée du côté sain, et séparée de la première par un intervalle convenable pour l'introduction des alimens; 3° une fronde, voilà l'appareil dans toute sa simplicité.

b. On peut rendre immédiatement la mâchoire inférieure à ses fonctions dans les fractures de la supérieure, et même dans ses propres fractures. Pour cela, il suffit d'ajouter au moule un ressort qui, contournant la mâchoire correspondante, va, par son extrémité extérieure rembourrée, prendre son point d'appui, dans le premier cas, sur la partie postérieure de la tête, dans le second sous le menton.

B. *Fractures des arcades dentaires.* — *a.* Ces fractures se traitent avec l'attelle et la fronde, comme celles du corps de l'os.

b. Pour conserver les mouvemens du maxillaire inférieur, que ce soit son arcade ou la supérieure qui ait éprouvé la solution de continuité, on appliquerait sur le fragment un moule de gutta-percha qui le dépasserait à ses extrémités, et trouverait sa fixité sur les dents voisines et sur les inégalités de l'évasement alvéolaire; ou, ce qui serait plus sûr, en ajoutant un ressort.

C. Pour une *dent* saine expulsée de son alvéole, un simple moule.

La gutta-percha se prête si bien à toutes les indications, qu'avec les types d'appareils précédens, les modifications réclamées par les cas particuliers se présenteront d'elles-mêmes. (Comm. MM. Gerdy, Robert et Velpeau.)

Compression.

M. APOSTOLIDÈS lit un mémoire sur la compression. L'auteur admet une compression *physiologique* et une compression *physique* qu'il divise en *permanente* et en *intermittente*. Ces deux espèces de compressions jouent un grand rôle dans l'issue et la guérison des maladies telles que les inflammations externes, fractures, tumeurs, éléphantiasis des Arabes, etc. Il la prescrit surtout pour la réunion immédiate, d'après des indications anatomo-physiologiques.

M. Apostolidès présente en même temps les instrumens qui sont destinés à exercer cette compression pour la réunion des plaies. Ces instrumens consistent en un emplâtre en caoutchouc vulcanisé et recouvert de diachylon, indiqué dans les plaies très superficielles et dans les amputations; et en des bandages unissans élastiques, qui sont constitués tout simplement par deux coussinets unis par une lame en caoutchouc, par l'élasticité de laquelle les bords de la solution de continuité restent rapprochés. Si l'on tire sur les extrémités du bandage, les coussinets s'éloignent, et, en revenant sur eux-mêmes, ils entraînent avec eux les bords de la plaie. La pression qu'ils exercent est considérée par l'auteur comme une des conditions de succès de la réunion immédiate. C'est sur ce point particulièrement qu'il appelle l'attention de l'Académie.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.— Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 104. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 1er Septembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An	32 Fr
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

HYGIÈNE.

NOTE SUR LA NON-EXISTENCE DE LA COLIQUE DE CUIVRE;

Lue à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 7 Juillet 1855,

Par M. le docteur Prosper DE PIETRA SANTA.

Je viens appeler quelques instans la bienveillante attention de l'Académie sur une question d'étiologie qui intéresse au plus haut degré l'une des industries les plus utiles, les plus nombreuses, les plus variées, les plus riches de la capitale.

Dans l'état actuel de la science, doit-on admettre l'insalubrité ou l'innocuité des travaux auxquels se livrent les artisans qui travaillent le cuivre et ses alliages?

Cette question, dont la solution semble, de prime abord, très simple, a donné lieu aux opinions les plus diverses, les plus controversées, et, pendant que l'on a signalé d'un côté des affections graves, une mort prématurée, après une vie débile, passée au milieu des souffrances, l'on a affirmé, de l'autre, qu'il n'y a pas le moindre malaise, pas de phénomènes morbides, pas de nécessité de suspendre ses occupations.

Pour ne pas abuser des momens de l'Académie, je passerai sous silence la partie historique, me bornant à rappeler qu'à sa naissance, c'est-à-dire au XVIIIme siècle, la question a partagé les médecins en deux camps.

D'une part, Desbois de Rochefort et Combalusier; de l'autre, l'illustre Bordeu.

Plus tard, quand on a introduit dans cet état pathologique si varié (coliques), des distinctions plus scientifiques en classant dans un premier groupe les coliques métalliques, dans un second les végétales, il y a eu divergence.

Palais, Mérat, Fabre, MM. Chomel et Patissier ont soutenu l'insalubrité.

Drouart, Christison, MM. Sandras, Requin, Vasseur, l'innocuité.

En 1846, un mémoire lu à l'Académie des sciences par le docteur Blandet, étendait outre mesure la fréquence de la colique de cuivre; en 1850, MM. Chevalier et Boys de Loury démontraient, dans un travail remarquable, honorablement mentionné par l'Institut, sa non-existence.

Plus près de nous, pendant que M. Tardieu se range à l'opinion Bordeu et Chevalier, M. Michel Lévy, dans son savant *Traité d'hygiène*, affirme que le cuivre et ses composés peuvent donner lieu à une colique qui a des rapports avec celle de plomb. Il l'attribue, comme M. Blandet, à l'inspiration de la poussière cuivreuse, déterminant un véritable empoisonnement.

En Irlande, M. Cordigan, médecin de la reine, a décrit naguère un empoisonnement lent et chronique par le cuivre, qui mine la constitution, produit l'amaigrissement, détruit les forces, engendre la cachexie.

Ces quelques mots, résumé des détails plus considérables que je consigne dans cette note, établiront, j'espère, sa raison d'être.

Si je parviens à prouver, d'une manière incontestable, qu'un ouvrier vit impunément au milieu d'une atmosphère où voltige sans cesse une poussière de cuivre, je pourrai logiquement nier l'existence de la colique dite de cuivre, et attribuer à d'autres causes plus ou moins éloignées les accidens décrits par les auteurs comme appartenant spécialement à la présence du métal dans l'organisme.

Parmi ces causes efficientes, on doit tenir compte :

1° Du mélange au cuivre d'autres métaux, le plomb, le zinc, etc.

2° Des constitutions médicales régnantes (puisqu'une affection, décrite sous certaines couleurs à une époque, n'a plus été reconnaissable plus tard).

3° De la malpropreté des ouvriers qui joue un grand rôle dans la production des états morbides.

4° De l'exposition aux intempéries des saisons, le corps étant en pleine transpiration.

5° Du bruit des marteaux pour expliquer des phénomènes de surdité.

6° De l'abus presque constant des boissons alcooliques, comme causes premières des paralysies, des tremblemens décrits en 1751 et 1760.

Lorsque je pris, il y a trois ans, le service des Madelonnettes, en trouvant dans la prison un atelier de tourneurs en cuivre, je me posai cette question : le cuivre est-il ou non nuisible?

La maison d'arrêt, située au milieu d'un quartier populeux du 6me arrondissement, est entourée de rues petites et mal aérées.

Au rez-de-chaussée, une chambre peu vaste (9 mètres de longueur, sur 6 de large et 3 de haut), dont la capacité est encore diminuée par une grande soupente, forme l'atelier susnommé : la porte s'ouvre sur un corridor intérieur obscur, et les deux fenêtres grillées prennent jour sur une petite cour entourée de hautes murailles.

Douze ouvriers en moyenne sont réunis dans cet espace, pour tourner des pièces de cuivre et les limer, afin de livrer au commerce des petites serrures, des verroux, des boutons de porte, etc., etc.

Dès qu'on entre, l'on aperçoit la poussière de cuivre voltiger fine et légère, briller en montant et descendant à travers un rayon lumineux.

En interrogeant minutieusement les ouvriers sur leur état de santé, ils ne se sont jamais plaints d'aucune indisposition particulière à leur état.

Le contre-maître, âgé de 60 ans, dans le métier depuis son enfance, n'a jamais été incommodé, et tous les détenus qu'il a eus successivement sous sa direction, loin d'être débiles et souffreteux, ont, au contraire, réclamé sans cesse le pain de supplément.

Et l'on ne peut pas invoquer la force d'habitude, car si quelques-uns avaient tout d'abord travaillé à des ouvrages analogues, la plupart étaient livrés, pour la première fois, à cette occupation.

Pendant les treize mois d'épidémie cholérique que nous venons de traverser, l'atelier des ouvriers en cuivre n'a fourni que 5 malades, 4 atteints d'embarras gastriques avec diarrhée, 1 d'une dysenterie légère; pourtant, ainsi que j'ai eu l'honneur de l'écrire précédemment à l'Académie, sur une population flottante de 2,187 prisonniers, 517, c'est-à-dire le quart environ, a subi l'influence de l'épidémie à des degrés divers.

Depuis le mois d'octobre 1850, nous n'avons perdu que deux individus. Le premier a succombé à une phthisie tuberculeuse héréditaire; le second à une congestion cérébrale.

On a dit et répété que, d'après la manière d'interroger un homme, on pouvait tirer de lui des réponses favorables ou contraires à son opinion. Je me suis toujours efforcé d'éviter cet écueil en exerçant sur ces ouvriers une surveillance dont ils ne se doutaient pas eux-mêmes, en tenant des notes exactes sur leur santé, leurs indispositions, leurs maladies.

Mes fréquentes visites avaient, toutefois, éveillé leur attention sur certains phénomènes morbides, et j'ai dû considérer leurs affirmations comme d'autant plus certaines que ces honnêtes gens ne se font pas faute de simuler des affections

---

Feuilleton.

ESSAI DE CALLIPLASTIE

ou

L'ART D'EMBELLIR LE VISAGE DANS SES LIGNES ET DANS SES FORMES, ET DE REMÉDIER A SES DIFFORMITÉS.

Deuxième édition. Un volume in-18, Paris, 1855, Ledoyen, libraire, Palais-Royal.

Calliplastie est un néologisme de la façon de l'auteur; il ne faut pas avoir été très fort en version grecque pour deviner que cela vient de καλλος beau, et πλασσειν former, façonner; d'où cette définition : la calliplastie est l'art de rendre beau, d'embellir.

Ce petit ouvrage en est à sa deuxième édition, ce qui ne me surprend pas. La première a paru sous le pseudonyme du docteur Cid, ce qui était bien castillan; la préface de la deuxième est signée : Dr *Defontenay*, et si l'auteur avait ajouté : *aux roses*, c'eût été une signature par allégorie.

Quelque pseudonyme qu'il prenne, l'auteur, notre confrère, car il est évidemment médecin, est un homme d'esprit, d'instruction, un écrivain élégant et poli, que l'on aime à suivre dans ses pages finement écrites, et ses idées, ses conseils, mériteraient, à tout prendre, d'être soumis au contrôle de l'expérience. C'est là son vœu suprême. L'auteur croit sincèrement avoir fait une découverte utile; retiré de la pratique médicale, il ne veut ou ne peut l'appliquer lui-même; il la soumet à la médecine consciencieuse et honnête; il redoute l'exploitation mercantile et charlatanesque. « Il serait urgent, dit-il, que tout médecin, dans la sphère de sa pratique journalière, se fît au besoin calliplaste. De l'adoption d'un pareil usage, la calliplastie, nous n'en doutons pas, sortirait promptement forte et utilement efficace. Et cet usage une fois introduit, non seulement profiterait aux intérêts de la science, mais à cause même des garanties d'habileté, de loyauté et de désintéressement que présentent les hommes de la profession médicale, il servirait puissamment et surtout les intérêts du public. »

Je ne veux pas, pour mon compte, laisser sous le boisseau une découverte qui peut offrir de tels avantages. M. Flourens nous enseignait hier l'art de vivre cent ans et plus; apprenons aujourd'hui de M. Defontenay l'art de vivre beaux et charmans. Je vous déclare donc tout net que je me laisse aller au charme de cette lecture attrayante.

Introduction. Éloge de la beauté, de la beauté d'où, suivant Diderot, naît l'admiration, de l'admiration l'estime, le désir de posséder et l'amour, deux idées tellement inséparables, que les Grecs leur avaient donné une seule et même personnification; la déesse de la Beauté était aussi chez eux la mère des Amours. Dans l'antiquité s'élevaient de toutes parts des temples en son honneur. A Sparte, à Délos et dans l'île de Ténédos étaient instituées des fêtes publiques, où l'on décernait le prix à la plus belle d'entre toutes ces admirables jeunes filles accourues pour le disputer de tous les points de la Grèce. Les habitans de la ville d'Égiste, en Sicile, trouvèrent un Crotoniate, nommé Philippe, si beau, qu'ils lui élevèrent un temple et établirent un sacrifice en son honneur.

Mais la beauté a eu aussi ses martyrs. L'histoire rapporte qu'un certain Spurina, d'Athènes, pour mettre fin aux provocations que lui valait sa beauté, se balafra le visage à coups de rasoir. Un de ses compatriotes, nommé Démoclès, avidement recherché non seulement par les femmes, mais encore par les hommes, se donna la mort par le même motif. Il est douteux, cependant, que les femmes figurent dans les relevés de cette cause de suicide, et il n'en est pas qui aient eu à maudire le sort de les avoir faites trop jolies. La laideur a fait, en ce sens, plus de victimes que la beauté.

Les philosophes, les poètes, les artistes ont à l'envi célébré la beauté. Montaigne en parle en connaisseur : « La beauté tient le premier rang au commerce des hommes. Elle le présente au-devant, séduit et préoccupe notre jugement avec grande autorité et merveilleuse impression. Phryné perdait sa cause entre les mains d'un excellent avocat, si, ouvrant sa robe, elle n'eût corrompu ses juges par sa beauté. »

Et de quoi n'est pas capable la femme pour conserver sa beauté? Elle peut aller jusqu'au crime. Pendant le séjour que Desgenettes fit dans la ville du Caire, il fut appelé auprès d'une jeune fille de la Géorgie, qui venait de se faire avorter. Interrogée par le célèbre médecin sur les motifs qui l'avaient poussée à une action aussi détestable, elle lui fit cette réponse : « Le ciel qui t'a donné le savoir pour être utile aux hommes, nous a donné la beauté pour leur plaire. Nous essayons tout pour nous conserver cette fleur brillante de la jeunesse, car nous n'avons plus de bonheur quand elle est flétrie. »

Cependant, ce bien si précieux, qu'a-t-on fait pour le conserver quand on le possède, ou pour l'acquérir quand on en est privé? Rien, presque rien. Pas une œuvre sérieuse, dit l'auteur, pas un seul travail consciencieux n'a été entrepris dans le but d'arriver au perfectionnement physique et à l'embellissement général de notre espèce. Et tandis que l'on a mis en jeu tous les moyens imaginables pour augmenter la beauté des races chevalines et obtenir des animaux de tout genre doués de qualités physiques jusqu'alors inconnues, l'homme a fait bon marché de lui-même; et, tout préoccupé du perfectionnement de ses espèces domestiques, il est resté sans s'apercevoir que sa propre espèce, déjà abâtardie, allait toujours en dégénérant.

Ici, je ne puis partager l'opinion de l'auteur; je ne crois pas à la dégénérescence de l'espèce humaine; j'aurai prochainement l'occasion de discuter ce point avec M. Verdé de l'Isle; je me borne à faire aujourd'hui mes réserves.

Quoi qu'il en soit, pourquoi, dit Virey, l'homme ne travaillerait-il pas à s'embellir?... Qu'on pense bien une fois que les beaux-arts, qui font le charme de la société, ne pourront se perfectionner si la beauté reste inculte et sauvage.

Mais qu'est-ce que la beauté, et quels sont ses caractères? L'auteur les réduit à cinq qui lui paraissent constituer une beauté correcte. Ce sont : la *régularité*, la *proportion*, l'*harmonie*, l'*expression* et la *teinte*.

Ces cinq caractères sont longuement exposés et décrits; nous ne pouvons suivre l'auteur dans ces développemens étendus. Le but, d'ailleurs, de l'ouvrage est d'indiquer les moyens d'obtenir ces caractères de la beauté, ou de les ramener quand la nature s'en écarte; et c'est là ce qui vraiment intéresse dans ce livre.

Les moyens qu'indique l'auteur ne sont pas, à vraiment dire, nouveaux; ce sont la compression, la distension, l'expansion, l'activité et l'inertie musculaire.

A l'aide de la compression, il amoindrit ou atrophie les parties exu-

pour obtenir de temps en temps quelques jours de repos.

D'après tout ce qui précède, je suis donc autorisé à dire que :

L'inspiration de la poussière de cuivre ne produit aucun accident.

En est-il de même quand cette poussière de cuivre est ingérée avec les alimens ?

J'apporte à la solution de cette question un fait observé à trois reprises différentes chez des ouvriers du même atelier. Ceux-ci avaient laissé pendant quelque temps sur leur table de travail la soupe qui leur est servie dans des gamelles en terre ; ils l'avaient ensuite mangée, quoique à la surface du bouillon il existât une couche de poussière de cuivre visible à l'œil nu.

Quelques heures après, ils avaient ressenti de petites coliques sourdes et intermittentes, accompagnées d'un malaise général. Les trois fois, cette indisposition avait été passagère, et n'avait même pas nécessité la suspension des travaux.

Comment expliquer cette différence d'action ? Le cuivre ingéré passe-t-il à un autre état, à une combinaison chimique nouvelle ? N'agit-il, au contraire, que comme corps étranger, comme substance irritante sur la muqueuse gastro-entérique ? Je l'ignore. Toujours est-il que nous trouverions dans cette observation la raison de quelques accidens légers survenus chez des personnes qui sont d'une malpropreté excessive, qui mangent le pain resté d'abord dans des mains sales et noires.

Dans les usines de Imphy (Nièvre), on a constaté de la manière la plus authentique :

1° Que dans les ateliers où la fonte de cuivre se fait en grand, il n'y a jamais eu d'ouvrier malade ;

2° Que dans le local, au contraire, où l'on s'occupe des alliages de cuivre et de zinc, de cuivre, plomb et étain, des individus ont été incommodés par de violens maux de tête, par de la fièvre ;

3° Que sur ceux qui travaillent à froid le cuivre de toute espèce, on a constaté de temps à autre quelques petites coliques, jamais de maladies à proprement parler.

D'après les renseignemens que j'ai pris, et d'après les observations faites aux Madelonnettes, je suis autorisé à croire que, dans les cas particuliers, ces légers accidens devaient se rapporter à l'ingestion de la poussière de cuivre déposée à la surface des mains malpropres chez des hommes peu soigneux de leur personne. Il faut visiter les ateliers pour se rendre compte de la difficulté que l'on rencontre pour obtenir que leurs habitans, avant leurs repas, fassent des ablutions sur les parties de leur corps exposées à l'air. Certains patrons ont poussé en vain la sollicitude jusqu'à mettre à leur disposition des robinets d'eau tiède et des baignoires parfaitement aménagées (1).

Deux mots actuellement d'un signe pathognomonique donné par le docteur Cordigan.

(1) Pendant que les opinions sont aussi divergentes sur l'action immédiate du cuivre, il y a un fait qui ne peut être contesté par personne, c'est l'absorption du métal.

Les analyses les plus variées, faites à des points de vue non moins divers, ont retrouvé le cuivre :

Dans les urines, les lames d'épiderme de la paume des mains, les cheveux, qui prennent à l'extérieur une teinte verdâtre.

Pour démontrer que ce métal ne se borne pas à traverser l'organisme, mais qu'il devient partie intégrante de nos tissus, on a soumis aux investigations chimiques les os des cadavres, la terre des cimetières où ils avaient été enterrés, et toujours l'existence du cuivre a été décélée de la manière la plus évidente.

Dans tous les cas d'empoisonnement lent que j'ai été à même d'observer, dit cet auteur, j'ai toujours constaté comme trait particulier un liseré d'un beau rouge pourpre sur les bords des gencives des dents incisives et canines des deux mâchoires.

Moins heureux que notre confrère d'outre-Manche, je n'ai pu retrouver chez nos ouvriers des Madelonnettes ce liseré rouge d'une manière constante.

Quelquefois, j'ai vu les bords des gencives plus rouges que les parties supérieures ; mais, le plus souvent, je n'ai aperçu aucune différence.

J'ajouterai que, sur les dents de ces individus, il existe ordinairement une couche épaisse de tartre, qui mine et altère à la longue les tissus voisins ; parfois aussi ces parties sont abîmées par l'usage des pipes dites *brûle-gueules*.

Cet exposé ne m'autorise-t-il pas à tirer les conclusions suivantes, que je soumets à l'appréciation de l'Académie :

1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre, sans altération appréciable de sa santé.

2° L'ingestion de la poussière de cuivre donne lieu à quelques légers accidens.

3° La colique de cuivre, telle qu'elle est décrite par les auteurs du XVIII° siècle, et plus près de nous par MM. Blandet, Michel Lévy, Cordigan et autres, n'existe pas.

4° Les phénomènes énoncés par ces autorités doivent se rapporter à d'autres causes ayant agi contemporanément sur l'organisme.

5° Le liseré rouge pourpre des gencives signalé par M. Cordigan comme un trait particulier de l'empoisonnement cuivreux, n'a pas la constance et la généralité qu'il lui attribue.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU GOUDRON DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉTAT TYPHOIDE ET DE LA FIÈVRE TYPHOIDE ;

Par M. le docteur A. CHAPELLE, d'Angoulême (1).

Exemples d'états typhoïdes traités par la médication goudronneuse.

I. — Le 22 décembre 1854, je fus appelé au village des Boissières, commune d'Angoulême, pour voir les deux frères Thomas, dont l'un, Eugène Thomas, âgé de 18 ans, était malade depuis cinq semaines. Dès le début de sa maladie, il avait éprouvé du dégoût pour les alimens, des envies de vomir et même des vomissemens après avoir mangé. A la grande prostration des forces venait s'ajouter un étourdissement si prononcé, que lorsque le malade était debout, il était obligé de prendre un point d'appui sur les objets placés près de lui, pour pouvoir garder l'équilibre. Céphalalgie frontale manifeste, le soir surtout. Le jour, la peau ne présentait pas de chaleur anormale ; mais à l'entrée de la nuit, la fièvre survenait sans être précédée de frissons, et durait une partie de la nuit, avec rêvasseries pénibles. La langue était visqueuse, rouge sur les bords et sur presque toute sa surface. Soif nulle le jour, un peu prononcée le soir. Depuis près d'un mois, il était pris de diarrhée, et faisait chaque jour trois à quatre selles liquides, très fétides, d'une couleur jaune grisâtre, où nageaient des pellicules blanchâtres. Le ventre était tendu, un peu douloureux à une forte pression, et présentait un peu de gargouillement à la fosse iliaque droite. Les urines étaient rouges et très sédimenteuses. Je constatai trois taches pétéchiales sur le ventre.

Je lui prescrivis la tisane et les lavemens de goudron, suivant le mode précédemment indiqué. Dès le troisième jour, la diarrhée était arrêtée, le liquide qu'entraînaient les lavemens avait perdu toute fétidité. Le 26 décembre, lors de ma visite du matin, il manifesta un peu d'appétit, le regard avait repris sa vivacité normale, et la nuit précédente avait été calme et sans fièvre. Il mangea deux soupes et du riz sans en éprouver la moindre incommodité. Le 30, il pouvait se promener librement hors de chez lui. Depuis, sa santé a été excellente.

(1) Voir le numéro du 30 Août 1855.

II. — L'autre frère, Pierre Thomas, tailleur de pierres, âgé de 20 ans. Le 15 décembre, il fut pris, sans cause appréciable, de lassitude, de douleur obtuse à la tête et aux lombes, se coucha le soir sans manger et sans éprouver de phénomènes fébriles. Le sommeil de la nuit fut parfois troublé par des rêvasseries pénibles. Le 16, il se leva vers dix heures du matin, la tête lourde avec vertiges ; bouche gluante ; anorexie complète ; pas de fièvre. Il prit un potage et le vomit une demi-heure après. Le soir, il éprouva un peu de diarrhée bilieuse et très fétide. La nuit du 16 ou 17 fut sans fièvre ; mais il éprouva des rêvasseries et un peu de cauchemar.

Le 17 et les jours suivans jusqu'au 22 où je le vis, il ne présenta pas de fièvre, mais il avait la bouche sèche et glutineuse et du dégoût pour les alimens. Soif médiocre ; céphalalgie prononcée, surtout le soir. Il vomissait souvent les potages qu'il prenait. Chaque jour, il restait levé cinq à six heures de suite. Quand il marchait, il sentait les jambes fléchir et la tête tourner. Les matières alvines qu'il rendait étaient liquides, bilieuses, avec grumeaux d'un blanc grisâtre. Elles présentaient une telle fétidité, qu'on était obligé de brûler du sucre dans l'appartement où elles séjournaient quelques instans. Les urines étaient jumenteuses et répandaient également une odeur forte.

Je vis le malade le 22, à neuf heures du matin. La figure avait perdu de sa mobilité et de son expression ; la peau moite, avec chaleur à peu près normale ; pouls à 70, dépressible ; langue un peu sèche et visqueuse, rouge à la pointe, et ne présentait qu'un piqueté rougeâtre sur les bords ; haleine sans fétidité ; le ventre était tendu, un peu douloureux à la région épigastrique et à la fosse iliaque droite, où existait un gargouillement notable. Pas de pétéchies ni de sudamina. Les urines et les fèces dans l'état précédemment indiqué.

Même prescription qu'à son frère. Ce même jour, il prit trois lavemens. Il rendit le premier aussitôt qu'il fut administré. Il garda le second de midi à cinq heures du soir. Une fois rendu, on lui en fit prendre un autre qu'il conserva toute la nuit. Il commença à boire de sa tisane à trois heures du soir. La nuit fut sans fièvre. Sommeil assez calme ; mais comme d'ordinaire, le matin, au réveil, il éprouvait de la lourdeur de tête et une disposition à l'assoupissement.

Le 23, il but dans la journée plus d'un litre de tisane qu'il trouvait conforme à son goût. Il reconnaissait qu'elle lui désempâtait la bouche à mesure qu'il en prenait. Je le vis à dix heures du matin, il venait de rendre le lavement qu'on lui avait donné de très bonne heure. Le ventre était notablement moins tendu et moins douloureux que la veille. Pas de fièvre ; pouls à 68. La langue était encore visqueuse. Il prit un lavement à onze heures du matin, qu'il garda jusqu'à cinq heures du soir. A six heures, on lui en administra un nouveau qu'il garda fort avant dans la nuit. Dès le soir, il éprouva moins de céphalalgie et moins de lassitude. Il prit à quatre heures un peu de potage qu'il ne vomit pas. La nuit fut plus calme que la précédente, et sans fièvre.

Le 24, il but abondamment de sa tisane, prit deux lavemens, l'un à huit heures du matin, qu'il garda jusqu'à quatre heures du soir, et l'autre qu'il garda presque toute la nuit. Il resta levé huit heures consécutives, n'éprouva que très peu de céphalalgie, prit deux potages avec plaisir qu'il digéra facilement. Les selles moins fétides ; la nuit fut plus calme ; le sommeil non troublé par des rêves pénibles.

Le 25, il resta levé tout le jour. Le facies avait repris son expression ordinaire. Il sentit de l'appétit, mangea deux soupes et un peu de viande. La langue avait perdu de sa viscosité ; le ventre était devenu indolent et les urines à peine troubles. Il prit encore deux lavemens goudronneux le jour, but de sa tisane avec abondance. La nuit fut très bonne. A partir de ce moment, il cessa l'usage des lavemens ; mais il continua, pendant six jours consécutifs, à prendre de la tisane de goudron. Dès lors sa guérison était complète ; il put reprendre, quatre jours après, ses travaux ordinaires, qu'il n'a pas cessés depuis.

III. — François Lasalle, 36 ans, propriétaire-cultivateur au village de Bourbouzac, commune de Lhoumeau-Pontouvre, près Angoulême. Le

---

bérantes ; par la distension, il allonge ce qui est trop court ; avec l'expansion, il fait s'épanouir ce qui était trop mince, et par l'activité ou l'inertie musculaire, il développe ou amoindrit les saillies sous-cutanées.

Ces moyens sont fournis par les données physiologiques et pathologiques connues de tous. Il est certain, par exemple, que la compression lente des tumeurs anévrysmales peut aller jusqu'à produire l'usure et la disparition des os. Il est d'observation que les souffleurs de verre et les joueurs d'instrumens à vent acquièrent un développement énorme des buccinateurs, etc., etc. Imitons donc la nature et nous pourrons, plus souvent qu'on ne le pense, corriger ou amoindrir ses écarts.

Nous avons bien et dûment à notre disposition, dit l'auteur, trois puissances mécaniques, qui, en dernière analyse, peuvent produire sur les formes du visage : 1° un déplacement simple de la partie, sans augmentation ni diminution de volume ; 2° l'atrophie de cette même partie ; 3° enfin, son augmentation de volume ou hypertrophie.

« Si donc, la calliplastie peut appeler à son aide des forces qui ont ce résultat avéré, et, l'historique de cet art aussi bien que les faits que la chirurgie, pour preuve plus grande, pourrait nous apporter par milliers, le démontrent jusqu'à satiété, elle doit dès ce moment prétendre à des succès de tous genres, puisqu'une forme du visage étant donnée, il va lui être permis d'en changer la disposition suivant le plan de la figure, de la faire s'épanouir ou de la déprimer. »

Quoique l'auteur assure avec confiance que ces moyens sont universellement applicables, et à tout âge de la vie, il reconnaît néanmoins que l'enfance est l'âge favorable aux applications de la calliplastie. La mollesse des fibres, la souplesse des chairs et la plasticité même des parties osseuses rendront d'ailleurs, à cet âge, les résultats plus faciles et plus féconds. Mais ce qui doit mériter à l'enfance, ajoute l'auteur, toutes les attentions de notre art, c'est que les modifications organiques dont la succession façonne à cette époque sur différens modèles toutes les formes du visage, préparent et amènent ainsi la beauté de l'âge adulte ; âge de la beauté par excellence et le seul qui ait pour la désirer le plus puissant des motifs, c'est-à-dire le sentiment de l'amour.

« Il viendra un jour, nous n'en doutons pas, où la calliplastie fera partie de l'éducation physique des enfans, et où toutes les mères intelligentes et dévouées, aidées des conseils d'un médecin éclairé, voudront veiller, elles-mêmes, au développement régulier des traits de leur enfant, afin de prévenir les altérations qui pourraient survenir dans la pureté de ses formes. Toutes tiendront certainement à ce que leurs filles ne perdent pas, dans le monde, les avantages dus à leurs talens par le désagrément d'un visage difforme, bien persuadées qu'il ne sera pas moins utile pour leurs enfans, aux yeux du monde, de paraître belles que d'être réputées vertueuses. »

Les pages qui suivent sont consacrées à l'application des principes que je viens de faire connaître. L'auteur y passe en revue toutes les parties de la tête et du visage, du sinciput au menton, de la chevelure à la denture. Il faut absolument lire ce petit ouvrage pour avoir une idée de toutes les ressources que la calliplastie peut mettre en œuvre pour corriger, modifier, régulariser, harmoniser les formes et les traits. Je crains bien, cependant, que des deux sexes auxquels la calliplastie peut également s'appliquer, il n'y ait guère que le sexe faible d'assez fort pour résister aux lenteurs, aux fatigues et aux mille tortures de cet art. Ce sexe est certainement de force à supporter les lotions de jus d'oignons recommandées par Andry pour faire pousser les cheveux, ou bien le jus de cresson recommandé par l'école de Salerne :

Le cresson retient la perruque
Depuis le front jusqu'à la nuque.
Si vous en frottez les cheveux,
Ils en viendront plus forts et mieux.

Que je donne une idée de ces petites tortures calliplastiques. J'avais une certaine raison de rechercher avec empressement le chapitre sur le nez, et les moyens proposés par l'auteur pour en corriger et en amoindrir l'exubérance et les difformités. *Bone deus !* j'en suis encore tout effrayé. Il faut des matières emplastiques, des boulettes de cire ou de coton, de petits ressorts compresseurs, des bandelettes agglutinatives, des lotions, que sais-je encore ? Décidément, je garde mon gros nez.

Je ne voudrais traiter ce livre ni trop sérieusement ni pas assez. Il y a des idées qui, par une application raisonnable et modérée, peuvent être utiles. Il y a des exagérations évidentes. Le calliplaste ne pétrira jamais la figure humaine comme le sculpteur pétrit l'argile. Je signale à l'auteur une omission importante. Parmi les moyens excitateurs de l'activité musculaire, il n'indique pas l'emploi de l'électricité, de ce moyen puissant qui, dans les habiles mains de M. Duchenne de Boulogne, a révélé des faits physiologiques si saisissans. Voilà, certes, un moyen calliplastique par excellence. On sait, en effet, que l'ingénieux expérimentateur que je viens de nommer produit, à volonté, la contraction isolée des muscles de la face. L'application de ce fait à la calliplastie peut avoir son importance.

Pour terminer ce que j'avais à dire de ce livre, je citerai cette page vraiment belle du chapitre sur les conditions de la beauté :

« La misère et la servitude sont sœurs ; mais cette dernière, en obligeant l'homme à se dépouiller de cette fierté, de ce noble orgueil qui ajoute à la majesté de ses traits, fait contracter à sa physionomie un caractère vil et méprisable. Les humiliations, la crainte, l'obéissance passive, inséparables de l'état de servage, abrutissent l'intelligence et animalisent par conséquent la face de l'homme.

» Que l'on parcoure tous les coins de l'univers, et que partout l'on compare la beauté de l'opulent et du pauvre, du seigneur et du serf, du brahmane et du paria, du maître et de l'esclave, et partout l'on verra croître la laideur en raison de la servitude et de l'abjection qu'elle traîne à sa suite. L'habitude même de la dissimulation, qui en est la conséquence directe, fausse l'expression physionomique. Un flatteur, à quelque rang qu'il appartienne et quelque dissimulé qu'il se montre, ne pourra jamais effacer de son visage le caractère emprunté et faux que sa fourberie y aura gravé.

Mais sous la pourpre on sent ton esclavage,
Et, tu te sais, l'esclavage enlaidit.

(BÉRANGER, *Octavie.*)

» Les Grecs et les Romains, qui furent les peuples les plus beaux de l'antiquité, en ont été aussi les seuls qui surent conquérir et introduire dans leurs mœurs une liberté noble et fière.

» S'il prenait donc fantaisie à un législateur, comme autrefois à Frédéric, de vouloir embellir sa nation, il devrait avant tout s'attacher à la doter d'institutions libérales et bienfaisantes. Quand on voudra les hommes beaux, on les voudra libres. »

Ce sont là de nobles sentimens, exprimés dans un beau langage.

Amédée LATOUR.

1er janvier 1855, en portant vendre du lait à la ville, il fut pris, dans le trajet, de lassitude générale et de céphalalgie gravative. Il put vaquer à toutes ses occupations de la journée, mais se coucha le soir un peu plus de bonne heure que d'habitude. Il était sans appétit, la bouche sèche et gluante. Le lendemain et les jours suivans, loin d'éprouver de l'amélioration, il se sentit encore plus accablé. L'appétit était nul. Quand il avait mangé il éprouvait un gonflement épigastrique. La bouche sèche et empâtée. Soif médiocre; céphalalgie frontale sans étourdissement marqué. Pas de fièvre dans la journée; mais, à partir de minuit jusqu'au jour, le corps devenait chaud. Sommeil continu dans la nuit avec rêvasseries et sensation légère d'oppression. Constipation dès le début de la maladie; il n'allait à la selle que tous les trois ou quatre jours. Le ventre était tendu; les urines, épaisses et sédimenteuses, répandaient une odeur forte et un peu fétide. Il restait levé à peu près tout le jour, pouvait se promener en dehors de chez lui, mais éprouvait promptement de la fatigue.

Sa femme vint me consulter le 23 janvier. Je crus, sur ses indications, que le malade était pris d'état saburral et je prescrivis 45 grammes de sulfate de magnésie à prendre en une fois dans un bol de bouillon d'oseille. Il en résulta cinq selles diarrhéiques, très infectes. Mais la maladie ne fut en rien modifiée; l'inappétence persista comme auparavant. Même lassitude, même sécheresse et même état visqueux de la bouche. La céphalalgie gravative continue; les forces allèrent en diminuant; toute tension de l'esprit devint difficile et pénible. Le 26 janvier, le malade eut un léger saignement de nez.

Le 2 février, je fus appelé près de lui. Voici quel était son état : pouls à 70, développé, mais dépressible; le facies exprime de la stupeur; la peau, légèrement humide, me paraît un peu plus chaude qu'à l'état normal. Anorexie complète. Tout aliment pèse à son estomac. La tisane d'orge et de chiendent qu'il prend détermine, à la région épigastrique, une sensation de tension et une production gazeuse. La langue, rouge sur les bords et à la pointe, est légèrement recouverte, à son milieu, d'un enduit jaune-grisâtre et un peu croûteux. L'haleine n'exhale aucune odeur fétide. La soif est médiocre. Depuis trois jours la constipation est revenue. Le ventre, généralement ballonné, est un peu douloureux à la pression dans les régions épigastrique et hypogastrique. Les urines sont rouges, épaisses, et répandent une odeur forte. Pas de toux. L'auscultation de la poitrine ne révèle aucune altération. Au milieu de la nuit, le malade éprouve de la chaleur à la peau et un peu de sueur visqueuse. Dans le jour il reste levé depuis neuf heures du matin jusqu'à l'entrée de la nuit. Il prend, par raison, un peu de nourriture qui se réduit à un peu de bouillon et de potage. Chaque jour il fait une courte promenade, mais est obligé de s'asseoir fréquemment.

Prescription : lavemens et tisane de goudron.

Pendant trois jours consécutifs, il reçut trois lavemens par jour qu'il gardait chaque fois plusieurs heures. Les matières fécales qu'il rendait étaient fétides. Il but de sa tisane avec plaisir et presque avec avidité. Elle flattait son goût, et il sentait, disait-il, un mieux-être à mesure qu'il en faisait usage. Dès le premier jour qu'il en but, la sécheresse de la bouche diminua, la tension épigastrique fut moins prononcée, et le ventre ne fut plus le siége de borborygmes. Il ne prit de sa tisane que dans la soirée, et deux jours après, le 5, il éprouva un peu d'appétence; il mangea deux potages sans ressentir de difficultés pour la digestion. Le sommeil fut plus convenable, et pas de chaleur anormale à la peau pendant la nuit. Le 6, il mangea presque comme à son ordinaire. Au bout de huit jours de ce traitement, il put reprendre ses occupations ordinaires.

IV. — Le 24 février 1855, je fus appelé, rue de Beaulieu, n° 33 bis, pour voir Mme veuve Fournier, âgée de 54 ans. Dans les derniers jours du mois de décembre dernier, elle fut prise de lassitude générale, d'inappétence, de bouche gluante, de pesanteur de tête et de vertiges. Au bout de deux jours de cet état, elle remarqua que ses urines étaient épaisses, jumenteuses. Les selles, légèrement diarrhéiques, exhalaient une odeur fétide. Pas de fièvre. Comme à l'entrée de l'hiver elle avait éprouvé une douleur pleurodynique gauche qui avait cessé depuis près de trois semaines, cette douleur reparut avec son caractère obtus dès les premiers momens de la maladie. La nuit, sommeil continu, lourd, avec rêvasseries. Elle restait levée toute la journée, mais ne pouvait vaquer qu'incomplétement à ses occupations.

Elle était malade depuis six semaines quand je fus appelé à lui donner des soins. La figure exprimait de l'anxiété mêlé de stupeur; le teint était légèrement ictérique, la bouche dans un état poisseux, la langue, d'une largeur et d'une épaisseur normales, était rouge sur une grande partie de la surface. Pas de fétidité de l'haleine. Elle mangeait chaque jour sans appétit.

Je lui conseillai, pour unique traitement, l'usage de la tisane et des lavemens de goudron et la continuation de son alimentation ordinaire. Elle prit chaque jour deux à trois lavemens qu'elle gardait plusieurs heures et but de sa tisane avec plaisir et avec abondance. Dès le troisième jour elle remarqua une amélioration notable; son appétit commençait à revenir, la bouche présentait moins d'empâtement, moins de lassitude, sommeil plus calme. Les matières fécales étaient encore fétides et le ventre présentait un peu de tension. J'insistai de nouveau sur les lavemens et la tisane de goudron. Le 2 mars elle vint me voir et me dire que l'appétit était revenu, qu'elle mangeait sans éprouver de dérangement dans les voies digestives, que la muqueuse buccale avait perdu son état poisseux et qu'elle se sentait débarrassée de sa courbature. Depuis, son état s'est maintenu. Seulement, par rares intervalles, dans les changemens atmosphériques et lorsqu'elle éprouve de la fatigue, elle ressent encore sa douleur pleurodynique gauche.

(La suite au prochain n°.)

SYPHILIOGRAPHIE.

DU CHANCRE AU POINT DE VUE DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE;

Par le docteur Henry MUSSET, de Ste-Terre (Gironde), ancien interne de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc.

(Suite. — Voir les numéros des 31 Mai, 19 Juin, 7 et 21 Juillet 1855.)

(Dans le numéro du 21 juillet, sous le titre qui précède, en tête de l'obs. I, au lieu de phagédénisme survenu après l'inoculation, lisez l'*induration*.)

C'est du chancre simple, envisagé dans ses rapports avec la diathèse syphilitique, qu'il va être question.

Nous entendons par chancre simple tout ulcère primitif non caractérisé par une base spécifiquement indurée, et non accompagnée de l'engorgement multiple, indolent, moniliforme, des ganglions les plus voisins de son siége.

Quelle que soit donc sa forme, sa physionomie, son étendue; qu'il soit inflammatoire, gangréneux, diphthéritique, phagédénique, folliculaire, bourgeonnant, etc., pour nous, le chancre est simple, s'il n'offre pas les deux caractères que nous venons de signaler.

Pour démontrer son influence sur la syphilis constitutionnelle, il semblerait suffire de citer les observations et les faits nombreux que nous avons recueillis dans ce sens. Ce travail statistique, puisé aux sources authentiques et fécondes de la clinique de l'hôpital du Midi, aurait au moins, selon moi, autant d'autorité que bien des discours, même académiques, surtout quand ces discours révèlent plutôt des préoccupations personnelles qu'un véritable amour pour la science. Mais nous ne voulons pas nous contenter de chiffres; car quel est le système, même celui de la syphilisation, qui ne se soit produit entouré de faits offrant, au dire de son auteur, toutes les garanties d'une saine critique. Avant donc de procéder à cette enquête, arrêtons-nous un instant à l'étude clinique du chancre, étude qui nous a paru remplie de causes d'erreurs, que, si nous ne parvenons pas à dissiper, nous aurons au moins le mérite d'avoir évitées.

On s'abuserait singulièrement si l'on pensait que le chancre a toujours des signes caractéristiques univoques, auxquels il est facile de le reconnaître. Il est au contraire essentiellement protéiforme; aussi celui qui, pour distinguer l'ulcère primitif, aurait besoin de rencontrer un ulcère à fond couenneux, grisâtre, rugueux; à bords taillés à pic, dentelés, décollés, renversés en dehors; à forme circulaire, entourée d'une aréole rougeâtre, plus ou moins brune, selon le degré de l'inflammation, etc., courrait les risques de méconnaître le chancre, là où il existerait, et de le reconnaître là où il ne serait pas. Nous allons voir, en effet, qu'entre le chancre et certains accidens secondaires de la syphilis, il existe la plus parfaite uniformité; que l'ecthyma, par exemple, qui appartient au deuxième âge de la vérole, offre avec le chancre ecthymateux la plus grande analogie; aussi suis-je convaincu que si les inoculateurs de l'accident secondaire avaient été pénétrés de la vérité clinique que nous signalons, ils eussent bien moins réussi dans leurs recherches, et dans tous les cas, ils se fussent renfermés dans un doute méthodique, attendant, avec calme et réserve que des observations ultérieures leur fournissent les données nécessaires à la solution de cet important problème.

L'examen clinique m'a appris, de la manière la plus positive, que l'ulcère primitif emprunte ses caractères au tissu sur lequel il est implanté. Sa forme, sa physionomie, ses dispositions anatomo-pathologiques, varient avec la nature de la surface envahie. Ainsi les chancres du fourreau, du gland, du reflet du prépuce, des lèvres, offrent des variétés profondément distinctes.

Celui du fourreau a, règle générale, la forme et l'aspect de l'accident secondaire dit *ecthyma*. Il est circulaire, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc, recouvert, le plus souvent, de croûtes stratifiées, au-dessous desquelles existe une suppuration plus ou moins abondante. Il est entouré d'une aréole rouge, variant avec le degré de l'inflammation, et une induration quelquefois spécifique, quelquefois d'emprunt, existe à sa base. Je mets au défi les syphiliographes qui n'accordent aucune valeur séméiotique à l'induration du chancre et à l'engorgement ganglionnaire qui en est la conséquence, de distinguer le chancre ecthymateux de l'*ecthyma* proprement dit. Voilà comment s'expliquent les erremens de ceux qui font de ce dernier accident constitutionnel tantôt un symptôme primitif, tantôt un symptôme secondaire. Et qu'on remarque en passant que, lorsqu'il s'est agi de la question de la transmissibilité des accidens généraux de la syphilis, c'est presque uniquement l'*ecthyma* qu'on avait inoculé.

Il ne faut pas croire qu'il importe peu que tel accident soit considéré indifféremment comme primitif ou comme secondaire; dans le premier cas, l'affection est encore locale, et peut être traitée et guérie sur place; dans le second, elle est l'expression d'une diathèse à laquelle il faut opposer un traitement général.

Le chancre qui siége à la rainure du gland présente des modifications de formes dépendant de la disposition anatomique de cette région : ici existent des follicules sébacés chargés d'une sécrétion particulière dont il faut tenir compte; de plus, l'ulcère primitif ne porte pas sur des tissus homogènes; la face intérieure de la base du prépuce et la couronne du gland sont, en effet, d'une nature bien différente, qui oppose au travail de l'ulcération des résistances variables. A cause encore de la sorte de rigole qui existe à la base du gland, le pus spécifique fuse à l'entour de cet organe, et y détermine çà et là des inoculations dites successives. La forme circulaire ne peut exister à cause même de la non-homogénéité des tissus. Baigné à tout instant par les sécrétions de la muqueuse, à l'abri du contact de l'air, il ne peut se recouvrir de croûtes. Ajoutons que le chancre de cette région est un de ceux qui peuvent le plus souvent exposer à des méprises, lorsqu'il s'agit du diagnostic de l'induration vraiment spécifique, et cela à cause du rebord saillant et dur de la base du gland.

L'ulcère primitif qui siége sur le gland et sur la muqueuse du limbe du prépuce offre aussi des dispositions spéciales qu'il importe de bien préciser. Les bords à pic, renversés, le fond grisâtre, etc., du chancre classique, manquent ici absolument. Une surface aplatie, circulaire, légèrement exulcérée, donnant lieu à une suppuration peu abondante, un fond plus ou moins saillant, etc., tels sont les caractères qui rapprochent le chancre dont nous nous occupons du tubercule muqueux ou de la pustule plate humide, accidens de la période secondaire de la syphilis. Cette disposition, au lieu d'être une anomalie, s'explique aisément par la configuration des parties affectées. La face convexe du gland et la face interne du prépuce, glissant incessamment l'une sur l'autre, doivent nécessairement donner aux ulcérations qu'elles recouvrent la forme particulière que nous venons de décrire, et jeter ainsi sur le diagnostic des chancres de cette région la plus grande obscurité. Mais, disons-le d'abord, ce qui les distingue et les sépare nettement des accidens généraux avec lesquels il est si facile de les confondre, c'est qu'après un temps voulu que nous préciserons plus tard, ces ulcères primitifs donnent lieu à la syphilis constitutionnelle dans le cas d'induration spécifique, et que, dans le cas contraire, ils restent à l'état local sans qu'il soit possible de constater des symptômes généraux sur une partie quelconque du corps.

Ce que nous venons de dire s'applique mot pour mot au chancre labial, qui par le fait de l'application des deux lèvres, prend promptement la forme, surtout à sa période de réparation, soit d'une plaque muqueuse, soit du tubercule muqueux.

A la marge de l'anus, l'ulcère primitif offre aussi des caractères divers; il est fusiforme et peut ressembler à une fissure ou à une rhagade, symptôme de syphilis confirmée; quelquefois il affecte les dispositions d'un V renversé, comme j'ai eu l'occasion d'en observer un bel exemple. Ces formes peuvent varier encore par le fait même du passage des matières fécales qui déchirent ou distendent la surface ulcérée du chancre.

Mais c'est surtout à sa période de réparation que l'ulcère primitif offre les plus grandes anomalies de formes. La couche granuleuse qui se développe lui donne des types variés. Ainsi le chancre bourgeonnant, le chancre décrit par les Anglais sous le titre d'*ulcus elevatum*; ainsi les transformations *in situ*, fréquentes surtout dans les siéges exposés au frottement, et qui font de l'ulcère primitif soit un tubercule muqueux, soit une plaque muqueuse, sont tout autant de variétés parfaitement distinctes, qu'il serait impossible de rattacher au chancre, si on voulait s'en remettre aux caractères classiques qu'en donnent ceux qui écrivent dans le cabinet, sur la foi de ce qu'ils ont pu lire.

Le siége qu'occupe le chancre peut encore donner lieu à une erreur de diagnostic. Ainsi, beaucoup de praticiens se refusent à admettre l'existence de l'ulcère primitif dans un siége autre que celui des organes génitaux. M. Gibert ne croit pas, par exemple, au chancre labial; pas plus que M. Velpeau, comme cela résulte pour moi d'un fait remarquable recueilli dans sa clinique. C'était un jeune homme entré dans son service pour une blennorrhagie catarrhale, et pour un ulcère situé à la lèvre inférieure, accompagné de l'engorgement moniliforme des ganglions sous-maxillaires, et reposant sur une base indurée. Cet habile chirurgien, préoccupé d'idées doctrinales, que, malgré tout le respect dû à sa science, nous n'acceptons pas, ne pouvait se résoudre à admettre pour chancre l'ulcère labial dont son malade était porteur; mais ne faisait aucune difficulté pour le considérer comme un accident général produit par la blennorrhogie. Sorti de la Charité, il fut reçu au Midi le 20 juin 1851, salle 1re, n° 2, sous le nom d'Antoine Jossariès. Les élèves qui suivaient la clinique de M. Ricord assistèrent au développement, chez ce malade, d'une syphilide exanthématique, prévue et annoncée par le savant chirurgien du Midi, comme la conséquence fatale du chancre induré labial dont ce jeune homme était affecté.

Comme on le voit, d'après l'examen clinique auquel nous venons de nous livrer, le chancre est essentiellement protéiforme. Par sa physionomie, par ses dispositions anatomo-pathologiques, par son siége en un mot, par l'ensemble de tous ses caractères, il peut être aisément confondu avec certains symptômes de la syphilis constitutionnelle, et en particulier avec l'*ecthyma*, la *plaque muqueuse*, la *pustule plate*, le *tubercule muqueux*.

Au point de vue donc de la part d'influence qui revient à l'ulcère primitif dans la production de la syphilis, de même qu'à celui de la question si importante de la transmissibilité de l'accident secondaire, le clinicien et l'expérimentateur auront présentes à l'esprit les difficultés diagnostiques qui résultent, comme nous venons de le voir, des formes si variées, des caractères si multiples que présente le chancre dans les diverses phases de son évolution.

Quant à nous qui tenons compte de ces vérités cliniques, et qui considérons comme chancre simple celui qui n'est accompagné ni d'une induration spécifique, ni d'un engorgement moniliforme des ganglions voisins, nous allons chercher à établir, par des faits aussi authentiques que possible, dans quel rapport se trouve vis-à-vis la diathèse syphilitique cette variété de l'ulcère primitif.

(La suite prochainement.)

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Trente-quatrième Leçon.

SOMMAIRE. — Mammifères fossiles. — Idées fausses auxquelles la découverte de leurs ossemens a donné lieu. — Animaux du Midi découverts en Sibérie par Gmelin, Pallas, Adams. — La paléontologie créée par Cuvier.

Nous sommes arrivés à l'étude des mammifères fossiles.

Les ossemens fossiles des animaux mammifères furent découverts de bonne heure; mais les premiers observateurs, dans leur ignorance, les prirent pour des restes de géans humains. Ils crurent que ces débris témoignaient de l'existence d'une race de géans qui nous avait précédés. Nous étions, disaient-ils, une race dégénérée; il fallait accepter comme vraie la légende des Titans, apparus les premiers sur la scène du monde.

En 1613, on trouva dans le Dauphiné les os d'un grand animal. Un chirurgien du pays, nommé Mazurier, les acheta et les apporta à Paris. Là il en fit une exhibition dont il tira profit. Pour piquer la curiosité du public, il débitait ce conte : les os dont il s'agit avaient été trouvés dans un tombeau de trente pieds de long qui portait pour inscription : *Teutobochus rex*. Ces ossemens n'étaient donc rien moins que les restes du fameux Teutobochus, roi des Cimbres, que Marius défit dans le midi de la Gaule. L'imposture de Mazurier réussit. La vérité est que les débris trouvés en Dauphiné avaient appartenu à un mastodonte (1).

L'idée tout aussi ridicule des *jeux de la nature* fut ensuite appliquée aux ossemens des mammifères fossiles, comme elle l'avait été aux coquilles fossiles : en 1696 on découvrit à Tonna, dans le duché de Gotha, des dents, des vertèbres et des côtes d'éléphant. Les médecins du pays, consultés par le duc de Gotha, déclarèrent unanimement que ces objets étaient des *jeux de la nature*.

Avec le XVIIIme siècle seulement commence l'ère scientifique de la paléontologie.

En 1733, Gmelin (Jean-Georges) explore la Sibérie, par ordre du gouvernement russe. Il y trouve un nombre énorme d'ossemens fossiles de mammifères.

Gmelin était un bon observateur. Il avait excellemment le don des vues d'ensemble. Ainsi, il fixe, avec une précision singulièrement heureuse, aux monts Ourals la ligne *zoologique* qui sépare l'Europe de l'Asie. Dans sa relation de voyage, publiée en 1751, il rend compte de cette impression de la manière suivante :

« C'est au delà des monts Ourals et du fleuve Jaïk que l'aspect du » pays, les plantes, les animaux, l'homme enfin, et tout ce qui l'entoure, » prennent une physionomie nouvelle. »

Pallas succède à Gmelin dans l'exploration de la Sibérie. Son voyage dure six années : parti de Saint-Pétersbourg le 21 juin 1768, il y rentre le 30 juillet 1774. Pallas n'était pas doué, au même degré que son devancier, de la vue d'ensemble; mais il était plus profond anatomiste. Avant de partir pour sa mission, il avait étudié les ossemens fossiles rassemblés au musée de Saint-Pétersbourg; il s'était, en quelque sorte, orienté pour les observations qu'il allait faire.

Pallas trouva aussi en Sibérie une prodigieuse quantité d'ossemens d'éléphans, d'hippopotames, etc. Dans la relation qu'il publia de son voyage, on lut le récit d'une découverte bien faite pour frapper l'attention et même l'imagination de tous les naturalistes : des chasseurs avaient trouvé près du fleuve Vilouï le cadavre d'un gros animal inconnu. Il s'était conservé dans la terre qui, à cet endroit, est gelée, en toute saison, à une grande profondeur. Le corps de l'animal était, au moment de la découverte, dans toute sa grosseur et revêtu de sa peau. Mais, la corruption étant survenue, l'on n'avait pu détacher du corps que les pieds et la tête. A Irkouzk, Pallas vit deux pieds et la tête : il les reconnut, du premier coup d'œil, pour appartenir à un rhinocéros. La tête était entière et couverte de son cuir; les paupières n'étaient pas tout à fait tombées en corruption; sous la peau, des parties charnues putréfiées existaient encore. Pallas remarqua aux pieds des restes très sensibles de tendons et de cartilages.

Un fait analogue se reproduisit à la fin du siècle. C'est Cuvier qui va nous le raconter :

« En 1799, un pêcheur Tongouse remarqua sur les bords de la mer Glaciale, près de l'embouchure de la Léna, au milieu des glaçons, un bloc informe qu'il ne put reconnaître. L'année d'après, il s'aperçut que cette masse était un peu plus dégagée, mais ne devinait point encore ce que ce pouvait être. Sur la fin de l'été suivant, le flanc tout entier de l'animal et une des défenses étaient distinctement sortis des glaçons. Ce ne fut que la cinquième année que, les glaces ayant fondu plus vite que de coutume, cette masse énorme vint échouer à la côte sur un banc de sable. Au mois de mars 1804, le pêcheur enleva les défenses dont il se défit pour la valeur de 50 roubles. On exécuta, à cette occasion, un dessin grossier de l'animal..... Ce ne fut que deux ans après, et la septième année de la découverte, que M. Adams, adjoint de l'Académie de Pétersbourg, qui voyageait avec le comte Golovkin, envoyé par la Russie en ambassade à la Chine, ayant été informé à Jakutsk de cette découverte, se rendit sur les lieux. Il y trouva l'animal déjà fort mutilé. Les Jakoutes du voisinage en avaient dépecé les chairs pour nourrir leurs chiens. Des bêtes féroces en avaient aussi mangé; cependant le squelette se trouvait encore tout entier, à l'exception d'un pied de devant. L'épine du dos, une omoplate, le bassin et les restes des trois extrémités étaient encore réunis par les ligamens et par une portion de la peau. L'omoplate manquante se retrouva à quelque distance. La tête était couverte d'une peau sèche. Une des oreilles, bien conservée, était garnie d'une touffe de crins; on distinguait encore la prunelle de l'œil. Le cerveau se trouvait dans le crâne, mais desséché; la lèvre inférieure avait été rongée, et la lèvre supérieure, détruite, laissait voir la mâchelière. Le cou était garni d'une longue crinière. La peau était couverte de crins noirs et d'un poil ou laine rougeâtre; ce qui en restait était si lourd, que dix hommes eurent beaucoup de peine à la transporter. On retira, suivant M. Adams, plus de trente livres pesant de poils et de crins que les ours blancs avaient enfoncés dans le sol humide, en dévorant les chairs. L'animal était mâle; ses défenses étaient longues de plus de neuf pieds en suivant les courbures, et sa tête, sans les défenses, pesait plus de quatre cents livres.

» M. Adams mit le plus grand soin à recueillir ce qui restait de cet échantillon unique d'une ancienne création; il racheta ensuite les défenses. L'empereur de Russie, qui a acquis de lui ce précieux monument, l'a fait déposer à l'Académie de Pétersbourg. »

Ne croirait-on pas lire une page de roman? Et cependant, ce récit n'emprunte rien à la fantaisie; tous les faits rapportés par Cuvier sont rigoureusement authentiques.

La science n'avait pas attendu la découverte d'Adams pour se constituer. En l'an IV, Cuvier lisait à l'Institut, réuni pour la première fois en séance publique, son premier mémoire sur les ossemens fossiles. Sa conclusion frappa vivement les esprits; elle était ainsi conçue : « Qu'on se demande pourquoi l'on trouve tant de dépouilles d'animaux inconnus, tandis qu'on n'en trouve presque aucune dont on puisse dire qu'elle appartient aux espèces que nous connaissons, et l'on verra combien il est probable qu'elles ont appartenu à des êtres d'un monde antérieur au nôtre, à des êtres détruits par quelque révolution de ce globe; êtres dont ceux qui existent aujourd'hui ont rempli la place, pour se voir peut-être un jour également détruits et remplacés par d'autres. »

Cuvier avait donc saisi ce grand fait d'un monde d'êtres animés antérieur au nôtre, d'un monde d'espèces perdues : la paléontologie était créée.

Cuvier, dans ses recherches sur les ossemens fossiles, s'est occupé, avec l'attention qu'elle mérite, de la question que soulèvent les découvertes de Pallas et d'Adams en Sibérie, question difficile : voilà des éléphans, des hippopotames, des rhinocéros, tous animaux du Midi, qui ont laissé leurs débris sur les rivages des mers polaires! Quelle explication donner d'un fait aussi étrange?

J'exposerai l'opinion de Cuvier dans ma prochaine leçon. Pour suivre l'ordre chronologique, je rapporterai aujourd'hui les opinions de Gmelin, de Pallas et de Buffon sur le même sujet.

Gmelin cherche à rendre raison du fait en supposant que de grandes inondations, survenues dans les terres méridionales, ont chassé les éléphans vers les contrées du Nord où ils auront tous péri, à la fois, par la rigueur du climat (1).

Pallas, avant son voyage, avait repoussé l'idée de Gmelin. C'est qu'il ne connaissait encore que les ossemens du musée de St-Pétersbourg. Il croyait que l'existence des ossemens fossiles en Sibérie se restreignait à quelques localités : pour un effet qu'il supposait si petit, il ne pensait pas qu'on dût recourir à une cause si considérable.

Mais, après avoir vu ces quantités d'ossemens qui *fourmillent* sur le sol de la Russie asiatique et y forment l'objet d'un commerce important, le commerce de l'ivoire, Pallas se convertit à l'idée de Gmelin. Il pensa qu'une formidable inondation avait chassé les éléphans des contrées méridionales vers les contrées polaires.

Buffon vivait encore; il s'occupa de cette grande question et donna l'explication que voici : le refroidissement du globe a commencé par le pôle, l'épaisseur de la terre étant moins considérable à cette région et l'accession de la chaleur solaire y étant presque nulle. Le refroidissement de la partie équatoriale n'est venu que plus tard. C'est donc le pôle qui a reçu les premiers habitans de la terre, ces grands animaux dont on retrouve aujourd'hui les dépouilles en Sibérie. L'équateur s'étant refroidi à son tour, les animaux quittèrent le pôle pour aller habiter l'équateur.

« Dans quelle contrée du Nord, dit Buffon, les premiers animaux terrestres auront-ils pris naissance? N'est-il pas probable que c'est dans les terres les plus élevées, puisqu'elles ont été refroidies avant les autres? Et n'est-il pas également probable que les autres éléphans et les autres animaux, actuellement habitant les terres du Midi, sont nés les premiers de tous et qu'ils ont occupé ces terres du Nord pendant quelques milliers d'années et longtemps avant la naissance des rennes qui habitent aujourd'hui ces mêmes terres du Nord?

» Dans ce temps,.... les éléphans, les rhinocéros, les hippopotames, et probablement toutes les espèces qui ne peuvent se multiplier actuellement que sous la zone torride, vivaient donc et se multipliaient dans les terres du Nord, dont la chaleur était au même degré et par conséquent tout aussi convenable à leur nature; ils y étaient en grand nombre; ils y ont séjourné longtemps; la quantité d'ivoire et de leurs autres dépouilles que l'on a découvertes et que l'on découvre tous les jours dans ces contrées septentrionales, nous démontre évidemment qu'elles ont été leur patrie, leur pays natal, et certainement la première terre qu'ils aient occupée. »

(La suite du cours prochainement.)

(1) Plus près de nous, l'hypothèse des *géans* régnait encore. Le garde-meuble de la couronne de France possédait comme l'une de ses grandes raretés, un os supposé avoir appartenu à un géant. Daubenton montra qu'il fallait n'y voir qu'un radius de girafe.

(1) Telle est l'analyse que donne Buffon de l'opinion de Gmelin. Cette opinion mérite d'être textuellement rapportée. Gmelin dit : « Nous ne révoquons point en doute un fait constaté par une médaille, une statue, un bas-relief, un seul monument de l'antiquité; pourquoi refuserions-nous toute croyance à une aussi grande quantité d'os d'éléphans? Ces espèces de monumens sont peut-être beaucoup plus anciens, plus certains et plus précieux, que toutes les médailles grecques et romaines. Leur dispersion générale sur notre globe est une preuve incontestable des grands changemens qu'il a éprouvés. Je conjecture que les éléphans se sont enfuis des lieux qui étaient jadis leur patrie, pour éviter leur destruction. Quelques-uns auront échappé en allant très loin, mais ceux qui se seront réfugiés dans les pays septentrionaux seront tous morts de froid et de faim; les autres, morts de lassitude ou noyés dans une inondation, auront été emportés au loin par les eaux. » *Voyage en Sibérie*, par Gmelin, traduction de M. de Keralio, 1767.

On dirait que Buffon s'est inspiré de ce passage de Gmelin en composant les premières lignes des *Époques de la nature*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 Août 1855.—Présidence de M. REGNAULT.

M. RAYER annonce à l'Académie que M. W. BOECK, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Christiania, l'a rendu témoin, ainsi que M. Bernard, d'expériences très intéressantes sur la contraction musculaire faites à l'aide d'un kymographion perfectionné.

M. W. Boeck a étendu les applications de cet instrument à l'étude de plusieurs phénomènes de la respiration, de l'absorption, et à la mesure du temps qui sépare la sensation nerveuse d'une action musculaire correspondante.

M. W. Boeck prie l'Académie de nommer une commission pour examiner son kymographion et lui rendre compte des résultats physiologiques ainsi obtenus. — (Com. MM. Pouillet, Rayer et Bernard.)

Mémoire sur une altération du tissu propre de la mamelle, confondu avec le tissu hétéromorphe dit cancéreux.

M. Ch. ROBIN adresse, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Ce mémoire a pour but la description d'un fait nouveau qui, à côté de nombre d'autres, tend à démontrer que certaines tumeurs de la mamelle, considérées comme des productions nouvelles hétéromorphes ou parasitiques, ont pour point de départ les cellules normales de son tissu. Je communiquerai, dans un autre travail, des faits analogues observés sur la glande parotide, le foie, les glandes sébacées et même sur le testicule. De tous ces faits, il résulte qu'on a souvent été conduit à appeler *hétéromorphes* des tumeurs dérivant d'une multiplication exagérée des élémens normaux d'un parenchyme, avec ou sans augmentation de volume, déformation de cellules et modification de leur structure propre par dépôt de granulations, etc.

L'altération de la glande mammaire dont je parle est assez fréquente; par son aspect extérieur et son volume, caractères très variables d'un sujet à l'autre, elle a été classée habituellement dans les tumeurs dites *cancer encéphaloïde cru ou lardacé*, etc. La structure en est remarquable par la présence fréquente, bien que non constante, d'une grande quantité de tissus fibreux, disposés en faisceaux volumineux, résistans, difficiles à dilacérer, parce qu'à leurs fibres sont interposées une grande quantité de matière amorphe très tenace, et surtout beaucoup de granulations graisseuses, tantôt éparses, tantôt contiguës.

Le fait essentiel à signaler dans cette structure, c'est la présence de gaînes d'épithélium glandulaire, ou mieux, de cylindres pleins dans les parties où l'altération est le plus avancée. Ces cylindres sont ramifiés et subdivisés d'une manière régulière, et les subdivisions se terminent en doigt de gant arrondi, ou un peu conique, ou au contraire un peu renflé, autant de particularités que présentent les culs-de-sac glandulaires dans la mamelle normale. L'ensemble de ces extrémités des ramifications, au nombre de quinze, vingt ou davantage, compose encore comme à l'état normal des *acini*, c'est-à-dire de petits groupes de culs-de-sac se réunissant en un cylindre ou conduit commun, représentant le canal excréteur normal.

Plusieurs particularités pathologiques rendent difficiles à constater ces faits qui se voient facilement dans les conditions ordinaires; la première est l'augmentation de volume de ces conduits et leurs extrémités en cœcum, devenus deux, trois et quatre fois plus larges qu'à l'état sain. Une autre consiste en l'atrophie de la paroi propre et homogène des culs-de-sac glandulaires; à l'état normal, la gaîne épithéliale tapisse la face interne de cette paroi propre, dont la résistance rend facile l'isolement des tubes glandulaires; mais ici son atrophie morbide, parallèle en quelque sorte à l'hypertrophie de l'épithélium glandulaire, fait que, dans les tumeurs, les cellules de cet épithélium se dissocient facilement. Cette dissociation, cet isolement des épithéliums sont d'autant plus faciles, d'autant plus inévitables, que la tumeur est enlevée depuis plus longtemps et approche davantage de la période où elle commencera à entrer en putréfaction. C'est là une difficulté que présente leur étude qu'il importait de signaler, parce qu'elle a été une des causes qui ont empêché de reconnaître, dans les cas morbides, les analogies des cylindres ramifiés terminés en doigt de gant que je viens de décrire avec les acini de la mamelle, dont ils sont une altération directe, ou qui ont été l'origine de leur production.

Les élémens d'épithélium glandulaire qui par leur réunion composent les cylindres ramifiés, comme dans la mamelle normale, offrent plusieurs particularités qu'il importe de signaler brièvement.

1° Les cylindres ramifiés peuvent être composés entièrement de noyaux d'épithélium, ou épithélium nucléaire; les gaînes épithéliales à l'état normal sont aussi formées d'épithélium nucléaire, mais dans les cas morbides les noyaux sont devenus plus gros qu'à l'état normal du quart au double environ selon les cas; ils sont également plus granuleux. Les granulations sont graisseuses; plus elles sont abondantes, plus les noyaux s'éloignent de l'aspect normal; c'est dans ces conditions que certaines parties du tissu offrent la coloration jaunâtre et la friabilité du tubercule, qui lui ont fait donner le nom d'*aspect phymatoïde*. Entre les noyaux se trouve une certaine quantité de matière amorphe finement granuleuse; c'est dans cette variété d'altération que les élémens se dissocient avec le plus de facilité et que leur spécificité de texture, leur disposition en cul-de-sac est le plus facile à constater.

2° Dans d'autres circonstances, les noyaux n'ayant pas perdu leurs caractères normaux, la matière amorphe qui s'est interposée à eux s'est segmentée autour de chaque noyau, de manière à donner lieu à la production de cellules pavimenteuses régulières.

3° Dans d'autres circonstances enfin, qui sont les plus habituelles, les noyaux qui existaient seuls à l'état normal sont devenus plus gros du double et souvent ont pris un ou deux nucléoles volumineux et brillans qu'ils ne possédaient pas. En même temps, la matière amorphe abondamment déposée entre eux s'est segmentée dans la plupart des culs-de-sac et a donné naissance à des cellules nombreuses très grandes, soit prismatiques, soit polyédriques pourvues d'un, deux ou trois noyaux.

Un fait important à signaler, c'est la présence sur la limite des tissus sain et malade, de tubes glandulaires ramifiés présentant sur un point de leur longueur la structure normale, et sur les autres l'une ou l'autre des formes d'altérations précédentes avec toutes les formes intermédiaires de transition.

Mais il est une particularité plus importante encore que les précédentes qui se rattache au travail que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, sur la production accidentelle dans des régions dépourvues de glandes, de tissus analogues aux glandes. Cette particularité consiste en ce que, lorsque les altérations précédentes de la mamelle se sont développées, on voit souvent se produire dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle un tissu semblable à l'altération de la mamelle correspondante. Non seulement les caractères extérieurs sont les mêmes, mais le tissu est formé de filamens ramifiés et terminés en cœcum de même forme et de mêmes dimensions que dans la mamelle; l'épithélium qui les compose est lui-même semblable à celui qui constitue les acini glandulaires de la mamelle malade. Décrire de nouveau ces élémens serait répéter la description précédente, et les dessins que je présente sont tous exécutés d'après les préparations prises dans des ganglions lymphatiques malades enlevés en même temps que la mamelle primitivement affectée.

Il résulte de tout ce qui précède que dans la production de ces tumeurs, les troubles de la nutrition et du développement qui amènent l'altération des élémens glandulaires existant, s'accompagnant aussi de perturbation de la propriété de reproduction dont jouissent les élémens anatomiques, ce fait entraîne ainsi la naissance hétérotopique, ou avec aberration de lieu d'élémens anatomiques, pour lesquels, chez l'adulte comme chez l'embryon, la propriété de naître est connexe avec celle de présenter dès cette origine une texture spéciale, en rapport avec leur nature de cellules épithéliales ou autres, de fibres, etc.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 105. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 4 Septembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 SEPTEMBRE 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Encore la fonction glucogénique du foie.

L'événement médical de la semaine a été la lecture, à l'Académie des sciences, d'un nouveau mémoire de M. Figuier (c'est le troisième), à propos de la fonction glucogénique du foie. M. Figuier est un athlète aussi persévérant qu'habile. Il ne paraît pas facile de décourager son zèle. Aux objections qui lui sont faites, il répond par de nouvelles expériences. Il accepte avec résolution le programme qu'on lui impose; les *desiderata* par lesquels on jette le soupçon et le doute sur ses résultats, il s'en empare et les fait tourner à l'avantage de ses doctrines, et l'opposition, loin de l'effrayer, semble être pour lui un excitant nécessaire. Tant d'efforts et d'activité mériteraient la récompense du succès. Le succès! que serait-il si M. Figuier l'obtenait? Encore un succès négatif, un de ces succès qui réjouissent si fort les partisans de la philosophie des démolisseurs, et pour laquelle nous avons ici, comme on le sait, un enthousiasme plus calme.

Nous assistons à un singulier spectacle! La méthode expérimentale, qui avait annoncé et promis la régénération de la science médicale, est aux prises avec elle-même. Par son secours, quelques doctrines s'étaient élevées, qui semblaient assises sur des fondemens inébranlables, et c'est par son secours aussi que l'on parvient à ébranler ces doctrines. Elle nous avait promis la croyance et l'affirmation, elle ne nous donne que la négation et le doute. Qu'est-ce à dire? Toutes les facultés de l'esprit humain ne lui auraient-elles été données que pour arriver au désolant *que sais-je* de Montaigne? Gardons-nous de cette stérile croyance. « On a souvent fait la » remarque, peu consolante en apparence, que tout ce qui n'a » pas ses racines dans les profondeurs de la pensée, du senti» ment et de l'imagination créatrice, que tout ce qui dépend » du progrès de l'expérience, des révolutions que font subir » aux théories physiques la perfection croissante des instru» mens, et la sphère, sans cesse agrandie de l'observation, ne » tarde pas à vieillir. Les ouvrages sur les sciences de la na» ture portent ainsi en eux-mêmes un germe de destruction; » de telle sorte qu'en moins d'un quart de siècle, par la marche » rapide des découvertes, ils sont condamnés à l'oubli, illisi» bles pour quiconque est à la hauteur du présent. Je suis » loin de nier la justesse de ces réflexions, mais je pense que » ceux qu'un long et intime commerce avec la nature a péné» trés du sentiment de la grandeur, qui, dans ce commerce » salutaire. ont fortifié à la fois et leur caractère et leur esprit, » ne sauraient s'affliger de la voir de mieux en mieux connue, » de voir s'étendre incessamment l'horizon des idées comme » celui des faits. »

Ou bien : « Les résultats obtenus par de sérieuses investi» gations dans la voie de l'expérience, ne sauraient être en » contradiction avec une véritable philosophie de la nature. » Lorsqu'il y a contradiction, la faute en est ou au vide de la » spéculation, ou aux prétentions exagérées de l'empirisme » qui croit avoir prouvé par l'expérience bien plus qu'il n'en » découle réellement. » (De Humboldt, *Cosmos*, t. 1er, p. VI et 75.)

C'est sous l'abri de ces belles pensées, qui légitiment et justifient notre réserve sur la grave question de physiologie qui s'agite dans le monde savant depuis plusieurs mois, que nous allons exposer les principaux faits contenus dans le nouveau mémoire de M. Figuier, beaucoup trop étendu pour que nous puissions le reproduire en entier. Amédée LATOUR.

« La théorie physiologique qui accorde au foie la fonction de secréter du sucre repose tout entière, ainsi qu'on l'a déclaré dès le début de cette discussion, sur l'absence du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal en digestion de viande. L'auteur de cette théorie déclare, conformément à ses travaux antérieurs, que « chez un chien en digestion de viande cuite ou crue, il n'y a pas de sucre dans la veine porte, ni une heure, ni deux heures, ni trois heures, etc., après le repas. » Cette assertion se trouve reproduite en ces termes dans un ouvrage récent du même auteur : « Quand on dit que, chez un carnivore, il » n'y a pas de sucre dans le sang de la veine porte, ce n'est pas là » un résultat moyen fourni par beaucoup d'expériences, dans lesquelles » on aurait trouvé quelquefois des résultats opposés. C'est une expé» rience constante et absolue, et *jamais*, quand elle est bien faite et » dans les conditions indiquées, il n'y a du sucre dans le sang de la » veine porte. »

» D'autre part, j'ai affirmé, en m'appuyant sur plus de trente expériences faites sur des chiens soumis au régime exclusif de la viande, et saignés à la veine porte pendant la digestion, que, dans le sang de la veine porte d'un animal placé dans ces conditions, on peut toujours, à l'aide du réactif de Frommhertz, reconnaître la présence d'un principe sucré.

» L'Académie a confié à une commission le soin de juger ces faits contradictoires, afin de terminer ce débat et de fixer l'opinion des physiologistes sur une question qui avait vivement préoccupé le monde savant. Dans la séance du 18 juin, l'Académie a entendu la lecture du travail de la commission. Conformément aux faits dont j'eus l'honneur de la rendre témoin pendant l'expérience à laquelle je fus convoqué, la commission reconnaît qu'il existe dans le sang de la veine porte d'un animal qui a pris un repas de viande, un principe qui réduit la liqueur de Frommhertz, c'est-à-dire le tartrate de cuivre dissous dans la potasse. Mais elle ajoute qu'à ses yeux ce phénomène de réduction est insuffisant pour caractériser le sucre, et que la fermentation peut seule fournir une conclusion rigoureuse sur la nature de ce principe. Reconnaissant toutefois que la question relative à la sécrétion du sucre par le foie n'était pas encore résolue, la commission a bien voulu engager les personnes qui se sont occupées de ces travaux à continuer leurs recherches.

» Je me suis fait un devoir d'obéir au vœu exprimé par l'éminent rapporteur de la commission, et je viens communiquer à l'Académie le résultat de mes nouvelles expériences, résultat qui n'était pas, d'ailleurs, difficile à prévoir.

» ..... Un chien de forte taille, nourri depuis huit jours de viande de cheval, a pris un repas composé de cette viande cuite. Six heures et demie après ce repas, on a fait sur l'animal vivant la ligature de la veine porte, en opérant comme je l'ai indiqué dans mon deuxième mémoire; le sang, défibriné, pesait 700 grammes.

» 600 grammes de ce sang ont été traités par deux fois et demie leur volume d'alcool à 36 degrés. Séparée du coagulum rouge dû à l'action de l'alcool, et acidulée par un peu d'acide acétique, cette liqueur a été évaporée à siccité au bain-marie. Le [illegible] repris par l'eau distillée et passé à travers un linge pour le séparer du dépôt albumineux formé pendant l'évaporation.

» La liqueur ainsi obtenue a été divisée en deux parties égales.

» La première partie a été mise, directement et sans traitement particulier, en contact avec de la levûre de bière : elle n'a donné aucun signe de fermentation.

» La seconde a été tenue en ébullition, pendant deux ou trois minutes, avec cinq gouttes d'acide azotique ordinaire. La liqueur, qui était trouble, et passant très difficilement à travers le filtre, a donné, par l'ébullition, un dépôt de nature albumineuse ou caséeuse, et s'est subitement éclaircie en prenant une belle teinte jaune. Neutralisée ensuite *très exactement* par un peu de carbonate de soude en poudre, et mise en contact avec de la levûre de bière bien lavée, elle a donné, au bout d'un quart d'heure, des signes de fermentation qui ont continué

Feuilleton.

LE PROFESSEUR ROKITANSKY, DE VIENNE, ET SES TENDANCES;

Par le professeur VIRCHOW, de Würtzbourg.

Tout le monde, en France, connaît Rokitansky de nom et de réputation, mais peu de personnes savent ce qu'il a fait et ce qui lui a valu l'importance de la position qu'il occupe dans le monde scientifique. A cet égard, il est extrêmement intéressant de lire l'appréciation qu'en a faite un des hommes les plus compétens de l'Allemagne, le professeur Virchow, dans *Viener med. Wochenschrift*, 1855, nos 26 et 27, à l'occasion de la nouvelle édition de l'*Anatomie pathologique générale* du savant de Vienne. Voici des extraits d'une analyse critique publiée dans le journal cité.

Rokitansky n'appartient pas à l'école naturaliste (*naturhistorisch*); néanmoins il y a puisé toute une série de particularités, principalement sa propension aux hypothèses humorales et chimiques, la doctrine entière des exclusions et des combinaisons, ses idées sur la signification de la stase, etc. Ce qu'il en a pris surtout, c'est le principe établi par Schoenbein, de fonder la perception de la maladie en général, et le diagnostic en particulier, sur la notion anatomo-pathologique. Il en est résulté principalement cette direction de l'anatomie pathologique de Vienne, fausse en elle-même, mais cependant très influente, et que son fondateur caractérise lui-même avec orgueil, comme clinique.

Lorsque l'on étudie sans prévention l'histoire de la science, on trouve assez régulièrement que la signification essentielle et durable de personnalités marquantes, ne réside pas dans les choses qui leur avaient valu les premiers succès, et, en apparence, les plus brillans. Le dogmatisme des contemporains saisit de préférence ce qui est symbolique; les sources de leur admiration sont les formes poétiques, et non le noyau prosaïque et très souvent sec et positif; ils suivent plutôt le drapeau que la chose. Cette différence se montre le plus clairement chez Rokitansky, car il possède à un rare développement la face positive et la face poétique. Peu d'investigateurs ont une telle immédiateté, je dirais volontiers naïveté de perception, une telle aptitude d'identification avec l'objet, une telle fidélité dans sa description, sa représentation. Mais peu d'entre eux ont aussi le même besoin de symboliser, de glorifier et de généraliser les objets. Rarement le contraste entre le réalisme et le formalisme, entre la conviction inductive et la spéculative, s'est manifesté d'une manière plus tranchée dans le même homme.

Il est clair que ce contraste doit trouver sa solution dans l'individualité spéciale et la marche du développement de ce savant. Dans les deux directions, dans l'observation ainsi que dans l'interprétation, il se montre chez lui une certaine mollesse, une facilité à céder, on peut même dire une déférence, une tolérance qui explique ses vertus et ses défauts. Sa vertu est sa fidélité non surpassée dans l'observation, et sa facilité à immoler ses propres investigations aux résultats étrangers reconnus vrais; son défaut consiste dans la tendance à trouver dans un phénomène isolé un fond d'explication générale pour beaucoup d'autres faits et à en étendre outre mesure la portée, et, de plus, dans la facilité à se laisser influencer profondément par les opinions étrangères, qu'elles soient de vieille ou de fraîche date. C'est ainsi que Rokitansky a été entraîné par son naturel et son observation particulière, autant que par ses disciples, ses contemporains et ses prédécesseurs. La chaleur spéciale de son esprit se transmit à son intelligence, et en lui faisant souvent négliger des contradictions apparentes de principes qui auraient arrêté un observateur plus froid et méthodique, elle lui a fait bien souvent aussi sauter à pieds-joints sur des contradictions réelles qui n'auraient pas dû échapper à un esprit logique et indépendant. Il voyait par intuition, plutôt qu'il ne démontrait d'après des caractères parfois très superficiels, la relation de beaucoup d'états pathologiques entre eux, relation qui, par une observation méthodique, serait peut-être encore longtemps restée inconnue; mais il avait, dirai-je, le courage, ou plus volontiers l'ingénuité de produire ses suppositions sans hésiter. C'est ainsi que ses défauts n'étaient pas sans fruit pour la science.

Mais de même que les péchés des parens se vengent sur leurs enfans, de même, dans la science, les péchés du maître se vengent sur l'école, et c'est là le point dont le savant, surtout s'il professe une science pratique, est moralement responsable. Ce que l'on excuse dans la personne et qui y paraît peut-être attachant et aimable, doit être condamné dans la chose. C'est pourquoi j'ai dit, il y a neuf ans, dans ma critique de la première édition de cet ouvrage : « en me résumant, il me faut avouer » que j'ai vu rarement un livre plus dangereux pour la médecine, et » que j'en ai peu lu avec plus de tristesse dans l'âme. Les grandes puis» sances ont un penchant naturel à l'arbitraire, au despotisme; mais » n'est-il pas pénible de les voir entrer l'une après l'autre dans la même » voie, et détruire de leur propre main les bienfaits qu'elles venaient » de répandre sur le genre humain. »

Dans ses premières publications, Rokitansky était essentiellement humoriste, et il a déclaré positivement que la pathologie humorale était une exigence de l'intelligence pratique. Cette vue pourrait s'appliquer à une époque où les découvertes des expérimentateurs français et allemands avaient montré la grande influence de certaines altérations du sang sur l'organisme, et où l'emploi de nouvelles méthodes d'investigation chimique avait eu de si fertiles résultats pour la physiologie et la pathologie. Mais n'était-il pas évident que des progrès ultérieurs ne pourraient être conquis que par la voie de l'investigation méthodique? Qu'il ne s'agissait que de gagner des faits fondamentaux nouveaux pour les notions pathologiques, par des expériences sur les animaux et par l'examen chimique et microscopique? L'investigation méthodique n'était-elle pas une exigence plus élevée pour l'esprit pratique, que la pathologie humorale?

Rokitanski a préféré ici le chemin des intuitions; il était assez naïf pour dire : « qu'il avait reculé le *forum* de l'anatomie pathologique plus » loin qu'on ne l'attendait ordinairement de cette science, surtout vers » les limites de la chimie pathologique. » Au lieu de faire lui-même des investigations chimiques, ou d'attendre que d'autres en eussent fait, un grand nombre de crases furent déduites par lui, d'exsudations anatomiquement démontrées, et dont les diverses propriétés morphologiques et physiques lui paraissaient devoir être des points de départ pour autant d'états chimiques différens. Mais, non content de cela, il admit comme

pendant plusieurs heures, en ayant la précaution de maintenir l'appareil près d'un fourneau un peu chaud. Le gaz recueilli était entièrement absorbable par la potasse. Quant au liquide, on l'a placé dans une petite cornue, et on en a recueilli, par la distillation, environ le cinquième. Pendant cette distillation, il a été facile de reconnaître, dans le récipient où les vapeurs se condensaient, une odeur alcoolique bien caractérisée. Le produit de cette distillation ayant été placé dans une cornue plus petite, on a rectifié de manière à ne recueillir que les sept à huit premières gouttes du produit. Dans cette rectification, l'odeur alcoolique s'est encore manifestée avec évidence. Enfin, ce dernier liquide, additionné de quelques gouttes d'une dissolution de bichromate de potasse et d'un peu d'acide sulfurique, porté ensuite à l'ébullition, s'est coloré en vert, et a conservé, après l'ébullition, une légère odeur d'aldéhyde. Je me permets de recommander aux opérateurs cette manière simple et éminemment sensible de reconnaître la présence de l'alcool. Lorsque ce liquide existe en quantité trop petite pour pouvoir être enflammé, la constatation de l'odeur caractéristique de l'esprit-de-vin dans le récipient où viennent se condenser les vapeurs, et la coloration en vert par la réduction du bichromate de potasse, est un moyen qui permet de reconnaître les plus faibles traces d'alcool.

» L'expérience que nous venons de rapporter est démonstrative, puisque l'on voit le même sang de la veine porte qui n'avait point donné directement de signes de fermentation, présenter ce phénomène dès qu'on le soumet à l'action de quelques gouttes d'un acide étendu.

» On peut conclure de cette expérience que le principe sucré qui se forme pendant la digestion de la viande, s'accompagne, dans la veine porte, de quelque substance étrangère qui met obstacle à la fermentation alcoolique. Pour faire apparaître le sucre avec toutes ses propriétés, il faut le débarrasser, par l'ébullition avec un acide, des matières étrangères qui l'accompagnent, de même que, pour obtenir à l'état de pureté un produit mêlé à d'autres matières organiques, il faut, par des réactifs appropriés, par le sous-acétate de plomb, par exemple, éliminer les autres substances organiques.

» . . . . . J'ai répété plusieurs fois l'expérience qui précède, avec cette différence que je ne partageais pas en deux parties le liquide, qui consacré tout entier à constater le phénomène de la fermentation, grâce à l'ébullition préalable avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou azotique. Dans toutes les expériences exécutées de cette manière, en agissant sur 300 à 400 grammes de sang de la veine porte de chiens soumis, depuis une semaine au moins, à une alimentation exclusive avec de la viande de cheval, et opérés de cinq à six heures après le repas, il a toujours été possible de constater, par l'action de la levûre de bière, le dégagement d'une certaine quantité d'un gaz absorbable par la potasse, d'apprécier d'une manière très manifeste une odeur alcoolique dans le récipient où venait se condenser le produit des deux distillations, et de constater avec le dernier liquide la réduction et la coloration en vert du bichromate de potasse.

» . . . . . Je viens de résumer mes recherches particulières à propos de la fonction glucogénique. Vu l'importance du sujet, je crois utile de présenter, en terminant, les considérations générales résultant d'autres travaux déjà connus, et qui s'élèvent également contre l'existence de cette fonction. Je présente [illegible] tableau en termes concis.

» L'objet de la fonction glucogénique serait de créer un seul produit, le sucre ; lequel produit, une fois versé dans le sang, personne ne peut dire ce qu'il y fait, quel rôle il remplit dans l'économie, ni comment il en disparaît.

» Le théâtre de cette fonction serait le foie. Mais cet organe est déjà le siége d'une sécrétion qui n'a rien de mystérieux ni de latent : c'est celle de la bile. Le sang qui s'introduit dans le foie ne renferme point les élémens de la bile, et ce liquide, sécrété aux dépens du sang, s'échappe au dehors par un canal excréteur. Au contraire, le sang qui pénètre dans le foie renferme déjà du sucre, et l'on ne connaît pas encore de conduit excréteur pour le principe sucré. De plus, on ne trouve dans le foie qu'un seul genre de cellule, ce qui indique que cette glande, comme les autres glandes de l'économie, n'est anatomiquement organisée que pour une seule sécrétion.

» L'apparition du glucose dans le foie est toujours subordonnée à l'alimentation. Chez un animal bien nourri, c'est pendant la digestion que la proportion de sucre qui se montre dans le foie est le plus considérable possible. Mais quand on supprime l'alimentation, on voit ce produit diminuer rapidement dans le foie, et il finit par disparaître à la suite d'une abstinence suffisamment prolongée. Certes, dans d'autres conjectures, un tel fait aurait suffi à lui seul pour prouver que, dans l'économie animale, le sucre est un simple produit de digestion et non le résultat d'une sécrétion physiologique. Ajoutez cet autre fait si confirmatif, emprunté à la pathologie, que, d'après M. Andral, les diabétiques mis à la diète cessent de rendre du sucre par les urines ; ce qui prouve que, dans l'état de maladie comme dans l'état de santé, l'apparition du sucre dans l'économie animale est subordonnée à l'alimentation.

» La présence du sucre dans le foie ne paraît nullement sous la dépendance du système nerveux, comme le sont toutes les autres fonctions de l'économie. Cette bizarre démonstration de l'influence du système nerveux sur la fonction glucogénique, qui consiste à montrer que le sucre apparaît dans les urines du lapin à la suite de la piqûre d'un certain point, unique, de la moelle allongée, n'a aucune signification. Il est, en effet, bien reconnu, d'après des travaux récens, que, dans cette expérience, le sucre ne se montre dans l'urine que par suite du trouble apporté, par la lésion du système nerveux central, à l'assimilation et à la destruction du sucre dans l'économie. Le professeur Lehman, dont l'autorité a été invoquée à ce sujet, « déclare formellement, » dans sa CHIMIE PHYSIOLOGIQUE, qu'il serait contraire aux lois les » plus simples de la chimie de penser que certaines excitations de filets » nerveux doussent influencer l'apparition du sucre dans le foie ; que si » cela était admissible, il faudrait constater, tout d'abord, une accumu- » lation des matières alimentaires et fondamentales du sang dans le foie » pendant la durée de cette irritation. Or, ce physiologiste ajoute que, » loin d'avoir remarqué une accélération dans la circulation hépatique, » il a, au contraire, toujours observé un ralentissement dans la circu- » lation chez les diabétiques et chez les animaux soumis à ses expé- » riences. Il avoue, d'ailleurs, que, dans l'état actuel de nos connais- » sances (1853), il ne reste plus rien de vrai, quant à l'origine du sucre » dans les urines, sinon ce fait, *que le sucre passe dans les urines* » *parce qu'il n'est pas détruit dans le sang.* »

» Quand la physiologie animale vient à s'enrichir de l'inestimable conquête d'une fonction nouvelle, cette découverte doit trouver et trouve toujours dans la pathologie un retentissement considérable. La fonction glucogénique, connue et affichée depuis six ans, est demeurée absolument stérile dans la pathologie du foie. En fait d'applications à l'art de guérir, elle n'a produit que cette idée, que le diabète est une maladie du foie, c'est-à-dire une exagération de sa sécrétion normale, opinion évidemment insoutenable.

» Si l'on se demande, en résumé, quelles sont les acquisitions faites par la science à la suite des travaux dont cette question a été l'objet, elles se réduisent, selon nous, à ces deux faits : qu'il existe du sucre dans le tissu du foie, et que, par la digestion, la viande peut fournir du sucre. Ces deux résultats ont sans doute leur importance, mais on pensera peut-être qu'ils ont été [illegible] chèrement acquis au prix de tant de débats. »

LITHOTRITIE.

DE LA LITHOTRITIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SON APPLICATION (1) ;

Par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine.

De la manière de procéder à la lithotritie, et des soins propres à la conduire à bonne fin.

Quand le malade est placé sur son lit, dans la position appropriée à la lithotritie, position que j'ai dit être la même que celle qui a été indiquée pour l'exploration de la vessie ; que d'ailleurs celle-ci, eu égard à son irritabilité et au volume du corps étranger, paraît contenir la quantité de liquide convenable, je prends le brise-pierre à pression et à percussion, et je l'introduis dans l'organe affecté, de la même manière que la sonde qui m'a servi à l'exploration, en me plaçant au côté droit du malade, et apportant à la manœuvre autant de douceur et de ménagement que possible.

Assez souvent la pierre se fait sentir dès l'entrée de l'instrument dans la vessie ; mais que cette donnée m'ait été fournie ou non, j'ouvre celui-ci immédiatement, sans me livrer à des recherches qui, généralement, sont inutiles, et peuvent, dans tous les cas, irriter plus ou moins la vessie. Neuf fois sur dix, le mouvement opposé, le rapprochement des mors de la pince, suffit pour saisir la pierre. Je procède ensuite à sa division de différentes façons. La pierre offre-t-elle peu de résistance ? la simple pression manuelle produit ce résultat. La résistance est-elle plus grande ? je tourne l'écrou, en forme de rondelle, qui fait avancer la tige mâle du brise-pierre sur la tige femelle, et souvent la résistance se trouve vaincue par ce mode d'action.

Dans le cas de non réussite, je me garde bien d'insister sur la pression ; augmentée, elle pourrait avoir pour effet de forcer l'instrument, et de me mettre dans une position des plus graves, des plus difficiles. C'est ce qui est arrivé à un habile praticien de Chartres, que la science a perdu depuis, le docteur Maunoury. J'avais brisé sous ses yeux, dans cette ville, il y a une vingtaine d'années, par la simple pression, une pierre très friable dont était atteint un vieux colonel de gendarmerie. A peu de temps de là, un malade, affecté d'un calcul d'oxalate de chaux, s'étant présenté à l'hôpital, notre honorable et très regrettable confrère fit venir de Paris un brise-pierre à pression et à percussion ; il le porta dans la vessie, saisit la pierre, la pressa d'abord médiocrement ; puis, voyant qu'elle ne cédait pas, il fit usage d'une pression croissante ; ensuite, s'apercevant que la résistance était très grande, il voulut lâcher la pierre et retirer l'instrument de la vessie ; mais ce fut vainement ; il échoua dans l'une et l'autre tentatives : l'instrument était forcé, et la pierre, très fortement tenue entre les deux mors, ne put en être détachée. Qu'on juge de la douleur, de l'embarras, de la perplexité du chirurgien ?

Après avoir pris conseil de ses collègues, il fit, le lendemain, couper avec la lime la partie extérieure du brise-pierre, et retira l'autre partie par l'hypogastre, en pratiquant la taille sus-pubienne. Le résultat ne se fit pas attendre : ce fut, on le devine, la mort du malheureux patient.

Ce fait a été communiqué à l'Académie de médecine par Maunoury lui-même, avec autant d'empressement que de loyauté. Il est très important à connaître, et bien propre à faire tenir en éveil pour en éviter la reproduction. C'est, du reste, là une chose très facile. Il suffit, pour prévenir un pareil accident, d'agir par la percussion, associée à une pression modérée, au lieu d'agir seulement par la pression, rendue plus énergique. En opérant de la sorte, on peut bien ne pas briser la pierre ; mais on est sûr de ne jamais forcer l'instrument.

Quand je suis obligé de recourir ainsi au marteau, j'en frappe une série de petits coups sur la tige mâle, en ayant le soin d'assujettir la tige femelle, dans une situation à peu près fixe, au moyen de l'étau à main, tenu d'un côté par un aide, et, de l'autre par moi-même. Il est excessivement rare que la pierre ne cède pas à cette manière de l'attaquer, par la pression

(1) Voir les numéros des 14, 21 et 28 Août.

exsudations une foule de produits, sans démontrer leur formation par le moyen de l'exsudation, et il laissa irrésolue la question, ou plutôt il ne la souleva même pas, de savoir si les élémens chimiques des exsudations provenaient comme tels, du sang, ou s'ils ne prenaient pas naissance plus tard, après leur séparation de ce liquide. De sorte qu'à proprement parler, ce n'était pas la pathologie du sang qui formait le point culminant de son idée, mais la doctrine des exsudations. C'est de celle-ci qu'est né ce système poétique particulier de pathologie humorale, qui satisfaisait plus l'imagination que la raison et qui, par son extension toujours croissante, s'est enfin introduit dans la médecine anglaise, préparée par Liébig.

On pourrait dire, à la justification de Rokitanski, qu'il avait été poussé par les exigences des praticiens plus que par celles de la raison positive. La médecine pratique veut voir de suite la valeur pratique de toute nouvelle tendance ; elle en attend la solution de tous les problèmes présens, la réponse à toutes les questions adressées ou à faire. En ceci, l'école est allée beaucoup plus loin que le chef, et personne n'a avoué plus franchement ces tendances, que le disciple qui, pendant quelque temps, avait l'air de devoir éclipser le maître : Engel.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur de l'anatomie pathologique pour la médecine. J'ai été souvent dans le cas de prémunir contre l'exagération de cette signification ; je tiens seulement à faire observer que, pour moi, l'anatomie pathologique est la base de la physiologie pathologique, tout comme l'anatomie normale est celle de la physiologie normale. L'histoire du développement pathologique de la transformation rétrograde, qui forme la partie la plus importante de ce qu'on appelle anatomie pathologique générale, appartient, à mon avis, essentiellement à la physiologie pathologique, et je crois impossible de la traiter convenablement sans le secours de connaissances cliniques et expérimentales.

Plus la science se développera, plus il faudra aussi séparer ici ; à l'anatomie pathologique, on affectera de plus en plus la partie purement descriptive ; à la physiologie pathologique (pathologie générale), la partie génétique. En observant ces distinctions, il me semble facile de trouver quel est le côté véritablement remarquable de Rokitansky, et qui lui assurera, dans tous les temps, une des places les plus honorables dans l'histoire de la science. Ce n'est ni la partie clinique, ni la chimie, ni la génétique, mais la descriptive. Il est, à vrai dire, le premier anatomiste pathologique réellement descriptif, et ses tableaux des altérations pathologiques serviront encore longtemps de modèles. C'est à lui que la science doit des types bien marqués, faciles à saisir, que chacun retrouve facilement et qui peuvent servir de point d'appui solides à l'investigation clinique et physiologique. Il est, pour la pathologie, jusqu'à un certain point, ce que Linné a été pour la botanique. De tout cela résulte la grande distinction qu'il fallait faire entre son anatomie pathologique spéciale (topographique) et la générale.

C'est cette partie générale qui vient de paraître dans une nouvelle édition. Beaucoup d'attaques ont été dirigées contre elle dans sa première forme, et le chapitre des anomalies du sang montre combien étaient grandes les brèches qui en sont résultées. Mais le reste également est à peine reconnaissable, et abstraction faite des gravures sur bois parfois magnifiques, on trouve à chaque page tant d'amélioration, que le livre paraît totalement régénéré. Combien avons-nous de savants possédant cette résignation combinée avec persévérance, capables de jeter autant par dessus bord, et après ces immenses sacrifices, de garder encore le courage de continuer à travailler ! A quel degré d'estime ne devons-nous pas tenir l'homme qui a pu oublier et apprendre autant, et à qui il n'a pas suffi de reconnaître son erreur, mais qui n'a pas reculé devant la peine de l'extirper également chez ses élèves, par de nouveaux résultats dus à une investigation plus soignée et plus méthodique. Qu'on observe toujours que la mollesse, la facilité à céder, dont nous avons déjà parlé plus haut, rendent ce progrès explicable ; il n'en est pas moins dur de rentrer le drapeau qu'on tenait largement déployé et de céder le pas à l'adversaire. Certes ce n'est pas d'une âme commune.

Avec chaque année, Rokitanski s'est retiré de plus en plus sur le terrain positif des faits, et a immolé une fiction, une phrase, l'une après l'autre. C'est ainsi qu'en histologie il a presque atteint le point qui fait sa grandeur dans l'anatomie plus grossière, je veux parler de la description. Ses paroles sont aussi claires que ses gravures, et il a le talent de façonner son langage à son but, parfois avec un peu de violence, mais presque toujours avec une habileté qui fait oublier cette violence. Le progrès sur l'édition précédente est incroyable, et quand même beaucoup de choses sont la propriété d'autres observateurs, la valeur de l'ouvrage n'en souffre pas la moindre réduction. Il doit suffire à tout le monde de voir Rokitanski revenu au réalisme et de le trouver toujours en face d'un fait. J'ai du reste l'intime conviction qu'il ne s'arrêtera pas à ce point.

et la percussion combinées. Mais il est prudent, si elle paraît devoir opposer une grande résistance, de ne pas prolonger la séance; on amènerait très probablement une réaction plus ou moins forte; tandis que, si l'on s'arrête, après un certain nombre de coups de marteau, avant de trop fatiguer le malade, on peut le plus souvent recommencer l'opération quelques jours après, avec plus de chances de succès.

Que la division ait eu lieu ou que la pierre ait résisté, je retire le brise-pierre de la même manière, comme une sonde métallique ordinaire, en portant le pavillon vers l'abdomen par la main droite, et appuyant légèrement de la main gauche en sens opposé sur le corps de l'instrument, afin de favoriser le déplacement de son bec, retenu parfois derrière le pubis.

Il y a une précaution à prendre avant cette manœuvre, c'est celle de fermer le brise-pierre complètement. Une autre précaution importante, dans le cas où la division de la pierre a été faite, ou même seulement commencée, c'est, le brise-pierre ayant été fermé, avec ou sans le secours du marteau, d'en donner deux ou trois coups bien secs, pour faire tomber les parcelles de pierre qui pourraient faire saillie à travers les interstices des mâchoires. Sans cette précaution, on s'exposerait à déchirer le canal en sortant, et l'on aurait à redouter toutes les conséquences possibles de cette lésion, notamment un écoulement immédiat d'une quantité plus ou moins grande de sang.

Est-il nécessaire de dire que, pour se débarrasser de la pierre, dans le cas où, n'ayant pas cédé à la percussion associée à une pression modérée, elle serait encore entre les mors de l'instrument, il faut écarter ceux-ci et frapper quelques coups de marteau sur la tige mâle?

L'instrument retiré, le rouleau qui a servi à soulever le bassin l'est également; le malade dès lors se trouve couché dans la position ordinaire. Comme pendant l'opération, son corps est resté plus ou moins sous l'action directe de l'air, je m'empresse de le faire couvrir, et je lui laisse quelques minutes de repos.

Il peut arriver qu'il urine sitôt après le retrait du brise-pierre. Alors, je me borne à lui faire boire une tasse d'une infusion légère de fleurs de tilleul, ou d'eau sucrée chaude, avec addition d'un peu d'eau de fleurs d'oranger.

Après quelque temps d'observation, si le besoin d'uriner ne se fait pas sentir, j'engage le malade à essayer de vider la vessie; et, dans l'hypothèse où l'urine ne sort pas, de même que dans le cas où la manière dont elle a coulé laisse penser qu'une partie du liquide est restée dans le réservoir, j'introduis une sonde de gomme élastique; je fais évacuer toute l'urine; puis, je profite de la présence de l'instrument dans la vessie pour y pousser une ou plusieurs injections, et faire sortir par elles, et avec elles, une partie des détritus produits.

Il y a des vessies qui supportent à peine une injection de 30 à 40 grammes d'eau; d'autres, au contraire, peuvent en recevoir tout d'un coup une quantité beaucoup plus grande, et permettent de répéter l'injection deux fois, trois fois, et même plus. Il est bien d'être réservé dans ces injections, de les faire avec de l'eau tiède et une certaine lenteur; faites rapidement, ou avec de l'eau chaude ou de l'eau froide, elles pourraient irriter, et contribuer à provoquer ou même provoquer une inflammation de vessie et une série d'accidens plus ou moins graves.

Ces injections, je les pratique tantôt le malade étant à genou sur le bord de son lit et soutenu par un aide, et tantôt après l'avoir fait lever, pendant qu'il est debout et appuyé sur un meuble. Dans tous les cas, j'exige de lui qu'il se recouche immédiatement après, qu'il se tienne chaudement, qu'il prenne, toutes les heures au moins, une forte tasse d'une boisson délayante, et qu'il s'abstienne de toute alimentation. Quelquefois, dans le cas de faiblesse évidente, acquise ou constitutionnelle, je permets un peu d'eau de poulet ou de bouillon coupé.

Ces précautions prises, je me retire, non sans prévenir la famille du malade ou les personnes qui l'entourent, qu'il est possible que, dans deux, trois ou quatre heures, un peu plus tôt, un peu plus tard, il survienne un accès de fièvre, avec les trois stades de frisson, de chaleur et de transpiration; que, dans ce cas, il faut s'empresser d'opposer au frisson une ou deux tasses d'une infusion chaude; à la chaleur, la même boisson, à une température douce, ou bien toute autre boisson calmante, telle qu'une tisane mucilagineuse ou émulsive, donnée en grande quantité; et que la transpiration établie, il importe de l'entretenir en continuant à faire boire abondamment. Pour quelques malades très susceptibles, j'indique un autre soin bien simple, c'est d'appliquer sur l'hypogastre un large cataplasme de farine de graine de lin, sitôt après l'opération, ou au moins dès les premiers indices du frisson.

Le plus ordinairement, quand le malade est dans de bonnes conditions, et que la séance n'a pas été trop longue ni trop laborieuse, la réaction dont il s'agit n'a pas lieu; l'on retrouve les choses à une seconde visite, quelques heures après, dans l'état où on les a laissées. Le devoir du médecin se borne alors à prescrire la continuation du repos, à permettre une alimentation légère, et à conseiller pour le lendemain matin quelques soins d'hygiène.

Dans l'hypothèse d'une réaction fébrile, les boissons déjà indiquées, le repos et la diète sont les seuls moyens dont j'use généralement. Il m'est arrivé quelquefois d'être amené, par l'intensité de la fièvre, à recourir à une émission sanguine; mais c'est là une pratique exceptionnelle pour moi. Il en est de même de l'emploi du sulfate de quinine. Je ne me sers de ce médicament qu'après deux ou trois accès de fièvre bien caractérisés. J'ai eu peu l'occasion de l'administrer.

S'il n'y a pas eu de réaction dans les premières vingt-quatre heures, rarement il y en a plus tard; cependant j'ai vu cela quelquefois, et, je dois le dire, la fièvre qui se manifeste ainsi tardivement s'est montrée, le plus souvent, plus rebelle. Il semble qu'elle se lie, dans ce cas, à une lésion plus profonde dans l'appareil urinaire, à celle des reins, par exemple. Elle demande une grande attention, et presque toujours l'emploi immédiat des moyens antiphlogistiques les plus énergiques, notamment de la saignée. Les malades que j'ai eu le malheur de perdre à la suite de la lithotritie ont, à peu près tous, succombé à une inflammation rénale annoncée de cette manière.

Quand on arrive au lendemain d'un jour d'opération sans réaction notable, on a donc lieu de penser qu'il n'y en aura pas, et l'on pourrait, à la rigueur, procéder à une nouvelle séance de lithotritie dès le jour suivant. C'est ce que j'ai fait bien des fois sans conséquences fâcheuses, quand j'ai opéré loin de Paris, pressé que j'étais d'y rentrer; mais quand on a du temps à soi, il est bien de mettre entre la première séance et celle qui suit un intervalle de trois ou quatre jours au moins.

Si, après une première séance sans réaction, il est prudent d'attendre plusieurs jours avant d'entreprendre une seconde séance, à plus forte raison, convient-il de ne pas se presser dans le cas de réaction vive, ou même de réaction légère, avec mouvement fébrile. Dans cette hypothèse, il faut au moins une huitaine de jours pour ramener le malade à des conditions suffisamment bonnes pour tenter une nouvelle séance.

Dans tous les cas, on procède à la seconde séance de la même manière qu'à la première, avec les mêmes précautions, la même réserve, et l'on prend ensuite des soins identiques à ceux déjà pris.

Toutefois, il est établi pour moi, par des faits nombreux, que la réaction est bien moins à craindre après la seconde séance qu'après la première, et que lorsqu'elle a lieu, elle est en général plus faible. On arrive même avec le temps, quand le volume ou le nombre des pierres nécessite une longue série de séances, à en faire qui soient dix fois plus fructueuses et plus laborieuses que la première, sans pour cela provoquer plus de réaction. La tolérance s'établit peu à peu, et, quand les deux premières séances ont eu lieu sans accident, on peut presque compter qu'il n'y en aura pas à la suite des autres.

Ainsi, plus on avance dans le traitement, et plus les séances peuvent être prolongées et rapprochées. Au commencement, moins on agit, pour ainsi dire, et mieux on fait; vers la fin, plus on fait, dans les limites de la prudence commandée par les séances précédentes, et plus on accélère la guérison.

Quelquefois, dès la première application des instrumens, le plus souvent, après un nombre plus ou moins grand de séances opératoires, prolongées généralement de plus en plus et espacées de moins en moins, on arrive à un moment où l'on ne trouve plus rien ou presque rien dans la vessie. Dans le premier cas, l'exploration, faite avec tout le soin possible, donnant un résultat négatif, on peut considérer l'opération comme terminée, et déclarer au malade qu'il est débarrassé de sa pierre; dans le second cas, il sera convenable, si surtout il y a eu écoulement de sang, de faire, à un ou plusieurs jours de là, une nouvelle introduction de la sonde métallique, ou mieux du brise-pierre sans dents, pour s'assurer que la vessie ne contient plus la moindre parcelle de corps étranger. Je fais toujours cette dernière exploration dans deux conditions différentes, la vessie pleine, et la vessie vide, apportant dans ce dernier cas une extrême attention à éviter de blesser l'organe.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'ANGINE COUENNEUSE ÉPIDÉMIQUE ET DE SON TRAITEMENT PAR LE FER ROUGE;

Par M. le d^r VALENTIN, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français.

Les angines de mauvaise nature ont, depuis quelque temps, éveillé, et malheureusement à juste titre, l'attention médicale. L'inefficacité des traitemens ordinaires souvent aussi, disons-le, employés d'une manière timide, intempestive ou trop tardive, en décourageant le médecin, lui faisait désirer des moyens nouveaux, lorsque la médication alcaline, forte de quelques succès, sans aucun doute incontestables, est venue se poser en spécifique de ces terribles affections, proscrivant à jamais la cautérisation. De telles prétentions parurent beaucoup trop absolues à de savans praticiens, qui, forts aussi de succès nombreux dus à cette puissante thérapeutique, revendiquèrent pour elle le mérite acquis de longs et d'éclatans services. Il n'est peut-être pas indifférent alors que chacun apporte ici, dans une cause intéressant à un aussi haut point l'humanité, le faible témoignage de sa pratique. Permettez-moi donc de faire connaître tout ce que nous avons dû à la cautérisation, et surtout au *cautère actuel*, dans une épidémie d'angines pseudo-membraneuses qui, en deux années successives, sévit dans nos campagnes.

C'était d'abord en février et mars 1851, dans les villages de Farémont et Thiéblemont, situés sur un plateau assez élevé au milieu de la plaine, très aérés et formés par la continuité d'une seule et même rue, dont la première moitié est constituée par la route impériale de Paris à Strasbourg. Deux enfans de 6 ans venaient de mourir en peu de jours avec des symptômes de croup, et la sœur du dernier, âgée de 12 ans, était si gravement atteinte, qu'effrayé de la nature et de la marche rapide des accidens, notre confrère Didelot nous appela en consultation, mon ami le docteur Martin et moi. On était au cinquième jour de l'invasion; les antiphlogistiques, puis le nitrate d'argent avaient été inutilement employés. L'arrière-bouche était entièrement fermée par le gonflement énorme des deux amygdales, qui resserraient et refoulaient en arrière la luette également tuméfiée. On n'apercevait qu'une masse grisâtre, épaisse, lardacée, fétide; les ganglions sous-maxillaires et cervicaux étaient durs et volumineux, le pouls déprimé, mais la respiration restait assez facile, et le facies ne semblait pas en rapport avec l'imminence du danger. Que faire dans un cas si grave? réséquer tout ce qu'on pourrait de cette masse pultacée, et cautériser largement avec le fer rouge. Cet avis accepté par mes deux confrères et la malade est de suite mis à exécution. Des ciseaux bien tranchans divisent à droite et à gauche une grande épaisseur de ce produit anormal, sans même atteindre le tissu de l'amygdale. Mais l'ouverture du pharynx dégagée nous en montre les parois généralement tapissées de cette couche d'apparence gangréneuse. Peu d'espoir nous restait; évidemment il était trop tard. Cependant, tous les points accessibles furent touchés avec un cautère rougi à blanc; mais la pauvre enfant succombait encore le surlendemain, digne, par sa résignation et son courage, d'un sort plus heureux.

Un insuccès, dans de telles conditions, ne pouvait décourager; pour réussir, il fallait attaquer énergiquement le mal à son début. A l'instant même l'occasion s'en présenta chez un jeune garçon de 13 ans, fils du maréchal du lieu, dont l'amygdale était déjà recouverte, dans une grande étendue, d'une pseudo-membrane épaisse, arrondie, très adhérente et d'un gris jaunâtre. Je la touchai avec un bouton de feu, et tout marcha de suite sans aucun accident vers une guérison rapide. A dater de ce moment, l'épidémie fut vaincue. — Dans l'espace de six semaines, vingt-cinq nouveaux malades offrant, à différens degrés, les caractères pathognomoniques de l'affection, furent cautérisées, soit vigoureusement avec le nitrate d'argent, soit avec le fer rouge, quand le premier avait été insuffisant, ou tout d'abord si la nature du mal l'exigeait; tous furent sauvés, excepté deux malheureux enfans de 7 et 11 ans, deux frères, dont la pusillanimité ne put être jamais vaincue ni par les instances, ni par les prières, ni par la perspective affreuse d'une mort inévitable et prochaine. Depuis lors, plusieurs cas isolés et graves se montrèrent çà et là dans les environs, mais, toujours attaqués avec la même vigueur, le succès ne fit jamais défaut.

En janvier 1852, la même épidémie envahissait la commune des Grandes-Côtes, très élevée au-dessus de la Marne, et séparée des premières localités par une vallée de 4 à 5 kilomètres. Une jeune fille de 18 ans, qui réclama trop tard les secours de l'art, avait succombé au quatrième jour, et un jeune homme du même âge se trouvait gravement atteint. Édifié bientôt sur la nature de l'affection et l'exigence d'un traitement énergique, fort surtout de notre expérience de l'année précédente, M. Vautrin, notre confrère, eut de suite recours à la cautérisation, tantôt avec les acides ou le nitrate d'argent, mais le plus souvent avec le fer rouge. Sur trente-sept malades, trente-cinq furent cautérisés et trente-trois guéris.

Le comité d'hygiène de notre arrondissement, saisi de ces faits, désigna l'un de nous, le docteur Martin, pour en étudier la marche; c'est donc d'après mes propres observations et celles de mes confrères que cette note est rédigée.

Le caractère de ces deux épidémies était identique: ceux de l'angine *maligne* ou *gangréneuse*, si bien décrite par M. Bretonneau, et, dans l'UNION MÉDICALE (N° 70 de 1854), par son savant élève, M. le professeur Trousseau. A la suite d'un certain malaise, dont les jeunes sujets souvent ne se rendaient même pas bien compte, apparaissait sur une ou les deux amygdales une tache membraneuse d'un gris-jaunâtre, plus ou moins arrondie et très adhérente. La douleur était peu prononcée, nullement en rapport avec la gravité du mal; et si leur attention n'avait été éveillée par des faits antérieurs, beaucoup de malades n'auraient appelé les secours que fort tard. La fausse membrane s'étendait bientôt, gagnant de proche en proche le voile du palais, le pharynx, les fosses nasales; puis, de plus en plus épaisse et ramollie, exhalait une odeur de pourriture d'hôpital. Les ganglions sous-maxillaires se tuméfiaient; le pouls était petit, fréquent; quelquefois un léger délire; le plus souvent, intégrité des fonctions cérébrales, et la mort arrivait ou par l'asphyxie, ou, comme dans les affections septiques, par l'épuisement des forces vitales.

Aux Grandes-Côtes, les maladies concomitantes offraient un certain cachet de malignité; ainsi, la plaie la plus simple languissait indéfiniment; un érysipèle, chez un jeune homme vigoureux et d'excellent tempérament, prenait le caractère gangréneux; une femme pleine de santé mourait d'une métro-péritonite au septième jour d'un accouchement des plus simples et des plus heureux. Rien de semblable n'avait eu lieu à Thiéblemont; là, seulement, l'épidémie avait offert ceci de particulier qu'elle épargnait les habitations à l'aspect du nord, pour

visiter presque exclusivement celles regardant le midi.

L'action du fer rouge sur l'amygdale envahie est d'un effet remarquable; celui qu'on observe sur une affection charbonneuse commençante : une réaction immédiate qui modifie la vitalité de l'organe. Il n'est pas même toujours nécessaire pour l'obtenir de produire une forte cautérisation. Chez un enfant de 10 ans, craintif et peu docile, je touchai chaque amygdale si rapidement, que je pensais devoir recommencer le lendemain, doutant d'un succès qui, cependant, ne se fit pas attendre. En peu de jours les escharres se détachent, et la guérison marche d'une manière franche et active.

Enfin, le résumé des rapports de nos confrères était, qu'à Thiéblemont, les malades atteints de la forme la plus grave qui se soumirent au cautère actuel furent non seulement sauvés, mais guéris rapidement. Aux Grandes-Côtes également, les malades préféraient généralement le fer rouge comme moins douloureux que les acides. « Il faut, disait le docteur Martin, » cautériser et cautériser sans crainte, les malades s'effrayant » bien moins qu'on pourrait le croire. Je ne sais s'il se trouve » un agent plus efficace que le fer rouge.... Le malade accuse » peu de douleur; il est généralement plus ému que souffrant... Cette cautérisation amène peu de réaction, et trois, » quatre ou cinq jours après qu'elle a été pratiquée; le malade » est guéri. »

Comme dans tous les cas où il faut agir vite, la cautérisation réussira d'autant mieux, qu'elle sera faite plus près du début du mal. Elle est préférable aux acides, dont on ne peut toujours bien limiter l'action. Son application est moins difficile qu'on serait porté à le penser, puisque des enfans de 9 et 10 ans s'y soumettaient volontiers. Le moyen le plus simple et le meilleur est de garantir et d'abaisser la langue à l'aide d'une spatule de bois, le plus souvent improvisée; on porte alors sur l'amygdale à découvert, directement et sans craindre d'appuyer, l'extrémité en olive et légèrement recourbée d'un petit cautère chauffé à blanc. Une seconde opération peut être nécessaire, mais rarement une troisième, à moins que, trompés par l'apparente bénignité de l'affection, les malades négligent d'appeler assez tôt, ce qui n'arrive plus, une fois l'attention générale éveillée sur le caractère épidémique.

Tels sont les faits que je me suis décidé à vous adresser, espérant pour eux un favorable accueil dans vos colonnes. Basée sur des données physiologiques que la science semble accepter, la médication alcaline peut rester désormais acquise à la thérapeutique de l'angine couenneuse; mais, à l'exclusion complète du puissant moyen de la cautérisation, surtout en cas d'épidémie, ce serait, comme l'a dit avec tant de verve et de talent le docteur Robert-Latour, trop d'ingratitude; ce serait de plus, dans ces cas graves où la pseudo-membrane s'épaissit, s'étend si rapidement et se gangrène en deux ou trois jours, laisser le praticien dans une sécurité trop dangereuse et coupable, en lui faisant perdre un temps précieux qu'il aurait la douleur de ne plus pouvoir ressaisir. Pourquoi, plutôt, ce que je viens de faire du reste avec succès, bicarbonate de soude et azotate d'argent, chez la jeune enfant et l'épouse d'un de mes amis, ne pas conduire de front ces deux moyens si peu incompatibles? En main habile et prudente, la cautérisation est sans aucun danger; modérée dans les cas ordinaires, énergique dans les occasions graves, mais jamais tardive, elle sera toujours d'une grande ressource pour le médecin, et lui procurera souvent la satisfaction bien douce de sauver un malade voué à une mort certaine.

Note du rédacteur en chef. — Le jour même où nous recevions l'intéressante communication qu'on vient de lire, nous recevions aussi la visite de notre honorable confrère, M. le docteur Danvin, de Saint-Pol, qui nous annonçait l'envoi prochain d'une note sur les bons effets qu'il aurait obtenus, dans le traitement de l'angine diphthéritique, de la cautérisation au moyen d'une sorte de marteau-Mayor, c'est-à-dire d'une tige de métal terminée en petite olive, élevé à une haute température par son immersion dans l'eau bouillante.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 27 Juin et 11 Juillet 1855. — Présidence de M. Guérard.

Sommaire. — Nomination. — Candidature. — *Érysipèle chez les nouveau-nés*, lecture par M. Hervieux. — Communication par M. Fauvet. Discussion : MM. Legroux, Bouchut, Fauvel.

M. le docteur Oulmont, médecin de l'hôpital St-Antoine, est nommé membre titulaire de la Société.

M. le docteur Boinet fait hommage à la Société de son ouvrage intitulé : *Rodothérapie*.

— M. le docteur Salathé, médecin de l'hôpital de Mulhouse, sollicite le titre de membre correspondant, et fait lire à l'appui de sa candidature un mémoire intitulé : *Recherches sur le spasme de la glotte chez les enfans. — Considérations pratiques relatives au diagnostic, à la fréquence, et à la curabilité de cette affection. — Histoire détaillée de vingt-quatre observations nouvelles de spasme glottique.*

Renvoyé à l'examen de MM. Hérard, Blache et Natalis Guillot.

— M. Hervieux lit un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur l'érysipèle des nouveau-nés et des enfans à la mamelle.*

Ce mémoire se trouve parfaitement résumé dans les conclusions suivantes :

1° L'érysipèle des nouveau-nés s'observe principalement dans les six premières semaines qui suivent la naissance.

2° Parmi les causes prédisposantes de l'érysipèle des nouveau-nés, il faut mentionner l'influence nosocomiale, les épidémies de fièvre puerpérale, l'endurcissement du tissu cellulaire, l'entérite simple ou compliquée de l'altération des plaques de Peyer, les ramollissemens de la muqueuse gastro-intestinale, la bronchite simple ou généralisée, les fièvres éruptives arrivées à leur période ultime, mais particulièrement la rougeole, et enfin l'endémicité et l'épidémicité.

3° Les causes déterminantes les plus communes de l'érysipèle des nouveau-nés sont : la suppuration de l'ombilic, l'érythème ulcéreux, l'inflammation suppurative des pustules vaccinales, les applications de ventouses, de sangsues, de vésicatoires, le placement intempestif des boucles d'oreilles.

4° L'érysipèle des nouveau-nés paraît lié à certaines affections non pas seulement par un rapport de causalité, mais quelquefois aussi par un rapport de contiguïté. C'est ainsi que la péritonite purulente semble donner lieu à des érysipèles de l'abdomen, la pleurésie à des érysipèles du thorax, la stomatite ulcéreuse a des érysipèles de la face.

5° Les phénomènes locaux de l'érysipèle sont les mêmes chez le nouveau-né que chez l'adulte. Seulement quand la phlegmasie est entée sur le sclérème, la tuméfaction offre une dureté insolite et la température, tant générale que locale, descend au-dessous de son niveau physiologique.

6° Les phénomènes généraux de l'érysipèle des nouveau-nés sont en raison directe de son intensité et surtout de son extension à une plus grande partie de la surface du corps. Peu marqués au début, ils vont se prononçant de plus en plus au fur et à mesure des progrès de la maladie et consistent dans un état fébrile plus ou moins prononcé, de l'agitation, de l'insomnie ou un abattement extrême, la décoloration profonde de la face, rarement des vomissemens ou des convulsions.

7° Dans l'érysipèle enté sur le sclérème il y a absence de fièvre soit générale, soit locale.

8° Eu égard aux phénomènes locaux qui l'accompagnent, l'érysipèle des nouveau-nés revêt trois formes distinctes : la forme simple ou érythémateuse, la forme œdémateuse et la forme bulleuse.

9° Considéré relativement à son siége, l'érysipèle des nouveau-nés peut occuper toutes les parties du corps, lesquelles, rangées par ordre de fréquence, sont : 1° la face; 2° la partie inférieure du tronc et les membres inférieurs; 3° les membres supérieurs; 4° la partie supérieure du tronc; 5° le cuir chevelu; 6° le cou.

10° Eu égard à sa marche, l'érysipèle des nouveau-nés est susceptible d'être divisé en érysipèle fixe et en érysipèle erratique. Cette dernière forme s'observe dans la majorité des cas, c'est celle qui s'accompagne des phénomènes réactionnels les plus intenses.

11° La durée de l'érysipèle chez les nouveau-nés varie de trois à huit jours.

12° L'érysipèle des nouveau-nés se termine habituellement par desquamation, quelquefois par suppuration ou par gangrène.

13° Le diagnostic de l'érysipèle des nouveau-nés ne présente aucune difficulté sérieuse. Cette phlegmasie ne pourrait être confondue qu'avec l'érythème noueux ou le sclérème. Dans le premier cas, la marche de l'érysipèle, la forme festonnée de ses plaques serviront à le différentier de l'érythème noueux. Dans le second, on aura égard à ce fait que la rougeur est circonscrite dans l'érysipèle, diffuse et généralisée dans le sclérème.

14° L'érysipèle est une des maladies les plus graves qui puissent atteindre les nouveau-nés et les enfans à la mamelle. Il est d'autant plus grave qu'il se manifeste à une époque plus rapprochée de la naissance. Il est moins grave, primitif que secondaire, circonscrit que généralisé.

15° Les lésions viscérales que l'on rencontre à l'autopsie des jeunes sujets atteints d'érysipèle ne diffèrent pas de celles qu'on observe dans les maladies que cet exanthème peut compliquer.

16° La mortalité effrayante à laquelle a donné lieu l'érysipèle des nouveau-nés en dépit de tous les moyens qui ont été employés jusqu'à ce jour oblige à une très grande réserve en matière de thérapeutique.

— M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, professeur à l'École de médecine de Constantinople, cédant aux instances de la Société, fait la communication verbale suivante :

J'ai fait part, il y a trois ans, à la Société, du résultat de mes observations en Orient; je vous ai entretenu des maladies que l'on observe le plus communément à Constantinople, des caractères qu'elles y affectent, des différences qu'elles présentent avec les mêmes maladies nées dans notre climat, j'ai insisté sur la prédominance des maladies abdominales, et sur la rareté comparative des affections thoraciques. Aujourd'hui, je veux vous communiquer les observations que j'ai pu recueillir sur les maladies des armées belligérantes; vous y verrez la confirmation des faits que j'ai avancés, il y a trois ans; vous reconnaîtrez la prédominance des mêmes maladies, mais avec les caractères qu'elles affectent dans les grandes accumulations d'hommes; mais aussi j'aurai à vous parler de quelques maladies spéciales, que je n'ai observées que dans quelques conditions particulières et sur lesquelles j'insisterai.

Une armée doit être considérée comme un grand corps, composé de parties qui n'ont pas toutes la même force de résistance, mais qui toutes exposées aux mêmes influences morbides, bien plus nombreuses et plus actives que dans les conditions ordinaires de la vie, en subissent des effets beaucoup plus désastreux que ceux qu'il nous est habituellement donné d'observer.

Il y a dix-huit mois, dans un voyage que je fis en Bulgarie, j'ai observé l'armée ottomane qui avait pris ses cantonnemens d'hiver sur les bords du Danube et dont le quartier général était à Chumla. J'y ai trouvé la confirmation de ce fait, qu'en Orient, à Constantinople et dans toute cette partie de la Turquie qui se trouve à peu près sous la même latitude que Constantinople, les affections gastro-intestinales dominent de beaucoup les affections thoraciques; c'était au mois de février, par un froid très vif, la neige couvrait la terre, et cependant les diarrhées et la dysenterie dominaient. Sur 500 malades réunis à Chumla, j'ai vu un seul cas de pneumonie franche, il y avait quelques bronchites légères, quelques rares pleurésies, mais les dysentériques étaient en grand nombre. Il était intéressant d'observer ce que deviendraient les hommes du contingent égyptien au milieu de conditions aussi insolites pour eux; habitués à un climat très chaud, n'ayant jamais vu la neige, ils se trouvaient exposés, dans de mauvaises conditions, à un froid très vif. La plupart de ces hommes étaient de vieux soldats, quelques-uns à barbes blanches, sortant des vieilles troupes de Méhémet-Ali, presque tous borgnes, quelques-uns presque aveugles. Il est remarquable que ces troupes ne fournissaient que très peu de malades, quelques bronchites, des affections intestinales surtout, mais cependant des bronchites en proportion plus grande que les Turcs. Je n'ai pas observé chez eux de phthisie tuberculeuse et cependant ils avaient déjà quitté l'Egypte depuis plus de cinq mois et ils s'étaient trouvés dans des conditions qui paraissaient bien favorables pour le développement de cette maladie; je ne sais ce qui est arrivé plus tard, il est possible qu'à la longue la phthisie se soit développée, je n'ai pas eu de renseignemens à ce sujet. Ces mêmes troupes furent fortement éprouvées plus tard dans les combats et particulièrement au siége de Silistrie où elles se distinguèrent.

J'ai observé, à Chumla, une maladie qui, lors de mon arrivée, n'avait commencé à paraître que depuis dix ou douze jours, et que ses caractères insolites m'engagent à décrire avec quelques développemens.

Un certain nombre de malades présentaient un appareil fébrile, accompagné de symptômes très remarquables; le phénomène le plus apparent était une coloration ictérique, commune à tous les cas, et qui, chez les uns, s'alliait aux symptômes qui caractérisent un typhus grave, tels que : stupeur profonde, hébétude, délire, conjonctives injectées, langue sèche, brune, dents fuligineuses, catarrhe bronchique, abdomen légèrement météorisé, douloureux à l'épigastre et vers les hypochondres, tuméfaction de la rate et du foie, peu ou pas de diarrhée, épistaxis, quelquefois pétéchies; tous ces symptômes existaient souvent après quatre ou cinq jours de maladie. A côté de ces cas graves, on en voyait d'autres plus nombreux, dans lesquels la maladie se manifestait sous une forme plus bénigne. Les malades offraient toujours de l'ictère, mais ils n'avaient ni stupeur ni délire, ils accusaient de la céphalalgie, de la courbature, de l'inappétence, du malaise épigastrique, de la constipation ou une légère diarrhée; la rate, chez eux aussi, était tuméfiée, quelquefois très grosse et dure; la peau sèche et chaude, le pouls d'une fréquence modérée; plusieurs de ces malades avaient des rémissions très marquées.

En rapprochant tous ces cas, il était facile de juger, malgré leur gravité si différente, qu'ils étaient cependant de même nature; et d'ailleurs, cette supposition se trouvait confirmée par ce fait que tous ces malades appartenaient à des bataillons qui avaient séjourné sur les bords du Danube, et avaient pris part à l'affaire d'Olténitza. Presque tous avaient été malades à cette époque, les uns avaient eu des accès de fièvre, les autres des dérangemens intestinaux, mais aucun n'avait été gravement atteint.

L'idée me vint que cette maladie était d'origine paludéenne; les médecins de Chumla la considéraient comme une irritation gastro-hépatique, et l'avaient traitée sans grands succès. Je conseillai le sulfate de quinine qui fut mis en usage à des doses variant de 0,75 centig. à 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Le succès le plus complet suivit l'administration de ce médicament; des cas qui paraissaient désespérés se sont amendés en vingt-quatre heures, et ont guéri en huit ou dix jours. Dans les cas les plus légers, quand il y avait constipation, on faisait précéder le sulfate de quinine d'un éméto-cathartique, et l'on appliquait des sangsues ou des ventouses sur l'épigastre et les hypochondres.

Une cinquantaine de ces cas, tant graves que légers, entrèrent à l'hôpital dans l'espace de vingt jours. Tous ceux qui furent traités par le sulfate de quinine (environ les trois-quarts) guérirent, à l'exception d'un seul qui succomba.

Dans une autre localité j'ai observé quelques faits semblables, mais aussi sur des malades qui s'étaient trouvés dans les mêmes lieux et à la même époque que ceux de Chumla. Le médecin qui les traitait considérait cela comme une fièvre bilieuse et ne donnait pas le sulfate de quinine.

Depuis cette époque, quelques faits semblables se sont manifestés dans les troupes françaises.

Dans ce même voyage en Bulgarie, j'ai observé, à Roustchouk, le véritable typhus, ou du moins une maladie que je considère comme telle, et qui présentait les caractères suivans : adynamie profonde, subdélirium, insensibilité presque complète, peu de réaction, pouls petit, très fréquent, peau sèche avec chaleur âcre, et quelquefois tendance au refroidissement, langue tremblante, sèche, et fuligineuse, peu de météorisme, le plus souvent constipation au début, puis diarrhée et évacuations involontaires, quelquefois des pétéchies. La marche de la maladie était rapide, en quelques jours elle atteignait son summum de gravité, et, en une semaine ou deux, les malades mouraient ou marchaient vers la convalescence. Il me semble qu'il n'y a pas de doute à conserver d'après cette description et que c'est bien le typhus que j'ai observé à cette époque dans l'armée ottomane.

Passons maintenant en revue les faits intéressans qui se sont produits dans l'armée française.

Nul doute que de toutes les maladies qui ont frappé l'armée expéditionnaire, la plus intéressante à suivre dans sa marche, dans son développement, dans ses différentes phases, ne soit le choléra. Mais à cette maladie se rattachent trop de questions délicates, qui nécessiteraient de trop longs détails; et le peu de temps que je puis consacrer à cette rapide exposition ne me permettrait pas même de les ébaucher.

Au mois de novembre dernier, au moment où les premiers froids humides commencèrent à sévir en Crimée, nous vîmes arriver à Constantinople un grand nombre de malades se plaignant de douleurs vives dans les membres inférieurs, avec insensibilité au toucher, mais douleurs violentes au moindre choc. Ces cas furent considérés d'abord par la généralité des médecins, comme étant de nature rhumatismale; l'un d'eux crut y voir la reproduction d'une maladie qui a régné épidémiquement à Paris, il y a 25 ans, de l'*acrodynie*. J'ai observé un grand nombre de ces malades, et après un examen fort attentif, je suis arrivé, de même que la plupart des médecins, et M. Michel Lévy, entre autres, à cette opinion; que cette maladie était due à l'action du froid humide sur les membres inférieurs, se traduisant par des sensations douloureuses, et de l'insensibilité par épaississement de l'épiderme. Voici, du reste, les caractères que présentait cette maladie, et les conditions dans lesquelles elle s'est développée :

Il se produisait une tuméfaction douloureuse des pieds, avec sécrétion épidermique plus abondante, surtout à la région plantaire; cet épaississement de l'épiderme déterminait une insensibilité superficielle coïncidant avec des douleurs profondes, quelquefois très vives, qu'un choc ou la marche exaspérait, douleurs augmentant par la chaleur du lit, se propageant de la périphérie vers le centre. Presque tous ces malades rapportaient leurs souffrances au froid qu'ils ont enduré étant de garde dans les tranchées, où ils restent pendant de longues heures immobiles et accroupis; il faut ajouter que déjà, depuis plusieurs semaines, ce service se faisait presque constamment dans l'eau ou dans la boue. La plupart des hommes ainsi atteints étaient déjà diarrhéiques, ou tout au moins déjà à demi-malades.

D'après cette description, il est évident que ce n'était pas là une véritable acrodynie, telle qu'elle a été observée en 1829 à Paris; mais pour moi, ainsi que maintenant pour la plupart des médecins militaires, c'était simplement le résultat de l'action du froid humide sur des hommes déjà débilités. Plus tard, ces simples états douloureux furent remplacés par la congélation véritable, qui devint la maladie dominante dans le mois suivant, sous l'influence d'un froid vif et du contact prolongé de la neige. Dans la grande majorité des cas, la gangrène est restée superficielle, ou limitée à un ou plusieurs orteils; chez un certain

(Voir le *SUPPLÉMENT.*)

nombre de malades, la mortification a envahi l'extrémité des pieds dans toute la profondeur des tissus, et chez quelques-uns elle s'est étendue à toute la partie inférieure des deux membres. Le plus grand nombre des hommes ainsi atteints étaient déjà malingres, affaiblis par la diarrhée, presque tous ont été frappés par le froid étant de garde immobiles dans les tranchées; un certain nombre déjà malades, et évacués comme tels, ont éprouvé les accidens de congélation dans le trajet de l'ambulance au point d'embarquement. Un fait important à constater, c'est que les hommes intelligens, soigneux de leur personne, et non malades, se sont, en général, préservés de ces accidens; ainsi, par exemple, je ne sache pas qu'il y ait eu des cas de congélation parmi les officiers.

La mortalité a été considérable parmi ces malades atteints de congélation, et les opérations chirurgicales que l'on a tentées ne réussissaient pas. Cela s'explique par l'état de débilitation dans lequel se trouvaient ces malades.

Il nous a été donné de voir, pendant un certain temps, un état cachectique particulier qui constituait le cachet dominant de toutes les maladies que nous observions à Constantinople. Cet état cachectique, M. Lévy lui avait donné le nom de *cachexie de Crimée;* on le retrouvait chez tous ou presque tous les hommes, quelles que fussent leurs maladies. Cet état se traduisait par l'anémie, l'abattement, le défaut de réaction, la tendance adynamique, et enfin par un épuisement plus ou moins prononcé qui précédait d'ordinaire les localisations morbides; de là une physionomie plus ou moins semblable qui se présentait sur presque tous les malades.

Le scorbut sévit d'abord sur les marins: on peut estimer environ aux trois quarts des équipages le nombre des hommes qui en furent atteints à des degrés très divers. Ce n'est que plus tard qu'il fit invasion dans l'armée, mais avec des caractères particuliers. Ce n'était plus le scorbut franc, mais des accidens scorbutiques caractérisés par le délabrement de toute l'économie, les taches ecchymotiques de la peau, l'ecthyma, le rupia; le plus souvent survenaient, soit la dysenterie, soit le choléra, soit des affections thoraciques qui enlevaient les malades.

J'arrive maintenant à la question du typhus qui a régné et règne encore dans l'armée de Crimée. Un fait remarquable que je signale de prime-abord c'est qu'il s'est développé pendant l'hiver et qu'il a diminué avec la belle saison.

Les médecins militaires sont divisés d'opinion au sujet de cet état morbide, les uns y voient le typhus véritable, les autres, au contraire, ne veulent y voir qu'un état typhique. Le plus ordinairement, soit en Crimée, soit à Constantinople, cette maladie s'est déclarée dans les ambulances, ou dans les hôpitaux, sur des hommes déjà malades, des scorbutiques, des diarrhéiques, des blessés. Les médecins et les infirmiers sont presque les seuls qui aient été atteints au milieu des apparences de la santé. En Crimée, à l'ambulance d'une division, où le typhus a particulièrement sévi, la plupart des médecins ont été successivement atteints; trois d'entre eux ont succombé. Il en a été de même pour le plus grand nombre des infirmiers. Cette ambulance était placée dans des conditions hygiéniques très mauvaises, sur un sol bas, couvert de détritus fétides; il a suffi de la transporter sur un terrain vierge et bien exposé pour éteindre l'épidémie qui avait déjà fait beaucoup de victimes.

La maladie se caractérise en général comme il suit: au début, pesanteur de tête, céphalalgie, vertiges, stupeur de la face, réponses lentes et pénibles, délire tranquille, rêvasseries, langue d'abord blanche et humide, puis bientôt sèche et brune, abdomen peu ou point météorisé, peu douloureux à la pression, pas de diarrhée, pouls dépressible, avec ou sans fréquence, chaleur modérée, et quelquefois tendance au refroidissement de la peau. Dans certains cas, après quelques jours de cet état, la convalescence se prononce rapidement, mais ne s'achève qu'avec lenteur; le plus souvent, l'adynamie augmente, la langue devient noire, fendillée; il survient parfois des parotides, et c'est presque toujours un signe funeste. Dans tous les cas presque sans exception, la maladie est jugée après un petit nombre de jours, soit par une amélioration inespérée et rapide, soit par la mort qui arrive souvent d'une manière imprévue et sans agonie. A l'autopsie, on ne trouve aucune des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Cette description, toute incomplète qu'elle est, ne peut, ce me semble, laisser de doute sur la nature de la maladie: ce n'est pas une fièvre typhoïde, et ce ne peut être que le typhus des camps, se propageant par contagion, comme le prouve le fait que nous avons rapporté des médecins et des infirmiers qui surtout l'ont contracté sans être précédemment malades. A Constantinople, j'ai observé des faits semblables: la maladie présentait les mêmes caractères. On redoutait beaucoup l'approche des grandes chaleurs, car il paraissait probable que cette maladie prendrait alors une extension bien plus grande, surtout en Crimée, où un grand nombre d'hommes se trouvaient accumulés sur un espace fort restreint, au milieu des émanations fétides de toute sorte. Le fait est venu donner un démenti au raisonnement. A partir du moment où la température s'est élevée, la maladie a diminué de la manière la plus sensible; cela s'explique cependant d'une manière satisfaisante. Le typhus a pris naissance au moment des grands froids, quand les hommes, pour se préserver des rigueurs de l'hiver, s'entassaient dans des espèces de tanières, où ils laissaient pénétrer le moins d'air possible, et d'où ils ne sortaient que quand ils y étaient contraints. Il a diminué au contraire quand le beau temps a permis aux troupes de quitter leurs repaires, et de profiter de l'aération constante que produit le voisinage de la mer. C'est à cette aération qu'est certainement due la diminution du typhus, malgré les chaleurs.

Ce que l'accumulation avait produit en Crimée pour le typhus, nous l'avons vu aussi à Constantinople pour la pourriture d'hôpital. Toutes les fois que dans les hôpitaux, par suite de l'affluence des malades, le nombre des lits a dépassé une certaine limite, on voyait toutes les maladies s'aggraver, les opérations ne réussissaient plus, les moindres plaies étaient envahies par la pourriture d'hôpital; l'infection putride et l'infection purulente se montraient sur tous les opérés. Quand le nombre des malades retombait au chiffre normal ou au-dessous, les maladies devenaient moins graves, la pourriture d'hôpital disparaissait; en un mot, tout rentrait dans l'ordre.

Quant à l'armée anglaise, elle a présenté les mêmes maladies, mais dans des proportions bien différentes; ainsi, par exemple, il y a eu chez les Anglais moins de congélations, moins de scorbutiques, mais infiniment plus de typhus. Dans leurs hôpitaux, la mortalité a été plus considérable que la nôtre; de sorte que, malgré l'infériorité de leur effectif, ils ont perdu proportionnellement plus de monde que nous.

Tels sont les points qu'il m'a paru intéressant d'aborder et sur lesquels, tout en restant aussi bref que possible, j'ai cru devoir fixer l'attention.

M. Legroux demande des éclaircissemens d'abord sur le traitement employé contre le typhus et ses résultats; ensuite il demande si ce fait, énoncé par M. Fauvel, il y a trois ans, qu'à Constantinople les plaies guérissaient rapidement et sans suppuration, s'est de nouveau confirmé.

M. Fauvel: Il n'y a pas eu de traitement uniforme du typhus et je ne sache pas que les succès aient été bien plus grands par un traitement que par un autre. Il n'y a pas eu de traitement spécifique, cependant quelques médecins ont employé le sulfate de quinine; mais sans succès marqués. Quant à ce que j'ai dit de l'absence de la suppuration, le fait existe toujours d'une manière générale, mais il faut faire exception pour les hôpitaux alors qu'il y a eu encombrement, à tel point que je pense que souvent il vaudrait mieux laisser les blessés en plein air.

M. Bouchut fait quelques observations: 1° Dans le typhus y avait-il une éruption caractéristique? 2° Dans cette maladie, que l'on a appelé acrodynie et que M. Fauvel considère comme le résultat du froid humide, il a signalé de l'insensibilité qu'il attribue à l'épaississement de l'épiderme, mais, dans ce cas, ce ne serait pas une insensibilité véritable. M. Fauvel considère cette maladie comme une sorte d'engelure très étendue; mais, dans l'engelure, la sensibilité est augmentée plutôt que diminuée. 3° Enfin, M. Bouchut désirerait que M. Fauvel donnât son avis sur la propagation du choléra.

M. Fauvel: On n'a pas signalé d'éruptions caractéristiques dans le typhus. Il y a eu des éruptions diverses, des ecthyma, des pemphygus, des pétéchies, mais pas d'éruption propre au typhus. Quant à l'insensibilité existante dans cette acrodynie que j'ai signalée, elle est due, pour moi, en grande partie à l'épaississement de l'épiderme, qui acquérait une grande épaisseur et formait corps étranger. L'anesthésie augmentait en raison de l'épaississement de l'épiderme. Un choc, au contraire, causait une douleur vive; il y avait donc de la sensibilité sous la couche épidermique. Nous avons vu aussi de véritables paralysies, que j'appellerai rhumatismales: elles étaient souvent précédées de douleurs névralgiques intenses; mais il faut bien distinguer ces paralysies de la paralysie acrodynique.

Quant au choléra, je n'entrerai dans aucun détail; je me bornerai à dire que je ne conserve aucun doute sur sa transmissibilité par importation. On l'a vu débarquer avec l'armée, se propager là où elle a pris terre, la suivre partout où elle s'est portée. Le choléra est donc transmissible, c'est incontestable.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances des 18 et 25 Juillet et du 1er Août. — Présidence de M. Gosselin.

Sommaire. — Transmission de la syphilis par le vaccin. — Scoliose dorso-lombaire. — Enchondromes multiples.

De la transmission de la syphilis par le vaccin.

La syphilis peut-elle être transmise par l'inoculation du vaccin; ou, en d'autres termes, du vaccin étant pris sur un enfant atteint de vérole constitutionnelle et inoculé à d'autres enfans donnera-t-il lieu, sur les enfans inoculés, à des manifestations syphilitiques. Telle est la question qui vient d'être débattue à la Société de chirurgie, et voici à quelle occasion:

Le 16 juin 1852, le docteur Hübner de Hollfeld (Franconie) vaccina douze enfans d'un même village. Il se servit de vaccin pris sur une petite fille âgée de trois ans, dont la mère avait eu, dix-huit mois auparavant, une syphilis constitutionnelle, guérie en moins d'un mois par un traitement convenable. La petite fille elle-même fut atteinte, trois semaines après sa naissance, d'une éruption des membres inférieurs qui existait encore au moment où la vaccination fut pratiquée, s'étendit bientôt à toute la surface du corps, et, finalement, l'enfant succomba soixante-dix jours après la séance de vaccination. Remarquons qu'aucun médecin n'ayant examiné la petite malade, on ne put être renseigné exactement sur la nature de l'affection à laquelle elle succomba.

Suivons maintenant les douze enfans vaccinés par M. Hübner; sur ce nombre, quatre ne présentèrent pas d'accidens; chez les huit autres, il survint, au bout de trois à quatre mois, une éruption pustuleuse d'abord au niveau des piqûres, puis sur les parties génitales, l'anus, les fesses, les cuisses, l'abdomen; cette affection se communiqua à huit personnes adultes donnant des soins aux enfans. Ce ne fut qu'après huit mois, que des malades examinés pour la première fois par un homme de l'art, furent déclarés être atteints de syphilis constitutionnelle. De là, enquête judiciaire qui eut pour résultat de faire condamner M. Hübner à deux années de détention, jugement qui fut depuis, sur un rapport de M. Heyfelder, converti en un emprisonnement de six semaines.

M. Pauli, membre correspondant de la Société de chirurgie, ému comme tous les confrères de M. Hübner par le jugement prononcé contre ce dernier, soumit la question de la *prétendue syphilis vaccinale* à un examen scientifique et, pour lui donner plus d'authenticité, en appela au jugement d'un tribunal scientifique, en soumettant sa brochure à la Société de chirurgie.

M. Broca, chargé par la Société de faire un rapport, adopta les conclusions de M. Pauli, à savoir, que la transmissibilité de la syphilis par le vaccin ne repose sur aucune preuve scientifique, en convenant, toutefois, qu'il est impossible d'avoir une explication suffisante du fait de M. Hübner.

Trois chirurgiens bien connus par leurs connaissances spéciales, en matière de syphilis, MM. Vidal, Cullerier et Ricord ont pris part à cette discussion.

M. Vidal s'est moins attaché à éclairer le fond même de la question qu'à relever une assertion de M. Pauli, relative à la *non transmissibilité* des accidens secondaires. Il trouve précisément dans les faits qui ont été relatés dans l'affaire Hübner, une preuve de la transmissibilité, puisque les personnes adultes soignant les enfans infectés ont été elles-mêmes atteintes d'accidens réputés syphilitiques.

Pour appuyer la doctrine de la transmissibilité des accidens secondaires, M. Vidal cite environ une quarantaine de médecins ou chirurgiens, appartenant aux deux mondes, qui adoptent cette opinion.

M. Cullerier a recherché l'influence des deux virus vaccin et syphilitique l'un sur l'autre. Il a donc vacciné des enfans de l'hôpital de Lourcine, nés d'une mère vérolée, avec du vaccin provenant de sujets sains; ces enfans ont présenté des accidens syphilitiques, quelquefois au moment même de la vaccination, quelquefois plus tard. Jamais la vaccination n'a été modifiée par la diathèse syphilitique, ni les manifestations syphilitiques par le vaccin.

Le même chirurgien a pris du vaccin appartenant à des enfans syphilitiques, et il s'en est servi pour vacciner des enfans et des adultes; jamais il n'a observé d'accidens déterminés par cette vaccination.

M. Ricord, dans le cours de vingt-cinq années de pratique, n'a jamais été témoin d'un seul cas de syphilis transmise par la vaccination. Comme M. Cullerier, il a vacciné des enfans sains avec du vaccin pris sur des enfans syphilitiques; il a obtenu les mêmes résultats que son confrère. Le virus vaccinal et le virus syphilitique sont *isolés* dans leurs pustules respectives, lorsque les deux ordres de pustules se développent simultanément sur le même individu.

La syphilis peut se manifester à une époque plus ou moins éloignée de celle de la vaccination; ce n'est pas une raison pour considérer l'une comme étant la conséquence de l'autre; on retrouve presque toujours les traces de la voie d'entrée de la syphilis, quand on se donne la peine d'examiner les faits avec soin.

Il faut convenir, toutefois, qu'il existe des faits qui jettent l'esprit dans une grande perplexité. M. Ricord cite le suivant: il y a quelques années, plusieurs enfans juifs furent circoncis par le même péritomiste; des accidens syphilitiques primitifs se développèrent sur la verge et bientôt se manifestèrent des accidens secondaires; quelques-uns des enfans succombèrent même à la suite de cette infection. Or, l'examen le plus scrupuleux de l'opérateur, des instrumens qui avaient servi à pratiquer la circoncision ne permit pas de découvrir la porte d'entrée de cette épidémie de syphilis. Qu'une épidémie pareille se trouve coïncider avec une série de vaccinations, on ne manquerait pas d'en accuser le vaccin.

Pour ce qui regarde en particulier le fait de M. Hübner, M. Ricord se demande s'il s'agissait bien, dans ce cas, d'accidens syphilitiques. S'il en était réellement ainsi, ne peut-on pas admettre que ces accidens ont été communiqués par un des enfans à tous les autres. L'apparence phagédénique prise par certaines piqûres ne suffit pas pour caractériser la syphilis; car le phagédénisme n'appartient pas exclusivement à la vérole. Il peut survenir sous l'influence d'une mauvaise hygiène et d'un état général grave; il peut avoir été local, se généraliser et donner lieu à des accidens dans des points du corps éloignés du point de l'inoculation. « Il est rationnel en *théorie*, conclut l'orateur, d'admettre que la vaccination peut, dans certaines circonstances encore mal déterminées, se compliquer de phagédénisme local susceptible lui-même de se généraliser et d'étendre au loin ses ravages. »

Présentation de pièces.

M. Fano présente une colonne vertébrale affectée de *scoliose dorso-lombaire*.

La pièce a été recueillie sur une femme âgée. La dissection des parties molles a présenté les particularités suivantes:

La peau de la région dorsale est doublée, au niveau de la région sus-épineuse *gauche*, d'une couche de graisse d'une épaisseur de près de deux centimètres.

Le muscle petit dentelé postérieur et supérieur du même côté est plus pâle que le même muscle du côté opposé.

Toute la masse des muscles spinaux postérieurs du côté gauche est plus pâle, plus entremêlée de graisse que la masse musculaire correspondante du côté droit.

Les muscles transversaires épineux des deux côtés sont entièrement convertis en tissu graisseux, dans leur portion lombaire.

La colonne vertébrale tout entière décrit un arc à concavité antérieure et à convexité postérieure. Malgré l'existence de cette courbure générale, les différentes régions de la colonne vertébrale ont conservé les traces de leur courbure normale respective. Ainsi, la région cervicale offre une légère convexité antérieure; la région dorsale une concavité antérieure; la région lombaire une légère convexité antérieure.

Les deux dernières vertèbres dorsales et toutes les vertèbres lombaires forment une courbure très prononcée dont la convexité est tournée à gauche et la concavité à droite. C'est au niveau de la deuxième vertèbre lombaire qu'existe le point le plus élevé de la courbure. Une très légère courbure en sens opposé, c'est-à-dire à convexité tournée à droite et à concavité tournée à gauche, occupe la région cervicale.

Description de la scoliose dorso-lombaire. — La moitié gauche du corps de la 10me et de la 11me vertèbres dorsales a une hauteur moins considérable que la moitié droite. Dans le premier sens, c'est-à-dire à gauche, la face latérale du corps est creusée d'une forte dépression.

Pour la 12me vertèbre dorsale, c'est le contraire. La moitié gauche du corps de la vertèbre a un peu plus de hauteur que la moitié droite. Déjà cette vertèbre semble avoir subi une légère déviation, qui a porté son apophyse transverse gauche un peu en arrière, et son apophyse transverse droite légèrement en avant.

Pour la 1re vertèbre lombaire, la 2me et la 3me, cette disposition est on ne peut plus marquée. La moitié droite est certainement moins élevée en hauteur que la moitié gauche et creusée d'une gouttière profonde. Ces vertèbres semblent avoir éprouvé un mouvement de rotation qui a eu pour effet de porter les apophyses transverses gauches en arrière et les apophyses transverses droites en avant.

La 4me et la 5me vertèbres lombaires ont la moitié gauche de leur corps moins haute que la moitié droite. Leur déviation est moins marquée que pour les vertèbres précédentes.

Les trous de conjugaison sont inégalement agrandis des deux côtés.

A droite, ce sont les trous de conjugaison lombaires inférieurs qui sont agrandis; à gauche, ce sont les trous de conjugaison supérieurs.

Diamètres du bassin.	*Pièce patholog.*		*Etat normal.*
	cent.		cent.
D. sacro-pubien. . . .	0,10	. . .	0,11
D. sacro-iliaque. . . .	0,135	. . .	0,12
D. coccy-pubien. . . .	0,09	. . .	0,11
D. bi-sciatique.	0,16	. . .	0,11

L'aorte suit exactement la courbure de la région lombaire de la colonne vertébrale; elle est placée sur la ligne médiane des vertèbres lombaires.

L'artère sacrée moyenne est légèrement déviée à gauche.

La carotide primitive droite décrit quelques flexuosités à son origine. La vertébrale gauche est plus volumineuse que la droite.

Observation d'enchondromes multiples.

M. Richet a communiqué à la Société l'observation suivante, dont nous donnons un extrait succinct :

Un malade, âgé de 34 ans, porte au-dessous de l'épine de l'omoplate droite une tumeur arrondie, grosse comme une tête d'enfant, dure et consistante; la peau qui recouvre la tumeur est saine partout, à l'exception d'un point, qui est ulcéré. La tumeur adhère solidement au scapulum et occupe toute l'étendue de la fosse sous-épineuse ; elle est douée d'un certain degré d'élasticité, dépourvue de bosselures ; en résumé, elle présente tous les caractères assignés à l'enchondrome.

Le 5 juin, la tumeur fut enlevée par M. Richet, et l'examen à l'œil nu, ainsi que l'examen fait avec des instrumens grossissans confirmèrent en tous points le diagnostic porté par le chirurgien : il s'agissait bien d'un enchondrome.

Le malade succombe quatorze jours après l'opération, avec des accidens ayant la plus grande ressemblance avec ceux d'une pyohémie. A l'autopsie, absence complète d'abcès métastatiques ; mais, d'un autre côté, on trouve dans les poumons un nombre considérable de *tumeurs*, présentant tous les caractères de l'enchondrome, ayant d'ailleurs au microscope la même structure que la tumeur de l'épaule.

Ce fait est du plus grand intérêt, d'après M. Richet, car il démontre que les tumeurs de ce genre sont comme les tumeurs cancéreuses proprement dites, de nature à se généraliser.

M. Broca a donné quelques détails sur l'évolution de l'enchondrome en général; il a cité des exemples de tumeurs de ce genre qui se sont ramollies, ulcérées, et ont fini par entraîner la mort; d'autres faits de récidive d'enchondrome appartenant à M. Paget, à M. Syme, à M. Gluge, à M. Salmon, à M. Virchow. F...

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Séances de Février, Mars et Avril 1855. — Présidence de M. Brierre de Boismont.

DISCUSSION

Sur les moyens à employer contre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 31 Juillet, 7 et 23 Août.)

M. Ludger Lallemand : Je commencerai par remercier mes honorables collègues des éloges flatteurs qu'ils ont bien voulu adresser au travail de votre rapporteur, éloges qui reviennent de droit à la commission dont je n'ai été que l'interprète.

Parmi les observations présentées, les unes ne portent que sur des points de détail, les autres portent, au contraire, sur le fonds même et sur la nature du travail de la commission, c'est de celles-ci que je m'occuperai en premier lieu ; j'aborderai ensuite les faits particuliers.

1° La commission, ainsi que le voulait la Société, a eu recours à des expériences sur les animaux, pour arriver à la solution du problème qui lui était posé. Ce mode de procéder a été l'objet de critiques formulées d'abord par M. Bonafont, et, plus nettement encore, par M. Giraldès. Nos honorables collègues pensent que ces expériences peuvent être intéressantes, utiles mêmes, au point de vue de la physiologie générale ; mais ils ne croient pas qu'on soit assez autorisé à comparer les animaux à l'homme, sous le rapport de la chloroformisation, pour en tirer des applications pratiques, les phénomènes produits dans les deux cas étant dissemblables.

Je sais bien qu'on serait au delà du vrai si l'on prétendait que tous les actes organiques et pathologiques sont identiques chez l'homme et chez les animaux, et qu'on s'exposerait à de dangereux mécomptes, en réalisant ces idées dans la pratique de l'art de guérir. Ainsi, dans l'étude expérimentale des agens hémostatiques, on doit se rappeler, pour arriver à une appréciation exacte de leur valeur, que le sang de certains mammifères est doué d'une plasticité supérieure à celle du sang de l'homme; de même, si l'on étudie expérimentalement les moyens de guérir les plaies intestinales, il ne faut pas oublier que les plaies intestinales les plus étendues, les plus graves, se réparent chez certains animaux, particulièrement chez le chien, avec une rapidité extraordinaire, et même sans l'intervention de l'art.

Dans tous ces cas, comme dans beaucoup d'autres, la conclusion des animaux à l'homme ne serait pas légitime, les sujets comparés étant différens.

Mais les choses ne se passent pas ainsi quand on n'envisage que les grandes fonctions dont Bichat appelait les appareils, le *trépied vital*, c'est-à-dire la respiration, la circulation, l'innervation, quand on n'examine ces fonctions que dans leur expression générale, j'allais dire dans leur expression abstraite, indépendamment en quelque sorte des organismes qui les manifestent. La comparaison ainsi limitée entre l'homme et les animaux donne alors des résultats dont on peut affirmer l'exactitude et la rigueur; les sciences naturelles et médicales nous en donnent des preuves irrécusables. Si les expériences sur les animaux étaient impuissantes à révéler les merveilleux mystères des mouvemens, des actes, des phénomènes dont l'organisme humain est le théâtre, comment Bichat nous aurait-il donné ce beau livre qu'on appelle les *Recherches sur la vie et la mort?* N'est-ce pas à ces expériences que la science moderne est redevable de la connaissance de l'action exercée par les poisons sur l'économie, de la connaissance de ces réactions admirables de la chimie vivante qui nous ont dévoilé les mystères de la digestion. Enfin, n'est-ce pas à la méthode expérimentale qu'est due uniquement la constitution d'une science qui vient de naître à peine et qui est pourtant appelée à faire, dans les sciences naturelles, une révolution analogue à celle que la découverte de l'anatomie générale a produite dans les sciences médicales, je veux parler de l'embryogénie comparée ? N'avons-nous pas vu les observations faites ultérieurement dans l'espèce humaine justifier pleinement les prévisions qui, d'après les expériences faites sur les animaux, avaient établi l'analogie la plus complète entre l'évolution de l'œuf humain et celle de l'œuf des animaux supérieurs? Nous pouvons donc le déclarer hautement, nier la légitimité et la signification univoque des déductions établies des animaux à l'homme, sous le rapport des grandes fonctions qui entretiennent la vie, ce serait nier la physiologie, ce serait annihiler ses fondemens qui reposent sur la méthode expérimentale.

De même, dans la question qui fait l'objet de la discussion actuelle, votre commission recherchant les moyens à employer pour combattre les accidens déterminés par les inhalations de chloroforme devait procéder par les expériences sur les animaux ; cette marche était la seule logique, la seule vraie, la seule possible. En effet, qu'avait-on appris après avoir vu plus de cent fois les inhalations chloroformiques être suivies de la mort des malheureux qui les avaient subies; on connaissait le point initial du drame, l'application du chloroforme et sa terminaison, c'est-à-dire la mort et rien de plus; la période intermédiaire était inconnue, les phénomènes qui la constituent avaient échappé ; et c'était précisément cette période intermédiaire qu'il importait de connaître, afin de savoir quelle était la cause de la mort, comment elle arrive, comment il est possible de la prévenir ; en soumettant des animaux à l'action du chloroforme dans des expériences *ad hoc*, de manière à amener la mort, il était facile d'étudier les phénomènes qui jalonnaient les phases diverses de la scène morbide, et puisque les deux points extrêmes sont les mêmes chez l'homme et chez les animaux, l'action initiale au début et la mort à la période ultime, il était logique d'admettre que les phénomènes intermédiaires observés chez ceux-ci ont lieu également chez celui-là.

Les expériences que nous avons entreprises nous ont montré des faits qui étaient les uns contestés, les autres tout à fait inconnus : nous avons vu que, quel que soit le mode d'administration du chloroforme, à doses faibles ou successives, ou à dose élevée donnée d'un seul coup en inhalations concentrées, l'évolution des phénomènes produits est la même sans autre modification que l'intensité et la durée ; nous avons vu que la fonction respiratoire est la première qui se suspende, que la circulation générale continue encore après celle-ci : nous avons constaté que les animaux abandonnés à eux-mêmes après la suspension des mouvemens respiratoires, meurent irrévocablement si on ne leur porte pas secours, quoique le cœur continue de battre même pendant quelques minutes. Il était indispensable d'établir ce fait d'une manière péremptoire, puisqu'il était la base de nos recherches ultérieures; nous avons répété un grand nombre de fois ces expériences, qui nous ont donné constamment le même résultat, et nous ne craignons pas qu'il soit infirmé par des expériences contraires. Nous avons vu ensuite qu'il est possible de rappeler les animaux à la vie par l'emploi de certains moyens, même après que le cœur a cessé de battre. Nous avons, en outre, constaté les faits suivans : La motricité des nerfs et les propriétés excito-motrices de la moelle abolies par le chloroforme, se réveillent sous l'action d'un courant électrique ; le chloroforme, en vertu d'une affinité d'élection particulière, se condense, dans les centres nerveux qui en contiennent dix à vingt fois plus que le sang; enfin, le chloroforme est très rapidement éliminé de l'économie, et les voies de cette élimination sont la peau, mais surtout et presque exclusivement la surface pulmonaire.

Voilà ce que nos expériences nous ont appris; voilà comment les choses se passent chez les animaux ; dira-t-on qu'il n'en est pas de même chez l'homme? Mais quel enseignement a-t-on tiré de la pratique de l'anesthésie chirurgicale, où le chloroforme a été administré à l'homme des milliers de fois, pour pouvoir déclarer en conscience que cet agent ne se comporte pas chez l'homme comme chez les animaux : on ne peut rien augurer des cas qui forment heureusement l'immense majorité dans lesquels l'anesthésie a été obtenue sans qu'aucun accident mortel n'ait surgi, car l'administration du chloroforme n'a permis aux fonctions de la respiration et de la circulation de continuer à s'accomplir : resteraient donc les cas dans lesquels cette administration a été suivie de la mort. Les journaux et les recueils scientifiques ont enregistré les observations d'un grand nombre de ces cas malheureux ; que nous ont-elles appris? Eh, mon Dieu, il faut bien le dire souvent, guère autre chose que ces deux faits, l'administration du chloroforme, et la mort qui l'a suivie; rien ne vient nous éclairer sur les phénomènes qui se sont passés, sur leur succession, sur leur nature ; on ne connaît même pas la cause de la mort. On a successivement invoqué pour l'expliquer l'asphyxie, la syncope, la sidération du système nerveux. Cette question a été élucidée par nos expériences, qui nous ont appris que la mort n'est due ni à l'asphyxie ni à la syncope, mais bien à l'abolition des fonctions du système nerveux dont la substance est imprégnée par le poison anesthésique.

En outre, diverses particularités me portent à penser que plusieurs de ces observations ne méritent pas dans tous leurs points une créance absolue. Rien ne paraît aussi simple que de connaître à quelle distance du visage le mouchoir ou l'éponge imprégnés de chloroforme ont été placés, et quelle quantité de ce liquide a été employée. Eh bien, dans plusieurs cas, la distance n'a pu être précisée, on ignore la quantité de chloroforme administrée, ou on indique une proportion évidemment inférieure à la vérité, à tel point qu'on pourrait croire que les observations ont eu pour objet un intérêt étranger à la science.

Vous comprenez, Messieurs, la réserve qui m'est imposée dans ces circonstances ; je suis pourtant obligé de citer quelques faits :

Dans le cas de Boulogne, d'après l'observation (1), quinze à vingt gouttes, au plus, de chloroforme, auraient été versées sur le mouchoir qui fut retiré moins d'une minute après le début de l'inhalation; d'un autre côté, le rapport du juge de paix et des témoins déclare qu'on a employé 5 grammes de chloroforme, et le pharmacien qui l'avait fourni constate qu'il en manquait 8 grammes dans le flacon. Comment expliquer cette contradiction? Dans un autre cas (2), où une femme était soumise à l'anesthésie pour l'avulsion d'une dent, on place sur un mouchoir un bourdonnet de coton imbibé de *moins d'un gramme* de chloroforme. La malade approche le mouchoir de son nez et respire à quelque distance, de manière à permettre le mélange de l'air et des vapeurs anesthésiques. Au bout de *huit ou dix minutes* l'effet se fait sentir et on le remarque au changement des paupières. Le médecin indique au dentiste d'agir; mais la patiente, qui avait l'habitude de l'éthérisation, ne se sentant pas suffisamment engourdie, repousse la main de l'opérateur, rapproche le mouchoir et fait rapidement quatre ou cinq inspirations plus larges ; à cet instant on retire le mouchoir, mais la face est altérée, le pouls a disparu, il n'y a plus que quelques inspirations, la malade meurt.

La scène se passait au mois d'août ; or, je le demande, si l'on n'avait versé qu'un gramme de chloroforme sur un petit bourdonnet de coton, est-ce qu'au bout de huit minutes cette faible quantité d'un liquide si volatil ne se serait pas complètement évaporée, grâce à la température de la saison, de manière à ce que non seulement les accidens, mais même l'anesthésie devenait impossible.

Dans plusieurs observations on dit que les mouvemens respiratoires ont continué après que le cœur et le pouls avaient cessé de battre. Mais il me semble bien difficile d'admettre même dans la syncope que les mouvemens respiratoires continuent quand la circulation s'est arrêtée.

Je me borne à ces citations, que je pourrais multiplier aisément. On comprendra, d'ailleurs, l'incertitude et même les contradictions qui règnent dans les observations auxquelles je fais allusion; si l'on pense à la situation du chirurgien surpris par l'imprévu d'un tel malheur quand il pouvait se croire dans la sécurité la plus complète, on comprend alors que l'on ne se rappelle ni la quantité de chloroforme employée, ni la distance à laquelle était le mouchoir, ni la durée de l'inhalation, ni toutes les circonstances qui exigent, pour être exactement notées, la plus parfaite tranquillité d'esprit.

D'après ce que je viens de dire, on ne peut pas arguër des observations faites chez l'homme pour récuser la ressemblance entre les phénomènes de chloroformisation qui ont lieu chez lui et chez les animaux. Tout semble, au contraire, indiquer qu'il y a parité complète; les lois de la physiologie qui sont permanentes sont là pour l'attester; j'ajouterai que dans deux observations publiées dernièrement (1), on vit chez deux sujets chloroformisés les battemens du cœur et du pouls continuer longtemps après la suspension des mouvemens respiratoires, et les deux sujets furent rappelés à la vie par l'insufflation pulmonaire.

Quant aux accidens et à la mort qui surviennent à la suite de l'inhalation, forts de nos expériences, nous les attribuerons à l'action déprimante du chloroforme qui stupéfie directement les centres nerveux, et qui se manifeste de deux façons : d'une part, une syncope peut survenir pendant l'opération anesthésique qui en favorise peut-être le développement, et l'état anesthésique donne immédiatement une gravité exceptionnelle à la syncope qui devient mortelle. D'une autre part, le chloroforme pénétrant dans l'économie en inhalations trop concentrées et trop abondantes, imprègne rapidement les centres nerveux, et l'abolition de leurs fonctions entraîne l'arrêt de la respiration et de la circulation et la mort générale.

Nos expériences prouvent le danger des inhalations concentrées de chloroforme, puisque les animaux qui y sont soumis meurent en moins de deux minutes. N'est-ce pas à la même cause qu'il faut attribuer les accidens mortels observés chez l'homme. On est bien autorisé à l'admettre si l'on réfléchit que le plus grand nombre des cas de mort a été fourni par l'Amérique et par l'Angleterre, où l'on recommande précisément les inhalations larges et concentrées pour amener l'anesthésie rapidement, si l'on remarque, en outre, qu'on a constaté une proportion plus considérable de décès à la suite de l'anesthésie entre les mains des dentistes que dans la pratique chirurgicale, dans la clientèle particulière que dans les hôpitaux, dans les hôpitaux des départemens que dans les hôpitaux de Paris, c'est-à-dire dans les circonstances où l'on s'entoure de moins de précautions, où la témérité l'emporte sur la prudence. Il ne faut pas croire qu'il soit besoin d'une dose très élevée de chloroforme pour produire ces accidens mortels ; ce n'est pas la quantité de l'agent administré qui agit, mais bien la portion qui est introduite dans les voies respiratoires. Or, si l'on verse une certaine dose de chloroforme sur un mouchoir ou sur une éponge placée à une très petite distance de la bouche et des narines, comme les vapeurs chloroformiques en raison de leur densité considérable ont une forte cohésion et déplacent l'air en masse, il arrivera, ainsi que l'a très bien constaté M. Forget, lors de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1853, que les inspirations du malade introduiront dans les bronches en quelques instans des vapeurs de chloroforme à peu près pures et non mélangées d'air, qui iront produire immédiatement leur action toxique sur les centres nerveux; et nous savons, par nos expériences, que deux gouttes de chloroforme imprégnant l'encéphale d'un gros chien suffiront pour amener la mort.

Nous ne saurions donc partager l'opinion des chirurgiens qui recommandent avec M. Sédillot, de donner, dès que les inspirations sont bien supportées, les plus fortes quantités possibles de chloroforme dans le temps le plus court, afin de prévenir la période d'excitation, et de chercher à sidérer le malade par de grandes doses de cet agent quand il y a de l'exaltation, des mouvemens brusques, sans que la respiration et la circulation soient gênées (2).

Nous pensons, au contraire, que les vapeurs de chloroforme doivent être constamment diluées dans une suffisante quantité d'air atmosphérique, c'est le moyen de produire l'anesthésie et de la maintenir sans danger; voici une nouvelle preuve à l'appui de cette opinion. Nous ne sachions pas qu'aucun accident mortel se soit produit quand on a fait usage de l'appareil de M. Charrière pour produire l'anesthésie. C'est pour cela que nous avons recommandé l'anesthésimètre de M. Duroy, préférable à l'appareil de M. Charrière, car il permet d'élever et de diminuer graduellement la dose du chloroforme pour tâter les susceptibilités du malade et répondre aux indications : il indique à chaque instant la quantité de vapeurs qui se dégagent en un temps donné; il assure le mélange de ces vapeurs avec une quantité constante d'air

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIV, p. 204.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1849, p. 409.

(1) *Ami des sciences*, février 1855.
(2) *Lettre sur le chloroforme*, 1851.

atmosphérique; il fait enfin connaître la quantité exacte de chloroforme employée.

2° J'arrive maintenant aux faits particuliers :

On sait que nous avons employé les insufflations de gaz oxygène pur et d'air atmosphérique pour rappeler à la vie les animaux plongés dans un état de mort apparente par les inhalations de chloroforme. M. Depaul, partageant une opinion accréditée par plusieurs chimistes, ne croit pas à l'innocuité des inspirations de gaz oxygène. Cependant des faits nombreux démontrent qu'on peut respirer ce gaz sans inconvénient pendant un temps assez long, lorsqu'il est à l'état de pureté, tel que celui qu'on prépare avec le chlorate de potasse. Lorsque des accidens ont été notés à la suite des inspirations d'oxygène, ils tenaient uniquement à son impureté dépendant du procédé employé pour obtenir ce gaz dans les laboratoires. Si dans la composition de l'atmosphère l'oxygène est dilué dans une quantité trois fois plus considérable d'azote, ce n'est pas dans le but d'atténuer l'action irritante du gaz vivifiant sur l'organisme vivant, mais bien pour modérer l'oxygénation des corps bruts : l'augmentation du calorique dans le point le plus restreint de la surface de la terre suffirait pour amener un incendie général et une destruction universelle. Je n'insiste pas davantage, sur ce point d'autant plus que nous avons eu principalement recours à l'insufflation d'air atmosphérique qui nous a donné des résultats tout aussi brillans que l'oxygène.

On sait que pour arriver à expliquer le mode d'action de l'insufflation, nous avons employé l'insufflation de gaz azote pur qui a ramené les animaux à la vie. MM. Depaul et Forget ne pensent pas que ce résultat doive être attribué à l'azote, mais bien à l'air atmosphérique qui pénétrait dans les poumons en même temps que l'azote.

Suivant eux, lorsqu'on avait comprimé les parois thoraciques pour imiter les mouvemens de l'expiration, et que ces parois revenaient à leur position, la compression étant interrompue, il se produisait un vide dans la poitrine, et l'air atmosphérique pénétrait dans les poumons en s'introduisant entre les parois de la trachée et la sonde qui est enfoncée dans ce canal et adaptée à la vessie remplie de gaz azote.

Je ne puis partager l'opinion de MM. Depaul et Forget : dans la respiration, l'ampliation de la cavité thoracique par la contraction des muscles inspirateurs est considérable et fait un appel puissant à l'air extérieur qui se précipite dans les poumons; mais quand la fonction respiratoire a cessé, les poumons sont affaissés ainsi que les cellules pulmonaires à cause de l'élasticité de leur tissu; les parois thoraciques sont au repos; si on cherche à les comprimer, l'ampliation de la poitrine qui succède à la compression est peu appréciable, il n'en résulte donc qu'un appel insignifiant à l'extérieur; mais comme la tension du gaz azote qui gonfle la vessie est inférieure à la pression atmosphérique, c'est ce gaz qui, obéisant à l'appel, pénétrera dans la trachée : l'air atmosphérique en tout cas ne pourrait arriver jusqu'aux cellules pulmonaires, car on sait avec quelle vigueur et quelle force il faut comprimer la vessie dans la pratique de l'insufflation, pour déplisser les cellules. Ajoutons encore qu'au moment où la pression des parois thoraciques cesse, on comprime la vessie avec les mains pour injecter le gaz azote; un courant de ce gaz parcourt donc continuellement les canaux bronchiques dans les deux sens et s'oppose à l'arrivée de l'air atmosphérique dans le tissu pulmonaire. Je puis donc affirmer que pendant la durée de l'insufflation, il n'entre que de l'azote dans les poumons.

On sait que cette insufflation a rappelé à la vie des chiens dont la respiration et la circulation étaient suspendues, et qui seraient morts assurément si on ne l'avait pas pratiquée.

Ce n'est ni le hasard, ni une curiosité puérile qui nous a fait recourir, M. Perrin et moi, à l'emploi de ce moyen. Nous avions vu que les insufflations d'oxygène pur et celles d'air atmosphérique donnent des résultats identiques : il était naturel de se demander si les propriétés vivifiantes de l'oxygène jouaient là un rôle quelconque ; il fallait donc expérimenter l'insufflation avec un gaz qui ne contient pas d'oxygène. L'azote insufflé dans les poumons parvint à rappeler les animaux à la vie. Nous cherchâmes l'explication de ce fait, nous croyons l'avoir trouvée et avoir fait connaître la manière d'agir de l'insufflation. Les vapeurs de chloroforme introduites dans les poumons, pénètrent dans le sang et vont imprégner tous les tissus et la substance nerveuse. Mais la voie de pénétration est aussi la voie d'élimination; tant que la respiration s'accomplit, le chloroforme est exhalé par l'expiration. Cet agent ne se combine pas avec les tissus; il est mélangé intimement avec eux sans en altérer la substance ; tant qu'il les pénètre il manifeste son action stupéfiante, et dès que ceux-ci en sont débarrassés, ils reprennent leurs propriétés et leurs fonctions. Le chloroforme, d'un autre côté, étant dans l'économie sous forme de vapeurs, possède une tension assez considérable, il se met en équilibre dans le système capillaire, et il a toujours une grande tendance à s'en échapper, car il suffit d'un courant gazeux pour le chasser des organes qu'il imprègne. Lorsque la respiration est suspendue par la stupéfaction croissante des centres nerveux dans lesquels le chloroforme s'est accumulé, l'élimination de cet agent ne peut plus avoir lieu et la mort arrive : que faut-il faire? rétablir artificiellement cette élimination de la même manière qu'elle se faisait, c'est-à-dire par un courant gazeux qui pénètre dans les cellules pulmonaires, s'empare des vapeurs anesthésiques qui s'y trouvent et les remporte au dehors; mais ces vapeurs seront remplacées par celles qui imprègnent le système capillaire qui rampe dans les parois des cellules et dans le parenchyme pulmonaire ; elles obéiront en effet à leur tension gazeuse qui les force à ce mouvement d'expansion ; c'est ainsi que la spoliation se fait de proche en proche et arrive jusqu'au système nerveux. D'un autre côté, le courant gazeux va stimuler toute la surface pulmonaire et les extrémités nerveuses qui sont moins stupéfiées. Cette stimulation retentit au cœur et au cerveau; la circulation se rétablit, les centres nerveux se dépouillent alors rapidement de l'excès de chloroforme qui avait enchaîné les mouvemens respiratoires; et au moment où ceux-ci reprennent, l'élimination naturelle et normale du chloroforme commence par la respiration rétablie; c'est alors qu'il faut cesser l'insufflation azotée et qu'il faut rendre l'oxigène aux poumons pour que l'hématose ait lieu.

Il est inutile de dire que nous n'avons pas eu l'idée d'employer ni de conseiller l'insufflation d'azote pour combattre les accidens que détermine le chloroforme ; nous avons voulu seulement expliquer par l'expérimentation de cet agent un point de théorie, savoir si l'oxygène était préférable ou non à l'air atmosphérique dans les insufflations, et chercher l'explication du mode d'agir de l'insufflation chez les individus chloroformés.

Pour combattre les accidens mortels que nous avions développés chez les animaux chloroformisés, nous avons eu recours à l'insufflation pulmonaire d'air atmosphérique pratiquée à l'aide d'un soufflet, moyen qui nous a donné des succès admirables. Nous avons essayé l'action de l'électricité. Pour cela nous avons employé la faradisation générale par un courant qui passait de la bouche à l'anus, et la faradisation locative aux nerfs phréniques; nous avons constaté que l'électricité employée comme excitant général des systèmes nerveux est impuissante contre l'intoxication chloroformique, et qu'elle ne peut produire des effets salutaires qu'autant qu'elle détermine la respiration artificielle. La faradisation des nerfs phréniques a provoqué la respiration artificielle par la contraction nerveuse du diaphragme et a rappelé les animaux expérimentés à la vie ; mais comme dans notre opinion la faradisation générale a amené l'épuisement complet de l'excitabilité nerveuse au bout de quelques minutes, nous avons dû signaler ces faits dont la connaissance pouvait mettre en garde contre une application trop prolongée de l'électricité chez des individus chloroformés.

En conséquence de ce qui précède, je crois pouvoir maintenir les conclusions du rapport de votre commission; je pense que les travaux auxquels elle s'est livrée sous vos auspices ne seront pas sans utilité pour la pratique de l'anesthésie chirurgicale : guidés par nos expériences, les chirurgiens pourront vérifier et contrôler l'évolution des phénomènes que nous avons indiquée ; nous avons cru pouvoir leur offrir un moyen de reconnaître l'imminence du danger dans les modifications ou les altérations de la fonction respiratoire, des procédés qui permettent de produire et de maintenir l'état anesthésique avec sûreté ; enfin nous croyons pouvoir affirmer que l'insufflation pulmonaire pratiquée avec énergie, et dès leur apparition, peut triompher des accidens mortels qu'on a eu trop souvent à déplorer depuis l'emploi du chloroforme.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(ancienne Société médicale du Temple).

Compte-rendu extrait des procès-verbaux. — Présidence de M. Am. Forget.

Sommaire. — Atrophie et paralysie musculaires ; appareil pour y remédier. — Théorie des mouvemens d'extension et de flexion. — Eaux minérales de Forges contre les scrofules.

La correspondance comprend : 1° Le rapport imprimé qu'a lu à l'Académie de médecine, M. Depaul, *sur les déviations utérines et l'emploi des moyens mécaniques destinés à en opérer le redressement*; — 2° un exemplaire du rapport de M. Labarraque sur le service médical des dispensaires de la Société philantropique pendant l'année 1853 ; — 3° une brochure de M. Bonafont, intitulée : *Mémoire sur le traitement des orchites en général par le collodion*; — 4° une autre brochure, encore de M. Bonafont, *sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache et quelques cas non décrits par les auteurs et qui en réclament l'emploi.*

Ces divers ouvrages seront déposés dans nos archives, et des remercîmens sont adressés à leurs auteurs. Même décision est prise à l'égard des *Bulletins* n° 8 et n° 9 (1re série) qu'a bien voulu nous envoyer la Société médicale des hôpitaux de Paris.

M. Collomb fait à la Société, qui l'en a chargé, un rapport sur ces bulletins. Nous ne le reproduisons pas ici, parce que les séances de la Société des hôpitaux sont régulièrement publiées dans l'Union Médicale.

M. Duchenne de Boulogne présente à la Société un petit malade sur lequel il fournit les détails suivans : Justin Rafelet, de Turcoing, âgé de 7 ans, est né bien conformé. Deux mois après sa naissance, la nourrice s'aperçut qu'il ne remuait plus le membre supérieur droit. Des soins lui furent donnés immédiatement. Les mouvemens revinrent dans l'avant-bras et la main; mais non dans le deltoïde ni les muscles fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras; bientôt ces muscles s'atrophièrent. Voici l'état actuel de l'enfant : le membre supérieur droit est bien moins développé que le gauche, l'omoplate est plus petite, l'humérus moins volumineux. — A l'exploration électro-musculaire, on ne retrouve plus à droite le deltoïde, ni les fléchisseurs, c'est-à-dire le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur. Tous ces muscles très atrophiés ne peuvent entrer en contraction par la volonté du malade. Au contraire, le triceps brachial répond parfaitement à l'excitation électrique. Les muscles qui meuvent la main, les doigts, le pouce sont sains. Cependant, l'enfant est très maladroit de cette main, probablement par suite du défaut d'habitude de s'en servir.

Le muscle extenseur de l'avant-bras sur le bras, le *triceps*, étant assez fort, M. Duchenne eut l'idée de faire construire un appareil capable, dans le relâchement du triceps, d'opérer la flexion à l'aide d'une force élastique. Cet appareil consiste en deux attelles en fer, placées l'une en dedans, l'autre en dehors du bras et de l'avant-bras, brisées et articulées au niveau du coude, de manière à pouvoir suivre les mouvemens de flexion et d'extension du membre. Ces attelles sont reliées entre elles, à leurs extrémités, par un demi-cercle en métal. Une gouttière en peau qui s'applique sur la partie postérieure du bras et de l'avant-bras est fixée sur une courroie, que l'on serre plus ou moins. Deux bandes en caoutchouc vulcanisé, fixées l'une en dedans, l'autre en dehors de la partie moyenne des attelles de l'avant-bras et du bras maintiennent le membre dans un état de demi-flexion quand le triceps est dans le relâchement.

L'appareil étant en place, si on dit à l'enfant de fléchir davantage et lentement l'avant-bras, il exécute cet ordre; si on lui dit de l'étendre, il le fait; et si alors il ne s'occupe plus de son bras, s'il l'oublie pour ainsi dire, la force élastique du caoutchouc le ramène à la demi-flexion. Or, dans ce cas, les mouvemens se font avec une précision et une gradation exactement correspondantes à l'action de la volonté de l'enfant. Ce n'est pas la saccade brusque et uniforme d'un ressort mécanique, c'est l'action intelligente d'une force musculaire. On ne peut pas attribuer la régularité des mouvemens qui s'exécutent sous nos yeux à un effet de l'habitude, car c'est hier pour la première fois que le malade a mis son appareil. Le triceps, dit M. Duchenne, en se relâchant tout juste suivant la volonté du sujet, permet au caoutchouc de revenir par son élasticité sur lui-même, et de produire le degré voulu de flexion de l'avant-bras sur le bras. De même le triceps, en se contractant, surmonte la force élastique du caoutchouc lorsque l'enfant veut étendre l'avant-bras sur le bras. En sorte que, suivant le degré d'énergie musculaire employé, le triceps est ici la cause efficiente tantôt de la flexion, tantôt de l'extension volontaire du membre. De là, notre collègue tire cette induction que les fonctions physiologiques des fléchisseurs et des extenseurs ne sont pas, comme on le pensait, exactement opposés, c'est-à dire simplement antagonistes, mais qu'elles se combinent pour opérer la coordination des mouvemens, et qu'ainsi Winslow a employé une heureuse expression en disant qu'ils étaient *modérateurs* les uns envers les autres.

M. Grange : La physiologie nous enseigne qu'il y a synergie entre les muscles qui agissent de concert pour produire un mouvement. Or, je ne puis plus trouver cette simultanéité d'action entre les trois muscles fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras et le triceps, qui lui, au contraire, est extenseur des mêmes parties.

M. Duchenne de Boulogne : Chez le malade que je viens de présenter, la flexion du bras se fait vite ou lentement, partiellement ou en totalité, selon la volonté de l'enfant. Cette influence de la volonté ne peut s'exercer que sur le triceps; force est de conclure que le degré de flexion dépend du degré de relâchement du triceps. Ce phénomène a lieu instinctivement. Le malade, avec sa volonté, relâche plus ou moins vite, plus ou moins loin son triceps, pendant que l'appareil mécanique, en vertu de son élasticité, agit comme pourrait le faire les fléchisseurs.

M. Forget : Il y a ici un appareil qui produit mécaniquement la flexion. Je conçois que, dans ce cas particulier, le triceps soit l'agent nécessaire de la graduation de mouvemens; mais, dans l'état normal, lorsque le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur fonctionnent, je ne vois pas la nécessité de faire intervenir l'action du triceps, qui est un extenseur, et d'admettre qu'il agisse conjointement avec les fléchisseurs. La graduation peut tout aussi bien dépendre de l'influx nerveux plus ou moins énergique, selon la volonté du sujet, agissant exclusivement sur les fléchisseurs.

M. Duchenne de Boulogne : Si le relâchement graduel et volontaire du triceps n'était pas, chez le petit malade, mis en jeu pour modérer la flexion, celle-ci serait brusque et toujours complète, comme il arrive à tout ressort mécanique. Ce fait pathologique m'amène à penser que, dans l'action physiologique de la flexion de l'avant-bras sur le bras, le relâchement du triceps joue à l'égard des fléchisseurs le même rôle de modération, de coordination des mouvemens qu'il exerce à l'égard de l'appareil de mon malade. C'est une nouvelle théorie des mouvemens de flexion et d'extension. Il y a des malades qui, ayant conservé l'usage des fléchisseurs, ont perdu celui du triceps. Dans ce cas, la pesanteur du membre remplace l'appareil que nous avons vu agir; elle produit l'extension du membre, laquelle se trouve également graduée par le relâchement volontaire des fléchisseurs. C'est le même phénomène produit en sens inverse.

M. Grange : Notre collègue admet que l'action des muscles a besoin d'être régularisée par celle d'autres muscles qu'il nomme modérateurs. Je crois, moi, que chaque muscle a en lui-même une force de modération sans qu'il ait besoin de l'intervention des muscles qu'on est habitué à regarder comme ses antagonistes. Je ne vois ici rien de nouveau en physiologie. Je vois seulement un appareil ingénieusement construit et qui rendra d'utiles services à certains paralytiques.

M. Duchenne de Boulogne : Oui, sans doute, chaque muscle a en lui-même une force modératrice qui lui permet de graduer ses mouvemens selon l'énergie plus ou moins grande de la volonté. Mais l'action des muscles que l'on a appelés *antagonistes*, et que je nomme *modérateurs*, peut, néanmoins, être indispensable à la coordination, à la régularité de ces mêmes mouvemens.

A la suite et à propos de cette discussion, M. Duchenne de Boulogne nous présente, dans des séances différentes, deux malades auxquels ont été appliqués des appareils analogues à celui dont il vient d'être question, L'un d'eux a une paralysie du membre supérieur droit de cause traumatique à la suite d'une chute. Comme dans le cas précédent, le triceps a conservé son activité musculaire; l'appareil appliqué est le même, et ses effets sont identiques. Le second cas est celui d'un enfant qui ne pouvait se tenir debout, parce que, d'un côté, les muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse étaient paralysés. M. Duchenne de Boulogne, prenant son point d'appui circulaire vers le tiers inférieur de la cuisse, d'une part, et, d'autre part, autour de la jambe, au-dessus du mollet, fait passer en avant, de chaque côté de la rotule, les lanières en caoutchouc dont l'action élastique produit artificiellement l'extension du membre, et permet la station debout. En outre, il met du bas de la jambe au pied un appareil semblable pour remplacer l'action des muscles gastrocnémiens, dont la paralysie empêchait la pointe du pied de pouvoir s'abaisser, et forçait le malade à marcher en s'appuyant exclusivement sur le talon. Il ajoute, en terminant, que, sous l'influence de l'électrisation, les muscles, chez ce malade, sont en voie de restauration, et il espère que par la gymnastique, qu'entraîne l'usage de l'appareil qui lui est appliqué, l'action musculaire pourra se rétablir.

M. Ségalas parle des eaux de Forges, près Limours (Seine-et-Oise), qu'il ne faut pas confondre avec Forges, en Normandie. Il mentionne les effets remarquables produits par leur usage sur les enfans lymphatiques affectés d'engorgemens ganglionnaires. Un rapport sur ces eaux a été fait à l'Académie de médecine par un de ses membres, M. Pâtissier; et plus récemment, un second rapport par leur très honorable confrère M. Cherest. L'administration des hôpitaux y a envoyé, une année, quatre enfans de l'hôpital de la rue de Sèvres; l'année suivante 12, et en 1854, 42. On en a obtenu de bons résultats. En considérant que l'analyse chimique n'a rien constaté de remarquable dans la composition de ces eaux, on en est aujourd'hui à se demander quelle est la cause des succès obtenus? Sont-ce réellement les eaux prises en boisson et en bains? Est-ce l'avantage hygiénique du site de cette localité ou celui du régime de vie plus substantiel qu'à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, leur utilité thérapeutique lui paraît incontestable.

M. Grange a toujours vu de l'amélioration se produire chez les sujets

scrofuleux des villes que l'on envoie à la campagne. Il dit que dans le Midi, les scrofules s'observent en grand nombre sur les bords de la mer, et ne sont pas rares dans les plaines cultivées de la Corse, où on les voyait moins souvent il y a trente ans, avant le défrichement de ces plaines.

M. Collomb a eu l'occasion de constater, chez plusieurs enfans, les bons effets de leur séjour à Forges, comme moyen de guérir des engorgemens de glandes lymphatiques. Il a surtout été frappé des heureux résultats obtenus chez un jeune garçon de 14 ans, qui appartenait à une famille riche et vivait déjà à la campagne, où il était entouré de tous les soins d'hygiène imaginables et faisait usage des meilleurs alimens. Il avait néanmoins des glandes énormément développées au-dessous de la mâchoire et sur le col; un commencement de ramollissement faisait redouter comme prochaine la suppuration de la plus grosse. Ces glandes diminuèrent dans le courant du premier été qu'il passa à Forges. L'année suivante, il y resta quatre mois, et revint chez ses parens presque complètement guéri. Il y a huit ans de cela. Ce jeune homme n'a plus aucune trace d'engorgement ganglionnaire.

La Société engage ensuite une discussion relative aux avantages, comme boisson, des eaux de source sur celles des grandes rivières, et bien plus encore, sur les eaux de puits qui, généralement, contiennent une trop grande quantité de sels calcaires. Une question est soulevée sur le danger des tuyaux de plomb servant à conduire les eaux d'un lieu dans un autre; et nous croyons utile de faire connaître une opinion émise à ce sujet.

M. Grange : Quand l'eau qui traverse un conduit de plomb le remplit tout entier sans y laisser de vide, et par conséquent d'air, il ne se forme pas de sel de plomb à ce contact. Mais si le tuyau est ouvert, l'air y produit du carbonate de plomb qui est plus facilement soluble qu'on ne le pense en général, et peut donner lieu à une intoxication saturnine.

Le Secrétaire général, Dr Collomb.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Séance du 12 Octobre 1854. — Présidence de M. Marrotte.

Sommaire. — Paralysie de la vessie souvent confondue avec une affection prostatique; son traitement par l'électricité. — Névralgie utérine simulant une maladie du rectum, et guérie par le sulfate de quinine. — Oblitération congéniale complète du conduit auditif externe, avec persistance de l'ouïe — Hémiplégie hystérique développée pendant la grossesse, et de son traitement par la strychnine; comparaison de ce dernier moyen avec le seigle ergoté. — Extirpation des deux maxillaires supérieurs. — Des affections cancéreuses et de leurs récidives.

M. Demarquay rend compte à la Société d'un exemple de paralysie de la vessie qu'il a jugée de nature franchement idiopathique. Il avoue, toutefois, que les cas de ce genre sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement, et que le plus souvent, en effet, cette prétendue paralysie n'est autre chose qu'un empêchement apporté à l'évacuation de l'urine, soit par un engorgement prostatique, soit par une valvule, soit par un corps étranger, etc. : il pense qu'on reconnaîtra aisément la paralysie, d'abord parce que la sonde pénétrera facilement dans la vessie et surtout parce que l'écoulement de l'urine sera lent, tandis que, dans les cas d'empêchement mécanique, il s'opérera, au contraire, par un jet vigoureux. Il ajoute, quant au traitement, que la galvano-puncture est le moyen le plus efficace de réveiller promptement les contractions vésicales et il cite, à l'appui de cette opinion, un cas de guérison complète au bout de cinq jours de l'emploi de ce moyen, qu'il préfère de beaucoup à la strychnine.

M. Piogey, tout en avouant que l'acupuncture n'est par elle-même une opération ni douloureuse, ni dangereuse, est cependant d'avis qu'il serait préférable d'établir un courant électrique, en plaçant un pôle à la région lombaire et l'autre à la région hypogastrique, ne doutant pas que, de la sorte, le courant ne traversât la vessie et ne fût suffisant pour déterminer ses contractions : que, si ce moyen venait à échouer, il préférerait à l'acupuncture, proposée par M. Demarquay, le courant établi directement de la vessie au rectum, ainsi que MM. Monod et Lenoir l'ont pratiqué plusieurs fois avec succès.

M. Arnal pense que la galvano-puncture est plus douloureuse que ne le pensent les deux préopinans, et que n'étant pas toujours sûr des mouvemens des malades, il pourrait parfois ne pas être indifférent de traverser de la sorte un organe contenant un liquide aussi irritant que l'urine. Il ajoute qu'il y a un moyen à la fois plus simple et plus sûr, voire même que celui employé par MM. Lenoir et Monod, c'est d'introduire dans la vessie une sonde enduite d'un léger vernis, à l'exception de son extrémité interne et d'établir un courant, un pôle étant appliqué sur cette sonde, l'autre sur la cuisse ou la région hypogastrique. M. Arnal ayant employé ce moyen sur un de ses malades avec le docteur Wertheimber, pour une paralysie par excès de distension, vit, dès la première séance, la vessie se contracter énergiquement et repousser en même temps l'urine et la sonde : une seule application suffit pour amener la guérison.

Passant à une autre application de l'électricité, M. Arnal rapporte le fait suivant : Une malheureuse femme affectée d'un cancer ulcéré du col de l'utérus était en proie à des douleurs atroces qui ne lui laissaient de répit ni jour ni nuit, et qui, jointes à une hémorrhagie abondante, tarissaient rapidement, chez elle, les deux sources les plus importantes de la vie. M. Demarquay pratiqua plusieurs cautérisations au fer rouge, mais sans le moindre résultat. M. Arnal pensa alors qu'en cautérisant avec une forte pile de Bumsen, peut-être obtiendrait-on, par cette grande perturbation apportée dans l'influx nerveux de l'organe, quelque allégement à ses douleurs et tout au moins la suspension de l'hémorrhagie qui menaçait plus directement encore les jours de la malade. M. Wertheimber et lui appliquèrent donc, à l'aide d'un spéculum en ivoire et d'un conducteur terminé par un renflement olivaire, un courant galvanique puissant. L'application fut très douloureuse; toutefois, un calme de vingt-quatre heures en fut la suite. Une deuxième et une troisième cautérisation eurent lieu, mais cette fois sans influence sur les douleurs qui, peut-être même, en furent augmentées; force donc fut d'y renoncer.

M. Arnal croit devoir ajouter qu'à chaque opération, la gaîne vaginale s'est si énergiquement contractée sur le spéculum qu'il a fallu faire de véritables efforts pour le retirer et qu'une fois il a été lancé spontanément à une certaine distance du lit de la malade. M. Arnal termine, enfin, en annonçant que l'hémorrhagie a été complètement et définitivement arrêtée dès la première application du galvanisme, et il ne doute pas que ce moyen, convenablement employé, ne soit à peu près infaillible soit dans les hémorrhagies passives de l'utérus, soit dans les cas où cet organe se consume en efforts impuissans pour chasser hors de lui un polype, un caillot ou tout autre corps étranger.

M. Marrotte cite un cas de névralgie utérine qui aurait pu aisément en imposer pour une tout autre maladie. Il a vu, en effet, une femme qui, chaque fois qu'elle allait à la garderobe, éprouvait, dans le bassin, des douleurs très vives qui se prolongeaient dans la région lombaire et surtout vers l'extrémité inférieure du rectum. L'absence de lésion appréciable dans ce dernier organe, l'irradiation sympathique de la douleur et l'espèce de périodicité qu'elle affectait dans son développement, lui firent supposer qu'il avait affaire à une névralgie utérine et son soupçon se transforma en certitude par la constatation d'un point très douloureux sur la lèvre postérieure du col : il combattit alors la névralgie par les moyens appropriés à cette affection, et avec elle cessèrent promptement les symptômes concomitans de l'anus et du rectum.

M. Coster présente à la Société un enfant de 7 ans, atteint d'un vice de conformation assez rare; c'est l'oblitération complète des deux conduits auditifs externes par suite de la soudure du pavillon de l'oreille avec la partie postérieure de la joue. Plusieurs membres s'assurent que le conduit auditif reste intact au-dessous de cette sorte d'opercule anormal, et, qu'à un peu de dureté près, l'audition s'opère comme dans l'état ordinaire.

M. Marrotte rapporte qu'il a actuellement dans son service, à l'hôpital de la Pitié, une femme de 23 ans, enceinte de six mois, qui présente une hémiplégie avec occlusion complète des paupières et une diminution notable de la sensibilité générale. A une précédente grossesse, précisément à la même époque de la gestation, cette femme avait été frappée des mêmes accidens à la suite d'une attaque d'hystérie et n'avait guéri, quoiqu'on fît, qu'après l'accouchement.

Dans le cas actuel, M. Marrotte, considérant l'aspect chlorotique de la malade, lui a prescrit en même temps les antispasmodiques et les ferrugineux, mais sans résultat appréciable. Il a alors conseillé la strychnine à la dose de 2 milligrammes par jour; ce moyen a échoué, comme le précédent, contre la paralysie : toutefois, pendant son administration, le fœtus s'est livré à des mouvemens insolites que M. Marrotte croit pouvoir expliquer par la transmission directe du médicament au fœtus, et cela par la circulation qui l'unit à sa mère.

M. Coster pense que rien, dans cette observation, n'autorise l'explication donnée par M. Marrotte et que le fait peut tout aussi bien être rapporté à l'influence du médicament sur la matrice elle-même qui, en se contractant sur l'enfant, aura pu déterminer chez lui les mouvemens insolites qui ont été remarqués.

M. Marrotte réplique qu'il n'est pas impossible que l'explication de M. Coster soit fondée, mais qu'elle n'est, à tout bien prendre, qu'une hypothèse sans démonstration. Il ajoute qu'il ne comprend pas qu'une pression si minime exercée plus encore sur le liquide amniotique que sur le fœtus, puisse déterminer, sur ce dernier, les mouvemens dont il vient d'être question, et que, jusqu'à preuve contraire, il est plus naturel et plus physiologique d'admettre l'action directe du médicament.

MM. Théallier et Dufour de Villefranche se réunissent à l'opinion de M. Marrotte et cherchent, à cette occasion, à établir une analogie d'action entre la strychnine et le seigle ergoté; ils vont plus loin encore et ils rapportent à l'action délétère de cette dernière substance la plus grande mortalité des enfans qu'on observe, pensent-ils, chez les femmes dont on a voulu activer le travail.

M. Arnal, au contraire, ne trouve aucune analogie d'action entre la strychnine et le seigle ergoté dans le cas particulier dont il s'agit : celui-ci, en effet, n'agit, selon lui, que sur l'utérus dont il sollicite les contractions : une preuve, ajoute-t-il, que les préopinans l'ont calomnié en lui rapportant la plus grande mortalité dont il vient d'être question, c'est qu'on peut donner impunément aux enfans naissans la dose de poudre d'ergot administrée à la mère : or, transmise par celle-ci, l'action est, à coup sûr, moins énergique que lorsqu'elle est subie directement; personne n'oserait soutenir sérieusement le contraire.

MM. Renouard et Charrier partagent la manière de voir de M. Arnal et soutiennent que si le seigle ergoté peut être nuisible à l'enfant, ce n'est jamais directement, mais par suite des contractions utérines qu'il provoque et qui sont parfois si énergiques qu'elles amènent la rupture de la matrice elle-même.

M. Marrotte ajoute qu'il pourrait, du reste, très bien se faire que les mouvemens de l'enfant, qu'il a rapportés à l'action de la strychnine, ne fussent qu'une simple coïncidence, car, bien que le médicament ait été continué, il n'a cependant constaté, depuis hier, aucune action physiologique appréciable soit sur la mère, soit sur le produit de la conception.

Séance du 9 novembre 1854.

M. Demarquay présente à la Société un jeune homme de 25 ans qu'il a opéré, il y a quatre ans, d'un testicule encéphaloïde, et qui, jusqu'à ce jour, n'a présenté aucun symptôme de récidive. Ce fait lui paraît d'autant plus remarquable, que le père de ce malade avait lui-même subi antérieurement la même mutilation, et, comme lui, sans récidive.

M. Demarquay, conservant la parole, rapporte qu'il a récemment pratiqué l'ablation des deux maxillaires supérieurs, pour deux tumeurs volumineuses développées dans les sinus, qui faisaient une saillie considérable de chaque côté du nez et comprimaient déjà tellement les yeux qu'il y avait une grande probabilité pour la perte prochaine et complète de la vue. Il a employé le procédé opératoire suivant :

Il a pratiqué une incision en V, commençant à la partie moyenne et inférieure du front et descendant, de chaque côté, le long de la face externe du nez, puis il a détaché l'extrémité inférieure de cet organe en ayant soin de maintenir ses adhérences avec la lèvre supérieure; cela fait, il a disséqué les deux lambeaux latéraux et a procédé, comme d'habitude, à l'extirpation des deux os avec les tumeurs qui occupaient leur cavité. M. Demarquay insiste, comme modification heureuse, sur la précaution qu'il a eue de conserver le nez et le vomer qui a été l'unique charpente sur laquelle il a pu reconstituer la face sans trop de difformités. Il ajoute que l'examen microscopique a donné la certitude que ces deux énormes tumeurs n'étaient pas de mauvaise nature, attendu qu'elles n'étaient constituées que par le développement hypertrophique des glandules de la membrane muqueuse qui tapisse les sinus. Dernièrement encore, M. Demarquay a emporté, à la Maison de santé du faubourg Saint-Denis, une tumeur également volumineuse, mais qui, cette fois, avait pris naissance dans les fosses nasales elles-mêmes. Pour celle-là, comme pour les autres, le microscope l'a rassuré sur les suites ultérieures de l'opération.

M. Charrier trouve que ce sont-là de belles opérations, bien faites pour tenter l'amour propre du chirurgien, mais que M. Demarquay s'est trop hâté de faire l'extirpation des deux maxillaires. Selon lui, en effet, il fallait s'assurer préalablement par le microscope de la bénignité des deux tumeurs, et, cette certitude une fois acquise, procéder à leur extirpation en sacrifiant seulement la paroi antérieure des sinus. En procédant de la sorte, ajoute-t-il, les cavités osseuses dilatées seraient revenues sur elles-mêmes, les yeux auraient repris leur situation normale et la difformité consécutive eût été bien moins grave, sans compter que le malade aurait couru beaucoup moins de dangers.

M. Demarquay répond que si, en effet, il avait pu avoir à l'avance la certitude qu'il avait affaire à des tumeurs bénignes, il aurait probablement procédé ainsi que M. Charrier vient de le dire, mais que la destruction d'une partie des sinus et l'extrême amincissement du reste ont dû nécessairement lui faire croire *à priori* à une affection de mauvaise nature. L'examen microscopique a pu seul rectifier son premier jugement.

Eh bien ! réplique M. Charrier, tant qu'on ne fera servir le microscope qu'à constater des erreurs de diagnostic, à une époque surtout où la mutilation étant faite, ces erreurs ne peuvent plus être réparées, je ne vois pas quels grands services cet instrument pourra rendre à la science, et je ne comprends pas l'engouement dont quelques chirurgiens se sont récemment pris pour lui. De l'aveu même de M. Demarquay, une partie de la paroi des sinus de son malade était détruite, rien ne l'empêchait donc de prendre un fragment de la tumeur et d'en constater la nature. Le mal semblait, pour ainsi dire, de lui-même venir au devant de cette constatation.

M. Demarquay, dit M. Marrotte, vient de nous présenter un malade auquel il a enlevé un testicule encéphaloïde qui n'a pas récidivé, et il a cité plusieurs autres faits d'opérations de cancers qui ont également, selon lui, complètement et définitivement guéri; je félicite M. Demarquay à la fois de sa confiance et de son bonheur. Au risque toutefois de troubler l'une et l'autre, je lui ferai remarquer que les faits qui lui appartiennent sont encore de trop fraîche date pour qu'ils aient une signification réelle, et qu'ils garantissent l'avenir. J'aurais préféré que M. Demarquay, au lieu de nous dire qu'il y a des cancers qui se reproduisent et d'autres qui ne se reproduisent pas, nous eût donné les caractères qui peuvent, *à priori*, permettre de distinguer les uns des autres; j'avoue toutefois que, dans l'état actuel de la science, c'est trop lui demander, malgré les prétentions récentes du microscope à l'infaillibilité. En dernière analyse, il n'y a que ceci de certain, c'est qu'il arrive tous les jours qu'une tumeur isolée, circonscrite, qui n'a encore occasionné aucun retentissement funeste dans les ganglions voisins repullule sur place ou dans une autre région, tandis qu'on voit parfois des tumeurs ulcérées, réputées cancéreuses par les praticiens les plus exercés, voir même par le microscope, ne pas se reproduire cependant, quoique existant sur des sujets profondément débilités et offrant tous les caractères apparens de la diathèse cancéreuse, comme on voit de loin en loin la tuberculisation pulmonaire s'arrêter dans sa marche et se terminer par le retour à la santé. Pourquoi cette différence? pourquoi ce privilége? il y a certainement une raison, mais jusqu'à ce jour la nature s'en est réservé le secret : or, selon M. Marrotte, les chirurgiens sont peut-être moins aptes que les médecins à cette importante et difficile solution, parce que généralement ils se préoccupent trop de la manifestation locale et pas assez de la cause générale qui en est la source première. Selon lui donc on n'arrivera à quelque connaissance à peu près positive sur la redoutable affection dont il s'agit, sur sa curabilité ou sur son incurabilité, que lorsqu'on aura étudié à fond les caractères essentiels de la diathèse qui la produit et les circonstances principales qui président à sa propre évolution.

M. Demarquay répond qu'il n'a présenté ces deux cas de cancer encéphaloïde du testicule qui ont été l'objet de cette discussion, que pour prouver que les affections cancéreuses ne sont pas, quoiqu'on en ait dit, absolument incurables, lorsque surtout on les opère de bonne heure et que l'enkistement est une des conditions les plus propres à prévenir les récidives; il avoue toutefois qu'en dehors de cette double circonstance, (qui ne dépasse pas d'ailleurs la valeur d'une simple probabilité, il n'y a pas d'indication qui puisse permettre d'affirmer *à priori* un succès, définitif et que la cachexie, dès qu'elle se manifeste par quelques symptômes généraux appréciables, doit imposer au chirurgien une prudente réserve et même presque toujours s'éloigner de toute opération.

Le secrétaire général, Arnal.

Par décret impérial, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 août 1855, M. de Quatrefages, membre de l'Académie des sciences, de l'Institut impérial de France, est nommé professeur d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris, en remplacement de M. Serres, appelé à d'autres fonctions.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion d'Honneur : MM. Japhet, Mannet, Mongrand, Arnaud, Berenguier et Margain, chirurgiens de marine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 106. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 6 Septembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr
6 Mois.............. 17
3 Mois.............. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 SEPTEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Qu'est-ce que la rémittence larvée? Un honorable confrère des departemens a adressé un mémoire sur ce sujet, qui a été l'objet d'un rapport fait par M. Bricheteau. M. le rapporteur a eu peu de peine à montrer qu'il n'y avait rien de larvé dans certaines phlegmasies rémittentes ou intermittentes, dont le sulfate de quinine fait presque toujours justice aussitôt que l'observation a conduit à un bon diagnostic.

Comme pour donner l'exemple à l'Académie, M. le Président a quitté le fauteuil pour descendre à la tribune et y lire un intéressant rapport sur plusieurs observations de chirurgie communiquées par M. le docteur da Costa, de Rio-Janeiro. M. Jobert a loué le zèle et l'habileté de ce jeune confrère, dont l'éducation médicale a été faite à Paris, et qui a contribué à introduire dans son pays les méthodes thérapeutiques en honneur dans nos écoles.

M. Heurteloup a commencé la lecture d'un mémoire sur la suture profonde, qui présenterait de grands avantages sur les sutures ordinaires.

La séance a été terminée par un nouvel et immense sacrifice de remèdes secrets, que M. Robinet a impitoyablement mis à mort.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Suite. — Voir les numéros des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23 et 30 Août.)

Sixième Leçon (Suite de la).

Bien que nous n'ayons eu en vue, jusqu'à présent, que la marche des abcès par congestion, nous avons déjà recueilli beaucoup d'indications précieuses pour leur traitement. Deux méthodes curatives nous sont révélées par l'observation de la nature : l'une doit tendre à faire résorber le pus; l'autre à l'évacuer.

Faire résorber le pus! C'est assurément un résultat bien désirable, puisque les troubles fonctionnels sont nuls tant que l'abcès reste fermé. Aussi doit-on toujours tenter cette méthode. Diminuer et tarir la suppuration, activer l'absorption à l'intérieur du foyer, tels sont les deux moyens de faire disparaître la collection purulente.

1° *Diminuer l'abondance de la suppuration.* — La membrane du kyste d'une part, l'affection osseuse, de l'autre, sont les deux sources de la sécrétion du pus. Pour la diminuer, nous n'avons pas de moyen plus direct que de traiter l'affection vertébrale. Je ne pourrai donc que répéter ici ce que j'ai dit des moyens qui s'adressent à cette affection elle-même, en parlant du premier cas, c'est-à-dire du mal vertébral non compliqué d'abcès ni de paralysie. La plupart des praticiens mettent leur confiance, en pareil cas, dans l'emploi des révulsifs, et particulièrement des cautères ou des moxas. Cependant Boyer, grand partisan des cautères, convient qu'ils ne font que tourmenter le malade en pure perte, quand il existe un abcès par congestion. Que peut, en effet, la suppuration extérieure contre celle des os? Nous ne sommes plus au temps où l'on croyait à l'utilité d'un écoulement d'*humeur* contre la maladie profonde des os. La stimulation extérieure est ici le principal, sinon le seul mode d'action des révulsifs, et c'est le cas de répéter avec Stoll : *Stimulus, non suppuratio prodest.* Lorsque l'affection est tuberculeuse, cas le plus ordinaire parmi nos enfans, il est évident que les révulsifs extérieurs ne peuvent guère modifier la suppuration. Nous comprenons toutefois que, lorsque la marche de la maladie donne des inquiétudes sérieuses, malgré le repos, le traitement interne et les ressources de l'hygiène, on ait recours aux révulsifs, à défaut de moyens plus efficaces, pour tarir la source du pus; mais alors on commencera du moins par les révulsifs les plus doux, tels que les vésicatoires, etc., et si l'on emploie les cautérisations profondes, on en suivra attentivement les effets, afin de prévenir les inconvéniens souvent fâcheux qu'ils entraînent, surtout dans l'enfance, relativement à l'état général des sujets.

Je puis appuyer ici le jugement que je porte relativement à l'emploi des cautères dans les différentes espèces et dans toutes les périodes du mal vertébral, sur le témoignage d'un compatriote de Pott lui-même, du docteur Armstrong, de Sunderland. Ce médecin a rapporté, en 1813, avoir eu l'occasion d'observer beaucoup de maladies de l'épine dorsale, avec ou sans paralysie. « Le plus grand nombre, dit-il, ont guéri sans l'emploi d'exutoires, et le peu qui ont été traités d'après la méthode de Pott n'ont pas recouvré plus tôt leur santé, et ne sont pas restés moins difformes que ceux qui se sont rétablis par les seuls efforts de la nature. » Le même auteur ajoute plus loin : « Pour ne parler que de mon observation personnelle, durant l'espace de neuf ans, je n'ai jamais vu les caustiques être d'un avantage positif et non équivoque. » Enfin Armstrong termine son mémoire par ces paroles : « Je suis tellement convaincu de leur inefficacité, que si j'avais moi-même un enfant attaqué de cette maladie, très certainement je ne lui appliquerais pas de cautères. »

Les résultats de mon expérience personnelle sont pleinement d'accord avec l'opinion du médecin anglais, qui ne méritait pas, à mon avis, l'air de dédain avec lequel Paletta l'a cité.

2° *Activer l'absorption.* — Ici la thérapeutique est moins pauvre; les moyens dont elle dispose pour agir sur l'absorption dans d'autres cas, sont applicables aux abcès par congestion. Larrey a rapporté trois cas de guérison d'abcès par résorption; Abernetty en a cité deux. Les trois premières guérisons ont été obtenues entre les mains de Larrey par les moxas. Abernetty employait des vésicatoires dans le voisinage de la gibbosité, des vomitifs et des purgatifs. Paletta a parlé aussi de l'emploi des purgatifs. David s'est borné à conseiller le repos. MM. Clairat et Morpurgo ont fait constater par plusieurs chirurgiens éminens de Paris la disparition d'un abcès par congestion qui avait doublé le volume de la cuisse; on avait employé les moxas et la compression; celle-ci ne fut mise en usage que lorsque le pus cessa de refluer dans le bassin; car on comprend qu'il y aurait de l'inconvénient à comprimer un abcès fémoral, si l'on ne faisait que refouler le liquide dans la fosse iliaque.

J'ai dit que nous possédons plusieurs moyens d'activer l'absorption du pus; ceux que je propose sont employés en médecine pour obtenir la résorption des liquides de l'hydropisie, des tumeurs : les purgatifs, les diurétiques, l'iode; ce dernier médicament détermine la résolution des goîtres; pourquoi ne pourrait-il pas également faire disparaître des abcès par congestion? Cette prévision peut fort bien se réaliser. On pourrait administrer à l'intérieur la teinture d'iode suivant la méthode de M. Paterson, déjà employée avec succès par M. Trousseau dans un cas de mal vertébral accompagné de paraplégie.

Avant d'indiquer les procédés divers de la méthode par éva-

Feuilleton.

MOEURS ET DOCTRINES MÉDICALES DU XVII[e] SIÈCLE.

UNE CONSULTATION SOUS LOUIS XIII (1636).

(Tiré des œuvres de David de Planis-Campy.)

Si vous désirez savoir qui fut Planis-Campy, ne le cherchez pas dans la *Biographie universelle* des frères Michaud : à l'article CAMPY vous lirez : *voyez* PLANIS; à la lettre *P* vous ne le trouverez pas. Ne le cherchez pas davantage dans le *Dictionnaire historique de la médecine* de Dezeimeris; là encore vous trouverez à CAMPY, *voyez* PLANIS, et rien à la lettre *P*. — Et voilà justement comme on fait les dictionnaires. — Les historiens de la médecine sont, du reste, à ma connaissance du moins, tout aussi silencieux sur notre auteur. Qu'il vous suffise, pour l'intelligence de la scène que nous allons transcrire, de savoir que Campy, né en 1589 et mort à 54 ans, fut conseiller et chirurgien ordinaire de Louis XIII, et que le privilége d'imprimer ses œuvres complètes fut un des premiers actes de la minorité du Grand Roi. Médecin spagirique, comme il le disait lui-même, il eut en haute vénération Paracelse, qu'il appelait son maître; et en fait, quoique peu clair sur la question de l'or potable et du grand-œuvre, il fut encore le moins obscur des alchimistes. Les titres de ses livres achèveront de le faire connaître :

— Generale instrvction et très asseurée methode qu'il favt tenir en la consvlte des maladies.

— La petite chirvrgie chymique medicale.

— Discovrs de la phlebotomie (dedié à très haute et très puissante princesse Marie de Medicis; Royne mère du Roy).

— L'hydre morbifiqve exterminée par l'Hercvle chymique ou les Sept maladies tenves pour incurables jvsqv'à present, rendves gverissables par l'art chymique medical (les sept têtes de l'hydre sont : la lèpre, la podagre, l'hydropisie, l'epilepsie, le cancer, le noli me tangere, les escroüelles).

— La verolle recogneve combattue et abattve sans suer et sans tenir chambre auec tous ses accidens.

— Traicté des playes faites par les movsqvetades.

— Bovqvet composé des plvs belles flevrs chymiques.

— Epydimyomachie ov le Combat du Chirvrgien charitable contre la Peste.

— Traicté de la vraye, vnique, grande et vniverselle medecine des Anciens, dite des recens, Or potable.

— L'ovverture de l'escholle de philosophie, transmutatoire metallique.

Maintenant, laissons parler notre personnage; mais, en l'écoutant, n'oublions pas quelle barrière séparait alors un maître chirurgien, même des plus huppés, d'un docteur de la Faculté de médecine de Paris.

« Comme j'acheuois de mettre au net les dernières lignes de la Methode de consulter pour les malades, voici qu'on me vint aduertir qu'vn Gentilhomme me demandoit; lequel ayant fait introduire dans ma chambre, il me pria d'aller visiter vn sien fils grieuvement malade. Or ainsi que ie me preparois pour aller auec luy, il prit le cayer que i'auois laissé sur la Table, y ayant leu quelques lignes; c'est icy quelque traicté de medecine (me dit-il) que vous voulez faire imprimer? Ouy, repondis-je, Monsieur, c'est vne Methode de Consulter pour la guerison des maladies, i'en suis extremement aise, repartit-il, car c'est pour consulter que ie vous suis venu querir : mais auât partir ie vous prie me faire la faueur de me prester tout votre liure, afin que i'aye le bonheur de le lire. Ce que ie lui accorday très volontiers, tenant à grand bonneur qu'vn homme de sa qualité en daignast prendre la peine. Arriuez que nous fusmes en sa maison, ie rencontray quatre Medecins, lesquels me dirent en même temps approchez-vous Monsieur de Campy, et vous verrez icy de la besogne bien difficile : Or disoient-ils cela pour m'estonner, ne m'ayant pas à ce qu'ils ont dit du depuis à ce Gentilhomme lequel me le redit, en si bonne estime que du depuis ma consulte ils ont eue de moy; comme si la capacité d'vn Medecin Chirurgien, qui a pratiqué heureusement l'espace de trente ans ou enuiron, dépendoit d'une seule petite rencontre pareille à celle là. Mais la cause de cela est le serment qu'ils ont fait de ne consulter iamais qu'auec ceux de leur corps : estant vray qu'ils n'ayment guères ceux qui n'en sont pas; mais sur tous, hayssent-ils, ceux qui sont spageriques. Aussi me prierent-ils si i'auois quelque chose à dire que ce fut Galeniquement, et non Paracelsiquement, y apportant, dirent ils, l'ordre que nous auons déjà remarquer en nôtre Hydre morbifique; sur quoy ie les rendis très contens, du moins a ce qu'ils m'ont du depuis temoigné.

M'estant donc approché, ie treuuai dans vn lict vn ieune homme de l'aage de vingt cinq ans ou enuiron, la face rouge auec chaleur, médiocre tension, et tumefaction assès legere : ie l'interrogay depuis quâd ce mal luy était suruenuë, il me repond qu'il y auoit deux iours, qu'après vn long exercice, en ces grandes chaleurs qu'il auoit faictes, il fut surpris tout à coup d'une demangeaison et douleur poignante à la face avec fiévre frissonante; surquoy il croyait que Monsieur son Pére nous eut assemblez pour auoir nostre aduis et conseil, pour la connoissance et guerison de sa maladie; ce que luy nous conjuroit aussi de faire et au plûtôt; c'est à quoi luy respondis-je, nous allons tout maintenant travailler. Nous estans donc vn peu éloignez du lit du malade et assis, ils me demanderent ce qu'il me semblait de cette maladie? Surquoy m'estant vn peu receuilly, ie respondis ainsi, començant ma consulte.

Consulte sur vn Érysipèle vray.

Messieurs, la maladie qui nous est icy presente me semble estre vn Érysipèle vray, les signes en sont certains, manifestes et apparens : car la demangeaison : douleur poignante de la partie, la chaleur, rougeur, mediocre tension, tumefaction assez legère, la fiévre auec frisson du commencement (que nous pouuons appeller fiévre tierce) me la font juger estre telle. Suivant lesquels signes, la cause ne peut estre autre que l'ébullition d'vn sang subtil et bilieux amené à ce point par l'exer-

cuation du pus, permettez-moi de rechercher dans l'histoire de l'art si l'on ne rencontre pas quelque chose qui nous enseigne l'art lui-même. Vous trouvez dans Benjamin Bell, dans Ledran, que les abcès doivent être ouverts soit avec le bistouri, soit avec les caustiques. C'est encore David qui, le premier, reconnaît les funestes effets des larges ouvertures. Il dit : « J'ai toujours vu mourir les malades dont les abcès ont été ouverts avec l'instrument tranchant; il faut s'abstenir d'ouvrir ces abcès. » Ailleurs, pourtant, il ajoute : « Je ne les ouvrirai qu'avec un trocart. »

Ainsi, deux méthodes de traitement sont indiquées déjà dans les écrits de David, qui nous ont appris tant de choses. Abernethy fit connaître un peu plus tard sa méthode d'évacuation. Il faut, dit-il, ouvrir l'abcès par une raison qui, au premier abord, semble paradoxale, pour qu'il reste fermé.

Abernethy établit, en principe, qu'il ne faut pas attendre l'ouverture spontanée de l'abcès, afin d'empêcher cette ouverture de rester permanente. Il attribue des effets funestes à l'entrée de l'air, et prescrit des soins minutieux pour la prévenir, ainsi que pour obtenir la prompte occlusion de la petite plaie. Son procédé consiste à glisser obliquement l'instrument dans la paroi de l'abcès, de manière à piquer la peau et la membrane du kyste en deux endroits différens; on presse ensuite le foyer, de manière à obtenir un jet continu ; on fait, au besoin, tousser le malade pour favoriser la sortie du pus. Après l'évacuation complète de ce liquide, on ferme aussitôt l'ouverture avec un emplâtre adhésif. « Un abcès traité de cette manière, dit Abernethy, est aussi exempt d'inflammation qu'il l'était avant d'être ponctionné. » En effet, Abernethy attribue à l'introduction de l'air dans l'abcès l'inflammation du foyer et l'altération du pus. Ce sont là encore les idées actuelles. Le chirurgien anglais ne s'est pas borné à des aperçus théoriques ; il a produit des faits de guérison à l'appui de sa méthode. Je vous fais longuement cet exposé, parce que les travaux d'Abernethy sont peu connus en France. Ce grand chirurgien ne s'est pas vanté de ses succès ; il dit modestement que sa méthode a échoué plusieurs fois; que, malgré les avantages qu'elle présente, les abcès par congestion restent une maladie fort grave.

La méthode d'Abernethy devint générale à l'étranger. A l'époque où il écrivait, on avait peu de communications avec l'Angleterre : aussi son procédé fut-il quelque temps ignoré en France. Boyer inventa de nouveau, au commencement du siècle, la méthode d'Abernethy. Au lieu du trocart ou de la lancette à abcès, il se servait du bistouri; il recommande bien que les deux ouvertures ne soient pas parallèles. Sa pratique ne fut pas aussi heureuse que celle du chirurgien de Londres; il n'obtint pas de guérison, et retarda seulement l'époque de la mort.

La marche de l'abcès n'est pas toujours la même après l'emploi de cette méthode. La collection peut se reproduire plusieurs fois en diminuant d'abondance, et finir par disparaître; ou bien l'ouverture reste fistuleuse; l'inflammation s'empare du foyer, et s'accompagne des accidens généraux les plus graves.

Larrey, avec une autre méthode, obtint également quelques guérisons. L'abcès, percé de part en part avec un fer rouge, était traversé par un séton; trois malades ont été guéris par ce moyen.

On a obtenu pendant plusieurs années, en France, peu de succès par la méthode de Boyer. Parmi les chirurgiens, les uns revinrent à la méthode des incisions larges et directes; d'autres, à celle de David, qui abandonnait la maladie à elle-même. M. Bégin a ouvert largement des abcès par congestion, sans se préoccuper de l'entrée de l'air dans le foyer, et a guéri deux malades.

Quelques médecins cherchèrent à perfectionner la méthode *dite* de Boyer, en y ajoutant l'aspiration du pus, d'après une idée déjà mise en pratique par M. A. Petit qui appliquait une ventouse sur l'ouverture, pour aspirer le pus. On connaît deux instrumens en forme de pompe plus ou moins compliqués, imaginés dans ce but. Dans l'un, qui appartient à Pelletan, le corps de l'instrument renferme une lame tranchante, au moyen de laquelle on ouvre l'abcès avant de faire le vide.

On en était là, lorsque, vers 1841, la méthode d'Abernethy fut inventée pour la troisième fois, sous le nom de *méthode sous-cutanée*. On se servit d'un trocart dont la canule était munie d'un robinet et pouvait se visser à une seringue avec laquelle le pus était retiré.

Tel est le perfectionnement qu'a reçu la méthode d'Abernethy vers l'époque indiquée; mais on y a ajouté l'annonce pompeuse de résultats merveilleux. La mort, disait-on, avait été jusqu'ici la règle; elle allait devenir l'exception. C'est là une exagération déplorable, dont les annales de l'art nous fournissent plus d'un exemple. Il est avéré aujourd'hui, que la méthode d'Abernethy a été bien jugée par son auteur, qu'elle sauve plus de malades que les autres, mais non le plus grand nombre. Cette méthode a même encore été repoussée dans ces derniers temps. Un médecin de nos jours, dont j'ai un écrit entre les mains (1), revient, à l'exemple de M. Payan, d'Aix, aux incisions larges et directes.

Après cet exposé, je dois vous indiquer ce que je vous conseille de faire, ce que je fais moi-même. J'éprouve quelque embarras à poser ici des règles formelles. La science marche, et la question n'est pas assez complétement résolue, à mes yeux, pour que je sois assuré de lui donner la même solution d'ici à quelques années. Une nouvelle méthode curative a surgi de nos jours ; c'est celle des injections iodées. Déjà indiquée par Lugol, elle a été reprise et perfectionnée de nos jours par M. Boinet ; elle s'est annoncée avec les mêmes prétentions que le traitement de Pott, et que la méthode d'évacuation *dite* sous-cutanée. Je crains bien qu'elle ne reçoive de l'expérience le même démenti. Vous savez en quoi elle consiste : le pus est évacué avec les précautions ordinaires, puis une certaine quantité de teinture d'iode est portée dans la poche, dont on cherche à enflammer les parois, pour en déterminer l'adhésion. Cette méthode a des inconvéniens; mais elle a aussi des avantages. Elle est encore à l'étude. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour permettent toutefois de la placer, dès à présent, sur la même ligne que les autres méthodes.

Je termine en vous montrant trois malades; ils me conduiront à vous exprimer le fond de ma pensée sur le traitement par évacuation des abcès par congestion.

Cette fille a un abcès par congestion iléo-fémoral depuis trois ans; je puis même dire quelle en a deux, car une seconde collection volumineuse existe dans la fosse iliaque du côté gauche. L'état général est excellent. Ce fait vient à l'appui de ce que je vous disais plus haut, que l'abcès, tant qu'il n'est pas ouvert, n'altère pas l'état fonctionnel. On n'a encore rien tenté pour la guérison de l'abcès de la cuisse. M. Guersant se propose de faire ici une application de la méthode de M. Boinet, de pratiquer une ponction et une injection iodée.

Voici un autre malade qui n'est pas dans les mêmes conditions. L'abcès volumineux de la cuisse remonte jusque dans la fosse iliaque. A l'époque où j'ai reçu ce malade, venant du service de M. Blache, son corps était amaigri ; il toussait souvent, avait de la diarrhée. Aujourd'hui il a pris de l'embonpoint, n'a plus ni diarrhée ni toux. L'abcès a été traité dans le but d'en obtenir la résorption ; j'ai fait des applications nombreuses de révulsifs *sus-dermiques*; il n'augmente pas, ne devient pas sous-cutané. Je ne crois pas qu'il faille renoncer à l'espoir de le voir se réduire peu à peu, d'autant plus qu'un diverticule, qui s'était présenté dans l'autre membre, a déjà disparu. Si la résorption n'a pas lieu, si l'abcès devient plus superficiel, qu'il menace de s'ouvrir, je pratiquerai une ponction sous-cutanée suivant la méthode d'Abernethy.

Voici un dernier malade. Ce pauvre enfant est dans le marasme ; il vient d'éprouver des privations nombreuses, a été soumis à l'action de causes débilitantes qui l'ont épuisé. Il porte un abcès dorso-lombaire; nous avons assez rarement l'occasion d'observer cette variété. La flexion permanente de la cuisse me fait penser que la collection a un prolongement dans le ventre. L'abcès est rouge, chaud, douloureux ; il est évident qu'il ne tardera pas à s'ouvrir. Que faire dans cette circonstance? Abernethy a dit avec raison que, dans un cas pareil, les révulsifs peuvent agir comme excitans, et augmenter la sécrétion du pus; nous nous en abstiendrons. Ce que nous pouvons faire, c'est une petite ponction oblique qui préviendra l'ouverture directe et fistuleuse qui se produit dans la marche naturelle de la maladie.

Em. Bailly,
Interne du service.

(La suite prochainement.)

(1) L'auteur de ce mémoire, aujourd'hui connu, est M. le docteur Michel (de Strasbourg). Son intéressant travail, destiné à être publié dans les *Mémoires* de la Société de chirurgie, a fourni à M. Bouvier des renseignemens précieux, dont il se plait à reconnaître ici la source.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU GOUDRON DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉTAT TYPHOIDE ET DE LA FIÈVRE TYPHOIDE;

Par M. le docteur A. Chapelle, d'Angoulême (1).

Entre l'état typhoïde apyrétique ou à peu près apyrétique et la fièvre typhoïde proprement dite, où l'appareil fébrile est continu et revêt les caractères les plus graves, il existe un *état intermédiaire* qui participe de ces deux formes de la maladie typhoïde. C'est ce que les auteurs ont décrit sous les noms de fièvre typhoïde intermittente, rémittente, pseudo-continue. Et quoique niés par presque tous les médecins actuels, ces aspects intermittens de la maladie existent dans la réalité. En voici deux exemples que je trouve dans mon recueil d'observations :

I. — Pierre Dumaine, 13 ans, pensionnaire chez M. Raballet, rue Froide. Le 17 février 1855, à l'étude du matin, il éprouva une sensation de lassitude générale, de la céphalalgie frontale, l'attention promptement fatiguée, la bouche sèche et empâtée. L'appétit disparut, et il ne prit qu'un peu de bouillon dans le cours de la journée. Il se coucha de bonne heure, n'éprouva pas de fièvre la nuit, mais eut un sommeil souvent interrompu par des rêves pénibles.

Le 18, il se leva à onze heures du matin, sans fièvre, éprouvant une sensation prononcée d'accablement. La douleur de tête persistait, et il présentait un peu d'hébétude dans le regard. La langue était sèche, un peu poisseuse, comme la muqueuse buccale ; les urines étaient légèrement rouges et sédimenteuses. Vers trois heures du soir, il éprouva de la chaleur à la peau, une plus grande prostration des forces, et la fièvre

(1) Voir les numéros des 30 Août et 1er Septembre.

---

cice immodéré qu'il aurait fait en ces grandes chaleurs. Joinct qu'elle est au visage, où le plus souvent les vrais Érysipèles ont accoustumés de paroistre, tant à cause de la legereté et subtilité de l'humeur que de la disposition du cuir à le receuoir à cause de sa rareté.

C'est pourquoy nous la pouuons définir vne tumeur contre nature faite au cuir, engendrée d'vn sang bilieux, tenu, subtil et bouillant.

La dessus le plus ieune d'entreux m'interrompant (outre l'ordre et la coustume, car ceux qui sçauent le mestier, ne commettent pas de telles incongruités) me demanda de quelle sorte de bile, l'entends que ceste maladie fut faicte? A quoi ie répondis (quoyque sa demande ne fut pas de saison, la pouuant reseruer iusques à la fin de ma Consulte s'il eust voulu), que c'estait de la bile alimenteuse ; car i'ai apris il y a plus de trente ans qu'il y en a de trois sortes ; mais pour aller d'ordre definissons la bile, et puis nous la diuiserons.

Or la bile dite communement colère est vn humeur igné, chaud et sec de sa temperature, engendré de la plus tenue et chaude partie du chyle, de laquelle sont trois differences.

La première est dite alimenteuse, aussi est-elle faicte de la plus subtile partie du sang.

La seconde est excrementeuse, laquelle est flaue ou palle, vtile neantmoins à la nature.

Et la troisiéme est ditte contre nature, de laquelle sont plusieurs espèces, scavoir est viteline, porracée, œrugineuse, etc.

Or de toutes ces biles, ie ne reconnois point pour cause de la maladie presente que l'alimenteuse. La raison est tirée de la subtilité du sang, lequel sortant des petites veines capillaires ne pouuant pour sa tenuité s'arrester à la chair, se transporte au cuir lequel à cause de sa densité, le retresit et empesche son exaltation. Que s'il n'estoit faict de ce sang subtil et bilieux, il seroit phlegmoneux : or ne peut il estre dit tel d'autant qu'il n'occupe pas la chair, ains le cuir seulement. Encore moins peut-il estre dit edemateux, veu qu'en appliquant le doigt dessus l'humeur s'enfuit subitement, et puis retourne incontinent. Finalement il ne peut être dit schyrreux, à raison de sa médiocre tension, et qu'il n'est accompagné de dureté ny renitence.

Et pour faire voir plus palpablement qu'elle est faite de cete bile alimenteuse produicte de la plus subtile partie du sang, c'est que son aage auquel le sang est plus boüillonnant qu'en autre, s'y accorde, ioinct la correspondance diceluy au Printemps où nous sommes; adjoutes-y si vous voulez le long exercice pendant les grandes chaleurs qu'il a faictes, lequel a grandement eschauffé ce sang subtil et bilieux, et vous tirerez aysement de la que la cause de céte maladie ne peut estre autre que la bile Alimenteuse.

Voyant les autres le regarder et qu'il se taisoit en baissant la teste, i'estimay qu'il estoit satisfait (quoique ie lui eusse bien donné de la matière pour me tenir dauantage) c'est pourquoi ie continuay ma Consulte en céte façon.

Vous auez ouy, Messieurs, la definition, les causes et les signes de la maladie sur laquelle nous consultons; et des discours sus-alleguez vous en avez pu comprendre les différences; nottament comme elle differe du non vray Érysipèle, parce que celuy-cy est toûjours accompagné de tvmeur et d'vlcère, differentes pourtant selon la diuersité des humeurs qui sont mêlés auec la bile, occupant la chair et le cuir : ce qui ne se rencontre pas en ceste cy; car elle n'occupe simplement que le cuir, à raison de quoy ie la dis estre un Erysipele vray, cause d'vn sang bilieux, tenu, subtil, et bouillant : reste à venir au pronostic.

A la verité, Messieurs, vous auez eu raison de dire que c'estoit icy vne besogne bien difficile; car ceste Maladie est dangereuse, à raison qu'occupant le visage, il est à craindre qu'elle ne cause inflammation aux membranes de l'œil, et icelle se communiquant aux parties internes d'iceluy ne dessèche tellement la nerf optique, que par ce moyen le sens de la veuë n'en soit depraué ou diminué. Dauantage elle peut causer l'Ophtalmie et œgilops; la cause de l'vne et de l'autre s'accordant à celle de l'Érysipèle, comme estant vn sang bilieux, subtil et tenu. Secondement il est dangereux qu'elle ne se communique aux membranes de l'os, mêmes à celles du ceruau; laquelle pourrait causer phrenesie et autres accidens très mauvais et dangereux : car selon Hipocrates, *Erysipelas feris intro malum: contra ab interioribus ad exteriora votis bonum.* Tiercement si l'humeur se pourrit il s'aigrit et se rend trés difficile; ce qu'a fort bien remarqué le même Hippocrate en ses Aphorismes quand il dit *Ab Erysipelate, putredo aut suppuratio malum.* Toutefois, outre toutes les choses susdites, la bonne temperature du malade nous asseure que ceste maladie ne sera si mauuaise ny si difficile à guérir comme s'il était plus jeune ou plus vieux : par ce qu'en l'aage où il est, la cause de la maladie approche plus son temperament. On pourra alleguer la saison qui est chaude; mais on la pourra temperer et refroidir selon l'exigence du cas : voilà pour le pronostic. Reste les moyens de venir à la parfaite guerison d'icelle.

Pour donc venir à vne asseurée guerison de ceste maladie il faut faire en sorte qu'elle se termine par resolution ou insensible transpiration, et non par suppuration.

Or pour continuer nostre ordre methodique, ie reduisay ceste curation en deux chefs, à scauoir en regime vniuersel et en regime particulier.

En l'vniuersel ie comprends l'administration des choses non naturelles, et premierement l'air doit estre refroidy à cause de la chaleur et subtilité de l'humeur, qui ne se peut resoudre qu'on ne luy ayt appaisé sa fureur l'habitation sera aussi refroidie, selon Guidon de Gauliac, en y semant fueilles de saule, vignes, ioncs, roses, et violettes. Que le malade delaisse aussi l'vsage de toutes choses chaudes, vnctueuses, grasses, douces et picquantes. Le regime de viure doit aussi estre plus rafraichissant soit au boire, au manger : il vsera des viandes qui engrossissent et epaississent le sang : tels sont le Ris, l'Orge mondé, les extremitez de Veau, de Mouton, et choses semblables. Le boüilly preferable au roty, le dormir lui est plus propre que le veiller : le repos et tranquilité d'esprit fort necessaire.

Quant à la purgation et a la saignée ie ne serois pas d'auis de nous en seruir en la curation de cete maladie, d'autant que comme le dit Auicenne, par l'euacuation du sang, la bile est rendüe plus subtile et furieuse, parce que *sanguis est frenum bilis.* Tellement qu'il se faudrait abstenir de ces remèdes de peur d'échauffer dauantage et augmenter l'Érysipèle par l'euacuation du sang. Touchant la purgation : elle est encore moins considérable : car les médicamens qui purgent la cholere, echauffent et desseichent, joinct que par la saignée et la pur-

continua toute la nuit jusqu'au lendemain matin à neuf heures. Je lui prescrivis 32 centigrammes de sulfate de quinine qu'il prit à neuf heures et demie du matin. La fièvre vint le soir de la même manière : sans frisson, sans bâillemens, sans pandiculations.

Le 19, même accablement, même anorexie, pas de soif jusqu'au moment où la fièvre arriva. Les urines plus sédimenteuses que la veille. Ventre légèrement tendu, peu douloureux à la pression. C'est à trois heures et demie du soir que le malade éprouva plus de soif, plus de chaleur à la peau, et la fièvre persista jusqu'au lendemain à huit heures environ du matin, avec un peu de loquacité la nuit.

Le 20, l'état général est à peu près le jour précédent. Le pouls, à neuf heures du matin, marquait 78; le soir, à six heures, il battait 110. Comme il y avait trois jours qu'il n'avait pas été à la selle, je lui prescrivis 36 grammes de magnésie qu'il prit dans la matinée. Il en résulta cinq selles diarrhéiques, bilieuses et infectes. Je le vis le soir, à six heures, son état était à peu près le même que la veille. La fièvre était venue vers quatre heures, et sans frissons, comme les jours précédens; elle dura jusqu'au lendemain matin vers dix heures.

Le 19, le 20, le 21, le malade resta couché dans la journée. Il se levait seulement quelques minutes pour donner le temps de faire son lit. La langue avait son épaisseur et sa largeur ordinaires, mais elle était poisseuse et rouge à sa circonférence, en même temps recouverte à son milieu d'une couche jaune-grisâtre. Quand il était debout, il sentait les jambes fléchir et éprouvait des étourdissemens. Anorexie complète. Je n'ai découvert sur la peau ni sudamina, ni pétéchies. Le ventre avait conservé sa tension après l'effet purgatif. Le 21, la fièvre se montra à deux heures de l'après-midi, et dura jusqu'au 22, à neuf heures et demie du matin.

C'est le 22 que je commençai le traitement au goudron. L'enfant éprouva un peu de répugnance pour la tisane ; cependant il put en boire jusqu'à trois verres par jour. Quant aux lavemens, il en prit pendant quatre jours consécutifs, de trois à six dans l'espace de douze heures. Il en recevait un toutes les fois qu'il venait de faire une selle.

Le 22, la fièvre arriva avec la même intensité que la veille et dura à peu près le même nombre d'heures. Mais, dès le lendemain, le ventre eut moins de tension; et vers le soir, la bouche était devenue moins sèche et moins poisseuse. Le 23 et le 24, la fièvre ne vint qu'à l'entrée de la nuit et moins intense que les jours précédens.

Le 25, l'appétit commença à se faire un peu sentir. Le malade prit un léger potage vers midi et n'en éprouva aucune incommodité. Les selles avaient perdu de leur fétidité et le facies avait repris de sa vivacité. La nuit du 25 au 26 fut calme, et la fièvre fut presque nulle.

Le 26, il se leva quelques heures, mangea avec plaisir un potage. Ses parens étant venus le voir ce jour-là, ils l'emmenèrent chez eux pour terminer sa convalescence. Mais le temps étant pluvieux, le malade se mouilla dans le voyage. Le soir, il éprouva de la fièvre avec frissons, et pour la première fois dans sa maladie, un peu de toux. Le médecin du voisinage fut appelé le lendemain matin ; et comme il voyait un peu de fièvre, et comme, d'autre part, il venait d'apprendre que le malade avait eu une fièvre typhoïde où l'on s'était abstenu de toute émission sanguine, il crut de son devoir de faire une application de sangsues au bas-ventre. L'enfant perdit beaucoup de sang et fut sur le point d'éprouver une syncope. Malgré le traitement, le rétablissement fut rapide; car le 4 mars, il se promenait librement dans la maison. Depuis, sa santé s'est toujours maintenue dans un très bon état.

II. — Léon Durand, 22 ans, rue Traversière-des-Capucines. Le 29 décembre 1854, le matin en se levant, il fut pris de lassitude, de céphalalgie, de malaise général, de dégoût pour les alimens. Il ne mangea que de la soupe et éprouva un peu de pesanteur épigastrique après cette ingestion. Cependant il put vaquer tout le jour à ses occupations ordinaires. Le soir, il se coucha sans rien manger et plus tôt que d'habitude. Pas de fièvre ; lassitude très grande. Le matin, au réveil, il éprouva une grande pesanteur de tête, de la somnolence et un peu de vertiges. La bouche était empâtée ; anorexie complète ; urines sédimenteuses.

Cependant, il resta levé de neuf heures du matin jusqu'à quatre heures du soir, et fit sa demi-journée avec beaucoup de peine. Au moment où il se mit au lit, il éprouva des frissons qui durèrent près d'un quart d'heure, sans bâillement. Aux frissons succéda une vive chaleur, et le sommeil fut agité ; il se tournait et se retournait dans son lit, prononçait quelques paroles à demi-voix. Au milieu de la nuit, il fut pris de transpiration et mouilla une chemise.

Le 31, au jour, en se réveillant, il se trouva sans fièvre ; mais la céphalalgie, l'anorexie, la bouche gluante, l'accablement persistaient. Il se leva à neuf heures du matin et ne se coucha qu'à deux heures de l'après-midi. Il ne prit dans le jour qu'un peu de soupe et de bouillon qu'il ne vomit pas. La soif peu considérable. Vers cinq heures du soir, il fut pris de frissons intenses, sans bâillemens ni pandiculations, et de douleurs contusives aux membres et dans les articulations. Puis la peau devint très chaude, et le sommeil de la nuit fut troublé par des rêvasseries pénibles. Comme la nuit précédente, la peau devint moite. La fièvre cessa au lever du soleil.

Dans les trois premiers jours de janvier 1855, l'état du malade resta sensiblement le même. La fièvre venait vers trois heures, quatre heures, quatre heures et demie du soir avec frissons et douleurs articulaires contusives. La céphalalgie gravative, qui était permanente, augmentait alors : rêvasseries la nuit, et transpiration pendant la période fébrile. La fièvre cessait vers huit heures du matin. Le jour, il n'éprouvait pas de symptômes de fièvre, mais il ressentait une très grande lassitude, du dégoût pour les alimens, céphalalgie avec vertiges; peu de soif; bouche gluante ; urines rouges et sédimenteuses. Chaque jour, il faisait une selle demi-liquide et très fétide.

Je fus appelé pour la première fois le 4 janvier. Je le vis à dix heures du matin. Le pouls dépressible, développé, était à 72. Le facies exprimait de la stupeur, tandis qu'il présente de l'exaltation, au dire des parens, dans les premières heures de la période fébrile. La peau me parut un peu plus chaude qu'à l'état normal. La langue, qui conservait sa largeur et son épaisseur ordinaires, était sèche et un peu croûteuse à son milieu, rouge à sa circonférence. Haleine fade. Quand le malade fait aller les mâchoires, il sent dans la bouche un léger état glutineux. Anorexie complète. Le ventre était tendu, un peu douloureux à la pression ; gargouillement manifesté à la fosse iliaque droite ; urines rouges et très sédimenteuses; les matières alvines liquides avaient été jetées à cause de leur extrême puanteur; quelques pétéchies à la peau, mais des sudamina nombreux vers les hypochondres et près des régions claviculaires. L'état d'anorexie et l'état glutineux de la bouche faisaient penser au malade qu'il avait besoin d'être purgé. Sur sa demande réitérée, je lui prescrivis 40 grammes de sulfate de magnésie qui amenèrent cinq selles liquides, fétides, bilieuses où nageaient des corpuscules blanchâtres. Mais la bouche resta aussi poisseuse qu'auparavant, l'anorexie continua, et la fièvre vint le soir, vers cinq heures, avec les mêmes caractères que la veille.

Le 5, l'accablement était très grand. Il ne put rester levé que deux heures dans la journée. Voulant juger du caractère intermittent de la maladie, je prescrivis 40 centigrammes de sulfate de quinine et 1 centigramme d'opium brut en poudre qu'on mêlerait ensemble. A dix heures du matin, le malade prit ce paquet, en deux reprises, à un quart d'heure d'intervalle chaque fois, dans du pain azyme. Il en éprouva un peu de pesanteur d'estomac, mais ne le vomit pas. Le soir, la fièvre revint, vers les cinq heures, de la même manière que la veille, seulement avec une notable diminution dans les frissonnemens. Mais l'agitation, la moiteur de la peau furent aussi considérables.

Le 6, la prostration était très grande. Il resta couché toute la journée. Même état que les jours précédens. C'est alors que je lui prescrivis la tisane et les lavemens de goudron, et le soir, lors de l'approche de la fièvre, une cuillerée à bouche de sirop diacode.

On ne commença l'administration des lavemens qu'à deux heures de l'après-midi. Il en prit trois dans la soirée; et la cuillerée de sirop diacode qu'il but dans un peu de tisane béchique calma son agitation de la nuit. Mais la chaleur de la peau et la transpiration cutanée persistèrent.

Le 7, il commença l'usage de la tisane goudronnée, qu'il but avec assez de répugnance. Six lavemens lui furent administrés dans la journée, parce qu'il les rendait peu de temps après les avoir pris. La selle qu'il fit le soir amena l'expulsion de trois vers lombricoïdes. Le ventre devint moins tendu et moins sensible à la pression. Mais la fièvre arriva à l'entrée de la nuit, avec une intensité à peu près égale à celle des jours précédens. Seulement le sommeil fut plus calme.

Le 8, il prit cinq lavemens. Il ressentit moins de sécheresse de la bouche ; le ventre était devenu souple. On remarqua que les selles, qui étaient encore fétides, l'étaient notablement moins. Le soir, la fièvre vint vers les quatre heures et demie, sans frissons. Peu de moiteur à la peau dans la nuit; le malade dormit tranquille, sans être tourmenté par des rêves. Les urines rouges et encore sédimenteuses.

Le 9, il prit quatre lavemens : deux le matin et deux le soir. Le dégoût pour les alimens avait disparu. La bouche avait perdu une très grande partie de son caractère poisseux. La langue était devenue plus humide. Il prit avec plaisir un potage qu'il digéra facilement. La fièvre vint vers les six heures du soir, mais fut moins forte qu'auparavant. La nuit fut calme.

Le 10, le malade se trouvant beaucoup mieux, causa longtemps avec un de ses amis et se fatigua. Le soir, la fièvre vint plus forte que la veille, mais le 11, je lui prescrivis un repos complet qui fut observé. Les lavemens et la tisane de goudron furent continués comme les jours précédens. Il mangea dans la journée deux potages sans en éprouver la moindre incommodité. La nuit, il ne se ressentit pas de fièvre, le sommeil fut tranquille.

On continua le lendemain encore la médication goudronneuse; la fièvre ne revint plus, l'appétit persista et quelques jours après il reprenait ses travaux habituels.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Septembre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

1° Des rapports de MM. les docteurs JACQUEZ, de Lure, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Mignavilliers d'octobre 1854 en juin 1855 ; VIARD, de Montbard, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Quincy et de Marmagne; DEGEN, de Barbach, sur une épidémie de variole qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement; D'HENNEZEL, de Savigny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette commune ; CAZAINTRE, de Limoux, sur une épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1854. (Comm. des épidémies et du choléra.)

2° Une lettre du ministre du commerce, qui soumet à l'examen de l'Académie une demande en autorisation pour la fabrication d'eaux minérales gazeuses. (Comm. des eaux minérales.)

3° Un grand nombre de lettres relatives à des remèdes secrets ou nouveaux.

4° Des états de vaccinations.

— M. VILLERMÉ, à l'occasion de la correspondance, présente à l'Académie deux rapports officiels sur le choléra. Le premier est un rapport de la commission royale extraordinaire de santé de Copenhague, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cette ville du 12 juin au 1er octobre 1853. Ce rapport a été rédigé par M. le docteur J.-R. HUBERTZ.

Le deuxième est un rapport de M. le docteur BONINO, président de la Société médico-chirurgicale de l'Université royale de Turin, sur l'épidémie qui a sévi à Turin en 1854.

— M. CHATIN présente au nom de l'auteur, M. Dupuy, de Grignon, un traité des champignons utiles et vénéneux.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que MM. Hübertz, de Copenhague, Bertini, de Turin, et B..., de Stockholm, sont présens à la séance.

De l'intermittence larvée ou latente dans les maladies inflammatoires, etc.

M. BRICHETEAU lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Rossignol, médecin-major au 9me régiment de dragons, ayant pour titre : *De l'intermittence larvée ou latente dans les maladies inflammatoires, nerveuses ou autres.*

gation nous rappelons l'humeur bilieux au dedans vers les parties nobles, lequel est très dangereux selon l'Hippocrate en l'Aphorisme cydessus cité : ce que Galien en suiuant son diuin maître deffend aussi.

Toutefois, si vostre aduis ne s'accordoit pas au mien, et que vostre conclusion tendit à la saignée et à la purgation, en cela ie ne me montreray pas partialiste, et ne derogeray pas au resvltat d'vne si celebre assemblée, à condition toutefois que la seignée ne soit pas euacuatiue, mais seulement euentatiue, suiuant le conseil du docte Falcon, à celle fin de diminuer l'enflâmation, faisant l'ouuerture de la veine fort petite afin de n'euacuer que le plus subtil, et cela tout maintenant auant que la fluxion soit du tout faicte, à raison de la cause antecedente.

Pour la purgation on se pourroit servir des cholagogues, mais crainte de l'accident sus dit, mon aduis seroit de bien preparer auparauant l'humeur cholerique par vne Aposeme composée de racines de gramen, d'asperges, et chicorée; fueilles d'endiue, d'escariole, agrimoine politrich adianthos, semence de concombre, melons, citroüille, de tous lesquels on fera Aposème, la clarifiât avec bon sucre de Madere; De ceste Aposeme il vsera deux fois le jour. Il vsera aussi du sirop violat, de capillaires, de limons, et aceteux, bref, de tout ce qui pourra contemperer et rafraichir l'acrimonie de l'humeur bilieux. Ensuite de quoy on pourra purger cet humeur avec de la rubarbe infusée en eau de chicorée, catholicon et sirop de roses palles, de cela on fera vne potion qu'il prendra au matin, l'Estomach à ieun. Le lendemain de la Purgation on luy donnera vn clistere fait de petit laict moüelle de casse, sucre rouge, iaune d'oeuf, huile de lys, beurre recent etc. etc.

Touchât le régime particulier, il consiste en l'euacuation de la matiere conjointe. Or le principal point duquel est que tout maintenant il faut commencer à rafraichir et humecter l'humeur, pour domter ; mais il se faut bien prendre garde d'vser des remedes trop froids, car comme dit Galien, et Paulus, les Medicamens trop froids engendrent les scyrres par refrigeration excessiue de la matière : Il est certain qu'ils causent encore la gangrene par l'extinction de la chaleur naturelle. Mais puis qu'à cause de sa trop grande subtilité, il court et se disperse çà et là, allant en vue partie puis après en vne autre, il faut tâcher de l'épaissir en telle façon qu'il ne bouge d'un même lieu. Or les medicamens propres à cet effet, sont l'oxicratum, le ius de plantin, de morelle, et de iobarbe : l'huile rosat avec un blanc d'oeuf battus ensemble sont vn fort bon rafraichissement. On pourra encore se servir du populeon, du cerat de Galeu recentement fait, et du nutritum, car ils sont très singuliers. Que si l'Erysipele par hazard vient à s'exulcérer, il faudra en rafraichissant vn peu plus deterger : mais il faut faire en sorte que ce soit sans aucune mordication, de crainte d'exciter plus grand mal. Tel remède sera composé de litarge d'Or, et d'argent, Ceruse, et Thutie, tout cela nourri en vn mortier auec du suc de solanum, de plantin, huile rosat et violat jusques à consistance d'vnguent. Et si après auoir vsé de tous ces remedes il demeure quelque petite tumeur il la faudra resoudre avec le diapalme dissout en vin, et huile de camomille, en forme de liniment ou sur la fin l'humeur se vouloit pourrir; ce qui se connoistra si la partie deuient liuide et noirastre, il faudra faire de petites et legeres scafications, afin d'euacuer la matière qui est en la superficie seulement : après on lauera la partie auec vn peu d'eau marine, et incontinent on y appliquera dessus un cataplasme fait de farine d'orge, de febues, d'orobe, poudre de roses, camomille, huile rosat et d'amendes douces, du miel commun, faisant de tout vn cataplasme. Que si l'Erysipele tourne à vlcère, il faudra suiure la méthode qu'on a acoustumé de tenir à la guerison des vlcères. l'ay dit. Comme i'eu acheué de parler, il m'estoit aduis, voyant la gayeté de leurs faces, que ie les avois contentés, et en effet ayant parlé chacun selon selon leur rang (ou le Grec et le Latin furent rependus avec profusion) il n'y eust que le ieune qui contesta sur ce que j'auois dit qu'il ne falloit pas saigner copieusement (tant il est vray qu'il y en a d'acoustumez à euacuer le plus souuent sans besoin ce thresor de la vie) et sur ce que jauois aduancé la rubarbe en infusion. Mais les plus anciens ayant bien pesé mes raisons, furent d'aduis que ie réduisis l'ordonnance, voire et que ie luy fis la saignée à ma façon.

Ainsi que ie me metois en deuoir d'effectuer leur resultat, voicy le plus ancien d'entre eux qui prit les cayers de mon liure des mains de ce gentil-homme, à qui ie les auois baillez, et lisant le tiltre et y voyant mon nom, il me dit quoy Monsieur de Campy voulez vous rendre les chirurgiens sçauans a la Consulte. Monsieur respondis je, ce n'est pas pour les sçauans, qui sont dés-ja consommez en leur profession : mais c'est seulement pour les commenceans, y traités vous, dit-il des choses non natureles, nenny respartis-je, car plusieurs en ayants traicté, que pourroy-je dire sur ce sujet qui n'ait esté dit? A cela tous ensemble me coniurerent de n'apporter point d'excuse à la prière qu'ils m'en faisoient. Que sert-il d'en mentir, ie ne receus pas vn petit contentement que de si doctes personnages et si celebres m'attirassent par leurs paroles d'amitié à la pente où i'avois assez d'inclination : aussi n'eurent-ils pas beaucoup de peine d'obtenir de moy ce qu'ils en desiraient. Ils se separèrent auec chacun vne pistolle à la main, et ie demeuray à la prière du pere du malade pour le soulagement de son fils, que ie traictay moy seul, et Dieu le guérist. Guerison qui fut plus heureuse que ie ne m'estois promis à la Consulte; mais en ces affaires il ne faut rien delaisser au logis. Me donnant le contentement merité, il me reïtera encore la supplication que Messieurs les medecins m'auoit faicte touchant le traicté des choses non natureles ; car disait-il, ils m'ont dit que vous auez très bien touché ce point en la Consulte que vous fites pour mon fils. Honteux que tant d'honnêtes gens me donnassent des loüanges que ie ne mérite pas, je luy promis que i'effectuerois leur commandement. C'est pourquoy ie me suis mis en devoir, cher lecteur, tant pour leur complaire, que pour ton utilité, si tu y en sais treuuer, de joindre à ce traicté, celuy des choses non naturelles, que j'auois gardé pour ma physique chirurgicale. Mais d'autant qu'un bien est toûjours bien en quelque temps qu'on le communique, ioüy en et rends en graces à Dieu. »

On comprend mieux, après cette lecture, les plaisanteries de Molière et les colères de Guy-Patin, encore que Planis n'ait appliqué ici que les pures doctrines de Galien, sans aucun mélange de celles de son maître Paracelse.

HERPIN (de Genève).

M. Rossignol, ayant observé plusieurs malades à type continu qui présentaient néanmoins, dans leur dernière période, des rémissions et des intermissions, crut devoir combattre cette forme nouvelle par le sulfate de quinine sans avoir égard au caractère de l'affection primitive quelle qu'en fût la nature. Il obtint tout d'abord de cette médication des avantages qui l'engagèrent à persévérer dans son emploi.

M. Rossignol raconte dans son mémoire qu'en 1833, époque où la doctrine physiologique dominait encore, ayant traité sans succès d'une entérite un jeune homme de 24 ans, il remarqua que la maladie, après avoir résisté aux antiphlogistiques, sous toutes les formes, prenait un caractère rémittent; et quoique les rémissions fussent peu marquées, il se décida à administrer le sulfate de quinine. Cette médication produisit les meilleurs effets et la guérison fut bientôt complète. Une fois l'attention appelée sur ce point, il tint note de tous les faits du même genre.

Les observations recueillies par M. Rossignol sont au nombre de huit; elles sont relatives à un cas de double conjonctivite aiguë et continue, qui prit plus tard la forme intermittente; à un cas d'entérite avec réaction sur l'encéphale et délire avec rémissions; à deux cas de névralgies viscérales; à une gastralgie, une arthrite et une fièvre pernicieuse hémorrhagique.

Le mémoire de M. Rossignol, dit M. le rapporteur, se compose presque entièrement d'observations; l'auteur s'est montré sobre de théories; je n'aurai, par conséquent, qu'un mot à dire relativement à deux élémens qu'il admet dans les maladies soumises à son observation, l'un continu l'autre intermittent. Le type d'une maladie, aussi bien que les variations de la marche me paraissent des accidens secondaires et non des élémens procédant de la nature intime du mal; on sait bien, d'ailleurs, que l'affection continue ne peut pas toujours avoir la même intensité; par conséquent ses exacerbations, son état stationnaire et ses momens de déclin ne semblent pas dériver de son essence propre et pouvoir constituer ce que les médecins de Montpellier appellent élémens pathologiques.

Les faits pratiques recueillis par M. Rossignol, ajoute M. le rapporteur, n'ont pas peut-être toute la nouveauté qu'il semble leur attribuer, et il serait facile d'en trouver d'analogues dans les ouvrages de médecine pratique. Néanmoins ils ne manquent pas d'intérêt, ils ajoutent à la masse des observations qui doivent servir de guide au praticien. M. le rapporteur propose, en conséquence, de remercier M. Rossignol de sa communication et de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

Travaux chirurgicaux de M. da Costa.

M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur les travaux chirurgicaux de M. da Costa, chirurgien de l'hôpital de Rio-Janeiro (Brésil).

Le travail de M. da Costa est composé de plusieurs chapitres, dans lesquels il rend compte de ses réflexions pratiques sur l'hydrocèle, le rétrécissement de l'urètre, la lithotritie, la lithotomie, le cancer de l'utérus, etc.

L'hydrocèle, suivant l'auteur, paraît avoir remplacé, au Brésil, l'éléphantiasis des Arabes. Il attribue cette dernière lésion à l'alimentation, à l'humidité des habitations, et pense que sa disparition provient des changemens survenus dans les habitudes et le régime des Brésiliens. L'hydrocèle est très fréquente et presque toujours due aux variations de la température.

M. da Costa trouve l'explication du grand nombre de rétrécissemens urétraux, à Rio-Janeiro, dans la fréquence de la maladie vénérienne, dans l'usage des injections de dissolution de sulfate de cuivre, d'alumine, de vin de Porto, chargé d'acétate de plomb, et dans l'abus de boissons sudorifiques avec addition d'eau-de-vie et de rhum.

M. da Costa rapporte deux observations de rétrécissemens compliqués de fistules qui ont nécessité des opérations délicates, et qui lui ont suscité l'idée de quelques instrumens qu'il désigne sous les noms d'algalie bouchée, de sonde-pince et de sonde électrique.

D'autres chapitres sont relatifs à la lithotritie importée au Brésil par M. Peixoto, à des opérations des hernies, etc.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur croit pouvoir attribuer la fréquence du cancer de l'utérus à la précocité de la menstruation, au mariage qui a lieu à 11, 12, 13, 14 ans, et à la syphilis. Dans ce chapitre, M. da Costa rapporte avoir pratiqué deux fois l'ablation partielle de l'utérus et une fois son extirpation totale. Dans ce dernier cas, la guérison dura cinq mois. Au bout de ce temps, elle succomba à un abcès iliaque.

M. le rapporteur, après avoir fait l'éloge du zèle dont M. da Costa est animé pour la science, propose que son nom soit inscrit parmi ceux des médecins qui doivent figurer sur la liste de présentation comme membres correspondans, et de décider que son travail soit déposé honorablement dans les archives.

M. Gibert demande quelques explications à M. le rapporteur sur ce passage du travail de M. da Costa, où il est dit que l'hydrocèle a remplacé l'éléphantiasis des Arabes. L'éléphantiasis des Arabes ne lui paraît pas avoir disparu du Brésil, s'il en juge par plusieurs cas qu'il a eu l'occasion d'observer dans ces dernières années, et il ne comprendrait pas trop comment il aurait été remplacé par l'hydrocèle.

M. Jobert répond que la disparition de l'éléphantiasis paraît pouvoir s'expliquer assez bien par le changement de régime et d'habitudes, qui en étaient les causes les plus probables.

M. Gerdy ne voit pas ce qu'il y a de neuf pour la science dans le travail qui fait l'objet de ce rapport.

M. Jobert : Sans renfermer des faits nouveaux, un travail peut offrir de l'intérêt, et c'est le cas du travail de M. da Costa; il renferme des faits pratiques extrêmement intéressans, et dont plusieurs viennent confirmer des principes de la science. Les faits de restauration du canal de l'urètre, ceux d'ablation de l'utérus, ne sont pas d'ailleurs des faits communs. J'ajouterai, enfin, que la haute position chirurgicale que M. da Costa a su acquérir par son mérite et sa qualité d'étranger commandaient l'attention de l'Académie.

M. Gérardin demande si M. le rapporteur n'aurait pas attribué à l'auteur du travail le mérite de l'importation de la lithotritie au Brésil qui revient à M. Peixoto, qui a lu dans le temps à l'Académie un mémoire très intéressant sur ce sujet.

M. Jobert : Je demande pardon à M. Gérardin qui, sans doute, n'a pas bien entendu. J'ai rappelé que M. Peixoto avait pratiqué la première opération de lithotritie au Brésil; mais j'ai ajouté que M. da Costa a contribué depuis avec lui à faire adopter cette opération dans le pays.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Robinet lit quelques rapports sur des remèdes secrets dont les conclusions sont adoptées.

Suture profonde.

M. Heurteloup lit un travail intitulé : *De la suture profonde.* L'auteur fait connaître, dans ce travail, un moyen qu'il croit mieux approprié que les diverses sortes de suture en usage, pour obtenir un rapprochement plus prompt, plus sûr, plus immédiat dans le fond des plaies, plus large, moins encombré d'aiguilles et de fils, et moins aggressif contre les lèvres des plaies, et surtout qui n'ait pas besoin de cet appareil difficile et compliqué de pansement, d'un emploi si difficile surtout à l'armée, que l'on cherche à opposer à ces sortes de caveaux générateurs de clapiers. Ce moyen est la suture profonde; voici en quoi elle consiste :

A l'endroit où pressent les doigts opposés de l'aide, à la base de la montagne que forment les tissus comprimés, ramassés et rapprochés, on passe une aiguille courbe, la concavité regardant l'ouverture de la plaie. Cela fait, on glisse sur les deux extrémités de cette aiguille, qui est en argent, deux pinces également en argent; ces deux pinces, destinées à remplir les fonctions des doigts de l'aide, glissant sur l'aiguille, se rapprochent l'une de l'autre par une pression méthodique opérée sur les tissus et les maintiennent dans la position désirée.

Munies chacune d'une vis de pression qui agit sur l'aiguille, ces deux pièces sont fixées à volonté à des distances variables, et permettent conséquemment d'obéir à toutes les circonstances qui dérivent de l'augmentation ou de la diminution du volume des tissus.

Cette suture aurait pour effet, d'après l'auteur, en affectant les parties profondes de la plaie sans affronter les parties superficielles, de prévenir les clapiers et les fusées, d'accélérer la cicatrisation, de prévenir les accidens de résorption purulente, et de former des cicatrices par première intention dans une large étendue, etc.

M. Heurteloup se propose, dans un second mémoire, de donner de plus grands détails sur les applications de cette nouvelle méthode de suture.

PRESSE MÉDICALE.

Cas de métastases calcaires; par le professeur Virchow. — Le célèbre professeur donne ce nom à des dépôts de substance calcaire dans différens tissus, effectués à la suite de la disparition de cette même substance d'autres organes. Il y a longtemps déjà qu'il avait fait, à Berlin, l'autopsie d'une jeune fille, dont presque tous les os renfermaient des noyaux cancéreux logés dans des excavations. Les calices et les bassinets des reins étaient tapissés d'une couche épaisse d'un précipité blanchâtre, en partie sablonneux, en partie granuleux, et composé principalement de carbonates et phosphates terreux. Les poumons et l'estomac contenaient également de grandes quantités de ce dépôt que nous allons bientôt décrire. Ce n'est que dans ces dernières années que 5 cas semblables se sont présentés à son observation et c'est sur ces résultats qu'il en fait la description suivante : Tous ces cas ont pour caractère commun, une lésion des reins, une néphrite à la seconde ou au commencement de la troisième période, ainsi, au moment où l'altération de la sécrétion est la plus prononcée. Cette circonstance est remarquable, car elle aide à nous montrer que les dépôts calcaires se font dans d'autres organes, quand les reins ne suffisent plus à l'excrétion de ces sels, comme nous le voyons avec l'urée et ses produits de décomposition.

A l'exception d'un cas, il y avait toujours des lésions osseuses profondes, des érosions, des nécroses, etc.

Dans le cas exceptionnel, aucune lésion de ce genre ne fut trouvée, et l'on ne put découvrir la source des sels. M. Virchow regrette infiniment ne pas avoir soumis les os à un examen plus approfondi.

Les dépôts calcaires furent trouvés dans l'estomac et les poumons. Dans l'estomac, c'était la muqueuse qui en était le siége; les places malades étaient troubles, opaques, blanchâtres, parfois à teinte uniforme, parfois tachetées; le doigt les trouvait sèches, résistantes, et, dans le premier cas, elles criaient légèrement sous le scalpel. Elles se distinguent facilement des épaississemens blanchâtres ordinaires de la muqueuse stomacale, qui sont humides, lisses et d'un toucher velouté ou dense. On y trouve parfois d'autres taches blanchâtres ou jaunâtres, qui même, sous le microscope, ont plus de ressemblance avec nos taches calcaires : ce sont des infiltrations graisseuses. Le microscope montre les taches constituées par une infiltration finement granuleuse, noirâtre à la lumière réfractée, blanche à la lumière incidente; infiltration opérée dans le tissu de la muqueuse, non dans les glandes, mais, comme M. Schlaepfer l'a déjà démontré, dans le tissu inter-glandulaire. Les alcalis caustiques rendent l'image plus claire, sans altérer les grains, les acides dissolvent, les faibles lentement, les forts, surtout l'acide chlorhydrique, rapidement, avec dégagement d'acide carbonique. L'acide sulfurique y forme des cristaux de sulfate de chaux. L'infiltration calcaire est plus fréquente et plus étendue dans les poumons que dans l'estomac. Dans ces 5 cas, les poumons étaient le siége de l'infiltration 4 fois, l'estomac seulement 2. Elle s'y fait en foyers de diverses grandeurs, non nettement délimités, mais se fondant peu à peu dans le tissu pulmonaire. Leur diamètre varie d'une ligne à un pouce et demi à l'extérieur. On perçoit clairement ces foyers surtout les petits qui donnent tout à fait la sensation de noyaux tuberculeux. A la section on y trouve une grande résistance et quand ils sont compactes, ils ont l'air d'ébrécher le scalpel. Ordinairement il y en a plusieurs, de préférence dans les lobes inférieurs des poumons. Ils sont percés de canaux aériens et leur section a un aspect criblé. Les noyaux frais et petits sont un peu rouges, les autres sont pâles, gris-blanchâtre, opaques. Le doigt qu'on y passe, donne la sensation d'une substance sèche, rude, percée çà et là de pointes plus dures. Ils se trouvent rarement à la surface du poumon; les petits siégent de préférence dans le voisinage de petites bronches, elles-mêmes béantes plus qu'à l'ordinaire.

L'examen microscopique fait découvrir une infiltration de sels terreux, qui n'est plus pulvérulente ou granuleuse, mais présente une masse plus compacte et homogène. Elle a son siége dans le parenchyme proprement dit, tant dans les fibres élastiques que dans le tissu connectif qui les réunit. Il paraît que les fibres élastiques en sont d'abord atteintes. A côté de ces masses homogènes on trouve des dépôts à grains grossiers et fins et d'autres qui appartiennent davantage à de certains faisceaux fibreux. Les granulations sont déposées le plus souvent sur la paroi des petites alvéoles, tandis que les masses plus compactes remplissent surtout les terminaisons bronchiques plus grandes. On ne trouve rien sur les vaisseaux.

Les agens chimiques donnent les mêmes réactions que pour les dépôts de l'estomac, et après la dissolution des sels calcaires, le tissu se montre avec tous ses caractères normaux. La lésion consiste donc dans une *calcarisation directe des tissus*, où les sels terreux pénètrent et remplissent les parties, comme ils le font des muscles, des nerfs, des fibres lenticulaires. Il y a évidemment du carbonate de chaux; y a-t-il aussi du phosphate? C'est probable, car le dégagement d'acide carbonique n'est pas très considérable eu égard à la masse décomposée.

N'est-il pas remarquable que le poumon et l'estomac, lieux de métastases des sels calcaires, le soient également pour les métastases de l'urée, principalement décomposée, sous forme de carbonate d'ammoniaque? (*Archiv. f. path. anat. phys. u. f. Klin. med.*, t. VIII, n° 1.)

Trois cas de désarticulation du genou, sans ablation du cartilage articulaire. — Ces trois opérations, faites par le professeur Uhde, donnèrent comme résultat deux guérisons et une mort. Dans les trois cas, le cartilage articulaire se sépare en partie en lames plus ou moins considérables qu'il fallait enlever, et qui avaient entretenu la suppuration. A partir de ce moment, la cicatrisation marcha rapidement dans les deux cas de guérison. — (*Même journal.*)

Par décrets du 30 août, sont promus au grade d'officier de la Légion d'Honneur :

MM. Laffon de Ladébat, membre du comité consultatif d'hygiène publique;
Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople.

Sont nommés chevaliers :

MM. Crou, médecin à Sens;
Latour, chimiste à Trye;
Carre, pharmacien à Bergerac;
Bertrand fils, méd.-inspecteur-adjoint aux eaux du Mont-Dore.

— Le docteur Antoine de Rosas, professeur d'oculistique et directeur de la clinique ophthalmologique de l'Université, conseiller impérial, est mort à Vienne, après une courte maladie, à l'âge de 64 ans, dont il avait passé trente-six ans à enseigner sa spécialité.

— Le professeur François Reinsinger est mort il y a peu de temps à Augsbourg, laissant sa fortune à l'Université de Munich, à condition qu'il y fût créé une chaire spéciale de médecine opératoire.

— Le corps médical de Paris vient de perdre deux de ses honorables membres, M. le docteur Charrier, membre de la Société médico-pratique, et M. le docteur Rampon, ex-chirurgien militaire.

— Le *New-York-Herald*, voulant donner une idée de la salubrité des provinces canadiennes, rapporte, d'après M. Hutton, qu'il y a, dans le Haut-Canada, 14 hommes et 18 femmes ayant dépassé l'âge de 100 ans; le Bas-Canada, de son côté, compte 40 centenaires (22 hommes, 18 femmes). Eu égard à la population de ces contrées, ces chiffres sont, en effet, très remarquables.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 107. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 8 Septembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpitaux de la marine (port de Brest). — Professeur, M. LEFEVRE.

OBSERVATION D'UN EMPHYSÈME DU FOIE;

Recueillie par M. FALLIER, chirurgien de 2me classe, chef de clinique.

M. C..., employé des douanes à Camaret, âgé de 57 ans. Entré à l'hôpital de la marine, sur un certificat d'un médecin qui constate que l'état dans lequel il se trouve nécessite des soins continuels, qu'il ne peut se procurer chez lui.

Antécédens. — Chef d'une nombreuse famille, n'ayant pour subvenir à ses besoins que des appointemens modiques, M. C... a eu à traverser une existence mêlée de nombreux chagrins. Néanmoins, jusqu'au mois d'octobre 1854, sa santé a toujours été parfaite. A cette époque, par suite d'une épidémie de choléra qui sévissait à Camaret, il se vit chargé seul du travail de plusieurs employés, s'en acquitta avec un zèle qui dépassait ses forces, et sa santé commença à décliner. Cependant, il continua ses travaux, et, croyant qu'un purgatif pourrait le tirer de l'état de langueur qu'il ressentait, il en prit un qui, loin d'amener de l'amélioration, ne fit qu'augmenter sa faiblesse. Bientôt un ictère se déclara, ictère qui ne s'accompagna ni de fièvre, ni de perte d'appétit, ni de douleur à la région hépatique. Cette affection se dissipa seule, mais en laissant après elle une faiblesse qui ne fit qu'augmenter. Il se décida enfin à appeler un médecin, qui le traita par les toniques et un régime fortifiant, et lui conseilla de cesser ses occupations, qui le fatiguaient beaucoup.

État actuel. — Le 24 mai 1855, lors de son entrée à l'hôpital, voici ce qu'on observe : la peau présente une teinte jaunâtre, blafarde, générale; les muqueuses des lèvres et des caroncules lacrymales sont pâles et décolorées, les sclérotiques d'un blanc mat, les doigts effilés et amaigris, les ongles pâles et exsangues. Il n'y a d'œdème ni au visage, ni aux membres inférieurs. Le malade ne ressent aucune douleur localisée; un grand sentiment de faiblesse, surtout dans les membres inférieurs, qui ne peuvent qu'avec peine soutenir le poids du corps, des bourdonnemens continuels dans les oreilles, assez forts pour s'opposer au sommeil, de l'essoufflement au moindre mouvement, un peu de toux, sans expectoration, voilà ce qu'il accuse. La langue est pâle, humide; les veines sublinguales affaissées et vides; l'appétit, quoique diminué, est, du reste, assez bien conservé; les digestions se font bien, sans fatigue; les selles sont naturelles, mais rares. Il y a à l'anus quelques boutons hémorrhoïdaux qui n'ont jamais occasionné d'écoulement sanguin. Les urines sont limpides, médiocrement colorées, et ne fournissent, par l'acide nitrique ou par la chaleur, aucun précipité. Le ventre est souple, indolent à la pression; la palpation n'y fait reconnaître rien à noter. La matité jécorale dépasse un peu le rebord des fausses côtes; on ne découvre en cet endroit ni bosselure ni point douloureux. La poitrine est parfaitement sonore; le bruit respiratoire s'entend dans toute son étendue. Les battemens du cœur sont énergiques; le premier bruit est un peu prolongé. Il y a du souffle dans les carotides. Le pouls est à 70 environ, large, mais mou et dépressible.

En présence de ces phénomènes, une chloro-anémie fut diagnostiquée, et, sans rien préjuger pour le moment sur la cause qui la produisait, le traitement fut institué pour la combattre. Le malade fut soumis à un régime fortifiant; on prescrivit de l'eau vineuse pour boisson habituelle, du vin de quinquina, du lactate de fer, à la dose de 0,20 centig. par jour, des frictions avec la teinture de quinquina.

Les 27, 28 et 29 mai, à la visite du soir, on constate un léger mouvement fébrile; il y a des sueurs pendant la nuit, qui augmentent la faiblesse du malade. Du sulfate de quinine, prescrit pendant quelques jours, arrête ces accès de fièvre, qui ne reparaissent plus.

Jusqu'à la fin de juin, il n'y a rien de saillant à noter. Le malade s'affaiblit de plus en plus, et tombe dans un profond découragement. Il peut à peine se lever quelques instans dans la journée; l'appétit diminue de jour en jour, malgré l'usage de l'eau de Seltz et des pastilles de Vichy; le sommeil est difficile et souvent interrompu.

Le 27 juin, à midi, le malade, en voulant se lever, est pris d'une syncope, qui dure assez longtemps pour inspirer des inquiétudes. Les jours suivans, mouvement fébrile le soir, sueurs pendant la nuit, frissons irréguliers, que l'on combat de nouveau par le sulfate de quinine. A cette époque, le lactate de fer est remplacé par le fer réduit par l'hydrogène, à la dose de 0,20 centig. Le malade éprouve un dégoût de plus en plus insurmontable pour les alimens gras; les seules choses qu'il prenne encore avec plaisir sont les alimens sucrés, chocolat, flans d'œufs, crêmes et le vin de Malaga qui lui est prescrit tous les jours à la dose de 60 centig.; il est altéré et boit journellement une ou deux pintes de limonade citrique, un litre d'eau de Seltz et un litre de bière coupée. Les selles sont maintenant constituées par des matières grisâtres, épaisses, semblables à du mortier. Elles sont abondantes; et, quoiqu'il y en ait rarement plus d'une par jour, elles fatiguent beaucoup le malade, auquel des lavemens émolliens sont prescrits pour les faciliter.

Le 5 juillet, des élancemens douloureux se font sentir à de rares intervalles dans le côté droit de la poitrine, passant comme des éclairs de l'épaule à l'hypochondre droit. En percutant la région hépatique, on trouve que le foie déborde un peu les fausses-côtes. En haut, il ne paraît pas plus étendu qu'à l'état normal; la palpation n'y découvre aucun point bosselé ou douloureux. Un emplâtre de ciguë est néanmoins placé sur l'hypochondre droit.

Les jours suivans, le malade éprouve des rapports fréquens qui ramènent à la bouche les liquides ingérés. Ce phénomène cesse quelquefois pendant une journée entière pour reparaître à des intervalles irréguliers. Le pouls devient de plus en plus dépressible; il y a par momens de la chaleur à la peau. La langue est généralement sèche, sans enduit particulier. Une petite toux sèche, incomplète, sans expectoration, existe habituellement et fatigue beaucoup le malade. Les juleps calmans font disparaître en partie ce dernier symptôme.

Vers le 15 juillet, les régurgitations des liquides ingérés deviennent continuelles; il n'y a pas cependant de vomissement. La soif est encore plus vive; l'agitation devient extrême; la faiblesse fait des progrès rapides; la face, émaciée, prend une teinte terreuse et une expression de souffrance et de profond découragement.

Le 20, on explore encore la région hépatique. Les mêmes phénomènes que plus haut sont notés. La percussion ne fait découvrir qu'avec peine les limites supérieures du foie, qui rend, dans presque toute son étendue, un son beaucoup moins mat qu'à l'ordinaire. Le malade éprouve encore de temps en temps des élancemens douloureux dans le côté droit; la faiblesse augmente encore; le pouls devient de plus en plus misérable; il y a un état de demi-assoupissement alternant avec de l'agitation. Les liquides régurgités ne peuvent qu'avec peine être rejetés au dehors, et menacent le malade de suffocation. Enfin, la mort arrive le 24 juillet, à neuf heures du matin, le malade ayant conservé sa connaissance presque jusqu'au dernier moment.

Autopsie le 25 juillet, à neuf heures du matin, vingt-quatre heures après la mort. (Temps pluvieux, température, 18° centig.)

Habitude extérieure. — Amaigrissement prononcé; la peau présente la coloration jaunâtre et blafarde observée pendant la vie; les muqueuses des lèvres et des caroncules lacrymales sont entièrement décolorées; les sclérotiques ont une teinte jaunâtre; le ventre est affaissé; la raideur cadavérique est très prononcée; le corps n'exhale aucune odeur annonçant un commencemnt de décomposition.

Cavité crânienne. — N'a pas été ouverte.

Cavité thoracique. — Les poumons sont sains; de vieilles adhérences celluleuses existent au sommet et en arrière du poumon droit.

Le péricarde contient 30 grammes environ de sérosité transparente colorée en jaune.

Le cœur, entouré d'une couche graisseuse abondante, conserve encore un reste de chaleur; son volume est exagéré. Les ventricules sont vides; les deux oreillettes contiennent des caillots fibrineux, la droite surtout, dont la cavité est entièrement remplie par un caillot volumineux qui se prolonge dans les veines caves. Le poids du cœur, débarrassé des caillots qu'il contient, et les vaisseaux qui en partent étant coupés près de leur origine, est de 310 grammes. Le ventricule gauche est le siége d'une hypertrophie qui porte autant sur les parois que sur la cavité. L'épaisseur de ses parois varie de 15 à 20 millim.; les orifices sont libres. Quelques petits noyaux cartilagineux existent dans l'épaisseur des valvules sigmoïdes de l'aorte, qui, du reste, n'ont rien perdu

Feuilleton.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Que de remords se sont accumulés sur ma table de travail! Je n'ose plus y jeter les yeux. Tous ces volumes jaunes, verts, roses ou beurre frais, me semblent autant d'accusateurs prêts à s'indigner de ma paresse et à la signaler à la vindicte publique. Cependant, tout retard aggraverait ma faute. Je m'exécute donc, et préviens le lecteur habituel du feuilleton qu'il me faudra plusieurs semaines pour désobstruer mon bureau. C'est à cet aimable travail que je vais passer mes vacances, époque, d'ailleurs, où le feuilleton périrait de langueur et d'inanition s'il n'avait pas recours à cet expédient. Je préviens, en outre, que, pour aller plus vite, je ne ferai que le moins possible d'analyse et de compte-rendu. Ce sont de simples impressions que je vais communiquer à mes lecteurs sur un assez grand nombre d'ouvrages envers lesquels nous sommes plus ou moins en retard.

Le premier de mes remords porte le millésime de 1854. Que de livres oubliés qui n'ont cependant que cette date! Celui-ci, sans être une œuvre originale, conservera un rang honorable dans notre histoire littéraire, et survivra à la circonstance qui l'a fait éclore. Il vivra surtout par le style, et cela n'étonnera personne de ceux qui connaissent la plume savante et distinguée de M. le docteur Max Simon. L'Académie de Rouen avait mis au concours l'éloge de Lepecq de la Cloture; c'est le travail de notre honoré confrère qui obtint le prix, travail qui s'est transformé en un bel et élégant volume portant ce titre : *Étude pratique, rétrospective et comparée sur le traitement des épidémies au* XVIIIme *siècle; appréciation des travaux et éloge de Lepecq de la Cloture, médecin épidémiographe de la Normandie* (1).

Les lecteurs qui pourraient se laisser décourager par l'étiquette d'éloge académique seront très agréablement surpris de rencontrer dans ces pages la discussion sérieuse et élevée des principales questions de philosophie médicale et de thérapeutique qui ont été agitées dans ces derniers temps. Ainsi, M. Max Simon n'a pas craint d'aborder le difficile et grave problème de la méthode, ou des moyens de parvenir à la vérité dans la science qui a pour objet l'étude de la vie; le problème plus grave et plus difficile encore de la force vitale et des forces cosmiques de l'organisme; le mystère de la contagion, et particulièrement de la contagion de la fièvre typhoïde; la question si controversée de l'antagonisme des fièvres paludéennes et de la fièvre typhoïde; la doctrine excentrique de la prétendue transformation de la variole en fièvre typhoïde, et la métamorphose pathologique qui serait la conséquence de la pratique générale de la vaccination; le traitement enfin de la fièvre typhoïde, et la comparaison, sous ce rapport, entre la pratique des médecins du XVIIIme siècle et celle de nos jours.

Ces titres de chapitre suffiront, je crois, pour affriander le lecteur. Je me hâte d'ajouter que, par la pensée aussi bien que par la forme, M. Max Simon est toujours à la hauteur de ces belles et grandes questions. On lira comme moi, avec un vif plaisir, le chapitre sur la méthode, dans lequel on ne fera d'autre reproche à l'auteur que d'avoir combattu une thèse que personne ne soutient, et d'avoir pourfendu des adversaires qu'on ne rencontre nulle part. Tout en considérant l'observation comme la base fondamentale des sciences, M. Max Simon s'est efforcé de démontrer que cette méthode ne dispense pas du génie, et ne saurait, en aucun cas, le suppléer, pour atteindre à un certain ordre de vérités. « Non seulement, dit-il, l'analyse de l'entendement humain démontre que l'intelligence peut devancer l'observation dans la conception des lois auxquelles obéissent les phénomènes, mais l'histoire vient, par ses renseignemens irréfragables, témoigner que l'esprit a souvent pressenti les lois, la raison d'être des choses, que l'observation a mises ensuite en pleine lumière. » En vérité, personne ne conteste cela, et là n'est pas la question; il s'agit beaucoup plus simplement de savoir si les sciences s'édifient avec les pressentimens du génie ou avec les résultats positifs de l'observation exacte. La haute raison de M. Simon ne me laissait aucun doute sur la solution qu'il donnerait à ce point de méthodologie, et c'est sans surprise, mais non sans plaisir, que j'ai lu le passage suivant, qui ne trouvera certainement ici aucun contradicteur :

« Qu'on n'aille pas toutefois conclure des quelques idées que je viens d'exprimer sur une des questions les plus élevées de la philosophie naturelle, que je méconnais l'importance de l'observation : ce serait là une erreur complète..... J'estime que l'observation ne fait encore, sur une foule de points, que commencer son œuvre. Cette méthode a une double fonction dans l'édification de la science. Au service du plus grand nombre des intelligences, elle est le seul moyen pour elles d'arriver à la vérité; pour les intelligences d'élite, elle est, de plus, un moyen de vérification, mais de vérification nécessaire; car, tant qu'une idée n'a pas été confirmée par les faits, elle est comme si elle n'était pas; au lieu d'être une lumière réelle, ce n'est peut-être qu'une sorte de phosphène de l'intelligence. » Cette expression est charmante et je l'oppose à cette expression hardie mais imprudente de M. Ed. Auber, qui a qualifié l'observation de *crétinisme exact.*

M. Simon est vitaliste, mais je l'enrôle sans façon dans mon *vitalisme tolérant et progressif* et je n'en donnerai pour preuve que la page suivante que je signerais des deux mains :

« Quand on embrasse l'organisme vivant dans l'ensemble des phénomènes par lesquels il se manifeste, il est impossible de ne pas reconnaître la part importante qu'y prennent, comme cause, les forces communes de la matière. Comment voulez-vous, par exemple, que la force universelle, qui se révèle partout où deux molécules sont en contact, l'affinité, ne se manifeste pas dans l'organisme vivant, quand tout, température, agens de dissolution, mouvemens incessans, qui multiplient ce contact, quand tout, dis-je, en favorise le libre développement? Toutefois, c'est sous la discipline de la vie que cette force développe ses énergies au sein de l'organisme, où elles se renferment dans les limites d'une fin prévue. L'affinité, ainsi que toutes les autres forces qui gouvernent les mouvemens de la matière, devient par là un instrument de la vie, comme un organe, comme un appareil, pour réaliser l'idée même sous laquelle celle-ci est conçue. Cette subordination des actions chimiques à la force vitale, dans l'intérêt même de la vie, n'a rien de plus étonnant, que la subordination à la même force d'ensemble des autres énergies de l'ordre inorganique, qui fonctionnent au sein de l'économie vivante.

» Voulez-vous un autre exemple? Voyez la respiration; quand dans cet acte vital, vous constatez, d'une part, le passage de l'oxygène à travers les poumons, et à travers toute la masse sanguine, et de l'autre, quand vous pouvez calculer d'avance la quantité d'acide carbonique qui sera émis dans un temps donné, et presque dans une circonstance donnée : est-ce que vous pouvez nier qu'il se passe là un phénomène de combustion? Est-ce que vous pouvez nier que cette combinaison s'accompagne par elle-même directement, *ipso facto,* d'un développement de chaleur, d'électricité? etc., etc. Mais ce sont ces concessions, dit-on, qui autorisent la chimie à imposer ses lois à la médecine violée. A cette accusation, fort à la mode aujourd'hui, et qui se trouve déjà dans Bordeu, aggravée de vitupérations moins ménagées encore, je répondrai d'abord qu'en matière de science, le viol est à mes yeux parfaitement légitime, quand il est fécond; ensuite, je demanderai comment on s'y prendra pour nier des faits qui sont clairs comme la lumière du jour. Dites que tout n'est pas là, que cette force brutale ne peut expliquer la juste proportion, suivant laquelle elle s'exerce dans la circonstance dont

(1) Un vol. in-8°, avec portrait de Lepecq de la Cloture. — J.-B. Baillière.

de leur mobilité ou de leur transparence. L'aorte est un peu dilatée à son origine et présente en cet endroit un diamètre de $0^{m},025$ à 0,030.

Cavité abdominale. — Les viscères abdominaux ne sont pas encore entièrement refroidis.

Le péritoine, lisse, légèrement humide, ne contient ni liquide, ni gaz épanché.

Le tube digestif n'offre rien à noter.

Le foie est plus développé qu'à l'état normal ; il n'a pas subi d'altération de forme ; son enveloppe séreuse est fortement adhérente au diaphragme, surtout en arrière. Son poids spécifique est considérablement diminué ; il surnage quand on le plonge dans l'eau. Son poids absolu est de 1,900 grammes. A travers sa membrane péritonéale, on aperçoit des espèces de petites vésicules vertes, assez espacées, constituées par des bulles de gaz entourées d'un liquide verdâtre. La vésicule du fiel est distendue par du gaz mêlé à de la bile d'un vert foncé, très fluide. Quand on presse le tissu hépatique, on sent une crépitation fine, analogue à celle que donne un poumon très légèrement induré. Percuté, il rend un son parfaitement semblable à celui du poumon ; sa couleur est uniformément d'un jaune fauve ; les coupes qu'on y pratique montrent que cette coloration est générale. On y voit parsemées des taches vertes produites par de la bile épanchée autour de petites bulles de gaz. Son tissu est uniformément infiltré par un fluide gazeux qui paraît siéger dans les ramifications les plus fines des vaisseaux hépatiques, et qui s'en échappe par la pression sous forme de bulles mêlées à un liquide jaunâtre et visqueux, en produisant une crépitation très sonore et très fine. Les granulations sont peut-être plus apparentes qu'à l'ordinaire. La consistance du foie paraît normale. Dans certains points, cependant, et surtout aux environs de sa face concave, il se laisse facilement déchirer.

La rate pèse 500 grammes ; son volume est augmenté, sa texture et sa coloration normales.

Les reins sont sains.

Dans aucun autre viscère on ne retrouve d'épanchement aériforme. La veine cave inférieure et la veine porte n'en contiennent aucune trace.

Les observations d'inhalation gazeuse dans le foie sont assez rares pour que nous ayons cru utile de publier celle que nous venons de rapporter. Malgré les nombreux travaux dont les maladies de l'appareil biliaire ont été l'objet, il reste encore beaucoup d'obscurité sur leur histoire : aussi doit-on s'attacher à collecter les faits qui pourront servir un jour à la compléter et à démontrer l'existence possible de certaines lésions de l'organe hépatique, tour à tour admises et rejetées par les pathologistes.

Mérat, à l'article FOIE du *Grand dictionnaire des sciences médicales*, t. XVI, p. 119, dit que Bianchi, médecin italien, qui a publié, en 1725, un traité sur le foie, sa structure, ses usages et ses maladies, est le seul qui ait observé de l'air dans le tissu du foie.

Lobstein a vu la vésicule du fiel énormément distendue par de l'air quoiqu'il n'y eut aucun obstacle à son passage dans le canal cystique (p. 159, t. II, *Anat. path.*).

M. Louis, dans son *Traité sur la phthisie*, p. 147, rapporte une observation, selon lui unique, d'un foie emphysémateux, plus léger que les poumons, ayant à peine le volume qui lui est naturel. Ce foie fut trouvé sur un jeune homme de 27 ans, qui mourut de phthisie pulmonaire, après six mois de maladie, et sur le cadavre duquel on constata, en outre, un emphysème général, accompagné d'une diffusion de la matière tuberculeuse, au même degré de développement, dans les poumons, le mésentère et l'épiploon. M. Louis pense que cet emphysème s'était développé bien avant la mort, d'une manière lente et par suite d'une altération quelconque du parenchyme de l'organe.

M. Bonnet croit que, dans l'observation rapportée par M. Louis, l'emphysème s'est manifesté après la mort, mais que, dans tous les cas, on doit le considérer comme le résultat d'une affection irritative. Il ne faut pas oublier que l'ouvrage de M. Bonnet, écrit sous l'influence des idées de Broussais, rapporte toutes les maladies de cet organe à une cause unique, l'inflammation.

Dans la dernière édition de son *Traité sur la fièvre typhoïde*, M. Louis rapporte que le foie ne fut trouvé emphysémateux dans aucun cas ; mais, chez trois sujets morts à des distances très variées du début, les vaisseaux sanguins de cet organe contenaient une plus ou moins grande quantité d'air.

Sur trois sujets morts d'autres maladies aiguës, l'autopsie a révélé trois cas d'emphysème du foie ; cet état coïncidait avec un état analogue du tissu cellulaire du cou et des membres, dans une étendue plus ou moins considérable ; il était surtout remarquable, ainsi qu'il l'avait déjà observé sur le sujet dont l'histoire est rappprté dans le *Traité sur la phthisie*, en ce que, malgré le très grand nombre de vides qu'il présentait, le foie n'avait pas plus de volume que dans l'état normal. Quelque manière de voir qu'on adopte relativement au début de ce phénomène, ajoute M. Louis, avant ou après la mort, il ne me semble pas possible de voir sans étonnement qu'une affection nommée jusqu'ici fièvre putride, n'ait pas donné lieu, dans les 46 cas dont j'ai fait l'analyse, à un phénomène qui semblerait justifier ce nom ; tandis que d'autres maladies, dont la nature ne rappelle pas l'idée de putridité, sembleraient, par le résultat qui vient d'être exposé, avoir assez souvent ce caractère.

Valleix, dans son *Guide du médecin praticien*, consacre un paragraphe à l'emphysème du foie, qu'il classe au nombre des altérations que peut présenter cet organe. Selon lui, il n'offre pas plus d'intérêt pour le praticien que la dégénérescence graisseuse. D'après l'observation de M. Cossy, il admet que cette lésion peut se produire pendant la vie, et, en pareil cas, dit-il, le foie léger surnage comme le poumon lorsqu'on le met dans l'eau et est formé de vacuoles, dont la plupart sont pleines d'air. Dans un des cas observés par M. Cossy et qui eut lieu chez un sujet empoisonné par l'acide nitrique, il y eut du délire, symptôme qui paraît en rapport avec la lésion de la glande hépatique.

L'observation que nous venons de rapporter me paraît mettre hors de doute la possibilité de développement de l'emphysème du foie pendant la vie. L'augmentation de résonnance à la base du côté droit de la poitrine, constatée quelques jours avant la mort, prouve le changement qui s'était déjà opéré dans la texture de cet organe. Dans notre embarras pour l'expliquer, nous avions d'abord cru que l'organe s'était abaissé ou avait diminué de volume à sa partie supérieure ; l'autopsie nous a démontré notre erreur. Pendant la vie du malade, quand nous cherchions à reconnaître quelle pouvait être la cause de l'état cachectique dans lequel il était plongé, nous nous étions arrêté à la pensée qu'une dégénérescence du tissu hépatique en était le point de départ. Les douleurs lancinantes, qui se développèrent plus tard dans l'hypochondre droit, confirmaient cette opinion ; les rapports acides, les régurgitations, qui survinrent ensuite, semblaient annoncer que la dégénérescence gagnait l'estomac. Quoiqu'il n'y eut pas d'ictère, la décoloration des excrémens rendait encore plus probable une lésion de l'appareil biliaire, suite de cette dégénérescence cancéreuse. Nous étions encore dans l'erreur.

L'emphysème a été l'altération principale ; mais, contrairement aux faits rapportés par M. Louis, cet état était borné au foie, et, nulle part ailleurs, il n'y en avait de trace. C'est une nouvelle preuve qu'on ne peut l'attribuer à un commencement de décomposition putride ; car le foie n'est pas l'organe qui se putréfie le premier. Son siége paraît avoir été dans les voies biliaires, comme semblent le démontrer les espèces de petites vacuoles contenant un liquide vert mêlé à des bulles de gaz qui apparaissait sous le péritoine, et la distension de la vésicule par le même mélange. Mais, de quelle nature était l'altération qui lui avait donné naissance? Nous l'ignorons, et l'on ne pourrait émettre à ce sujet que des conjectures. Au point de vue pratique, cette observation ne satisfait pas davantage, et la difficulté d'établir le diagnostic d'une semblable altération suffit pour faire comprendre que son traitement est encore inconnu.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU GOUDRON DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉTAT TYPHOIDE ET DE LA FIÈVRE TYPHOIDE ;

Par M. le docteur A. CHAPELLE, d'Angoulême (1).

Exemples de fièvres typhoïdes graves traitées par la médication goudronneuse.

I. — Adeline Lafond, âgée de 10 ans, demeurant au village des Joyeux, près le faubourg Saint-Cybord. Elle était alitée depuis neuf jours, quand je fus appelé le 20 septembre 1854.

Trois jours avant de garder le lit, elle se plaignait de fatigue générale, de céphalalgie, et mangeait sans appétit. Le soir, en revenant de l'établissement où elle travaillait, elle éprouvait un peu de fièvre qu'elle gardait toute la nuit. Le troisième jour, elle fut obligée de quitter son travail à midi, se rendit avec peine au domicile de ses parens, qui habitent le voisinage. Elle se mit au lit sans pouvoir se lever le lendemain, ainsi que les jours suivans. Depuis lors, la fièvre fut continue et les phénomènes morbides allèrent en s'aggravant. Le 15 septembre elle eut une hémorrhagie nasale assez abondante qui cessa d'elle-même, pour se reproduire dans la nuit. Alors l'adynamie devint très prononcée et l'hébétude s'accrut.

Quand je vis la malade, elle présentait un état de stupeur très manifeste ; elle était constamment plongée dans la somnolence. J'étais obligé de crier très fort pour me faire entendre et la faire sortir de sa torpeur. Elle ne répondait à mes questions que par monosyllabes. Les narines étaient pulvérulentes, la langue et les dents fuligineuses. Je remarquai quelques taches pétéchiales sur le ventre. L'abdomen était tendu et présentait du gargouillement à la fosse iliaque droite. Les matières alvines rendues par la malade étaient presque liquides, d'un gris-verdâtre et extrêmement fétides. Les urines présentaient une coloration rouge et un dépôt sédimenteux. La peau était chaude, sèche ; et le pouls, dépressible, *bis feriens*, battait 120.

Je prescrivis la tisane et les lavemens de goudron. L'ordonnance fut presque aussitôt exécutée. Dans la journée du 20 septembre, on lui fit prendre quatre lavemens : le premier fut rendu presque aussitôt qu'il fût administré ; les trois autres furent gardés chacun trois heures au moins. Dans la nuit on lui en fit prendre un cinquième.

Le 21, à peu près même état que la veille ; seulement, je constatai un peu moins de tension du ventre. Elle but abondamment de sa tisane, et prit trois lavemens dans la journée, qu'elle garda chaque fois plusieurs heures.

La nuit du 21 au 22 fut calme. Les nuits précédentes, elle présentait des marmottemens, dont elle fut exempte cette nuit-là.

Le 22, la surdité était aussi prononcée que les autres jours, mais la stupeur des traits avait manifestement diminué. Un peu moins de sécheresse à la peau. Pouls à 115, dépressible. La bouche présentait un état

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 30 Août, 1er et 6 Septembre.

---

il s'agit ; dites avec M. Cl. Bernard que la chaleur animale n'est pas exclusivement un phénomène de combustion, ou au moins que cette métamorphose chimique s'accomplit sous la discipline du système nerveux, à tel point que la section d'une portion du grand sympathique entraîne comme conséquence une modification profonde dans la calorification de la partie à laquelle cette branche se distribue ; dites encore avec le savant disciple de M. Magendie, qu'en piquant le quatrième ventricule, on fait uriner du sucre à un lapin ; que la glucosurie, par conséquent, n'est pas une simple transformation chimique des substances employées dans l'estomac ; dites toutes ces choses, et beaucoup d'autres encore, pour montrer que les forces spéciales dont est animé l'organisme vivant, viennent modifier l'action des forces brutes ; mais ne niez pas l'action de ces forces, car ce serait, je le répète, nier la lumière du jour. »

Je pourrais citer des passages plus explicites encore, où l'auteur accuse et accentue le seul vitalisme que puissent accepter ceux que le progrès des sciences n'effraie pas et qui n'y trouvent aucune contradiction avec le vitalisme. M. Simon s'arrête dans ses croyances vitalistes juste au moment où l'observation des phénomènes lui fait défaut. Qu'est-ce que le principe vital ? Il l'ignore. Comment la force vitale et les forces générales de la matière agissent-elles l'une sur les autres? Il n'en sait rien, et il estime qu'il vaut mieux s'arrêter là où le sol vient à manquer que de risquer de tomber dans les abîmes de l'hypothèse, qui, selon, la belle expression de M. Buchez, n'est rien, ne signifie rien, si elle n'est faite dans l'intention d'une vérification, et si elle n'est vérifiée ; j'ajouterais et si elle n'est vérifiable. Or, des générations de générations passeront sur ce globe avant qu'il soit donné à l'homme de pénétrer la nature des réactions réciproques des forces vitales et des forces cosmiques. Donc à quoi peut servir d'user son intelligence à la recherche d'une solution décidément introuvable ? C'est ce que M. Simon fait ressortir avec grande raison en montrant jusqu'à quel point peuvent s'égarer les plus belles intelligences, en voulant pénétrer le mystère insondable de la nature du principe vital.

L'opinion de M. Simon sur la question si controversée de la contagion de la fièvre typhoïde est sage et réservée, il ne la tranche pas par une affirmation ou par une négation ; il présente aux lecteurs des motifs de doute. Ce passage mérite d'être reproduit :

« Constatons d'abord un fait qui domine toute cette discussion. Contagieuse ou non, il est impossible de nier la qualité épidémique que présente, dans un bon nombre de cas, la maladie ; quand vous voyez la maladie régner simultanément, comme l'a vu Lepecq de la Cloture, et comme une foule d'observateurs l'ont remarqué, sur un grand nombre de points à la fois, et à des distances plus ou moins grandes, ce n'est point là de la contagion, c'est de l'épidémie ; c'est-à-dire l'action d'une cause générale inconnue, mais en dehors de l'homme, et qui agit sur l'homme. Or, ceci posé, une épidémie trouve-t-elle les mêmes conditions de développement dans une petite localité, dans un village, qu'à Paris? Voyez, en peu de mots, combien les choses diffèrent. A Paris, pauvre, le malade va à l'hôpital ; riche, ses frères, ses sœurs, son père, sa mère, ses parens, ses amis l'entourent, mais se déchargent en très grande portie sur d'autres, sur des gardes plus ou moins âgées, sur des domestiques, des soins que commande la maladie. En est-il de même dans une petite localité? Non, certainement. Là, tous les soins incombent à la famille elle-même, et par dévouement qu'on ne saurait trop louer, précisément parce qu'il est périlleux, mais qu'il faut éclairer avec prudence, ce sont surtout les frères, les sœurs, les amis du même âge qui veillent le jour et la nuit auprès des pauvres patiens. Que résulte-t-il de là? C'est que les malheureux qui se prodiguent ainsi se fatiguent, se surmènent, si on peut ainsi dire, et se placent par là dans les conditions les plus favorables pour que l'épidémie les frappe. Si vous ajoutez à cela que leur âge, en général, les prédispose à la maladie ; que souvent ils ont une chétive nourriture, et que si l'épidémie peut donner lieu à ce que, dans une étiologie encore obscure, nous appelons foyer d'infection, nulle part plus que dans ces habitations inaérées, étroites, humides, cette cause morbigène ne trouve des conditions plus favorables, si, dis-je, vous pesez bien toutes ces circonstances, peut-être trouverez-vous là les raisons pour lesquelles l'on voit la maladie, dans les petites localités, faire souvent de nombreuses victimes dans les mêmes familles ; peut-être trouverez-vous que c'est là qu'il faut chercher les causes pour lesquelles la fièvre typhoïde est simplement épidémique à Paris, tandis qu'ici elle semble clairement contagieuse. »

Je voudrais pouvoir citer en entier le beau chapitre dans lequel M. Simon s'élève jusqu'à l'éloquence contre les idées récentes, que nous sommes en train de combattre ici par des chiffres, d'une prétendue transformation pathologique de la variole en fièvre typhoïde. Ces malheureux inventeurs n'ont même pas inventé cette prétendue transformation. M. Simon rappelle avec bonheur un passage de Sprengel qui apprend qu'en 1786, l'Académie des sciences de Stockholm mit au concours cette question : « D'où vient la multitude des fièvres *putrides* qui s'observent aujourd'hui, et pourquoi les fièvres miliaires sont elles devenues si rares ? » N'est-il pas curieux de voir le même problème s'agiter après plus d'un demi-siècle ? Il va sans dire que le mémoire couronné répondit négativement à la question, en démontrant que la fréquence plus grande des fièvres putrides n'était qu'apparente, et qu'elle résultait uniquement d'une plus rigoureuse précision dans le diagnostic. M. Simon termine ce chapitre par une remarque qui l'a souvent frappé, dit-il, et qui est, en effet, saisissante de vérité et d'à propos:

« Pour une idée lumineuse qui vient de loin en loin briller au milieu des ténèbres de notre science, combien d'idées fausses apparaissent, qui ne peuvent qu'égarer les esprits ! depuis l'homœopathie, qui prétend guérir les maladies avec l'ombre des choses, jusqu'à la vaccination syphilitique, qui accumule le poison dans l'organisme pour l'en préserver, combien de conceptions absurdes n'avons-nous pas vues se produire avec l'aplomb qui convient et qui manque souvent aux conceptions du génie ! Comme on ne trouve souvent qu'une momie dans les pyramides les plus fastueuses des anciens jours, ainsi il n'y a au fond de ces ambitieuses aspirations qu'un misérable intérêt, une étroite vanité. Cette passion mesquine serait mortelle au génie, comment ne voulez-vous pas qu'elle ne tue pas le bon sens ? La raison de cette luxuriante stérilité, c'est l'absence dans les esprits d'une idée inspiratrice grande et féconde, c'est le manque de cette ambition généreuse qui n'aspire qu'à la vérité. Voilà, sans aucun doute, un obstacle réel au progrès de la science, et non seulement de nobles intelligences s'énervent à ce travail ingrat, que leur impose l'amour effréné de la gloire facile ; mais, ce qui n'est pas moins grave, au milieu de ce conflit d'excentricités, d'élixirs larvés, si j'ose le dire, à l'aide desquels on cherche à capter la faveur populaire, le bon sens public s'altère ; à force de nous enivrer du vin captieux du paradoxe, nous perdons le goût simple de la vérité....

» Arrêtons-nous sur cette pente fatale, oserai-je crier du fond de ma solitude à la très grande majorité des médecins qui, grâce au ciel, n'ont fait qu'applaudir à ces débauches de l'esprit, à ces piperies effrontées d'une fausse science, arrêtons-nous ; car il y va de l'intérêt de l'humanité, il y va de la dignité de la science, il y va de la fortune même de l'art. »

M. Max Simon m'entraîne au delà des limites que je m'étais posées et absorbe à lui seul l'espace que je voulais consacrer à deux ou trois autres ouvrages. On n'a pas tous les jours la bonne fortune de rencontrer comme compagnon de voyage un esprit aussi distingné. Mais les citations que j'ai faites de cet ouvrage m'excuseront auprès du lecteur d'avoir un peu oublié et ma route et mon but.

Amédée LATOUR.

visqueux un peu moins considérable. La langue à peu près aussi sèche que la veille.

Le 23, le regard offrait un peu d'animation. Ventre souple, non douloureux à la pression. La peau avait un peu perdu de sa sécheresse ; la langue commençait à devenir un peu humide. Pouls à 108, plus régulier que les jours précédens.

Le 24, amélioration générale notable. Quoique la surdité fût prononcée, la figure exprimait plus de vivacité que les jours qui avaient précédé. La bouche moins sèche et moins poisseuse. Pouls à 95. Elle prit avec plaisir deux bouillons dans la journée. L'amélioration alla se continuant chaque jour. Le 30 septembre, la malade se leva pour la première fois trois quarts d'heure environ. On ne cessa les lavemens que le premier octobre. La tisane fut continuée quelques jours encore. Le 5 octobre, la convalescence était si avancée, que l'enfant put faire quelques pas en dehors de la maison, appuyée sur le bras de sa mère.

II. — Louise Lauran, âgée de 16 ans, domiciliée faubourg Lhoumeau, impasse Callaud. Le 1er novembre 1854, étant en bon état de santé, elle se rendit au cimetière de la ville, distant de 3 kilomètres environ. En revenant, elle se trouva très fatiguée. Elle se plaignit le soir de céphalalgie et de lassitude ; la bouche sèche. Elle mangea moins que d'habitude. La nuit fut cependant assez calme et sans fièvre. Mais le lendemain et les jours suivans, l'inappétence devint complète ; elle éprouva un peu de diarrhée, une sensation de brisement de tout le corps et de céphalalgie gravative. Elle restait cependant levée toute la journée et pouvait vaquer à une grande partie de ses occupations. Le soir, vers les cinq heures, elle éprouvait de la fièvre qui durait toute la nuit, avec rêvasseries pénibles. Cet état dura ainsi, sans changement notable, jusqu'au 8 novembre.

Mais le 8 au matin, la malade ne put se lever. La fièvre était devenue continue, les traits de la figure exprimaient la stupeur. Dans la nuit du 8 au 9, elle prononça à demi-voix des paroles incohérentes. La bouche était devenue très glutineuse et les selles d'une grande fétidité. Le 9, elle eut une épistaxis assez abondante. L'affaiblissement général fut dès lors plus prononcé. Dans la nuit du 9 au 10, elle urina sous elle sans s'en apercevoir.

Je fus appelé à lui donner des soins le 10 au matin. Le facies, vu dans son ensemble, présentait un caractère de stupeur, et cependant le regard avait de la vivacité. La malade répondait assez nettement à mes questions. Elle n'accusait d'autre douleur qu'à la tête. La langue était rouge et recouverte, à son milieu, d'un enduit jaune-grisâtre. Un liseré d'un brun-grisâtre existait autour des gencives. L'ouïe était obtuse. Le ventre, légèrement tendu, était douloureux au palper, surtout à la fosse iliaque droite, où je perçus un gargouillement manifeste. Des taches pétéchiales se montraient aux hypochondres et vers l'épigastre. Pouls à 112, mou et ondulant ; la peau chaude et sèche.

Je prescrivis la tisane et les lavemens de goudron d'après la formule ordinaire. Les lavemens furent administrés de manière à ce que la malade en eût toujours un. Quant à la tisane, elle s'en dégoûta dès le deuxième jour, et on fut obligé de lui donner, comme boisson, une décoction d'orge et de gomme.

Le 11 et le 12, elle rendit encore un peu de sang par le nez. La surdité devint si grande, qu'à peine on pouvait se faire entendre même en criant. Elle urinait sous elle et rendait des matières alvines sans s'en apercevoir. La nuit elle était agitée : elle parlait, gesticulait, appelait à haute voix des personnes qu'elle n'avait pas vues depuis longtemps. Elle reconnaissait à peine les parens qui s'approchaient de son lit.

Le 13, le 14, le 15, l'état de la malade resta sensiblement le même.

Le 16, une légère amélioration commença à se faire sentir. La peau présenta un peu moins de sécheresse, l'affaissement devint moins considérable. Elle se mit un peu mieux en rapport avec les hommes et les choses. Mais la surdité persista, et l'évacuation des matières excrémentitielles continua à avoir lieu en dehors de sa volonté. Un peu moins de délire dans la nuit du 16 au 17.

Pour la première fois elle demanda à uriner dans la journée du 18. Les urines rendues étaient rouges et très sédimenteuses. Le facies présentait encore de la stupeur ; la surdité persistait. Mais le ventre était à peine tendu et non douloureux. La peau un peu moins chaude. Le pouls à 100, mou et dépressible.

La malade resta jusqu'au 22 sans éprouver un changement bien notable dans son état. Mais alors le délire cessa, la nuit fut calme, la physionomie reprit de son expression, la langue devint humide, le pouls moins fréquent et plus régulier. Chaque jour on augmentait la quantité de bouillon, qu'elle prenait et qu'elle supportait très bien.

Le 25, on la leva pour la première fois pour faire son lit. Une fois debout, elle sentit ses jambes fléchir, la figure devint d'une pâleur extrême : elle fut sur le point d'éprouver une syncope. Aussitôt on l'assit sur un fauteuil et elle fut prise d'hallucinations : elle croyait voir autour d'elle des personnes et des choses qui n'y se trouvaient pas. Les objets réels qui s'offraient à sa vue étaient aperçus doubles ou comme écornés. Les pupilles étaient largement dilatées. Le soir, elle éprouva un peu de frissons et une toux sèche, de la fièvre avec rêvassseries pénibles. Mais le lendemain, 26, au moment où je la vis le matin, la fièvre avait entièrement disparu. Instruit de ce qui était arrivé la veille, je prescrivis le séjour au lit jusqu'à ce que les forces fussent devenues plus grandes. Je fis cesser alors les lavemens de goudron. Dans le cas où la toux et les frissons reviendraient le soir, je conseillai l'usage du sirop diacode à la dose d'une cuillerée à bouche. L'administration de ce sirop eut lieu le soir, vers cinq heures. Les frissons et la toux furent arrêtés, et la nuit fut calme. Le lendemain, elle prit deux potages, qu'elle trouva bons et qu'elle digéra facilement.

Le 30, elle put se lever, resta deux heures hors de son lit, se sentit encore très faible, mais n'eut pas de syncope ni d'hallucinations. L'appétit étant bon, les forces revinrent rapidement ; car, le 7 décembre, elle sortit se promener dans la rue.

III. — Alfred Laurent, 19 ans, ajusteur mécanicien, rue de la Corderie, n° 18. Le 7 décembre 1854, il éprouva, en se levant, de la lassitude et du mal de tête. Il put cependant vaquer à ses occupations ordinaires ; mais, le soir, il se coucha sans manger. La nuit, il eut un peu de rêvasserie, sans fièvre.

Le 8, en se levant, il sentit la bouche glutineuse, de la céphalalgie et une sensation de brisement de tout le corps. Inappétence complète. Il alla à son travail ; mais, à midi, il fut obligé de quitter l'ouvrage. Il éprouva alors des frissons et des vertiges. Une fois au lit, il fut pris de fièvre qui devint continue. Dès lors, il ne put se lever. La nuit, il était pris de délire, il parlait, gesticulait, appelait des personnes absentes. Pas d'épistaxis.

Le 12, je fus appelé. La figure présentait de l'animation, les yeux étaient vifs. Il se tournait et retournait dans son lit avec rapidité et brusquement. Il répondait assez bien aux questions que je lui adressais, pourvu qu'elles fussent très courtes. La langue avait sa largeur et son épaisseur ordinaires ; elle était rouge sur les bords, croûteuse à son milieu. Soif médiocre ; pouls à 115, irrégulier. Depuis deux jours, les matières alvines rendues étaient diarrhéiques et très fétides. Urines rouges et sédimenteuses ; ventre tendu, douloureux à l'hypogastre, avec gargouillement manifeste ; deux taches pétéchiales à la partie antérieure et inférieure de la poitrine.

Je prescrivis la tisane et les lavemens de goudron. Mais voyant l'état d'exaltation du malade, je fis ajouter aux lavemens du matin et du soir : camphre en poudre, 85 centigrammes ; musc pulvérisé, 1 gramme. L'ordonnance fut parfaitement exécutée et régulièrement suivie. A partir du troisième lavement, tous furent gardés deux heures au moins.

Jusqu'au 17, pas d'amélioration notable ; le délire continua ; l'exaltation des nuits, surtout, fut la même. Le malade parlait à haute voix ; parfois il prenait la position assise dans son lit. Seulement, le ventre perdit rapidement de sa tension et devint souple. C'est dans la journée du 17 que le calme commença à se montrer et que la fièvre devint moins intense. Dans la nuit du 17 au 18, il y eut encore de la loquacité, mais le malade ne quitta pas la position horizontale.

Le 18, la langue commença à devenir humide ; le regard perdit un peu de sa vivacité ; la peau présenta un peu moins de sécheresse et de chaleur. Pouls à 100. Je lui fis prendre le matin quatre cuillerées de bouillon qu'il digéra facilement. La nuit comme la précédente.

Le 19 et le 20, le pouls baissa et se trouva au chiffre moyen de 90. Deux fois il prit du bouillon dans le jour sans en éprouver la moindre incommodité. Pour la première fois, la nuit du 20 au 21 fut calme. Le 22, je fis cesser tout lavement, mais le malade continua l'usage de sa tisane. Le 28, il se leva dans la journée pendant une heure. L'appétit se fit sentir ; et, quelques jours après, il pouvait marcher et se promener dans sa chambre.

IV. — Lazare Priolaud, 26 ans, clerc de notaire, à Mausle. Depuis un an, il allait en maigrissant, quoique l'appétit fût conservé. Il éprouvait, le matin surtout, une toux d'un timbre généralement sec ; il rendait quelques crachats puriformes. Plusieurs fois déjà il avait craché du sang ; et M. le docteur Arlin, qui avait été appelé à lui donner des soins, avait constaté une respiration rude avec quelques bulles de craquement à la partie supérieure des poumons.

Le 17 février 1855, M. Priolaud, après avoir vaqué à toutes ses occupations habituelles, fut pris, dans l'après-midi, de céphalalgie, d'inappétence et de lassitude. Il se coucha sans prendre de nourriture. La nuit, pas de fièvre, mais des rêvasseries pénibles. Le lendemain matin, en se réveillant, il sentit la tête lourde, les sens obtus, la bouche visqueuse, sans fétidité de l'haleine, et une sensation de courbature générale. Il se leva à huit heures, éprouva dans le jour un peu de diarrhée, et fut obligé de se coucher à quatre heures du soir, parce qu'alors il sentait venir la fièvre et la prostration augmenter. Mais, dès ce jour, la toux et les crachats, qui existaient auparavant, disparurent et cessèrent pendant tout le cours de la période fébrile. Dès le lendemain, le facies prit un caractère de stupeur, la fièvre devint continue et intense, les matières alvines fétides, les urines sédimenteuses. Le confrère qui fut appelé diagnostiqua une fièvre typhoïde, et ne prescrivit que des lavemens de mauve et des compresses trempées dans l'eau de mauve à appliquer sur le bas-ventre. Je vis le malade pour la première fois le 24 février. Le facies présentait de l'hébétude ; l'intelligence était conservée, mais on était obligé de stimuler le malade pour le faire parler. Il était plongé dans un demi-sommeil. La langue offrait une rougeur générale, excepté à son milieu, où existait un enduit d'un jaune-grisâtre et adhérent. Soif médiocre. Une tache pétéchiale à l'hypochondre gauche. Ventre légèrement tendu, avec gargouillement prononcé à la fosse iliaque droite. Selles grisâtres et très fétides ; urines rouges et chargées de sédiment. Pouls à 108, mou, dépressible et ondulant.

Je fis part à mon confrère des bons résultats que j'avais obtenus de la médication goudronneuse dans la maladie typhoïde, et nous nous décidâmes à l'employer ici. Dès ce jour, on lit prendre deux lavemens de goudron qui ne furent gardés que quelques instans. Et comme cette odeur ne convenait pas au malade, il fit des difficultés pour en prendre de nouveaux. Le confrère ne chercha pas à contrarier ses désirs et il en revint à l'usage de l'eau de mauve. Mais la maladie continua ses progrès, et je fus appelé de nouveau le 1er mars. La prostration avait augmenté, la stupeur des traits était plus considérable, la langue était devenue croûteuse, les gencives et les dents s'étaient recouvertes çà et là d'une couche fuligineuse. Au sacrum, il commençait à se manifester une disposition gangréneuse de la peau, et déjà le docteur Arlin avait fait appliquer sur ces parties une plaque de taffetas d'Angleterre. J'insistai de nouveau sur la médication goudronneuse qui avait été abandonnée. Cette fois, en présence du péril où se trouvait le malade, cette médication fut rigoureusement suivie.

Je le revis le 6 mars. L'amélioration était notable. Le pouls était à 90 ; le facies présentait plus d'expression ; la langue commençait à perdre de sa sécheresse. Il avait pris ce jour-là deux cuillerées de bouillon qu'il digéra facilement. Le ventre était mou et non douloureux.

Le 10, il put se lever et resta deux heures assis et sans éprouver de fièvre. Mais le soir, la toux, qui ne s'était pas sentir pendant toute la période typhoïde, reparut et continua à se faire sentir.

Le 11 et les jours suivans, la fièvre revint avec frissonnemens le soir. Les crachats devinrent très abondans et purulens. Dès le 19, en l'auscultant, je trouvais sur plusieurs points de la poitrine, surtout près du sommet, des râles de craquement humide, et dans les premiers jours du mois d'avril, il succombait à une phthisie aiguë : exemple remarquable au point de vue thérapeutique et au point de vue pathologique. Il montre, d'une part, la puissance de la médication goudronneuse contre la fièvre typhoïde ; et, d'autre part, il fait voir que deux perturbations morbides prononcées ne peuvent se développer simultanément au sein de l'économie. La plus violente fait taire la plus faible : *Vehementior obscurat alteram.*

Dans le traitement par le goudron, je n'ai recours d'ordinaire qu'à ce seul agent. Cependant, dans les cas de fièvre typhoïde à délire prononcé, j'associe au goudron le camphre et le musc, comme j'en ai montré un exemple plus haut. Dans deux autres circonstances, j'ai employé avec avantage, concurremment avec le goudron, le kermès en potion et les vésicatoires volans autour de la poitrine, pour combattre de nouveaux râles muqueux et sibilans qui rendaient la respiration difficile. Mais j'ai toujours proscrit la médication spoliative par les émissions sanguines ou les purgatifs répétés, parce que l'observation montre que les fortes hémorrhagies ou les évacuations alvines abondantes, loin de produire une modification heureuse chez le malade, ne font qu'aggraver sa position. Aussitôt que la fièvre commence à devenir un peu moins considérable, je prescris l'usage des bouillons. C'est à l'absence de tout traitement déplétif, à l'usage de la médication goudronneuse que je dois rapporter les convalescences courtes et le prompt rétablissement des personnes affectées de la maladie typhoïde qui ont été soumises au traitement que j'indique.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE ;

Professé par M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles Roux.)

Trente-cinquième Leçon.

SOMMAIRE. — Quelle cause assigner à l'existence d'ossemens d'éléphans en Sibérie ? — Opinions de Gmelin et de Pallas ; de Buffon ; de Cuvier ; de Laplace ; de M. Flourens.

Nous connaissons ce grand fait, savoir, que dans les parties les plus orientales de la Sibérie, on trouve des restes d'animaux gigantesques dont les analogues ne vivent plus que dans les terres du Midi.

On ne peut au sujet de ce fait — il est incontestable, les débris organiques sont là — on ne peut former que deux conjectures : 1° ou bien ces animaux auront été amenés des régions équatoriales dans le Nord, soit qu'ils aient fui devant une inondation, soit qu'abîmés dans les eaux, leurs cadavres aient été charriés en Sibérie par des courans marins ; 2° ou bien ces mêmes animaux vivant en Sibérie, un cataclysme les aura saisis et fait périr dans leur pays natal.

Il semble qu'il n'y ait place que pour ces deux conjectures.

Nous avons vu que la première a été adoptée par Gmelin et Pallas. Nous verrons tout à l'heure la seconde adoptée par Cuvier. Buffon, quant à lui, ne veut ni de l'une ni de l'autre.

Je vous ai fait connaître son opinion : le grand naturaliste imagine, dans la question qui nous occupe, une hypothèse toute particulière, une hypothèse à lui, où se reflète son caractère, et je dirai presque son tempérament.

Les deux conjectures que je viens de rappeler admettent une catastrophe qui se serait produite soit au Nord, soit au Midi ; et c'est pour cela que Buffon, naturellement antipathique à toute action violente, ne veut ni de l'une, ni de l'autre conjecture. Jamais homme ne fut plus mesuré, plus méthodique que Buffon dans les habitudes de la vie, et la régularité s'accompagnait, chez lui, d'une certaine pompe. Il réglait la conduite de la Nature sur sa propre conduite. Aussi veut-il que les régions polaires se soient refroidies, mais refroidies lentement, régulièrement. Les animaux qui y vivaient, atteints et non surpris par ce refroidissement graduel, sont, pour retrouver la même température, descendus lentement du pôle à l'équateur. « Suivons, dit Buffon, suivons nos éléphans dans leur marche progressive du Nord au Midi. » Il dit encore : « Cette marche régulière qu'ont suivie les plus grands, les premiers animaux dans notre Continent..... » On dirait que, dans l'esprit de Buffon, la migration de ces éléphans ne s'est pas faite sans quelque solennité.

Au contraire, Cuvier demande l'explication du fait à une cause instantanée, violente. Nous lisons dans son *Discours sur les révolutions du globe :*

« Les irruptions, les retraites répétées des eaux n'ont point toutes été lentes, ne se sont point toutes faites par degrés ; au contraire, la plupart des catastrophes qui les ont amenées ont été subites. Et cela est surtout facile à prouver pour la dernière de ces catastrophes, pour celle qui, par un double mouvement, a inondé et ensuite remis à sec nos continens actuels, ou du moins une grande partie du sol qui les forme aujourd'hui. Elle a laissé encore dans les pays du Nord des cadavres de grands quadrupèdes que la glace a saisis, et qui se sont conservés jusqu'à nos jours avec leur peau, leur poil et leur chair. S'ils n'eussent été gelés aussitôt que tués, la putréfaction les aurait décomposés. Et, d'un autre côté, cette gelée éternelle n'occupait pas auparavant les lieux où ils ont été saisis ; car ils n'auraient pas pu vivre sous une pareille température. C'est donc le même instant qui a fait périr les animaux et qui a rendu glacial le pays qu'ils habitaient. Cet événement a été subit, instantané, sans aucune gradation ; et ce qui est si clairement démontré pour cette dernière catastrophe, ne l'est pas moins pour celles qui l'ont précédée. »

Ainsi, Cuvier explique le fait par un cataclysme subit, et, avec toute raison. Il veut aussi que le climat de la Sibérie ait varié subitement ; mais cette autre hypothèse a rencontré des contradicteurs. Laplace ne l'admettait pas. Le grand géomètre avait porté son attention sur la question que nous traitons. Ce qui l'avait frappé dans la découverte du rhinocéros de Pallas, et dans celle de l'éléphant d'Adams, c'est que ces animaux étaient couverts de longs poils ; ils étaient donc organisés pour vivre en Sibérie. (*Notre Muséum possède des mèches de poils arrachés à l'éléphant des bords de la mer Glaciale, décrit par Adams ; le professeur les fait passer à l'auditoire.*)

« On ne peut douter, dit Laplace dans l'*Exposition du système du monde*, on ne peut douter que la mer n'ait recouvert une grande partie de nos Continens, sur lesquels elle a laissé des traces incontestables de son séjour. Les affaissemens successifs des îles d'alors et d'une partie des Continens, suivis d'affaissemens étendus du bassin des mers, qui ont

découvert les parties précédemment submergées, paraissent indiqués par les divers phénomènes que la surface et les couches des Continens actuels nous présentent. Pour expliquer ces affaissemens, il suffit de supposer plus d'énergie à des causes semblables à celles qui ont produit les affaissemens dont l'histoire a conservé le souvenir. L'affaissement d'une partie du bassin de la mer en découvre une autre partie, d'autant plus étendue que la mer est moins profonde. Ainsi, de vastes Continens ont pu sortir de l'Océan sans de trop grands changemens dans la figure du sphéroïde terrestre. La propriété dont jouit cette figure de différer peu de celle que prendrait sa surface en devenant fluide, exige que l'abaissement du niveau de la mer n'ait été qu'une petite fraction de la différence des deux axes du pôle et de l'équateur. Toute hypothèse fondée sur un déplacement considérable des pôles à la surface de la terre doit être rejetée, comme incompatible avec la propriété dont je viens de parler. On avait imaginé ce déplacement pour expliquer l'existence des éléphans dont on trouve les ossemens fossiles en si grande abondance dans les climats du Nord, où les éléphans actuels ne pourraient pas vivre. Mais un éléphant que l'on suppose avec vraisemblance contemporain du dernier cataclysme, et que l'on a trouvé dans une masse de glace, bien conservé avec ses chairs, et dont la peau était recouverte d'une grande quantité de poils, a prouvé que cette espèce d'éléphans était garantie, par ce moyen, du froid des climats septentrionaux, qu'elle pouvait habiter et même rechercher. La découverte de cet animal a donc confirmé ce que la théorie mathématique de la terre nous apprend, savoir que, dans les révolutions qui ont changé la surface de la terre et détruit plusieurs espèces d'animaux et de végétaux, la figure du sphéroïde terrestre et la position de son axe de rotation sur sa surface n'ont subi que de légères variations. »

Cette opinion de Laplace a influé sur Cuvier. Celui-ci a modifié la sienne de la manière suivante, dans la dernière édition de ses *Recherches sur les ossemens fossiles* (1822) : « Je ne pense pas qu'il y ait de preuves d'un changement de climat. Les éléphans et les rhinocéros de Sibérie étaient couverts de poils épais et pouvaient supporter le froid aussi bien que les ours et les argalis ; et les forêts dont ce pays est couvert à des latitudes fort élevées leur fournissaient une nourriture plus que suffisante. »

Voilà sur l'origine des ossemens fossiles de la Sibérie bien des opinions divergentes. Voyons rapidement ce que mérite de confiance chacune d'elles.

Gmelin et Pallas croient que les éléphans dont on trouve les squelettes en Sibérie y ont été amenés du Midi. Les deux naturalistes russes font les suppositions suivantes : Ou les éléphans, fuyant devant une inondation, sont arrivés en Sibérie pour y périr de froid et de faim. — Mais, pouvons-nous leur répondre, est-il croyable que des animaux aient pu prendre l'avance sur une inondation aussi formidable que celle qu'aurait produite le déplacement de la mer des Indes ? — Ou les cadavres des éléphans ont été charriés par l'inondation jusqu'en Sibérie. — Mais la position des ossemens fossiles sur le sol de la Sibérie proteste contre cette hypothèse : ils ne paraissent pas avoir été soumis à l'action violente d'un courant marin ; ils sont parfaitement conservés ; on dirait qu'ils ont été déposés *tranquillement* là où on les trouve.

La théorie de Buffon vient ensuite. Nous la connaissons : on pourrait l'appeler la théorie des causes lentes ; et celle-ci, Cuvier l'a réfutée victorieusement.

Cuvier donne à son tour une théorie fondée, nous devons le dire, sur les faits ; il attribue à une catastrophe, à une inondation formidable et instantanée l'accumulation des os fossiles en Sibérie. Jusque là, il est dans le vrai. Mais il va plus loin, il veut que le même instant ait fait périr les animaux et rendu glacial le pays qu'ils habitaient. Laplace contredit cette dernière opinion : il croit que ces animaux, armés contre le froid, pouvaient vivre en Sibérie ; et quelque temps plus tard Cuvier abandonne sa première opinion et se range à celle de Laplace.

Laquelle de toutes ces opinions devons-nous adopter ?

Je crois qu'il faut admettre une inondation comme cause principale de l'existence des fossiles dans la Russie asiatique. Sans une catastrophe de cette nature, sans une cause soudaine et générale, les animaux dont les ossemens gisent dans les régions polaires n'auraient pas été détruits *en masse*, comme ils l'ont été. Sur les bords des fleuves, dans les cavernes, partout on les a trouvés accumulés les uns sur les autres, et en prodigieuse quantité.

Mais le climat de la Sibérie a-t-il varié, comme Cuvier le voulait d'abord ? Je pense que cette conjecture, abandonnée par son auteur, avait du vrai. Il est constant, en effet, que ces terres, peuplées autrefois par des animaux du Midi, sont aujourd'hui inhabitées. Quelle cause, autre qu'un changement de climat, nous rendra raison de la disparition d'une faune entière sur un point du globe ?

Mais, pour expliquer le changement de climat, faut-il en venir jusqu'à l'idée extrême, émise par quelques-uns, du changement des pôles à la surface de la terre ? Je ne le crois pas.

Le climat, nous l'avons vu, ne dépend pas seulement de la latitude ; il est encore déterminé par deux causes, qui sont l'altitude et l'humidité.

C'est une cause puissante de variation dans le climat que l'altitude : de la base au sommet, une même montagne nous offre des climats différens et superposés. Et en allant plus profondément dans la recherche des causes, nous trouvons que la formation des montagnes est due à un soulèvement, à un exhaussement, produit par l'action du feu central.

Or, le sol de la Sibérie a pu s'élever ; il a même dû s'élever. Si la mer qui couvrait les terres polaires les a abandonnées, c'est nécessairement parce qu'un exhaussement du sol s'est produit, qui a renvoyé les eaux dans les régions équatoriales.

L'élévation, le soulèvement du sol, en même temps qu'il a donné lieu à la retraite des eaux, a déterminé l'abaissement de la température.

On m'objectera qu'aucun phénomène éclatant n'a révélé le soulèvement des contrées polaires.

Mais, s'il est vrai que le feu central agit quelquefois par des manifestations brusques et désordonnées, par exemple, par des éruptions de volcans et par des tremblemens de terre, il n'est pas moins vrai que ce feu intérieur agit incessamment et lentement contre toute la surface interne de l'enveloppe terrestre, et qu'il la soulève, ou tend sans cesse à la soulever. Cette dernière action est incontestable ; l'œil exercé du géologue peut la saisir. Léopold de Buch a très bien démontré que le sol de la Suède se soulevait. Avant lui, l'on croyait que c'était le niveau de la mer Baltique qui baissait. Le grand géologue prouva d'abord que la diminution du niveau de la Baltique, si elle existait, s'étendrait, suivant les lois de l'hydrostatique, à toutes les mers ou plutôt à toute la mer ; car, en réalité, il n'y en a qu'une. Il arriva ensuite, au moyen de l'observation, à la démonstration positive du soulèvement du sol suédois.

Pour expliquer le changement du climat de la Sibérie, changement qui paraît certain, il n'est donc pas besoin de recourir à la grande *machine* du déplacement des pôles. Il nous suffit d'appeler à notre aide l'accroissement d'altitude, accroissement déterminé lui-même par un soulèvement insensible et graduel du sol de la Sibérie.

Ainsi, destruction de la faune sibérienne par une inondation, abaissement de la température par le soulèvement du sol, tels sont les deux faits qui rendent raison, suivant moi, de l'existence d'ossemens d'animaux du Midi dans la Russie asiatique.

(La suite du cours prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 Août 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Recherches sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.

M. E. BROWN-SÉQUARD lit, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Des opinions diverses émises jusqu'ici sur la question de savoir par quelle partie de la moelle les impressions sont transmises au sensorium, trois seulement méritent d'être examinées. La transmission se ferait suivant l'une par les cordons postérieurs, suivant une autre par les cordons latéraux, et suivant la troisième par la substance grise. La première de ces opinions est celle qui a prévalu en France depuis déjà nombre d'années. Nous avons commencé à la combattre dès l'année 1846, et depuis lors nous avons trouvé beaucoup de faits qui conduisent à l'établissement d'une tout autre doctrine, et nous venons aujourd'hui soumettre ces faits au jugement de l'Académie.

Les expériences que l'on a faites pour établir que la transmission des impressions sensitives ne s'opère que par les cordons postérieurs, n'étaient pas capables de montrer autre chose que l'existence de quelques-unes des propriétés de la moelle. Quant aux fonctions des diverses parties de cet organe, rien ne pouvait être légitimement conclu de ces expériences. En effet, de ce que les cordons postérieurs paraissent être la seule partie sensible de la moelle, on n'était pas fondé à conclure que la transmission des impressions sensitives ne s'opère que par ces cordons, car on n'avait pas prouvé (et on n'aurait pas pu prouver, si l'on avait essayé de le faire) que la transmission ne peut avoir lieu que par une partie sensible. Nous verrons plus tard que, tout au contraire, des parties insensibles peuvent transmettre les impressions sensitives. On n'avait donc aucunement démontré que les cordons postérieurs possèdent seuls la fonction de transmission. Nous rapportons dans notre mémoire des faits anatomiques qui font voir que les cordons postérieurs et leur continuation, les corps restiformes, ne peuvent pas être, comme on l'a soutenu, l'ensemble des fibres sensitives du corps montant vers l'encéphale. Mais les vivisections donnent des résultats bien plus décisifs, ainsi que nous allons le montrer (1).

Une section transversale des cordons postérieurs est faite à la région des dernières vertèbres dorsales, et, au lieu de trouver ensuite la sensibilité perdue dans les membres abdominaux, nous la trouvons augmentée. De plus, si nous examinons la sensibilité des deux surfaces de section des cordons postérieurs et celle des racines postérieures qui naissent en arrière et en avant de cette section, nous trouvons que la sensibilité est en général plus grande qu'en avant.

Quand on a fait une section longitudinale de la portion de la moelle qui donne origine aux nerfs des membres abdominaux, on trouve que la sensibilité est perdue dans les deux membres postérieurs, tandis que le mouvement y persiste au moins en partie. Dans ce cas, la continuité des cordons postérieurs reste intacte, et cependant la transmission ne se fait plus : ce n'est donc pas par eux qu'elle s'opère.

Quand on fait la section transversale complète des cordons postérieurs, au niveau du bec du calamus, c'est-à-dire à l'endroit où ils changent de nom et s'appellent les corps restiformes, la sensibilité persiste dans le corps entier de l'animal ainsi que dans les cordons et les racines postérieures, en arrière de la section, tandis qu'elle paraît complètement manquer dans la plus grande partie des corps restiformes. Certes, si les cordons postérieurs avaient seuls la fonction de transmettre les impressions, la sensibilité devrait être perdue dans le tronc entier et dans les membres de l'animal qui a été soumis à cette expérience. J'ai trouvé récemment que les corps restiformes même à l'état normal, c'est-à-dire sans que leur continuité avec les cordons postérieurs ait été interrompue, sont, de même que presque toutes les autres parties de la moelle allongée, si peu sensibles, qu'on peut les piquer par de grosses aiguilles et même les faire traverser de part en part, sans qu'il y ait de traces de douleurs. C'est là assurément un fait capital contre la théorie, que les cordons postérieurs et leur continuation, les corps restiformes, sont l'ensemble des fibres nerveuses sensibles du corps montant vers l'encéphale.

En se fondant sur ce que, après une section transversale des cordons postérieurs, ailleurs qu'au niveau du bec du calamus, la sensibilité persiste dans la portion de ces cordons qui est en avant de la section, on pourrait croire que ces cordons contiennent au moins un certain nombre de fibres sensitives se dirigeant vers l'encéphale ; mais l'expérience suivante montre que ces fibres sortent bientôt des cordons postérieurs et que, conséquemment, elles ne montent pas jusqu'à l'encéphale, dans ces cordons. Après avoir constaté que la sensibilité existe à la surface supérieure d'une section des cordons postérieurs, à la région lombaire, nous faisons une seconde section de ces cordons à la région cervicale, et nous trouvons que la sensibilité continue d'exister à la surface supérieure de la première section.

Quand on a coupé en travers toute la moelle épinière, excepté les cordons postérieurs, à la région de la dixième vertèbre dorsale, on obtient des résultats très intéressans. Si la section a laissé une petite quantité de substance grise intacte, adhérant encore aux cordons postérieurs, il reste de la sensibilité dans les membres abdominaux. Mais si toute la substance grise a été coupée et s'il ne reste de la moelle absolument que les cordons postérieurs, les membres abdominaux ne sont plus sensibles. Cependant, si l'on examine alors l'état de la sensibilité dans les parties qui reçoivent leurs nerfs des deux ou trois paires naissant de la moelle immédiatement en arrière de la section, on trouve que ces parties sont encore sensibles. De même on trouve que les racines et les cordons postérieurs en arrière de la section, à une certaine distance, sont encore sensibles. Mais la sensibilité va diminuant à partir de la surface de section, de telle sorte qu'en général, à 4 ou 5 centimètres en arrière de cette surface elle n'existe plus. Sans connaître les résultats de mes recherches à cet égard, deux élèves de M. Flourens, MM. Vulpian et Philipeaux, ont obtenu quelques-uns de ces résultats.

Je crois que, de tous les faits que j'ai rapportés jusqu'ici il est légitime de conclure que les cordons postérieurs ne sont pas la seule voie de transmission des impressions sensitives.

Tout récemment, M. Ludwig Turck a émis une opinion nouvelle à propos de la transmission des impressions sensitives. Il croit que c'est le cordon latéral droit qui est chargé de transmettre les impressions reçues par la moitié gauche du corps, *et vice versâ*.

Nous croyons que M. Turck a été trompé par suite de la difficulté de laisser intacte la substance grise centrale, quand on fait la section des cordons latéraux. Quand on coupe, en même temps qu'un des cordons latéraux, une partie de la substance grise centrale, on obtient les résultats signalés par ce physiologiste, à savoir l'exagération de la sensibilité en arrière et du côté de la section, tandis qu'en arrière et dans le côté opposé la sensibilité est diminuée. Mais il n'en est pas ainsi quand la substance grise centrale n'a pas été lésée ; il y a bien toujours un peu d'exagération de la sensibilité en arrière et du côté opposé de la section, mais de l'autre côté il n'y a pas de diminution. De plus, quand on a réussi à couper presque entièrement les deux cordons latéraux à la région dorsale sans léser la substance grise centrale, on trouve la sensibilité conservée et quelquefois exagérée dans les deux membres postérieurs.

Quant aux cordons antérieurs de la moelle, aucun expérimentateur n'a admis qu'ils fussent les seuls conducteurs des impressions sensitives. Après les avoir coupés en travers à la hauteur des premières vertèbres lombaires, nous avons trouvé la sensibilité exagérée dans les membres abdominaux.

Nous avons quelquefois réussi à couper en travers toute ou presque toute la substance blanche de la moelle sans trop léser la substance grise centrale, et nous avons vu la sensibilité persister alors, mais diminuée en arrière de la section.

De l'ensemble des faits rapportés jusqu'ici, il paraît résulter d'une manière positive qu'aucune des parties blanches de la moelle ne possède la fonction de transmettre les impressions sensitives jusqu'à l'encéphale. Nous arrivons donc, par exclusion, à reconnaître que c'est la substance grise qui possède cette fonction. Mais des expériences directes conduisent aussi à cette conclusion. Si à la région dorsale on coupe transversalement toute la substance grise, on trouve que la sensibilité est perdue dans les membres postérieurs, quelle que soit la partie de la substance blanche qu'on laisse intacte. Si, à l'aide d'un petit instrument spécial, on parvient à détruire la substance grise centrale presque entièrement et sans léser notablement la substance blanche, on trouve la sensibilité diminuée ou même perdue, suivant que la destruction de la substance grise a été plus ou moins considérable. Ainsi donc la substance grise paraît avoir la fonction de transmettre les impressions sensitives. Mais, si cette manière de voir est exacte, il en résulte certainement que la propriété de transmettre les impressions est indépendante de la propriété d'être sensible, car la substance grise de la moelle paraît ne pas être sensible. Des faits nombreux démontrent que la faculté de transmettre l'action nerveuse peut appartenir à des parties insensibles. Ainsi, on sait parfaitement que les fibres du cerveau sont insensibles, et pourtant elles transmettent l'action nerveuse. De plus, certains ganglions des nerfs rachidiens, sinon tous, ainsi que les fibres nerveuses qui les traversent, paraissent être insensibles ainsi que nous l'avons découvert récemment ; or il est incontestable que les impressions sensitives sont transmises par ces ganglions et ces fibres sensibles. Ce fait montre aussi que la même fibre nerveuse peut être sensible, puis ne plus l'être, et ensuite l'être de nouveau. Déjà j'avais montré, dans un travail publié il y a trois ans, que les mêmes fibres nerveuses ont des degrés très différens de sensibilité dans différens points de leur longueur, tandis qu'elles ont dans toute leur longueur la propriété de transmission.

Des faits et des raisonnemens contenus dans ce mémoire, nous nous bornerons à tirer les deux conclusions que voici :

1° Pour arriver au centre percepteur, les impressions sensitives reçues par le tronc et les membres ne passent pas tout le long des cordons postérieurs, à partir de leur point d'arrivée à la moelle épinière jusqu'à l'encéphale, comme on l'admet généralement en France.

2° Si pour être perçues les impressions sensitives, reçues par le tronc et les membres, doivent arriver jusqu'à l'encéphale, c'est par la substance grise de la moelle épinière, que la transmission s'opère en dernier lieu. — (Commissaires, MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

(1) Quand on a réussi à mettre promptement la moelle à nu, sans avoir épuisé l'animal par des douleurs trop prolongées ou par une hémorrhagie trop considérable, on trouve, contrairement à ce qui a été avancé, que, malgré la mise à nu de la moelle à la région lombaire, l'animal peut marcher et courir et que la sensibilité paraît aussi vive qu'à l'état normal dans le train postérieur.

Troisième mémoire à propos de la fonction glucogénique du foie.

M. L. FIGUIER lit, sous ce titre, un travail dont nous avons fait connaître, dans notre numéro de mardi dernier, les faits principaux.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans le compte-rendu (N° du 6 septembre) du travail que je viens de communiquer à l'Académie de médecine, et qui est intitulé de la *Suture profonde*, il s'est glissé quelques erreurs que vous seriez bien bon de rectifier car ces erreurs altèrent le sens de ma communication.

« Cela fait (dites-vous) on glisse sur les deux extrémités de cette
» aiguille, qui est en argent, deux pinces (pièces) également en argent ;
» ces deux pinces (pièces) destinées à remplir les fonctions des doigts
» de l'aide, etc., etc.

Et plus loin : « Cette suture aurait pour effet, d'après l'auteur, en
» affectant (*affrontant*) les parties profondes de la plaie, sans affronter
» les parties superficielles, de prévenir..., etc., etc. »

J'ai l'honneur d'être, etc. Baron HEURTELOUP.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 108. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 11 Septembre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An. . . . . 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

STATISTIQUE MÉDICALE.

CONCLUSIONS STATISTIQUES CONTRE LES DÉTRACTEURS DE LA VACCINE, ET RÉPONSE A UNE DEMANDE DE M. LE PROFESSEUR MALGAIGNE ;

Par le d^r BERTILLON, médecin de l'hospice de Montmorency.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 28 Août dernier.)

« Les nombres appliqués à des faits vrais, c'est
» l'observation multipliée par elle-même. »
(MALGAIGNE.)

Après avoir établi que la mortalité des âges au-dessus de 20 ans n'a été ni doublée ni seulement accélérée, mais bien au contraire ralentie en France depuis le milieu du XVIIIme siècle; après avoir montré que ce n'est pas sur la statistique, mais sur un vain fantôme de cette science, que nos variolophiles se sont appuyés pour faire peur aux gens des dangers de la vaccine et de la formidable dégradation qui, selon eux, menace l'humanité; il convient d'examiner spécialement les effets de la vaccine sur la vitalité des âges adultes. La France nous offre encore, pour cela, de sûrs élémens d'étude, puisque le procédé de Jenner est accueilli très diversement dans les divers départemens (les rapports annuels de l'Académie de médecine le constatent). En sériant les départemens suivant le nombre de leurs vaccinés, puis en mettant en regard leurs chances de mortalité aux différens âges, on arriverait à des déductions légitimes. Telle serait la méthode la plus capable de se sauvegarder de conclusions hasardées; mais telle n'a pas été celle des pseudo-statisticiens que nous réfutons : le désir de les suivre de plus près nous force, *tout en protestant*, à entrer sur leur terrain. Or, au lieu de prendre la série entière des départemens, ils se contentent d'en examiner deux : la Côte-d'Or, où l'on vaccine le plus, l'Aveyron où l'on vaccine le moins; et, pour démontrer que la population adulte du premier est, par le méfait de la vaccine, dans un état déplorable comparativement au second, ils écrivent à l'Académie des sciences (*Comptes-rendus*, 10 septembre 1849) :

Que la population de tout âge s'est accrue, en 15 ans, deux fois plus dans l'Aveyron que dans la Côte-d'Or;

que les naissances légitimes sont 45 fois plus nombreuses dans l'Aveyron, — les illégitimes 67 fois plus nombreuses dans la Côte-d'Or;

que la Côte-d'Or a trois fois plus de mort-nés;

que la mortalité générale est moindre dans l'Aveyron;

que les seconds mariages sont beaucoup plus fréquens dans la Côte-d'Or.

Pour taxer ces assertions à leur juste prix, nous allons donner les chiffres officiels qui constatent le mouvement des deux départemens depuis le commencement du siècle.

	Aveyron.	Côte-d'Or.	Aveyron.	Côte-d'Or.	Aveyron.	Côte-d'Or.
	de 1801 à 1805.		de 1831 à 1835.		de 1841 à 1845.	
Superficie en Km^2.	8,765 »	8,761 »	»	»	»	»
P = population	326,340 »	340,500 »	365,003 »	380,343 »	382,082 »	394,920 »
N = naissances (mort-nés compris).	8,457 »	10,891 »	11,163 »	10,833 »	11,518 »	9,642 »
P/N, une N sur (vie moyenne Vm)	38,50	31,30	32,50	35 »	33,75	41 »
D = décès (mort-nés compris).	7,013 »	10,714	9,022 »	9,063 »	8,526 »	8,637 »
P/D, un D sur	46,50	32 »	41 »	42 »	44,81	45,70
Accroissement { absolu.	44,611 » en 30 ans	45,124 »	»	»	17,079 » en 10 ans	14,577
Accroissement { pour cent.	13,70 en 30 ans	13,25	»	»	4,65 en 10 ans	3,85
Dans la série des 86 départemens { rang de vitalité	»	»	»	»	57 »	16 »
Dans la série des 86 départemens { rang d'instruction.	»	»	»	»	48 »	12 »

La population s'est accrue pour l'un et l'autre département dans des proportions à très peu près égales; 18 p. 100 dans le premier et 17 p. 100 dans le second. Le chiffre absolu diffère aussi peu : l'Aveyron s'est chargé de 55,742 âmes, la Côte-d'Or de 54,420; cependant l'augmentation a été un peu plus forte dans l'Aveyron, et cela par deux motifs incontestés, par deux lois qui régissent partout les mouvemens de population. La première est que deux groupes de P s'accroissent en raison inverse de leur densité : l'Aveyron étant un peu moins peuplé que la Côte-d'Or avec une surface aussi considérable, doit accroître plus vite sa population. La seconde loi, c'est que P se multiplie partout où l'industrie se développe. Or, on sait les grands établissemens industriels qu'un homme d'état éclairé a fondés de nos jours dans l'Aveyron; aussi le recensement y constate 5,920 ouvriers de la grande industrie, quand il n'en trouve que 3,783 dans la Côte-d'Or.

D'ailleurs, tout le monde sait, aujourd'hui, que la vaccine n'a aucune influence directe sur l'accroissement de la population : tous les auteurs en conviennnent depuis Malthus jusqu'à M. Mathieu, et l'illustre docteur Villermé a mis cette vérité dans un nouveau jour (*Ann. d'hyg.*, t. IX, p. 56). Il n'y a qu'un moyen par lequel P s'accroisse, c'est l'augmentation de la production. La vaccine a un tout autre effet sur les populations assez intelligentes pour en accepter le bienfait : c'est de diminuer la mortalité, c'est d'augmenter la vie moyenne. Mais cette augmentation ne peut accroître le nombre des vivans si les subsistances restent stationnaires. Alors les naissances diminuent nécessairement. Telle est l'admirable mécanisme qui relie tous les mouvemens de la population dans une intime solidarité.

La Côte-d'Or (le département le plus vaccinateur) avait, au commencement du siècle, la vie moyenne au-dessous de 32 ans; elle l'accroît graduellement à mesure qu'elle accroît son instruction et son bien-être; et en moins d'un demi-siècle elle a gagné 9 ans. Les N ont diminué en même temps et dans une même proportion; c'est la loi mathématique formulée par Fourier (P=NVm) : ce mouvement est le signe le plus certain des progrès d'une population. Un autre signe non moins favorable, c'est que, en même temps que N, les décès ont diminué : de 10,614 ils descendent à 8,637, ou de 1 sur 32 vivans à 1 sur 46.

L'Aveyron, qui par apathie suit les erremens de nos vaccinophobes, et qu'ils citent avec orgueil comme un modèle à suivre, offre-t-il un tableau aussi consolant? Hélas, il s'en faut bien! c'est l'ombre à côté de la lumière. La durée de la vie, au lieu de s'allonger, paraît se raccourcir : de 38 ans elle descend à 34, c'est constaté aussi bien par les Mortuaires malgré leur imperfection, que par le rapport P/N. Les décès s'élèvent de 7,013 à 8,526, ou de un sur 46 vivans à un sur 44; et, comme conséquence nécessaire, N croît avec D : de 8,457 N, s'élève à 11,518, ou de une sur 38 vivans à une sur 33.

Le rapport de mortalité, qui au commencement du siècle était meilleur dans l'Aveyron, y est aujourd'hui moins bon que dans la Côte-d'Or. Nous ne savons sur quel document notre contradicteur appuie l'assertion contraire : la nôtre n'est que l'exacte traduction des chiffres officiels que chacun peut citer et vérifier.

N'a-t-il pas bien sujet de féliciter ces heureux Aveyronnais de leur obstination à repousser la vaccine, comme ils repoussent l'instruction et les autres bienfaits de la civilisation? En effet, quand on met les 86 départemens en rang d'ordre, par rapport à l'instruction élémentaire, la Côte-d'Or a le n° 12, l'Aveyron le n° 48; et dans l'ordre de vitalité (synonyme de vigueur et bien-être) la Côte-d'Or a le n° 16, l'Aveyron 57 (Guillard, *démographie comparée*, ch. IX et XI).

Nous ne nous occuperons pas des naissances illégitimes. Si les Bourguignons paraissent plus enclins au libertinage que les gens du Rouergue, M. Carnot sera le seul à en accuser la vaccine. Quant à l'ardeur qu'il leur attribue aussi à convoler en secondes noces, nous n'avons pas de pièces pour vérifier le fait, qui ne paraît guère moins étranger à la question.

Mais il faut discuter l'assertion sur les mort-nés que l'accusateur appelle aussi en témoignage contre Jenner. Nous pouvons assurer avec une très grande probabilité, qu'il n'y a pas moins de mort-nés en Rouergue qu'en Bourgogne; et que, si l'Aveyron en enregistre moins, c'est par une violation flagrante de la loi française qui défend à toute personne d'inhumer un corps sans la permission de l'autorité.

Que l'on fasse une enquête, judiciaire ou administrative, et les faits coupables que nous dénonçons seront mis hors de doute (1). Cette enquête, nous avons été à même de la faire en nom privé dans quelques départemens; et nous nous sommes convaincu, soit par les aveux des secrétaires des mairies, soit par la collation des registres publics, que certains hommes, qui prêchent l'obéissance aux lois, pèchent souvent contre elles par ignorance ou par négligence. Nous avons trouvé des cantons entiers qui n'enregistrent pas un seul mort-né dans une année. C'est particulièrement dans les pays de montagnes, dans les lieux éloignés de la grande circulation, du mouvement des affaires, et des idées civiles, — dans les régions où on s'accoutume difficilement à remplacer la vieille paroisse par la jeune commune, et où une foule de braves gens s'imaginent qu'un mort-né ou un non-baptisé n'a que faire de l'inscription civile et peut être enterré dans le premier champ venu, comme au bon temps jadis. Là aussi on se refuse à troquer la variole contre la vaccine. Il est donc vrai que souvent, parmi les départemens les plus rebelles à Jenner, se trouvent des déclarations fort incomplètes de mort-nés (Ardèche, Aveyron, Indre, Puy-de-Dôme, Haute-Loire, Corse, Cantal, Dordogne), et que l'on en trouve des chiffres élevés parmi les plus vaccinateurs (Haut et Bas-Rhin, Aisne, Côte-d'Or, Doubs). Mais pour démontrer que ceux qui résistent à la fois à la vaccine et à l'État-civil n'ont d'autre lien logique qu'une même chaîne d'ignorance et de superstition, et que les effets de ces résistances se rencontrent sans dériver d'une même cause physiologique ou pathologique, nous trouvons aussi des départemens qui ne vaccinent pas et qui déclarent leurs mort-nés en grand nombre (Basses-Alpes, Var, Ille-et-Vilaine, Loire) et d'autres qui vaccinent beaucoup et déclarent fort peu de mort-nés (Corrèze, Calvados, Charente, Gers, Cher, Haute-Vienne, Seine-et-Marne, Mayenne). La Corrèze est au premier rang pour la vaccine et au dernier pour l'enregistrement (*Démographie* Guillard, p. 293).

C'est donc sans raison que l'on veut faire de la différence des mort-nés un chef de prévention contre la vaccine.

Après avoir vu le contraste des mouvemens généraux de la population dans les deux départemens mis en parallèle, on devinera sans peine lequel des deux doit avoir la population la plus forte et la mieux dosée. C'est ce que met en évidence l'extrait suivant du recensement de 1851.

Répartition de la population par âges sur 1,000 habitans.

(Recensement de 1851, *Statist. de France, Pop.*, t. II.)

Ages.	Aveyron.	Côte-d'Or.
0 à 10. . . .	194,50	169,00
10 à 20. . . .	188,20	173,00
20 à 30. . . .	152,65	158,20
30 à 40. . . .	136,20	140,20
40 à 50. . . .	128,40	121,00
50 à 60. . . .	95,00	116,00
60 à 70. . . .	65,70	74,20
70 à 80. . . .	31,60	39,52
80 à 90. . . .	7,05	8,35
90 à 00. . . .	0,70	0,53
	1000,00	1000,00

(1) Le chef du Bureau de la statistique de France confesse, en 1844, que le chiffre déclaré des mort-nés est *indubitablement* au-dessous du vrai : mais cet aveu nous revient de Londres. (*Registrar-gen.*, 1844, p. 467.)

De 0 à 20 ans, la Côte-d'Or ne compte que 342 vivans sur 1,000, l'Aveyron 383. Ainsi cette partie de la population, qui est à la charge des familles et de la société, celle qui ne rend encore, pour tout ce qu'elle coûte, que des affections et des espérances, est en plus forte proportion dans l'Aveyron. Chose étrange et pourtant avérée! la société, qui conserve le mieux ses enfans, est aussi celle qui en a le moins, parce qu'elle a le plus d'adultes; c'est une loi sans exception, et qu'on retrouve toutes les fois qu'on compare les mouvemens de P de deux localités un peu différentes.

Mais les rôles sont changés aux âges suivans : à toutes les périodes depuis 20 ans, la Côte-d'Or a plus d'adultes que l'Aveyron. Ainsi, de 20 à 30, la Côte-d'Or a 158,2 vivans sur 1,000, l'Aveyron 152,6; de 30 à 40, la Côte-d'Or 140, l'Aveyron 136 ; de 40 à 60, 237 contre 223, etc.

Il ne paraît donc pas que la population adulte de la Bourgogne soit bien ravagée par cette soi-disant variole interne, qui aurait subrepticement et à l'aide du vaccin remplacé la variole naturelle.

Les âges de vigueur et de production sont mieux garnis et en plus forte proportion dans la population éclairée qui accueille avec empressement les résultats de la science, que dans l'apathique contrée dont les préjugés gardent aveuglément les meurtrières routines du passé : voilà le fait irrécusable.

Il n'y aurait nulle contradiction, d'ailleurs, à ce que les décès de 20 à 30 ans et même de 10 à 20, fussent un peu plus nombreux dans le premier département que dans le second. Cela prouverait seulement que le vaccin, qui a le privilége incontesté de garantir de la variole l'enfance et l'adolescence, n'affranchit ni ces âges ni les âges suivans des autres maladies auxquelles ils doivent tribut; qu'elle augmente même le nombre des tributaires, conservant à la fois les faibles et les forts. On conçoit, en effet, que la variole, quand on lui laisse le champ libre, détruit dès l'enfance les organisations débiles, et ainsi laisse moins de prise aux affections morbides qui viennent glaner après elle. Mais ceux qui, par ce motif, conseilleraient d'abandonner la vaccine, rappelleraient ces barbares Laconiens qui tuaient leurs enfans nouveau-nés, quand ils ne les trouvaient pas bien constitués.

Rappelons encore, en terminant, que si dans cette question nous nous sommes contenté de l'examen de deux départemens, c'était pour suivre de plus près l'adversaire sur le terrain où il se réfugie et pour faire voir que là même ses assertions sont erronées. Mais ne finissons pas sans répudier l'illogisme de sa façon de procéder. Le calcul des probabilités avait dû lui apprendre qu'UNE coïncidence de deux événemens recherchés est chose très possible, et que cette coïncidence n'autorise nullement à conclure de cause à effet. Il pouvait donc avoir la chance qu'il y eût vraiment dans l'Aveyron moins de vaccinations et moins de mortalité que dans la Côte-d'Or, sans qu'il y eût relation nécessaire entre ces deux faits. Il faudrait, dans des recherches de cette nature (si l'on voulait suivre la méthode scientifique et non la lueur fallacieuse de l'imagination), il faudrait ordonner les départemens, par exemple, une fois selon leurs chiffres de vaccination, puis à nouveau selon leurs chiffres de mortalité; alors on aurait des coïncidences assez nombreuses pour être dégagées des accidens particuliers, et on serait fondé à affirmer certaines probabilités.

Quand nos adversaires auront fait ce travail, on peut prévoir qu'ils seront bien loin de leurs conclusions actuelles qui ne sont que des idées préconçues; ou, s'ils y persistent, ce sera au moins en connaissance de cause.

Enfin il est encore un autre point sur lequel il nous paraît utile de prémunir les lecteurs (1).

En effet, le promoteur de tous ces débats, sautant à pieds joints par dessus les règles constatées qui régissent les mouvemens de population, méconnaît absolument la signification de l'accroissement régulier des naissances. Il prend cet accroissement pour le signe constant de la prospérité ; il paraît ignorer que l'augmentation des naissances tient à des causes multiples, parmi lesquelles l'augmentation de bien-être n'entre jamais que comme cause passagère. La grosse erreur dont il se rend coupable, permise au temps de J.-J. Rousseau, ne l'est plus aujourd'hui.

« Le publiciste du XVIIIme siècle procédait d'après une méthode fréquente chez les philosophes, je veux dire que supposant vraie une inspiration de l'esprit, une vue incomplète du phénomène, il croyait découvrir la vraie mesure de la prospérité humaine dans la rapidité de l'accroissement d'un peuple, et s'écriait sans daigner vérifier son hypothèse : « Calculateurs, c'est maintenant votre affaire; comptez, mesurez, comparez. » Et voilà que les statisticiens comptent, comparent, et trouvent que la multiplication des naissances, et même leur excès sur les décès, se trouve en rapport avec une vie courte et misérable; que les heureux se marient tard, multiplient peu, et vivent longtemps (Rickman, Ivernois, Villermé, etc.); que plus il meurt d'enfans, et par suite plus il en naît. La remarque avait déjà été faite, puisque les Romains nommaient *proletarius*, ou faiseur d'enfans, le *menu peuple*. Ainsi (1), dans le

	1 décès pour	1 naiss. pour	1 mariage pour
» Département de l'Orne. . . .	52 hab.	45 hab.	147 hab.
» Finistère	30	26	114
» Province de Namur.	51	30	140
» Province de Zélande	28	22	113
» État Ganaxuato (Mexique). .	18	16	70
»	..	..	..

» On pourrait allonger ce tableau autant qu'on le voudrait (2). »

Ne venez donc plus dire : tel pays est prospère, car les naissances augmentent. Vous ne prouvez qu'une chose en parlant ainsi, c'est une *bien coupable* ignorance des travaux modernes. Oui, nous sommes obligé de souligner notre accusation ; car qui croirait que des critiques, assez hardis pour jeter le trouble dans les familles en s'inscrivant en faux contre les travaux et l'expérience de deux générations d'hommes, ignorent complétement ces travaux! C'est cependant ce qui ressort à chaque ligne de leurs déclamations, comme nous l'avons déjà amplement démontré. Ils ignorent les travaux, ils ignorent la méthode; et, après avoir travesti le passé, les voilà qui, comme Nostradamus, prédisent l'avenir (3) : « Pendant au moins » treize ans, les naissances vont diminuer et les décès augmenter; toute la puissance humaine ne changera rien à ce » décret éternel... », et ce, comme conséquence d'avoir voulu, d'avoir cru pouvoir soulager nos misères par la vaccine. « Car, » s'écrient-ils, la créature peut dégrader, détruire même les » œuvres du Créateur, mais les perfectionner, jamais!!! »

Perfectionner la race humaine, améliorer son état, cette idée excite toute leur indignation : c'est « un rêve absurde » encore plus qu'impie qui fut celui de Prométhée!... »

Ces nouveaux Jérémies ne s'informent point si les plaies dont ils nous menacent, de par « les lois mécaniques invariables » qu'ils inventent, sont conformes aux lois les plus authentiques des mouvemens de population ; ils ne s'informent point, avant de formuler leurs propositions, si jamais, pendant une *série continue d'années,* chez un peuple civilisé, les décès ont pu augmenter et en même temps les naissances diminuer, et si ce double mouvement n'est pas incompatible. De si puériles préoccupations ne sont pas dignes d'hommes qui dictent les décrets de l'Éternel, et qui, en plein XIXme siècle, déclarent abominable et absurde l'effort constant de l'homme vers son progrès physique et moral.

Nous nous excusons auprès de nos lecteurs d'avoir combattu sérieusement de telles doctrines : nous les aurions laissées s'éteindre dans leur ridicule, si nous ne savions que le public, trop occupé pour prendre le temps de les juger, se laisse facilement séduire par l'étrangeté des assertions et entraîner par l'assurance et l'opiniâtreté avec laquelle on les répète.

C'est pourquoi nous prenons l'engagement de ne cesser notre feu contre les nouveaux barbares, que lorsque leurs batteries cesseront de tonner contre les bienfaits de la civilisation.

LITHOTRITIE.

DE LA LITHOTRITIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SON APPLICATION (4) ;

Par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine.

De la conduite à tenir après la destruction de la pierre par la lithotritie.

En admettant qu'il n'y ait plus vestige de pierre, ni dans la vessie, ni dans l'urètre, le rôle de l'homme de l'art n'est pas fini. Il faut d'abord, si le malade est affaibli, le placer dans les conditions les meilleures pour lui faire reprendre ses forces, et ensuite s'occuper des précautions à l'aide desquelles on peut éviter la récidive. Or, ces précautions varient suivant la nature de la pierre, suivant l'état actuel de la vessie, suivant que l'émission de l'urine se fait bien ou mal.

Dans l'hypothèse où la vessie est saine, l'émission de l'urine, facile et la pierre composée d'acide urique, la seule précaution à prendre, afin d'en éviter le retour, consiste à combattre la disposition à la gravelle d'acide urique, en suivant un régime où l'alimentation végétale domine sur la nourriture animale, en prenant abondamment dans les repas, ou même dans leurs intervalles, et surtout le matin, à jeun, des boissons légèrement diurétiques, telles que l'eau commune à une température basse, l'eau acidulée avec de l'acide carbonique, l'eau de Seltz, l'eau de St-Galmier, la bière faible, le cidre étendu d'eau, ou encore l'eau de graines de lin préparée à froid, l'eau de chiendent sucrée avec du bois de réglisse, la tisane de queues de cerise, etc. ; et en appelant en aide à ces moyens l'emploi des bains tièdes et prolongés, pris deux ou trois fois par semaine, et celui des lavemens répétés matin et soir, et conservés autant que possible.

Si ces moyens ne suffisaient pas pour prévenir la précipitation de l'acide urique, on y associerait avec avantage l'usage du bicarbonate de soude, à la dose de 2, 3 ou 4 grammes chaque jour, ou bien et de préférence celui de l'eau de Vichy, à la dose d'une ou deux bouteilles par jour, et, dans la belle saison, l'immersion de tout le corps dans cette eau, immersion renouvelée tous les jours pendant trois ou quatre semaines et prolongée chaque fois de manière à rendre les urines alcalines.

Dans le cas où la pierre serait d'oxalate de chaux, le régime à suivre devrait être différent : il conviendrait que l'alimentation fût plus animale que végétale; mais, ordinairement, la seule précaution d'éviter l'oseille suffit pour prévenir la récidive. Celle-ci est assez rare pour que je ne l'aie jamais observée à la suite des nombreuses opérations de lithotritie que j'ai pratiquées chez les enfans, pour des pierres de cette nature.

Quant aux calculs d'oxyde cystique, l'usage des boissons abondantes, des bains, des lavemens, voilà ce qu'il paraît rationel d'employer comme moyen préservatif de la récidive.

Dans la supposition où la pierre brisée serait phosphatique, il conviendrait encore d'étendre les urines par les boissons, les bains, les lavemens, et tout d'abord il faudrait s'assurer si l'état catarrhal de la vessie, cause habituelle des dépôts phosphatiques, n'a pas cessé pendant ou après la lithotritie, ce qui arrive assez souvent.

Dans le cas où cet état catarrhal persisterait, il faudrait le combattre par les moyens appropriés, notamment par l'évacuation artificielle de l'urine, si la vessie ne se vide pas ou se vide incomplétement; l'emploi des injections d'eau simple ou d'eau médicamenteuse, si l'évacuation naturelle ou artificielle des urines ne suffit pas pour ramener les choses à l'état normal, etc.

Et à cet égard, je dirai qu'un des agens les plus puissans que je connaisse, et dont je fais le plus souvent usage, c'est le nitrate d'argent cristallisé, dissous d'abord dans partie égale d'eau distillée, et étendu ensuite dans cent à deux cents parties d'eau commune. Je le porte dans la vessie à l'aide d'une sonde de gomme élastique et d'une seringue en ivoire, deux ou trois fois par semaine, quelquefois tous les jours, et je l'y laisse tant que l'organe peut le supporter. Assez souvent en quelques jours, et presque constamment en quelques semaines, les urines, sous l'influence de cette médication, reviennent à leurs conditions normales; ensuite il suffit ordinairement de simples moyens hygiéniques pour les maintenir telles.

Si la pierre, phosphatique, à l'extérieur, était d'acide urique, d'oxalate de chaux, ou d'oxyde cystique, à l'intérieur, il faudrait opposer à la disposition à la gravelle d'acide urique, d'oxalate de chaux ou d'oxyde cystique, les boissons, les bains et les soins du régime, et combattre l'affection catarrhale de la vessie, quand elle persiste, par les moyens locaux dont nous venons de parler, les préparations balsamiques, etc.

Il convient de s'abstenir ici des eaux alcalines, spécialement de celles de Vichy : on sait que ces eaux, prises en une certaine quantité, rendent l'urine alcaline, et que, lorsque ce liquide, naturellement acide, devient alcalin sous l'influence d'une affection catarrhale, il laisse déposer des sels phosphatiques.

J'ai dit plus haut que, dans le cas de catarrhe vésical, il importe, si la vessie ne se vide pas ou se vide incomplétement, de faire usage de la sonde et de pratiquer des injections. La conduite à tenir serait semblable, lors même que les urines ne seraient pas encore catarrhales, toutes les fois que celles-ci ne sortiraient pas ou sortiraient mal. Il faudrait commencer par procéder à l'évacuation artificielle et régulière des urines, et s'attacher ensuite à en rétablir, autant que possible, le cours normal, soit en excitant l'action contractile de la vessie, soit en rendant à l'urètre sa largeur, soit en usant des moyens réputés comme propres à combattre l'engorgement de la prostate. Il sera bien aussi de laver souvent la vessie à grande eau, afin de favoriser la sortie des matières salines, des sables, des graviers, que les urines pourraient y avoir entraînés ou déposés.

Un soin important à prendre toutes les fois que la vessie fonctionne mal, c'est celui de l'explorer de temps à autre, quand même il ne se serait pas manifesté d'indice de nouveau calcul; on le comprend, dans de pareilles conditions, la pierre peut se former sans produire immédiatement des symptômes bien appréciables.

Des difficultés de la lithotritie.

La lithotritie peut présenter des difficultés de plus d'un genre. D'abord l'urètre peut être rétréci, et l'introduction des instrumens d'un certain diamètre ne pas être possible. De là, la nécessité de dilater l'urètre ou de se servir d'instrumens d'un petit volume. Heureusement, aujourd'hui, les instrumens sont faits avec une telle perfection, qu'avec une grosseur médiocre, ils ont assez de force pour briser la plupart des pierres. D'ailleurs, très peu de jours suffisent ordinairement, en pareil cas, pour donner au canal des urines une largeur convenable, à l'aide des seuls moyens dilatans. Et puis, il est d'observation, au moins pour moi, que la coïncidence de la pierre et d'un ou de plusieurs rétrécissemens de l'urètre est un fait assez rare, contrairement à ce que l'on serait tenté de croire *à priori*. Il semblerait naturel, en effet, que les rétrécissemens de l'urètre, gênant l'émission de l'urine, et rendant ainsi plus difficile ou même impossible la sortie spontanée des petites concrétions calculeuses, favorisassent la formation de la pierre, et cela doit être, sans nul doute ; mais probablement

(1) Voyez surtout, au sujet des règles et des lois de la statistique humaine, la *Démographie comparée* du docteur Ach. Guillard, récemment publiée chez Guillaumin.

(1) Quetelet, 1835.

(2) Thèse inaugurale du docteur Bertillon, 1852, page 6.

(3) *Journal des connaissances médicales*, numéros 30 et 32, 1855.

(4) Voir les numéros des 14, 21, 28 Août et 4 Septembre.

que le régime sévère et l'usage des boissons délayantes auxquels sont souvent astreints les malades affectés de rétrécissemens urétraux, contrebalancent et au delà cette influence de la gêne plus ou moins grande du cours de l'urine.

Une difficulté plus sérieuse, et parfois même insurmontable, était présentée par l'hypertrophie de la prostate, alors que la lithotritie était pratiquée avec l'instrument droit. Celui-ci, dans certains cas, était arrêté immédiatement avant son entrée dans la vessie, et le mouvement de bascule qu'on lui imprimait, pour en élever l'extrémité vésicale, toujours plus ou moins douloureux, a été plus d'une fois insuffisant pour faire franchir l'obstacle. D'ailleurs, arrivé dans la vessie, l'instrument se trouvait soulevé par la prostate, et tenu fréquemment trop haut pour que le cône creux, formé par ses branches, pût embrasser le corps étranger.

Il en résultait des manœuvres souvent vaines et toujours laborieuses, et des réactions graves ou même mortelles. Aujourd'hui que la lithotritie est faite à peu près exclusivement avec un instrument courbe, l'hypertrophie de la prostate n'apporte plus d'obstacle, ni même de difficulté réelle à l'entrée dans la vessie; si cette condition organique rend quelquefois plus complexe la manœuvre vésicale, en obligeant à tourner le bec de l'instrument du côté du rectum, pour saisir le corps étranger, jamais elle ne met un empêchement absolu au broiement, et rarement elle devient cause de réaction entre des mains prudentes et exercées.

Plusieurs difficultés peuvent s'offrir dans la vessie. Une première, c'est le grand volume de la pierre. Il est possible que ce volume soit tel, que l'instrument ne puisse point l'admettre entre ses branches écartées. Cette condition, que moi-même j'ai rencontrée dans les premiers temps de la lithotritie, et même depuis l'invention de l'instrument à deux branches, devient et deviendra de plus en plus rare, par la raison que l'éveil est donné sur les symptômes de la pierre, et que l'on connaît généralement la facilité de sa destruction, tant qu'on ne l'a pas laissée trop grossir. Ce n'est guère qu'au fond de la province et dans les pays arriérés qu'on trouve aujourd'hui des pierres de l'ordre dont il s'agit. Il est à remarquer, d'ailleurs, que l'instrument à deux branches, outre qu'il embrasse des pierres très volumineuses, peut briser même celles qu'il n'embrasse pas complétement de prime-abord, quand elles sont peu résistantes, les phosphatiques, par exemple, et même parfois quand elles sont très dures, mais friables et à surface rugueuse, comme celles d'oxalate de chaux.

Une autre difficulté que j'ai pu toujours surmonter, quand je l'ai rencontrée seule, mais qui, réunie à la précédente, peut devenir un véritable obstacle à la lithotritie, c'est la dureté de la pierre. Tant que la pierre n'est pas d'un très grand volume, qu'elle peut être embrassée par l'instrument, elle est attaquable par lui, ou du moins je n'en ai pas rencontré qui ne le fût pas; mais une pierre à la fois dure et grosse, si surtout elle est à surface lisse, comme c'est assez l'ordinaire avec ces deux conditions réunies, ne reste guère dans l'instrument; elle échappe souvent sitôt qu'on cherche à la presser, et surtout à l'attaquer par le marteau. Dans ces conditions, les tentatives de broiement peuvent être longtemps vaines, et provoquer, si on les multiplie trop, une cystite plus ou moins intense. Toutefois, j'ai plus d'un exemple de personnes chez lesquelles je suis parvenu à briser la pierre après une ou plusieurs séances sans résultat, mais aussi sans réaction, parce que je n'avais fait, chaque fois, que des essais modérés. Maintenues dans certaines limites, les premières tentatives vaines de la lithotritie deviennent des sortes d'explorations utiles pour apprécier le degré de tolérance de la vessie et du sujet.

La vessie peut opposer des difficultés à la lithotritie de plusieurs manières, et d'abord en revenant fortement sur elle-même, sous l'influence de l'irritation de ses parois. Dans ce cas, l'instrument ne trouve pas entre celles-ci et le corps étranger un espace suffisant pour s'ouvrir et se développer de façon à l'embrasser. Pour remédier à cette irritation de la vessie, et amener l'organe à se laisser distendre assez pour le but qu'on se propose, on a recours au repos absolu, aux bains tièdes, aux boissons délayantes, mucilagineuses, émulsives, gélatineuses, alcalines, aux lavemens émolliens et à un régime très doux. Je suis parvenu bien des fois à pratiquer la lithotritie chez des malades affectés de grosses pierres, et qui, d'abord, ne pouvaient conserver que de très petites quantités d'urine dans la vessie. Je me rappelle, entre autres, un ancien agent de change de Lyon, parent et ami du célèbre docteur Boucher de cette ville, dont la vessie retenait à peine une demi-cuillerée à café d'urine, remplie et irritée qu'elle était par une très grosse pierre; il n'est devenu opérable par la nouvelle méthode qu'après six semaines de soins actifs et assidus, donnés aux bains de Tivoli, avec le bon concours de M. le docteur Bossion, alors mon élève. Mon principal moyen pour arriver, en pareil cas, au résultat définitif, a été, après le traitement antiphlogistique, de faire prendre aux malades un bain entier et prolongé, immédiatement avant chaque séance de broiement, et d'attendre, pour introduire le lithotriteur, que la vessie eût reçu, par la voie des reins, toute la quantité d'eau qu'elle était susceptible de contenir.

Une difficulté d'une nature opposée, mais plus facile à surmonter, que présente parfois la vessie, c'est le défaut de contraction de ses parois et la rétention des détritus dans son bas-fond. Cette condition de la vessie rend la lithotritie un peu plus lente; mais il est aisé de suppléer à l'action expulsive de l'organe, à l'aide d'instrumens appropriés, et en particulier en se servant d'un lithotriteur à cuiller qui extrait, à chaque sortie, une partie des détritus, et en faisant ensuite chaque jour une ou plusieurs injections, au moyen d'une seringue à hydrocèle et d'une sonde de gomme élastique. On commence d'abord par laisser sortir l'eau sitôt après son introduction; puis, lorsqu'on a constaté la tolérance de l'organe pour les injections ainsi faites, on pousse l'eau un peu brusquement, de manière à produire un mélange général des parties solides et liquides, et à provoquer, autant que possible, leur émission simultanée.

Il arrive assez souvent que la lithotritie, par suite de cette inertie de la vessie, reste, pour ainsi dire, complétement innocente, et que les séances peuvent être rapprochées au point de se succéder tous les jours, ou même deux fois par jour. C'est ainsi qu'à St-Quentin j'ai pu, à plusieurs reprises, opérer jusqu'à trois fois dans les vingt-quatre heures, un vieillard octogénaire, parent d'alliance de M. le professeur Chomel.

Jamais la difficulté dont il s'agit ne m'a arrêté; jamais je n'ai remarqué d'accident de quelque importance à la suite des moyens employés pour la surmonter.

Une difficulté plus sérieuse est opposée à la lithotritie par les lacunes de la vessie, quand des calculs s'y trouvent logés ou que des fragmens s'y engagent dans le cours de l'opération. Dans le temps où la lithotritie se pratiquait avec l'instrument à trois branches, cette difficulté était à peu près insurmontable; aujourd'hui, on peut la vaincre presque toujours, en faisant usage d'un brise-pierre à bec court, et en le portant directement dans la lacune qui contient le corps étranger. J'ai recueilli un certain nombre de faits qui me prouvent le parti que l'on peut tirer de cet instrument en pareil cas. Du reste, les pierres châtonnées sont beaucoup plus rares qu'on ne le pensait autrefois. La pratique de la lithotritie apprend que l'idée de leur fréquence est une idée fausse, basée probablement sur des tailles mal faites.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

Du catarrhe intestinal lié ou non à une influence cholérique. — Son traitement par la méthode évacuante.

Dans les bulletins hebdomadaires de la mortalité de la ville de Londres, en tout temps, mais surtout en temps d'épidémie cholérique, on a pu remarquer, à côté de la colonne des décès par *asiatic cholera*, une autre colonne, ordinairement assez chargée, portant ce titre : *Diarrhea.* Qu'est-ce donc que cette diarrhea qui fait périr à Londres un assez grand nombre de personnes, et surtout d'enfans? Nous avons fait de grandes tentatives, M. Mélier et moi, pour nous procurer une bonne description de cette maladie; nous n'avons pas réussi jusqu'ici, et les renseignemens que nous avons reçus sont trop vagues et trop peu précis, pour que nous ayons pu nous faire une idée exacte de cette affection.

Il est cependant hors de doute pour nous que cette diarrhea n'est ni une maladie nouvelle, ni une maladie propre à l'Angleterre. M. Gorlier, de Rosny, dont nous citons souvent les communications, parce qu'elles ont toujours un grand intérêt pratique, nous adressait dernièrement une description d'une épidémie diarrhéique et dysentérique qui régnait dans sa localité, qu'il combattait avec succès par les purgatifs salins, parmi lesquels il a une préférence exclusive pour la limonade magnésienne (1).

Depuis, nous avons reçu de M. le docteur Manget, président de la Société médicale du 5me arrondissement de Paris, une note très intéressante sur le même sujet. La maladie que les Anglais appellent diarrhea est très probablement la même que M. Manget désigne sous le nom de *catarrhe intestinal aigu*, et qui a été connue de tout temps sous les noms de *diarrhée catarrhale*, de *maladie des moissonneurs*, et plus vulgairement sous ceux de *flux de ventre, courante*, etc.

« C'est une petite maladie d'été, dit M. Manget, qui, hors du temps d'épidémie, se rencontre surtout dans les campagnes, ne faisant que de très rares victimes, mais qui, en temps de choléra, peut acquérir une notable intensité, si les circonstances météorologiques la favorisent. On la prend souvent pour le choléra en personne, au grand détriment des malades.

» Que, dans le feu de la pratique médicale à grande vitesse, telle qu'on la fait au milieu d'une épidémie, chacun de nous ait pu parfois confondre cette maladie avec le fléau indien, et la traiter en cette qualité, cela s'est vu et cela pourra se voir encore. Mais que la curation de semblables états morbides ait été plus tard, de sang-froid, et dans le recueillement du cabinet, rapportée comme guérison de choléras de la plus grave espèce, cela s'est vu également : de pareils récits accusent soit la sagacité médicale, soit la bonne foi scientifique de certains rédacteurs de mémoires, affirmant, par exemple, qu'au moyen de leur panacée ils avaient guéri neuf cholériques sur dix. C'est surtout parmi les médecins des grandes villes que règnent ces illusions thérapeutiques. La médecine infinitésimale se complaît à ces faciles triomphes. Plus difficiles envers nous-mêmes, efforçons-nous de faire du diagnostic différentiel, nous rangeant sous la bannière de la spécificité dans les maladies.

» Les nombreuses visites préventives que j'ai été appelé à faire dans l'été de 1854, par les ordres de M. le préfet de police, au milieu d'une population ouvrière voisine de l'indigence (j'en ai fait 160 et quelques), m'ont mis à même de rencontrer une certaine quantité de catarrhes intestinaux aigus, durant en moyenne quarante-huit heures : c'était la *diarrhea* des auteurs anglais, qui en font un prodrome invariable du choléra asiatique : c'était l'entérite primitive aiguë dans toute la force du terme.

» *Causes.* — Cette affection est occasionnée, en général, par le passage rapide du chaud au froid, par des intempéries atmosphériques brusques, telles que celles qu'on a pu signaler à la fin du printemps pendant les trois ou quatre dernières années; un verre d'eau froide pris lorsque le corps était en sueur au moment de la moisson, par exemple, a pu fréquemment développer ce mal chez les ouvriers des campagnes. Les excès alcooliques ont également une part notable dans la pathogénie de cette affection. La première enfance constitue aussi une puissante prédisposition, et cela explique à merveille le nombre considérable de décès d'enfans que nous avons été à même de constater pendant le choléra de 1854, et qui ont pu être attribués au fléau asiatique, faute d'une attention assez scrupuleuse.

Symptômes. — Il s'établit brusquement chez un individu une diarrhée violente, donnant lieu à vingt, trente, quarante selles dans la journée, selles douloureuses pour la plupart, de nature séreuse, mélangées de fragmens de la couleur et de la consistance d'herbe hachée : ces selles s'accompagnent quelquefois de symptômes gastriques, tels que la blancheur de la langue, l'amertume de la bouche, etc., etc.

» Pas de crampes dans les membres, pas de sifflemens dans les oreilles, pas de vertige spécifique, pas de dépression du pouls, qui est plutôt accéléré; les yeux ne sont pas excavés; la figure n'est pas amaigrie; la voix n'est nullement éteinte; la peau, plutôt chaude que froide, n'a nullement perdu son élasticité naturelle. Au lieu d'être rétracté, comme dans le choléra asiatique, le ventre est tendu et ballonné. Il n'y a pas de douleur épigastrique appréciable. Les urines sont normales en quantité et en qualité.

» *Pronostic.* — En général favorable; en temps ordinaire les ouvriers qui désignent cette petite maladie sous le nom de *courante*, guérissent sans recourir au médecin, comme ils guérissent d'un coriza, quand ce dernier n'est pas d'une nature spécifique.

« Mais, en temps d'épidémie, il est d'une extrême importance de ne pas laisser une porte aussi large que la membrane muqueuse intestinale ouverte au miasme cholérique : il a donc fallu trouver un traitement spécial approprié à ce genre d'affection, qui cause aux malades une vive anxiété, lorsque leur imagination est montée au point de vue de l'épidémie régnante.

» Voici ce que je prescrivais aux indigens et aux travailleurs, suivant le moment auquel j'étais appelé à constater chez eux la diarrhée :

» Lorsque les accidens venaient d'éclater, et que le malade me disait être en pleine *courante*, je lui administrais sur le champ 30 grammes de sulfate de soude dans un véhicule quelconque, à prendre en deux fois, demi-heure en demi-heure. Puis je faisais appliquer sur le ventre de la flanelle chaude imbibée du liquide ci-dessous :

R. Extrait de belladone. . . . 4 grammes.
Eau de fontaine. . . . . 100 grammes.
F. s. a.

» Pour une mixture aqueuse. (Répétez quatre fois par jour l'application des compresses de flanelle, de manière à ce que tout le liquide soit employé dans les vingt-quatre heures.)

» Lorsque la langue était blanche, je débutais par faire prendre 2 grammes de poudre d'ipécacuanha en *une seule dose*, dans un verre d'eau sucrée.

» Dans le cas, au contraire, où, appelé le second ou le troisième jour auprès de malades, atteints de catarrhe intestinal, je constatais de la diminution dans le nombre des garde-robes, mais des épreintes douloureuses et un peu de sang dans les déjections alvines, je laissais de côté la médication laxative et prescrivais les pilules suivantes :

R. Extrait aqueux d'opium. . 6 centigrammes.
Extrait de ratanhia. . . . 1 gramme.

» Divisez en six pilules égales, à prendre de six en six heures.

» Le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 2 grammes par jour, associé à la craie préparée (carbonate de chaux), m'a rendu aussi de grands services, surtout quand la maladie tendait à passer à l'état chronique.

» Les infusions de plantes aromatiques, telles que celles de badiane, de menthe, de mélisse, de camomille romaine, sont des adjuvans utiles dans la cure de cet état morbide.

» *Anatomie pathologique.* — Elle consisterait dans des traces de phlogose légère mais diffuse de la membrane muqueuse du canal digestif, dans quelques ulcérations et le ramollissement partiel du gros intestin; mais, comme il ne m'a pas été donné de voir mourir un seul des malades adultes (une quarantaine environ), que j'ai été appelé à soigner pour cette affection l'année dernière, je n'ai pu faire aucune autopsie qui me démontrât des lésions anatomiques; elles se rapprocheraient de celles de la dysenterie.

» REMARQUES. — Tout ceci, je ne puis trop le faire observer, ne constitue point à mes yeux le prodrome du choléra : cela peut exister en tout temps, en tout lieu, particulièrement en été. De même que le choléra peut frapper mortellement un individu sans développer chez lui un seul des symptômes précédemment décrits. Je ne crois pas, comme quelques-uns de nos honorables confrères, que les cas de choléra foudroyant doivent être traités de *mythes* ou relégués au rang des fables; je veux seulement dire et répéter que plus les voies digestives seront en bon état chez un individu, moins il aura de chances de prendre le choléra et d'en mourir s'il en est atteint,

» Le catarrhe intestinal aigu est sujet à récidiver. J'ai vu des gens en avoir jusqu'à trois attaques dans le courant de l'année dernière. Chaque fois, le même traitement a été mis en usage, et dans les trois quarts des cas, les individus traités ont été préservés du choléra asiatique. »

(1) M. Gorlier nous a adressé une certaine quantité de la limonade au citrate de magnésie, qu'il emploie de préférence. Nous avons distribué ces échantillons parmi nos honorables confrères du Comité de rédaction, tous praticiens très répandus, et qui ont été univoques pour en constater la bonne préparation et des effets purgatifs non équivoques.

M. le professeur Trousseau, dont l'autorité est si grande en pareille matière, professe absolument les mêmes opinions et enseigne la même pratique. Voici un extrait d'une de ses dernières leçons sur ce sujet :

« Les variations de température ont occasionné bon nombre de catarrhes intestinaux. Le catarrhe intestinal aigu est une maladie de la saison, surtout dans les campagnes, et tantôt il est simple, tantôt lié à un état saburral des premières voies. Dans ce dernier cas, M. Trousseau procède à son traitement par un vomitif :

Poudre de racines d'ipéca. . . . 2 grammes.

» En quatre prises, de dix minutes en dix minutes, jusqu'à production de deux ou trois vomissemens.

» Si l'embarras gastrique ne prédomine pas, s'il n'y a ni vomissemens ni nausées, le remède par excellence, on ne saurait trop le répéter, est le sulfate de soude.

» Au n° 2 de la salle Sainte-Agnès était couché, le 21 juin, un malade entré la veille dans ce service, et qui six jours auparavant, à la suite de chaleurs excessives suivies de froid, avait été pris de coliques violentes avec vingt et trente garde-robes sans aucun signe de choléra ni de cholérine. M. Trousseau a pensé que cet homme avait simplement une entérite aiguë ou un catarrhe intestinal, il lui a prescrit 30 grammes de sulfate de soude à prendre dans quatre verres d'eau pure et coupée avec de l'eau de Seltz. Ce purgatif a provoqué six gardes-robes bilieuses, et à partir de cet instant le dévoiement s'est complétement arrêté. Or ces faits sont communs, et si l'on réfléchit qu'abandonné à lui-même le catarrhe intestinal dure six, sept, huit jours, et qu'en temps d'épidémie il peut devenir l'occasion d'un choléra, on appréciera aisément le service que les purgatifs salins sont appelés à rendre en pareille circonstance.

» Dans le catarrhe sub-aigu, ou qui tend à devenir chronique, le sous-nitrate de bismuth est d'un grand secours après l'emploi préalable d'un vomi-purgatif. Donné en lavement, il fait cesser parfois, comme par enchantement, les diarrhées qui sont entretenues par une irritation de l'extrémité inférieure du rectum, laquelle agit à la manière du suppositoire introduit dans l'orifice anal. Ces lavemens sont ainsi formulés par M. Trousseau :

Sous-nitrate de bismuth . . . . 8 grammes.
Mucilage de gomme ou de graine de lin. . q. s.

pour faire une mixture épaisse qu'on administre en deux fois dans un quart de lavement.

» Cette médication n'empêche pas de faire prendre par les voies supérieures le même sel, et depuis quelque temps M. Trousseau lui associe en quantité égale le carbonate de chaux ou craie lavée, soit :

Sous-nitrate de bismuth. } āā. . . . 2 grammes.
Craie lavée . . . . }

» Mélangez. A prendre en plusieurs fois dans le jour. » — (In *Gaz. des hôp.*, n° 105, 1855.)

Enfin, il n'est pas sans intérêt de rappeler sur le même sujet le traitement de la diarrhée prodromique du choléra si chaleureusement préconisé par notre savant confrère, M. Jules Guyot, traitement dont le sulfate de soude est le premier moyen, immédiatement suivi de l'emploi des alcooliques.

Si à côté de ces opinions autorisées nous rappelons celles non moins recommandables de MM. Jules Guérin, Foucart, Jules Roux, et d'une infinité d'autres praticiens distingués en faveur de la méthode évacuante dans le traitement de la diarrhée, qu'elle soit liée à une influence épidémique ou cholérique ou autre, on arrive à une masse de témoignages considérable, et dont certainement il faut tenir grand compte. Sans doute l'ipéca et les purgatifs salins ne sauvent pas tous les malades, surtout chez les enfans; mais c'est la méthode qui en sauve le plus grand nombre. Cette diarrhée n'a, d'ailleurs, de gravité réelle que sur les enfans et sur les sujets débilités. En temps de choléra, cela va sans dire, elle exige plus d'attention que dans toute autre circonstance. Même sous la constitution épidémique, nous avouons une prédilection marquée pour les purgatifs salins, sulfate de soude, sulfate ou citrate de magnésie, peu importe, croyons-nous. L'essentiel est que l'estomac supporte bien le remède et que celui-ci produise les résultats attendus. Amédée Latour.

PRESSE MÉDICALE.

Traitement de la pneumonie par les applications froides et les ferrugineux; par le docteur Niemeyer, de Magdebourg. — Le traitement de la pneumonie paraissait solidement établi depuis les travaux de Rasori et de Laënnec; c'était un des plus classiques : émissions sanguines, tartre stibié, vésicatoires. Depuis quelques années ce terrain battu est abandonné par un certain nombre de médecins, et comme tous les chemins mènent à Rome, nous avons vu l'expectation avec abstention complète de médicamens donner de plus beaux résultats, à Vienne, que l'ancien traitement; néanmoins peu de médecins seront tentés d'entrer dans cette voie. Puis sont survenus les inhalations de chloroforme, les mercuriaux, calomel ou sublimé, l'acétate de plomb, et en dernier lieu les applications froides. Ces dernières, renouvelées des hydropathes, ont été employées par le docteur Niemeyer, non hydropathe, dans l'hôpital de Magdebourg, et ce sont les résultats favorables de notre confrère, que nous allons communiquer. Ce traitement est également employé contre les pleurites.

Il fait un emploi très restreint des émissions sanguines générales; il ne les ordonne que quand il y a menace d'asphyxie ou forte congestion cérébrale. Ainsi que l'avait déjà observé Dietl, les convalescences sont beaucoup plus franches et plus rapides. On fait des applications de compresses trempées dans l'eau froide et bien exprimées, sur le thorax dans toute l'étendue de la douleur ou de l'inflammation pulmonaire. On les renouvelle au commencement dès qu'elles deviennent tièdes. Les malades eux-mêmes les réclament dès qu'ils ont commencé à goûter le bien-être que ce moyen leur procure. Si l'on tarde trop à les renouveler, leur influence est plutôt nuisible dans la période de vive inflammation.

Peut-on ainsi juguler des pneumonies ? Notre confrère n'ose pas l'affirmer quoique souvent il ait vu de vives douleurs dans le côté, accompagnées de forte fièvre, de toux fatigante, même de crachats sanguins, se perdre le second ou le troisième jour, sans qu'une exsudation pneumonique fût survenue dans le poumon. Il hésite parce qu'il serait possible que ces états n'eussent été que de violentes bronchites avec pleurodynie et non pas des engouemens pulmonaires.

Dans tous les cas, la fièvre disparaît, l'hépatisation se résorbe et la convalescence s'établit plus vite que par l'expectation pure et surtout que par les saignées; beaucoup de malades ont pu sortir le septième ou le huitième jour, quoique leur pneumonie eût été grave.

Jamais il n'est survenu le moindre inconvénient, et l'emploi du froid contre la pneumonie est aussi inocent et efficace que contre les inflammations d'organes extérieurs.

Le docteur Niemeyer ne recherche pas le mode d'action du froid dans ces cas. Agit-il en émoussant la sensibilité et facilitant la respiration; ou bien en diminuant la température générale ou celle du poumon; ou bien en exerçant une influence directe sur les capillaires et leur contractilité ? Il ne peut se prononcer là-dessus.

En même temps, le nitre fut donné à l'intérieur à la dose de 8,00 par jour. A-t-il agi de son côté sur la crase sanguine ? Jamais il n'a fourni de résultats évidens. (Pourquoi l'avoir administré alors ? Il trouble un peu la pureté des résultats.)

Dans toute cette année, le tartre stibié à dose réfractée (?) et le calomel n'ont pas été employés. Les bons effets obtenus antérieurement par eux, n'étaient pas assez évidens. On avait d'ailleurs à craindre leurs effets consécutifs, tels que l'appauvrissement du sang et l'hydroémie que les mercuriaux surtout produisent si facilement (Cette action n'est pas tellement redoutable sur la généralité des malades; mais elle se fait sentir encore assez souvent chez les vieillards, les individus lymphatiques, scrofuleux, anémiques, etc. Dans tous les cas, la convalescence est plus longue avec les saignées et les antimoniaux que sans ces moyens, comme avec l'acétate de plomb.)

Les ventouses scarifiées n'ont pas été rarement employées surtout quand les applications froides ne suffisaient pas pour calmer la douleur pleurétique. A la fin, quand les accidens avaient presque disparu, vers le cinquième ou septième jour, les compresses n'étaient plus changées coup sur coup, mais toutes les deux à trois heures.

Dans la dernière année, ce traitement n'a donné que trois morts, sur un grand nombre de malades (combien ?) un avec complication de *delirium tremens*, un apporté agonisant, un avec des crachats diffluens et de mauvaise odeur.

Le docteur Niemeyer termine par des considérations sur l'emploi des ferrugineux contre différentes maladies aiguës et chroniques, accompagnées d'une diminution des globules sanguins. C'est là ce qui paraît caractériser surtout l'indication de ces médicamens. Ainsi il l'administre dans la pneumonie, à des personnes âgées, faibles, anémiques, non seulement dans les périodes avancées mais même au début. Le fer n'a pas d'action directe sur l'état pneumonique, mais il combat l'appauvrissement aigu et chronique des globules du sang. Dans ces cas, le traitement antiphlogistique serait pernicieux, quoique tous les signes indiquent une inflammation; il faut alors nourrir et donner hardiment du fer.

Tous les états basés sur la pauvreté du sang sont justiciables du même moyen. Ainsi notre confrère a souvent observé chez les enfans des affections qui simulaient l'hydrocéphale par les symptômes soporeux et convulsifs; mais l'aspect de cire et la paleur des lèvres, des oreilles et du corps indiquaient une anémie facile à rattacher à une perte de sang considérable, ou une excrétion excessive, comme une diarrhée. Ces enfans peuvent revenir à la santé avec des doses hardies d'une teinture spiritueuse de fer. Même résultat dans les délires ordinairement tranquilles, parfois violens et furieux que l'on observe dans la pneumonie, la pleurésie et quelques autres affections. Ils dépendent d'une nutrition altérée du cerveau par un sang appauvri. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 23.)

Examen microscopique des renflemens terminaux des nerfs après les amputations; par le professeur C. Wedl. — Déjà Larrey s'était occupé de cette question, sans se servir du microscope; ses observations ne sont donc pas assez exactes. Le professeur Wedl, qui a soumis à ses investigations un grand nombre de moignons d'amputations de différentes dates, a trouvé que non seulement les renflemens pouvaient être composés en majeure partie de fibres cellulaires à noyaux, reliées en faisceaux, mais que, parfois, ils renfermaient une grande quantité de faisceaux de tubes nerveux, se croisant dans toutes les directions. Ils se rencontrent aussi bien à la base du renflement qu'à sa partie supérieure et sont logés entre les cordons de tissu cellulaire jusqu'à la périphérie. Ils paraissent s'y terminer, et quand plusieurs troncs nerveux se terminent dans un seul renflement, leurs faisceaux nerveux s'y enchevêtrent. On peut parfois poursuivre des filets jusque dans la substance de la cicatrice; mais il faudrait des expériences précises sur le vivant, pour savoir jusqu'à quel point la grande sensibilité qui se développe parfois dans celle-ci, provient de cette disposition. Il y a donc évidemment formation de nouvelles fibres nerveuses. La valeur pathologique des renflemens n'est pas encore bien connue. Quand ils sont considérables, ils agissent sur la sensibilité, mais ne sont pas eux-mêmes douloureux. L'opinion de Larrey, qui croyait que dans le cas de réunion de deux nerfs dans un renflement, il y avait anastomose de leurs extrémités, n'est pas confirmée anatomiquement; on ne trouve pas de réunion directe des tubes nerveux de l'un avec ceux de l'autre, mais de nombreux points de contact par contiguïté, par suite de leur entrecroisement fréquent. — (*Zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 1.)

La falcadine, la boala et le skerljevo sont des affections tout à fait identiques à la frenga, et ont fait le sujet d'études approfondies dans leur pays, par le professeur Sigmund, de Vienne. Elles ont partout le même caractère, ont été importées à la fin du siècle dernier ou au commencement de celui-ci et portent seulement différens noms dans les différentes contrées. La *falcadine* s'appelle ainsi d'un village, Falcade, de la province de Bellune, dans les Alpes noriques, sur les frontières du Tyrol. Le *male di breno* est la même maladie dont le nom provient d'un village du même nom, près de Raguse. La *bôala* sévit principalement dans les principautés danubiennes; enfin, le *skerljevo* est surtout répandu dans le littoral des pays hongrois-dalmatiques et allemands-italiens et son nom provient également d'un village situé près de Fiume. La *radesyge* norvégienne est la même maladie que les précédentes et repose sur les mêmes données étiologiques d'importation.

Voici les conclusions par lesquelles le professeur Sigmund termine son beau et consciencieux travail :

1° Les dénominations de frenga, falcadine, male di breno, bôala et male di skerljevo avaient été admises primitivement pour des formes pathologiques que l'histoire et la tradition avaient reconnues comme syphilitiques. Leur origine remonte partout à une contagion, à une introduction de la syphilis par des étrangers et prenant bientôt une grande extension.

2° Plus tard, ces mêmes noms furent appliqués à d'autres maladies, le plus souvent des ulcères et des éruptions, qui présentaient plus ou moins de ressemblance, par la localité où on les observait, par leur aspect, leur durée persistante, leurs suites, etc. C'est ainsi que toutes les formes de la maladie scrofuleuse, du scorbut, de l'eczéma, le prurigo, la gale, le favus, le cancer, même des tumeurs enkytées, furent compris dans ces dénominations devenues populaires et adoptées par les médecins et les autorités. De cette manière, des noms appliqués primitivement à des syphilides seulement, ont perdu peu à peu leur signification et sont devenus des noms collectifs pour les maladies les plus diverses.

3° Le plus grand nombre et les formes les plus caractérisées de ces affections appartiennent encore aujourd'hui à la famille de la syphilis. On les trouve comme des formes acquises et héréditaires dans le littoral, la Servie, les principautés danubiennes, l'Italie, etc., en plus grand nombre et plus fortement dessinées que dans les autres pays, mais aux mêmes degrés et dans les mêmes combinaisons. Ces contrées ne possèdent aucunement une forme spéciale de syphilis.

4° Les mêmes causes qui favorisent l'extension de la syphilis et la négligence de ses suites dans tous les lieux, étaient et sont encore aujourd'hui les agens de sa naissance et de sa durée.

5° Les dénominations de frenga, etc., ne sont utiles sous aucun rapport et doivent être rayés du cadre nosologique. Il faut leur donner les vrais noms qui leur conviennent. Cette circonstance est d'un grand poids même chez les laïques pour instituer et suivre un traitement plus rationnel. — (*Zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien.*, 1855, n°s 2, 3 et 4.)

Expériences sur la nécrose déterminée par l'obturation du trou nutritif; par le docteur Hartmann. — Les expériences furent faites sur des lapins, les deux premières sur le fémur, les autres sur le tibia. Une incision allant jusque sur l'os mit à découvert le trou nutritif, dans lequel on enfonça une aiguille fine, qui fut coupée à la hauteur de l'os. Voici les résultats de ces expériences curieuses :

I et II. Tués après un et deux jours. Plaie béante; hypérémie de la partie supérieure de la moelle, avec de petites extravasations sanguines; la partie inférieure normale.

III. Tué après trois jours. Plaie béante; hypérémie de la moelle.

IV. Cinq jours. Plaie de la peau béante, le reste cicatrisé; moelle rougie, avec extravasations sanguines dans son intérieur; les cellules médullaires diminuées.

V. Huit jours. Plaie guérie à une fistule près; formations osseuses nouvelles à l'extérieur; moelle rougie dans la partie supérieure, normale en bas.

VI. Seize jours. Plaie guérie; abcès; formations osseuses à l'extérieur de l'os et à la paroi interne du canal; la partie supérieure de la moelle ramollie et rouge, renfermant des corpuscules sanguins et des cellules médullaires en voie de dégénérescence graisseuse; la partie inférieure blanc-bleuâtre, de la consistance d'un cartilage mou, contenant peu de cellules médullaires et beaucoup de cellules de tissu conjonctif.

VII. Vingt-quatre jours. Plaie guérie à une fistule près; formations osseuses nouvelles; partie supérieure de la moelle rouge, l'inférieure blanche; mêmes résultats microscopiques que dans le cas précédent.

VIII. Trente jours. Plaie cicatrisée; épaississement de l'os; formations osseuses nouvelles; formation vasculaire entre le tibia et le péroné; moelle rouge-sale dans la partie supérieure, blanc-bleuâtre dans la partie inférieure, rougeâtre tout dans le bas. Les ostéophytes sont hypérémiés en un endroit, et leur séparation d'avec la surface externe de l'os, visible. Foyers purulens dans la moelle.

IX. Trente-six jours. Fistule; l'os épaissi de près de la moitié; ostéophytes; canal médullaire rempli de pus; ligne de démarcation marquée entre les ostéophytes intérieurs et l'os. La partie supérieure de l'os au-dessus du trou nutritif et 3 centimètres au-dessous, rouge.

X. Quarante-huit jours. Fistule; os épaissi; formations osseuses, canal médullaire rempli de pus; les ostéophytes internes commencent à se détacher; os hypérémié au-dessus et au-dessous du trou; c'est à ces endroits que la séparation des ostéophytes est le plus marquée.

XI. Soixante jours. Fistule; ostéophytes, et au-dessus d'eux vascularisation considérable; canal médullaire rempli de pus, ayant pris une consistance caséeuse dans la partie inférieure; l'os se détache à son extrémité supérieure.

XII. Soixante-dix jours. Fistule; ostéophytes; pus dans le canal médullaire; séparation complète de l'os à l'extrémité supérieure, non encore marquée en bas.

XIII et XIV. Quatre-vingts et quatre-vingt-trois jours. Fistules; ostéophytes; pus dans le canal médullaire, à consistance caséeuse et de couleur rougeâtre dans la partie inférieure. L'os est complétement détaché. — (*Archiv. f. pathol. anat. physiol. u. f. Klin. med.*, t. VIII, n° 1.)

On lit dans la *Correspondance lithographiée de Berlin* :

« On sait que le gouvernement russe a engagé un certain nombre de médecins allemands qu'il a envoyés en Crimée. On reçoit aujourd'hui des nouvelles fort tristes sur le sort de ces médecins; ils étaient trente-cinq en tout, dix d'entre eux ont succombé au climat, un a été tué près de Sébastopol. Un tiers du nombre total a donc péri, et les autres se trouvent en très mauvaise situation. »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 109. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 13 Septembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS
DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 SEPTEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'exhibiteur des Astèques, de ces deux pauvres enfans sur lesquels on a bâti une histoire si mystifiante, s'est représenté devant l'Académie avec deux autres petites créatures qu'il appelle les *Earthmen*, ou hommes terriens. Suivrons-nous dans son récit oral ou écrit l'exhibiteur de ces enfans? Non, nous craignons quelque mystification nouvelle. Les enfans que l'on donne comme échantillons d'une race lilliputienne de l'Afrique sont, du reste, assez gentils, la petite fille surtout que l'on dit âgée de 17 ans, et présentent, si nous ne nous trompons, sous le rapport de la couleur, de la chevelure, de la forme de la tête, de l'expression des traits, une assez grande ressemblance avec quelques peuplades de l'Océanie. L'examen de ces deux enfans a été renvoyé à la commission des Astèques qui fera bien de hâter son rapport. Nous ne donnerons pas, quant à nous, d'autre importance à cette exhibition.

La commission des remèdes secrets et nouveaux, qui est fatalement condamnée à faire d'innombrables sacrifices, qui est sans cesse occupée à vider ce nouveau tonneau des Danaïdes, que l'ignorance, la crédulité et la cupidité emplissent sans cesse, cette commission aurait-elle eu la bonne fortune de tomber enfin sur un médicament véritablement nouveau et utile? Le rapport fait hier par M. Robinet donne cette espérance, et réjouira fort la classe si nombreuse et si à plaindre des hémorrhoïdaires.

Le remède dont il est question est le piment, qui, réduit en poudre et donné à la dose de 1 à 2 grammes, ou bien sous forme d'extrait aqueux, à la dose de 50 à 75 centigrammes, et toujours en pilules, aurait la propriété de calmer très rapidement les douleurs vives et quelquefois atroces que causent les hémorrhoïdes à l'état d'exaspération. La commission aurait fait d'assez nombreuses expériences, et le résultat en aurait été favorable. Un membre de la commission, fortement hémorrhoïdaire et en proie, plusieurs fois l'année, à des accès très douloureux, a essayé, par quatre fois, l'usage du piment, qui, quatre fois, a calmé, abrégé et fait cesser la douleur. M. Jobert de Lamballe, à qui la commission a fait parvenir des pilules, les a aussi employées avec un très rapide succès sur plusieurs malades de l'Hôtel-Dieu.

Ce sont ces faits préliminaires que la commission a voulu d'abord mettre en lumière, afin d'attirer l'attention des praticiens et de multiplier les essais. Si ces essais confirment les premiers succès obtenus, il y aura plus tard, pour la commission, à proposer à l'Académie quelque mesure pour l'application de l'une ou l'autre disposition des décrets qui régissent les remèdes secrets et nouveaux.

Ces sages conclusions ont été adoptées après quelques réflexions non moins sages de MM. Gerdy et Piorry.

Une longue série de rapports sur les eaux minérales ont été adoptés sans discussion. Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Suite. — Voir les numéros des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août et 6 Septembre.)

Septième Leçon.

Je vous ai montré des cas variés d'abcès par congestion, et je vous ai dit ce qui devait être fait dans trois de ces cas. Je vous ai promis, en outre, de résumer les principales règles à suivre dans l'ouverture des abcès; j'arrive donc à l'examen des différentes questions qui se rattachent à ce sujet.

Premier point. — Faut-il ouvrir ces abcès de bonne heure? Je réponds : Non, en général. On ne doit ouvrir de bonne heure que dans des circonstances exceptionnelles, lorsque les abcès produisent des accidens graves par la compression qu'ils exercent sur les organes voisins; tels sont les abcès rétro-pharyngiens, qui pressent sur le pharynx et le larynx et en gênent les fonctions; ou ceux qui sont sur le point de s'ouvrir dans une cavité séreuse, le péritoine ou la plèvre. Ces cas sont rares. Comment doit-on pratiquer l'ouverture dans ces circonstances? On ouvrira de manière à produire un écoulement rapide du pus; on fera, à l'aide du bistouri, une incision suffisamment large, sans se préoccuper de l'entrée de l'air, qui n'a pas des conséquences aussi funestes qu'on le croit généralement encore de nos jours; l'important est de faire sortir le pus rapidement.

Dans les autres cas, il ne faut pas ouvrir de bonne heure; l'époque où l'on doit le faire est d'ailleurs subordonnée à des considérations particulières à chaque cas. Il y a des inconvéniens à attendre; il y en a également à donner trop tôt issue au pus. Les inconvéniens auxquels on est exposé en différant d'ouvrir sont les clapiers, les diverticules qui se forment dans l'abcès, le trajet plus long qu'il décrit, par conséquent l'étendue plus grande de la membrane pyogénique et des parties affectées. Un autre inconvénient consiste dans l'ouverture possible de l'abcès dans les cavités principales du corps, dans la poitrine, l'abdomen, l'intestin, la vessie, etc.

Tels sont les deux grands inconvéniens qui résultent d'une ouverture trop tardive des foyers par congestion, mais il en est d'autres prenant leur source dans l'état général des sujets, dans la douleur vive que cause le foyer.

D'un autre côté, il y a aussi inconvénient à ouvrir trop tôt, parce qu'on n'est jamais sûr de limiter l'inflammation et de se rendre maître des accidens consécutifs. On peut avancer, de cette manière, la mort des malades.

Ainsi, vous êtes placés dans une alternative souvent embarrassante. Il faut peser toutes les circonstances de l'état des malades, balancer les chances bonnes et mauvaises de l'ouverture, et vous diriger d'après le résultat de cet examen comparatif.

Je vous ai montré par des exemples l'application de ces règles.

Deuxième point. — L'opération étant décidée, comment doit-on y procéder? La méthode préférable est celle d'Abernethy, soit seule, soit combinée avec l'aspiration. Les avantages de l'incision oblique sous-cutanée pure et simple sont de présenter une ouverture suffisante pour l'issue du pus, des flocons; cette ouverture se ferme mieux que celle qu'on fait avec un trocart à dimensions égales. La plaie est moins sujette à s'enflammer, elle se cicatrise plus vite. Quand on emploie le trocart en y joignant l'aspiration, on a l'avantage de pouvoir pratiquer l'ouverture de la peau plus loin de celle du kyste; on est alors moins exposé à l'entrée de l'air dans le foyer, mais on l'est plus à l'infiltration du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané. Au reste, quelques millimètres de plus ou de moins n'ont pas une grande influence sur les suites de l'opération. Il y a cet autre avantage dans la ponction avec le trocart suivie d'aspiration, qu'on est plus sûr d'évacuer la totalité du pus. Le bistouri convient mieux quand la peau est fort amincie.

Il y a donc, vous le voyez, de bonnes raisons pour employer le procédé d'Abernethy; il y en a d'autres également bonnes pour recourir au trocart. Dans tous les cas, le trajet décrit par l'instrument dans la paroi de l'abcès doit être oblique, de manière à former une double valvule qui devient paroi du canal, d'une part, de l'autre, paroi du kyste; les pressions exercées en sens inverse par l'atmosphère et le liquide du foyer maintiennent le trajet fermé. C'est ce qui a fait donner depuis longtemps à l'étranger le nom de *méthode valvulaire, valvular method*, au mode d'évacuation inventé par Abernethy.

Lorsqu'après plusieurs ouvertures successives, l'abcès s'est reconstitué, il faut le traiter de nouveau et en tenter encore la résorption. Abernethy a eu recours, dans ce but, à l'électricité; il produisait des secousses à l'aide d'une bouteille de Leyde appliquée sur l'abcès; il a obtenu par ce moyen plusieurs guérisons.

Lorsque l'ouverture spontanée ou artificielle des abcès reste fistuleuse, c'est le cas de recourir aux injections iodées. Les auteurs de cette méthode vont plus loin : ils veulent qu'on ouvre de bonne heure l'abcès, et qu'on pratique de suite une injection. Je rejette, en général, cette manière d'agir qui n'est pas justifiée par un nombre de faits suffisant. Comme je vous l'ai déjà dit, cette méthode est à l'étude; l'avenir fera connaître ce qu'on doit en attendre.

L'indication des injections iodées, que je regarde comme incertaine quand on vient d'ouvrir l'abcès, devient plus positive lors qu'il s'est formé une fistule. L'iode remplit alors d'autres indications : il prévient la putridité du pus, en facilite l'écoulement, agit sur les parois du foyer et en amène le resserrement. L'iode, au reste, n'est pas le seul agent qui fasse perdre au pus sa putridité; l'eau pure ou créosotée, l'eau chlorurée, la lui enlèvent tout aussi bien.

J'ajoute que la putridité du pus n'est pas toujours consécutive seulement à l'ouverture du foyer. J'ai observé récemment, sur un des malades de mes salles, l'ouverture spontanée d'un abcès dont le pus offrait une extrême fétidité au moment de sa sortie. L'état général de cet enfant s'est maintenu bon depuis cette époque; il n'a pas de diarrhée, n'éprouve plus de douleurs. De plus, la quantité du pus et sa fétidité diminuent chaque jour. Ici donc, il est bien évident que l'altération primitive du produit morbide n'est pas due à l'introduction de l'air dans le foyer.

Le voisinage des cavités muqueuses et des inflammations gangréneuses survenues dans l'intérieur de l'abcès sont les deux seules causes connues de putridité du pus, avant que l'abcès ne communique au dehors. La première cause ne saurait être invoquée chez l'enfant dont je viens de parler; je crois plutôt à l'existence d'un point gangréneux des parois de l'abcès.

On sait que l'état fistuleux des abcès par congestion se prolonge en général assez longtemps. S'il n'existe point alors de symptômes d'altération du pus, de pyohémie ou d'inflammation du foyer, l'office de l'art se borne à favoriser l'écoulement du pus et le resserrement des parois du kyste, à vider les clapiers qui pourraient se former, et à soutenir les forces du sujet.

Abernethy a fait connaître un effet consécutif spécial des abcès par congestion, consistant dans la formation de collections purulentes, entièrement séparées de l'ancien trajet et de la source primitive du pus. Ce sont alors de simples abcès froids que l'on peut traiter, à l'exemple du chirurgien anglais, par les larges incisions, le séton, les injections irritantes, etc.

Je termine ici ce que j'avais à vous dire sur le mal vertébral; mon intention n'a pas été de vous donner une description complète de cette maladie; j'ai voulu seulement appeler votre attention sur les points cliniques les plus pratiques. J'aurai atteint le but que je me suis proposé, si j'ai pu faire ressortir devant vous l'influence des efforts de la nature pour réparer les désordres causés dans le rachis, et la large part qu'elle prend à la guérison des malades. Ces connaissances sont d'autant plus importantes à acquérir qu'on y puise des indications précieuses pour le traitement.

Relativement aux médicamens internes, qu'on peut employer dans le mal vertébral, j'ai fait une omission que je veux réparer avant d'abandonner ce sujet.

L'étiologie doit être toujours consultée dans l'affection vertébrale. J'ai déjà dit que si l'on trouvait une diathèse syphilitique, en donnant le mercure, on pouvait remédier aux accidens de la maladie et à la maladie elle-même. C'est dans cette même circonstance, ainsi que dans la diathèse scrofuleuse, que M. Chrétien, de Montpellier, a vanté les préparations d'or, qui ont été également conseillées, à Paris, par M. Legrand; je ne sache pas que ce médicament se soit montré supérieur à aucun de ceux qu'on a opposés directement à l'affection des vertèbres; néanmoins il faut tenir compte des cas de guérisons consignés dans les ouvrages des praticiens que je viens de nommer.

Je dois encore vous dire un mot de la méthode de Bampfield, inventée en Angleterre sous le nom de *Prone system*. Elle consiste à faire coucher les malades en pronation, dans le but d'empêcher une incurvation antérieure trop grande de l'épine dorsale. La position horizontale est, en effet, une chose utile et que je conseille; mais je ne crois pas aux merveilleux résultats du *Prone system*.

Avant de passer à un autre sujet, je mets sous vos yeux une pièce provenant d'une jeune fille de 7 ans, morte dans nos salles la semaine dernière. Sa maladie était une affection vertébrale dont vous voyez ici les traces. Cette enfant n'avait présenté ni abcès ni paralysie. Elle a succombé à une phthisie pulmonaire; le poumon gauche était infiltré de noyaux tuberculeux, dont quelques-uns déjà ramollis. Les bronches ont été

trouvées remplies de pus provenant probablement de la fonte des tubercules.

La lésion a détruit presque entièrement deux vertèbres, les 10me et 11me dorsales; il en restait seulement les arcs et les apophyses épineuses, qui ont été enlevées pour mettre à nu la moelle épinière. La maladie s'étend plus loin : les 9me et 12me vertèbres dorsales sont réduites de volume et converties en coins osseux dont la base est postérieure. Cette altération est causée par des tubercules. Ce produit existait dans le corps de la 8me vertèbre dorsale, à l'état d'infiltration caractérisée par la présence, dans un point circonscrit du tissu spongieux, d'une matière jaune, compacte, justement comparée par plusieurs chirurgiens au mastic des vitriers.

Ce que cette colonne présente de plus curieux, c'est un dépôt tuberculeux situé à la partie postérieure des corps des deux premières vertèbres lombaires; la dure-mère, très amincie, est soulevée et perforée en un point, et le tubercule s'est propagé par cette ouverture à l'un des nerfs de la queue de cheval. Deux côtes, la dixième et la onzième, n'ont plus d'articulation postérieure.

Les symptômes ont présenté ceci de remarquable, qu'ils ont été réduits en quelque sorte à un seul, indépendamment des déformations qui sont communes à toutes les maladies de ce genre : c'était une vive douleur abdominale qui arrachait des cris à la malade, quand on l'asseyait ou quand on fléchissait sa colonne; plus tard, elle ne pouvait même plus s'asseoir. Si l'enfant eût pu rendre compte de ses sensations, elle aurait sans doute décrit une douleur sous forme de ceinture, ressentie à la base du thorax. Cette douleur et une oppression habituelle, chez cette enfant, s'expliquent facilement par la compression des nerfs et la gêne des mouvemens du diaphragme, résultant du rétrécissement des cavités splanchniques.

Plus d'un enseignement peut être déduit de la connaissance de ce fait : 1° la confirmation de cette vérité sur laquelle j'ai insisté déjà, à savoir, qu'il y a des destructions très étendues du rachis sans abcès ni paralysie. 2° Ce cas est également une démonstration de cette autre vérité, que la maladie est rarement mortelle par elle-même. Ici, la malade a succombé à l'affection du poumon; elle a passé par tous les degrés du marasme; elle a été véritablement lente à mourir.

Encore un mot de la lésion osseuse chez cette malade. Il n'y a pas ramollissement des corps vertébraux; les débris des vertèbres ne sont altérés qu'à leur surface. Leur tissu, à une certaine profondeur, est plus dense qu'il ne l'est dans l'ostéite.

ART. II. — MAL VERTÉBRAL SUPÉRIEUR OU SOUS-OCCIPITAL.

Nous avons laissé de côté une région de la colonne vertébrale, pour en examiner à part les affections; c'est la partie supérieure, ou les deux premières vertèbres du cou et leurs articulations entre elles et avec les condyles de l'occipital.

L'anatomie nous montre dans cette région des conditions organiques très différentes de celles, du reste, du rachis. Il en résulte que ses maladies présentent aussi des différences marquées. Cependant, comme il existe en même temps de l'analogie entre ces vertèbres et les autres, au point de vue anatomique, il y a aussi entre elles analogie morbide.

La principale différence entre les deux premières vertèbres et les suivantes résulte de la disposition diarthrodiale de leurs surfaces articulaires et de la disparition de l'élément amphiarthrodial; de même, dans l'ordre pathologique, on observe une prédominance de l'affection diarthrodiale.

Une première classe d'affections de la région sous-occipitale comprend l'arthrite des surfaces articulaires de l'atlas et de l'axis, l'inflammation de l'articulation de l'apophyse odontoïde avec l'arc antérieur de l'atlas, celle de l'articulation occipito-atloïdienne; ce sont là des lésions que nous ne pouvons pas retrouver dans le reste de l'épine. Les affections osseuses, cartilagineuses et ligamenteuses forment la deuxième catégorie. Cette seconde forme de maladies a reçu différens noms des auteurs qui en ont parlé; on les a nommées *luxations spontanées sous-occipitales*. C'est une mauvaise dénomination; elle a nui au progrès de la science et à la description de la maladie; la luxation n'est ici qu'un effet secondaire. Le nom de *carie sous-occipitale* est incomplet. Le mot *arthralgie* est moins précis, et peut être employé. Il est enfin un dernier nom, c'est celui de *spondylarthrocace;* il a pris domicile dans la science et peut être conservé, parce qu'il n'a qu'un sens vague.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'anatomie pathologique, par laquelle je commence, permet de distinguer deux maladies sous-occipitales principales, ainsi que je l'ai établi plus haut : la synovite et l'affection osseuse.

1° *Synovite.* — Je commence par l'étude de la synovite, c'est-à-dire de l'inflammation de la membrane synoviale des diverses articulations sous-occipitales. L'affection atteint plus particulièrement celle de l'atlas et de l'axis, dont les surfaces articulaires étendues servent au mouvement de rotation de la tête. Elle peut avoir également pour siége les autres articulations. On ne connaît bien les lésions de la synovite sous-occipitale que par l'autopsie de cas plus graves, à côté desquels se trouvait une altération moins avancée. La membrane synoviale est rouge, injectée, épaissie; elle secrète des liquides en plus grande quantité que dans l'état naturel et plus ou moins altérés. Cette synoviale peut s'ulcérer, se perforer. La thèse de M. Tessier, de Lyon, est le premier travail où ces altérations soient décrites; c'est encore dans cet auteur qu'on rencontre la première description des symptômes de la synovite sous-occipitale. M. Bonnet, dans son *Traité des maladies articulaires*, a également indiqué, en les rapportant au rhumatisme, les lésions anatomiques et les phénomènes observés pendant la vie.

Le siége de la maladie est tantôt bilatéral, tantôt uni-latéral, c'est-à-dire qu'il peut y avoir affection des articulations droite et gauche ou d'une seule. La maladie peut occuper l'intervalle de deux ou trois os.

Diverses lésions accessoires accompagnent parfois cette synovite : des fongosités passant entre les os les soulèvent, repoussent les surfaces articulaires, et font saillie dans le tissu cellulaire environnant.

Les ligamens peuvent participer à la maladie; on les trouve épaissis, indurés ou ramollis, détruits en totalité ou en partie. On les a vus être le siége exclusif du mal. Les nerfs sont plus ou moins compromis. Comprimés à leur passage entre les vertèbres, ils sont le siége de névralgies, de névrite.

Le tissu cellulaire ambiant, les ganglions lymphatiques peuvent offrir des altérations secondaires.

2° *Affection osseuse.* — Les lésions primitives qui lui donnent lieu sont, comme dans le mal vertébral, de différente nature. C'est souvent d'abord une altération superficielle, qui tend à devenir de plus en plus profonde. La maladie débute quelquefois par l'intérieur des os; c'est le cas de tubercules se développant dans la masse de l'atlas, de l'axis. Quand la maladie procède de l'extérieur à l'intérieur, elle peut être le résultat d'une synovite qui se propage aux tissus voisins et les altère. On trouve les cartilages de revêtement et d'ossification fréquemment altérés. Ces organes peuvent-ils être le siége de lésions vitales? N'y rencontre-t-on que des lésions mécaniques? Les chirurgiens sont divisés d'opinion à ce sujet. La plupart d'entre eux refusent d'admettre l'existence de lésions vitales, et ne voient dans les maladies des cartilages que des altérations physiques, telles que ramollissement, variations de volume, de coloration, dues à la différence des liquides qui imbibent leur tissu, et non à l'injection de leur substance. Tout en admettant le caractère physique de la plupart de ces altérations, je pense que les cartilages, vivant à leur manière, sont susceptibles de lésions pathologiques vitales, différentes toutefois de celles que l'on rencontre dans les organes jouissant d'une vitalité plus prononcée. Le décollement des cartilages est un phénomène fréquent; mais avant qu'il n'ait lieu, on voit une lésion des os qui les supportent, ostéite, carie, nécrose.

L'altération, la destruction des os peut avoir lieu de différentes manières, de l'extérieur à l'intérieur *et vice versâ*; elle est quelquefois produite par érosion, par ramollissement, par écrasement de l'os sous le poids de la tête; elle peut être causée par un séquestre qui se détache ou se détruit molécule à molécule. Ce dernier mode de destruction s'observe fréquemment dans certaines maladies générales, la syphilis, la scrofule. Les ligamens sont la plupart du temps détruits avec les os. Suivant le siége de l'altération, la région occipito-vertébrale revêt des aspects divers; tantôt la lésion réside dans les masses latérales de l'atlas; il en résulte une inclinaison de la tête; tantôt il y a destruction des ligamens transverse, odontoïdiens; l'atlas entraîné par le poids de la tête se porte en avant; la tête et la première vertèbre pourront se porter en arrière, si l'arc antérieur de l'atlas se trouve détruit.

La destruction osseuse donne lieu à des effets différens, suivant qu'elle est unique ou bilatérale. Elle produit, dans le premier cas, l'inclinaison latérale de la tête; dans le second, son inclinaison dans le sens antéro-postérieur.

La rotation de la tête est un autre phénomène de l'arthralgie sous-occipitale. On n'en a fait mention que pour les cas d'affection osseuse; mais on l'observe plus souvent encore dans la synovite. Cette rotation dépend de deux causes : 1° de ce que la synovite est unilatérale, ou du moins beaucoup plus prononcée d'un côté que de l'autre; 2° de la destruction des ligamens d'un seul côté.

Lorsque la synovite n'affecte qu'un seul côté, il existe souvent un torticolis dû à l'action musculaire, provoquée elle-même par un mouvement réflexe de la moelle. Ce torticolis offre des traits de ressemblance avec celui que produit une simple affection musculaire; nous verrons comment ce diagnostic peut être établi entre ces deux états.

Mais ce n'est pas toujours sous forme de torticolis que se présente, dans la synovite, le mouvement réflexe; cela dépend du siége de la lésion. L'action réflexe des muscles produit, suivant les cas, diverses attitudes, renverse la tête en arrière ou l'incline à droite ou à gauche, etc.

Des luxations sont le résultat des destructions osseuses dont je viens de parler. Ces luxations se produisent surtout dans l'articulation atloïdo-axoïdienne, parce qu'elle est la plus mobile.

Voici deux pièces; la première est un exemple de luxation de l'atlas et de la tête en avant, avec destruction de l'apophyse odontoïde. Remarquez que la première vertèbre, dont l'arc postérieur rétrécit le canal vertébral, a conservé la position horizontale. Il y a, en effet, deux formes de luxation; l'une où l'atlas est incliné, l'autre où il est horizontal. L'apophyse odontoïde peut être détruite; le ligament transverse peut être détaché, cette apophyse était intacte, et la mort est alors l'effet immédiat du déplacement.

Cette pièce est un autre exemple de luxation plus incomplète; j'y reviendrai dans une autre séance; je ne vous fais remarquer, dans ce moment, que la luxation unilatérale droite de l'atlas sur l'axis. La première vertèbre dépasse la seconde en avant.

On peut observer une rotation permanente de la tête, un torticolis, chez certains malades non affectés de luxation; il s'agit alors d'une attitude vicieuse, qui se rapproche des subluxations et dont la cause réside principalement dans l'action musculaire.

Je reviens aux luxations; on en observe parfois d'atloïdo-occipitales; elles sont rares. Sur cette pièce, qui figure au musée Dupuytren, sous le n° 613, nous voyons une soudure de l'occipital et de l'atlas, mais sans luxation et une destruction de la partie moyenne de l'arc postérieur de l'atlas. Il y a un affaissement à droite, et la hauteur des os est sensiblement diminuée de ce côté. Cette lésion est, à mon avis, l'effet d'une maladie de la nature de celles qui nous occupent, et non d'un simple vice d'ossification, comme l'indique la description du catalogue du musée Dupuytren.

Em. BAILLY,
Interne du service.

(*La suite prochainement.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DU SECOND TEMPS DE LA MARCHE, SUIVIE DE QUELQUES DÉDUCTIONS PRATIQUES;

Mémoire adressé à l'Académie des sciences,

Par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

Jusqu'en ces derniers temps, on avait attribué à l'action musculaire les mouvemens en vertu desquels le membre inférieur oscille d'arrière en avant, au moment où, pendant la marche, il se sépare du sol. Mais, en 1836, deux physiologistes à qui la science doit la découverte de faits nombreux qui jettent un grand jour sur le mécanisme de la marche et de la course, MM. Weber frères, ont déduit de leurs expériences que ce mouvement d'oscillation qui a lieu pendant la marche est produit par la seule force de pesanteur (1). « Il y aurait (disent ces expérimentateurs) perte de force musculaire, si le mouvement d'oscillation d'arrière en avant du membre inférieur suspendu au tronc avait été opéré par les muscles, car les membres inférieurs étant, comme nous l'avons vu, unis au tronc d'une manière très mobile, et pouvant osciller sur lui à la façon d'un pendule, la pesanteur suffit déjà seule pour faire avancer, par rapport au tronc, le membre inférieur resté en arrière, et suspendu au reste du corps. *Pendant ce temps, les muscles tombent dans l'inaction* (2). »

La demi-flexion de la jambe sur la cuisse d'un membre qui oscille, demi-flexion qui, d'après MM. Weber, suffit pour permettre au balancier qu'il représente de ne pas rencontrer le sol par son extrémité dans son oscillation pendulaire, est aussi produite uniquement, selon ces observateurs, d'une manière mécanique (3).

M. J. Béclard, auteur d'un excellent ouvrage récent intitulé : *Traité élémentaire de physiologie humaine* (1855), a exposé clairement la théorie de ce mouvement de flexion du genou imaginé par ces habiles expérimentateurs; je la reproduis textuellement : « Le membre inférieur, pris dans son ensemble, représente un pendule à deux segmens (cuisse et jambe) réunis par une charnière mobile (articulation du genou). Or, la cuisse constitue un pendule, plus court que le membre envisagé dans sa totalité, elle tend donc à osciller plus rapidement que le membre entier; dès lors, à l'instant, où le pied quitte le sol, il y a un moment de retard dans l'oscillation de la jambe par rapport à la cuisse. De là dans l'articulation mobile du genou, la demi-flexion dont il est question. »

Je reconnais qu'il ressort de la manière la plus évidente des expériences de MM. Weber, que le membre inférieur peut osciller d'arrière en avant et se fléchir en même temps dans l'articulation du genou sous l'influence d'une force extérieure, la pesanteur. Mais voilà tout; car rien ne prouve, dans ces expériences physiques, que, physiologiquement, cette force suffise à la production des mouvemens qui, dans la marche, portent le membre postérieur d'arrière en avant. Cette assertion de MM. Weber, à savoir, que les muscles tombent dans l'inaction pendant le second temps de la marche, est une pure hypothèse comme j'espère le démontrer bientôt. Ces savans ne l'auraient jamais formulée s'ils avaient fait subir à leurs expériences le contrôle de l'observation pathologique.

Les mouvemens oscillatoires dans lesquels on voit le membre supérieur droit se porter en arrière au moment où le membre inférieur du même côté se dirige dans un sens opposé, tandis que le membre supérieur gauche oscille en avant, en un mot, les mouvemens oscillatoires en sens contraire des membres supérieurs sont également attribués, par MM. Weber, à une force mécanique; suivant ces observations, l'action musculaire y serait entièrement étrangère. Eh bien! ces oscillations des membres supérieurs qui neutralisent les mouvemens de latéralité et de rotation d'arrière en avant imprimés au tronc par le membre inférieur se détachant du sol, sont également produits par une admirable

(1) Cette expérience, on le sait, consiste à faire osciller, en l'écartant de la verticale et en l'abandonnant à lui-même, l'un des membres inférieurs d'un sujet vivant ou mort que l'on a placé sur une base élevée, de manière que ce membre ne puisse rencontrer le sol pendant ses mouvemens d'oscillations. Elles sont longuement exposées dans le livre intitulé : *Mécanique de la locomotion chez l'homme*, par MM. G. et E. Weber (*Encyclopédie anatomique*, traduction de l'allemand par A.-J.-L. Jourdan, 1853, tome II, livre 3e).

(2) On voit dans cette expérience le membre osciller à la manière d'un pendule, par la seule force de la pesanteur et se fléchir légèrement dans l'articulation du genou pendant le mouvement d'arrière en avant.

(3) *Loc cit.*, p. 257.

combinaison de contractions musculaires instinctives. C'est ce qui ressort, de la manière la plus évidente, de l'observation pathologique; c'est ce que je me propose de démontrer dans ce mémoire.

§ I.

Faits pathologiques démontrant que les mouvemens oscillatoires des membres inférieurs et supérieurs ne peuvent être produits pendant la marche sans la contraction musculaire (1).

A. *Consécutivement à la paralysie ou à l'affaiblissement des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, le mouvement oscillatoire d'avant en arrière du membre inférieur ne se fait plus normalement.*

J'ai observé des sujets qui avaient perdu d'un seul côté la faculté de fléchir la cuisse sur le bassin. Couchés, ils ne pouvaient soulever le membre inférieur; dans la station verticale, il leur était impossible d'imprimer à ce dernier le moindre mouvement en avant sans lui donner une impulsion, en faisant tourner leur bassin sur le condyle du fémur opposé. Ils n'accusaient cependant aucune douleur qui pût expliquer l'absence de contraction des fléchisseurs sur la cuisse. Les muscles antagonistes de ces fléchisseurs n'étaient pas contracturés, car on n'éprouvait aucune résistance à opérer mécaniquement les flexions de la cuisse, et le membre inférieur vacillait librement et normalement, lorsqu'on répétait l'expérience de MM. Weber; enfin les muscles qui meuvent la jambe sur la cuisse et le pied sur la jambe étaient sains.

I. — Voici les phénomènes que j'ai constatés pendant la marche, quand la paralysie des fléchisseurs de la cuisse n'existaient que d'un côté: le sujet étant dans la station verticale (2), le membre du côté sain est porté en avant, et alors le membre du côté malade se trouve placé en arrière, incliné à l'horizon et placé sur le pied. Ensuite celui-ci s'étend et se soulève conséquemment du talon à la pointe pour imprimer au tronc un mouvement d'impulsion oblique en avant et en haut; puis le genou se fléchit légèrement. Jusque-là, comme on le voit, tout s'est passé dans l'ordre physiologique ordinaire. Mais, au moment où doit commencer la demi-oscillation de ce membre en avant, le pied reste fixé au sol, et pour l'en détacher, le sujet élève sa hanche du côté malade, en même temps qu'il imprime au bassin un mouvement de rotation en avant sur l'articulation coxo-fémorale du côté sain pour projeter en avant son membre paralysé. Les autres temps de la marche s'accomplissent normalement jusqu'au moment où le membre paralysé doit de nouveau abandonner le sol et osciller en avant; dès lors on voit se reproduire la série de phénomènes que je viens d'exposer.

Le malade se borne-t-il à élever la hanche pour faire osciller son membre paralysé, celui-ci, dont la direction est oblique à l'horizon, oscille faiblement en avant après avoir été séparé du sol. Ce petit mouvement est évidemment dû à l'action de la pesanteur, mais le malade ne peut compléter la longueur du pas sans projeter le membre en avant en faisant, comme je l'ai déjà dit, tourner d'arrière en avant son bassin sur le condyle opposé.

L'effort du malade pour soulever le membre paralysé et le porter en avant est considérable, aussi lui voit-on quelquefois élever l'épaule du côté opposé pour seconder ce mouvement.

II. — Lorsque la flexion de la cuisse sur le bassin est perdue de chaque côté, les phénomènes pathologiques que je viens d'exposer se reproduisent alternativement à droite et à gauche pendant le second temps de la marche qui, on le conçoit, devient beaucoup plus pénible que si la lésion musculaire existait d'un seul côté. Je n'en ai observé qu'un seul exemple que voici en résumé :

En janvier 1851, je rencontrai sur la place du Carrousel un charretier chez lequel je soupçonnai, d'aussi loin que je l'aperçus et rien qu'au mouvement alternatif d'élévation des épaules qui se reproduisait à chaque pas qu'il faisait, l'existence de la paralysie des fléchisseurs de la cuisse. Je pus recueillir de lui quelques détails sur un accident qui lui était arrivé et analyser ses mouvemens. Plusieurs années auparavant il avait été atteint d'une paralysie des membres inférieurs à la suite d'une chute faite sur les fesses pendant qu'il avait une charge sur le dos. Les mouvemens étaient revenus peu à peu, mais il n'avait jamais pu soulever ses membres depuis sa chute quand il était couché, ni les porter en avant quand il était debout. Je remarquai, en outre, que d'autres mouvemens étaient faiblement exécutés; ainsi à droite ceux de flexion de la jambe sur la cuisse et à gauche ceux de flexion et d'extension du pied sur la jambe se faisaient difficilement. Malgré cette paralysie localisée dans quelques muscles des membres inférieurs, cet homme pouvait rester sans fatigue dans la station pendant de longues heures, mais dans la progression il soulevait et projetait péniblement, à chaque pas qu'il faisait, le membre qui devait être porté en avant en élevant l'épaule correspondante et en imprimant au bassin un mouvement de torsion d'arrière en avant sur le membre opposé. On voyait aussi le tronc se balancer, à chaque pas, dans un sens opposé au membre inférieur oscillant.

Ce fait démontre, comme ceux dont il a été question précédemment, que les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin sont nécessaires à l'exécution du mouvement d'oscillation du membre inférieur qui constitue le second temps de la marche; il prouve, de plus, que les mouvemens anormaux et les troubles fonctionnels qui résultent de la paralysie des fléchisseurs de la cuisse se reproduisent de chaque côté quand cette paralysie est double.

III. — Ce qui fait encore ressortir la part importante qui revient à la force musculaire dans la production du mouvement oscillatoire du membre inférieur pendant la marche, c'est qu'un simple affaiblissement des fléchisseurs de la cuisse occasionne encore des troubles fonctionnels, bien que ces derniers diffèrent de ceux que j'ai exposés précédemment. Dans ces cas, en effet, on voit pendant le second temps de la marche, la cuisse exécuter, il est vrai, sa flexion normale sans devoir être projetée en avant par un mouvement de torsion du bassin sur le condyle opposé, mais alors la hanche du côté malade s'élève considérablement.

J'ai eu l'occasion d'étudier ce phénomène sur deux malades atteints d'atrophie musculaire graisseuse progressive (j'ai rapporté ailleurs leur observation à un autre point de vue, dans mon livre *sur l'électrisation localisée*). Chez ces deux sujets la flexion de la cuisse sur le bassin était notablement affaiblie de chaque côté et les autres mouvemens des membres inférieurs étaient intacts. A chaque pas que les malades faisaient, ils élevaient la hanche du côté du membre oscillant et inclinaient légèrement le tronc dans un sens opposé. Il en résultait un balancement caractéristique du bassin et du tronc pendant la marche.

Ce mouvement d'élévation de la hanche que le sujet exécute instinctivement dans ces conditions pathologiques ne pourrait, comme je l'ai dit précédemment, faire osciller le membre inférieur en avant. Il me paraît uniquement destiné à venir en aide aux muscles fléchisseurs affaiblis pour soulever le membre qui doit être porté en avant; c'est, en effet, au moment où le pied est détaché du sol que se produit l'élévation de la hanche.

Enfin, je ferai remarquer que chez les sujets fatigués par une longue marche, on observe, à un degré beaucoup moins prononcé cependant, ces mouvements de balancement du bassin et du tronc pendant l'oscillation du membre inférieur.

En somme, un simple affaiblissement des fléchisseurs de la cuisse suffit pour nécessiter un effort et occasionner des mouvemens anormaux dans la production du second temps de la marche.

B. *Consécutivement à la paralysie des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, la flexion de l'articulation du genou qui a lieu immédiatement avant que le pied se détache du sol, se fait difficilement et incomplètement. Il en résulte un retard et de la difficulté dans la production du second temps de la marche.*

Lorsque dans la progression, quel qu'en soit le mode, le membre inférieur situé en arrière et arc-bouté contre le sol a terminé son rôle d'impulsion, lorsqu'il est arrivé à l'extension extrême par le redressement de ses diverses articulations, la jambe se fléchit légèrement sur la cuisse avant que le membre soit enlevé et porté en avant par les muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin. Cette flexion du genou qui raccourcit le membre inférieur est absolument nécessaire pour que ce dernier puisse osciller au-dessous de l'articulation coxo-fémorale, puisque le centre de gravité est plus abaissé vers la terre que dans la station verticale, et cela d'autant plus que la progression est plus rapide.

Ce mouvement de flexion du genou n'a plus lieu ou, du moins, se fait très faiblement chez les sujets dont les muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse sont atrophiés ou paralysés; il en résulte alors un grand trouble dans la marche.

Voici ce qu'on observe dans ces cas pendant la marche : au moment où le membre postérieur du côté paralysé ne touche plus terre que par l'extrémité du pied, et va s'en séparer, le malade qui ne peut fléchir le membre dans l'articulation fémoro-tibiale et conséquemment le porter en avant sans être arrêté par le sol, élève en masse la hanche et ensuite le membre du côté malade, jusqu'à ce que celui-ci ne rencontre plus d'obstacle pour se mouvoir en avant. Alors les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin se contractent, et à l'instant où la cuisse est arrivée à un certain degré de flexion, le genou se fléchit légèrement par le fait de la pesanteur de la jambe; les autres temps de la marche s'accomplissent normalement.

Ces faits pathologiques démontrent la part active que prennent les muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse à la production du second temps de la marche.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE LA GALE;

Par MM. L. Dusard, interne en pharmacie, et A. Pillon, interne en médecine de M. Cullerier, à l'hôpital de Lourcine.

Certes, les moyens ne manquent pas pour guérir la gale, et il faut avoir une confiance réelle dans celui qu'on propose, pour oser l'ajouter à la liste trop nombreuse des traitemens usités jusqu'à ce jour. On peut dire que presque tout peut servir à détruire l'acarus, depuis les substances les plus simples et les moins coûteuses, comme le vinaigre, jusqu'à d'autres plus chères ou d'un emploi difficile. Mais à tous les moyens ordinaires, on peut faire des reproches, et même d'assez graves : à l'*essence de térébenthine*, son odeur désagréable et surtout persistante, sa fréquente inefficacité, puisque de nombreuses récidives succèdent à son emploi; à la *teinture de benjoin*, on peut accorder un emploi facile et une odeur agréable; mais on doit objecter un prix assez élevé, une fidélité des plus douteuses, des récidives sans nombre; à l'*ancien traitement* par la pommade d'Helmerich, par les bains sulfureux, par le sous-carbonate de potasse, on doit reprocher, entre autres inconvéniens, une lenteur désespérante, une efficacité qui n'est pas à l'abri de toute attaque.

Enfin, et sans les passer tous en revue, on peut attaquer le *traitement* dit *de Saint-Louis* : *la frotte*. M. Devergie lui a fait son procès; il l'accuse de bien nombreux insuccès, et qui plus est, d'exaspérer, de perpétuer, en les faisant passer à l'état chronique, les complications eczémateuses, ecthymateuses, prurigineuses de l'affection psorique, d'être pour les malades une source de douleurs et de désagrémens.

Nous croyons avoir évité la plupart de ces inconvéniens par l'emploi du *chlorure de soufre* en dissolution dans le sulfure de carbone. Nous venons humblement raconter ce que nous avons vu, et le proposer à l'appréciation de nos maîtres, à l'expérimentation de chacun.

Ce médicament, facilement obtenu par l'action du chlore sur le soufre, a d'abord l'avantage, en sa qualité de composé liquide, de s'appliquer en couche mince et régulière, de pénétrer jusqu'au fond des sillons et partout où il faut, de s'y dédoubler en acides sulfureux et chlorhydrique et en soufre.

Au début, nous employions pur le chlorure de soufre; appliqué partiellement et en quantité très minime, il réussissait déjà, mais pas du premier coup. Nous dûmes chercher un dissolvant, un véhicule qui n'exerçât sur lui aucune action chimique capable de modifier sa composition ou de neutraliser ses propriétés. Un petit nombre de substances seulement pouvaient remplir ce but. Le chloroforme fut essayé, mais on pouvait nous objecter son prix assez élevé, à nous, qui avions la prétention de proposer un traitement économique. Après divers tâtonnemens, nous donnâmes la préférence au sulfure de carbone, déjà proposé comme moyen curatif de la gale, mais qui, employé seul, ne constitue qu'une préparation d'une fidélité douteuse, ainsi que nous avons pu nous en convaincre. C'est encore en tâtonnant que nous sommes arrivés à constater quelles doses minimes du médicament suffisaient pour produire de bons résultats.

Nous prenons une dissolution de 12 grammes de chlorure dans 100 grammes de sulfure de carbone. 100 grammes au plus du mélange suffisent pour un malade adulte. La valeur vénale de cette dose bien suffisante est des plus modiques (1).

Voici maintenant comment nous procédons :

Nous nous plaçons dans un lieu bien ventilé, en ayant soin d'en retirer tout objet en cuivre, dont le brillant se trouverait altéré par les vapeurs sulfureuses qui s'exhalent pendant l'opération. Nous plaçons le malade complétement déshabillé sur un tabouret, pour qu'il soit plus élevé que nous; nous lui enveloppons la tête dans un vaste cornet de papier résistant, et ouvert par en haut, pour lui épargner toute odeur désagréable, pour le soustraire aux vapeurs piquantes qui pourraient se produire. Nous passons légèrement sur la surface du corps un gros pinceau de blaireau ou de charpie, imbibé du mélange, en n'omettant pas de notables surfaces, en insistant sur celles bien connues qu'habite de préférence l'acarus; et tout se borne à ce procédé si simple que le premier venu, homme ou femme, baigneur, infirmier, garde-malade, peut y être initié, mais que nous avons décrit minutieusement pour en assurer le succès.

Le badigeon terminé, le malade ressent une chaleur générale sans cuisson douloureuse. Nous le renvoyons en l'affirmant guéri; le traitement, à proprement parler, n'a pas duré cinq minutes.

Les démangeaisons cessent comme par enchantement. C'est seulement après trente-six heures que nous prescrivons un bain simple, recommandant de s'abstenir jusque-là d'ablution du cou ou des mains; puis un bain tous les deux jours pendant une semaine; cela nous a toujours suffi. Mais nous n'avons agi que contre l'acarus; nous n'avons détruit que lui; or, la gale n'est presque jamais simple, et les complications subsistent; toutefois, la cause est supprimée, et dans toutes nos observations, nous avons vu ces complications s'éteindre et disparaître avant la fin de la deuxième semaine.

Aux cas où l'eczéma prédomine, nous ajoutons quelques bains gélatineux ou amidonnés.

Aux cas où c'est le prurigo, quelques bains alcalins en font généralement justice.

En présence de ces gales composées, où les complications tiennent la plus grande place, nous calmons d'abord l'état aigu par des moyens appropriés, avant d'en venir au badigeon, sur des surfaces trop sensibles, ce qui serait douloureux.

Voilà ce que nous avons fait dans seize cas de gale bien avérée. On ne contestera pas la valeur de nos diagnostics, si nous disons qu'ils ont tous été contrôlés soit par M. Cullerier, soit par M. Bernutz; et dans ces seize cas nous avons réussi, et nous sommes encore à compter une seule récidive, quoique la moitié au moins de nos guérisons ait deux ou trois mois de date.

Il est deux autres observations que nous n'avons pas fait entrer en ligne; la première a trait à une femme allaitant son enfant, tous deux affectés de gale; la mère seule a été soumise au traitement, l'état de santé de l'enfant nous défendait de le mettre en expérience; or, la mère, depuis vingt-cinq jours, nous paraissait guérie; aujourd'hui la gale reparaît chez elle sur la poitrine et les seins, qui sont en contact fréquent avec l'enfant, nous ne croyons pas devoir l'attribuer à une récidive, mais bien à une contagion nouvelle. Dans la deuxième observation, le sujet traité nous a quittés deux jours après le badigeon; malgré sa promesse de revenir, nous ne l'avons pas revu, serions-nous en droit de le croire guéri?..... Enfin, nous n'hésitons pas à employer le même moyen sur les enfans, même à la mamelle, mais en redoublant de précautions pour soustraire le petit malade aux vapeurs irritantes dont nous avons parlé.

Pour juger du succès, la disparition des démangeaisons a été notre criterium, puis l'affaissement des vésicules et la disparition graduelle, mais plus lente, de la papule, du prurigo, du sillon qui se comble peu à peu, de l'eczéma du sein et des espaces interdigitaux, qui persiste généralement le dernier.

(1) Deux affections musculaires, qui détruisent ou paralysent partiellement les muscles des membres ou du tronc, l'atrophie musculaire graisseuse progressive et certaines paralysies de l'enfance, m'ont fréquemment offert l'occasion d'observer les troubles occasionnés dans la marche par le défaut d'action des muscles qui meuvent, les uns sur les autres, les différens segmens du membre inférieur. On comprend que les cas où les antagonistes des muscles paralysés ou atrophiés sont contracturés, ne peuvent convenir à ce genre d'observation; car, pour étudier comparativement le degré d'influence exercée par l'action musculaire et par la pesanteur sur les mouvemens oscillatoires qui ont lieu pendant la marche, il faut que, chez les sujets paralysés qui servent à ces recherches, les mouvemens oscillatoires puissent être obtenus expérimentalement par la seule force de la pesanteur, comme chez les sujets dont les muscles sont à l'état normal, ce que ne permettrait pas la contracture musculaire. C'est dans ces dernières conditions que je me suis placé pour observer les faits que je vais exposer.

(2) Est-il besoin de dire que cette station n'est point troublée par le fait de la paralysie des fléchisseurs de la cuisse.

(1) Tout compte fait, elle ne doit pas dépasser *soixante centimes.*

Pour ce qui est des démangeaisons, on doit être prévenu qu'après avoir disparu, elles reviennent quelquefois après cinq ou six jours; mais ce ne sont plus celles qui tenaient à la présence des acarus, ce sont celles de toute autre nature qui appartiennent au prurigo qui a persisté. Insister sur les bains simples ou alcalins, est tout ce qui convient en pareil cas, et ne pas se hâter d'accuser la remède en concevant l'idée d'une récidive, que nous n'avons pas vu en résulter, quand toutes les précautions sus-décrites avaient été bien prises.

Comme dans tous les autres traitemens, il ne sera pas inutile de faire purifier les vêtemens par les moyens ordinaires, quoique nous ayons souvent négligé cette précaution sans avoir à nous en repentir.

On ne manquera pas de nous objecter l'odeur peu agréable de notre médicament; mais cette objection nous paraît sans valeur, si on considère que cette odeur est devenue très supportable avec notre formule perfectionnée, que nous y soustrayons complétement le malade, et que, comme nous, l'opérateur s'y habituera bien facilement, s'il est animé du désir de rendre service.

Conclusion. — Un seul badigeon de cinq minutes, avec une substance peu coûteuse, dont l'emploi est facile et exempt de dangers, dont l'odeur est très supportable. Cinq à six bains simples ou alcalins, sans écorcher le malade, sans le faire souffrir, sans le garder à l'hôpital; voilà, certes, un traitement rapide, commode, et dont l'efficacité ne nous a pas encore failli une seule fois.

THÉRAPEUTIQUE.

SUR LA MÉDICATION FERRUGINEUSE, A PROPOS DE LA PROTÉINE FERRÉE;

Par T.-A. Quevenne, pharmacien de la Charité.

Depuis quelque temps il a été question, à plusieurs reprises, de protéine ferrée, et l'auteur a publié dernièrement sur ce sujet une brochure qu'il a fait distribuer à tous les médecins de Paris.

L'idée de la préparation de la protéine ferrée a pour point de départ une fausse interprétation d'un passage du rapport de M. Bouchardat sur mon mémoire relatif à la médication ferrugineuse; j'ai donc pensé qu'il ne serait pas inutile de rétablir les faits sous leur vrai jour, afin d'éviter de laisser germer une erreur dans la science.

Voici le passage en question, tel que le rapporte l'auteur :

« Il ne suffit pas, pour produire la guérison (des chlorotiques), d'introduire beaucoup de fer dans l'économie, comme quelques-uns l'ont pensé; il faut offrir à celle-ci une combinaison de fer et de matières protéiques dans des proportions sagement combinées. »

D'abord, il faut observer que l'auteur ne cite pas textuellement; ainsi M. Bouchardat ne s'est point servi de l'expression matières protéiques dans ce passage, mais bien de *matières alimentaires albuminoïdes* qu'il s'agit d'introduire dans l'économie conjointement avec le fer dans des proportions sagement combinées et *variables suivant les conditions individuelles et pathologiques*. (*Bulletin de l'Académie*, t. XIX, p. 1027.)

Assurément, si chacun avait le rapport de M. Bouchardat sous les yeux, il n'y aurait pas de méprise possible sur le sens du passage en question, et d'autant moins que la même pensée se trouve formulée d'une manière différente et peut-être plus explicite quelques lignes plus haut dans cette phrase du rapport : Si ces vues sont justes, il faut... « introduire dans l'économie *des quantités modérées de fer*, et en même temps donner aux malades une nourriture où prédominent les matières animales et le vin, etc. »

Mais lorsqu'on ne voit que la phrase isolée et dénaturée que nous avons rapportée, on peut fort bien être induit en erreur.

Pour faire sentir combien ce passage du rapport de M. Bouchardat a été malheureusement interprété, et combien est futile l'application que l'auteur auquel je fais allusion en a faite, je suppose le cas suivant : — Un médecin prescrit 0,25 de fer réduit à une chlorotique, et juge que l'état des organes digestifs, ainsi que l'ensemble de la santé de celle-ci peut comporter 200 grammes de viande rôtie par jour. Si, au lieu de fer réduit pur, la malade fait usage de pilules de protéine ferrée, chacune de celles-ci renfermant 0,05 de fer réduit et 0,10 de protéine, il en résulte qu'elle aura bénéficié de 0,50 centig. de nourriture animale, et qu'au lieu d'ingérer 200 grammes de viande par jour, elle en aura pris 200gr,50; c'est-à-dire que c'est chose purement insignifiante.

Mais, dira-t-on, ce n'est pas la question de poids qu'il faut considérer, mais bien le fait de l'union de la protéine (matières albuminoïde, caséuse ou fibrineuse) avec le fer réduit, qui est ici le point capital.

Cette manière de voir ne peut être admise, il y a simple mélange dans les pilules dont il s'agit et non combinaison. Cette combinaison, ai-je dit et répété dans mon mémoire, se fait dans l'estomac même à la condition de faire prendre le fer réduit au moment des repas; et puis cette combinaison, qui résulte de l'action simultanée du suc gastrique sur les alimens et sur le fer, et qui est opérée par la nature elle-même, se fait dans de toutes autres proportions que celles indiquées par l'auteur : il n'y entre pas 1 p. 100 de fer!

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 Août 1855. — Présidence de M. Regnault.

M. Remak, en faisant hommage à l'Académie d'un exemplaire de son mémoire, *sur l'électrisation méthodique des muscles*, fait connaître, dans les termes suivans, le sujet qu'il a traité :

« Les médecins qui se sont occupés de l'électrisation de muscles paralysés ont distingué une électrisation médiate par l'intermédiaire des nerfs et une électrisation immédiate des muscles eux-mêmes. Mais j'ai constaté, par de nombreuses expériences sur l'homme vivant, que pour produire un raccourcissement complet d'un muscle, il faut laisser agir le courant électrique sur le nerf du muscle. »

— M. J. Cloquet présente, au nom de M. Sirus Pirondy, un travail ayant pour titre : *Relation historique et médicale de l'épidémie cholérique à Marseille en* 1854.

Ce mémoire, conformément au désir exprimé par l'auteur, est renvoyé à l'examen de la section de médecine constituée en commission du prix Bréant.

— M. Duchaussoy présente une note à l'appui de la doctrine qu'il soutient sur la suspension du pouvoir absorbant de la peau et des muqueuses pendant la période algide du choléra.

Cette note et les imprimés qui y sont joints comme pièces justificatives sont renvoyés à la commission du prix Bréant.

— L'Académie renvoie à la même commission une note de M. Sainville, sur l'emploi de l'*oxygène* dans le traitement du choléra.

Séance du 3 Septembre 1855.

Note de M. Neil Arnott *sur le lit hydrostatique ou matelas flottant, en usage dans les hôpitaux de l'Angleterre, proposé d'abord par lui.*

C'est une opinion générale que le malaise qu'éprouvent les personnes longtemps assises ou couchées, et qui les force à changer souvent de position ou posture, est principalement une affection du genre nerveux, que l'on appelle fatigue ou ennui de rester immobile, et on croit que l'agitation et l'insomnie, que subissent fréquemment les malades alités et affaiblis, est de la même nature. Le fait est pourtant qu'une grande partie de ces souffrances est purement l'effet d'un empêchement mécanique de la circulation du sang dans les parties charnues les plus comprimées entre la masse du corps et le siége ou le lit qui le soutient; et on va voir que cette souffrance, et la mort qui peut en être la suite, sont faciles à éviter par des dispositions mécaniques convenables.

Le cœur agissant comme pompe foulante est l'instrument qui envoie à toutes les parties, par les tubes artériels, le sang chargé des substances nécessaires. La force d'une pompe à eau est mesurée par l'élévation à laquelle elle pousse l'eau, et des expériences ont démontré que le cœur maintient dans les artères une pression qui ferait monter le sang à une hauteur de 10 pieds dans un tuyau vertical ouvert, ayant communication avec une grosse artère. Telle est donc la force qui, chez une personne en santé, fait couler le sang dans les artères et à travers les innombrables vaisseaux capillaires des organes, surmontant les obstacles qu'opposent à son passage les frottemens intérieurs et les pressions extérieures auxquels les parties du corps peuvent être exposées. Si par l'effet d'une maladie la force d'impulsion du cœur est diminuée, elle pourra devenir insuffisante pour entretenir la circulation dans les parties comprimées, et si dans ce cas la pression exercée sur une partie des tégumens se prolonge au delà d'un certain terme, il en pourra résulter destruction de la partie.

Un cas singulièrement instructif et corroborant ces aperçus tomba sous l'observation de l'auteur, et fut l'occasion de la première expérience faite avec un lit hydrostatique. Une jeune dame, après une couche difficile, eut une fièvre accompagnée de débilité musculaire très extraordinaire. Elle pouvait à peine remuer un doigt et pas du tout le corps pour changer sa position dans le lit; elle n'avait pas la force de faire entendre sa voix, et l'action du cœur était si faible, que le pouls se faisait à peine sentir. Pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, elle resta dans cet état sans sommeil, demandant toutes les dix ou quinze minutes à être retournée dans son lit. A la fin, ayant passé une demi-heure sans faire la demande, les gardes espéraient qu'elle allait mieux; mais, au contraire, toutes les parties de la peau sur lesquelles elle avait pesé étaient mortes, savoir : sur l'os sacrum, les épaules et les talons, et, peu de temps après, étant tournée sur les côtés, des escarres se formèrent aussi sur les deux trochanters. Plusieurs hommes de l'art qui la voyaient en consultation jugèrent alors que sa mort était certaine et prochaine. L'auteur, dans cette occasion, remarqua : 1° que la cause des gangrènes locales, bornées exactement aux parties qui avaient souffert la pression, résidait, sans aucun doute, dans cette pression même; 2° que, si l'on avait placé la malade flottant dans un bain, les escarres n'auraient pas été produites; 3° qu'il était possible de construire un lit aussi sec qu'un lit peut l'être et aussi doux que le lit fluide du cygne qui repose sur la surface d'un lac.

La résolution fut prise de poser la malade immédiatement dans les conditions décrites. On fit préparer une boîte comme une baignoire pour contenir de l'eau; on étendit sur la surface de la baignoire et de l'eau un large drap de toile de caoutchouc, on posa alors dessus une couverture pliée en quatre comme matelas, et un oreiller, et sur ce matelas, garni comme un lit ordinaire, on posa enfin la malade. Elle flottait là comme l'oiseau sur l'eau, sans pression aucune sensible sur la surface intérieure de son corps. A l'instant elle dit : « Je suis au ciel, laissez-moi en repos. » Elle s'endormit et resta sans mouvement pendant près de cinq heures. A son réveil, elle prit de la nourriture; bref, elle fut sauvée. Les sept masses de chair morte se séparèrent par suppuration, et les endroits ulcérés se cicatrisèrent.

On aurait pu croire qu'un seul cas de cette nature, publiquement connu (et beaucoup de cas semblables se sont présentés depuis), eût causé l'adoption presque immédiate et générale du nouveau moyen de soulagement et de guérison; mais l'introduction n'a été que graduelle. La connaissance imparfaite, dans le public et même chez quelques médecins, de la force limitée du cœur comme pompe refoulant du sang, et, par conséquent, la connaissance imparfaite de la nature des ulcères de lit et de la longue souffrance qui les précède et qui souvent tue la personne avant que les escarres se déclarent, a été cause que l'on n'a pas espéré grand avantage d'un moyen mécanique aussi simple que le lit hydrostatique, et qu'on n'y a pas eu recours. En second lieu, la connaissance imparfaite de l'hydrostatique a permis à beaucoup de personnes de croire que les effets d'un sac d'air employé comme lit, ou d'un sac d'eau placé sur une paillasse, seraient les mêmes que ceux du lit hydrostatique sur lequel la personne flotte librement; et, leurs expériences n'ayant pas produit les résultats qu'elles en attendaient, elles n'ont pas poussé leurs recherches plus loin.

Une personne couchée sur un sac d'air ou d'eau, est soutenue, en réalité, sur une toile nue, tendue et dure, car le sac devient dur en proportion du poids placé dessus. Dans le lit hydrostatique, au contraire, la toile de caoutchouc n'aide pas du tout à soutenir le corps qui flotte, mais sert simplement à empêcher que le matelas ne se mouille. Le drap ou toile de caoutchouc est attaché aux bords de la boîte du lit pour qu'il reste toujours à sa place, mais étant deux ou trois fois plus large qu'il ne faudrait pour couvrir la boîte, il reste toujours en plis sur l'eau et sous le matelas. La ressemblance entre le sac d'eau et le lit hydrostatique a trompé beaucoup de personnes. Un sac d'eau, employé comme un sac d'air, n'est qu'un peu moins dur que le sac d'air, L'étoffe est tendue lorsque la personne se place dessus l'un comme dessus l'autre. Un sac d'eau pourtant, à moitié rempli et placé dans une boîte ou dans une cavité quelconque qui en confine les bords, est une des formes du véritable lit hydrostatique.

Le lit hydrostatique, outre l'avantage d'être mou au delà de tout autre lit, a les avantages suivans : une grande facilité de laisser changer la position du malade, comme pour panser une plaie sur le dos; la facilité de placer un vase sous le corps; la facilité de maintenir la température désirée; la facilité, par l'épaisseur des parties du matelas ou des coussins, de donner au malade une position quelconque. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Septembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Deux rapports de MM. Yvonneau et Bernier, médecins des épidémies, contenant le compte-rendu des maladies qui ont régné en 1854, dans les arrondissemens de Blois et de Romorantin. (Comm. des épidémies.)

— Un travail statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin, par M. le docteur Dagonet, médecin en chef de l'asile de Stephansfeld, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. (Comm. MM. Villermé, Baillarger, Londe.)

— Une notice sur un lit inventé par le sieur Villot-Leroy, et destiné aux blessés. (Comm. MM. Larrey et Gimelle.)

Correspondance non-officielle :

Lettre de M. le docteur Alliot, sur la guérison des cancers de la face par l'acupuncture et par des lambeaux de peau empruntés au crâne, au front, à la face, et appliqués sur la plaie.

— Lettre de M. le docteur Cornerin, qui réclame la priorité de la découverte de la transmission du choléra par la larve d'une mouche. (Comm. du choléra de 1854.)

— Lettre de M. le docteur Pons, suivie d'observations sur l'efficacité de la vaccine. (Comm. de vaccine.)

— Note de M. le docteur Rochard, sur une nouvelle ceinture herniaire pour la contention et la prévention des hernies inguinales. (Com. MM. Malgaigne, Ricord.)

— Un mémoire sur un nouveau traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée, par M. le docteur Boulu. (Comm. MM. Poiseuille, Soubeiran, Bouvier rapporteur.)

— Observations sur la vaccine, la variole et le collodion, par M. le docteur Remy. (Comm. de vaccine.)

— Une observation de M. Maisonneuve, intitulée : *Obstruction intestinale datant de vingt-cinq jours; entérotomie du colon lombaire droit; établissement d'un anus contre nature depuis deux mois et demi.*

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport sur l'action thérapeutique du piment (fruit du *capsicum annuum*), proposé par M. Allègre contre les hémorrhoïdes, dans le but de calmer les douleurs et les hémorrhagies exacerbantes dont ces tumeurs sont fréquemment le siége. On peut employer soit la poudre (à la dose de 3 grammes par jour), soit l'extrait aqueux (à la dose de 0gr,75). Une cinquantaine d'observations, dont une très probante recueillie par un membre de la commission sur lui-même, sont de nature à inspirer quelque confiance en ce médicament. Le rapporteur conclut à ce que ce résultat soit communiqué au ministre, en attendant que des expériences plus nombreuses permettent de se prononcer définitivement à cet égard.

M. Gerdy regrette que la commission n'ait pas fait une statistique détaillée des cas soumis à son observation; que l'on n'ait pas spécifié notamment ceux où les tumeurs hémorrhoïdales étaient irritées et douloureuses; que la proportion des guérisons n'ait pas été indiquée exactement. Si les cinquante malades ont guéri, il faudrait placer le piment parmi les remèdes héroïques et sur le même rang que le mercure et le quinquina.

M. Robinet, répondant à la première objection de M. Gerdy, répète que le médicament dont il est question a été employé exclusivement dans le traitement des hémorrhoïdes congestionnées et douloureuses. Quant à la proportion des succès, si la commission ne l'a pas fait connaître, c'est qu'elle désire qu'une expérimentation, faite sur une plus grande échelle, vienne prononcer sur l'efficacité du remède. En attendant, plusieurs faits, et notamment celui d'un membre de la commission, permettent de croire que le médicament proposé par M. Allègre est une honorable exception dans la foule des remèdes que l'Académie est appelé journellement à juger.

M. Piorry demande la parole pour insister sur un point de doctrine (vive opposition). On continue à chercher des remèdes spéciaux contre les maladies; c'est là un grand tort. Les hémorrhoïdes sont le résultat d'un état pathologique des veines du rectum, état qui se rencontre chez les individus ayant beaucoup de sang et chez lesquels la circulation de la fin de l'intestin est gênée par quelque obstacle. Des moyens très simples, les évacuans, les corps gras suffisent pour guérir cet état, qui ne réclame nullement l'intervention d'un moyen spécifique.

M. Jobert dit avoir employé le piment chez plusieurs malades de son service avec un avantage très marqué.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Morris présente à l'Académie deux individus désignés sous le nom de *Earthmen*, et que l'on dit appartenir à la race africaine.

La commission déjà nommée pour examiner les *Astèques* est chargée de faire un rapport sur cette nouvelle présentation.

— M. Boullay donne lecture de plusieurs rapports sur les sources sulfureuses nouvelles. Les conclusions favorables sont mises aux voix et adoptées.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 110. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 15 Septembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An............ 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 SEPTEMBRE 1855.

NOTE SUR L'ABSORPTION DU PUS;

Par le docteur FANO, prosecteur de la Faculté.

Les chirurgiens des derniers siècles admettaient que le pus est absorbé en nature dans quelques circonstances. Ils expliquaient ainsi le mode de formation de ces collections purulentes viscérales ou autres qu'on voit survenir si souvent chez les opérés. Cette doctrine, acceptée avec quelques variantes par A. Paré, Van Swieten, Morgagni, J.-L. Petit, et par quelques chirurgiens modernes, a été vivement combattue dans ces dernières années par M. Bérard, qui s'est placé à un point de vue purement physiologique pour la repousser : « Les dimensions des globules du pus sont telles, dit le savant professeur, qu'il faudrait être stupide pour supposer que ces globules puissent pénétrer au travers des parois vasculaires. » Cet argument a paru d'une grande valeur, il a trouvé crédit auprès de plusieurs personnes qui l'ont accepté sur la parole et la foi du maître. Toutefois, comme les prévisions de l'esprit, qui semblent le plus rationnelles au premier abord, peuvent bien se trouver en désaccord avec les faits eux-mêmes, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vérifier la question, en se plaçant à un point de vue expérimental; en d'autres termes, j'ai voulu m'assurer directement si l'absorption du pus en nature était un phénomène possible, réalisable dans des conditions déterminées. Les expériences suivantes me paraisssent de nature à résoudre ce problème de physiologie pathologique (1).

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Le 22 septembre 1854, je formai un endosmomètre au moyen d'un tube convenable, auquel j'adaptai une portion de tunique muqueuse de la vessie fraiche d'un porc. La *surface muqueuse* de la membrane était tournée du côté de l'endosmomètre. A l'intérieur du tube, j'introduisis une petite quantité de pus provenant d'un abcès froid. La solution extérieure était constituée par du sérum du sang marquant 3° à l'aréomètre. L'expérience fut instituée à 11 heures 6 minutes du matin.

A 4 heures 10 minutes du soir, je constate une augmentation du liquide renfermé dans le réservoir de l'endosmomètre. J'examine avec le plus grand soin, au microscope, le sérum extérieur, je n'y trouve pas de globule de pus.

Le lendemain, 23 septembre, le réservoir est rempli au tiers; je me livre de nouveau à un examen prolongé et attentif du liquide extérieur à l'endosmomètre; impossible d'y découvrir un globule de pus.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Le même jour, j'avais formé un endosmomètre, en me servant, pour fermer le tube, d'une portion de baudruche. La solution renfermée dans le tube était cette fois du pus phlegmoneux; à l'extérieur, c'était du sérum du sang au même degré de densité que dans l'expérience précédente.

L'expérience fut commencée à 11 heures 28 minutes. A 3 heures 45 minutes, le liquide renfermé dans le réservoir semble avoir augmenté; le liquide extérieur exhale une odeur de putréfaction; et cependant on n'y constate pas la présence d'acide sulfhydrique par l'addition d'un sel de plomb. Au microscope, examen prolongé du liquide extérieur; pas de globule de pus apparent.

Le liquide ayant été décanté, la partie qui occupe le fond du vase est soumise à une nouvelle analyse microscopique.

Après un examen prolongé, j'arrive à découvrir un *seul* globule sphérique, légèrement quadrilatère, pourvu de deux noyaux très apparens. Mesuré au moyen du micromètre, je trouve que le petit diamètre du globule a 0mm,012, que le grand diamètre a 0mm,016.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — L'endosmomètre est disposé comme dans l'expérience précédente, c'est-à-dire que la membrane intermédiaire est une portion de baudruche. Dans l'intérieur du tube se trouve du pus phlegmoneux; en dehors du sérum du sang.

L'expérience est commencée le 22 septembre à 11 heures 47 minutes.

A 2 heures 32 minutes, le niveau du liquide contenu dans l'endosmomètre s'est élevé d'un centimètre environ. Le sérum exhale une odeur fétide.

Le 23 septembre, à 1 heure 30 minutes, j'examine le sérum au microscope; je reconnais la présence d'une certaine quantité de globules du sang; je n'y trouve pas un seul globule de pus.

Il résulte donc de ces expériences que lorsque du pus se trouve séparé du sérum du sang par une membrane animale, il s'opère une endosmose au sérum du pus, mais que les globules renfermés dans ce dernier ne vont pas se rendre au sérum. Le résultat qu'a donné l'expérience n° 2 ne me paraît pas de nature à infirmer cette conclusion; nous avons, après un examen de *plusieurs heures*, rencontré *un seul* globule ayant les apparences d'un globule de pus. Il est probable que ce globule s'est trouvé adhérent au verre porte-objet dont nous nous étions servi antérieurement pour examiner du pus, et qui, peut-être, n'avait pas subi un lavage suffisant. D'ailleurs, qu'on remarque bien que dans les deux autres expériences, où l'examen du liquide extérieur a été fait également pendant plusieurs heures, nous n'avons pu trouver la trace d'un seul globule purulent.

Les expériences précédentes réalisent les conditions dans lesquelles se trouvent les collections purulentes de l'économie. En effet, toute cavité qui renferme du pus est limitée par une zone dans laquelle rampent une multitude de vaisseaux sanguins, où le sang lui-même se trouve incessamment renouvelé par la circulation, condition éminemment favorable à l'exercice des phénomènes endosmotiques.

Il nous paraît donc démontré, expérimentalement, que, lorsqu'une certaine quantité de pus existe à la surface ou dans la profondeur de nos organes, que la partie *globulaire* du liquide ne saurait être absorbée.

Les expériences précédentes ne sont pas non plus, je pense, sans intérêt au point de vue d'une question physiologique qui a été vivement débattue dans ces dernières années, je veux parler de la prétendue absorption des substances insolubles proclamée par Aesterlein d'abord, un peu plus tard par Mensonides, et rejetée d'une manière absolue par MM. Mialhe, Bérard, Bernard, Robin, Lebert, etc. En effet, les globules de pus ont, en moyenne, un diamètre de 0mm,0075 à 0mm,0125; les molécules charbonneuses trouvées par Aesterlein au milieu du sang de la veine porte, et qu'il considère comme le produit d'une absorption à la surface du tube digestif, avaient jusqu'à 1/42e de ligne de diamètre, c'est-à-dire 1/21e de millimètre de diamètre. Or, je le demande, si des corps solides ayant 75/10000, c'est-à-dire environ 1/133 de millimètre, n'ont pu être absorbés, comment voudrait-on que des corpuscules environ six à sept fois plus gros traversassent les parois des vaisseaux sanguins.

(1) J'ai été secondé, dans ces expériences, par un de mes élèves, M. A. Fournier, interne distingué des hôpitaux.

Feuilleton.

NOTE SUR LA DESTRUCTION DES PUNAISES;

Par M. THÉNARD.

(Je veux aujourd'hui illustrer le feuilleton en lui donnant la signature d'un membre de l'Académie des sciences et d'un savant illustre. C'est une communication faite par M. Thénard dans la dernière séance de l'Académie, et dont le texte est littéralement emprunté aux comptes rendus.)

Quelques savans, auxquels je serais presque tenté de me joindre, si je n'étais l'auteur de cette note, penseront peut-être que le sujet un peu suranné que je traite et la forme sous laquelle je le présente ne sont guère dignes d'une lecture sérieuse au sein de l'Académie des sciences; mais ce qui me rassure, c'est que ceux qui auront subi la morsure de la punaise, et ils sont en grand nombre, le trouveront, au contraire, assez piquant pour mériter, un instant du moins, l'attention de cette docte assemblée, et qu'ils voudront bien me savoir gré du vif désir que j'ai d'assurer leur repos en leur épargnant d'anxieuses souffrances.

J'entre en matière.

Jusqu'en 1811, mes nuits s'étaient écoulées sans avoir jamais été tourmenté par cet horrible insecte, qui non seulement nous fait de douloureuses piqûres, mais qui, écrasé sous les doigts, répand une odeur si infecte, que nous regrettons presque de lui avoir donné la mort.

A cette époque, j'habitais le collége de France; j'avais quitté le premier pour monter au second, et prendre l'appartement qu'occupe aujourd'hui notre honorable Président.

Pendant quelque temps, mon sommeil ne fut pas troublé; mais quand les chaleurs arrivèrent, l'ennemi vint m'attaquer.

J'eus recours aux moyens ordinaires pour m'en débarrasser; j'employais des claies qu'on battait chaque matin. Vaine précaution! il pullulait de plus en plus.

Alors j'éloignai du mur le lit bien visité, bien nettoyé, et le fis mettre au milieu de la chambre : soins inutiles, j'étais toujours victime.

Des amis, en qui j'avais confiance, me conseillèrent de laisser brûler la lampe : au lieu d'une, j'en allumai deux. L'insecte, disaient-ils, redoute la vive lumière; il ne sortira pas de sa retraite, et vous dormirez tranquille : il n'en fut rien.

Une idée, que je croyais excellente, se présenta à mon esprit; c'était de mettre le lit au milieu de la chambre, comme je l'avais fait d'abord, et d'en faire plonger les pieds dans des vases pleins d'eau : je me croyais sauvé. Point du tout; l'ennemi vint m'attaquer comme à l'ordinaire; il grimpait au plafond, et se laissait tomber quand il était au-dessus de moi.

J'étais sur le point de battre en retraite et de déserter cette chambre maudite, quand enfin je trouvai un remède efficace, immanquable dans ses effets et facile à pratiquer sans danger : c'est l'eau de savon.

Aussi, chaque année, je ne manquais pas de répéter l'expérience dont je vais parler, à l'une des leçons de mon cours, et je puis assurer que les auditeurs, intéressés presque tous, me prêtaient une oreille attentive. La plupart étant du quartier Latin auraient pu même m'apporter une foule de sujets vivans.

Que l'on trace sur le fond d'une assiette un cercle avec le doigt humecté d'eau de savon, et qu'on place quelques punaises au centre; bientôt elles iront de côté et d'autre : à peine auront-elles atteint l'enceinte savonneuse, qu'elles se lèveront sur leurs longues pattes et tomberont pour ne plus se relever.

Quand je fis cette expérience pour la première fois, j'éprouvai un moment de joie, et j'étais presque fier de ma victoire; cependant je n'étais pas encore au bout de mes peines.

Il est vrai que je détruisais les punaises et que j'acquérais ainsi quelques nuits d'un sommeil que rien ne venait plus troubler; mais, au bout de peu de jours, mes tourmens se renouvelèrent. Ce n'étaient plus, à la vérité, de grosses punaises, bien repues, qui se trouvaient dans mon lit; c'en était de toutes petites, transparentes, roses, qui venaient d'éclore, et qui bientôt, à l'exemple de leurs pères et mères, véritables vampires, grossissaient en se nourrissant du plus pur de mon sang.

Je compris que le savon n'attaquait pas les œufs.

Dès lors j'employai, non plus des dissolutions de savon froides, mais des dissolutions bouillantes, et le succès fut complet; les punaises furent détruites et les œufs cuits.

L'opération devra être faite comme je vais la décrire :

1° Mettre 100 parties d'eau en poids dans une bassine, y ajouter 2 parties de savon vert, placer la bassine sur un fourneau allumé et porter la liqueur à l'ébullition.

2° Enlever la tapisserie de la chambre et agrandir, avec une lame de couteau, les fissures des murs, si elles n'étaient pas assez larges pour permettre à l'eau de pénétrer dans leur intérieur.

3° Démonter les diverses pièces du lit, s'il est en bois, et retirer les boiseries.

4° Prendre une grosse éponge semblable à celles dont on se sert pour laver les pieds des chevaux, l'attacher avec une ficelle à un bâton de 40 centimètres de long, plonger l'éponge dans la dissolution bouillante de savon, et laver à plusieurs reprises de haut en bas les murs de la chambre et surtout les parties où il y aura des fissures, en ayant soin de replonger à chaque fois l'éponge dans la liqueur, qui, pour agir efficacement, doit toujours être très chaude et, autant que possible bouillante.

5° Laver les diverses pièces du bois de lit et toutes les boiseries de la même manière. Si elles étaient précieuses, on pourrait se contenter de les exposer à l'air et au soleil pendant le temps nécessaire pour l'éclosion des œufs et les frotter ensuite.

6° Laver également, toujours avec la dissolution bouillante, les fissures qu'il y aurait dans les carreaux, ou le plancher, ou le parquet, ou les boiseries.

7° Changer les couvertures, les rideaux, et les exposer au soleil pendant quelques jours.

8° Renouveler la paillasse, s'il en existe une, et passer à l'eau bouillante le fond sanglé, les toiles et la laine des matelas.

9° Enfin boucher les fissures des murs avec un mastic formé de craie et de colle animale, puis tapisser la chambre à la manière ordinaire.

10° Toutes les opérations qui précèdent sont nécessaires pour les dortoirs, les casernes, les salles d'hôpitaux, pour les chambres où il y trois ou quatre lits. Mais quand il n'y en a qu'un ou même deux éloignés l'un de l'autre, on peut se contenter de soumettre à des lotions savon-

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DU SECOND TEMPS DE LA MARCHE, SUIVIE DE QUELQUES DÉDUCTIONS PRATIQUES;

Mémoire adressé à l'Académie des sciences,

Par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

C. *L'abolition de la flexion du pied sur la jambe occasionne un grand trouble dans le second temps de la marche.*

Le pied se fléchit-il sur la jambe? Quelle est alors la cause productrice de ce mouvement? Ces questions, importantes comme je le démontrerai, ont été négligées par la plupart des auteurs. Est-ce par oubli ou parce qu'ils ont cru que le pied ne se fléchit pas sur la jambe, lorsque le membre inférieur oscille pendant le second temps de la marche? Qu'on observe avec soin les individus dont les fléchisseurs du pied sont paralysés ou atrophiés, et l'on sera convaincu que la flexion du pied est un des mouvemens essentiels du second temps de la marche, et que cette flexion se fait uniquement en vertu de l'action musculaire. Dans ces cas, en effet, le membre inférieur placé en arrière de celui du côté opposé ne peut osciller pendant la marche au-dessous de la cavité cotyloïde correspondante sans être arrêté par le sol, parce que le pied reste dans l'extension après s'en être détaché. De là la nécessité d'exagérer alors le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin, de manière que le membre puisse être porté en avant sans rencontrer le sol.

Pendant la marche et à l'état normal la flexion des différens segmens du membre inférieur a lieu en vertu de la contraction musculaire instinctive, mais la flexion exagérée de la cuisse nécessaire à l'accomplissement du second temps de la marche dans les conditions pathologiques dont il est actuellement question, exige l'intervention de la volonté; il en résulte que le malade doit y prêter toute son attention et que, s'il vient à s'oublier un instant, la flexion automatique de la cuisse est insuffisante; alors son pied heurte contre le sol. C'est ce qui explique les chutes qui arrivent fréquemment en marchant chez les sujets privés du mouvement de flexion du pied sur la jambe.

Toutefois, ces sujets contractent, à la longue, l'habitude d'imprimer à la cuisse le degré de flexion nécessaire, mais ils sont encore exposés à buter contre le sol, surtout quand celui-ci présente des inégalités, ou lorsqu'ils veulent courir ou marcher un peu vite.

Qu'on n'aille pas croire que dans ce cas ce soient les antagonistes des muscles fléchisseurs paralysés qui maintiennent le pied dans une extension plus grande qu'à l'état normal, car ces troubles fonctionnels s'observent chez ceux dont les extenseurs du pied, antagonistes des muscles paralysés, ne sont pas encore contracturés (à une époque voisine du début).

Voici, d'ailleurs, des faits pathologiques qui démontrent que ce n'est pas la résistance (la force tonique) des extenseurs du pied qui empêche la flexion du pied de se produire pendant le second temps de la marche, quand les muscles fléchisseurs du pied ont cessé d'agir.

— J'observe actuellement deux petits garçons qui ont perdu complétement la flexion et l'extension du pied: L'un a été atteint à l'âge de trois mois d'une paralysie atrophique graisseuse, limitée aux muscles de la jambe et du pied, muscles dont on ne retrouve plus les traces à l'aide de l'exploration électro-musculaire (son histoire a été rapportée dans mon livre *sur l'électrisation localisée*). L'autre, âgé de 10 ans 1/2 (L. Baudin, avenue de Ségur, 17), a eu, vers l'âge de 3 ans 1/2, la même affection musculaire que le précédent, limitée à la même région, mais du côté opposé, et il ne lui reste plus qu'une faible portion de l'extenseur du gros orteil et du pédieux. Ces deux enfans, qui ont conservé intacts tous les mouvemens de la jambe sur la cuisse et de celle-ci sur et bassin, ont pu, jusqu'à présent, marcher sans appareil (je dois dire, en passant, que ces enfans marcheraient moins facilement s'ils n'avaient perdu que quelques muscles de la jambe, car, dans ce dernier cas, ils auraient, au contraire, un pied-bot plus ou moins grave). Chez eux, au contraire, le pied du côté malade n'est point déformé, il est assez solidement maintenu entre les deux malléoles qui, sans doute, à cause de l'absence des mouvemens de la latéralité et de torsion de cette portion du membre inférieur, forment une mortaise plus serrée dans laquelle l'astragale est reçue. Ce pied se pose bien à plat sur le sol, comme du côté sain, mais lorsqu'il s'en sépare il prend l'attitude de l'extension par le fait de la pesanteur de l'avant-pied et le conserve pendant l'oscillation en avant du second temps de la marche. Aussi, ces enfans exagèrent-ils le mouvement de flexion de la cuisse pour ne pas buter contre le sol. Malgré l'habitude qu'ils ont contractée depuis plusieurs années de fléchir ainsi la cuisse, ils sont exposés à des chutes assez fréquentes, toujours occasionnées par l'oubli d'exécuter suffisamment ce mouvement de flexion.

Dans les deux cas précédens, rien ne s'opposerait à la flexion du pied sur la jambe pendant l'oscillation du membre inférieur, si cette flexion pouvait être opérée par une force étrangère à l'action musculaire, puisque les extenseurs sont détruits comme les fléchisseurs.

Je dirai, enfin, pour ajouter à l'importance du mouvement de flexion dynamique du pied pendant le second temps de la marche, qu'un simple affaiblissement des muscles fléchisseurs du pied suffit pour gêner singulièrement la marche et occasionner des chutes, bien que ces muscles possèdent encore assez de force pour fléchir le pied sous l'influence de la volonté. Mais alors l'affaiblissement de ces muscles fléchisseurs rend leur contraction instinctive, insuffisante et nécessite un effort. Il en résulte que, le plus souvent, la pointe du pied frotte contre le sol, ce qui se voit sur la chaussure dont la semelle s'use principalement à son extrémité antérieure. On conçoit que les personnes dont les fléchisseurs du pied sont affaiblis sont également exposées à des chutes, surtout lorsqu'elles marchent sur un sol inégal.

Je crois avoir démontré, par les faits pathologiques exposés ci-dessus, que la flexion du pied sur la jambe est un des mouvemens importans du second temps de la marche, et qu'il a lieu uniquement en vertu de la force musculaire.

D. *Quand le deltoïde est paralysé ou atrophié, les mouvemens d'oscillation du membre supérieur qui se produisent à l'état normal pendant la marche, sont abolis.*

Quelle est la cause des mouvemens oscillatoires en sens contraire des membres supérieurs, qui accompagnent le second temps de la marche? Doit-on les attribuer comme l'ont fait MM. Weber, et après eux la plupart des auteurs modernes, à une force purement mécanique? Il est un moyen bien simple de juger la valeur de cette dernière hypothèse; il y a lieu de s'étonner que l'idée n'en soit pas venue à l'esprit de ceux qui ont un peu réfléchi sur les phénomènes de la marche. On devrait s'être dit: s'il est vrai qu'une force purement physique imprime aux membres supérieurs un mouvement en sens contraire, de telle sorte que le membre correspondant au membre inférieur qui est porté en avant pendant le second temps de la marche, oscille en arrière, tandis que l'autre est mû dans une direction opposée; s'il est vrai que la dynamique musculaire reste étrangère à ce mouvement des membres supérieurs, ces mêmes phénomènes doivent se reproduire intégralement quand les muscles qui meuvent le bras sur le scapulum ou sur le tronc ont perdu leur action. Dans ce cas, en effet, le membre obéit à la plus légère impulsion sans que la moindre contraction volontaire ou tonique puisse s'y opposer. Eh bien! l'atrophie musculaire graisseuse de l'adulte et la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance m'ont fourni l'occasion d'observer plusieurs fois la destruction complète de tous les muscles qui meuvent le bras sur l'épaule, alors que les muscles des membres supérieurs étaient parfaitement sains; dans tous ces cas, la prétendue force physique qui devait produire pendant la marche l'oscillation des membres, s'est montrée impuissante. Ainsi, la lésion musculaire n'existait-elle que d'un côté, le mouvement oscillatoire n'avait lieu que du côté sain. Si la paralysie était double, les bras restaient pendans ou presque sans mouvemens sur les côtés du tronc dans la marche ordinaire, ou, enfin, ils n'éprouvaient qu'une sorte de ballottement qui ne ressemblait en rien à l'oscillation normale.

Le deltoïde me paraît être le seul muscle chargé d'exécuter les mouvements oscillatoires du membre supérieur, car l'atrophie ou la paralysie de ce muscle est suivie de la perte de ces mouvemens, tandis que le défaut d'action des autres muscles qui meuvent le bras n'empêche pas ce défaut d'action d'osciller normalement si le deltoïde est intact.

L'oscillation antérieure se perd avec l'atrophie de la moitié antérieure du deltoïde, mais elle continue, en arrière, sous l'influence de la portion saine de ce muscle, *et vice versâ*. C'est ce qu'il m'a été donné d'observer dans la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance et dans l'atrophie graisseuse musculaire de l'adulte qui, on le sait, détruit partiellement les muscles. Je dirai, enfin, que l'abolition des mouvemens oscillatoires, par le fait de la perte partielle ou totale du deltoïde, gêne considérablement la course; l'équilibre paraît alors moins assuré. Lorsque l'oscillation est abolie d'un seul côté, le malade s'incline latéralement de ce côté pendant la course, sans doute pour modérer ou balancer la trop grande impulsion du tronc par l'oscillation du membre sain.

§ II.

Déductions applicables au diagnostic et au traitement de certaines affections musculaires des membres inférieurs.

Ce n'est pas dans un but purement scientifique que j'ai cherché à démontrer que l'action musculaire joue le rôle le plus important pendant le second temps de la marche. Il me sera facile, en effet, de montrer combien la détermination exacte des phénomènes qui, alors, produisent les mouvemens des différens segmens du membre inférieur, intéressent le diagnostic et le traitement de certaines affections musculaires.

A. Les mouvemens d'élévation d'une hanche et de torsion d'arrière en avant du bassin sur le condyle du fémur opposé à cette hanche, ces mouvemens, qui se produisent pendant le second temps de la marche, au moment où le membre inférieur correspondant à la hanche soulevée doit être porté en avant, annoncent l'affaiblissement ou le défaut d'action des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin.

A ces signes diagnostiques de la lésion des fléchisseurs de la cuisse s'ajoute ordinairement, quand la paralysie des fléchisseurs est complète, l'élévation simultanée de l'épaule correspondante et l'inclinaison latérale du tronc du côté opposé. Lorsque ces mouvemens se reproduisent alternativement de chaque côté, la lésion des fléchisseurs de la cuisse doit être double.

La valeur de ces signes diagnostiques me paraît démontrée par les faits que j'ai rapportés précédemment à un point de vue seulement physiologique. Que l'on se rappelle, en effet, l'observation de ce charretier, chez lequel je pus, à l'aide des mêmes signes, reconnaître, à une grande distance, l'existence d'une paralysie double des fléchisseurs de la cuisse et du bassin.

Ces mouvemens pathologiques peuvent persister plus ou moins par une sorte d'habitude contractée, alors même que la paralysie des fléchisseurs de la cuisse est guérie. Ils permettent, conséquemment, de diagnostiquer l'existence antérieure de cette affection musculaire. En voici un exemple remarquable:

En 1854, MM. Bouvier et Guersant m'adressèrent, comme curieux à observer, un petit garçon âgé de 5 ans, qui, pendant la marche et au moment où le membre inférieur droit se séparait du sol et oscillait en avant, élevait fortement l'épaule droite et s'inclinait un peu à gauche. Ces mouvemens de l'épaule et du tronc, qui étaient absolument semblables à ceux qu'on observe chez les sujets dont la flexion de la cuisse est abolie, me firent pressentir que la perte de ce mouvement était la cause du phénomène observé chez notre petit malade. Cependant tous les mouvemens du membre droit inférieur étaient intacts chez lui, et, pendant la marche, ce membre oscillait normalement. Mais voici ce qui expliqua le mouvement d'élévation de l'épaule droite et justifia mes prévisions: Cet enfant avait été atteint, vers l'âge de 3 ans, d'une paralysie complète du membre inférieur; puis les mouvemens étaient revenus progressivement et un an après il les avait recouvrés, à l'exception de la flexion de la cuisse. Ainsi, couché sur le dos ou sur le côté, il ne pouvait fléchir la cuisse sur le bassin; il ramenait la cuisse dans l'extension sur le bassin si on l'avait placée dans la flexion; il fléchissait ou étendait avec force la jambe ou le pied. Il se tenait solidement dans la station. Mais voulait-il marcher, il élevait fortement l'épaule droite et imprimait au tronc un mouvement de torsion d'arrière en avant sur le membre inférieur gauche, et, de cette manière, le membre inférieur droit était détaché du sol et projeté en avant. Tous ces phénomènes se renouvelaient pendant la marche chaque fois que ce membre devait être dirigé en avant. Par la suite la flexion de la cuisse revint dans toute sa force primitive. Le petit malade dirigeait aussi facilement en marchant le membre inférieur droit que le gauche, mais il continua de lever son épaule pendant l'oscillation du membre inférieur droit.

---

neuses les différentes pièces du lit, ainsi que les objets et les murs près desquels il est placé. Les punaises se réfugient toujours dans les fissures: c'est là qu'elles vont déposer leurs œufs.

On peut employer encore, pour la destruction des punaises, beaucoup d'autres matières, par exemple la décoction de tabac, les dissolutions mercurielles, l'essence de térébenthine, etc. Je préfère de beaucoup la dissolution du savon qui est sans odeur, du moins bien sensible, sans danger, économique et à la portée de tous. On pourrait même à la rigueur n'employer que de l'eau bouillante; mais il serait possible qu'en l'appliquant sur les murs elle se refroidît quelquefois par trop. Lorsqu'au contraire elle contient un peu de savon, la destruction de toutes les punaises est toujours certaine; c'est déjà beaucoup.

J'ai connu plusieurs personnes qui pouvaient impunément coucher dans un lit infecté de punaises, tandis que d'autres n'en pouvaient approcher. Ne serait-ce pas dû à ce que les punaises, dont l'organe olfactif est extrêmement sensible, ne peuvent supporter l'odeur qui s'exhale sans doute de la peau de quelques individus?

Non seulement la dissolution de savon tue les punaises, mais elle tue beaucoup d'autres insectes, et particulièrement les chenilles, à tel point qu'il serait possible de s'en servir pour détruire les chenilles sur plusieurs légumes.

A cette occasion, je me rappelle un fait qui ne manque pas d'une certaine importance, et par le récit duquel je terminerai cette note déjà trop longue; c'était en 1838, je crois, qu'il se passait. Il y avait tant de chenilles à Chaumot, près Villeneuve-sur-Yonne, là où je possède des bois, une petite ferme et une maison avec un jardin, qu'on ne pouvait mettre le pied dehors sans en écraser un grand nombre; elles couvraient la terre, dévoraient les feuilles, entraient dans les maisons, se promenaient sur tous les meubles, montaient sur la table, et me tenaient, bien malgré moi, compagnie à dîner. J'avais beaucoup d'arbres à fruit que je voulais protéger; il me suffit pour cela d'entourer la tige des arbres de savon vert mêlé d'un peu de tabac, dans une hauteur de 10 à 12 centimètres. Tous furent préservés; ceux des jardins voisins, tous les pommiers et poiriers à cidre des champs furent au contraire ravagés. J'eus une belle récolte de fruits; personne n'en eut que moi dans le pays. Les chenilles, en grand nombre, montaient jusqu'au bourrelet de savon et redescendaient tout de suite; aucune ne passait outre.

L'année suivante, il y aurait eu plus de dégâts encore, car les arbres se couvrirent de nids de chenilles; et sur les petites branches où le soleil pouvait darder ses rayons, des œufs en grand nombre furent déposés par des essaims de papillons, sous forme de bagues, qui pouvaient chacune produire trois cent cinquante à quatre cents individus. Je m'en assurai en plaçant quelques-unes dans des verres à une température de 22 à 24 degrés. En trois fois vingt-quatre heures, les petites chenilles apparurent. Heureusement qu'il vint quelques beaux jours en mars; l'éclosion générale eut lieu, des pluies froides survinrent, et toutes les chenilles disparurent; le pays fut délivré de ce terrible fléau.

Je me rappelle encore que les chenilles, presque à la fin de leur existence, se réunirent en boules grosses comme la tête sur les jeunes arbres, et que, pour les désunir, il suffisait de verser un peu d'huile sur quelques-unes avec une longue perche: toute la masse se déroulait et tombait au pied de l'arbre.

C'est surtout dans les pays chauds que la destruction des punaises doit être faite avec grand soin. Là les petites bêtes, comme on les appelle, se multiplient avec une effrayante rapidité. Je n'oublierai jamais qu'en 1838, étant logé à Bordeaux, dans un des hôtels les plus renommés de cette belle et grande ville, je fus réveillé la nuit, quoique bien fatigué, par nombre de punaises qui me dévoraient. Je me plaignis le lendemain à la maîtresse de l'hôtel d'avoir été trompé, et la prévins que j'allais la quitter: *Comme vous voudrez, Monsieur*, me dit-elle naïvement; *mais en changeant d'hôtel vous ne ferez que changer de punaises.* Je lui donnai le moyen de s'en débarrasser; l'a-t-elle pratiqué?

J'ai cru devoir, à la prière répétée de diverses personnes, publier ces faits que je connais depuis longtemps, que j'ai racontés à qui a voulu les entendre, et que d'autres connaissent maintenant aussi bien que moi.

Peut-être me dira-t-on: Pourquoi ne les avez-vous pas publiés dès 1811? Je répondrai que je croyais qu'il aurait suffi de les faire connaître de vive voix pour les répandre généralement, et j'ajouterai que, d'ailleurs, il vaut mieux tard que jamais, quand on croit encore la publication utile.

Après la lecture de M. Thénard, M. DESPRETZ demande la parole et fait connaître un procédé qui lui a complétement réussi.

Il trouva en 1853, après une absence de deux mois, sa chambre à coucher envahie par des punaises. Il n'y en avait pas une deux mois auparavant. Les mûres avaient été probablement apportées par quelques vieux livres. Il plaça quelques canons de soufre dans deux ou trois têts à rôtir, qu'il chauffa de manière à enflammer cette substance. Il répéta l'expérience deux fois en vingt-quatre heures, puis il renouvela l'air de la chambre. Il chauffa légèrement dans deux ou trois creusets un mélange de chaux et de sel ammoniac; il répéta encore l'expérience deux fois en vingt-quatre heures. Il ouvrit les fenêtres, il fit battre les livres, les couvertures, etc.: les punaises disparurent.

L'avantage de l'acide sulfureux est de pénétrer dans les fentes, dans les crevasses, etc.

Il est à peine besoin de recommander d'ôter de la chambre, avant de commencer l'expérience, tous les objets en fer ou en acier, et tous les objets qui renferment des parties en fer ou en acier, comme les pendules, etc.

Le dégagement du gaz ammoniacal, après la production de l'acide sulfureux, est bien essentiel. Si cet acide n'était pas saturé par l'alcali, il se transformerait bientôt en acide sulfurique par le concours de l'oxygène et de la vapeur d'eau de l'air atmosphérique, et brûlerait le papier, le linge, etc., qui en seraient imprégnés.

Il résulte de cet essai que l'acide sulfureux détruit non seulement les punaises, mais aussi les œufs.

Cet essai est facile à pratiquer; seulement, on ne doit coucher dans la chambre qu'après avoir renouvelé assez de fois l'air pour faire disparaître l'odeur du gaz acide sulfureux ou du gaz ammoniacal, ce qui n'exige qu'un à deux jours.

Nous ajouterons qu'on trouva encore quelques punaises dans les jointures du lit en fer; un peu d'essence de térébenthine versée dans ces jointures les tua immédiatement jusqu'à la dernière.

Ces faits, qui me furent rapportés par la mère, rendent parfaitement compte des mouvemens anormaux de l'épaule droite de cet enfant, mouvemens qui, dès le principe, ainsi que je l'ai expliqué, se montraient pendant le second temps de la marche, à cause de l'absence de flexion de la cuisse et qui, plus tard, après le retour du mouvement, étaient devenus une sorte de tic, par le fait d'une habitude contractée. Ce qui me prouve la justesse de ce diagnostic, c'est que cet enfant guérit en quelques jours à l'aide du moyen suivant : je le fis marcher entre deux planches placées à une hauteur telle que les bras tombant sur les côtés du tronc, l'extrémité de ses doigts pût tracer un sillon dans du sable étendu sur ces planches. Pour tracer ce sillon en marchant, il était forcé de maintenir les épaules constamment abaissées. Le tic disparut après quelques jours de cet exercice.

La flexion de la cuisse pendant le second temps de la marche, et la claudication légère qui l'accompagne et donne à la marche un caractère particulier, permettent de diagnostiquer à distance l'affaiblissement ou la paralysie des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe.

Je ne crois pas qu'il me faille insister pour démontrer que les autres phénomènes pathologiques qui se montrent pendant le second temps de la marche peuvent servir au diagnostic des lésions musculaires qui les produisent.

Il ne faut pas se méprendre sur la valeur que je veux donner aux signes diagnostiques tirés des troubles fonctionnels du second temps de la marche. Il est clair que ces signes ne sont pas nécessaires pour reconnaître l'abolition des mouvemens de flexion des différens segmens du membre inférieur. C'est surtout lorsqu'il n'existe qu'un affaiblissement de ces mouvemens que ces signes deviennent utiles. En effet, rien ne m'a paru plus fréquent que de voir des sujets exécuter avec assez de force, sous l'influence de la volonté, par exemple, la flexion de la cuisse sur le bassin ou du pied sur la jambe, tandis que ces mêmes mouvemens ne se font qu'incomplètement et quelquefois même manquent entièrement pendant le second temps de la marche, au point de donner lieu aux mouvemens anormaux que j'ai décrits. C'est qu'alors l'action nerveuse, instinctive, normale ne suffit plus à la production des mouvemens automatiques de la marche, mouvemens que la volonté peut cependant produire à l'aide d'une décharge nerveuse plus grande. On constate facilement qu'il existe, dans ces cas, un certain degré d'affaiblissement des muscles chargés de ces mouvemens, chez ces sujets qui ont eu une paralysie complète du même membre, ou qui sont atteints d'une paralysie ou d'une atrophie progressive.

Parmi les faits nombreux de ce genre, que j'ai eu l'occasion d'observer, je choisirai seulement deux exemples :

Je fus consulté, en 1853, pour un enfant chez lequel il s'était montré, depuis environ une année dans le membre inférieur, une faiblesse et des troubles qui se manifestaient seulement pendant la marche. Quand je l'observai dans la station, debout ou dans la position horizontale, tous les mouvemens volontaires du membre inférieur gauche étaient exécutés avec assez de force, quoique plus faiblement que du côté droit. Mais pendant la marche, la flexion des différens segmens du membre inférieur se faisait à peine, surtout celle du pied sur la jambe. Aussi, cet enfant élevait-il alors la hanche du côté malade et inclinait-il le tronc du côté droit pour porter le membre inférieur gauche d'arrière en avant. De plus, il fauchait du même membre inférieur gauche (1). J'attribuai ces mouvemens anormaux qui se produisaient pendant la marche à un commencement de paralysie. Ce diagnostic fut justifié par la suite, car les mouvemens volontaires du membre inférieur gauche furent paralysés à leur tour.

L'absence de mouvemens instinctifs de la marche s'observe pour l'oscillation des membres supérieurs comme ponr celle des membres inférieurs, alors même que les mouvemens volontaires se font encore avec assez de force.

Tout récemment (le 10 août 1855) j'observais, à la Charité, un hémiplégique couché au n° 5 de la salle Saint-Félix, et qui, après une année de maladie, avait recouvré une grande partie de ses mouvemens volontaires. Les mouvemens de la marche étaient à peu près normaux ; mais il n'en était pas de même pour les membres supérieurs, dont le gauche seul oscillait normalement, tandis que celui du côté droit (côté malade) était agité de petits mouvemens irréguliers, d'une sorte de ballottement, le plus souvent en dehors, produit par l'impulsion du tronc. Je fis marcher le malade aussi vite que possible ; les oscillations du membre gauche devinrent beaucoup plus étendus, mais il me fut impossible de déterminer à droite la moindre oscillation dans la direction normale. Cependant, de ce côté, les mouvemens étaient revenus en grande partie; le deltoïde était celui des muscles du membre supérieur droit qui avait recouvré le plus de contractilité volontaire.

Chez les deux malades dont je viens de rapporter l'observation, la volonté reproduisait assez bien les mouvemens automatiques dus à la force nerveuse instinctive. J'ai vu aussi d'autres sujets qui se trouvaient dans des conditions analogues imiter assez bien, après s'y être suffisamment exercés, ces mouvemens instinctifs, mais ils n'ont jamais pu parvenir à les exercer avec la précision et la régularité normales.

B. La thérapeutique de certaines affections musculaires n'est pas moins intéressée que leur diagnostic à la solution de la question physiologique qui fait le sujet principal de ce travail. Il est évident que s'il était vrai, comme on l'enseigne généralement aujourd'hui, que l'action musculaire fût étrangère ou ne prît qu'nne faible part au second temps de la marche, il serait irrationnel de chercher à combattre les troubles de cette fonction en dirigeant sur tel ou tel ordre de muscles l'action thérapeutique de l'électrisation, de la gymnastique localisée (la kynésé-thérapie) ou de l'orthopédie que j'appellerai dynamique.

Cette dernière étant bien éclairée sur le mécanisme du second temps de la marche et des mouvemens anormaux produits par la lésion des muscles qui président à cette fonction, peut, jusqu'à un certain point, rétablir artificiellement les mouvemens normaux à l'aide d'une force élastique. Ce n'est point alors seulement un traitement palliatif, car cette orthopédie dynamique, en facilitant l'exercice de l'action nerveuse, permet une sorte de gymnastique naturelle, et concourt, avec les autres moyens thérapeutiques, à la guérison de la paralysie ou de l'atrophie musculaire, qui cause les troubles fonctionnels.

RÉSUMÉ.

A. Attribuer uniquement à l'action de la pesanteur, avec MM. Weber frères, et après eux avec la plupart des auteurs modernes, les mouvemens d'oscillation et de flexion des différens segmens du membre inférieur qui ont lieu pendant le second temps de la marche, c'est professer une opinion en contradiction avec l'action pathologique.

Voici les faits qui prouvent la vérité de cette assertion :

1° Un homme qui est privé de l'action des muscles fléchisseurs de la cuisse veut-il accomplir les mouvemens du second temps de la marche, il est forcé d'abord d'élever la hanche et l'épaule du côté correspondant pour détacher le pied du sol, puis il projette le membre inférieur en avant en imprimant un mouvement de rotation au bassin sur le condyle opposé. Sans ce mouvement de rotation, le membre inférienr, placé en arrière au moment où il est détaché du sol, n'oscille que lentement et faiblement, et s'arrête quand il est arrivé à la direction verticale ; l'action de la pesanteur ne peut le faire aller au delà, même quand le sujet a déjà fait un certain nombre de pas. Il suffit même que les muscles fléchisseurs de la cuisse soient affaiblis pour que le second temps de la cuisse ne puisse se faire sans un balancement plus ou moins grand du bassin.

2° Si les muscles fléchisseurs de la jambe ont perdu leur action, la flexion qui doit avoir lieu dans l'articulation du genou, avant que le pied se détache du sol, se fait difficilement et incomplétement, ce qui occasionne un retard dans la production du second temps de la marche.

3° Enfin, la flexion du pied sur la jambe, qui est un des mouvemens essentiels du second temps de la marche, et dont l'étude a été trop négligée en physiologie, cette flexion, dis-je, vient-elle à se perdre ou à s'affaiblir, le membre ne peut plus osciller au-dessous du condyle sans que la pointe du pied bute contre le sol; de là la nécessité d'exagérer les mouvemens de flexion de la cuisse pendant l'oscillation du membre inférieur, ce qui occasionne une sorte de claudication.

De l'ensemble des faits pathologiques précédens, on peut conclure que la contraction musculaire des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe, est la cause productrice réelle des mouvemens du membre inférieur qui constituent le second temps de la marche, et que l'action de la pesanteur ne concourt que très faiblement à l'oscillation physiologique de ce membre.

B. L'oscillation en sens contraire des membres supérieurs, dont le but est de modérer l'impulsion latérale imprimée au tronc par le membre qui oscille, est également le résultat d'une admirable combinaison d'actions musculaires et non le produit d'une force purement physique. Ainsi, pendant l'oscillation du membre inférieur droit, la moitié postérieure du deltoïde droit et la moitié antérieure du deltoïde gauche se contractent synergiquement. Les mêmes portions du deltoïde se contractent en sens inverse pendant l'oscillation du membre inférieur opposé.

C. La physiologie pathologique du second temps de la marche éclaire la pathologie physiologique des muscles qui président à cette fonction. Conséquemment, le diagnostic et le traitement des lésions de ces mêmes muscles sont intéressés à la solution des questions qui font le sujet de ce travail.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATION D'ANGINE COUENNEUSE TRAITÉE SANS SUCCÈS PAR LE BICARBONATE DE SOUDE.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous adresser une observation d'angine couenneuse rapidement mortelle, pour le traitement de laquelle j'ai eu recours au bicarbonate de soude, sans que l'emploi de ce médicament ait eu la moindre influence sur l'état du malade.

Avant d'entrer en matière, permettez-moi de vous exprimer en quelques mots mon opinion sur l'observation de M. Joret, contenue dans l'UNION MÉDICALE du 21 juillet.

Dans ce cas, l'amélioration survenue dans l'état du malade est attribuée au bicarbonate de soude, je crois qu'il serait plus juste de la rapporter aux vomitifs, et vous verrez, dans mon observation, une amélioration de quelques heures se manifester peu de temps après, et *non immédiatement après le vomitif.* L'emploi du sulfate de cuivre, à la dose énorme de 1 gramme dans 60 grammes d'eau distillée, et le *dévoiement très abondant* observé dans la matinée du 8 juin, me paraissent jouer un très grand rôle dans cette cure, et diminuent le merveilleux attribué au bicarbonate de soude.

Mercredi, 18 juillet, à cinq heures du soir, je fus mandé au village Matichard, situé à 4 kil. de la commune de Ferrières, pour y voir un enfant de l'hospice de Lyon, nommé Louis Leheutre. A mon arrivée, cet enfant, âgé de 4 ans, d'une belle constitution, fortement développé, d'un tempérament sanguin, est occupé, sur le seuil de la porte de l'habitation, à jouer avec d'autres enfans de son âge; son cou est enveloppé d'un léger tissu de coton renfermant de la laine grasse non cardée. Sa voix est rauque, sifflante ; la toux rare ; les ganglions cervicaux et sous-maxillaires ne sont pas engorgés. La respiration est un peu gênée ; la circulation plus active que d'ordinaire. La nourrice me dit que ce n'est que dans la soirée du 17 que l'enfant a accusé du mal à la gorge ; la nuit du 17 au 18 a été agitée, et c'est dans la matinée du 18 que la voix a pris un timbre particulier. Comme deux enfans ont succombé dans le village à cette affection, il y a trois ou quatre jours, elle s'est empressée de me faire prévenir lorsqu'elle a remarqué l'altération de la voix. Le petit malade, d'un caractère très irascible, se prête difficilement à l'exploration de la gorge ; j'y parviens et vois *toute l'arrière-gorge tapissée d'une épaisse couche de fausses membranes.* Mon pronostic est fâcheux ; et, considérant la forte constitution de l'enfant, je prescris :

Six sangsues au larynx ; potion avec 30 centigrammes de tartre stibié, 1 gramme ipécacuanha pulvérisé ; tisane de fleurs de mauve, édulcorée et additionnée de 4 grammes bicarbonate de soude.

La potion vomitive doit s'administrer par fractions, de quatre heures en quatre heures.

A ma visite du lendemain matin, voici où en sont les choses : l'indocilité du malade n'a pas permis l'application des sangsues. Deux doses de vomitif ont été administrées, la première à dix heures du jour, la seconde à deux heures du matin. Les vomissemens ont été très abondans : ils se composent de matières jaunes-verdâtres; dans le liquide vomi, surnagent des pellicules blanchâtres, fragmens de fausses membranes. Après ces vomissemens l'enfant a été, au dire de la nourrice, tellement fatigué et tellement mal, qu'elle a cru qu'il ne verrait pas le point du jour. Cependant, les accidens se sont calmés, l'enfant a éprouvé un mieux bien sensible ; vers trois heures et demi sa respiration a paru moins sifflante, et il s'est endormi. Ayant en la mémoire l'observation de M. Marchal, et surtout celle de M. Lalesque, de La Teste, je suis tout porté à attribuer ce mieux au bicarbonate de soude, et demande si l'enfant a bu toute sa tisane ; la nourrice m'annonce alors qu'elle n'a eu ni le temps ni la mémoire pour la préparer, et qu'elle a eu bien assez à faire en faisant vomir le malade. Aussi le bien-être survenu doit être uniquement attribué aux vomitifs !

Bien que partageant la manière de voir de M. Marchal (de Calvi) sur l'inopportunité de la cautérisation dans le traitement de cette affection, je m'étais muni d'un peu de miel, additionné d'acide hydrochlorique ; l'indocilité du malade rend impossible l'exploration de la gorge. Il est huit heures du matin. L'enfant a dormi jusqu'à six heures et demi ; en se reveillant, il porte la main à la région laryngienne et se plaint à sa nourrice d'y avoir mal. La voix est devenue plus rauque, plus voilée, qu'à ma première visite ; la circulation est plus activée, la face plus congestionnée. J'applique les sangsues prescrites la veille au soir, avec recommandation de les laisser saigner jusqu'à mon retour ; à la chute des sangsues, onctions mercurielles avec l'onguent napolitain toutes les heures ; deux vésicatoires aux cuisses ; un nouveau vomitif ; la tisane de manves avec le bicarbonate de soude est bien recommandée. En outre, je prescris l'administration par cuillerées, toutes les demi-heures, d'un julep gommeux, additionné de quatre grammes de bicarbonate de soude. Ayant préparé et fourni tous les médicamens, je me suis assuré que leur saveur n'est pas désagréable.

A huit heures du soir, je revois l'enfant. Les sangsues ont beaucoup saigné. La tisane et le julep au bicarbonate de soude ont été pris sans difficulté ; le vomitif n'a pas produit d'effet. L'état de l'enfant s'est manifestement empiré. Impossibilité d'explorer la gorge ; face cyanosée, agitation, yeux ardens, peau chaude, pouls très précipité. Je réapplique les vésicatoires cruraux, mal assujettis, et qui n'ont encore produit aucune vésication, et j'en fais appliquer un nouveau de grande dimension sur la poitrine. Continuer le julep et la tisane avec le bicarbonate jusqu'à mon arrivée, le lendemain. Je m'y rends, en effet, de bonne heure, mais c'est pour être témoin de la mort de cet enfant.

Dans mon observation, vous remarquerez le mieux survenu après les vomitifs ; ce mieux n'a pas été instantané, il s'est fait un peu attendre, après les vomitifs, accidens qui font craindre à la personne qui soigne l'enfant, de le voir mourir. Si j'avais été présent, j'aurais administré le bicarbonate, et le calme survenu plus tard eût été attribué à ce sel, alors qu'il était le fait du vomitif. N'en a-t-il pas été de même dans l'observation de M. Joret?

Le village Matichard, où est mort l'enfant objet de cette observation, a eu plusieurs cas d'angine couenneuse, dont trois rapidement mortels ; un malade est en voie de guérison.

Le 9 juillet 1855, vers une heure de l'après-midi, étant en tournée et passant dans ce village, on me prie de descendre de cheval pour visiter l'enfant de Claude Moussière. En entrant dans la maison, le sifflement caractéristique frappe mon oreille, et j'annonce que l'enfant pour lequel on m'appelle a le croup. En effet, couché dans un lieu très obscur, j'entendais son sifflement sans le voir. Porté à la lumière, cet enfant, âgé de 9 ans, est presque asphyxié, la face est noire, et de sa main il serre convulsivement sa gorge. Il est aussi d'une très forte constitution. *Les ganglions sous-maxillaires sont énormément tuméfiés ;* l'arrière-gorge est recouverte d'une couche épaisse de fausses membranes ; le petit malade est dans un état d'angoisse inexprimable ; la mort est imminente. Pris à l'improviste, n'ayant sur moi que mes lancettes, je saigne l'enfant et lui administre la moitié d'une potion vomitive avec 20 centig. d'émétique, 2 gram. d'ipécacuanha et un verre d'eau, et recommande de donner le reste dans une demi-heure si les vomissemens n'ont pas été abondans. Je remonte à cheval pour me rendre à Ferrières, et me munir des instrumens nécessaires pour pratiquer la trachéotomie; mais à peine étais-je arrivé chez moi, qu'un exprès vient m'annoncer la mort du malade.

Le surlendemain (11 juillet), la mère du petit décédé vient me dire que sa petite fille, âgée de 4 ans, a des glandes sous le cou, et qu'elle *piaule* comme son frère. J'engage cette femme à s'occuper vivement de l'état de cette enfant, si elle ne veut pas la perdre; mais elle s'y refuse, alléguant que l'enfant ne voudrait rien prendre; et en effet, le 14 au matin, cet enfant succombe.

Claude Moussière père était à Roanne pendant la maladie des deux enfans. Il revient au logis, est pris le 17 de malaise et de mal de gorge. Le 19, lorsque je vais voir le petit Leheutre, je suis invité à le visiter, et trouve son arrière-gorge tapissée de fausses membranes, sans tuméfaction des glandes sous-maxillaires. Cet homme est d'une forte constitution, très sanguin. Saignée d'une livre.

Le lendemain 20, vomitif toutes les quatre heures (émétique, 30; ipécacuanha pulv., 3 grammes; potion gommeuse, q. s.); bains de pieds ; tisane de mauve. Violens vomissemens, expulsion de débris de fausses membranes, évacuations alvines, fièvre moindre, soulagement, voix moins voilée.

Le 21, je prescris la continuation des vomitifs, des bains de pieds et la diète la plus sévère. Le vomissement amène l'expul-

(1) C'est le mouvement anormal qui a lieu pendant la marche, consécutivement à l'abolition de tous les mouvemens de flexion du membre inférieur, parce que ce dernier ne peut plus être suffisamment raccourci par l'élévation de la hanche et de l'épaule du côté malade et l'inclinaison latérale du tronc dans un sens opposé, comme on l'observe quand la flexion de la cuisse sur le bassin est seulement perdue.

sion de nouvelles fausses membranes; et depuis, j'ai appris que le mieux s'est continué.

Vers le 14 juillet, un petit mendiant d'une dizaine d'années vint en mon absence pour me consulter. Ma femme me dit que la voix de cet enfant était si voilée et la prononciation si défectueuse, qu'on ne comprenait pas facilement son dire; son cou était gonflé au-dessous de l'angle de la mâchoire. Il paraissait fort malade; elle l'engagea à revenir le lendemain matin, mais on le trouva mort le lendemain dans son réduit.

Ces quelques mots sur ces quatre cas ont pour but d'appeler l'attention sur la complication du gonflement des ganglions sous-maxillaires, considérée comme étant d'une grande gravité par les auteurs qui ont écrit sur l'angine couenneuse.

Loustan MARCUEL, d.-m.

Ferrières, 23 juillet 1855.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE PHARMACIE, DES SCIENCES ACCESSOIRES ET DE L'ART VÉTÉRINAIRE; par P.-H. Nysten. Dixième édition, entièrement refondue par E. Littré, Ch. Robin, ouvrage augmenté de la synonymie grecque, latine, anglaise, allemande, espagnole et italienne, et suivi d'un glossaire de ces diverses langues. Illustré de 500 figures intercalées dans le texte. Un vol. grand in-8°, en deux parties. — Paris, 1855, J.-B. Baillière.

COURS D'ACCOUCHEMENT A L'USAGE DES ÉTUDIANS EN MÉDECINE ET DES SAGES-FEMMES; par D.-N. Bonnet, professeur d'accouchemens à l'École de Poitiers, etc. Un vol. in-8°. — Paris, 1854, J.-B. Baillière.

MERVEILLES ÉVANGÉLIQUES ÉCLAIRÉES PAR LES SCIENCES MÉDICALES; par M.-G. Marmisse. Un vol. in-18. — Paris, 1855.

Ce dictionnaire en est à sa dixième édition. Il n'est, je crois, que la *Physiologie* de Richerand qui puisse rivaliser avec un pareil succès. Ce succès s'explique : les dictionnaires semblables à celui-ci ne sont pas seulement utiles aux médecins; un assez grand nombre d'hommes du monde, de lettrés, de lexicographes, de jurisconsultes, de magistrats, ont souvent besoin de recourir à un pareil ouvrage qui fait nécessairement partie de toute bibliothèque un peu complète.

Un demi-siècle s'est écoulé depuis la publication de la première édition de cet ouvrage. Elle parut en 1806 sous le nom de Capuron. La seconde édition porte le date de 1810 et au nom de Capuron se trouve ajouté celui de Nysten. En 1814 paraît la troisième édition sous le nom de Nysten seul. Toutes les autres éditions de 1824 à 1845, au nombre de six ont paru avec la collaboration avouée de MM. Bricheteau, O. Henri, Briand et Jourdan.

Cette dixième édition paraît sous le patronage et avec la collaboration de MM. Littré et Ch. Robin.

Quoique les éditions successives de ce dictionnaire aient été tenues au niveau des progrès de la science, l'édition actuelle peut être considérée comme un ouvrage à peu près nouveau tant les modifications, les additions, les remaniemens sont considérables et nombreux. C'est ainsi que, dans les articles de matière médicale, on trouve les détails nécessaires sur l'origine, le mode de préparation, les caractères distinctifs, les propriétés et les doses des médicamens; que les éditeurs ont donné d'amples développemens à l'histoire naturelle, dans ses relations soit avec la pathologie, soit avec la pharmacie; que l'hygiène publique et la salubrité y trouvent une place convenable, ainsi que la vétérinaire, la chimie, la physique médicale, le microscope, l'anatomie, la physiologie, la pathologie dans tous leurs élémens.

On ne pouvait attendre des savans éditeurs de cette dixième édition qu'une lexicographie correcte. Ils ont, en effet, donné leurs soins à rétablir, en plusieurs circonstances, la véritable orthographe de plusieurs néologismes consacrés par l'usage, et les étymologies grecques ont été indiquées ou rétablies d'après les notions certaines de la langue.

L'ouvrage est suivi de six glossaires, latin, grec, allemand, anglais, espagnol et italien, et orné de cinq cents figures gravées avec exactitude et intercalées dans le texte.

Toutes les améliorations que vient de subir cet ouvrage sont considérables, sans doute. Mais, dussé-je passer pour difficile ou pour exigent, je dirai franchement que j'en attendais une plus considérable encore des savans éditeurs, qu'ils étaient en position plus que d'autres de réaliser une amélioration qui me paraîtrait bien utile et sans laquelle la langue médicale deviendra bientôt d'une confusion inextricable, je veux dire une sorte d'histoire et de biographie des mots qui indiquerait avec soin et par des exemples tirés des auteurs qui les ont employés, les acceptions et significations diverses qu'ils ont eues dans la science. J'ose recommander, pour la onzième édition, ce point de vue à M. Littré.

Il n'est que trop souvent vrai que l'histoire des mots est l'histoire de la science. Je voudrais qu'en ouvrant ce lexique, le lecteur qui a besoin d'y chercher un mot eût sous les yeux toutes les significations que ce mot a dans les auteurs. Un dictionnaire de ce genre me paraît devoir être plus un répertoire d'acceptions et de définitions qu'un vocabulaire descriptif. Évidemment ce n'est pas dans un semblable ouvrage qu'on étudie la description anatomique du cœur ou les altérations pathologiques et symptomatiques de cet organe. Je crois qu'il eût été possible d'abréger encore beaucoup ces descriptions pour laisser plus d'espace et d'importance aux acceptions et aux définitions.

Afin de me faire mieux comprendre, je citerai quelques exemples. Je veux savoir les diverses significations du mot *affection*. J'ouvre le dictionnaire et je vois qu'après avoir donné l'indication de ce mot comme traduisant un état de l'âme, après avoir dit qu'il est souvent employé comme synonyme de maladie, on ajoute : « *On* a proposé de ne pas » regarder ces deux mots comme synonymes, et de considérer le mot « *affection* comme une expression générique, dont la maladie ne représenterait qu'un point de vue spécial. » Qui, *On*? N'était-ce pas le cas d'indiquer, en quelques mots au moins, pour quels médecins, dans quelle école le mot affection a cette signification; de nous donner, par une citation bien choisie dans un ouvrage de cette école, une notion exacte de ce qu'elle entend par ce mot; de nous faire sentir les conséquences de cette signification sur la manière d'envisager la pathologie et même la philosophie médicale toute entière?

Aliénation, folie, je trouve à peu près la définition d'Esquirol, mais aucune autre.

Au mot *fièvre*, je ne trouve pas les acceptions et les définitions de ce mot considéré comme phénomène général, et sur lequel on a tant disserté. Qu'est-ce que la fièvre pour les divers auteurs qui l'ont définie? Voilà ce que je voudrais trouver dans un dictionnaire des termes.

Je voudrais y trouver aussi les définitions si nombreuses de la *maladie* et non pas l'opinion seule, quelque autorisée qu'elle soit, des éditeurs. Quand j'ouvre ce dictionnaire au mot *maladie*, c'est que j'ai besoin d'y trouver une définition voulue, c'est que je suis pressé, c'est que n'ai pas le temps, ni la faculté peut-être, de recourir aux sources, et que c'est précisément le but des *dictionnaires*, des *vocabulaires*, des *lexiques*, de me renseigner immédiatement sur les significations diverses du mot que je cherche.

Je soumets très humblement ces courtes observations aux nouveaux et savans éditeurs du dictionnaire de Nysten. Si j'osais ajouter qu'il existe un modèle précieux d'un travail de ce genre dans le dictionnaire de Boiste, édition de Charles Nodier, je ferais tout-à-fait comprendre ma pensée, relativement aux *desiderata* que je signale et que je croirais très utile de faire disparaître.

J'aurai aussi une petite observation à faire aux éditeurs sur le *lien secret* par lequel ils ont cherché à rattacher la biologie (science médicale dans son ensemble et dans ses particularités) à l'ensemble des autres sciences. C'est là, je le crains, une illusion généreuse. Ce lien est si secret qu'on ne l'aperçoit pas, et je doute qu'ailleurs que dans l'école philosophique, à laquelle appartiennent MM. Littré et Robin, on aperçoive jamais une relation quelconque entre l'étude, par exemple, des perturbations d'Uranus et celle du Diabète. Mais ce n'est ni le moment ni l'occasion d'ouvrir le grave chapitre de la méthodologie des sciences, et je termine en rendant hommage au soin, à la beauté du texte, aux améliorations considérables, aux additions nombreuses qui distinguent cette nouvelle édition du dictionnaire de Nysten.

M. le docteur Bonnet est chargé, depuis plus de seize ans, d'enseigner les accouchemens à Poitiers, à deux séries d'élèves différens : aux étudians qui suivent les cours de l'école de médecine, et aux élèves sages-femmes de la Vienne et des départemens voisins, qui sont admises à la maternité de Poitiers. Embarrassé dans le choix des livres à placer entre leurs mains, dont les uns lui paraissent trop compliqués et les autres insuffisans, il a rédigé sous forme de livre les leçons qu'il fait à ses élèves, de manière à éviter le double écueil des ouvrages qui ont précédé le sien.

Cet ouvrage m'a charmé, en effet, par sa simplicité et par sa clarté. Il doit atteindre le but que son auteur a eu en vue de laisser entre les mains de ses élèves, des sages-femmes surtout, le souvenir écrit des leçons qu'il leur fait. Cet ouvrage servira d'excellente introduction à l'étude des accouchemens que les élèves de nos écoles devront approfondir plus tard, et il sera toujours un bon manuel pour les sages-femmes, car il contient tout ce qu'elles doivent pratiquer par elles-mêmes ou savoir pour aider efficacement le médecin dans les cas difficiles.

Merveilles évangéliques éclairées par les sciences médicales, tel est le titre d'un petit ouvrage publié par M. G. Marmisse, étudiant en médecine. Temps et peine perdus. Après avoir lu ce livre on se demande ce qu'a voulu prouver l'auteur. Cette immixtion des choses de la religion aux choses de la science ne peut avoir que des inconvéniens. L'auteur l'a bien éprouvé, car en quête de toutes parts d'approbations religieuses il n'a reçu que le silence ou des réponses équivoques. Je n'analyserai pas le travail, mais je me permettrai de rappeler son jeune auteur à des études plus sérieuses et plus utiles. Il n'y a rien à discuter dans ce livre sous peine de tomber sur des écueils qu'aucune nécessité ne forçait l'auteur à braver. C'est une œuvre inutile et stérile et l'auteur fera bien de quitter vite la voie périlleuse dans laquelle il s'est imprudemment engagé.

Amédée LATOUR.

PRESSE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE; par le dr STELLWAG DE CARION, de Vienne. — Quand il n'y a pas de corps étranger dans la conjonctive, ou quand on n'a pas à supposer une infection virulente directe, le traitement de la période inflammatoire est purement antiphlogistique; dans les deux cas précédens, il faut ou enlever le corps étranger, ou détruire sur place l'infection, au moyen d'agens de cautérisation chimiques liquides. Les fomentations froides et glacées se présentent en première ligne, à la condition qu'on les fasse d'une manière permanente. Puis viennent les sangsues aux tempes et en grand nombre. Les saignées et les purgatifs sont inutiles, à moins de constipation pour ces derniers.

Malgré l'efficacité de ces moyens, il ne faut pas s'abandonner à une trompeuse sécurité et s'imaginer d'empêcher ou de faire rétrograder une blennorrhagie par les antiphlogistiques. Le danger vient peu de l'inflammation, mais la cornée est menacée par le produit blennorrhoïque riche en matières sanieuses, croupales, diffluentes. Ces produits se rassemblent dans les plis de la conjonctive et surtout dans la gouttière que celle-ci fait avec le bord de la cornée, par suite de son gonflement chémotique; ils s'y décomposent en des matières âcres, corrosives, qui attaquent rapidement les lames de la cornée, et peu d'heures suffisent parfois pour perdre l'œil. L'indication à remplir est l'éloignement et la destruction de ce produit. Les injections sont trop irritantes, trop difficiles; M. Stellwag emploie seulement des lotions faites en exprimant doucement une éponge imbibée d'eau au-dessus de l'œil ouvert autant que possible. Il va sans dire que l'eau doit être fraîche, surtout quand on a fait des applications froides ou glacées. Pour l'opération, le malade doit être couché horizontalement. Cette manœuvre rend inutile l'excision des bourrelets de la conjonctive, car la cornée ne se ramollit pas par une mortification déterminée par la pression mécanique du chémosis.

Si cette lotion pouvait être répétée assez souvent pour empêcher que la matière blennorrhagique soit décomposée, la maladie pourrait se guérir par ce seul moyen (Et les douches de M. Chassaignac?). Dans cette impossibilité il faut employer des agens caustiques qui doivent toujours être liquides. Le mode d'administration est de la dernière importance; le collyre doit se trouver en contact avec tous les points de la conjonctive, et il n'y a qu'un moyen pour y arriver (moyen connu, mais pas assez employé). Le malade est couché horizontalement, la tête un peu inclinée du côté de l'œil sain; on verse dans l'angle interne de l'œil une petite quantité de collyre, puis on ouvre les deux paupières; le liquide coule instantanément dans leur fente et se répand de là sur toute la conjonctive. Cette application doit toujours être précédée de la lotion de l'œil. Aussi longtemps que les douleurs déterminées par le collyre sont vives, on peut faire lotionner doucement l'œil, puis on revient aux applications froides. Il n'est jamais nécessaire de répéter cette manœuvre plus souvent que toutes les quatre à cinq heures, à supposer qu'elle ait été bien faite.

Beaucoup d'agens chimiques peuvent remplir cette indication, et il est facile, en graduant les doses, d'obtenir de chacun d'eux une solution également active. Mais la cautérisation seule ne suffit pas toujours; il s'agit principalement de la destruction prompte de ce blastème qui donne naissance à la sanie corrosive. Il faut une substance qui, tout en ayant une grande affinité pour les corps protéiques, exerce une action aussi superficielle que possible, et ménage le tissu enflammé de la conjonctive et de la cornée. Ces conditions sont le mieux remplies par le nitrate d'argent, en solution de 0,50 à 0,75 sur 30,00 d'eau distillée. Les solutions plus concentrées n'ont pas d'avantages sur celle-ci et peuvent devenir nuisibles. Car un autre danger de ces ophthalmies réside dans la propagation de l'inflammation spécifique sur les parties plus profondes de l'œil et sur l'uvée et la cornée; or, l'excès d'inflammation déterminée par ces collyres trop actifs entraîne facilement ce résultat.

Les dangers d'une inflammation activée prennent la première place dans les indications, du moment où ceux de la corrosion par le produit blennorrhagique diminuent. Ce changement se reconnaît par une plus grande consistance de la sécrétion, par l'apparition en plus grande quantité de flocons coagulés, et par la nature plus purulente du liquide. Alors on emploie un collyre de 0,15 à 0,25 de nitrate d'argent pour 30,00 d'eau et deux à trois fois par jour seulement. Lorsque, enfin, la blennorrhée est devenue simple catarrhe, le collyre sera encore plus affaibli et peut être facilement remplacé par toutes les substances analogues, l'alun, le sulfate de cuivre, de zinc, de cadmium, le sublimé, l'acétate de plomb, qui ont alors la même action, pourvu qu'on règle leur activité par un degré de concentration convenable. C'est alors aussi que le tannin et les astringens purs trouvent leur indication.

Il est très important, mais parfois difficile, de reconnaître le moment où la transformation de la période virulente a lieu. Outre la nature du produit sécrété, il existe encore un autre thermomètre qui donne la mesure de l'irritation, c'est l'injection des vaisseaux qui rampent sur la surface de la sclérotique. On les reconnaît facilement à leur position, leur finesse et leur immobilité; ils ne bougent pas quand on remue la conjonctive. Leur état se propage facilement à la partie antérieure de l'uvée, *et vice versâ*, les anomalies de celle-ci se manifestent constamment par des états analogues dans ces vaisseaux. Quand ils sont hypérémiés d'une manière plus marquée et sans diminuer par l'emploi du froid, quand il existe une douleur vive, de la photophobie, du larmoiement considérable, l'irritation était trop forte et il faut affaiblir le collyre et l'employer moins souvent. Lorsqu'il s'y montre des vaisseaux plus gros, qui se terminent brusquement en perforant la sclérotique, il y a hypérémie des parties profondes; alors le danger du catarrhe disparaît et la dernière lésion domine. Il faut la combattre par un traitement antiphlogistique pur et par l'écartement de tout ce qui pourrait irriter l'œil; ainsi, contre-indication formelle de tout collyre.

En général, notre confrère de Vienne rétrécit de beaucoup l'emploi des collyres; il les limite aux cas qui s'accompagnent d'une sécrétion augmentée de matières protéiques sur la conjonctive, quand il n'existe pas d'irritation des vaisseaux et nerfs ciliaires. Cette dernière contre-indication disparaît en présence du danger d'une destruction de la cornée par des produits corrosifs. — (*Wiener med. Wochenschrift*, 1855, nos 21, 22, 23).

Le corps médical de Paris vient encore de faire deux nouvelles pertes. M. Gondret, respectable confrère, bien connu par les applications de la pommade ammoniacale, vient de mourir à un âge avancé.

M. le docteur Devillemur, dentiste distingué, est mort ces jours derniers, à peine âgé de 48 ans.

Le père d'un de nos honorables confrères, de M. le docteur Clerc, médecin lui-même à Rive-de-Gier, a succombé à Paris, où il était venu voir l'exposition.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 111. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 18 Septembre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

LITHOTRITIE.

DE LA LITHOTRITIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SON APPLICATION (1) ;

Par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine.

Des accidens de la lithotritie.

Les accidens auxquels expose la lithotritie sont devenus de moins en moins nombreux, de moins en moins graves, au fur et à mesure que les instrumens se sont perfectionnés, que les mains se sont exercées, et que l'expérience a montré les limites dans lesquelles il convient de rester à chaque séance opératoire. Il n'est plus question d'urètre déchiré, de vessie percée, de portion de membrane muqueuse vésicale arrachée, d'instrument brisé, d'instrument forcé; il n'y a plus de manœuvre opératoire provoquant des douleurs intolérables, ni ne séance prolongée au point d'être suivie de mort presque immédiate. Les douleurs produites par l'opération sont, en général, très faibles, et quelquefois nulles ; et, quant à la durée des séances, tous les praticiens familiarisés avec la lithotritie savent que, toutes choses égales d'ailleurs, moins les séances sont longues, moins elles ébranlent l'économie, moins elles déterminent de réaction.

Les accidens que l'on observe le plus souvent dans le cours de la lithotritie sont les suivans : un accès de fièvre avec frisson, chaleur et transpiration, survenant ordinairement peu d'heures après la séance, et se renouvelant quelquefois le lendemain ou le surlendemain ; une irritation de la vessie donnant lieu à des besoins fréquens d'uriner et à des mictions douloureuses ; une rétention d'urine plus ou moins complète, produite, sans doute, par la contraction spasmodique du col de la vessie et de la partie profonde de l'urètre.

(1) Voir les numéros des 14, 21, 28 Août, 4 et 11 Septembre.

J'ai déjà dit, en traitant de l'opération, que, pour prévenir comme pour combattre la fièvre, j'avais recours au repos, aux boissons émulsives et mucilagineuses, à la diète, ou du moins à un régime sévère et doux. J'ai ajouté que, rarement, j'avais eu besoin de faire usage de la saignée contre la violence de la fièvre, ou du sulfate de quinine contre des accès fébriles se renouvelant périodiquement.

A part ce dernier agent, les moyens par lesquels on combat l'irritation de la vessie sont à peu près les mêmes que ceux employés contre la fièvre, avec le soin toutefois d'insister davantage sur les boissons délayantes, mucilagineuses et émulsives, et en y associant l'usage des grands bains tièdes et prolongés, des cataplasmes émollieus sur l'hypogastre, et quelquefois les émissions sanguines, à l'aide des sangsues appliquées à l'anus.

Quant à la rétention d'urine, un des meilleurs moyens de la prévenir, c'est de ne pas laisser la vessie se distendre outre mesure, de ne quitter le malade opéré qu'après l'avoir vu uriner naturellement ou l'avoir fait uriner au moyen de la sonde. Le traitement curatif consiste encore dans l'usage de la sonde et dans l'emploi des moyens antiphlogistiques locaux et généraux.

On conçoit que, puisque, chez les calculeux, un exercice un peu violent du corps, et, quelquefois, la simple marche suffisent pour donner lieu à un écoulement de sang par l'urètre, en faisant balotter la pierre dans la vessie, il doit être assez fréquent que les manœuvres de la lithotritie aient pour effet de rendre les urines sanguinolentes, et que l'écoulement de sang ainsi mêlé aux urines continue un certain temps après une séance opératoire. Mais, de même que la perte de sang qui a lieu après un exercice du corps, celle-ci cesse ordinairement d'elle-même, sous l'influence du repos qui succède à l'opération ; elle ne mérite pas considération.

Il n'en serait pas de même d'un écoulement de sang qui durerait assez pour faire croire que ce liquide continue à s'extravaser, après le retrait des instrumens. Celui-ci constituerait une véritable hémorrhagie, et nécessiterait une attention particulière; car il pourrait, en se prolongeant, amener l'affaiblissement du malade et donner lieu à des conséquences graves. Je dois dire que je l'ai observé rarement, et que jamais il ne s'est montré à moi que chez des malades dont la vessie était déjà ramollie, ulcérée ou fongueuse.

Les applications froides, les lavemens froids et les injections froides, voilà, avec le repos et les boissons acidules, les premiers moyens à lui opposer. Mais il sera bien d'être réservé dans l'emploi des injections froides; elles provoquent facilement des cystites.

Un accident que j'ai observé quelquefois au commencement de la lithotritie, et qui, abstraction faite des enfans, ne s'est plus présenté à moi depuis bien des années, c'est l'engagement dans l'urètre de fragmens trop gros pour sortir naturellement. Je suis porté à croire que cela tient au fait que voici : avec l'instrument courbe, on n'exerce aucune action dilatante sur la portion prostatique de l'urètre; tandis qu'avec la pince à trois branches dont je faisais usage d'abord, je devais élargir cette partie, en y ramenant et en y engageant plus ou moins le sommet du cône formé par les branches écartées de l'instrument.

Cet accident, on pouvait le redouter à cette époque, où il était assez difficile d'aller chercher le fragment arrêté dans l'urètre, faute d'instrument approprié; de telle sorte que la répulsion du fragment dans la vessie, au risque de froisser ou même de déchirer le col de cet organe, était un moyen conseillé et employé pour y remédier. Aujourd'hui, il ne m'occupe plus, d'abord, parce qu'il arrive si rarement, je viens de le dire, que je ne l'observe plus chez les adultes, et qu'avec un petit brise-pierre urétral à bec très court, et d'ailleurs en tout semblable au brise-pierre vésical, on peut, sans beaucoup de peine, aller saisir et briser le fragment dans le lieu où il siége.

Un accident qui se présente encore quelquefois à moi, mais bien moins souvent qu'au commencement de la lithotritie, c'est l'orchite, l'engorgement inflammatoire d'un testicule. Cet engorgement s'explique par l'irritation produite sur les orifices des conduits éjaculateurs, soit par le brise-pierre, soit par les fragmens du calcul. Il n'a jamais de suite grave; il cède ordinairement aux applications émollientes; rarement il nécessite l'emploi des sangsues. Ce n'est même pas un obstacle à la continuation immédiate de la lithotritie. A Paris, j'attends ordinairement, pour opérer de nouveau, qu'il soit à peu près dissipé; mais, ailleurs, il m'est arrivé plusieurs fois de passer outre, et d'opérer comme s'il n'existait rien d'anormal, sans avoir eu à me repentir de ma conduite. Du reste, un des meilleurs moyens de prévenir cet accident, c'est d'exiger du malade qu'il porte habituellement un suspensoir.

L'accident que je redoute le plus, c'est une réaction sur les reins, c'est l'extension de l'irritation de la vessie jusqu'aux organes sécréteurs de l'urine. Je pense que cette réaction n'a guère lieu que quand les reins sont déjà malades; malheu-

Feuilleton.

DISTRIBUTION DES PRIX A L'HOPITAL DES ENFANS-MALADES.

C'était fête, jeudi dernier, à l'hôpital des Enfans. Fête et hôpital, voilà deux mots qui semblent être antagonistes. Il n'en est rien, à la condition cependant de prendre le mot fête dans une acception modeste et paisible, telle qu'on peut se figurer une fête dans un asile consacré aux souffrances et aux infirmités de l'enfance. Il existe en effet, dans cet asile, deux grandes divisions, l'une consacrée aux maladies aiguës et accidentelles des enfans ; l'autre où sont admises les infirmités congéniales, les affections diathésiques, celles-ci toujours de longue durée, exigeant un traitement prolongé, hygiénique autant que médical.

C'est pour les enfans de cette dernière division que c'était jour de fête.

L'hôpital, pour ces pauvres enfans, est plus qu'un hôpital ; c'est encore une école, un ouvroir, un gymnase, car l'administration, dans sa sollicitude pieuse, tout en entourant ces petits malades des soins médicaux les plus éclairés, des ressources les plus accréditées de l'hygiène, leur procure encore, pendant leur séjour dans l'hôpital, l'instruction intellectuelle et manuelle.

Il s'agissait donc, jeudi, de donner des prix, des récompenses, des encouragemens aux petits garçons et aux petites filles de l'hôpital qui avaient fait preuve de plus d'étude à l'école, de plus de talent à l'ouvroir, de plus de zèle au gymnase.

La cérémonie avait lieu dans la grande et belle salle du gymnase, élégamment tendue de riches tapisseries, et ornée de trophées faits avec les instrumens et appareils employés en gymnastique. Une foule nombreuse de parens, de respectables religieuses, de médecins, d'anciens élèves de l'hôpital remplissait l'enceinte. La séance était présidée par M. Davenne, directeur de l'assistance publique, qui était entouré des médecins de la maison et du directeur de l'hôpital.

M. Davenne a ouvert la séance par une allocution simple et touchante que nous sommes heureux de pouvoir reproduire :

Mes chers enfants,

Je suis heureux de me retrouver au milieu de vous, et de faire trêve aux grandes solennités de ce jour de victoire pour venir présider une modeste solennité de famille, et distribuer les récompenses que vous avez su mériter par votre bonne conduite et votre application au travail.

C'est que les soins qu'exigent la guérison de vos maux ne sont pas les seuls qui nous préoccupent, vous le savez. Cet asile ouvert aux maladies de l'enfance, souvent, hélas ! d'une si longue durée, n'est pas un hôpital ordinaire ; et l'administration, dont je suis ici le représentant, ne croirait avoir rempli qu'à moitié sa tâche si, en cherchant les moyens de vous soulager, vous guérir, elle ne veillait avec la même attention, le même scrupule à votre éducation, c'est-à-dire à un intérêt plus précieux encore : celui de votre avenir.

C'est en vous efforçant de profiter des leçons qui vous sont donnés ; c'est en vous montrant laborieux et sages, que vous reconnaîtrez dignement tout ce qu'on fait ici pour vous. Le seul témoignage de reconnaissance que je sollicite de vous, mes enfans, pour les soins dévoués dont vous êtes l'objet, soit de la part des savans médecins auxquels votre traitement est confié, soit de celle de ces dignes sœurs qui sont pour vous autant de mères adoptives, la seule preuve, dis-je, que je vous demande de votre gratitude envers vos bienfaiteurs, c'est de faire en sorte que leurs bienfaits vous profitent.

Travaillez donc, enfans, travaillez avec courage, avec ardeur. L'amour du travail est inséparable de l'honnêteté des sentimens; il conduit toujours au contentement de soi-même, souvent au bien-être, quelquefois même à la fortune ; mais surtout il donne droit à l'estime de ses semblables, c'est-à-dire à la considération publique. Je ne connais pas, pour ma part, d'homme qui la mérite davantage que l'ouvrier habile et honnête.

Or, qui dit habile dit instruit. Pour devenir instruit il faut apprendre ; pour apprendre, il faut être attentif et docile : soyez donc toujours l'un et l'autre.

Quant à l'honnêteté, elle ne s'apprend pas ; elle naît d'elle-même dans les âmes où les principes de la religion et de la morale en ont déposé le germe : c'est vous dire quel prix nous attachons à voir pénétrer dans les vôtres les salutaires leçons que vous recevez chaque jour.

Car, tel a été le double objet que nous nous sommes proposé, mes enfans, en mettant à votre portée les élémens d'instruction que cet établissement réunit : enseignement religieux, école, ouvroir, gymnase, en un mot, tout ce qui tend à former le cœur, à développer l'intelligence, à fortifier le corps.

Heureux si nous obtenons que vous répondiez à notre attente ; et si, grâce à cet enseignement si complet et aux bons principes que vous y aurez puisés, nous parvenons à faire de vous un jour d'honnêtes gens et des hommes utiles.

Mais j'éprouve le besoin de vous le redire, mes enfans, et à vous aussi, pères et mères de famille qui m'écoutez : en prenant tous ces soins, en multipliant nos efforts pour remplir envers vous, dans toute son étendue, notre mission secourable, nous ne faisons qu'obéir aux inspirations du pouvoir souverain et bienfaisant qui veille sur vous, et dont nous ne sommes que les humbles mandataires.

Personne n'ignore, en effet, que le sort de l'ouvrier est l'objet constant de la sollicitude de l'Empereur ; et que l'ange couronnée qu'on nomme l'Impératrice a voué particulièrement à l'enfance du pauvre un intérêt tout maternel.

Que votre reconnaissance pour tout le bien que vous recueillez de nos soins remonte donc jusqu'au trône comme à sa source primitive.

Pour nous, simples exécuteurs des volontés de vos augustes protecteurs, nous n'ambitionnons que l'honorable et douce satisfaction d'être les instrumens de leurs bienfaits.

De longs et d'unanimes applaudissemens ont accueilli ces paroles du respectable directeur de l'assistance publique, de cet administrateur éclairé qui sait allier la fermeté de la justice à la bienveillance et à l'aménité des formes.

La médecine devait être entendue dans cette circonstance, et elle l'a été par la voix de M. Henry Roger, l'un des médecins de l'hôpital, qui, au nom de ses collègues, s'est exprimé de la manière suivante :

reusement, ils le sont assez souvent lorsque la pierre a été précédée ou accompagnée de gravelle. Il faut, dès que cette réaction se manifeste par la rareté des urines et la fièvre, se hâter de la combattre par les antiphlogistiques les plus énergiques, notamment par la saignée et les bains prolongés. Le hoquet, en pareil cas, est un symptôme des plus graves.

J'ai observé autrefois un accident que je n'observe guère aujourd'hui, une réaction sur les voies digestives, avec vomissement d'abord et dévoiement ensuite. La diète, le repos et des boissons acidules ou gommeuses m'ont suffi ordinairement pour en faire justice.

Des contre-indications de la lithotritie.

Les difficultés et les accidens dont nous venons de parler peuvent devenir des contre-indications de la lithotritie. Ainsi, le très grand volume de la pierre, surtout si elle est dure, et à surface lisse, doit faire renoncer à cette opération pour recourir à la taille ou se borner au traitement palliatif. Les tentatives vaines de lithotritie, qu'on les prolonge ou qu'on les réitère trop, compromettent la vie du malade; il en est de même des séances qui ont pour résultat la division d'un corps étranger très volumineux, quand elles sont trop laborieuses, trop rapprochées ou trop nombreuses. Il faut les éviter, sous peine de s'exposer à des accidens graves ou même mortels. Toutefois, il est des circonstances où l'on peut faire avec un plein succès des séances nombreuses et rapprochées, c'est quand les pierres sont multiples, sans être trop dures ni trop volumineuses, et encore quand, volumineuses et peu résistantes, elles siégent dans une vessie qui supporte bien l'action des instrumens. J'ai obtenu plusieurs beaux résultats en ce genre. Cela se conçoit pour les pierres multiples, parce qu'on n'en attaque guère qu'une à chaque séance, et qu'après l'opération, la vessie reste en contact avec des pierres entières ou des fragmens peu volumineux.

Pour les pierres volumineuses et peu résistantes, l'expérience prouve que la tolérance de la vessie, une fois établie, peut se montrer grande et durable.

Si certaines pierres chatonnées peuvent être détruites par la lithotritie, ainsi que je l'ai dit plus haut, il en est d'autres qui sont disposées de manière à se soustraire, sinon en totalité, du moins en partie à l'action des instrumens, et contre lesquels il n'y a de ressource que dans la taille. Des autopsies m'ont démontré ce fait d'une manière évidente.

Une cystite intense et rebelle au traitement antiphlogistique, une fièvre forte et permanente, un ensemble de symptômes qui fait croire qu'il existe une lésion profonde des reins, sont autant de contre-indications de la lithotritie. Un praticien prudent ne l'entreprendra jamais dans de telles conditions; il attendra, tout en faisant la médecine des symptômes. Si, forcé par la douleur ou l'aggravation des accidens, il a recours à une opération, ce sera à la taille, qui, seule, en pareil cas, peut laisser quelques chances de succès.

Ni l'extrême jeunesse du malade, ni son âge très avancé ne peuvent apporter d'obstacle à la lithotritie. Cette opération est praticable à tous les âges. Je l'ai faite avec un plein succès chez un enfant de moins de 2 ans, et chez un vieillard de 88 ans passés. Toutefois, elle présente des difficultés spéciales dans la première enfance, d'autres dans l'extrême vieillesse; nous allons les exposer.

De la lithotritie chez les enfans.

J'ai pratiqué la lithotritie chez beaucoup d'enfans, notamment sur plusieurs garçons qui avaient moins de 3 ans. L'un de ceux-ci n'avait pas 23 mois quand j'ai commencé à l'opérer. Il portait une grosse pierre; son traitement a été long; mais la guérison a été parfaite.

Il en a été de même des autres enfans que j'ai soumis à la lithotritie, et j'y ai soumis tous les jeunes calculeux qui se sont présentés à moi : ils sont tous guéris, à l'exception toutefois d'un petit garçon de Belleville, que son éloignement et le grand nombre des calculs contenus dans sa vessie m'ont engagé, après quelques séances peu productives, à faire entrer à l'hôpital des Enfans, où il a été taillé sous mes yeux et avec un plein succès, par mon honorable confrère, M. Paul Guersant.

Je l'ai déjà dit ailleurs, presque tous ces enfans étaient pauvres et mal nourris; presque tous avaient des pierres d'oxalate de chaux, avec addition ou sans addition d'une couche plus ou moins épaisse de phosphates. Je suis toujours parvenu, chez eux, abstraction faite de l'exception qui vient d'être indiquée, à conduire la lithotritie à bonne fin, mais non sans peine, je l'avoue. Outre la nécessité de recourir à des instrumens de très petit diamètre pour pénétrer dans des organes si peu développés, et les difficultés des manœuvres opératoires, sans recourir aux moyens anesthésiques, chez des êtres si peu accessibles au raisonnement, le peu de développement de la prostate et l'extensibilité de la partie profonde de l'urètre, exposent à l'engagement dans le canal de fragmens trop volumineux pour le parcourir dans toute son étendue. Bien des fois je me suis trouvé dans l'obligation, pour les enlever, d'opérer la lithotritie urétrale. C'est là, comme on le pense bien, une opération peu aisée, à cause surtout de la délicatesse des instrumens dont il faut se servir. Je comprends très bien que, dans la pratique des hôpitaux, on donne, en général, la préférence à la taille, quoique cette opération ne soit pas aussi peu dangereuse à cet âge, qu'on serait tenté de le croire, à entendre certaines personnes.

Du reste, on est bien dédommagé des peines que l'on se donne pour détruire la pierre chez les enfans par la perspective d'une cure complète et presque toujours sans récidive. Ce résultat tient très probablement, d'une part, à la bonne disposition des organes, et de l'autre, à ce que la pierre, ordinairement d'oxalate de chaux, a été souvent causée par un régime trop végétal, et peut être facilement évitée par une alimentation plus animale.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

De l'accouchement prématuré artificiel par les douches vaginales. — De l'emploi du quinquina dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

M. le docteur Bouchacourt publie une très belle observation d'accouchement prématuré artificiel chez une femme de 38 ans, portant un rétrécissement du bassin au détroit supérieur, ayant eu quatre accouchemens précédens très laborieux, avec suites de couches très graves, chez laquelle il a provoqué l'accouchement à sept mois et demi, à l'aide de douches utérines et avec succès pour la mère et pour l'enfant.

La méthode de M. Kirwisch, de Wurzbourg, appliquée pour la première fois en France par M. le professeur Dubois, le 15 novembre 1852, et plusieurs fois employée depuis, ne possède pas cependant encore des faits assez nombreux pour que toutes les indications de son emploi soient très nettement exposées.

« Il reste encore, dit M. Bouchacourt, plusieurs points de détails à déterminer d'une manière précise. Ainsi, l'eau tiède est-elle préférable à l'eau froide? Cette dernière agit-elle mieux à une très basse température et quelles seraient les limites avantageuses du refroidissement? Le jet doit-il être très fort, longtemps continué? Faut-il le diriger exclusivement sur le col, tâcher de le faire pénétrer dans l'orifice et de décoller les membranes par infiltration successive, comme l'avait conseillé Schweigheuser? Ne pourrait-on pas rapprocher du mode d'action de la douche simple celle du tampon de charpie ou d'éponge qui presse sur le col, le ramollit par le contact de l'humidité dont il le pénètre?

» N'y aurait-il pas du danger à trop augmenter la force du jet de l'injection, et jusqu'à quelles limites peut-on l'élever sans inconvénient?

» N'oublions pas que des injections simples et des douches utérines, à plus forte raison, ont amené, dans certains cas, à l'état de vacuité, des accidens très graves et même mortels, M. Gubian en a publié un exemple remarquable (*Gaz méd.* de Lyon, année 1850, p. 61). M. Rodet et moi en avons observé un cas en 1852, où l'injection la plus douce, faite avec une décoction de racine de guimauve et de pavot, amena une péritonite qui faillit être mortelle. N'oublions pas non plus que si, pendant la gestation, le danger n'est pas du côté de la pénétration dans le péritoine, de la déchirure des trompes, etc., on peut décoller non seulement les membranes, mais le placenta, et déterminer la mort du fœtus, tout en provoquant l'accouchement; mais alors quelle différence dans le résultat!

» S'il reste à étudier pratiquement plusieurs faits de détails, l'ensemble des indications laisse encore beaucoup à désirer. Cette méthode sera-t-elle applicable à tous les cas où l'on voudra pratiquer l'accouchement prématuré, à supposer qu'elle reste comme la meilleure, comme la plus sûre? Conviendra-t-elle, par exemple, s'il y a implantation du placenta sur le col, hémorrhagie? Sera-t-elle applicable dans les cas de convulsions où il importe d'agir vite? Ne pourra-t-on pas, d'un autre côté, étendre le cercle de ses applications aux accouchemens qui se prolongent par rigidité du col (cicatrices, indurations, etc.), alors même que le travail est bien commencé? Verrait-on du danger à y recourir dans les cas d'enchatonnement du placenta, et dans plusieurs autres formes de délivrance compliquée? Bien des questions se présentent et beaucoup restent encore à résoudre.

» Nous nous bornons aujourd'hui à ces seules indications, réservant pour un autre travail une étude plus approfondie de la méthode qui devra reposer alors sur l'appréciation comparative des faits connus, rapprochés de quelques observations d'accouchement provoqué par la dilatation ou la perforation des membranes, mais surtout par la dilatation du col obtenu à l'aide de l'éponge préparée. Nous essayerons alors de développer cette idée qu'aucune méthode ne doit être adoptée exclusivement; que chacune (les principales du moins) peut offrir des cas d'application. C'est à les déterminer soigneusement et rationnellement que doit surtout s'attacher la véritable expérimentation clinique. En attendant de nouvelles recherches et une discussion plus longuement approfondie, je ne pense mieux faire qu'en terminant ce travail par les conclusions de M. le professeur Kirvisch :

« 1° La douche utérine prépare l'accouchement prématuré avec le plus de ménagement possible (*Bectrage zur geburts-*

C'est ici (M. le directeur général vient de le dire), c'est ici comme une fête de famille, qui se renouvelle chaque année, et où se presse toujours un public ami de l'enfance, attiré non pas par une vaine curiosité, mais par le plaisir de voir de ses yeux le bien que la charité et la philanthropie opèrent dans cet asile. M. le directeur général de l'assistance publique est venu, comme d'habitude, présider à cette fête modeste, et la présence des agens supérieurs de l'administration, celle de nos dignes et excellentes religieuses, celle des médecins, mes honorés et affectionnés collègues, qui conspirent à l'envi pour le bien commun, celle de médecins et fonctionnaires des autres établissemens hospitaliers, en relèvent l'éclat.

Quel récit aurait chance de plaire à un tel auditoire plus que celui des améliorations réalisées récemment à l'hôpital des Enfans, celui des améliorations qui sont en cours d'exécution, celui des améliorations projetées.

La gymnastique, introduite dans l'établissement par l'initiative des docteurs Baudelocque et Guersant père, d'illustre et bien chère mémoire, la gymnastique, dirigée avec le même zèle et le même talent par M. Lainé, continue à être d'un utile secours à la médecine proprement dite dans certaines maladies nerveuses et dans quelques affections du système osseux. Vous allez, dans un instant, être témoins des exercices et voir couronner les plus adroits, les plus persévérans, les plus courageux parmi ces gymnasiarques plus ou moins valides, parmi ces lutteurs inégaux de force et de santé.

Depuis que les rois ont renoncé au privilége de guérir les écrouelles par la simple imposition des mains, c'est aux médecins qu'incombe la cure toujours longue et très difficile de ces affections si communes même dans la classe riche. L'organisation du service des enfans atteints de cette maladie a reçu de notables amendemens : le *traitement externe,* c'est-à-dire la consultation et la délivrance gratuite des médicamens; le traitement externe, qui permet à ceux des jeunes sujets dont le mal est moins grave, de rester dans la maison paternelle ou de continuer un apprentissage commencé, a été étendu et perfectionné.

Bien plus, l'enfant du pauvre a pu, comme l'enfant du riche, aller aux eaux, grâce à la munificence de l'administration. A quelques lieues de Paris, à Forges, dans une jolie vallée, des scrofuleux ont été placés dans un établissement spécial de bains : l'expérience dure depuis deux années, et elle a donné, jusqu'à présent, de très heureux résultats.

Sans nous demander en vertu de quels principes chimiques l'eau de Forges a été salutaire (l'analyse n'a pas montré qu'elle différât sensiblement de l'eau pure); sans nous demander si les remarquables guérisons obtenues dans un temps relativement assez court, pour les cas curables bien entendu, ne tiennent pas tout simplement aux soins très assidus du praticien zélé chargé du service médical et surtout aux excellentes conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les enfans qui passent toute leur journée à se promener, à jouer au grand air, à boire et manger, conditions parfaites en tout pays pour l'engraissement, et conditions bien différentes de celles au milieu desquelles vit le scrofuleux de l'hôpital; sans entrer dans la discussion scientifique qui doit être réservée et dans l'interprétation du fait, qu'il nous suffise, aujourd'hui, de le constater et d'y applaudir, comme l'a dit le grand fabuliste :

Eh ! mon ami ! tire moi de danger,
Tu feras après ta harangue.

Des améliorations d'un autre genre sont actuellement en voie d'exécution dans notre hôpital : la construction d'une chapelle va permettre de transformer en une salle de chirurgie pour les maladies chroniques le local affecté maintenant au service religieux. D'autres constructions s'élèveront aussi, répondant à diverses exigences de l'établissement hospitalier que nous envient les autres pays, et qui peut leur servir de modèle (salles de bains, douches et fumigations; chambre mortuaire d'attente, amphithéâtre, etc.).

Je passe sur quelques améliorations de détail; mais il est une mesure, juste et paternelle, que l'administration vient de prendre pour tous les hôpitaux, et qui lui doit valoir les remercîmens particuliers des médecins des hôpitaux d'enfans : désormais des livrets de caisse d'épargne et des signes distinctifs seront accordés, chaque année, aux infirmiers, infirmières et gens de service qui auront accompli leurs pénibles devoirs avec dévouement.

Ce dévouement si méritoire, et l'on peut dire presque désintéressé (tant le salaire est modeste), ce dévouement, où est-il plus nécessaire qu'auprès de l'enfance souffrante? L'enfant alors est exigeant, capricieux : il n'a pas l'âge de la raison, de la patience et du calme dans la douleur; son état de maladie, sa faiblesse, son impuissance, réclament une surveillance incessante, des soins infatigables, des soins maternels, et sa mère n'est pas là ! Heureusement, veillent autour de lui de pieuses gardiennes, nos bonnes religieuses et aussi d'humbles servantes qui savent quelquefois être également grandes et saintes par le dévouement. Pour les unes comme pour les autres, la récompense est au ciel; mais en attendant, par ces infirmières dévouées, qui, pauvres et souvent orphelines, s'attachent au soulagement du pauvre et de l'orphelin malades, quelque peu des récompenses terrestres ne fera point mal. Merci donc pour elles, Monsieur le directeur général, merci de ces livrets de caisse d'épargne, seules économies qu'elles puissent faire, et de ces décorations promises aux plus méritantes : ce sera leur croix d'honneur, et elles l'auront bien gagnée, car, dans les temps d'épidémie, un hôpital d'enfans où la contagion est fréquente, est un champ de bataille où les soldats sont plus exposés que les généraux.

Ce n'est pas tout : la devise de César, *croyant n'avoir rien fait s'il lui restait à faire,* semble être ici celle de l'administration. Il y a encore le chapitre des améliorations en projet : une somme de 125,000 francs est portée au budget de 1856, pour l'érection de salles nouvelles destinées aux enfans atteints de maladies de la peau et de cette curieuse affection du cuir chevelu, végétation parasitique engendrée et propagée par la malpropreté, affection qui diminue dans les hôpitaux, grâce à la science persévérante d'un de nos collègues, M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et qui doit disparaître un jour du cadre nosologique de par la médecine et les progrès de la civilisation.

Le bien a toujours marché lentement dans ce monde : on pourrait le représenter, comme chez les anciens la justice humaine, avec un

kunde, I, p. 116), au moyen du ramollissement et de la dilatation nécessaires du segment inférieur de l'utérus; l'abaissement normal de l'utérus a lieu en conséquence. —

» 2° Avec ce moyen, tout traitement préparatoire est superflu.

» 3° Le procédé est très facile à employer et nullement désagréable aux femmes enceintes, puisque l'injection d'eau chaude ne produit aucun malaise.

» 4° Il ne prend pas beaucoup de temps, puisque chaque application ne dure que quelques minutes, et que, dans un cas, cinq douches suffirent chez une personne qui paraissait devoir être rebelle à leur action.

» 5° Ce procédé est susceptible d'une graduelle élévation de puissance, attendu que l'on peut se servir d'eau plus chaude, ou bien prolonger chaque séance, ou encore rapprocher les douches; si bien que la durée de tout le procédé est laissée à la volonté de l'accoucheur.

» 6° Il ne peut jamais occasionner de lésions aux voies génitales ni aux membranes de l'œuf; il ne peut exercer aucune influence préjudiciable au produit de la conception; de plus, ce moyen imite la nature principalement en ceci, qu'il hâte la préparation des voies génitales en y faisant affluer une plus grande abondance de liquide. »

» J'ajouterai que, dans certains cas de cicatrices vicieuses, de déplacement anormal du col qui rendent fort difficile, impossible même, la détermination exacte de sa position et du point précis où il faut arriver pour l'introduction de l'éponge ou de la sonde, l'emploi des douches utérines est le seul moyen efficace et inoffensif sur lequel on puisse compter pour produire l'accouchement prématuré. » — (In *Gaz. méd. de Paris*, n° 37, 1855.)

Un médecin hollandais, M. Muntendam, a publié récemment un mémoire pour démontrer que le quinquina, seul ou associé à la morphine, peut, dans beaucoup de cas, prolonger la vie des phthisiques et même les guérir. Cette médication n'est pas contre-indiquée par l'appareil fébrile, pas plus que par la dyspnée, la diarrhée, etc. C'est surtout au sulfate de quinine que M. Muntendam a recours presque à titre de spécifique. — (In *France médicale*, 15 septembre 1855.)

Il y a déjà plusieurs années que nous avons reconnu, et en cela nous ne croyons pas avoir fait une découverte, que les indications de l'emploi du quinquina, dans le traitement général de la phthisie pulmonaire, étaient plus fréquentes qu'on ne le pensait. Mais nous différons d'opinions avec M. Muntendam, non seulement parce que nous ne croyons pas que le quinquina puisse, à lui seul, guérir la phthisie pulmonaire, mais encore en ce que nous cherchons, dans l'emploi de l'écorce péruvienne, sa propriété corroborante, et rien de plus. Aussi est-ce le quinquina en nature que nous prescrivons et non son alcaloïde. Une infusion à froid de 30 grammes de quinquina rouge en poudre dans un litre d'eau, que le malade boit mêlée à sa boisson habituelle pendant les repas, nous a paru le moyen par excellence de conserver ou de restituer aux phthisiques les forces dont ils ont tant besoin. Cette préparation nous a paru constituer, dans un très grand nombre de circonstances, un adjuvant précieux au traitement complexe que nous avons institué contre la phthisie pulmonaire à ses diverses phases et dans ses formes diverses.

Amédée Latour

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 25 Juillet et 8 Août 1855. — Présidence de M. Guérard, vice-président.

Sommaire. — Correspondance. — Présentation de pièces pathologiques : *Kyste hydatique du foie ouvert dans la veine cave inférieure; fracture de côtes survenue à la suite d'efforts de toux*, par M. Hérard. Discussion : MM. Trélat, Marrotte, H. Roger, Oulmont. — Lecture d'un mémoire intitulé : *De l'antagonisme entre la fièvre typhoïde et les maladies graves en général, et spécialement de l'antagonisme entre la fièvre typhoïde et la phthisie tuberculeuse.* — Lecture d'une *observation d'hémorrhagie rachidienne*, par M. Boscredon. — Observation suivie de réflexions, *d'induration de la moelle épinière, avec paralysie des membres supérieurs*, par M. Laboulbène.

La correspondance comprend l'hommage à la Société de plusieurs mémoires : 1° *Recherches sur les conferves des eaux thermales de Néris*, par MM. de Laurès, médecin des eaux de Néris, et Becquerel; 2° *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers* (n°s 22, 23 et 24); 3° *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire* (deux brochures); 4° Rapport de M. Mutru, sur les mémoires envoyés au concours ouvert par la Société de médecine de Nîmes; 5° *Etudes de psychologie médicale*, et *Lettre* à M. le professeur Rostan sur le mot hypochondrie, par M. Dumont (de Monteux), médecin de la maison centrale du mont Saint-Michel; 6° un mémoire de M. Moreau (de Tours) : *Du rêve et de la folie.*

La correspondance comprend aussi une lettre de M. le docteur Laboulbène, qui sollicite le titre de *membre associé*, et qui demande à faire une lecture à l'appui de sa candidature.

— M. Hérard présente les pièces pathologiques recueillies sur le cadavre d'un individu atteint de *kyste hydatique du foie ouvert dans la veine cave inférieure.*

Le malade qui fait le sujet de cette observation était entré à l'hôpital Saint-Antoine dans un état apparent de santé parfaite. Il ne se plaignait que d'une légère douleur dans le flanc droit, douleur qui, plus d'une fois, dans différens hôpitaux où il avait déjà été reçu, avait été considérée comme une simple douleur rhumatismale. Cependant, à la percussion, il était facile de reconnaître une augmentation considérable dans le volume du foie, et la palpation donnait la sensation d'une poche fortement distendue par un liquide. On diagnostiqua un kyste hydatique du foie.

Le malade était depuis cinq à six jours dans le service, mangeant les quatre portions, se levant et se promenant, lorsque tout à coup, dans le milieu de la nuit, il ressentit comme un accès de suffocation, avec nausées, pâleur de la face, refroidissement, sueurs froides, etc. Il succomba au bout de quelques minutes de cet état demi-syncopal.

A l'*autopsie*, on constata dans le lobe droit du foie sous les fausses côtes une vaste poche affaissée dont le liquide intérieur avait disparu sans qu'il fût possible au premier abord de distinguer l'ouverture par laquelle avait pu s'échapper le liquide et la direction qu'il avait suivie. Ce ne fut qu'en incisant dans sa longueur la veine cave inférieure que l'on reconnut une solution de continuité dans un des points où le vaisseau est en rapport avec la face inférieure du foie, solution de continuité établissant une communication entre la veine et l'intérieur du kyste. Au niveau de cette déchirure ainsi que dans un autre point la veine présentait une sorte de petite plaque athéromateuse qui avait été, sans nul doute, une cause prédisposante de la déchirure constatée. Le kyste du foie pouvait avoir le volume d'une tête d'adulte, il s'était développé dans le lobe droit du foie dont il occupait la moyenne partie. Une hydatide solitaire remplissait la cavité du sac. Entre ses parois et celles du kyste existait un peu de sang en caillots.

— M. Hérard présente encore une *fracture spontanée de la 11me côte gauche, déterminée par les seuls efforts de toux.* Cette fracture avait été recueillie chez une jeune femme de 22 ans, enceinte de sept mois et entrée à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Oulmont) pour un point de côté violent à gauche. Ce point de côté s'était déclaré brusquement à la suite des efforts d'une toux opiniâtre qui durait depuis six mois. On constata une fracture manifeste de la 11me côte gauche. Il y avait crépitation, déplacement et douleur à la pression, dans l'inspiration et surtout dans les efforts de toux. La femme affirmait n'avoir pas fait de chute, n'avoir pas reçu de coup. Rien chez elle ne pouvait faire supposer une altération quelconque du tissu osseux. Quand la malade entra à la salle d'accouchemens (service de M. Hérard), la fracture paraissait consolidée, il n'y avait plus ni mobilité, ni crépitation, et on pouvait sentir à travers les tégumens un cal volumineux.

Quelques jours après son accouchement, la malade fut prise d'accidens de péritonite promptement mortels.

A l'*autopsie* on trouva les lésions caractéristiques de la péritonite puerpérale. La côte fracturée fut facilement reconnue. La fracture siégeait à 3 centimètres en avant de l'angle costal; la consolidation paraissait parfaite, le cal faisait saillie sur la face externe et sur les bords. Mais, quand on eut enlevé le périoste, on put reconnaître l'état réel des choses. Les extrémités des fragmens, considérablement tuméfiés, n'étaient réunis par une matière osseuse grenue que sur le bord supérieur et la moitié supérieure de la face externe de la côte. Cette substance osseuse formait là une espèce de pont. Dans le reste de leur étendue, ces extrémités n'étaient réunies que par du tissu fibreux qui ne paraissait point pénétrer entre les fragmens, mais aller de l'un à l'autre. Il était facile d'imprimer des mouvemens à cette espèce de fausse articulation.

Le tissu de la côte paraissait sain. Quelques autres os fendus avec la scie ou brisés ont paru avoir leur consistance normale. Aucun produit tuberculeux ou cancéreux n'existait dans les organes.

MM. Trélat, Marrotte et H. Roger élèvent quelques doutes sur la cause de la fracture indiquée par M. Hérard. Ces honorables membres ont peine à comprendre la possibilité d'une fracture de côte par le simple effort de toux, et ils se demandent si antérieurement par suite d'une violence extérieure (coup ou chute) cette fracture n'avait pas été produite.

M. Trélat cite l'observation d'un officier supérieur qui avait fait une chute; M. Trélat et M. Manec appelés à lui donner des soins, ne constatent rien autre chose qu'une douleur de côte. Deux jours après, le malade ayant marché, on reconnaît une fracture de côte. M. Manec resta persuadé que la fracture existait depuis la chute; mais qu'elle était restée pour ainsi dire latente.

M. Hérard : M. Oulmont dans le service duquel est entrée la malade, avant d'être reçue dans notre salle d'accouchemens, pourra vous donner lui-même tous les détails circonstanciés desquels il paraît résulter très évidemment que la fracture était de date toute récente et qu'elle avait été déterminée par les efforts de toux. Sans doute c'est là un fait très rare, et, au premier abord, très difficile à expliquer; mais il ne faudrait pas supposer que c'est un fait sans analogue dans la science. M. Malgaigne a pu en rassembler un assez bon nombre de cas, et les fractures de côtes par contraction musculaire sont généralement admises en chirurgie.

M. Oulmont : Lorsque la malade qui fait le sujet de cette observation s'est présentée à mon examen, accusant la toux d'avoir été la cause de la fracture de côte, j'ai eu, je dois l'avouer, au premier abord, les mêmes doutes qu'exprimaient tout à l'heure MM. Trélat, Marrotte et Roger. Cependant, après avoir interrogé la malade avec le plus grand soin, je n'ai pu arriver qu'au résultat suivant : la malade était affectée depuis le commencement de sa grossesse d'une bronchite intense; au milieu d'un effort de toux, sans violence extérieure, sans chute, sans coup, elle perçut un craquement subit et très douloureux, et lorsqu'elle entra à l'hôpital, je reconnus une saillie prononcée d'un des fragmens. Comme l'existence d'une fracture de côtes par contraction musculaire constitue un fait étrange, j'en ai parlé à M. Malgaigne qui m'a confirmé la possibilité d'une fracture dans de semblables conditions. M. Cazeaux m'a également dit en avoir à sa connaissance trois ou quatre cas; et il considère la grossesse comme une cause prédisposante.

— M. Thirial lit un mémoire intitulé : *De l'antagonisme entre la fièvre typhoïde et les maladies graves en général, et spécialement de l'antagonisme entre la fièvre typhoïde et la phthisie tubercu-*

---

pied boiteux, *pede claudo* : mais la charité, mais l'amour vrai de l'humanité savent parfois donner des *ailes à ce boiteux.*

Une approbation sympathique et de chaleureux applaudissemens ont récompensé l'orateur de ses nobles sentimens, exprimés dans ce beau langage.

M. le directeur de l'hôpital a ensuite proclamé les prix, que ces jeunes enfans sont venus recevoir des mains de M. Davenne.

Après cette distribution ont commencé les jeux variés du gymnase, sous la direction du maître, M. Lainé, et c'était merveille de voir l'agilité, la souplesse, la hardiesse et la grâce avec lesquelles cette cohorte de petits garçons et de petites filles a exécuté les exercices nombreux qui font partie du traitement. Car ne l'oublions pas, et il était facile de l'oublier en ce moment, tous ces enfans sont de pauvres petits malades pour qui les exercices du gymnase ne sont pas seulement des mesures de prévoyance et de précaution, mais un puissant moyen thérapeutique soit pour coordonner et supprimer les mouvemens désordonnés de la chorée, soit pour exercer des muscles et des membres affaiblis, soit pour rappeler à leur position normale des organes déviés, soit enfin pour imprimer à tout l'organisme une excitation salutaire qui lui permette de réagir contre quelque principe diathésique qui en a vicié les élémens.

C'est là de la grande, de l'intelligente assistance publique. Honneur à ceux qui l'entendent ainsi et qui dotent l'enfant du pauvre des mêmes institutions que les classes privilégiées payent à grand frais. Une loi de Sparte condamnait, dit-on, à la mort, les enfans malingres, rachitiques et difformes. La civilisation chrétienne leur ouvre des asiles protecteurs et bienfaisans, elle cherche à lutter, et elle le fait souvent avec succès, contre les écarts de la nature, contre les fautes et l'imprévoyance des parens, elle leur rend la santé qui donne la force, la force qui fait aimer le travail; elle leur inspire, par des récompenses intelligentes, cet amour du travail qui moralise, elle leur donne, enfin, l'instruction intellectuelle qui élève l'homme et lui restitue sa dignité.

Je ne veux pas oublier que, parmi les prix qui ont été distribués aux enfans, couronnes, livres, boites à ouvrage, etc., figuraient des livrets de la caisse d'épargne, dons de l'Empereur et de l'Impératrice, et de quelques familles respectables parmi lesquelles figurent celles de Larochefoucauld et de La Bouillerie.

Amédée Latour.

COURRIER.

M. le docteur Bouquet écrit à la *Gazette des hôpitaux* que l'homœopathie vient de subir un rude échec à Marseille : « Vous avez entendu parler, peut-être, de tout le bruit qu'elle fit l'an dernier, de ses prétendus succès dans le choléra..... Lorsque cette année-ci le fléau est venu nous frapper de nouveau, les autorités se sont émues, et elles ont pensé qu'il était de leur devoir de mettre en lumière la vérité. Elles ont confié au docteur Chargé une des salles de l'Hôtel-Dieu.... Il lui est arrivé ce qu'il était facile de prévoir.... Sur 26 cholériques entrés dans cette salle, 21 sont morts, et M. Chargé s'est retiré. Pour que l'expérience fût plus concluante, on avait établi une salle dans laquelle les malades étaient traités par les moyens rationnels, qui n'ont pas la prétention de faire des merveilles. Pendant le même laps de temps, sur 25 malades, il n'en est mort que 11. Chaque salle avait son jour de réception. »

Nous avions appris, en effet, que l'homœopathie, dans la personne de M. Chargé, avait été introduite à l'Hôtel-Dieu de Marseille par les ordres de l'administration de l'hôpital; nous savions aussi que cette mesure avait vivement ému le corps médical de Marseille. L'administration a cédé, mue, sans doute, à une bonne intention, et nous tenons compte des embarras et de l'anxiété des gens du monde devant les audacieuses affirmations et les exhibitions fantastiques des faits dont l'homœopathie ne se fait faute. Mais quand il s'agit d'expérimenter sur les malades des hôpitaux, nous pensons qu'une administration hospitalière encourrait une grave responsabilité en accueillant sans prudence et sans réserve toutes les excentricités médicales qui surgissent. L'exemple de l'Hôtel-Dieu de Marseille servira d'avertissement salutaire. La science honnête n'avait pas besoin de ce nouvel enseignement, et l'humanité n'a qu'à gémir de cette fâcheuse condescendance.

Amédée Latour.

Expériences sur l'action du carbonate de plomb sur les oiseaux; par le docteur Falk, de Marburg. — Ces expériences faites avec le plus grand soin sur huit pigeons et deux coqs, en pesant exactement tous les *ingesta*, les *excreta*, et tenant compte du poids des animaux pendant une huitaine de jours avant l'expérimentation déjà, pour avoir des données normales, ont fourni les conclusions suivantes :

Le carbonate de plomb est un poison pour les oiseaux comme pour les hommes.

Il diminue ou anéantit l'appétit chez eux, et cet effet n'est pas le résultat d'une inflammation des premières voies. La dyspepsie saturnine paraît s'effectuer par la précipitation du ferment digestif et par une altération sensible de la muqueuse gastro-intestinale. Cet état cesse spontanément quand on suspend l'addition de céruse dans les aliments; il ne repose donc pas sur une altération profonde du corps. Pendant la dyspepsie plombique, le sang et les organes des oiseaux continuent leurs métamorphoses et sont éliminés sous forme d'*excreta*; mais comme l'arrivée de nouveaux matériaux nutritifs ne se fait plus, ils se détériorent et diminuent de quantité. Il se développe alors une anémie ou une oligémie qui devient une véritable *tabes* saturnine générale. Avant de périr, les oiseaux perdent toujours une quantité de poids qui correspond exactement à celle qu'ils auraient perdue par une abstinence, ainsi qu'on le trouve en comparant les chiffres dans les essais du docteur Falk, avec les tables de Chossat et de Schuchardt. En même temps, la température diminue dans la même proportion. A l'exception de l'amaigrissement, on ne retrouve, chez les oiseaux, aucun des autres caractères de la dyscrasie et de la cachexie saturnines de l'homme; leur foie paraît sécréter beaucoup de bile sous cette influence. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n°s 21, 22, 23.)

leuse. (Ce travail sera publié prochainement dans l'UNION MÉDICALE.)

— M. H. ROGER : Tout le monde sait combien sont rares les exemples d'hémorrhagie méningée, rachidienne, chez les adultes comme chez les enfans. On n'en rencontre que fort peu dans le Traité d'Ollivier (d'Angers), sur les maladies de la moelle épinière; dans l'ouvrage de nos collègues, MM. Rilliet et Barthez, qui contient un si grand nombre de faits curieux, on n'en trouve pas un seul exemple qui leur soit personnel : les trois faits qu'ils citent sont empruntés l'un à M. Hache, et les deux autres à des auteurs anglais. Dans la plupart de ces observations, éparses dans divers écrits, l'hémorrhagie est seulement méningée : elle s'est faite dans les méninges de la moelle, entre celle-ci et la moelle même; dans d'autres, elle s'est faite à la fois dans les méninges et au dehors de ces membranes, dans le canal rachidien; dans d'autres, enfin, et cela paraît être le cas le moins commun, il y a uniquement *hématorachis.*

J'ai eu l'occasion d'observer ces jours-ci un fait de cette dernière catégorie, à l'hôpital des Enfans-Malades; j'ai prié M. Boscredon, interne du service de M. Bouneau, de vouloir bien le recueillir et j'ai pensé que la Société écouterait la lecture de cette observation avec intérêt. Sans entrer prématurément dans les détails de ce fait, je dirai que, lorsque j'ai vu la jeune malade, le phénomène saillant était des contractures des extrémités, semblables, pour la forme, aux contractures dites *essentielles :* quoique les contractures fussent ici symptomatiques, j'ai cru que l'observation pourrait être rapprochée de la discussion récente de la Société sur les contractures.

Observation d'hémorrhagie spontanée dans le canal rachidien;

Par M. BOSCREDON, interne des hôpitaux.

Gouy (Claire), âgée de 15 ans, est entrée le 24 juillet 1855 à l'hôpital des Enfans-Malades, salle Sainte-Catherine, n° 9 (service de M. Bouneau).

Antécédens. — Il y a six mois, apparition des menstrues pour la première fois. Le sang n'a coulé que pendant un jour et en petite quantité. Les mois suivans il n'a pas reparu.

La maladie a commencé, le 5 juillet, par des douleurs de ventre et des vomissemens. A ces symptômes s'est jointe une constipation opiniâtre qui a nécessité l'administration répétée des purgatifs.

Le 17 juillet il y a eu, plusieurs fois dans la journée, des convulsions dans les yeux et un embarras de la parole; les trois jours suivans les mêmes phénomènes convulsifs se sont répétés. Le 24 juillet les convulsions ont reparu et sont devenues générales; les bras, les mains, le cou, le tronc, les membres inférieurs étaient raidis; les yeux déviés en dedans et fixes: la respiration gênée et fréquente. Jamais la malade n'a éprouvé de douleurs de tête; jamais elle n'a perdu connaissance.

25 juillet : La malade est d'une pâleur remarquable, qui atteste une affection déjà avancée... On reconnaît (indépendamment des accidens nerveux) une péritonite de la partie inférieure de la cavité abdominale avec épanchement de liquide (chiendent avec nitre 60 centig.; lavement émollient; frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain; fomentations émollientes. Bouillons).

27 juillet : Les symptômes de la péritonite sont restés les mêmes, à l'exception de l'épanchement qu'on ne peut plus retrouver. Le même traitement a été suivi.

Visite du soir : Depuis midi l'enfant souffre de convulsions : les mains sont légèrement fléchies sur l'avant-bras, le pouce est fléchi vers la paume de la main; les autres doigts sont également dans une flexion légère à leur articulation métacarpo-phalangienne; aux articulations phalangiennes ils sont étendus; les pieds sont dans une extension forcée, les orteils dans la demi-flexion. Le cou est un peu raide, les yeux sont peu mobiles; la mâchoire ne peut être abaissée fortement. Aucun trouble de l'intelligence ni des fonctions des organes des sens.

28 : Les convulsions toniques ont duré hier de midi jusqu'à huit heures du soir. Ce matin il ne reste qu'un peu de raideur aux articulations tibio-tarsiennes. On prescrit : gomme sucrée avec nitre 1 gram.; fomentations émollientes; un bain simple. Des bouillons.

L'enfant venait d'être plongée dans le bain quand une violente attaque est survenue. Elle a été rapidement reportée sur son lit où nous l'avons observée.

Les convulsions toniques se sont étendues à tout le corps, de la tête aux pieds. Les extrémités sont dans l'état que nous avons décrit hier; les bras et les jambes sont étendus, la paroi abdominale est aplatie et durcie, le thorax soulevé en masse, la tête légèrement étendue; les yeux sont fixes en dedans, les pupilles tellement rétrécies qu'elles apparaissent chacune comme un point noir, les mâchoires fortement serrées; un peu d'écume sanglante se voit à la commissure labiale droite; les bruits du cœur sont tumultueux et d'une fréquence extrême; la respiration est très précipitée (80 à 84 inspirations par minute) et se fait par le soulèvement du thorax en masse; il y a une congestion sanguine vers la tête, dont la rougeur contraste avec la pâleur ordinaire. Comme la malade ne peut répondre à nos questions, ni mouvoir ses membres, il nous est impossible de reconnaître l'état de l'intelligence, des sens et de la sensibilité cutanée.

Ces contractures tétaniformes ne sont pas restées toute la journée aussi générales ni aussi intenses. Elles n'ont jamais cessé d'une manière complète. Il y a eu des rémittences et de véritables accès pendant la grande attaque qui a duré du matin au soir.

29 juillet : La nuit a été tranquille. A la visite du matin il ne reste que l'extension des pieds, dont on triomphe facilement (Prescription : gomme sucrée nitre 1 gramme; frictions opiacées sur le ventre. Bouillons et potages).

30 juillet : Vers huit heures du matin, les contractures ont recommencé avec la même généralité, la même intensité et les mêmes caractères que celles du 28 juillet. Elles ont duré jusqu'à la mort de la malade, qui est survenue à huit heures du soir.

Autopsie le 1er août : Les pieds sont étendus sur les jambes et ne peuvent être fléchis qu'en employant une grande force. Partout ailleurs la rigidité cadavérique est nulle. Aucune marque de putréfaction. On trouve dans le ventre les lésions anatomiques d'une *péritonite* suppurée, limitée à la moitié inférieure de la cavité. Le gros intestin est le siége de cinq *perforations,* trois sur le cœcum et deux sur le colon.

Dans le crâne on ne voit absolument aucune altération, aucun produit pathologique, tant dans l'encéphale que sur les méninges.

Le canal vertébral est ouvert avec précaution. Entre les parois osseuses et la face externe de la dure-mère il y a, sur toute la longueur du conduit, du sang épanché. La dure-mère, sur toutes ses faces, est teinte en rouge d'une manière uniforme; on n'y voit cependant ni injection vasculaire, ni réseau capillaire. Les parois du canal vertébral sont également teints de sang. Les tractus celluleux, qui vont de la dure-mère au canal osseux, et le tissu cellulaire, qui se trouve en assez grande abondance à l'origine des trous de conjugaison, sont imbibés du même liquide. Enfin, on voit du sang diffluent qui remplit le tiers inférieur du canal rachidien, entre la dure-mère et les parois. On ne trouve aucun épanchement en dedans de cette membrane fibreuse; les méninges, du reste, sont à l'état sain; la moelle, qui a été examinée avec soin dans toute sa longuuur, présente tous les caractères physiologiques.

M. MARROTTE : Dans la communication que vient de faire M. Boscredon il ne s'agit nullement d'une maladie de même nature que ce que l'on appelle tétanie ou contracture des extrémités, on ne peut faire qu'un rapprochement de symptômes et non de maladie, et même comme symptômes, il existe encore de grandes différences entre cette maladie et la contracture essentielle des extrémités.

M. VIGLA demande si c'est une simple coïncidence qui a amené dans son service autant d'affections cérébro-spinales depuis quelques jours, ou bien, s'il en est de même dans les autres services. Depuis une dizaine de jours, il lui est arrivé sept ou huit affections du cerveau, de la moelle, ou des deux à la fois.

Personne ne prenant la parole pour répondre à M. Vigla, il paraît probable que c'est par simple coïncidence que les affections cérébrales sont accumulées dans son service.

— M. LABOULBÈNE lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre associé, une observation suivie de réflexions, d'*induration de la moelle épinière, avec paralysie des membres supérieurs.*

Sont nommés commissaires : MM. Guillot, Bouchut, Aran.

Le secrétaire, Dr E. MOUTARD-MARTIN.

PRESSE MÉDICALE.

EXPÉRIENCES SUR L'INFLUENCE RÉCIPROQUE DE LA SYPHILIS SUR LA VACCINE. — A l'occasion d'une condamnation prononcée contre un médecin pour avoir transmis la syphilis par la vaccine, le docteur FRIEDINGER, de Vienne, a fait une série de recherches pour savoir à quoi s'en tenir sur ce point. Il a vu que la vaccine n'offrait pas de modifications sur des enfans issus de parens vérolés, mais n'ayant encore aucun symptôme de syphilis, aussi peu que sur des enfans atteints actuellement d'accidens secondaires. Dans ces cas, la pustule vaccinale ne peut aucunement, par son aspect, faire pressentir l'existence de la maladie spécifique. La vaccine active considérablement les accidens syphilitiques encore latens ou déjà éclos; elle exerce la même influence sur d'autres états, qu'elle aggrave ou fait éclater, tels que des furoncles, des éruptions de diverses espèces, etc. Chez les adultes, la vaccine n'est pas influencée par une syphilis constitutionnelle : elle se présente avec ses caractères ordinaires et suit sa marche accoutumée. Du virus-vaccin, pris sur un malade atteint de vérole constitutionnelle, fut inoculé à un autre également syphilitique, et fournit des pustules vaccinales tout ordinaires.

Pour connaître le degré de transmissibilité des accidens syphilitiques au moyen de la vaccine, le docteur Friedinger a fait de nombreuses expériences à ce sujet. Pensant que, dans le cas incriminé, le médecin aurait pu se servir peut-être d'une lancette contaminée par du pus chancreux ou du liquide d'un accident secondaire, ou bien qu'il aurait pu confondre une pustule syphilitique primaire ou secondaire, développée à côté des pustules vaccinales, avec une de celles-ci, il a essayé d'abord l'influence du pus virulent sur la lymphe de la vaccine. Des syphilitiques furent inoculés avec du virus-vaccin pur, avec le même mêlé du pus chancreux, et avec ce dernier pur. Les deux derniers liquides donnèrent des chancres identiques, et la vaccine pure ne prit qu'une seule fois sur quatre essais. La même opération fut faite avec du liquide d'accidens secondaires. Deux filles atteintes de symptômes secondaires, l'une de larges condylomes ulcérés, l'autre d'ulcères cutanés, mais ayant toutes les deux un ulcère primitif, servirent d'abord; la première fut inoculée avec le pus du condylome, l'autre avec celui d'un ulcère de la jambe. Chez les deux, la vaccine donna de belles pustules vaccinales; le virus-vaccin, mêlé au liquide syphilitique, et ce dernier seul, déterminèrent des chancres bien caractérisés. Notre confrère dit lui-même que le premier cas ne prouve rien, puisque le chancre situé à l'entrée du vagin avait pu infecter les condylomes placés dans son voisinage. Le second lui paraît probant, parce qu'il s'est assuré, en interrogeant la malade et l'infirmière, qu'aucune transmission du chancre primitif n'avait pu avoir sur l'ulcère de la jambe.

Nous croyons que ce cas ne prouve pas plus que le premier, la dernière circonstance ne pouvant pas être bien élucidée de cette manière, et surtout en l'absence de la réussite d'inoculations si souvent entreprises pour déterminer la transmissibilité de ces accidens secondaires. Le même ulcère a servi encore à trois autres inoculations avec le même résultat, à l'exception de la dernière faite sur une fille qui venait de faire un traitement général avec trente-deux frictions d'onguent mercuriel. Six autres essais tentés avec des plaques muqueuses ulcérées sont restés sans effet, tant pour la vaccine que pour la syphilis.

Le virus-vaccin, mêlé à du muco-pus blennorrhagique, n'est modifié en rien.

L'auteur conclut que le vaccin pris sur des syphilitiques ou des personnes atteintes d'autres maladies contagieuses, ou bien ne s'inocule pas du tout, ou, en cas de réussite, donne des pustules normales et jamais des ulcères syphilitiques, en supposant qu'il n'y ait pas eu de mélange de virus et pus de traces de pustules. — (*Zeitschr. d. K. K. gesellsch d. aertzte zu Wien,* 1855, nos 3 et 4.)

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR EMPÊCHER LA COARCTATION DE L'URÈTRE APRÈS L'INCISION DU MÉAT ET APRÈS L'AMPUTATION DE LA VERGE; par le docteur O. WEBER, de Bonn. — Il n'a été exécuté qu'une fois pour une étroitesse congénitale considérable de l'orifice urétral, avec phimosis. Ce dernier ayant été opéré, on tailla sur la partie postérieure du gland un lambeau triangulaire de trois quarts de pouce de longueur, en faisant avec des ciseaux deux incisions divergentes, ayant pour point de départ commun l'orifice rétréci de l'urètre. Ce lambeau fut alors dénudé de son épiderme, replié sur sa base en dehors, de manière à rendre externe la face muqueuse, et fixé dans cette position par trois points de suture. (Probablement que l'épiderme de la partie correspondante de la verge sur laquelle le lambeau a été replié, avait été également enlevé.) Pour empêcher les bords des plaies latérales de se réunir à leur sommet, la muqueuse y a été renversée vers la peau extérieure et réunie à elle par un point de suture, de chaque côté. La cicatrisation fut obtenue, en majeure partie, par première intention. Aucune sonde ne fut introduite pour empêcher le contact de l'urine avec la plaie, mais on mit en usage un procédé fort simple et ingénieux : pour uriner, le malade trempa sa verge dans un vase rempli d'eau; de cette manière, l'urine a été étendue au point de ne plus être irritante. Ce moyen est employé depuis longtemps dans les cas analogues, par le professeur Wutzer. Le même procédé opératoire doit s'appliquer aussi bien à l'urètre après l'amputation de la verge, qu'au rétrécissement congénital du méat. — (*Deutsche Klinik,* n° 23.)

COMMENT SE PRODUIT L'URÉMIE DANS L'ALBUMINURIE; par le professeur E. BRUCKE. — C'est par les lois de l'endosmose. Le sang exerce une pression considérable sur les parois artérielles, dans les capsules de Malpighi, par suite de laquelle il sort une urine très étendue, ne renfermant peut-être pas plus d'urée et d'acide urique que le sang. Cette pression est moindre dans les vaisseaux qui entourent les canalicules urinaires, il n'y aura donc plus de tendance à exsudation; mais le liquide sécrété dans les capsules, en cheminant dans ces tubes, s'y trouve, en présence de ce sang, plus dense, et est séparé par une membrane mince; de là des efforts de diffusion tendant à rétablir l'équilibre de concentration entre les deux liquides. L'urine cède de l'eau au sang, et celui-ci laisse passer de l'urée, des sels, etc. Mais pas d'albumine et pas de fibrine.

Quand les circonstances changent de manière à ce que l'enveloppe du glomérule laisse transsuder de l'albumine, la première urine est plus concentrée et la diffusion ne se fait plus comme à l'ordinaire; l'urée, les sels, en un mot, les matériaux propres à l'urine n'y arrivent plus en quantité normale. La diminution proportionnelle de ces corps dans l'urine est variable, et ne peut être déterminée théoriquement; elle dépend de leur solubilité dans l'urine et dans le sang et de leur affinité avec les principes albumineux, toutes conditions que nous ignorons. L'observation prouve que c'est surtout l'urée et les chlorures qui font défaut.

La réaction de l'urine change également; elle devient moins acide, parce que les substances albuminoïdes, en combinaison avec les alcalis, ne sont plus retenues. En général, en partant de l'acidité de l'urine et de l'alcalinité du sang, on a voulu nier l'application des lois de l'endosmose à la préparation de l'urine. Mais on fait une grande méprise en gardant toujours en vue les phénomènes de la diffusion ordinaire, où toutes les substances dissoutes peuvent passer à travers la cloison et se neutraliser. Avec l'urine, c'est la concentration qui est l'objet principal; de sorte qu'il est bien concevable que l'urine qui, peut-être, ne devient acide que dans les tubes, puisse garder sa réaction à côté de la réaction alcaline du sang. Les expériences récentes de Graham ont montré que les forces attractives, en action dans la diffusion, peuvent contrebalancer des affinités chimiques plus puissantes que celles-ci. D'ailleurs, peut-on savoir si, après avoir enlevé du sang, les corps albuminoïdes et leurs combinaisons solubles avec les alcalis, le liquide restant n'aurait pas une réaction acide?

La quantité de l'urine peut être normale, augmentée ou diminuée. La présence de l'albumine dans l'urine en s'opposant à sa concentration par endosmose, doit en augmenter la quantité; le même effet a déjà été signalé par Ludwig dans le diabète sucré. Mais la fibrine, qui se sépare avec l'albumine, se coagule ordinairement déjà dans les capsules et les tubes, les bouche et s'oppose ainsi à la sécrétion urinaire. Des stases partielles plus ou moins étendues peuvent avoir le même résultat et c'est ainsi qu'on parvient à se rendre raison des quantités si variables de l'urine dans l'albuminurie. Les mêmes lésions partielles expliquent encore pourquoi l'urée n'est pas toujours en raison inverse de l'albumine; des portions encore saines des reins fonctionnent normalement et peuvent suffire à l'élimination de l'urée.

Le chiffre de la quantité d'urée excrétée journellement est d'une grande valeur pronostique, il importe de le connaître exactement. A cet effet, il faut d'abord opérer sur l'urine des vingt-quatre heures et la méthode de Liebig est la meilleure et la plus employée. Mais il y a encore des chances d'erreur; l'urée se décompose souvent en carbonate d'ammoniaque avant son excrétion, et l'urine peut être ammoniacale tout en présentant une réaction acide; or, cette ammoniaque à la même signification que l'urée dont elle procède. La petite quantité d'urée, trouvée dans une urine n'a donc de valeur que quand il n'y existe pas d'ammoniaque; c'est la quantité d'azote de l'urée et de l'ammoniaque qui doit correspondre à celle qui a été introduite par les alimens. — (*Zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien,* 1855, n° 1.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 112. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 20 Septembre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An........ 32 Fr
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 SEPTEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

La physiologie des mouvemens et des bruits du cœur occupe en ce moment un grand nombre d'expérimentateurs. Une communication très intéressante sur ce sujet a été faite par MM. Chauveau et J. Faivre. Ces expérimentateurs ont répété des expériences qu'on avait faites bien souvent, c'est-à-dire qu'ils ont ouvert la poitrine sur des animaux vivans pour observer *de visu* ce qui se passe sur le cœur mis à nu. C'est en effet le mode d'observation qui se présente le plus naturellement à l'esprit, celui que l'on supposerait conduire le plus directement à la vérité, et c'est cependant celui qui a donné les résultats les plus contradictoires. MM. Chauveau et Faivre ont expérimenté, à ce qu'il paraît, dans de meilleures conditions qu'on ne l'avait fait avant eux. Ils ont choisi des animaux, les solipèdes, dont le cœur se meut lentement et qui garde sa position normale après l'ouverture de la poitrine. De plus, ils ont supprimé la douleur, cause si grande de perturbation, en pratiquant la section atloïdo-occipitale de la moelle, tout en conservant à l'organe l'excitation nécessaire à ses mouvemens rhythmiques. Les auteurs assurent que, par ce procédé, on peut voir battre normalement le cœur pendant quatre heures et plus, étudier à l'aise les mouvemens diastolique et systolique, leur succession, leur rhythme, leur durée et les phénomènes concomitans dont ils sont le principe. La note que nous publions au compte-rendu indique les résultats auxquels ces expérimentateurs sont arrivés.

L'ozone, ce nouvel élément atmosphérique (?) encore si peu connu, jouerait un grand rôle, d'après quelques observateurs, dans la production de certaines épidémies, et dans celles de choléra en particulier. Sa présence dans l'air ambiant coïnciderait, a-t-on dit, avec la présence du choléra. Des expériences récentes, faites simultanément à Paris et à Versailles, par MM. Bérigny et Silbermann, infirmeraient cette opinion. Les résultats de ces expériences sont entièrement opposés à ceux qui auraient été obtenus ailleurs.

On lira avec intérêt l'extrait d'un mémoire de M. Mariano Semmola sur une nouvelle maladie glucosique, qui consiste en une sueur sucrée, dont il a observé un exemple sur un jeune homme de 25 ans, qui rendait, dans les vingt-quatre heures, la quantité énorme d'au moins 1,680 gram. de sueur. Le traitement par le sulfate de quinine à haute dose a triomphé de cette singulière maladie. M. Semmola a trouvé dans ce fait l'occasion de considérations originales sur les conditions de l'apparition du glucose dans les différens états morbides, dont il donne une théorie séduisante.

Nous appelons aussi l'attention sur une note très courte de de M. Hubertz, de Copenhague, extraite du rapport général sur l'épidémie cholérique dans cette ville. A quels efforts les partisans des contagionistes ne se livrent-ils pas pour trouver la cause de la transmission du choléra! Ils ont été jusqu'à accuser les déjections alvines de cette transmission; de là des préceptes et des précautions d'hygiène que nous ne blâmons pas assurément, mais auxquelles on ne peut raisonnablement attribuer de valeur que comme mesure de propreté. Exemple : « Parmi les hommes, dit M. Hubertz, qui, pendant la durée de l'épidémie, furent employés à vider les fosses d'aisance, même celles qui recevaient les déjections cholériques, pas un ne fut attaqué de choléra. Ce fait a été constaté par une enquête spéciale. »

Contagionistes, faites des théories!

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nouvel holocauste de remèdes secrets et nouveaux par M. Robinet. Cette fois, l'infatigable rapporteur ne trouve que des conclusions de blâme et de sévérité contre une foule de médicamens qui, au dire de leurs inventeurs, guérissent tout et encore autre chose. Pas le plus petit piment contre la moindre hémorrhoïde. A propos de piment, la question s'enflamme et s'envenime ; l'homœopathie en réclame la priorité d'application. On en trouve, dit-elle, l'indication formelle dans quelques matières médicales de la doctrine. Que ne trouve-t-on pas dans ces immenses arsenaux de la polypharmacie hahnemanienne? Cette réclamation troublera peu sans doute le sommeil de M. Robinet, qui professe une médiocre estime pour l'eau claire et les globules de l'homœopathie.

Après la communication faite par M. Blache d'une observation de calcul volumineux de la vessie chez une jeune fille, calcul dont le noyau était un porte-plume introduit par l'urètre et dont l'extraction totale a pu avoir lieu par ce canal, M. Gibert a fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Delioux, relatif à une maladie singulière de la peau désignée dans le nord de l'Europe sous le nom de *spedalskhed*, et que M. Delioux a eu occasion d'observer sur les côtes de la Norvège. Cette maladie a été déjà décrite et figurée dans un bel ouvrage dû à la collaboration de MM. Boeck et Danielssen et, ainsi que l'a fait observer M. Piorry, il eût été intéressant de savoir en quoi les observations de M. Delioux concordent avec celles de ces auteurs, ou en quoi elles diffèrent des leurs.

M. Ménière a lu un mémoire sur un point, peut-être un peu délicat pour une lecture académique, de la pathologie de l'oreille.

M. Semmola a lu un court, mais substantiel mémoire, sur l'hématurie, dont nous donnons les conclusions pratiques.

M. Warner a clos la séance par un mémoire sur la chaleur animale, dont la lecture n'a pu être terminée.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Suite. — Voir les n°s des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6 et 13 Septembre.)

Huitième Leçon.

Nous avons étudié, en terminant la dernière séance, les destructions partielles qui sont produites par l'affection sous-occipitale. Ces destructions déterminent des effets analogues à ceux que produit le mal des autres régions, des affaissemens, qui se distinguent toutefois en ce qu'ils peuvent s'effectuer en différens sens, en avant, en arrière et sur les côtés, chose rare dans une autre partie du rachis; mais vous avez vu que d'autres causes dérivant de la seule action musculaire peuvent également suffire à produire des inclinaisons en divers sens, sans destruction osseuse.

Ce qui différentie l'affection sous-occipitale du mal vertébral proprement dit, c'est surtout la facilité avec laquelle se produisent les luxations. Vous en avez vu la cause; elle réside dans la disposition diarthrodiale des articulations.

On a cru remarquer que les destructions partielles unilatérales sont plus fréquentes à gauche qu'à droite; mais les faits présentés par Rust ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse regarder comme bien établie cette fréquence relative.

Dans le mal des deux premières vertèbres, on observe, comme dans les autres régions de la colonne vertébrale, des destructions plus étendues que celles dont j'ai parlé jusqu'à présent. On a vu, très rarement il est vrai, l'atlas disparaître en presque totalité et l'axis entrer en contact avec l'occipital. Je dois à l'obligeance de M. Duheaume, interne de mon excellent collègue M. Gillette, une pièce où l'on constate une lésion encore plus considérable. L'enfant sur laquelle elle a été recueillie a présenté une flexion si complète de la tête, que le menton a formé une empreinte sur les tégumens du thorax. La malade a eu de la paralysie, des fistules cervicales, et a succombé à une maladie intercurrente. A l'ouverture, on a constaté une absence complète de la première et de la deuxième vertèbre du cou. Une collection contenant des débris de tubercule existait sous l'occipital. Il est regrettable qu'on n'ait point recherché si ce foyer contenait des parcelles osseuses. La pièce a été macérée pendant plusieurs semaines, et, quand on l'a examinée de nouveau, on n'a plus trouvé trace des troisième et quatrième vertèbres. Si la disparition de ces os est bien réellement due à l'affection osseuse, ce fait serait unique dans la science. Malgré ces désordres, l'enfant a vécu pendant plus d'une année; peut-être un adulte aurait-il succombé plus promptement. Il y avait de la paraplégie, mais, chose surprenante, pas de paralysie des membres supérieurs. La moelle était comme ramassée et revenue sur elle-même.

L'affection sous-occipitale ne peut avoir duré quelque temps sans avoir donné naissance à du pus. La collection peut rester latente, se résorber, et le malade guérir ou mourir sans abcès, comme la chose a lieu dans le mal des autres régions. Les abcès peuvent également s'accroître, et apparaître au dehors; ils semblent moins fréquens que dans le mal vertébral proprement dit.

La collection, quand elle existe, vient faire saillie dans plusieurs régions : à la nuque, sur les côtés du cou, en avant, derrière le pharynx. Ce caractère lui est commun avec les abcès des régions du rachis les plus voisines. Le pus peut aussi s'épancher dans le canal vertébral, et cette terminaison est rendue plus facile par le siége primitif de l'affection, lequel est plus rapproché de la dure-mère.

La moelle épinière souffre nécessairement, et plus dans ce mal vertébral que dans l'autre, des changemens qui surviennent dans son enveloppe osseuse. Il se peut qu'elle ne soit ni déformée, ni comprimée; d'autres fois, elle échappe à la compression en passant sur les côtés du canal. Enfin, elle peut être déformée, aplatie, et cependant s'étendre dans un autre sens, de manière à conserver l'intégrité de ses fonctions. La compression survient de différentes manières, rapidement ou avec lenteur; elle est violente ou légère. Dans le premier cas, il y a interruption brusque des fonctions nerveuses et mort subite, comme on l'observe quand l'atlas se renverse en avant et que l'apophyse odontoïde se rabat avec force contre la moelle, qu'elle écrase. Deux fois, au Val-de-Grâce et à Montpellier, on a vu la mort causée de cette manière dans le transport de malades par des infirmiers. Si la compression est moins étendue, si elle est lente, les fonctions de la moelle peuvent ne pas être lésées, ou bien l'on voit seulement de la paralysie comme dans le mal vertébral ordinaire.

La compression de la moelle est possible dans tous les sens dans le mal sous-occipital, tandis que, dans l'affection des vertèbres inférieures, elle n'a lieu ordinairement qu'en avant. Il serait intéressant de rechercher, en faisant le relevé des observations publiées jusqu'à ce jour, si l'anesthésie se montre plus souvent dans le spondylarthrocace que dans le mal de Pott du reste de l'épine. Si les idées récemment exprimées par M. Brown-Séquard sur le rôle des cordons médullaires postérieurs ne renversent pas la doctrine physiologique admise jusqu'à ce jour, la paralysie du sentiment devrait être plus fréquente, la compression des parties postérieures de la moelle, qui président à la sensibilité, étant plus souvent observée dans cette seconde espèce du mal vertébral.

La moelle peut éprouver d'autres lésions ; on a publié un fait d'hémorrhagie centrale du cordon rachidien survenue à la suite de l'affection des premières vertèbres.

Mécanisme de la guérison. — Après l'anatomie pathologique de la maladie, étudions celle de la guérison. La lésion si grave qui nous occupe, développée dans le voisinage d'un point important, le nœud vital, n'est pas constamment mortelle. Elle peut même guérir dans sa forme la plus profonde et la plus grave. Voici une pièce provenant de mon service. L'atlas s'est déplacé en avant par glissement; la tête se trouvait dans l'extension et inclinée sur le côté. Après plusieurs mois de vives souffrances, l'enfant allait mieux. Il marchait avec hésitation; mais cela paraissait plutôt dû à un reste d'affaiblissement général, à l'appréhension de la douleur, qu'à une véritable faiblesse musculaire. Le malade a été pris de rougeole, puis de pneumonie, et a succombé. Sans toutes ces complications, l'enfant eût probablement guéri. L'autopsie a permis de constater une destruction complète de l'apophyse odontoïde, du ligament transverse, et l'existence d'une collection de matière jaunâtre, demi-concrète, située à la face postérieure de l'axis et de l'atlas. Dans le foyer, se trouvaient contenus quelques débris osseux et les cartilages d'encroûtement des facettes correspondantes des deux premières vertèbres. L'altération s'étendait à l'atlas, qui présentait une érosion étendue, et à l'occipital, dont le condyle droit était le siége d'une ostéite caractérisée par l'abondance du sang contenu dans les cellules de l'os et la friabilité de son tissu.

La matière jaunâtre, concrète, dont il vient d'être question, examinée par M. Ch. Robin, ne renfermait pas, d'après ce micrographe éminent, d'élémens tuberculeux, mais seulement des globules de pus disséminés au sein d'une matière amorphe qui serait constituée, suivant lui, par la portion séreuse du pus épaissie.

La guérison, disais-je, s'observe dans les deux formes de l'arthralgie sous-occipitale. Dans la synovite, elle est la règle à peu près constante; elle a lieu par résolution dans l'espace de quelques semaines ou même de quelques jours, MM. Bonnet et Tessier l'ont indiquée brièvement.

La résolution laisse ordinairement les articulations dans leur état normal; mais, si la maladie a duré plusieurs mois, il reste de la rigidité; une partie des mouvemens est limitée, soit que des liens se soient établis entre les surfaces articulaires, soit qu'il y ait eu destruction des cartilages, éburnation des surfaces, formant obstacle au glissement. Si des épanchemens s'étaient formés entre les vertèbres, ils sont résorbés.

L'affection osseuse sous-occipitale guérit, comme le mal vertébral des autres régions, par le rapprochement, la réunion des restes osseux.

Il y a affaissement d'un côté ou de l'autre de la colonne vertébrale, ou bien une déformation qui se trouve consacrée par la production du cal. De là résulte une ankylose et conséquemment une perte des mouvemens. Cette terminaison, toute défectueuse qu'elle est, est néanmoins fort heureuse; les fonctions générales n'en souffrent pas, la santé n'éprouve pas d'atteinte.

Les déformations de la moelle peuvent également se trouver consacrées par la forme pathologique du canal, sans lésion des fonctions du système nerveux.

L'ankylose a lieu sans déplacement des surfaces osseuses ou avec luxation des vertèbres. Elle est rare dans l'arthrite simple. Je vous ai montré un exemple de cette guérison; c'était une pièce tirée du musée Dupuytren, et offrant une soudure de l'atlas et de l'occipital, sans perte de substance de ces deux os. L'ankylose peut être partielle ou générale entre deux os ou dans les trois que comprend la région occipito-vertébrale.

Une autre forme d'ankylose est la suivante : il y a glissement de l'atlas sur l'axis et soudure des deux os dans cette position. Cette forme est la plus fréquente; les faits de Duverney, celui de Daubenton, décrit dans l'Histoire naturelle de l'homme, par Buffon, sont de cette espèce. Elle produit un rétrécissement considérable du canal vertébral, parfois compatible avec l'intégrité des fonctions nerveuses et la conservation de la vie. L'ossification se fait non seulement entre les portions contiguës des os, mais même à l'aide d'ostéides, de ponts osseux, entre des parties maintenues à distance. Dans une pièce décrite par M. Tessier, un ostéide s'étendait de l'apophyse odontoïde à l'atlas.

On a observé d'autres formes d'ankylose; elles sont dues à des déplacemens latéraux des os ordinairement combinés avec un peu de rotation. L'atlas déborde l'axis d'un côté ou réciproquement. L'apophyse odontoïde met des limites à ce genre de déplacement; si elle est détruite, le chevauchement latéral est plus étendu. Il peut y avoir combinaison de déplacemens dans les deux articulations sous-occipitales.

J'arrive à une 4me forme de déplacement, qui consiste dans la rotation simple des os. Cette pièce nous en fournit un bel exemple; elle a été recueillie sur une petite fille de 7 à 8 ans. En faisant l'histoire de cette enfant, je décrirai cette forme d'ankylose. La déformation résulte ici de ce que l'affection est unilatérale, ou du moins occupe principalement un des côtés. L'affaissement latéral est énorme. Le plan tangent aux deux condyles de l'occipital forme un angle aigu avec l'axe du cou; il y a eu rotation de la face à gauche. A cinq mois, l'enfant a été prise de spasme général, d'abord douloureux, puis indolent; la tête s'est penchée ensuite à droite. Quand on m'a présenté la malade, elle n'offrait aucun symptôme grave; elle tenait seulement le cou raide, la tête inclinée à droite, la face tournée à gauche. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit était raccourci. J'ai pris ce torticolis, je vous l'avoue, pour une rétraction musculaire essentielle. Je fus frappé cependant de la rigidité de la tête; on ne pouvait même pas lui imprimer un mouvement de rotation du côté opposé au muscle sterno-mastoïdien rétracté. Dieffenbach se trouvait alors à Paris; je lui montrai cette malade; il l'examina, et dit : Le cas ne me paraît pas clair; je n'opérerais pas. J'ai suivi son conseil. La section n'aurait point rétabli l'attitude normale de la tête; cependant elle aurait pu modifier quelque peu l'attitude du sujet. On l'a conseillée depuis dans le torticolis symptomatique. L'enfant fut prise de fièvre typhoïde, et elle succomba. Nous avons trouvé, à l'autopsie, cette disposition : destruction de la moitié droite de l'atlas; l'axis rapproché de l'occipital en ce point; soudure étendue entre la deuxième et la troisième vertèbre du cou; soudure semblable entre l'apophyse odontoïde et l'atlas; rétrécissement du trou occipital, qui, cependant, est encore suffisant pour loger la moelle.

Enfin, un mot d'une cinquième variété de l'ankylose occipito-vertébrale. M. Cloquet a recueilli un fait de guérison par ankylose, survenue entre l'axis et l'occipital. Il ne restait plus qu'un point osseux de l'atlas en arrière.

Déformation de la tête et du rachis. — Les lésions causées par l'affection sous-occipitale ne se bornent pas à produire seulement les effets dont je viens de parler dans la région qu'elles occupent; elles en produisent de fort remarquables dans d'autres parties, la tête et le rachis.

La nutrition et la forme de la tête sont modifiées. Lorsque l'affection dure quelques années et produit une inclinaison latérale, ce qu'on observe fréquemment surtout dans la forme unilatérale, il se fait un arrêt de développement dans les moitiés de la face et du crâne correspondantes. Vous voyez sur ce buste une moitié de la face moins longue que celle du côté opposé, le sourcil droit moins élevé, le menton fuyant à droite. La mâchoire offre du même côté un volume moins considérable.

Cet arrêt de développement se manifeste rapidement. Quand cet autre enfant a été moulé, la maladie ne datait que de quelques mois; il est néanmoins facile de reconnaître une inégalité de développement entre les deux moitiés de l'extrémité céphalique.

Un autre effet de la maladie sous-occipitale, c'est la déformation du rachis; celle-ci consiste dans des courbures latérales qui sont dans le principe le résultat d'une attitude vicieuse, et qui plus tard deviennent permanentes; le sujet ne peut plus alors rétablir la rectitude du tronc.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'affection sous-occipitale comprend celui de la synovite et celui de l'affection osseuse. Il est basé sur les symptômes suivans :

1° *Douleur.* — Elle se rencontre dans les deux formes du mal. Elle commence ordinairement d'une manière sourde, devient ensuite plus vive, arrache des cris au malade le jour et la nuit, et le prive de sommeil. Parfois son début a lieu brusquement. Elle siége à la nuque et latéralement vers les régions mastoïdiennes, mais ne se borne pas à ces points; elle a des irradiations en différens sens, revient par accès, se propage le long des branches nerveuses cervicales. Comme ces branches s'étendent à la tête, atteignent le sinciput, descendent sur les côtés du cou, la douleur se fait sentir dans toutes ces directions. De là la forme névralgique que présente généralement la douleur dans le mal des premières vertèbres. Olivier, en 1826, avait déjà signalé cette particularité.

La douleur décroît ordinairement d'elle-même; elle cesse pendant le repos, et n'est plus ressentie que pendant les mouvemens. Ceux-ci sont surtout très douloureux dans l'affection osseuse; la moindre secousse, la marche sont une cause de souffrance. On observe chez ces malades les phénomènes dont Rust a parlé; quand ils se lèvent, ils sont obligés de tenir la tête solidement fixée avec les mains pour éviter un ébranlement pénible.

2° *Modifications des attitudes et des mouvemens du sujet.* — Nous allons indiquer quels sont ces changemens, en faisant passer sous vos yeux les malades de nos salles, atteints de l'affection sous-occipitale.

Voici un garçon de 13 ans. Il y a un an, il s'endormit un jour en plein air, se refroidit, et à son réveil éprouva une émotion vive. Il s'en suivit une chorée qui dura quelques mois. Cette affection a reparu il y a cinq à six mois, et a obligé l'enfant à un séjour de deux mois à l'hôpital Sainte-Eugénie. Huit jours après sa sortie, douleur à la région mastoïdienne gauche; la tête s'incline du côté gauche. Admis deux mois après dans le service de M. Guersant, l'enfant sort au bout de huit jours, soulagé par une application de ventouses scarifiées à la nuque; mais les douleurs ne tardèrent pas à reparaître, et ce fut alors que le malade entra dans nos salles. On a signalé une connexion entre la chorée et le rhumatisme; ce garçon offrirait une confirmation de cette remarque. La rotation de la tête est normale par l'étendue; mais elle se fait lentement; il semble qu'il y ait un obstacle au glissement des surfaces articulaires. Cet état était plus prononcé à l'époque de son entrée à l'hôpital. L'amélioration a été obtenue par des applications de teinture d'iode sur la nuque et quelques manipulations. Il reste de légers mouvemens choréiques.

Ce second malade présente une différence légère dans l'attitude de la tête; il y a presque rotation pure, peu d'inclinaison. Lorsqu'il veut regarder de côté, ses yeux tournent et non sa tête. Ce qui domine chez ce malade, c'est donc la rotation; on peut en induire que l'affection réside dans une des articulations de l'atlas avec l'axis. La douleur est forte, surtout du côté gauche; il s'agit probablement ici d'une synovite. Des applications de teinture d'iode, des bains sulfureux, des manipulations ont été les moyens de traitement auxquels j'ai eu recours. Le malade est en voie d'amélioration.

Le troisième sujet est une fille de 5 ans. Lors de son entrée, sa maladie était un cas modèle. La tête était penchée sur l'épaule gauche, la rotation à droite très prononcée. Les douleurs spontanées, très vives, réveillaient souvent l'enfant. Aujourd'hui, on peut imprimer à la tête des mouvemens de rotation très étendus sans causer de douleurs, et le torticolis est beaucoup moins prononcé. Je n'ai pas employé d'autres moyens que le repos, les manipulations et quelques bains.

Cet enfant nous offre un quatrième exemple d'affection sous-occipitale. La première atteinte de la maladie eut lieu au mois d'août dernier; elle n'a duré que quinze jours. La maladie était de l'espèce la moins grave; elle a cédé à l'application d'un vésicatoire. En mars suivant, récidive de l'affection, qui, cette fois, se montre plus tenace. La tête, penchée d'abord à gauche, s'est ensuite inclinée en arrière. L'enfant dort très peu, est réveillé fréquemment par des douleurs; mais ses pleurs se calment quand la mère lui présente le sein; malgré une constitution en apparence bonne, il s'est beaucoup affaibli, la diarrhée est continuelle. Remarquez l'attitude de la tête; elle est renversée en arrière; on peut la redresser au prix de vives souffrances; mais elle retombe aussitôt. La nuque forme un pli considérable, au fond duquel on aperçoit deux reliefs musculaires dus aux trapèzes qui se contractent fortement. Il est impossible de dire quelle est la disposition des vertèbres, s'il y a là simple mouvement physiologique, ou s'il existe un déplacement des os. On n'observe point de difficulté de la déglutition. Pour bien se rendre compte de l'état des parties, il faudrait explorer le pharynx, voir si on sent une luxation, une tumeur purulente. L'enfant marchait à 11 mois; depuis trois mois, la progression s'est effectuée avec peine, et aujourd'hui l'enfant ne peut marcher, ce qui tient en partie à la maladie du cou, et probablement aussi à l'affaiblissement général. Cet enfant nous offre de plus une incurvation de l'épine par relâchement ligamenteux; elle disparaît très facilement par un mouvement d'extension du bassin.

Voici un autre cas. Ce qui domine chez cette enfant, c'est un renversement considérable de la tête; l'inclinaison latérale est peu sensible. La nuque, très affaissée, forme un pli profond. Les muscles postérieurs, fortement tendus, se contractent davantage par momens. L'affection sous-occipitale n'est pas ici la seule cause de renversement de la tête; il en existe une autre. Remarquez cette petite pointe à la partie inférieure du cou; c'est une gibbosité dépendant d'un mal vertébral ordinaire. Cette lésion suffirait seule pour expliquer l'attitude de la tête : aussi notre diagnostic a-t-il été quelque temps incertain. Les vives douleurs ressenties par la malade, cette contraction musculaire énergique, l'attitude vicieuse exagérée et permanente de la tête, ont pu seules nous porter à admettre l'existence concomitante d'une affection sous-occipitale.

Quand tous les ligamens sont détruits, il n'y a plus d'attitude fixe; la tête peut se porter indistinctement dans tous les sens; elle a un excès de mobilité. Cependant, même dans ces cas, on n'observe pas, en général, de déplacemens très étendus; les muscles se contractent avec force et suppléent, jusqu'à un certain point, aux ligamens qui n'existent plus.

Quelles sont les causes de ces attitudes diverses de la tête et du cou dans l'affection sous-occipitale? J'ai parlé du mouvement réflexe; c'est là une première cause. On a voulu déduire tous les symptômes de ces affections de ce qu'on a appelé *paralysie organique*, phénomène auquel on rattache aussi les arrêts de développement. Je ne puis admettre cette théorie. Les lésions de circulation sanguine sont la cause principale des arrêts de développement consécutifs aux arthrites chroniques. Sans doute, outre l'influence évidente des lésions de circulation sur les arrêts de développement et sur l'inégalité des deux moitiés du corps, on peut admettre une influence de la lésion de l'innervation produisant ce qu'on appellera, si l'on veut, *paralysie organique* ou *nutritive*. Celle-ci pourrait être rapportée particulièrement aux filets nutritifs, en supposant que leur existence vienne à être démontrée. Mais on ne peut évidemment attribuer à cette paralysie organique la plupart des phénomènes secondaires des arthrites chroniques, et notamment la contracture musculaire, que l'on a voulu présenter comme le dernier terme de la paralysie.

Outre l'action musculaire, il est une autre cause des attitudes pathologiques, indiquée très heureusement par M. Ferdinand Martin pour expliquer certaines attitudes et notamment la rotation en dehors du tibia, dans les affections chroniques du genou c'est la rétraction des ligamens; ils se raccourcissent par une contraction tonique, et entraînent les os dans un certain sens. La même explication pourrait s'appliquer aux attitudes produites par l'affection sous-occipitale, si l'on constatait anatomiquement le fait très probable d'une rétraction des ligamens correspondante au sens dans lequel les os se sont inclinés.

Em. BAILLY,
Interne du service.

(*La suite prochainement.*)

BIBLIOTHÈQUE.

ESSAI SUR L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE OU NOUVEAUX MOYENS DE RENDRE L'ACCOUCHEMENT HEUREUX POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT; par le docteur M. MATTEI, professeur d'accouchemens à Bastia. Un volume in-8° de 500 pages, avec figures. — Paris, Victor Masson, libraire.

Sous le modeste titre d'*Essai sur l'accouchement physiologique*, le docteur Mattei, de Bastia, vient de faire paraître un travail qui est digne de la méditation des médecins. L'obstétrique, qui, par la sagesse et la lenteur de ses progrès, semblait avoir acquis des formules généralement acceptées, serait-elle appelée à réviser ses principes les plus généraux?

L'ouvrage de M. Mattei n'est pas une de ces compilations comme on en voit tous les jours, c'est un travail qui est neuf dans l'ensemble comme dans les détails; le lecteur va en juger par les quelques idées que nous allons prendre dans les diverses parties de ce volume.

L'accouchement, dit M. Mattei, est une fonction physiologique; si nous mettons en présence de cette définition les descriptions qu'on trouve dans les livres et les résultats qu'on obtient dans la pratique, on trouve que la fièvre de lait, les accidens des couches et la mort fréquente pour la mère et l'enfant, font de cette fonction une maladie. L'accouchement n'est physiologique que lorsqu'il se fait facilement, avec peu de douleurs et sans altération bien notable de la santé de la mère et de

l'enfant. Voilà le but de la nature et de l'art.

Pour atteindre ce but, il faut étudier les procédés que suit la nature lorsqu'elle fait elle-même cet accouchement, afin de la seconder et même de la remplacer en cas de besoin : or la nature prépare pendant la jeunesse les conditions qui seront les plus favorables à la grossesse, comme elle prépare pendant celle-ci celles qui sont les plus favorables à l'accouchement. Dans ce but, l'auteur commence l'étude de l'obstétrique par celle des causes générales qui ont de l'influence sur la maternité : tempérament, constitution, éducation, hygiène, habitudes et toutes les causes qui peuvent influer sur l'état général.

Passant ensuite à l'état local, il envisage le bassin, la cavité abdominale et l'utérus à un point de vue nouveau. Il examine les lois mécaniques et vitales qui paraissent concourir à la formation du bassin, et il explique ainsi pourquoi le grand bassin est évasé, pourquoi le détroit supérieur a une forme presque triangulaire et pourquoi les tubérosités ischiatiques et l'arcade pubienne sont déjetées en dehors. Il fait voir que la cavité abdominale, trop négligée par les accoucheurs, offre des axes courbes à concavité postérieure et des parois dont la densité va en raison inverse de leur longueur. Les viscères qu'elle contient sont d'autant plus irréductibles qu'ils sont situés en haut et en arrière. L'utérus a aussi ses axes courbes pendant la grossesse et non droits, comme on l'a dit jusqu'ici. Le fœtus ne représente pas un ovale, comme on l'a toujours répété, mais un arc dont le grand axe, par conséquent, est courbe et non droit. Ainsi, recourbé dès l'état embryonnaire, le fœtus reste la tête et le dos en bas, la concavité du tronc tournée en arrière, les pieds vers le fond de l'utérus, qui est un peu incliné à droite, c'est-à-dire en première présentation du sommet.

Les présentations du siége, de la face et du tronc sont, à divers degrés, accompagnées d'accidens ; elles ne conduisent jamais au véritable accouchement physiologique et doivent être toutes ramenées à celle du sommet. Les présentations de la grossesse ne sont pas toujours celles de l'accouchement ; ainsi, la présentation du tronc et de la face n'existent, pendant la grossesse, qu'avec de grandes anomalies. Les diverses positions de la tête ne dépendent pas de la conformation relative de cette partie avec le détroit, car, sans cela, l'ordre de leur fréquence serait interverti. C'est le tronc qui décide de la position pendant la grossesse, et même souvent pendant l'accouchement. Il y a seulement des présentations directes et indirectes du sommet et du siége pendant la grossesse ; les indirectes peuvent se changer en celles de la face, du tronc ou des pieds pendant l'accouchement.

Ayant établi pour principe de ramener toutes les présentations à celle du sommet, l'auteur a dû s'assurer du diagnostic pendant la grossesse ; aussi a-t-il poussé les moyens d'investigation plus loin qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Il a tiré quelque avantage de la forme du ventre et du siége des mouvemens actifs du fœtus, mais c'est le palper abdominal qu'il a employé avec le plus de succès ; ainsi, il a prouvé à la clinique de M. Dubois qu'il est possible de reconnaître, par ce seul moyen, toutes les présentations et même les positions du fœtus. Il a indiqué un nouveau moyen de chercher le maximum des pulsations du cœur du fœtus et a décrit un stéthoscope de son invention. Il a étendu la mensuration beaucoup plus loin qu'on ne l'a fait sans ajouter d'autres instrumens à l'obstétrique.

Quant à la grossesse, l'auteur étudie les conditions locales et générales de la mère et de l'enfant. Si celui-ci, par sa mauvaise présentation, gêne la grossesse ou qu'il ait des dispositions à vouloir se maintenir dans cette présentation jusqu'au moment de l'accouchement, il le place convenablement par ce qu'il appelle la réduction ou par la version céphaliques faites avant la rupture des membranes. Considérant la grossesse comme un affaiblissement pour la mère, à cause des matériaux qu'elle est obligée de fournir durant la gestation, il explique facilement les effets dynamiques qu'elle éprouve et se montre réservé pour les saignées. Dans les villes surtout, il conseille tous les moyens hygiéniques pour relever l'état général, pour calmer l'excitabilité et préparer ainsi un bon accouchement. Il ajoute à ceci les moyens locaux et recommande la ceinture hypogastrique. Après avoir essayé en vain toutes les manières de compter la durée de la grossesse, il s'est arrêté à celle des époques cataméniales ; ainsi, il a trouvé que les femmes, en général, accouchent dans les jours de la neuvième menstruation qui devait avoir lieu après la fécondation. Il suit les modifications de la matrice pendant la grossesse et indique comme moyen de mieux préparer le segment inférieur de l'utérus et le col, les injections vaginales faites à titre de propreté pendant les derniers jours de la grossesse. Il explique l'arrivée de l'accouchement par le développement du fœtus et le travail préparateur de l'utérus qui agissent comme causes prédisposantes, la contraction utérine qui agit comme cause directe ou essentielle, et tout ce qui met celle-ci en jeu comme cause indirecte. Parmi les causes qui réveillent souvent la contraction utérine, il place la présentation des pieds et la congestion. L'accouchement serait le résultat des contractions que réveille la neuvième congestion cataméniale.

Quant à l'accouchement, il le divise en trois degrés. Dans le premier la nature le prépare insensiblement ; ainsi, le col se ramollit, s'efface, s'ouvre largement et la tête descend dans l'excavation. Les contractions indolores qui ont aidé à préparer ce travail et les épreintes ou les efforts imprévus de la femme suffisent pour rompre la poche et achever l'accouchement. C'est ce premier degré qui est la véritable fonction physiologique exempte des accidens qui arrivent dans l'accouchement précipité. Le deuxième degré se faisant avec douleur, d'une manière plus longue et difficile, l'auteur l'examine dans tous ses élémens. Séparant la contraction de la douleur, il reconnaît à celle-ci plusieurs siéges ; ainsi, une de ces douleurs arrive aux reins et paraît correspondre au point de l'utérus qui est comprimé sur la colonne vertébrale. La douleur du bas-ventre correspondrait au tiraillement du col et celle de l'ombilic serait accidentelle à l'accouchement. Ces douleurs, ou plutôt les contractions utérines qui en sont la cause, arrivent à des temps égaux que l'auteur appelle des périodes. Ces périodes se multiplient ou se divisent par les mêmes nombres. Il reconnaît trois degrés à la contraction utérine : 1° Elle est indolore et intermittente ; c'est la contraction physiologique ; 2° la contraction est douloureuse, intermittente et périodique ; elle commence à être pathologique ; 3° la contraction est permanente avec des exacerbations, mais toujours plus ou moins douloureuses ; elle est pathologique. Le col, lui aussi, passe par quatre états : 1° D'abord rigide ; 2° ramolli, et c'est alors qu'il s'entr'ouvre, s'efface et se dilate facilement ; 3° contracté d'une manière passagère ; 4° contracté d'une manière permanente. La matrice et le col ne passent pas à un de ces états sans avoir passé par le précédent. L'auteur nie la contractilité de tissu de l'utérus et la contraction spasmodique du col. Il a reconnu que la contraction dans chaque douleur commence par le fond de l'utérus et non par le col, comme on l'a dit.

L'auteur ne partage pas tout à fait l'opinion des auteurs sur les divers temps de l'accouchement ; ainsi, l'engagement se fait dans la demi-flexion où la tête reste toujours pendant la grossesse. La rotation peut se faire avant l'engagement ou après, lorsque la poche n'est pas encore rompue, et, dans ce cas, elle tient surtout à la rotation du tronc. Lorsqu'elle se fait après cette rupture, elle tient à la restitution des forces et à la position préalable du tronc ; ainsi, l'occiput restera en arrière si le dos reste tourné en arrière. La force d'impulsion n'est pas transmise de l'utérus à la tête de l'enfant, comme on le croit, par le moyen de l'épine dorsale, mais le fœtus et le liquide amniotique font une masse qui suit le canal pelvien comme s'il était un syphon. Si l'extension ou le dégagement de la tête se faisait par l'action du sternum sur le menton, ce dernier ne sortirait pas sans être suivi du thorax, tandis que les épaules sont encore dans le petit bassin pendant que la tête a franchi la vulve.

Arrivant au côté pratique, l'auteur insiste sur les notions à prendre pour avoir une idée exacte de la mère et de l'enfant. Après avoir connu la vie physiologique et pathologique de la femme, il faut bien étudier sa vie utérine. Il faut employer tous les moyens d'exploration pour connaître la présentation et la position du fœtus, ainsi que le degré de préparation du segment inférieur de l'utérus. Si l'épaisseur de ce segment est encore considérable ou que le col ne soit pas ramolli, entr'ouvert et en partie effacé, il faut agir comme s'il s'agissait d'une menace d'avortement. Repos au lit sur le côté, diète, combattre les causes du travail prématuré ou précipité ; au besoin de l'opium. Ralentir le travail dans ces cas, c'est être utile. Lorsqu'on ne peut pas suspendre ni ralentir le travail et que le segment inférieur et le col ne sont pas préparés, il faut aider la dilatation par des moyens artificiels méthodiquement employés. Lorsque la dilatation quoique lente est progressive, on l'abandonne à la nature. Plus la dilatation se fera lentement, avec peu de douleurs, plus elle sera physiologique. Le contraire doit avoir lieu pendant l'engagement, aussi, faut-il intervenir dès qu'une cause arrête la marche de la tête. On doit opérer la rotation lorsqu'elle se fait difficilement, mais il faut imprimer toujours ce mouvement à la fois à la tête et au tronc. Les causes qui peuvent arrêter la tête viennent des parties dures de la mère et de l'enfant, ou elles viennent des parties molles. Dans le premier cas, la tête ne s'avance pas pendant la contraction, le col se contracte bientôt d'une manière permanente et il y a une bosse sanguine. Dans le deuxième, la tête s'avance pendant la contraction pour se retirer après. Dans ce dernier cas, on peut attendre un peu plus à agir que dans le précédent. Une cause fréquente de dystocie est le détroit inférieur ; on la cherche trop souvent dans la résistance du périnée. Dans tous ces cas il faut, autant que possible, remonter à la cause et y remédier sans laisser la femme et l'utérus s'épuiser en vains efforts. On abandonne à la nature un travail lent dès le début, on doit intervenir lorsqu'il se ralentit après avoir été violent. Pendant le dégagement il faut modérer les contractions et garantir le périnée.

L'auteur se servant assez souvent du forceps en a simplifié la forme et les usages. Son forceps est plus petit et plus recourbé vers les cuillers que les forceps ordinaires. Il a une articulation mobile, de manière à être fixée là où l'exige le cas. On l'applique en laissant les branches se placer, pour ainsi dire, d'elles-mêmes, sans violence et sans même déranger la femme de son lit. On ne fait des tractions que pendant la contraction. L'application est indiquée dès qu'il y a contraction permanente du col et bosse sanguine,

Quant à la douleur, l'auteur dit de l'éviter plutôt que de la combattre. Dans la période de dilatation repos, bain et au besoin de l'opium ; rarement du chloroforme. Pendant l'engagement, c'est par d'autres secours qu'il faut venir en aide, rotation, forceps, etc. L'inhalation seulement pendant les opérations. Si le dégagement est très douloureux, le chloroforme modère la souffrance et les contractions volontaires. Le seigle ergoté, qui est excellent pour combattre l'inertie, est fâcheux ordinairement pour hâter le travail. Les contractions, pendant la dilatation, ne doivent survenir tout au plus que toutes les cinq à six minutes. Si elles sont plus rapprochées il faut tâcher de les éloigner. Quant aux suites de couches, l'auteur n'admet même pas la fièvre dite de lait, et qui serait le résultat du travail réparateur de l'utérus. Il termine son ouvrage par des considérations intéressantes sur la manière d'observer, et rapporte des observations qui justifient ses principes.

Nous avons rapporté, sans discussion, les principales idées de l'auteur, et, comme il le dit lui-même, elles pourront être modifiées en partie par des observations ultérieures, mais elles offrent un ensemble qui est saisissant d'intérêt. Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Septembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Nouvelles recherches expérimentales sur les mouvemens et les bruits normaux du cœur envisagés au point de vue de la physiologie médicale.

MM. A. CHAUVEAU et J. FAIVRE lisent, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Ce point de physiologie, plein d'intérêt pour le médecin, réclamait un nouvel examen, parce qu'il est encore actuellement dans le domaine des questions controversées. En nous chargeant de cet examen, nous avons voulu tout d'abord nous placer à l'abri de toute cause d'erreur. Après avoir reconnu la nécessité d'étudier la physiologie du cœur sur l'organe mis à nu, il nous fallait donc rechercher quels sont les animaux qui remplissent le mieux les conditions favorables à cette étude, et instituer un procédé opératoire qui permît de découvrir le cœur, sans troubler notablement ses battemens. Les solipèdes adultes nous ont paru les plus convenables parmi les animaux qui sont à la portée de l'expérimentation, parce que leur cœur se meut lentement, et qu'il garde sa position et ses rapports normaux après l'ouverture de la poitrine et du péricarde.

Notre mode opératoire est excessivement simple. Nous pratiquons la section atloïdo-occipitale de la moelle épinière ; nous détruisons ainsi la sensibilité et le mouvement dans le tronc, c'est-à-dire que nous prévenons la douleur et les convulsions, causes perturbatrices principales des mouvemens rhythmiques du cœur, tout en respectant néanmoins le stimulus qui excite ces mouvemens (1). L'insufflation pulmonaire est mise en usage pour empêcher l'asphyxie. La poitrine est ouverte de côté, par l'ablation de trois ou quatre côtes ; et le cœur est alors découvert, sans que le jeu de cet organe soit sensiblement altéré. Il peut continuer de battre, ainsi dénudé, pendant trois ou quatre heures et même davantage. Ce procédé, appliqué sur vingt-six solipèdes, et sur dix chiens et un singe, nous a permis d'élucider bien des points obscurs ou discutés.

Quand on étudie isolément et en eux-mêmes les mouvemens essentiels de systole et de diastole qui provoquent et règlent le cours du sang, on reconnaît bientôt que la *diastole*, ou mouvement passif, est caractérisée par la flaccidité et l'affaissement du tissu du cœur, tissu qui acquiert brusquement pendant la *systole*, ou mouvement actif, une rigidité extrêmement prononcée. On remarque encore, parmi d'autres phénomènes, la diminution du volume des oreillettes et des ventricules, pendant l'état systolaire, lequel s'accompagne encore, pour ce qui regarde les ventricules, d'une torsion de la pointe du cœur, sans déviation latérale ou antéro-postérieure ; cette torsion s'exerce, comme chacun sait, de gauche à droite et d'avant en arrière.

Si l'on considère ces mouvemens essentiels dans leur ensemble, c'est-à-dire sous le rapport de leur succession et de leur durée relative, ou de leur rhythme, il est facile de démontrer que chaque révolution du cœur comprend trois périodes principales : la première occupée par la systole auriculaire, avec diastole des ventricules ; la seconde, par la systole ventriculaire, avec diastole des oreillettes ; la troisième, par une diastole générale du cœur. En battant une mesure à quatre temps pendant la révolution complète, on trouve que les deux premiers temps sont remplis par l'une et l'autre systoles, et les deux derniers par la diastole commune au double système de cavités du cœur. Quand on étudie la durée relative de chaque systole, on observe généralement que la première est plus courte que la seconde ; en sorte que les oreillettes ne sont pas en contraction pendant tout le premier temps, et que les ventricules le sont pendant tout le second temps, plus une fraction du premier. Nonobstant cette légère différence, la systole auriculaire est plus longue qu'on ne le croit généralement ; quelquefois même elle peut égaler la systole ventriculaire. Chez l'homme, la pause ou la diastole générale n'occupe que le tiers de la durée totale de la révolution, et les mouvemens alternatifs du cœur se succèdent ainsi suivant un rhythme à trois temps.

En étudiant ensuite les phénomènes concomitans dont les phénomènes essentiels décrits plus haut sont le principe, nous sommes arrivés à nous poser les questions suivantes : Quel est l'effet des mouvemens de contraction et de relâchement des cavités cardiaques sur le sang considéré dans l'intérieur même de l'organe ? Quels effets de sang détermine-t-il à son tour sur l'appareil, et spécialement sur les valvules ?

Pendant la pause ou le repos général du cœur, le sang coule d'une manière indiscontinue des veines dans les oreillettes, et de là dans les ventricules par les orifices auriculo-ventriculaires largement béants. Ces deux systèmes de cavités commencent donc à se dilater, l'un et l'autre, passivement pour ainsi dire, aussitôt qu'ils entrent en diastole, c'est-à-dire dans la période de relâchement de leur tissu. Lors de la systole des cavités auriculaires, le sang qu'elles contiennent est projeté faiblement et seulement en partie dans les ventricules, qui se remplissent d'autant. Quand ceux-ci se contractent à leur tour, la double ondée sanguine est chassée presque en totalité, mais non complétement, dans les arbres artériels ; il en reste une petite portion dans les ventricules. Elle ne reflue point dans les oreillettes, parce qu'elle relève les valvules auriculo-ventriculaires, et les dispose, l'une et l'autre, en un dôme multiconcave, fortement tendu au-dessus de la cavité ventriculaire. Pressée ainsi contre cet obstacle, et, qui plus est, rencontrant à l'intérieur des artères une colonne sanguine qui s'oppose à sa libre projection dans ces canaux, cette ondée réagit à contre-sens sur le cœur et lui imprime un mouvement de recul. Mais ce recul ne ressemble pas tout à fait à celui dont on a parlé dernièrement à l'Académie des sciences. Il neutralise le raccourcissement de l'organe produit par la systole ventriculaire ; si bien que la pointe du cœur reste à peu près immobile dans la portion du péricarde qui lui correspond, tandis que la base s'abaisse vers la pointe, surtout en avant. Pendant ce déplacement, les troncs artériels s'allongent et se courbent davantage. C'est leur élasticité qui ramène la base de l'organe dans sa position première, quand cesse la contraction ventriculaire.

Les mouvemens dont nous venons de faire connaître le mécanisme se traduisent à l'extérieur par deux ordres de phénomènes : les *bruits* et la *pulsation cardiaques*, qui ont été également le sujet de nos investigations.

Pour ce qui regarde la question des bruits, nous avons constaté, avec la plus complète certitude, que le premier est isochrone avec la systole ventriculaire, et que le deuxième coïncide avec le commencement de la diastole générale. Aussi, en considérant, chez le cheval, une révolution du cœur partagée en quatre temps égaux, on trouve que le premier temps est occupé plus ou moins complétement par la systole auriculaire, mouvement parfaitement aphone ; le deuxième, par la systole ventriculaire, avec premier bruit ; le troisième, par le commencement de la pause ou du repos général de l'organe avec deuxième bruit ; le quatrième, par la fin de cette période, aphone comme le premier temps. Il en est de même chez l'homme, avec la différence que cette dernière phase manque, le rhythme des mouvemens et des bruits étant marqué par trois temps seulement.

Quant à la cause productrice des bruits, nous nous rattachons tout à

(1) Nous avons dû commencer par nous assurer que la moelle possède réellement, à elle seule, chez les mammifères, la propriété excitatrice des mouvemens rhythmiques du cœur, dont quelques physiologistes ont cherché à la destituer dans ces derniers temps. Cette propriété est bien l'apanage exclusif de la moelle, et doit être considérée comme une dépendance de son pouvoir réflexe, comme nous l'ont prouvé plusieurs expériences que nous exposerons dans un travail spécial.

fait a l'opinion de M. Rouannet, et nous prouvons, au moyen d'expériences décisives exécutées sur l'animal vivant, qu'ils sont dus à la tension et au claquement des valvules sigmoïdes ou auriculo-ventriculaires.

Sur le choc précordial, nous reconnaissons, avec la grande majorité des physiologistes, qu'il a lieu pendant la systole ventriculaire. Mais nous cessons d'être d'accord avec eux quand nous voulons en expliquer l'origine. Selon nous, la pulsation cardiaque reconnaît pour cause le changement de forme et de consistance des ventricules, quand ils passent de la diastole à la systole, et l'*instantanéité* de cette transformation. Le cœur un peu plus volumineux pendant la diastole, est, en revanche, mou, flasque, affaissé, déprimé entre le poumon et la paroi thoracique. Il ne peut acquérir instantanément la forme plus ou moins globuleuse et la rigidité qui le caractérisent pendant la systole ventriculaire, sans frapper contre quelques-uns des points qui l'entourent, et spécialement contre la paroi thoracique antérieure avec laquelle il se trouve constamment en rapport d'une manière plus ou moins médiate. — (Comm. MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Septembre 1855. —Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle se compose du relevé des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département de l'Isère, de la Seine-Inférieure, de la Creuse, et à l'île de la Réunion. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend les communications suivantes :

Un supplément au rapport sur la fièvre puerpérale qui a régné à Dunkerque en 1854, par M. le docteur Lemaire. (Com. des épidémies.)

— Une lettre de M. Dufresse de Chassaigne, sur la composition de l'eau minérale de la vieille source, dite *source principale* de Bagnols (Lozère). (Com. des eaux minérales.)

— Une note de M. Legouest, médecin-major, agrégé au Val-de-Grâce, sur une luxation du poignet en avant. (Comm. MM. Larrey et Malgaigne.)

— La description par M. Charrière fils d'un nouveau crâniotome. (M. Depaul, rapporteur.)

— Une lettre de M. le docteur Lunier, médecin en chef de l'asile des aliénés de Blois (Loir-et-Cher), contenant l'observation d'un individu microcéphale. (Comm. des Aztèques.)

— Un mémoire intitulé : De la constitution paludéenne et de la constitution cholérique, par M. le docteur Paul Rouet. (Comm. du choléra 1854.)

— M. Charrière fils présente à l'Académie un nouveau crâniotome fabriqué par M. le docteur Hippolyte Blot et qui permet la suppression de la gaîne appliquée aux ciseaux de Smelie.

Cet instrument se compose de deux lames se recouvrant l'une par l'autre de telle sorte que l'instrument étant fermé le dos mousse de la lame de droite déborde la lame de gauche et réciproquement.

Chaque face de la lame supporte à son sommet *A* une arête qui, lorsque l'instrument est fermé, forme, avec le sommet de la lame, une pointe quadrangulaire (cette indication a été donnée par M. le docteur Marchand, de Charenton). Un clou qui s'engage dans une échancrure limite la course des deux lames en dedans, et le ressort *C* les empêche de se porter en dehors.

Pour ouvrir l'instrument, il suffit de presser avec une seule main sur la bascule *D*. L'autre main reste libre et peut servir de guide pour conduire la pointe de l'instrument jusque sur la tête du fœtus.

Les deux branches sont articulées par le tenon *B*.

M. Robinet donne lecture d'une série de rapports défavorables sur plusieurs remèdes secrets. Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Blache communique une observation de M. le docteur Pasquay, à Lons-le-Saulnier. Il s'agit d'une jeune fille qui, après avoir été atteinte d'aliénation mentale pendant plusieurs mois, commença en juillet 1854 à accuser des douleurs abdominales, des besoins fréquens et des difficultés d'uriner. Ce n'est qu'en mars 1855, que la malade, tourmentée par des douleurs atroces, constamment baignée d'urine, minée par une fièvre lente et en proie au marasme, se décida à réclamer les secours d'un médecin. On constata la présence d'un calcul dans la vessie. La malade avoua que, dans un accès de folie, elle avait introduit un porte-plume dans son urètre. L'extrême dilatabilité de ce canal permit d'y plonger deux doigts, et de reconnaître par le toucher un calcul ayant le volume d'un œuf de poule, et traversé par une tige métallique; après plusieurs tentatives, on parvint, avec un *speculum ani*, à voir le bout libre de cette tige et à la saisir dans une forte ligature. Ces manœuvres avaient déterminé des douleurs vives et des syncopes; pendant trois jours, l'état de l'opérée fut des plus graves; mais dès le quatrième, on fit des tractions répétées sur la pierre, et l'on continua les jours suivans, si bien que le huitième jour, la partie antérieure du calcul commença à paraître à l'extrémité ; enfin, le onzième, la malade le rendit dans un effort de défécation. Il n'y a pas eu de déchirure du canal; pendant quinze jours, les parties génitales étaient enflées, livides, et il s'échappait de la vessie des fausses membranes. Aujourd'hui, la guérison est complète.

Le calcul (dont M. Blache montre un modèle exact) mesure 6 centimètres en longueur et 4 en largeur; la tige métallique autour de laquelle il est déposé, a une longueur de 9 centimètres et 5 millimètres de diamètre. Le tout pèse 55 grammes.

M. Velpeau : Les faits de calculs formés autour de corps étrangers introduits dans l'urètre de la femme, sont loin d'être rares. Quant au procédé employé pour faire sortir la pierre, on peut se demander s'il est digne d'approbation, et si, pour éviter les accidens assez graves de la dilatation démesurée de l'urètre et du froissement des tissus, il n'eût pas été plus rationnel de briser d'abord le calcul, puis d'en extraire les fragmens?

— M. Gibert lit un rapport sur un mémoire adressé à l'Académie par M. le professeur J. Delioux, médecin en chef de la marine, et intitulé : *De la spedalskhed et de la radesyge.*

Parmi les maladies cutanées exotiques, dit M. le rapporteur, les unes peuvent se produire exceptionnellement dans nos régions tempérées, les autres, toujours exotiques, ne s'observent que chez les sujets qui ont habité les pays où ces affections sont endémiques. L'auteur du mémoire ayant observé sur les côtes de Norvège la radesyge et la spedalskhed ou éléphantiasis, en a fait le sujet d'un travail soumis à l'appréciation de l'Académie. Il est à regretter qu'au lieu de s'en tenir aux traités classiques, il n'ait pas pris connaissance de certains documens publiés soit dans les journaux de médecine, soit dans les *Bulletins* de l'Académie : il eût été conduit ainsi à rectifier quelques-unes de ses assertions, et à modifier quelques-uns de ses jugemens.

De même qu'à Paris on observe des éruptions intermédiaires aux scrofules et aux maladies syphilitiques, et qui, pour cette raison, pourraient être désignées sous le nom de *syphiloïdes*, de même dans les pays où sont endémiques les maladies lépreuses, on rencontre diverses éruptions tuberculeuses que les uns confondent, que les autres distinguent en autant d'espèces ; de là les divergences d'opinions ; de là la confusion entre le molluscum d'Amboyne, la radesyge et l'éléphantiasis de Norvège. Ajoutons que, selon que l'on attache une importance particulière à la nature, la cause diathésique de l'éruption ou à sa forme, on établit des rapprochemens ou des distinctions entre les mêmes espèces. Cependant on peut dire, d'une manière générale, que, tout en reconnaissant la valeur de la cause morbide, toutes les fois qu'elle est assez évidente, c'est surtout à la détermination de la forme qu'on doit s'attacher si l'on veut rendre l'étude clinique plus facile et éviter la confusion qu'avait fait naître l'admission, dans la nomenclature médicale, des noms de dartres, teignes, lèpres empruntés par Alibert au langage usuel. — La lèpre proprement dite comprend : l'éléphantiasis grec, en Norvège spedalskhed (et ici l'auteur se trompe quand il suppose qu'en France on regarde la spedalskhed comme une maladie différente de l'éléphantiasis) ; — l'éléphantiasis anesthaitos des Anglais, leucé d'Hippocrate, lèpre des Livres-Saints ; — l'éléphantiasis des Arabes, que Schilling rapproche de l'éléphantiasis grec comme ayant pour cause une altération du sang identique.

Quant à la radesyge, c'est une maladie spéciale qui se rapproche des *syphiloïdes* plus que des lèpres proprement dites, bien qu'elle ressemble aussi à l'éléphantiasis par la nécrose et la chute des phalanges qu'elle occasionne dans certains cas. M. Delioux insiste sur la distinction entre ces deux maladies, mais il ne rapporte qu'un exemple d'éléphantiasis observé d'ailleurs à une époque où les accidens, déjà très avancés, ne se prêtaient guère à cette étude. Il a bien vu et bien décrit l'éléphantiasis anesthaitos qui paraît à peu près inconnu en France. L'usage presque exclusif du poisson salé, fumé, diversement altéré, lui a paru, comme à Lorry, la cause de cette affreuse maladie ; il faut y joindre le défaut de pain et évidemment aussi l'influence de l'humidité.

Pour ce qui regarde le traitement, nous avons pu bien des fois constater l'impuissance des préparations mercurielles, arsénicales, iodurées, contre l'éléphantiasis, tandis qu'elles paraissent, au contraire, jouir d'une certaine efficacité dans la radesyge, ce qui viendrait encore à l'appui de l'analogie que nous avons cru devoir signaler entre cette affection et les syphiloïdes.

M. Piorry rappelle que deux auteurs norvégiens ont publié, sur les maladies dont il vient d'être question, un ouvrage étendu accompagné de figures; il tient cet ouvrage à la disposition de M. le rapporteur.

M. Gibert connaît parfaitement le livre de MM. Boeck et Danielssen; il en a parlé longuement dans un rapport à l'Académie fait il y a plusieurs années.

M. Desportes signale la position particulière de l'auteur dont M. Gibert vient d'analyser le mémoire, position qui ne lui a sans doute pas permis de consulter les documens que M. le rapporteur lui reproche d'avoir négligés.

Les conclusions du rapport : dépôt aux archives et remercîmens, sont mises aux voix et adoptées.

— M. Ménière lit un travail intitulé : *Note sur quelques cas de séquestres osseux observés dans les diverses parties de l'appareil auditif.* (Comm. MM. Gimelle, Cloquet et Jobert, rapporteur.)

— M. Mariano Semmola donne lecture d'un mémoire qui a pour titre : *De l'hématurie rénale; recherches de chimie et d'anatomie pathologique*, et qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° Dans l'hématurie aiguë, les urines empruntent leur couleur rouge à l'hématine; dans l'hématurie chronique, leur teinte brune est due à l'hémaphéine.

2° Il est rare que la présence de cette dernière substance se manifeste dans l'urine consécutivement à celle de la première; quand cette succession a lieu, elle ne se produit qu'à la longue.

3° L'autopsie fait voir que l'*hémaphéinurie* ne se rattache pas à une inflammation, mais bien à une congestion lente, à un engorgement veineux des reins ; c'est pour cette raison que l'hémaphéine sort très facilement dans les maladies chroniques de ces organes, surtout dans la maladie granuleuse, la stase capillaire étant une des conditions qui favorisent le changement de l'hématine en hémaphéine.

4° Il paraît probable que les altérations du sang favorisent l'hématurie foncée; sur sept malades atteints de cette affection, trois avaient des vomissemens et des selles de même couleur que les urines, et un quatrième offrait simultanément les symptômes du melæna.

5° La conséquence pratique de ces recherches est que, dans l'hématurie foncée, le traitement antiseptique et tonique doit être employé de préférence aux moyens antiphlogistiques. (Com. MM. Ségalas, Lagneau, Guérard rapporteur.)

— M. Wanner communique un travail sur la chaleur animale, dont la lecture sera achevée dans la prochaine séance.

— M. Da Costa, chirurgien de Rio-Janeiro, présente un instrument de son invention, exécuté par M. Mathieu, et qui est destiné à briser les calculs volumineux, par un double mécanisme de pression et de percussion.

M. Jobert fait ressortir la grande puissance de l'instrument de M. Da Costa.

— M. Lemaux montre un nouvel appareil pour les fractures de la jambe.

— M. Maisonneuve présente un malade opéré par lui d'*un polype naso-pharyngien.*

Dans la séance du 31 août dernier, M. Maisonneuve avait présenté à l'Académie un jeune homme affecté d'un polype naso-pharyngien qui, prolongé dans les diverses anfractuosités de la face, avait produit une horrible déformation du visage.

Ce chirurgien avait émis l'opinion que ce polype avait son origine vers la partie supérieure du pharynx, et qu'en sacrifiant l'os maxillaire supérieur, il pourrait arriver à son pédicule; il ajoutait que, d'après l'expérience qu'il avait de ces sortes de tumeurs et des opérations qu'elles nécessitent, il espérait pouvoir représenter le malade guéri dans six semaines. Ses espérances se sont réalisées, et il vient de nouveau soumettre à l'examen de l'Académie ce jeune homme qui est actuellement débarrassé de sa tumeur et guéri de son opération.

Voici les détails de cette observation :

Boulac (Antoine), âgé de 20 ans, coutelier, vint se confier aux soins de M. Maisonneuve, dans le but d'être débarrassé d'une énorme tumeur de la face. Le malade en faisait remonter le début à deux ans; mais, à cette époque, elle avait déjà acquis assez de volume pour occasionner de la gêne dans le pharynx. Un an après, le polype envoyait déjà des prolongemens dans la narine gauche, dans la fosse zygomatique, la joue et la fosse temporale. Sur le conseil d'un médecin de l'hôpital de Rhodez, Boulac se rendit à Montpellier, où il fut admis à l'hôpital St-Éloi. Après un séjour de six semaines, on le renvoya sans rien tenter pour sa guérison. C'est alors que le médecin de Rhodez l'engagea à venir trouver M. Maisonneuve. Il arriva à Paris le 30 juillet, et fut immédiatement reçu dans le service de ce chirurgien à l'hôpital de la Pitié.

Le côté gauche de la face présentait alors une téméfaction énorme, qui envahissait la joue, la fosse zygomatique, la fosse temporale. Un autre prolongement de la tumeur remplissait la fosse nasale gauche et refoulait la cloison vers la narine droite, qui se trouvait entièrement obstruée.

A l'intérieur de la bouche, les désordres étaient encore plus graves. Un troisième prolongement de la tumeur remplissait le pharynx, et faisant hernie à travers le voile du palais et la voûte palatine, venait s'épanouir dans toute la partie supérieure de la cavité buccale. La respiration, la phonation, la déglutition surtout étaient notablement gênées, et tout faisait présager qu'avant peu ces importantes fonctions allaient être entièrement compromises. Tel était l'état du jeune malade quand M. Maisonneuve le soumit à l'examen de l'Académie, dans la séance du 31 juillet dernier.

Il n'y avait pas à hésiter sur l'urgence de l'opération, le malade y était décidé. Elle fut pratiquée le surlendemain, 2 août, d'après la méthode de M. Flaubert, de Rouen, méthode qui consiste à enlever d'abord l'os maxillaire supérieur; seulement M. Maisonneuve en modifia l'exécution de manière à éviter, autant que possible, la difformité consécutive.

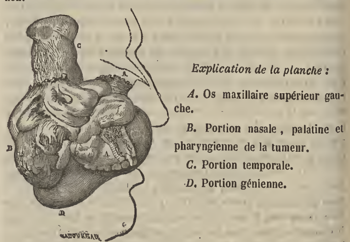
Description de l'opération. — Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve divisa d'un seul trait, sur la ligne médiane, le nez et la lèvre supérieure. D'un seul coup de bistouri, il incisa transversalement les parties molles comprises entre la racine du nez et l'angle interne de l'œil. Puis, disséquant le large lambeau circonscrit par ces incisions, il mit à découvert la face antérieure de l'os maxillaire et de la tumeur qui l'enveloppait.

Avec une scie à chaîne passée dans la fente sphénoïdale, M. Maisonneuve divisa promptement l'apophyse malaire. De deux coups de cisaille, il coupa l'apophyse montante de l'os maxillaire et l'apophyse palatine, puis, avec le même instrument porté sur les apophyses ptérygoïdes du sphénoïde, il sépara la dernière adhérence de l'os et l'enleva.

Dès lors, il fut facile de voir dans son ensemble l'énorme tumeur dont les prolongemens s'étendaient dans toutes les anfractuosités de la face, et surtout de reconnaître son pédicule. M. Maisonnenve regretta de n'avoir pas à sa disposition l'écraseur linéaire de M. Chassaignac, il eût trouvé là une heureuse application. Il se contenta d'exciser le pédicule avec des ciseaux courbes, de promener quelques cautères sur les vaisseaux qui fournissaient du sang, et de faire un léger tamponnement. Tout étant en ordre, il rapprocha les lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée. Les suites de cette opération, si grave en apparence, furent des plus heureuses. Le malade eut à peine de la fièvre, et la réunion de la plaie s'opéra par première intention.

Examen de la tumeur. — La tumeur, de nature fibreuse, était adhérente par un pédicule très court, dont la section présente une surface circulaire de 3 centimètres de diamètre. Elle se divise en deux portions principales qui ne tenaient ensemble que par un pédicule vasculaire gros comme le doigt.

L'une de ces portions occupait la fosse nasale gauche, pénétrait à travers l'écartement du voile du palais et des os maxillaires jusque dans la bouche ; la seconde enveloppait l'os en dehors et en avant, et se prolongeait dans la joue d'une part ; puis, d'autre part, jusqu'à la partie supérieure de la fosse temporale, en passant sous l'arcade zygomatique. Deux kystes séreux existaient dans l'épaisseur de cette deuxième portion.



Explication de la planche :

A. Os maxillaire supérieur gauche.

B. Portion nasale, palatine et pharyngienne de la tumeur.

C. Portion temporale.

D. Portion génienne.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.— Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 113. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 22 Septembre 1855.**

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 SEPTEMBRE 1855.

LETTRES SUR LA FOLIE.

II.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Fais ce que dois, advienne que pourra.

Merci, mon cher Monsieur, mille fois merci de votre bon accueil. Je savais bien que je ne pouvais me tromper lorsque je comptais sur votre impartialité et votre indépendance. Mais je n'osais vraiment pas espérer pour ma lettre une hospitalité aussi cordiale et les honneurs du *premier-Paris*. Aussi, puisque vous m'y autorisez d'une façon si courtoise, je viens tenir ma promesse et vous dire mon sentiment sur quelques-unes des questions à l'ordre du jour parmi les médecins aliénistes. Je trouverai bien ainsi un jour ou l'autre l'occasion de vous raconter cette vie scientifique de M. Leuret, si belle et si utilement remplie, et qu'on a si souvent travestie et calomniée(1). Mais, auparavant, j'ai besoin de déblayer la route que je veux parcourir de quelques erreurs malheureusement trop répandues. Serai-je assez heureux pour leur substituer quelques vérités utiles? Je me berce peut-être d'un espoir bien téméraire. Cependant j'y ferai tous mes efforts, et Dieu aidant et un peu aussi le bon sens de vos lecteurs, j'ai la confiance que ma peine ne sera pas tout à fait perdue.

J'entrerai donc tout de suite en matière, et pour commencer par le commencement, je me demanderai ce que c'est que la folie. La réponse à cette question devrait être, ce semble, très facile. Voyons donc celle que nous a donnée la science contemporaine. Et d'abord, devons-nous conserver ce mot : *folie*, ou lui substituer les mots plus savans d'aliénation mentale, de manie, de phrénopathie, de psychopathie, de psychismie, etc., etc.? Pour moi, je n'ai jamais hésité un seul instant à préférer le mot folie à tous les autres. Je déteste les mots nouveaux et surtout les mots tirés du grec et du latin, lorsqu'ils ne s'appliquent pas à des choses nouvelles et jusqu'alors inconnues. Je trouve, et certes, je ne suis pas le seul, que ce travers si commun de nos jours donne à la langue scientifique un air de pédantisme et de mystère tout à fait indigne d'elle. Il contribue, d'ailleurs, plus qu'on ne croit, à retarder les progrès et la vulgarisation des sciences physiques et naturelles. Chaque écrivain adoptant un langage différent pour représenter les mêmes idées ou les mêmes phénomènes, il en résulte une confusion et un désordre au milieu desquels on a mille peines à se reconnaître. Il semblerait vraiment que ces messieurs croiraient déroger en se mettant à la portée de tous, et en se servant de mots que tout le monde connaît, comprend et accepte sans commentaire.

Le mot folie est de ce nombre, et c'est pour cela qu'il me plaît et que je l'adopte à l'exclusion de tous les autres. Il a d'ailleurs le grand mérite de ne rien préjuger par lui-même, et de s'adapter à tous les systèmes, à toutes les doctrines. Il n'a même pas besoin de définition; je dirai plus, il ne peut être défini d'une manière satisfaisante. La folie est une affection si complexe dans les élémens qui la constituent, si variable dans les diverses phases de sa durée! N'est-elle pas un Protée plus bizarre dans ses allures, plus désordonné et plus insaisissable que celui des anciens? Les définitions ne nous manquent pas cependant. Nous en avons de toutes les façons, de physiologiques, d'anatomiques, de psychologiques, voire même de philosophiques. Chacun a voulu faire la sienne, et je crains bien que ce ne soit pas ici le cas de dire avec le proverbe : *Abondance de biens ne nuit jamais*. Ces définitions, d'ailleurs, ne sont pas, au moins pour la plupart, de véritables définitions. Ce sont beaucoup plutôt des descriptions écourtées, et par cela même incomplètes, qui ne peuvent même que donner une idée fausse du sujet. Je veux vous en faire juge et en mettre quelques-unes sous vos yeux. Lorsqu'elles seront ainsi groupées, lisez-les avec attention, comprenez-les si vous pouvez, et vous me direz ensuite si M. Bousquet n'avait pas bien un peu raison l'autre jour à l'Académie.

Voici d'abord celle d'Esquirol : « La folie, dit-il, l'aliénation » mentale est une affection cérébrale *ordinairement* chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté. » C'est peut-être la moins mauvaise, quoique à vrai dire elle laisse beaucoup à désirer.

Permettez-moi de placer à côté de la définition d'Esquirol celle de Broussais, l'illustre inventeur du système de l'*irritation* et de la doctrine physiologique : « La folie est, pour le » médecin, la cessation durable du mode d'action du cerveau, » qui, dans l'état normal, est le régulateur de la conduite des » hommes, et auquel tient cette faculté que l'on appelle la raison. » Que dites-vous, mon cher Monsieur, de ce mode d'action du cerveau dont la cessation donne la folie, dont l'état normal est le régulateur de la conduite des hommes? Et ce mode d'action quel est-il? à quel signe le reconnaît-on? par quel mécanisme produit-il cette faculté qu'on appelle la raison? O aveuglement de l'esprit de système, jusqu'où peux-tu faire descendre les plus puissantes intelligences!

Dans son *Traité du délire*, Fodéré définit ainsi la folie : « Un » état dans lequel la raison est éclipsée par un dérangement » quelconque, direct ou indirect, de la substance intermé» diaire qui sert aux relations entre l'intelligence et les » organes corporels. » Quelle est donc cette substance intermédiaire qui sert aux relations de l'intelligence avec les organes corporels?

Selon M. Foville, « ce qui caractérise essentiellement l'alié» nation mentale, c'est le trouble des facultés intellectuelles, » compliqué ou non de celui des sensations et des mouvemens, » sans altération profonde et durable des fonctions organi» ques. »

Mais j'ai hâte d'arriver à une époque plus récente, à celle dont M. Baillarger et M. Ferrus se montrent si satisfaits. Et puisque le nom de M. Baillarger se trouve sous ma plume, voyons un peu sa définition ou plutôt ses définitions de la folie. Car, vous en trouverez deux au lieu d'une dans la leçon d'ouverture de son cours de 1854 :

« J'ai lu récemment, dit-il, dans la relation d'un voyage » dont l'auteur ne croyait peut-être pas définir la folie par » son caractère pathognomonique le plus profond, que *la* » *folie est une infortune qui s'ignore elle-même*. Rien n'est plus » vrai, et c'est là, à mon avis, une très bonne définition; la » science peut l'adopter au mot près d'*infortune*, qui n'est » pas très médical, mais que vous remplacerez facilement par » un autre mieux approprié. »

Cette définition, toute excellente qu'elle paraisse à M. Baillarger, ne le satisfait pas encore complétement. D'ailleurs, elle n'est pas de lui, et il tient sans doute, comme tant d'autres, à

(1) Je suis heureux de pouvoir reconnaître que la presse médicale n'est pas restée aussi indifférente que je l'avais cru aux attaques injustes dont M. Leuret a été l'objet à l'Académie. J'ai lu avec intérêt, dans le *Moniteur des hôpitaux*, plusieurs articles dans lesquels on rend à mon vénéré maître la justice qui lui est due. E. L.

Feuilleton.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

QUESTION DES ESPRITS, SES PROGRÈS DANS LA SCIENCE; EXAMEN DE FAITS NOUVEAUX ET DE PUBLICATIONS IMPORTANTES SUR LES TABLES, LES ESPRITS ET LE SURNATUREL; par J.-E. de Mirville, auteur du livres *Des esprits*. — Un vol. in-8°, Paris, 1855. Delaroque, libraire.

Le lecteur me pardonnera de commencer par cette déclaration : Je ne veux faire ni l'analyse ni la critique de ce nouvel ouvrage de M. de Mirville. Pour avoir simplement et naïvement raconté, dans ce journal, des faits dans lesquels j'avais été témoin ou auteur, j'ai été accusé d'avoir contribué à l'extension d'une épidémie qui semble heureusement s'éteindre. Je ne parle pas des railleries, de la mésestime des uns, de la désaffection, hélas! de quelques autres, parce que sérieusement j'appelais l'attention des savans sur des phénomènes dont personne aujourd'hui ne conteste l'existence, mais sur la cause desquels chacun a voulu donner sa petite explication. Ce n'est cependant dans aucune de ces circonstances que je puise le motif de ma réserve à l'égard de ce livre. Ce motif, le voici tout entier : Ce livre est écrit au point de vue religieux, au point de vue de la foi catholique; c'est principalement une réponse à un autre ouvrage, à celui de M. de Gasparin, écrit au point de vue de la foi protestante; or, je ne veux ni ne peux, ici, discuter l'un ou l'autre de ces points de vue. Loyal, courtois, mais redoutable athlète, M. de Mirville met au service de sa cause une conviction ardente, une dialectiqne inexorable, une grande instruction, un style vif et pénétrant, et je m'explique très bien le succès de ses ouvrages, dont les éditions se multiplient. Cependant, au point de vue purement humain et scientifique, M. de Mirville doit comprendre qu'il soit impossible de le suivre dans le développement et la défense d'une doctrine qui fait intervenir le diable à tout propos. Je ne répugnerais pas à l'observation, à l'examen d'un phénomène quelconque, si extraordinaire fût-il, car je n'ai pas la prétention de connaître le point précis où finit le possible, mais dès le moment qu'il s'agit d'*esprits*, de *mauvais anges*, de *démons*, toutes ces évocations me font peur, et je me retire au plus vite.

Donc, ni analyse ni critique, mais une simple promenade dans ce livre pour m'arrêter avec le lecteur, sur les choses qui concernent surtout la médecine et les médecins. De ces derniers nous allons trouver un certain nombre, tous de notre connaissance.

Le premier que je rencontre est M. Cerise. Que pense notre savant confrère de la doctrine des Esprits? Il a eu à en dire son opinion dans les *Annales médico-psychologiques* (janvier 1854), et M. de Mirville cite plusieurs passages de cet article remarquable. Le suivant m'a frappé : « C'est la faiblesse et l'insuffisance de leurs explications (des » médecins sur les faits « reconnus authentiques » de Loudun, des Cé» vennes et de Saint-Médard) qui ont encouragé le surnaturalisme de » M. de Mirville. Aussi la partie de son travail, où il engage sur ces » explications un vif débat avec M. Brierre de Boismont, et surtout » avec M. Calmeil, est celle où l'on ne peut s'empêcher de s'arrêter » quelques instans pour méditer... C'est là, mais là seulement, que de» vient séduisante la doctrine surnaturaliste. »

Je ne vois trop qu'une formule polie, mais d'une réserve complète dans les passages de la *Gazette médicale*, cités par M. de Mirville. M. Peisse, l'élégant et spirituel écrivain de ce journal, ne repousse pas, n'adopte pas la doctrine des esprits, il dit justement comme moi qu'il ne veut ni ne peut la discuter.

Mais, à la bonne heure! voici une adhésion nette, claire et carrée. Elle est de M. Sales-Girons, rédacteur en chef de la *Revue médicale*. Puisque M. de Mirville a publié la lettre de notre honorable confrère, c'est qu'il y a été certainement autorisé, et je peux donc la reproduire sans scrupule. Voilà d'ailleurs si longtemps que je suis privé de la prose piquante et accentuée de mon spirituel confrère, que je ne résiste pas à la tentation. Or, oyez et voyez :

« Au château d'Issy, le 29 avril 1855.

« Monsieur,

» Vous désirez connaître mon opinion concernant certaines manifestations dynamiques et même intelligentes, qu'ont présentées, dans ces derniers temps, les corps dits bruts ou inertes de leur nature, sous l'influence de l'activité humaine; je me rends à votre désir.

» Je n'entrerai pas dans l'examen des explications académiques et naturelles qu'on a voulu donner des faits de ce genre : je les regarde comme *puériles* et faites seulement pour satisfaire le scepticisme le plus crédule des philosophes. Pressé que je suis, je répondrai en peu de mots.

» Je n'ai rien vu, je n'ai rien entendu, quoique j'aie assisté et même coopéré à des expériences.

» Mais, en ma qualité de chrétien, je crois, sur la parole de l'Évangile, que la *foi*, cette force de l'homme par excellence, peut faire qu'un mûrier, planté sur une rive de fleuve, aille se planter sur l'autre rive;

» Je crois, sur la parole de saint Paul, qu'il y a des puissances répandues *dans l'air*, des esprits, des intelligences intermédiaires dont Dieu, le diable et l'homme peuvent provoquer l'intervention, pour produire, dans le monde physique, des phénomènes dont le physicien aura le droit d'être fort étonné.

» Voilà pour la question générale de la *possibilité*. Leibnitz, vous le savez, Monsieur, disait : « Avant d'étudier un fait, cherchez s'il est possible. » Les tables tournantes sont un fait possible en lui-même.

» Quant à la question spéciale du fait réalisé, la quantité, et dans cette quantité, la qualité des témoins qui l'attestent, me paraît suffisante pour obliger à l'admettre. Les tables ont donc *tourné* et *parlé*.

» Mais, après la question de réalité, vient pour moi la question de l'*utilité* des tables tournantes au beau milieu du XIXme siècle. Selon moi, si un fait comme celui-là n'était pas utile, il aurait beau être possible, il ne se serait pas réalisé.

» Je crois donc, qu'à l'époque où des corps bruts et inertes ont exécuté des mouvemens et reproduit des signes d'intelligence, il y avait *utilité* à ce que cela eût lieu ainsi.

Je ne sais pas, ignorant que je suis, tout ce à quoi pouvaient servir ces manifestations; mais je sais que, lorsqu'elles ont paru, la science, selon nos savans, n'existait que pour et par l'*observation* : la science était l'observation même, et l'observation sensuelle, la plus grossière! L'intelligence, Monsieur, avait failli, dans ces temps de lumière menteuse, devenir inutile ou superflue.

» Dieu et le diable ont vu, chacun à sa manière, le ridicule de tant de vanité, et ils ont suscité les tables tournantes et parlantes. Observateurs, inscrivez donc ces nouveaux faits d'observation.

» Je connais des savans de la veille, Monsieur, qui n'osent plus prononcer le mot *observation*, depuis qu'ils ont observé des tables tournantes.

» Le fait était donc *utile* pour le rétablissement des droits de l'intelligence. En un mot, je crois que les tables ont tourné pour la mystifica-

nous donner la sienne. Je la trouve deux pages plus loin. « La » folie est la privation du libre arbitre par suite d'un désordre » de l'entendement. » Elle est courte, précise, substantielle, comme doit l'être toute définition. Aussi vais-je peut-être vous paraître bien difficile si je vous avoue que celle-ci ne me satisfait guère mieux que les premières. Je ne ferai à M. Baillarger qu'une seule objection, qui s'applique à toutes les deux en même temps. Range-t-il donc parmi les fous, les individus en état d'ivresse, ceux qui délirent sous l'influence de la belladone, du haschich, du datura, ceux qui sont en proie au délire fébrile, etc., etc.?

M. Guislain, le savant médecin de l'Asile des aliénés de Gand, définit la folie ou plutôt la phrénopathie : « Un dérangement des facultés mentales, morbide, apyrétique, chronique, qui ôte à l'homme le pouvoir de penser et d'agir librement dans le sens de son bonheur, de sa conservation et de sa responsabilité. » Cette définition manque de précision et de clarté; mais, à tout prendre, elle n'est ni meilleure, ni plus mauvaise que les autres.

Que dire de plus de celle de M. Morel, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Maréville? « La folie est une affection cérébrale idiopathique ou symptomatique, enlevant à l'individu lésé à la fois dans ses fonctions physiologiques et psychologiques l'exercice de sa liberté morale, et constitue dès lors chez lui une dépravation maladive dans ses actes, ses tendances et ses sentimens, ainsi qu'un trouble général ou partiel dans ses idées. » De celle de M. Falret, disant (*Dictionnaire des études médicales pratiques*) : « Ses phénomènes essentiels s'observent dans les principales fonctions du système nerveux, l'intelligence, la sensibilité et les mouvemens volontaires, et cette maladie est surtout caractéristique par le désordre prolongé et sans fièvre des facultés intellectuelles et morales. » Ou enfin celle de M. Moreau, de Tours, qui a soulevé la dernière discussion académique : « La folie est le rêve de l'homme éveillé. »

Croiriez-vous que cette définition si concise, si séduisante au premier abord dans sa forme axiomatique, émane précisément de l'homme qui a le plus insisté peut-être sur la nécessité scientifique de matérialiser la folie dans une altération de la substance cérébrale? Je n'en dirai rien de plus aujourd'hui, pressé que je suis d'en finir avec cette nomenclature un peu aride et que je serais obligé d'allonger indéfiniment si je voulais la faire complète. L'espace me manque et j'ai encore beaucoup à dire sur cette question. Cependant vos lecteurs ne me pardonneraient peut-être pas, si je ne leur donnais quelques échantillons des définitions allemandes. Celles-ci ont bien aussi leur prix et leur saveur. Jugez-en plutôt.

Selon Henk, la folie est cet état de la conscience qui ne permet pas de distinguer le subjectif de l'objectif, les sentimens intérieurs des impressions du monde extérieur.

Walter reconnait une maladie psychique, lorsque l'une des trois principales facultés de l'intelligence humaine devient si prépondérante, que l'indifférence est détruite.

Enfin, d'après Groos, les maladies mentales sont celles qui qui résultent du concours malheureux, d'une négation psychique et d'une affirmation corporelle.

Que vous en semble et qu'en dites-vous? Quant à moi, je vous le dit bien bas et à ma grande honte, je suis de ceux qui ont le malheur de ne pas comprendre l'allemand, même lorsqu'il est traduit en français.

N'allez pas croire maintenant, mon cher Monsieur, que je ne sois mû dans tout ceci que par le vain plaisir de faire étalage d'érudition, ou de discréditer aux yeux de vos lecteurs une science que j'aime, et à l'étude de laquelle j'ai consacré tous mes instans depuis de longues années. Non, mon but est plus élevé est plus sérieux. Je tenais d'abord à bien démontrer, et quoi de plus probant que cette nomenclature, qu'il est impossible, *dans l'état actuel de la science*, de faire une bonne définition de la folie. Mais je tiens en même temps à bien établir que cette impossibilité vient surtout de ce que la doctrine, qui se cache sous toutes ces définitions si dissemblables en apparence, est la même pour tous; de ce que, pour tous les médecins que je viens de nommer, la folie est un composé bizarre, incohérent, impossible de symptômes de l'ordre organique et de phénomènes de l'ordre de la pensée; de ce qu'enfin il n'est pas même venu à l'idée d'un seul d'entre eux que tous ces phénomènes, si disparates, pourraient fort bien appartenir à deux ordres de causes parfaitement distinctes, et souvent indépendantes les unes des autres. Je m'explique.

Il est évident que le caractère essentiel de la folie, celui qui la constitue d'une manière irrécusable, c'est le trouble plus ou moins complet des facultés intellectuelles et morales. Il est aussi incontestable que chez beaucoup de fous, surtout au début de leur cruelle affection, ce trouble des facultés intellectuelles et morales s'accompagne de symptômes physiques, signes évidens d'un retentissement plus ou moins grave de la maladie morale sur l'organisme tout entier. Mais ces derniers symptômes peuvent manquer et manquent en effet souvent, sans que pour cela il y ait rien de changé à la nature intime de l'affection; le plus ordinairement, quand ils existent, ils cessent au bout d'un certain temps, lorsque l'économie s'est accoutumée, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, à la vie nouvelle que la folie lui a faite. Ce ne sont donc, à vrai dire, que des complications, qu'il est d'une importance extrême de distinguer dans la pratique, du désordre des passions et des idées. Car les uns et les autres exigent, comme je vous le dirai par la suite, des moyens de traitement tout à fait différens.

C'est ce que M. Leuret avait parfaitement compris, lorsqu'il dit en commençant son livre *sur le traitement moral de la folie* : « La folie consiste dans l'aberration des facultés de l'entendement; elle n'est pas comme les maladies ordinaires, caractérisée par des symptômes physiques, et les causes qui la produisent, quelquefois appréciables aux sens, appartiennent, le plus souvent, à un ordre de phénomènes complétement étrangers aux lois générales de la matière : ce sont des passions et des idées : » Et lorsque quelques pages plus loin, il ajoute : « Mais ici il faut établir une distinction de la dernière importance. Parmi les aliénés, les uns ont seulement un dérangement de la raison, les autres ont, en outre, une lésion physique, et présentent des symptômes qui tombent sous les sens, comme sont la paralysie, l'apathie, l'agitation, la loquacité, la fièvre, etc. »

M. Leuret ne tombe pas dans le même travers que les autres médecins aliénistes; il se garde bien de faire une définition de la folie, qui, pour être complète, aurait exigé des détails beaucoup plus étendus. Il se contente de la décrire comme il la comprend, et il revient, dans une foule de passages de son livre, sur l'utilité de cette distinction fondamentale qu'il avait signalée en commençant. Mais il n'a pas, à mon sens, assez insisté sur sa nécessité absolue, tant au point de vue de la classification des maladies mentales qu'au point de vue de leur traitement. Il n'a pas essayé de découvrir le vice radical de toutes les classifications proposées de nos jours, qui toutes s'appuyent sur la confusion que j'ai indiquée plus haut. Enfin, il s'est malheureusement gardé de soumettre au creuset de sa critique, si sûre et si impitoyable, les recherches anatomo-pathologiques des modernes sur le siége et la cause organique de la folie. Mais il n'a pas proclamé assez haut cette vérité capitale : *Que, chez les fous, l'autopsie ne révèle d'altérations matérielles dans l'encéphale, qu'autant que ceux-ci ont présenté, pendant leur vie, des symptômes physiques bien déterminés.* Cette proposition est assez grave pour exiger quelques développemens. Elle fera, si vous le permettez, le sujet d'une troisième lettre que je vous adresserai dans quelques jours.

Recevez, mon cher Monsieur, l'expression, etc.

Dr E. Lisle.

Paris, le 3 Septembre 1855.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Service de M. Bouchut.

Sommaire. — Hémiplégie instantanée : oblitération des sinus de la dure-mère; méningo-encéphalite; tubercule de la méninge; tubercules du poumon; pneumonie lobulaire; plaques de Peyer hypertrophiées; mort.

L'hémiplégie instantanée chez les enfans, dans quelque circonstance que ce soit, est une chose rare; et, en dehors des hémorrhagies cérébrales ou de tout autre phénomène précurseur, c'est un fait absolument exceptionnel. La jeune enfant dont nous allons rapporter l'histoire en a offert un exemple curieux, autant par la cause anatomique que par les troubles dynamiques secondaires qui se sont manifestés, et qui ont pu servir à en éclairer la nature intime.

Marie Coudray, âgée de 7 ans, née de parens bien portans, ayant sept frères ou sœurs très sains (un seul mort de croup), est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie le 27 décembre 1854, au n° 3 de la salle Sainte-Marguerite.

Cette enfant a toujours été à peu près bien portante. A un an, elle a eu la rougeole, suivie d'une éruption de gourmes qui a duré assez longtemps. Elle n'a jamais eu de convulsions ni d'accidens nerveux d'aucune nature. Son intelligence est peu développée; elle parle difficilement et paraît absorbée en elle-même.

Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital, elle a eu sur le visage des rougeurs dont la nature nous a paru difficile à déterminer.

Le 15 décembre au matin, lors du réveil, elle était dans son lit, complétement paralysée du côté gauche. On s'aperçut que l'enfant couchait contre une fenêtre laissée ouverte par mégarde depuis plusieurs jours, L'hémiplégie persista dans la journée du 26, et elle fut présentée à l'hôpital le 27 décembre.

Au moment de la visite, les membres supérieur et inférieur étaient dans la résolution la plus complète, entièrement privés du mouvement, mais la sensibilité restait intacte. La paralysie n'était pas appréciable sur le visage. Point de vomissemens; selles faciles, soumises comme les urines à l'excrétion volontaire. Pas de fièvre.

Douze heures après l'entrée, des douleurs se montrèrent dans le bras et la jambe paralysés, mais l'état général ne changea pas. Bon appétit. Digestions régulières.

Le 29 décembre, l'hémiplégie diminue, et l'enfant agite le bras et la jambe paralysés. Les douleurs persistent.

Le 31, la paralysie diminue beaucoup.

Le 3 janvier 1855, la paralysie a presque entièrement disparu, et l'enfant est très bien, sauf quelques douleurs dans le bras. Elle mange bien; pas de vomissemens, selles régulières, pas de fièvre.

Le 4, grande chaleur à la peau, soif vive, rougeur du visage, pouls fréquent à 124; pas de vomissemens; selles régulières.

Le 5, amélioration; et les jours suivans, la fièvre disparut presque complétement. La paralysie était à peine appréciable.

Le 8, vers le soir, il survient une fièvre vive, accompagnée de céphal-

---

tion des savans, qui avaient dégradé la science jusqu'à la réduire à ce qu'ils appelaient l'*observation sensuelle*.

» Je voudrais pouvoir vous dire les dégâts qu'a produits cette dernière prétention; mais lisez, dans la *Revue médicale*, la discussion de doctrine qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, et vous jugerez par vous-même.

» Monsieur, si vous cherchez, avec votre esprit méditatif, quels sont les deux élémens dominans de notre vanité moderne, vous trouverez celui que je viens de signaler : l'*observation-science*, et puis un autre.

» Cet autre, Monsieur, c'est l'idéal que notre siècle se fait d'un grand homme! Est-ce qu'un saint est un grand homme aujourd'hui? Quel est le membre de l'Institut qui ne se croie pas plus grand que saint François de Sales, que saint Vincent de Paul?

» Ceci appelle une autre mystification. Dieu et le diable nous doivent un grand homme moderne; ils le feront : attendez un peu.

» En résumé, Monsieur, les tables tournantes et parlantes, à mon sens, ne sont pas un fait ordinaire; comme fait extraordinaire, je crois que je trouverais dans votre livre des *Esprits* maint passage à l'appui de l'*utilité* que je leur prête.

» Recevez, Monsieur, avec l'expression du haut prix que je fais de vos travaux, l'assurance de ma respectueuse amitié.

» Dr Sales-Girons,
» Rédacteur en chef de la *Revue médicale*. »

Notre savant confrère et ami, M. Brierre de Boismont, qui a combattu avec tant d'éloquence et de persuasion la doctrine moderne sur les hallucinations, accepte-t-il, repousse-t-il la doctrine des esprits? Sa prudente lettre à M. de Mirville n'aidera pas beaucoup à la solution du problème. Je la cite néanmoins :

14 Mars 1855.

« Monsieur, vous m'avez fait l'honneur de me demander mon avis » sur le chapitre des *tables tournantes*, que vous vous proposez » d'ajouter à la quatrième édition de votre ouvrage. J'ai vu les tables » tourner, et je ne les ai jamais vues répondre d'une manière satisfaisante aux questions qui leur étaient adressées. Il m'est cependant » impossible de nier que des personnes instruites, très dignes de foi, » ne m'aient déclaré avoir été maintes et maintes fois témoins de ce » fait. D'ailleurs, l'histoire est là pour attester les phénomènes singuliers qui se sont produits dans les Cévennes, à Saint-Médard, etc., » phénomènes dont la science n'a pas donné l'explication complète, etc.....

» Veuillez, etc. Brierre de Boismont. »

J'ai publié dans le temps, ici même (23 décembre 1853), une lettre très curieuse et très explicite de M. le professeur Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, à M. de Mirville. L'adhésion d'un doyen, quand il n'y en avait que trois en France! C'était énorme, s'écrie avec raison M. de Mirville. « Aujourd'hui, ajoute-t-il, nous ne pouvons pas dire que nous en ayons deux, mais on va pouvoir s'assurer que l'ex-doyen de Montpellier, l'illustre physiologiste Lordat, ne s'*indigne* pas par trop contre des idées qu'il ne partage cependant pas encore. »

Voici en effet la lettre de M. Lordat :

6 Avril 1855.

« Votre livre m'a enchanté, Monsieur, et quoique je conserve encore » quelques doutes sur votre thèse, je suis tenté de croire qu'il existe » entre vous et moi, une sorte de sympathie... Je recevrai votre nouveau travail, non seulement avec reconnaissance, mais avec une sorte » d'avidité. Si dans ma position.... je ne puis exprimer une proposition doctrinale, que, lorsque j'en puis fournir la démonstration par » moi-même, cela ne veut pas dire que je rejette tout ce qui ne m'est pas » prouvé de cette manière.... Les causes invisibles, dont vous vous » occupez, peuvent m'être fort utiles à connaître, mais elles n'entrent » pas dans ma didactique publique. Votre nouvel écrit deviendra pour » moi du plus grand intérêt, je le verrai, m'en pénétrerai et vous communiquerai finalement, tout ce qu'il m'aura suggéré.

» Veuillez agréer, etc. Lordat. »

Le P. Ventura aurait-il prophétisé juste quand il disait dans sa lettre devenue célèbre, et que j'ai également publiée : « Ce sont les savans et les médecins, que vous convertirez les premiers à vos doctrines. » Ce qu'il y a de certain, c'est que M. de Mirville affirme que la plupart de ses faits lui arrivent maintenant par les médecins, « sans qu'aucun d'eux consente à les signer encore. »

Parmi les faits mystérieux et surnaturels racontés par M. de Mirville il est fort difficile de faire un choix, car ils sont tous aussi renversans les uns que les autres et les témoignages ont une égale valeur. Ce sont des tables qui se soulèvent par la seule imposition des mains, à distance; des tables qui dansent le menuet ou qui courent après des papillons; des corbeilles qui se tordent et s'enfuient en rampant devant un livre d'évangiles; des pianos pesant 300 kilogrammes enlevés du sol et faisant entendre des détonations effrayantes; des bâtons qui s'animent, qui s'irritent et qui veulent donner une volée à des enfans irrévérencieux; des arbres qui parlent comme ceux de Dodone; des esprits qui mordent jusqu'au sang la main d'une jeune dame fort effrayée; d'autres esprits qui proposent des pactes diaboliques à leurs imprudens évocateurs. Et parmi les faits de ce genre celui-ci comme spécimen : « Chez un savant médecin de nos amis, le crayon écrivit » textuellement cette phrase : « Si tu veux te livrer à moi, âme, esprit » et corps, je comblerai tous tes désirs, même celui qui te tient le plus » cœur en ce moment. Si tu y consens, signe ton nom au-dessous du » mien, et tout sera dit..., et l'esprit signait *Gielf*... et le médecin tremblait... et ne signait pas! » Ce médecin, que M. de Mirville ne nomme pas, je le connais, c'est un médecin éminent par la science et par la hiérarchie, j'ai eu l'honneur d'avoir avec lui plusieurs entretiens sur ce sujet et je le déclare aussi convaincu de la croyance aux esprits que M. de Mirville lui-même. J'espère bien qu'il continuera à trembler devant les suggestions de *Gielf* et qu'il ne se donnera pas au diable.

J'arrête ici ma promenade dans les pages de ce livre qui finirait par me donner le vertige. Je crois en avoir assez dit, non pour fixer le lecteur sur la valeur de ce nouvel ouvrage de M. de Mirville, ce n'était pas mon but, mais pour l'engager à le lire s'il désire se tenir au courant de la disposition des esprits, et surtout d'une certaine classe de la société, relativement aux croyances au surnaturalisme. Le médecin doit connaître les ouvrages, si répandus dans le monde, de M. de Mirville, dans le double intérêt de la prophylaxie et de l'étiologie. Il aura certainement à en défendre la lecture à quelques idiosyncrasies prédisposées, à ces organisations pour lesquelles le Dieu qui

Se dérobe au savant, se révèle au cœur tendre,

comme le rappelle poétiquement M. de Mirville lui-même. La société actuelle, et dans son état actuel, n'est pas d'un tempérament à lire sans danger des ouvrages de ce genre. Je supplie M. de Mirville, dont la pureté et l'honnêteté intentionnelles sont si évidentes, de faire une enquête auprès des médecins manigraphes, et je suis sûr qu'il comprendra le but et l'intention de mon humble supplique.

Amédée Latour.

algie intense et de vomissemens bilieux qui durèrent jusqu'à la mort; ils se reproduisirent tous les jours et deux à trois fois par jour. Constipation, pas d'appétit, soif ardente.

Le 9, mêmes douleurs dans la tête, vomissemens, constipation, fièvre intense, 140 pulsations. — Six sangsues aux oreilles.

Le 10, même état, deux vomissemens.

Le 12. Les douleurs semblent cesser, mais l'enfant tombe dans un état de somnolence assez prononcé, et son pouls devient plus calme. La chaleur fébrile disparaît et les vomissemens persistent. Vers le soir, survinrent des convulsions dans les membres et dans les muscles du visage, avec cris hydrencéphaliques; la face était rouge, vultueuse, la bouche tordue, les yeux divergens avec dilatation des pupilles. Perte de l'ouïe, de la vision et de la faculté de sentir. Dans les intervalles des convulsions, il y a résolution des membres. La respiration est incomplète, irrégulière, suspirieuse; la peau très chaude; le pouls régulier, fort, à 160.

Le lendemain, 14 janvier, on la trouva dans la même situation. A six heures, elle succomba.

Nécropsie trente-quatre heures après la mort.

Enveloppes du cerveau. — Les os du crâne ont une épaisseur considérable. Dans le sinus longitudinal supérieur, se trouve un caillot très long et complétement décoloré. Les autres sinus sont gorgés d'un sang épais et noir.

L'arachnoïde est fortement injectée, et les veines qui rampent audessous d'elle dans la pie-mère, sont remplies de sang. Il y a adhérence de la substance cérébrale, à la pie-mère et à l'arachnoïde dans la plus grande étendue des hémisphères cérébraux.

Dans l'intérieur de ces membranes, au niveau de la scissure de Sylvius et à droite, existe un corps gris, opalin, du volume d'une lentille, et présentant au centre un petit noyau plus blanc. Au voisinage de ce corps, il y a d'autres granulations grisâtres, demi-transparentes, mais elles sont beaucoup moins volumineuses, et ressemblent, quant à leur consistance et leur aspect, à de la gélatine coagulée. La portion d'arachnoïde, qui revêt l'extrémité antérieure du vermis supérieur, présente un épaississement opalin verdâtre, dû à une infiltration purulente assez considérable.

Les dépendances de la pie-mère, les plexus choroïdes sont très rouges, présentent des veines volumineuses gorgées de sang. Le plexus choroïde droit, que, du reste, on ne peut enlever sans entraîner une quantité assez considérable de substance cérébrale, présente surtout cette particularité.

Cerveau. — Les circonvolutions du cerveau sont aplaties, affaissées sur elles-mêmes et ont été comprimées par la boîte crânienne par suite de l'augmentation de volume de l'encéphale due à la dilatation des ventricules latéraux par la sérosité.

La substance blanche du centre ovale de Vieussens offre un piqueté et un ramollissement considérables de la moitié postérieure de l'hémisphère gauche. La couche optique, l'ergot de Morand et la corne d'Ammon, du côté gauche, sont également le siége d'un ramollissement très prononcé. Il en est de même de la voûte à trois piliers. Ce ramollissement est tel que, sous l'action d'un filet d'eau, la pulpe cérébrale tombe en bouillie.

La moelle n'a pas été examinée.

Poitrine. — Le poumon droit offre, en arrière, à la base, des noyaux de pneumonie lobulaire discrète au deuxième degré, épars dans le lobe inférieur. On y découvre un tubercule jaune cru, du volume d'une noisette, entouré d'un certain nombre d'autres petits tubercules miliaires encore demi-transparens.

Le poumon gauche offre aussi quelques noyaux de pneumonie lobulaire au second degré.

Cœur. — Cet organe et ses dépendances n'offrent rien de particulier à décrire.

Abdomen. — L'estomac n'offre rien de particulier. L'intestin grêle présente quelques taches rouges formées d'arborisations capillaires sur la muqueuse. Çà et là les plaques de Peyer sont hypertrophiées, ramollies, mais non ulcérées. Dans le gros intestin la muqueuse offre de distance en distance des taches rouges d'arborisation capillaire, ne disparaissant pas par l'action de l'eau. Ces taches ont une étendue variable et la plupart des follicules isolés sont le siége d'une notable hypertrophie. La congestion de la muqueuse est surtout marquée vers le rectum.

Les annexes du tube digestif et les reins n'offrent rien de particulier; il en est de même dans les organes génitaux.

Il est difficile de rencontrer un fait plus intéressant pour l'analyse clinique que celui dont nous venons de transcrire les détails : hémiplégie instantanée, sans fièvre, suivie de douleurs dans les parties paralysées; disparition de la paralysie et des douleurs musculaires; persistance des fonctions digestives; retour à la santé; tel a été le début de la maladie. Apparition d'un accès de fièvre, ne laissant pas de traces de son passage. Enfin, et pour terminer la scène, fièvre nouvelle avec céphalalgie, vomissemens, coma, accidens convulsifs et convulsions générales suivies de mort. A l'autopsie, oblitération des sinus de la dure-mère; méningo-encéphalite et tubercules des méninges, etc., etc.

Quel rapport y a-t-il entre ces lésions et les troubles dynamiques observés pendant la vie? Quelle a été la cause de l'hémiplégie? Pourquoi sa disparition et le retour à la santé? Quelle a été la cause de l'accès fébrile fugitivement observé dans le cours de la maladie? Et enfin, pourquoi les convulsions et la paralysie finales? La solution satisfaisante des différens problèmes pathologiques que nous venons de poser n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire de prime-abord. Pour quelques personnes, sans doute, il ne sera pas douteux que l'hémiplégie de la jeune Coudray ne puisse être rapportée aux lésions anatomiques trouvées dans le cerveau de l'enfant. Cependant, si telle est la force et l'importance de la causalité anatomique que les symptômes expriment toujours ce siége et l'étendue des altérations survenues dans la structure des organes, l'hémiplégie, provoquée par l'oblitération des sinus de la dure-mère et le tubercule cérébral, n'aurait pas dû disparaître en quelques jours, la modification de structure persistant après le symptôme, témoin le fait de la nécropsie. Elle a cependant disparu; donc, elle n'était pas en rapport avec l'oblitération du sinus longitudinal supérieur et le tubercule du cerveau; donc, il la faut rapporter à une autre cause restée inconnue; donc, le symptôme n'est pas en rapport avec la lésion anatomique; et la pathologie analytique, telle qu'elle est généralement comprise, n'est pas encore celle qui exprime la vérité vraie de nos actes morbides.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la thèse générale du rapport inexact des lésions et des réactions ou des symptômes; mais, on peut le dire incidemment, cette inexactitude est si flagrante, que, depuis longtemps reconnue par la médecine pratique, elle tient en échec les prétentions trop absolues de l'anatomie pathologique, en tant qu'anatomie, c'est-à-dire comme base première de la médecine. Comme l'a dit M. Velpeau, les bons esprits ne partent pas de l'anatomie pathologique, ils y arrivent. Dans ce fait particulier, nulle circonstance anatomique ne fait comprendre l'hémiplégie instantanée du 25 décembre, et elle reste à l'état de phénomène dynamique inexplicable et inexpliqué. Nous croyons bien que les lésions cérébrales n'ont pas été étrangères à sa production, mais elles n'ont pu agir que d'une façon toute occasionnelle et par l'intermédiaire de quelque chose d'inconnu qui est la réaction morbide. Et, nous le répétons, la preuve que cette influence occasionnelle a été bien distincte de l'hémiplégie, c'est que la lésion persistant et s'aggravant, même au point d'entraîner la mort, l'hémiplégie n'en a pas moins disparu. Ce n'est pas le premier fait de ce genre qui ait été observé, la science en renferme d'autres semblables; et pour n'en citer qu'un seul, que rapporte toujours avec plaisir M. Rostan dans ses leçons de l'Hôtel-Dieu, nous dirons qu'un jeune employé de magasin, en course d'affaires, passait devant l'hôpital des Cliniques, et là, frappé d'hémiplégie subite, il fut transporté à l'intérieur de l'établissement, pour mourir et présenter à la nécropsie une tumeur cancéreuse énorme d'un des hémisphères cérébraux.

Comment expliquer cette hémiplégie subite dans une lésion vieille de plusieurs mois et n'ayant pas donné signe de sa présence, si ce n'est, comme chez notre malade, par une influence directement étrangère, quoique corrélative à la tumeur trouvée dans le cerveau. Tous les jours nous avons occasion de voir chez des enfans, dans le cerveau, des tubercules, même volumineux, qui n'ont jamais donné lieu à aucune réaction morbide, et que le hasard seul nous fait découvrir. Nous y avons trouvé des cysticerques. Il n'est pas d'organes, enfin, où pareille chose ne s'observe, ce qui doit singulièrement rendre circonspect, quand il s'agit de prendre pour point de départ de la médecine, les *lésions*, dans le but de pouvoir en déduire les symptômes.

Il n'est pas si facile qu'on le pense, au début de sa carrière, de comprendre les faits pathologiques, leur nature et leur signification réelle. A combien d'erreurs n'est-on pas exposé, et que de temps ne faut-il pas pour savoir lire dans la nature. Dans le cas particulier de la jeune Coudray, le début du mal est particulièrement difficile à interpréter, nous venons de le voir; sa fin, au contraire, est plus simple, et rentre dans l'ordre vulgaire de nos appréciations communes. Admettant donc l'hémiplégie dissipée en quelques jours comme un phénomène dynamique, nous voyons ultérieurement se produire les vomissemens, la constipation, la somnolence, le coma, et des convulsions mortelles, qui se rattachent, celles-ci et celles-là, assez directement à la lésion cérébrale ancienne, point de départ d'une complication récente de méningo-encéphalite. Ici, l'expérience a prononcé; sans disputer le plus ou moins de réaction offerte par la jeune malade, il est clair, et personne ne pourra le contester, qu'il y a eu rapport de causalité entre les derniers actes morbides et les lésions trouvées après la mort. Ces symptômes trompent rarement, et à moins d'être produits par une fièvre pernicieuse, leur signification est assez constamment celle d'une méningite, pour qu'on puisse en établir le diagnostic sans hésitation.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

VERTIGE ÉPILEPTIQUE TRAITÉ PAR LE CYANURE DE FER.

Grancey-le-Château (Côte-d'Or), le 4 Septembre 1855.

Monsieur le rédacteur,

J'ai l'honneur de vous adresser une observation de vertige épileptique, suivie d'une courte réflexion au sujet de l'effet exercé par le cyanure de fer sur cette maladie.

M. N..., âgé de 55 ans, d'une constitution médiocrement forte, d'un tempérament nerveux, a mené, dans le commerce, une vie assez agitée; il en a passé une partie à voyager, et quelques revers de fortune l'ont contraint à se retirer des affaires et à se livrer à un repos qu'il ne connaissait pas.

Il me consulte en juin 1851 pour les accidens suivans, qu'il éprouve depuis dix-huit mois (sa santé a été régulièrement bonne jusqu'à cette époque) : Tout à coup il tombe par terre, tantôt avec, tantôt sans connaissance; dans le premier cas, qui est l'ordinaire, il se relève de suite; dans le second, après quelques instans de perte de connaissance, celle-ci reparaît subitement et M. N... ne ressent rien jusqu'à une nouvelle chute. Les intervalles de ces attaques sont très variables; ce sont tantôt des jours, tantôt des semaines; mais depuis un mois et demi leur fréquence a augmenté. Un peu de céphalalgie, d'affaiblissement de la mémoire, des digestions assez longues; tels sont les autres petits accidens dont se plaint M. N...

Je le considère comme atteint de vertige épileptique, mais ne puis remonter chez lui à la cause de cette affection.

On a déjà dirigé contre elle les saignées générales et locales, les purgatifs; ces moyens ont tous été inutiles, et un vésicatoire entretenu à la nuque pendant trois mois a seul produit un peu d'amélioration, qui n'a pas persisté après la suppression de ce révulsif.

Je prescris à M. N... tantôt quelques cuillerées de vin de quinquina, tantôt de l'eau de Vichy aux repas et le mets à l'usage du cyanure de fer. Il prend d'abord chaque jour et pendant une semaine 20 centigr. de ce dernier médicament, puis 30 pendant un mois et, enfin, augmente chaque semaine de 1 décigr., de manière à arriver jusqu'à 8 par jour, à y rester quinze et à revenir petit à petit à la dose de 0,40 (Le remède est divisé en un certain nombre de pilules que M. N... prend dans le cours de la journée). Trois mois environ se passent ainsi, durant lesquels ce malade ne voit pas revenir un seul accès. Il suspend alors le traitement pendant quinze jours, puis le suit régulièrement pendant deux mois (à la dose de 0,40) et le cesse pour le reprendre après un nouveau repos.

Sur mon invitation, l'usage du cyanure est continué de la sorte pendant trois ans, en l'interrompant de temps en temps, et, au bout de ce terme, le malade, qui n'a ressenti aucune attaque, le cesse complètement.

Huit mois s'écoulent sans accidens; mais, tout à coup, apparaissent quelques étourdissemens, précurseurs de leur retour, et M. N... tombe de nouveau. Je le remets à l'usage du cyanure de fer; il s'y soumet comme au début et en obtient le même résultat qu'au passé; depuis huit mois il n'est plus sujet au vertige; mais cette immunité n'aura guère d'autre durée que celle du traitement qu'il suivra.

Si j'avais perdu de vue ce malade au bout de trois ans, j'aurais cru à sa guérison radicale. Une observation plus prolongée m'a appris qu'il n'en était rien, et que le cyanure de fer ne constituait chez lui qu'un palliatif, d'une puissance rare, il est vrai. Tant que l'organisme de cet homme a été imprégné de cyanure, tant que la modification produite sous l'influence de son administration a persisté, les attaques ont été conjurées; mais après une longue interruption du traitement, elles ont reparu telles qu'elles étaient auparavant.

Si les vertigineux donnés comme guéris par l'emploi du cyanure de fer avaient été privés pendant un temps aussi long que le mien, aurait-on été témoin du même fait? Deux autres observations qui me sont propres pourraient m'engager à penser qu'il n'est point exceptionnel, si je voulais porter un jugement prématuré sur cette question dont la solution offrirait un grand intérêt.

Agréez, etc.

Ch. ROUHIER,
Ex-interne des hôpitaux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Septembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Observations faites à l'observatoire météorologique de Versailles avec le papier dit ozonométrique de M. Schonbein's (de Bâle), pendant le mois d'août 1855, à 6 heures du matin, midi, 6 heures du soir et minuit.

Sous ce titre, M. le docteur BÉRIGNY lit un travail dont nous publions l'extrait suivant :

Le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie ne pouvant, à raison de son étendue, être inséré dans le *Compte-rendu*, et ne me paraissant pas susceptible d'analyse, je me bornerai à en donner un extrait, et, laissant de côté toute la série d'expériences faites à l'observatoire météorologique, je reproduirai seulement ici ce qui a rapport à une deuxième série d'observations faites dans l'hôpital militaire de Versailles, situé au sud de la ville.

Pendant dix jours, à 8 heures du matin et à 8 heures du soir, j'ai cherché à m'assurer de l'état ozonométrique de cet établissement. Voici quels ont été les résultats de mes investigations.

J'ai installé des papiers de M. Schonbein's dans les trois services, blessés, fiévreux et vénériens, les fenêtres étant restées ouvertes toute la journée, en même temps que je plaçais de ces mêmes papiers dans la cour dudit hôpital, et j'ai obtenu les effets suivans :

Les papiers exposés dans les salles sont restés douze, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures et même quinze jours sans déceler la moindre trace d'ozone, pendant que ceux qui étaient placés dans les angles de la cour fournissaient des nuances d'ozone égales à celles que j'obtenais à l'observatoire météorologique situé au nord de la ville. Les dits papiers retirés des salles après quarante-huit heures de séjour, mis en expérience dans la cour, donnèrent des degrés d'ozone de même densité que les ozonométriques nouveaux que j'avais installés dans la cour et à l'observatoire météorologique. Enfin, j'ai mis un papier ozonométrique dans une très vaste salle, très éclairée, restée vide sans malades depuis un mois et qui précédemment avait reçu des scorbutiques que l'on y avait placés dans le but de les changer d'air, et là j'ai obtenu les mêmes nuances que celles que me donnaient les papiers exposés en dehors dans la cour dudit hôpital et à l'observatoire météorologique.

Il ne me reste plus qu'à démontrer les relations qui existent entre la marche de l'ozone et celle du baromètre, de la température, de la tension de la vapeur, de l'humidité relative de l'air et du degré de sérénité du ciel pendant le mois d'août dernier.

Pour bien apprécier ces relations, mon collaborateur, M. Richard, a tracé un plan graphique représentant les rapports de l'ozone avec la marche des phénomènes météorologiques.

Il résulte des lignes représentées sur ce plan : 1° que la courbe de l'ozone est en raison inverse de celle de la température; 2° qu'elle est

en raison presque directe de la tension de la vapeur et de l'humidité relatives; 3° qu'elle est souvent en opposition avec celle du degré de sérénité du ciel.

Si l'on traduit les relations de ces courbes entre elles, il est permis de dire : 1° que lorsque la température s'élève, l'ozone diminue; 2° que lorsque la force élastique de la vapeur et l'humidité relative augmentent, l'ozone suit la même progression; que fréquemment, plus le degré de sérénité du ciel est faible, plus celui de l'ozone est considérable.

Mais un fait non moins intéressant que les précédens est celui-ci : que la courbe de l'ozone marche aussi en raison directe de celle de l'électricité atmosphérique. En effet, on trouve, dans les instructions sur l'électricité atmosphérique, publiées par M. Quetelet dans l'*Annuaire météorologique de France*, année 1850, que : 1° la courbe des variations électriques a une marche à peu près inverse de celle des températures de l'air; 2° que cette même courbe est en relation à peu près directe avec la marche de l'état hygrométrique; 3° enfin, qu'en général la différence entre le maximum et le minimum d'électricité est beaucoup plus sensible par les temps sereins que par les temps couverts. Les rapports très remarquables qui existent entre la courbe de l'ozone et celle de l'électricité ne suffisent-ils pas pour prouver que le papier ozonométrique mis en expérience à l'air libre subit réellement une décomposition par l'effet de l'électricité atmosphérique, ou, autrement dit, que l'ozone n'est autre chose que de l'oxygène électrisé; une autre preuve existe déjà, d'ailleurs, dans ce mémoire : c'est l'expérience faite par M. Silbermann qui, on se le rappelle, a obtenu une nuance d'ozone en électrisant le papier de M. Schonbein's (1). — (Comm. MM. Dumas, Boussingault, Bravais.)

Sur une nouvelle maladie glucosique et sur la glucogénie morbide en général.

Sous ce titre, M. Mariano **Semmola** fait une lecture dont nous publions l'extrait qui suit :

Après les brillantes découvertes physiologiques sur l'origine du sucre dans l'organisme animal, les anciennes théories sur le diabète ne pouvant plus se soutenir, on fut porté naturellement à étudier cette maladie sous d'autres points de vue et à déterminer surtout jusqu'à quel degré le mécanisme physiologique de la glucogénie pouvait éclaircir la question pathologique. Mais le rôle très exceptionnel joué par le glucose et la découverte de nouveaux exemples de débordemens sucrés, démontrèrent bientôt combien le problème était complexe et en rendirent la solution chaque jour plus difficile.

En attendant, sans nous dissimuler les chances possibles d'insuccès, nous avions essayé d'aborder la question sous un double point de vue. Rapporter à des conditions bien déterminées l'apparition du glucose dans l'urine, dans les différens états morbides, et trouver un point de départ expérimental pour démontrer la théorie pathologique qui en aurait dû découler : voilà les deux buts que nous nous étions proposé d'atteindre. Il est à peine nécessaire de dire que, pour accomplir la première partie de notre travail, il nous a été suffisant de poursuivre l'analyse de certains liquides animaux, en contrôlant les effets de plusieurs façons, et surtout en employant l'observation polarimétrique quand la quantité du liquide le permettait.

Il n'était pas aussi facile de saisir le second point de notre projet. Pourtant, il nous a semblé très évident qu'on pouvait être conduit à un résultat décisif par le raisonnement suivant :

Le glucose, sécrété par le foie, se détruit dans l'économie comme tous les autres hydrates de carbone, et se transforme en eau et acide carbonique. Il y a un rapport constant entre la destruction du glucose et sa sécrétion. Chaque organisme a une limite d'activité comburante, et, pour cela même, doit avoir une limite correspondante dans l'activité glucogénique; donc, l'évaluation de la vapeur d'eau et de l'acide carbonique exhalé peut fournir une mesure assez exacte de la quantité de glucose sécrété, et, par cela même, peut nous apprendre si le sucre paraît morbidement hors de l'organisme, en conséquence de l'exagération de l'activité hépatique, ou bien de l'insuffisance de la fonction respiratoire.

Pour réaliser ces déterminations, nous avons employé un appareil très simple, à l'aide duquel nous avons pu évaluer en même temps la quantité de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau expirée, et la proportion d'oxygène restée dans l'air de l'expiration. Nous avons dû renoncer à la détermination du volume d'air inspiré, parce que plusieurs expériences nous ont démontré que la respiration était toujours plus ou moins gênée quand on limitait le volume d'air qui devait servir à son entretien, et pour cela même on obtenait comparativement une diminution très sensible dans la quantité de l'acide carbonique exhalé. C'est en poursuivant ces études, que nous avons eu l'occasion d'observer cette nouvelle maladie glucosique, dont la description et les recherches constituent, en grande partie, le sujet du mémoire que nous avons eu l'honneur de vous présenter. Nous ne croyons pas que, jusqu'ici, l'histoire médicale ait présenté un exemple aussi remarquable, aussi bien défini de sueur sucrée que celui dont nous nous sommes occupé. Cette bizarre modification de la sécrétion cutanée avait lieu dans un jeune homme de 25 ans, bien portant jusqu'au commencement de la maladie. Elle avait débuté lentement, en s'accompagnant d'une faiblesse progressive des jambes, d'un amaigrissement continuel et d'une sueur très abondante. L'appétit assez développé, la soif inaccoutumée, la diminution des urines, quelque léger trouble dans la vision, et enfin une sensation de tiraillement douloureux depuis l'occiput jusqu'aux premières vertèbres du dos, constituaient le reste des symptômes.

Ce qui frappa notre attention et nous fournit ainsi le point de départ de la découverte du sucre dans la sueur, fut la légère consistance acquise par les chemises mouillées de sueur et ensuite desséchées. De ce moment nous commençâmes une suite de recherches très minutieuses sur les changemens et les rapports d'un trouble fonctionnel si ressemblant au diabète. Nous regrettons que la brièveté de cet extrait nous impose de négliger les détails très curieux de cette histoire sous le point de vue clinique; cependant il nous sera sans doute permis de rappeler qu'après des insuccès presque inévitables, en présence d'un diagnostic si obscur, le malade guérit complétement par l'emploi de fortes doses de sulfate de quinine. Les conclusions suivantes sont le résumé des résultats obtenus :

1° La quantité de sueur rendue dans une heure a été à peu près égale à 70 grammes; on pourrait donc calculer que le malade rendait au moins 1,680 grammes de sueur dans les vingt-quatre heures.

2° La quantité de glucose contenue dans la sueur a été en moyenne de 20 millièmes, ayant son maximum dans les heures de la nuit et son minimum le matin. L'alimentation exclusivement azotée ou l'emploi de quelque féculent ne changeait pas sa proportion bien sensiblement.

3° Le chlorure de sodium se trouvait aussi considérablement diminué, à faire presque douter quelquefois de son existence. Le maximum que j'ai pu obtenir dans sept analyses a été de 0gr,095 sur 69,23 de sueur, c'est-à-dire de 1,37 sur 1,000 grammes. Il était encore remarquable que sa proportion se trouvait apparemment en raison inverse de la quantité de glucose.

4° La sueur contenait une quantité considérable d'acide lactique libre.

5° La sueur du malade, excitée artificiellement par l'appareil de M. Fabre, six semaines après la guérison, ne contenait pas la moindre trace glucosique, et présentait une composition presque physiologique.

6° La quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures a été, considérée absolument, sensiblement moindre que dans l'état normal, et très considérablement inférieure à la quantité des boissons; ce qui tient sans doute à l'exagération de la sécrétion cutanée.

7° La densité des urines, en raison de leur diminution, a été plus forte que la moyenne physiologique; elle n'a été presque nullement en rapport avec la quantité des boissons ingérées, et, au contraire, elle a augmenté ou diminué en raison de la nature de l'alimentation, et par cela même en raison de la quantité des principes excrétés.

8° La quantité d'urée a été, comme d'ordinaire, un peu plus considérable en conséquence de l'alimentation animale, et, probablement, encore davantage en rapport avec la concentration des urines. En effet, elle n'a jamais beaucoup dépassé la moyenne physiologique, n'étant pas allée au delà de 22 grammes dans les vingt-quatre heures.

9° La quantité de sels fixes et indécomposables à la température rouge a été sans doute plus forte que dans l'état normal, dans ce qui se rapporte au sel marin principalement. Dans les vingt-quatre heures, le malade rendait en moyenne 11 grammes de matières minérales, qui contenaient 8 grammes environ de chlorure de sodium.

10° Le glucose n'a pas été un principe constant, et il s'est évidemment trouvé en rapport avec la qualité de l'alimentation. L'administration des féculens a rendu les urines sucrées après quelques heures, et le sucre a persisté plusieurs heures après la dernière ration mixte. L'alimentation exclusivement azotée a fait complétement disparaître le sucre de l'urine.

11° L'analyse de l'urine répétée plusieurs fois après la guérison, n'a jamais démontré la moindre trace de sucre, même quand l'alimentation était très riche de féculens.

12° Dans le cours de la maladie, la quantité de vapeur d'eau exhalée a été en moyenne de 20gr,42, et celle de l'acide carbonique expiré de 29gr,72 par heure. Dans ce moment, le rapport moyen entre le poids du corps considéré égale 1000, et la quantité d'acide carbonique expiré peut être représentée par 0gr,531.

13° Dans l'état de guérison, le même sujet rendait par la surface pulmonaire 32gr72 d'acide carbonique, ce qui constituait un rapport avec le poids du corps augmenté de 9 kilogrammes, de 0gr,495.

14° La proportion de l'oxygène dans l'air expiré a été en moyenne, pendant la maladie, de 16cc,8 sur 100, et elle est restée à peu près égale dans le retour à l'état physiologique.

15° La quantité de l'acide carbonique expiré a eu, pendant la maladie, des oscillations presque périodiques dans les vingt-quatre heures, apparemment en raison inverse de l'activité des fonctions cutanées.

16° Des oscillations, même très sensibles, ont eu lieu dans la quantité de l'acide carbonique expiré, en raison de la qualité de l'alimentation.

C'est en comparant ces résultats avec ceux que nous avons obtenus dans deux cas de glucosurie, et après avoir examiné les nombreux exemples que la physiologie et la pathologie présentent de débordemens sucrés, qu'il nous a été permis d'établir :

1° Qu'il y a une double série de maladies saccharifères : l'une qui dépend, sans aucun doute, de l'exagération dans l'activité glucogénique du foie, sans que les travaux de combustion soient tombés au-dessous du taux normal, et l'autre, au contraire, qui se manifeste très probablement à la suite d'un défaut de l'activité oxydante de la respiration, sans que la quantité de sucre sécrété soit augmenté;

2° Que la durée de ces états morbides et la quantité du sucre éliminée constituent des caractères bien tranchés des deux origines différentes que nous avons mentionnées. En effet, il est évident que l'augmentation de la sécrétion du sucre n'a rien d'absolument incompatible avec la vie, produisant seulement à la longue les conséquences ordinaires des maladies consomptives; tandis qu'une altération de la fonction respiratoire qui la rendrait insuffisante pour détruire le sucre normal, ne pourrait se concilier longtemps avec l'accomplissement des fonctions nécessaires à la vie. L'exemple que nous avons étudié et toutes les vraies glucosuries rentrent dans la première série; les débordemens sucrés qui arrivent à la suite de l'épilepsie, et, je crois, de certaines autres névroses, constituent des cas très nets de la seconde. — (Comm. MM. Pelouze, Rayer, Bernard.)

Mémoire sur la physiologie pathologique du second temps de la marche.

Ce travail, de M. le docteur **Duchenne de Boulogne**, a été inséré *in extenso* dans l'**Union Médicale** des 13 et 15 septembre 1855. — (Com. MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

— M. **Hubertz** adresse, pour la commission du prix Bréant, l'analyse écrite en français d'un ouvrage qu'il a présenté récemment au concours pour ce prix, un rapport sur l'épidémie cholérique de Copenhague.

Nous extrayons de cette analyse le paragraphe suivant :

« Parmi les hommes qui, pendant la durée de l'épidémie furent employés à vider les fosses d'aisance, même celles qui recevaient les déjections des cholériques, pas un ne fut attaqué du choléra. Ce fait a été constaté par une enquête spéciale; il en fut de même des ouvriers employés à la fabrication des cordes de boyau, de la colle forte, à la préparation des poissons secs; il en fut de même pour les hommes habituellement ou alors passagèrement employés dans quelques autres professions qu'on regarde habituellement comme insalubres à cause des émanations putrides auxquelles elles exposent. Nous ajouterons que les individus employés au transport des malades ou des morts, ainsi que ceux qui creusèrent les fosses, furent pour ainsi dire complétement épargnés. »

— M. **Flourens** communique l'extrait suivant d'une lettre qui lui a été adressée par M. **Schiff** :

« Mes résultats concernant l'influence des nerfs sur la nutrition des os se sont constatés depuis dans mes recherches ultérieures. Un fait qui m'a surtout paru digne de fixer l'attention, c'est que *les plaques osseuses dans la sclérotique* des oiseaux de proie subissent aussi les changemens paraleptiques après la section du nerf de la cinquième paire d'un côté. Sur de jeunes oiseaux, on les voit se condenser et s'hypertrophier quelques semaines après la section du côté opéré, et la différence entre les plaques des deux côtés devient très tranchée. L'os malade devient plus grand, plus gros et surtout plus épais, de sorte qu'il perd en grande partie sa transparence. Ce sont vos recherches sur la coloration de ces os par la garance qui m'ont suggéré les expériences récentes dans lesquelles j'ai voulu examiner si la nutrition de ces os est, sous tous les rapports, analogue à celle des autres.

» Vous vous rappelez que vous m'aviez conseillé de scier les os hypertrophiés; c'est ce que j'ai fait plusieurs fois, et, comme vous l'aviez prévu, j'ai trouvé aussi des couches superposées formées par le périoste interne.

» J'ai trouvé que chez les hérissons, pendant la léthargie hibernale, la paralysie des nerfs produit les mêmes changemens sur la nutrition des os que dans l'état normal.

» Je viens d'apprendre que récemment M. Brown-Séquard est arrivé, relativement aux faisceaux de la moelle épinière et leur relation à la sensibilité, à des conclusions analogues aux miennes, que j'ai déduites des expériences dont j'ai eu l'honneur de répéter une partie en votre présence, et j'espère que cela contribuera à détruire en France le reste des opinions vagues que les théories de Charles Bell ont répandues sur les faisceaux de la moelle. »

Détermination de la quantité d'acide phosphorique contenue dans les vins. — Partant du fait que le Malaga laisse déposer après addition d'ammoniaque un précipité de phosphate ammoniaco-magnésien, et eu égard à l'importance de l'acide phosphorique dans la nutrition, M. V. Kletzinsky, de Vienne, a entrepris l'analyse d'un grand nombre de vins pour déterminer leur valeur en matières extractives, en alcool et en acide phosphorique. Il montre, en passant, que le phosphate de chaux donné sous toutes les formes, soit comme écailles d'huîtres, soit comme os calcinés, etc., ne pouvait remplacer celui qui se trouve combiné naturellement avec des matières organiques, comme avec le caséum du lait; les phosphates des vins ne sont donc pas de simples solutions, et nous trouvons effectivement que les vins employés comme reconstituans, sont aussi les plus riches en cet acide, qui s'y trouve à l'état de phosphate de magnésie. Le plus riche est le Tokay, qui contient près de 5 p. 1000 d'acide; le Malaga 4, le Madère 3 3/4, beaucoup de vins de la Hongrie entre 4 et 3, le Chypre 3 1/3, le Château-Lafitte 2, les vins du Rhin et de la Moselle entre 2 et 1, le Champagne (crème de Bouzy) 1 1/4 p. 1000. — (*Wiener med. wochenschr.*, 1855, n° 20.)

(1) M. Silbermann a fait, à Paris, pendant tout le mois dernier, au Conservatoire des arts et métiers, à 6 heures du matin et à 6 heures du soir, des expériences avec le papier ozonométrique de M. Schonbein's, sans pouvoir obtenir la moindre trace d'ozone, tandis qu'à Versailles, dans le même temps, j'ai toujours recueilli les nuances d'ozone les plus foncées.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 114. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 25 Septembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

LITHOTRITIE.

DE LA LITHOTRITIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE SON APPLICATION (1) ;

Par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine.

De la lithotritie chez les vieillards.

Chez les vieillards, la lithotritie est, en général, facile, et ses chances de succès, à moins de contre-indication positive, sont incomparablement plus grandes que celles de la taille. Toutefois, la tendance de la vessie à se laisser distendre par l'urine nécessite une attention particulière sur les conditions de cet organe et sur celles de la prostate. Il faut souvent recourir, pour faire sortir les détritus, d'un côté au brise-pierre à cuiller, et de l'autre à des injections répétées, à l'aide d'une seringue à hydrocèle et d'une grosse sonde de gomme élastique. Par l'emploi combiné de ces moyens, on supplée à l'action de la vessie, et l'on parcourt assez fréquemment les différentes périodes du traitement sans observer d'accident grave.

Contrairement à ce que l'on remarque chez les enfans, la récidive de l'affection calculeuse est fréquente chez les vieillards. Cela provient de deux causes, toutes deux inhérentes à l'âge avancé. D'un côté, les urines sont ordinairement chargées d'acide urique et tendent à déposer du sable de cette nature dans les reins, les bassinets, les uretères, la vessie, lequel sable devient élément d'abord de gravier, puis de pierre ; de l'autre, la faiblesse de la vessie et la disposition souvent catarrhale de cet organe favorisent singulièrement le séjour et l'accroissement des concrétions calculeuses dans cet organe. C'est le cas d'employer, comme moyen préservatif de la récidive, les injections d'eau simple ou d'eau rendue plus ou moins détersive, stimulante ou astringente, et de les répéter souvent et longtemps.

(1) Voir les numéros des 14, 21, 28 Août, 4, 11 et 18 Septembre.

De la lithotritie chez la femme.

Jusqu'à présent, nous avons parlé de la lithotritie comme si elle était pratiquée chez l'homme seul. Il n'en est pas ainsi. La femme, à la vérité, est bien moins souvent que l'homme affectée de la pierre ; mais elle l'est quelquefois, et j'ai eu l'occasion de pratiquer la lithotritie chez un certain nombre de personnes du sexe.

Ici, comme chez l'homme, cette opération peut être faite à tous les âges. Je l'ai pratiquée aux deux limites extrêmes de la vie, chez une petite fille de 3 ans, qui m'avait été confiée par mon très regrettable collègue Baron père, et que dans le temps j'ai présentée à l'Académie de médecine, et chez une dame plus qu'octogénaire, affectée d'une très grosse pierre, que j'ai eu le bonheur de guérir sous les yeux du professeur Jules Cloquet, son médecin ordinaire, avec le bon concours de M. le docteur Giroux de Buzareingues, aujourd'hui membre du Corps législatif. Il en a été de même de toutes les personnes du sexe que j'ai opérées ; elles sont toutes guéries. Aucune d'elles n'a éprouvé d'accident grave ; une seule s'est trouvée, dans le cours du traitement, amenée à une faiblesse qui nous a occupés, M. le docteur Monneret et moi, mais à laquelle mon savant confrère a remédié par divers moyens, et entre autres par le quinquina.

On conçoit que la lithotritie chez la femme doive être plus facile que chez l'homme pour plusieurs raisons : et d'abord à cause du peu de longueur de l'urètre, de sa largeur, de son extensibilité, de l'absence de la prostate, ainsi que de la rareté des maladies de ce canal et de celles de la vessie. Toutefois, la sensibilité plus vive de la femme demande considération, et l'on peut être conduit à recourir aux moyens anesthésiques pour parer à ses inconvéniens. C'est ce qui m'est arrivé chez une dame de la société, que mon honorable collègue M. Émery m'a fait opérer lors de la grande vogue du chloroforme. Mais il est résulté de là une nécessité que nous eussions voulu éviter dans une opération aussi simple, celle de nous adjoindre plusieurs confrères : un pour administrer le chloroforme, d'autres pour maintenir les membres, en cas de réveil intempestif.

On comprend aussi que la récidive doive être bien moins à craindre chez la femme que chez l'homme, et qu'il y ait moins de précautions à prendre pour la prévenir. Néanmoins, parmi ces précautions, il peut y en avoir de particulières à la femme. Ainsi, chez une femme que j'ai lithotritiée pour une pierre phosphatique, formée sous l'influence d'un catarrhe de vessie, causé lui-même par une fistule vésico-vaginale, j'ai dû, dans le but d'éviter la récidive, m'attacher à la guérison de la fistule, ce que j'ai obtenu par la cautérisation avec le nitrate d'argent et des soins prolongés.

A part ces quelques différences, la lithotritie chez la femme ressemble en tous points à la lithotritie chez l'homme. Je n'ai rien à ajouter à ce que j'en ai dit.

De la lithotritie urétrale.

J'ai dit, en traitant des accidens de la lithotritie vésicale, que des fragmens de pierre, trop gros pour sortir naturellement de l'urètre, pouvaient s'engager dans ce canal, que ce fait, très fréquent lorsque la lithotritie était pratiquée avec la pince à trois branches, était devenu assez rare depuis qu'on fait usage du brise-pierre courbe à deux branches. J'ai ajouté, en parlant de la lithotritie chez les enfans, que l'extensibilité de la partie profonde de l'urètre et le peu de développement de la prostate y exposaient dans le premier âge bien plus qu'à un âge plus avancé, et qu'il en résultait quelquefois de grandes difficultés pour conduire l'opération à bon terme. Outre cette circonstance de l'arrêt d'un fragment dans l'urètre, qui, lorsqu'il se prolonge, peut nécessiter une division mécanique, il en est une autre qui met le praticien dans l'obligation d'y recourir assez souvent, c'est celle d'un gros gravier ou d'un petit calcul engagé dans l'urètre, et s'y étant arrêté de manière à gêner plus ou moins le cours de l'urine, ou même à l'intercepter tout à fait. Or, il y a à cet égard une différence, pour les effets, entre les fragmens de calculs arrêtés dans l'urètre et les graviers qui sont dans la même position. Les premiers peuvent gêner plus ou moins le cours de l'urine, mais ils ne l'interrompent presque jamais, sans doute à cause de l'irrégularité de leur surface ; tandis que les graviers et les calculs, en raison de leur forme arrondie, l'obstruent quelquefois au point de ne pas laisser sortir une goutte d'urine. Aussi, pour les fragmens de calculs, je n'ai guère recours à la division mécanique que dans le cas où, me présentant pour une nouvelle séance de lithotritie, j'éprouve un obstacle à l'introduction des instrumens jusque dans la vessie ; tandis que, pour les graviers et les calculs, j'ai presque toujours procédé à l'extraction immédiate, avec ou sans division préliminaire.

Feuilleton.

LETTRE A M. LE DOCTEUR CERISE.

(Cette lettre a été communiquée à M. Cerise avant sa publication. Notre honoré confrère, qui en a voté l'impression des deux mains, sait aussi que toute liberté lui sera laissée d'y répondre. — A. L.)

J'ai lu, Monsieur, avec toute l'attention dont je suis capable, le feuilleton de l'UNION MÉDICALE, à la date du 18 août dernier. C'est un fragment de l'Introduction qui précédera une nouvelle édition du livre de Cabanis que vous préparez, et cette Introduction sera intitulée : *Essai sur les principes et les limites de la science des rapports du physique et du moral.*

Cette lecture m'a remis assez vivement en mémoire une réflexion, trop oubliée, de Jean-Jacques. « Je comprends que le méchanisme du » monde peut n'être pas intelligible à l'esprit humain ; mais sitôt qu'un » homme se mêle de l'expliquer, il doit dire des choses que les hommes » entendent. » Je dis que ce précepte est oublié, peut-être ai-je tort. Il n'est pas suivi, voilà tout. Mais il est possible qu'on croie le suivre ; on croit qu'on est entendu des autres hommes parce qu'on suppose chez eux, aussi bien que chez soi, l'habitude des méditations abstruses. C'est, en général, trop de modestie. Il arrive que ceux à qui l'on s'adresse, peu familiarisés avec certaines études ou ignorant certaines méthodes, sont incapables de saisir et de juger les résultats auxquels mènent ces méthodes et ces études. Il vaudrait mieux être un peu long que de devenir obscur. Du moins j'ai souvent pensé que la plus grande gloire à laquelle pût prétendre un écrivain était d'être compris, non par le plus grand nombre de ses lecteurs, mais par tous sans exception. Car quiconque lit a le désir de comprendre. On doit tenir à honneur, il me semble, de satisfaire un tel désir, et ce doit être une grande jouissance que de l'avoir satisfait. Monge et Arago resteront comme des types parfaits de professeurs, parce qu'ils se sont constamment préoccupés de ne laisser jamais un seul point obscur, ou seulement douteux, dans l'esprit du plus infime de leurs auditeurs. Ils estimaient, à l'égal d'un service, qu'on leur signalât le moment où ils avaient cessé d'être intelligibles. Ils recommençaient alors et mettaient une opiniâtre persévérance à ce que leur parole fût enfin limpide pour tous ; même pour les plus mal doués et les plus rebelles aux choses de l'entendement.

Je suis, Monsieur, une de ces intelligences rétives ; voulez-vous me permettre de vous dire ce que je ne comprends pas dans ce que je viens de lire de vous ? Je ne fais pas ici de vaine humilité. J'ai peu de vanité, je le crois, et je ne suis pas humble. Je tâche d'être simple et d'y voir clair tout bonnement. Les questions philosophiques m'ont toujours intéressé et m'intéressent encore beaucoup, mais elles sont, pour moi, remplies d'obscurités. J'ai cru pendant longtemps qu'elles n'étaient obscures que pour moi ; je crois encore aujourd'hui qu'il y a sans doute beaucoup de la faute de ma faiblesse et de mon ignorance ; mais il me semble que cela tient aussi à la manière dont elles sont traitées. Dans tous les cas, je suis convaincu maintenant qu'elles sont obscures pour bien d'autres que pour moi, sinon pour tous. C'est là, je le pense, une des raisons du discrédit et du dédain où elles sont tombées dans le monde médical, pour ne parler que de celui-là. Je le demande au sens si pratique, à la raison si impartiale de M. Amédée Latour, qui, souvent, à cette place même, a déploré ce malheur des temps. Je vous le demande à vous, Monsieur, qui avez fait tant de généreux efforts pour élever bien haut le drapeau sur lequel est inscrit : Philosophie de la science. Vous avez dû, plus d'une fois, gémir en considérant l'insuffisance de la phalange ralliée à votre voix. Comment voulez-vous que l'on s'aventure et que l'on reste dans des régions où la lumière ne se fait pas ? A d'autres époques, je le sais, ces régions étaient très fréquentées, et il n'y avait pas plus de lumière qu'à présent. Oui, mais on l'espérait, et l'espérance s'est lassée. De nos jours, les besoins logiques dominent tous les autres. Qu'on s'en applaudisse ou qu'on le déplore, le mieux qu'il y ait à faire, c'est de leur donner satisfaction. Qu'est-ce que l'on risque ? Il y a une montagne d'inertie, il faut aller à elle ; il faut y aller avec toutes les lumières possibles afin de ne pas s'égarer... Il faut n'émettre que des idées nettes ; il faut ne pas écrire un seul mot qui ne puisse être compris.

Je commence la série de mes points d'interrogation.

Si je vous disais, Monsieur, que je n'aime pas la façon dont vous entrez en matière ; dédaignant une semblable impertinence, vous hausseriez les épaules et penseriez que mon goût personnel n'a que faire dans une discussion sérieuse. Vous auriez mille fois raison, et, cependant, votre dédain même me justifierait. Vous débutez, en effet, par nous apprendre ce que la science des rapports *doit* faire et comment elle *doit* se faire. Cela veut dire que vous aimez mieux qu'elle arrive à ce résultat qu'à tel autre ; vous voulez qu'elle confirme vos prévisions et non celles de votre voisin. Cela est peut-être naturel, mais enfin vous nous donnez votre goût ; c'est votre sentiment, très élevé sans doute, mais enfin c'est votre sentiment individuel. A la vérité, ce sentiment s'appuie sur des raisons. Je les examinerai. Ce que je voulais constater, c'est qu'abordant le difficile problème de l'organisme humain et de sa nature intime, vous affirmez d'emblée que cette nature est double. Au lieu de convier les esprits contemporains à l'examen méthodique de cette question, la plus ardue, la plus importante et la plus controversée de toutes celles qui regardent l'homme, vous les adjurez de la résoudre dans un certain sens... qui est le vôtre : « Les deux écueils du panthéisme et du matérialisme, dites-vous, *doivent* être évités à tout » prix. » — « Elle *doit* (la science) accepter pour point de départ la » distinction des deux élémens dont elle a pour objet de coordonner » les relations phénoménales ; elle *doit* reconnaître la présence de » deux forces, etc., etc... »

Est-ce avec ces dispositions d'esprit qu'il convient d'aborder les études scientifiques ? Faut-il, quand on demande ses secrets à la nature, se poser en face d'elle en pédagogue plutôt qu'en observateur attentif ? Est-ce un bon moyen de la rendre féconde que de commencer par la violer ?

C'est, Monsieur, ma première question.

J'examine maintenant vos raisons :

« Si ces deux ordres de phénomènes, dites-vous, cessaient d'être

Qu'il s'agisse d'une pierre, d'un petit calcul ou d'un fragment de pierre, je procède à la lithotritie urétrale avec le même instrument et de la même manière. L'instrument est celui-là même que j'ai décrit à l'occasion de la lithotritie vésicale, avec cette différence que les branches sont plus déliées et que le bec, d'ailleurs sans dents, est beaucoup plus court, ainsi qu'on peut le remarquer sur la gravure ci-jointe. Deux exemplaires de cet instrument m'ont suffi jusqu'à présent pour tous les cas qui se sont offerts à moi : l'un a un bec de 9 millimètres de long, l'autre en a un de 5 millimètres. Le premier me sert pour les adultes; le second, pour les enfans et pour les cas de gravier arrêté derrière un rétrécissement.

Pour la lithotritie urétrale, il n'y a pas de préparation à faire subir au malade. Toutefois, si contre l'ordinaire, on n'était pas pris d'urgence, il serait bien de faire prendre d'abord un bain prolongé et une boisson abondante. On favoriserait par là la sécrétion de l'urine et l'impulsion de dedans en dehors que ce liquide peut et doit donner au produit du broiement.

Qu'il y ait eu, ou qu'il n'y ait pas eu préparation pour la lithotritie urétrale, voici comment j'y procède : quelquefois je place le malade dans la position appropriée à la lithotritie vésicale, mais le plus souvent je me contente de le faire asseoir sur le bord de son lit ou sur un fauteuil; j'introduis le petit brise-pierre dans l'urètre; je le pousse de la main droite jusque sur le corps étranger, en ayant le soin de maintenir celui-ci en place, à l'aide du pouce et de l'index de la main gauche; je manœuvre de façon à passer le bec de l'instrument au delà; puis, je ramène la branche mâle sur la branche femelle, de manière à ce qu'elle se trouve en deçà du corps à détruire; après quoi, rapprochant les deux branches, je saisis celui-ci et le brise soit par la simple pression, soit par la pression et la percussion combinées, selon le degré de résistance, et je rapporte avec l'instrument une partie des détritus hors de l'urètre.

Assez souvent il n'en faut pas davantage pour désobstruer le canal; quelquefois le malade, en urinant, vient en aide à l'opérateur. D'autrefois, une injection poussée dans la vessie, avec une petite sonde de gomme élastique, contribue à provoquer une action énergique de la part de cet organe, et à donner une grande puissance éliminatrice au jet du liquide.

En cas d'insuffisance de ce moyen, ou même quelquefois avant d'y recourir, j introduis de nouveau le brise-pierre, et je procède encore au broiement; je le répète un certain nombre de fois, si le corps est volumineux, et je réserve les moyens accessoires dont il s'agit pour compléter l'extraction des détritus.

Un grand bain et une boisson abondante peuvent contribuer, comme on le pense bien, au parfait dégagement du canal. Ces mêmes moyens et un régime sévère, voilà ce qu'il convient d'employer pour combattre l'irritation produite par les manœuvres opératoires, et pour prévenir la réaction qui peut suivre. J'ai observé quelquefois un accès de fièvre à la suite de la lithotritie urétrale; mais je n'ai jamais vu cette opération donner lieu à aucun accident grave.

Comme, d'un autre côté, la lithotritie urétrale a été pour moi toujours possible, quoique parfois assez difficile chez les enfans, je ne pense pas qu'il y ait jamais à balancer entre elle et la boutonnière; je crois qu'il faut tenter la première dans tous les cas. Il m'a fallu quelquefois plusieurs séances pour obtenir la destruction complète du corps étranger; une fois entre autres, où j'avais à briser une pierre de 15 à 16 lignes de diamètre chez un jeune Américain; mais j'ai réussi : j'ai obtenu la guérison dans ce cas comme dans tous les autres.

Je termine ici ce petit travail.

Puisse-t-il contribuer à faire bien connaître la lithotritie, à la faire mieux apprécier, à la populariser promptement et partout! J'aurais atteint le but que je me suis proposé. Je ne doute point, au reste, que cette belle opération, dont le domaine s'étend sans cesse, ne soit un jour applicable avec succès à presque tous les calculs de la vessie et de l'urètre. Que faut-il, en effet, pour cela? Ne pas laisser grossir ces calculs, ne pas leur donner le temps de produire des complications graves; c'est-à-dire explorer les malades au premier indice de la pierre, les traiter à la première preuve de son existence. C'est ce que certainement les hommes de l'art instruits et consciencieux ne manqueront pas de faire à l'avenir.

REVUE GÉNÉRALE.

Valeur des principaux agens employés contre l'hémoptysie. — Céphalée rebelle guérie par l'emploi du calorique.

(Nos lecteurs peuvent voir avec quel soin, nous dirons avec quel scrupule, nous indiquons toujours les sources auxquelles nous puisons les élémens de cette *revue*. Nous ne le rappellerions pas ici, tant c'est là un devoir impérieux de probité littéraire, si ce devoir était également rempli envers l'UNION MÉDICALE. Nous nous apercevons avec regret qu'il n'en est rien. Tantôt on se borne à analyser les articles de l'UNION, tantôt on les reproduit tout entiers sans faire mention de la source où on les a puisés, tantôt enfin on n'indique d'autre source que celle du journal qui a fait l'analyse d'un de nos articles. Il en est d'autres qui se croient quittes envers la loyauté confraternelle, en faisant imprimer le titre de l'UNION avec le caractère courant de leur journal, l'italique leur paraissant une désignation trop apparente.

Nous croyons qu'il suffit de signaler à ceux qui les commettent ces petites infractions aux convenances littéraires et confraternelles, pour que nous soyons dispensé de les indiquer plus directement.)

Dans une note qui offre un grand intérêt pratique, M. Aran appelle l'attention sur le traitement de l'hémoptysie. Quelle est la valeur de la saignée, moyen si généralement employé contre cet accident? M. Aran est convaincu que non seulement les émissions sanguines ne sont pas toujours indispensables, qu'elles trouvent, au contraire, très rarement leur indication, mais encore qu'elles sont fort souvent dangereuses, et qu'elles peuvent être remplacées avec avantage par un assez grand nombre de moyens dont il essaie de fixer la valeur, et, en particulier, par l'association de deux agens thérapeutiques, tous deux vantés isolément dans cette affection, le nitre et la digitale.

Né d'une physiologie erronée sur la circulation du sang, au point de vue dogmatique, l'emploi des saignées, dans l'hémoptysie, ne repose sur aucune base solide; au point de vue expérimental, à part quelques circonstances exceptionnelles encore mal déterminées, les émissions sanguines ne sont jamais utiles; elles n'arrêtent pas l'hémoptysie, ou lorsque celle-ci se suspend, elles ne mettent pas à l'abri de la récidive dans un temps très rapproché, et l'emploi répété des émissions sanguines plonge les malades dans un état de faiblesse qui ne leur permet pas de résister aux influences morbides intercurrentes.

M. Aran divise les hémorrhagies, au point de vue clinique, en peu abondantes, en abondantes et en très abondantes.

Les premières qui s'observent surtout chez les tuberculeux, si elles ne se prolongent pas, réclament rarement des moyens actifs. Le repos du corps et de l'esprit, dans un air frais, le silence absolu, des boissons fraîches, la diète, tout au plus quelques sinapismes promenés sur les extrémités, des manuluves ou des pédiluves chauds, en voilà autant qu'il en faut pour se rendre maître de ces petites hémoptysies.

Quant aux hémoptysies abondantes, et qui réclament toujours une intervention active, M. Aran divise en quatre groupes les moyens divers qu'on peut leur opposer : les hémostatiques proprement dits, les astringens, les nauseux et vomitifs, les sédatifs du système circulatoire.

Dans le premier groupe, il place les substances résineuses, le seigle ergoté et le chlorure de sodium comme principalement dignes d'attention.

C'est sans doute à l'essence de térébenthine qu'elle contient, que la potion de Chopart, vantée dans ces derniers temps, a dû les bons résultats de son emploi dans l'hémoptysie. M. Aran pense que ce qui convient le mieux est de donner l'essence de térébenthine pure, par gouttes, de 10 à 30 gouttes toutes les heures, dans une cuillerée d'eau, ou bien en bols, solidifiée par de la magnésie, que l'on fait prendre dans un pain à chanter. Cependant ce médicament a, comme tous les autres, ses indications et ses contre-indications. Il réussit moins bien, et pourrait être nuisible, dans les hémoptysies franchement actives, avec fluxion évidente, avec mouvement fébrile, que dans les hémorrhagies avec caractères de passivité et d'atonie. Il ne faut pas oublier non plus que l'emploi de l'essence de térébenthine, prolongé pendant quelques jours, peut déterminer vers les organes urinaires un état d'irritation très désagréable et très pénible.

M. Aran n'a pas eu à se louer de l'emploi de l'ergot du seigle et de l'ergotine, qui ne lui ont paru avoir qu'une influence très médiocre sur l'hémoptysie.

Son opinion est, au contraire, plus favorable au chlorure de sodium (sel marin) donné à assez haute dose, de 4 à 10 grammes dans quelques heures, dans une potion ou en poudre.

Quant aux astringens, M. Aran en réduit le nombre au seul emploi du tannin, et surtout de l'acide gallique auquel il donne la préférence sur le tannin. Il le donne à la dose de 60 à 75 centigrammes dans les vingt-quatre heures, par paquets de 15 centigrammes, que l'on fait prendre toutes les heures ou toutes les deux heures.

L'ipécacuanha et le tartre stibié sont depuis longtemps employés comme anti-hemoptoïques. Il faut y joindre aujourd'hui la vératrine qui, entre les mains de M. Aran, et aussitôt qu'elle a eu provoqué l'état nauseux, a arrêté trois fois l'hémoptysie.

Restent les sédatifs du système circulatoire, et ici nous laissons parler M. Aran :

» regardés comme tout à fait distincts, le moral et le physique s'iden-
» tifiant dans une seule et même substance, *manifestant une seule et*
» *même force, obéissant, par conséquent, à des lois identiques,* ne
» sauraient avoir entre eux les rapports que proclame le sens commun,
» que la langue de tous les peuples explique, etc. »

On a dit d'excellentes choses sur le rôle que joue l'hypothèse dans les sciences. Sa cause a été défendue naguère, dans ce journal, avec infiniment d'esprit et une verve remarquable. On a laissé dans l'ombre ses inconvéniens. Est-ce parce que tout le monde les connaît? Un des principaux, à mon sens, c'est que l'hypothèse, à peine née, force celui qui l'a conçue à ne plus être que son avocat. A l'exemple de ces pères que la tendresse aveugle, qui ne pouvant trouver aucun défaut à leurs enfans, les excusent en toute occasion et souvent par les raisons les plus inattendues, l'auteur d'une hypothèse ne met jamais en doute sa légitimité ni sa perfection. Il n'a plus qu'un but : celui de la défendre envers et contre tous et de la faire triompher. Cette préoccupation le laisse quelquefois tomber dans d'étranges erreurs que lui seul ne voit pas.

Croyez-vous, Monsieur, que deux ordres de phénomènes ne peuvent pas s'identifier dans la même substance, tout en restant parfaitement distinctes? Si vous ne le croyez pas, cela ne tiendrait-il point seulement à ce que vous créez, sans nécessité, une contradiction entre les termes *distincts* et *s'identifier?* Deux qualités ne peuvent-elles pas appartenir à la même substance, émaner d'elle, s'identifier à elle, si vous voulez, sans être identiques l'une à l'autre, sans se confondre, et sans que l'une disparaisse forcément? En un mot, deux modes de la substance ne peuvent-ils rester distincts?

Quelle idée attachez-vous donc au mot *distinct?* Cela veut-il dire qu'une même substance ne peut manifester deux ordres de phénomènes? Quelle est alors cette substance qui ne peut produire qu'un seul ordre de phénomènes? Et si *distinct* signifie que l'un des ordres de phénomènes appartient à la substance, et que l'autre lui est étranger, à quoi reconnaîtra-t-on que c'est celui-ci et non celui-là qui est l'étranger? Ou bien admettez-vous autant de substances que vous constaterez d'ordres de phénomènes? C'est, je crois, ce dernier parti que vous prendrez. Je le crois, parce que, dans un autre passage de votre travail, vous déplorez que l'esprit d'examen ait atteint les deux dogmes *solidaires* de la distinction *substantielle* de Dieu et du monde, et de la distinction *substantielle* de l'âme et de l'organisme. Je le crois, mais je ne comprends point. C'est pourquoi je me permets de vous demander une définition de la substance. Vous commencez par dire qu'il coexiste dans l'homme deux ordres de phénomènes, le physique et le moral, tout à fait distincts. Cela ne me semble pas généralement contesté. Mais si je vous accorde cette proposition, formulée en ces termes généraux, suis-je compromis à ce point qu'il me faille admettre avec vous que cette distinction est substantielle? Où est la légitimité d'une conclusion aussi... hardie?

Voici un morceau de fer, il est pesant, c'est un effet de la gravitation; il tombe suivant certaines lois; il y a là tout un ordre de phénomènes. Mais placé dans des conditions déterminées, il manifeste des propriétés électriques; c'est un autre ordre de phénomènes tout à fait distinct du premier. Faut-il admettre cependant qu'il y a dans ce fer une substance pesante et une substance électrique?

Voici un muscle; il est rouge et l'on peut à ce propos étudier l'ordre des phénomènes qu'embrasse la couleur. Mais il est contractile aussi. C'est un ordre de phénomènes bien distinct de l'autre. Est-ce que nous allons faire, ici encore, une distinction substantielle? Et si nous ne la faisons pas, nous crierez-vous, comme tout à l'heure : « Prenez garde,
» en cessant de les regarder comme tout à fait distincts, vous les iden-
» tifiez dans une seule et même substance; alors ils manifestent une
» seule et même force; ils obéissent *par conséquent* à des lois identi-
» ques et ils ne sauraient plus avoir entre eux les rapports que proclame
» le sens commun et que les langues de tous les peuples expriment? »

Entre parenthèses, Monsieur, quel beau dictionnaire l'on ferait avec toutes les erreurs et les folles affirmations que proclame le sens commun et que les langues des peuples expriment!

Je résume les questions précédentes dans celle-ci; ce sera la seconde :

Deux ordres de phénomènes ne peuvent-ils rester tout à fait distincts, bien qu'appartenant à la même substance?

(*La suite à un prochain n°.*) Dr A.-M. LEGRAND.

ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS. — Le docteur LEE en trouve la cause dans la non-oblitération du canal veineux; la majeure partie du sang qui doit servir à la sécrétion de la bile ne passe pas par le foie, mais entre directement dans la veine cave et dans le cœur à travers ce conduit resté ouvert, de sorte que les matières biliaires n'étant pas excrétées en assez grande quantité, s'accumulent dans le sang.

Dans un cas d'*infection purulente par phlébite de la veine ombilicale,* avec de nombreux abcès métastatiques, on n'en trouva ni dans les poumons, ni dans le foie. M. Lee explique cette anomalie pour les poumons, par la perméabilité du trou de Botal; celui-ci, en effet, fut trouvé complétement ouvert. Il en résulte que le sang de la veine cave inférieure qui amène le pus, passe directement par ce trou, de l'oreillette droite dans la gauche, et ne fait pas le trajet par le poumon. L'absence d'abcès dans le foie doit trouver son explication dans la non-oblitération du canal veineux, quoique celle-ci ne soit pas signalée dans l'observation. Le sang infecté ne traverse pas le foie dans ce cas. Quelques autres faits trouvés antérieurement, confirment M. Lee dans cette supposition. Pour lui, le liquide purulent rencontré dans la veine ombilicale, provient du ramollissement ou de la fonte purulente des caillots sanguins qui y avaient existé, et en l'absence de caillots, on pourra observer l'hémorrhagie ombilicale, mais aucun des symptômes que l'on attribue ordinairement à la phlébite. — (*Journal f. kinderkrankh,* 1855, n°s 1 et 2.)

« A l'exemple de Schmidtmann, savant médecin, qui avait combiné le sel marin à la digitale, j'ai eu l'idée d'associer le nitre à la digitale, et ce mélange m'a donné des résultats extrêmement remarquables. Dans les cas ordinaires, j'ai donné, dans les vingt-quatre heures, 30 centigrammes de digitale et 1 gramme 50 centigrammes de sel de nitre, en quatre paquets ; mais lorsque l'hémorrhagie me paraissait plus intense, la dose de sel de nitre a été portée à 2 grammes 50 centigrammes, et celle de digitale à 0 gramme 50 centigrammes ou 0 gramme 75 centigrammes; dans quelques cas très rares, la dose de digitale a été portée à 1 gramme 50 centigrammes et la dose de nitre à 4 grammes. Chose remarquable, à cette dose, je n'ai pas observé que l'économie ait été influencée d'une manière fâcheuse : le pouls ne s'est pas ralenti rapidement ; il n'est pas survenu de diurèse très abondante ; il est vrai que les malades ne sont pas restés longtemps à l'usage de doses aussi élevées. En revanche, les effets sur l'hémorrhagie ont été des plus prononcés ; en quelques heures, l'écoulement sanguin s'est réduit considérablement et souvent, après vingt-quatre ou trente-six heures, il n'y avait plus que quelques crachats sanglans. La diminution de l'hémorrhagie était généralement accompagnée d'un très grand calme. Je dois reconnaître cependant que jamais, après l'administration du sel de nitre et de digitale, l'arrêt de l'hémorrhagie n'a été aussi brusque que par l'administration de l'essence de térébenthine ou de l'acide gallique.

» Je pourrais rapporter ici de nombreux exemples d'hémoptysies traitées par le nitre et la digitale. Je me bornerai à l'observation d'un homme de 28 ans (Ferdinand Dubois), polisseur, qui entra dans mon service le 14 juin dernier. C'était un homme maigre et pâle, à la poitrine élancée, affecté de tubercules au premier degré, et qui en était à sa deuxième hémoptysie. Le premier crachement de sang avait lieu en 1850, il avait été très abondant et avait duré huit jours. Le malade avait commencé à cracher du sang pour la seconde fois depuis le 9 juin et en abondance. L'hémoptysie s'était un peu calmée le 10, le 11 et le 12 ; elle avait recommencé le 13 et le 14, il en avait craché au moins 300 grammes. Le soir même, mon interne lui fit prendre 1 gramme de nitre et quinze centigrammes de digitale, quantité bien insuffisante pour une pareille hémorrhagie. Aussi, le lendemain, l'hémoptysie était-elle à peine modifiée; je lui prescrivis 2 grammes 50 cent. de sel de nitre et 50 cent. de digitale, à prendre en six fois, toutes les quatre heures. Le 16 juin, j'appris que l'hémoptysie avait presque cessé : une dizaine de crachats sanglans. La dose de nitre fut réduite à 1,50 et celle de digitale à 0,50. Comme le 17 il y avait encore quelques crachats sanglans, je continuai le traitement. Le 18 juin, l'hémorrhagie avait cessé entièrement; le malade se trouvait très bien. Je continuai le nitre à 1,50 et la digitale fut réduite à 0,15. Dès ce moment, la guérison était complète; le malade a quitté l'hôpital en bon état le 21 juin, satisfait au plus haut point de la rapidité avec laquelle son hémoptysie avait été arrêtée cette fois-ci.

» Dans les hémoptysies abondantes, mais qui ne menacent pas cependant la vie d'une manière immédiate, le médecin peut choisir entre les médicamens précédens. Dans les hémoptysies extrêmement abondantes, au contraire, il faut arrêter le plus tôt possible l'hémorrhagie et par les agens le moins susceptibles de déprimer l'économie. Il suit de là que le médecin ne peut plus songer alors aux moyens à action lente et éloignée. Ni le seigle ergoté, ni l'acétate de plomb, ni l'eau de Rabel, ni l'alun, ni le ratanhia, etc., ne seraient à la hauteur du danger couru par le malade. Seuls, la térébenthine, l'acide gallique à haute dose, le chlorure de sodium, le nitrate associé à la digitale peuvent être employés avec succès; mais la nécessité de proportionner la dose du médicament à l'intensité de l'hémorrhagie, crée peut-être pour le chlorure de sodium, mais surtout pour le nitre associé à la digitale, un inconvénient grave, la possibilité d'une dépression trop profonde, soit par la dose trop élevée du médicament, soit par le fait de sa continuation trop prolongée. C'est ainsi que, dans un des cas les plus graves que j'aie rencontrés, l'administration d'une dose trop élevée de digitale (4 grammes de ce médicament et autant de nitre) a produit, avec des phénomènes d'intoxication, un abaissement du pouls qui n'a pas eu de suites, mais qui ne m'en a pas moins donné de vives inquiétudes. L'hémoptysie a été suspendue; mais l'acide gallique à haute dose, l'essence de térébenthine auraient probablement réussi de même et sans exposer le malade aux mêmes effets désagréables et fâcheux.

» C'est donc à l'acide gallique, à la térébenthine que je conseille de donner la préférence dans ces cas très graves; encore, dans la crainte de leur insuffisance, ne pensé-je pas que le médecin puisse s'en tenir à leur emploi. C'est dans ces circonstances que les ligatures des membres, fort utiles du reste dans les autres espèces d'hémorrhagies, et la glace en application sur la poitrine, ont sauvé la vie des malades, en arrêtant l'hémorrhagie momentanément, et en permettant aux moyens intérieurs de consolider cette guérison temporaire. Le fait auquel je viens de faire allusion m'a permis de vérifier les bons effets de la ligature des membres : suspendue par ces ligatures, l'hémoptysie s'est reproduite autant de fois que les ligatures ont été enlevées, jusqu'au moment où le nitre et la digitale l'ont suspendue définitivement. — (In *Bulletin géné. de thérap.*, 15 septembre 1855.)

Voici un cas de céphalée emprunté à la clinique de M. Trousseau, et guéri par une médication assez étrange :

« M. Trousseau ayant d'abord employé, mais en vain, les applications de cyanure de potassium qui, en pareils cas, réussissent quelquefois, a fait appel au calorique à doses très élevées appliqué de la manière suivante : Du sablon ordinaire chauffé à 45 et même à 50 degrés centigrades, c'est-à-dire à une température capable de produire sur la main une impression très désagréable, a été placé dans la doublure d'un bonnet en calicot serré. Cela fait, la malade a coiffé ce bonnet, et comme il pesait 2 à 3 kilogrammes, elle est restée sur un fauteuil, la tête appuyée en arrière, de manière que le sable fût en contact avec les parties endolories pendant trois quarts d'heure. Ces applications ont été répétées deux ou trois fois chaque jour. Or, le cinquième jour, la malade, qui depuis cinq ans n'avait pas cessé de souffrir, a éprouvé une amélioration remarquable; le sixième jour s'est passé tout entier sans douleurs ; dans la nuit suivante, celles-ci sont revenues, mais moindres ; on a continué, et la dernière fois que nous avons vu cette femme, son état était aussi satisfaisant que possible.

» ..... M. Trousseau fut consulté il y a trois ans pour un négociant qui, depuis deux ans, avait renoncé aux affaires parce qu'il redoutait l'apoplexie. A peine au travail, ses idées devenaient confuses; il craignait une congestion, et les médecins n'avaient fait que fortifier cette croyance, en lui prescrivant des sangsues, des pédiluves, de l'aloès. M. Trousseau reconnut, en effet, dans cet état, une congestion, et, à cause de cette congestion, il prescrivit l'application de sachets de sable à 40 degrés centigrades. Ce traitement eut d'abord un effet heureux en faisant croire au malade que s'il avait réellement une congestion on ne lui eût pas prescrit une médication aussi peu rationnelle. Il suivit cette médication pendant cinq jours, et le sixième jour il éprouva un calme inconnu depuis longtemps. On porta dès lors à 47 et 48 degrés la température des sachets, et quinze jours après, l'amélioration était sensible. Un peu plus tard, il est vrai, il survint de nouveau quelque malaise du côté de la tête, mais on revint à l'usage du sable chaud, et les accidens disparurent si complétement que le malade a pu reprendre ses opérations commerciales. Dans un autre cas ayant de l'analogie avec celui-ci, le même traitement a eu les mêmes résultats.

» La raison de cette pratique, en apparence bizarre, est puisée dans l'observation d'un fait très simple, à savoir que lorsqu'on met une main dans l'eau froide et l'autre dans l'eau chaude en les y laissant pendant quelque temps, il se fait une réaction en sens inverse dans chacune de ces mains. Celle qui était refroidie devient chaude, tandis que celle qui était réchauffée devient froide. C'est là, d'ailleurs, tout le secret des eaux minérales thermales. Des rhumatisans vont à Néris, où les eaux sont peu minéralisées, mais très chaudes, et ils guérissent. Il faut toutefois remarquer que le calorique n'agit dans ces cas comme antiphlogistique qu'autant que son application est temporaire, car, mis en contact continu avec les parties malades, il entretient la congestion au lieu de la dissiper. » — (In *Journal de med. et de chir.*, septembre 1855.)

— Il est beaucoup question d'une nouvelle tentative de M. le professeur Piorry, faite dans le but d'enrayer les symptômes les plus graves du choléra au moyen de la compression de l'aorte abdominale. Nous attendrons des renseignemens plus complets et des faits plus précis que ceux qui ont été publiés, pour entretenir nos lecteurs de ce nouveau moyen.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

EMPLOI DE L'HYDROFERROCYANATE DE POTASSE ET D'URÉE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PSEUDO-CONTINUES.

La notice sommaire, par laquelle j'ai tenté de nouveau, le 15 mai dernier, d'appeler l'attention de l'Académie sur l'introduction de l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée dans la thérapeutique des affections fébriles ou nerveuses *discontinues*, effleurait seulement un sujet intéressant sur lequel je crois devoir revenir et insister.

Le sulfate de quinine reste, disais-je, l'agent antipériodique par excellence dans les fièvres d'accès franchement paludéennes, de récente origine et pures de tout épiphénomène organique permanent : dans tous les cas, en un mot, où l'on veut et où l'on peut *couper* la fièvre; en échange, l'hydroferrocyanate est préférable dans tous les cas où la fièvre s'est pliée à des conditions de continuité accidentelle ou primitive.

Qu'est-ce donc que cette continuité, ici accidentelle, là primitive, qui semble exclure le fait et l'idée d'intermittence et que, pourtant, je range sous le même titre nosologique, dans la même espèce thérapeutique? Je réponds par des faits analytiques.

Exposé aux conditions de l'intoxication ou de l'impressionnement paludéens, un sujet, bien portant jusque-là, est subitement pris de phénomènes fébriles qui accusent nettement et correctement l'un des types dénommés de l'intermittence. Livrée à son évolution spontanée pendant un temps variable, selon l'intensité de la contraction efficiente, variable surtout selon les ressources dynamiques générales et spéciales du sujet, cette fièvre ne pourrait manquer de s'épuiser par un nombre approprié d'accès ; mais généralement le sujet reste soumis à la permanence des influences paludéennes: et d'ailleurs, à tort ou à raison, vous accédez à son désir de couper cette fièvre. En de telles conditions, vous n'avez mieux à faire que de lui prescrire le sulfate de quinine. Le retour intégral d'une santé parfaite entre un accès et un autre, prouve suffisamment que les désordres viscéraux fonctionnels, congestifs même, contemporains des accès fébriles, n'ont laissé nulle lésion permanente en aucun point de l'économie. Nul doute n'est possible, le type paludéen est pur de toute promiscuité; il y a fièvre sans plus ni moins, et cette fièvre est régulièrement discontinue parce que nul désordre organique permanent ne l'empêche de l'être : vous pouvez, je le répète, regarder le sulfate de quinine comme un spécifique, dont il ne vous reste plus qu'à déterminer le *quantum* et le *quomodo*.

Mais cette fièvre, au lieu d'être coupée à cette époque de virginité, a longtemps sévi sur le sujet; ou bien interrompue une première, une deuxième, une troisième fois, elle a toujours récidivé à des intervalles de plus en plus courts. Si vous examinez avec attention ce second cas, vous remarquerez parallèlement et solidairement, d'une part, l'imperfection de plus en plus sensible des intervalles apyrétiques; d'autre part, la tendance de plus en plus manifeste des désordres viscéraux à devenir permanens, de transitoires qu'ils étaient.

La continuité fonctionnelle et organique commence ici à se dessiner comme dégénérescence d'un état primitivement et purement intermittent ; il s'agit déjà de cette *pseudo-continuité*, que j'ai dite consécutive ; où le sulfate de quinine reste insuffisant, peut-être même nuisible ; où l'hydroferrocyanate acquiert une incontestable supériorité. De cette fièvre je pourrais dire que, ne pouvant la *couper* avec le sulfate de quinine, il faut la *traiter* par l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée ; mais me réservant de spécifier *in extenso* en d'autres temps la substitution du second de ces médicamens au premier dans le traitement des fièvres rebelles, je me borne ici à déterminer l'espèce fébrile à laquelle je donne pour caractéristique la *pseudo-continuité primitive*.

Que ce soit du fait de prédispositions antérieures ou du fait de la constitution médicale actuelle, ou du fait même de l'intensité anormale exubérante, pourrais-je dire, de la contractation originelle, la fièvre qui vient de se développer chez notre sujet est compliquée d'épiphénomènes insolitement prédominans vers l'abdomen, le thorax ou l'encéphale : l'accès a accompli son évolution du frisson initial à la sueur terminale, l'époque apyrétique est arrivée et pourtant la scène morbide dure encore : la langue reste rouge et contractée ou saburrale et flasque, l'épigastre douloureux, tendu, nauséeux; le ventre sensible et rétracté ou distendu, ballonné, gargouillant; ou bien la toux, la dyspnée, la pleurodynie persistent encore; ou bien le sujet reste ici loquace, là somnolent; ses yeux continuent à présenter un éclat insolite, sa physionomie est encore vultueuse, sa tête est lourde, embarrassée, douloureuse; tous ou plusieurs de ces symptômes survivent, ai-je dit, quoique l'accès fébrile ait accompli son évolution. Ceci étant, vous pourrez, à coup sûr, et puis-je dire conséquemment, constater que la peau du malade conserve un certain degré de chaleur morbide, que son pouls reste accéléré, dur, plein, vibrant; qu'en un mot, l'état pyrétique n'a pas été jugé et terminé par l'accès qui vient de s'accomplir. Un nouvel accès, dit redoublement, succédera à celui que nous venons de décrire, le plus souvent après un intervalle à peine quotidien; cet accès sera incorrect, irrégulier; il pourra manquer du frisson initial et surtout de la sueur terminale; il ne sera plus pris pour un accès et, entre lui et le suivant, les épiphénomènes pyrétiques tendront de plus en plus à devenir prédominans, et la fièvre paludéenne qui, à l'origine, régissait cette entité morbide, finira par se subordonner à ces organopathies concomitantes; d'essentielle et de prédominante elle deviendra symptomatique et subordonnée. Toutefois, sa spécificité originelle se conservera longtemps encore; c'est d'elle qu'il faudra surtout s'inspirer dans le choix du mode et des moyens de traitement; c'est à elle que nous devons la précieuse faculté d'intervenir activement dans ces fièvres, consanguines des continues typhoïques, où notre rôle reste à peu près complètement passif.

C'est donc faire une chose essentiellement pratique que rechercher cette tutélaire intermittence à travers les conditions épiphénoménales de continuité qui ont pu la compliquer, la déformer, la masquer sans l'absorber. C'est sans doute le même fait que d'autres ont traduit par le mot vague *rémittence;* mais que je crois mieux définir nosologiquement, mieux titrer thérapeutiquement par cette synthétique détermination : *intermittence pseudo-continue primitive*.

Le milieu climatérique, hygiénique et passionnel des populations rurales est, je l'ai dit ailleurs, bien plus que celui des grands centres de populations, favorable au développement de cette intéressante espèce pyrétique; en d'autres termes, la discontinuité paludéenne c'est la prédominante des endémicités rurales, tandis que la continuité typhique est celle des endémicités urbaines. Ce sont donc surtout mes confrères des campagnes qui reconnaîtront à ces traits l'espèce de fièvres qu'ils ont le plus fréquemment à traiter dans les mois d'été et d'automne, celle qui se présente le plus ordinairement avec un certain degré d'épidémicité, celle, enfin, où il est le plus opportun de discuter l'emploi du sulfate de quinine.

En effet, les apparences sont toutes ici en faveur de l'opinion qui fait dépendre la fièvre des états fonctionnels, congestifs ou inflammatoires coexistans, de l'opinion qui, assignant à ces états le rôle de causes, leur subordonne le traitement; seuls ou à près seuls, les médecins des contrées soumises à des conditions paludéennes d'une grande intensité, reconnaissent, sous ce masque trompeur de la pseudo-continuité, la caractéristique nosologique et thérapeutique de la maladie; seuls ils osent, et le plus souvent avec succès, s'adresser à l'intermittence par son spécifique à travers les insidieuses sollicitations de ces diverses organopathies. Or, si quelques-uns le tentent et réussissent quand leur spécifique est le sulfate de quinine, fâcheusement entaché dans la spécialité de ces cas de propriétés topiquement et primitivement incitantes et congestives; s'ils se résignent à donner au malade, que nous avons dit ne pas présenter l'intervalle apyrétique légitime des intermittentes régulières, ce médicament dont il est de principe rigoureux partout ailleurs de s'abstenir tant que dure l'état fébrile, combien ne devront pas adopter ce mode de traitement, le seul héroïque, le seul, selon la nature intime de la maladie, si je leur présente le sulfate de quinine moins ses propriétés d'irritation topique et d'incitation dynamique, le sulfate de quinine moins la rigoureuse et compromettante condition de l'attente d'un intervalle de complète apyrexie pour son administration, en un mot, l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée.

Exempt de toute action topique ou dynamique incitante, antipériodique et névrosthénique sans plus ni moins, ce nouvel agent s'adapte avec une remarquable rectitude au traitement des fièvres hybride sur lesquelles je viens d'insister.

Ainsi, donc, synthétisant pour la pratique et de par une longue expérimentation dont je viens de rechercher analytiquement le sens, je dis que dans toute pyrexie, par cela seul qu'il y a fièvre et que cette fièvre est soumise à des phases journalières d'augment et de diminution, il y a lieu d'employer l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée, comme médication essentielle dans les cas de *pseudo-continuité* essentielle, comme médication adjuvante dans ceux de continuité paroxystique, et d'ailleurs, et dans l'une comme dans l'autre alternative, avec une certitude absolue d'innocuité, que n'offre pas à un même degré le sulfate de quinine.

Dans les cas fort nombreux déjà depuis six ans, où j'ai ainsi employé l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée, j'ai procédé à peu près de la même manière que pour les fièvres intermittentes légitimes. J'ai divisé en trois doses la quantité du médicament que j'administrais dans les vingt-quatre heures (de 2 à 3 grammes). J'ai prescrit la première dose à la fin de l'accès ou du redoublement, la seconde au milieu de l'intervalle, la troisième au début ou dans les premiers momens de l'accès ou du redoublement suivant : bien des fois, quand j'y étais sollicité par l'urgence de la maladie, j'ai encore prescrit une quatrième dose au moment de la suracuité paroxystique.

Dr V. Baud,
Inspecteur des eaux de Contrexéville.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances du mois d'Août. — Présidence de M. Gosselin.

Sommaire. — Nouvelle méthode de traitement pour les fistules urinaires. — Encore l'urétrotomie. — Éléphantiasis du scrotum. — Luxation de la hanche.

La Société s'est à peine reposée des longs débats qui ont surgi dans

son enceinte à l'occasion de l'urétrotomie, qu'une nouvelle discussion vient d'être soulevée sur ce point de thérapeutique chirurgicale. Cette fois, c'est un chirurgien de Lyon, M. le professeur Bonnet, qui a essayé de raviver un débat à peine interrompu, par une communication relative à l'*incision d'avant en arrière des rétrécissemens du canal de l'urètre et au débridement suivi de cautérisation par le fer rouge des fistules urinaires.*

Comme on le voit, par le titre qui vient d'être énoncé, il y a dans l'œuvre de M. Bonnet deux questions qui semblent un peu différentes au premier abord ; néanmoins ces deux questions sont connexes, marchent de pair, car elles sont fort souvent confondues dans la pratique.

Ce que veut M. Bonnet, c'est démontrer les avantages de la section des rétrécissemens d'avant en arrière. Pour cela faire, l'habile chirurgien a appliqué à la section antérograde un instrument, sorte de produit hybride enfanté à la fois par M. Reybard et par M. Amussat. Donc, après avoir obtenu la plus grande dilatation possible du rétrécissement, M. Bonnet traverse celui-ci avec une sonde en gomme élastique percée à ses deux extrémités et renfermant un mandrin métallique filiforme de 60 centimètres de long. La sonde est retirée et le mandrin laissé à demeure dans le rétrécissement. Une petite lancette ajustée à l'extrémité d'une tige métallique perforée est conduite le long de ce mandrin jusque sur le rétrécissement que l'on divise sûrement sans avoir à redouter la moindre déviation. Les instrumens qui servent à opérer étaient droits dans le principe ; M. Bonnet en a fait construire depuis qui ont la courbure des algalies.

Le lecteur est suffisamment édifié sur le procédé opératoire; passons aux résultats que ce nouveau procédé a fournis. Or, d'après M. Bonnet, qui a employé l'urétrotomie antérograde un grand nombre de fois, l'opération a toujours été simple, rapide, et, jusqu'à ce jour, il n'a jamais observé d'*accidens graves, point d'infiltration, point d'hémorrhagies.* Mais la section du rétrécissement ne constitue qu'une partie de la thérapeutique de M. Bonnet, dans le cas où des fistules nombreuses et invétérées sillonnent les parties molles du périnée et des parties voisines, où ces fistules elles-mêmes s'accompagnent d'indurations volumineuses, de douleurs vives, d'accidens fébriles et de tous les accidens de la rétention d'urine. Tandis que, dans de pareilles conditions, la plupart des chirurgiens s'attaquent au rétrécissement avant de chercher à guérir les fistules, M. Bonnet suit une marche inverse; il commence par traiter la fistule, et pour cela il pratique un large débridement, sans se laisser arrêter par le nombre et par la longueur des trajets. C'est ainsi que, dans certains cas, il a été obligé *de fendre le scrotum en deux, d'inciser même tout le périnée d'avant en arrière, c'est-à-dire, la partie inférieure du rectum, et d'ouvrir de longues gouttières jusqu'au devant du pubis.*

En agissant comme nous venons de l'indiquer, et en ayant le soin de pénétrer jusqu'à l'urètre, on ouvre à l'urine une large voie d'écoulement et conséquemment on fait cesser les accidens de la rétention. Là ne s'arrête pas le procédé opératoire ; pour prévenir les infiltrations d'urine qui seraient très probablement la conséquence des incisions pratiquées par le chirurgien, celui-ci doit opposer une barrière solide à l'urine et pour cela il doit cautériser avec énergie, au moyen du fer rouge, les surfaces saignantes. Dans quelques cas, M. Bonnet a éteint jusqu'à quinze cautères dans les anfractuosités de la plaie.

Après cette opération, quelque peu effrayante, ainsi que l'auteur en convient, l'état général s'améliore rapidement, les tissus indurés se dégorgent, la région reprend sa forme naturelle, les plaies revêtent un très bon aspect. Puis, au bout de quinze à vingt jours, on peut pratiquer l'urétrotomie, par la méthode qui a été décrite précédemment. Dès ce moment, les choses marchent à merveille, les fistules périnéales cessent de donner passage à l'urine et se cicatrisent bientôt, enfin le malade guérit.

Si les fistules étaient étendues, que leur ouverture cutanée fut située fort loin sur le dos de la verge, à la région pubienne, à la fesse même, comme cela arrive quelquefois, il ne faut pas hésiter à les inciser, au risque de produire des délabremens énormes, en ayant seulement la précaution de garantir le canal de l'urètre, ce que l'on fait en se guidant sur une sonde préalablement introduite dans ce conduit.

Du reste, la lésion de l'urètre est bien plus à redouter pendant le temps de la cautérisation que pendant celui des sections ou des débridemens, et, chez un malade opéré par M. Bonnet lui-même, cette lésion eut précisément lieu. Il en résulta une perte de substance du canal, après l'élimination de l'escarre; et néanmoins les suites de cet accident furent assez heureuses pour que le patient pût guérir sans oblitération du canal de l'urètre.

Ajoutons, pour compléter ce tableau, que M. Palasciano, chirurgien de Naples, a déjà mis un certain nombre de fois en pratique et avec succès la méthode précédente.

M. Bonnet a également formulé sa manière de voir sur la valeur de l'urétrotomie considérée en général. Suivant lui, la dilatation doit être conservée comme méthode ordinaire; si, en l'employant, on obtient 8 millimètres d'ouverture, il faut s'en contenter; en cas contraire, et s'il existe des complications de fistules, d'indurations, d'infiltrations purulentes et urinaires, etc., etc., il faut avoir recours à la section, qui ne doit pas dépasser 8 millimètres pour qu'elle soit sans dangers. A dimensions plus étendues, elle peut, suivant M. Bonnet, déterminer des accidens.

Cette dernière proposition n'a pas reçu l'assentiment de M. Ricord, qui a cité plusieurs observations d'urétrotomie pratiquée par lui-même et par M. Maisonneuve, opérations dans lesquelles l'incision a été *fort modérée*, et qui cependant ont été suivies d'hémorrhagies graves et rebelles, d'accidens nerveux, d'accès de fièvre pernicieuse. D'un autre côté, M. Ricord fait remarquer que les grandes incisions ont parfois des suites assez simples et il cite un fait intéressant à l'appui de cette opinion. Un malade affecté d'un rétrécissement infranchissable, traité autrefois par l'excision, était en proie à tous les phénomènes d'une rétention d'urine complète. On fit la ponction sus-pubienne, pour parer aux accidens les plus pressans. Un peu plus tard on se décida à traiter le rétrécissement par la méthode de Syme, et pour cela, on pratiqua sur la ligne médiane une incision étendue depuis la racine des bourses jusqu'à 15 lignes environ de l'anus; la portion membraneuse de l'urètre fut incisée, et on arriva par cette voie jusque dans la vessie. Une autre sonde fut alors introduite par le méat urinaire, poussée jusqu'au devant du rétrécissement, qui ne put être franchi. Il en résulta une fausse route au devant de la coarctation urétrale ; la fausse route fut débridée, puis, avec des ciseaux, on coupa le pont qui séparait les deux sondes. Malgré les dégâts considérables faits par l'opération précédente, les suites furent favorables, et au septième jour le malade put se lever et se promener dans sa chambre.

M. Michon a examiné une partie seulement de la méthode communiquée par M. Bonnet, à savoir la cautérisation. D'après M. Michon, la cautérisation n'est pas nécessaire pour prévenir les infiltrations dans les cas de fistules anciennes, les indurations qui existent alors s'opposant à l'infiltration ; l'incision seule suffit pour faire disparaître les indurations. En résumé, il croit la cautérisation seulement applicable aux fistules récentes et alors que les tissus environnans ne sont pas indurés.

M. Bonnet n'a pas laissé sans réponse les objections précédentes. Aux dangers de l'hémorrhagie allégués par M. Ricord, il oppose l'exiguïté de l'incision pratiquée à l'urètre ; à ceux des accidens fébriles pernicieux, il oppose un traitement préparatoire prolongé, et la cautérisation agit dans le même sens. Aux raisons données par M. Michon, raisons qu'il reconnaît vraies et fondées, M. Bonnet répond en faisant voir que la cautérisation met plus sûrement à l'abri des infiltrations d'urine, et qu'en tout cas, elle modifie les surfaces des trajets fistuleux tapissés par une fausse membrane de nature muqueuse.

M. Robert compare les accidens produits par les petites incisions avec ceux des grandes et conclut de ce tableau que les grandes incisions sont préférables. Il croit que la méthode de M. Reybard convient parfaitement dans certains cas et assure qu'elle a procuré des guérisons, là où d'autres méthodes de traitement ont échoué.

M. Marjolin a exprimé des regrets de ce que, dans la discussion précédente, on ne se soit pas préoccupé de l'indication absolue des opérations sanglantes destinées à ouvrir une issue immédiate à l'urine. Tel cas de rétention d'urine réclame la ponction de la vessie, tel autre l'opération de Syme.

M. Marjolin croit qu'on se hâte trop d'opérer et que la dilatation réussit le plus souvent.

Rapport sur l'éléphantiasis du scrotum.

M. Larrey a lu un rapport très long et très savant sur un mémoire de M. Clot-Bey, relatif au sujet énoncé ci-dessus. Les deux œuvres ont été renvoyées au comité de publication.

Luxation de la hanche.

M. Chassaignac a montré une pièce d'anatomie pathologique relative à une luxation de la hanche remontant à l'enfance et recueillie sur un jeune homme de 16 ans. Après avoir donné des détails circonstanciés sur l'état de l'articulation, il conclut en faveur du caractère traumatique de cette luxation.

Une discussion à laquelle ont pris part MM. Cloquet, Houël, Bouvier, Morel-Lavallée s'est engagée sur cette présentation. M. Houël s'est prononcé pour une luxation congéniale, M. Morel-Lavallée pour une luxation postérieure à la naissance, M. Cloquet pour une luxation pathologique ; M. Bouvier a surtout fait ressortir la difficulté qu'il y a à distinguer certaines luxations congéniales des luxations accidentelles ou des luxations pathologiques.

Dr Fano.

PRESSE MÉDICALE.

Observations sur la roséole. — Cette maladie est-elle une rougeole ou une scarlatine modifiées, ou bien une affection spéciale ? Chacune de ces opinions a de nombreux partisans, et la question pourrait bien rester en litige. Le docteur Paasch a observé une épidémie de roséole à Berlin, et donne le résumé de ce qu'il a vu. En été 1853, il avait à traiter beaucoup de rougeoles et des scarlatines, dans la partie de la ville qu'il habite. En mars de l'année suivante, il apprit que la roséole régnait dans d'autres quartiers, lui-même n'avait alors que de fréquentes angines légères et des oreillons. A la fin du mois, il y eut des cas de rougeole, et bientôt après de la roséole ainsi caractérisée. Après un léger malaise, ou sans prodromes, les enfans avaient dans la face et sur la poitrine, puis sur le dos, les hanches et les cuisses, des taches rouges, rarement isolées, analogues aux taches morbilleuses, légèrement saillantes, de forme ovale; plus souvent elles étaient plus étendues, irrégulières, formées de petites élevures confluentes. Elles pâlissaient peu à peu, mais étaient encore souvent visibles après huit à dix jours, où les petites pointes donnaient à la peau l'aspect de la chair de poule. Peu de malades avaient de la fièvre, plusieurs une légère angine; langue normale dans quelques cas, le plus souvent un peu blanche, souvent aussi scarlatineuse, même en l'absence de fièvre et d'angine. Une desquamation évidente survenait rarement. Dans plusieurs cas, même très légers, il y eut, après huit à dix jours, un léger œdème de la face, des mains et des pieds, avec urine albumineuse; symptômes qui disparurent spontanément au bout de quelques jours. D'autres médecins ont vu survenir souvent une hydropisie rebelle. Il y eut un cas de mort avec des symptômes de compression cérébrale. L'épidémie a duré jusque fin mai.

Voici la filiation de quelques cas : Le 26 mars, une enfant de 15 ans prit une rougeole bien caractérisée qui marcha normalement. Le 9 avril, un frère de 7 ans et la bonne prirent une éruption roséolique, le premier à petites taches très abondantes, l'autre à plaques; état général normal; les deux répandaient une odeur scarlatineuse. Le lendemain, un frère de 6 ans était pris de la même manière. Le 15 avril, une sœur aînée eut une forte fièvre; légère angine, et éruption analogue à celle des deux frères; pas de toux, pas de rougeur des conjonctives, pas de photophobie. Il ne s'ensuivit pas de desquamation. Ainsi une rougeole au commencement, une scarlatine sans desquamation à la fin, et entre les deux une éruption qui penche plutôt du côté de la scarlatine, comme le prouve encore l'odeur caractéristique.

Un second groupe fut observé dans la famille du frère de M. Paasch. Le 26 mars, un garçon de 6 ans eut l'éruption observée chez les garçons précédens, avec un petit mouvement fébrile; légère douleur dans le cou; bord et pointe de la langue rouges et garnis de papilles saillantes; peau moite; légère douleur scarlatineuse. Le lendemain, un frère de 10 et une sœur de 5 ans sont pris du même exanthème, le premier sans le moindre malaise, la seconde avec fièvre violente, les taches de couleur rouge de feu, angine, langue scarlatineuse, peau sèche, chaude, odeur scarlatineuse décidée. Le premier enfant eut plus tard des parotides suppurées. Le 29, un cadet fut pris de l'éruption du premier, sans fièvre, sans angine, et une sœur aînée éprouva un mouvement fébrile et un peu d'angine ; odeur scarlatineuse décidée, mais pas d'éruption. Tous les enfans étaient rétablis fin avril. Le 3 mai, le troisième malade, la petite fille de 5 ans, qui avait eu une scarlatine avec desquamation, prit la rougeole la plus normale, suivis de desquamation. Chez aucun des autres enfans ce phénomène ne s'est montré. Ainsi, dans ce groupe, il y a deux scarlatines non douteuses, et trois exanthèmes de même forme, mais apyrétiques.

Lorsque la scarlatine et la rougeole se montrent avec leurs caractères tranchés, on ne les confondra jamais, et le même individu en sera pris rarement pour la seconde fois. Mais quand ces phénomènes se manifestent ensemble, on peut se demander: que faut-il absolument pour pouvoir déclarer un état pathologique être une scarlatine ou une rougeole? La réponse n'est pas facile, et c'est cette difficulté qui a donné naissance à la roséole. S'il règne dans le moment une épidémie de l'une ou l'autre de ces affections, on est tenté d'attribuer ces cas à la maladie régnante. Mais si l'on observe ces deux maladies à la fois, sous forme sporadique, et si en même temps il existe épidémiquement un appareil de symptômes, avec exanthème, qui ne se rangent pas dans un de ces deux cadres, avons-nous le droit de les attribuer à l'une ou à l'autre de ces formes, ou de les appeler d'un nouveau nom? Les descriptions de différentes épidémies de roséole prouvent que celle-ci se montre sous des aspects bien divers, ce qui milite contre l'admission d'une maladie spéciale ; la roséole doit être rangée selon les caractères particuliers de l'épidémie, parmi la scarlatine ou parmi la rougeole.

L'épidémie observée par M. Paasch appartient évidemment à la scarlatine, les symptômes de celle-ci sont prédominans ; elle est une scarlatine rudimentaire, tout à fait bénigne. Une autre fois, ce pourra être une rougeole, de sorte qu'on pourrait appeler la première, roséole scarlatineuse, la seconde, roséole morbilleuse. — (*Journal f. kinderkrankh*, 1855, n°s 1 et 2.)

Expériences sur la production de bruits dans les vaisseaux sanguins; par le docteur Th. Weber, de Leipzig. — Les résultats de nombreuses expériences faites sur des tubes en caoutchouc vulcanisé ont conduit aux résultats suivans : Le bruit qu'on perçoit dans un tube pendant qu'un liquide y coule est produit par des vibrations des parois, déterminées par le mouvement du liquide et non par les particules du liquide lui-même. La naissance du bruit est facilitée par des rugosités sur la surface interne, par des parois minces, par un diamètre plus considérable, par un courant plus rapide et par des rétrécissemens du tube. Cette dernière condition est la plus favorable, et le bruit se perçoit le mieux, immédiatement au-dessous de l'endroit rétréci ; ainsi, chaque fois qu'un tube se continue avec un autre plus large, surtout quand le courant arrive obliquement dans la partie évasée, le bruit s'entend plus fort dans cette dernière. Il faut un courant plus rapide pour produire un bruit dans des tubes rigides, comme de verre, de métal, que dans des tuyaux élastiques, tels que ceux de caoutchouc, les intestins, les veines. Le mercure produit le bruit plus facilement que l'eau ; l'eau plus que le lait, le lait plus que du sang étendu d'eau, ce dernier mieux que du sang pur ; en général, les liquides pesans et fluides plus que les liquides visqueux et légers. On obtient parfois, avec différens degrés de vitesse du liquide et de compression, un son chantant et cadencé. Quand la vitesse se ralentit peu à peu, il arrive un point où le bruit ne se produit plus.

Un courant d'eau passant à travers la veine jugulaire ne donne de bruit que quand la veine est légèrement comprimée.

Les bruits artériels se produisent de la même manière et avec les mêmes modifications; ils sont intermittens ou rémittens. Le bruit de souffle des anévrysmes paraît avoir pour causes la dilatation artérielle, le sang coulant d'un tube plus étroit dans un tube plus large, et la rudesse habituelle des parois de l'anévrysme.

Le bruit des veines n'a lieu que par le rétrécissement du vaisseau, à la suite d'une pression exercée par le stéthoscope, par des muscles, par une artère qui bat à côté. Dans ce dernier cas, le bruit devient rémittent on intermittent; dans les autres il est continu. En tournant lentement la tête et le cou d'un côté, il arrive un moment où l'on entend dans la jugulaire du côté opposé, un bruit, sans que la personne soit malade. Pendant qu'on perçoit le bruit, si l'on comprime la veine encore dans un autre endroit, il cesse facilement. Dans la chlorose, les bruits sont déterminés par plusieurs causes, surtout par l'état du sang, l'hydroémie et l'oligoémie. L'expérience a prouvé que le sang aqueux était plus favorable à la production de bruits ; dans l'autre état pathologique, les veines situées dans le thorax gardent leurs dimensions ordinaires, tandis que celles du cou, sonmises à la pression atmosphérique, s'affaissent quand elles renferment moins de sang, il existe donc alors un tube plus étroit, s'abouchant dans un tube plus large. Chez les enfans, les bruits jugulaires s'entendent plus souvent que chez les adultes ; c'est que leurs veines sont plus petites, le courant y est donc plus rapide et augmenté encore par une plus grande quantité de sang qui y passe, le cerveau recevant chez eux plus de sang que chez l'adulte.

Les bruits placentaires proviennent des artères iliaque externe ou commune, hypogastrique et même de l'aorte comprimées par l'utérus; les bruits continus plus rares sont déterminés par la compression des veines correspondantes. — (*Archiv. f. phys. heilk.*, 14e année, n° 1.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 115. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 27 Septembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An...............	32 Fr
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 SEPTEMBRE 1855.

SUR LES SÉANCES ACADÉMIQUES.

Beau soleil de septembre, ton influence est désastreuse sur nos Académies.

A l'Académie des sciences, rien qui intéresse les sciences médicales.

Et pendant qu'à l'Académie de médecine, M. Robinet taille en pièces une nouvelle armée de remèdes secrets, que M. Warner s'élève aux considérations les plus transcendantes de physiologie pathologique sur la chaleur, poussons cette douloureuse exclamation :

Pourquoi, ô Académies, ne pas prendre vos vacances?

Voyez, ô Académie de médecine! Désertes sont vos banquettes, le public absent, un président de complaisance, vide le fauteuil du secrétaire perpétuel; pourquoi donc ces simulacres de séances, quand tous les élémens font défaut à la fois?

Seuls les journalistes, ces intrépides martyrs du devoir, sont à leur poste. Zèle stérile, car n'ayant à rien à reproduire, à analyser, à louer ou à blâmer, leur position est aussi désobligeante que possible. Amédée LATOUR.

ANESTHÉSIE.

NOTE SUR L'ANESTHÉSIE LOCALE AU MOYEN DE LA GLACE;

Par M. le dr COSTE, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, professeur à l'École de médecine.

L'anesthésie générale par les inhalations d'éther ou de chloroforme, malgré ses hasards, ses périls même, marquera dans l'histoire de la chirurgie une date ineffaçable. Les bienfaits que l'humanité a recueillis de cette précieuse découverte ne sauraient être amoindris par quelques exceptions où la mort est venue prendre la place de la douleur. Toutefois, bien que la science ait beaucoup fait, dans ces derniers temps, pour écarter le danger des vapeurs anesthésiques et qu'elle n'ait pas, il faut l'espérer, dit son dernier mot, les chirurgiens ont dû s'alarmer de ces cas heureusement rares, mais encore trop fréquens, où le patient qu'on voulait empêcher de souffrir a été foudroyé contre toute attente, en dépit des plus sages précautions.

Ces accidens de l'emploi de l'éther ou du chloroforme, surtout de ce dernier, ont nécessairement, malgré leur petit nombre, jeté quelque défaveur sur l'anesthésie, et, tout en rendant les opérateurs plus attentifs à peser les contre-indications de ce moyen, les ont portés à en user avec plus de réserve, seulement pour les grandes opérations. Il en est résulté aussi qu'on a conçu la possibilité, dans des cas assez nombreux, de ne rendre insensible que la partie qui devait subir l'atteinte de l'instrument.

Cette anesthésie locale, on a cherché à l'obtenir par la glace, par l'éther et par le chloroforme.

L'application topique des deux derniers moyens n'a pas donné des résultats satisfaisans, et je crois bien qu'on devra y renoncer. L'éther, dont on active l'évaporation en soufflant sur la partie à mesure qu'on l'y verse goutte à goutte, n'amène qu'une insensibilité excessivement superficielle et fugitive. Le chloroforme, qui a une action irritante bien connue, rubéfie la peau, l'enflamme, et, partant, ne saurait produire l'effet qu'on en espère.

Le mélange frigorifique de M. Arnott (deux parties de glace et une partie de sel marin) est seul efficace.

Pour empêcher le tassement de la glace, j'ai l'habitude de la piler par petites portions à la fois, et je trouve fort commode de le faire dans un sac de toile, tel qu'un sac à argent.

Le mélange de glace et de sel doit être placé dans un sachet de gaze ou de mousseline; l'un ou l'autre de ces tissus, très lâche et très fin, permet, beaucoup mieux qu'une vessie de porc, une application presque immédiate de la glace.

Celle-ci fait passer les tissus avec lesquels elle est mise en contact par trois phases distinctes, mais qui se succèdent à de très courts intervalles : douleur un peu comparable à celle de la brûlure, puis engourdissement, et, finalement, insensibilité. La glace amène ces deux derniers effets sur la partie qu'elle touche en y suspendant la vie, puisqu'elle arrête le cours du sang et supprime l'action nerveuse. Or, la circulation et l'innervation étant les sources des mouvemens vitaux, ces effets doivent se produire inévitablement. Le froid excessif détermine ainsi, dans le lieu de son application, une congélation de quelques instants, une mort momentanée. Dès lors la partie se ride, durcit beaucoup, devient d'un blanc de craie et aussi froide que la glace elle-même.

L'insensibilité arrive plus ou moins promptement suivant que la peau est saine ou fluxionnée par l'inflammation. Dans le premier cas la glace agit très rapidement; la congélation est obtenue dans une minute, deux au plus. Si, au contraire, le mélange réfrigérant est appliqué sur une région phlogosée, ainsi qu'il arrive, par exemple, pour l'ouverture d'un abcès aigu, le sentiment n'est aboli qu'après un temps assez long, six, huit et même dix minutes. Cela se comprend fort bien, d'ailleurs, car chacun sait que les tissus enflammés opposent au froid une résistance que les expériences de Hunter ont bien démontrée.

L'anéantissement de toute sensibilité par le mélange réfrigérant étant de courte durée et l'action de la glace n'atteignant pas de grandes profondeurs, l'emploi de ce moyen, comme anesthésique local, est limité aux opérations d'une rapide exécution et dans lesquelles le chirurgien ne doit intéresser que des parties superficielles. Toutefois, même réduit à cet usage, le rôle de la glace est encore fort beau, car il procure un bienfait inappréciable, la suppression de la douleur, dans une foule de cas très usuels, dans toutes ces opérations de petite chirurgie qu'on rencontre à chaque pas dans la pratique : l'application du cautère actuel, l'arrachement de l'ongle incarné, l'amputation partielle d'un doigt ou d'un orteil, l'ouverture d'un abcès, le débridement d'un phlegmon, l'incision d'un panaris, d'un anthrax, l'extirpation d'une loupe ou de tout autre tumeur bénigne. Et ne pourrait-on pas aussi, au grand avantage du malade, en admettant que l'anesthésie générale fut contre-indiquée, entourer le membre, dans l'amputation circulaire, d'un long sachet de glace? On épargnerait du moins à l'opéré la douleur, toujours très vive, de l'incision de la peau et de sa doublure cellulo-adipeuse dans la formation de la manchette.

On ne saurait donc méconnaître que, dans maintes occasions, la glace offre aux malades une ressource certaine pour se soustraire à la douleur d'une opération chirurgicale. Il est une autre vérité dont la démonstration est des plus faciles, c'est qu'aucun inconvénient ne détruit cet avantage immense.

Des esprits prévenus ou qui n'ont pas assez attentivement étudié les effets du mélange frigorifique, en rappelant la première phase de son contact avec la peau, diront peut-être : pour éteindre la sensibilité vous créez une situation pénible, un état de souffrance, une douleur réelle. L'objection de la douleur n'est pas sérieuse. Cette douleur, qui n'est rien d'ailleurs, à côté de celle que produit l'instrument tranchant, est

Feuilleton.

LETTRE A M. LE DOCTEUR CERISE [1].

Je vous ai prévenu, Monsieur, que j'étais une intelligence rétive. Vous devez être maintenant surabondamment convaincu que ma confession était sincère. J'aurais dû vous avertir — je m'en aperçois un peu tard — que ma plume était encore plus rétive que mon intelligence. Je ne suis pas écrivain — malheureusement — et j'ai toutes les peines du monde à exprimer ce que je voudrais dire. Si j'étais assuré d'être clair seulement et de vous faire bien saisir les doutes qui m'ont assailli à la lecture de votre introduction, je me consolerais de manquer de tant d'autres qualités. Je n'ai qu'un désir, celui d'arriver à la lumière et si je parviens à dissiper quelques obscurités, dussent toutes mes questions sembler lourdes et fatigantes, je me tiendrai pour content. Veuillez croire, toutefois, que si je ne suis pas plus rapide, il n'y a rien de ma faute. J'y fais tous mes efforts; mais je voudrais tout dire pendant que j'y suis et je vous demande la permission de revenir en quelques mots sur ce qui fait l'objet de ma première interrogation.

Je n'ose pas vous prier de relire le paragraphe par lequel commence votre travail, mais je l'ai relu plusieurs fois et il en est résulté pour moi une impression si constante, qu'elle serait, je le pense, la même pour vous. Cette impression c'est qu'évidemment vous n'êtes préoccupé que d'une chose, à savoir : les destinées de la science des rapports du physique et du moral. Mais, est-ce de cela au fond qu'il s'agit? Que vous importe à vous et que nous importe cette science. Ce qui nous intéresse tous, n'est-ce pas la connaissance de l'homme? Une fois l'homme connu, s'il peut l'être; une fois que nous saurons au juste ce que c'est que le physique et ce qu'on doit entendre par le moral, la science qui coordonne les rapports de ces deux termes subsistera ou disparaîtra selon ce que deviendront ces deux termes eux-mêmes. Dans le premier cas nul ne le contestera plus; dans le second personne ne le regrettera.

Possédez-vous cette connaissance de la nature humaine?

Croyez-vous, vraiment, qu'en regard de la science des rapports du physique et du moral, et en contradiction avec elle, il n'y ait de possible qu'*une physiologie mystique qui nie l'élément physique ou une psychologie mécanique qui nie l'élément moral*? Sur quoi vous fondez-vous? et quand cela serait, ne vous resterait-il pas à démontrer l'erreur de cette physiologie et de cette psychologie? L'avez-vous fait? Je n'en sais rien. Pardonnez-moi mon ignorance et donnez-moi au plutôt, je vous en prie, les moyens de la dissiper. Jusque-là vous me paraissez ne vous intéresser à la science des rapports du physique et du moral que pour cette science elle-même.

Le missionnaire Huc rapporte que pour les médecins chinois, la *chaleur naturelle* et l'*humide radical* sont les deux principes de la vie et que du manque d'harmonie entre eux résultent les maladies et la mort. Il y a là toute une science de rapports qui ne peut se maintenir qu'à la condition de respecter l'un et l'autre des termes de cette science. Il est probable que les théoriciens de l'Empire du milieu tracent, ainsi que vous, le programme de ce que doit faire la science — dans quel but? — pour qu'elle subsiste.

Voici votre texte : C'est en proclamant et en maintenant énergique- » ment cette distinction (entre les deux élémens) qu'elle pourra déter- » miner exactement la part apportée par l'élément moral et par » l'élément physique. » Ce qui revient à dire que si la science arrivait à ne plus distinguer deux élémens elle ne pourrait plus parler de deux élémens distincts. Cette fois, convenez-en, Monsieur, la conclusion peut être irréfutable, mais elle manque de hardiesse.

Je voudrais me hâter; c'est en vain. Non seulement chacune de vos phrases, mais presque tous vos mots me jettent dans des étonnemens dont je ne saurais revenir sans votre aide. Ainsi vous écrivez : « Pour » que la science des rapports parvienne à fournir un jour les grandes » applications que réclament à la fois la morale et l'hygiène sociales, » elle doit, etc., etc. »

La morale sociale et l'hygiène sociale sont-elles donc constituées? Ont-elles été formulées en un corps de doctrine assez généralement adopté pour qu'on puisse espérer d'être entendu en prononçant leurs noms? Quant à moi, Monsieur, je n'aurais pas cru pouvoir, avec un de mes contemporains, aborder l'une ou l'autre de ces questions sans de longues explications préalables. Aussi vous serais-je reconnaissant de m'indiquer, si possible, où, comment et par qui, ces spiciléges ont été élevés au rang des sciences.

« La religion, ayant pour objet de présider aux destinées les plus » générales de l'humanité, a dû précéder, par l'enseignement de ses » dogmes, la naissance et le développement des sciences spéciales. »

C'est vous qui le dites, Monsieur, et cela équivaut, si je ne me trompe, à cette proposition : que l'homme procède du composé au simple. Ou, si vous voulez, pour éviter toute dispute de mots, que Dieu fait procéder l'homme du composé au simple. Je ne conteste pas cette proposition; je vous la signale simplement comme étant en désaccord absolu avec les notions que *proclame le sens commun et que les langues des peuples expriment.* Vous voyez que mon idée de dictionnaire n'était pas une idée stérile et je suis heureux d'en trouver en vous-même les premiers matériaux.

Vous continuez : « Parmi les dogmes que la religion a proposés à la » croyance des hommes, se trouve au premier rang celui qui affirme, » d'une part, l'existence de Dieu, esprit créateur, et celle du monde, » matière créée; et de l'autre, la double nature de l'homme créé à la » fois être spirituel et immortel, participant de la nature de Dieu, et » être matériel et mortel participant de la nature du monde. »

Vous ne désignez pas la religion dont vous parlez; je suppose qu'il s'agit de la religion catholique et je viens de relire le premier chapitre de la Genèse. Je n'y ai point vu la moitié de tout cela. Il n'y est pas question le moins du monde de la double nature de l'homme.

« Et Dieu dit (chap. Ier, v. 26) : faisons l'homme à notre image et similitude. — (Chap. 27) « Dieu donc créa l'homme à son image (il le créa à l'image de Dieu...). »

Vous le voyez, Monsieur, la Bible met une triple insistance à nous apprendre que l'homme fut créé à l'image de Dieu. Elle ne dit nulle part, que je sache, qu'il fut créé à l'image de Dieu et du *monde*. Mais je reviendrai dans un moment sur ce point.

Encore une citation pendant que le livre est ouvert. Au chap. IIme v. 17, Dieu dit à l'homme : « Mais l'arbre de science de bien et de mal, tu n'en mangeras point : car dès le jour que tu mangeras d'icelui, *tu mourras de mort.* » Vous voyez encore que l'homme ne fut pas créé à la fois immortel d'un côté et mortel de l'autre, mais immortel simplement.

Il me paraît donc difficile, pour ne pas dire impossible, d'appuyer sur les textes sacrés votre dogme de la dualité humaine. Mais quand cela serait? Moïse est-il une autorité en matière scientifique? Les systèmes les plus contradictoires ont tous cru pouvoir se légitimer par les Ecritures saintes. Les imaginations tendres peuvent voir dans ce fait la preuve glorieuse d'une compréhensivité divine; mais la science exige un point de départ plus rigoureux et moins interprétatif.

Notez que je ne parle que de la traduction vulgaire. Que serait-ce, grand Dieu! si nous voulions remonter au texte primitif? Un exemple entre mille : passez-moi cette digression pédantesque. Elle rentre, d'ailleurs, étroitement dans mon sujet. Il est un mot terrible, dont vous vous servez souvent, Monsieur, et que l'église répète aussi à chaque instant. Ce mot a enfanté plus de discussions, plus d'erreurs, plus de discordes, plus de calamités que dix Homères n'en pourraient dénom-

[1] Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

extrêmement rapide ; elle se fait à peine sentir, dès les premiers instans de l'application du mélange, que déjà survient la torpeur des tissus.

J'ai quelquefois entendu redouter la gangrène pour la peau soumise à l'action du froid. Cette crainte est positivement mal fondée et ne doit pas un moment arrêter le chirurgien ; je n'ai jamais vu la gangrène dans les nombreux cas où j'ai fait l'anesthésie locale. Au reste, la moindre réflexion doit faire concevoir l'impossibilité de ce résultat ; la glace peut bien, en quelques minutes, engourdir la peau qu'elle couvre au point de la rendre insensible, mais elle ne peut, dans un si court espace de temps, y tarir les sources de la vie.

Enfin une réaction trop intense, après la cessation du froid, pourrait-elle se produire? Nullement encore. Le sang revient, sans déterminer la moindre congestion, dans les capillaires d'où il avait été chassé, et l'organisation reprend son empire.

On le voit, rien de fâcheux ne vient contrebalancer les bons effets du mélange réfrigérant.

J'emploie beaucoup, surtout en ville, cet excellent moyen de conjurer la douleur ; aussi pourrais-je citer ici un grand nombre d'observations empruntées à ma pratique. Mais cela offrirait peu d'intérêt. Je me bornerai donc à présenter sommairement quelques faits parmi les plus récens :

I. — Luberc, 24 ans, menuisier. Opéré à l'Hôtel-Dieu, le 14 décembre 1854, par le procédé de Dupuytren, d'un ongle incarné au côté interne du gros orteil droit. Sept minutes d'application de la glace. Insensibilité complète. Guérison le 28 décembre.

II. — M. Suë, directeur de l'Ecole de médecine. Excessive irritabilité naturelle. Phlegmon suppuré du pouce droit. Dix minutes d'application de la glace. Grande incision sur la face dorsale du doigt le 29 janvier 1855. Sensibilité considérablement amoindrie. La douleur de l'incision est à peu près nulle ; elle se montre seulement dans la pression que nécessite l'expulsion du pus.

III. — Mme Artaud, 30 ans. Deux abcès superficiels au sein gauche. Six minutes d'application de la glace. Ouverture des deux abcès par le bistouri le 10 février 1855. Insensibilité absolue.

IV. — M. Félix, 42 ans, bottier. Petit anthrax à la nuque. Incision cruciale, faite le 25 février 1855, après six minutes d'application de la glace. Absence complète de douleur.

V. — M. Jaubert, 18 ans, commis. Abcès phlegmoneux au niveau de la crête iliaque gauche. Après huit minutes d'application de mélange de glace et de sel, le 8 mars 1855, la peau, qui était très rouge, très enflammée, est entièrement blanche et durcie. Incision de cinq centimètres. Insensibilité absolue. Le malade, fort pusillanime, n'avait pas conscience de l'opération ; il croyait le sachet de glace encore appliqué sur la peau quand l'abcès était déjà ouvert.

VI. — Sineyre, 29 ans, cordonnier. Ablation par le bistouri, le 22 mars 1855, des chairs fongueuses d'un ongle incarné au côté interne du gros orteil droit. Trois minutes d'application de la glace. Insensibilité. (Observation prise dans le service de l'un de mes collègues de l'Hôtel-Dieu, M. Pirondi.)

VII. — Mme Blanc, 25 ans. Extirpation, le 15 mars 1855, d'une loupe du derme chevelu de la grosseur d'une aveline. Insensibilité complète après deux minutes d'application de la glace.

VIII. — M. Amphoum, 58 ans, fontainier. Extirpation, le 22 mars 1855, d'une tumeur de la fesse gauche. Après une minute d'application de la glace, la peau est entièrement décolorée et fortement durcie, comme parcheminée ; j'y fais une incision de 12 centimètres environ sans provoquer le plus faible sentiment de douleur.

IX. — Fay (André), 22 ans, scieur de long ; ongle incarné par ses deux bords, mais surtout par l'externe, au gros orteil gauche. Arrachement de l'ongle tout entier par le procédé de Dupuytren. Cinq minutes d'application du mélange frigorifique ; insensibilité absolue. Opération faite à l'Hôtel-Dieu le 14 juillet 1855.

Ces quelques faits, tout en attestant la vertu anesthésique de la glace, sont pleinement confirmatifs des expériences de Hunter ; car, chez les deux malades des obs. VII et VIII, la peau étant parfaitement saine, exempte de toute inflammation, la congélation a été rapidement obtenue ; tandis que pour la plupart des autres cas, notamment dans les obs. II et V, l'état inflammatoire rendant la peau réfractaire à l'action de la glace, une plus longue application du mélange frigorifique a été nécessaire pour amener l'insensibilité.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Suite. — Voir les nos des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13 et 20 Septembre.)

Neuvième Leçon.

3° *Déformation.* — J'ai exposé deux des principaux symptômes de l'affection sous-occipitale, la douleur et les modifications de l'attitude et des mouvemens du sujet ; je vous les ai fait connaître par des exemples. J'arrive au troisième caractère, la déformation du cou.

La déformation du cou se voit particulièrement à la nuque ; vous en avez vu déjà des exemples. Cette région présente ordinairement, dans les deux formes de la maladie, un sillon profond, plus marqué s'il existe une luxation de l'atlas. Le plus souvent, il y a renversement de la tête en arrière, augmentation de la convexité antérieure de la colonne cervicale. Cette région est quelquefois encore déformée par des tumeurs fongueuses qui, après s'être fait jour entre les vertèbres malades, parviennent jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Des abcès altèrent également, dans certains cas, la forme du cou.

Ce qui doit nous arrêter surtout et ce que nous devons chercher à reconnaître, c'est la position des os. On peut souvent, en ayant égard à l'état des parties, présumer qu'il y a luxation ou subluxation. Supposez, par exemple, que l'atlas se soit porté en arrière, vous pouvez sentir obscurément l'arc postérieur de cet os entre les trapèzes tendus de chaque côté de la nuque. Supposez, en deuxième lieu, que le même os ait glissé en avant ; sa dépression qui correspond à cet arc postérieur sera augmentée ; l'apophyse épineuse de l'axis sera devenue plus saillante.

N'accordez pas, toutefois, trop de valeur à ces signes ; ils varient du plus au moins et sont presque toujours insuffisans pour établir le diagnostic d'une manière positive.

Supposez, en troisième lieu, qu'il y ait rotation de la tête ; vous aurez une saillie des apophyses transverses du côté opposé. Les affaissemens latéraux des vertèbres malades seront indiqués par une diminution de hauteur d'un des côtés du cou.

Dans la subluxation par rotation, la saillie de l'axis n'est plus en rapport avec la protubérance occipitale externe ; ces deux éminences osseuses ne se trouvent plus situées sur une même ligne verticale. Ce signe a de la valeur et doit toujours être recherché.

Le toucher par le pharynx fera quelquefois reconnaître l'altération sous-occipitale ; mais il n'est pas toujours praticable.

4° *Lésions nerveuses.* — Les signes fournis par la lésion de la moelle et du cerveau ajoutent aussi aux moyens de diagnostic. Ce sont ordinairement ceux des congestions : vertiges, céphalalgie, éblouissemens. Les symptômes du côté de la moelle sont encore plus importans ; ce sont des engourdissemens, des fourmillemens, ou bien des mouvemens convulsifs, de la paralysie. La paralysie affecte plus souvent les membres supérieurs que dans le mal vertébral des autres régions ; quelquefois elle les affecte seuls. L'hémiplégie a été signalée dans plusieurs cas d'arthrite sous-occipitale.

5° *Abcès.* — Les abcès peuvent fournir des signes d'une grande valeur, lorsqu'ils se développent du côté du pharynx, des fosses nasales ou du larynx. Ils produisent un rétrécissement de ces conduits et une gêne de leurs fonctions : dysphonie, dyspnée, dysphagie. La dyspnée n'est pas seulement produite par les abcès qui compriment le conduit aérien ; elle reconnaît également pour cause l'altération des nerfs respiratoires émanés du bulbe. Aussi les fonctions respiratoires sont-elles fréquemment compromises.

Je n'insiste pas sur les renseignemens que fournissent les fistules, la nature du pus, etc.

Diagnostic différentiel. — Une première maladie qu'on peut confondre avec l'arthralgie sous-occipitale, c'est la contracture des muscles du cou. Deux cas de ce genre sont décrits dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez. Il existait, dans l'un, un renversement très prononcé de la tête en arrière ; dans l'autre, un torticolis. La contracture, dans le premier cas, était bornée aux muscles de la nuque ; dans le second, elle était générale ; cette circonstance servit à fixer le diagnostic.

Quand la contracture des muscles du cou existe seule, vous comprenez qu'on puisse être dans le doute sur la véritable nature du mal. C'est surtout en ayant égard à la marche des deux affections, qu'on peut résoudre ce problème. La contracture revient par accès ; il n'en est pas de même du mal sous-occipital. On peut bien voir plusieurs attaques de synovite sur un même sujet ; je vous ai cité l'exemple d'une enfant qui a été prise de synovite l'an passé, qui en a été reprise dernièrement ; mais ces atteintes diverses se font sentir à de longs intervalles. La forme d'accès est donc un des meilleurs caractères distinctifs des deux maladies.

La contracture essentielle persiste, quelle que soit l'attitude donnée à la tête ; la contracture symptomatique d'une lésion articulaire ou osseuse est intermittente ; elle est subordonnée à la douleur, à la position de l'extrémité céphalique.

Je passe à un autre genre de lésions, dont je parlerai d'abord d'une manière générale, afin de mieux préciser le diagnostic : il s'agit du torticolis. Je désigne sous ce nom une inclinaison insolite du cou et de la tête, ordinairement accompagnée de rotation. Je continue à me servir de cette dénomination banale de *torticolis*, parce que tout le monde la comprend ; ceux d'entre vous qui désireraient une expression moins commune, adopteront celle d'*obstipité*.

Il faut distinguer le torticolis en une foule d'espèces ; je le diviserai, d'une manière générale, en torticolis physiologique et torticolis pathologique.

Torticolis physiologique. — Il présente une sous-division ; il est involontaire, ou, ce qui a lieu le plus souvent, dépendant de la volonté.

1° Le torticolis physiologique involontaire dépend de plu-

---

brer. C'est le second de la Bible, en français : « Dieu *créa.* » C'est le verbe *créer*. Mot terrible déjà quand il est seul et dont l'église s'est plu à rendre l'obscurité plus formidable en y ajoutant : *de rien*. Dieu *créa de rien. Deus creavit ex nihilo.* J'ignore quel est le premier auteur de cette traduction... audacieuse, mais j'ai voulu savoir la véritable signification du mot hébreu qui avait été... traduit ainsi. Or, Monsieur, quittant momentanément mon rôle de questionneur, je vous affirme que cette signification n'a rien, mais rien absolument de commun avec le mot *créer*. Le livre juif dit que Dieu *façonna, travailla.* (On ne façonne que ce qui existe déjà.) — Cette rectification vous semble probablement fort extraordinaire, Monsieur ; — pas plus qu'à moi, à coup sûr, lorsque je la fis. Je ne puis que vous engager à vous en assurer *de visu* et vous laisse en tirer les conséquences.

Revenons : « Toutes les Génèses primitives, dites-vous, sont unanimes sur ce dogme fondamental qui assigne à l'homme une fonction à remplir, à l'aide de son organisme, au sein des choses créées. » Voudriez-vous, Monsieur, être plus explicite à cet égard et m'apprendre si cette fonction est la même pour toutes les Genèses ; quelle est cette fonction ; et si elle a été remplie jusqu'à présent ?

Vous insistez beaucoup sur le dogme religieux que vous croyez conforme au vôtre ; vous ne trouverez pas mauvais que je vous suive sur ce terrain. Au risque donc d'être lourd et de me répéter, je reviens avec vous sur une question entamée tout à l'heure.

« Le principe de la dualité, enseigné par la religion positive » dites-vous. — Qu'est-ce qu'une religion positive et quelle est la religion positive ? En supposant que ce soit la religion juive, acceptée dans ses dogmes génésiaques par la religion catholique, l'assertion ci-dessus me paraît, encore une fois, très contestable. Si le principe de la dualité est enseigné par le livre de Moïse, il n'est enseigné, me semble-t-il, que d'une façon on ne peut plus implicite. « Dieu, dit le législateur cornu, créa l'homme à son image. — Qu'est-ce que Dieu ? demande le catéchumène. — C'est, répond le catéchisme, un pur esprit. — Et qu'est-ce qu'un pur esprit, continue le catéchumène, avide de s'instruire. — Un esprit, répond encore le catéchisme, c'est quelque chose qui n'a ni étendue, ni propriétés, qui n'est accessible par aucun de nos sens, y compris le sens intime, et dont nous nous ne pouvons avoir aucune idée. »

Le questionneur s'en tient là et il fait bien. Mais moi, Monsieur, je vous demanderai où se trouve l'enseignement dont vous nous parlez. Le Dieu des juifs et des chrétiens est absolument, résolument distinct de la création du monde, de la matière, comme disent les théologiens et vous, Monsieur, après eux. Vous êtes donc enfermé dans cette alternative : ou la Genèse a raison ; nous sommes faits à l'image de Dieu ; nous sommes de purs esprits ; et alors vous avez tort de voir là le principe de la dualité enseigné ; — ou nous ne sommes pas de purs esprits ; la Genèse se trompe ; et vous avez tort de vous appuyer sur elle. — A moins qu'on ne *prouve*, en théologie, que *faire à son image*, cela signifie faire sans aucune ressemblance avec soi.

— « Ce principe (celui de l'identité universelle) destructeur de toute science, de toute morale, de toute société, résume, dites-vous encore, toutes les théories *hétérodoxes* et aboutit au panthéisme et au matérialisme. »

— N'est-ce pas l'antiquité panthéiste qui a trouvé toute science, toute morale et qui nous a légué tous les modèles de sociétés ?

— En quoi le matérialisme détruit-il la science ? En quoi détruit-il la morale ? En quoi s'oppose-t-il à la formation et au maintien des sociétés ? — Comment ! Selon que l'homme croira au principe de la dualité ou à celui de l'identité, il aura ou n'aura pas le besoin de vivre en société ? — S'il croit à la dualité, il désirera connaître ; s'il croit à l'identité, toute curiosité, tout amour de la science mourra aussitôt en lui ? Ces besoins si impérieux, si universels, si fondamentaux, sont subordonnés à l'idée que vous dites ? Allons, Monsieur, vous y mettez de la passion. — Qu'importe si la passion n'étouffe pas la bonne foi ? — Je le veux bien ; mais voyez : le principe de la dualité, dites-vous, est le principe religieux positif lui-même. Tout ce qui contredit ce principe est destructeur de la société. Donc, si une société subsiste, elle s'appuie nécessairement sur le principe de la dualité et nécessairement aussi sur le principe religieux qui lui est identique. Voilà le fond et la moelle de votre raisonnement. Eh bien ! la preuve, ici, doit être facile. Il y a longtemps que les hommes vivent en sociétés et sont soumis aux religions. Dépliez donc une mappemonde, ouvrez l'histoire et veuillez nous indiquer sur l'une ou dans l'autre, une société qui soit, à la fois, un modèle de société, un foyer de science, un sanctuaire de morale et qui soit une société religieuse. Ne nous parlez pas surtout des nations mortes pour nous dire ce qui les a tuées. Cette façon de preuve indirecte est de nulle valeur : précisément parce qu'il est fort difficile de savoir ce qui a fait périr les peuples, il est facile de dire, à ce sujet, tout ce que l'on veut. Aussi chacun donne-t-il à la dernière maladie des sociétés disparues le nom qui convient le mieux au système qu'il défend. Ainsi, sur cette question, point d'anatomie pathologique, par grâce ; mais simplement l'adresse d'une société, en même temps, morale savante et *religieuse*.

C'est peut-être une naïveté, Monsieur ; mais je m'étonne toujours que l'on fasse intervenir l'élément dit religieux dans les questions où il importe à l'homme de voir clair. Quand on veut examiner, il serait bon de ne pas rendre l'examen impossible, et c'est ce que l'on fait en le hérissant de difficultés insolubles et... inutiles. Je m'étonne encore qu'au lieu d'examiner une chose en elle-même, on perde un temps précieux à examiner ce que d'autres ont dit de cette chose, et quand ce sont les auteurs sacrés que l'on invoque, cela me confond. Les Écritures saintes, eussent-elles été originairement rédigées dans notre langue maternelle, nous en avons perdu le sens ; elles resteraient pour nous absolument incompréhensibles. A plus forte raison, puisqu'elles nous sont parvenues dans une langue morte que personne ne parle plus, et que, par conséquent, personne n'est sûr d'entendre. Voyez où vous mène la rectification d'un seul mot : « *créa* », rectification que je tiens pour irréfragable contre tous les rabbins du consistoire. Tout à l'heure vous invoquiez la Genèse à l'appui de votre principe de dualité. Qui empêchera maintenant le panthéisme et le matérialisme de l'invoquer aussi à l'appui de leur principe respectif ? Je pourrais le tenter ici en me servant des définitions que vous donnez de ces deux systèmes, bien que ces définitions me paraissent très contestables. Mais je passe. Je craindrais d'allonger outre mesure cette lettre déjà trop longue, mon but n'est pas d'ailleurs d'engager des discussions théologo-métaphysiques. Je n'y aurais nul plaisir, et je n'ai point qualité pour cela. Je reviens donc modestement à mon rôle de disciple questionneur. Que prouverait, à vos yeux, en supposant qu'elle fût possible, la confirmation, par la Bible, du panthéisme et du matérialisme dans leurs données initiales ? Peu de chose, je m'assure ; et vous en prendriez, si je ne me trompe, fort tranquillement votre parti. Il est donc probable que les argumens, tirés de la même source par les spiritualistes, ne touchent pas autrement ceux qui ne sont pas exclusivement ralliés à la doctrine de l'Esprit.

Si j'avais pu, moi profane, me rallier un peu à l'Esprit, sinon à sa doctrine, j'aurais la conscience plus légère au moment de vous quitter. Je n'hésiterais pas, comme je le fais, devant la nécessité d'une seconde lettre. Mais si je profère une telle menace, comment oserais-je vous prier d'agréer, avec mes excuses, l'expression de mes sentimens très confraternels ?

Dr A.-M. Legrand.

Quelques considérations pour servir à l'histoire de la suette et du choléra et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854 ; par le docteur A. Foucart. — In-8, Paris, 1855.

Quelques remarques théoriques et pratiques sur la fièvre typhoïde ; par le docteur P.-V. Renouard. — In-8, Paris, 1855, J.-B. Baillière.

sieurs causes qui portent les malades, dans leurs actes, à tenir la tête inclinée d'un côté : tels sont les enfans chez lesquels les deux yeux sont de force inégale.

2° Le torticolis volontaire est lié aux différents états de l'âme. Le cou, en effet, concourt avec la tête à l'expression des passions, des affections de l'âme humaine. Différens moralistes, des poètes ont parlé depuis longtemps de cette variété de torticolis. Suétone, voulant peindre l'attitude hautaine de la tête de Tibère, disait : *Incedebat cervice rigidâ et obstipâ*.

Horace nous en parle encore, lorsqu'il dit de ceux qui cherchent à capter des testamens, qu'ils doivent tenir la tête penchée et simulant la crainte :

.... Davus sis comicus atque
Stes capite obstipo, multum similis metuenti.

Ici, c'est l'humilité qu'exprime ce torticolis.

Rabelais, flétrissant la fausse humilité par des épithètes, dont il se montre d'ailleurs si prodigue, nomme les hypocrites *cagots*, *cafards*, *torticolis*.

Perse, faisant le portrait du philosophe qui médite, le représente la tête penchée, *obstipo capite*.

On s'est aussi quelquefois donné un torticolis par genre, par bon ton. Dans Lucien, il est parlé des petits maîtres qui penchent la tête de cette manière.

Ce torticolis, d'abord volontaire, peut devenir ensuite involontaire; le cou, fréquemment incliné, conserve ce pli. Je crois qu'on ne confondra pas ce cas avec notre affection sous-occipitale.

2° *Torticolis pathologique*. — Cette seconde espèce est produite par une maladie, ou bien par un vice de conformation du squelette.

Le torticolis inhérent à la première cause comprend à son tour deux variétés : dans l'une, il n'y a pas lésion des organes locomoteurs; dans l'autre, ces organes sont plus ou moins profondément atteints.

1° La première se rencontre pour ainsi dire tous les jours. Un enfant nous arrive ayant un cou tellement tordu, que je crus voir un cas clinique des plus intéressans de mal sous-occipital; la rotation était portée au plus haut degré. Sur le côté du cou, cependant, existait une adénite; toute cette partie était gonflée et douloureuse; des sangsues sont appliquées et le torticolis s'évanouit. Vous comprenez ce qui avait lieu : c'était une attitude déterminée par la douleur. Mais, faites-y attention, une cause semblable, si elle se prolonge, peut donner naissance à un torticolis permanent.

2° Le torticolis produit par des lésions de l'appareil locomoteur est aigu ou chronique, osseux ou musculaire; celui-ci, à son tour, est continu ou intermittent. Ce dernier est une affection nerveuse, spasmodique, dans laquelle des mouvemens se répètent à des intervalles rapprochés; c'est une sorte de tic, de chorée rhythmique.

Les deux espèces sont quelquefois réunies chez le même sujet. Il s'agit de distinguer ces différens cas. J'ai insisté précédemment sur les caractères spéciaux que présentait la maladie d'un enfant; ils vont nous servir pour distinguer l'affection osseuse du torticolis musculaire continu. Ce que je vous dirai de l'affection des os s'applique également à la synovite unilatérale.

Le torticolis musculaire présente une attitude fixe, des formes spéciales, inhérentes aux muscles affectés et en rapport avec le mode d'action de ces muscles; l'affection osseuse donne lieu à une attitude différente, telle que celle qui résulte de l'action combinée de plusieurs muscles : l'inclinaison de la tête en avant, son renversement en arrière, etc. Elle peut produire aussi une inclinaison latérale; mais souvent alors on observe une rotation de la tête du même côté que l'inclinaison; cette coïncidence ne se voit jamais dans le torticolis musculaire.

Les symptômes de l'affection osseuse vertébrale sont aussi un moyen de diagnostic.

Si vous examinez le sujet vivant, vous voyez un muscle contracté d'une manière permanente, lorsque l'affection est purement musculaire; dans le torticolis osseux, au contraire, les muscles ne se contractent que par momens. La différence est moins sensible, lorsque la rétraction réside dans les muscles profonds; c'est alors le toucher plus que la vue qui permet de distinguer ce cas. La douleur est un phénomène commun dans les deux affections; dans un cas elle a pour siége les muscles, et les articulations dans l'autre. Ce siége sera souvent difficile à déterminer, en raison du voisinage des deux organes : cependant la douleur musculaire existe dans le corps même du muscle, et non à ses attaches; la douleur osseuse est bien détachée du muscle et plus profonde; elle est réveillée surtout par les tentatives de redressement de la tête. Ces efforts produisent, dans le torticolis musculaire, une tension extrême du muscle, et une tension moins forte dans l'affection osseuse; dans celle-ci on peut, avec de la douceur, obtenir un relâchement des agens du mouvement. Si, dans l'autre maladie, la douleur siége aux attaches des muscles, le diagnostic peut être douteux.

Nous venons d'examiner le torticolis pathologique sans vice de conformation des organes locomoteurs; je passe à la seconde variété, celle qui s'accompagne d'altération de la forme de ces organes. Ce torticolis est souvent produit par un simple vice de conformation, qui peut être *la suite* d'une maladie articulaire ou d'une affection des muscles. Celle-ci laisse quelquefois après elle un état des os qui maintient l'attitude pathologique : des liens fibreux peuvent se développer entre les surfaces articulaires, qui peuvent aussi être réunies par ankylose. Ce torticolis est congénital ou accidentel.

L'obstipité par vice de conformation acquis est la suite de la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien ou d'une affection articulaire ayant produit une simple rigidité ou l'ankylose. A l'aide des symptômes, on peut reconnaître ces deux origines. Dans le torticolis d'origine musculaire, la rigidité existe dans un seul sens; elle est égale dans toutes les directions, s'il y a eu lésion articulaire. Supposons qu'il y ait ankylose, on le reconnaîtra, en ayant égard à la disposition des apophyses épineuses et transverses dans les divers mouvemens qui se passent dans la partie inférieure du cou, et non dans les articulations sous-occipitales. Rien de semblable ne se voit dans le torticolis musculaire; on trouve seulement un muscle tendu et raccourci. Parfois, cependant, il existe entre ces deux affections un certain rapport, c'est qu'à la longue elles donnent lieu aux mêmes altérations matérielles : ainsi l'affaissement de la région sous-occipitale succède aux tractions du sterno-cléido-mastoïdien, et de même l'affection osseuse donne souvent lieu au raccourcissement de ce muscle. Avec de l'attention, on évitera une méprise.

Le torticolis congénital est assez curieux à étudier, parce qu'il est peu connu et peu décrit. Il peut être la suite des mêmes causes qui le produisent après la naissance : le fœtus peut être atteint d'une affection musculaire, d'un mal sous-occipital; il peut naître avec les suites d'une maladie guérie dans le sein de la mère; il est sujet, dans cette période de son existence, à des inflexions, des tiraillemens, des lésions nerveuses. On a reconnu, chez les monstres, des torticolis dus à cette dernière cause. Les effets seront les mêmes que dans l'obstipité acquise; je ne connais, dans ce cas, d'autre moyen diagnostique que les renseignemens fournis par les parens sur ce qui existait à l'époque de la naissance. Cette même variété peut encore tenir à une simple inégalité de développement des deux moitiés de la tête et du cou. Nous avons vu cet état être la conséquence des torticolis musculaire et osseux. Ce qui, dans un cas, est effet, peut devenir cause dans un autre. En voici un exemple : vous êtes frappé de la différence qui existe dans le volume des deux moitiés de cette tête; elle est, de plus, un peu inclinée en avant et à droite.

Cet autre buste nous offre la même disposition à un moindre degré; il a été moulé d'après le buste du musée des antiques, connu sous le nom d'*Hermès Alexandre*; on présume que c'est une copie du portrait d'Alexandre-le-Grand, dû au ciseau de Lysippe, contemporain du conquérant de l'Asie. M. Dechambre a écrit un mémoire important sur ce sujet. C'est lui qui, le premier, a étudié, au point de vue médical, l'inégalité des deux moitiés de cette tête et son inclinaison à droite.

Ce torticolis doit être soigneusement distingué des autres; il réclame un traitement tout différent. Il existe, en Europe, deux personnages éminens qui ont un torticolis de cette espèce. J'ai connu l'un personnellement, l'autre par le signalement qu'en ont donné, à une époque, les journaux politiques. On a proposé la section du muscle sterno-mastoïdien pour l'un d'eux, et sans l'énergique résistance du chirurgien ordinaire, l'opération aurait eu lieu. Il y a des bistouris que rien n'arrête, et qui n'eussent pas même épargné le cou d'Alexandre-le-Grand, pour peu qu'il s'y fût prêté.

L'inégalité de la face prédomine sur l'inclinaison de la tête dans cette variété de torticolis congénial; dans les autres, l'inclinaison est le phénomène principal. On n'observe rien, dans les muscles, qui indique une rétraction.

La douleur articulaire manque dans cette forme.

La plupart de ces caractères peuvent exister dans une affection arthralgique ancienne, et le diagnostic serait alors difficile. Qui nous dit que le sujet représenté par ce buste n'ait point eu d'affection articulaire dans le sein maternel? Cela est possible; cependant la faible inclinaison de la tête me donne à penser le contraire. Ajoutons que, dans l'inégalité primordiale des deux moitiés de la tête, la rigidité du cou est toujours moins prononcée.

D'autres affections pourraient être confondues avec le mal vertébral sous-occipital. Je dois au moins vous les nommer, ne pouvant m'étendre longuement sur leurs caractères distinctifs. Ce sont les abcès froids, les luxations traumatiques, les polypes du pharynx, les maladies de la base du crâne, exostose, tumeurs fongueuses, etc. Dans un cas cité par Olivier, l'arc de l'axis, considérablement tuméfié, comprimait le cordon rachidien. L'anesthésie fut le premier symptôme de la lésion médullaire.

Quand il rencontre l'une de ces affections, le chirurgien peut souvent rester dans le doute.

Traitement. — Je le divise en traitement de la synovite et traitement de l'affection osseuse. Ce que j'ai à vous dire s'appliquera à chacune de ces affections présumées seules. Vous savez, en effet, qu'elles se trouvent fréquemment réunies chez le même sujet, et qu'il n'existe pas de moyen de les distinguer toujours sûrement.

1° *Traitement de la synovite*. — Le traitement de la synovite soulève une question de doctrine que j'examinerai avant d'aller plus loin. Un écrivain qui prend quelquefois pour de la profondeur l'ambiguïté du langage, prétend qu'il ne faut pas donner à cette première forme de la maladie le nom d'*arthrite*, mais celui d'*arthralgie*, parce que la lésion n'est pas bornée aux articulations et qu'elle porte à la fois sur tous les organes de la région, tels que les nerfs, les muscles, etc. Mais les tissus articulaires sont évidemment le point de départ des symptômes et le siége constant de la maladie primitive. Je déclare que je ne connais pas d'affection sous-occipitale occupant d'abord exclusivement les muscles ou les nerfs. Le nom d'*arthralgie* ne pourrait désigner qu'une névralgie des articulations elles-mêmes, et il n'existe pas d'exemple d'une affection semblable offrant les symptômes de la synovite sous-occipitale. Le mot *arthralgie* ne peut être conservé que dans le sens vague que l'on donne déjà au mot *coxalgie*, c'est-à-dire pour dénommer d'une manière générale des lésions articulaires très diverses, qui se traduisent par des symptômes analogues. Il n'y a presque jamais d'affection nerveuse articulaire simple.

Je distinguerai quatre formes dans la synovite, au point de vue du traitement, suivant qu'il y a prédominance de l'élément inflammatoire, rhumatismal, nerveux, ou enfin scrofuleux.

1° La prédominance inflammatoire est rare; on peut l'observer surtout chez les sujets jeunes, vigoureux et sanguins; elle sera combattue par les applications de sangsues, les bains, les cataplasmes, et bien rarement par la saignée générale.

2° Quelques auteurs ont voulu faire du rhumatisme une affection tout à fait inconnue dans sa nature; pour moi, c'est une forme de phlegmasie *sui generis*.

On dit : le rhumatisme n'a rien de fixe dans son siége; il ne suppure pas : c'est vrai; mais l'inflammation ne se termine pas constamment par la suppuration. Plusieurs affections, l'érysipèle, l'ophthalmie simple, auxquelles on ne peut refuser le caractère inflammatoire, ne suppurent presque jamais. Quant à la mobilité du rhumatisme, elle se voit également dans les phlegmasies. La délitescence, la métastase, ne sont-elles pas des terminaisons de l'inflammation que vous connaissez tous?

L'élément rhumatismal nécessite dans le traitement de la synovite sous-occipitale des modifications qui peuvent s'appliquer à toutes les articulations du corps. Vous emploierez surtout la sudation, le traitement hydrothérapique, les vésicatoires, les émolliens, les résolutifs.

3° L'élément nerveux offre ce caractère particulier, qu'il y a peu de douleurs à la pression et dans les mouvemens, soit actifs, soit communiqués, mais des souffrances spontanées vives, ressenties souvent pendant le sommeil. Les calmans, les antispasmodiques, les révulsifs doux sont indiqués; l'électrisation cutanée, entre les mains de M. Duchenne de Boulogne, a dissipé des douleurs datant de plusieurs mois.

4° L'élément scrofuleux est le dernier dont j'aie à parler; il prédomine dans cet hôpital; c'est presque le seul que nous ayons à combattre chez les enfans qui y sont admis; les préparations ferrugineuses et iodurées, les révulsifs locaux sont les moyens de traitement qu'il faut lui opposer.

En ne nous adresssant qu'à l'élément morbide lui-même, nous n'avons rempli qu'une seule indication; il faut, en outre, faire disparaître les effets secondaires, traiter le torticolis. J'emploie avec avantage, dans ce but, les manipulations, c'est-à-dire les mouvemens par lesquels on porte la tête en sens inverse de celui où la maladie la dirige; elles sont surtout utiles quand le torticolis est passé à l'état chronique, ou à son début. Mauchard avait déjà indiqué ce moyen, que Récamier a fait revivre de nos jours. Une observation intéressante, tirée de la pratique de cet éminent professeur et publiée par M. Séguin, comme un cas de torticolis musculaire, me paraît un exemple de synovite sous-occipitale guérie par les manipulations. MM. Martin et Bonnet ont publié des faits analogues.

Dans le torticolis osseux, on devra user de plus grandes précautions dans l'emploi de ce moyen. Au début, les manipulations ont souvent une heureuse influence sur la maladie osseuse. M. Bonnet a émis ce principe général, que l'on améliore constamment la lésion des os en rendant aux parties leur attitude normale. Ce principe m'a paru vrai dans certains cas de maladie sous-occipitale; mais il s'en faut de beaucoup qu'il soit applicable à toutes les articulations du corps.

Dans l'état chronique, aux manipulations il faut ajouter des supports, tels que cols en carton, qui soutiennent la tête. Dans les cas de difformité plus prononcée, on emploie des machines et autres moyens orthopédiques; il ne faut pas agir toutefois avec la même force que dans le torticolis musculaire.

2° *Traitement de l'affection osseuse*. — La lésion osseuse sous-occipitale est traitée généralement par cette méthode de Pott dont j'ai longuement parlé dans les précédentes leçons. J'ai encore à exprimer ici la même opinion contre cette méthode ou plutôt contre son abus. Je repousse les destructions profondes du derme; les motifs de cette exclusion sont fondés sur le raisonnement et l'expérience; je n'y reviens pas. Si vous observez bien la marche de la maladie, vous verrez qu'elle est exactement la même, qu'on ait employé ou non les cautères. Dans quelques cas, on a vu une amélioration marquée suivre de près l'emploi des cautères; je ne le nie pas; Olivier en a cité un exemple. Les cautérisations profondes améliorent quelques symptômes dominans; je l'ai déjà accordé.

Que faire donc en face d'une affection osseuse sous-occipitale? Recourir aux mêmes moyens révulsifs que dans le mal des autres régions : vésicatoires, applications de teinture

d'iode, électricité, pommade stibiée et tous les moyens de cautérisation superficielle que j'ai déjà énumérés.

Ces moyens ne doivent pas être employés indistinctement ; dans certains cas il faut produire une irritation légère, mais continue ; dans d'autres, une révulsion plus énergique, mais passagère. Les manipulations se présentent ici comme moyen adjuvant ; mais il faut y avoir recours avec plus de précautions que dans la synovite. On doit mettre en usage la position, les supports, qui s'appliqueront sous la mâchoire et sous l'occiput, afin de prévenir la déviation de la tête et d'obtenir l'attitude la plus favorable dans le cas où la maladie se termine par ankylose. Ainsi, par l'emploi des supports, on aurait pu, chez cette enfant dont je vous ai présenté la pièce, éviter un affaissement aussi considérable de la région sous-occipitale droite.

Le traitement interne a la même importance que dans l'affection vertébrale du reste de l'épine. Il consiste dans l'emploi des mêmes moyens. Je n'y reviens pas.

La maladie est-elle devenue chronique, il s'agit surtout d'obtenir le redressement de la tête; on conseille alors les moyens orthopédiques. Certains auteurs vont plus loin et proposent de réduire les luxations, quand elles se sont effectuées. Cette méthode n'est pas exempte de tout danger. Il y a, dans la science, un fait de réduction, ou du moins de réduction *présumée*, qui a été communiqué par M. Tessier, de Lyon. Ce fait, je ne le rejette pas entièrement; mais les signes de la luxation sous-occipitale sont, en général, assez peu certains, pour que je conserve quelques doutes sur la réalité d'une réduction dans ce cas. J'ai été surpris de voir M. Malgaigne l'accepter sans critique dans son excellent ouvrage sur les luxations. M. Tessier a posé quelques principes sur l'opportunité des tentatives de réduction. Il fait remarquer, avec raison, que ces manœuvres n'offriraient pas de danger, lorsque la tête se trouve dans la flexion et qu'il s'agit de l'étendre; qu'elles en auraient beaucoup dans l'attitude et le mouvement contraires. Vous comprenez que la réduction des luxations spontanées de la tête n'est pas produite instantanément. C'est par des extensions douces et lentes, par des pressions ménagées sur les points saillans, tels que l'axis, qu'on peut espérer de rétablir les parties dans leurs rapports physiologiques. Je serais peu disposé, je l'avoue, à tenter de pareilles réductions.

Enfin, le traitement de l'affection sous-occipitale comprend aussi celui de l'abcès, de la paralysie consécutive. On peut recourir aux cautérisations profondes, aux moxas, au fer rouge, pour combattre ce dernier symptôme, mais seulement dans le cas où l'emploi des révulsifs moins puissans serait demeuré sans succès. Le traitement général peut suffire dans certains cas. M. Legrand a rapporté deux guérisons d'affection sous-occipitale, avec paralysie, par l'emploi du stannate d'or et des pilules de Belloste; les cautères ne furent pas employés dans l'un de ces cas, et ils restèrent appliqués très peu de temps dans l'autre.

Lorsqu'il existe un abcès, les indications sont les mêmes que dans le mal des corps vertébraux. Les abcès symptomatiques ou par congestion rétro-pharyngienne réclament une attention spéciale, ils exposent à des accidens de compression et doivent être ouverts aussitôt qu'ils sont devenus bien apparens. Un malade du service de M. Martin-Solon est mort suffoqué par un de ces abcès qu'on avait trop tardé à ouvrir.

Em. Bailly,
Interne du service.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Septembre 1855. — Présidence de M. Moreau.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport final de M. le docteur Mangin, sur une épidémie de rougeole qui a régné à Lamarche, du 15 mai au 11 juillet dernier. (Com. des épidémies.)

— Les tableaux de vaccinations des départemens suivans : Somme, Corrèze, Eure, Bouches-du-Rhône, Gers, Loiret, Hérault, Marne, Nord, pendant l'année 1854. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire de M. le docteur Pserhofer, à Papa (en Hongrie), sur les avantages de l'inspiration de diverses poudres médicamenteuses dans le traitement des maladies pulmonaires. (Com. MM. Grisolle, Barth, Poiseuille.)

— Une observation d'un cas de fièvre intermittente, par M. le docteur Souffron, d'Excideuil (Dordogne). (M. Adelon rapporteur.)

— Un mémoire de M. le professeur Krause, sur l'accouchement prématuré artificiel.

— Une lettre de M. le docteur Alliot, sur l'autoplastie appliquée au traitement des cancers de la face. (M. Jobert de Lamballe rapporteur.)

— Une lettre de M. Rochard, sur les propriétés électriques du caoutchouc.

— M. Charrière fils présente à l'Académie trois modèles d'écrous brisés plus simples que ceux qui ont été faits par son père, pour M. Civiale. Ces modifications sont faites de telle sorte, que rien n'est changé dans la manière dont on doit faire manœuvrer l'instrument. Il a donné la description et la figure de ces trois instrumens, mais nous nous arrêterons seulement sur l'un d'eux, auquel M. Charrière paraît accorder la préférence, parce qu'il est plus facile à démonter et à nettoyer, même par les personnes les plus étrangères à la fabrication.

Cet instrument renferme quatorze pièces de moins que l'ancien écrou ; il se compose :

1° D'une grosse virole *A* s'assemblant avec la grosse rondelle *B*, à l'aide de deux rainures circulaires, qui reçoivent deux saillies mutuelles; ces parties sont maintenues engrenées par une vis à boule, qui sert en même temps de point d'appui.

2° D'une douille mobile *D* qui s'engage dans la rondelle, et offre, sur ses parties latérales, deux échancrures qui reçoivent deux coussinets à ressorts longitudinaux *cc*.

Deux plans inclinés se trouvent dans la virole et pressent sur les coussinets quand on veut fermer l'écrou ; si, au contraire, on fait exécuter un demi-tour à la virole, les coussinets sont dégagés et l'écrou est ouvert par le seul fait de l'élasticité des ressorts.

M. Charrière a cru devoir supprimer, dans son instrument, l'enveloppe fenêtré qui recouvrait la vis.

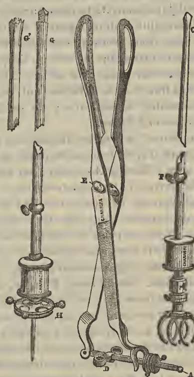
M. J. Charrière présente encore divers instrumens destinés à briser, dans la vessie, les pierres trop volumineuses pour être extraites après l'opération de la taille.

Deux de ces instrumens sont déjà de date ancienne, puisqu'ils ont été indiqués dans la notice publiée par M. Charrière père, en 1834. Ce sont :

1° Une tenette à mouvement alternatif et à mors dentelés.

2° Un gros brise-pierre muni de l'écrou de M. Ségalas et fabriqué par M. Civiale.

Le troisième est de fabrication récente. Il se compose d'une tenette à forceps dont les cuillers sont aussi minces que celles des tenettes ordinaires, trempées en ressort. Lorsque les deux branches sont assemblées, on serre les deux branches au moyen de la vis *a* de l'écrou *B*, on introduit le foret *c* à travers le curseur central *D* et le clou d'assemblage *E*. Le foret est manœuvré à l'aide d'un archet. Lorsque la pierre est creusée jusqu'à la moitié de son diamètre, on introduit le foret à chemise de M. Rigal de Gaillac et la pierre éclate entre les mors de la tenette.



M. Wanner achève la lecture d'un mémoire intitulé : *Du degré constant de la chaleur animale considérée dans l'homme comme loi de la santé; des effets morbides produits par les variations de cette chaleur et des applications à en déduire pour la thérapeutique.*

— M. le Président appelle à la tribune un grand nombre d'académiciens et de savans étrangers ; personne ne répondant à cet appel, la séance est levée avant quatre heures.

RÉCLAMATION.

Notre honoré collaborateur et ami, M. le docteur Cerise, nous adresse la réclamation suivante, que nous nous empressons de publier :

24 Septembre 1855.

Mon cher ami,

Savez-vous que, dans votre dernier feuilleton, en reproduisant d'après une citation infidèle, quelques lignes de mon article sur les *Esprits et leurs manifestations fluidiques*, de M. de Mirville, vous m'avez mis en scène comme un adepte, ou peu s'en faut, de M. le marquis, et que vous m'avez forcé, en ce faisant, à vous adresser une réclamation, moi qui ai si peu de goût pour ce genre de littérature ? C'est au moins ce qu'on dit autour de moi, et il faut bien que je m'exécute. Ce ne sera pas long.

Ledit article n'est, d'un bout à l'autre, qu'une exhibition à la fois critique et courtoise des excentricités historiques, théologiques et névropathologiques dont le livre des *Esprits* abonde. Je n'y ai pas commis l'ombre d'une discussion. « Il n'est pas bien, y disais-je, de lutter avec tout le monde contre un seul. » Ce n'est pas ma faute si l'authenticité des diableries de Loudun, des Cévennes et de Saint-Médard a été reconnue par les savans médecins qui ont cru devoir et pouvoir les expliquer. Ce n'est pas ma faute à moi si d'excessives explications ont fourni à M. de Mirville l'occasion d'une polémique vive, animée, piquante, vrai bouquet de feux d'artifice, de sa démonologie fluidique. C'est, en effet, dans ces scènes étranges de névropathies mystérieuses, comme les appelle M. de Mirville, que la diablerie se montre *séduisante*, et voici comment : « Je dis *séduisante*, parce que l'esprit humain incline toujours à imaginer des causes occultes et surnaturelles lorsqu'il est » témoin de phénomènes exceptionnels, qu'il ne peut expliquer scien- » tifiquement et qui le remplissent d'étonnement et d'effroi. » M. de Mirville, qui ne voulait point gâter l'effet de l'épithète *séduisante*, s'est bien gardé de reproduire cette phrase, qui en détruit le charme.

Tant que l'infidèle citation était confinée dans une brochure destinée aux gens du monde, je n'avais point à m'en occuper. Il faut de l'indulgence pour un ardent prosélytisme, même lossqu'il s'égare jusqu'à représenter une critique polie pour un acheminement à la conversion. Mais cette citation infidèle, je ne pouvais, sans me récrier, la voir reproduite par vous, dans l'Union Médicale, et avec l'expression d'une crédule surprise. Vous excuserez donc, mon cher ami, cette réclamation, qui, en définitive, atteint un autre que vous.

Cette diablerie, du reste, renouvelée à la fois du paganisme et du moyen-âge, qui est revenue avec la mode, et qui s'en retourne avec elle, est un spectacle psychologique qui vaut la peine qu'on en remercie celui qui l'a donné. Merci donc, Monsieur de Mirville!

Recevez, mon cher ami, etc.

Cerise.

Ainsi, M. Cerise le déclare lui-même, nous avons textuellement reproduit la citation faite par M. de Mirville; le complément que M. Cerise nous fait connaître a été complétement supprimé dans l'ouvrage qui a fait le sujet de notre feuilleton.

A. L.

PRESSE MÉDICALE.

La circulation du sang chez le foetus. — Dans une note trop écourtée, nous trouvons exposée une nouvelle théorie de la circulation fœtale, du professeur Macdonald. Dans les premiers temps de l'œuf, avant que le cœur n'ait la forme de canal, le sang coule vers l'organe qui le rend apte à la nutrition, avant de se rendre dans les parties du corps. En partant de là, il admet que le sang veineux des deux veines caves, aussi bien que le sang viscéral de la veine porte, passe par la veine ombilicale, dans le placenta où il se revivifie. Les artères ombilicales le ramènent par les artères hypogastriques, dans l'aorte, d'où il se distribue à la tête, aux extrémités supérieures et aux autres parties du corps, en suivant son cours normal. Les valvules semilunaires en se fermant empêchent que la majeure partie de ce sang coule dans le ventricule gauche ; il n'y entre que ce qu'il faut pour exciter le cœur. Il peut se faire là un léger mouvement alternatif du sang, au moyen du canal artériel, parce que les valvules n'empêchent pas complétement le reflux du sang dans les oreillettes. Ce mouvement serait analogue à celui qui se passe dans les insectes. Le trou ovale permet le mélange du sang de l'oreillette gauche avec le sang veineux des deux veines caves; ainsi qu'avec le sang viscéral, par la veine porte, dans la veine ombilicale. Chez ce fœtus, comparé à l'adulte, le cours du sang est donc inverse dans l'aorte, mais suit la même direction dans les branches artérielles. — (*Journal F. Vienderkrankh*, 1855, n°s 1 et 2.)

COURRIER.

On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg :*

« Le choléra continue à faire des victimes à Strasbourg et dans sa banlieue, sans avoir pris les proportions d'une épidémie. On n'a qu'à comparer sous ce rapport le relevé des décès du mois d'août avec celui de l'année passée. Le nombre des décès cholériques était alors près de six fois ce qu'il a été cette année. L'état sanitaire autrement est très satisfaisant, mais quelques localités du département du Bas-Rhin sont visitées également par le fléau. Ce qu'il y a d'incompréhensible, c'est que ces localités passent généralement pour être situées nn ne peut plus avantageusement sous le rapport hygiénique. Nous citerons Soultz-les-Bains, Ballbronn, Reichshoffen, Wœrth. Dans les endroits les plus malsains du département il n'y a pas de trace du choléra.

» Le département du Haut-Rhin paraît être plus mal partagé ; Soultzmatt, avec sa source minérale si réparatrice des affections gastro-intestinales, a été ravagé comme jamais ne le fut aucune localité d'Alsace; Mulhouse, Thann, Cernay, Rouffach, Guebwiller, continuent à enregistrer des décès cholériques. Belfort, malgré sa situation élevée et son sol rocailleux, est envahi d'une manière grave ; et le fléau indien paraît vouloir prendre définitivement racine dans la moitié gauche de la vallée du Rhin.

» Les pérégrinations de cette maladie, ses attaques sur les masses comme sur les individus, toute sa manière d'être se joue également des hypothèses des contagionistes et des épidémistes. Aucune déduction qui ne soit renversée le lendemain par des faits nouveaux.

» La seule chose positive jusqu'ici, c'est que la fuite en temps opportun et vers un endroit non envahi préserve, et que la cohabitation prolongée avec les cholériques et la manipulation de leur linge maculé présentent de graves dangers.

Nombre de décès cholériques à Strasbourg depuis le 16 juin jusqu'au 20 septembre :

A l'hôpital.	62
Ville et banlieue.	45
Total.	107

— Dans la dernière séance de la Société impériale de médecine de Toulouse, M. le docteur Lafargue, professeur d'accouchemens, a présenté, au nom de M. Spont, docteur-médecin à Luchon, un enfant à deux têtes, ayant son complet développement, mais qui est mort né. La conformation de cet enfant est remarquable par la disposition régulière et symétrique des deux têtes et des deux cols, séparés l'un de l'autre et portés sur un seul corps qui n'offre à l'extérieur aucune anomalie. Cet enfant a été déposé à l'École de Médecine où l'étude de son organisation complexe sera faite avec soin.

Plusieurs exemples d'anomalie de ce genre ont été observés; mais aucun n'offre une conformation aussi régulière et un développement aussi parfait. En général, ces enfans ne vivent pas. On se rappelle que Rita-Christina, qui vécut neuf mois et qui mourut à Paris en 1829, était double à partir de la base de la poitrine et simple au-dessous.

Dans le cas observé à Toulouse, la disjonction ne se fait qu'à la base du col, tout le reste du corps est simple et parfaitement conformé comme celui d'une fille arrivée à l'époque de la naissance.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 116. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 29 Septembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.............	32 Fr
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et
Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

DE L'ANTAGONISME ENTRE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET LES MALADIES GRAVES EN GÉNÉRAL, ET SPÉCIALEMENT DE L'ANTAGONISME ENTRE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET LA PHTHISIE TUBERCULEUSE;

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. le docteur H. THIRIAL.

La fièvre typhoïde est-elle contagieuse? A cette question, les médecins des hôpitaux de Paris répondent assez généralement par la négative. Mais si considérable que soit leur autorité, elle ne saurait prévaloir contre le sentiment contraire de la très grande majorité des praticiens, ni mettre à néant les faits de contagion très positifs qui pullulent dans les petites localités.

Si l'opinion médicale a su résister aux observations tirées de nos hôpitaux, c'est sans doute qu'avec son instinct du vrai elle pressentait qu'il y avait là certaines conditions encore inconnues qui s'opposent à la propriété contagieuse de la fièvre typhoïde.

Cette maladie est contagieuse en province, surtout dans les petites localités; peu de médecins en doutent. Elle ne l'est pas dans nos hôpitaux de Paris, cela est incontesté aussi. Ces faits s'excluent-ils? L'un des deux est-il nécessairement faux? La chose n'est pas probable. Chacun le sent, mais personne ne peut dire pourquoi. A cet égard, qu'on nous permette quelques courtes réflexions.

La fièvre typhoïde, une dans sa cause efficiente ou dans sa nature, reconnaît des causes éloignées très diverses; elle peut, par exemple, se développer spontanément ou sans contagion dans certains cas; tandis que, dans d'autres cas, elle a besoin, pour naître, d'une semence ou *contage*. C'est ce qu'on observe également pour la variole, avec cette différence que la fièvre typhoïde a plus de tendance à se développer spontanément que cette dernière maladie qui, le plus souvent, naît par contagion.

Remarquons, toutefois, qu'il y a bien moins de différence qu'on ne croit entre ces deux modes de génération, car le *contage* émane primitivement d'un malade, et suppose toujours des organismes en qui il s'est, une première fois au moins, développé spontanément. Nul doute, en effet, que chaque épidémie de variole ou de fièvre typhoïde ne soit comme une recrudescence de cette explosion initiale, et qu'il ne se fasse alors ce qui s'est fait à la première apparition de la maladie.

Ce fait suppose nécessairement dans la maladie, considérée à l'état épidémique, une énergie extrême; et, en effet, en pareille circonstance, on la voit frapper des coups à la fois nombreux, rapides et meurtriers.

Au contraire, la maladie contractée par contagion, en temps sporadique, a pour caractère d'être généralement moins grave : cela est incontestable pour la fièvre typhoïde.

Les affections aiguës contagieuses, les fièvres, etc., ont donc deux manières de naître : sans contagion ou spontanément, et par leur propre force, par contagion ou secondairement.

Telle est la première conséquence des observations en apparence contradictoires, faites dans les hôpitaux de Paris et dans les petites localités de la province, relativement à la contagiosité de la fièvre typhoïde.

Voici maintenant la seconde :

Si les faits de contagion de la province et les faits négatifs des hôpitaux de Paris (je ne parle pas des faits observés dans la ville même, où la contagiosité est plus positive), si ces faits, dis-je, sont également certains, il faut absolument que cette opposition tienne non au fond des choses, car la maladie est la même ici et là, mais bien à des conditions extérieures différentes.

Parmi ces conditions, il en est une si vraisemblable, et j'ose dire si patente, qu'on s'étonne qu'elle n'ait pas frappé depuis longtemps tous les yeux ; et pourtant, rendons cette justice à M. Barthez, il est le premier qui, de tant d'observateurs consommés qui composent la Société des médecins des hôpitaux, en ait eu le sentiment formel, ou du moins il est le premier qui l'ait expressément signalée dans une de nos dernières réunions. (Voir l'UNION MÉDICALE du 2 août 1855.)

Oui, c'est un fait incontestable, la fièvre typhoïde, pour se développer, réclame certaines conditions antérieures ou actuelles de santé. Elle ne *prend* pas, si je peux ainsi dire, ou ne *prend* que très difficilement sur des sujets déjà travaillés par d'autres affections : elle répugne aux maladies chroniques accomplies, et rarement elle s'associe avec les maladies aiguës, pour peu qu'elles aient quelque gravité.

Or, ne tenons-nous pas, dans ce fait, une des principales conditions qui mettent un obstacle puissant à la contagion de la fièvre typhoïde dans nos hôpitaux ?

Messieurs, j'abandonne à vos pensées cette remarque de M. Barthez qui, par sa haute justesse, mérite toute votre considération ; et, sans y insister davantage, je me tourne vers la question plus générale à laquelle elle se rattache : l'antagonisme des maladies.

J'ai signalé, il y a quelques années, l'antagonisme de la fièvre typhoïde et de la phthisie pulmonaire. Il y a là un point de doctrine important qui demande à être discuté plus largement. En raison de l'opportunité, je vous demande, Messieurs, la permission de continuer cette étude devant vous, et de répondre aux objections qu'on a pu faire et qu'on a faites à mes recherches.

« Deux actions morbides, a dit J. Hunter, ne peuvent avoir lieu en un seul et même temps, soit dans la même constitution, soit dans la même partie. »

Si cette proposition recèle, comme je n'en doute pas, une idée médicale d'une grande valeur, il est permis de s'étonner que cette idée ait été si généralement méconnue, et soit restée jusqu'à ce jour à peu près complétement stérile.

Il faut bien en convenir, toutefois, sous cette forme concise et comme aphoristique, la pensée de Hunter n'était pas sans offrir une certaine obscurité ; peut-être même les développemens destinés à l'expliquer et à l'éclaircir n'avaient-ils pas suffi pour en préciser nettement le sens et la portée; ajoutez encore que la formule présentait en elle-même quelque chose de si absolu et de si contradictoire avec les résultats de la simple observation, que tout concourait à soulever immédiatement les préventions les plus légitimes.

Ne semble-t-il pas, en effet, à première vue, que Hunter repousse expressément le fait de la coexistence des maladies, quelles qu'elles soient ? Ne va-t-il pas même jusqu'à nier la possibilité de l'association morbide d'une manière générale ? Or, rien de mieux démontré assurément que la coexistence de plusieurs maladies, non-seulement dans le même organisme, mais dans le même organe; rien encore de plus réel et de plus positif que le fait de l'association morbide sous les formes les plus diversifiées, et pour ainsi dire à l'infini !

Il y avait donc ici, dans la proposition première, un caractère d'exagération et une apparence même d'erreur qui ont dû suffire au plus grand nombre pour la condamner sans appel.

Feuilleton.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

ÉLECTRO-DYNAMISME VITAL OU LES RELATIONS PHYSIOLOGIQUES DE L'ESPRIT ET DE LA MATIÈRE DÉMONTRÉES PAR DES EXPÉRIENCES ENTIÈREMENT NOUVELLES, ET PAR L'HISTOIRE RAISONNÉE DU SYSTÈME NERVEUX; par A.-J.-P. Philips, professeur d'électro-biologie. Un volume in-8°. — Paris, 1855, chez J.-B. Baillière.

De plus fort en plus fort.

Que parlais-je, samedi dernier, des Esprits qui nous entourent, malfaisans génies cherchant à nous entraîner à notre perte, puissances mystérieuses cachées dans nos tables, dans nos serre-papiers, dans nos crayons, dans notre plume, dans cette plume que je tiens à cette heure, et qui, à mon insu peut-être, va me faire commettre quelque satanique sottise.... *Vade retrò satanas!*

A ce propos, que je vous conte un petit fait qui m'est arrivé à moi-même.

Il y un an, deux ans, trois ans, je ne fixerai pas plus précisément l'époque, j'avais publié le matin un feuilleton dans lequel, comme cela m'arrive quelquefois, trop souvent sans doute, je me plaignais de la disette des sujets, ce qui me faisait réclamer, ce que je devrais faire toujours, la bienveillante indulgence du lecteur. Le jour même je vois entrer chez moi un grand et beau jeune homme, parfaitement couvert, de manières distinguées, et qui m'était tout à fait inconnu.

— Est-ce à M. A. L. que j'ai l'honneur de parler ?

— Oui, Monsieur ; et moi qui ai-je l'honneur de recevoir ?

— Je suis X...

— Enchanté, Monsieur, de recevoir un écrivain aussi distingué qui, par la presse et par le théâtre, marche à grands pas vers la célébrité.

— Vous êtes bien bon, Monsieur ; mais, si vous le permettez, trève aux complimens. Dans votre feuilleton de ce matin, vous vous plaignez de la pénurie des matériaux. J'ai connu ce malheur et je sympathise au vôtre. Je fais plus, je viens vous indiquer le moyen de vous y soustraire et de vous donner tous les jours, si vous le voulez, abondance de sujets et toujours revêtus d'une forme appropriée aussi bien qu'agréable.

— Parlez, parlez, Monsieur, m'écriai-je ! Comparez la position d'un pauvre chroniqueur de mon espèce à la vôtre. Vous avez la politique et la littérature, le théâtre et l'église, le monde et les salons, les cercles, le turf, les tribunaux, le monde tout entier, ses passions, ses vertus, ses vices, ses ridicules ; et quelquefois, cependant, vous gémissez aussi contre la sécheresse. Que serait-ce si vous étiez à notre place, nous, condamnés à s'agiter incessamment dans un tout petit cercle, bien limité, bien borné, et d'où, par convenances professionnelles bien plus encore que par la loi, toute excursion nous est interdite. Jugez, Monsieur, de la surprise et de la joie que votre proposition me cause. Parlez, parlez, je vous écoute avez avidité.

Mon interlocuteur jette un regard tout autour de la pièce, et approchant avec vivacité son siége du mien :

— Croyez-vous aux esprits familiers ? me dit-il à voix basse.

Je me recule, un peu ému de cette apostrophe étrange et réponds :

— Dans quel but cette question ?

— (Avec un enthousiasme croissant) C'est que si vous y croyez, il dépend de vous d'avoir une plume intarissable, un style toujours jeune et charmant, de l'esprit, de la grâce, du ton, de la verve, science et éloquence, des faits à foison, des incidens sans nombre....

— La foi est-elle absolument indispensable, et ne pourrais-je pas essayer, seulement pour tenter....

— Gardez-vous en bien, s'écria mon interlocuteur ! cette expérience, je l'ai faite, et je m'en suis bien mal trouvé. Incrédule, votre première évocation amènera *Sans-quartier* (c'est le nom de mon premier génie), qui vous donnera, il est vrai, abondance et facilité, mais qui vous fera commettre imprudence sur inconvenance, qui vous trompera, vous tendra mille piéges, vous fera mille espiégleries, brouillera et confondra tout dans vos récits, dans votre critique, attribuera un discours éloquent au plus muet de vos académiciens....

— Je comprends. *Trois-Quartiers* me ferait dire, par exemple, que M. Velpeau a fait une leçon enthousiaste sur la sûreté du microscope.

— C'est cela !

— Que M. Ségalas fait le procès à la lithotritie.

— Très bien !

— Que M. Ricord pratique la syphilisation.

— A merveille !

— Que M. Jobert rate toutes ses opérations.

— Bravo !

— Que M. Bérard est un professeur assommant.

— Oui ! oui !

— Diable ! je n'essaierai pas.

— C'est le diable, en effet. Croyant, au contraire, *Samuel* (ainsi s'appelle mon second génie), vous prêtera aide et protection. Je veux travailler, et je sens mon front stérile ; j'évoque *Samuel :* trois petits coups frappés sur ma table de travail m'annoncent sa présence ; alors je prends ma plume, et elle marche, elle court, elle vole ; c'est par flots que me viennent les idées, et ces idées se traduisent dans le style le plus éclatant et le plus chaud ; j'ai la notion la plus claire des choses et le mot propre arrive à point pour les peindre ; et cela sans fatigue, sans cette tension intellectuelle qui vous jette ensuite dans l'accablement, sans l'excitation fébrile de l'improvisation qui énerve et épuise. Essayez, Monsieur, et vous ne gémirez plus sur l'inspiration absente et sur la pénurie des matériaux.

Ai-je essayé ? ai-je évoqué un *Samuel* quelconque ? Le lecteur ne s'aperçoit que trop que non. J'ai besoin d'ajouter que, quelques jours après cette singulière visite, j'appris que mon littérateur avait fait un *fiasco* complet dans sa dernière œuvre de théâtre, et que son nom avait

C'était juger trop sévèrement. Pour entrer dans la pensée de Hunter, et pour pénétrer ses véritables intentions, il fallait se placer un instant au point de vue de l'auteur lui-même ; il fallait surtout ne pas oublier qu'ici on avait à faire, non à un anatomo-pathologiste ou à un nosographe, mais à un médecin vitaliste.

Et d'abord, quand Hunter parle de maladies incompatibles entre elles et non susceptibles de coexister, il est de toute évidence qu'il n'entend nullement désigner par là ces lésions multiples qui ne sont autre chose que les manifestations diverses d'une seule et même affection, lésions multiples dont l'ignorance ou l'aveuglement de l'esprit de système sont seuls capables de faire autant de maladies distinctes.

Il ne saurait être non plus question ici de ces altérations anatomiques, si différentes par leur origine, leur siége ou leurs formes, qu'on peut rencontrer fortuitement rassemblées sur le même individu, altérations devenues par l'effet du temps à peu près inoffensives pour l'organisme, et qui ne représentent plus, en quelque sorte, que les débris ou les témoins muets de maladies éteintes. Éliminons encore ces divers produits anormaux, dont le caractère est de germer sourdement au sein de nos organes, et de s'y développer souvent d'une manière complétement latente. Tant que ces produits accidentels restent à l'état de passivité et d'inertie, ou que le travail morbide qui s'opère autour d'eux et en eux ne suscite dans l'ensemble de l'économie que des phénomènes de réaction peu sensibles, ils peuvent bien être considérés comme des parasites incommodes, comme des hôtes plus ou moins dangereux, et surtout comme des causes sans cesse imminentes de maladies, mais à coup sûr on ne saurait voir là ces actions morbides qui, seules aux yeux de Hunter, méritent véritablement le nom de maladies. Par conséquent, tout cela doit être tenu en dehors du cercle de l'incompatibilité telle qu'il l'entend.

Et d'ailleurs, les exemples sur lesquels s'appuie Hunter ne peuvent laisser de doute sur sa véritable pensée. Ces exemples se rapportent principalement à deux grandes classes de maladies, c'est-à-dire à des maladies qui affectent l'organisme en son entier.

Ainsi, en tête des maladies qu'il déclare absolument incompatibles entre elles, il signale celles qui sont caractérisées par une réaction fébrile générale, c'est-à-dire les fièvres ou les pyrexies. A côté de celles-ci, il range les diverses fièvres exanthématiques, dont il n'admet pas la coexistence ou du moins le développement complétement simultané.

Il étend enfin l'incompatibilité à d'autres affections qui ne sont plus des maladies aiguës et fébriles, ni des maladies aussi fortement individualisées que les espèces nosologiques précédentes, mais qui s'en rapprochent pourtant par un caractère important, c'est-à-dire que, malgré l'extrême diversité de leurs manifestations locales, elles consisteraient également en une altération générale et primitive des solides et des liquides; ce sont les diathèses et les dyscrasies : goutte, rhumatisme, scorbut, scrofule, syphilis, etc., etc.

Mais c'est ici qu'il faut que Hunter s'explique et se défende lui-même; car on ne peut plus se méprendre sur sa pensée, et cette pensée ne nous paraît plus d'accord avec l'observation.

En effet, contrairement aux affirmations de Hunter, n'est-il pas démontré que la nature se charge journellement de réunir plusieurs de ces maladies qu'il déclare absolument incompatibles, c'est-à-dire incapables de se développer concurremment, et surtout de former entre elles de véritables associations morbides. Ainsi, quoi de plus commun, par exemple, que de rencontrer la scrofule avec la goutte, la syphilis avec la scrofule ; et ne voit-on pas encore la variole, la rougeole et la scarlatine marcher en quelque sorte de compagnie, et quelquefois même en se greffant sur l'une ou l'autre des affections précédentes?

En présence de ces faits qui lui sont bien connus, Hunter ne niera certainement pas l'évidence, mais écoutez-le, et il vous objectera que ces deux ou trois maladies peuvent bien exister sur la même personne, mais non dans la même partie du corps en même temps.

Que si vous insistez, il ajoutera que, pour que l'une puisse occuper la place d'une autre, il faudra que cette autre ait été détruite d'abord, ou bien il fera remarquer (et en cela il aura quelquefois raison), que celle qui existait la première peut céder temporairement pour reparaître ensuite.

De cet exposé, il ressort un fait évident, c'est que lorsque, malgré leur éloignement naturel, deux ou plusieurs maladies viennent à coexister sur le même individu, ces maladies, dans la pensée intime de Hunter, seraient simplement conjointes ou en quelque sorte juxtà-posées, mais incapables de produire jamais par une fusion réelle et une combinaison véritable des affections mixtes ou composées.

Il en résulte enfin que, sans faire intervenir formellement la spécificité ou l'opposition dans les causes prochaines, Hunter ne laisse pas que de concevoir l'incompatibilité comme absolue, se fondant sur l'impossibilité radicale où seraient plusieurs maladies de nature différente d'occuper simultanément le meme siége.

Voilà comment Hunter se trouve entraîné tout d'abord par l'esprit de système en dehors de l'observation rigoureuse, et comment ensuite, pour se tirer d'embarras, il en est réduit à se jeter dans les subtilités ou dans les fausses explications.

Toutefois, hâtons-nous de le reconnaître, l'erreur chez un homme de génie n'est presque jamais entière, souvent elle enveloppe une vérité qui ne demande qu'à se dégager et à prendre son essor.

Faisons donc à Hunter l'honneur d'une interprétation libérale et digne de lui; oublions désormais ce que sa proposition générale peut contenir d'erroné ou de contestable, et sachons en faire surgir l'idée neuve, vraie et féconde qui en forme comme le fond et la substance; cette idée, Messieurs, vous l'avez proclamée avant moi : c'est le principe de l'*antagonisme pathologique*.

Mais quel sens et surtout quelle portée donner à cette expression, empruntée à l'ordre moral pour être appliquée à l'ordre pathologique?

L'antagonisme, considéré relativement aux maladies, porte très évidemment avec soi une idée d'opposition, d'antipathie et de lutte ; mais quoique supposant des rapports difficiles, il n'implique pas forcément l'idée d'incompatibilité absolue, de séparation nécessaire et de divorce perpétuel.

Cela veut dire que l'antagonisme pathologique peut exister à des degrés divers, et se produire dans une mesure très variable, depuis le simple défaut d'affinité jusqu'à la répulsion tout à fait déclarée; de manière que, suivant les cas, il aura pour effet tantôt de contrarier ou de gêner seulement la coexistence de certaines affections, et tantôt de faire obstacle à leur rapprochement, jusqu'à le rendre sinon tout à fait impossible, au moins très difficile et très rare.

Si l'antagonisme se démontre de lui-même par la rareté des alliances de certaines maladies entre elles, il se révèle d'une manière non moins positive par le mode de rapports et d'influence qu'exercent les maladies antagonistes les unes sur les autres.

Ainsi, dans les cas où des causes supérieures sont parvenues à triompher de la force d'antagonisme et à contraindre deux maladies antipathiques à se rapprocher et pour ainsi dire à cohabiter dans le même individu, il est d'observation que ces maladies subissent le plus ordinairement des modifications plus ou moins notables, soit dans leur expression symptomatique, soit dans leur marche, soit dans quelques autres conditions générales, de sorte que ces anomalies ou ces déviations témoignent encore à leur manière du caractère antipathique de ces affections, et en quelque sorte de leur association violente et contraire à leur nature.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

QUELQUES OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE LA VÉRATRINE, DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS RHUMATISMALES, GOUTTEUSES ET NERVEUSES;

Par le dr B. ALIÈS, médecin-inspecteur des bains de mer de Trouville.

Kératite rhumatismale.

I. — Mme M... est âgée de 75 ans : bonne constitution ; tempérament lymphatico-sanguin ; sujette depuis l'âge de 40 ans à divers phénomènes morbides (lombago, torticolis, céphalalgie, odontalgie, douleurs sur divers points de la périphérie thoracique et abdominale) que ses médecins ont toujours considérés comme de nature rhumatismale, et dont le retour, avec les progrès de l'âge, est devenu tellement fréquent, qu'elle ne passe presque plus une journée entière sans éprouver plus ou moins de souffrances.

L'an dernier (1853), elle fut prise d'une kératite intense : voici l'appareil symptomatologique qu'elle présentait : cornée de l'œil droit ayant perdu de sa transparence et présentant une teinte opaline; injection vasculaire à sa périphérie, plus prononcée du côté interne ; arborisations sanguines sur la conjonctive globulaire; larmoiement continuel. — Vision affaiblie, mais sans photophobie, même pendant les exacerbations. — Pendant le jour, sensation de pesanteur, de tension dans le globe de l'œil malade ; douleur sourde et continuelle aux tempes et au front; violente exacerbation toutes les nuits, pendant laquelle les souffrances présentent le même caractère, mais deviennent d'une intensité qui les rend intolérables, et ne permet pas un moment de sommeil; quelques bâillemens, sans frisson, à l'invasion des paroxysmes nocturnes; point de sueur au déclin. — Pouls à 80 ; un peu plus fréquent pendant la nuit ; inappétence ; tout le reste à l'état normal. — Absence complète de toute manifestation rhumatismale, et notamment d'une névralgie intercostale dont elle avait souffert tout l'hiver. — Nulle cause externe à laquelle on puisse rapporter cette maladie.

D'après les indications diverses que présentait cette affection, je la combattis successivement par le sulfate de quinine, les applications de sangsues, les applications locales mercurielles et belladonnées, les dérivatifs sur la peau et le tube digestif, les narcotiques pris à l'intérieur; le tout secondé par le régime des maladies aiguës. Insuccès complet : le seul résultat obtenu fut le déplacement des phénomènes morbides d'un œil à l'autre, mais avec persistance des mêmes caractères, exacerbations nocturnes et douleurs insupportables.

A cette époque parut dans l'UNION MÉDICALE un article sur l'emploi de la vératrine, dans le traitement du rhumatisme aigu, par M. le professeur Trousseau (n° 39, 7me année).

La lecture de cet article frappa vivement mon attention. S'il était vrai, comme le croient plusieurs ophthalmologistes, que la kératite est

---

disparu du recueil périodique qu'il alimentait de ses articles. *Samuel*, hélas ! avait eu des caprices ou des intermittences.

Eh bien ! les Esprits de M. de Mirville, le génie familier de mon littérateur, ne sont, qu'on me passe cette expression vulgaire, que de la Saint-Jean à côté de M. Philips. Qu'est-ce que M. Philips? Je l'ignore ; le livre que j'ai sous les yeux m'a seul révélé son existence. J'apprends par la préface que, citoyen des États-Unis, M. Philips se trouvait à Bruxelles, en 1853 ; que là il fut mis en rapport avec un homme excellent, que les reviremens de la politique avaient enlevé à une haute position et à son pays; qu'il était alors beaucoup question des phénomènes étranges qui, du continent américain avaient fait irruption en Europe ; qu'il déclara s'être associé par ses travaux à l'une de ces surprenantes découvertes, qu'il se fit fort d'en établir l'existence, non seulement par une démonstration expérimentale, mais encore par une explication rigoureusement scientifique des résultats allégués; qu'il se livra, en effet, à de nombreuses expériences à Bruxelles, puis à Alger, ensuite à Genève, enfin à Marseille, et que partout il excita une telle surprise, une si grande émotion qu'il laissa partout de nombreux adeptes auxquels il a promis une initiation complète par la publication du présent livre dédié, en effet, à ses élèves.

Quant à la réalité des phénomènes produits par M. Philips, elle est attestée et certifiée par une foule de personnes honorables, éclairées, distinguées, parmi lesquelles un certain nombre de médecins.

Voilà ce que je lis dans la Préface et dans l'Introduction.

Sur la doctrine, je serai très sobre. Ce serait forfanterie de dire que je la comprends peu; la vérité est que je ne la comprends pas du tout. Elle dépasse mon intelligence. C'est un mélange de physiologie, d'anatomie, de psychologie, de mesmerisme, de crânioscopie, d'homœopathie, d'odisme, de physique, d'électro-dynamique, le tout résumé en formules transcendantes et sous une technologie dont je n'ai pas la clé. Les extraits que j'en pourrais citer, isolés de leur ensemble, seraient comme une espièglerie de ma part. Il est trop certain que ce livre n'a été écrit que pour des adeptes; il nous manque quelque rameau d'or pour pénétrer dans le sanctuaire et je ne peux dire : Sésame, ouvre-toi?

Même réserve de ma part sur les manœuvres au moyen desquelles M. Philips produit les phénomènes renversans que je vais dire. Mais ici c'est tout à fait la faute de l'auteur. Il n'indique pas ses procédés; connus de ses adeptes, il n'a pas voulu les dévoiler au vulgaire. Près de lever le voile redoutable qui cache le sanctuaire, M. Philips s'écrie :

« Me voici parvenu à un point de mon travail où m'attendait une véritable perplexité. Si le spéculateur, à la veille de conclure une affaire chanceuse dans laquelle est engagée sa fortune, passe et repasse sa main sur son front soucieux, notre inquiétude paraîtra plus naïve, mais elle n'est pas moins pénible, pratique, prêt à ouvrir la bouche ou à prendre la plume pour annoncer aux hommes ce que l'on croit être la bonne nouvelle de la vérité, une réflexion nous arrête, et l'on se demande si le don salutaire que l'on veut offrir ne sera pas changé en un don funeste ! Venant, je ne dis pas inaugurer, mais étendre considérablement, sans doute, par la première publication française qui ait encore paru sur cette matière, la divulgation de moyens qui investissent l'homme qui les connaît d'une autorité sur son semblable mille fois et incomparablement supérieure à celle que confère le pouvoir matériel le plus absolu, je ne puis être sourd à ce cri de la prudence : Arrête! Mais, au-dessus de celle-ci, une voix plus forte et plus imposante se fait entendre ; c'est la voix du progrès humain ordonnant à toute intelligence de verser intégralement son contingent de lumières dans le trésor commun de l'humanité. Eh bien ! que les petits intérêts se taisent donc quand les grands intérêts parlent, et n'ayons pas la folie de proscrire le feu et de nous priver à jamais de son usage en vue de nous soustraire au danger des incendies. Osons tirer le flambeau de dessous le boisseau, et plaçons-le sur son candélabre, afin qu'il éclaire ceux qui ont des yeux pour voir, et que ceux-ci puissent conduire ensuite les aveugles et les ophthalmiques. Cependant, s'il était possible d'éclairer ceux qui peuvent supporter la lumière sans heurter d'une clarté intempestive les vues faibles ou malades, ce serait concilier heureusement toutes les exigences. Je crois avoir trouvé ce moyen terme. Il ne convient pas que le premier désœuvré que le hasard pourrait conduire à ouvrir ce livre sur la deux-centième ou trois-centième page puisse, par la lecture de quatre lignes, se mettre d'emblée en possession d'un instrument dont les dangers lui seraient inconnus, et dont il se hâterait peut-être de faire usage pour son malheur, et le malheur bien plus affreux de ceux que leur mauvaise étoile aurait voués à lui servir de matière à expérience : la paralysie, l'épilepsie, la chorée, le tétanos et la folie, tels pourraient être les résultats de son ignorance téméraire. En conséquence, je m'en vais présenter les dernières propositions de cet article sous un voile que la lecture attentive de l'ouvrage suffira pour rendre transparent, et qui ne sera, dès lors, un obstacle réel que pour la dangereuse indiscrétion des esprits trop peu soucieux de la science pour se donner la peine d'en faire une étude sérieuse. En outre, je réserve entièrement pour une instruction verbale et personnelle l'exposition des règles purement pratiques de l'art des impressions mentales, la présence d'un homme expert étant indispensable pour diriger les commençans au début de leur expérimentation. »

On le voit, le moyen de M. Philips reste un peu dans la classe des remèdes secrets, et à ce titre je le recommande à M. Robinet. Tout ce que j'ai pu comprendre, c'est qu'il faut un certain appareil à M. Philips pour produire ses effets psycho-physiologiques; une certaine imposition des mains, des disques métalliques, des cylindres de charbon, du soufre, des instrumens électriques, et surtout une volonté contentive élevée à sa dernière puissance. Cependant l'électro-dynamisme vital se distingue du mesmerisme en ce que celui-ci n'agit que sur des sujets préalablement endormis, tandis que ce n'est que sur des sujets bien éveillés que M. Philips procède à ses enchantemens.

Enchantement est le mot propre. Voyez plutôt : « Ces résultats consistent à s'emparer, par une action où concourent les forces électriques, de la direction *absolue* des fonctions animales et végétatives, et à en modifier *à volonté* tous les produits, soit réguliers, soit morbides; soit pour faire apparaître momentanément tous les désordres de la pathologie, soit pour les éteindre, et rétablir l'économie dans l'équilibre de la santé. »

souvent d'origine rhumatismale, il était possible, il était même probable que le cas actuel fût dû à cette cause : car il avait lieu chez une personne depuis longtemps sujette aux manifestations rhumatismales, à une époque où des affections, de cette nature évidemment, avaient lieu chez d'autres individus, dans la même localité ou dans les environs, et dans une saison où de telles affections sont fréquentes. Le silence de toute autre manifestation rhumatismale chez cette malade, qui passait rarement quelques jours sans en ressentir des atteintes, ainsi que le déplacement de la maladie d'un œil à l'autre me paraissaient être des considérations de nature à ajouter quelque force à ces présomptions, fournir des vues nouvelles au diagnostic, et des indications à la thérapeutique.

D'autre part, si la vératrine a une action spéciale contre l'élément, la diathèse, le principe rhumatismal, cette action, comme celle qui émane de toutes les substances douées d'une efficacité, de propriétés spécifiques, doit se produire, quel que soit l'organe affecté ; une kératite doit lui être accessible tout aussi bien qu'une arthrite : le mercure ne guérit-il pas la roséole, ainsi que le chancre du prépuce ou des lèvres ; et le quinquina ne guérit-il pas la fièvre intermittente, quel que soit l'organe ou l'appareil organique, sur lequel, pendant l'accès, se porte la congestion paroxystique ?

Guidé par ces considérations, et d'ailleurs à bout de ressources, puisque les moyens généralement employés dans des cas semblables s'étaient trouvés complétement impuissans dans celui-ci, je prescrivis la vératrine :

Premier jour, une pilule de 5 milligrammes : effet nul ; nuit aussi mauvaise que les précédentes.

Deuxième jour, deux pilules, la première à neuf heures du matin, la dernière à deux heures de l'après-midi : la nuit a été très bonne ; cessation complète des douleurs ; sommeil réparateur.

Pendant huit jours, la malade a continué l'usage de la vératrine, à la même dose de deux pilules par jour : les douleurs n'ont pas reparu ; l'œil et la vision sont rentrés dans leurs conditions normales.

L'administration du médicament n'a donné lieu à aucun des effets dits physiologiques appréciable : j'ai répondu à la malade, qui me demandait si un peu de constipation qu'elle éprouvait était l'effet des pilules, que cette constipation tenait plutôt à l'usage de deux purgatifs pris quelques jours auparavant.

Le résultat de la vératrine me parut tellement extraordinaire, et par sa promptitude et par son étendue, que j'en étais à me demander si c'était bien réellement à quelques milligrammes de ce médicament qu'il devait être rapporté ; s'il n'y avait pas eu, entre l'administration de cet agent, tout énergique qu'il puisse être, et la cessation des phénomènes morbides, une simple coïncidence, sans aucun rapport de cause à effet.

L'occasion s'offrit bientôt, non de détruire entièrement, mais au moins d'infirmer beaucoup mes doutes à cet égard. En effet, un mois après, me trouvant en passant à Paris, je conseillai le même moyen à un employé d'une des grandes administrations de la capitale, atteint d'une affection semblable, mais moins intense et d'ailleurs récente : il en fut débarrassé comme par enchantement.

Arthrite rhumatismale.

II. — Mlle Véronique, domestique, est forte, bien constituée ; tempérament sanguin ; 58 ans.

A diverses époques de sa vie, elle a éprouvé des symptômes de rhumatisme musculaire.

Vers la fin de mars (1854), après une course qui l'avait beaucoup fatiguée, elle entra dans une église et y resta quelque temps à prier.

Trois jours après, sans aucun prodrome, frisson qui se prolongea pendant une heure, nausées, vomissemens, douleur vive à l'épaule gauche ; fièvre et insomnie toute la nuit.

Le lendemain, je fus appelé ; voici son état :

Tuméfaction et rougeur à la région scapulo-humérale ; le bras, l'avant-bras, même la main sont engorgés ; douleur extrême à l'articulation de l'épaule, un peu moins intense à l'huméro-cubitale et à la radio-carpienne ; immobilité de tout le membre. — Pouls à 100 ; soif vive ; inappétence.

Prescription : une pilule de 5 milligrammes de vératrine toutes les six heures, et immédiatement après chaque pilule, une tasse d'infusion de feuilles d'oranger ; diète absoluc ; embrocations sur le membre affecté, notamment sur l'articulation scapulo-humérale, avec la pommade selon la formule qui suit :

Onguent populéum.		32 grammes.
Extrait de datura stram. . . .	} *àà.*	4 grammes.
Id. de belladonne.	}	
Hydrochlorate de morphine		50 centigrammes.

F. s. a.

Cette pommade, sauf quelques modifications, est celle dont M. Poggiale a communiqué la formule à l'Académie impériale de médecine.

Résultats :

Le lendemain, mieux sensible, presque plus de douleur.

Au troisième jour de traitement, la malade se sert de son bras et fait son service ; elle est guérie.

Point d'effet physiologique qui accuse l'action de la vératrine.

Rhumatisme poly-articulaire.

III. — Mlle B... est âgée de 16 ans moins 2 mois ; elle est accouchée depuis quatre mois et allaite son enfant. Bonne constitution ; tempérament lymphatico-sanguin.

Dans les derniers temps de sa grossesse, et depuis son accouchement, elle habitait une chambre fort humide.

Dans les premiers jours de novembre 1853, elle fut prise d'une affection rhumatismale poly-articulaire qui durait depuis douze jours, lorsque je fus appelé.

Les articulations tibio-tarsiennes, tibio-fémorales et coxo-fémorales avaient été successivement envahies et abandonnées par la fluxion rhumatismale. Au moment de ma première visite, l'articulation radio-carpienne de la main gauche, l'huméro-cubitale et la scapulo-humérale du membre thoracique droit étaient affectées ; douleurs vives dans les articulations ; impossibilité de leur faire exécuter le moindre mouvement, même de les toucher légèrement, sans faire pousser à la malade des cris perçans ; léger engorgement et rougeur des parties qui sont le siége de la fluxion. Depuis quatre jours, la sueur s'est déclarée et n'a pas cessé depuis ; il y a quelques sudamina sur la poitrine et autour du cou. Urines rouges, sans sédiment ; langue couverte d'un enduit épais, de couleur blanc sale ; soif vive ; inappétence ; constipation ; céphalalgie ; pouls à 120, fort, très plein en apparence, mais se déprimant sous une médiocre pression, d'ailleurs d'une régularité parfaite ; les mouvemens du cœur se font sentir à la main qui les explore violens, tumultueux, rapprochés. A l'auscultation, on perçoit un murmure intra-cardiaque. Jusqu'à ce jour, nul traitement n'a été mis en usage.

Prescription : Une pilule de 5 milligrammes de vératrine toutes les six heures ; décoction de chiendent nitrée. — Résultat, quarante-huit heures après : pouls à 85 ; les articulations affectées sont dégagées aux trois quarts ; il n'y en a point de nouvellement compromise. La malade peut se mouvoir dans son lit ; elle s'est même tenue sur une chaise pendant une demi-heure. Soif beaucoup moins vive, langue moins chargée ; la malade est allée à la selle deux ou trois fois, avec assez de modération, pour en conclure le retour des organes digestifs à leur fonctionnement normal, plutôt qu'un effet purgatif de la vératrine. Plus de céphalalgie, rien à l'auscultation ; la sueur a cessé. Je conseille la continuation de la vératrine aux mêmes doses. Trois jours après, c'est-à-dire après avoir pris en tout vingt pilules, la malade était debout, donnant des soins à son enfant, guérie.

Rhumatisme goutteux poly-articulaire.

IV. — M. G..., peintre en bâtimens, âgé de 57 ans, tempérament lymphatico-sanguin, est sujet, depuis sept à huit ans, à éprouver tous les ans, au printemps, une attaque de rhumatisme goutteux.

Cette année (1855), vers la fin de février, après avoir souffert, depuis six semaines, d'une douleur fixe et permanente à l'épaule gauche, il fut pris d'une maladie aiguë qui débuta par un violent frisson, s'accompagna de point de côté, de toux, de crachats mêlés de sang, et de fièvre intense. Au quatrième jour de cette affection, il lui fut fait une saignée du bras ; la veine fut ouverte de nouveau vers le cinquième jour ; vers le huitième ou le neuvième jour, il entrait en convalescence ; la fièvre avait cessé, il toussait peu, avait beaucoup expectoré, et toute espèce de douleur, même celle de l'épaule, avait cessé.

Cependant M. G... gardait encore la chambre, et suivait le régime des convalescens, lorsqu'une nuit il se sentit pris instantanément et simultanément de douleurs dans les deux pieds, les deux genoux, la main et l'avant-bras du membre thoracique droit, à peu près comme il avait été les années précédentes.

Le traitement dirigé contre cette nouvelle affection consiste dans l'application de trois ou quatre vésicatoires volans sur le genou droit, des onctions sur les autres articulations malades, et des boissons délayantes.

Le seul résultat obtenu, soit du temps, soit de l'emploi de cette médication, avait consisté dans la diminution des douleurs du genou droit ; tous les autres phénomènes persistaient, lorsque, après environ trois semaines de souffrances, je fus appelé auprès de ce malade : voici l'état dans lequel je le trouvai.

Légère rougeur et tuméfaction, de la région dorsale des deux pieds ; tuméfaction, sans rougeur, du genou droit ; tuméfaction, sans rougeur, du genou gauche, vers le condyle interne, diffuse, légèrement rénitente ; vers le condyle externe s'est manifestée, depuis le matin, une petite tumeur excessivement douloureuse, offrant une saillie et une circonférence de 3 à 4 centimètres seulement : légère tuméfaction du corps, du côté droit.

Sauf à la région condylienne externe de la jambe droite, aucune douleur spontanée n'a lieu sur les articulations affectées ; mais la moindre pression ou le moindre mouvement donnent lieu à des souffrances atroces ; le malade est condamné, dans son lit, à une complète immobilité.

Pouls à 85, tendu, médiocrement plein ; peau sèche ; urines tenues ; défécation régulière, appétit normal. Rien d'insolite du côté du cœur. — Dans le jour, inquiétude et besoin extrême de mouvoir les membres ; sommeil, la nuit, sous la condition d'une entière immobilité.

Prescription : Une pilule de 5 milligrammes de vératrine, toutes les cinq heures, et une tasse d'infusion de feuilles de frêne aux mêmes époques ; onctions sur les régions douloureuses avec la pommade narcotique.

Résultats : La première pilule fut administrée le 5 avril, à cinq heures de l'après-midi : je revis le malade le lendemain, à neuf heures du matin ; il avait déjà pris quatre pilules. Plus de douleur ; liberté des mouvemens de la jambe droite, que le malade prend plaisir à remuer dans tous les sens, pour m'en faire apprécier l'amélioration. Diminution, dans le membre gauche, de la souffrance que détermine le mouvement. — Le 7 avril, à cinq heures de l'après-midi, nouvelle visite au malade. Il avait pris, dans la matinée, la dernière des dix pilules formulées : tous ses membres sont libres ; la tuméfaction a disparu ; le malade a pu se lever et se tenir debout sans aucune douleur.

J'ai prescrit de continuer la vératrine pendant une huitaine de jours, à la dose de deux pilules par jour ; la convalescence était établie.

Effets physiologiques de la vératrine : dans la nuit du 6 au 7, il y a eu une moiteur générale et des urines un peu troubles : point de selles.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

Asile des aliénés de Toulouse. — M. le docteur Delaye.

ÉTRANGLEMENT INTERNE PROMPTEMENT MORTEL CHEZ UN ALIÉNÉ ; BAGUETTE DE BOIS FLEXIBLE RENFERMÉ DANS LA VESSIE.

Le 18 août 1855, le nommé Louis X... âgé de 40 ans, atteint de manie chronique, et entré dans l'asile depuis près de quatre ans, fut pris subitement, à dix heures du matin, de coliques, accompagnées de nausées et de vomissements. Fortement constitué et jouissant d'une bonne santé, cet aliéné était bien portant le matin, il avait déjeuné à neuf heures, et

---

Esprits et Génies familiers, vous êtes vaincus, et vaincus par le Pouvoir humain, car je rends cette justice à M. Philips, il n'ambitionne la gloire ni de magicien ni de sorcier. C'est par les forces naturelles mieux connues, mieux dirigées qu'il produit ses prodiges. Il vous rend à volonté homme de génie ou idiot ; par sa seule puissance, il clot ou ouvre les paupières, ferme ou ouvre la bouche, paralyse un membre ou lui donne un mouvement de rotation irrésistible, vous attire à lui comme l'aimant attire le fer, donne la chorée, l'épilepsie, l'aliénation mentale, enlève ou surexcite telle faculté intellectuelle voulue, vous ôte la mémoire des lieux ou des choses, la mémoire de votre nom propre, change votre individualité en celle d'une autre, vous transporte où vous voulez ou plutôt où il veut que vous alliez, vous rend bon ou méchant, lycanthrope, anthropophage et mangeant des enfans crus ; que dirai-je de plus, si ce n'est comme consolation, que ce pouvoir redoutable, M. Philips peut l'employer aussi, et à la façon des homœopathes, à guérir les maux que son pouvoir produit, à corriger les mauvais penchans qu'il éveille, à calmer les passions qu'il surexcite. Car son pouvoir possède une action physiologique qui correspond à une vertu thérapeutique. S'il produit physiologiquement la chorée, il guérit aussi la chorée pathologique, et ainsi du reste. A telles enseignes que M. Philips a proposé à la reine d'Espagne d'aller guérir une bête féroce de la Galice, un homme méchamment condamné à mort par un alcade ignorant, pour avoir dévoré trois femmes vivantes. M. Philips se fait fort de rendre anthropophage cet imbécile d'alcade lui-même.

On comprend qu'en face de toutes ces merveilles, M. Philips soit pris d'un saint enthousiasme et qu'il s'écrie :

« L'avénement de l'électro-biologie ne vient pas uniquement commander l'attention du physiologiste et du médecin ; l'électro-biologie se proclame désormais l'arbitre de la psychologie et de la morale ; elle appelle à sa barre toutes les doctrines qui ont élevé la prétention de révéler à l'homme le mystère de son être, et de donner à chacun le poids et la mesure de ses droits et de ses devoirs ; elle somme la philosophie tout entière de venir soumettre ses hypothèses au critérium irrécusable, à l'inexorable contrôle d'un fait matériel ; elle vient apprendre à la supériorité orgueilleuse et à la vertu trop sûre d'elle-même que le plus grand génie n'est après tout qu'une lentille de verre destinée à concentrer les rayons diffus de la lumière intellectuelle, et qu'un souffle peut ternir, que le moindre choc peut briser ; et que l'âme la plus forte et la plus pure est pareille au diamant, qu'une étincelle change en vapeurs de charbon.... Déjà le juge, que son équité et sa sagesse ont investi de la balance et du glaive souverain, se sent troublé dans sa conscience et se surprend sans voix pour condamner : l'électro-biologie ne lui a-t-elle pas montré qu'elle peut l'arracher à la majesté de son siége et le précipiter sur le banc infâme des criminels ! La nouvelle science vient abattre le sot mépris et proscrire la hideuse vengeance.... »

Après cette citation, je tire le rideau.

Amédée Latour.

COURRIER.

Nous recevons une lettre de M. le docteur Cerise adressée à M. le docteur Legrand. Nous la publierons dans notre prochain numéro.

— Par décret du 19 septembre 1855, l'Empereur, sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre, a confirmé les nominations faites, à titre provisoire, dans la Légion d'Honneur, par le général commandant en chef de l'armée d'Orient, en faveur des officiers de santé dont les noms suivent :

Officier : M. Scrive, médecin principal de 1re classe.

Chevaliers : Bardureau (Philippe), médecin-major de 2me classe ; Leroy (Jules-Abel-Marie), médecin-major de 2me classe ; Dulac (Joseph-Fabien-Aimé), médecin aide-major de 1re classe ; Imbert (Simon-Alphonse-Auguste), médecin aide-major de 2me classe ; Hémard (Louis-Henri), médecin aide-major de 1re classe.

— Dans le rapport adressé au ministre de la guerre par l'intendant général de l'armée d'Orient, en date de Sébastopol le 11 septembre 1855, on lit : « officiers de santé, fonctionnaires de l'intendance, officiers d'administration..... infirmiers, tous ont fait leur devoir avec » le dévouement le plus louable et le plus complet, et dans cette journée » si glorieuse pour nos armes, le service hospitalier et le service admi- » nistratif ont dignement rempli la tâche qui leur était confiée. »

Dans une lettre datée de Sébastopol le 14 septembre et publiée par le *Moniteur* on lit encore :

« . . . . . Pas une plainte ne sortait de la bouche des blessés, qui surmontaient leurs souffrances avec une énergie admirable. Les seuls mots qu'ils prononçaient étaient des paroles de remercîment et de reconnaissance pour les médecins et les chirurgiens de l'armée, qui leur prodiguaient leurs soins avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge. »

— Un arrêté de M. le préfet de l'Ariége a prescrit l'organisation de médecins cantonaux en faveur des indigens des communes rurales, à partir du 1er octobre.

On s'occupe en ce moment, dans les communes, de la formation des listes des indigens qui doivent être admis à recevoir gratuitement les secours médicaux et à provoquer des conseils municipaux et des bureaux de bienfaisance le vote des ressources applicables à ce service.

Tout porte à croire que l'institution des médecins des pauvres, à laquelle le gouvernement porte un intérêt tout particulier, comptera à dater de ce jour, au nombre des principaux établissemens de bienfaisance dont le département de l'Ariége est déjà doté.

n'avait accusé aucune douleur, après son déjeuner très frugal, comme à l'ordinaire, il avait bu de l'eau à la fontaine et peu de temps après les coliques s'étaient déclarées.

Pensant que ce dérangement était dû à une indigestion, le malade provoqua plusieurs fois les vomissemens en introduisant les doigts dans la bouche, et il rendit le pain qu'il avait mangé le matin : ces vomissemens furent suivis de violentes coliques que ne calmèrent pas les moyens usités dans ces cas; l'état du malade s'aggrava, et à midi et demi, M. Lanacastets, interne de garde, fut appelé pour lui donner des soins; le malade était dans ce moment en proie à de vives souffrances; les coliques étaient si violentes, qu'il poussait des cris de douleur; sa figure était couverte de sueur, les yeux baignés de larmes; tous ses traits exprimaient l'angoisse et la terreur. Voici les symptômes qui furent constatés avec soin : ventre dur, non ballonné, très douloureux dans toute son étendue et principalement dans la région ombilicale et hypogastrique; la plus légère pression dans ces points occasionnait une vive douleur; les bourses étaient rétractées, et les deux testicules tellement remontés contre les anneaux, qu'ils simulaient des bubonocèles, la verge était dans un état de demi-érection; le malade faisait de violens efforts pour uriner; il se plaignait de ne pas pouvoir uriner, et, fortement préoccupé de cette idée, il demandait à être sondé. La vessie n'était pas distendue, elle était plutôt rétractée ainsi qu'il était facile de le constater par la percussion. Les nausées étaient fréquentes, et le malade pensant être soulagé par le vomissement introduisait à chaque instant ses doigts et sa main dans la bouche; les vomissemens étaient aqueux, peu abondans, en petite quantité : soif vive, langue humectée, constipation; pouls légèrement accéléré, petit; pas de chaleur à la peau; vertiges et agitations.

En présence de ces symptômes graves, l'interne dut prendre auprès des infirmiers tous les renseignemens possibles pour reconnaître la cause de l'affection; il n'existait aucun indice d'empoisonnement, le mot terrible de choléra avait été prononcé, mais il était facile de reconnaître que l'affection était d'une autre nature, aucun symptôme pathognomonique ne révélait cette maladie. Cet aliéné se livrait à la masturbation et à des manœuvres lubriques qui, l'année dernière, avaient produit des accidens dont nous parlerons plus loin. Interrogés sur ce point, les infirmiers et le malade fournirent des renseignemens négatifs. Cependant, le besoin d'uriner qu'accusait le malade et son insistance à ce sujet, déterminèrent l'interne à pratiquer le cathétérisme. La contraction du canal de l'urètre empêcha l'introduction d'une sonde ordinaire et on ne put arriver dans la vessie qu'avec une sonde d'un petit calibre : elle donna issue à un verre d'urine de couleur citrine : rien de particulier ne fut constaté dans ce cathétérisme. Les symptômes persistant toujours avec intensité, malgré l'emploi d'un lavement et d'une portion antispasmodique opiacée, l'interne fit mettre le malade dans un bain où il resta une heure environ. Pendant ce temps les accidens continuèrent; vomissemens aqueux et nausées fréquentes, besoins incessans d'uriner et d'aller à la garde-robe, sans évacuations; ces ténesmes sont accompagnés de contractions involontaires qui produisent des vives douleurs dans tout le ventre et dans les testicules qui sont fortement rétractés. A la sortie du bain on administre un nouveau lavement, frictions sur le ventre avec pommade de belladone, cataplasmes; opiacés à l'intérieur. A quatre heures l'état du malade s'était aggravé : froid aux extrémités inférieures; lèvres décolorées; teinte légèrement cyanosée de la face, agitation extrême, nausées, pouls petit et très fréquent.

A 5 heures, M. Delaye vit le malade : il pronostiqua une issue funeste et il attribua l'affection, d'après la marche des symptômes, à un étranglement interne dont le siége était inconnu. Peu de temps après cette visite, se déclarèrent les signes d'une terminaison prochaine; le pouls devint insensible, refroidissement des extrémités, teinte cyanosée de la face, dyspnée. Le malade succomba à six heures du soir, huit heures après le début des accidens.

L'autopsie était intéressante à plusieurs titres; d'abord pour rechercher la nature de l'affection et la cause des accidens formidables qu'aucune médication n'avait pu enrayer : ensuite, pour examiner les voies urinaires qui avaient été le siége de lésions graves dont nous devons parler avant de rapporter les détails nécroscopiques.

Malgré la surveillance à laquelle il était soumis, cet aliéné se livrait à la masturbation : un accident, qui fut la conséquence des moyens qu'il mettait en usage pour pratiquer l'onanisme, nous fit connaître, l'année dernière, les manœuvres dangereuses auxquelles il se livrait. Il introduisait dans le canal de l'urètre, aussi profondément que possible, des tiges de bois flexibles, qui n'étaient autre chose que des branches d'arbres qu'il ramassait dans les cours pour les disposer à cet usage. A la suite de ces manœuvres, le canal de l'urètre ayant été lésé, le malade fut pris, l'année dernière, de rétention d'urine avec gonflement de la verge et des bourses. M. Laforgue, chirurgien en chef de l'hospice de la Grave, dont dépend l'asile des aliénés, fut appelé par M. Delaye pour remédier à cet accident. L'examen des parties malades montra l'existence d'un abcès urineux au périnée, consécutif à une déchirure traumatique du canal. Le malade qui raconta avec les détails les plus circonstanciés la manœuvre à laquelle il s'était livré, prétendait que la baguette dont il se servait s'était coupée et que l'extrémité était restée dans le canal; il attribuait à la présence du morceau de bois la difficulté d'uriner qu'il éprouvait depuis plusieurs jours et dont il n'avait pas parlé dans l'espoir que l'urine chasserait le corps étranger. M. Laforgue, ayant pratiqué le cathétérisme, ne put arriver dans la vessie à cause de la compression produite par la tumeur urinaire, il ne sentit pas de corps étranger dans le point parcouru par la sonde. L'indication était formelle; il fallait donner issue à l'urine épanchée dans le tissu cellulaire. A cet effet, une incision profonde de 3 centimètres de longueur fut faite au périnée de manière à ouvrir largement le dépôt qui s'y était formé. Il s'écoula une grande quantité d'urine mêlée à du pus et, immédiatement après cet écoulement, la tuméfaction de la verge et des bourses diminua considérablement. Il fut alors possible d'introduire dans la vessie une sonde en gomme et il fut reconnu que le canal était libre et qu'il n'y avait pas de corps étranger obstruant l'ouverture vésicale de l'urètre.

Malgré son indocilité, le malade n'éprouva aucun accident des suites de cette opération. Dès ce moment, les urines passèrent en partie par le périnée et en partie par la verge. Nous ne pûmes obtenir qu'une sonde à demeure, dont M. Laforgue avait conseillé l'emploi, pût être gardée. Au bout de quelques jours, le malade, se considérant guéri, ne voulut se soumettre à aucun traitement. L'urine coulait facilement par la verge, la plaie du périnée s'était beaucoup rétrécie, et sauf un pertuis fistuleux que le malade conserva quelque temps, il ne se ressentit pas de cet accident; non seulement les fonctions de la vessie et du canal se rétablirent, mais encore le malade, oubliant le danger qu'il avait couru, revint à ses habitudes. Plusieurs fois on le surprit préparant des baguettes et même pratiquant les manœuvres de l'onanisme, malgré toutes les observations qui lui étaient faites et les précautions que l'on prenait pour l'en empêcher.

Rapportons maintenant les résultats fournis par l'autopsie, faite trente-six heures après la mort par MM. Delaye, Laforgue, en présence des élèves de l'établissement.

La putréfaction du cadavre était très avancée; la décomposition avait commencé peu de temps après la mort, et avait marché rapidement sous l'influence de la chaleur. Le ventre était fortement ballonné, d'une couleur noirâtre; la face était gonflée et livide : on aurait dit que le cadavre avait séjourné plusieurs jours dans l'eau.

A l'ouverture de l'abdomen, des gaz fétides s'échappèrent en grande quantité de l'intérieur de la cavité péritonéale; les intestins étaient fortement distendus par des gaz, et ils présentaient une coloration verdâtre et des plaques rouges foncées; le péritoine avait la même coloration et était parsemé de points rouges comme dans le premier degré de l'inflammation; le grand épiploon était tuméfié, d'une couleur rouge vineuse, et le siége d'une forte congestion; au niveau de l'ombilic, cet épiploon se terminait par un prolongement épais ayant la profondeur du pouce; ce prolongement, formant une bride cylindrique, s'enfonçait à droite entre les circonvolutions superficielles de l'intestin grêle, et après un trajet de quelques centimètres, il s'étalait et formait une gaîne membraneuse dans laquelle était contenue une portion d'intestin grêle. De cette gaîne épiploïque, qui avait 5 à 6 centimètres de longueur, partait une seconde bride qui paraissait être la continuation de l'épiploon; celle-ci venait s'attacher sur le côté droit de la colonne vertébrale par une adhérence solide, et au-dessous d'elle se trouvait une seconde portion d'intestin qui était maintenue appliquée contre les vertèbres.

Ces deux portions d'intestin étaient affaissées, d'une couleur blanchâtre, et paraissaient avoir été le siége d'une compression; elles tranchaient par leur couleur et leur affaissement avec la masse intestinale fortement distendue et d'une coloration foncée très prononcée; une circonstance particulière, c'est que ces brides n'exerçaient pas de constriction sur l'intestin qu'elles enveloppaient, c'est-à-dire que les portions d'intestin contenues soit dans la gaîne épiploïque, soit située sous la bride vertébrale, étaient mobiles, libres d'adhérences, et que, quoique serrées, elles pouvaient être facilement déplacées par glissement.

Le petit bassin contenait une certaine quantité d'un liquide fétide, noirâtre, séro-purulent, sécrété par le péritoine.

La vessie était fortement contractée, et tellement appliquée contre le pubis, qu'on aurait pu croire qu'elle n'existait pas. Ses parois étaient très épaisses; après l'avoir détachée du pubis, une incision fut faite dans toute l'étendue de la partie antérieure; il n'y avait point d'urine, mais sa cavité renfermait une baguette de bois, repliée sur elle-même dans le point correspondant au fond de la vessie qui était fortement contractée sur ce corps étranger; elle était placée verticalement et dans la direction du canal de l'urètre. Cette baguette de bois, arrondie, était une branche sèche et flexible; elle avait, à son origine, la grosseur d'une sonde de femme, et était plus mince à l'extrémité recourbée. Sa longueur était de 12 centimètres. La portion correspondante du col de la vessie présentait des inégalités dues à une cassure qui s'était faite dans ce point; il était évident que cette baguette s'était coupée vers la partie moyenne, qu'une moitié avait été retirée par le malade, et l'autre était restée dans la vessie où elle avait été introduite pendant la vie. Quelques incrustations calcaires étaient déposées à l'une des extrémités; friables et superficielles, elles paraissaient de date récente. Dans les autres points, la tige, recouverte de son écorce, ne présentait aucune altération; elle n'était ni ramollie, ni déformée.

D'après les caractères physiques que nous venons de décrire, il est démontré que ce corps étranger n'était pas depuis longtemps dans la vessie, et que, dès lors, il ne datait pas de l'année dernière, époque où le malade fut atteint de l'abcès urinaire par suite de la déchirure du canal produite par l'introduction d'une tige de bois : le malade était persuadé alors qu'il avait un morceau de bois dans le canal; pour le calmer, M. Laforgue fut obligé de convenir qu'il y avait, en effet, un débris de bois, et qu'il avait été entraîné par la suppuration. Mais nous avons vu que le cathétérisme, plusieurs fois répété, n'avait jamais décélé sa présence, et puis cet aliéné, qui avait repris ses habitudes funestes, ne s'était jamais plaint de la vessie, depuis la guérison, c'est-à-dire pendant près d'une année. Il serait difficile de déterminer depuis combien de temps ce corps étranger était dans la vessie; il devait y avoir plusieurs jours et, en comparant les incrustations calcaires qui s'étaient déposées sur l'une des extrémités, à celles qui se forment quelquefois sur les sondes laissées à demeure, on est porté à admettre que cette tige de bois a séjourné plus d'une semaine dans la vessie.

Les accidens qui ont si rapidement entraîné la mort de cet aliéné n'ont pas été la conséquence immédiate du séjour du morceau de bois dans la poche urinaire, ils sont dus à l'étranglement produit par les brides épiploïques trouvées à l'autopsie. Les altérations pathologiques que nous venons de décrire rendent parfaitement compte des symptômes observés pendant la vie; mais comment expliquer l'explosion soudaine des accidens d'étranglement? Les brides n'étaient pas de date récente, alors les intestins devaient être gênés depuis longtemps et cependant le malade jouissait d'une bonne santé et ne se plaignait ni de coliques ni de douleurs abdominales? Il n'est pas rare de voir des lésions chroniques rester longtemps à l'état latent et révéler subitement leur présence par des accidens graves. Dans ce cas, il est facile de comprendre que, sous l'influence de contractions spasmodiques incessantes produites par la présence d'une baguette de bois dans la vessie, les intestins se soient subitement contractés et que l'étranglement, d'abord spasmodique, soit devenu permanent, par suite de la congestion du péritoine et des intestins qui présentaient, à l'autopsie, les altérations qui constituent le premier degré de l'inflammation péritonéale.

PHYSIOLOGIE.

EMPLOI DE LA FARADISATION LOCALISÉE POUR RAPPELER LA SÉCRÉTION LACTÉE.

Mâcon, 16 Septembre 1855.

Monsieur le rédacteur,

Parmi les merveilleux résultats que la faradisation localisée obtient chaque jour dans le traitement des affections du système nerveux, et, par son intermédiaire, sur les muscles, voire même sur certaines tumeurs, je n'ai vu encore annoncer dans l'Union Médicale aucune application de ce précieux moyen aux fonctions sécrétoires.

Voici une observation malheureusement unique jusqu'à ce jour dans ma pratique, mais qui, si vous la publiez, en fera peut-être surgir d'autres analogues, ou engagera du moins les médecins, munis de l'appareil du docteur Duchenne, à essayer son emploi dans une circonstance assez fréquente, je veux parler de la suppression si regrettable de la sécrétion lactée, suppression qui oblige parfois à sévrer prématurément ou à chercher une autre nourrice : deux partis qui peuvent l'un et l'autre influer d'une manière fâcheuse sur la santé du nourrisson :

M[me] J..., femme d'un horloger, brune, 26 ans, mère de trois enfans, n'ayant pas nourri les deux premiers, allaitait le troisième avec le plus grand succès depuis onze mois et demi, quand il fut atteint d'une pneumonie double le 5 mars 1855.

Voulant reprendre le plus tôt possible l'allaitement forcément suspendu, je fis, dès le début de la maladie, exercer plusieurs fois par jour la succion des seins; la mère prenait assez de nourriture, d'exercice. Néanmoins, et sans que les règles eussent reparu, le lait diminua graduellement, et quand le petit convalescent eut besoin de nourriture, il trouva les seins presque taris.

Dès le 15 mars, il ne pouvait qu'à grand'peine amener quelques gouttes de lait; il n'y en avait plus de traces le 17, non plus que les jours suivans.

L'enfant, refusant le biberon et la presque totalité des alimens légers qu'on lui offrait, dépérissait à vue d'œil, faute de nourriture qui convenait le mieux à son goût et à ses besoins.

Le 20 mars, voyant cet état persister, je voulus essayer la faradisation des seins et voir si ce moyen réveillerait la sécrétion complètement disparue depuis quatre jours.

J'employai les excitateurs humides placés de chaque côté de chaque sein alternativement, et, mettant en jeu le trembleur qui produit des intermittences rapides, j'augmentai progressivement la force du courant, de manière à produire de fortes vibrations, en évitant toutefois de faire contracter les pectoraux et de causer la moindre douleur.

Au bout de quelques minutes, augmentation sensible de volume du sein droit. M[me] J... éprouve la sensation d'un liquide qui circulerait dans ce sein, mais cela ne ressemble pas à la montée du lait. Rien de semblable à gauche. Vingt minutes de séance.

21 mars. L'enfant a sucé quelques gouttes de lait deux fois sur trois fois qu'il a pris le sein. La mère, après la séance d'hier, avait très chaud, mal à la tête et presque des nausées.

Nous diminuons de moitié la séance d'aujourd'hui et n'employons que le courant de premier ordre. Mêmes phénomènes qu'hier sans malaise.

22 mars. L'enfant a souvent pris le sein et toujours amené un peu de lait hier. Ce matin, ses efforts de succion ont produit une légère montée à droite seulement. Séance de vingt minutes. Les sensations produites par les excitateurs ont lieu dans les deux seins avec plus de promptitude et d'intensité.

23 mars. L'enfant a pu téter davantage; il y a eu hier une montée de lait dans les deux seins et une autre plus prononcée ce matin. Les excitateurs étant placés l'un en dehors du sein droit, l'autre en dehors du sein gauche, les deux mamelles sont le siége d'une tension, que M[me] J... compare à celle qui précède la montée du lait qui, dit-elle, lui semble à chaque instant sur le point de se faire.

24 mars. Il y a eu depuis hier deux montées bien complètes. Après la séance, l'enfant a pu téter sans qu'il se soit fait de montée, elle avait réellement eu lieu pendant l'excitation faradique qui en avait modifié seulement la sensation.

M[me] J... me fait remarquer que, depuis la naissance de son enfant, c'est le sein gauche qui avait toujours eu le plus de lait, tandis que la faradisation a d'abord exercé plus d'influence sur le sein droit. Elle ajoute que la disparition de son lait avait été suivie de pertes blanches qui ont cessé depuis la première séance. L'allaitement, ainsi repris, s'est continué avec la même facilité sans nouvelle excitation faradique, et l'enfant, bien rétabli, a été sévré à la fin de mai.

J'attends avec impatience l'occasion de renouveler cette épreuve, et j'espère que ce premier fait, confirmé par une série d'autres aussi heureux, contribuera à généraliser l'emploi d'un moyen qui, mieux que bien d'autres, produit le résultat espéré *cito, tuto et jucunde*.

Agréez, etc. A. Aubert.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 117. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 2 Octobre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.	32 Fr
6 Mois.	17
3 Mois.	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

DE L'ANTAGONISME ENTRE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET LES MALADIES GRAVES EN GÉNÉRAL, ET SPÉCIALEMENT DE L'ANTAGONISME ENTRE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET LA PHTHISIE TUBERCULEUSE (1) ;

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. le docteur H. THIRIAL.

Messieurs, la question de l'antagonisme, que je viens de poser devant vous, soulève avec elle les plus graves problèmes de la pathologie, car elle touche en quelque sorte aux entrailles même de la médecine. C'est assez vous dire combien cette question est vaste, obscure et difficile.

Loin de moi la pensée de l'embrasser dans toute son étendue et dans toutes ses difficultés.

Dans un sujet presque neuf, et où tout reste à peu près à explorer, le plus sage sera de m'en tenir à la pure observation. Là où les faits manquent ou demandent pour la plupart à être vérifiés, toute tentative de généralisation ne pourrait qu'être prématurée, pour ne pas dire téméraire.

Obligé que je suis de m'imposer des limites, il me faudra même m'abstenir de considérer le fait de l'antagonisme dans les diverses maladies où, à tort ou à raison, on en a signalé l'existence. Ainsi je ne m'occuperai nullement de l'antagonisme, vrai ou faux, qui a été admis entre la chlorose et la phthisie pulmonaire, entre les tubercules et le cancer, entre l'asthme et les tubercules, entre la scrofule et le rachitis, etc. Je me garderai surtout de toucher à la question de l'antagonisme entre les affections paludéennes d'une part, la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde de l'autre, question immense, hérissée de mille difficultés, et qui, malgré les infatigables recherches et les ardens débats dont elle a été l'objet, attendra encore longtemps une solution définitive.

Il n'est aucun de ces points, je le sais, qui n'eût son intérêt propre, et qui ne méritât une étude à part.

Mais, dans un sujet si vaste, force m'est bien de faire un choix. Je prendrai donc la question telle qu'elle a été posée au sein même de cette Société, c'est-à-dire que j'étudierai exclusivement le fait de l'antagonisme entre la fièvre typhoïde et les maladies graves en général, et plus spécialement entre la fièvre typhoïde et la phthisie tuberculeuse.

La fièvre typhoïde se développe-t-elle souvent ou exceptionnellement dans le cours des autres maladies (j'entends ici des maladies graves)? Est-il ordinaire, ou est-il rare, par exemple, de voir cette pyrexie compliquer d'autres pyrexies, et former des associations avec d'autres maladies fébriles ou inflammatoires? Telle est la première question qu'il s'agit de décider.

Tout d'abord, n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que le fait de la coïncidence ou de l'existence simultanée de la fièvre typhoïde avec d'autres maladies soit un objet de doute, lorsque, d'une part, cette pyrexie est une affection si commune, et pour ainsi dire en permanence dans nos hôpitaux ; et que, d'autre part, les faits de complications ou d'associations d'un grand nombre de maladies entre elles sont chose si vulgaire et si incontestée?

Aussi, le dirai-je? la position de la question par elle-même, c'est-à-dire, le doute seul qui permet de la poser, me paraît déjà faire préjuger la nature de la réponse, et établir par anticipation la rareté des faits de coïncidence.

Je regrette assurément de ne pouvoir vous apporter, tout d'abord, des calculs statistiques qui, seuls, dans une question de cette nature, pourraient être tout à fait décisifs; mais à leur défaut, je ferai un appel à l'observation générale. Consultez les recueils de faits plus ou moins anciens, compulsez vos registres particuliers, ou interrogez avec soin vos propres souvenirs, et je ne crains pas d'affirmer que le résultat de cette enquête viendra à l'appui de la proposition émise ici par notre collègue M. Barthez, et que la plupart des membres de la Société des hôpitaux, si bien placés pour bien observer, reconnaîtront qu'il ne leur est pas arrivé souvent de voir la fièvre typhoïde apparaître dans le cours d'une autre maladie grave.

Toutefois, ne nous faisons pas d'illusion à cet égard, et ne comptons pas, dans une question aussi litigieuse, et surtout aussi nouvelle, sur un assentiment unanime.

Je n'ignore pas, à coup sûr, que des faits en certain nombre devront être produits en opposition avec notre manière de voir; et déjà même nous avons entendu dire, dans cette enceinte, que ce n'était pas chose rare de voir la fièvre typhoïde se développer dans le cours de certaines maladies fébriles ou inflammatoires; on a cité, je crois, les angines, les bronchites, les érysipèles, etc., et peut-être même les pneumonies. C'eût été facile, assurément, d'allonger beaucoup cette liste.

Je demanderai à nos contradicteurs la permission d'écarter tout d'abord les angines, les bronchites, et généralement toutes les affections légères, fébriles ou non, qui doivent être mises hors de cause; car, par elles-mêmes, elles ne peuvent constituer très évidemment des actions morbides suffisantes pour être un obstacle à la complication pathologique qui est en question.

Restent donc les faits contradictoires ayant trait aux maladies aiguës graves. Ces faits, je ne les nie pas; ma doctrine sur l'antagonisme, telle que je la conçois, n'en est nullement ébranlée; mais on reconnaîtra avec moi, je l'espère, que ces faits sont en assez petit nombre, surtout relativement à la fréquence d'une maladie telle que la fièvre typhoïde, et qu'en définitive ces faits constituent des faits purement exceptionnels. Or, que prouvent-ils autre chose, sinon que la coexistence de la fièvre typhoïde avec d'autres maladies est simplement possible, ou, en d'autres termes, que le fait d'incompatibilité n'est pas absolu?

Je le demande, quel est le fait général, le mieux acquis à la science, qui ne se trouve dans le même cas?

Ainsi cette belle loi de M. Louis, par laquelle on peut induire légitimement l'existence des tubercules dans le poumon après l'âge de puberté, alors qu'on en a reconnu dans d'autres organes, cette loi, sanctionnée par la plus rigoureuse observation, se trouve-t-elle détruite parce qu'on peut citer quelques faits rares qui sont en opposition avec elle?

Qu'on veuille bien croire, d'ailleurs, que je ne me permets ce rapprochement qu'à titre d'exemple et non d'assimilation complète!

Quoi qu'il en soit, je n'ignore pas assurément que plusieurs s'inscriront en faux contre la proposition que je viens d'établir, et qu'ils croiront pouvoir affirmer que les faits de coïncidence, que nous suppposons rares et exceptionnels, sont assez fréquens, peut-être même vulgaires, que les maladies aiguës graves, dans le cours desquelles on voit souvent apparaître la fièvre typhoïde, sont en assez grand nombre, à ce point même qu'il n'y aurait sur ce point que l'embarras du choix; et ils vous citeront, ainsi qu'on l'a déjà fait ici, des érysipèles, des pneumonies, des péritonites, peut-être même des fièvres puerpérales et beaucoup d'autres encore; et après cette longue

(1) Voir le numéro du 29 Septembre.

Feuilleton.

LETTRE A M. LE DOCTEUR A.-M. LEGRAND.

J'ai lu avec attention, Monsieur, la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser. Quelques personnes ont paru s'étonner que le comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE accueillait, comme il l'a fait, cette boutade antidualiste. L'esprit de libéralité qui préside à ses décisions explique cet accueil. Je m'y suis de grand cœur associé, sachant tout le respect, même exagéré, qui est dû au principe de libre discussion. Je dois vous le dire pourtant : j'étais convaincu, à tort peut-être, que votre spirituelle argumentation, si elle n'était pas sans péril pour mon petit amour-propre, était sans péril sérieux pour la cause que je défends.

Mais il s'agit maintenant d'y répondre. A cette occasion, permettez-moi de vous dire d'abord mes scrupules et mon embarras.

Dites-le moi franchement, Monsieur, est-ce sans malice aucune que vous m'avez condamné d'avance à un silence forcé par l'air dégagé de vos innombrables points d'interrogation et par la prodigalité de réponses impossibles que vous exigez? N'auriez-vous point eu la pensée de courir ainsi au devant d'un triomphe suspect, mais facile? Si cela est, ce que je ne crois pas, vous avez réussi, car je vous abandonne volontiers ce triomphe, et je me résigne humblement à rester sous les coups de votre critique.

En effet, de ce que j'ai pensé que nos lecteurs goûteraient votre prose, est-ce une raison pour m'imaginer qu'ils goûteront la mienne? Cette malheureuse prose que vous ne pouvez ni aimer ni comprendre, ai-je le droit de la leur infliger, pour votre seule satisfaction, surtout en cherchant, comme vous me le conseillez, la clarté dans la longueur, et mes modèles d'exposition dans les cours en je ne sais combien de leçons, de Monge et Arago! Dois-je condamner à la subir de bien aimés lecteurs qui, peut-être, m'ont pardonné mon fragment sur la dualité humaine, précisément à cause de sa brièveté? N'est-il pas plus convenable, au contraire, que, par égard pour eux, je me refuse le malin plaisir d'opposer un peu de logique aux fantaisies de votre dialectique, et de vous indiquer les lacunes que suppose dans les ressources du raisonnement cette méthode par interrogation dont vous usez si largement avec moi.

Je parle sérieusement. Vous ne pouvez prétendre que je réponde à toutes vos questions. Pas une phrase, pas un mot de mon fragment, qui, dites-vous, n'excite votre étonnement et qui ne soulève dans votre esprit le flot des interrogations, plus taquines, à la vérité, que graves, et qui n'en sont pas moins, à votre insu peut-être, hérissées de problèmes étrangers au problème principal de la dualité humaine, et dont chacun, pour être seulement bien compris par des lecteurs pris à l'improviste, demanderait une dissertation étendue! Théologie, métaphysique, philologie, histoire, grammaire générale, etc., mes forces n'y suffiraient point et les colonnes de l'UNION MÉDICALE fléchiraient sous un fardeau si nouveau pour elles. Vous-même, Monsieur, vous en seriez étourdi, à en juger par le goût douteux que vous professez pour « les questions » philosophiques, remplies d'obscurités pour moi, pour d'autres que » pour moi, sinon pour tous. » Pardonnez cette appréciation qui m'échappe et qui peut être inexacte malgré votre déclaration positive à cet égard. Mais voyons de bonne foi si elle peut sembler vraie d'après votre manière d'aborder avec moi ces questions. Je ne veux me rendre qu'à l'évidence.

A propos des Genèses primitives dont j'ai parlé, vous me faites subir un interrogatoire en règle sur la Genèse de Moïse, que je n'ai pas même nommée. Ceci prouve au moins que vous avez laissé dans l'oubli les Genèses persane, hindoue, chaldéenne, égyptienne, etc., ce qui est très excusable assurément ; mais ce n'était pas une raison pour faire, d'après la Bible expliquée de Voltaire, une grande démonstration de votre savoir en exégèse et de votre érudition en matière sacrée. Encore si cette exégèse, si cette érudition ne trahissaient point une grande légèreté! Libre à vous, Monsieur, de vous poser fièrement, la lance en avant, en face d'un moulin à vent de votre choix ; mais encore faut-il, en choisissant votre terrain, frapper droit et juste. Vraiment, Monsieur, je rougis d'avoir à vous apprendre, car vous ne l'ignorez pas plus que moi, que le verset 7 du chapitre II de la Genèse dit en termes qui défient toute nouvelle explosion de citations bibliques : « Or, l'Éternel avait » formé l'homme de la poudre de la terre, et il avait soufflé dans ses na- » rines une respiration de vie et l'homme fut créé en âme vivante. » Vraiment, je ne conçois pas une érudition qui s'arrête au chapitre premier quand le second est si près. Je ne conçois pas davantage comment ces mots : *tu mourras de mort*, que vous citez par je ne sais quelle inadvertance dans l'intérêt de votre thèse, signifie autre chose que l'homme était créé corps autant qu'esprit, les esprits purs n'étant pas en général regardés comme susceptibles de *mourir de mort*. Quant à cette querelle *homérique* au sujet du mot *bara* du texte hébreu, il ne faut pas qu'elle vous tourne la tête, car que Dieu *créa* ou *forma* le ciel et la terre, il n'en est pas moins certain, au moyen de n'importe quelle traduction, que le premier livre du Pentateuque affirme Dieu et matière dans l'immensité, et esprit et corps dans l'homme. Eh bien! il en est de même des Genèses primitives que je viens de nommer. Vous n'exigerez pas que j'entreprenne témérairement de les raconter ou de les analyser ici. Il me suffit de constater que vous avez l'air d'en entendre parler ici pour la première fois, ce qui, je me hâte de le dire, n'est point dans ma pensée.

Faut-il maintenant vous rappeler toutes vos interrogations? Le chiffre en est trop élevé et ce serait trop long. Quelques-unes suffiront pour justifier mon silence, et appuyer mon appréciation un peu risquée de tout à l'heure. Je ne reviendrai pas sur les Genèses primitives, ni sur la Genèse de Moïse, sur lesquelles deux mots ont suffi. Je rappellerai vos interrogattions sur les ardues questions qui suivent :

1° Sur le *rapport des phénomènes à la substance*, que vous réglementez à votre manière, en décidant que les phénomènes de pesanteur, d'attraction, de gravitation, d'électricité, d'électro-magnétisme, de magnétisme, voire même de lumière et de calorique, s'accomplissent dans la matière cosmique en vertu de lois plus distinctes, plus diverses que les phénomènes d'intelligence et de nutrition dans l'homme.

2° Sur le *panthéisme antique* dans lequel, sans regarder à l'Inde ancienne et moderne, et pour faire pièce à l'Europe chrétienne, vous découvrez « toute science, toute morale, et tous les modèles de sociétés. »

3° Sur la *connaissance de l'homme* dont vous exigez la possession

énumération, nos adversaires se persuaderont de bonne foi avoir fait justice de notre prétendue loi d'antagonisme.

Entre deux affirmations aussi contraires, où sera la vérité?

Quelques explications deviennent ici nécessaires. Tout d'abord, nous n'hésitons pas à dire que l'extrême divergence d'opinions qui éclate sur une simple question de fait, en apparence si facile à juger, accuse nécessairement, d'un côté ou de l'autre, une observation en défaut; et, pour dire notre pensée, nous ne doutons pas qu'il n'y ait, au fond de tout cela, quelque grosse erreur de diagnostic du côté de nos adversaires.

Il importe donc de signaler les causes principales qui peuvent faire commettre ici des méprises de plus d'un genre, méprises d'ailleurs parfois inévitables, et dont personne ne peut se dire complétement exempt.

Ainsi, il n'est pas rare de voir dans le cours d'un certain nombre de maladies inflammatoires plus ou moins graves, tels que la pneumonie, certains érysipèles, etc., survenir à un moment donné et sous des influences que je n'ai pas à déterminer, un ensemble de phénomènes généraux révélant un trouble plus ou moins notable des fonctions de l'innervation, et une altération plus ou moins profonde des liquides, aussi bien que des solides, en un mot, tout cet ensemble de phénomènes bien connus qu'on désigne assez communément sous le nom collectif d'*état typhoïde.*

Or, en présence de cette phase nouvelle de la maladie, il est encore aujourd'hui bon nombre de praticiens qui, à l'exemple des nosologistes d'une autre époque, se persuadent et ne se font pas faute de dire que la pneumonie, que l'érysipèle, etc., se sont compliqués de la fièvre putride ou typhoïde. Comme ces faits se représentent assez souvent sous leurs yeux, et qu'ils sont interprétés à peu près toujours dans le même sens, la conséquence naturelle, c'est que, pour ces médecins, rien de mieux démontré que la coexistence et l'association de la fièvre typhoïde avec les autres maladies graves, et par contre, rien de plus illusoire que cette incompatibilité qu'on prétend exister entre ces maladies.

Mais dans une réunion de médecins tels que ceux qui composent la Société des hôpitaux, je n'aurai pas besoin de me mettre en grands frais d'argumens pour faire voir où gît ici la double erreur d'observation et de raisonnement, car il n'est personne parmi vous, j'en suis sûr, qui ne sache parfaitement que ces phénomènes généraux graves auxquels je fais allusion, peuvent bien présenter une grande analogie avec ceux qu'on observe dans la fièvre typhoïde, sans appartenir nécessairement à cette dernière maladie; et tous vous répondrez avec moi que la pneumonie, que l'érysipèle, etc., peuvent revêtir l'aspect typhoïde, se compliquer de l'*état dit typhoïde*, mais que cela n'implique pas le moins du monde qu'à ces maladies se soit associée la véritable fièvre typhoïde, c'est-à-dire cette individualité morbide parfaitement distincte, que, pour éviter toute équivoque, je désignerai ici sous le nom de *dothinentérie.*

A côté de cette première cause d'erreur, je dois en signaler une autre qui en est en quelque sorte la contre-partie. Comme elle est peut-être moins connue que la précédente, et qu'on est généralement moins en défiance à son égard, il peut être utile d'y insister un peu plus.

La fièvre typhoïde est susceptible, comme toutes les autres maladies, de présenter dans ses caractères et dans son mode d'évolution de très grandes irrégularités, de revêtir, en un mot, une forme anomale. Parmi ses anomalies, il en est de très importantes sur lesquelles je me suis efforcé, plus que personne peut-être, de fixer jadis l'attention, et que les nécessités de mon sujet me commandent de rappeler à vos souvenirs.

Ainsi il est des cas, qui sont loin d'être rares, où la fièvre typhoïde éclate brusquement par des lésions plus ou moins graves du côté des organes respiratoires, sans qu'il se manifeste en même temps de dérangement notable dans les fonctions digestives, ou qu'apparaissent les autres troubles fonctionnels qu'on observe d'ordinaire à la période d'invasion. Aussi dans le début de la maladie, et quelquefois même pendant un temps assez long, le médecin croit, et il est vraiment autorisé à croire qu'il a affaire tout simplement ou à une bronchite diffuse très intense, ou à une pneumonie, le plus souvent d'un mauvais caractère. Toutefois, à une époque plus ou moins avancée de la maladie, il arrive un moment où certains phénomènes plus caractéristiques de la fièvre typhoïde viennent à se manifester; et alors qu'arrive-t-il? C'est que le médecin, soit de bonne foi, soit pour pallier sa méprise, est conduit à se dire à lui-même et surtout à déclarer à la famille que la maladie primitive (bronchite ou pneumonie) a changé de nature, ou mieux encore, que cette bronchite ou cette pneumonie, d'abord si simple, s'est bien malheureusement compliquée d'une fièvre typhoïde.

Or, pour moi, après avoir attentivement étudié cette question, je n'hésite pas à affirmer que, dans la très grande majorité de ces cas, la pneumonie du début n'était qu'une pneumonie symptomatique ou secondaire; et que la fièvre typhoïde, présumée consécutive, était bien réellement primitive, c'est-à-dire que l'affection générale, la pyrexie *sui generis* existait dès le principe, mais masquée par des lésions et des phénomènes morbides prédominans du côté des organes thoraciques; en un mot, qu'on avait affaire à une fièvre typhoïde anomale, masquée sous la forme dite *pectorale* ou *thoracique.*

Or, il importe de savoir que ces formes anomales de la fièvre typhoïde sont assez communes en tout temps, chez les jeunes sujets lymphatiques et disposés aux affections catarrhales, et qu'elles tendent à se multiplier surtout dans certaines années et sous le règne de certaines constitutions médicales; ainsi il n'est guère de médecin qui n'ait rencontré des cas de ce genre dans les dernières épidémies de grippe. Aussi les méprises que je signale sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne pourrait se l'imaginer; j'en ai vu commettre par les plus habiles, qui ne s'en doutaient pas; par contre, j'ai entendu des professeurs de clinique les avouer très naïvement, une fois reconnues. Je confesse pour mon propre compte, qu'après avoir payé jadis plus d'un tribut de ce genre, et avoir appris à me tenir sur mes gardes, je m'y suis encore laissé prendre assez récemment, en compagnie d'une notabilité médicale, qui, dûment avertie du fait, ne pouvait en revenir.

Cela dit, qu'on vienne maintenant invoquer ces exemples pour les opposer à la loi d'antagonisme que nous nous efforçons de soutenir, je suppose que j'aurai le droit de regarder ces exemples et leurs pareils comme non avenus.

Ce que je viens de dire des affections thoraciques, je pourrais l'appliquer également aux affections cérébrales ou autres encore, qu'on observe fréquemment dans la fièvre typhoïde, et qui, soit par leur apparition insolite dès le début de la maladie, soit par leur prédominance ou leur intensité exceptionnelle, impriment un caractère d'anomalie à la fièvre typhoïde, et ont pour effet de dérouter souvent le diagnostic dès le principe.

N'oublions pas de mentionner, en dernier lieu, une circonstance qui a pu en imposer peut-être à des observateurs inattentifs, et leur faire trouver des exemples de véritable coïncidence dans des cas où il n'existait en réalité qu'une pure succession entre maladies signalées comme incompatibles. S'il est vrai que la fièvre typhoïde se développe rarement dans le cours d'autres maladies graves, et ne se mêle que difficilement avec elles, il n'en résulte pas qu'elle ne puisse leur succéder. Supposons, en effet, que, dans le cours d'une maladie quelconque, un individu se trouve exposé à contracter une fièvre typhoïde; supposons que, même dès le début de cette maladie, il fût à cet égard dans l'état qu'on appelé l'*imminence morbide*, c'est seulement lorsque la maladie qui a les devans sera à peu près achevée, que la fièvre typhoïde, un instant arrêtée et pour ainsi dire comprimée, pourra faire son apparition; c'est ainsi qu'il n'est pas excessivement rare de la voir survenir à travers d'une convalescence à peine commencée, et accomplir plus ou moins péniblement son évolution au milieu de conditions très peu favorables.

Maintenant que j'ai exposé les principales causes d'erreur qui me paraissent obscurcir le plus ce sujet, et qu'ainsi j'ai d'avance prévenu de nombreuses objections, et fait taire peut-être quelques dissidences, j'arrive à la seconde partie de ma question.

S'il est vrai, ainsi que l'a avancé M. Barthez, et comme j'ai essayé de le montrer, que les maladies graves, en général, sont un obstacle au développement actuel de la fièvre typhoïde, je ne crains pas de dire qu'il n'est pas d'affection où ce fait éclate avec plus d'évidence que pour la phthisie pulmonaire, à tel point même que l'opposition entre ces deux maladies s'élève jusqu'à une sorte d'incompatibilité.

A cet égard, l'expérience s'est prononcée; et en supposant même que le rapport d'antagonisme existant entre la fièvre typhoïde et la phthisie puisse être contesté au point de vue théorique, je ne doute pas que la très grande majorité des observateurs n'accepte sans hésitation les faits sur lesquels nous nous appuyons pour établir ce rapport, et l'ériger en loi. Toutefois, comme je prévois encore ici quelques dissidences, et que je sais d'avance par quelles objections elles doivent se produire, allons au devant de quelques-unes de ces objections, et signalons encore cette même source d'erreur que, dans la première partie de cette question, je me suis déjà efforcé de mettre à nu.

Rappelons donc, et tâchons, à l'occasion, de ne pas oublier qu'il est des phthisies qui, à leur début, simulent assez bien la fièvre typhoïde. Ce sont certaines phthisies, à forme suraiguë, qui, par la soudaineté de leur explosion, par l'étendue ou l'intensité d'une phlegmasie pulmonaire concomitante, rapidement désorganisatrice, par la fonte immédiate et simultanée des myriades de tubercules infiltrant le parenchyme des poumons, jettent pour ainsi dire d'emblée le malheureux malade dans la fièvre dévorante, la prostration, la stupeur, la diarrhée colliquative, la fuliginosité, etc.; en un mot, dans cet état général qui caractérise l'*état typhoïde* porté à son summum.

Notons ici, et c'est une circonstance sur laquelle M. le professeur Trousseau ne manque jamais, dans ses leçons cliniques, d'appeler l'attention des élèves, notons que la forme de phthisie aiguë ou galopante, qui tend à en imposer le mieux pour la fièvre typhoïde, se rapporte à une affection du poumon

---

préalable de celui qui travaille à l'acquérir par l'étude des rapports du physique et du moral.

4° Sur les *relations logiques du simple au composé*, que vous avez la bonté de me rappeler, n'ayant point réfléchi à la destinée d'un enfant qui viendrait au monde tout seul, qui développerait son esprit et son corps tout seul, c'est-à-dire sans le secours d'une société préexistante; n'ayant pas réfléchi, en d'autres termes, qu'il y a un ordre de faits où ce qui est simple *procède* de ce qui est composé et ne le *précède* point.

5° Sur les *lois de la grammaire générale*, qui vous empêcheront toujours d'évincer des « langues de tous les peuples » le Verbe, ce radical symbole de la pensée, de l'activité et de la dualité humaines; qui s'opposeront toujours à la destruction du *je* et du *moi*, du *tu* et du *toi*, qui résulterait logiquement de la doctrine panthéiste d'une même âme universelle rayonnant dans tous les êtres de la nature; qui s'opposeront toujours à l'adoption de ce jargon impossible d'un matérialisme en délire: *je secrète une pensée, mon organe moral, mon centre voulant et pensant, ma combinaison sentante,* etc.

6° Sur les *religions positives* qu'il faut bien nommer ainsi pour les distinguer des *religions mystiques*, puisque celles-là, éminemment sociales et pratiques dans leurs institutions, regardent le corps comme un instrument de l'âme, comme un *organisme* (d'où vient le mot, s'il vous plaît?), tandis que celles-ci, antisociales et ascétiques dans leurs prescriptions contemplatives, regardent le corps comme une prison, comme un obstacle qui empêche l'âme, émanation du foyer divin, d'y être assez promptement absorbée. Ceci, Monsieur, est du *panthéisme antique* selon votre goût, religion de philosophes et de gymnosophistes, incompatible avec la vie sociale, qui convient à des anachorètes ou à quelques stoïciens, et qui, heureusement, laisse à la religion positive le gouvernement des peuples.

7° Sur la *morale et l'hygiène sociales* qui ne sont à vos yeux que de purs éblouissemens d'un esprit malade.

Est-ce assez, Monsieur? Cette indication inachevée des choses sur lesquelles vous me faites l'honneur de m'interroger, doit-elle être continuée? Les lecteurs, j'en suis sûr, me demanderont de leur faire grâce du reste.

Mais j'ai, pour justifier mon silence, d'autres raisons encore que l'excès de vos interrogations. Ces raisons, je les trouve indiquées dans mon *Essai sur les principes et les limites de la science des rapports du physique et du moral*, au § III, succédant immédiatement aux pages sur la dualité humaine qui, détachées de l'ensemble et publiées dans l'UNION MÉDICALE, ont eu le malheur de vous tant déplaire. Je regrette d'être obligé de reproduire ici le commencement de ce § III qui, notez-le bien, a pour titre: *Du problème physiologique de l'influence réciproque des idées et de l'organisme, substitué au problème ontologique des rapports de l'âme et du corps.* Vous y trouverez exprimé, en dehors des intérêts de ce débat, le cas que je fais, dans la science des rapports du physique et du moral, de cet esprit de controverse ontologique que je m'efforce d'en écarter. Vous y trouverez aussi une réponse, donnée d'avance, à quelques-unes de vos interrogations.

« Il s'agit maintenant de caractériser d'une manière nette et précise les deux élémens dont la science des rapports du physique et du moral implique et réclame la distinction.

» Ainsi que je l'ai dit plus haut, cette science, pour conquérir une existence indépendante et assurée, pour s'élever au rang qui lui appartient, doit être soustraite à l'empire des affirmations dogmatiques et des solutions métaphysiques. Si elle reste enveloppée dans la sphère des doctrines philosophiques et médicales, elle sera obligée d'en subir les variations; il lui sera impossible de prendre son essor. Il importe donc que le principe de la dualité humaine, contenu dans le domaine de l'observation positive, et formulé en termes parfaitement intelligibles, soit accessible à toutes les convictions; il importe qu'il soit exprimé de manière à maintenir une distinction irrécusable et à écarter les discussions ontologiques qui embarrassent la marche des sciences spéciales. Nous devons, par conséquent, comme l'ont fait les physiciens à l'égard des problèmes théologiques, écarter les questions relatives à l'existence, à l'origine, à la nature, aux facultés et à la destinée de l'âme. Nous devons écarter la question si souvent agitée depuis Descartes, sur l'union et l'alliance de l'âme et du corps, sur leurs relations mutuelles, sur le siége de l'âme, sur les relations de l'âme avec le développement embryogénique, etc. Nous devons nous accorder à regarder l'âme comme appartenant à une région inaccessible à nos discussions, afin que notre science ne soit pas une arène sur laquelle, sous prétexte de physiologie, les animistes et les organiciens puissent venir, quand bon leur semble, se livrer de stériles et souvent déplorables combats. Nous devons, en un mot, satisfaire aux besoins réels de la science sans toucher à l'arche sainte des convictions libres, naturellement hostiles et expansives, qui règnent non seulement par la foi, par l'éducation morale et religieuse, mais encore par l'esprit de parti et de secte, par les préjugés et les passions d'une époque, etc. Pour cela il suffira, je l'espère, de présenter l'élément moral et l'élément physique, non plus sous leur aspect substantiel ou ontologique, mais sous leur aspect phénoménal ou physiologique. Il suffira, en d'autres termes, d'abstraire la distinction des substances et de mettre en saillie la distinction des phénomènes.

» Procédons à l'analyse des faits..... » Je m'arrête ici, pour ne pas abuser du droit de citation personnelle. Vous pourrez lire la suite quand il vous plaira.

Direz-vous encore cette fois, Monsieur, que votre intelligence est rétive? Votre esprit est, je crois, très vif et très délié, et, ce qui me plaît surtout, il me paraît se passionner aisément pour ou contre les idées qu'il rencontre sur son passage, même lorsqu'il avoue ne pas bien les comprendre. J'aime cette ardeur de pensée, trop rare de nos jours. Aussi j'éprouve un regret véritable que, au lieu d'une critique de détails à propos de mon fragment sur la dualité humaine, vous ne m'ayez pas réservé une critique d'ensemble à propos de mes vues générales sur les rapports du physique et du moral, que j'ai développées dans mon petit *Essai*, et qui étaient publiées depuis plusieurs jours lorsque vous avez eu la pensée d'écrire votre lettre. Si la critique d'ensemble que j'invoque est de votre goût, je serai heureux de l'accueillir dans un recueil moins exceptionnellement consacré à ce genre de débat, et de rompre là le silence que j'ai cru devoir m'imposer ici.

Dans cette attente, je vous prie, Monsieur, de croire à mes sentimens de parfaite confraternité.

L. CERISE.

encore mal connue dans ses caractères anatomiques, où l'existence des tubercules serait encore un objet de doute pour les plus habiles micrographes, et qui consisterait pour eux dans une phlegmasie *sui generis*, et dans la fonte purulente des vésicules pulmonaires atteintes de dégénérescence *granuleuse*. Mais si intéressante que dût être cette question, je ne puis y insister davantage.

Bref, quelles que soient les causes générales ou locales qui impriment à certaines phthisies ce cachet spécial d'affection typhoïde, il est peu de praticiens qui n'aient à se remémorer des cas où le diagnostic a été pour eux la cause de beaucoup d'incertitudes, d'embarras et de soucis, peut-être même en est-il peu qui, à cet égard, n'aient sur la conscience quelques grosses méprises, fâcheuses pour le malade, compromettantes pour le médecin.

J'ai rapporté, en temps et lieu, quelques exemples de ce genre, et ces exemples étaient d'autant plus significatifs, qu'ils venaient de plus grandes autorités médicales.

D'autre part, la phthisie à forme lente et à marche chronique, n'est pas sans présenter aussi les mêmes difficultés. Il arrive, en effet, assez souvent qu'à une certaine époque de sa durée elle vient à se compliquer plus ou moins brusquement de phénomènes généraux graves qui, par leur ensemble, rappellent à ce point la physionomie si caractéristique de la fièvre typhoïde, que dans le premier moment ils peuvent faire croire à une association toute accidentelle de cette dernière maladie avec la phthisie pulmonaire.

Or, hâtons-nous de le dire, ces phénomènes graves sont dus ordinairement, soit à une phlegmasie aiguë intercurrente, soit à une intoxication purulente ou septique, suite de la fonte tuberculeuse, ou plus généralement encore à des influences quelconques, endémiques ou épidémiques, à des causes physiques ou morales qui, par leur action soudaine, ont sidéré un organisme déjà profondément atteint dans sa force de résistance vitale.

Il y a quelques semaines, mon ami le docteur Pidoux signalait, à sa clinique, un événement bien remarquable de ce genre qui venait de se passer dans son service à l'hôpital Lariboisière.

Dans l'espace de quarante-huit heures tout au plus, cinq à six malades, atteints de phthisie à des degrés divers, avaient été pris assez inopinément, et sans cause bien appréciable, d'un ensemble de symptômes graves, tels que fièvre intense, prostration considérable, sécheresse et rougeur de la langue, avec commencement de fuliginosité, révasseries, excitation cérébrale, portée chez quelques malades jusqu'au délire; dans un cas même, il y avait eu des épistaxis.

Chez deux malades, ces accidens graves, en se surajoutant à la phthisie, avaient pour résultat immédiat d'imprimer à la maladie une marche plus rapide et de lui faire faire des progrès menaçans; tandis que, chez les autres, ces mêmes accidens s'étaient promptement terminés par la mort. Or, la circonstance que je tiens le plus à noter ici, c'est que M. Pidoux, bien que parfaitement sur ses gardes, et moins enclin que personne à admettre facilement la fièvre typhoïde comme complication de la phthisie, ne put, de son aveu même, se défendre de quelques doutes, au moins relativement à plusieurs malades, tant les apparences étaient trompeuses! Je me hâte d'ajouter que, à cet égard, l'autopsie vint bientôt lever toute incertitude : il n'y avait là que le simulacre de la fièvre typhoïde. En d'autres termes, c'étaient des phthisies qui, sous une influence restée inconnue, s'étaient compliquées accidentellement de cet état morbide qu'on est convenu d'appeler *état typhoïde*, lequel peut s'associer à un grand nombre de maladies, loin d'appartenir exclusivement à l'entité pathologique à laquelle il a donné, à tort peut-être, son nom et sa qualification.

Je le demande, si ces faits s'étaient passés sous les yeux d'un médecin tant soit peu hostile au principe de l'antagonisme, ou moins exercé contre ces difficultés de diagnostic, si surtout l'autopsie n'était pas venue à propos pour rectifier les idées préconçues du pathologiste, ou pour dissiper les doutes du clinicien, voilà des faits qui eussent laissé leur impression dans l'esprit de l'observateur, et qui, à un moment donné, eussent pu être produits en témoignage contre la soi-disant incompatibilité de la fièvre typhoïde et de la phthisie pulmonaire!

Que si maintenant on venait à défalquer tous les faits analogues où on n'a pas su se tenir en garde contre les causes d'erreur, nous sommes persuadé que les cas vraiment authentiques de fièvres typhoïdes survenues dans le cours de la phthisie pulmonaire se réduiraient à un très petit nombre.

Cette conclusion seule suffit pour montrer que, à mes yeux, ces complications morbides, ces associations hétérogènes ne sont pas radicalement impossibles.

En médecine, moins qu'ailleurs peut-être, il ne saurait exister de loi absolue; et la science périrait du jour où on s'obstinerait à rejeter comme lois toutes les grandes vérités, soit physiologiques, soit pathologiques, soit thérapeutiques, auxquelles on peut opposer quelques faits d'exception.

Je reconnais donc qu'il existe dans les annales de la science des faits positifs qui attestent la coïncidence de la fièvre typhoïde et de la phthisie. Ainsi, M. le professeur Forget, de Strasbourg (qui tient pour l'antagonisme, au moins dans certaines limites), en rapporte un exemple assez probant dans son *Traité de l'entérite folliculeuse*. M. le docteur Pidoux lui-même, malgré ses convictions très anciennes et très arrêtées en faveur de l'antagonisme, reconnaît avec bonne foi avoir observé à l'hôpital Sainte-Marguerite un cas analogue à celui de M. Forget. Je ne doute pas, d'ailleurs, qu'en interrogeant ses souvenirs ou en compulsant les recueils de médecine pratique, chacun de nous ne fût en mesure de produire quelques autres faits du même genre, qui montreraient que, exceptionnellement, la fièvre typhoïde peut se développer dans le cours de la phthisie tuberculeuse.

Toutefois, pour ne pas laisser ici le champ trop libre à nos contradicteurs, il est urgent d'établir immédiatement une distinction que je regarde comme capitale.

« Loin de moi la pensée, comme je l'ai écrit ailleurs, qu'un individu portant des tubercules dans les poumons ou dans d'autres organes, jouisse par ce seul fait d'une immunité complète et absolue contre la fièvre typhoïde! Non, assurément; je n'ignore pas, en effet, que chez des personnes ayant succombé à la fièvre typhoïde, il est arrivé parfois de trouver des tubercules; mais alors c'étaient des tubercules à l'état *latent*, qui jusque-là n'avaient suscité autour d'eux le moindre travail morbide, des tubercules, en un mot, qui ne constituaient pas encore une véritable maladie. »

Pour que l'antagonisme s'exerce, et que l'inaptitude à contracter la fièvre typhoïde soit acquise, certaines conditions me paraissent nécessaires; outre que les tubercules ne doivent pas être en nombre insignifiant, il faut que ces tubercules ne soient pas réduits au rôle passif de corps étrangers, simplement implantés dans nos organes, ou vivant d'une vie toute parasitique. Il faut, en d'autres termes, qu'il se soit opéré autour et en eux un travail de désorganisation plus ou moins profond, qui, réagissant sur l'ensemble de l'économie, ait donné lieu, jusqu'à un certain degré, à la production de cet état général qu'on désigne sous le nom de *fièvre hectique*, ou mieux encore d'*hectisie*.

Ici donc une cause pure et simple de maladie, si imminente qu'elle soit, ne suffit pas. Mais, pour entrer dans la pensée de Hunter, il faut une action morbide réelle, il faut une maladie formée et en activité pour s'opposer efficacement au développement simultané de cette autre opération morbide spéciale qu'on appelle fièvre typhoïde.

En définitive, la diathèse tuberculeuse par elle-même, et le travail morbide général, ou l'état de cachexie qu'elle entraîne à sa suite, telles sont les deux conditions dont le concours est sinon d'une nécessité absolue, au moins d'une extrême efficacité pour manifester à son plus haut degré l'antagonisme pathologique spécial que nous nous efforçons de mettre ici en lumière.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

QUELQUES OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE LA VÉRATRINE, DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS RHUMATISMALES, GOUTTEUSES ET NERVEUSES;

Par le dr B. ALIÈS, médecin-inspecteur des bains de mer de Trouville.

(Suite. — Voir le numéro du 29 Septembre.)

Névrose de l'appareil pneumo-gastrique.

V. — Mlle R... L... est âgée de 42 ans, petite, maigre, très blonde; bonne constitution, tempérament nerveux, position sociale confortable; jouissant habituellement d'une bonne santé, mais sujette, de tout temps, à une hémicrânie dont les accès avaient ordinairement lieu aux époques menstruelles : point de disposition morbide connue dans sa famille.

L'an dernier, elle s'était assise sur une malle qu'elle s'occupait à fermer, avec une autre personne, quand, sans l'en avoir prévenue, cette autre personne frappa de grands coups sur cette malle. En ce moment, soit par l'effet de l'ébranlement matériel que cette forte percussion imprima à la colonne vertébrale, soit par l'émotion, le saisissement subit qu'un bruit inattendu fait toujours éprouver, Mlle R... L... ressentit la première atteinte des accidens spasmodiques qui ont persisté pendant huit mois, et qui consistaient dans les phénomènes suivans, revenant tous les jours, à des heures diverses, quelquefois même deux fois le jour, avec un caractère de périodicité que rien n'avait pu enrayer : — Sensation de brûlure et de déchirement vers la région sternale et épigastrique; malaise indéfinissable; dyspnée, oppression suffocante; crampes d'estomac; douleurs sur toute la région abdominale portée au plus haut degré d'intensité; il semble à la malade qu'on lui tord les entrailles; elle se roule sur le parquet de son appartement : les douleurs se généralisent, et affectent tous les points de l'appareil musculaire; il semble qu'on coupe, qu'on déchire ses membres.

Tels étaient, dans leur ordre de succession, les symptômes qui composaient ce que Mlle R... L... appelait son accès. Après une durée qui n'était jamais moindre de deux heures, et qui quelquefois se prolongeait jusqu'à douze et quinze heures de temps, ils diminuaient peu à peu d'intensité, et finissaient par disparaître entièrement, laissant la malade brisée de fatigue, mais exempte de souffrance.

Ordinairement, l'accès, qu'aucun prodrome n'annonçait, se terminait sans aucune évacuation critique, cependant, il est arrivé quelquefois qu'il était précédé de bâillemens et de quelques frissons, et qu'une légère sueur se manifestait sur son déclin.

Au fort de l'accès, la circulation était très accélérée; le pouls qui, chez cette malade, marque 70 à l'état normal, s'est élevé jusqu'à 115 pulsations.

L'état général se ressent de souffrances aussi prolongées, à un moindre degré qu'on ne serait porté à le croire *à priori* : cependant il y a un peu de diminution, mais toujours la même régularité dans les évacuations menstruelles : la palpation ni l'auscultation ne décèlent aucune lésion organique.

Cet état, tel que je viens de le décrire, existait depuis sept mois, lorsque Mlle R... L... réclama mes conseils.

Je lui prescrivis le sulfate de quinine entre les accès; elle en prit 60 centigrammes, en trois heures de temps; le premier jour, l'accès n'en fut pas modifié : même dose le lendemain; même nullité d'effets; 75 centigrammes, le surlendemain, ne procurèrent pas plus de résultats. — Renonçant à ce moyen, je conseillai les capsules d'éther du docteur Clertan, à large dose, pendant l'accès. Effets nuls. — Enfin, après une dizaine de jours passés à administrer le sulfate de quinine et l'éther, j'en vins à l'usage de la vératrine. Une pilule de 5 milligrammes fut prise quatre heures après l'accès; le lendemain et jours suivans, absence complète de toute manifestation morbide; aucun accès n'a eu lieu depuis.

Mais l'hémicrânie qui avait cessé depuis l'apparition des phénomènes viscéralgiques est revenue; et, comme autrefois, Mlle R... L... a, par intervalles, des accès de migraine.

L'usage de la vératrine à la dose de 5 milligrammes par jour, fut continué pendant une huitaine; mais il avait suffi de la première dose, à mon grand étonnement, je l'avoue, pour mettre un terme à cette série d'accidens périodiques qui, depuis sept mois, faisaient le tourment de cette malade. J'ajouterai que la vératrine n'a produit aucun phénomène physiologique appréciable.

Névralgie de l'appareil digestif.

VI. — P... V..., Cultivateur aisé, est âgé de 50 ans; bonne constitution, tempérament lymphatico-sanguin.

Il y a une quinzaine d'années, il fut atteint d'une maladie que son médecin qualifia de viscéralgie rhumatismale chronique, et pour le traitement de laquelle il conseilla l'usage des eaux thermales de Luxeuil.

Depuis, ce malade est resté sujet à des douleurs vagues, erratiques, se manifestant à intervalles plus ou moins rapprochés, sur divers points du système musculaire ou fibreux, surtout aux approches d'un orage, quand il neige, ou que souffle le vent du nord. D'ailleurs, nul trouble dans les fonctions importantes de l'économie.

A la suite d'une fièvre intermittente qu'il subit dans l'automne de 1842, et qui fut enlevée par le sulfate de quinine, il se manifesta chez ce malade une affection caractérisée comme il suit. — Au milieu de la plus parfaite intégrité de toutes les fonctions, se produisait subitement une douleur poignante vers la région épigastrique : frisson prolongé, des vomissemens et des sueurs froides l'accompagnaient à son début; bientôt, la douleur s'irradiait dans toute la région abdominale; les hypochondres devenaient tendus, douloureux à la moindre pression; il y avait des angoisses indicibles, tant que duraient ces crises, qui se prolongeaient souvent pendant plus de deux heures. — Leur cessation s'accompagnait parfois d'une légère moiteur; ordinairement, la détente s'opérait sans être marquée par aucune évacuation : elle avait lieu graduellement, par l'apaisement de la douleur : dans tous les cas, un sommeil de quelques heures terminait cette scène de souffrance, et achevait de mettre le calme dans l'économie.

Il a été impossible de préciser quelles étaient les causes déterminantes de ces accès : ils avaient lieu dans les conditions thermométriques, barométriques et hygrométriques les plus diverses, à jeun comme après le repas, après l'ingestion de toutes sortes d'alimens, la nuit comme le jour, et à des intervalles extrêmement variables. Quelquefois il y avait seulement un accès par semaine; dans d'autres temps, il y en avait deux, trois, quatre; même un tous les jours.

Les révulsifs, les antispasmodiques, les antipériodiques, les narcotiques avaient complétement échoué.

Consulté par ce malade vers le mois d'avril 1853, je lui conseillai l'emploi de la vératrine, à la dose d'une pilule de 5 milligrammes par jour.

En huit jours, les accès disparurent, et demeurèrent un an sans reparaître; présentèrent peu d'intensité, lors de leur nouvelle manifestation, et furent rapidement enlevés par le même moyen. Ils n'ont plus reparu depuis.

Goutte normale.

VII. — M. N... pêcheur à Trouville, est âgé d'une quarantaine d'années; bonne constitution. Il a eu, deux ans auparavant, une attaque de goutte qui l'a perclus pendant deux mois.

Appelé auprès de lui en juillet 1853, je le trouvai dans l'état suivant : douleurs excessives aux deux pieds; impossibilité d'exécuter le plus léger mouvement : rougeur et tuméfaction aux deux métatarses, surtout à l'articulation du premier métatarsien; chaleur considérable à cette même région. La moindre pression exalte à un tel point la sensibilité, que le contact et le poids d'un simple drap de lit sont insupportables.

Pouls à 100; inappétence; langue saburrale; constipation; rareté des urines : exacerbation toutes les nuits.

M. N... est au douzième jour de son attaque — prescription : décoction de chiendent nitrée (4 grammes par litre de décoction); une pilule de 5 milligrammes de vératrine toutes les six heures; embrocations avec la pommade narcotique sur les régions douloureuses; diète absolue.

Résultat : le lendemain, notable amélioration; le surlendemain, ce malade qui n'avait pas quitté sa chambre à un deuxième étage depuis douze jours, et depuis cinq, me reconduisit jusqu'à la rue. Il avait pris dix pilules, soit cinq centigrammes de vératrine. Ce moyen fut continué à la même dose pendant une huitaine : à cette époque, il se trouvait assez bien pour sortir de chez lui. L'appétit était revenu, toutes les fonctions se faisaient à l'état normal.

Nul effet dit physiologique appréciable.

Goutte normale très aiguë.

VIII. — M. S... épicier à Trouville, âgé de 36 ans, bonne constitution, tempérament sanguin, est sujet, depuis quelques années, à des attaques de goutte; jusqu'ici, la fluxion a été très aiguë, bornée aux pieds, et se portant successivement de l'un à l'autre.

En 1852, vers le mois de juillet, je lui avais donné des soins dans une attaque violente, dans laquelle les deux pieds furent successivement affectés, et qui, traitée par les moyens ordinaires, dura plus de trois semaines à l'état aigu.

En 1853, également dans le mois de juillet, nouvelle attaque, la

fluxion a lieu sur le gros orteil et son métatarsien; douleur atroce, rougeur et tuméfaction considérable : pouls à 105.

Appelé au commencement du troisième jour, je prescrivis la vératrine (une pilule de 5 milligrammes toutes les six heures) la pommade narcotique, la décoction de chiendent nitrée (4 grammes d'azotate de potasse par litre de chiendent), et la diète.

Le lendemain matin, amélioration notable : dans la journée, écart de régime; le soir, exacerbation de tous les symptômes; la fluxion goutteuse a gagné le métatarse; la souffrance est atroce. — Dans la nuit, le malade, à bout de patience, double, sans m'en prévenir, la dose des pilules, et prend 20 milligrammes de vératrine en douze heures de temps — selles abondantes, coliques, superpurgation.

Le jour suivant, les selles continuent, mais avec moins de fréquence et peu de douleur, — Continuation de l'usage de la vératrine, à 5 milligrammes toutes les six heures.

Le lendemain, sixième jour de la maladie, et troisième du traitement, je trouvai le malade derrière son comptoir. La douleur avait complétement cessé; la tuméfaction était réduite des deux tiers; plus de rougeur ni de sensibilité à la pression : le ventre encore un peu libre. Pouls à 75.

Ce malade avait pris en tout dix-huit pilules de vératrine de 5 milligrammes chacune, soit 9 centigrammes.

IX. — Mme N... est âgée de 24 ans, issue de parens goutteux; bonne constitution; tempérament lymphatico-sanguin; bien réglée; mariée depuis six ans et n'ayant eu qu'un enfant.

Dans son adolescence, douleurs erratiques fixées sur les articulations, variant de siége, de durée, d'intensité.

Sensibilité telle des organes sexuels que, six mois après la célébration du mariage, il n'avait pas encore pu être consommé.

Depuis son accouchement, sensibilité très développée vers la région hypogastrique et inguinale droite; céphalalgie permanente et d'une grande intensité; douleur à l'épigastre. La marche est très pénible et donne lieu à une augmentation de douleur vers le bassin.

Point de leucorrhée; rien d'anormal dans les conditions matérielles de l'organe utérin. Prescription : bain de mer à la lame; usage des pilules de vératrine; embrocations narcotiques et cataplasmes émolliens sur les régions inguinale et hypogastrique.

Après vingt-six bains et vingt-six pilules de vératrine de 5 milligrammes prises en vingt-six jours, amélioration de tous les symptômes; cessation complète de la céphalalgie.

Quelle est la part à assigner, dans l'amélioration obtenue, à chacun des élémens de la médication?

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

Relations qui existent entre l'herpès et quelques affections catarrhales et nerveuses. — Du traitement de la couperose.

D'un mémoire intéressant sur les relations qui existent entre les affections herpétiques, nerveuses et catarrhales, M. le docteur Delioux a tiré quelques déductions pratiques que nous croyons devoir reproduire :

« Lorsque l'herpès se prononce dans le cours d'une maladie grave, comme une détermination critique, que le caractère en soit notoirement favorable ou douteux, il est bon de l'abandonner à sa tendance vers une guérison spontanée. Il reste à surveiller l'inflammation locale, à la modérer, à prévenir l'ulcération, voire même les escarres, malgré la rareté de la terminaison par gangrène. Pour atteindre ce but, les émolliens peuvent suffire; mais ils ont souvent l'inconvénient de trop ramollir les vésicules et de favoriser ainsi les ulcérations; les applications de corps gras sont généralement préférables, et l'on y adjoindra un peu d'opium si l'éruption est douloureuse. On ne saurait recommander rien de mieux que la pratique de M. Cazenave, qui saupoudre les surfaces malades avec de l'amidon et les recouvre ensuite d'un papier brouillard huilé.

» Si l'herpès apparaît à la fin d'une maladie légère, sans gravité, et *à fortiori*, si, lésion purement locale, il n'a aucun caractère critique, les moyens qui viennent d'être indiqués sont convenables, sans doute; mais si l'on veut hâter la terminaison et lui imprimer la tournure la plus favorable, on se trouvera beaucoup mieux de l'emploi des solutions astringentes, à base de zinc, de plomb, de fer, d'alun, et surtout de la cautérisation à l'aide de l'azotate d'argent. Les cicatrices de l'herpès, en général, sont passagères, mais il laisse des taches, des macules qui persistent souvent assez longtemps; le procédé abortif, mieux et plus vite que tout autre, préviendra cicatrices et macules ou leur laissera peu de chance de durée. La coloration argentique de la peau sera enlevée dès qu'on le voudra par une solution concentrée d'iodure de potassium. Lorsque l'herpès siégera au visage, les malades ne seront pas indifférens à l'adoption de la méthode la plus propre à rétablir rapidement l'intégrité de la peau.

» Lorsque l'herpès se complique d'un état catarrhal manifeste, surtout lorsque cet état porte sur les voies digestives, la médication évacuante est indiquée; elle le sera encore si l'herpès se déclare sans complication catarrhale, mais sous l'influence d'une constitution médicale de ce caractère, particulièrement lorsque des douleurs névralgiques coïncideront avec l'éruption.

» Le zona se phénoménisant le plus souvent par trois élémens morbides, névralgie, catarrhe, inflammation spécifique de la peau, le traitement le plus rationnel correspond à une triple indication à laquelle satisfont les purgatifs et la solution sédative et abortive d'azotate d'argent. Quoique l'éruption vésiculeuse ait dans le zona tous les caractères légitimes d'une crise, *à priori*, la cautérisation, plus doucement pratiquée avec l'azotate d'argent en dissolution que par la pierre infernale, peut brusquer cette crise puisqu'elle ne résout pas nécessairement toute la maladie, l'élément nerveux persistant fréquemment; l'expérience, d'ailleurs, prouve les avantages de la méthode abortive qui écarte tout accident ultérieur et consolide la guérison.

» Des relations fréquentes, intimes, existent entre les affections des centres nerveux et les troubles des fonctions digestives; des purgatifs administrés à propos peuvent quelquefois détourner des raptus imminens vers l'encéphale, et les laxatifs un certain temps continués peuvent maintenir cette diversion; — faits d'expérience unanime et que ce travail a simplement rappelés. — Mais ce que l'on a dû spécialement signaler à l'attention des praticiens, c'est la coïncidence non moins fréquente des névralgies avec les lésions sécrétoires des organes digestifs; lorsque cette complication est patente, les purgatifs l'enlèvent avec la lésion nerveuse. Si même une névralgie a résisté aux remèdes habituels, il arrivera souvent que la médication évacuante en triomphera seule en l'absence de signes sensibles de participation des organes digestifs.

» Des rapports non moins importans se révèlent, dans certains cas, entre les lésions graves du système cérébro-spinal et les affections herpétiques; mais aucun précepte thérapeutique n'a pu être déduit de cette causalité d'un si haut intérêt. Ne point se départir d'un traitement judicieux, si le phénomène se produit sans modifier l'expression des symptômes antérieurs, l'observer sans le troubler, c'est le seul conseil que nous puissions formuler.

» Dans les affections herpétiques liées aux affections catarrhales, aux affections des centres ou des cordons nerveux, et de même dans les névralgies liées à l'état catarrhal, des agens de la médication évacuante les purgatifs seuls conviennent, et, partant, sont indiqués dans la pluralité des cas.

» Le vomitif, auquel consentent souvent les affections catarrhales pures, est impuissant dans les affections herpétiques compliquées de catarrhes, moins efficace que le purgatif dans les névralgies catarrhales; et l'on comprend combien il serait nuisible dans les maladies des centres nerveux suscitant des troubles dans les fonctions digestives, en favorisant les congestions de l'encéphale. » — (*In Gazette médicale de Paris*, n° 39, 1855.)

Nous sommes étonné de ne pas voir figurer parmi les moyens indiqués par M. Delioux l'emploi des eaux minérales sulfureuses dont l'action salutaire révèle souvent, alors qu'elles sont cachées, les relations intimes et profondes qui existent entre un grand nombre de maladies et les dermatoses. M. le docteur Fontan, dont la compétence sur cette matière est connue de tous les praticiens, va jusqu'à faire de l'existence fréquente de ces relations une sorte de diathèse qu'il a précisément désignée sous le nom d'*herpétisme*, et dont l'action des eaux sulfureuses serait comme la pierre de touche. M. Fontan, il est vrai, n'a fait encore qu'indiquer ses idées sur ce sujet dont il promet de faire l'objet d'une publication importante.

Malgré le fatal pronostic porté par Celse sur l'incurabilité de la couperose, bien des tentatives ont été faites pour obtenir la guérison de cette dermatose; mais ces tentatives ont été si peu fructueuses, que la thérapeutique de cette affection consiste presque généralement aujourd'hui dans la prescription de quelques soins hygiéniques.

M. le docteur Rochard ne s'est pas laissé décourager par les insuccès de ses devanciers. Il a employé contre la couperose un agent très actif découvert par M. Boutigny d'Évreux, l'iodure de chlorure hydrargyreux qui lui a procuré des succès inespérés dans un grand nombre de cas dont il a rapporté l'histoire.

« Sous l'influence de l'agent auquel je me suis arrêté, après de nombreuses tentatives, comme sous l'influence des eaux actives, la peau s'anime, la circulation s'accélère, la chaleur augmente; une *poussée* abondante, tantôt de simple sérosité, tantôt de matière puriforme, s'échappe des follicules entr'ouverts, et se convertit, au contact de l'air, en croûtes qui recouvrent les points atteints par la maladie.

» A cette période d'excitation, succède une période de calme, une sorte de détente, pendant laquelle les croûtes se détachent de la peau, tombent et laissent à nu une surface moins rouge, moins indurée, moins malade évidemment.

» Une fois la surface détergée, une application nouvelle du topique produit une nouvelle poussée, de nouvelles croûtes, qui laissent, après leur chute, une surface encore moins gravement altérée que la première fois.

» Après un nombre invariable de poussées ainsi provoquées, la peau reprend entièrement son aspect habituel, sa texture normale.

» Est il admissible que, pendant ces *poussées* répétées, le principe morbide soit expulsé de l'économie? Pour ma part, je suis très porté à le croire; j'y suis d'autant plus porté, que, parmi les malades, aujourd'hui très nombreux, que j'ai pu rendre à la santé, non-seulement je n'ai observé qu'un très petit nombre de récidives, mais surtout je n'ai vu, dans aucun cas, la couperose être remplacée par aucune maladie, par aucune incommodité que l'on pût rapporter à une répercussion. Or, quelque doctrine que l'on adopte touchant certaines maladies de la peau, et il faut dire, touchant la plupart d'entre elles, la répercussion est un fait qu'on ne niera pas, qu'on ne saurait nier. Si donc nous n'avons pas eu un seul cas de répercussion, malgré la persistance de la guérison, il est bien probable qu'en effet, le principe de la maladie a été ou définitivement ou pour bien longtemps expulsé de l'organisme.

» Ce composé, est l'iodure de chlorure hydrargyreux, qui est formé, soit avec un équivalent d'iode et deux de calomel, soit d'un équivalent d'iode et un de calomel.

Pour préparer le premier composé, on prend :

Iode, 1 équivalent.	= 1579,5
Protochlorure de mercure, 2 équiv. .	= 5948,5

» On pulvérise grossièrement le calomel; on l'introduit dans un matras d'essayeur, et on le chauffe doucement en l'agitant jusqu'à ce qu'il commence à se sublimer; alors, on y ajoute l'iode par petites parties, et la combinaison s'effectue avec bruit sans perte sensible de l'iode. Si, au contraire, on mélangeait l'iode avec le calomel avant de l'introduire dans le matras, une bonne partie de l'iode se volatiliserait, et l'on n'obtiendrait qu'un médicament à proportions inconnues, et, par conséquent, d'un effet incertain.

» Pour obtenir le second composé, on prend un équivalent de calomel seulement. — Le mode de préparation est d'ailleurs absolument le même.

» La première formule est destinée aux préparations internes et externes en pommade; la seconde, à être coulée en cylindres pour servir comme caustique.

» Les proportions peuvent d'ailleurs être variées en ce sens qu'on peut mettre moins d'iode. Mais, si l'on en mettait plus, on aurait une préparation instable, par conséquent, inconstante dans son action.

» La formule habituelle de la pommade est la suivante :

Iodure de chlorure mercureux en poudre.	75 centig.
Axonge récente	60 gram.

Mêlez avec soin.

» La formule ordinaire des pilules est celle-ci :

Iodure de chlor. mercur.	25 centig.
Gomme arabique	1 gram.
Mie de pain.	9 gram.
Eau de fleur d'oranger.	q. s.

F. s. a. 25 pilules.

» Le médicament étant très énergique, il faut en surveiller attentivement l'action, surtout celle des pilules, pour éviter tout accident.

» La pommade ne doit être appliquée que sur les surfaces malades; il suffit d'une seule friction par jour, que l'on pratique à une heure quelconque de la journée; on la renouvelle pendant deux ou trois jours consécutifs, et on laisse, si l'on veut, dans l'intervalle, les parties découvertes. La réaction, telle que nous l'avons décrite, ne tarde pas à se manifester; on la laisse se calmer; puis, au bout de trois ou quatre jours, c'est-à-dire d'un intervalle à peu près égal à celui pendant lequel les frictions ont été faites, on recommence celles-ci, pour les continuer avec les mêmes alternatives jusqu'à la cure complète de la maladie.

» L'amélioration s'annonce par la diminution de l'énergie de la réaction; à mesure que l'on pratique de nouvelles frictions, les *poussées* sont de moins en moins vives, et il arrive, enfin, un moment où les frictions ne provoquent plus aucune sécrétion; ce moment est habituellement celui de la guérison.

» Le traitement topique suffit, dans le plus grand nombre de cas, pour amener, en quelques mois, le résultat désiré; cependant il se montre aussi quelquefois insuffisant, et il est utile alors de lui associer l'iodure hydrargyreux à l'intérieur, soit sous forme de pilules (1 à 3 par jour), soit sous forme de sirop.

» On peut d'ailleurs, et l'on doit habituellement faire usage concurremment des médications dont l'expérience a démontré l'utilité; c'est ainsi que je me suis bien trouvé, spécialement, d'associer à l'iodure mercureux les purgatifs et les amers. » — (In *Moniteur des hôpitaux*, n° 116.

L'état sanitaire général de la France s'améliore. Nous recevons de plusieurs départemens où le choléra a fait une apparition plus ou moins grave, des renseignemens tout à fait rassurans. Les dernières nouvelles de Marseille annoncent une diminution très sensible dans le nombre des cas. Il en est de même du département des Basses-Pyrénées, où plusieurs localités avaient été gravement atteintes.

Amédée LATOUR.

Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 27 septembre, M. le docteur Alex. Mayer vient d'être nommé médecin-adjoint de l'hospice impérial des Quinze-Vingts.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.— Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 118. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 4 Octobre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée **LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 3 OCTOBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie a entendu la lecture d'un nouveau mémoire de M. Cl. Bernard sur la fonction glycogénique du foie. Ce travail se divise en deux parties; dans la première, qui est la plus courte, M. Cl. Bernard répond succinctement et comme en passant aux objections et aux faits opposés par M. Figuier à la doctrine de la fonction glycogénique. Aux dernières expériences de son contradicteur, qui tendaient à prouver l'existence du glucose dans le sang de la veine porte par la fermentation, M. Cl. Bernard s'est borné à répondre par cette déclaration formelle, que ces expériences étaient inexactes. Il les a plusieurs fois et vainement répétées avec les précautions indiquées par l'auteur; quand on trouve du sucre dans le sang de la veine porte, a-t-il ajouté, c'est qu'on se place volontairement dans les conditions nécessaires pour qu'il s'en trouve, conditions qu'il a précédemment indiquées afin qu'on les évite.

La seconde partie de ce travail consiste dans l'exposé d'une expérience nouvelle, au moyen de laquelle M. Cl. Bernard a pour but non seulement de confirmer sa doctrine sur la fonction glycogénique du foie, mais encore de préciser le siége de cette fonction, d'en démontrer pour ainsi dire la nature en indiquant la matière organique contenue dans le foie, et dont la réaction intime produit le glucose. Il faudra lire dans notre compte rendu, qu'avec regret nous sommes forcé de renvoyer au prochain n°, les détails de cette expérience aussi simple que saisissante, et qui paraît destinée à jeter un jour tout nouveau non seulement sûr la fonction glycogénique du foie, mais encore sur la doctrine générale des sécrétions. Cette réponse magistrale de M. Cl. Bernard élève, agrandit et déplace pour ainsi dire le débat. C'était jusqu'ici plus par induction expérimentale que par l'observation directe que M. Cl. Bernard avait édifié sa doctrine de la fonction glycogénique du foie. On ne trouve pas de sucre dans le sang qui arrive au foie, on en rencontre dans le sang qui en sort, donc ce sucre doit se former dans le foie. C'est cette conclusion inductive qui avait été surtout contestée, et les efforts du principal contradicteur de M. Cl. Bernard avaient pour but de démontrer que l'on trouve du sucre aussi bien dans le sang qui arrive au foie que dans celui qui en sort. M. Cl. Bernard, après avoir combattu expérimentalement cette opinion, a cherché à la battre en ruine par l'observation directe. C'est là le but de l'expérience nouvelle que nous publierons dans notre numéro de samedi prochain, et sur laquelle il n'est pas besoin d'appeler l'attention la plus sérieuse des physiologistes et même des chimistes.

M. Brown-Sequard a continué l'exposé de ses expériences et des inductions qu'il en tire sur les fonctions de la moelle épinière. Le travail d'ensemble de cet habile physiologiste étant sur le point de paraître, nous aurons à l'apprécier prochainement.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Grâce à M. Velpeau, qui a pris en pitié la maigreur de l'ordre du jour, la séance n'a pas été dépourvue d'intérêt. Le savant chirurgien a profité d'une communication qui lui a été faite par M. le docteur Royer, de Joinville, de plusieurs cas intéressans de pratique chirurgicale auxquels M. Velpeau a ajouté ses propres et toujours si fructueuses réflexions.

M. Piorry, qui s'était dévoué et qui avait quatre rapports à lire, a été empêché de les communiquer par un défaut de forme signalé par M. Gerdy. Ces rapports n'avaient pas été communiqués à la commission dont M. Piorry était l'organe; M. Piorry avait eu la franchise et la bonne foi d'en convenir; c'est d'ailleurs, hélas! le péché ordinaire des rapporteurs; mais le règlement était là avec son inexorable formule, et M. Piorry s'est exécuté de bonne grâce en descendant de la tribune.

M. le Président a vainement alors fait le long appel des personnes qui se sont inscrites pour des lectures; nulle n'a répondu, ce que voyant, l'honorable Secrétaire perpétuel a tiré de sa poche un manuscrit et a fait une lecture. Lecture intéressante, sur les débats intestins de l'ancienne et célèbre Académie royale de chirurgie, et qui a été suivie d'applaudissemens mérités.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

DE L'ANTAGONISME ENTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET LES MALADIES GRAVES EN GÉNÉRAL, ET SPÉCIALEMENT DE L'ANTAGONISME ENTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET LA PHTHISIE TUBERCULEUSE (1);

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. le docteur H. THIRIAL.

De toutes les observations particulières que nous venons de passer en revue, il ressort un fait général des plus remarquables : c'est que la fièvre typhoïde, pour naître et se développer normalement, semble exiger, comme condition préalable, que l'organisme soit exempt actuellement, sinon de toute lésion, au moins de toute affection morbide profonde. Il en serait donc de la fièvre typhoïde, si l'on veut me permettre cette comparaison, comme de ces plantes difficiles qui ne peuvent croître et réussir dans un terrain qui a déjà reçu d'autres semences.

Pourquoi la fièvre typhoïde, plus que la plupart des autres espèces morbides, montre-t-elle cette incompatibilité pour d'autres maladies? Pourquoi, si j'ose ainsi parler, ce caractère si singulièrement exclusif et personnel?

Mystère bien obscur, sans doute, mais mystère du même ordre, ce me semble, que celui que nous offrent tant d'autres faits de la pathologie qui ne nous étonnent plus, par la raison qu'ils sont devenus vulgaires. Parmi ces faits, je citerai l'immunité acquise à celui qui a subi une première atteinte de fièvre éruptive, ou qui a reçu l'imprégnation du virus vaccinal.

Or, dans cette immunité, n'existe-t-il pas au fond un fait d'incompatibilité ou d'antagonisme? Il est telle graine qui, semée immédiatement dans le champ où elle a été récoltée, ne lève pas ou se dessèche rapidement. Mais laissez reposer la terre, et quand les conditions favorables se seront renouvelées avec le temps, la même graine fructifiera de nouveau.

Une première atteinte de variole, disais-je, préserve de la variole, mais non d'une manière absolue. La vaccine semblerait avoir besoin d'être renouvelée; du moins, les faits tendent à prouver de plus en plus que l'immunité qu'elle confère ne serait acquise que pour une certaine période de temps, d'ailleurs assez variable. On dirait que, chez quelques individus vaccinés, l'organisme, reposé pendant un certain nombre d'années, a recouvré la faculté (faculté bien fâcheuse assurément) de recevoir de nouveau l'imprégnation soit du virus-vaccin lui-même, soit du virus varioleux. Il semblerait donc que le corps vivant serait soumis à sa manière, et dans certaines limites, à une sorte de loi d'assolement; et peut-être est-ce là la raison secrète qui fait que les fièvres éruptives, ou plus généralement les maladies à *semences morbides* n'attaquent le plus ordinairement qu'une seule fois la même personne, pourquoi elles ne se développent qu'un petit nombre de fois, le plus souvent après un long intervalle; pourquoi enfin les derniers produits de ces maladies ont généralement subi des modifications ou des altérations plus ou moins profondes.

Mais je me hâte de quitter ce terrain scabreux pour revenir à la fièvre typhoïde.

Si l'on veut bien réfléchir à la nature de cette maladie, si l'on considère que, loin de consister dans une lésion plus ou moins superficielle d'un organe spécial ou d'un appareil organique particulier, la fièvre typhoïde a pour caractère essentiel d'affecter primitivement et profondément les fonctions les plus élémentaires, les plus radicales de l'organisme, en un mot, les fonctions *vitales communes*, pour envahir bientôt les fonctions spéciales les plus nécessaires à l'entretien de la vie, et semer de toutes parts des lésions plus ou moins graves, dans l'intestin, dans les poumons, dans les deux grandes portions du système nerveux; si l'on se pénètre bien, enfin, de cette idée que la fièvre typhoïde est le type des maladies générales, l'affection constitutionnelle par excellence, peut-être ne sera-t-on pas loin de concevoir la raison de cet antagonisme pathologique qui éclate ici dans toute son évidence.

Ne semble-t-il pas, en effet, qu'une maladie de cette nature doit avoir besoin, plus que toute autre, pour naître et se développer, de trouver la place inoccupée et pour ainsi dire le terrain libre?

Or, quand l'organisme est soumis à une perturbation profonde, comme dans toute maladie grave, aiguë ou chronique, quand, par exemple, il est en proie à ce travail intime et désorganisateur qui caractérise la diathèse et la cachexie tuberculeuse, doit-on s'étonner si, dans cet état, l'organisme se montre si peu apte à recevoir l'imprégnation du principe inconnu qui produit la fièvre typhoïde, ou bien s'il présente des conditions si peu favorables à l'évolution normale et régulière des actions morbides diverses qui caractérisent cette maladie.

Toutefois, cette interprétation, qui rentre dans la théorie de Hunter, ne nous paraît pas complète; elle serait insuffisante pour rendre compte de toutes les circonstances qui se rattachent au grand fait de l'antagonisme.

S'il est vrai que, dans la production de ce grand fait, le siége de la maladie doive réclamer une large part d'influence, il est probable, néanmoins, que la principale raison de l'incompatibilité pathologique réside dans la diversité des dispositions morbides ou des diathèses, en un mot, dans l'opposition qui existe entre les causes elles-mêmes. Du moins, relativement à l'antagonisme de la fièvre typhoïde et de la phthisie, le concours de cette dernière condition nous semble rationnellement nécessaire.

En effet, comment se rendre compte autrement de la réciprocité d'antagonisme qui se manifeste entre ces deux maladies, au moins dans certaines limites. Je m'explique.

Si la fièvre typhoïde ne vient compliquer que très rarement d'autres affections graves et bien formées, il n'en est plus de même pour les maladies en général, qui peuvent compliquer et qui compliquent si souvent la fièvre typhoïde. A la liste très nombreuse des complications qui sont connues de tout le monde, et que je n'ai pas besoin d'énumérer, j'ajouterai un nouvel et curieux exemple qui nous a été fourni récemment par M. Oulmont, je veux parler de l'angine couenneuse, observée dans une des salles de l'hôpital Ste-Marguerite, chez des malades atteints de fièvre typhoïde.

Mais il paraît en être tout autrement relativement à la fièvre typhoïde et la phthisie pulmonaire.

Ainsi, s'il est bien prouvé, d'une part, que la fièvre typhoïde ne se développe que très exceptionnellement dans le cours de la phthisie pulmonaire, les faits tendent à montrer qu'ici il existe une sorte de réciprocité, c'est-à-dire que, malgré la fréquence, l'intensité et la longue durée des affections phlegmasiques du poumon, qui existent dans la fièvre typhoïde à titre de symptômes ou de complications, la phthisie pulmonaire ne prend qu'assez rarement naissance dans le cours ou immédiatement à la suite de cette dernière maladie. Depuis longtemps déjà ce fait avait frappé les observateurs; ainsi M. Louis et M. Andral entre autres, avaient remarqué, non sans étonnement, la grande différence qui existe sous ce rapport entre la fièvre typhoïde et quelques fièvres éruptives, notamment la rougeole, où les mêmes complications thoraciques aboutissent à des résultats bien opposés. Personne n'ignore, en effet, avec quelle déplorable facilité la rougeole fait germer les tubercules chez les malades prédisposés, et surtout quelle funeste impulsion elle imprime à ces produits morbides lorsqu'ils préexistent à la maladie?

Ne serait-il pas possible d'aller plus loin encore, et de dire, avec Hunter, que les fièvres graves sont quelquefois un moyen de guérison, sinon des tubercules déjà formés, au moins de la cause générale qui est susceptible de les produire?

Considérons ce qui se passe chez quelques jeunes gens lymphatiques ou strumeux, sujets à des affections catarrhales des bronches, sans cesse renaissantes, et paraissant porter en eux une prédisposition aux tubercules. Que, dans ces conditions, la fièvre typhoïde vienne à les saisir, rien de plus ordinaire que de voir de graves complications thoraciques faire explosion, et des bronchites tenaces, réfractaires, former le symptôme dominant de la maladie, allonger indéfiniment la convalescence, faire redouter longtemps par leur durée, leur persistance et d'autres caractères menaçans, la terminaison par la phthisie pulmonaire; et néanmoins n'arrive-t-il pas assez souvent que ces bronchites finissent, après un temps plus ou moins long, par s'user insensiblement, et même que tous les

(1) Voir les numéros des 29 Septembre et 1er Octobre.

accidens du côté de la poitrine disparaissent d'une manière complète et définitive. Ne semblerait-il pas (suivant la remarque judicieuse de M. Pidoux) que, dans ces cas, la fièvre typhoïde ait eu pour heureux résultat d'expurger ces constitutions viciées par le lymphatisme, et d'assainir en même temps ces organes pulmonaires entachés par la diathèse scrofuleuse, souvent si voisine des tubercules? C'est qu'en effet, de toutes les maladies, la fièvre typhoïde est celle qui remue l'être vivant dans ses plus grandes profondeurs, c'est peut-être également celle qui a le plus sûrement pour effet de débarrasser l'organisme des mauvais levains qui peuvent le vicier; de là, quand la maladie est achevée et l'action morbide épuisée, cette dépuration intime et profonde, et comme disaient les anciens, cette récorporation salutaire qui se traduit par une transformation complète et tout à fait inespérée de la santé.

La connaissance de ces faits, relevant de la loi d'antagonisme, n'a donc pas seulement un pur intérêt scientifique ou spéculatif.

S'il est des maladies qui ont entre elles des rapports d'affinité naturelle, qui marchent volontiers ensemble, qui tendent à se réunir et à s'associer de manière à former des maladies mixtes ou composées, participant jusqu'à un certain point du caractère différent des maladies composantes; s'il en est d'autres qui, sans se mêler ou se fusionner, s'appellent, se suivent ou s'engendrent facilement, ou du moins qui jouent, les unes à l'égard des autres, le rôle de causes excitatrices, il en résulte que la prophylaxie doit s'emparer de ces faits, et avoir l'œil ouvert sur ces maladies, afin d'empêcher, autant que possible, leurs rapprochemens, ou d'en neutraliser, dans certaines limites, les funestes influences.

Enfin, n'oublions pas de faire ressortir un dernier caractère de l'antagonisme que déjà nous avons laissé entrevoir au début de ce travail. — Nous avons reconnu que, malgré leur défaut d'affinité, certaines maladies antagonistes ne laissaient pas que de se rapprocher quelquefois et de se mêler l'une à l'autre. Ainsi, pour ne pas sortir de notre sujet, nous dirons qu'il n'est pas très rare de voir la fièvre typhoïde se développer chez des individus actuellement en état de maladie, et même sous le coup de certaines affections diathésiques, telles que la scrofule, les dartres, la goutte, etc.

Toutefois, je tiens à faire remarquer que, dans ces cas, il n'arrive presque jamais que la fièvre typhoïde éclate lorsque l'affection diathésique est à l'état aigu, c'est-à-dire, quand elle domine et trouble violemment l'organisme, mais de préférence lorsqu'elle est réduite à cet état vague et indécis qui représente plutôt un élément ou une disposition morbide qu'une maladie en pleine activité.

Eh bien! lorsque la fièvre typhoïde vient à s'emparer comme de vive force de ces organismes mal préparés pour elle, et en quelque sorte réfractaires, elle perd le plus généralement ses caractères de maladie franche et régulière pour revêtir les apparences les plus insolites, les formes les plus anomales. C'est, en un mot, dans ces associations hétérogènes que se forment ces maladies *larvées*, défigurées, presque méconnaissables, qui font le malheur des nosographes, et qui, dans la pratique, deviennent si souvent une pierre d'achoppement pour la médecine classique.

Bref, la fièvre typhoïde, plus forte que tous les obstacles, a pu se développer sur un terrain contraire et hostile, c'est vrai! Mais ici ne voit-on pas l'antagonisme éclater jusque dans ces anomalies elles-mêmes, et se trahir encore par cette sorte de dégénérescence de la maladie?

Avant de terminer, je tiens à faire une observation qui n'est pas sans importance, c'est que, dans ce que j'ai dit jusqu'ici, au sujet de l'antagonisme de la fièvre typhoïde, j'ai eu exclusivement en vue la fièvre typhoïde ordinaire ou de forme sporadique, sans prétendre en tirer aucune conclusion relativement à cette même maladie considérée à l'état épidémique.

On sait, en effet, combien l'*épidémicité* augmente la gravité des maladies et combien elle en accroît la léthalité; on sait surtout à quel degré cette même condition en exalte la force aggressive et la puissance de propagation!

C'est ainsi qu'on voit la variole, lorsqu'elle règne épidémiquement, se jouer bien souvent de l'immunité, en apparence la mieux acquise, et s'attaquer à des individus qu'on devait croire à l'abri de ses coups, soit le bénéfice de l'inoculation vaccinale, soit surtout en raison d'une atteinte antérieure de variole.

C'est ainsi encore qu'on voit la fièvre typhoïde qui, en temps ordinaire, s'observe assez rarement après 30 à 35 ans, ne plus respecter, en temps d'épidémie, aucune limite d'âge, et faire parfois des victimes jusque dans l'extrême vieillesse.

Or, si le génie épidémique possède un tel empire sur des immunités en apparence aussi sûres, rien d'étonnant qu'il puisse également triompher des conditions organiques, quelles qu'elles soient, d'où résulte l'antagonisme morbide, principe peut-être et fondement de l'immunité.

Que si donc on étudiait les choses de près, il est à croire que bien des exemples de fièvre typhoïde, en opposition avec la loi d'antagonisme, trouveraient leur cause et leur moyen d'explication dans les conditions d'épidémicité dont nous venons de signaler la puissance supérieure; et cette nouvelle considération tendrait encore à diminuer singulièrement la valeur de ces faits exceptionnels; car on nous accordera sans doute que la loi d'antagonisme ne saurait avoir le privilége d'échapper à l'action souveraine des circonstances extra-normales qui représentent en quelque sorte, pour la médecine, des circonstances de *force majeure*.

Messieurs, dans ce travail, je me suis proposé un double but : avant tout, je voulais faire connaître et établir scientifiquement un fait d'antagonisme nouveau, ou encore à peine entrevu. Ce fait, outre son intérêt propre, me paraissait posséder encore, en dehors de lui, une véritable importance; peut-être était-il destiné à rendre raison d'un autre fait bien remarquable, et qui, pourtant, n'a pas été considéré jusqu'ici avec une attention suffisante, c'est-à-dire à expliquer pourquoi la fièvre typhoïde se développe si rarement chez les malades de nos hôpitaux, et pourquoi surtout, dans ces mêmes établissemens, la fièvre typhoïde se montre si peu contagieuse.

J'étais encore poussé par un autre mobile : j'avais à cœur, à l'aide de ce même fait, de relever la doctrine générale de l'antagonisme de cet état d'abandon et de déchéance où nous la voyons aujourd'hui réduite.

Vous savez, Messieurs, sous quels auspices et avec quel éclat cette doctrine, jusque-là si obscure, s'est produite il y a quelques années dans le monde médical. Il s'agissait, on se le rappelle, de l'antagonisme des affections paludéennes avec la phthisie pulmonaire d'une part, et la fièvre typhoïde de l'autre.

Le sujet était neuf, plein de grandeur et d'intérêt. Mais, d'autre part, rien de plus complexe, de plus vaste, de plus ardu; discussions de nosologie, considérations de pathologie générale, études toutes nouvelles sur la climatologie et la géographie médicale, recherches statistiques, en un mot, toutes les grandes difficultés de la science se trouvaient soulevées et attaquées par cette question hardie.

La lutte qu'elle provoqua est encore présente à vos souvenirs; vous n'avez pas oublié combien cette lutte fut longue, brillante, passionnée; vous n'avez pas oublié surtout quelle en fut l'issue. Quand tout fut fini, M. Boudin avait, de l'aveu de tous, gagné sa cause comme homme d'initiative, de science et de talent. Mais soit que, malgré tous ses efforts, sa véritable pensée n'ait pu être toujours parfaitement comprise, soit que de la part de ses adversaires il y eût défaut de bonne volonté, soit enfin qu'en réalité les preuves administrées n'aient pas été complétement démonstratives, toujours est-il que le public médical resta généralement en suspens sur le fond du débat. Je dois ajouter même que, dans l'opinion d'un grand nombre d'observateurs, le fait d'antagonisme présenté par M. Boudin devait être considéré comme un fait des plus contestables, pour ne rien dire de plus. Bref, à tort ou à raison, ce fait n'eut pas l'avantage d'être définitivement acquis à la science.

Ainsi qu'il était facile de le prévoir, cet échec ne pouvait qu'être fatal à la doctrine de l'antagonisme elle-même. En effet, comme cette doctrine était nouvelle et encore mal assise, elle ne tarda pas à subir le sort du fait particulier avec lequel elle venait de se produire au grand jour, et auquel elle paraissait en quelque sorte inféodée. En un mot, après un moment d'éclat, la doctrine de l'antagonisme fut jugée comme reposant sur une pure hypothèse, et bientôt elle était retombée dans sa première obscurité.

Ce jugement, ou plutôt cette condamnation était, à mon sens, contraire à la logique et à la raison. La destinée d'une doctrine générale, si on la suppose fondée sur un principe vrai, ne doit être subordonnée en aucune manière à celle de tel ou tel fait particulier. Si un fait donné comme auxiliaire d'une vérité, vient à faillir, d'autres faits sont là, ou viendront bientôt pour le suppléer; il ne s'agira que de faire un nouvel appel à l'observation qui, à coup sûr, y pourvoira.

Notre époque s'attache si peu aux idées générales, qu'elle saisit avec empressement toute occasion qui lui semble justifier son indifférence pour elles. Si les faits apportés par M. Boudin eussent été d'une vérification plus facile, la doctrine de l'antagonisme, s'y appuyant solidement, courait aussitôt à d'autres applications, et se généralisait bien vite. Mais on trouve, à tort ou à raison, que la doctrine reçoit un démenti sur ce point, et cela suffit pour la discréditer sur tous. Voilà un vice des écoles scientifiques pour qui l'observation est un *criterium* absolu; voilà une des conséquences erronées du numérisme, expression la plus rigoureuse de ces écoles.

Il faut prendre les choses de plus haut, voir si l'antagonisme n'est pas une des lois de la pathologie, puis à quelles conditions et dans quelles limites elle l'est.

Or, cela est incontestable, l'antagonisme est une loi des maladies, au même titre que les affinités pathologiques en sont une autre. N'y a-t-il pas des maladies qui s'appellent, qui sont congénères, dont la nature a quelque chose d'analogue, et qui, par conséquent, s'associent et se combinent avec la plus grande facilité? Faut-il citer la goutte et le rhumatisme, les scrofules et la syphilis, la coqueluche et la phthisie; et, malgré ce que j'ai pu dire plus haut de l'incompatibilité générale des maladies inflammatoires aiguës et franches avec la fièvre typhoïde, ne pourrais-je pas citer encore l'affinité de la fièvre typhoïde avec les fièvres gastriques et muqueuses? Il est d'autres maladies qui n'ont entre elles ni affinité, ni antipathie, et qui sont, en quelque sorte, indifférentes à s'unir; les exemples surabondent. Enfin, il en est qui, alors même que tout, dans les circonstances extérieures, favorise leur association, ne se mêlent jamais, ou le font si exceptionnellement, qu'on peut prononcer avec rigueur que la seule raison de leur très rare association consiste en une véritable incompatibilité de nature. Il y a donc une échelle complète des affinités pathologiques, et par conséquent il y a un antagonisme. Mon principal but a été de le prouver, et de relever ce principe d'une disgrâce injuste et trop précipitée où le scepticisme de l'école moderne n'est pas fâché de laisser croire qu'il est définitivement tombé.

En transportant la question de l'antagonisme sur un terrain très circonscrit et accessible à l'observation de tous, c'est-à-dire en prenant pour sujet d'étude une maladie aussi commune et aussi bien déterminée que l'est la fièvre typhoïde, j'ai cet avantage, à défaut de tout autre, de mettre en avant un fait facile à vérifier. Je crois d'ailleurs que cette vérification lui sera favorable. Mais quand bien même le succès viendrait à me manquer, si du moins j'avais réussi, au moyen de ce travail, à faire remettre à l'étude la question générale de l'antagonisme, et à ramener l'attention sur un point de doctrine si bien dans le véritable esprit de la médecine, c'est un résultat dont un ami de la science aurait encore lieu de s'honorer.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les nos des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20 et 27 Septembre.)

(Neuvième leçon, numéro du 27 septembre, page 463, première colonne, dernier alinéa, quatrième ligne, au lieu de : *Ce torticolis*, lisez : *Le torticolis.*)

Dixième Leçon.

PSEUDARTHROSES COXO-FÉMORALES.

Nous avons terminé l'étude des affections vertébrales. Arrêtons-nous ici un instant, pour porter nos regards sur le passé et résumer les conséquences générales des faits que nous avons examinés.

Quoique je n'aie traité que de quelques maladies du rachis, nous pouvons cependant trouver, dans les faits qui nous sont passés sous les yeux, des considérations applicables à un grand nombre de lésions. Ainsi, en vous faisant connaître les affections du corps des vertèbres, j'ai eu l'occasion d'exprimer des faits généraux qui s'appliquent également aux maladies des os courts des autres parties du squelette. Nous avons, en effet, dans cet hôpital, une salle consacrée aux sujets scrofuleux; suivez la marche de leur maladie, et vous observerez des phénomènes analogues à ceux dont j'ai parlé.

Les généralités exposées à l'occasion des affections articulaires du rachis, sont de même applicables aux affections articulaires du reste du squelette. J'ai aussi indiqué un grand ordre d'affections osseuses à propos du diagnostic de l'affection sous-occipitale; les considérations auxquelles le torticolis a donné lieu peuvent s'appliquer à la plupart des difformités du corps.

Nous avons abordé un autre ordre de faits. En décrivant le mal vertébral supérieur, je vous ai parlé des luxations et des ankyloses qui succèdent à ces lésions; elles donnent naissance à une déformation qui se rattache à la grande classe des difformités produites par déplacement dans les articulations diarthrodiales.

Au lieu d'une ankylose, terminaison presque constante des luxations sous-occipitales, on observe très souvent à la suite de luxations survenues dans le reste du squelette une fausse articulation, une pseudarthrose. Nous allons nous occuper de ces pseudarthroses, qui consistent en des articulations nouvelles formées dans une région plus ou moins éloignée du siége de l'articulation normale. Ce nom de *fausses*, qui nous vient des anciens, est inexact, en ce qu'il désigne une articulation très réelle; il est justifié cependant, en ce que ces jointures nouvelles s'éloignent des conditions des articulations naturelles.

CLASSIFICATION DES PSEUDARTHROSES COXO-FÉMORALES. — Ces nouvelles articulations, *néarthroses* de M. Cruveilhier, se forment dans deux circonstances : elles succèdent 1o aux fractures non consolidées; 2o aux luxations. J'élimine de suite les néarthroses dues à la première cause. Les secondes se divisent en deux catégories, déterminées par le genre de luxations qui leur ont donné naissance, et sont ou acquises ou congénitales. Les luxations acquises se subdivisent elles-mêmes en deux classes, d'où trois ordres de pseudarthroses :

1o Pseudarthrose, suite de luxation traumatique.

2o Pseudarthrose, suite de luxation par maladie ou pathologique; on les appelle encore luxations *consécutives*; mais ce terme fait équivoque, parce qu'il est déjà consacré aux déplacemens consécutifs qui arrivent dans les luxations traumatiques. On les a également nommées *spontanées*; mais les luxations congéniales sont aussi spontanées.

3o Le troisième ordre des pseudarthroses comprend des difformités des plus intéressantes qu'on appelle *luxations congénitales*, bien que cette expression ait l'inconvénient de préjuger la cause de la maladie; il serait mieux de dire, à l'exemple de Pravaz, *malformation congénitale*. J'aurai principalement en vue, dans ma description, les luxations congénitales; chemin faisant, j'aborderai l'histoire des deux autres classes; je

prendrai comme type de pseudarthrose par luxation la pseudarthrose de l'articulation coxo-fémorale.

Le sens dans lequel se fait le déplacement de la tête du fémur est variable; la chirurgie vous l'a déjà enseigné; je ne fais que vous le rappeler ici. On divise ordinairement ces luxations et les pseudarthroses consécutives en plusieurs espèces, d'après le sens dans lequel elles se sont effectuées ou semblent s'être effectuées, d'après le lieu où se trouve le nouveau contact, la néarthrose.

On peut diviser les luxations coxo-fémorales en centrale et en périphériques.

1o *Luxation centrale.* — La tête, dans la luxation centrale, passe par le centre de la cavité cotyloïde, et pénètre dans le bassin. Ce déplacement se voit surtout dans la coxalgie; il est rare dans les luxations traumatiques; on ne l'observe pas, que je sache, dans celles qui sont congénitales.

2o *Luxations périphériques.* — En établissant quatre points cardinaux aux extrémités des diamètres vertical et horizontal de la cavité cotyloïde, et en plaçant supérieurement deux points intermédiaires, l'un antéro-supérieur, l'autre postéro-supérieur, on se représente facilement les six directions dans lesquelles peut se faire la luxation coxo-fémorale. On a ainsi: 1o la luxation en haut, vers l'épine iliaque antéro-inférieure, ou la luxation sus-cotyloïdienne; 2o la luxation en bas, ou sous-cotyloïdienne. Deux luxations sont antérieures: le pubis partage en deux parties la région qui est au devant du cotyle; dans un cas, la tête passe au-dessus de cet os; dans l'autre, elle passe au-dessous, ce qui donne naissance: 3o à la luxation sus-pubienne; et 4o à la luxation sous-pubienne ou ovalaire. En arrière, nous trouvons également deux luxations qui forment: 5o l'iliaque, ou postéro-supérieure; et 6o l'ischiatique, ou postéro-inférieure.

Si l'on voulait rapporter les déplacemens de la tête fémorale aux trois pièces de l'os coxal non soudées dans le jeune âge, on aurait, pour l'os iliaque, deux luxations; la sus-cotyloïdienne, ou supérieure, et l'iliaque, ou postéro supérieure; deux correspondraient au pubis, les sus et sous-pubiennes, deux à l'ischion, la sous-cotyloïdienne et l'ischiatique. Je dois signaler, dans cette nomenclature, une légère inexactitude. Nous avons nommé *sus-pubienne* l'une de ces luxations, c'est à tort. La tête fémorale ne repose pas sur le corps du pubis, comme ce nom semblerait l'indiquer, mais bien sur l'éminence ilio-pectinée et dans l'échancrure qui la sépare de l'épine antéro-inférieure, comme on le voit sur cette pièce du musée Dupuytren.

La fréquence relative de ces divers déplacemens est très différente; on le comprend facilement en examinant une articulation normale; la résistance de la capsule articulaire n'est pas la même dans tous les sens; les causes de déplacement n'agissent pas non plus indifféremment dans toutes les directions. La luxation iliaque est la plus commune dans les trois espèces indiquées, traumatique, pathologique, congénitale; la tête se place dans la fosse iliaque externe. Après celle-ci, vient la luxation ovalaire; elle est rare dans les luxations congéniales, plus fréquente dans les luxations traumatiques et pathologiques. La fréquence est à peu près la même pour les luxations ilio-pubienne et ischiatique; toutes deux sont très rares dans les déplacemens antérieurs à la naissance; elles sont aussi très rares dans les luxations traumatiques, moins dans les déplacemens pathologiques. La science possède deux ou trois faits à peine des deux autres luxations fémorales, la sus-cotyloïdienne et la sous-cotyloïdienne. La tête du fémur repose, dans cette dernière, sur la gouttière qui se voit entre le cotyle et l'ischion.

En considérant les différences que présentent les luxations coxo-fémorales par rapport à l'étendue du déplacement, on peut distinguer trois cas:

1o Il peut arriver que la tête du fémur, quoique luxée, soit contenue encore dans la cavité cotyloïde; on observe cette disposition dans deux circonstances qui appartiennent toutes deux aux luxations pathologiques. Dans l'une, la tête du fémur, exerçant une pression constante sur un côté du cotyle, s'y creuse une dépression renfermée dans la circonférence de la cavité cotyloïde. En voici un cas qui ne laisse aucun doute: vous voyez l'endroit où siégeait la tête fémorale. Dans l'autre cas, la cavité cotyloïde s'est pour ainsi dire déplacée avec la tête du fémur; en voici un exemple des plus curieux: le déplacement est ici très étendu, il semble que la cavité cotyloïde ait cheminé en bas et en avant. Cette déformation est la suite d'une arthrite sèche; il y a usure de l'os, luxation sur le trou ovale, et cependant la cavité nouvelle est contenue dans la même circonférence que l'ancienne; il ne reste qu'un rudiment imperceptible du cotyle. On voit une production osseuse hémisphérique correspondant à la tête fémorale; c'est le ligament ovalaire ossifié, qui s'est porté du côté du bassin.

Pour fixer les idées par un nom, j'appellerai ces luxations *intra-cotyloïdiennes*; ce sont celles qui offrent le déplacement le moins étendu.

2o Un deuxième ordre comprend les luxations dans lesquelles le déplacement est plus étendu, mais où cependant la nouvelle articulation est rapprochée de l'ancienne. J'appelle ces luxations *juxta-cotyloïdiennes*. Voici une très belle pièce de ce genre. La pseudarthrose est congénitale, la cavité nouvelle très voisine de l'ancienne.

3o Les luxations les plus communes, surtout parmi les luxations traumatiques, sont celles que j'appellerai *ultra-cotyloïdiennes*, parce qu'elles présentent le déplacement le plus considérable. J'ai hésité quelque temps avant d'adopter cette expression; je suis prêt à en accepter une autre, si l'on en trouve une meilleure. Les pseudarthroses produites par ce troisième genre de déplacement se voient dans les trois classes de luxations, dans les traumatiques, les pathologiques, les congénitales; on les rencontre dans toutes les variétés que nous avons établies d'après le sens du déplacement.

On peut encore diviser les pseudarthroses coxo-fémorales, suite de luxations d'après le mode d'union des os. Ceux-ci peuvent se trouver unis de trois manières différentes: dans le premier mode, c'est par diarthrose, constituée par des surfaces articulaires et des ligamens périphériques; l'articulation nouvelle ressemble donc à l'articulation normale; elle est le siége de mouvemens étendus. Dans le second mode d'union, l'article est doué de mobilité comme dans le premier cas, mais la diarthrose n'existe plus; des liens fibreux, étendus d'un os à l'autre, maintiennent leurs rapports; en voici un très bel exemple; je donnerai le nom de *syndesmose*, union fibreuse, à cette disposition.

Breschet a établi, pour les fractures, une classification que nous pouvons appliquer aux luxations congéniales. Ainsi, nous donnerons le nom de *pseudarthroses de continuité* à celles qui offrent le deuxième mode d'union des os, et aux précédentes celui de *pseudarthroses de contiguïté*.

Le troisième mode d'union est quelquefois une amphiarthrose; d'autres fois une fusion des surfaces osseuses. Ce dernier mode d'union est, comme on l'a vu, le seul qui succède à la luxation sous-occipitale; on le voit aussi dans la pseudarthrose coxo-fémorale. Les mouvemens sont extrêmement limités dans l'amphiarthrose; dans la synarthrose, il n'en existe plus; il y a ankylose complète. Cette terminaison se voit fréquemment à la suite des luxations pathologiques, bien que ces lésions puissent présenter d'autres formes de pseudarthrose; on ne la rencontre jamais dans les luxations congéniales. La syndesmose, au contraire, n'appartient pour ainsi dire qu'à ces dernières. La diarthrose, enfin, peut se rencontrer dans toutes les classes de fausses articulations.

Anatomie pathologique. — Les divisions que je viens d'établir nous ont fourni des faits qui nous serviront de guide au milieu des obscurités de ce sujet. Je fondrai dans une description commune les diverses espèces de pseudarthroses; mais j'insisterai surtout sur celles qui sont congénitales. J'aborde l'étude de ce sujet en examinant une à une les parties qui concourent à former l'articulation coxo-fémorale, et d'abord la capsule articulaire, qui en est la partie la plus importante, et de laquelle dépendent la forme et les mouvemens de la nouvelle articulation.

Capsule fibreuse. — Elle peut présenter deux états différens: 1o un état d'allongement; 2o de perforation. L'allongement de la capsule doit être considéré au début ou dans l'état imparfait de la fausse articulation, et à une époque plus avancée ou dans l'état parfait, si je puis ainsi dire, de cette même jointure. L'allongement est propre à deux formes de la maladie, les luxations congénitales et les luxations pathologiques; il n'a pas encore été observé dans les luxations traumatiques; au moins je n'en connais pas d'exemple.

Examinons d'abord l'allongement de la capsule dans les luxations pathologiques. Une idée hypothétique d'un grand chirurgien, de J.-L. Petit, était devenue, de nos jours, un fait incontestable. J.-L. Petit avait dit que dans les luxations spontanées, la tête du fémur était chassée de la cavité cotyloïde par une hydarthrose. On voit, en effet, des luxations par allongement de la capsule, dues à une accumulation de liquide dans la cavité articulaire. MM. Parise, Bonnet, Cruveilhier, en ont cité des exemples irrécusables. Qu'arrive-t-il dans ce cas? Le liquide distend la capsule, augmente sa capacité; la tête alors peut sortir, prendre la place du liquide, qui occupe à son tour la cavité cotyloïde. Mais pourquoi ce déplacement de la tête? Il tient à la grande loi générale de l'attitude des membres dans les affections articulaires. Les coxalgies sont douloureuses et produisent une contraction involontaire de certains muscles. Le fémur obéit à ce mouvement et déplace le liquide. Ce premier pas fait, la luxation se produit rapidement; on l'a vue s'accomplir en quinze jours.

D'autres causes, des fongosités, le gonflement du paquet graisseux de l'articulation, peuvent produire le déplacement de la tête, l'allongement de la capsule, et par suite la luxation.

Les choses se passent-elles de la même manière dans la luxation congénitale? Malheureusement nous l'ignorons. Cette première période est infiniment moins claire dans ce dernier ordre de lésions. Le déplacement est déjà opéré à l'époque de la naissance, et il n'est pas facile de savoir ce qui s'est passé dans l'utérus antérieurement, d'autant plus que la luxation congénitale est encore imparfaitement connue sous le rapport anatomique. Vous comptez en très petit nombre les faits d'examen anatomique de l'articulation de la hanche chez des fœtus; et déjà, dans ces cas, la luxation était complète. On n'a bien observé que la deuxième période de la luxation; je ne connais que trois ou quatre autopsies détaillées de luxations congéniales chez le fœtus ou peu après la naissance. Le premier fait, publié en 1820, a paru dans les *Exercitationes pathologicæ* de Palletta. Cet auteur est tombé du premier coup sur l'espèce la plus rare. Depuis cette époque, quelques observations nouvelles ont été recueillies par divers chirurgiens. Le fait de Palletta est resté pendant dix ans encore inconnu à Dupuytren, qui croyait avoir découvert les luxations congéniales du fémur. Pravaz fait la remarque très curieuse que Delpech lui-même ne découvrit pas ce fait dans ses recherches pour rendre à Palletta, au détriment de Dupuytren, le mérite d'avoir fait connaître ce genre de déformation. Mercer Adam, Chaussier, MM. Cruveilhier, Levieux, ont publié plusieurs observations analogues; ce sont les seules qui renferment une description complète de l'état de l'articulation. M. Jules Guérin en a de son côté indiqué quelques-unes; mais ces faits, observés sur des monstres, sont dépourvus des détails nécessaires pour les apprécier.

Vous comprenez les doutes nécessaires, les obscurités que j'ai à vous exprimer au sujet de la période initiale des pseudarthroses congénitales de la hanche. C'est une tendance naturelle de notre esprit de supposer les faits qui nous sont inconnus. On a donc dû suppléer ici à l'observation directe par diverses inductions.

Les suppositions varient suivant l'opinion étiologique que l'on se forme de la maladie. L'on admet, dans un cas, qu'il n'y a jamais eu d'articulation normale. Dans un autre, l'on suppose qu'à une époque, il a existé une articulation bien conformée; il se serait alors produit une véritable luxation, qui rentrerait dans celles de l'enfant et de l'adulte, dont elle ne différerait que par l'époque à laquelle elle aurait pris naissance. Reste à savoir, dans cette hypothèse, comment la luxation s'est opérée; trois explications aujourd'hui sont en présence:

1o La luxation est due à des pressions extérieures; elle s'est opérée d'une manière mécanique, et est analogue aux luxations traumatiques de l'adulte.

2o Elle est causée par l'action musculaire; ce mécanisme diffère de ce qui a lieu après la naissance. Cependant on possède plusieurs faits authentiques de luxation de la hanche, volontairement produite par l'action musculaire, avec réduction opérée de la même manière. On cite un chirurgien qui jouissait de ce singulier privilége.

3o Le déplacement de la tête fémorale, chez le fœtus, tient à une maladie de l'articulation de la hanche: c'est une luxation pathologique. Pourquoi pas, en effet? Le fœtus est sujet à des maladies dont le résultat peut être le même pendant la période intra-utérine qu'après la naissance.

Tout cela est plausible; voyons quelle est la valeur de ces diverses explications.

1o *La luxation est due à des pressions extérieures.* — M. Cruveilhier l'admet. Dans le fait qu'il a cité, ce professeur présente des considérations qui le portent à croire que la position du fœtus dans l'utérus explique la double pseudarthrose qui s'était produite. Je vous dirai que l'on rejette généralement cette opinion. On admet que la pression peut prédisposer à la luxation, mais non qu'elle suffise à la produire. Je ne repousse pas toutefois cette explication; on comprend que la tête fémorale abandonnant en partie la cavité de réception sous l'influence de certains mouvemens physiologiques, des pressions extérieures puissent augmenter cette disposition, allonger la capsule et faire sortir la tête du fémur de la cavité cotyloïde.

2o *La luxation est due à l'action musculaire.* — Cette opinion, émise par Chaussier, a été développée par M. Jules Guérin. Chaussier admet que des convulsions peuvent produire un déplacement des os; il a cité un fait de luxation du coude déterminée par cette cause, et un autre de luxations multiples, dans lesquelles il voit, avec quelque vraisemblance, l'effet d'un trouble général de l'innervation. M. J. Guérin a étendu cette théorie et l'a appliquée à toutes les luxations congénitales. Quoique plausible, cette opinion ne peut non plus être admise dans la généralité des cas. On manque, en général, de renseignemens sur les accidens de la grossesse; la luxation a été constatée à une époque où les muscles étaient à peine formés; l'action musculaire ne produit de déplacemens que secondée par d'autres causes qui n'existent pas généralement dans la période de l'inclusion fœtale. Le grand argument contre l'opinion de M. J. Guérin, c'est qu'on ne retrouve pas de rigidité des muscles après la naissance. Rien, dans l'état des muscles, n'indique ces contractions énergiques, dont il reste ordinairement des traces, lorsqu'elles ont eu une longue durée.

3o *Le déplacement de la tête du fémur est dû à une maladie de l'articulation, à une coxalgie.* — Cette explication est très sérieuse; il ne s'agit plus de l'opinion d'une seule personne; plusieurs sont partisans de cette théorie; elle est spécieuse et elle possède des faits. C'est, je crois, M. Parise qui l'a présentée le premier; depuis, MM. Broca, Verneuil, Morel-Lavallée ont fourni des faits à l'appui de cette manière de voir. Sur une pièce recueillie par M. Verneuil, et que vous avez sous les yeux, on voit une articulation normale du côté droit; à gauche, existe un déplacement de la tête du fémur constituant une luxation juxtà-cotyloïdienne. M. Verneuil a constaté sur cette pièce la présence d'un liquide séro-purulent remplissant l'articulation, des fongosités dues à l'épaississement de la synoviale. Ces signes sont évidemment ceux d'une coxalgie; il n'existait point d'altération osseuse; le membre avait

une attitude fixe; les mouvemens étaient bornés. En disséquant la jointure, on trouva la capsule étendue, allongée, ce qui avait permis à la tête de se loger au-dessus du rebord cotyloïdien. Il s'agit donc évidemment ici d'une luxation congénitale par altération de la capsule. Je crois que M. Verneuil a raison d'attribuer ce déplacement à une cause pathologique. M. Morel-Lavallée a communiqué à l'Académie de médecine plusieurs exemples d'altérations encore plus profondes de l'articulation de la hanche observés chez des nouveau-nés; ils établissent d'une manière positive l'existence, pendant la vie intra-utérine, de coxalgies pouvant donner lieu à la luxation.

Avons-nous mis le doigt sur ce que nous cherchons? Est-ce bien là la première période de la luxation congéniale? La solution de cette question est ardue. Je vous exposerai bientôt les raisons qu'on peut faire valoir pour et contre cette troisième explication.

D'autres lésions, telles que le gonflement du tissu graisseux du fond de la cavité cotyloïde, ont été invoquées pour expliquer le déplacement de la tête fémorale. On a eu tort de rapporter à cette cause le fait de Palletta. Le gonflement n'était, dans ce cas, n'est ici que secondaire; la graisse s'accumule partout où il y a un vide à combler.

M. Sédillot a parlé encore de relâchement, de ramollissement de la capsule, permettant à la tête de s'éloigner peu à peu de l'os coxal. Ce mécanisme est possible. Ne voit-on pas après la naissance des luxations produites par relâchement ligamenteux?

Quelle est la valeur des faits de M. Verneuil et des autres chirurgiens qui regardent la coxalgie comme la cause des pseudarthroses congénitales? Que peut-on objecter à cette doctrine, qui a beaucoup de tendance à se répandre de nos jours? Le voici : il n'existe pas de pièces qui établissent que des luxations complètes à l'époque de la naissance doivent leur origine à une maladie de la hanche. Que représentent les pièces sur lesquelles on s'appuie? Des maladies articulaires, survenues peu de temps avant la naissance; elles ne prouvent pas que les luxations débutent de la même manière chez le fœtus moins âgé; il faudrait des pièces datant d'une époque plus reculée. Qu'on prouve qu'à la naissance, il existe des signes de coxalgie ancienne, on pourra croire alors à cette origine.

On a encore attribué la luxation congénitale à un déplacement du fémur pendant les manœuvres de l'accouchement. Il est bien prouvé que ce n'est là qu'un cas exceptionnel; mais il est vrai de dire que ces luxations, qu'on peut appeler *traumatiques*, doivent beaucoup ressembler, plus tard, aux vraies pseudarthroses congénitales.

Je passe à l'autre ordre de suppositions relatives à l'étiologie des pseudarthroses congénitales: *il n'y a jamais eu d'articulation normale*. Dans cette hypothèse, il n'a jamais existé de capsule normale; celle que l'on voit s'est formée en même temps que la fausse articulation. L'opinion de Dupuytren se présente la première; il attribuait la disposition anormale de l'articulation à un défaut du germe. Il n'y aurait pas eu contact de la tête et de la cavité cotyloïde; la capsule serait restée trop lâche. Dans l'opinion de Breschet, un arrêt de développement serait la cause première des accidens. Cette supposition ne doit pas nous arrêter, parce qu'il est démontré aujourd'hui que l'état du cotyle est toujours consécutif, et qu'il est probable qu'à une époque de la vie embryonnaire, cette cavité avait une conformation à peu près naturelle.

L'hypothèse de Dupuytren mérite plus d'attention. Je ne ferai que reproduire l'argument de M. Robert en sa faveur. Cet argument se tire de l'hérédité. On voit, en effet, plusieurs enfans hériter de ce vice de conformation; des faits de ce genre, très curieux, sont consignés dans les leçons orales de Dupuytren. M. Malgaigne nie la valeur de cet argument, et admettrait plutôt une prédisposition héréditaire à l'hydarthrose, à la coxalgie, causes de la luxation congénitale. C'est l'hypothèse poussée dans ses derniers retranchemens. L'hérédité des vices de conformation est aujourd'hui un fait bien constaté. L'explication de Dupuytren me paraît encore la plus plausible, et si l'on admet des pseudarthroses héréditaires tenant à la première organisation du germe, on ne voit pas pourquoi cette organisation défectueuse ne se reproduirait pas dans d'autres circonstances sans prédisposition héréditaire.

Je dirai, en terminant, que parmi les objections faites à cette théorie, celle qui a le plus de valeur est tirée de la ressemblance et de la presque identité des lésions, dans les luxations congénitales et les luxations accidentelles non réduites; dans certains cas, c'est à peine si l'on perçoit quelques légères différences entre ces deux ordres de lésions.

Ce qu'il y a de plus vraisemblable, c'est que les pseudarthroses congénitales ne sont pas le produit d'une cause unique; qu'elles peuvent être la suite, tantôt d'un vice de développement originel, tantôt d'une maladie embryonnaire, d'autres fois, d'une influence mécanique, combinée avec des contractions musculaires anormales, etc.

Em. Bailly,
Interne du service.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Octobre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur Vingtrinier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rouen, sur une épidémie de rougeole qui y a régné de février à juillet 1855.

— Un rapport de M. Caussard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châtillon, sur une épidémie de dysenterie observée dans la commune de Laignes.

— Un rapport de M. le docteur Poulet, à Planches-les-Mines, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette commune.

(Comm. des épidémies.)

— Deux rapports de MM. Debrou et Huette, médecins des épidémies pour les arrondissemens d'Orléans et Montargis, sur une épidémie de choléra. (Comm. du choléra 1854.)

— Un rapport de M. Brun, médecin en chef de l'hôpital militaire de Guano (Corse), sur les maladies traitées par les eaux minérales de cette localité pendant l'année 1854.

— Une demande de M. Bouloumié, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter deux sources minérales nouvelles découvertes dans le département des Vosges.

— Un rapport de M. le docteur Gay, médecin inspecteur des eaux minérales de St-Alban (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

(Comm. des eaux minérales.)

— Un mémoire sur le tannate de fer comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine, par M. Pauli. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Le relevé des vaccinations pratiquées dans les départemens du Finistère et de la Moselle pendant l'année 1854. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivans :

Note sur un moyen de corriger le goût de l'huile de foie de morue, par M. Louis Nathanson, de Varsovie. Ce moyen consiste dans l'addition d'une goutte de créosote par livre d'huile. (M. Guibourt, rapporteur.)

— Une lettre de M. Caumont, qui réclame en faveur de M. Alègre, la priorité de la découverte des propriétés attribuées au piment dans le traitement des hémorrhoïdes. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Une note de M. le docteur Sandrini, de Sesana, près Trieste, sur les causes et le mode de propagation du choléra. (Comm. du choléra de 1854.)

— Une lettre de M. Thomas, correspondant de l'Académie, sur diverses questions relatives à l'histoire du choléra asiatique. (Même commission.)

M. Velpeau résume plusieurs observations qui lui ont été transmises par M. le docteur Royer, médecin à Joinville. La première est un exemple de rupture d'une trompe utérine. Un épanchement de sang et une péritonite rapidement mortelle ont été la suite de cette rupture qui offre ceci de particulier qu'elle ne se rattachait pas à une grossesse tubaire; du moins ne trouve-t-on rien qui ressemble à un œuf dans la poche sanguine, et la femme avait-elle jusque-là été toujours bien réglée.

M. Moreau demande si l'ovule n'existait pas dans la cavité abdominale, perdu au milieu de l'épanchement qui s'y était opéré.

M. Velpeau renvoie à l'observation de M. Royer pour les détails qui semblent établir l'absence des conditions de la grossesse. Il passe ensuite au deuxième fait communiqué par ce chirurgien. Il s'agit d'un *spina bifida* guéri par l'excision de la poche. Un enfant, âgé de 3 jours, présentait dans la région sacrée une tumeur de la grosseur d'un œuf, pellucide dans sa portion la plus saillante, réductible dans le canal rachidien, se reproduisant après qu'on l'eût fait rentrer. Après une première ponction, qui donna issue à 80 grammes de sérosité, une deuxième fut pratiquée, puis la tumeur excisée à sa racine; les lèvres de la plaie furent rapprochées, et la cicatrisation s'opéra rapidement par réunion immédiate. L'enfant ayant succombé un an après à une affection intestinale, on put constater exactement l'état des parties.

M. Robert demande si l'observateur mentionne des accidens de paralysie à la suite de l'opération; accidens qui ont presque toujours été notés dans des cas semblables, et qui tiennent à ce que des branches nerveuses en plus ou moins grand nombre sont accolées aux parois de la poche du *spina bifida*.

M. Velpeau : M. Royer a reconnu la quatrième paire sacrée dans la portion de poche excisée; quant aux troubles fonctionnels, ils sont exposés avec soin dans son travail. La troisième observation est relative à une hernie crurale avec adhérence au sac; des symptômes d'étranglement ayant nécessité l'opération, l'intestin fut percé dans un point et le chirurgien embrassa la portion voisine de cette perforation dans une ligature; l'intestin fut réduit, et la guérison eut lieu. Qu'est devenu le fil ainsi abandonné dans la cavité abdominale? Il n'a pas été éliminé par la plaie; est-il tombé dans l'intestin?

Le cinquième malade de M. Royer est un individu qui, au milieu d'un état de parfaite santé, fut pris de douleurs abdominales vives, puis de tous les signes d'une péritonite à laquelle il succomba. L'autopsie fit reconnaître, outre un épanchement stercoral, la présence d'un ver lombricoïde placé au voisinage d'une perforation intestinale. Celle-ci était nette, comme pratiquée par un instrument tranchant; l'intégrité de la membrane muqueuse permet de croire que c'est le ver à lui seul qui a percé les parois intestinales, et qu'elles n'ont pas été préalablement le siége d'un travail ulcératif.

Enfin, M. Royer rapporte l'histoire d'une luxation traumatique complète du genou en avant. Si la luxation en arrière n'est pas très rare, celle surtout qui résulte de lésion chronique de l'articulation, le déplacement en avant l'est beaucoup plus. Un autre point intéressant de cette observation, c'est la facilité avec laquelle la luxation a été réduite par la méthode de la *flexion*, l'absence d'accidens consécutifs et le prompt retour des mouvemens du membre.

M. Velpeau propose de renvoyer ces observations au comité de publication.

M. Jobert fait observer, relativement aux ligatures de l'intestin, que celles que l'on place superficiellement s'éliminent au dehors; que celles, au contraire, qui embrassent une grande étendue des parois, tombent dans l'intestin. Des exemples de l'innocuité de ces ligatures existent dans la science en assez grand nombre.

M. Laugier a publié, dans le *Bulletin de chirurgie*, un fait semblable à celui que M. Velpeau vient de communiquer : l'intestin avait été blessé pendant l'opération de la kélotomie; on plaça une ligature autour de la perforation qui réduisit la hernie. Quelque temps après, des matières fécales en petite quantité s'écoulèrent au dehors par la plaie; néanmoins, le malade guérit. — Dans le même recueil, M. Laugier a inséré l'histoire d'un malade qui avait rendu par l'urètre un ver lombric venu de l'intestin à travers une perforation, qui avait eu pour conséquence une fistule vésico-intestinale. Ce malade guérit également.

M. Velpeau : M. Royer ayant abandonné le fil à lui-même, on ne sait au juste ce qu'est devenue la ligature, et, à ce titre, le fait observé par ce chirurgien est curieux. — Dans le fait de perforation de la vessie par un lombric, fait que M. Laugier vient de rappeler, la guérison a eu lieu, et dès lors il est impossible d'affirmer que la solution de continuité de l'intestin ait été produite par le ver seul et qu'elle n'ait pas été l'effet d'une ulcération par laquelle le lombric aurait passé dans les voies urinaires.

M. Gerdy expose le mécanisme par lequel s'opère la chute, dans la cavité intestinale, des ligatures qui étreignent les parois de ce conduit. Il demande si, dans le fait de M. Royer, le fil a été maintenu au dehors?

M. Velpeau rappelle que ce fil a été coupé au ras de l'intestin. La ligature n'ayant embrassé qu'un pli de ce conduit, on comprend difficilement comment il serait tombé dans la cavité intestinale. Serait-il tombé dans celle du péritoine? On ne peut faire, à cet égard, que des suppositions.

— M. Piorry commence la lecture d'une série de rapports qu'il déclare être son œuvre personnelle, et non soumise à l'appréciation des commissaires ses collègues.

Après une courte discussion soulevée par M. Gerdy, et à laquelle prennent part MM. Jobert, Lagneaux, Dubois (d'Amiens), Moreau et Velpeau, et l'Académie ayant été consultée, M. Piorry est invité à remettre la lecture de ces rapports à la prochaine séance.

— M. le Président appelle à la tribune un grand nombre de personnes inscrites pour des lectures; aucune d'elles ne se présentant, la parole est donnée à

M. Dubois (d'Amiens) pour une lecture intitulée : *Deux épisodes pour servir à l'histoire de l'Académie royale de chirurgie.*

Cette lecture, écoutée avec intérêt, est suivie d'applaudissemens.

PRESSE MÉDICALE.

Le grand sympathique innerve des muscles de la vie animale; par Remak. — Outre son influence sur la pupille et les muscles des parois des vaisseaux de la tête; Remak a trouvé une autre action sur les muscles des paupières. Quand sur un chat, on coupe le sympathique au cou, la membrane clignotante de ce côté s'avance et couvre à moitié l'œil. Bientôt après la pupille se contracte, mais en même temps la fente palpébrale diminue par un léger abaissement de la paupière supérieure et une légère élévation de l'inférieure. Cet effet est produit par un relâchement du releveur de la paupière supérieure et du rétracteur du repli semi-lunaire, et par une contraction spasmodique de l'orbiculaire. Lorsqu'on fait passer un courant d'induction à travers le bout périphérique, tous ces phénomènes disparaissent, et la pupille ainsi que la fente palpébrale s'élargissent; en essayant d'abaisser avec le doigt la paupière supérieure, on sent une vive résistance et une vibration des fibres musculaires. En interrompant le courant, l'état antérieur revient, et en donnant du repos aux muscles pendant quelques minutes, on peut répéter l'expérience jusqu'à épuisement complet du nerf, en employant la précaution de renforcer le courant à mesure que le nerf s'émousse. Pendant les pauses, il s'amasse, dans la fente palpébrale rétractée, une grande quantité de larmes qui naissent probablement d'un relâchement des parois vasculaires de la glande lacrymale. Le même effet s'observe sur le chien, en ayant soin de fendre la gaîne commune au vague et au sympathique et de ne couper que ce dernier. Chez le mouton, il est moins marqué et moins encore chez le cabiais et le lapin.

Il va sans dire qu'il ne s'agit pas ici d'une action isolée du sympathique sur ces muscles; c'est lui qui détermine la tonicité de ces organes; de sorte que, sur les muscles soumis à la volonté, il faut admettre non seulement une paralysie et une crampe spinales, mais également une paralysie et une crampe sympathiques.

La section de la partie cervicale du grand sympathique, faite d'un côté, en détermine non seulement la contraction de la pupille de ce côté, mais également *la dilatation* de celle de l'autre œil. Chez la grenouille, cet effet se produit le plus clairement après douze à vingt-quatre heures; chez le lapin, en quatre semaines, et chez le chat et le chien presque immédiatement après l'opération. La pupille du côté sain perd donc la faculté de se contracter convenablement pour l'intensité de la lumière. Sur de forts lapins, il en survient, en outre, non seulement la dilatation des vaisseaux, et la chaleur de l'oreille du côté opéré, mais encore un état opposé de l'autre côté : les vaisseaux se contractent et l'oreille se refroidit. Ces effets peuvent être expliqués par *une équilibration centrale*; c'est-à-dire par un emploi de la force sympathique devenue libre, pour le côté opposé. Il est donc probable que *l'antagonisme*, manifesté après la paralysie de certains muscles ou groupes de muscles, à la face, au cou, au tronc et aux extrémités, par des contractures, trouve ainsi son explication naturelle. — (*Deutsch Klinik*, 1855, n° 27.)

Erratum. — Dans la formule relative au traitement de la couperose par l'iodure de chlorure hydrargirique, au lieu de : *faites* 25 *pilules*, lisez : *faites* 100 *pilules*.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Maltest et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 118. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 6 Octobre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

—

Pour Paris et les Departemens,

1 An.................. 32 Fr
6 Mois................ 17
3 Mois................ 9

—

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PHYSIOLOGIE.

SUR LE MÉCANISME DE LA FORMATION DU SUCRE DANS LE FOIE ;

Par M. Claude BERNARD, membre de l'Institut.

(Mémoire lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 24 Septembre 1855.)

La fonction glycogénique du foie est une de celles qui ont eu le privilége d'attirer le plus vivement l'attention des physiologistes, des chimistes et des médecins, à cause de l'importance des idées qu'elle soulève en physiologie générale.

Après avoir, par des expériences nombreuses faites sur l'homme et les animaux, établi la généralité de cette nouvelle fonction, l'avoir étudiée dans ses conditions physiologiques et localisée dans le foie, je devais songer à entrer plus avant dans la nature du phénomène, et chercher à pénétrer le mécanisme intime de la production du sucre dans les animaux.

Les expériences nouvelles dont j'ai à entretenir aujourd'hui l'Académie sont destinées, je crois, à jeter une vive lumière sur cette partie intéressante de la question.

Il est inutile que je reproduise ici tous les faits incontestables sur lesquels j'ai établi la réalité de la fonction glycogénique. Depuis six ans, ces faits ont pris leur place dans la science, et je dois me féliciter de les avoir vu confirmer dans tous les pays par les physiologistes et les chimistes les plus compétens.

Néanmoins, comme dans ces derniers temps il s'est rencontré des auteurs qui sont venus introduire des expériences inexactes dans la question de la production du sucre dans l'organisme animal, j'ai cru qu'il était nécessaire, avant d'entrer en matière, de relever ces inexactitudes en rétablissant dans leur ordre et d'une manière très succincte quelques-uns des faits fondamentaux qui servent de base à la théorie glycogénique.

Premièrement, j'ai dit dans mon mémoire qu'il existe chez les animaux une fonction physiologique en vertu de laquelle il se produit de la matière sucrée dans l'organisme, parce que le sucre persiste toujours dans le foie et dans le sang chez les animaux carnivores dont l'alimentation ne renferme aucune substance sucrée. C'est là un fait capital ; car, il y a peu de temps encore, on admettait généralement que le sucre trouvé dans l'organisme était toujours introduit en nature par l'alimentation. Aujourd'hui, personne ne discute plus sur cette question et il reste parfaitement établi, depuis mes expériences, que le sucre (glucose) se produit dans l'organisme animal sans l'intervention des substances sucrées ou amylacées.

Deuxièmement, j'ai également dit que cette fonction glycogénique doit être localisée dans le foie. En effet, chez un animal carnivore le foie est en réalité le point central d'où part le sucre pour se répandre dans tout le corps, et, circonstance sur laquelle j'ai particulièrement insisté, le sang qui pénètre dans le foie par la veine porte, ne renferme pas de sucre, tandis que le même sang qui sort par les veines hépatiques en contient toujours des proportions notables. On ne pouvait, d'après cela, s'empêcher de conclure que le sucre prend naissance dans le foie dont le tissu est du reste constamment imprégné de matière sucrée dans l'état physiologique.

Cette expérience, qui constituera toujours un des principaux argumens chimiques de la fonction glycogénique du foie, n'a trouvé, jusqu'à ce jour, qu'un seul contradicteur. L'auteur de ces contradictions est venu lire devant cette Académie trois mémoires successifs, destinés à combattre la fonction glycogénique dans les animaux.

Dans son premier mémoire, l'auteur soutenait encore que le sucre ne peut exister dans les animaux sans une alimentation sucrée ou amylacée ; et pour expliquer la présence du sucre qu'on rencontre dans le foie et dans le sang des carnivores, il avait dit que la viande provenant d'animaux herbivores doit contenir du sucre. C'est là une assertion que dément l'expérience ; car jamais l'auteur, ni personne, n'ont constaté la présence du sucre dans la viande.

Dans son deuxième mémoire, l'auteur admet ce qu'il avait nié dans le premier, et il reconnaît que le sucre se produit dans les animaux sans l'intervention d'une alimentation sucrée ou amylacée ; mais il essaye de prouver alors que le sucre, au lieu de se former dans le foie, ne fait que s'y condenser ou s'y accumuler : il suppose que la matière sucrée, prenant naissance dans le sang, arrive par la veine porte pour aller se déposer dans le tissu hépatique. D'après cette idée, l'auteur a été conduit à admettre non seulement qu'il y a du sucre dans le sang de la veine porte, mais il a dû renverser les résultats de l'expérience tels que je les avais trouvés ; aussi a-t-il écrit dans son mémoire que chez un animal nourri de viande crue on trouvait, deux heures après le repas, une plus grande quantité de sucre dans le sang de la veine porte que dans le sang des veines hépatiques.

L'auteur, mis à même de répéter cette expérience devant une commission académique, a été dans l'impossibilité absolue de montrer la présence du sucre dans le sang de la veine porte, et la commission a déclaré que chez un animal carnivore, dans la période de la digestion ci-dessus indiquée et au moyen de la fermentation alcoolique, seul caractère positif de la présence du sucre, elle n'avait pas constaté de sucre dans le sang de la veine porte d'une manière appréciable, tandis qu'elle en avait trouvé des quantités notables dans le sang des veines hépatiques. En concluant ainsi, la commission a reconnu l'erreur des résultats qui avaient été avancés, et a rétabli les faits tels que je les avais vus, ainsi que tous ceux qui les ont reproduits après moi.

Plus récemment, dans un troisième mémoire, le même auteur prétend que s'il n'a pu montrer du sucre dans le sang de la veine porte, cela tient à ce qu'il y existe une matière inconnue qui masque la présence du sucre en s'opposant à la fermentation ; et il décrit à ce sujet des expériences dans lesquelles il dit avoir mis ce sucre en évidence en détruisant cette matière indéterminée qui le masque, au moyen de l'ébullition avec l'acide sulfurique ou azotique. J'ai fait cette expérience, ainsi que l'indique l'auteur, et après l'avoir répétée plusieurs fois avec soin, je dois déclarer que les faits avancés sont complétement inexacts. Le sang de la veine porte recueilli dans des conditions convenables ne fermente pas, même quand on l'a fait bouillir avec un acide, comme le dit l'auteur. Mais quand on se place ensuite volontairement dans les conditions où il peut se rencontrer du sucre dans le sang de la veine porte, conditions que j'ai déterminées depuis longtemps, alors on obtient directement la fermentation sans qu'il soit besoin d'aucun traitement préalable par un acide ; et ce qui suffirait pour prouver que cette prétendue matière s'opposant à la fermentation n'existe pas, c'est qu'en ajoutant un peu d'une dissolution sucrée au sang de la veine porte avec de la levure de bière, on voit la fermentation s'établir très rapidement.

Les expériences qui servent de base aux divers mémoires que je viens de citer étant inexactes, il n'y a pas lieu de relever toutes les erreurs physiologiques et toutes les contradictions dans lesquelles l'auteur a dû tomber après un semblable point de départ.

Je passe donc immédiatement à l'étude du mécanisme de la formation du sucre dans le foie, qui fait l'objet de ce travail.

MÉCANISME DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE.

Toutes les sécrétions ont nécessairement besoin pour s'accomplir de deux choses, savoir : 1° du sang ; 2° d'un tissu glandulaire. Nous devrons chercher à apprécier quel est le rôle respectif de chacun de ces élémens dans la production du sucre.

En 1849, M. Schmidt, de Dorpat, sans connaître mon travail sur la fonction glycogénique du foie, insistait sur cette idée, que le sucre qui existe normalement dans le sang de l'homme et des animaux doit être regardé comme un des principes constitutifs de ce fluide, et il admettait que ce sucre se forme, comme l'urée ou l'acide carbonique, dans tous les points du système circulatoire et directement aux dépens de certains principes du sang. Pour cet auteur, la production du sucre dépendrait d'une oxydation des matières grasses qui circulent dans le sang, et il exprime son hypothèse à l'aide de formules chimiques que je n'ai pas à reproduire ici.

De son côté, M. Lehmann, de Leipzig, après s'être convaincu de la réalité de la fonction glycogénique du foie par ses belles analyses comparatives du sang de la veine porte et du sang des veines hépatiques dont l'Académie connaît les résultats, a été conduit à chercher aussi le

Feuilleton.

CAUSERIES.

UN MOT DE NOS AFFAIRES.

J'ai la tête encore tellement bouleversée par les Esprits de M. de Mirville et l'Électro-dynamisme de M. Philips, que je n'ose jeter les yeux sur les nombreux volumes qui m'entourent, tant j'ai crainte d'y rencontrer une démonstration nouvelle de quelque nouvelle puissance mystérieuse et plus ou moins terrible. Restez donc, quelques jours encore, vierges du couteau, volumes impatiens ! Sous votre couverture agaçante et coquette toutes les préventions favorables sont encore pour vous. Qui sait ce qui peut arriver quand la froide analyse aura passé par là ! J'éprouve le besoin de me rasséréner l'esprit auprès de mes bien aimés lecteurs. Causons un peu de nos petites affaires. Il y a si longtemps que nous n'en avons rien dit ! Qui, d'ailleurs, en dit quelque chose à cette heure ? Qui y pense seulement ? Est-ce indifférence ? est-ce découragement ? Je penche vers ce dernier motif. Le découragement, en effet, est légitime après de si nombreuses déceptions. Il y aura dans quelques jours dix ans, — déjà dix ans ! — l'élite du corps médical de France se réunissait plein d'émotions, plein d'espérances, dans la salle St-Jean de l'Hôtel-de-Ville de Paris. Je n'ai pas à refaire l'histoire de ce Congrès mémorable, qui passionna toute la génération médicale, qui émut les pouvoirs publics, dont quelques vœux se firent jour à travers les défiances du gouvernement, qui avait obtenu un commencement de satisfaction dans la première chambre du parlement, qui allait en obtenir une plus complète encore dans la seconde chambre, quand survinrent les graves événemens de février 1848.

Depuis lors, rien, presque rien, de petites et imperceptibles modifications de détail ; mais aussi, à part quelques stériles agitations partielles, rien non plus dans le corps médical de général, d'ensemble, d'un peu ému, de ces cris spontanés que les échos répètent et qui vont réveiller dans les plus froides âmes le sentiment du bien professionnel.

Cependant, chers et honorés confrères, la profession est-elle aujourd'hui moins souffrante qu'en 1845 ? La situation ne s'est-elle pas aggravée, au contraire, par dix ans de plus de ces abus de toute sorte, contre lesquels nous combattions si vaillamment alors ?

Oui, certes, elle s'est aggravée, et les nombreux confrères de tous les points de la France que j'ai eu l'honneur de voir depuis quelques mois à Paris, ne m'ont laissé aucun doute sur la pénible position dans laquelle le corps médical se trouve à peu près partout. Quelles tristes communications, quelles navrantes confidences j'ai reçues à cet égard ! C'est partout une concurrence âpre, effrénée, sans retenue, poussant ses égoïstes conséquences jusqu'aux plus extrêmes limites de l'intérêt personnel. C'est partout la lutte de plus en plus vive entre le docteur et l'officier de santé, lutte conduisant à un avilissement tel des honoraires, que des docteurs honorables, éclairés, anciens internes des hôpitaux, habitant des chefs-lieux d'arrondissement et dans une clientèle d'un rayon de douze à quinze kilomètres, arrivent à peine à réaliser de douze à quinze cents francs annuellement. C'est partout la lutte aussi entre le médecin et le pharmacien, le médecin qui veut délivrer des médicamens, le pharmacien qui veut donner des consultations. C'est partout un empiétement plus grave de la médecine cléricale et dite charitable, faite par les curés et les sœurs de charité au détriment de ceux que la loi devrait protéger. C'est partout les mêmes scandales, et plus honteux encore qu'autrefois, donnés par la médecine illégale, les charlatans de toute sorte, de tout sexe. C'est partout la même incurie, la même indifférence, la même appréhension, pour la répression des abus et des délits qui déshonorent la profession médicale. Partout le même dédain ou la même ignorance pour les droits du médecin ; partout la même prévention contre lui, le même manque d'égards, les mêmes corvées qu'on lui inflige, la même absence de rémunération et même de témoignage de gratitude.

La position s'est aggravée encore par l'existence à peu près générale des Sociétés de secours qui, en donnant à quelques médecins une besogne accablante et dérisoirement rétribuée, prive littéralement tous les autres de clientèle et des moyens d'existence.

Et cependant, dans le corps médical, à peu près partout aussi la même apathie, comme un même sentiment d'impuissance pour réagir contre ces maux professionnels.

On se plaint, on gémit, mais on laisse faire. Nous avons si souvent ici dit au corps médical ce qui nous paraissait devoir être un commencement de remède à cette situation déplorable, que nous perdons aussi courage pour répéter sans cesse ce qui n'est jamais écouté. Il a été un temps, pourquoi ne le dirais-je pas, où j'espérais aussi que les besoins et les souffrances du corps médical, les abus qui l'oppriment, les excès qui le dégradent, l'isolement qui l'énerve, que tout cela qu'on m'opposait comme de puissans obstacles à son réveil, que tout cela, au contraire, devait l'animer de courage et de zèle. Et de fait, le congrès de 1845 me donna raison. Le corps médical comprit alors que tous ces maux qui l'affligent encore ne seraient jamais soulagés ou guéris dans l'impuissance de son isolement, que toujours ses plaintes ou ses récriminations seraient stériles et se perdraient dans le tumulte et les préoccupations politiques et sociales tant qu'elles resteraient individuelles et localisées. La grande expérience de 1845 prouva la légitimité de ces espérances. Mais, à cause même de cette expérience qui n'a pas abouti, le découragement est devenu plus général et plus profond. Que tenter aujourd'hui quand un mouvement semblable et une pareille agitation n'ont amené aucun résultat ?

Voilà ce qu'invariablement j'ai trouvé dans le sentiment de mes nombreux confrères et, je dois l'avouer, ce que je rencontre dans mon propre esprit. Les circonstances toutes exceptionnelles et si profondément graves, qui ont fait échouer les vœux du Congrès, sont certainement une excuse et une explication, mais elles ne seraient pas un prétexte pour recommencer ce qui, d'ailleurs, aujourd'hui serait impossible à réaliser.

Mais, n'y a-t-il donc rien à faire ? Au contraire, ai-je aussi invariablement répondu à mes honorables confrères. Ce qui ne peut être tenté comme agitation générale, essayez-le chacun dans vos localités respectives. Ce serait l'éternelle honte de la profession médicale que, sous un régime qui patrone et favorise toutes les associations professionnelles,

mécanisme de la production du sucre dans le foie. Ayant constaté que le sang sucré qui sort du foie par les veines hépatiques contient moins de fibrine et moins d'hématosine que le sang non sucré qui entre dans cet organe par la veine porte, M. Lehmann a pensé que cette dernière substance pouvait, en se doublant dans le foie, contribuer à la formation du sucre ; et l'on sait que cet habile chimiste est parvenu à réaliser par un procédé très ingénieux le dédoublement de l'hématosine cristallisée, qu'il a le premier obtenue, en sucre (glucose) et en une matière azotée avec laquelle il serait intimement combiné. M. Lehmann admet donc que le foie opère sa fonction glycogénique en dédoublant certaines substances albuminoïdes du sang en sucre et en des matières azotées qui, peut-être, entrent dans la formation des principes azotés de la bile.

M. Frerichs, de Breslau, qui a également confirmé mes expériences sur la formation du sucre dans le foie, aux dépens des alimens azotés, admet que cet organe accomplit sa fonction glycogénique en décomposant d'une certaine façon, et suivant des formules hypothétiques qu'il indique, des matières azotées qui donneraient naissance dans le foie à de l'urée et à du sucre.

Les hypothèses sur la formation du sucre dans le foie que je viens de rappeler, expriment toutes l'idée que l'on se fait généralement aujourd'hui du mécanisme des sécrétions. On pense, en effet, que l'organe glandulaire ne fournit rien à la sécrétion, mais que son tissu se borne à agir par une sorte d'action de contact ou catalytique sur les élémens du sang qui traverse l'organe glandulaire au moment même où la sécrétion s'opère. Pour le cas particulier de la sécrétion du sucre dans le foie, nous avons vu, en effet, que tous les auteurs supposent que la matière sucrée se forme *directement* dans le sang.

Les faits que j'ai à exposer actuellement me paraissent de nature à prouver qu'il faut comprendre tout autrement la fonction glycogénique du foie, et qu'au lieu de chercher *dans le sang* la substance qui précède le sucre et qui lui donne immédiatement naissance, il faut la chercher *dans le tissu hépatique* lui-même.

Voici une expérience à laquelle j'ai été conduit et qui mettra ce fait en lumière ; je la décrirai avec quelques détails, afin qu'on puisse facilement en reproduire les résultats qui me semblent très importans et dignes d'intéresser à la fois les physiologistes et les chimistes.

J'ai choisi un chien adulte, vigoureux et bien portant, qui depuis plusieurs jours était nourri exclusivement avec de la viande, et je le sacrifiai par la section du bulbe rachidien, sept heures après un repas copieux de tripes. Aussitôt l'abdomen fut ouvert ; le foie fut enlevé en évitant de blesser son tissu, et cet organe encore tout chaud et avant que le sang eût eu le temps de se coaguler dans ses vaisseaux, fut soumis à un lavage à l'eau froide par la veine porte. Pour cela, je pris un tube de gutta-percha, long de 1 mètre environ et portant à ses deux extrémités des ajutages en cuivre. Le tube étant préalablement rempli d'eau, une de ses extrémités fut solidement fixée sur le tronc de la veine porte à son entrée dans le foie, et l'autre fut ajustée au robinet de la fontaine du laboratoire de médecine du Collége de France. En ouvrant le robinet, l'eau traversa le foie avec une grande rapidité, car la force du courant d'eau était capable, ainsi que cela fut mesuré, de soulever une colonne de mercure à 127 centimètres de hauteur. Sous l'influence de ce lavage énergique, le foie se gonflait, la couleur de son tissu pâlissait, et le sang était chassé avec l'eau qui s'échappait en jet fort et continu par les veines hépatiques. Déjà au bout d'un quart d'heure le tissu du foie était à peu près exsangue, et l'eau qui sortait par les veines hépatiques était entièrement incolore. Je laissai ce foie soumis à ce lavage continu pendant quarante minutes sans interruption. J'avais constaté au début de l'expérience que l'eau colorée en rouge qui jaillissait par les veines hépatiques était sucrée et précipitait abondamment par la chaleur, et je constatai à la fin de l'expérience que l'eau parfaitement incolore qui sortait par les veines hépatiques ne renfermait plus aucune trace de matière albumineuse ni de sucre.

Alors le foie fut enlevé et soustrait à l'action du courant d'eau ; et je m'assurai, en en faisant bouillir une partie avec un peu d'eau, que son tissu était bien lavé, puisqu'il ne renfermait plus de matière sucrée. Son décoctum ne donnait aucun signe de réduction du liquide cupro-potassique ni aucune trace de fermentation avec la levure de bière. Il s'échappait de la coupe du tissu hépatique et des vaisseaux béans une petite quantité d'un liquide trouble qui ne renfermait non plus aucune trace de matière sucrée. J'abandonnai alors dans un vase ce foie à la température ambiante, et en revenant vingt-quatre heures après, je constatai que cet organe bien lavé de son sang, qu'j'avais laissé la veille complétement privé de sucre, s'en trouvait alors pourvu très abondamment. Il me suffit, pour m'en convaincre, d'examiner un peu du liquide qui s'était écoulé autour du foie, et qui était fortement sucré ; ensuite, en injectant avec une petite seringue, de l'eau froide par la veine porte et recueillant cette eau quand elle sortait par les veines hépatiques, je constatai que ce liquide donnait lieu, avec la levure de bière, à une fermentation très abondante et très active.

Cette expérience si simple, dans laquelle on voit renaître sous ses yeux la matière sucrée en abondance dans un foie qui en a été complétement débarrassé ainsi que de son sang, au moyen du lavage, est une des plus instructives pour la solution de la question de la fonction glycogénique qui nous occupe.

Cette expérience prouve clairement, comme nous l'avons avancé, que dans un foie frais à l'état physiologique, c'est-à-dire en fonction, il y a deux substances, savoir : 1° le sucre très soluble dans l'eau et qui est emporté avec le sang par le lavage ; 2° une autre matière assez peu soluble dans l'eau pour qu'elle soit fixée au tissu hépatique après que celui-ci avait été dépouillé de son sucre et de son sang par un lavage de quarante minutes. C'est cette dernière substance qui, dans le foie abandonné à lui-même, se change peu à peu en sucre par une sorte de fermentation, ainsi que nous allons le montrer.

En effet, cette nouvelle formation de sucre dans le foie lavé est complétement empêchée par la cuisson. Si l'on fait cuire, par exemple, la moitié d'un foie aussitôt après le lavage, on s'assure qu'au moment même son décoctum, généralement opalin, ne contient pas de sucre et qu'il n'en renferme pas non plus le lendemain, preuve qu'il ne s'en est pas développé. On constate, au contraire, dans l'autre moitié du foie qui n'a pas subi la cuisson, que la matière sucrée s'est produite déjà après quelques heures, et que sa quantité va graduellement en augmentant au point d'atteindre quelquefois, après vingt-quatre heures, les proportions de sucre égales à celles que le foie contenait primitivement.

Cette formation glycosique est généralement terminée après vingt-quatre heures, et si après ce temps on soumet le foie de nouveau au lavage par le courant de manière à lui enlever tout son sucre de nouvelle formation, on voit que généralemnnt il ne s'en produit plus, parce que la matière qui le formait est sans doute épuisée. Il ne se dissout plus alors qu'une sorte de matière albumineuse qui accompagne toujours la production du sucre, bien qu'elle en paraisse complétement indépendante, ainsi que je le dirai plus tard. Enfin cette formation glycosique m'a paru généralement plus rapide quand on multipliait le contact de l'air en coupant le foie en morceaux en même temps qu'on l'humectait avec de l'eau.

Nous avons dit plus haut que la matière hépatique qui est susceptible de se changer en sucre doit être peu soluble dans l'eau. Cette même matière se montre également insoluble dans l'alcool, ainsi que le prouve l'expérience suivante :

J'ai pris le foie d'un animal en digestion, j'ai broyé son tissu tout chaud immédiatement, ou mieux après l'avoir un peu lavé en injectant avec une seringue de l'alcool ordinaire par la veine porte, pour débarrasser le tissu hépatique d'une partie de son sang. Ensuite je séparai les vaisseaux et les nerfs du foie, en exprimant son tissu sur un tamis de crin assez fin, de manière à ne recueillir que la pulpe de l'organe qui passait par le tamis. Cette sorte de boue hépatique fut ensuite agitée, macérée et lavée avec de l'alcool froid à plusieurs reprises, afin de l'épuiser complétement du sucre qu'elle pouvait contenir et de ne garder que les substances insolubles dans l'alcool. Cette pulpe hépatique fut ensuite recueillie sur un filtre et placée sur du papier joseph, dans une étuve dont la température ne dépassait pas 40 degrés, et dans laquelle un courant d'air accélérait la dessication. J'avais soin de diviser la matière, afin que la dessication se fît d'une manière égale. J'obtins ainsi une substance pulvérulente, formée de la partie glandulaire même du foie qui était bien desséchée et débarrassée de sucre, mais qui retenait avec elle la matière hépatique en question, susceptible de donner naissance à du sucre dès qu'on la remettait dans l'eau. En effet, lorsque j'humectais cette poudre hépatique avec de l'eau ordinaire, en laissant ensuite le tout à la température ambiante, je constatais déjà au bout de quelques heures que l'eau contenait des proportions très notables de sucre. On ne pouvait pas objecter que le sucre qui se manifeste alors était resté retenu dans le tissu hépatique, parce que l'alcool est un moins bon dissolvant que l'eau ; car si j'ajoutais la poudre hépatique dans de l'eau maintenue en ébullition pendant quelques minutes, je ne remarquais plus aucune apparition de matière sucrée, ce qui se rapporte, d'ailleurs, parfaitement à ce que nous avons déjà dit de cette matière, dont la réaction glycosique dans le foie lavé à l'eau est également empêchée par la cuisson.

L'éther ne paraît pas non plus altérer la matière singulière qui nous occupe, car j'ai laissé macérer pendant plusieurs jours la pulpe hépatique déjà préalablement traitée par l'alcool et desséchée, et j'ai constaté que cette pulpe conservait encore la propriété de former du sucre.

Je me bornerai à ces expériences pour aujourd'hui. La matière dont je ne fais ici, en quelque sorte, qu'indiquer l'existence, devra être isolée et étudiée ultérieurement avec soin, au point de vue chimique et physiologique. J'ajouterai seulement, sous ce dernier rapport, que j'ai trouvé que cette matière n'existe dans le foie qu'à l'état normal ou fonctionnel, et qu'elle disparaît complétement du tissu de cet organe dans toutes les circonstances où la fonction glycogénique est arrêtée, circonstances que j'ai d'ailleurs déterminées depuis longtemps dans mon mémoire. Cette matière appartient exclusivement au tissu du foie dans lequel elle prend naissance, car j'ai constaté bien souvent qu'il n'y en a pas de traces dans le sang de la veine porte, non plus que dans le sang des autres parties du corps.

Enfin, je ferai remarquer que, pendant la vie, cette matière se renouvelant sans cesse dans le tissu hépatique sous l'influence de la nutrition, s'y transforme incessamment en matière sucrée, qui vient remplacer dans le foie le sucre que le courant sanguin emporte continuellement par les veines hépatiques. Après la mort, dans un foie extrait du corps, cette matière, sous l'influence de l'humidité, peut continuer à se changer en sucre jusqu'à ce qu'elle soit épuisée. Mais comme alors il ne sort plus de sucre du foie par la circulation, il en résulte que la matière sucrée s'accumule et que sa proportion augmente dans le tissu hépatique après la mort. Aussi le tissu du foie est toujours plus sucré le lendemain qu'au moment même où l'on sacrifie l'animal, et quelquefois cette différence est dans une proportion considérable. Tous les dosages que l'on a faits du sucre dans le foie doivent donc être vérifiés d'après la connaissance de ces nouveaux faits.

En résumé, le seul but de mon travail pour le moment, c'est de prouver que le sucre qui se forme dans le foie ne se produit pas d'*emblée* dans le sang, si je puis m'exprimer ainsi, mais que sa présence est constamment précédée par une matière spéciale déposée dans le tissu du foie et qui lui donne immédiatement naissance. Si je me suis décidé à publier ce travail encore inachevé, c'est qu'il m'a paru utile, pour la solution de la question glycogénique qui nous occupe, d'attirer l'attention des chimistes sur des phénomènes qui ne leur sont pas connus et qui me paraissent de nature à changer le point de vue où l'on s'était placé jusqu'à présent pour comprendre chimiquement la production du sucre dans le foie. En effet, il ne s'agit plus maintenant de faire des hypothèses sur la provenance du sucre ni sur la possibilité du dédoublement direct et immédiat de tel ou tel élément du sang pour produire ce sucre. Il faut chercher à isoler cette matière hépatique singulière qui lui préexiste, savoir comment elle se sécrète dans le foie, et comment ensuite elle subit les transformations successives qui la changent en sucre. Il y a probablement entre ces deux extrêmes, la matière insoluble telle qu'elle est sécrétée par l'action vitale du foie et le sucre qui

---

seule elle restât à l'écart du mouvement actuel. Associez-vous, associez-vous donc, et sous quelque prétexte que ce soit. Le nom, la nature de l'association ne font rien à l'affaire. L'essentiel est de vous réunir, que ce soit sous l'invocation de la science ou de la bienfaisance, peu importe. L'association par elle-même, et quelle que soit son but, atteint infailliblement le but professionnel, c'est-à-dire la dignité, l'honorabilité de l'art, les rapports confraternels, la résistance aux empiétemens, le dévoûment et la poursuite du charlatanisme, la considération des pouvoirs publics, l'adoucissement des chocs que la concurrence imprime inévitablement à des intérêts similaires, et en dernier résultat, but suprême que nous devons toujours avoir en vue, la garantie des intérêts du peuple contre les fraudes de tout genre qui exploitent sa bourse et sa santé.

Aurai-je opéré quelques conversions ? Je l'espère, j'ai des preuves en mains des efforts généreux tentés en plusieurs localités pour faire revivre ou pour faire naître l'esprit d'association, cet esprit qui encourage les forts, protége les faibles et les réunit tous dans un même sentiment de solidarité morale.

Des règlemens ? Faites-les les plus courts, les plus larges, les moins compromettans que possible pour l'avenir, qu'il ne faut jamais engager, L'avenir ne nous appartient pas. Ce qui est difficile, impossible aujourd'hui, peut devenir possible et facile demain. Laissez entrevoir, au moins comme une espérance, la possibilité de l'association générale scientifique, professionnelle, bienfaisante et prévoyante. Jusque-là, limitez votre influence dans le cercle de votre action possible. Associez-vous par canton, par arrondissement, par département, selon les convenances et les exigences locales. Nous avons, autrefois, attaché trop d'importance à ces détails d'exécution. Ils n'ont qu'un intérêt secondaire et lointain.

Les magistrats, dans vos localités, s'opposeront-ils à vos réunions ? Cela n'est pas probable. Vous n'êtes ni des ouvriers qui se coalisent, ni une profession qui se met en grève. Vous êtes d'honnêtes gens qui demandent leur part de protection aux lois, au sentiment public. L'administration ne connaît-elle pas votre zèle et votre dévouement ? Lui avez-vous jamais marchandé votre concours ? Eh bien ! elle ne peut trouver que très équitable que, sans tarifer vos services toujours empressés, vous preniez quelques précautions pour n'être pas victimes de votre désintéressement, que vous cherchiez à vous garantir contre les mauvaises passions que suscite une concurrence excessive, que vous tentiez d'arracher au charlatanisme son masque, que vous vouliez contenir dans les limites du droit, du juste et de l'honnête ceux qui, plus ou moins ouvertement et sciemment, s'en écartent.

Et remarquez, pourrez-vous dire à vos autorités locales, que très heureusement la protection qu'elles accorderont à vos intérêts professionnels rejaillira immédiatement sur les intérêts généraux et les plus chers de leurs administrés. C'est ce qui, tôt ou tard, fera notre force, que tout ce que nous demandons pour la profession médicale doit se traduire par une amélioration sociale. C'est à inculquer cette vérité dans tous les degrés des pouvoirs publics que doivent tendre nos efforts. L'utilité publique est ici seule en cause, s'était écrié dès le premier jour le respectable président du Congrès de 1845 ; ce fut la magnifique inauguration et comme la devise de cette grande assemblée.

Depuis, nos intérêts professionnels n'ont pas changé de nature ; notre science est toujours la science sociale par excellence, notre art est toujours la consolation des souffrans et des affligés ; nous demandons toujours pour le pauvre une organisation médicale qui lui soit secourable et efficace, d'autant plus efficace qu'elle ne sera pas, pour le médecin, une lourde charge ou un pénible sacrifice. Cette condition révèle-t-elle de trop grandes exigences ? Y a-t-il dans la société une autre profession à laquelle on demande autant qu'à la profession médicale et à laquelle on accorde moins ? Le privilége dont elle est dotée n'est-il pas une garantie sociale plus encore qu'un droit professionnel ?

J'arrête là ces réflexions que, trop souvent peut-être, j'ai déjà fait connaître, mais que de temps à autre je ne peux m'empêcher de reproduire, tant l'espérance est chez moi tenace et tenace aussi le désir d'être utile à notre profession.

Amédée Latour.

COQUELUCHE. — Dans son compte-rendu clinique, le docteur Hauner, médecin de l'hôpital des Enfans à Munich, dit que, depuis nombre d'années, il a vu la coqueluche et la rougeole se suivre réciproquement ou exister en même temps ; les deux sont liées par une étroite parenté.

NÆVUS MATERNUS GUÉRI PAR LA VACCINATION. — Le même présenta un enfant de 9 mois, qui avait en toute la paupière supérieure gauche envahie par un nævus, proéminent de quelques lignes. L'inoculation avait été pratiquée moyennant douze à quinze piqûres ; la réaction et le gonflement considérable furent combattus par des applications d'huile et des fomentations froides. Il est resté une belle cicatrice, qui n'est pas à comparer à la défiguration précédente. C'est déjà le troisième cas de guérison complète de tumeurs érectiles, par la vaccination. — (*Journal f. kinderkrankh*, 1855, n°ˢ 1 et 2.)

DE L'INFLUENCE DES PERTES DE SANG SUR L'ACTION DE LA STRYCHNINE ; par W. Kaupp. — Ces expériences, faites sur des lapins, en leur injectant une solution de sel de strychnine sous la peau du dos, montrent que l'empoisonnement ne commence pas plutôt et ne marche pas plus vite quand on saigne les animaux immédiatement avant on après, que si on ne leur enlève pas de sang. Il y a plutôt une tendance au retard. La différence est presque nulle quant au commencement du tétanos ; le retard est bien marqué pour l'époque de la mort et augmente avec la quantité de sang enlevé. Dans tous les cas, ces essais ne sont ni assez nombreux, ni assez décisifs pour permettre d'en tirer des conclusions certaines. — (*Archiv. f. phys. heilk.*, 14ᵉ année, n° 1.)

DE L'INFLUENCE DE L'ÉCLAIRAGE LATÉRAL DE LA RÉTINE SUR L'IRIS ; par Remak. — Depuis six mois cet auteur poursuit une série d'expériences qui prouvent qu'en faisant tomber la lumière latéralement sur la rétine, la pupille se déforme ; du côté éclairé, il se fait une contraction de cette moitié de l'orbiculaire, tandis que, du côté obscur, c'est la moitié du dilatateur qui se contracte. Il reviendra plus tard et avec plus de détails sur ce phénomène. — (*Deutsch Klinik*, 1855, n° 27.)

en émane et sort de l'organe avec le sang des veines hépatiques, une série de formations intermédiaires que je n'ai pas vues, mais que les chimistes découvriront sans doute.

THÉRAPEUTIQUE.

QUELQUES OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE LA VÉRATRINE, DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS RHUMATISMALES, GOUTTEUSES ET NERVEUSES;

Par le dr B. ALIÈS, médecin-inspecteur des bains de mer de Trouville.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 29 Septembre et 1er Octobre.)

Les questions de thérapeutique sont nécessairement complexes, puisque leur étude embrasse, non seulement les notions de la maladie, mais encore celles du médicament, et de son mode d'action sur l'économie.

Les observations qui précèdent pourraient donner lieu aux commentaires les plus importans relativement à ce genre d'études : goutte, rhumatisme, maladies nerveuses, spécificité de maladies et d'agent thérapeutique; quel vaste champ ouvert à l'exposition et à la discussion de doctrines diverses! Je saurai me restreindre.

Quelques faits isolés ne suffiraient pas pour assigner à la vératrine une place distincte et déterminée parmi les agens de la matière médicale; mais déjà les faits s'accumulent, et en outre, n'est-il pas logique de tenir compte, dans la détermination des cas où cet alcaloïde peut être administré avec succès, des résultats acquis et des effets obtenus de l'administration des substances desquelles il est extrait, ou de leurs composés pharmaceutiques?

En Angleterre, en Italie, en France, en Allemagne, le colchique est administré depuis longtemps dans le traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte : des faits nombreux sont produits, en témoignage de son efficacité, par des thérapeutistes du premier mérite; et ce n'est pas aller au delà de ce que permet une déduction légitime des observations rapportées, tant anciennes que nouvelles, en exprimant cette opinion, que les préparations de colchique tiennent le premier rang dans le traitement de ces affections.

La vératrine est regardée comme le principe actif du colchique. Le docteur Bardsley a institué des expériences cliniques qui établissent parfaitement cette assertion : non seulement les effets physiologiques ont été les mêmes pour le colchique et la vératrine, dans les expériences cliniques qu'il a instituées, mais même les effets thérapeutiques : et sur 48 malades goutteux ou rhumatisans, la moitié ayant été traités par le colchique, et l'autre moitié par la vératrine, les résultats ont été identiques.

On est donc autorisé à considérer les effets obtenus de l'administration du colchique dans le traitement de la goutte et du rhumatisme articulaire aigu comme dérivant de la vératrine, qui est un de ses principes constituans, au même titre qu'on rapporte à la quinine les succès de l'écorce du Pérou, dans le traitement des fièvres paludéennes.

Le mode d'action de la vératrine a reçu des explications diverses. D'après l'opinion naguère encore la plus accréditée parmi les médecins français, la vératrine agirait comme un drastique puissant; et les effets curatifs observés après son administration ne seraient que le résultat d'une énergique dérivation opérée sur le tube intestinal, selon les lois générales de la thérapeutique et la théorie des fluxions : son influence dans le traitement du rhumatisme ne serait pas autre que celle des purgatifs drastiques expérimentés comparativement.

Cette explication se trouve contredite par un trop grand nombre de faits pour qu'elle puisse rester admissible : on aura sans doute remarqué que, sur les neuf observations qui précèdent, il en est huit dans lesquelles l'administration de la vératrine n'a donné lieu à aucune évacuation alvine. L'école italienne met en avant une autre explication : pour elle, l'effet irritant qui se produit sur le tube digestif, par l'ingestion de la vératrine, est peu important; c'est son action dynamique, conséquence de l'absorption, qui est surtout à considérer; c'est d'elle que dérivent les effets thérapeutiques, effets d'autant plus prononcés ordinairement, que l'irritation locale aura été moins marquée; or, cette action est hyposthénisante du système cardiaco-vasculaire.

Cette explication me plaît mieux : je la trouve plus acceptable en ce point, qu'elle assigne aux effets locaux et généraux leur vraie part d'action; et qu'au lieu de faire dériver les résultats thérapeutiques de la vératrine d'irritations et d'évacuations dérivatives qui manquent le plus souvent, elle les rapporte à une action dynamique exercée au delà des premières voies, par l'agent thérapeutique absorbé.

Quant à l'hyposthénisation du cœur et des vaisseaux, tout en l'admettant comme phénomène, j'y crois assez médiocrement comme explication.

Sans aucun doute, il y a sédation des mouvemens du cœur et du système vasculaire, après l'administration de la vératrine; mais cette sédation est-elle cause ou effet de l'amélioration obtenue? Est-ce par elle que le bien se fait, ou se fait-elle parce que le bien est déjà produit? Voilà la question, et si l'on considère que les hyposthénisans les plus positifs, la saignée, par exemple, sont loin d'avoir une influence aussi décisive sur les attaques de goutte ou de rhumatisme articulaire, on sera porté à pencher pour cette dernière interprétation. — Mais je ne veux pas m'engager dans ces sentiers inconnus; les effets des médicamens sont évidens; l'action dynamique qui les produit reste dans l'obscurité; proposition qui me paraît incontestable, surtout dans le traitement des maladies spécifiques, et qui est bien fait pour commander le doute aux plus convaincus : s'est-on rendu compte du mode d'action du quinquina dans les fièvres de marais, du fer dans la chlorose, du mercure dans la syphilis? Non assurément.

Et maintenant, je vais hasarder quelques considérations qui touchent à des points de doctrine très controversées : elles dérivent directement de quelques-unes des observations que j'ai rapportées; elles ont une importance immense, sous le rapport pratique; c'est là mon excuse, si je remue de nouveau des questions qui, dans ces derniers temps, ont jeté dans le monde médical une agitation encore mal apaisée.

Dans la cornéite qui fait l'objet de la première observation, l'usage de la vératrine a été suivi de résultats qui avaient été vainement demandés à une foule d'autres moyens; et que parmi les nombreux agens de la matière médicale, nul, à coup sûr, n'aurait produit aussi rapidement et aussi complétement.

J'ai appelé cette cornéite rhumatismale, parce qu'elle s'était développée chez un sujet atteint depuis longues années d'autres manifestations de même nature, toutes restées silencieuses depuis l'apparition de celle-ci, spontanément, hors de l'influence productrice d'une cause externe quelconque, et, conséquemment, par la mise en jeu de cette cause intérieure inconnue dans sa nature, que, *par abstraction*, l'on désigne sous les noms de *vice, principe, diathèse, disposition*; que l'on pourrait aussi bien appeler x comme les algébristes : d'ailleurs, quelques-uns de ses symptômes, tels que les exacerbations nocturnes, les déplacemens d'un œil à l'autre, l'extrême intensité de la douleur s'accordent assez bien avec ce qu'enseigne l'observation sur la marche générale des affections rhumatismales.

D'après le système de nomenclature médicale généralement admis, cornéite signifie inflammation de la cornée, et cornéite rhumatismale inflammation de la cornée de nature ou par cause rhumatismale. Il y avait donc là deux élémens : *rhumatisme* et *inflammation*. Auquel des deux s'est adressée la vératrine? Sur lequel des deux a porté son action? Est-ce sur l'élément inflammatoire qui était, pour ainsi dire, la forme de la maladie, ou sur l'élément rhumatismal qui en constituait le fond? L'importance de cette question saute aux yeux, tant elle est capitale au point de vue pratique. Car, d'une part, le nombre des affections à forme inflammatoire, dans lesquelles l'élément rhumatismal joue un rôle pathogénique plus ou moins essentiel, est considérable; et, d'autre part, il y a beaucoup d'affections franches, non diathésiques, qui affectent les mêmes organes sur lesquels se font les fluxions rhumatismales. Il est donc du plus grand intérêt de savoir si les unes et les autres, indifféremment, sont accessibles à la vératrine; et dans le cas contraire, quelles sont celles qui lui sont accessibles. Ainsi, pour ne pas sortir du cercle tracé par les observations que j'ai rapportées, et qui font le sujet de cet article, cette puissance d'action curative, exercée par la vératrine dans les cornéites et dans les arthrites rhumatismales, se serait montrée au même degré s'il s'était agi de cornéites par cause externe ou d'arthrite traumatique? Alors nous posséderions dans la vératrine un agent antiphlegmasique par excellence, d'une efficacité telle, que la matière médicale ne présente rien de pareil : je ne puis dissimuler mes doutes à cet égard.

Quoi qu'il en soit, c'est à l'expérience à prononcer; c'est aux médecins des hôpitaux, auxquels une position spéciale fournit, pour ce genre de recherches, des facilités qui manquent à la plupart de leurs confrères, à la consulter sérieusement et à faire connaître sa réponse. La vératrine guérit souvent, pas toujours. Spécifier les cas où elle guérit et ceux où elle ne guérit pas; tel est le problème.

Dans une des observations précédentes, l'arthrite rhumatismale avait été précédée d'une pleuro-pneumonie. Cette dernière affection ne peut-elle pas être considérée comme une manifestation diathésique du même principe qui, plus tard, a donné lieu à l'arthrite? Et dans le cas de l'affirmative, aurait-elle cédé à la vératrine, comme lui a cédé l'arthrite subséquente?

Le diagnostic différentiel entre une pleuro-pneumonie franchement inflammatoire et cette même affection par cause diathésique n'est pas chose aisée, assurément, ni toujours possible. Le plus souvent, il sera soupçonné plutôt qu'établi. D'un autre côté, même dans ces rangs où les opinions vitalistes ne rencontrent pas d'opposans systématiques, il ne manque pas de médecins qui admettraient difficilement l'action du principe rhumatismal, là où manque la structure fibreuse. Mais, en tout cela, je ne vois pas de motifs suffisans pour renoncer à toute investigation ultérieure.

Que la vératrine soit l'agent curatif le plus puissant et le plus fréquemment efficace dans le traitement des affections rhumatismales aiguës, c'est une proposition qui me paraît en grande voie de démonstration. Depuis J. Want (*Med. and. phys. facts.*, tome XXXIII, London, 1815) jusqu'à Piédagnel, un si grand nombre de faits ont été produits, que les archives médicales en regorgent; de sorte qu'il est peu de propositions, en thérapeutique, qui s'étayent sur des observations plus nombreuses et plus concluantes.

Or, si un individu, chez lequel existerait certainement la diathèse rhumatismale, était pris spontanément et hors de l'influence provocatrice d'une cause venant du dehors, ou même sous l'influence d'une cause pareille, si on était fondé à penser qu'elle n'agit que comme cause déterminante, si cet individu, dis-je, était pris d'une pleuro-pneumonie bien caractérisée; si cette affection cédait facilement, promptement, au même agent qui triomphe des affections rhumatismales; si les choses se passaient ainsi, non pas une fois, ni quatre, ni dix, mais le plus souvent; et si les faits contraires pouvaient être regardés comme exceptionnels, alors il y aurait lieu d'appliquer l'axiôme *Naturam morborum ostendunt*, etc., nonobstant la vive et spirituelle, contradiction dont il a été récemment l'objet. Et du même coup resteraient démontrées et la spécificité du médicament, et la spécificité de la maladie.

Il va sans dire que ces expérimentations thérapeutiques par la vératrine, qui sont des *desiderata*, pourraient être étendues, dans le même esprit, à toutes les maladies d'apparence inflammatoire, et dans lesquelles on est autorisé à soupçonner l'action obscure mais réelle du x rhumatismal; la péritonite, la métrite, l'ovarite, la cystite, l'urétrite, la vaginite, diverses ophthalmies, les méningites, l'otite, l'amygdalite, la gastrite, l'entérite, etc., ne sont-elles pas souvent dans ce cas?

On comprendra que je n'émets ces idées que sous les plus timides réserves, et à titre de simples aperçus; pourtant, je crois qu'elles reposent sur des considérations théoriques assez sérieuses pour les distinguer du paradoxe, et sur des faits assez nombreux et importans, pour leur mériter l'honneur d'une vérification expérimentale.

La vératrine est un de ces agens héroïques sur le compte desquels il faut savoir à quoi s'en tenir; le doute, en telle matière, pèse à l'esprit du médecin ami de la science et de l'humanité.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Trente-sixième Leçon.

SOMMAIRE. — La vie n'a été possible que sur le globe *refroidi*. — Importance des dents en paléontologie. — Physiologie des dents.

J'ai exposé les conjectures auxquelles a donné lieu l'existence des os d'éléphant en Sibérie. Dans cette question, aussi difficile qu'importante, nous avons vu Pallas, Buffon, Cuvier, de grands naturalistes, Laplace, un grand géomètre, se contredire les uns les autres; nous avons vu Cuvier se contredire lui-même. Dans ce conflit d'opinions, j'ai cherché à démêler la vérité ou du moins la probabilité, et je vous ai donné ce que je crois être l'explication du phénomène dont il s'agit.

Avant de quitter ce sujet, je dois dire encore un mot de l'hypothèse de Buffon.

L'auteur de l'*Histoire naturelle* représente les éléphans et les autres animaux du midi, avant leur prétendue migration vers l'équateur, comme vivant dans les régions polaires et y vivant sous l'influence de la chaleur *propre* et très élevée de la terre.

Il croyait que cette chaleur terrestre avait été le principe de la vie des animaux, dans le premier âge du globe. Il va même jusqu'à supposer que les premiers poissons, espèces d'une autre *nature* que les nôtres, pensait-il, ont pu habiter une mer *encore bouillante*.

C'est là une grave erreur.

L'ébullition prive l'eau de toutes les particules d'air qu'elle contient. Or, les poissons, — chacun le sait aujourd'hui, — respirent uniquement l'air qui se trouve dans l'eau. Comment auraient-ils pu vivre dans une mer bouillante et par conséquent privée d'air?

Buffon cite, à l'appui de sa conjecture, une observation de Sonnerat qui aurait vu près du village de Bally (Ile de Luçon) des poissons nageant dans une eau courante dont la température ne s'élevait pas à moins de 67° Réaumur. Mais il faut, sans hésitation, rejeter le fait. Sonnerat s'est trompé. Son récit même invite au doute : il avoue qu'il ne lui fut pas possible de se procurer quelques-uns de ces poissons. « L'agilité de ces poissons, dit-il, et la maladresse des gens du pays ne me permirent pas d'en prendre un seul. » Et puis : « La vapeur de l'eau ne me permit pas de les distinguer assez bien pour les rapprocher de quelques genres. »

L'hypothèse de Buffon est donc inadmissible. Aucun être n'aurait pu vivre dans une eau en ébullition ou voisine de l'ébullition, ni au contact d'une terre brûlante. La vie n'a pu commencer que sur le globe refroidi et réduit, ou à fort peu près, à la seule influence de la chaleur solaire.

Je passe à d'autres questions qui touchent aux mammifères fossiles.

Ce qui nous importe, dans l'ordre d'idées que nous suivons, c'est de distinguer les espèces fossiles d'avec les espèces vivantes. Cette distinction a été l'objet des études les plus attentives de la part des naturalistes — et nous nous en occuperons tout à l'heure — en ce qui touche un des genres zoologiques les plus intéressans, le genre *éléphant*.

Distinguer entre elles les espèces vivantes, cela est, en général, facile. Nous avons, pour le faire, mille secours. S'agit-il de l'âne et du cheval, par exemple, animaux dont les squelettes sont identiques? Nous les distinguerons par leurs caractères extérieurs, par les oreilles, par laqueue, par la voix, etc. Nous reconnaîtrons le lion à sa crinière, parmi tous les *felis*. De même, une pupille ronde ou verticale marquera la séparation spécifique du chien et du renard, deux animaux qui se rapprochent par tout le reste.

Mais quand il s'agit de comparer les fossiles entre eux ou avec les espèces vivantes, la difficulté devient grande. L'animal fossile nous donne, pour tout guide, des os, ou même de simples fragmens d'os, un squelette presque toujours incomplet. C'est donc au squelette, c'est aux dents, qui en sont les parties les plus importantes, que nous devons demander ici les caractères distinctifs des genres et des espèces. L'hom-

neur éternel de Cuvier sera d'avoir fait parler tous ces débris, muets avant lui, de la nature fossile.

Je viens de dire que les dents sont les parties les plus importantes du squelette. Et, à cette occasion, nous qui sommes physiologistes, demandons-nous ce que c'est qu'une dent.

Un grand nombre d'auteurs considèrent la dent comme un corps de nature inorganique, comme une simple exsudation du bulbe ou noyau pulpeux. L'accroissement des dents se ferait, à la manière des corps bruts, par la juxtà-position successive des couches exsudées. Telle est, en deux mots, la théorie *mécanique* proposée par Cuvier et adoptée par la plupart des naturalistes.

Elle est erronée. La dent ou, pour parler avec rigueur, la partie principale et constitutive de la dent, l'*ivoire* est une partie vasculaire et sensible, un être vivant dans un autre être, un *organe* ayant des périodes de formation, de développement et de mort. En un mot, la dent est un *os*. La seule partie de la dent qui soit inorganique est l'émail, lequel n'est qu'un revêtement accessoire.

Je voudrais, à la théorie *mécanique* de Cuvier, substituer une théorie *physiologique*.

Je dis que la dent est un os. Elle est pareille à l'os et par son tissu et par sa manière de croître : cette double identité va nous être démontrée par l'expérience, notre guide unique, mais assuré, en physiologie.

Un os plongé dans de l'acide hydrochlorique affaibli se dépouille, après quelque temps, de son phosphate calcaire, qui est la partie morte, et ne conserve plus que son cartilage, qui est la partie primitive, essentielle et vivante.

Une dent, plongée dans le même acide, se comporte absolument de même. Elle perd sa partie calcaire et revient, sans altération de forme, à l'état de cartilage.

Autre expérience tout aussi concluante : vous savez que la garance, mêlée avec les alimens dont se nourrit un animal, rougit les os, et, de toutes les parties de l'économie, ne rougit que les os.

Or, la garance rougit l'ivoire comme les autres os : l'émail est la seule partie de la dent qui échappe à son action.

L'os et l'ivoire sont donc de même nature, de même tissu.

L'action si curieuse de la garance nous a donné — vous ne l'avez pas oublié — le secret du développement des os, développement qui se compose de deux faits : *suraddition* de lames externes et *résorption* de lames internes. Les expériences dont vous avez vu les résultats mettent ces deux faits en pleine lumière.

La marche de la garance dans l'ivoire, nous y montre, comme dans l'os, une suraddition et une résorption de lames distinctes, mais non pas, comme dans l'os, une suraddition de lames externes, et une résorption de lames internes. A l'inverse de l'os, la *suraddition* se fait dans la dent par la face *interne*, et la *résorption* se fait par la face *externe*.

Au fond et essentiellement, les dents croissent donc comme les os, par couches distinctes et juxtà-posées.

Les pièces suivantes, qui ont subi sur le vivant l'action de la garance, ne laissent aucun doute sur le mode d'accroissement des dents.

La première est une dent molaire d'un jeune porc, lequel a été soumis au régime de la garance pendant quinze jours. Cette dent, sciée par le milieu, présente deux couches distinctes : une interne rouge, et une externe blanche.

La couche blanche est celle qui était formée *avant* et la couche rouge est celle qui s'est formée *pendant* l'usage de la garance.

La seconde pièce est une autre dent molaire d'un jeune porc qui, après quinze jours du régime de la garance, a été remis à la nourriture ordinaire pendant vingt jours. Ici, à ne considérer que la couleur, l'ordre des couches est renversé : c'est la couche rouge, qui est l'ancienne, et qui est externe ; et c'est la couche blanche, qui est la nouvelle, et l'interne.

Suivant donc que l'animal a fini par l'usage de la garance ou par la nourriture ordinaire, la couche interne est rouge ou blanche.

Enfin, je vous montre les dents molaires de quatre autres jeunes porcs qui, après avoir été soumis au régime de la garance, ont été rendus à la nourriture ordinaire, le premier pendant un mois, le second pendant un mois et demi, le troisième pendant trois mois, le quatrième pendant six mois.

Sur ces pièces la couche rouge, l'ancienne, est toujours externe et d'autant plus mince, dans chaque pièce, que l'animal auquel elle a appartenu a été soumis plus longtemps, après le régime de la garance, à la nourriture ordinaire : sur la dent du porc qui a été remis à la nourriture ordinaire pendant six mois, la couche rouge est d'une minceur extrême et comme prête à disparaître.

Dans les dents nous pouvons donc suivre la marche de la garance de dedans en dehors, comme dans les os nous l'avons suivie de dehors en dedans. Et de cette marche de la garance dans les dents nous devons conclure qu'à mesure qu'il se forme de nouvelles couches par la face *interne* de la dent, par la face qui répond au *bulbe*, il en disparaît d'autres par la face *externe*, par celle qui répond à l'*émail*.

C'est le bulbe ou noyau pulpeux qui produit la dent, par une suite de transformations, comme le périoste produit l'os : le bulbe se transforme en cartilage, et ce cartilage se transforme en os.

Ainsi, Cuvier se trompait quand il voyait dans le bulbe une membrane glandulaire sécrétant des parties mortes, des strates insensibles. Le bulbe et l'ivoire sont la même matière, la même substance, les mêmes lames, là gélatineuses, ici pénétrées par le phosphate calcaire, durcies, *ossifiées*. Et ces lames *vivent*, elles reçoivent des vaisseaux et des nerfs. Enfin, et ceci ne laisse aucune place au doute, les dents, comme les os et comme tout corps organisé et vivant, paient tribut à la maladie. Qui ne sait que la carie est une maladie commune aux os et aux dents ?

Telle est, sur la nature et le mode d'accroissement des dents, la théorie *expérimentale*, la théorie vraie.

(*La suite du cours prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 Septembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Recherches expérimentales sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.

M. Brown-Séquard lit, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

I. — Après avoir coupé en travers les deux cordons postérieurs de la moelle épinière sur un mammifère, nous constatons que les deux surfaces de section sont sensibles et que la surface inférieure de la section paraît l'être plus que la supérieure. Cela fait, nous disséquons ces cordons, à partir des surfaces de section, dans une longueur de 2 à 3 centimètres, et nous obtenons ainsi deux lambeaux se continuant avec le reste de la moelle, l'un par son extrémité supérieure, l'autre par son extrémité inférieure. La sensibilité persiste, mais affaiblie, dans ces deux lambeaux, et nous avons constaté nombre de fois, depuis 1852, que la sensibilité paraît plus vive dans le lambeau inférieur que dans le supérieur.

La transmission des impressions sensitives dans le lambeau inférieur s'opère donc dans une direction centrifuge. Après avoir suivi cette direction dans une certaine étendue des cordons postérieurs, les impressions, parties de l'extrémité libre de ce lambeau, pénètrent dans la substance grise, qui les transmet jusqu'à l'encéphale. Si nous coupons en travers les cordons postérieurs, à environ 1 centimètre de l'endroit où ce lambeau inférieur se continue avec le reste de la moelle, la sensibilité se perd presque entièrement dans ce lambeau. Sans doute, nous coupons alors la plupart des fibres sensitives, qui descendent de ce lambeau. Si au lieu de faire la section des cordons postérieurs, à 1 centimètre seulement, nous la faisons, sur différens animaux, à 2, à 3, à 4 ou à 5 centimètres, en arrière de l'endroit où ce lambeau se continue avec le reste de la moelle, nous trouvons que la sensibilité du lambeau diminue d'autant moins que la distance est plus grande, et qu'il n'y a plus de diminution quand la distance est de 5 centimètres ou au delà. Toutes les fibres sensitives venues du lambeau paraissent donc quitter les cordons postérieurs, dans un espace moindre que 5 centimètres. Une autre expérience démontre que ces fibres sensitives ne tardent pas à pénétrer dans la substance grise.

II. — Les fibres des racines postérieures vont en partie aux cordons postérieurs, ainsi que le montrent les expériences suivantes : Si l'on fait une section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière, précisément au devant des racines postérieures d'un des nerfs rachidiens, et qu'ensuite on coupe longitudinalement la moelle sur son plan médian antéro-postérieur, dans une étendue de 1 à 2 centimètres, en arrière de la section transversale, à partir d'elle et à angle droit avec elle, on obtient une portion de moelle qui ne se continue plus avec le reste de cet organe que par son extrémité inférieure. On trouve alors que les racines postérieures qui s'insèrent sur cette portion de moelle, ainsi que le bout de cordon postérieur qui en fait partie, conservent de la sensibilité. Il est facile de montrer que ce bout de cordon postérieur sert en partie à la transmission des impressions faites alors sur ces racines. En arrière d'elles, et à la distance de 1 centimètre du point où s'arrête la section longitudinale, nous coupons le cordon postérieur, en travers, sur un premier animal, et sur un second nous le coupons à la distance de 6 centimètres de ce point. Nous trouvons alors que ces racines et la portion de cordon postérieur intermédiaire aux deux sections transversales ont perdu leur sensibilité sur le premier animal et qu'ils la conservent sur le second. Les impressions faites alors sur ces racines se transmettent donc en partie, au moins, par le cordon postérieur ; mais elles ne font qu'y passer et en sortent bientôt pour se porter dans la substance grise qui les transmet à l'encéphale : car si, chez le second animal, nous coupons en travers la substance grise à une distance quelconque en avant de l'endroit où nous avons coupé une moitié latérale de la moelle, la sensibilité se perd complétement dans les racines qui s'insèrent sur la petite portion de moelle dont nous avons parlé. Comme la transmission des impressions dans les parties blanches de la moelle s'opère par des fibres, nous pouvons dire, d'après l'expérience que nous venons de rapporter, que les fibres à transmission centrifuge venant des racines postérieures passent en partie par les cordons postérieurs avant de se porter à la substance grise de la moelle. Une expérience analogue à la précédente nous a démontré aussi que les fibres à transmission centripète, venant des racines postérieures, se portent aussi en partie aux cordons postérieurs.

La continuité partielle des racines postérieures avec les cordons postérieurs nous semble aussi être démontrée clairement par les expériences suivantes. Nous coupons en travers les cordons postérieurs, en deux endroits, à la distance de 2 centimètres seulement l'un de l'autre, ne laissant entre les sections que les racines d'une seule paire de nerfs. Ces racines, ainsi que la portion des cordons portérieurs comprise entre les deux sections, semblent alors avoir perdu presque complétement leur sensibilité. Si l'on fait les deux sections assez loin l'une de l'autre pour que les racines de deux paires de nerfs soient comprises entre elles, alors la sensibilité est un peu plus marquée que dans le cas précédent. Plus les sections sont loin l'une de l'autre, plus il y a de sensibilité soit dans les racines, soit dans les cordons postérieurs. Quand les deux sections sont faites, l'une à la région cervicale, l'autre au niveau de la première ou de la deuxième vertèbre lombaire, la sensibilité paraît plus vive qu'à l'état normal dans plusieurs des racines postérieures, ainsi que dans certaines parties des cordons postérieurs, dans l'espace compris entre les deux sections. Les membres sont aussi dans un état d'hypéresthésie. Dans le segment intermédiaire à deux sections des cordons postérieurs, la surface de section supérieure est toujours plus sensible que l'inférieure.

Après avoir coupé en travers toute la moelle épinière, excepté les cordons postérieurs, il y a encore de la sensibilité dans les cordons et les racines postérieures en arrière de la section, dans une certaine étendue. Si nous coupons en travers les cordons postérieurs, à diverses distances en avant de cette section, nous obtenons des résultats qui varient beaucoup, suivant ces distances. Si c'est à 1 centimètre seulement que ces cordons ont été coupés, la sensibilité est perdue en arrière ; si c'est à 5 centimètres ou plus, la sensibilité en arrière de la première section est conservée. Mais si, dans ce dernier cas, nous coupons, en outre des cordons postérieurs, la substance grise, la sensibilité se perd partout en arrière.

III. — Quand on fait deux sections transversales sur la face postérieure de la moelle, de façon que trois paires de nerfs se trouvent entre les deux sections, on trouve qu'il y a de grandes différences dans le degré de la sensibilité des racines postérieures de ces paires de nerfs, suivant l'étendue et la profondeur de la section. 1° A-t-on réussi à couper les cordons postérieurs presque entièrement, mais sans léser beaucoup les cornes grises postérieures, on trouve que ces racines ont encore une sensibilité assez vive. 2° A-t-on coupé les cornes grises postérieures en même temps que les cordons postérieurs, la sensibilité de ces racines est manifestement plus diminuée que dans le cas précédent. 3° A-t-on coupé à la fois les cordons et les cornes postérieurs et une bonne partie des cordons latéraux, la sensibilité de ces racines est presque perdue.

Nous croyons pouvoir conclure des faits exposés dans ce mémoire :

1° Que les fibres des racines postérieures se portent en partie aux cordons postérieurs et probablement aussi en partie aux cordons latéraux ;

2° Que les fibres des racines postérieures qui se rendent dans les cordons portérieurs paraissent se porter en partie vers l'encéphale, en partie dans une direction opposée, de telle sorte que les unes sont ascendantes, les autres descendantes ;

3° Que les fibres des racines postérieures qui paraissent se rendre dans les cordons latéraux, semblent aussi être composées de deux séries, l'une des fibres ascendantes, l'autre des fibres descendantes ;

4° Que les fibres ascendantes, dans les cordons postérieurs comme dans les cordons latéraux, paraissent être moins nombreuses que les fibres descendantes ;

5° Que ces deux séries de fibres (ascendantes et descendantes), paraissent quitter les cordons postérieurs et latéraux, après un court trajet, pour pénétrer dans la substance grise ;

6° Que la transmission des impressions sensitives ne s'opère que d'une manière passagère par les cordons postérieurs, les fibres sensitives ne faisant que passer dans une faible étendue par ces cordons ;

7° Que la transmission à l'encéphale des impressions sensitives venues du tronc et des membres s'opère en dernier lieu par la substance grise de la moelle épinière. — (Comm. MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

PRESSE MÉDICALE.

MALADIE DE BRIGHT. — Voici plusieurs cas de maladies de Bright, se manifestant par des accidens convulsifs ressemblant à l'éclampsie.

1° Cas observé par le professeur Lebert à la Clinique de Zurich. — Un homme très robuste fut envoyé à l'hôpital avec une maladie qualifiée d'encéphalite. A la maison, il avait eu des accès de manie furieuse. Peau d'un jaune mat, pas de fièvre, pas de symptômes cérébraux, mais démarche chancelante ; pas d'infiltration hydropique. Urine très rare, très albumineuse, montrant sous le microscope beaucoup de cylindres d'exsudation. Le sang d'une saignée avait un caillot remarquablement petit. Les réponses du malade avaient souvent quelque chose de dérangé. Le second jour, il survint des accidens convulsifs répétés, analogues à ceux de l'épilepsie. L'écume qui se rassemblait sur les lèvres avait l'odeur urineuse. Le troisième et le quatrième jour, ces convulsions devinrent plus fréquentes, et le malade mourut le cinquième, dans un état comateux. Malgré l'absence d'hydropisie, la maladie fut caractérisée de maladie de Bright. A l'autopsie, on trouva quelques apoplexies capillaires minimes dans le cervelet : le reste du cerveau était totalement sain. Les reins étaient très petits, atrophiés, ratatinés comme du cuir. Leur surface était bosselée par beaucoup de cicatrices rétractées. L'enveloppe ne se laissait séparer du parenchyme qu'avec violence et en entraînait des fragmens. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 27.)

2° Observé à l'Hôpital général de Vienne par le docteur Drasche. — Un garçon tailleur de 30 ans, tomba malade 15 jours avant son entrée à l'hôpital, avec des symptômes fébriles et urinaires assez violens. D'abord strangurie, avec une petite quantité d'urine verdâtre ; quelques jours après, diminution subite et considérable de la faculté visuelle, qui n'était pas constante, mais passait et revenait sans époque fixe. Œdème de la face, du thorax et des extrémités inférieures. A l'examen, ces symptômes persistaient encore, de plus, peau chaude, sèche, pâle ; hébétude de la face, dilatation considérable des pupilles, épanchement pleural et péritonéal, œdème pulmonaire ; pouls à 100, petit, urine rare, jaune sale, sédimenteuse ; le dépôt renfermait beaucoup d'albumine et de cylindres fibrineux ; diminution d'urée et d'acide urique ; grande quantité de carbonate d'ammoniaque. État légèrement comateux. Le second jour, il survint subitement de violentes convulsions des extrémités supérieures et inférieures, avec fort délire et perte de connaissance. Cet état dura une demi-heure et se termina par du repos avec respiration stertoreuse. Au bout de deux heures, le malade se réveilla ayant complétement perdu la vue et gardant cette amaurose totale pendant six heures. Le troisième jour, le malade dit se sentir un peu mieux ; mais à dix heures du matin, le même état convulsif avec forte cyanose se reproduisit, et se termina subitement par la mort, avec des phénomènes de suffocation. Depuis 24 heures, pas une goutte d'urine n'avait été rendue. A l'autopsie, les reins étaient dans la période d'infiltration et de congestion. — (*Vochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855.)

3° Cas observé à la Clinique du professeur Forget, à Strasbourg, par M. Picard, interne du service. — Un garçon brasseur, de constitution athlétique, âgé de 40 ans, souffrait, depuis quatre ans, de difficulté dans l'émission de l'urine. Il est arrivé à Strasbourg le 1er juin 1855, a éprouvé pendant plusieurs jours des accès de fièvre intermittente, accompagnés de céphalalgie et de congestion de la face. Dans la soirée du 5 et la matinée du 6, il fut pris d'un accès que les témoins ont caractérisé d'épileptiforme, et on l'apporta à l'hôpital le même jour. Au moment où l'on s'apprêtait à le déshabiller, il tomba subitement comme foudroyé ; bientôt après sont survenus des mouvemens convulsifs très violens, de la turgescence de la face, la respiration accélérée, la fréquence du pouls, de l'écume à la bouche, la perte de connaissance absolue. Large saignée et fomentations froides sur la tête. Au bout d'une demi-heure, le malade est revenu un peu à lui. A la contre-visite, M. Picard a trouvé un état de prostration voisin du coma ; langue embarrassée, face très colorée et *bouffie* ; pouls très accéléré et médiocrement développé, point de paralysie ni d'hémiplégie, *léger œdème des extrémités inférieures*. Le cathétérisme fut pratiqué, mais la sonde ordinaire ne passa pas ; pendant que l'on faisait chercher d'autres sondes, le malade fut pris de nouveau de mouvemens convulsifs, le sang sortit avec force de l'ouverture de la saignée, face fortement congestionnée, respiration de plus en plus embarrassée, pouls d'abord accéléré et développé, devenant de plus en plus petit et lent ; mort au bout de trois à quatre minutes.

Autopsie. — Urine albumineuse ; quantité considérable d'urée dans le sérum du sang ; la saignée offrait un caillot globuleux, très fortement rétracté sur lui-même, recouvert d'une couenne assez épaisse en forme de godet. Hypérémie des enveloppes du cerveau ; beaucoup de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et les ventricules. Bride fibreuse valvulaire dans l'urètre ; parois vésicales hypertrophiées. Les reins sont noyés en quelque sorte, dans une masse de tissu adipeux ; granulations nombreuses et volumineuses à la surface ; ils sont petits, pâles, exsangues ; leur tissu, plus dense et plus tenace qu'à l'état normal, est aminci par une dilatation considérable des bassinets et des calices ; pas de distinction entre les deux substances. M. Picard, en discutant, a fait arriver aux conclusions suivantes : 1° ce malade a succombé à une éclampsie uroémique ; 2° l'existence d'un œdème de la face et des extrémités, accompagné d'accidens épileptiformes alternant avec de la somnolence, et d'urines albumineuses peut faire diagnostiquer à coup sûr l'uroémie. L'analyse du sang complétera ce diagnostic de manière à lever tous les doutes ; 3° l'examen des urines est d'une très grande importance dans les affections cérébrales ; 4° l'analyse du sang, au point de vue de la détermination qualitative et quantitative de l'urée, ne présente pas autant de difficultés qu'on l'a prétendu. L'urée a des caractères nets et bien tranchés ; son dosage par le procédé de Liebig est sûr, facile à exécuter et expéditif. — (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, n° 7.)

Ces trois observations sont importantes, car elles apportent des matériaux précieux à la connaissance du rapport qui existe entre l'éclampsie et la maladie de Bright. C'est à ce titre que je les ai extraites, sans entrer dans des développemens plus étendus et sans vouloir entamer ici la question si débattue de l'éclampsie puerpérale. Le professeur Litzmann, de Kiel, un des premiers et des chauds partisans de l'uroémie, vient de la reprendre dans la *Deutsche Klinik* n° 29, et répond victorieusement aux argumens de ses adversaires. On consultera avec fruit un travail très étendu et complet sur le même sujet, publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, 1854, par le docteur Wieger, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 120. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 9 Octobre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.... 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 8 OCTOBRE 1855.

MORT DE M. MAGENDIE.

Nous avons à remplir le pénible devoir d'annoncer la mort de M. Magendie. L'illustre physiologiste s'est éteint hier, dimanche, le jour même où il accomplissait sa soixante-douzième année, après une longue et douloureuse maladie du cœur qui, depuis plusieurs mois, n'était qu'une lente et cruelle agonie. M. Magendie est mort à sa maison de campagne, à Saunois; mais ses obsèques doivent avoir lieu à Paris; le jour ne nous en est pas encore connu au moment où nous mettons sous presse.

Ce n'est pas le moment de rappeler les grands et célèbres travaux de ce savant médecin, de cet habile et ingénieux expérimentateur dont les découvertes ont révolutionné la physiologie. Nous chercherons plus tard à rendre ce pieux hommage à sa mémoire.

M. Magendie était membre de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, professeur de médecine au Collége de France, président du Comité consultatif d'hygiène publique, commandeur de la Légion d'honneur, etc.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'HÉMATURIE ET SUR SON TRAITEMENT;

Par le docteur Aug. MERCIER.

L'hématurie est un des phénomènes morbides dont l'étude laisse le plus à désirer. On désigne habituellement sous ce nom, un pissement de sang provenant des reins, des uretères ou de la vessie, et on étudie à part celui qui a sa source dans l'urètre, parce que, dit-on, ce liquide n'est pas chassé par les contractions de la vessie et s'écoule au dehors sans interruption. On est convaincu que le sang provenant de l'urètre ne passe dans la vessie qu'autant qu'un caillot, un calcul, un rétrécissement ou un autre genre d'obstacle l'empêchent de se faire jour en avant. Il résulte de là qu'on se trompe souvent sur la source de certaines hématuries.

Souvent, en effet, quand le sang s'épanche en certaine quantité dans l'urètre, au delà de la portion membraneuse, il passe dans la vessie comme y passent les injections qu'on fait dans cette partie du canal. Ainsi, le caractère qu'on attribue à l'hémorrhagie de l'urètre n'appartient qu'à celle de la région spongieuse, et il faut admettre une hématurie des régions profondes.

L'hématurie est très commune chez les hommes âgés. Mais cela ne dépend-il, comme on l'a dit (*Dict. de méd.*, t. XV, p. 107), que de la fréquence des maladies des voies urinaires à cet âge? Cette raison est certainement la plus ordinaire, mais elle n'est pas la seule à mon avis. Je dirai même que les hématuries les plus abondantes, et surtout les plus rebelles que j'aie observées, n'avaient pas été précédées de symptômes bien sérieux de ce côté. Je crois qu'on doit aussi tenir compte de la déclivité de ces parties, de la lenteur de la circulation dans un âge avancé, et de la stagnation du sang que ces conditions déterminent. Si les plexus et les veines du bassin sont si largement développés chez les vieillards, peut-on douter que cette dilatation s'étende jusqu'à leurs plus fines ramifications? J'ai déjà signalé, dans mes *Recherches sur les maladies urinaires des hommes âgés*, p. 11, 26, 34 et 256, l'aspect bleuâtre, noirâtre que cette dilatation donne à certains tissus qui sont blancs ou rouges dans un âge moins avancé.

Les contusions, plaies, cancers et autres dégénérescences des reins, les plaies, fongus et cancers de la vessie donnent ordinairement lieu à l'hématurie. J'ai rapporté un exemple de cancer, p. 134 de l'ouvrage précédemment cité; p. 130, on trouve un cas de fongus situé entre les embouchures des uretères. Je noterai, en passant, que le bas-fond paraît être le siége habituel de cette lésion. On en trouve des exemples dans les ouvrages de Chopart (t. II, p. 254 et 265), d'E. Home (*On diseases of the prostate gland*, t. II, p. 51, pl. X; trad., p. 208), et de M. Civiale (t. IV, p. 420, 2e édit.). Voici une note qui m'a été remise par le docteur T.-R. Armitage, de Londres. Un homme, âgé de 38 ans environ, fut admis à l'hôpital de *King's College*, en 1849. Il avait perdu beaucoup de sang avec les urines, ce qui l'avait affaibli au dernier degré avant son entrée. Pendant son séjour, il y avait toujours plus ou moins de sang dans l'urine. Il succomba à ces pertes continuelles, et, à l'autopsie, on trouva dans la vessie une tumeur du volume d'une noix, pyriforme, et dont le pédoncule partait du trigone, entre les uretères et le col de la vessie. Sa consistance était spongieuse et rappelait l'idée d'un tissu érectile. Le gros bout de cette tumeur pendait dans ce dernier orifice, et avait quelquefois donné lieu pendant la vie à des obstructions au cours de l'urine.

De simples polypes muqueux peuvent-ils déterminer l'hématurie? J'ai rapporté deux cas de ce genre (*Ibid.*, p. 129) : l'un de ces polypes était purement muqueux, avec arborisations vasculaires; l'autre, dont le pédicule était également muqueux, avait son sommet rempli par une masse noirâtre évidemment formée de sang coagulé. Il semble que celui-ci doit son origine à du sang qui, épanché sous la muqueuse, l'a soulevée peu à peu et s'est ainsi fait un pédicule. Le premier, qui s'était accompagné de plusieurs hémorrhagies, ne résultait-il pas également d'un épanchement sanguin qui aurait soulevé la muqueuse et aurait fini par se détacher? En un mot, dans ces cas, le polype est-il effet ou cause de l'épanchement sanguin? Peut-être est-il tantôt l'un, tantôt l'autre. On a beaucoup parlé, et on parle beaucoup tous les jours de fongus du col : il y a longtemps que j'ai dit n'en avoir jamais rencontré en cet endroit; je me trouve encore aujourd'hui dans le même cas. Les auteurs font aussi souvent intervenir les varices du col de la vessie. J'ai dit également (*Ibid.*, p. 137), ce que je pense à cet égard : la seule lésion qui, à mon avis, mérite ce nom, c'est la dilatation de capillaires veineux qui viennent converger des différens points du trigone vers le bord postérieur de l'orifice vésico-urétral. On verra plus loin quel rôle je leur suppose dans la production des hématuries. Mentionnons encore, parmi les causes, les calculs et autres corps étrangers des reins, des uretères et de la vessie; enfin les plaies, lacérations et fausses routes de la partie profonde de l'urètre.

Les hématuries par exhalation, qui remplacent parfois des écoulemens sanguins naturels ou pathologiques, passagers ou périodiques, me paraissent excessivement rares chez les vieillards. L'inflammation des muqueuses donne souvent lieu à une sécrétion sanguinolente; mais cette sécrétion n'est presque jamais assez abondante pour être regardée comme une hémorrhagie. J'ai dit, dans mes *Rech. sur les valv.*, p. 141, que l'écoulement de sang se fait alors dans deux conditions différentes. Souvent il se produit à la fin de l'émission, et l'urine, pure d'abord, apparaît de plus en plus sanguinolente vers la fin.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Premier livre du *De usu partium*. — Description de la main; importance de cet organe pour le développement de l'intelligence; Galien et Condillac. L'hymne de Galien à la divinité. Trait de la philosophie galénique. — Deuxième livre : Études sur les articulations du membre supérieur. — Troisième livre : Du membre inférieur; digression sur les centaures. Comme quoi l'homme n'est pas organisé pour regarder le ciel.

XI (1).

Physiologie de Galien. — Examen du De usu partium (suite).

(Le cours de M. Andral, dont la publication a été longtemps interrompue par des circonstances indépendantes de la volonté de notre honoré collaborateur, M. le docteur Tartivel, sera publié dès ce moment sans interruption nouvelle.)

Le premier livre de cet ouvrage, dont nous avons déjà donné une idée générale, est tout entier consacré à la description de la main. Il peut se résumer en ceci : Galien débute par un aperçu de la conformation générale de la main, conformation qui, d'une part, la rend apte à exécuter toute sorte de mouvemens, et, d'autre part, en fait un instrument merveilleux, éminemment propre à atteindre deux buts principaux, savoir : 1° la préhension des objets les plus variés dans leurs dimensions; 2° l'appréciation des qualités de ces objets, en vertu d'une modification particulière du sens du toucher, modification qui constitue le tact. Suivant Galien, l'exercice du tact n'est pas favorisé seulement par la finesse de la peau de la main, mais encore par la disposition des différentes parties de cet organe, disposition qui permet à celui-ci de s'adapter à la forme des objets et de se mouler sur eux. C'est pourquoi la main peut sanctionner ou casser les jugemens portés sur les qualités des objets par les autres sens. Tout en creusant ce sujet, Galien en fait jaillir une foule de considérations remarquables et d'aperçus ingénieux que plusieurs philosophes éminens, Condillac, en particulier, ont repris plus tard et développés.

Ensuite, Galien montre que la main serait moins apte à remplir ses fonctions si elle avait plus ou moins de cinq doigts, et comme preuve du premier cas il cite l'exemple des individus qui ont des doigts surnuméraires. Il fait ressortir l'avantage de l'inégalité des doigts et de la longueur plus considérable du médius. A cette inégalité, il attribue l'aptitude des doigts à saisir des objets de toutes dimensions. Il met en relief la perfection du pouce chez l'homme comparé à celui du singe.

Poussant plus avant son étude, Galien passe en revue les différentes pièces qui entrent dans la composition de la main, os, articulations, muscles, tendons, etc., les étudie en elles-mêmes et dans leurs rapports avec leurs usages fonctionnels; rien n'échappe à cette analyse savante, et vraiment, malgré les immenses progrès de l'anatomie, rien n'a été fait de plus complet que cette description, où brillent du plus grand éclat, la sagacité et l'esprit ingénieux de l'auteur.

Galien expose ensuite les divers mouvemens que chaque partie de la main exécute isolément et il cherche à déterminer quels sont les muscles qui les accomplissent.

Après avoir pénétré par l'analyse dans tous les détails les plus intimes de la structure de la main, de l'agencement des diverses parties qui la composent, des rapports de cette structure et de cet arrangement avec les fonctions dévolues à l'organe, s'élevant par la contemplation jusqu'aux plus sublimes hauteurs de la philosophie et donnant l'essor à l'enthousiasme qui l'agite : « En présence de cette main, de ce merveilleux instrument, s'écrie Galien, ne prend-on pas en pitié l'opinion de ces philosophes qui ne voient dans le corps humain que le résultat de la combinaison fortuite des atomes? Tout dans notre organisation ne jette-t-il pas un éclatant démenti à cette fausse doctrine? Osez invoquer le hasard pour expliquer cette disposition admirable! Non, ce n'est pas une puissance aveugle qui a produit toutes ces merveilles. Or, connaissez-vous parmi les hommes, un génie capable de concevoir et d'exécuter une œuvre aussi parfaite? Un pareil ouvrier n'existe pas. Cette organisation sublime est donc l'ouvrage d'une intelligence supérieure, dont celle de l'homme n'est qu'un faible reflet sur cette terre. Que d'autres offrent à la divinité de sanglantes hécatombes, qu'ils chantent des hymnes en l'honneur des dieux, mon hymne à moi, c'est l'étude et l'exposition des merveilles de l'organisation humaine! »

« Mais, ajoute Galien, pourquoi dans cette œuvre que je viens de représenter comme si parfaite, au point de vue de l'art, se produit-il des altérations? Pourquoi les maladies? N'eût-il pas été possible de donner à ces parties une perfection plus grande qui les empêchât de s'altérer?..... Si l'organisation s'altère, répond Galien, cherchez-en la cause non dans un défaut d'intelligence et de prévoyance de la part de l'artiste, mais dans un vice de la matière même des organes. S'il est vrai qu'un Dieu ait arrangé le monde et les différentes parties du corps des animaux, il n'a pu le faire qu'en prenant une matière donnée. L'existence de cette matière a précédé la volonté de celui qui lui a donné une forme et des forces; une forme par laquelle la matière se révèle à nos sens; des forces sous l'empire desquelles la matière sort de l'état d'inertie, et qui se manifestent par une foule de phénomènes divers dont le monde animé ou animal est le théâtre. »

Voilà un des principaux traits de la philosophie de Galien. Les altérations de l'organisation, les maladies, ne résultent pas, suivant lui, d'un vice dans l'arrangement des parties constituantes des organes; il en accuse l'imperfection de la matière de ces organes, matière dont l'existence indépendante de la volonté de celui qui l'a façonnée, a précédé la manifestation de la puissance créatrice.

Voilà ce que contient le premier livre du *De usu partium*, exclusivement employé à l'étude de la main et de son utilité.

Dans le deuxième livre, Galien s'occupe du carpe, de l'avant-bras et du bras. Il cherche à rendre raison de la disposition de chacun des segmens du membre supérieur; des articulations qui les unissent et les séparent tout à la fois, des muscles qui les meuvent les uns sur les autres. Il insiste d'une manière toute spéciale sur les articulations. L'étude de ces parties, l'exposition des plus petits détails de leur structure, plai-

(1) Voir le numéro du 3 Octobre 1854.

Quand une sonde ou un calcul sont dans la vessie, on peut attribuer cet effet au frottement de la muqueuse sur le corps étranger; mais comme j'ai observé ce phénomène en l'absence d'aucune de ces causes, j'ai pensé que cela tenait à ce que la muqueuse congestionnée était froncée, mamelonnée par la contraction de la tunique charnue qui en exprimait le sang pour ainsi dire comme d'une éponge. Dans d'autres cas plus rares, les choses se passent de telle sorte, que je me suis demandé s'il ne pourrait pas arriver qu'épaissies, indurées par l'hypertrophie et l'inflammation, les parois vésicales fussent incapables de se resserrer, et si, lorsqu'on a complétement évacué leur contenu par des pressions sur l'hypogastre, elles ne pouvaient pas, en vertu de leur élasticité, exercer une succion sur leur propre muqueuse. Outre que cette explication concorde avec certains faits, elle semble démontrée par l'aspiration de l'air qui se produit assez souvent quand on cesse de presser sur l'hypogastre avant d'avoir extrait ou bouché la sonde. Néanmoins, M. Civiale, en me désignant non pas par le mot *on* comme d'habitude, mais par celui de *quelques personnes*, a critiqué ces théories et les a qualifiées d'*étranges*. (*Traité*, etc., 2e édit., t. III, p. 405). Il trouve, d'ailleurs, que les théories n'ont aucune utilité pratique, et c'est pour cela sans doute qu'il en donne une que voici : « Dans l'hématurie, dit-il, abstraction faite de l'hémorrhagie urétrale, le sang est presque toujours fourni par la surface interne de la vessie, et son exhalation est ordinairement le résultat de la surdistension des parois de cet organe, par suite du séjour forcé de l'urine. » (*Ibib.*, p. 438. — Voir aussi p. 407, 413, 415 et 433). Je ne dirai pas que cette théorie est étrange, mais simplement que, dans presque toutes les hémorrhagies rebelles que j'aie rencontrées, non seulement la vessie n'était pas surdistendue, mais encore qu'elle se vidait presque entièrement ou même tout à fait : tel était le cas d'un homonyme que j'ai soigné dernièrement, rue du Cherche-Midi, 21, avec le dr P. Guersant, et qui nous a donné les plus sérieuses inquiétudes : j'en citerai plus bas d'autres exemples. Qu'on rencontre des hématuries abondantes avec rétention d'urine, je ne le nie pas. Il n'y a pas huit jours que j'en ai eu la preuve, et une preuve telle que j'ai éprouvé quelque peine à vider la vessie des caillots qui la remplissaient. Mais comment prouver que c'est la rétention qui a amené l'épanchement de sang, et non le sang qui a amené la rétention? M. Civiale soutiendrait la première thèse; moi, au contraire, je soutiens la seconde, parce que le malade depuis longtemps déjà urinait du sang sans avoir de rétention, et qu'aussitôt après l'extraction, il recommença à uriner sans sonde. D'un autre côté, je suppose, ce qui n'est pas très rare, qu'il y ait réellement distension, qu'on sonde le malade et qu'il vienne du sang vers la fin et dans les émissions suivantes, dira-t-on que c'est la distension qui en est cause? Il me semble qu'on pourrait, avec au moins autant de raison, en accuser le resserrement des parois vésicales, conformément à ma première théorie.

Est-ce à dire cependant que cette surdistension ne peut rien faire? Ce n'est pas là ma pensée. Je crois au contraire que, lorsqu'elle existe, et que le malade fait des efforts violens pour uriner, il y a une compression de tout le système veineux du bassin, et par cela même aggravation de l'hémorrhagie, comme cela m'a été démontré de la manière la plus incontestable à la suite des plaies du col de la vessie. Je ne suis même pas éloigné de croire que, lorsqu'il y a rétention d'urine par obstacle au col de la vessie, ces efforts peuvent exprimer le sang des capillaires veineux, d'autant plus que ceux-ci, passant de la vessie dans l'urètre, doivent se trouver fortement étranglés au niveau de l'orifice. Néanmoins, ces cas d'hématurie sont rarement très rebelles.

On a vu les diurétiques et les cantharides déterminer l'hématurie; on a accusé les asperges, les oignons, l'ail : j'ai vu un fait qui me laisse peu de doutes sur l'influence des premières. La masturbation, ainsi que le coït trop répétés ou trop prolongés m'ont paru, dans certains cas, avoir produit l'hémorrhagie du col de la vessie.

Avec ou sans les causes que je viens de passer en revue, peut se rencontrer une disposition spéciale aux hémorrhagies, résultant soit d'une laxité particulière des tissus, soit d'une fluidité trop grande du sang. Cette disposition peut être congéniale; mais d'autres fois elle est accidentelle, comme dans certaines fièvres graves, le scorbut, etc. On trouvera plus loin une observation dans laquelle je ne pus soupçonner que l'usage, je ne dirai même pas l'abus des bains alcalins.

L'hématurie étant rarement active dans la vieillesse, elle est, en conséquence, rarement précédée de ces symptômes de congestion qui annoncent un *molimen hemorrhagicum*. Quelques malades cependant accusent, sur le trajet de l'urètre ou dans la vessie des sensations diverses qui leur annoncent qu'ils vont uriner du sang. J'en ai vu aussi qui disaient que l'urine, lorsqu'elle est mêlée de sang, leur paraît plus chaude et plus douce en traversant le canal.

Quoiqu'il soit vrai que l'injection de certaines substances par l'estomac colore l'urine, il est rare cependant qu'à la simple vue on ne puisse distinguer la présence du sang; pour peu qu'il y en ait, il forme, par le repos, un dépôt parfaitement reconnaissable; et d'ailleurs, le microscope lève tous les doutes. L'erreur n'est pas possible. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit de reconnaître sa source.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SYPHILIOGRAPHIE.

DU CHANCRE AU POINT DE VUE DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE;

Par le docteur Henry Musset, de Ste-Terre (Gironde), ancien interne de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc.

(Voir les numéros des 31 Mai, 19 Juin, 7, 21 Juillet et 1er Septembre 1855.)

Faits cliniques qui démontrent la non-infection du chancre simple.

Observation I. — Brivois, entré au Midi le 6 mars 1851, salle 3, n° 1.

Malade ayant eu cinq fois des chancres simples à des époques diverses, accompagnés quatre fois de bubons suppurés, et n'ayant jamais présenté d'accidens généraux, en l'absence, bien entendu, de tout traitement mercuriel.

En 1843, il passe deux mois dans le service de M. Vidal pour un chancre simple et un bubon inflammatoire, sur lequel soixante sangsues sont appliquées. Malgré l'énergie de ce traitement, le bubon suppure longtemps. Point de traitement spécifique; point d'accidens généraux.

En 1845, nouveau chancre simple à la racine du gland, traité par M. Ricord, qui donne de la tisane de chiendent et la solution ferrée en lavage. Le malade séjourne six semaines à l'hôpital, et sort guéri sans présenter de signes d'infection.

En 1848, chancre simple et bubon du côté gauche. Ce dernier suppure pendant sept semaines. Traitement expectant; eau chlorurée sur le chancre; guérison. Pas d'accidens généraux.

En 1851, quatrième infection caractérisée par des chancres à forme phagédénique et par un bubon suppuré du côté droit, traitée par M. Puche, qui emploie l'eau chlorurée et la tisane commune. Après deux mois de séjour, le malade sort guéri sans laisser de traces de syphilis.

Le 6 mars de la même année, il entre dans le service de M. Ricord pour : 1° deux chancres simples situés à la racine du gland; 2° deux bubons inguinaux; 3° une blennorrhagie catarrhale.

Le malade séjourne quatre mois à l'hôpital, soumis à un traitement simple, sans qu'aucun signe de syphilis se soit manifesté.

Observation II. — Lary, entré le 21 novembre 1851, salle 1re, n° 22.

Chancre simple, suivi pendant sa période d'activité de deux inoculations accidentelles à la jambe gauche, inoculées artificiellement avec résultat positif; gale vésiculo-pustuleuse intercurrente; traitement simple; point d'accidens constitutionnels.

Ce malade a eu deux blennorrhagies en 1848 et 1849, qui ont cédé à des moyens simples.

En mai 1851, balano-posthite accompagné d'ulcérations autour du gland, traitée à la consultation par la solution ferrée; guérison.

En septembre de la même année, apparition d'un chancre sur la muqueuse du prépuce; adénite inflammatoire à droite. Quelques jours après, une éruption accompagnée de démangeaisons se manifeste sur la surface du corps. Pas de traitement. Le malade entre.

Chancre à sa période de réparation sur les bords, et d'activité au centre. Point d'induration caractéristique à sa base; point d'adénopathie indolente. L'éruption par les démangeaisons dont elle s'accompagne, principalement aux jarrets, aux coudes, à la racine des doigts, démangeaisons qu'on ne rencontre pas avec les syphilides, par son siége, par le sillon caractéristique aboutissant aux vésico-pustules, ne laissa aucun doute sur sa véritable nature.

Traitement simple; solution ferrée sur le chancre.

Douze jours après son arrivée, M. Ricord remarque sur la jambe gauche, à sa partie supérieure, deux pustules ecthymatheuses, à forme rupiale, recouvertes de croûtes noires, laissant suinter un pus sanieux. Ces deux pustules sont entourées d'une aréole inflammatoire diffuse. Engorgement de la peau au niveau des pustules, sans induration spécifique sous-jacente.

Le 19 décembre, deux inoculations sont pratiquées à la partie interne des deux cuisses avec le pus séro-sanieux, roussâtre, puisé sous les croûtes des ecthymas.

Les deux inoculations suivent la marche régulière et classique du chancre : aréole inflammatoire rouge foncé, diffuse; ulcération à fond grisâtre, adhérent, lardacé, à forme infundibuliforme, etc.

Le 26 décembre, elles prennent la forme et l'aspect des pustules ecthymateuses de la jambe; elles s'étendent, se recouvrent de croûtes, et la peau y offre un engorgement *dur*. Ce n'est pas là l'induration spécifique. Pansement simple.

Le 28 décembre, les ecthymas de la jambe et les pustules d'inoculation sont touchés avec l'acide nitrique.

Le 14 janvier, tout est sec. La gale existe avec ses caractères.

Le 23 id., le malade est soumis à des frictions avec la pommade d'Helmerich. Il sort guéri.

Les deux chancres d'inoculation accidentelle à la jambe gauche et la gale vésiculo-pustuleuse intercurrente qu'a présentés ce malade, méritent de nous arrêter un instant.

Nous n'hésitons pas à le dire : pour l'école opposée à celle à laquelle nous appartenons, le diagnostic eût été celui-ci : chancre préputial, ecchymoses secondaires à la jambe, syphilide vésiculo-pustuleuse; et comme conséquence de ce diagnostic, traitement général par les mercuriaux. Cette même école y trouverait, bien entendu, la preuve de l'inoculabilité des accidens secondaires, puisque les deux chancres ecthymateux de la jambe ont été inoculés.

On dira peut-être que l'école dont nous parlons est représentée par des hommes trop habitués à la pratique des mala-

---

saient singulièrement à Galien, parce qu'il y trouvait de fréquentes occasions de justifier ses idées sur les causes finales et de mettre en relief les rapports de la disposition des parties avec les fonctions qu'elles doivent remplir. Il présente une foule de remarques sur les formes diverses des articulations de la main, du carpe, de l'avant-bras avec le poignet ou avec le bras, et sur les rapports de ces formes avec les mouvemens variés des articulations. Il signale ces rapports à propos des surfaces articulaires, des cartilages, des ligamens. Il montre que la profondeur plus ou moins considérable des surfaces articulaires, l'épaisseur variable des cartilages, la force plus ou moins grande et la direction diverse des ligamens, influe sur l'étendue et la facilité des mouvemens. En un mot, l'auteur écrit là un véritable traité de mécanique animale, modèle de tous ceux qui ont été faits depuis, et dans lequel, au milieu d'assertions hasardées, de détails infiniment minutieux, quoique presque toujours ingénieux, on trouve des vues profondes, vraies, et encore aujourd'hui dignes d'être méditées.

Ainsi, étude de la disposition du poignet, de l'avant-bras et du bras; étude des rapports de cette disposition avec les fonctions de ces parties, voilà ce que contient le deuxième livre du traité *De usu partium*.

Les mêmes considérations appliquées au membre inférieur constituent le troisième livre. On tombe en commençant sur une digression aujourd'hui sans intérêt, mais qui n'en manquait pas à une époque où les fables de la mythologie avaient conservé encore quelque crédit sur l'esprit du peuple. Au temps de Galien, la croyance à l'existence d'une classe d'êtres singuliers moitié hommes, moitié chevaux, les centaures, n'était point encore complétement tombée. Galien reprend cette fable des centaures chantés par Pindare, et, dans un tableau plein d'originalité, il fait voir combien ces monstres, avec leurs quatre jambes et leurs deux bras, auraient été déplacés sur la terre, soit dans la société des hommes, soit parmi les animaux, d'où il conclut que les centaures n'ont jamais existé. Dans cette digression, l'auteur a pour but de montrer une fois de plus que l'organisation de l'homme répond parfaitement à sa vie intellectuelle et morale et qu'il perdrait, loin de gagner, à être organisé autrement.

Le livre troisième renferme encore un certain nombre de propositions générales. Parmi tous les animaux, dit Galien, l'homme seul peut se tenir debout; ce n'est que d'une manière accidentelle que le singe et les autres animaux prennent cette attitude. Seul aussi l'homme peut s'asseoir. En rapport avec cette destination spéciale de l'homme, l'auteur expose la conformation spéciale du bassin de l'homme, ainsi que celle de l'os fémur. Il signale la disposition des muscles autour de cet os, et les rapports de ce même fémur avec les os de la jambe. Il fait voir également que les os du pied sont conformés, arrangés, pour que l'homme puisse se tenir debout et s'asseoir. Se livrant alors à une étude d'anatomie comparée, il met en parallèle, au point de vue de leur disposition, qu'il établit être en parfait rapport avec leur destination différente, les membres inférieurs de l'homme avec ceux des quadrupèdes. Il fait remarquer que la main serait inutile à l'homme s'il ne pouvait se tenir debout ou s'asseoir. Il montre enfin, avec beaucoup de raison, que l'attitude droite a été donnée à l'homme pour voir directement devant lui et non pour regarder le ciel. Ces vers du poète

Os homini sublime dedit cœlumque tueri
Jussit, et ethereos ad sidera tollere vultus.

ne s'appliquent nullement à l'homme, suivant Galien, mais plutôt à certains animaux, comme les poissons, dont la conformation est telle, qu'ils regardent directement le ciel.

Les membres abdominaux de l'homme se distinguent de ceux des animaux, non seulement par la facilité qu'ils lui donnent de marcher, de courir, de se tenir debout, de s'asseoir, mais encore en ce que, bien qu'ils n'aient pas l'agilité des membres abdominaux d'un animal, ils ont le privilége d'exécuter des mouvemens très multiples, d'ascension, de descente rapide, etc.

De même qu'il a fait une étude toute spéciale de la main, de même l'auteur accorde une attention particulière à l'examen du pied. Il commence par donner une idée de la conformation générale de cette partie, passe ensuite en revue les différentes pièces qui entrent dans sa composition : les os, les articulations, les muscles, les tendons, les tégumens, etc.

Si la main est l'organe de la préhension et du tact, le pied est celui de la marche et de la sustentation. Chaque os du tarse est considéré au point de vue de son utilité. Le calcanéum sert spécialement à la sustentation, l'astragale au mouvement ou à la locomotion. La forme en voûte de la plante du pied n'a pas échappé à Galien, non plus que la texture particulière de la peau qui la recouvre. Il compare le pied de l'homme avec celui du singe, et montre que tous les deux ont des avantages relatifs à leur destination diverse. L'étude analytique du pied du singe conduit Galien à conclure scientifiquement que ce pied ne permet à l'animal qu'une station incomplète et momentanée, debout ou assise; d'où il infère que le singe est essentiellement grimpeur.

C'est surtout à propos de l'articulation du fémur avec la hanche que Galien fait briller son esprit ingénieux à trouver les relations des dispositions anatomiques avec les usages fonctionnels. Pas une échancrure, pas une saillie dont il ne montre, par une vue ingénieuse, le but, l'utilité, la destination.

Quelques philosophes, au temps de Galien, niaient l'utilité du péroné. L'auteur, après avoir posé en principe que rien dans la nature n'est inutile, démontre que le péroné sert : 1° à former la mortaise dans laquelle est reçu l'astragale, dans l'articulation de la jambe avec le pied; 2° à protéger des vaisseaux et des nerfs; 3° à soutenir le tibia et à donner à la jambe plus de solidité.

L'auteur compare ensuite les os du membre supérieur avec ceux du membre inférieur. Cette comparaison est pleine d'aperçus ingénieux.

A propos des usages de la rotule, il cite un cas de fracture de cet os, et fait ressortir les inconvéniens qui en résultent pour les fonctions du membre inférieur. Il passe ensuite à l'articulation du genou, qu'il étudie avec le plus grand soin, ainsi que les muscles dont elle est entourée. Chemin faisant, Galien s'étaie de sa pratique et de son expérience chirurgicales pour démontrer certaines propositions qu'il a déjà avancées.

Les trois livres que nous venons de parcourir forment, en quelque sorte, un traité de mécanique animale. Dans les livres suivans, Galien étudie successivement, au point de vue des rapports de leurs dispositions anatomiques avec leurs fonctions : 1° l'appareil de la vie de nutrition; 2° l'appareil de la vie de relation; 3° l'appareil de la reproduction.

(*La suite à un prochain numéro.*)

dies cutanées, pour qu'ils méconnaissent la nature de l'éruption dont notre malade était atteint. L'histoire de la science médicale en général, et celle de la syphilis en particulier, sont remplies d'énormités encore plus étranges, commises par des hommes d'ailleurs fort recommandables. Pour ne pas sortir de notre sujet, je crois que la doctrine qui admet des bubons et des syphilides d'emblée, qui accorde à la blennorrhagie catarrhale un pouvoir infectant égal à celui du chancre, qui considère comme spécifique l'éruption qui accompagne quelquefois l'urétrite pendant l'administration des balsamiques, etc. ; je crois, dis-je, que cette doctrine, essentiellement erronée et démentie journellement par les faits les plus authentiques, peut nous autoriser à penser que ses auteurs, entraînés par un peu de zèle, n'auraient pas hésité à rattacher l'éruption de notre malade au chancre préexistant, et à considérer les deux ulcères de la cuisse comme constitutionnels, et l'inoculation qui en a été faite comme la preuve de l'inoculabilité des accidens secondaires. Je ne balance pas à ajouter le fait que je viens de signaler, à tant d'autres du même genre, invoqués, quand la doctrine en souffre, par l'école de l'hôpital St-Louis, comme militant en sa faveur contre celle de l'hôpital du Midi. Selon nous, rien ne manque pour l'observation dans l'étude de la syphilis, et c'est moins la rareté des faits que leur interprétation qui explique les dissidences des diverses doctrines émises sur cette maladie.

Ainsi, pour ce qui est du fait en question, nous voyons un malade porteur d'un chancre, être affecté incidemment de gale. Par suite du prurit auquel cette affection donne lieu, ce malade, les doigts souillés du pus spécifique, s'inocule deux chancres à la jambe gauche, dans les vésico-pustules toutes formées de la gale, et ces nouveaux chancres sont à leur tour inoculés. Tel est, selon nous, le vrai sens de la remarquable observation que nous venons de citer. Pour ne pas dépasser les limites que nous sommes tracées, nous nous bornerons à donner le sommaire des observations qu'il nous reste à indiquer, leurs analogies nous dispensant d'entrer dans plus de détails.

Obs. III. — Aubry, entré le 17 septembre 1851. Chancre simple et bubon suppuré du côté gauche. Traitement simple. Pas d'accidens généraux. Guérison.

Obs. IV. — Laperche, entré le 11 juillet 1851, pour un chancre simple datant de cinq semaines. Traitement simple. Pas d'accidens généraux. Guérison.

Obs. V. — Janin, entré le 10 octobre 1851. Chancre simple. Bubon suppuré datant de trois semaines. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. VI. — Soisson, entré le 7 janvier 1851, pour un chancre simple et un bubon datant de six semaines. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. VII. — Jacquesson, entré le 21 octobre 1851, pour un chancre phagédénique datant de quarante-cinq jours. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. VIII. — Caillé, entré le 15 juillet 1851. Ayant eu plusieurs urétrites. Porteur de chancres folliculaires datant d'un mois. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. IX. — Bessières, entré le 21 janvier 1851. Chancre simple datant de six semaines. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. X. — Jacquot, entré le 17 juin 1851 pour un chancre simple datant de deux mois. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. XI. — Tautel, entré le 24 juin 1851. Chancre simple datant de deux mois et demi. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. XII. — Lebœuf, entré le 17 juin 1851. Chancre simple datant de deux mois. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. XIII. — Pirosat, entré le 6 juin 1851. Urétrite et chancre simple datant de six semaines. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. XIV. — Huard, entré le 15 juillet 1851. Ayant eu cinq urétrites sans accidens généraux. Entré pour un chancre simple datant de trois mois. Traitement simple. Pas d'accidens constitutionnels.

Obs. XV. — Schelleberg, entré le 27 juin 1851 pour une urétrite et un chancre simple datant de cinq mois. Traitement id. Pas d'accidens id.

Obs. XVI. — Potdevin, entré le 4 mars 1851. Urétrite, chancre, bubon suppuré datant de trois mois. Traitement id. Accidens id.

Obs. XVII. — Boudeville, entré le 25 mars 1851. Chancre et un bubon datant d'un mois et demi. Traitement id. Accidens id.

Obs. XVIII. — Dupetit, entré le 19 décembre 1851. Chancre et bubon datant d'un mois. Traitement id. Accidens id.

Obs. XIX. — Bourguignon, entré le 10 janvier 1851. Ayant eu plusieurs urétrites. Entré pour un chancre et un bubon suppuré datant de deux mois. Traitement id. Pas d'accidens id.

Obs. XX. — Caron, entré le 21 novembre 1851 pour un chancre simple datant de deux mois. Traitement id. Accidens id.

Obs. XXI. — Lenoir, entré le 15 avril 1851. Urétrite, chancre simple datant de cinq semaines. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Obs. XXII. — Louvet, entré le 27 juin 1851. Chancre simple, bubon datant d'un mois. Traitement id. Accidens id.

Obs. XXIII. — Frogère, entré le 4 juillet 1851. Chancre, bubon datant d'un mois. Traitement id. Accidens id.

Obs. XXIV. — Fouquier, entré le 24 juin 1851. Ayant eu plusieurs urétrites. Entré pour des chancres folliculaires et un bubon suppuré datant d'un mois et demi. Traitement simple. Pas d'accidens généraux.

Nous arrêtons ici la série de nos observations auxquelles nous pourrions en ajouter bien d'autres analogues, si nous ne craignions pas d'abuser de la patience des lecteurs de l'Union Médicale.

On objectera peut-être que l'examen de ces malades n'a pas été assez prolongé, pour être en droit d'affirmer que plus tard il ne leur est pas survenu d'accidens syphilitiques. Avant de répondre par des chiffres à cette objection, qu'on me permette de lui opposer quelques raisonnemens.

Et d'abord, à quelle date s'arrêtent les observations contraires de ceux qui prétendent s'être livrés à un plus long examen? Je l'ignore ; car je n'ai pu en prendre connaissance, ne sachant où elles se trouvent consignées. MM. Vidal, Cazenave et Gibert sont ici, il est vrai, hors de cause, puisque ces auteurs considèrent le chancre non comme la cause, mais bien comme le symptôme de la diathèse syphilitique. Cependant comment expliquent-ils que, dans les cas qui nous occupent, les chancres soient restés à l'état de lésions locales, sans accompagnement, à aucune époque de leur durée, d'accidens généraux ; tandis que dans ceux que nous relaterons plus loin, les chancres dont étaient affectés les individus, sujets de ces observations, ont tous été suivis de symptômes constitutionnels? Pour résoudre cette question, faut-il admettre des prédispositions, des idiosyncrasies, termes inventés le plus souvent pour cacher notre ignorance ou dissimuler le désappointement que laisse une difficulté non vaincue?

Je me hâte d'abandonner ces réflexions pour passer aux faits qui m'apprennent que sur un chiffre de deux cents observations de syphilis, soit secondaire, soit tertiaire, soixante-dix-huit individus ont eu, préalablement au chancre infectant, des chancres simples plus ou moins nombreux, qui n'avaient jusqu'alors déterminé aucun accident général. Si ces soixante-dix-huit individus ne s'étaient pas exposés à de nouvelles contagions, ils fussent rentrés dans la catégorie de ceux que nous avons cités, n'ayant eu que des chancres simples, et dès lors on eût pu invoquer aussi à leur endroit, soit l'influence des aptitudes, soit le peu de durée de leur examen... Mais, comme depuis, ils ont contracté un chancre, devenu cette fois induré, source *obligée* de la syphilis constitutionnelle, dont ils ont présenté tous les symptômes, il est impossible d'admettre ici cette fin de non-recevoir.

Bien que des développemens du plus grand intérêt puissent être ajoutés aux considérations qui précèdent, je termine cette seconde partie de mon travail par les conclusions suivantes :

A l'instar du chancre phagédénique, le chancre simple ne conduit pas à la syphilis constitutionnelle.

Les difficultés de diagnostic qu'on rencontre dans son étude clinique ; les variétés nombreuses de forme, d'aspect, d'étendue qu'il présente et qui constituent tout autant de types divers, nous expliquent l'opinion de ceux qui accordent à cet ulcère primitif un pouvoir infectant analogue à celui du chancre induré.

En raison donc de la non infection du chancre simple, il est inutile d'avoir recours, dans son traitement, à des moyens spécifiques.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

Le sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde. — Nouveau succédané du sulfate de quinine contre la fièvre intermittente. — Formule contre les érections nocturnes et douloureuses. — Traitement de la dypsomanie par l'ipécacuanha.

Le traitement de la fièvre typhoïde sera longtemps encore, il faut le craindre, le sujet de recherches et d'opinions diverses. Des travaux seuls qui ont été publiés dans l'Union Médicale sur le traitement de cette maladie, on ferait un bien gros volume; et nous ne voyons pas cependant que, dans la pratique publique ou privée, aucun des nombreux traitemens qui ont été préconisés ait acquis ou conservé un assentiment tant soit peu général. La grande majorité des praticiens non seulement ne croit pas à l'existence reconnue et sanctionnée d'un spécifique contre la fièvre typhoïde, mais encore elle n'adopte pas un traitement général uniforme et applicable à la généralité des cas. On saigne, on purge, on émétise, on tonifie, on hydropathise, on agit ou on expecte, mais rares sont devenus aujourd'hui les praticiens qui adoptant comme formule exclusive les purgatifs ou la saignée, les toniques ou les altérans.

Cependant, si nous en croyons M. le docteur Jules Conté, d'Aiguillon, une assez grande partie des praticiens du midi de la France emploierait, comme traitement unique et spécifique de la fièvre typhoïde, le sulfate de quinine. C'est contre l'emploi de ce traitement, considéré par lui comme dangereux, qu'il s'élève dans un travail où, il faut le dire, il fait usage plus du raisonnement que de preuves directes. Il oppose à ce moyen de faire l'opinion d'un grand nombre d'autorités médicales qui ont proscrit les toniques et les excitans du traitement de la fièvre typhoïde. Mais M. Conté sait bien que les partisans de cette thérapeutique pourraient à leur tour lui opposer un grand nombre aussi d'opinions autorisées en faveur de cette médication. Opinion contre opinion, c'est au chiffre à décider. M. Conté l'a compris ; aussi a-t-il terminé son travail par un tableau statistique assez instructif; c'est seulement ce tableau que nous croyons devoir reproduire ici :

Tableau comparatif de mortalité dans la fièvre typhoïde suivant différens traitemens (chiffres extraits des ouvrages de MM. Andral, Louis, Bouillaud, Gaultier de Claubry, Dance, Littré, etc.

Malades.	Morts.	Hôpital.	Médecins.	Traitement.
40. . . .	26. . .	Charité. . .	Lherminier . .	Toniq. excitans.
31. . . .	3. . .	Pitié. . . .	Louis.	Purgatifs.
100. . . .	12. . .	Pitié. . . .	Louis.	Médicat. variée.
30. . . .	3. . .	Necker. . .	Delarroque. .	Purgatifs.
134. . . .	19. . .	Hôtel-Dieu.	Piedagnel. . .	Purg. modifiés.
20. . . .	1. . .	Hôtel-Dieu.	Piedagnel. . .	Méd. expectante.
170. . . .	22. . .	Charité. . .	Bouillaud. . .	Saignées.
50. . . .	3. . .	Charité. . .	Bouillaud. . .	Saignées.

— (In *Gaz. méd. de Paris*, nº 40, 1855.)

M. Gamberini, de Bologne, aurait-il mis la main sur un véritable succédané du sulfate de quinine? Les préparations de fer ont déjà souvent été recommandées contre les fièvres intermittentes, mais principalement en vue de combattre les engorgemens spléniques et les cachexies qui accompagnent si fréquemment ces affections. Cependant J. Frank avait beaucoup vanté la puissance du fer contre la périodicité des fièvres intermittentes, et il eut pour imitateurs plusieurs médecins distingués qui prônèrent : Marcus, le sulfate de fer ; Wheaton, le phosphate ; Zollikofer, l'hydrocyanate ; et Benherald, le sous-carbonate. C'est en s'appuyant sur ces autorités que M. Gamberini commença ses essais. Après avoir obtenu des résultats suffisamment satisfaisans, surtout dans les cas où il y avait engorgement de la rate, l'auteur, dans le but d'agir plus directement sur la moelle épinière qui, selon sa doctrine, joue un rôle important dans la fièvre intermittente, eut recours à la formule suivante :

Sulfate de fer. . . .	60 centigrammes.
Acide oxalique.. . .	30 —
Eau distillée.	1500 grammes.
Sucre blanc.	45 grammes.

Cette limonade, ainsi que l'auteur l'appelle, est prise et continuée plusieurs jours pendant l'apyrexie, en ayant soin de la bien secouer chaque fois. Elle a été administrée contre les types les plus variés de la fièvre intermittente, et avec ce résultat, dit la note que nous avons sous les yeux, qu'ordinairement après un très court espace de temps, les accès diminuent aussi bien de fréquence que d'intensité. En septembre 1853 et 1854, il y eut à Bologne deux fortes épidémies qui fournirent à l'auteur l'occasion de constater, de la manière la plus brillante, l'efficacité de son remède. Depuis cette époque, les docteurs Leonesi et Botazzi ont également eu recours avec succès à la limonade oxalico-martiale, dont l'activité est, selon eux, de beaucoup supérieure à celle du sulfate de quinine. — (In *Boll. de scien. med. di Bologna* et in *Journal de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, octobre 1855.)

M. Van den Corput préconise les pilules suivantes contre les érections nocturnes de la blennorrhagie, ainsi que contre l'éréthisme génésiaque des enfans, et qui les excitent à des attouchemens voluptueux :

Extrait de belladone		10 centig.
Lupuline récente. . .	} de chaque.	60 centig.
Camphre en poudre.		

M. s. a. et divisez pour huit pilules. — De une à quatre pilules à prendre vers le soir. — (In *Journal de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, octobre 1855.)

On confond souvent à tort la dypsomanie avec le *delirium tremens*, ou folie ébrieuse. Ces deux états, dont l'un est parfois la conséquence de l'autre, sont, au fond, très différens. Le *delirium tremens* consiste, en effet, dans un trouble cérébral déterminé par les liqueurs fortes, tandis que la dypsomanie a seulement pour caractère un besoin irrésistible de boire. On a vu des malheureux, subjugués par cette deplorable impulsion, avaler en un jour plusieurs litres d'eau-de-vie.

En général, cette maladie se manifeste par crises périodiques plus ou moins durables. Le buveur ne sort de son long sommeil de la veille que pour recommencer le lendemain. Il s'exaspère contre les obstacles et peut alors donner de véritables signes de dérangement mental. Dans les intervalles de calme, dont la prolongation varie entre un ou plusieurs mois, non-seulement le penchant s'amortit, mais il fait ordinairement place à une sorte d'inappétence et de dégoût pour la boisson perfide.

Beaucoup de traitemens ont été mis en usage. On a eu recours aux bains. Le quinquina s'est naturellement présenté pour combattre la périodicité, l'opium pour modifier la sensibilité gastro-nerveuse. Un des moyens les plus efficaces est la séquestration dès que s'annoncent les crises afin de conjurer les retours par la rupture de l'habitude.

M. Higgenbottom, de Nottingham, se loue beaucoup d'avoir, en pareille circonstance, employé l'ipécacuanha en poudre à la dose de 4 grammes. Selon lui, ce médicament est préférable au tartre stibié; il remédie au délabrement de l'estomac, seule cause de l'appétit. Une abondante évacuation éteint aussitôt le désir de boire de l'alcool.

Dans l'opinion de l'auteur, si l'on pouvait persuader aux malades de s'appliquer régulièrement cette cure avant l'apparition des attaques, celles-ci finiraient inévitablement par ne plus revenir. — (In *Dublin med. Press* et in *Journ. de méd., de chirur. et de pharm. de Bruxelles*, octobre 1855.)

Nous avons connu quelques dypsomanes, mais nous n'avons jamais eu le bonheur de voir, comme M. Higgenbottom, cesser la maladie par l'inappétence et le dégoût. Sur trois cas de

cette vésanie, qui ont passé sous nos yeux, nous avons pu en suivre deux dans toutes leurs phases, dont la dernière a été la paralysie générale et la mort. Il serait heureux que le traitement par l'ipéca fût réellement efficace, car, en dehors de la méthode suédoise, qui est constituée par la séquestration et par un régime qui consiste à tremper tous les alimens dans la boisson (vin, eau-de-vie, absinthe, etc.) avec laquelle s'enivrent habituellement les dypsomanes, la science ne possède aucun moyen de guérir cette ignoble perversion du goût.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances du mois de Septembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Sommaire. — Nouveau traitement rationnel du chancre. — Discussion sur plusieurs points de doctrine de la syphilis.

M. Cullerier vient de faire un rapport sur un travail de M. Hammer, relatif à un nouveau mode de traitement du chancre ; après avoir réfuté les idées émises dans ce travail, le rapporteur a soulevé plusieurs questions de doctrine de la syphilis qui ont motivé une discussion, à laquelle ont pris part plusieurs membres de la Société.

Commençons par faire connaître au lecteur le travail qui a été le point de départ de ces débats.

D'après M. Hammer, tout chancre pris à sa période de progrès se reproduit à l'infini par voie d'inoculation et se termine soit par la guérison, soit par son passage à une autre maladie. En cas de guérison, le chancre se transforme en ulcération simple et perd peu à peu ses propriétés spécifiques, puis il se cicatrise; en cas de passage du chancre à une autre maladie, l'ulcère s'indure avant de se cicatriser. En d'autres termes, pour M. Hammer l'induration est l'intermédiaire obligé entre le chancre virulent et la syphilis constitutionnelle, et sous ce point de vue, il y a une conformité d'opinion entre M. Hammer et M. Ricord; pour l'un et l'autre, chancre induré et vérole constitutionnelle sont les deux termes d'un même rapport.

Jusqu'ici rien de nouveau : M. Ricord s'est contenté de poser une loi, sans chercher à en donner l'explication. M. Hammer, plus hardi, a donné le mécanisme de la formation de l'induration. Voici donc la petite théorie que l'auteur croit avoir édifiée :

Il se développe à la surface de l'ulcération une membrane pyogénique qui possède les deux propriétés suivantes :

1° De reproduire du pus chancreux ;

2° De livrer passage au pus à titre de membrane endosmotique, de laisser passer ce pus dans le tissu cellulaire où il détermine (le pus) la formation d'une tumeur fibro-plastique.

Or, maintenant qu'est-ce que la syphilis constitutionnelle ? Est-ce l'effet de l'absorption du pus virulent par les veines ? Pas le moins du monde; car, d'après M. Ricord, le pus chancreux mélangé avec le sang perd instantanément ses propriétés inoculables. Est-ce l'effet de l'absorption du pus chancreux par les lymphatiques ? pas davantage, parce que les ganglions *arrêtent* le pus au passage. Comment donc se rendre compte de l'infection générale ? M. Hammer a trouvé la solution de ce problème. Vous avez vu tout à l'heure le pus du chancre engendrer, par suite de phénomènes d'absorption, un tissu de nouvelle formation, ce complaisant tissu fibro-plastique que l'on torture tant depuis quelques années. Hé bien, l'empoisonnement général de l'économie, à la suite d'un chancre est simplement la conséquence du contact des élémens du tissu fibro-plastique avec la masse du sang. Ne cherchez plus dans l'existence d'un virus le secret de l'infection ; tout réside dans le tissu fibro-plastique, celui là seul est absorbé, celui-là seul est capable d'aller contaminer l'économie tout entière, après avoir fait le tour de l'arbre circulatoire.

Voilà au moins une théorie tant soit peu physiologique, et, en admettant sa réalité, nous allons voir les principes thérapeutiques qui en découlent.

Un chancre étant donné, rien de plus simple que de s'opposer à l'infection constitutionnelle. Il suffit de prévenir la formation de l'induration, c'est-à-dire du tissu fibro-plastique ; et puisque celui-ci reconnaît pour cause la transsudation du pus chancreux à travers la membrane endosmotique, empêchez cette transsudation, et pour cela appliquez sur la verge couverte de chancres une espèce de petite machine pneumatique propre à faire le vide, moyen très efficace assurément pour entraver le travail de l'absorption à la surface des plaies.

Les propositions suivantes résument d'une manière très nette les idées de l'auteur :

1° Le chancre n'est pas la cause immédiate, mais bien la cause médiate de la syphilis constitutionnelle ; l'intermédiaire c'est l'induration spécifique, qui ne manque jamais. Donc point d'induration, point d'infection générale.

2° L'induration spécifique est l'effet du passage du pus chancreux à travers la membrane pyogénique dans le tissu cellulaire, et doit sa naissance à l'action catalytique (*sic*).

3° L'infection générale s'opère par le passage dans le torrent circulatoire des élémens fibro-plastiques dont est formée l'induration.

4° Empêcher la formation de l'induration, c'est empêcher la syphilis constitutionnelle. — Empêcher la transsudation endosmotique du pus chancreux à travers la membrane pyogénique dans le tissu cellulaire, c'est empêcher la formation de l'induration spécifique.

Le lecteur se demandera, sans doute, sur quels argumens, sur quels faits M. Hammer a basé cette nouvelle théorie de la syphilis constitutionnelle, mais il chercherait en vain des preuves à l'appui de ces idées. Pour peu cependant qu'il soit familiarisé avec les principes d'une saine physiologie et notamment avec l'histoire de l'absorption, il comprendra difficilement qu'un principe quelconque, virulent ou autre, une fois absorbé par les lymphatiques, s'arrête dans les ganglions. Il comprendra encore moins qu'en admettant le principe proclamé par M. Ricord, que le pus virulent porté dans la masse de sang, perd ses propriétés spécifiques d'inoculation, il s'ensuive nécessairement que ce pus ne saurait, par la voie qu'il a suivie, infecter l'économie tout entière.

Nous regrettons que notre savant et très estimable confrère, M. Cullerier, qui a si bien réfuté les étranges assertions émises par M. Hammer, n'ait pas invoqué quelques expériences physiologiques bien connues, qui sont de nature à ruiner de fond en comble l'une des propositions de M. Hammer. Ces expériences sont dues à M. Magendie ; elles sont consignées dans le *Journal de physiologie*, t. Ier, p. 18. Rappelons sommairement quelques-unes de ces expériences :

1° Du sang artériel pris sur un animal *empoisonné* par l'*upas tieuté* est transfusé dans la veine jugulaire d'un animal sain. Il ne se développe aucun accident chez ce dernier.

2° Du sang pris dans la veine jugulaire d'un animal *empoisonné* par l'*upas* est transfusé dans le système veineux d'un autre chien. Il n'y a pas d'effets appréciables sur ce second animal.

3° On sépare la cuisse du tronc et on introduit de l'*upas tieuté* dans la patte de l'animal. Le sang de la veine crurale est injecté dans la veine jugulaire d'un autre chien ; pas d'accidens.

4° C'est la même expérience que la précédente. De plus, après avoir transfusé le sang de la veine crurale de l'animal *empoisonné* dans la veine jugulaire du second, sans avoir donné lieu à des accidens, on fait retourner ce sang à l'animal primitivement empoisonné. Alors des accidens se manifestent chez ce dernier.

D'où la conclusion très logique que le sang des animaux, sur lesquels les strychnos amers produisent leur effet délétère, ne peut point produire d'accidens funestes, lorsqu'il est injecté à d'autres animaux.

Poursuivons maintenant ces hérésies physiologiques proclamées par M. Hammer et qui sont les piliers de l'édifice de sa nouvelle théorie de la syphilis constitutionnelle. « L'induration spécifique est, dit-il, l'effet du passage du pus chancreux à travers la membrane pyogénique dans le tissu cellulaire. » Or, qu'est-ce que le passage du pus chancreux à travers cette membrane ? Est-ce le pus tout entier ? Mais cela est physiquement impossible et nous croyons l'avoir démontré expérimentalement (Voir Union Médicale du 15 septembre). Est-ce la partie liquide du pus ; sans aucun doute, les lois de l'endosmose ne s'opposent nullement à ce passage ; mais entre cette absorption des élémens purement fluides du pus et la formation d'un tissu fibro-plastique où est le trait d'union ? Pourquoi donc si l'induration est la conséquence de l'absorption de cette partie du pus, reste-t-elle limitée dans une sphère aussi restreinte ? Peut-être l'induration est-elle due au principe virulent que renferme le pus et qui passe avec la partie fluide de ce même pus à travers la membrane pyogénique ? Mais alors si c'est l'absorption d'un principe spécifique, pourquoi cette induration ne se remarque-t-elle pas à la base d'une pustule variolique où il s'opère très certainement des phénomènes d'absorption ?

Reste enfin la dernière proposition. Le passage dans le sang des élémens fibro-plastiques de l'induration et consécutivement l'infection générale. Or, cette absorption des élémens fibro-plastiques en nature est physiologiquement impossible. Nous avons démontré péremptoirement (*loc. cit.*) que les globules du pus ne peuvent être absorbés, à plus forte raison en sera-t-il ainsi des élémens fibro-plastiques. (Tandis que les globules du pus n'ont que 0mm,0075 à 0mm,0125, les globules fibro-plastiques ont 0mm,015.)

On voit ce qu'il faut penser de la théorie de M. Hammer, il nous semble donc inutile de réfuter la singulière médication qu'il a proposée dans le but de prévenir la syphilis constitutionnelle. Le travail de M. Hammer a été jugé ainsi par M. Cullerier : « *Théorie fausse, pratique illogique.* » Et, pour consoler l'auteur de cette appréciation un peu sévère, le rapporteur a proposé de déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Société de chirurgie et de le nommer membre correspondant.

M. Cullerier a soulevé, à l'occasion du travail que nous venons de rapporter une question bien autrement litigieuse ; celle de savoir s'il existe deux sortes d'ulcérations syphilitiques primitives ; l'une l'ulcération indurée, à la fois inoculable et infectante ; l'autre également inoculable, mais nullement douée de la propriété de produire la vérole constitutionnelle. Cette question a été résolue affirmativement par M. Bassereau d'abord, et plus tard, c'est-à-dire récemment, par M. Clerc. Le premier de ces deux médecins admet que jamais un chancre suivi d'accidens constitutionnels ne donne naissance à un chancre purement local ; ni un chancre local à un chancre suivi de syphilis constitutionnelle. M. Clerc reconnaît aussi deux variétés de chancres syphilitiques ; le chancre induré ou infectant et le chancre non induré, non infectant ou chancroïde : chacune de ces variétés se transmettant à titre d'espèce pathologique distincte. Déjà antérieurement, Carmichaël avait proclamé l'existence de plusieurs espèces d'ulcères primitifs, et un rapport constant entre chacune de ces variétés et des accidens consécutifs d'une nature déterminée ; de telle façon, qu'à la vue d'une ulcération primitive, on pouvait prévoir la forme des accidens consécutifs.

Telle n'est pas l'opinion de M. Ricord ; pour ce chirurgien, il n'y a qu'un seul chancre régulier, qui se complique parfois d'accidens tels que l'inflammation, la gangrène, le phagédénisme, suivant les dispositions individuelles. Aussi bien est-ce à une disposition particulière de l'individu et à son aptitude plus ou moins grande à être infecté constitutionnellement que M. Ricord attribue l'induration du chancre. Le chancre induré n'est donc pas une espèce à part ; il peut provenir d'un chancre simple ou déterminer un chancre simple, le phénomène induration n'ayant lieu que sur le sujet dont la constitution est apte à recevoir actuellement l'empoisonnement général.

M. Cullerier reconnaît avec M. Ricord et avec la majorité des pathologistes l'unité du virus syphilitique, mais il s'élève fortement contre cette proposition : point d'induration, point d'infection constitutionnelle. Ce n'est pas là cependant, qu'on le sache bien, l'opinion de M. Ricord, et M. Cullerier a eu soin de citer plusieurs passages empruntés aux commentaires du traité de Hunter pour démontrer qu'on a faussement attribué à l'annotateur du chirurgien anglais une pareille pensée. Telle n'est pas non plus l'impression que nous avons nous-même recueillie en suivant la pratique de M. Ricord. Chancre induré, vérole constitutionnelle ; cela veut dire que l'induration comporte *fatalement* l'infection ; mais cela ne signifie pas qu'avec un chancre non induré on n'aura pas d'accidens consécutifs.

Toutefois, la loi posée par M. Ricord, est-elle bien dûment établie, et l'existence de l'induration annonce-t-elle l'infection générale ? M. Vidal considère tous les chancres comme plus ou moins indurés ; des accidens consécutifs peuvent se développer à la suite de chancres médiocrement indurés et à la suite de la prompte cicatrisation de ceux qui sont considérés comme non indurés. L'induration, pour M. Vidal, est déjà un accident successif, une des expressions de la vérole confirmée, et, sous ce point de vue, l'opinion de ce chirurgien se rapproche beaucoup de celle de son collègue de l'hôpital du Midi.

M. Cullerier n'admet pas que tous les chancres sont indurés plus ou moins ; il ne reconnaît pas non plus, avec M. Ricord, que l'exagération de l'induration est en rapport avec la gravité des accidens qui vont suivre, et qu'on peut envisager cette induration comme un syphilomètre. Tout chancre, soit simple, soit induré, peut être suivi de vérole constitutionnelle ; il suffit qu'un chancre soit contagieux pour être infectant. C'est surtout chez la femme qu'on peut vérifier cette loi, car, chez elle, ainsi que le témoignent la plupart des chirurgiens, l'induration est beaucoup moins fréquente que chez l'homme. Ainsi le diagnostic du chancre ne repose pas seulement sur l'examen de l'état local ; si l'induration manque autour d'un chancre, cherchez l'état des ganglions correspondans ; bien plus, la syphilis constitutionnelle apparaît souvent après une ulcération des plus simples, sans concomitance d'adénite.

En résumé, M. Cullerier formule sa doctrine sur la syphilis dans les termes suivans : chancre induré, infection générale certaine ; chancre non induré, accompagné d'induration des ganglions, infection générale inévitable ; chancre non induré sans adénite, infection générale possible.

M. Cullerier insiste beaucoup sur l'importance de l'engorgement ganglionnaire ; il reproche à M. Bassereau et à M. Clerc de ne pas en avoir suffisamment tenu compte ; puis il examine la doctrine professée par ces deux médecins. Relativement à la doctrine de M. Bassereau, que nous avons exposée plus haut, M. Cullerier la réfute en invoquant les faits recueillis dans la pratique particulière, où l'on rencontre des chancres indurés provenant de chancres simples, où l'on voit des chancres phagédéniques puisés chez des individus bien et dûment syphilitiques. Que des chancres indurés donnent lieu à la formation de chancres indurés, voilà qui est bien admissible ; mais il reste à démontrer la contre-partie de la doctrine, à savoir qu'un chancre simple non infectant est toujours la conséquence d'un chancre simple non infectant. Qui vous dit, en effet, que l'un des deux individus actuellement atteints d'un chancre que vous supposez non infectant, ne sera pas pris, quelque temps après votre examen, d'accidens consécutifs ?

Reste à examiner la doctrine de M. Clerc sur le chancre et le chancroïde, que l'auteur a basée sur treize observations. Voici la dernière de ces observations, celle qui semble la plus concluante :

Chancres multiples *non indurés* du prépuce et du gland, coïncidant avec papules muqueuses de l'isthme du gosier et de l'anus, consécutives à un chancre infectant contracté antérieurement. Rapports du malade avec une jeune fille qui est atteinte de chancres ; rapports de la jeune fille avec un ami du premier malade ; développement de chancres non indurés, non infectans. Rapports sexuels contractés par l'ami avec une seconde femme qui est elle-même forcée d'entrer à Lourcine. M. Clerc, ayant ainsi constaté la migration d'un chancre simple d'un premier sujet à deux autres, déclare que la quatrième victime doit elle-même être affectée de chancres simples. Sur-le-champ, et dans le but de confirmer ce diagnostic, ce médecin se transporte à l'hôpital de Lourcine, et là constate, en présence de M. Cullerier, qu'il s'agit bien de chancres simples.

Or, ce dernier fait, auquel M. Clerc a attaché tant d'importance, se trouve ruiné de fond en comble par la relation de l'observation prise sous les yeux de M. Cullerier, par M. Henry, interne du service. Il est dit, en effet, dans l'observation, que, contrairement aux prévisions de M. Clerc, qui considérait la malade comme indemne d'accidens secondaires, par cela seul qu'il s'agissait, d'après lui, de chancroïde, la patiente fut prise bientôt d'alopécie, de roséole, d'engorgement des ganglions sous-occipitaux.

L'observation de M. Clerc prouve donc précisément le contraire de ce que l'auteur avance ; il est incontestable que, dans ce cas particulier, des chancres non infectans, ou tout au moins considérés comme tels, ont donné lieu, après s'être propagés à une série d'autres individus, à une vérole constitutionnelle qui a atteint le quatrième anneau de cette singulière chaîne.

Il y a dans la doctrine de M. Clerc un autre point qui mérite d'être examiné. Suivant ce médecin, le chancroïde ou le chancre non infectant est la conséquence d'une modification imprimée au chancre induré par une vérole constitutionnelle ancienne ou actuelle par suite de la loi indiquée par M. Ricord, à savoir : qu'on ne peut être atteint deux fois de syphilis générale. Le fait suivant, observé par M. Cullerier, conjointement avec M. Coffin et M. Cazeaux, n'est pas favorable à l'opinion exprimée par M. Clerc.

Jeune homme affecté de chancre induré, suivi de symptômes de syphilis constitutionnelle. — Guérison sous l'influence d'un traitement convenable. — Quelques années après, nouveau chancre, qui, cette fois, n'est pas induré. — Le malade se marie et ne tarde pas infecter sa femme, qui, cette fois, présente un chancre induré, suivi bientôt de tout le cortége de la vérole constitutionnelle.

En résumé, les deux points contre lesquels s'élève M. Cullerier sont l'existence de la pluralité des virus syphilitiques et l'importance attribuée à l'induration du chancre.

(*La suite à un prochain n°.*)

Dr Fano.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 121. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 11 Octobre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An. .... 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 10 OCTOBRE 1855.

SUR LES SÉANCES DES ACADÉMIES.

Nous n'avons à signaler à l'Académie des sciences qu'un mémoire de chimie médicale, par M. Ch. Robin, sur l'hématoïdine, cette substance qui se forme aux dépens de la matière colorante du sang épanché, et qui apparaît sous les formes cristallines d'un beau rouge. Pour M. Robin, qui a analysé cette substance avec soin, l'hématoïdine est un composé chimique provenant de la décomposition de la matière colorante du sang, dans laquelle un équivalent d'eau a remplacé un équivalent de fer.

Signalons aussi une lettre de M. Figuier, dans laquelle il sollicite, d'une manière pressante, la réunion de la commission sur les travaux relatifs aux fonctions glycogéniques du foie.

Séance assez animée à l'Académie de médecine. Deux petits et fort innocens rapports, faits par M. Piorry, l'un sur un acoumètre de M. Yearsley, de Londres, l'autre sur un stéthoscope de M. Buindi, de Palerme, ont suscité une vive escarmouche entre M. Bouillaud et M. le rapporteur. Des deux points sur lesquels a roulé cette chaude discussion, la théorie des bruits du cœur et les avantages de la percussion plessimétrique, c'est le dernier qui a été surtout l'objet de ce débat. M. Piorry, avec une tendresse paternelle fort naturelle, soutient qu'on ne peut bien percuter qu'à l'aide du plessimètre; M. Bouillaud prétend que la simple interposition du doigt rend au moins d'aussi bons offices que la plaque de M. Piorry. Ainsi exposé, le point en litige paraît peu propre à passionner les esprits, et cependant peu s'en est fallu que la discussion ne dégénérât en véritable dispute. On ne touche pas impunément au plessimètre de M. Piorry, M. Piorry présent; aussi l'honorable professeur a-t-il rejeté avec une sorte d'indignation le jugement de son honorable contradicteur. Mais M. Bouillaud, qui semble apprécier de plus en plus l'excellence de la modération et de la mesure, en toutes choses, a trouvé de l'*exagération* dans la préférence de son collègue pour le plessimètre et ce mot, très parlementaire assurément, a blessé M. Piorry qui a répondu un peu trop *ab irato*.

Cette petite passe d'armes n'avait pas au fond une très grande utilité. M. Piorry pouvait s'empêcher de rappeler qu'il est l'inventeur du plessimètre, ce que certainement personne n'ignore; il pouvait se dispenser de chanter un nouvel hymne en l'honneur de son instrument favori; mais M. Bouillaud pouvait se priver aussi de célébrer les louanges de la percussion par l'intermédiaire du doigt; car, en France, si ce n'est M. Piorry, personne ne met en doute l'utilité pratique de ce mode d'exploration. Et de fait, tout le monde à peu près l'emploie à l'exclusion du plessimètre, dont, de l'aveu de M. Piorry lui-même, l'habitude est difficile et longue à acquérir. Il en est de la percussion comme de toute autre opération manuelle; la meilleure est celle qu'on connaît le mieux et qu'on pratique le plus souvent. Personne n'a la prétention de manier le plessimètre comme M. Piorry; mais cet honorable professeur doit se résoudre à admettre que la percussion sur le doigt rend les mêmes services que son instrument, ou bien il doit carrément déclarer que lui seul est en possession des bénéfices et des résultats que la percussion peut fournir au diagnostic, et, par conséquence, à la thérapeutique. M. Piorry, qui reconnaît très positivement que l'on peut, dans tous les cas possibles d'auscultation, se passer de stéthoscope, finira, sans doute, par être moins exclusif — nous ne disons pas moins exagéré — en faveur du plessimètre.

A propos du stéthoscope, M. Piorry a revendiqué pour lui, en termes qui cette fois auraient gagné à être plus mesurés, l'invention du stéthoscope si *improprement* appelé de M. Louis. M. Louis n'était pas présent pour répondre. Nous ne savons rien de ce petit détail d'invention, mais ce que nous affirmons c'est que M. Louis est incapable de s'approprier ou de se laisser approprier une invention, si minime fût-elle, à laquelle il n'aurait aucun droit.

Ce petit mais trop vif débat terminé, un autre s'est allumé, et sur un sujet encore qui paraissait peu susceptible d'échauffer les têtes académiciennes. Il s'agit, en effet, de la valeur du séton en particulier, dans la pratique, et, par extension, de la valeur des exutoires à demeure, cautères, moxas, etc., etc.

Une humble modification, proposée par M. Bouvier, à la petite opération du séton, a été le point de départ de cette discussion non encore terminée. M. Bouvier substitue à l'incision par le bistouri une simple piqûre d'aiguille, à la large mèche un fil, et il assure que l'opération, ainsi réduite à la plus grande simplicité, donne les mêmes résultats de révulsion et de suppuration continue que le séton antique et classique. Il a fait défiler devant l'Académie une longue Théorie de pauvres enfants de tout sexe auxquels, pour des cas divers, il a appliqué ce séton perfectionné.

Dans le mémoire qu'il a lu à ce sujet, M. Bouvier a accepté l'emploi du séton comme un fait de pratique dont l'utilité était démontrée et incontestable, et n'a pas discuté la question thérapeutique. Cette précaution oratoire n'était cependant pas inutile, et M. Malgaigne s'est chargé de le lui démontrer. Après quelques objections présentées avec une grande convenance par M. Larrey, après un court exposé des résultats de son expérience sur l'emploi du séton par M. Gerdy, M. Malgaigne a pris la parole, et dans un petit discours vif, pénétrant et spirituel, comme il en sait faire, il a placé le débat sur le terrain de la thérapeutique pure. L'orateur a peu de tendresse pour le séton perfectionné de M. Bouvier, car il déclare que jamais, jamais! il n'a pu reconnaître un avantage quelconque au séton, au moxa, au cautère à demeure, toutes pratiques introduites dans l'art on ne sait quand, on ne sait par qui, mais certainement sous l'influence d'un grossier empirisme et pour l'emploi légitime desquelles la science ne possède pas une seule série de faits probans et démonstratifs. Voilà le thème développé par M. Malgaigne avec une verve incisive et, peut-être, disons-le tout de suite, avec ce sentiment dont M. Piorry se défendait tout à l'heure contre la critique de M. Bouillaud.

M. Velpeau voulait immédiatement répondre, mais l'heure avancée a interrompu la discussion. M. Velpeau veut réhabiliter le séton des attaques de M. Malgaigne, c'est l'intention qu'il a nettement accentuée. Ce point de pratique n'est pas sans intérêt, et par la bouche de M. Velpeau nous apprendrons, sans doute, dans quelle mesure, dans quelles conditions, dans quels cas déterminés les exutoires à demeure sont utiles, quels bénéfices, prochains ou éloignés, on obtient de leur emploi, toutes questions dans lesquelles, sans adopter la prohibition formelle de M. Malgaigne, on peut craindre cependant qu'il n'existe beaucoup de doute, de vague et d'obscurités. Il est certain que M. Malgaigne a ouvert de larges horizons à la discussion. Toute la théorie de la révulsion, de la fluxion, des sympathies morbides est là, imminente et prête à déborder sur le débat; toute une immense discussion peut-être sur la pointe de l'aiguille de M. Bouvier!

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les n°s des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20, 27 Septembre et 4 Octobre.)

Onzième Leçon.

Nous avons vu que la capsule articulaire présente dans les luxations anciennes et congénitales du fémur deux états distincts : l'état d'allongement et l'état de perforation. Le premier se rencontre dans deux phases des luxations, l'état imparfait et l'état parfait; nous avons examiné ce qui se passe dans l'état imparfait. Pour résumer ce que j'ai dit relativement à l'origine des pseudarthroses congénitales, je vous rappelle que trois explications sont en présence. On admet, dans la première, que l'enfant renfermé dans le sein de la mère a été soumis à une influence mécanique extérieure. Dans la seconde, on suppose que le déplacement de la tête du fémur est dû à une maladie de la hanche. Les auteurs qui ont présenté la troisième opinion pensent qu'il n'y a jamais eu d'articulation normale et que, dès la première période du déplacement, la capsule présente l'allongement que l'on constate dans la suite. J'ai dit vers quelle opinion je penchais; cependant je répète qu'il est probable que ces luxations peuvent être produites par plusieurs causes.

Dans la deuxième période, c'est-à-dire à l'état parfait de la luxation, la capsule articulaire se présente sous deux aspects : à l'état de simple allongement, sans déplacement des insertions normales, ou bien à la fois à l'état d'allongement et de déplacement des attaches. La première forme donne lieu à cette disposition articulaire que j'ai nommée une syndesmose; nous en trouvons un exemple dans l'anatomie normale; l'os hyoïde est suspendu par des liens fibreux à la base du crâne. Le fémur est de même uni, par syndesmose, à l'os iliaque dans les pseudarthroses dont il s'agit en ce moment; ses fonctions sont conservées en grande partie. Dans cette première forme, la capsule, parfaitement intacte, renferme la tête du fémur tout entière; elle empêche un contact immédiat des deux os et établit entre eux un moyen d'union solide. L'allongment de la capsule n'est pas, dans ce cas, de la même nature que celui qu'on observe dans certaines paralysies accompagnées du relâchement des ligamens et des muscles, comme on le voit dans l'articulation de l'épaule à la suite de la paralysie du deltoïde. La tête du fémur est solidement fixée dans la place qu'elle occupe; cette disposition conserve les fonctions du membre.

Cette union ligamenteuse est propre aux pseudarthroses coxo-fémorales congénitales et forme un signe précieux pour différencier ces lésions des luxations traumatiques anciennes. J'ai le regret de me trouver, sur ce point, en désaccord avec un auteur que vous estimez à juste titre, M. Malgaigne. Ce savant chirurgien admet que la disposition de la capsule dont il est ici question peut se rencontrer également dans les luxations traumatiques anciennes. Cela n'est pas exact, je dois le dire ouvertement. Sur quoi est fondée l'opinion de M. Malgaigne? Sur un seul fait que voici : Dupuytren, dans ses leçons, a décrit un cas de pseudarthrose coxo-fémorale double qu'il a considérée comme congénitale en se fondant sur la mobilité des articulations. Vingt ans plus tard, M. Malgaigne retrouve, à Bicêtre, ce même malade qui raconte que, dans son enfance, il était sur le point de tomber des bras de la personne qui le portait, lorsque, retenu brusquement, il éprouva un tour de reins douloureux et ensuite de la difficulté dans la marche et de la claudication. Le récit assez vague de cet homme, contredit, d'ailleurs, par le récit tout différent qu'il a fait à Dupuytren, a suffi à M. Malgaigne pour détruire d'un trait de plume le premier diagnostic. Je n'hésite pas, à défaut même de renseignemens positifs, à soutenir, d'après la description anatomique de M. Malgaigne lui-même, qu'il s'agissait bien là d'une luxation congénitale; le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu ne s'était pas trompé.

Le caractère que je viens d'indiquer, à savoir, la grande étendue des mouvemens de l'articulation, ne se rencontre pas dans toutes les pseudarthroses congénitales; mais s'il existe, on peut affirmer que le fait qu'on observe se rattache à la catégorie des syndesmoses.

Voici plusieurs exemples de la disposition que je signale. Ces pièces offrent des débris de capsule formant syndesmose. La plus belle est due à M. Broca.

Je ne connais pas de faits appartenant aux luxations traumatiques ou pathologiques, dans lesquels on ait rencontré cette disposition. M. Parise et Pravaz semblent présumer qu'elle peut exister dans ces deux classes de lésions, parce que la tête, d'abord intra ou juxta-cotyloïdienne, peut, par le tiraillement de la capsule, l'allonger, la déplacer et produire une syndesmose.

Pour mieux étudier les changemens qui surviennent dans la capsule, je distinguerai trois portions dans cet organe : une portion cotyloïdienne; une portion fémorale; une portion intermédiaire ou libre.

1° La portion cotyloïdienne est insérée au pourtour du cotyle ancien; elle ne présente pas toutefois la disposition naturelle; elle se resserre, s'applique sur la cavité et la ferme à la manière d'un rideau.

2° La portion fémorale est remarquable en ce que les fonc-

tions de la portion cotyloïdienne lui sont dévolues; c'est elle qui contient la tête du fémur. Ses attaches à la base du col n'offrent rien d'anormal. Sa surface interne est en rapport immédiat avec la tête et le col, et lubrifiée par la synovie. Sa surface externe est en contact avec l'os iliaque, tapisse l'excavation cotyloïdienne nouvelle, et joue le rôle des ligamens interarticulaires, que l'on observe normalement entre l'extrémité interne de la clavicule et le sternum, entre le condyle de la mâchoire et la cavité glénoïde du temporal, etc. Cette portion de la capsule adhère à l'ilium par des liens fibreux, une synoviale; elle éprouve ainsi un double glissement. Le petit fessier double la capsule; ce muscle est souvent atrophié, mais sa portion fibreuse persiste et suffit pour donner plus de solidité à cette connexion. Tous les muscles voisins entourent la portion fémorale de la capsule; ses rapports avec eux varient, d'ailleurs, suivant le siége de la tête fémorale.

3° La portion intermédiaire ou libre est plus ou moins longue; elle est assez courte dans la pièce de M. Broca, la pseudarthrose étant juxta-cotyloïdienne; lorsque la tête est plus éloignée de sa cavité, la portion libre de la capsule a plus de longueur. Cette portion, tendue entre les deux autres, présente une conformation bizarre, que vous voyez sur cette pièce; elle est étroite et arrondie, terminée par deux renflemens conoïdes qui ont fait comparer la capsule entière à un sablier, à une bourse à double poche. D'abord assez largement ouverte chez l'enfant, la partie médiane se fronce ensuite, se plisse longitudinalement, figure un canal dans lequel circule la synovie. Plus tard, les plis s'effacent en adhérant ensemble, en sorte qu'une partie de la circonférence de la capsule se trouve épaissie, transformée en un cordon solide, confondu par ses bords avec le reste du ligament capsulaire. Peut-il arriver que le conduit de cette portion intermédiaire s'oblitère entièrement? Je n'en connais pas d'exemple; la synovie qui baigne incessamment la surface interne, empêche une adhérence des points opposés du canal. Au reste, cette oblitération, si elle avait lieu, ne changerait rien aux conditions de solidité et de mobilité du membre.

La surface extérieure de la portion libre est, comme la portion fémorale, en contact avec les muscles rotateurs qui entourent l'articulation, obturateurs, jumeaux, pyramidal, fessiers, dont les rapports avec la capsule varient suivant la position de la tête du fémur; leurs tendons viennent encore fortifier le ligament capsulaire et rendre plus étroite l'union des deux os.

Voyons quelle est la structure de la capsule, dans ces trois portions; cette étude nous fera connaître des faits précieux pour la physiologie, la pathologie et même la thérapeutique de cette affection. Cette structure rappelle celle de l'ancienne capsule; on remarque seulement des différences dans la force et la direction des faisceaux fibreux; les uns sont atrophiés, les autres épaissis. L'amincissement de la capsule n'est pas toujours en rapport avec sa dilatation; l'augmentation d'épaisseur coïncide quelquefois avec l'accroissement de capacité. Vous avez rencontré, sans doute, des exemples de ce fait dans d'autres organes, tels que le cœur, etc.

Les faisceaux les plus remarquables par leur organisation et leur influence sur l'état des mouvemens sont ceux que j'appellerai faisceaux en X; ils ont leur point de départ dans l'état naturel. La capsule, en effet, dans l'état normal, est renforcée par des trousseaux fibreux, résistans; l'un d'eux, partant de l'épine iliaque antéro-inférieure, vient s'insérer à la base du col fémoral vers le petit trochanter, et a reçu le nom de ligament de Bertin, bien qu'il ait été décrit avant cet anatomiste. Ce ligament reste très fort dans la pseudarthrose coxo-fémorale par syndesmose, mais sa direction se trouve un peu modifiée et devient oblique de haut en bas, de dedans en dehors. Vous voyez de suite l'influence de cette disposition sur la mobilité du fémur; elle limite l'abduction du membre, et l'empêche de s'abaisser par son propre poids ou par les tractions exercées par le chirurgien.

Un deuxième faisceau est situé en arrière du précédent. Les fibres qui le composent, naissent en arrière et au-dessous du cotyle ancien, se portent en haut et en dehors, et s'attachent au grand trochanter. Ce ligament croise le premier faisceau, dont il est séparé par le col du fémur, et s'oppose à l'ascension de cet os.

Vous comprenez maintenant que la rétraction du tissu fibreux, le resserrement de la capsule variant aux différens âges, la fixité du fémur doive varier dans la même mesure. Vons saisissez bien ce qui différencie cette disposition articulaire nouvelle d'une simple diastase. Vous avez dans le premier cas une organisation unitive, qui maintient dans une position fixe la tête de fémur.

Nous pouvons déduire de la connaissance des faits anatomiques le degré de *solidité* et de mobilité des syndesmoses congénitales.

Examinons d'abord la solidité. Les conditions d'équilibre dans la station, chez les sujets atteints de pseudarthrose congénitale, ne sont plus les mêmes que chez les sujets sains. Dans la station verticale et à l'état normal, les fémurs se trouvent compris dans le plan transversal passant par la colonne lombaire, et, par conséquent, sont dans la direction du poids des parties supérieures du corps. Dans le cas que nous examinons, la tête est située plus en arrière et tendrait à remonter le long du bassin, si les capsules ne s'y opposaient; elles remplissent le même rôle que les soupentes qui soutiennent la caisse des voitures. Par suite de ce déplacement, le tronc tend à tomber en avant; mais il est retenu par l'action musculaire. La flexion souvent considérable du corps chez ces malades, a été attribuée au muscle psoas qui serait rétracté et exercerait des tiraillemens sur la colonne vertébrale. En parlant des abcès par congestion, j'ai indiqué cette influence du psoas sur la position des membres inférieurs; mais je le crois le plus souvent étranger à l'attitude du corps dans le cas dont il est ici question.

Il semble que l'absence de cavité énarthrodiale devrait rendre les parties plus mobiles, plus vacillantes. La mobilité n'est pourtant pas aussi considérable que vous pourriez le supposer; elle est bornée par les deux ligamens en X dont j'ai parlé.

Je vous laisse à déduire plus complétement les conséquences de l'état anatomique de la jointure par rapport à la mobilité du fémur dans ces pseudarthroses congénitales, et je passe à la seconde forme des altérations de la capsule dans l'état parfait de la pseudarthrose; je l'appelle, cette disposition, *capsule déplacée, refoulée.*

Dans les pseudarthroses coxo-fémorales avec refoulement de la capsule, il y a contact articulaire, diarthrose, tantôt énarthrodiale, tantôt seulement arthrodiale. Les luxations intra-cotyloïdiennes et quelques-unes de celles qui sont juxta-cotyloïdiennes, nous offrent seules l'exemple de cette disposition, qu'on ne rencontre pas dans les pseudorthroses ultra-cotyloïdiennes, lorsqu'elles sont bien caractérisées; on éprouve quelquefois, il est vrai, de la difficulté à établir une ligne de démarcation précise entre cette dernière catégorie de déplacemens et la classe des luxations juxta-cotyloïdiennes. Il est souvent impossible, dans cette forme, de décider si le déplacement est congénital, ou s'il résulte d'une luxation ancienne non réduite.

Les phénomènes dont nous nous occupons s'observent dans les luxations congénitales et pathologiques. Se voient-ils dans les luxations traumatiques? C'est douteux.

Je vous présente plusieurs exemples de cette seconde forme; celui-ci est le plus bel échantillon que je possède; les deux cavités sont séparées par une arête bien apparente; la pseudarthrose est juxtà-cotyloïdienne.

Dans cette variété, la capsule embrasse les deux cotyles; c'est un de ses caractères distinctifs; par quel mécanisme a lieu le déplacement dans ce cas? Nous le savons pour les luxations pathologiques. La tête du fémur se creuse à l'intérieur du cotyle une dépression nouvelle, qui empiète ensuite sur le bord de la cavité normale; le manchon fibreux refoulé s'éloigne avec la portion osseuse qui lui donne insertion; il présente un étranglement au niveau de l'arête, et décrit ainsi un 8 de chiffre, dont les deux cavités figurent les anneaux. Le cotyle ancien, d'abord plus large que le nouveau, finit par lui devenir inférieur en étendue.

M. Parise a publié un fait dont j'ai déjà parlé, et sur lequel je dois revenir. Ce fait, recueilli sur un enfant et que l'auteur cite à l'appui de sa théorie, pourrait recevoir une autre interprétation. Je n'ai pas trouvé dans l'observation de preuves de l'existence d'une coxalgie. M. Parise se fonde sur l'abondance de la synovie; mais ce signe est insuffisant pour caractériser l'arthrite coxo-fémorale. Ce cas est peut-être un très bel exemple de luxation congéniale, appartenant à la catégorie que nous examinons.

Aux pseudarthroses par refoulement de la capsule se rattache un autre genre d'altération, consistant en un énorme accroissement de la capacité du cotyle. Cette disposition, qu'on serait tenté de rapporter à l'arthrite sèche, se voit dans les luxations congéniales ou non congéniales. En voici un très bel exemple, emprunté à l'ouvrage de Sandifort. Il devait exister primitivement une pseudarthrose intra-cotyloïdienne. Les deux cotyles ont été convertis, par la destruction de l'arête, en une immense cavité, dans laquelle joue la tête du fémur. Ce cas, déjà interprété de cette manière par M. Parise, est en quelque sorte intermédiaire entre la luxation et la conformation normale de la jointure.

La disposition de la capsule est différente dans cette forme de luxation et dans la syndesmose. Dans le premier cas, elle est moins longue et plus serrée; ses deux extrémités ne sont point séparées par une portion intermédiaire isolée. Les trousseaux fibreux appliquent exactement l'un contre l'autre l'ilium et le fémur.

Perforation de la capsule. — Une autre forme d'altération, la perforation de la capsule, se voit dans les trois espèces de luxations traumatiques, pathologiques, congénitales. Cette lésion est la règle dans les luxations traumatiques, et se rencontre dans un certain nombre de déplacemens pathologiques, lorsque, par exemple, un abcès s'est formé dans l'articulation. Dans les pseudarthroses congénitales, cette perforation n'existe pas à la naissance; mais elle se produit souvent dans un âge plus avancé. On peut confondre cet état avec la luxation par refoulement de la capsule. En voici un exemple: vous voyez une vaste cavité séparée en deux par une arête visible. Il est probable que le manchon fibreux, d'abord aminci, s'est ensuite perforé, et que le contact ayant eu lieu entre les deux os, cette cavité s'est creusée. Du côté opposé, l'os iliaque présente une simple dépression sans cavité.

Dans toutes les pièces de diarthroses congénitales que j'ai eu l'occasion d'observer, l'excavation avait lieu dans un point rapproché de l'ancien cotyle.

Saudifort a représenté sur les deux articulations d'un même sujet un bel exemple d'une disposition semblable, qu'il a décrite minutieusement, sans toutefois indiquer que son origine était antérieure à la naissance. La Hollande a failli, dans cette circonstance, ravir à la France et à l'Italie la gloire d'avoir découvert les luxations congénitales du fémur.

L'état de la capsule est ordinairement analogue, sinon identique, à celui des pseudarthroses par refoulement; elle est formée des débris de l'ancienne capsule.

Je terminerai ce que j'ai à dire de la capsule, en parlant des modifications qu'elle présente suivant les âges. On a cherché à savoir à quelle époque de la vie elle commence à revenir sur elle-même et à se resserrer; à quelle epoque la tête fémorale peut repasser dans le cotyle normal quand; ce passage ne peut plus s'effectuer. M. Malgaigne a indiqué la vingtième année comme l'époque à laquelle la translation de la tête d'un cotyle dans l'autre n'est plus possible. Cette indication n'est pas parfaitement exacte. Il y a des exemples d'enfans âgés de moins de 12 ans, chez lesquels la tête fémorale était déjà invariablement fixée dans ses nouveaux rapports. Les observations faites dans le jeune âge ne sont pas assez nombreuses pour trancher aujourd'hui cette question. Tout ce que l'on peut dire à cet égard, c'est que ce n'est probablement qu'à une époque plus ou moins rapprochée de la naissance que les dimensions de la capsule permettent le libre retour de la tête vis-à-vis de l'ancien cotyle; que, toutefois, il existe à cet égard de nombreuses variétés individuelles.

J'ai pu, sur la pièce que je vous présente, et qui provient d'un sujet adulte, amener la tête du fémur sur la cavité cotyloïde, et M. Sédillot a rapporté un cas semblable; mais il faut remarquer que ce résultat n'était obtenu qu'au moyen d'une attitude forcée et violente, nécessaire pour relâcher les trousseaux fibreux de la capsule.

Ligament rond. — Le ligament rond existe généralement dans les luxations congéniales par allongement. Il est aminci, rarement épaissi, quelquefois divisé, ordinairement allongé et comme rubané; il contribue à maintenir ouverte la portion libre de la capsule; il est quelquefois détruit en totalité ou en partie, principalement lorsqu'un contact articulaire s'est établi entre les os.

Os, muscles, etc. — Le cotyle normal, devenu vide, se rétrécit suivant la même loi physiologique qui fait que les alvéoles, l'orbite, s'oblitèrent après la chute des dents et l'ablation de l'œil, et en général les cavités naturelles, lorsqu'elles sont privées de leur modificateur habituel. Sa forme se modifie, change; de rond il devient triangulaire. Ses angles et ses bords sont toujours disposés de telle sorte que les premiers répondent à l'une des trois pièces de l'os coxal, tandis que deux de ces mêmes pièces concourent à former chacun des trois bords. La partie supérieure du cotyle reste la plus profonde; l'oblitération se prononce surtout en bas.

La réduction de capacité du cotyle peut commencer de très bonne heure; dans certains cas, l'effacement est très marqué à l'époque de la naissance. Vrolick a vu cette cavité considérablement rétrécie chez un sujet âgé de 8 ans; elle ne pouvait plus recevoir la tête du fémur et présentait déjà la forme triangulaire. Il est, au contraire, des cas où l'étendue de la cavité reste plus longtemps en rapport avec le volume de la tête du fémur.

Des changemens considérables s'opèrent dans la forme de la tête et du col: la tête diminue souvent de volume, s'allonge, s'aplatit; le col peut se raccourcir, s'abaisser de manière à former un angle plus rapproché de l'angle droit avec le corps de l'os. On a observé, dans des cas fort rares, une destruction complète de la tête et du col; en voici un exemple qui m'a été remis par un de nos externes, M. Fauvel. Ces cas sont des exceptions qui s'expliquent par des maladies survenues dans ces pseudarthroses, ou bien par des vices de conformation considérables, comme ceux qu'on observe chez les monstres. Ce n'est pas cette classe de luxations que nous rencontrons habituellement dans la pratique.

Le bassin des sujets atteints de luxation congéniale du fémur, présente des caractères qui le différencient de l'état normal; il est irrégulier, même lorsqu'il existe une double luxation. On remarque, en général, une diminution du diamètre transverse du détroit supérieur et un élargissement du même diamètre du détroit inférieur, dû à l'écartement des ischions. On remarque aussi une diminution de hauteur de la ceinture osseuse; elle est comme écrasée. Les iliums sont, au contraire, relevés.

Cette pièce est un bel exemple de la disposition que je signale; elle montre l'influence des pressions mécaniques sur la forme des os. Les muscles ne jouent qu'un rôle secondaire dans la production de ces changemens.

Dans la luxation simple, l'irrégularité est plus marquée; un arrêt de développement se remarque dans l'os iliaque d'un côté; la tubérosité sciatique du même côté est déjetée en dehors. Le détroit supérieur offre une déformation que M. Lenoir a rapprochée avec raison de la disposition des bassins obliques ovalaires de Naegele.

Même dans le cas où il n'y a point contact immédiat entre les os, la tête du fémur, en comprimant l'os iliaque, y déter-

mine, à la longue, une dépression plus ou moins marquée. Cette dépression coïncide quelquefois avec une saillie arrondie, proéminant dans la fosse iliaque interne, et rappelant, suivant la juste comparaison de M. Malgaigne, le refoulement produit par le marteau dans certaines pièces métalliques.

Enfin, il se fait presque toujours des changemens dans la nutrition du membre ou même de toute une moitié du corps ; un arrêt de développement apparaît dans les os, dont la longueur est plus ou moins réduite. Les muscles, souvent atrophiés, deviennent en partie graisseux avec l'âge. Ceux qui sont en rapport immédiat avec la nouvelle articulation, semblent parfois avoir subi la transformation fibreuse.

Em. BAILLY,
Interne du service.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Octobre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Une note de M. le docteur ***, de Guyonville (Haute-Marne), sur une épidémie de laryngite striduleuse. (Com. des épidémies.)

— Une demande M. le docteur TROY, qui sollicite l'autorisation d'exploiter une source minérale à Baréges (Hautes-Pyrénées). (Comm. des eaux minérales.)

— La recette d'un sirop iodo-gallique de M. MOTTE, pharmacien à Lyon, qui lui attribue la propriété de guérir les maladies scrofuleuses.

— L'annonce d'un système curatif anticholérique, que M. le docteur LANGLEBERT demande l'autorisation d'expérimenter dans les hôpitaux de Paris. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire sur la fièvre puerpérale, par M. le docteur LEMAIRE, à Dunkerque. (Comm. des épidémies.)

— Une observation de M. le docteur PERRIN, de Paris, relative à un cas de perforation intestinale par un ver lombricoïde. (M. Velpeau, rapporteur.)

— Un mémoire intitulé : *Du choléra et de son traitement*, par M. le docteur WYZEWSKI, de Saint-Amand-les-Eaux (Nord). (Comm. du choléra 1854.)

— La description d'un nouveau mode d'emploi et de conservation de divers médicamens sous forme de pralines ou dragées, par M. LAURENT, pharmacien à Montmartre. (Comm. MM. Ricord, Bussy, Bouchardat.)

— Une lettre de M. LEROY-D'ETIOLLES, qui revendique la priorité de l'invention de l'*écrou brisé* appliqué aux instrumens lithotriteurs.

— M. BOULEY dépose sur le bureau de l'Académie un mémoire de M. le docteur WILLEMS, sur l'inoculation préventive de la péripneumonie. (Comm. MM. Leblanc et Bouley.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. le professeur Magendie.

M. PIORRY lit le rapport suivant *sur un acoumètre* présenté par M. YEARSLEY, de Londres.

Messieurs, l'Académie a reçu plusieurs instrumens destinés, soit à préciser le diagnostic, soit à donner la mesure des lésions existantes, soit enfin à rendre plus faciles des recherches expérimentales et d'une haute utilité pratique.

Le progrès véritable en médecine consiste bien moins à trouver des remèdes nouveaux qu'à déterminer exactement les cas où il convient de s'en servir, et qu'à apprécier en quelque sorte mathématiquement le mode et le degré de leur action. L'empirisme, fils du hasard, n'est qu'une routine irréfléchie, que l'art peut utiliser au besoin ; le rationalisme élève la médecine au rang des sciences exactes, car il soumet les faits empiriques à la mesure, au calcul, et à l'induction réfléchie.

Toute tentative ayant pour objet l'appréciation positive des phénomènes ou des lésions, ainsi que des effets thérapeutiques produits par les médicamens doit être encouragée, et cela quand bien même il s'agirait de considérations ou de faits déjà connus, mais oubliés. C'est dans ces idées que les rapports qui vont suivre seront rédigés.

Premier rapport. — D'abord la commission pour la surdi-mutité et moi avons été chargés de vous rendre compte de l'instrument que propose M. Yearsley, de Londres. Il s'agit ici d'un appareil mécanique fort ingénieux, que je dépose sur le bureau, et dans lequel un petit marteau vient frapper à temps égaux contre le plancher d'une boîte et y produit un bruit. Cette boîte est fermée, afin que le malade ne voie pas le marteau exécuter de mouvemens, ce qui pourrait plus ou moins l'aider à mieux reconnaître les sons produits et à faire croire qu'il entend, alors qu'il n'en est pas ainsi. L'intensité du choc, la force du son qui en résulte sont, alors que l'expérimentateur le désire, plus ou moins prononcés, et cela suivant que l'on fait saillir plus ou moins une échelle graduée, ou une sorte de verrou en cuivre situé sur le côté de la boîte. Sur cette pièce sont indiqués des numéros ou des degrés. Le n° 1er correspond à un bruit très faible, perceptible à des personnes dont l'ouïe est normale. Le n° 18 est en rapport avec des sons très forts, et que des gens dont l'ouïe est peu développée peuvent encore saisir. Seize numéros sont gravés entre ces deux extrêmes et indiquent des degrés variables de dureté de l'ouïe.

L'instrument de M. Yearsley, qu'il nomme acoumètre, n'est pas l'acoumètre de M. Blanchet. Dans ce dernier, il s'agit d'un ton harmonique donné par le diapason, tandis que, dans l'appareil de M. Yearsley, c'est seulement un bruit qui est produit. Du reste, l'intensité, la force de ces sons que le malade peut encore entendre, donne, avec ces deux acoumètres, la mesure du degré auquel la surdité est portée. Ces moyens ont l'un et l'autre, comme mesure, un avantage marqué sur l'audition d'une montre ou d'une pendule dont les sons présentent toujours la même intensité, et sur les timbres volumineux et peu portatifs dont se servaient Itard. Les acoumètres sont surtout utiles sous le rapport de la délicatesse et de la précision qu'ils donnent aux diagnostics.

Le défaut de l'instrument proposé par M. Yearsley est d'être une mécanique compliquée, une sorte d'horloge, susceptible de faciles dérangemens.

L'acoumètre de M. Blanchet est, au contraire, on ne peut plus simple, et il n'est pas besoin d'un ouvrier habile pour remédier aux accidens qu'il est susceptible d'éprouver. Ces deux instrumens pourraient avoir, du reste, une utilité spéciale. Car celui de M. Yearsley fait connaître l'aptitude du malade à être impressionné par de simples bruits, tandis que celui de M. Blanchet permet d'apprécier le degré de sensibilité du sourd à des vibrations assez nombreuses pour produire des sons harmoniques. Sous ce dernier rapport, l'orgue dont se sert avec utilité le chirurgien des Sourds-Muets, mérite encore la préférence sur les deux acoumètres dont il vient d'être fait mention.

M. PIORRY lit un deuxième rapport *sur un stéthoscope* de M. Buindi, de Palerme.

Une note relative à un stéthoscope spécial, a été adressée par M. Buindi, de Palerme. Il s'agit seulement ici d'un instrument dont l'extrémité elliptique est configurée de telle sorte qu'elle pût être appliquée, malgré l'amaigrissement des malades, sur les espaces intercostaux. Ce stéthoscope peut présenter de l'utilité, seulement il constitue un instrument de plus et dont on peut facilement se passer. Il suffit, en effet, d'appliquer sur les espaces intercostaux excavés, un fragment de linge, d'ouate, de charpie, et d'appliquer par dessus l'extrémité du stéthoscope de Laënnec ou du mien, pour obtenir tous les mêmes résultats que chez les individus non amaigris.

Pour remédier à la difficulté que l'on éprouve à percuter médiatement entre les côtes, on a proposé de se servir d'un plessimètre allongé, qui pût pénétrer dans la profondeur des dépressions intercostales. On peut dire de cette tentative ce que je viens d'exposer à propos du stéthoscope de M. Buindi, car rien n'est plus facile que de remplir les dépressions intercostales avec quelques corps qui se prêtent à la configuration de cette excavation, et que de percuter en appliquant le plessimètre par dessus. On peut même, sans remplir les espaces intercostaux, incliner légèrement la plaque d'ivoire sur les saillies des côtes qui limitent les dépressions dont nous parlons. Et, de cette sorte, avec de l'habitude et un peu de dextérité, on arrive à percuter aussi facilement qu'on le ferait sur une surface unie.

En somme, pour la pratique, on se passe facilement du stéthoscope, tel qu'il soit. Une serviette simple, pliée en plusieurs doubles et appliquée sur la poitrine, transmet facilement les sons thoraciques, et évite aux malades les inconvéniens attachés à la position directe de l'oreille sur la poitrine ; elle sert à prémunir le médecin contre le désagrément qui résulte pour lui de la position de sa tête sur une peau malpropre.

On a fait infiniment de modifications au stéthoscope que je découpais en 1826 avec un couteau. Je le taillais alors sur une de ces énormes bûches dont Laënnec se servait. Depuis, on est toujours revenu à cette forme, qui rend l'instrument très portatif. J'en avais fait fabriquer de plusieurs longueurs, et celui qui, très court, porte à tort le nom de M. Louis, n'est autre qu'un de ceux que j'avais employés. L'inconvénient principal de mon stéthoscope n'est pas dans un peu plus de longueur, mais dans l'addition que j'y ai faite d'un plessimètre, dont la configuration est très vicieuse. Ce plessimètre ne vaut pas mieux qu'une pièce de monnaie ; la difficulté de son manuel est telle, qu'elle a malheureusement favorisé la paresse de beaucoup de gens qui, inhabiles à bien se servir de cet instrument, se sont contentés de la très insuffisante percussion, que, dans les premiers temps, j'ai pratiquée sur le plessimètre au doigt.

En somme, ce n'est pas le stéthoscope de Laënnec, de Piorry ou autre, qui donne de l'habileté à l'auscultateur, ce n'est pas non plus la médiation de l'auscultation qui constitue le mérite de la découverte de Laënnec. L'oreille, appliquée sur la poitrine, apprend tout aussi bien ce qui s'y passe que l'oreille posée sur le cylindre de bois ou de métal qu'on interpose entre le thorax et le conduit auditif. Ce qu'il importe surtout lorsqu'on veut bien pratiquer l'auscultation, c'est de faire, ainsi que je l'ai pratiqué bien avant M. Pétrequin (*Traité de la percussion médiate,* 1828.), des recherches stéthoscopiques sur le cadavre et sur les animaux. C'est d'étudier cliniquement ce précieux moyen d'investigation, c'est de réunir des connaissances profondes en anatomie et en physiologie pathologique. On peut se passer de mon stéthoscope et de tout autre. Mais il est impossible, à qui veut être au niveau de la science pratique, de ne pas se servir du plessimètre. La percussion exige un manuel très difficile à apprendre ; le plessimétrisme est un art qui exige beaucoup de dextérité, et celle-ci ne peut être acquise qu'autant que l'on aura un bon instrument, manœuvré par des doigts exercés de longue main et dirigés par des connaissances anatomiques et cliniques étendues.

M. MOREAU demande si ce n'est pas par erreur que M. Piorry a parlé d'auscultation pratiquée sur le cadavre.

M. PIORRY : L'auscultation cadavérique est un sujet qui, pour être exposé complétement, demanderait de trop longs développemens. Je me bornerai à dire que l'injection d'air ou de liquides de consistance différente dans l'arbre bronchique, donne lieu à des bruits dont l'étude a été faite par moi et reprise depuis par M. Pétrequin ; que c'est par de semblables expériences que Laënnec a débuté. Lisez dans l'excellent livre de M. Bricheteau les résultats stéthoscopiques d'injections poussées dans le péricarde. C'est à l'aide d'expérimentations variées, consignées dans mon *Traité du diagnostic*, que j'ai démontré, contrairement à la théorie de Rouannet, le mécanisme des bruits du cœur, mécanisme qui consiste dans le frottement du liquide contre les parois, et, à cet égard, je pourrais revendiquer la doctrine développée par M. Beau.

M. BRICHETEAU considère l'auscultation sur le cadavre comme d'une bien faible utilité. Il ajoute que les expériences de M. Pétrequin sont au moins très anciennes.

M. PIORRY : Les miennes remontent à 1826. Elles sont les premières en date et antérieures mêmes à celles de Laënnec. Quant à l'utilité de ces sortes de recherches, elle me paraît considérable, puisqu'elles permettent de vérifier immédiatement les conditions physiques auxquelles est due la production de tel ou tel bruit. C'est ainsi qu'en appliquant le stéthoscope sur le poumon d'un sujet mort de typhoémie avec les symptômes d'hypoxémie par écume bronchique, en l'absence de toute pneumonite, on peut obtenir, en pressant sur l'organe, le ronchus crépitant le plus beau, le plus caractéristique de l'inflammation pulmonaire, au dire des auteurs.

M. BOUILLAUD : Je ne puis laisser passer, sans m'élever contre elles, les assertions de M. Piorry relatives aux bruits du cœur. Il s'est livré, à ce sujet, à des expérimentations que j'ai discutées, et dont le résultat est en opposition avec ceux obtenus par les meilleurs observateurs. Une des conclusions auxquelles elles l'ont conduit, consiste à admettre que les deux moitiés du cœur se contractent alternativement et produisent l'une le premier bruit, l'autre le second ! De même, quant à la nature de ces bruits, les expériences de notre collègue en donnent une fausse idée, puisqu'en injectant de l'eau dans le cœur il n'a pas pu produire les bruits valvulaires, et que ce sont des bruits valvulaires qu'on entend sur le vivant. — J'ajoute, pour ce qui est du ronchus de la pneumonie perçu en l'absence des conditions anatomiques de cette inflammation, que, probablement, notre collègue aura confondu le râle sous-crépitant avec le râle crépitant véritable.

M. PIORRY : Ainsi que M. Bouillaud vient de le dire, il a déjà discuté mes expériences dans son ouvrage ; dans le mien (qu'il n'a pas lu) j'ai répondu à ses objections. C'est au public de juger entre nous. Quant à moi, je maintiens ce que j'ai avancé, relativement au mécanisme des bruits cardiaques, après des expériences dans lesquelles, ayant coupé les valvules, j'injectais de l'eau dans les cavités du cœur ; suivant que le liquide était projeté avec plus ou moins de force, je produisais une infinité de bruits qui ne ressemblaient pas, sans doute, exactement aux bruits valvulaires, mais qui imitaient les bruits de souffle, de frottement. — C'est à tort que M. Bouillaud compte, au nombre des conclusions que j'ai déduites de mes recherches expérimentales, l'hypothèse des deux bruits produits chacun isolément par une moitié du cœur ; c'est là une idée que j'ai émise sous forme dubitative, interrogatoire, et que j'ai moi-même battue en brèche ; en effet, ayant placé deux sondes dans les cavités cardiaques d'un animal vivant, j'ai vu le liquide s'élever simultanément des deux côtés.

J'arrive à la valeur du râle crépitant comme signe pathognomonique de la pneumonie. L'unité râle crépitant n'existe pas plus que l'unité pneumonie, et, suivant que des liquides plus ou moins abondans, plus ou moins visqueux sont contenus dans des espaces étroits ou larges, il se produit des bruits qui varient du ronchus crépitant au sous-crépitant, au râle muqueux et caverneux.

M. BOUILLAUD : Lorsque j'ai cité les expériences de M. Piorry, j'en ai emprunté la rédaction textuelle à son livre, et j'ai conservé la forme interrogative à la phrase où il est question de l'action indépendante des deux ventricules. M. Piorry vient de dire que les injections d'eau pratiquées dans un cœur mort lui ont permis d'entendre une *infinité* de bruits (remarquez que les bons observateurs n'ont jamais entendu que des bruits parfaitement définis). Dans cette infinité, il y a cependant une espèce de bruit que M. Piorry n'a pas observé, qu'il ne peut pas avoir observé, c'est le claquement valvulaire. Et pour ce qui est des bruits de souffle, personne n'a jamais imaginé qu'ils se produisissent autrement que par le frottement du sang contre les parois ou les orifices. Il m'est pénible d'accuser de nouveau M. Piorry d'exagération. Mais, en vérité, n'y en a-t-il pas à prétendre qu'on ne peut bien percuter sans se servir du plessimètre ? Comme j'ai expérimenté comparativement la percussion sur le doigt et sur la plaque d'ivoire, je puis assurer à M. Piorry qu'il se trompe, et que, loin d'être inférieur. le premier mode donne quelquefois de meilleurs résultats que le second. Ainsi le tintement du pot fêlé, signe pathognomonique des cavernes, s'obtient toujours quand on percute sur le doigt, et le plessimètre ne le donne pas.

M. PIORRY fait valoir la prééminence du plessimétrisme sur la percussion digitale, et invoque l'autorité de Skoda. Il raconte qu'un jour, à la Salpêtrière, M. Bouillaud avait trouvé de la sonorité dans un poumon qui donnait de la matité au plessimètre, et qui fut trouvé, en effet, imperméable à l'autopsie. L'orateur ajoute que, pratiquant le plessimétrisme depuis près de trente ans, il se croit assez bon juge pour se prononcer en pareille matière.

M. BOUILLAUD : Je n'ai pas le moindre souvenir du fait que notre collègue vient de rappeler. Mais quand il serait exact, c'est moi qu'il faudrait accuser d'erreur et non la méthode ; cette erreur, je l'aurais commise aussi bien en me servant du plessimètre. M. Piorry a tort de se prévaloir de sa vieille expérience ; celle de tous les professeurs de clinique date de la même époque et peut être opposée à la sienne sans trop de désavantage ; car depuis vingt ans il n'est pas entré dans mes salles un seul malade qui n'ait été percuté avec un soin égal à celui que M. Piorry pourrait y mettre. Je me sers indifféremment du doigt ou de plaque d'ivoire, et, je le répète, les deux moyens se valent ; cependant, avec le doigt, on obtient certains phénomènes que le plessimètre ne fait pas percevoir, comme par exemple le bruit de pot fêlé.

M. PIORRY : Ceci n'est pas conforme à l'observation, et je m'engage à produire ce bruit avec le plessimètre au moins aussi nettement qu'avec le doigt, en ayant soin de faire ouvrir la bouche au malade ; car c'est là la condition essentielle. En me taxant d'exagération, M. Bouillaud use d'un droit qu'il est seul à se reconnaître. Me suis-je servi d'argumens de ce genre avec lui ? Ai-je parlé d'exagération à propos des saignées coup sur coup ?

M. BOUVIER : A la question !

M. LE PRÉSIDENT rappelle l'orateur à la question. Après quelques observations de MM. Moreau, Bouvier et Velpeau, les conclusions des rapports (encouragemens aux auteurs) sont mises aux voix et adoptées.

— M. BOUVIER donne lecture d'un mémoire *sur une manière commode et simple d'appliquer et d'entretenir le séton à la nuque.*

Après un court historique, M. Bouvier décrit de la manière suivante la méthode qui lui est particulière :

Au lieu du bistouri ou de la large lame dont le tranchant est improprement nommée *aiguille à séton*, M. Bouvier se sert d'une aiguille véritable, très étroite, terminée en fer de lance, pour mieux pénétrer les tissus, droite ou courbe, suivant que le séton doit avoir une direction transversale ou longitudinale.

Au lieu de la mèche de coton ou de la bandelette de linge effilée sur les bords, qui reste à demeure dans la plaie, il emploie un simple fil ou mince cordonnet couvert d'un enduit imperméable qui le rend peu altérable au contact du pus. La matière de fines bougies urétrales est très propre à cet usage.

Afin de rendre l'introduction du cordonnet plus facile, l'aiguille porte du côté opposé à la pointe, au lieu du chas, une fente ou pince faisant ressort, dans laquelle se trouve fixée l'extrémité du fil, que l'on évite ainsi de replier en deux, comme dans les aiguilles ordinaires. Veut-on passer un fil double ? le milieu de l'anse qu'il représente est arrêté de la même manière dans la pince de l'aiguille, et l'anse reste entière quand on enlève l'instrument.

En liant les deux bouts de cette anse, on obtient un cercle dont une moitié repose dans le trajet pour y être remplacée le lendemain par l'autre moitié.

Les principaux avantages que M. Bouvier reconnaît à ces petits sétons sont les suivans : leur établissement n'occasionne qu'une très légère douleur ; le même fil peut servir indéfiniment ; si les ouvertures tendent à se rapprocher, il suffit de délier l'anse et d'arrêter le fil par un nœud à chacun de ses bouts pour éviter le tiraillement des orifices ; le pansement est d'une extrême simplicité ; si un seul fil ne détermine pas une révulsion suffisante, on augmente à volonté l'abondance de la suppuration en engageant dans le même trajet un second, un troisième fil, etc., ce qui permet de *doser* le remède et de le proportionner au mal ; la cicatrice qui reste est à peine marquée, ce qui n'est pas sans importance, pour les femmes surtout. On pourrait craindre que l'enduit imperméable, ne permettant pas au fil de s'imprégner de pus, laissât ce liquide s'accumuler dans le tissu cellulaire, l'expérience a appris à M. Bouvier qu'il n'en est pas ainsi ; d'ailleurs s'il survient de petits abcès, ils ne font qu'ajouter à la puissance de la révulsion. M. Bouvier

donne la préférence à la matière des fines bougies élastiques, les sétons en gutta-percha lui paraissent trop durs; c'est encore à cause de leur rigidité qu'il rejette les fils métalliques. Mais il se sert quelquefois de chaînes minces et flexibles, construites avec des métaux difficilement oxydables.

Les sétons, tels que M. Bouvier les emploie, permettent, dans certaines longues ophthalmies sujettes à récidives, de garder, pendant l'intervalle des exacerbations, une sorte de séton d'attente; c'est un petit châssis métallique qui ne fait que conserver le trajet sous-cutané prêt à recevoir, au besoin, un cordonnet ou une mèche plus active. Dans la méthode ordinaire on est obligé, dans les mêmes circonstances, de prendre parti, soit pour la suppression complète de l'exutoire, soit pour la conservation d'une mèche volumineuse.

M. Bouvier cite MM. Desportes, Demaux, de Puy-Lévêque et Giraldès comme ayant plus particulièrement insisté dans ces derniers temps sur l'utilité du séton dans les affections de la tête. Il termine en rappelant les paroles suivantes de Fabrice d'Aquapendente : Ad oculorum fluxiones et caput universum a supervacuis purgandum excrementis perpetuo ego setaceum probo tanquam experientia et usus efficacissimum exploratum remedium et *minime dolorem inferens* factu qui expeditissimum quod bis in vita mea gestavi semper cum oculorum salute.

M. Bouvier procède ensuite à la présentation de sept jeunes malades de son service à l'hôpital des Enfans. Tous portent depuis quelques semaines un séton à la nuque, et ont éprouvé une amélioration sensible dans l'état des yeux; une jeune fille a été complètement guérie d'une conjonctivite chronique, compliquée d'une kératite. Il possède les observations détaillées de chacun de ces cas.

M. Larrey, tout en partageant la plupart des idées émises par M. Bouvier dans son mémoire, insiste cependant sur deux points. En premier lieu, les larges sétons dont M. Bouvier a fait ressortir les inconvéniens avaient un avantage aussi, celui d'entretenir une suppuration plus abondante, et partant, une révulsion plus énergique. Deuxièmement, pour le siége, l'action et le mode d'action, tous les exutoires sont à peu près identiques.

M. Bouvier : Je conviens que le séton n'agit pas autrement qu'un cautère. Pouvant choisir, je préfère le premier au second. — Quant à la suppuration plus abondante que donneraient les sétons ordinaires, je puis l'obtenir à volonté, non pas d'emblée, mais par l'addition progressive de nouveaux fils, et jusqu'à présent je n'ai pas encore rencontré d'ophthalmie qui exigeât l'établissement instantané d'une révulsion aussi forte; il m'a suffi de l'obtenir en huit jours.

M. Gerdy : J'ai fréquemment mis en usage les sétons dans le traitement des ophthalmies; aujourd'hui, j'use moins souvent de ce moyen, et cela à raison des inconvéniens que M. Bouvier a lui-même indiqués, et que j'ai maintes fois observés. Il arrive, en effet, très souvent, que l'inflammation, au lieu d'être immédiatement voisine des ouvertures et de la cavité du trajet fistuleux, s'étend plus loin, et que, par voisinage, les symptômes inflammatoires se propagent jusqu'aux yeux mêmes; que, par exemple, en l'absence d'engorgemens ganglionnaires, de douleur à la nuque, les malades se plaignent d'un trouble plus considérable de la vue, de bourdonnemens d'oreilles, d'étourdissemens, tous phénomènes de congestion oculaire ou céphalique, tous symptômes de voisinage éloigné qui doivent faire supprimer un exutoire dont les effets sont l'opposé de ce qu'on cherche à obtenir. Les vésicatoires ont le même inconvénient, comme aussi les cautères (que, pour éviter la difformité chez les jeunes femmes, j'ai placés quelquefois un peu au-dessus de la nuque au milieu des cheveux). Le perfectionnement indiqué par M. Bouvier, en diminuant l'irritation locale, me semble devoir réduire également les chances d'irradiations inflammatoires par voisinage, et m'inspire, par conséquent, de belles espérances.

M. Bouvier : La seule différence entre M. Gerdy et moi, c'est qu'il dit avoir observé *très souvent* ces symptômes de voisinage, et que je les ai notés comme se produisant *quelquefois*. Je pense même que, dans certains cas, on peut prévoir à l'avance leur manifestation.

M. Malgaigne : Je m'aperçois avec peine que je suis en désaccord complet avec plusieurs de mes collègues dont j'aimerais à partager les opinions. C'est une question grave que celle des exutoires laissés longtemps à demeure, séton, cautère ou autre. (M. Larrey vient de le dire et M. Bouvier en est convenu, tous ces moyens agissent de la même façon.) Tous, tant que nous sommes, nous avons été élevés dans l'amour et le respect des exutoires; c'est une croyance traditionnelle, et, aujourd'hui encore, nous voyons des médecins user et abuser des cautères dans le traitement des tumeurs blanches, des sétons dans le traitement des ophthalmies. Pour mon compte, j'en ai mis beaucoup, et j'en suis venu à me demander si les inconvéniens de ces exutoires étaient compensés par quelque avantage sérieux. J'ai consulté, à cet égard, l'expérience des siècles et mon expérience personnelle. La première nous apprend que ce sont là de ces opérations grossières, empiriques, sans nom d'auteur, comme il en existe un certain nombre dans la science, de celles dont on ne peut établir, d'après une série d'observations rigoureuses, qu'elles aient jamais produit quelque bien.

M. Velpeau : Je demande la parole.

M. Malgaigne : De tout temps les chirurgiens en ont vanté l'efficacité, et M. Bouvier vous a cité le témoignage de l'un des plus illustres, de Fabrice d'Aquapendente, qui dit en avoir retiré d'excellens effets. Mais comme il affirme aussi que le séton appliqué avec le fer rouge ne fait pas souffrir, notre honorable collègue a été obligé de faire deux parts de ce témoignage; d'en rejeter l'une et d'accaparer l'autre pour les besoins de la cause (on rit). Dans les temps modernes, les partisans de ces exutoires sont devenus moins nombreux et moins ardens; quant à moi, j'ai pris le parti de ne plus employer empiriquement des moyens dont la valeur n'était pas établie sur des faits, et la plupart des autorités modernes partagent ma réserve sous ce rapport; j'en excepte quelques conservateurs — il y en a, il y en aura toujours (on rit). En consultant les souvenirs de ma pratique, j'ai été obligé de reconnaître que les exutoires ne m'ont jamais paru procurer qu'un bénéfice douteux. Je me remis alors à observer de très près, et après avoir fait une assez longue étude du moxa, du cautère, etc., spécialement dans le traitement des maladies articulaires, je déclare que, si tous ces moyens me paraissent excellens quand ils agissent vite, sans doute par la douleur ou l'irritation qu'ils déterminent, pendant les huit ou dix premiers jours au plus, passé ce temps ils ne font plus rien; je ne dis pas qu'ils font du mal, quoiqu'il ne soit pas indifférent de conserver longtemps un foyer de suppuration.

C'est pourquoi, depuis bien des années, je n'applique plus aucun exutoire aux malades de mes salles. Mais l'occasion ne me manque pas d'apprécier le degré d'utilité du séton sur d'autres qui portent des ophthalmies rebelles, des cautères sur des sujets affectés de maladies des jointures; il m'en vient fréquemment qui ont jusqu'à vingt et quarante cicatrices de moxas! Notre collègue M. Amussat se félicitait d'avoir diminué le volume des moxas, ce qui lui permettait d'en mettre un plus grand nombre sur la même surface; nous avons vu ensemble une femme à qui il en avait appliqué quatre-vingts sur le genou. La malade était bien malade (rires); M. Amussat ne l'a pas guérie, ni moi non plus. Venons-en aux enfans présentés par M. Bouvier. Toutes ces ophthalmies méritaient-elles d'être traitées par le séton? Étaient-elles toutes justiciables d'un traitement aussi dur (pour ne pas employer une expression plus énergique)? J'ai examiné quelques-uns de ces enfans en passant, ils ne m'ont pas semblé guéris. On nous dit que leur état s'est amélioré. M. Bouvier nous communiquera l'observation complète; cela est nécessaire; sans détails précis, aucune appréciation n'est possible. Il faut savoir si ce n'est pas à l'expectation que doit être attribuée l'amélioration que l'on regarde comme l'effet du séton; c'est souvent un grand moyen pour combattre les maladies chroniques que de ne plus rien faire. Je le répète, les enfans ne sont pas guéris. Ils portent les petits sétons perfectionnés; combien de temps les porteront-ils encore? Dans le nombre, il y a une fille qui en porte un depuis trois ans!

Selon moi, quand un temps si long s'est écoulé, l'économie est faite à l'exutoire; c'est une seconde nature, et il ne se passe plus là aucune action médicamenteuse. Un projet très sage annoncé par M. Bouvier, c'est de chercher d'abord — chose qui n'a jamais été faite — dans quels cas le séton convient, dans quels autres il est nuisible. — M. Gerdy m'a paru très convaincu, malgré son expérience. Il en veut au grand séton; le petit séton de M. Bouvier lui semble riche d'espérances; je fais des vœux pour que ces espérances se réalisent; mais, en attendant que M. Bouvier nous ait dit quand il convient d'y recourir, je ne soumettrai pas mes malades aux petits sétons perfectionnés.

La séance est levée.

RÉCLAMATION.

SUR L'URÉTROTOMIE PÉRINÉALE.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre compte rendu de la séance de la Société de chirurgie, du 22 août, se trouve la phrase suivante :

« M. Leroy-d'Étiolles chercha vainement à atteindre le canal, M. Ricord fut plus heureux. » Il y a dans cette narration de l'opération d'urétrotomie de dehors en dedans que nous avons pratiquée, M. Ricord et moi, une inexactitude qu'il m'importe de rectifier. Je n'ai pas cherché vainement l'urètre, car après avoir pratiqué les premières incisions, je remis à M. Ricord le bistouri et la sonde cannelée pour qu'il continuât l'opération. Ce que j'ai cherché, c'était l'occasion de faire, avec cet amé confrère, échange de courtoisie, car il y a peu de temps, pour un cas de calcul urinaire difficile et compliqué, dont il aurait eu cependant très certainement raison, il m'avait gracieusement confié la manœuvre de l'instrument brise-pierre. J'avais à cœur de reconnaître cette marque de déférence, et j'ai saisi cette occasion, bien certain, d'ailleurs, que mon malade ne pouvait qu'y gagner; car si j'ai plus que M. Ricord l'habitude du lithotribe, je ne fais nulle difficulté de dire qu'il manie le bistouri plus souvent et mieux que moi.

Voici le fragment d'une lettre que cet habile et spirituel chirurgien vient de m'écrire à ce sujet :

« *Mon cher Leroy*, si j'avais assisté à la lecture du procès-verbal de » la séance de la Société de chirurgie, j'aurais certainement demandé » le changement de l'interprétation donnée à mes paroles. Il ne pourra, » du reste, jamais entrer dans la pensée de personne, que vous ayez » manqué un urètre. On croirait plutôt qu'il se serait ouvert de lui-» même à votre nom.....

» Je serais heureux, mon cher ami, si les journaux qui publient les » comptes rendus de la Société de chirurgie voulaient bien insérer cette » lettre, et faire connaître mes sentimens à votre égard.

» Votre affectionné,

» Signé : Ricord. »

19 Septembre 1855.

Malgré la bienveillante plaisanterie de M. Ricord, je dois reconnaître que j'ai rencontré quelques urètres rebelles, même aux bougies tortillées et crochues, entre autres celui pour la restauration duquel nous avons réuni notre expérience et nos efforts.

Pour que cette lettre ne soit pas seulement personnelle, et afin de lui donner un caractère scientifique, permettez-moi d'y joindre quelques réflexions sur l'urétrotomie pratiquée de dehors en dedans, tantôt sans guide intra-urétral, et tantôt avec un cathéter conducteur, deux conditions essentiellement différentes.

Les difficultés de l'incision de l'urètre, faite de dehors en dedans sans conducteur, sont appréciées avec beaucoup de justesse dans une note trop peu connue, ajoutée par Lafaye au cours d'opérations de Dionis. En voici un extrait :

« Le malade est situé de la même manière que pour l'opération de » la taille au grand appareil. On introduit une sonde cannelée dans » l'urètre aussi avant qu'il est possible. Si l'on ne peut faire l'incision » sur la sonde, cette opération est beaucoup plus difficile; le chirur-» gien, obligé de travailler sans guide, doit se bien représenter la » structure et la position des parties sur lesquelles il opère. Si, après » avoir fait l'incision aux tégumens, *il ne peut parvenir à ouvrir* » *l'urètre*, il y introduit un trocart dont la canule est fendue, et, à la » faveur de la fente, il porte un bistouri pour faire une incision à cette » partie après avoir ôté le trocart. MM. Petit et Morand ont pratiqué » cette méthode avec succès. »

Lafaye ne dit pas que la sonde-trocart est introduite par l'urètre jusqu'à l'obstacle et que cet obstacle est perforé par le dard; mais il me paraît que cela va de soi, car on ne peut supposer qu'il ait songé à ponctionner l'urètre par le périnée avec un trocart, alors qu'il ne pouvait parvenir à l'ouvrir, en le disséquant, avec le bistouri, la pince et la sonde cannelée.

Avant Lafaye et Dionis, François Colot, le dernier de cette famille de lithotomistes, avait pratiqué des opérations semblables, il en raconte une de la manière suivante :

« Je m'étais, dit-il, proposé deux choses, ou de disséquer le périnée, » pour découvrir l'urètre, le percer, y pénétrer et ensuite forcer l'obs-» tacle du reste du conduit, ou de faire passer de force un stylet très » mince dans la verge, jusqu'au-dessous du scrotum; cette dernière ma-» nœuvre me réussit sans que j'eusse tenté l'autre. J'ouvris sur le » stylet..... »

L'énorme difficulté de l'urétrotomie faite de dehors en dedans, sans cathéter conducteur, est constatée par Desault, qui assure que « des » hommes jouissant d'une haute réputation en chirurgie ont commencé » cette opération sans pouvoir l'achever. » Par Deschamps, qui la déclarait *ridicule*. Par Sabatier, qui disait « n'en pas concevoir la possi-» bilité. »

J'aurais donc pu, sans être taxé d'ignorance ou de maladresse, ne pas parvenir dans l'urètre de notre malade; mais enfin, puisqu'il n'y a pas eu réellement insuccès, je ne vois pas pourquoi je l'assumerais; je n'en aurais que trop, hélas! à enregistrer dans ma vie chirurgicale.

L'urétrotomie périnéale sans conducteur est possible puisqu'elle a quelquefois été suivie de succès, et notre malade, j'espère, en augmentera le nombre, car la plaie du périnée est presque fermée et l'urètre de formation en grande partie nouvelle ne montre pas, jusqu'ici, trop de tendance à se refermer.

Cependant, je ferai observer que, dans la plupart des cas où l'opération a réussi, la ponction du rétrécissement avec une sonde-trocart introduite par l'urètre a dû être pratiquée pour guider le bistouri et ouvrir le canal, pourquoi alors ne pas se borner à cette ponction *pour faire pénétrer jusqu'à la vessie, par la canule du trocart, une sonde de gomme en suivant les précautions que j'ai indiquées*, précautions que M. Robert, dans son remarquable rapport sur la troisième période du prix d'Argenteuil, a reconnues efficaces par sa propre expérience. Cette précaution ou ce mode de procédé, si l'on veut bien lui donner ce nom, consiste à faire cheminer lentement et graduellement la sonde à dard *et à retirer de temps en temps le trocart pour chercher à lui substituer une sonde de gomme. Dès que l'obstacle a été dépassé, la sonde, glissée dans la canule, chemine dans l'urètre jusqu'à la vessie*. Ce qui rend dangereux la sonde conique, employée à vaincre les rétrécissemens infranchissables pour les sondes ordinaires et les bougies, c'est la distance qui sépare l'obstacle de la vessie, distance qui est ordinairement de 5 à 6 centimètres; puisque les neuf-dixièmes des rétrécissemens existent au point de jonction du bulbe avec la région membraneuse. La moindre rotation du pavillon, multipliée par la longueur de la courbe de la sonde, produit, à sa pointe, une déviation considérable qui tend à produire une fausse route dans les tissus qui entourent les régions profondes de l'urètre. On évite ce danger par la manœuvre que j'indique.

Une réflexion va sans nul doute se présenter à l'esprit du lecteur : si ce procédé de la sonde à dard modifiée est efficace et d'une application plus facile que l'urétrotomie, pourquoi, se dira-t-il, M. Leroy-d'Étiolles ne l'a-t-il pas mis en usage, et pourquoi a-t-il consenti à être de moitié dans l'opération d'urétrotomie de dehors en dedans? C'est qu'il y avait chez notre malade les deux principales conditions qui motivent à mes yeux cette opération : l'infiltration urineuse et la multiplicité des rétrécissemens dont les nodosités se sentaient à travers les parois de l'urètre.

Voilà pour l'urétrotomie de dehors en dedans pratiquée sans guide, sans stylet conducteur. Parlons maintenant de l'urétrotomie faite sur un cathéter qui a franchi l'obstacle et pénétré jusqu'à la vessie. Cette opération, pratiquée il y a deux siècles par Van Solingen, n'a jamais cessé depuis d'être mise en usage dans certaines circonstances que Lafaye a très sagement exposées. Dans ce moment où l'on tranche un peu légèrement les questions (soit dit sans jeu de mots), je pense qu'il est utile de rappeler ses paroles. Après avoir dit que les rétrécissemens, alors même qu'ils sont compliqués de fistules, *peuvent guérir par la dilatation*, Lafaye ajoute : « Mais comme les duretés et les callosités ne » sont pas souvent détruites, le malade ne jouit pas longtemps de ce » rétablissement. Les difficultés d'uriner reviennent, augmentent de » plus en plus et menacent le malade à chaque instant d'une rétention » d'autant plus fâcheuse, que les duretés et les callosités du canal » pourront empêcher d'y introduire la sonde ou la bougie. . . . . . .

» Lorsque les choses sont portées à cet excès, rien ne peut guérir ni » même soulager le malade que l'incision au périnée. Par le moyen de » cette opération, on détruit les fistules, on fait fondre les duretés et » les callosités tant du canal que du périnée, et l'on rétablit le canal » dans son état. »

Vient ensuite la description de la méthode opératoire.

Comment donc se fait-il que, dans toutes les discussions relatives à l'urétrotomie périnéale dont nous sommes aujourd'hui témoins, il ne soit jamais question que de M. Syme? Le pourquoi se trouve dans ces vers d'une application si fréquente :

L'homme est de glace aux vérités,
Il est de feu pour le mensonge.

Mensonge, ici, n'est pas le mot propre, c'est exagération qu'il faut dire. Van Solingen, Colot, Lafaye, Lassus, Ekstrom, ne pratiquaient l'urétrotomie périnéale qu'exceptionnellement, lorsque la dilatation était impuissante à maintenir l'urètre libre et lorsque les rétrécissemens étaient compliqués de fistules. M. Syme prétend la généraliser, il l'a conseillée, pratiquée dans les cas simples que pouvait guérir une dilatation méthodique; il a représenté la difficulté et le danger comme moindres qu'ils ne sont, et cette exagération lui a valu une sorte de renommée. Plus d'une illustration n'y a pas d'autres droits.

Mettons de côté l'exagération, et ramenons l'urétrotomie périnéale aux conditions dans lesquelles Lafaye la conseillait. Dans ces conditions, elle peut être mise en parallèle avec l'urétrotomie de dedans en dehors, telle que la pratique M. Reybard, c'est-à-dire en fendant profondément la paroi de l'urètre dans une longueur de 4 à 5 centim. La différence entre les deux opérations, c'est que dans l'une la peau est incisée et qu'elle ne l'est pas dans l'autre. De quel côté est l'avantage? La théorie dit que l'incision de la peau est plus rationnelle, parce qu'elle met à l'abri des dangers de l'infiltration d'urine à laquelle expose davantage le procédé de M. Reybard. La pratique est-elle d'accord avec la théorie? Je pense que les faits ne sont pas assez nombreux pour asseoir une opinion à ce sujet; toutefois, il semble résulter de ceux qui ont été publiés, que l'incision de dedans en dehors donne lieu moins souvent à l'infiltration qu'on ne devait le supposer au premier abord. Je ne parle que de l'incision faite avec l'instrument de M. Reybard et non avec le lithotome caché du frère Côme appliqué par M. Maisonneuve à l'urétrotomie, lequel coupant par un mouvement de totalité de l'instrument, a, de l'aveu de ce chirurgien, causé plus de morts que celui de M. Reybard, dont la lame se meut indépendamment de la gaîne.

Depuis une quinzaine d'années, j'ai appliqué aux rétrécissemens fibreux rebelles à la dilatation le mode de traitement qui réussit le mieux pour la cure des cicatrices vicieuses, je veux parler de l'excision. J'ai cherché à démontrer son efficacité dans plusieurs mémoires, vous avez, Monsieur le rédacteur, publié l'analyse du dernier dans le numéro du 16 août de votre journal, j'y renvoie le lecteur pour éviter des redites.

Agréez, etc. Leroy-d'Étiolles.

Les obsèques de M. Magendie auront lieu, demain jeudi, 11 octobre, à midi. On se réunira à la maison mortuaire, rue d'Anjou-Saint-Honoré, n° 8.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 122. NEUVIÈME ANNÉE. Samedi 13 Octobre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An.............. 32 Fr
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56*.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 OCTOBRE 1855.

M. MAGENDIE ; — SES OBSÈQUES.

Un des esprits les plus accentués de notre époque vient de s'éteindre. La célébrité de M. Magendie, célébrité de près d'un demi-siècle, était légitime, et la postérité la consacrera. L'œuvre de M. Magendie est immense ; ouvrez un livre de physiologie, si ce livre est savant et juste, vous y trouverez presque à chaque page le nom de M. Magendie. C'est que cet esprit chercheur, inquiet de la vérité, a voulu tout revoir par lui-même, tout refaire, tout expérimenter, tout soumettre à son observation directe, en cela guidé par une méfiance comme instinctive des théories et du dogme, par une répugnance invincible contre le raisonnement *à priori*, par un amour, exclusif comme tous les amours, du fait expérimental, son *criterium* suprême.

Dans un des derniers entretiens que j'ai eu avec notre illustre confrère, il s'agissait d'une candidature académique : Quel dommage, lui disais-je, que vous ne soyez pas aussi candidat! — Grand merci! me répondit-il. Et pourquoi donc? — C'est que vous seriez forcé à publier un exposé de vos titres et à faire comme l'inventaire de vos travaux, richesses scientifiques disséminées aujourd'hui et difficiles à réunir. — Je pourrais bien en oublier quelques-uns moi-même, me dit-il en souriant de ce sourire spirituel et fin qui donnait tant de piquant à sa physionomie.

En effet, l'œuvre de Magendie attend une main pieuse et amie qui la recueille et la coordonne. C'est un grand labeur, sans doute, car indépendamment des mémoires publiés, de son *Précis élémentaire de physiologie*, de la collection des dix années de son *Journal de physiologie*, de ses *Cours* imprimés, de ses travaux de pathologie et de thérapeutique, il existe une foule de faits, d'expériences souvent improvisées dans ses leçons, qui vivent encore dans l'esprit de ses élèves, mais qui bientôt passeraient à l'état de vague tradition. Il faut empêcher qu'ils ne soient détournés de leur source.

M. Magendie était un des esprits les plus droits et les plus fermes de son époque. Je viens d'entendre d'éloquents et de savans discours prononcés sur sa tombe, et je n'ai pas à redire ce que des voix si compétentes viennent de proclamer. Qu'il me soit permis cependant de rappeler — et c'est peut-être la seule lacune qu'on m'ait laissé à remplir — un épisode de cette vie scientifique si complète.

Qui ne se souvient avec une douloureuse émotion de la première apparition du choléra dans Paris, de ces lugubres journées de mars et d'avril 1832, où notre science éplorée cherchait ses voies, où notre art abattu et attristé se sentait vaincu par le fléau terrible. Une voix puissante encore, celle du grand Broussais venait de retentir, tous les échos de la publicité avaient répété comme un cri d'espérance : on guérissait le choléra au Val-de-Grâce; ce n'était qu'une violente gastro-entérite, dont les sangsues faisaient justice. Mais, au milieu de cette sorte de défaillance presque générale de la science et de l'art, en présence des plus retentissantes promesses de Broussais, un médecin de l'Hôtel-Dieu veille, observe, expérimente ; calme et ferme au milieu du trouble des esprits, il ose instituer un traitement complétement opposé à celui du Val-de-Grâce; à l'assertion de Broussais sur l'inflammation intestinale, il répond par cet axiome, hardi alors, mais qui est devenu depuis notre précepte le plus sûr de la thérapeutique du choléra : *Donnez la fièvre aux cholériques;* et M. Magendie ne craint pas — heureuse assurance ! — de soumettre ses malades au régime tonique et alcoolique.

Il fait plus ; en pleine épidémie et sous les grondemens de la colère de Broussais, il ouvre son cours de médecine au Collége de France par une série de leçons sur le choléra-morbus. Elles attirèrent une affluence énorme. Ces leçons, recueillies par la sténographie, et peut-être trop sténographiquement, ont été publiées; j'ai regret de le dire, on ne s'en douterait pas. Que de choses qu'on nous a données depuis comme nouvelles, qui se trouvent là, tout au long imprimées! C'est que nulle part ailleurs on n'a fait une analyse plus fine, plus complète et plus judicieuse des nombreux symptômes du fléau indien; que jamais on n'a porté d'une main plus sûre le flambeau de la physiologie dans cette obscurité pathologique; que jamais on n'a mieux réduit à leur juste valeur les prétentions d'une thérapeutique systématique et décevante.

L'influence de M. Magendie sur son époque médicale a été considérable. On a beaucoup parlé d'une *école de Paris;* on ne l'a pas toujours cherchée où elle était réellement. M. Magendie était déjà et depuis longtemps célèbre quand lui échut le haut enseignement de la médecine au Collége de France. Dans ses mains, cet enseignement ne pouvait être que ce qu'il a été, un enseignement expérimental. Pour cet esprit amoureux de recherches, là nature dans ses plus profonds et plus mystérieux écarts ne devait avoir rien de caché; aussi tout devenait justiciable de son scalpel et de son expérimentation, tout, jusqu'à la fièvre jaune, jusqu'à la peste, jusqu'à la fièvre typhoïde, jusqu'au choléra, jusqu'à la morve, ces sphynx pathologiques qui n'avaient d'énigmes indéchiffrables, semblait-il dire, que parce qu'on ne savait pas les interroger. Avec une hardiesse étonnante, M. Magendie les interrogea, et à cause même de cette hardiesse, les résultats qu'il a obtenus n'ont pas frappé la génération présente comme ils frapperont peut-être l'avenir. Les esprits n'étaient pas préparés à cette audacieuse expérimentation dont la conséquence était : on peut faire de toutes pièces la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, le choléra. M. Magendie livrait ces propositions sans retenue, sans précaution, art qu'il ne connut jamais, tant elles étaient chez lui sincères et loyales.

Aussi est-ce moins par l'enseignement dogmatique et clinique que M. Magendie a agi sur son époque que par sa persévérance, pendant un demi-siècle, à interroger la nature au moyen de la même méthode. Cette méthode, vieille comme l'homme, qui, pour les sciences biologiques, était déjà en honneur dans l'école d'Alexandrie, qui constitua la gloire la plus solide de Galien, à laquelle la physiologie doit ses plus réelles découvertes, celles d'Aselli, de Pecquet, de Harvey, et tant d'autres; la méthode expérimentale était sujette cependant à des éclipses telles, qu'une fois par siècle, au moins, il fallait la decouvrir de nouveau et lui faire porter ses fécondes conséquences. Il a été donné à M. Magendie, par l'ardeur et la ténacité de son zèle, par le nombre et l'éclat de ses découvertes, de rendre désormais ces éclipses impossibles. La méthode expérimentale n'a plus d'adversaires sérieux aujourd'hui; c'est elle qui régit la science médicale ; elle règne et gouverne sans partage, et cette révolution immense, la justice exige impérieusement qu'on la rapporte aux efforts et à l'influence du plus illustre expérimentateur des temps modernes, de M. Magendie. C'est de cette école que sont sortis les Flourens, les Ch. Bell, les Cl. Bernard, les Longet, les Brown-Séquard dont les travaux et les découvertes illustreront le XIXme siècle.

Mais je m'aperçois qu'indiscrètement j'empiète sur le simple récit que je voulais faire des obsèques de M. Magendie, afin de laisser plutôt la parole aux voix plus autorisées que la mienne, qui ont payé leur dernier tribut d'hommages à l'illustre défunt.

Les obsèques de M. Magendie ont été dignes de sa grande renommée. Une foule empressée et recueillie de savans, d'hommes éminens dans les lettres, dans la politique, la magistrature, un grand nombre de médecins de Paris, s'était rendue à cette triste cérémonie. Les coins du poêle étaient portés par M. Serres, représentant l'Académie des sciences, M. Flourens, le Collége de France, M. Dubois (d'Amiens), l'Académie de médecine, M. Villermé, le Comité consultatif d'hygiène publique, M. Stanislas Julien, l'Académie des inscriptions et belles lettres, M. Davenne, l'Administration de l'assistance publique.

Le deuil était conduit par MM. les docteurs de Puisaye et Roberty, de Marseille, neveux du défunt.

Suivait l'Institut, au nombre des membres duquel nous avons remarqué MM. Regnault, président de l'Académie des sciences, Andral, Rayer, Cl. Bernard, Dumas, Balard, Villemain, secrétaire perpétuel de l'Académie française, etc.

Le Collége de France représenté par un grand nombre de ses professeurs.

L'Académie de médecine, dont la députation était nombreuse, MM. Bussy, Bouillaud, Piorry, Jolly, Poiseuille, etc.

Le Comité consultatif d'hygiène publique, représenté par presque tous ses membres, MM. Mêlier, Laffon de Ladebat, Quoy, Julien, Isabelle, Vaudremer, etc.

Un bataillon de la garde nationale rendait les honneurs militaires au commandeur de la Légion d'honneur.

Après la cérémonie religieuse, qui a eu lieu à l'église de la Madeleine, le convoi s'est dirigé vers le cimetière du Père-Lachaise, et après les dernières prières des prêtres, les honneurs académiques ont été rendus à M. Magendie dans l'ordre qui suit :

M. ANDRAL, pour M. SERRES indisposé, prononce le discours suivant, composé par M. Serres et lu au nom de l'Académie des sciences :

Messieurs,

Un pénible et dernier devoir nous rassemble aujourd'hui autour de la tombe de notre illustre collègue M. Magendie.

Les sciences physiologiques et médicales perdent en lui un de ces esprits indépendans qui, au milieu du tourbillon des écoles, savent s'en détacher pour penser d'après eux-mêmes et faire penser les autres d'après eux. Telle a été la manière dont M. Magendie a marqué son passage dans la science de l'homme, science tout à la fois si difficile et si vaste.

Sans dire avec notre collègue, qu'après Haller et Bichat la physiologie n'était encore le plus souvent qu'un jeu de l'imagination, nous devons reconnaître toutefois, que sa philosophie était chancelante et sa direction incertaine quand il entreprit de la ramener aux procédés simples et sévères de la physique et de la chimie, procédés qui consistent « à » *observer* et par dessus tout à *interroger* la nature au moyen des » *expériences.* »

Ce dernier précepte d'expérimenter par dessus tout, dans les sciences physiques, M. Magendie le mit d'abord en usage en 1809, dans un mémoire qu'il communiqua à l'Académie des sciences, sur l'action de quelques végétaux sur la moelle épinière et d'où sortit, pour la pratique médicale, l'effet de la noix vomique sur ce centre nerveux.

Ce mémoire fit beaucoup de sensation ; il contenait non les élémens, mais l'esprit et la logique de celui qui allait le suivre, dans la même année, *sur les organes de l'absorption chez les mammifères.*

Depuis longtemps les vaisseaux lymphatiques jouissaient, chez les animaux, du privilége exclusif d'exercer l'absorption. Les idées de Bichat sur les vaisseaux absorbans et exhalans avaient plutôt fortifié qu'ébranlé cette doctrine ; les veines étaient exclues du mécanisme de cette fonction capitale. Les y ramener, chercher à rendre à ce système organique la part qu'il y exerce, démontrer, en un mot, la *faculté absorbante* des veines, c'était jeter un défi à la physiologie du jour. Or, M. Magendie *démontra l'absorption exercée* par les veines.

Depuis les immortelles expériences d'Harvey sur la circulation du sang, jamais l'art d'expérimenter en physiologie ne s'est élevé plus haut que ne le fit M. Magendie dans ce travail qui le plaça à la tête des physiologistes de France.

Ce rang, qu'il prit et qu'il a su conserver par ses travaux, jusqu'à ce jour, lui fut vivement disputé. On ne lui pardonna sa *découverte* que lorsqu'on crut en reconnaître les vestiges dans quelques passages obscurs de Galien. Il eut encore cela de commun avec Harvey, et, chose remarquable, il imita ce grand maître jusque dans sa manière de répondre à ses adversaires.

On ne défend pas un fait ; un fait démontré se défend par lui-même. Aux détracteurs de la circulation du sang, qui allaient jusqu'à dénier à son auteur le talent de l'expérimentation, Harvey répondit par son petit livre d'or sur la génération qui renferme un trésor d'expériences. Aux adversaires de l'absorption veineuse, qui attaquaient aussi sa logique de l'expérimentation, M. Magendie répondit par ses belles expériences sur le système nerveux qui fixèrent l'action physiologique de la cinquième paire, celle du nerf facial, celle des cordons antérieurs et postérieurs de la moelle épinière etc., actions qui, confirmées par la pathologie, montrèrent, une fois de plus, l'union indissoluble de la médecine et de la physiologie.

A cette époque, notre collègue avait obtenu le prix que lui avaient mérité ses importans travaux (1821) ; il venait d'entrer à l'Académie des sciences (1821) et s'était assis à côté des Laplace, des Biot et des Thénard, des ouvrages desquels il s'était particulièrement inspiré dans sa carrière.

Il venait de contribuer, avec M. de Laplace, à la fondation du prix de physiologie expérimentale par M. de Monthyon ; il venait de fonder son journal de physiologie qui, pendant dix années consécutives, est devenu le dépôt de toutes les recherches positives, en physiologie normale ou pathologique. Par ce zèle ardent et si éclairé pour la physiologie et la médecine, notre digne collègue montrait que pour lui la science n'était pas un moyen de parvenir, mais un but ; but noble et élevé, celui d'agrandir le champ des sciences physiques, « de ces sciences qui, relevant la dignité de l'homme, accroissent sans cesse sa puissance, assurent la richesse et le bonheur des nations, placent notre civilisation

» au-dessus de celle des temps passés et préparent un avenir plus heu- » reux encore (1). »

La tendance, nous pourrions même dire la passion de M. Magendie, était d'asseoir sur des bases aussi solides que la physique et la chimie, la physiologie générale, et, jusqu'à un certain point la médecine, qui n'est que la *physiologie de l'homme malade*. Son *Précis élémentaire de physiologie* (1825) a été conçu et exécuté d'après cette vue.

Quel modèle de précision et de labeur que cet ouvrage en deux volumes intitulé si modestement précis élémentaire. Quelle netteté dans la description des organismes de l'homme ! Quelle lucidité dans les rapports et les connexions de ces organismes avec la fonction qu'ils concourent à accomplir ! Quelle sagesse surtout dans les déductions !

A la vérité, notre collègue s'y montre un peu trop esclave du fait brut. C'est là son système. Car c'est un véritable système que de vouloir dépouiller les faits de la valeur que leur ajoute la pensée humaine, maintenue dans les limites d'une saine logique ! Mais, malgré cette légère tache, le *Précis de physiologie* est un livre à mettre constamment sous les yeux de la jeunesse de nos écoles pour leur apprendre l'art de raisonner dans les sciences médicales.

Après ce que nous venons de dire, il est inutile d'ajouter que M. Magendie était un des médecins distingués de la capitale. Il excellait particulièrement à débrouiller ces maladies complexes dans lesquelles un cortège de phénomènes secondaires viennent voiler les phénomènes principaux et menacent la vie des malades. Il savait, avec une sagacité rare, mettre de côté les symptômes trompeurs pour forcer la maladie de se mettre à nu et l'attaquer alors directement par des moyens puissans.

La pratique médicale dans les hôpitaux lui offrait journellement l'occasion de mettre ce talent à l'épreuve et c'est de cette pratique qu'est sorti son formulaire sur les agens thérapeutiques les plus énergiques.

En outre de ce service tout individuel pour les malades, M. Magendie a puissamment contribué à rendre aux pauvres de nos hôpitaux un service plus général et plus direct encore.

On sait toute la sollicitude du gouvernement pour le bien-être des malades de la classe ouvrière qui viennent dans nos établissemens hospitaliers réclamer les secours de la médecine et de la chirurgie ; on connaît également tout le zèle des administrateurs pour améliorer le régime alimentaire dans ces asiles des infirmités humaines. Par un sentiment de philantropie bien louable, un de nos collègues de l'Académie des sciences crut reconnaître, dans la gélatine retirée des os, un agent puissant de nutrition. Après l'avoir expérimenté sur lui-même, il en proposa l'application au régime des malades et des convalescens des hôpitaux. Des appareils furent élevés à grands frais dans deux de nos principaux établissemens, et, malgré les observations des médecins qui ne reconnaissaient pas à cette substance la propriété qu'on lui supposait, on allait en généraliser l'usage. Heureusement que la somme nécessaire pour instituer les *appareils gélatineux* dans tous les hôpitaux était considérable ; alors, comme on le fait souvent en France, on finit par où on aurait dû commencer. On nomma, dans le sein de l'Académie des sciences, une commission pour savoir si la gélatine était une substance nutritive pour l'homme ? Après trois années d'expériences sur les animaux, faites avec le plus grand zèle et les soins les plus minutieux, la réponse de la commission fut négative et le rapport fait par M. Magendie fut un modèle de précision qui porta la conviction dans tous les esprits : nos pauvres furent délivrés de la gélatine.

Jamais la puissance de la médecine ne se dessine plus nettement que lorsqu'elle est appelée à se prononcer sur des questions d'utilité générale ; elle devient alors un véritable sacerdoce. On a compris qu'il s'agit des maladies prétendues contagieuses, de la fièvre jaune, du typhus, de la fièvre typhoïde et du choléra ; on a compris qu'il s'agit des quarantaines et des cordons sanitaires.

Le typhus indien ou la fièvre jaune venait de sévir à Barcelone ; les médecins envoyés au secours de cette malheureuse ville avaient dignement soutenu l'honneur de la médecine française, aidés il est vrai, par un cordon sanitaire qui en avait, disait-on, préservé la France. Dans ces circonstances, Chervin présente à l'Académie des sciences un long travail pour établir, sur des preuves recueillies par lui en Orient, que la peste et les autres affections prétendues contagieuses ne le sont pas. Nous fûmes chargés, avec M. Magendie, de l'examen de ce travail.

Il nous fallut une conviction bien arrêtée, puisée dans l'analyse approfondie des faits et des documens recueillis sur les lieux par cet infatigable médecin, pour conclure avec lui que la peste n'était pas contagieuse.

Ce fut encore M. Magendie qui fit le rapport d'après lequel, nous n'hésitons pas à le dire, la législation des quarantaines et des cordons sanitaires a été modifiée dans les deux continens ; service immense rendu à l'humanité et au commerce, dont la France recueillit le bénéfice lors de l'invasion du choléra en 1832.

Nous devrions peut-être encore signaler ses recherches sur le sang, ses expériences sur les animaux pour développer chez eux les maladies qui affectent l'homme ; mais dans une vie si pleine de travaux originaux, nous avons dû nous attacher de préférence à ceux qui portent l'empreinte de son talent et qui attestent la valeur de la méthode expérimentale qui l'a constamment dirigé dans ses recherches et dans son enseignement.

Car M. Magendie a professé pendant quarante ans l'anatomie, la médecine et sa science de prédilection, la physiologie. Indépendant par caractère, du joug des écoles et de leurs doctrines, son enseignement se distingua toujours par ce coup d'œil observateur qui cherche à découvrir dans les objets des propriétés, des analogies, des différences et des aperçus nouveaux. Son esprit se plaisait dans les difficultés à vaincre et il les cherchait ; il s'attachait, dans ses leçons, non à raisonner avec méthode, mais à trouver des principes sur lesquels on raisonne ; non à compasser des idées, mais à en faire de nouvelles et à les féconder par l'expérimentation qu'il maniait avec tant de supériorité.

Tel a été l'illustre et regrettable collègue de l'Institut de France dont les sciences médicales déplorent la perte.

M. Flourens, dans une improvisation brillante et émue, que nous éprouvons le regret de ne pouvoir reproduire, s'excuse d'avoir été prévenu trop tard du triste devoir qu'il avait à remplir au nom du Collége de France, et s'attache surtout à faire ressortir le caractère élevé et scientifique de l'enseignement de M. Magendie, de M. Magendie auquel les physiologistes contemporains doivent ce qu'ils sont, et à la mémoire duquel il rendra avec respect, comme secrétaire de l'Académie des sciences, le juste hommage qui lui est dû.

(1) Préface du *Précis élémentaire de physiologie*, page VII.

Discours prononcé au nom de l'Académie impériale de médecine par M. Dubois (d'Amiens).

Messieurs,

A l'aspect de cette tombe qui va se fermer sur la froide dépouille d'un de nos plus illustres collègues, nos pensées se reportent naturellement sur les œuvres qui ont marqué sa vie, sur les travaux qui l'ont remplie, sur les justes distinctions qui l'ont honorée.

Le savant physiologiste dont nous déplorons aujourd'hui la perte n'est point mort tout entier, il laissera de grands et durables souvenirs ; son nom sera victorieusement disputé à l'oubli par les services qu'il a rendus à la science, par les nombreux ouvrages qu'il a publiés, et, avant tout, par la droite et forte impulsion qu'il a su communiquer aux études physiologiques.

Les travaux de M. Magendie sont connus de tous, des voix plus autorisées que la mienne viennent d'en faire un juste éloge; les paroles que vous venez d'entendre me dispensent donc de rappeler ici ses savantes publications, ses utiles et fructueuses leçons et ses efforts de chaque jour pour verser à pleines mains tant de notions judicieuses et positives.

Mais, pour honorer sa mémoire, je pourrai du moins revenir sur les hautes qualités de cet esprit si pénétrant et si sain, sur son incomparable sagacité et sur la rigueur qu'il apportait dans l'examen des questions qui lui étaient soumises.

M. Magendie était de la grande école des expérimentateurs, de l'école des Vésale, des Hervey, des Pecquet, des Malpighi, des Haller et des Bichat ; empruntant aux sciences physiques leurs rigoureuses et sûres méthodes, il accueillait tous les faits, mais il n'en laissait passer aucun sans l'avoir soumis à un sévère et utile contrôle.

Si ces faits avaient une véritable importance, M. Magendie s'empressait de le reconnaître et de le proclamer ; si, au contraire, il les trouvait incertains, équivoques, il les rejetait sans aucun ménagement.

Peut-être n'accordait-il pas assez de confiance aux découvertes qui lui étaient étrangères ; peut être portait-il un peu trop loin cet esprit de doute et de négation ; mais il n'était mû en cela que par l'intérêt de la vérité et par le désir de n'accepter que des faits incontestables ; je dois dire, en outre, que, loin de se plaire et de rester dans le scepticisme, M. Magendie s'efforçait continuellement d'en sortir par de constantes et opiniâtres recherches.

C'est ainsi que M. Magendie, pendant sa longue carrière, a suivi le mouvement de la science; c'est ainsi qu'il a si largement contribué à l'acquisition des connaissances physiologiques. Je ne crois pas aller trop loin en disant qu'aucune découverte n'a été faite de nos jours qui n'ait été contrôlée et vérifiée par M. Magendie, qu'aucun problème n'a été soulevé sans que M. Magendie n'ait cherché, pour sa part, à en dissiper les obscurités et à en pénétrer les profondeurs.

D'autres ont pu montrer plus d'initiative, et, par leur génie inventeur, agrandir plus que lui le champ de la science ; nul n'a su mieux que lui en rectifier les limites et en assurer le vrai domaine.

M. Magendie s'était fait comme une religion de reprendre tout en sous-œuvre, de tout revoir et tout vérifier par lui-même ; ceci ne l'empêchait pas, toutefois, de voir avec plaisir les efforts tentés par d'autres. On sait quel bienveillant accueil trouvaient près de lui tous les travailleurs sérieux et instruits, et personne n'ignore tous les encouragemens qu'il leur prodiguait.

Arrivé au déclin de la vie, et depuis longtemps à l'âge du repos, on le voyait partager l'ardeur et l'enthousiasme de ses plus jeunes émules ; il s'associait à leurs travaux, il les aidait dans leurs recherches, et partageait leurs joies quand elles étaient couronnées de succès. Loin donc de mettre obstacle à leurs découvertes, il était le premier à les proclamer, à les propager ; il en était l'apôtre et le défenseur.

Sous des formes un peu raides et en apparence peu communicatives, M. Magendie cachait un cœur excellent et une véritable bonhomie; ceux qui ont vécu dans son intimité savent avec quel abandon et quel charme il se livrait dans les relations privées.

J'ajoute que M. Magendie, comme tous ceux qui ont l'âme bien placée, ne ressentait aucun ressentiment des dissidences qu'il avait eues avec ceux qui ne partageaient pas ses opinions ; savoir lui résister avec franchise et fermeté, était le meilleur moyen de gagner son estime.

C'est ainsi, Messieurs, que M. Magendie a su se faire un nom cher à ses amis, glorieux pour la France ; un nom qui, après avoir longtemps retenti dans les enceintes académiques, arrivera certainement à la postérité.

Au nom du Comité consultatif d'hygiène publique, M. Villermé prononce l'allocution suivante :

La science et l'amitié sont aujourd'hui en deuil ; car celui dont la tombe ouverte va se fermer devant nous, aimait, cultivait l'une et l'autre.

Un esprit étendu, positif, droit et indépendant, une raison supérieure, un talent remarquable d'observation, un éloignement invincible pour toute hypothèse, même pour les opinions que les faits ne sanctionnent pas avec évidence, et le désir, je pourrais dire l'insatiabilité, de voir, de s'instruire toujours par soi-même ; tels furent les guides constans de M. Magendie dans ses études expérimentales des problèmes de la vie.

Cette méthode, cette règle pratique, ces qualités qu'il avait à un degré éminent, mais sans les exagérer, lui ont valu d'importantes découvertes ; et celles-ci, en le plaçant au premier rang des physiologistes, ont porté sa réputation dans toute l'Europe ; partout, en un mot, où la civilisation est très avancée et le véritable savoir en honneur. Aussi, son nom a-t-il une grande autorité.

La mort de M. Magendie plonge dans l'affliction non seulement le *Comité consultatif d'hygiène publique* placé près du ministère de l'agriculture et du commerce, Comité dont M. Magendie était le président, et au nom duquel j'ose porter ici la parole, mais encore les plus illustres Sociétés savantes qui le comptaient avec orgueil parmi leurs membres.

Je me tais sur les titres qu'il avait à l'estime de tous. Des hommes éloquens, auxquels la mission en sera confiée de droit, et qui seront moins émus alors que je ne le suis, ne manqueront pas, à une époque assez prochaine, d'apprécier comme il convient toute l'étendue de cette perte.

La reconnaissance d'élèves devenus, comme M. Magendie, qui en était justement fier, des maîtres dans la science, et les soins les plus tendres, les plus assidus d'une sainte intimité, ont certainement adouci les longues et affreuses approches de la mort, mais n'ont pu la retarder plus longtemps.

En dire davantage, dans une aussi triste solennité, ne me serait ni permis, ni possible. Un cercueil et des adieux éternels ne laissent place qu'à la douleur, surtout quand c'est un ami, un confrère excellent que nous perdons.

Si l'homme n'a pas un but, sa vie n'est qu'une longue mort, a dit un moraliste. M. Magendie a eu un noble but et il l'a atteint. Il meurt plein d'années, couvert de gloire, laissant un élève déjà illustre qu'il a protégé et défendu, respecté de tous, regretté de ses amis, pleuré par la respectable compagne de sa vie ; c'est une belle et glorieuse mort.

Amédée Latour.

CHIRURGIE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'HÉMATURIE ET SUR SON TRAITEMENT (1) ;

Par le docteur Aug. Mercier.

On a vu précédemment qu'il n'est pas aussi facile qu'on le dit de distinguer les hématuries provenant de la partie profonde de l'urètre de celles qui ont leur origine dans la vessie. Cependant voici quelques différences qui m'ont été plusieurs fois utiles. Habituellement, quand le sang a sa source dans l'urètre, si on lave la vessie au moyen de plusieurs injections, il vient un moment où celles-ci reviennent claires jusqu'à la fin. Si alors on en fait une dernière, si on retire la sonde dans la partie profonde de l'urètre, qu'on l'y laisse quelques instans et qu'on la repousse ensuite dans la vessie, le premier jet est mêlé de sang, tandis que le reste de l'injection s'écoule jusqu'à la fin sans coloration.

Supposons, au contraire, que le sang vienne de la vessie, d'abord le caractère précédent n'existera pas, et, de plus, les dernières parties de chaque injection reviendront presque constamment colorées. Mais ce dernier caractère ne distinguera véritablement cette hématurie de la précédente qu'à la condition que l'émission se fera par la sonde, car si on la laissait se faire naturellement par le canal, les derniers jets pourraient être également sanguinolens quand celui-ci est le siége de l'hémorrhagie ; quelquefois même le sang sort alors presque pur.

Ces phénomènes ne se présenteront pas quand ce liquide proviendra des organes plus éloignés. On a dit que, lorsqu'il s'épanche dans les uretères, il forme des caillots allongés, tubuleux, qu'on a quelquefois pris pour des vers; que, lorsque les reins en sont la source, il est plus intimement uni à l'urine que lorsqu'il vient de la vessie, et qu'il est presque toujours alors précédé d'une altération quelconque de la sécrétion normale. Relativement à ce dernier caractère, je ferai observer que souvent on n'est appelé que quand le sang s'écoule et qu'il est difficile alors, sinon impossible, de savoir quel était l'état chimique de l'urine; car je suppose que c'est d'une altération de ce genre qu'on veut parler. Toutefois, j'ai remarqué que si l'hématurie offre des intermittences, on trouve souvent alors l'urine albumineuse et alcaline quand le sang vient des reins, tandis qu'elle est plus naturelle quand il vient des organes moins profonds. Je suppose que, dans les cas dont il s'agit, l'urine sanguinolente est sécrétée telle, et qu'elle contient encore du sérum quelque temps après que la partie cruorique a complétement disparu. Quant aux autres caractères, ils me paraissent de peu de valeur : les caillots peuvent s'effiler dans l'urètre ou la sonde, et le mélange plus ou moins intime du sang avec l'urine présente des nuances trop insensibles pour servir de base à notre diagnostic.

On peut dire d'une manière générale que la recherche de la cause de l'hématurie, ou de la lésion qui lui a donné naissance, est le meilleur moyen d'arriver à reconnaître sa source; je n'insisterai pas davantage sur ce point.

Son pronostic varie suivant l'organe qui en est le point de départ, et suivant la cause qui l'a produite. Chopart, Desault, et tous ceux qui les ont suivis, répètent qu'elle est rarement assez considérable pour faire périr le malade : je ne puis partager cette opinion. Il est rare, j'en conviens, qu'elle détermine la mort d'une manière immédiate ou rapide; mais il ne l'est pas qu'en se répétant ou se prolongeant, elle amène un épuisement graduel et mette la vie en danger.

Le premier soin du chirurgien, quand il est appelé auprès d'un malade affecté d'hématurie, c'est de s'assurer si la vessie n'est pas remplie de sang, et, dans ce cas, de l'en débarrasser. Je ne puis à cet égard que répéter ici les conseils que j'ai donnés page 465 de mes *Recherches sur les valvules du col de la vessie*. On dit avoir vu le sang former une masse tellement compacte qu'il a fallu recourir aux instrumens de lithotritie

(1) Voir le numéro du 9 Octobre 1855.

pour la diviser, et même à la taille pour lui donner issue; je n'ai jamais rien vu de semblable; mais, cela fût-il possible, je suis certain qu'avec ma sonde évacuatoire à double courant, on pourra toujours aisément remplir ces deux indications. Si un rétrécissement s'opposait à son introduction, on le dilaterait ou on le diviserait au besoin. On a conseillé des boissons abondantes pour délayer les caillots, et des injections alcalines pour les dissoudre. Ces deux indications sont également irrationnelles : les boissons abondantes ne feraient qu'augmenter la fluidité du sang, favoriser son épanchement et fatiguer les organes; les solutions alcalines pourraient prévenir la coagulation de ce liquide, mais non le dissoudre du moment qu'il est coagulé.

Lorsque la cause peut être supprimée, il faut se hâter de le faire. Ainsi, le malade est-il soumis à l'usage interne ou externe des cantharides, des diurétiques, ou remarque-t-on qu'il fasse abus, dans son régime, de substances qui ont la propriété d'exciter les organes urinaires, il faut les supprimer immédiatement. Constate-t-on la présence d'un corps étranger, on l'extrait s'il est possible; autrement on est obligé de se borner à l'un des traitemens généraux qui vont être exposés, suivant que prédomineront les symptômes d'épuisement ou d'inflammation. On devra, dans tous les cas, entretenir la liberté du ventre et prévenir tout effort de défécation.

Lorsque la constitution du malade, les commémoratifs ou toute autre circonstance annoncent une disposition hémorrhagique provenant soit d'une trop grande fluidité du sang, soit d'une laxité extrême des tissus, c'est à combattre cette disposition qu'on doit s'appliquer. Divers moyens dont j'ai parlé, trouvent encore ici leur application. Point de tisanes, point de bains; le malade prendra toutes les deux heures environ un quart de verre de limonade minérale (infusion de quinquina, avec addition de 2 à 3 grammes d'acide sulfurique concentré); toutes les quatre ou cinq heures une pilule astringente, dont le fer, le colombo, le ratanhia, l'alun, l'ergot de seigle, etc., forment la base; il se bornera, pour la nourriture, à quelques alimens peu abondans, mais analeptiques et solides, afin d'augmenter autant que possible la partie cruorique du sang, et de diminuer proportionnellement sa partie séreuse. Pendant ce temps, il restera en repos et le tronc en situation horizontale; la tête seule restera un peu élevée.

Observation I. — Un septuagénaire, M. G..., homme grand et bien constitué, mais de tempérament lymphatique, eut, vers le mois de septembre 1852, une affection purigineuse de la peau, pour laquelle on lui fit prendre des bains alcalins. Ces bains eurent l'effet désiré, l'affection cutanée se dissipa; mais, vers le milieu d'octobre, se manifesta une hématurie qui, malgré tout ce qu'on fit, devint continue et fort abondante, de sorte que, dans le cours de novembre, le malade crut devoir venir à Paris réclamer les secours de la science. Trois praticiens du plus haut mérite furent appelés. Les bains simples et les délayans de toutes espèces furent d'abord employés; mais l'hémorrhagie, loin de céder, ne faisait qu'augmenter, des caillots volumineux étaient rendus à chaque instant; le sang semblait sortir presque pur. On recourut alors aux astringens, aux eaux minérales ferrugineuses; mais rien ne fit, et, à la fin de décembre, la famille, en proie aux plus vives inquiétudes, me fit appeler.

Je trouvai M. G... d'une faiblesse extrême et ne pouvant quitter le lit; il était exsangue. Sa peau, naturellement blanche, paraissait presque transparente, et son pouls était d'une extrême mollesse. Il urinait très fréquemment et, en somme, il rendait une quantité considérable de liquide tellement chargé de sang dissous ou coagulé, qu'il paraissait en contenir plus que d'urine. Avec cela, point de fièvre et appétit assez bien conservé.

Quoiqu'on m'assurât que la vessie se vidait aisément, mon premier soin fut de m'en assurer : mon cathéter pénétra sans rencontrer d'obstacle, et je ne trouvai en effet dans cet organe que très peu de liquide semblable à celui qui était rendu. Je ne sentis ni pierre, ni tumeur prostatique; toutefois, je dois dire que mon exploration ne fut pas très minutieuse, dans la crainte d'augmenter l'hémorrhagie.

Le traitement suivi en dernier lieu ne me parut pécher qu'en un point. On donnait des astringens, mais sous forme liquide, et il résultait de l'ensemble de ce traitement que le malade prenait une quantité considérable de boissons. Je supprimai immédiatement tisanes, eaux minérales, potages, etc., et je prescrivis exactement le traitement et le régime que j'ai indiqués plus haut.

Dès le lendemain, le sang avait diminué d'un tiers, et, à partir de ce jour, la diminution se fit dans une proportion régulière et, pour ainsi dire, mathématique. A la fin de janvier, l'urine était revenue à son état normal, et le malade retourna à Troyes vers le milieu de février, ayant repris des forces, de l'embonpoint et de la coloration, jouissant en un mot de la meilleure santé.

Cet état persista sans la moindre oscillation jusqu'à la fin de 1854. A cette époque, M. G..., pendant un séjour qu'il fit à la campagne, fut assailli d'invitations et soumis à un régime beaucoup plus stimulant que celui qu'il suivait habituellement; de là un dérangement intestinal auquel il fut impossible de remédier. Sa confiance en moi était telle, qu'il voulut me voir; mais je ne fus pas plus heureux que les honorables confrères qui lui donnaient leurs soins. Jusqu'à ses derniers momens, les voies urinaires se maintinrent en parfait état.

Lorsqu'on soupçonne un ramollissement ou une dégénérescence cancéreuse des reins, ce traitement est encore le meilleur, modifié, bien entendu, suivant l'intensité de l'hémorrhagie et la tolérance des organes. Il est souvent encore le seul qu'on puisse mettre en usage dans certains cas de cancer, d'altération fongueuse et de dilatation vasculaire de la vessie. Peut-être les eaux hémostatiques qu'on a tant vantées dans ces derniers temps, et qui, toutes, sont des solutions plus ou moins chargées de térébenthine, pourraient-elles être utiles dans les hématuries médiocres; mais je sais par expérience qu'elles sont insuffisantes pour peu que les pertes sanguines soient considérables.

Si l'inflammation est une cause fréquente d'hématurie, il est rare qu'elle en détermine de très abondantes, à moins qu'elle ne s'accompagne de ténesme, d'efforts violens d'expulsion, etc., et alors elle n'agit que d'une manière indirecte, de sorte que c'est surtout à prévenir, à faire cesser ou à modérer ces efforts qu'il faut s'appliquer, d'autant plus que, sans ce soin, ce serait vainement qu'on attaquerait l'inflammation. On aura donc recours alors soit au cathétérisme méthodique, quand la vessie ne se vide pas, soit aux opiacés par le rectum ou par la bouche, et même à la fois par ces deux voies, quand il y a complication de phénomènes nerveux. Quelquefois ceux-ci sont tels, qu'il ne faut pas hésiter à donner de fortes doses d'opium, de 2 à 5 centigrammes d'extrait toutes les heures, jusqu'à ce que le calme se soit produit, et je l'ai vu ne se manifester qu'après cinq ou six doses semblables. Quand le ténesme se présente par accès, je me suis bien trouvé de joindre le sulfate de quinine à l'opium.

En même temps, on administrera les antiphlogistiques en proportion de l'acuité de l'inflammation et des forces du malade. Il ne faut pas oublier que, dans les inflammations chroniques des organes urinaires, les saignées, les sangsues et quelquefois même les bains prolongés n'ont qu'une utilité bien restreinte, et qu'il faut veiller à ne pas épuiser, par le traitement, des sujets déjà débilités par une maladie ancienne et par la perte de sang.

Dans cette circonstance, on donnera des tisanes douces et mucilagineuses, toutefois en quantités modérées. Le régime sera doux également et réglé suivant le malade et suivant la maladie.

Quelle que soit la cause de l'hématurie, on pourra produire une dérivation sur le tronc et les membres supérieurs à l'aide de sinapismes ou de cataplasmes sinapisés autour de la poitrine, de manuluves irritans, de ventouses, ou même de ventouses Junod, si l'hémorrhagie devenait inquiétante. J'ai déjà dit que les applications froides n'ont pas encore pour moi une valeur bien démontrée. Dans cet état de doute, on fera bien d'en essayer, soit en plaçant sur le siége de l'épanchement des vessies de porc, et mieux encore de caoutchouc vulcanisé, remplies d'eau froide ou de glace pilée, soit en introduisant fréquemment de petites quantités dans le rectum. Si cette réfrigération paraît utile, il faudra l'entretenir régulièrement et éviter avec soin ces réactions que le retour prématuré de la chaleur ne manquerait pas de produire. Cette précaution doit être surtout prise dans l'emploi des injections; il faut en conséquence ne les faire ni trop froides, ni trop abondantes, et les répéter souvent.

J'ai dit que le siége de la maladie pouvait avoir une grande influence sur le traitement.

Quand c'est dans les reins ou dans les uretères que le sang s'épanche, il est évident que nous devons nous borner aux moyens indirects.

Mais il n'en est plus de même lorsque c'est dans la vessie ou au col de cet organe.

Quand nous avons affaire à une dégénérescence cancéreuse et fongueuse, notre influence n'a encore que des limites très restreintes. Et cependant si, malgré le traitement général, l'abondance ou la persistance de l'hémorrhagie mettaient les jours du malade en danger, on trouverait encore dans l'emploi d'injections astringentes, surtout dans celles qu'on aiguiserait d'acides minéraux, des auxiliaires utiles. La même infusion de quinquina avec acide sulfurique, que je donne avec tant de succès par la bouche, m'a été aussi utile en injections. Chez un malade, le perchlorure de fer a été essayé, également en injection, dans la proportion d'une cuillerée à café pour un verre d'eau, et il en est résulté une irritation assez vive; c'est peut-être pour cela qu'elle n'a pas eu d'effet. J'aurais probablement moi-même quelque répugnance à recourir aux injections concentrées de nitrate d'argent dans un cas bien avéré de cancer, et cependant j'en ai vu résulter, dans un cas de ce genre, une suspension complète de l'hémorrhagie et une diminution de l'irritation concomitante.

Si l'on parvenait à reconnaître l'existence d'un polype muqueux pédiculé, il conviendrait d'en faire l'arrachement, ou mieux encore l'excision; mais cette lésion, en raison de sa rareté surtout, ne sera presque jamais diagnostiquée d'une manière assez certaine pour autoriser de telles tentatives.

(La fin à un prochain numéro.)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital militaire du Roule. — M. Bonnafont, chirurgien principal.

OBSERVATION D'UNE FRACTURE TRANSVERSALE DE LA ROTULE, COMPLIQUÉE D'ÉCRASEMENT DU FRAGMENT INFÉRIEUR, ET DE LA RUPTURE COMPLÈTE DU LIGAMENT ROTULIEN.

Le nommé Figuières, sapeur au 22me de ligne, fut porté à l'hôpital le 25 janvier 1854, pour un accident qui lui était arrivé dans la rue St-Lazare. En effet, pendant que ce sapeur voulait traverser la rue par une journée de verglas, il glissa sur le pavé, tomba à côté d'une voiture dont une des roues, après avoir rasé et contusionné tout le côté gauche du thorax, ainsi que la hanche, passa sur le genou du même côté et y produisit les lésions ci-dessus énoncées.

Lors de notre premier examen, le genou était si tuméfié qu'il nous fut impossible de constater la fracture de la rotule; mais en portant la main au-dessous de cet os, et immédiatement au-dessus du tibia, on trouvait un vide à travers lequel on sentait presque les condyles du fémur. Cette circonstance me fit croire d'abord à une luxation de cet os en avant; la rupture du ligament rotulien, accident si rare, ne me venant pas de suite à la pensée; mais, pendant la visite, réfléchissant à ce cas pathologique et à la facilité avec laquelle la main pénétrait en déprimant la peau dans l'articulation, je me demandai ce qu'était devenu le ligament rotulien dont la présence n'aurait pas permis une dépression aussi grande de la peau. Je revins aussitôt auprès du malade, et je constatai, en effet, que ce tendon était totalement séparé de son insertion à la tubérosité tibiale, ce qu'il était facile de constater, soit par le toucher, soit en fléchissant légèrement la jambe sur la cuisse. Cet examen dut se faire avec beaucoup de ménagemens, car le genou était très douloureux, surtout au toucher, et le gonflement s'étendait sur toute la cuisse qui était fortement ecchymosée.

L'indication qui se présentait d'abord consistant uniquement à combattre ces accidens et à prévenir surtout ceux très graves qu'une lésion pareille devait faire redouter, nous nous abstînmes de l'application de tout appareil contentif. Nous nous bornâmes, en conséquence, à placer le membre dans la position horizontale, et à le fixer ainsi sur une planche qui s'étendait du pli fessier, au delà du talon, préalablement garnie d'un coussin dans toute sa longueur, et présentant, de chaque côté, des échancrures pour faciliter le maintien du membre au moyen d'une bande roulée. La bande étant ainsi placée, des compresses froides furent appliquées sur toute la cuisse, et l'articulation du genou soumise à l'influence de l'irrigateur qui laissait tomber l'eau goutte à goutte et à la température ordinaire. Ce moyen fut continué nuit et jour sans interruption pendant vingt-trois jours, et jusqu'à ce que le malade accusât lui-même un sentiment de fraîcheur par le contact de l'eau. Cette impression n'est ressentie que lorsque la chaleur des tissus lésés n'est plus assez élevée pour réchauffer le liquide à mesure qu'il arrive sur la peau. C'est là une circonstance dont on doit bien tenir compte pendant les irrigations prolongées. Vers le douzième ou treizième jour, le gonflement ayant un peu diminué, et le toucher devenu également moins douloureux, je pus constater alors seulement que la rotule était fracturée transversalement, et que le fragment inférieur était divisé lui-même en deux parties, et que le fragment supérieur, entraîné en haut par le triceps crural, était au moins à la distance de 40 millimètres de l'inférieur.

En présence d'une lésion aussi grave, et avant d'y appliquer aucun appareil, je fis les réflexions suivantes que je communiquai à mes confrères de l'hôpital, convoqués à cet effet. Il y a ici deux indications simples qui se contre-indiquent mutuellement. En effet, si, par les appareils ordinaires aux fractures de la rotule, je cherchais à rapprocher les fragmens osseux en abaissant le supérieur et en relevant l'inférieur, il était clair que celui-ci, ayant perdu ses points d'attache du tibia, aurait cédé très facilement au plus léger effort, et se serait rapproché presque entièrement du fragment supérieur; mais alors j'aurais augmenté la distance du ligament rotulien de son point d'insertion, et fait ainsi disparaître la possibilité de sa réunion ultérieure, ou tout au moins de la formation d'un tissu intermédiaire qui pourrait plus tard remplacer en partie ce ligament. D'un autre côté, si les efforts de l'appareil tendaient à rapprocher ce ligament de son point d'attache, le fragment inférieur, s'éloignant trop du supérieur, n'eût pas permis la formation de ce tissu fibreux qui réunit à une distance quelquefois assez grande les fractures de la rotule. Dans cette perplexité, voici l'appareil que j'ai appliqué le vingt-quatrième jour seulement :

Le membre fut entouré d'un bandage roulé depuis les orteils jusqu'au genou, puis une autre bande entoura la cuisse de haut en bas jusqu'au niveau du fragment supérieur, au-dessus duquel et au moyen de longues bandelettes agglutinatives, d'une compresse roulée et ouatée fixée à l'aide de quelques tours de bande, je formai un bourrelet faisant saillie d'un centimètre au moins.

Cela étant fait, le membre fut placé sur la planche, où il fut fixé au moyen d'un bandage circulaire s'étendant du pied jusqu'au bassin, en laissant au moyen de tours obliques toute la partie supérieure du genou à découvert; puis, au moyen d'un brassard en coutil fixé par son plein au-dessus du bourrelet précité et de deux lacs latéraux en fil, très larges et très solides, nous pûmes, après avoir passé l'un d'eux dans une mortaise de la planche, à 30 centimètres au-dessous, opérer une traction de haut en bas, de manière à ramener, autant que possible, le fragment supérieur à la rencontre de l'inférieur. Ces lacs attractifs étant placés tout à fait en dehors, étaient faciles à relâcher ou à serrer tous les jours sans rien déranger à l'appareil contentif.

Ce pansement étant fait avec tous les soins que réclamait la gravité de la lésion, le membre resta dans cette position sans subir aucune modification, sans que le malade ait souffert, et sans qu'il soit survenu le plus léger accident, pendant trois mois. Ajoutons que la planche, qui n'est autre que la planchette de Mayor non suspendue, avec quelques modifications commandées par les circonstances et par la nature de l'accident, reposait elle-même sur un plan oblique, qui élevait le pied à 20 centimètres au-dessus du bassin; cette inclinaison était celle qui mettait le membre dans les meilleures conditions pour maintenir tous les fragmens aussi rapprochés que possible, et celle que le malade supportait le mieux.

Quand nous avons levé l'appareil, nous avons constaté : 1° que les deux fragmens osseux s'étaient sensiblement rapprochés et qu'il s'était formé entre eux des brides fibreuses qui les liaient ensemble; ces brides semblaient partir surtout de la surface interne des fragmens, ce qui était facile à constater par le vide qu'on sentait entre les fragmens du côté de la peau, et par la résistance inégale qu'on éprouvait plus profondément en pressant fortement sur la peau. — 2° Que les différentes parties du fragment inférieur étaient parfaitement réunies entre elles. — 3° Qu'entre l'extrémité inférieure du ligament rotulien et ses points d'attache au tibia, il s'était formé un tissu fibreux, dur, rénitent, qui comblait entièrement le vide dont nous avons parlé.

Quant aux mouvemens du membre, que nous n'avons osé permettre

qu'en grande réserve, ils étaient excessivement bornés, et bien que ceux de flexion ne décrivissent qu'un arc de cercle de quelques degrés, nous ne pensons pas pourtant qu'il y ait ankylose de l'articulation, mais seulement raideur des tissus de nouvelle formation, lesquels, avec le temps et l'usage des eaux thermales, reprendront assez d'élasticité pour permettre au malade de se servir de son membre (1).

Réflexions. — Les lésions qui forment le sujet de cette observation sont très rares, car nous n'avons trouvé aucun fait semblable dans nul traité de chirurgie ni dans les articles des dictionnaires. M. le professeur Jules Cloquet nous a raconté qu'il avait eu un cas pareil dans sa clientèle et que le résultat du traitement avait été en tous points semblable à celui que nous avons obtenu, ce dont nous nous félicitons.

M. Nélaton rapporte bien quelques ruptures du ligament rotulien, mais simples et jamais compliquées de la fracture de la rotule. Ce savant praticien avance aussi un fait qui se trouve contredit par notre observation. Ainsi M. Nélaton assure qu'il n'y a jamais rupture du ligament dans sa continuité mais bien arrachement de la tubérosité du tibia qui lui sert d'attache; or, ici, je peux certifier que cette éminence osseuse était demeurée intacte et que le ligament s'était brisé dans sa continuité à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Si le sujet est jeune et les épiphyses osseuses encore peu adhérentes, le ligament, plutôt que de se déchirer, peut bien arracher la portion d'os où il est fixé, tandis que le même accident étant produit dans un âge avancé, on comprendra difficilement l'arrachement des tissus osseux plutôt que la déchirure des fibres du ligament. Dans notre observation, l'homme étant déjà par terre, la roue de la voiture, après avoir rasé le tronc a passé obliquement sur le genou de haut en bas et de dehors en dedans et y a produit les accidens que nous venons de raconter (2).

Reste encore une explication à trouver, celle de savoir comment ces trois fractures ont pu se produire ensemble; en y réfléchissant bien, pour le praticien qui connaît et qui a un peu l'expérience de ces sortes de lésions, il est difficile d'admettre qu'une même cause directe ou indirecte ait pu diviser un corps solide, comme la rotule, en trois fragmens et séparer un faisceau fibreux aussi épais, aussi tenace et aussi élastique que le ligament rotulien; évidemment il s'est produit ici deux effets, dont l'un, représenté par la contraction musculaire déterminée par le fait de la chute, contraction d'autant plus violente que le malade a vu le danger où il allait se trouver: cette action musculaire, agissant violemment et brusquement, aura produit la rupture du tendon, tandis que le second effet, qui ne s'est produit qu'après la chute et par le passage de la roue sur la rotule, aura brisé cet os comme nous l'avons trouvé.

Cette explication nous paraît la seule qui rende compte, d'une manière rationnelle, du mécanisme avec lequel les accidens ont dû se produire.

Supposons maintenant qu'au lieu de la rupture du ligament, ce soit au contraire la rotule qui se soit brisée avant la chute; dans ce cas la fracture aurait été transversale et simple, et le fragment inférieur rencontré par le passage de la roue aurait bien pu être brisé; mais le ligament rotulien n'ayant plus alors de point d'appui à sa partie supérieure, aurait, à cause de son élasticité, cédé à la pression, et ne se serait pas séparé.

Une troisième supposition peut encore être faite: l'homme, une fois à terre, la roue arrivant sur le genou et rencontrant d'abord le ligament bien tendu entre la rotule et le tibia, aurait parfaitement pu le déchirer tout de suite avant que la roue n'ait fracturé la rotule. Cette supposition serait, à la rigueur, admissible si la roue avait saisi la jambe de bas en haut; mais comme, dans ce cas, la roue venait de haut en bas et qu'elle a dû nécessairement rencontrer la rotule avant le ligament, nous sommes forcés d'en revenir à la première explication et d'admettre que *la rupture du ligament a été le résultat de la contraction musculaire et est survenue pendant la chute, tandis que la fracture de la rotule n'a été produite que par l'action directe de la roue de la voiture.*

(1) Des nouvelles récentes nous apprennent que les mouvemens de la jambe sont plus étendus.

(2) M. Gimelle, chirurgien-major en retraite et membre de l'Académie, nous a rapporté un cas de rupture du ligament rotulien, et cette rupture s'était opérée tout près de son insertion à la rotule, sans lésion aucune des os.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er Octobre 1855. — Présidence de M. Regnault.

M. L. Figuier adresse la lettre suivante à l'Académie:

Monsieur le Président,

Les résultats que j'ai fait connaître dans mon dernier mémoire, *à propos de la fonction glycogénique du foie*, ayant été déclarés inexacts, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien réunir au plus tôt la commission chargée d'examiner mon travail. En répétant mes expériences devant la commission, je ferai voir, conformément à ce que j'ai annoncé:

1° Que chez un chien en digestion de viande, le sang de la veine porte renferme un principe sucré qui réduit abondamment le réactif cupro-potassique;

2° Que ce principe, tenu pendant quelques minutes en ébullition avec un acide étendu, donne par la levure de bière, et après la saturation exacte de l'acide libre, tous les signes de la fermentation alcoolique, et que, dans le liquide distillé, on peut constater aisément l'odeur de l'alcool et la réduction, avec coloration en vert, du bichromate de potasse.

Ce n'est pas ici le lieu de relever les inexactitudes historiques et les ambiguïtés de rédaction contenues dans le mémoire qui a été opposé au mien. C'est par des expériences et des faits que j'ai abordé la question physiologique qui m'occupe; c'est dans la même voie que je poursuivra la discussion; c'est ainsi que je montrerai, je l'espère, ce qu'il faut penser du fait qui vient d'être annoncé de la sécrétion du sucre par le cadavre, et de la découverte des *fonctions physiologiques posthumes*.

Veuillez agréer, etc. L. Figuier.

Mémoire sur la composition de l'hématoïdine.

M. Charles Robin lit, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant:

Le but de ce mémoire est de faire entrer dans le domaine de la chimie un composé qui se forme, dans l'économie animale, aux dépens de la matière colorante du sang épanché. Il est connu depuis longtemps des médecins, en raison de la netteté de ses formes cristallines et de la beauté de sa couleur rouge, ils ont pu observer les conditions dans lesquelles il se produit; mais il a été négligé des chimistes, parce qu'on ne l'avait vu jusqu'à présent qu'en petite quantité.

Grâce à l'obligeance d'un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Mercier, j'ai pu m'en procurer une masse, pesant 3 grammes, entièrement formée de cristaux très réguliers, qui s'étaient agglomérés dans un kyste hydatique du foie. Le corps dont je parle a reçu le nom d'*hématoïdine*. On sait que la matière colorante rouge des globules du sang a reçu, en 1827, de M. Chevreul, le nom d'*hématosine*, et que beaucoup d'auteurs l'ont appelée, depuis, du nom d'*hématine*; mais c'est à tort, car dès 1811 M. Chevreul avait donné le nom d'*hématine* à la matière colorante jaune-rouge du bois de campêche (*Hematoxylon Campechianum*, L.).

L'hématosine, quoi qu'on en ait dit, n'est pas cristallisable; mais presque toutes les fois que du sang est épanché dans l'épaisseur des tissus d'un animal vivant, on voit, de quatre à vingt jours après l'hémorrhagie, se former des cristaux microscopiques très nets et quelquefois conformés en aiguilles; toutefois, la plupart sont des prismes obliques à base rhombe et d'un beau rouge. Ce sont ces cristaux qui, figurés et décrits successivement par Everard Home en 1830, par Rokitansky en 1842, par Scherer en 1843, par Zwicky en 1846, ont été désignés en 1847 par Virchow, sous le nom d'*hématoïdine*. L'analyse chimique va nous montrer bientôt que l'*hématoïdine corps cristallisable* est de l'*hématosine non cristallisable* qui a perdu tout son fer, mais a pris 1 équivalent d'eau.

Les prismes obliques à base rhomboïdale, comme les aiguilles d'hématoïdine, sont assez durs, cassans, réfractent fortement la lumière sous le microscope; ils ont une couleur d'un rouge orangé vif, ou rouge ponceau, vers le centre et d'un rouge carmin foncé sur les bords et aux extrémités. A la lumière réfléchie, séparés de toute impureté, ils sont d'un beau rouge de bi-iodure de mercure ou d'alizarine. Ces cristaux sont doués d'un pouvoir colorant très intense; ils sont un peu plus lourds que l'eau, mais forment par leur réunion une masse volumineuse. La valeur des angles du prisme est de 118 et 62 degrés.

Chauffée au contact de l'air, elle donne d'abord une odeur de goudron, puis de matière azotée ou de corne qui brûle; elle s'enflamme alors, brûle comme une bougie, et donne un charbon volumineux, boursouflé, qui finit par disparaître complétement; toutefois, ce composé est difficile à brûler dans l'appareil à combustion. Hors du contact de l'air, la chaleur en dégage des gaz fétides, une substance d'aspect de goudron, et il reste un charbon volumineux boursouflé.

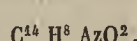
L'eau, l'alcool, l'éther, la glycérine, les essences et l'acide acétique ne dissolvent pas trace de ce composé; l'ammoniaque le dissout rapidement avec une teinte rouge-amarante si la dissolution est concentrée, et, dans tous les cas, celle-ci passe bientôt au jaune safrané, puis brunâtre. La potasse et la soude gonflent les cristaux d'hématoïdine, les fendillent et les dissolvent peu à peu, mais en assez faible proportion à côté de l'ammoniaque; la solution est rougeâtre. L'acide azotique dissout assez vite ce corps; la solution est d'un rouge assez foncé, et il se dégage des bulles de gaz si elle est concentrée. L'acide chlorhydrique le dissout, mais peu; la solution est d'un jaune d'or ou jaune-rougeâtre; les cristaux restans ont une teinte ocreuse à la lumière réfléchie, jaune-rougeâtre sous le microscope. L'acide sulfurique ne les dissout pas; il les rend seulement de plus en plus foncés, et, de plus, il prend une teinte verte lorsque des traces de composés ferriques et alcalins accompagnent encore les cristaux.

Après m'être assuré par le microscope que les lavages par l'eau, l'alcool et l'éther n'avaient laissé que des cristaux sans mélange d'impuretés, et que c'est bien sur un produit entièrement cristallisé que portait l'analyse, j'ai obtenu, avec le concours de M. Riche, les résultats suivans:

Hématoïdine.	I.	II.	III.	*Hématosine*; moyenne des 5 anal. de Mulder.	
Carbone. .	65,0460	65,8510	»	65,84 soit	C^{44}
Hydrogène.	6,3700	6,4650	»	5,37	H^{22}
Azote. . . .	»	»	10,5050	10,40	Az^3
Oxygène. .	18,0888	17,1788	»	11,75	O^6
Cendres. .	00,0002	00,0002	»	*Fer....* 6,64	Fe.

Deux combustions faites spécialement dans le but de déterminer la quantité de *fer* qu'aurait pu contenir l'hématoïdine, ont été opérées, l'une sur 34 centigrammes, l'autre sur 55 centigrammes de ce composé; elles ont fourni, la première 7 dix-milligrammes, la seconde 13 dix-milligrammes d'un résidu gris blanchâtre, d'aspect de cendre, mais ne ressemblant point à de l'oxyde de fer. Ce résidu ne contenait pas de chaux, mais des traces de sels alcalins et une notable quantité de fer, décelée par le prussiate de potasse. Il est facile de voir que ce sont là des restes d'impuretés fixées aux cristaux et que les lavages n'ont pu enlever, ainsi qu'il arrive souvent pour les composés d'origine organique. Ce résidu, eût-il été composé uniquement d'oxyde de fer, serait manifestement trop minime pour qu'on pût songer à considérer ce métal autrement que comme impureté par rapport à l'hématoïdine, et à le faire entrer dans la composition de sa formule. Je n'ai pu y trouver ni soufre ni phosphore.

En comparant les nombres fournis par mes analyses, on reste frappé de leur concordance avec ceux obtenus en 1839 par Mulder, qui opérait sur de l'hématosine évidemment pure. Si de l'*hématosine non cristallisable* on enlève le fer par digestion dans l'acide sulfurique concentré, ou par le chlore, ainsi que l'a fait Mulder, il reste un corps composé de 70,49 de carbone, 5,76 d'hydrogène, 11,16 d'azote, 12,59 d'oxygène, c'est-à-dire un corps ayant la composition donnée plus haut pour l'hématosine, moins le fer. La formule que donne ces nombres pour ce produit est:

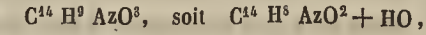


$$C^{14}\ H^{8}\ AzO^{2},$$

ou, comme l'écrit Mulder, par comparaison à celle de l'hématosine,

$$(C^{44}\ H^{22}\ Az^{3}\ O^{6});$$

or, comme celle qui résulte de mes analyses de l'*hématoïdine* est



$$C^{14}\ H^{9}\ AzO^{3}, \quad \text{soit} \quad C^{14}\ H^{8}\ AzO^{2} + HO,$$

on reconnaîtra facilement que l'hématoïdine n'est point la matière colorante du sang ou hématosine, mais un composé chimique qui provient de sa décomposition, dans laquelle 1 équivalent d'eau (HO) a remplacé 1 équivalent de fer (Fe).

La quantité d'hématoïdine retirée du kyste hydatique du foie correspondait à 1800 grammes de sang au moins, qui ont dû s'épancher successivement pour donner lieu à sa formation. — (Com. MM. Chevreul, Pelouze, Balard.)

PRESSE MÉDICALE.

De l'atélectasie et de la splénisation du poumon dans la fièvre typhoïde; par le docteur Fraube. — D'après une communication de ce médecin à la Société de médecine de Berlin, ces deux états du poumon se présentent le plus fréquemment et doivent être distingués. L'état fœtal est beaucoup plus rare. Il se distingue par les caractères suivans: il siége constamment dans le lobe inférieur d'un ou des deux poumons; cette portion est diminuée de volume; la face externe est recouverte par la plèvre saine et offre des élévations provenant des lobules qui dépassent plus ou moins les cloisons interlobulaires. La section est rouge brun, lisse et sèche; ce n'est que des gros vaisseaux que la pression fait sortir un peu de sang foncé. Les bronches sont remplies d'un liquide tenace, jaune, opaque (muco-pus). L'insufflation transforme cette partie en un poumon tout à fait normal. Cette lésion résulte de l'oblitération d'un rameau bronchique, comme on peut s'en assurer en bouchant hermétiquement une bronche chez un animal vivant; les gaz enfermés dans cette partie du poumon ne peuvent pas se renouveler, sont résorbés, et à mesure qu'ils disparaissent, les parois des vésicules bronchiques se rapprochent et se touchent à la fin. Cette obturation peut se faire chez les typhoïdes, lorsque les puissances respiratoires ne suffisent plus pour détacher des bronches la sécrétion visqueuse qui les oblitère à la fin.

La splénisation est différente. Cependant elle a de commun avec l'atélectasie le siége dans le lobe inférieur, la compacité du parenchyme, la couleur brun rouge et le lisse de la section, enfin, la distension par l'insufflation. Mais elle s'en distingue par des caractères tranchés. Ainsi, le volume du lobe malade est aussi grand ou plus grand que celui d'un poumon sain après l'ouverture du thorax; il est plus pesant que celui-ci, tandis que le lobe atélectasié a le même poids; il s'écoule de la section une grande quantité de liquide rouge de sang, peu spumeux, de consistance séreuse, renfermant de l'épithélium graisseux; la partie insufflée est rouge. Il n'est pas rare d'y rencontrer de petits foyers apoplectiques ou des noyaux d'hépatisation rouge. Cet état est de nature inflammatoire et ne diffère pas essentiellement de l'engorgement; aussi son apparition coïncide toujours avec une élévation de température. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 27.)

De l'os du cavalier. — On connaît depuis longtemps l'ossification partielle du biceps, rencontrée parfois chez le fantassin à la suite du maniement du fusil. Le docteur Billroth vient de trouver une lésion de même nature chez un cavalier. En faisant l'autopsie d'un ancien officier de cavalerie, il a rencontré le tendon du grand adducteur, complétement ossifié à peu près à 15 millimètres de son insertion, dans une longueur d'un doigt, sur une largeur de 8 millimètres et une épaisseur de 5 centimètres. L'examen microscopique démontra une structure analogue à celle des exostoses. Le tendon de l'adducteur du côté opposé était épais et plus dense qu'à l'ordinaire, mais ne renfermait aucune formation osseuse. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 27.)

COURRIER.

M. le docteur René Briau, le savant éditeur et traducteur de la chirurgie de Paul d'Égine, vient d'être proposé, par le conseil de l'Académie de médecine, comme bibliothécaire de cette compagnie, en remplacement de M. Ozanam, démissionnaire.

— Par suite du décès de M. le docteur Valleix, les mutations suivantes ont eu lieu dans le personnel des hôpitaux de Paris: M. le docteur Becquerel passe de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital de la Pitié; M. le docteur Hérard, de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Lariboisière; M. le docteur Moutard-Martin, de la direction des Nourrices à l'hôpital Saint-Antoine; M. le docteur Bergeron, de l'hospice Larochefoucauld aux nourrices; M. le docteur Sée, médecin du Bureau central, est nommé à l'hospice de Larochefoucauld.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 123. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 16 Octobre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.......... 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CHIRURGIE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'HÉMATURIE ET SUR SON TRAITEMENT (1) ;

Par le docteur Aug. MERCIER.

De ce qu'on a reconnu qu'une hématurie est l'effet d'une phlegmasie vésicale, naît de prime-abord cette indication que si le cathétérisme doit être pratiqué, il ne faut pas s'appliquer à vider la vessie jusqu'à la dernière goutte, surtout par des pressions sur l'hypogastre, et qu'il y a même quelquefois avantage à ne pas la vider complètement, soit qu'on y laisse un peu d'urine, soit qu'on n'attende pas que l'écoulement soit achevé pour y pousser des injections.

M. Civiale, qui trouve *étrange* que j'aie attribué au resserrement de la vessie une influence sur l'épanchement du sang, conseille de suspendre deux ou trois fois le cours de l'urine *afin que la vessie ne revienne pas sur elle-même avec trop de précipitation* (loc. cit., p. 439). Si ma théorie est étrange, les conséquences en sont donc néanmoins bonnes?

Quant aux injections, elles doivent être d'abord émollientes, ou tout au plus légèrement narcotiques. Celles que j'emploie le plus souvent sont une décoction d'orge ou de son avec tête de pavot, peu chaude et même fraîche quand la vessie le permet. Si elles ne réussissent pas, il est rarement avantageux de les remplacer par des injections astringentes : presque toujours elles exercent une action irritante, et souvent elles ont, en outre, l'inconvénient de coaguler les mucosités et de gêner le cours de l'urine. M. Van-Wageninge, dans un cas d'hématurie rebelle, consécutive à un engorgement prostatique, et sans doute à une cystite chronique, injecta avec succès la teinture d'iode. Son malade se trouvait dans un état d'épuisement complet; les applications froides, les injections froides, et même des injections contenant 6 grammes de vinaigre pour 160 d'eau, ayant été sans efficacité, il se décida à employer un mélange de 12 grammes d'eau froide et 4 grammes de teinture d'iode : il en poussa peu à peu la moitié dans la vessie. Une ou deux minutes après, le médicament occasionna de légères douleurs, et le restant du mélange fut également injecté. Au bout d'une demi-heure, il s'établit une très forte réaction par suite de laquelle le malade souffrit beaucoup pendant quelques instans. Une heure après, il put se tenir assis sur son lit, et il lâcha avec facilité ses urines, qui, à partir de ce moment, furent parfaitement claires (*Ann. Soc. méd.-chir. de Bruges*, 1842, p. 245). Parmi les cas de catarrhe vésical que j'ai traités par la teinture d'iode, il s'en trouvait qui étaient accompagnés d'écoulement sanguin, et le succès répondit à mon espoir. Néanmoins, après une étude comparative de ces injections et de celles au nitrate d'argent concentré, j'ai fini par employer exclusivement ces dernières. Quelques-unes des observations que j'ai rapportées dans mon *Mémoire sur le traitement du catarrhe de la vessie par les injections de nitrate d'argent concentré* (*Gaz. hebd. de méd.*, 1855, nos 32 et 34) nous ont offert la complication de catarrhe et d'hématurie (Obs. III, IV, V), et nous avons vu ce dernier symptôme disparaître dès la première injection. M. Lallemand a, de son côté, guéri, en cautérisant la vessie avec le nitrate d'argent solide, des hématuries dont quelques-unes remontaient à huit ans, étaient devenues continues, avaient jeté les malades dans un état de prostration extrême, accompagné d'anémie, d'infiltration des membres, et qui avaient résisté aux toniques et aux astringens les plus puissans. Il a presque toujours suffi d'une seule cautérisation pour amener la guérison, sans le secours d'un autre traitement (*Pertes sém.*, t. III, p. 531). J'ai dit, dans le mémoire que je viens de citer, pourquoi je préfère les injections.

Quand l'hémorrhagie du col de la vessie est due à un simple développement vasculaire, on l'arrête presque toujours en portant le nitrate d'argent sur cette partie à l'aide de mon porte-caustique, si commode, et dont l'action est si précise (voy. mes *Rech. sur les valv.*, p. 228). Mais c'est alors surtout que les efforts pour uriner ont une grande influence, et malheureusement cette hématurie résulte souvent d'une cause qui détermine en même temps la dysurie.

Lors donc que cette complication existe, il suffit, dans quelques circonstances, de mettre à demeure une sonde volumineuse, qui a le double avantage de livrer un passage facile à l'urine et de comprimer les parties d'où le sang s'échappe. Qnand il s'agit de fausses routes, il est rare que ce moyen n'ait pas l'effet désiré; il réussit encore quelquefois quand il s'agit de vaisseaux dilatés, variqueux; mais fréquemment, dans ce dernier cas, la persistance de la cause ramène les mêmes effets.

Souvent la cautérisation du col arrête alors le sang ; mais ce moyen n'est pas toujours sûr, il peut même avoir des inconvéniens. Supposons, par exemple, qu'avec ou sans dysurie antécédente, l'irritation causée par le caustique amène une rétention d'urine, et qu'il ne soit possible ni de laisser une sonde à demeure, ni de sonder le malade aussi souvent ou avec tout le soin qu'il faut en pareille circonstance; ne pourra-t-il pas en résulter une aggravation de mal? Que faire donc? Commencer par faire disparaître l'obstacle : souvent alors l'hématurie disparaîtra spontanément.

C'est ainsi que j'agis, même dans les cas de valvule. Mais, dira-t-on, pour guérir une hémorrhagie du col de la vessie, vous commencez par y pratiquer une plaie assez profonde? Oui, et avec succès, comme on va voir.

OBSERVATION II. — J'ai déjà rapporté, page 239 de l'ouvrage que je viens de citer, l'observation d'un sexagénaire qui n'avait pas une hématurie, mais qui, depuis dix-huit mois, chaque fois qu'il éjaculait, rendait du sang presque pur. Les instrumens, et même la sonde olivaire la plus flexible, ne pouvaient franchir la partie profonde du canal sans déterminer un écoulement séro-sanguinolent. La vessie se vidait, mais avec une certaine difficulté, causée par une valvule bien caractérisée. Je divisai en conséquence cette valvule, et à partir de ce moment, chose à laquelle je ne m'attendais pas, les évacuations séminales se sont faites sans trace de sang.

Lorsque j'ai recueilli ce fait, il y a une douzaine d'années, je croyais que ce sang provenait de vésicules séminales, et j'étais fort embarrassé pour m'expliquer comment la section du col de la vessie l'avait pu arrêter si promptement. En y réfléchissant depuis, en attachant plus d'importance à l'écoulement sanguin que les sondes déterminaient inévitablement, en comparant ce fait avec une observation de M. Willaume (Lallemand, *Pertes sém.*, t. I, p. 143), et avec d'autres recueillies par moi, où la cautérisation de la région profonde de l'urètre amena la disparition de pollutions sanguinolentes, je me suis demandé si le sang, ainsi mêlé au sperme, ne provenait pas tout simplement alors de la région prostatique, et même du col de la vessie.

OBSERVATION III. — M. G..., sexagénaire, homme à chairs molles et dont les organes digestifs sont extrêmement délicats, me consulta au mois de novembre 1854. Je lui trouvai l'urètre très irritable, la prostate d'un certain volume et formant une valvule épaisse derrière le col de la vessie; la miction, gênée depuis des années, se faisait le plus souvent

(1) Voir les numéros des 9 et 13 Octobre 1855.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Livre quatrième et cinquième du *De usu partium* : exposition des doctrines de Galien sur le grand phénomène de la nutrition. Fonctions de l'œsophage; remarques ingénieuses de Galien sur sa texture. — Fonctions de l'estomac : les quatre forces admises par Galien. — Du siége de la sensation de la faim. — Les théories de la digestion, au temps de Galien. — De la force altératrice : Galien et Bichat. — Circonstances qui, suivant Galien, favorisent la digestion stomacale : le gladiateur. — Que savons-nous de plus que Galien, sur la digestion stomacale? — Opinion de Galien sur l'introduction des alimens par le rectum, dans le but de nourrir des malades.

XII (1).

Physiologie de Galien. — Analyse du De usu partium (suite).

Dans les livres quatrième et cinquième de cet ouvrage, Galien traite des parties destinées à fournir à l'animal les matériaux de sa nutrition. Un appareil très compliqué, suivant lui, commence, poursuit et achève ce grand acte. Il se compose : 1° du tube digestif; 2° des veines mésaraïques; 3° du foie, de la vésicule biliaire et de la rate; 4° des veines en général; 5° des voies urinaires.

A chacune des parties qui composent cet appareil est dévolue, une fonction parfaitement distincte. Chacune a sa tâche spéciale, comme les diverses parties d'une machine dans les fabriques ou les usines de l'industrie humaine. Là comme ici, il y a des séparations de matières, des éliminations, des épurations, des transformations de substances.

Dans ce grand travail, point de relâche ; le jeu d'un instrument succède sans cesse au jeu d'un autre; soit simultanément, soit successivement toutes les parties de cet appareil fonctionnent, et, chose remarquable, on peut voir que tout est dirigé vers un même but, comme par une main invisible. Tels, dans les forges de Vulcain, suivant Homère, agissent ces merveilleux instrumens, ces soufflets, ces machines, qui semblent se mouvoir d'eux-mêmes, mais qui, en vérité, empruntent leur mouvement de la main du dieu qui les anime.

Ainsi, d'après Galien, chaque partie accomplit son œuvre, sous l'influence d'une force divine de laquelle elle reçoit sa structure d'abord et ensuite son action. Telle est l'idée philosophique dont il s'inspire en commençant l'étude de ce merveilleux système d'organes, qui prenant l'aliment à l'extérieur le soumettent, dans leur sein, à une foule d'opérations successives et le transforment définitivement en un liquide nouveau, destiné à nourrir toutes les parties de l'économie animale. Mais entrons dans les détails.

L'auteur divise le *tube digestif* en quatre parties principales qui diffèrent les unes des autres par leurs usages : 1° l'œsophage; 2° l'estomac; 3° l'intestin grêle ; 4° le gros intestin.

L'œsophage dont le nom, *porte-manger*, indique la fonction, est, pour Galien, un simple organe de transmission. Il a été placé entre la bouche et l'estomac, parce que si ce dernier organe, essentiellement dilatable et destiné à subir d'énormes augmentations de volume par suite de l'accumulation des alimens, avait trouvé place dans la poitrine, il aurait gêné, dans leurs fonctions, des organes essentiels à la vie, le cœur, les poumons, etc. C'est pourquoi la nature a relégué l'estomac dans le ventre et l'a séparé de la bouche par ce long conduit qui s'appelle œsophage.

A propos de la direction de l'œsophage, Galien fait remarquer de combien d'artifices use la nature afin de ne pas troubler les fonctions des organes importans de l'économie. Ainsi, la direction de l'œsophage est plus ou moins oblique depuis le haut du cou, jusqu'à son passage à travers le diaphragme, afin de ne pas gêner l'aorte dans son trajet à l'intérieur de la cavité thoracique.

L'œsophage étant un organe important, puisqu'il est chargé de porter l'aliment de la bouche dans l'estomac, la nature a pris soin de le mettre à l'abri des violences extérieures. Ainsi, il est protégé en avant et sur les côtés par sa situation profonde, et il trouve en arrière, dans la colonne vertébrale, un rempart des plus solides.

Galien trouve dans le volume et l'imparfaite division du bol alimentaire à son entrée dans l'œsophage, la raison de l'épaisseur et de la dilatabilité de ce conduit. Si les fibres œsophagiennes sont essentiellement longitudinales et se continuent directement avec les fibres stomacales, c'est parce que l'œsophage a pour fonction de porter directement et sans aucun temps d'arrêt les alimens dans l'estomac. Voilà pourquoi, également, l'orifice œsophagien du ventricule diffère tant de l'orifice duodénal, le premier étant dépourvu de valvule, tandis que le second en possède une, le pylore, véritable barrière qui force le bol alimentaire à séjourner dans l'estomac pour y être élaboré, avant de passer dans le duodénum.

Vient ensuite l'étude des fonctions de l'estomac, de cet organe qui, suivant l'expression de Galien, accomplit une œuvre divine, par l'étonnante métamorphose d'une masse brute qui est l'aliment, en un suc qui renferme les principaux élémens de cet autre liquide divin qui est le sang. C'est là que se fait la première élaboration de la masse alimentaire; là, pour la première fois, les diverses parties de l'aliment tendent à se dissocier; là des puissances, des forces viennent les saisir et leur imprimer des modifications diverses.

De cette élaboration, de cette première séparation des différentes parties de l'aliment résulte un produit nouveau, un suc particulier, le suc par excellence, en un mot, le *suc*, χυμος, chyme. Comment se fait cette élaboration? Comment la masse alimentaire arrive-t-elle à se transformer en un suc toujours à peu près semblable à lui-même, et qui toujours possède la propriété de devenir apte à subir une dernière transformation qui le change en sang? Pour expliquer tout cela, Galien admet que tout organe, quel qu'il soit, que toute partie solide possède quatre puissances ou forces : 1° une force *attractrice* par laquelle chaque partie *attire* les matériaux qu'elle doit transformer en sa propre substance; 2° une force *rétentrice* par laquelle elle *retient*, pendant un certain temps, ces matériaux dans son intérieur; 3° une force *altératrice* par laquelle elle modifie ou *altère* ces matériaux d'une manière spéciale, afin de les rendre de plus en plus semblables à sa propre substance; 4° une force *expultrice* par laquelle, après avoir attiré, retenu et modifié les élémens qui lui conviennent, elle rejette le reste.

(1) Voir le numéro du 9 Octobre 1855.

longtemps attendre, et la vessie ne se vidait jamais complétement. Depuis plusieurs mois, l'urine contenait fréquemment du sang, et quelquefois même en notable quantité.

L'état général et local de ce malade ne me paraissant pas des plus rassurans, j'essayai d'abord le passage momentané de quelques bougies bien souples et de plus en plus volumineuses ; mais il n'en résulta rien qu'une augmentation de l'irritation urétrale, et l'hématurie devint à peu près continue. Nous nous bornâmes donc à des injections d'eau d'orge et de tête de pavot, et l'hiver s'écoula ainsi sans changement notable.

Au mois d'avril 1855, je divisai sa valvule en présence de son médecin, le docteur Piogey. L'écoulement sanguin, qui se fit immédiatement avec beaucoup d'abondance, se modéra bientôt ; mais comme l'estomac ne pouvait supporter des astringens d'aucune espèce, cet écoulement se prolongea pendant près d'un mois. Enfin il cessa complétement; et depuis il n'a plus reparu ; le malade urine facilement et ne conserve plus qu'un peu d'irritabilité vésico-urétrale, qui diminue graduellement, et qu'une injection au nitrate d'argent aurait, je pense, fait très promptement disparaître.

Voilà une hématurie assez abondante, et surtout très prolongée, provenant du col de la vessie, et guérie par la division même des parties qui en étaient la source. Voici un autre fait bien plus remarquable encore sous ce rapport :

Observation IV. — M. G... de L..., directeur du télégraphe à Nevers, âgé de 55 ans, de constitution très délicate, sujet à des épistaxis jusqu'à un âge assez avancé, portant deux petites tumeurs hémorrhoïdales qui n'ont jamais saigné, et habituellement affecté de dérangemens du tube intestinal, avait en outre depuis longtemps une irritation chronique de la partie profonde de l'urètre, qui, en 1830, avait causé pendant six à huit jours une rétention d'urine. Toutefois, rien depuis lors n'avait appelé son attention de ce côté jusqu'en août 1854. Habitant Dieppe à cette époque, il commença à remarquer du sang dans ses urines, mais par intervalles et en petite quantité.

Le 20 septembre, à la suite de son changement de résidence et de la fatigue qui en est résulté, sans fièvre ni douleur d'aucune espèce, il fut pris d'hématurie. A deux reprises différentes, ce ne fut d'abord que des urines sanguinolentes ; mais une troisième fois, il y eut une telle abondance de caillots, que le cours de l'urine se trouva suspendu et que le cathétérisme devint nécessaire. Cet état dura trois jours, pendant lesquels le docteur St-Cyr fit prendre un bain, appliquer des cataplasmes sur le bas-ventre et le périnée, administrer des lavemens, etc. Au bout de ce temps, tout disparut subitement.

On introduisit des sondes élastiques dans l'intention de préparer la voie à une sonde métallique destinée à explorer la vessie ; mais, deux jours après l'accès précédent, une nouvelle hémorrhagie se manifesta et dura deux jours.

Le 10 octobre, après une introduction de sonde qui n'avait pu franchir la partie profonde de l'urètre, le sang reparut avec plus de force, de douleur, et accompagné de rétention. Tout cela se dissipa au bout de trente-six heures.

C'est à cette époque que je fus consulté : je conseillai le régime sec et astringent que j'ai indiqué plus haut, et qui ne fut suivi que très imparfaitement, l'estomac ne le permettant pas.

Les accès s'éloignèrent ; mais, lorsqu'ils se renouvelaient, le sang était plus abondant. Le malade vint, en conséquence, le 25 novembre à Paris. Le voyage détermina une hématurie des plus abondantes, et le lendemain matin elle persistait encore avec intensité : le vase de nuit contenait une grande quantité de caillots volumineux. Malgré cela, je m'assurai de suite que la vessie se vidait complétement. M. de L... était déjà pâle et très faible ; mais sans fièvre.

Comme jusqu'à ce jour il avait continué à vaquer à ses fonctions et n'avait jamais gardé la position horizontale d'une manière régulière, je résolus de le remettre au régime astringent autant que le tube digestif le permettrait, et de le faire, en outre, rester constamment au lit ; j'en vins même jusqu'à lui faire élever le bassin plus que les épaules : il rendait l'urine et les fèces dans cette position. Malgré ces précautions, nous observâmes les mêmes alternatives que par le passé, et, chose remarquable, c'était brusquement qu'elles avaient lieu dans un sens ou dans l'autre. Dans les intervalles, l'urine était parfaitement limpide et normale sous tous les rapports. Le sang sortait souvent en caillots volumineux qui nécessitaient des efforts pour traverser le canal et se présentaient tantôt au commencement, tantôt à la fin de la miction ; quand il y avait du ténesme après, on le voyait sortir liquide et presque pur. Plusieurs fois je fis la remarque que voici : si, lorsque l'hémorrhagie n'était pas très abondante, on lavait la vessie et qu'on laissât quelques minutes la sonde en place, l'urine arrivait claire ; si alors on poussait une injection, si on retirait les œils de la sonde dans la région prostatique et qu'on la repoussât ensuite, le premier jet était sanguinolent et le reste de l'injection sortait ensuite avec sa couleur normale. Je conclus que les reins et la muqueuse vésicale étaient sains, et que le sang provenait de la partie profonde de l'urètre. Je me décidai, en conséquence, à la cautériser. Deux cautérisations, faites à huit jours de distance, furent sans effet. Comme j'avais reconnu d'une manière évidente un commencement de valvule musculaire du col de la vessie et d'hypertrophie de celle-ci, je supposai que, si elle se vidait, ce n'était que par une contraction exagérée, et que cette contraction, surtout après la cautérisation, pouvait avoir de l'influence sur la sortie du sang. Je résolus donc de faire une troisième cautérisation, et de mettre à demeure une sonde volumineuse sitôt que l'irritation serait calmée. J'espérais prévenir ainsi tout effort, même le besoin d'uriner, et comprimer les vaisseaux dilatés. Ce moyen parut d'abord efficace, mais bientôt le sang reparut comme précédemment. Le malade s'affaiblissait d'une manière inquiétante ; il était exsangue, ses digestions de plus en plus pénibles, et maintes fois nous constatâmes que les légumes traversaient les intestins sans altération.

Vers le milieu de janvier, MM. J. Cloquet et Ségalas furent appelés en consultation. Nous fûmes d'accord que le sang provenait du col de la vessie, et probablement de vaisseaux variqueux. Je leur soumis alors mes idées sur l'influence de la valvule musculaire, et je leur demandai leur avis sur l'excision de cette valvule, qui aurait pour effet de faire disparaître l'obstacle et de produire une plaie dont la cicatrisation oblitérerait très probablement la plupart des vaisseaux dilatés. Êtes-vous sûr, me dirent-ils, que les vaisseaux ainsi interrompus ne donneront pas encore plus de sang? Et, en supposant que l'hémorrhagie persiste seulement comme elle a fait jusqu'à ce jour, la famille ne pourra-t-elle pas supposer que, sans la plaie pratiquée par vous, il aurait pu en être autrement? Ces objections étaient trop naturelles pour que je ne me les fusse pas déjà faites; mais, présentées par ces habiles praticiens, elles achevèrent de m'ébranler, et il fut résolu qu'on reviendrait à la cautérisation.

Je la pratiquai deux fois encore ; mais, après la seconde, le sang s'écoula avec plus d'abondance et de persistance que jamais, et, vers le milieu de février, M. Nélaton fut appelé à son tour. Je lui soumis de nouveau mon idée; mais il me fit les mêmes observations, et il ne voulut pas non plus partager la responsabilité de mon opération. Nous résolûmes de faire des injections de perchlorure de fer étendu dans la partie profonde de l'urètre, et d'administrer à l'intérieur de l'eau hémostatique de Tisserant.

Ce traitement fut exécuté avec le plus grand soin : le malade continua de rester au lit, d'être très sobre de boissons, de se soumettre à un régime peu abondant, mais analeptique et composé principalement de viandes rôties. Rien ne fit, et, de plus, les injections irritèrent la vessie.

J'avais entretenu plusieurs fois M. de L... de mon dessein, et il l'avait parfaitement compris ainsi que les objections. Désespéré alors de l'insuccès de tous les traitemens et de sentir le peu de forces qui lui restaient lui échapper chaque jour, il me pressa d'agir. Ces dispositions favorables et l'idée qui m'était venue de porter, en cas de besoin, le perchlorure de fer concentré sur la plaie me décidèrent, et, vers le 7 mars, je pratiquai l'excision, qui n'offrit rien de particulier. L'hémorrhagie fut d'abord assez considérable. Je mis à demeure une sonde ouverte par laquelle on faisait fréquemment de petites injections fraîches, et moyennant ces précautions et le soin d'éviter même que le besoin d'uriner se fît sentir, les choses se passèrent presque comme dans les circonstances ordinaires : au bout de huit ou dix jours le sang avait complétement disparu, et, le 31 mars, M. de L... voulut, malgré toutes mes observations, retourner à Nevers. A son arrivée, il rendit une urine un peu colorée ; mais ce petit accident n'avait plus lieu trois heures après, et depuis il ne s'est plus reproduit.

Malheureusement il était trop tard. Les voies digestives, depuis longtemps malades, ne se rétablirent pas ; de la diarrhée et des vomissemens se manifestèrent, ainsi que quelques accidens du côté de la poitrine ; les forces, au lieu de revenir, diminuèrent graduellement, et le malade, après avoir végété ainsi quelques mois, mourut le 29 juin.

On voit que les théories ne sont pas toujours inutiles, et que souvent il importe de nous rendre compte des faits. Ici, les médications antiphlogistiques d'abord, ensuite astringentes, employées autant que les forces et l'estomac du malade le permettaient, n'avaient eu aucun succès ; la position, les applications froides sur l'hypogastre, le périnée et dans le rectum, la compression à l'aide d'une grosse sonde, la cautérisation elle-même, répétée avec insistance et énergie, n'en avaient pas eu davantage. Quelle ressource nous restait-il? On le sait, quand les hémorrhagies ont persisté avec tant d'abondance et d'opiniâtreté, on ne peut plus guère compter sur la nature ; le sang a au contraire augmenté de fluidité, et s'arrête de plus en plus difficilement. Si l'épuisement eût été moins complet, cette observation serait moins probante.

J'ai dit les objections que devait nécessairement faire naître mon projet d'exciser le bord postérieur du col de la vessie, où je supposais que devaient se trouver les vaisseaux les plus nombreux et les plus développés; mais je comptais aussi sur la facilité plus grande que je donnerais aux urines, sur le travail d'inflammation et de cicatrisation qui devait oblitérer ces vaisseaux, et, en attendant, sur la compression au moyen d'une grosse sonde, que la vessie, toujours calme, me permettait de laisser en place ; enfin, au besoin, sur le perchlorure de fer que j'avais trouvé moyen de porter sur la plaie à un grand degré de concentration. Ce dernier agent n'a pas été nécessaire.

On sera peut-être surpris que je ne l'aie pas préféré à l'excision. C'est que, n'étant guidé que par des idées théoriques, je craignais qu'il n'eût pour premier effet que de causer de l'irritation et du ténesme, et nous n'avions plus de temps à perdre.

Je me suis encore alors demandé si l'on ne pourrait pas agir sur les vaisseaux dilatés à l'aide d'un courant électrique, soit en comprenant le bord postérieur du col vésical entre deux pointes métalliques, soit en promenant à sa surface un fil de platine traversé par ce courant ; j'avais même imaginé un appareil qui aurait, ce me semble, rempli ces intentions ; mais tout cela est resté à l'état de projet.

REVUE GÉNÉRALE.

Cas d'aliénation mentale sympathique de la présence de vers intestinaux. — Consultation sur un cas d'obésité. — Traitement de la métrite aiguë. — Observation de glossite aiguë ayant déterminé la mort.

M. le docteur Vermeulen a communiqué à la Société de médecine de Gand une observation curieuse d'aliénation mentale sympathique de la présence de vers intestinaux.

« Le sujet de l'observation est un jeune homme de 17 ans qui, après un état de souffrance caractérisé par une excessive pâleur cachectique, une face hébétée, une grande dilatation des pupilles et une faiblesse très marquée des extrémités inférieures, fut pris d'un violent accès de délire avec convulsions cloniques générales.

» Deux jours après son admission à l'hospice des aliénés, il évacua trois vers ascarides lombricoïdes. Il n'en fallut pas davantage à notre

---

Toutes ces forces existent dans chaque solide, mais pas au même degré ; elles jouent tour à tour le principal rôle suivant les organes.

L'estomac attire donc, retient, altère, expulse successivement les matériaux alimentaires. Galien n'admet pas que cet organe reçoive ces matériaux d'une manière toute passive, par une simple chute du bol alimentaire du conduit œsophagien dans la cavité stomacale. Il admet l'intervention d'une force active, en vertu de laquelle l'estomac attire l'aliment, comme le cœur droit attire le sang, comme le cœur gauche attire l'air. Les fibres longitudinales de l'œsophage sont, en quelque sorte, les mains à l'aide desquelles s'opère cette attraction.

Dans la plupart des organes, la force attractive agit sans que l'âme en ait conscience. Il n'en est pas de même dans l'estomac. Lorsque l'économie à besoin de réparation, l'âme en est avertie par une sensation particulière qui a son siége au niveau du cardia, dans ce merveilleux plexus dont le nerf pneumo-gastrique enlace l'orifice cardiaque du ventricule. C'est de là que, par l'intermédiaire des cordons nerveux qui en partent, la sensation de la faim est transmise jusqu'au cerveau. Si les cordons nerveux sont coupés ou malades, la transmission n'a pas lieu, et alors la sensation de la faim s'évanouit, quoique le besoin de réparation existe.

Lorsque sous l'influence de la force *attractrice* les alimens sont arrivés dans l'estomac, ils y sont retenus par la force *retentrice* dont l'action, variable dans sa durée, suivant l'espèce d'aliment, persiste tant que celle de la force altératrice n'est pas épuisée ; en même temps la capacité de l'estomac augmente et le pylore se ferme. La force altératrice entre donc en jeu en même temps que la force rétentrice. C'est à elle qu'est due la transformation remarquable que subit la masse alimentaire dans l'estomac. Galien ne s'inquiète pas des hypothèses déjà émises de son temps sur la digestion. Peu lui importe qui a raison des partisans de la trituration, de la fermentation, de la putréfaction, de la coction (car toutes ces théories modernes sont aussi contemporaines de Galien) ; dans sa foi aux causes finales, il lui suffit de penser que l'être suprême a tout arrangé pour que l'élaboration alimentaire se fît par le meilleur mécanisme possible. C'est dans ce but que l'auteur de toutes choses a doué l'estomac d'une force destinée, dès l'origine, à agir sur les alimens et à présider ainsi à l'un des actes primordiaux du grand phénomène de la nutrition.

Franchissons un instant, par la pensée, la longue série de siècles qui nous sépare de Galien ; rappelons-nous cette belle conception d'un grand physiologiste moderne, ce canevas cellulo-vasculaire qui, suivant Bichat, forme la trame commune de toute l'organisation animale, canevas partout composé de cellules et de vaisseaux. Au sein de cette trame organique va naître ici du tissu musculaire, là du tissu fibreux nacré et resplendissant, ailleurs une matière dure et compacte, la substance des os, ailleurs une pulpe molle et friable, la substance nerveuse ! Le canevas cellulo-vasculaire appelle à lui, dans les différens points de son étendue, la matière et la forme de ce qui va devenir plus tard tel ou tel tissu, tel ou tel organe. Ce n'est pas la différence de texture qui peut expliquer la différence des phénomènes organiques qui s'opèrent dans cette trame, puisque cette texture est partout identique à ellemême. Il faut qu'une force particulière, la force vitale, créée dès l'origine pour une fin déterminée d'avance, précède l'organisation spéciale des diverses parties de l'économie et dirige les phénomènes plastiques.

Bichat a donc fait, pour les actes de la composition intime des tissus, ce que Galien avait imaginé pour les phénomènes de la digestion stomacale. Parmi les circonstances qui favorisent l'élaboration de la masse alimentaire, il faut compter, suivant Galien : 1° un certain mouvement de l'estomac, mouvement de va-et-vient qui se dirige alternativement du pylore à la région splénique et de la région splénique au pylore ; ce dont on peut, dit-il, s'assurer en ouvrant le ventre d'un animal en digestion ; 2° la grande chaleur que la nature a accumulée autour de l'estomac, en plaçant à son voisinage le foie et l'épiploon chargés de graisse et de nombreux vaisseaux. Cet usage de l'épiploon est prouvé, suivant Galien, par le fait d'un gladiateur à qui, à la suite d'une blessure de l'épigastre, il avait été obligé de retrancher une certaine portion d'épiploon, et dont les digestions, devenues très pénibles, étaient favorisées par l'application de corps chauds sur la région épigastrique.

Le premier effet de l'action de la force altératrice sur les alimens contenus dans l'estomac, est la séparation d'un certain nombre de parties hétérogènes qui, ne pouvant servir à la réparation du corps, trouvent, dans le pylore, un portier complaisant, pour les laisser passer. De ce premier travail d'élimination résulte un changement singulier dans la masse alimentaire, qui, dès ce moment, est transformée et remplacée par un suc spécial, le chyme. Voilà ce que Galien appelle une œuvre divine. Œuvre merveilleuse, en effet, qui d'une matière étrangère à l'économie, prise en dehors d'elle, va former une substance qui bientôt sera incorporée aux tissus, deviendra la substance même des organes et vivra de la même vie !

Les progrès de la science, en nous montrant l'élaboration stomacale comme le résultat de l'action d'un suc particulier, le suc gastrique, ont ajouté des notions nouvelles à celles que possédait Galien. Nous savons que la chymification est due à l'action du suc gastrique. Mais pourquoi, comment ce suc gastrique, composé de pepsine et d'un acide particulier (chlorhydrique, lactique, etc.) agit-il sur l'aliment pour le transformer en chyme ? Nous n'en savons rien. Sur ce premier point, nous ne sommes pas plus avancés que Galien. Nous connaissons mieux les conditions de ce grand phénomène, mais sa nature intime, nous l'ignorons complétement. Nous sommes réduits à dire que le suc gastrique agit sur l'aliment de manière à lui faire subir une altération spéciale, ce qui revient absolument à l'hypothèse de la force altératrice admise par Galien.

L'œuvre de l'estomac une fois terminée, c'est-à-dire lorsque la force altérante a épuisé son action sur la masse alimentaire, la force expultrice entre en jeu à son tour : les fibres circulaires de l'estomac se contractent ; l'orifice pylorique s'ouvre, et, par un mouvement rapide, le suc alimentaire est chassé de l'estomac dans l'intestin grêle. De même, dit Galien, que s'ouvre l'orifice du col utérin pour laisser passer le produit de la conception arrivé à maturité, de même s'ouvre l'orifice pylorique, lorsqu'est mûr le fruit de l'estomac, le chyme.

Dans certains cas morbides, le pylore s'ouvre avant que la masse alimentaire ait été convenablement élaborée, ce qui constitue la maladie dite *lienterie*. Vainement alors vous donnez des alimens, le malade ne se répare pas, car il faut, de toute nécessité, pour que les alimens aient des qualités nutritives, que l'estomac les ait transformés. De là résulte, ajoute Galien, l'inutilité d'introduire des alimens dans le rectum pour nourrir des malades, car le rectum n'ayant pas été destiné à remplir l'office de l'estomac, ne peut transformer l'aliment ; or, il faut que le *suc* (chyme) soit formé pour que plus tard le sang se forme.

(*La suite à un prochain numéro.*)

confrère pour asseoir son diagnostic et faire une médecine rationnelle.

» L'administration d'un électuaire anthelmintique provoqua le premier jour deux évacuations alvines et l'expulsion de six vers ascarides. Le lendemain, le malade évacua encore huit autres helminthes, appartenant à la même espèce. Depuis cette époque, de furieux il devint calme, doux et docile, la faim se fit sentir, en un mot, l'amélioration fut telle, qu'on le crut en pleine convalescence.

» Ce bien-être continua du 23 février jusqu'au 2 avril; alors tout d'un coup, il fut atteint d'un violent accès épileptiforme, suivi d'un délire furieux. Deux lavemens à l'assa fœtida calmèrent le malade, et puis on reprit l'usage de l'électuaire vermifuge. Cette médication n'amena l'expulsion d'aucun ver, et cependant le calme revint et les facultés intellectuelles reprirent leur état normal. On prescrivit en outre le sous-carbonate de fer, associé à la poudre de valériane et aux extraits amers.

» Le 11, de nouvelles convulsions eurent lieu, qui, cette fois-ci, ne furent point suivies de trouble dans les facultés de l'intelligence. De ce moment, toute médication fut suspendue et le malade fut soumis à l'observation.

» Le 15, il fut atteint d'un accès de fièvre intermittente, caractérisé par les trois stades de froid, chaleur et sueur. L'auteur, rattachant cette nouvelle complication à l'affection vermineuse, reprit l'usage de l'électuaire anthelmintique, voulant attendre des accès subséquens, avant de prescrire le sulfate de quinine.

» Le lendemain, il y eut un nouveau délire, suivi de deux vomissemens de matières glaireuses, accompagnées de douze vers lombricoïdes. Puis il y eut une légère amélioration, et l'administration d'une once d'huile de ricin provoqua deux selles, accompagnées de quatre vers. Depuis cette époque jusqu'au 28, le malade évacua chaque jour quelques vers. Pendant ce temps, il fut soumis à un régime éminemment tonique et à l'usage des vermifuges. On le crut dans un état assez satisfaisant, lorsque le 28, tous les signes d'une gastro-entérite se déclarèrent. L'auteur les combattit avec énergie par un traitement antiphlogistique, mais la légère amélioration qu'il put obtenir, fut bientôt suivie de l'affreux cortége des signes qui caractérisent une hémorrhagie interne. Des selles sanguinolentes et des vomissemens souvent répétés de sang noirâtre et granuleux, amenèrent la mort du malheureux jeune homme.

» A l'autopsie, le cerveau et les enveloppes n'offraient aucune altération pathologique; il en était de même des poumons et du cœur. L'estomac renfermait une grande quantité de sang caillé et une vingtaine de vers; la muqueuse était ramollie et offrait des plaques d'un rouge brun, arborisées et ulcérées, mais sans perforation. L'intestin grêle, et surtout le jéjunum, contenaient un grand nombre de vers, la muqueuse était ramollie dans plus d'un endroit.

» Telle est l'analyse de l'observation de notre honorable confrère. Et quoique l'auteur ne se soit livré à aucune considération théorique ou pratique sur l'affection vermineuse, le cas qu'il vient de relater ne renferme pas moins de précieux renseignemens. Il dénote combien sont variés, souvent graves, les phénomènes nerveux ou sympathiques auxquels les vers intestinaux peuvent donner lieu. Le malade a été successivement atteint de délire, de convulsions souvent répétées, d'un accès de fièvre intermittente. Il démontre, en outre, que les entozoaires peuvent exercer sur la muqueuse intestinale une influence bien grave, puisque on a vu se développer, par leur contact, une gastro-entérite des plus violentes. » — (In *Annales de la Société de méd. de Gand*, août et septembre, 1855.)

La rareté de documens pratiques sur une infirmité très commune cependant, l'obésité, qui semble abandonnée au traitement des médicastres et des charlatans, nous engage à reproduire ici une consultation donnée par M. le professeur Trousseau, pour un ancien officier de cavalerie dont l'existence est rendue très pénible par l'obésité extrême qui l'envahit depuis quelques années.

Voici cette consultation :

Obésité embarrassant le cœur, gênant la respiration et disposant aux apoplexies.

« Il est essentiel que le consultant, pour remédier à un état de choses qui devient dangereux, suive pendant longtemps un traitement méthodique et d'une certaine énergie.

» Avant tout, les remèdes devront être cherchés dans les circonstances de l'hygiène. Il faudra s'abstenir de manger des corps gras, tels que le gras de viande, le beurre, l'huile, le lait. Le régime alimentaire aura pour base les végétaux frais, les viandes maigres et les fruits de la saison bien mûrs. Le consultant pèsera exactement la quantité de pain et de viande qu'il consommera chaque fois. Il importe que, de semaine en semaine, il diminue un peu la quantité de ses alimens, jusqu'à ce qu'il arrive à une ration au-dessous de laquelle il ne se sentirait pas restauré. Il est absolument nécessaire de conserver de l'appétit en quittant la table.

» Il faut se peser tous les quinze jours et arriver à perdre 1 à 2 kilog. par quinzaine, et s'arrêter lorsqu'on aura perdu 25 à 30 kilogrammes.

» L'exercice est de la plus haute importance. Il doit être fait à pied et à cheval, le moins possible en voiture.

» Le consultant évitera les boissons aqueuses et ne prendra que des bains de propreté, dans lesquels il devra faire entrer 180 à 200 gram. de sous-carbonate de soude.

» L'usage de la médication alcaline est un auxiliaire puissant pour atteindre le but qu'on se propose. Deux mois de suite, aux deux repas principaux, on prendra 2 grammes de bicarbonate de soude ou bien 50 grammes d'eau de chaux, si le bicarbonate de soude est mal supporté. Cette médication sera suspendue après deux mois, puis reprise un mois de suite chaque trimestre, et continuée ainsi pendant deux ou trois ans. » — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, octobre 1855.)

A l'occasion de plusieurs cas de métrite aiguë qui se trouvaient dans son service, M. Aran a formulé de la manière suivante le traitement de cette maladie :

« En général, M. Aran débute dans ce traitement par une émission sanguine locale; la saignée lui paraît ici complètement inefficace; les sangsues, au contraire, donnent un soulagement immédiat. Est-ce sur le ventre ou sur le col que ces annélides doivent être appliqués? Ceci dépend du siége de la douleur et de certaines circonstances individuelles. En les appliquant sur le col, le dégorgement est plus direct et plus rapide; mais si l'introduction du spéculum est difficile ou pénible, il vaut mieux se contenter d'appliquer des sangsues sur l'hypogastre. Pour les porter sur le col, il faut, en effet, se servir d'un spéculum plein, d'un calibre aussi gros que possible. Une fois l'instrument placé, on nettoie le col et l'on procède à l'application des sangsues qu'on doit maintenir à l'aide d'un tampon de linge et surveiller jusqu'à la chute de la dernière. Cette opération dure à peu près de quinze à vingt minutes; elle n'est suivie, en général, d'aucun accident; quelquefois, cependant, les malades en souffrent beaucoup; et si elles ont l'imprudence de marcher trop tôt après avoir subi cette émission sanguine locale, il peut survenir une hémorrhagie. Aussi faut-il, en pareil cas, recommander le repos au lit ou sur le canapé. Il convient de remarquer que les piqûres faites sur le col donnent beaucoup de sang; le spéculum s'en remplit assez rapidement; à l'hôpital, où les sangsues sont de qualité médiocre, M. Aran en prescrit douze; mais si l'on a de bonnes sangsues, il suffit d'en appliquer huit pour avoir un écoulement très complet. Le soulagement produit par cette évacuation sanguine est quelquefois instantané, d'autres fois il se fait ressentir au bout de vingt-quatre à trente-six heures seulement; mais chez toutes les malades, il est sensible, ce qui ne se voit pas constamment après les applications de sangsues sur l'abdomen.

» En même temps on a recours aux bains, aux cataplasmes, aux lavemens, aux purgatifs légers, tels que l'huile de ricin; mais toute cette médication ne convient que pendant les premiers jours du traitement; M. Aran passe très rapidement à l'emploi du mélange réfrigérant imaginé par Arnott pour anesthésier le col utérin chez les femmes affectées de cancer de cet organe et arrêter les hémorrhagies.

» La glace est mélangée d'abord avec une proportion égale de sel, puis tous les deux jours la quantité de ce dernier est augmentée de manière à produire un froid plus intense. Pour porter le mélange, on prend un spéculum d'ivoire qui protége les parois vaginales; mais quand la malade est habituée à la sensation que produit la glace, on peut tout simplement se servir d'un spéculum bivalve ou quadrivalve. Le spéculum rempli, on renouvelle le mélange glacé au fur et à mesure qu'il fond; puis, au bout de cinq minutes, on substitue de l'eau froide à la glace, afin de prévenir la réaction, qui est d'autant plus vive que le froid a été rendu plus intense par l'addition du sel. En général, le mélange réfrigérant cause de la cuisson, et quelquefois même des coliques; mais cette impression est fugace, et, le plus ordinairement, il y a production d'engourdissement et de bien-être qui dure huit, dix, douze heures et davantage. Le lendemain ou le surlendemain on recommence jusqu'à concurrence de quatre ou cinq applications de même nature.

» Ceci n'exclut pas l'emploi des bains et surtout des bains de siége que M. Aran préfère aux grands bains qui affaiblissent et disposent à la chloro-anémie. Ces bains de siége doivent être tièdes; mais en été on se trouve bien de les administrer frais; on termine le traitement par des douches d'eau froides qui donnent aux malades de la vigueur et de la santé.

» Il est aussi un agent thérapeutique que nous devons mentionner ici comme rendant de grands services en enlevant la douleur, c'est l'opium. Mais, pour que son effet soit complet, c'est-à-dire pour que la douleur soit déracinée et non pas seulement atténuée, M. Aran prescrit l'opium à doses insolites. Ainsi c'est par 20 et 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures que les malades prennent ce médicament. Seulement, comme il est difficile d'apprécier la susceptibilité de chacune d'elles, il est convenable de donner l'extrait aqueux d'opium par pilules de 25 milligrammes, pour prévenir les accidens de narcotisme qui, du reste, sont peu à craindre quand le système nerveux est surexcité.

» Enfin, n'oublions pas de dire un mot d'un sédatif auquel M. Aran s'adresse encore après l'emploi de la glace pour calmer la douleur locale, nous voulons parler du collodion. Très utile dans la métrite chronique pour protéger les parties excoriées du col contre l'action irritante du flux leucorrhéique, il n'est pas moins avantageux dans la métrite aiguë en produisant l'analgésie; et quand on en badigeonne aussi les parois du vagin, ces parois s'accolent et peuvent ainsi, en soutenant l'utérus pendant vingt-quatre heures, concourir efficacement à la diminution de l'état douloureux. » — (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, octobre 1855.)

Les cas de glossite aiguë ayant déterminé la mort sont assez rares pour que le fait suivant offre quelque intérêt :

« A la suite de quelques frissons survenus deux ou trois jours auparavant, la malade éprouva tout à coup une extrême difficulté à respirer, accompagnée d'une grande anxiété. Bientôt il lui devint impossible d'ouvrir la bouche et de parler; *la moitié gauche* de la langue était tuméfiée, rouge et sèche. Trois incisions pratiquées largement, et sans perdre de temps, amenèrent l'écoulement d'environ une demi-pinte de sang. Peu de temps après, survint un gonflement de la région sous-maxillaire, qui motiva l'application de douze sangsues. Le lendemain matin, *la moitié droite* de la langue commença à se tuméfier, et dans l'après-midi elle avait atteint le même volume que la moitié gauche. L'état général étant aggravé, il survint des frissons; le pouls était irrégulier, la région sous-maxillaire tout entière était envahie. Bien que la déplétion sanguine locale n'eût amené que peu de soulagement, M. Lawrence proposa de pratiquer des incisions sur la moitié droite de la langue. La malade s'y refusa d'une manière absolue. Dans la soirée, le pouls cessa d'être perceptible au poignet; la peau était froide; *la respiration était facile, bien que faible.* Evidemment la malade succombait à une affection lente. Malgré ses instances, le chirurgien ne put obtenir ni de la malade ni de son mari, l'autorisation de pratiquer la trachéotomie, qui pouvait seule offrir quelques chances de guérison. La mort survint pendant la nuit.

A l'autopsie, on constata que les poumons étaient parfaitement sains. Il n'existait aucune lésion dans le cœur, les reins, la vessie. La langue tout entière était gonflée, pâle, ramollie par sa macération dans un fluide séro-purulent, qui baignait, en les infiltrant, les mailles de son tissu. L'ouverture supérieure du larynx était rétrécie, à un haut degré, par un épanchement considérable de sérosité. La glotte était envahie par l'infiltration, mais à un degré beaucoup moindre; le reste du larynx et de la trachée n'était nullement obstrué; la région sous-maxillaire présentait une infiltration séreuse dans toute son étendue. Le liquide épanché devenait purulent entre les muscles sus-hyoïdiens.

» Il est assez curieux que l'inflammation ait, dans le cas précité, envahi successivement, et d'une manière très distincte, les deux moitiés de la langue. L'asphyxie survint lentement, sans accès de suffocation proprement dit; et fort probablement on eût pu sauver la malade en pratiquant à temps l'opération de la trachéotomie. » — (*Archives générales de médecine.*)

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles Roux.)

Trente-septième Leçon.

Sommaire. — Distinction des espèces vivantes entre elles, et des espèces vivantes d'avec les espèces fossiles. — Éléphans vivans et éléphans fossiles.

Dans la dernière leçon, nous nous sommes occupés des dents. Elles appartiennent essentiellement, comme vous l'avez vu, au domaine physiologique.

Nous verrons maintenant de quel secours elles sont, en paléontologie, pour la distinction des espèces.

Essayons ce travail de comparaison des espèces sur le genre *éléphant*. Il n'en est pas dont les débris soient plus nombreux dans les couches fossilifères ni plus répandus dans les diverses parties du globe.

Il s'agit de savoir s'il y a parité ou disparité spécifique :

1° Entre les éléphans vivans ;

2° Entre les éléphans vivans d'une part et les éléphans fossiles de l'autre.

Reprenons chacune de ces deux questions.

1° Y a-t-il identité d'espèce entre les éléphans vivans? Première question que nous devons nous faire; ce n'est, en effet, qu'après avoir rigoureusement démêlé les espèces vivantes entre elles que nous pourrons nous livrer avec sûreté à l'étude des os et des espèces fossiles.

Les anciens ont connu, sans aucun doute, les deux espèces d'éléphans, l'éléphant des Indes ou d'Asie et l'éléphant d'Afrique ou de Lybie. Alexandre trouva le premier dans l'Inde et le fit connaître à l'Europe; Pyrrhus et Annibal amenèrent le second en Italie.

Dans l'antiquité, l'homme faisait de l'éléphant l'auxiliaire de la plus terrible de ses passions : il l'employait à la guerre. Il trouva moyen de faire des deux espèces deux *ennemies*. Il n'est pas rare de voir, dans une bataille, les Romains se servir de l'éléphant d'Afrique, et leurs adversaires, Antiochus-le-Grand, par exemple, leur opposer l'éléphant des Indes.

Les anciens ont donc vu les deux éléphans, mais ils ne les ont pas distingués. L'on n'arrive à distinguer les espèces qu'en les comparant organe par organe, *partie par partie*, qu'en opposant, entre autres parties, une dent molaire à une dent molaire; et les anciens ne connaissaient pas cet art de comparaison détaillée.

Les modernes eux-mêmes ne soupçonnèrent jamais, jusqu'à notre siècle, qu'il pût y avoir plus d'une espèce d'éléphant. Linné, Buffon, Daubenton lui-même, l'exact et judicieux Daubenton, confondent les deux espèces.

Les premiers, Pierre Camper et Blumenbach, aperçurent les caractères distinctifs des espèces dans les éléphans. Cuvier mit pleinement en relief ces caractères. Je les indiquerai d'une manière rapide :

Dans l'éléphant des Indes, les lames des couronnes dentaires ressemblent à des rubans étroits et très festonnés sur les bords. Dans l'éléphant d'Afrique, ces lames figurent des losanges.

Le front de l'éléphant des Indes est creusé en courbe rentrante et concave; celui de l'éléphant d'Afrique est, au contraire, un peu convexe.

Le premier a les oreilles extérieures médiocres; dans le second, elles couvrent toute l'épaule.

Ces différences, qui sont les principales, étant bien constatées, la confusion entre les deux espèces n'est plus possible.

2° Comme nous avons trouvé deux espèces dans les éléphans vivans, la seconde question s'est compliquée et nous devons nous demander : y a-t-il identité d'espèce entre l'éléphant fossile et l'un ou l'autre des deux éléphans vivans?

D'une part, point de difficulté : il est indubitable que l'éléphant fossile diffère de l'éléphant d'Afrique. La différence est nettement marquée par les lames des dents molaires, rubanées dans le fossile comme elles le sont dans l'éléphant des Indes, dessinées en losanges dans l'éléphant d'Afrique.

Mais l'éléphant fossile diffère-t-il de l'éléphant des Indes? La question est plus difficile.

Nous trouvons dans les deux des lames dentaires en forme de rubans festonnés. Mais la similitude est-elle complète? Cuvier trouva presque toujours les lames des dents fossiles plus minces et, par conséquent, plus nombreuses dans un même espace. Il remarqua, en second lieu, que les lignes d'émail qui interceptent les coupes des lames sont plus minces et plus festonnées dans les dents fossiles que dans les autres.

Cuvier qui, dans l'examen de la question qui nous occupe, a mis tout ce qu'il avait de sagacité et de patience, Cuvier ne s'est pas borné à constater ces deux caractères différentiels.

Il trouva deux autres différences importantes, l'une dans le crâne, l'autre dans la mâchoire inférieure.

La première se rapporte à la longueur des alvéoles des défenses : dans un crâne fossile, elle est triple de ce qu'elle serait dans un crâne de l'Inde ou d'Afrique, de même dimension.

Cette première différence en produit une seconde dans la conformation des mâchoires inférieures :

Les alvéoles ne descendant pas, dans les espèces vivantes, au delà de la pointe de la mâchoire inférieure, celle-ci peut s'avancer entre les défenses, et elle se prolonge en une espèce d'apophyse pointue.

Dans les têtes fossiles, au contraire, où ces alvéoles sont beaucoup plus longs, la mâchoire a dû être *tronquée* en avant : autrement, elle n'aurait pas pu se fermer.

De ces différences et de quelques autres qui sont secondaires, Cuvier concluait que l'éléphant fossile est plus éloigné spécifiquement de l'éléphant des Indes que l'âne ne l'est du cheval.

Nous ne serons pas étonnés de voir M. de Blainville professer une opinion contraire à celle de Cuvier. Les traits que nous venons d'indiquer ne suffisent pas, suivant M. de Blainville, pour constituer des espèces différentes. « Le résultat définitif, dit-il dans son *Ostéographie*, le résultat définitif auquel on est conduit par une logique rigoureuse, c'est que, dans l'état actuel de nos collections, du moins au Muséum de Paris, il est encore à peu près impossible de démontrer que l'éléphant fossile, dont on trouve tant de débris dans la terre, diffère spécifiquement de l'éléphant de l'Inde, encore vivant aujourd'hui. »

Que faut-il décider?

Les caractères donnés par Cuvier nous devons, je pense, les accepter comme suffisans pour établir une distinction spécifique. Je ferai toutefois observer que ce naturaliste n'avait admis qu'une espèce d'éléphant fossile, l'*elephas primigenius;* et, quant à cette espèce, elle diffère incontestablement de l'éléphant des Indes.

Mais, dans ces derniers temps, les paléontologistes ont proposé plusieurs autres espèces fossiles d'éléphans : *elephas minimus*, *elephas meridionalis*, *elephas proboletes*, etc. Devons-nous admettre toutes ou quelques-unes de ces espèces? Cette question n'est pour nous, à notre point de vue, que d'un médiocre intérêt.

Je me borne à dire qu'à en juger par les couronnes dentaires, il paraît y avoir au moins deux espèces d'éléphans fossiles : sur l'une, qui est l'*elephas primigenius*, les rubans sont très serrés; sur l'autre, ils le sont moins. Il n'est pas douteux que la première espèce ne soit différente de l'éléphant des Indes; il est douteux que la seconde le soit.

En résumé, dans la nature vivante, deux espèces d'éléphans : celle d'Afrique et celle des Indes; dans la nature fossile, deux espèces au moins. Les deux espèces fossiles diffèrent de l'éléphant d'Afrique; quant à la question de savoir si elles diffèrent de l'éléphant des Indes, cela n'est pas douteux pour l'une, mais est douteux pour l'autre.

De tous ces faits nous devons conclure que les espèces vivantes et les espèces fossiles, si elles ne sont pas identiques, sont du moins bien rapprochées, bien semblables. Et de cette *similitude* nous tirerons bientôt une autre conclusion : la *simultanéité* de création.

(La suite du cours prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 22 Août et 12 Septembre 1855. — Présidence de M. GUÉRARD.

Sommaire. — Correspondance. — Rapport verbal, par M. Hervieux, sur différens mémoires. Discussion : MM. Guérard, Barth, Aran, Hervieux, Bricheteau, Vernois. — Rapport sur un mémoire de M. Seux, intitulé: *Note sur le pouls des nouveau-nés*, par M. H. Roger. — Lecture d'un mémoire de M. Gubler, intitulé : *De la coloration bleue déterminée par l'acide azotique dans l'urine des cholériques, et de quelques autres phénomènes observés dans le choléra.*

M. Chassaignac fait hommage à la Société de deux exemplaires de chacun des mémoires suivans :

1° Mémoire sur l'ostéo-myélite.

2° Traitement chirurgical de l'anus contre-nature par la suture directe; considérations pratiques sur les hernies latentes ; emploi des injections iodées dans les fistules intestinales.

3° Mémoire sur la résection de la clavicule.

— La parole est à M. Hervieux pour un rapport verbal, sur diverses brochures qui ont été adressées à la Société médicale des hôpitaux.

M. HERVIEUX : Je viens vous rendre compte, Messieurs, du contenu de quelques brochures sur lesquelles vous m'avez donné mission de vous faire un rapport. Dans l'impossibilité où je suis de vous présenter ici l'analyse de tous les travaux intéressans qui ont passé sous mes yeux, je me contenterai de signaler ceux d'entre ces divers mémoires qui m'ont paru les plus dignes de fixer votre attention.

Dans le *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire* (année 1852), Société importante et qui ne compte pas moins de 160 membres, soit résidens, soit étrangers, je trouve consignés, entre autres mémoires très remarquables, les trois mémoires suivans:

1° *Quelques considérations sur les accidens critiques qui accompagnent souvent la première dentition chez les enfans*, par M. Bonnet (Maximin), à Nancy.

2° *Une observation de pancréatite chronique, avec autopsie*, par M. le docteur de la Tremblaye.

3° Un rapport de M. le docteur Duclos, sur un travail de M. Chenouard, ayant pour titre : *Observation d'un cas de tétanos spontané, provoqué par la suppression brusque de la transpiration à la suite d'un violent accès de colère.*

Le premier de ces travaux a particulièrement fixé mon attention par les conclusions auxquelles est arrivé son auteur, M. Bonnet (Maximin), sur un point de la science que je croyais définitivement fixé et qui se trouverait remis en question par les recherches de ce médecin.

Il résulterait, en effet, des investigations de M. Bonnet que la plupart des accidens qui se produisent pendant le travail de la première dentition ne sont pas sous l'influence de la dentition, mais se manifestent par des causes complètement étrangères à cet état physiologique. En d'autres termes, il n'y aurait pas d'accidens de la dentition. Ainsi, la tuméfaction douloureuse des gencives, le ptyalisme, la diarrhée, les convulsions, que l'on observe si souvent à l'époque de l'éruption des premières dents, ne seraient point sous la dépendance immédiate de ce travail particulier de l'économie; ce seraient les effets d'une maladie quelconque, scrofules, rachitisme, affections cutanées, vermineuses, etc.

Il n'est pas douteux, Messieurs, que, dans la pratique civile, on ne mette souvent sur le compte de la dentition difficile et douloureuse, une foule d'accidens complètement étrangers à l'influence de cette cause pathogénique, et si M. Bonnet s'était contenté de signaler cette tendance d'un grand nombre de médecins à faire la dentition responsable de tous les états morbides qui s'observent à cette période de l'existence, je serais parfaitement d'accord avec lui; mais je suis obligé de m'éloigner de son opinion, lorsqu'il refuse au travail que nécessite l'éruption des premières dents, l'influence qu'on a de tout temps accordée à ce grand fait physiologique sur la production d'un certain nombre d'accidens, et j'ai, pour ma part, rencontré un très grand nombre d'enfans, chez lesquels la diarrhée, les convulsions, etc., ne reconnaissaient pas d'autre cause.

Le second travail dont je veux vous entretenir est relatif à une observation de pancréatite chronique, suivie de mort, observation recueillie par M. le docteur de la Tremblaye, chez un enfant de 6 ans.

La pathologie du pancréas est encore à faire chez les enfans comme chez les adultes, et tout ce qui pourra éclairer cette partie encore obscure de la science, sera toujours bien accueilli de la Société médicale des hôpitaux.

Chez un garçon de 6 ans, qui avait présenté pendant la vie les symptômes suivans : ptyalisme, douleur épigastrique, vomissemens alimentaires ou bilieux, constipation alternant avec des selles glaireuses ou huileuses, voici ce qu'on trouva à l'autopsie : le pancréas était rouge-brun et ramolli dans presque toute son étendue; mais l'estomac, considérablement rétréci, avait ses parois épaissies, ramollies et enflammées. Il en était de même du duodénum.

D'après les résultats de l'autopsie, on voit que l'observation pourrait être intitulée aussi bien gastrite que pancréatite; car l'estomac n'était pas moins malade que le pancréas, et je ne suis pas aussi convaincu que l'auteur que la maladie a dû commencer par le pancréas. Les cas de gastrite primitive sont beaucoup moins rares que ne le pense M. de la Tremblaye, au moins chez les enfans. Quoi qu'il en soit de cette légère critique, l'observation ne m'en a pas moins semblé, Messieurs, digne de votre intérêt.

Je terminerai ce qui concerne le recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire, en vous signalant le rapport de M. le docteur Duclos (de Tours) sur un travail de M. Chenouard, ayant pour titre : *Observation de tétanos spontané*, etc. M. Duclos est un de mes anciens camarades d'internat, qui a laissé à la Faculté de Paris de brillans souvenirs, et je suis heureux de l'occasion qui se présente pour moi de rendre à son talent l'hommage qui lui est dû. M. Duclos, dans le rapport dont il s'agit, a présenté des considérations fort intéressantes sur la pathogénie du tétanos idiopathique. Je ne regrette qu'une chose, c'est que M. Duclos n'ait pas mis un peu plus en relief la cause qui, dans le cas particulier, a paru produire le tétanos, je veux parler de la *suppression subite* d'une abondante transpiration. Il faut bien le reconnaître, Messieurs, les tendances actuelles de la science nous portent beaucoup plus vers la recherche des effets des maladies que vers la méditation des causes qui les engendrent. Nous ne voulons voir que le côté positif des choses, et en cela nous avons bien raison. Toutefois, parce que les questions d'étiologie médicale prêtent trop à l'hypothèse et conduisent trop souvent à l'erreur, il ne faut pas les négliger. Sans doute, nos devanciers ont poussé jusqu'à l'abus la théorie des suppressions, des rétrocessions, des répercussions, etc. Mais cette théorie, qu'on a beaucoup ridiculisée, repose, en définitive, sur l'observation de faits incontestables, et le malade de M. Chenouard nous en fournit une preuve des plus évidentes. C'est probablement aussi, parce que la transpiration se trouve brusquement supprimée, qu'on voit survenir le tétanos dans certaines régions intertropicales. Il y aurait beaucoup d'autres conséquences à déduire de ce fait, mais le temps qui me presse m'oblige à tourner court.

Je passe à l'examen des travaux consignés dans le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers* (année 1854).

Le premier travail sur lequel je me propose d'appeler votre attention est un mémoire *sur la maladie des aiguiseurs*, par M. Desayvres, médecin de la manufacture d'armes de Châtellerault.

Ce mémoire a une très grande importance à mes yeux, en ce sens qu'il peut servir à éclairer une question obscure, très controversée par les hommes compétens, et sur laquelle la science paraît encore bien loin d'avoir dit son dernier mot. Je veux parler du danger des professions exposées aux poussières inorganiques.

Un des membres les plus distingués de cette Société, M. Tardieu, a publié dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, un mémoire plein d'intérêt sur la maladie *des mouleurs en cuivre*. Or, il y a entre cette dernière affection et celle des aiguiseurs décrite par M. Desayvres, tant de points communs, que je ne crois pas pouvoir me dispenser de vous en présenter ici parallèlement l'analyse.

La maladie des aiguiseurs est déterminée par l'inspiration continuelle des poussières que produit l'aiguisement. Cet aiguisement se fait dans la manufacture d'armes de Châtellerault, à l'aide de meules naturelles en grès ou en silex; ces meules sont d'une grande dureté, et, par l'opération du *riflage*, elles répandent beaucoup de poussière. C'est cette poussière que respirent les ouvriers.

La maladie des mouleurs en cuivre serait occasionnée par l'inspiration d'une poussière très fine, très ténue, très légère, qui n'est autre chose que du *poussier de charbon*, lequel, renfermé dans un sac, est tamisé par l'agitation de ce sac quand l'ouvrier veut saupoudrer les moules pour empêcher les adhérences du métal avec les parois de ces moules. Il résulte de cette opération un nuage de poussière, au milieu duquel les mouleurs en cuivre passent la plus grande partie de la journée.

Quant aux symptômes des deux maladies, ils ont beaucoup d'analogie.

Dans un premier degré, la maladie des aiguiseurs donne lieu aux phénomènes suivans :

Toux sèche ou suivie d'une expectoration blanchâtre, filante, peu abondante, excepté le matin, vomissemens de matières bilieuses ou glaireuses; respiration moins moelleuse qu'à l'état normal, léger bruit de craquement. La cessation pure et simple des travaux, à cette première période, permettrait au malade de prolonger longtemps son existence.

Dans son premier degré, la maladie des mouleurs en cuivre est caractérisée par les symptômes suivans :

Fatigue excessive vers la fin de la journée, étouffemens passagers, toux revenant par quintes fréquentes, expectoration de matière noire; un peu de faiblesse, du murmure respiratoire.

Deuxième degré de la maladie des aiguiseurs. — Crachats rougeâtres, puis de véritables hémoptysies; dyspnée provoquée par le moindre exercice; matité à la percussion dans toute l'étendue de la poitrine; respiration affaiblie, sourde, incomplète, dure, craquante. A cette époque, la maladie est encore curable, mais à la condition d'un repos absolu et d'un traitement rationnel.

Deuxième degré de la maladie des mouleurs en cuivre. — Traits altérés, teint pâle et plombé, démarche lente et pénible; oppression et essoufflement presque continuels; saillies sus-claviculaires, voussures à la partie soit antérieure, soit postérieure de la poitrine; toux, quintes, nausées, vomissemens; crachemens de sang; expectoration de mucosités épaisses, visqueuses au milieu desquelles sont expulsées des masses de matière noire pulvérulente, plus ou moins agglomérée; faiblesse, inégalité, ou même absence du bruit respiratoire.

L'ouvrier qui, à la première période, n'éprouvait dans son travail que des interruptions passagères, est obligé, dans la seconde, à des interruptions très répétées et très prolongées.

Troisième degré de la maladie des aiguiseurs. — Expectoration de plus en plus abondante, hémoptysies effrayantes par la quantité de sang rejeté; râles sibilans, ronflans, caverneux; presque partout de la matité; fièvre continue avec exacerbations le soir; sueurs, insomnies, expectorations qui épuisent le malade et le conduisent au tombeau.

A cette période qui diffère à peine de la période correspondante de la phthisie tuberculeuse la maladie est incurable.

Troisième degré de la maladie des mouleurs en cuivre. — Aggravation des symptômes énoncés pour la période précédente. Face livide, coloration bleuâtre des lèvres, dyspnée extrême et non interrompue, voix brève, douleurs thoraciques, toux incessante, hémoptysies; expectoration de matières noires et puriformes. Absence ou rudesse extrême du bruit respiratoire, quelquefois souffle bronchique et bronchophonie; matité de la poitrine en divers points, battemens du cœur sourds, tumultueux; pouls petit, dur et serré, face bouffie, extrémités enflées et finalement mort.

Les *altérations anatomiques* des deux maladies présentent aussi beaucoup de ressemblance.

Maladie des aiguiseurs. — Infiltration des grains de silex dans le tissu pulmonaire, qui s'enflamme, se congestionne, passe à l'état d'hépatisation rouge, et plus tard d'induration. Puis, à l'induration, succèdent la suppuration et l'ulcération du parenchyme des poumons, l'état caverneux, etc.

Maladie des mouleurs en cuivre. — Infiltration des poumons par une matière noire, sèche, amorphe, légèrement granuleuse, non enkystée, entourée d'un état congestif ou d'une véritable induration; oblitération des bronches dans leurs derniers ramuscules par la matière noire; quelquefois de l'emphysème; coïncidemment, dans certains cas, des tubercules.

Tels sont, Messieurs, esquissés à grands traits, les caractères qui distinguent ces deux intéressantes maladies. Les questions qu'elles soulèvent sont trop litigieuses pour que je ne me borne pas ici au simple et modeste rôle d'historien.

Je désire maintenant vous faire connaître les conclusions les plus importantes d'un mémoire consigné dans les Bulletins de la Société de médecine de Poitiers, et qui a pour titre : *De la diphthérite pharyngienne.*

Son auteur, M. le docteur Millet, de Tours, entre autres propositions fort importantes, a énoncé celle-ci : que la diphthérite pharyngienne, contrairement à l'opinion admise par un grand nombre d'auteurs, a très peu de tendance à se propager vers les voies aériennes, qu'elle reste presque toujours cantonnée dans l'arrière-bouche, et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on la voit s'étendre soit vers les fosses nasales, soit vers le larynx, la trachée et les bronches.

Il résulterait encore des recherches de M. le docteur Millet sur cette affection, que la cause la plus fréquente et la plus persistante de la diphthérite pharyngienne serait le refroidissement; et c'est probablement pour cette raison qu'on observe si souvent des épidémies de diphthérite au printemps et à l'automne, saisons dans lesquelles les fluctuations continuelles de l'atmosphère sont une cause incessante de refroidissement.

La constitution ne paraît à M. Millet avoir aucune influence réelle sur la production de la diphthérite. Les enfans riches en seraient, toute proportion gardée, aussi fréquemment atteints que les pauvres.

Enfin, une dernière circonstance que je ferai ressortir dans le travail de notre confrère, est relative au traitement. L'emploi des topiques serait, à ses yeux, le moyen le plus sûr et le plus efficace d'arriver à la guérison de la diphthérite pharyngienne. Les émissions sanguines doivent être proscrites comme désastreuses; les révulsifs sont plus nuisibles qu'utiles; l'utilité des purgatifs est plus que douteuse; quant aux vomitifs, ils ne sont indiqués que quand les fausses membranes sont flottantes ou sur le point de se détacher, ou bien qu'elles menacent d'envahir les voies aériennes.

Parmi les topiques, celui auquel je crois, pour mon compte, qu'il faut accorder la préférence, est la solution de nitrate d'argent à 2, 3, 4 et 5 grammes, suivant les indications, pour 30 grammes d'eau.

Enfin, Messieurs, je terminerai ce compte rendu des travaux de la Société de médecine de Poitiers par une analyse succincte d'un mémoire très consciencieux de M. le docteur Rigodin, de Saint-Savin, *sur les fièvres intermittentes en général, et en particulier sur celles qui ravagent la Brenne.*

M. Rigodin admet deux catégories de fièvres intermittentes : des fièvres intermittentes occasionnées par le froid ou sporadiques, et des fièvres intermittentes paludéennes ou épidémiques.

Or, vous n'ignorez pas, Messieurs, que, pour la grande majorité des pathologistes, toute fièvre intermittente idiopathique procède d'une intoxication par le miasme paludéen. Selon M. Rigodin, les alternatives de la chaleur et du froid et les miasmes paludéens sont deux causes qui agissent également pour produire la fièvre intermittente. Je n'examinerai pas ici, faute de temps, comment M. Rigodin a été amené à reproduire cette opinion émanée de Broussais, et qui, je le crains, n'est pas appelée à jouir d'une grande faveur. Je me contenterai de dire que l'auteur de ce mémoire, d'ailleurs plein d'intérêt, déduit de sa classification toute une symptomatologie et une thérapeutique différentes, suivant que la fièvre intermittente reconnaît pour cause le miasme ou le froid. La fièvre intermittente produite par le froid s'accompagnerait souvent d'une sorte d'hypersthénie qu'il faudrait combattre par la saignée, la diète et les débilitans. La fièvre intermittente produite par l'intoxication paludéenne réclamerait l'emploi des toniques. Cependant, les préparations de quinquina seraient, suivant l'auteur, indiquées dans les deux affections.

(Une discussion s'engage à la suite de ce rapport. Elle sera prochainement publiée.)

Le secrétaire, Dr E. MOUTARD-MARTIN.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 124. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 18 Octobre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An. 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 OCTOBRE 1855.

SUR LES SÉANCES DES ACADÉMIES.

Nous aurions à signaler un mémoire de M. Baudrimont sur un sujet très intéressant, si les *Comptes rendus* de l'Académie des sciences avaient publié avec moins de parcimonie des extraits de ce travail. Tel qu'il est réduit, on ne peut prendre sans doute qu'une idée très incomplète des recherches de M. Baudrimont qui ont eu pour but de découvrir dans l'air atmosphérique les êtres microscopiques qui, d'après des théories fort anciennes et souvent reprises, seraient la cause de la plupart des maladies épidémiques et contagieuses. M. Baudrimont dit avoir réussi dans les quelques expériences qu'il a tentées; il donne même la figure de quelques-uns de ces êtres microscopiques, mais le *Compte rendu* s'est privé de la reproduire ainsi que d'indiquer dans quelles circonstances l'auteur a fait cette trouvaille, de même que de signaler les conséquences qu'il en tire.

A l'Académie des sciences également, où le docteur Bourguignon a porté un mémoire sur le traitement préservatif de la fièvre typhoïde par l'inoculation de ses produits morbides, idée hardie, hypothèse, — car ce n'est encore qu'une hypothèse, — contre laquelle s'élèvent *à priori* des montagnes d'objections; et voilà pourquoi la prudence exigeait peut-être que notre honorable confrère ne publiât son idée qu'avec l'appui d'un commencement de démonstration et du fait expérimental. Nous aurons probablement l'occasion de revenir sur ce travail, d'ailleurs très remarquable, de M. Bourguignon qui, redoutant l'avarice du *Compte rendu*, a eu la prudente précaution de le publier dans un journal.

La discussion sur la valeur du séton a continué à l'Académie de médecine et a occupé toute la séance.

M. Velpeau a trouvé d'excellentes choses à dire et à rappeler. Il n'est pas partisan enthousiaste et quand même du séton, mais il lui accorde une certaine valeur, et il ne renonce pas à son emploi dans certaines limites qu'il a cherché à déterminer. Ainsi, pour ce qui concerne les ophthalmies, l'inflammation n'est-elle que superficielle et bornée à la conjonctive, le simple vésicatoire suffit, selon le savant professeur. Aux inflammations plus profondes et qui envahissent la coque de l'œil, il oppose le cautère; enfin il réserve le séton contre les ophthalmies chroniques, et qui se sont montrées rebelles aux autres moyens de traitement. Ainsi, pour lui, le séton est l'*ultima ratio* de la médication dérivative et révulsive, et dans ces conditions il n'hésite pas à dire que l'emploi de ce moyen rend des services, vérité pratique difficile à démontrer peut-être d'après les exigences de M. Malgaigne, mais qui est dans la conscience de tous, parce que tous en ont vu quelque preuve individuelle.

Du reste, M. Velpeau n'a pas une foi bien robuste en l'utilité de la modification proposée par M. Bouvier au séton classique. Il le considérerait volontiers comme un séton homœopathique, c'est-à-dire comme un moyen à peu près nul. Cette modification n'est pas d'ailleurs une nouveauté, les petits sétons sont fort anciens. Le savant professeur aurait pu ajouter que le petit séton a longtemps constitué le traitement de l'hydrocèle, et que, selon quelques étymologistes, le mot séton vient de *seta*, soie, du brin de soie, sans doute, dont était armée l'aiguille à hydrocèle de Galien.

M. Bouvier a répondu à M. Velpeau en quelques mots, mais à M. Malgaigne par un discours très étendu et que nous reproduisons.

Le lecteur pourra voir avec quel intérêt, quelle chaleur, quelles formes spirituelles, et quelquefois lyriques, M. Bouvier a traité le séton, qui ne s'attendait guère, assurément, à inspirer tant de verve, tant de métaphores et tant de poésie.

M. Clot-Bey, membre associé régnicole, a profité de sa présence à Paris pour dire ce que sa longue expérience lui a appris sur le séton, et son opinion lui est favorable dans les cas et les conditions qu'il a spécifiés.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

Sommaire.— Dysurie; rétention d'urine réclamant le cathétérisme; constatation, par le toucher vaginal, d'une tumeur mollasse située en arrière et au-dessous de la vessie. — Mort après des souffrances continues très vives. — Autopsie : kyste sous-péritonéal, à parois fibro-celluleuses, doublées d'une membrane d'aspect séreux, et contenant de la sérosité sanguinolente, des caillots sanguins ramollis et une grande quantité de fibrine altérée, placés entre la vessie, l'utérus et le vagin.

Je fus appelé le 10 mars 1854, conjointement avec mon honorable et savant confrère le docteur Guès, auprès de M[lle] X..., âgée d'environ 50 ans, qui, depuis quelque temps, se plaignait de douleurs très vives du côté de la vessie, et d'une rétention d'urine contre laquelle on avait dû employer le cathétérisme. Les envies d'uriner étaient presque continuelles, sans que la malade pût les satisfaire; après des efforts inouïs et souvent répétés, quelques gouttes de ce liquide sortaient en occasionnant des cuissons insupportables, et laissaient après elles un besoin plus impérieux encore d'en expulser une nouvelle quantité. C'est dire que la patiente n'avait pas un seul instant de repos. La région hypogastrique était endolorie, sans présenter néanmoins une tension bien marquée. Constipation opiniâtre, favorisée par la crainte de rappeler les douleurs en faisant les efforts de défécation.

Les souffrances étaient réveillées et exaspérées par la pression sur le bas-ventre, le toucher vaginal, l'exploration rectale et par l'introduction des sondes, toutes manœuvres faites avec le plus de ménagement possible.

Les urines, quoique d'une odeur ammoniacale très prononcée, n'avaient pas du moins les caractères du catarrhe vésical; souvent, en effet, elles étaient et restaient limpides; quelquefois, cependant, elles tenaient en suspension des filamens muqueux.

La fièvre peu prononcée et à caractère erratique, revenait surtout le soir; le pouls était alors serré et petit; de légers frissons parcouraient le corps. Il n'y avait ni hoquets, ni vomissemens; la peau, tantôt chaude, tantôt à la température ordinaire, était presque toujours d'une sécheresse terreuse. Le facies grippé de la malade dénotait des souffrances très vives. Les nuits étaient terribles : pas un seul moment de sommeil ne venait rendre à la patiente la force que lui enlevaient incessamment ses douleurs. Depuis quelque temps déjà l'estomac refusait les alimens; tout, en un mot, annonçait un trouble profond dans l'organisme, et faisait prévoir une fin prochaine.

Rien n'avait été omis dans la prévision d'un catarrhe vésical, concentré surtout aux abords du col de la vessie. M. le docteur Guès avait eu recours aux émolliens, aux antiphlogistiques, aux narcotiques, aux laxatifs pour calmer les douleurs et les envies d'uriner; la rétention d'urine, devenue plus complète, l'avait enfin obligé d'en venir au cathétérisme.

La maladie en était à ce point lorsque je fus adjoint à mon honorable confrère, qui voulut bien me donner les renseignemens suivans : Pendant un certain temps, l'introduction de la sonde en argent n'avait offert aucune difficulté, mais, depuis plusieurs jours, l'obstacle à la pénétration de cet instrument semblait augmenter de plus en plus, de façon que, pour arriver dans la vessie, on devait lui faire exécuter un mouvement de bascule très prononcé, qui portait son pavillon dans la direction de l'anus. Une fois parvenue dans la vessie, la sonde qui est dirigée, dans l'état normal, d'arrière en avant et de haut en bas, avait une direction presque opposée, sensiblement parallèle au plan de la symphise pubienne.

La manœuvre nécessitée par le cathétérisme, et la direction de la sonde, après son introduction, annonçaient donc une déviation, déviation au moyen de laquelle le réservoir et son canal excréteur avaient dû se rapprocher de la face postérieure et du bord supérieur des os pubis. M. le docteur Guès, qui avait pratiqué le toucher vaginal, attribuait cette déviation à une tumeur mollasse située derrière la vessie, et dont il ne pouvait déterminer la nature.

Après ces renseignemens, nous procédâmes à l'exploration des parties affectées. La malade étant dans le décubitus dorsal, j'introduisis l'indicateur dans le vagin aussi haut qu'il me fut possible, sans atteindre l'utérus; mon doigt s'arrêtait à deux replis vulvaires, dont il m'eût été facile de vaincre la résistance; mais soit le défaut de longueur de l'organe explorateur, soit la profondeur exagérée de l'organe utéro-vulvaire, je ne pus pénétrer plus loin; retournant alors la pulpe du doigt vers la paroi supérieure du vagin, je sentis, à 6 centimètres environ de la vulve, une saillie avec empâtement, au niveau de laquelle la muqueuse vaginale paraissait plus lisse qu'en d'autres points; la pression n'était pas très douloureuse, et, en appuyant de la main gauche sur la région hypogastrique, cet empâtement semblait descendre un peu vers la cavité vaginale.

L'indicateur fut ensuite introduit dans le rectum, et ici les impatiences de la malade ne me permirent pas d'obtenir de cet examen l'éclaircissement que j'en attendais. Le doigt pénétra assez facilement, mais il fut arrêté à 3 centimètres environ par un filon de matières fécales d'une dureté pierreuse, qui, de concert avec l'indocilité de la patiente, m'empêcha de constater la position de l'utérus.

Je dois joindre à ces renseignemens que M. le docteur Guès, ayant exploré le vagin pendant qu'il introduisait la sonde dans l'urètre, avait remarqué que, au lieu de marcher parallèlement à la paroi antéro-supérieure du vagin, cet instrument s'en écartait peu après sa pénétration dans le méat pour se dévier en haut et en avant.

Il devenait positif, d'après tous ces renseignemens, que le corps de la vessie était repoussé en avant et en haut, que la portion la plus reculée du canal urétral était tiraillée et comprimée à son passage sous la symphise, que ce canal était en quelque sorte à califourchon sur le rebord inférieur de cette symphise. De là les obstacles au cathétérisme; de là ces souffrances si vives et ces envies continuelles d'uriner. Je ne pus cependant distraire de l'étiologie de cet ensemble de symptômes une certaine dose d'inflammation de la portion de la vessie qui avoisine le col. En résumé, notre avis fut que les symptômes observés tenaient à la présence en arrière et au-dessous de la vessie d'une tumeur molle de nature indéterminée, et à une cystite du col de la vessie.

Des tisanes, des cataplasmes émolliens sur l'abdomen, des bains de siége, des lavemens huileux, l'extraction, après ramollissement, des matières fécales dures qui obstruaient le rectum, quelques pilules balsamiques, des pilules narcotiques, telle fut la médication employée.

La maladie n'en suivit pas moins ses progrès; et dix jours après notre entrevue, nous fûmes appelés à constater, par l'autopsie, les désordres qui venaient de causer la mort. Cette autopsie nous fut accordée pour renseigner la famille sur la nature de la maladie de cette dame, sa sœur ayant succombé à un cancer du sein.

Autopsie le 22 mars, à quatre heures du soir.— Le cas était des plus intéressans, tant sur le point de vue de l'anatomie pathologique que du diagnostic; aussi avons-nous outrepassé le but de l'ouverture cadavérique, et quoique nos recherches ne nous aient pas donné tous les résultats qu'elles nous auraient fournis dans des conditions plus favorables, on verra par notre relation que nous avons tiré parti, autant que possible pour la science et la pratique, d'une autopsie qui ne nous était accordée que dans l'intérêt de la famille.

Avant l'incision nous constatons, au moyen de la percussion, une matité très prononcée dans la région hypogastrique, et à côté des points mats une sonorité qui annonçait la présence de circonvolutions intestinales, la palpation donne la sensation d'une tumeur mollasse volumineuse.

Après cette exploration préliminaire, nous pratiquons une incision cruciale, dirigée du pubis à l'ombilic, et d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre. Cette incision nous permet de constater les états suivans : tissu graisseux abondant dans l'épaisseur des parois abdominales; le tissu cellulaire sous-péritonéal est injecté et présente çà et là des plaques marbrées; la cavité ne contient ni liquide ni fausses membranes; en un mot, il n'y a aucun des produits de la péritonite. Les intestins sont refoulés en haut par une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, recouverte par le péritoine. En relevant la masse intestinale, nous voyons que cette tumeur occupe une grande partie de la cavité du petit bassin, qu'elle a repoussé l'utérus contre le rectum, et qu'elle est séparée de l'organe gestateur par un enfoncement, au fond duquel pénètre le péritoine. La membrane péritonéale, lâchement unie à cette tumeur, s'en laisse facilement détacher par simple énucléation; nous mettons ainsi à découvert une tumeur fluctuante et très mince sur certains points, qui offre la couleur bleuâtre des veines gorgées de sang; plus épaisse et comme fibreuse sur d'autres. Cette tumeur est cachée, vers sa face pubienne, par une poche plus consistante, à parois très épaisses, qu'une incision démontre être le réservoir urinaire. Ce réservoir est d'une capacité au-dessous de l'état normal et complétement vide, ses parois sont épaisses, sa membrane interne d'une couleur marbrée, d'autant plus prononcée, qu'on se rapproche davantage du col. Cet organe a été repoussé contre le pubis par la tumeur en question, et son canal se trouve fortement comprimé sous le rebord inférieur de la symphise. La face postérieure de la vessie est très adhérente à la face antérieure de la tumeur; nous parvenons néanmoins, par la dissection et l'énucléation, à l'en séparer et à retirer à peu près intacte la production pathologique, cause des désordres fonctionnels que nous avions notés pendant la vie.

Cette tumeur est très adhérente inférieurement, à ses points de contact avec la face antéro-supérieure du vagin et au voisinage du col de l'utérus. Sa cavité, ouverte au moyen du bistouri, laisse écouler une assez grande quantité de sérosité sanguinolente, mêlée de grumeaux jaunâtres, ressemblant à de la fibrine altérée. L'intérieur contient quelques caillots sanguins friables, non encore décolorés, qui dénotent une hémorrhagie de fraîche date; ces caillots sont placés à gauche et en haut du kyste; sa partie inférieure et droite est remplie d'une matière jaunâtre, friable en certains points, facile à réduire en bouillie sur d'autres, et qu'il est aisé de reconnaître pour de la fibrine altérée. Ayant déblayé l'intérieur du kyste, nous le trouvons tapissé d'une membrane lisse, présentant çà et là quelques marbrures, et d'un aspect séreux, sous laquelle rampent des veines disposées en arborisation. Les parois du kyste, très minces à la partie supérieure, augmentent d'épaisseur à mesure qu'on se rapproche de la face vagino-utérine; une incision pratiquée en ce point nous permet de constater une épaisseur de plusieurs centimètres et une texture tout à fait fibreuse. Le tissu y est en effet

blanchâtre et strié; la pression ne peut en extraire la plus petite gouttelette de liquide.

L'utérus a le volume d'une très petite poire; ses trompes, ses ovaires, ses ligamens sont intacts; une incision longitudinale pratiquée sur son corps et poussée jusque dans sa cavité, met à nu un polype rougeâtre, granuleux, de forme triangulaire, à base adhérente au fond de l'organe, comme j'ai eu l'occasion d'en observer maintes fois chez les femmes âgées dans mes autopsies de la Salpêtrière.

Là ont dû se borner nos recherches.

Il résulte de ces recherches que la cause des désordres fonctionnels, observés pendant la vie, était un kyste volumineux développé dans l'épaisseur de la cloison qui sépare la face postéro-inférieure de la vessie, de l'utérus et de la face antéro-supérieure du vagin, que ce kyste, à parois cellulo-fibreuses supérieurement, et uniquement fibreuses inférieurement, doublé intérieurement d'une membrane d'aspect séreux, avait été le siége de plusieurs hémorrhagies successives, qui, en augmentant son volume, avaient été cause de l'intensité croissante des désordres fonctionnels et pathologiques qui ont amené la mort, et que la mort paraît avoir été occasionnée dans ce cas plutôt par les souffrances continues et prolongées que par les désordres matériels constatés.

Quelle a été la cause du développement de ce kyste? Quelle a été la cause des hémorrhagies successives qui ont augmenté son volume? L'hémorrhagie a-t-elle été le premier phénomène dans l'ordre pathogénique de l'affection qui nous occupe, et le kyste ne s'est-il formé que pour isoler le caillot des parties ambiantes? Ou bien un kyste séreux a-t-il pris naissance dans le tissu cellulaire de cette région comme ailleurs, pour devenir plus tard le siége d'hémorrhagies successives fournies par les nombreuses veines qui rampaient sous sa membrane interne? Dans le cas où le diagnostic aurait été sûr pendant la vie, n'aurait-on pas pu essayer de pratiquer une ponction par la paroi vaginale, au niveau de la face inférieure de la tumeur, dans le but d'abord de la vider, et ensuite d'injecter dans sa cavité une solution capable de déterminer sur ses parois une inflammation adhésive?

Telles sont les questions que m'a suggérées l'étude de cette affection, et que je livre à la méditation des praticiens qui ont pris connaissance du fait que je viens de publier.

Dr Melchior Robert, de Marseille.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Octobre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend le relevé des vaccinations faites dans le courant de l'année 1854, dans les départemens d'Eure-et-Loir, de la Loire, de la Meurthe, des Côtes-du-Nord, de la Dordogne. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose d'un mémoire de M. le docteur Raffaele Agresti, sur le choléra de Naples. (Com. du choléra de 1854.)

M. le Président annonce que MM. Clot-Bey et Bouisson, professeur à Montpellier, sont présens à la séance.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le travail de M. Bouvier. — M. Velpeau a la parole.

M. Velpeau : On s'étonnera peut-être de voir une discussion s'élever sur un sujet qui paraît d'une minime importance : les sétons, les cautères, les moxas, sont, comme on dit, du ressort de la petite chirurgie. Mais à bien prendre, rien n'est absolument grand, rien n'est absolument petit. Chaque chose a son cercle dans l'espace et sa mesure dans le temps; aucune question n'est à dédaigner, et celle des exutoires a bien son intérêt.

L'autre jour, en entendant M. Bouvier énumérer les inconvéniens et les dangers des sétons, j'ai pensé qu'il allait les proscrire, mais j'ai vu bientôt que telle n'était pas son intention et qu'il s'agissait simplement, pour lui, de les remplacer par d'autres, et aux gros sétons, d'en substituer de petits. Quels sont les motifs qui l'ont conduit à proposer cette substitution? C'est d'abord, nous a-t-il dit, parce qu'il lui semblait voir l'opinion des chirurgiens, en général, peu favorable à cet exutoire, tel qu'il est employé d'ordinaire; il a cité à l'appui l'avis de quelques oculistes, mais il s'en faut que tout le monde le partage et, pour moi, je prie M. Bouvier de me placer hors du cercle, car j'emploie le séton, et suis loin de nier ses effets thérapeutiques. — Un autre motif sur lequel se fonde notre collègue pour proposer sa méthode, c'est que le séton volumineux lui paraît offrir plusieurs inconvéniens, et qu'en le faisant petit, il espère les éviter; c'est pourquoi il remplace la mèche par un simple fil. M. Bouvier sait bien que ce n'est pas là une nouveauté; ainsi que le prouve l'étymologie même du mot séton, c'était d'abord un fil que l'on introduisait sous la peau, puis ce fil, cette *soie*, a grossi peu à peu, jusqu'à devenir une mèche. M. Bouvier sait aussi que de semblables sétons sont encore aujourd'hui employés dans le traitement de certaines tumeurs, de bubons, etc. En songeant à la méthode de M. Bouvier, il me semble que nous tournons de toute part à l'infiniment petit (sans même compter l'homœopathie). On a parlé de la cautérisation ponctuée, (méthode qui, soit dit en passant, n'est pas neuve non plus; comme preuve, voyez la poupée chinoise toute stigmatisée de petites cautérisations telle qu'elle est représentée dans l'ouvrage de Percy); on parle d'un séton filiforme. La médecine ordinaire menace de n'être plus séparé de la médecine homœopathique que par l'épaisseur d'un fil! Je crains qu'en diminuant ainsi les proportions de nos moyens, nous ne les rendions tout à fait insignifians. Il m'est difficile d'admettre théoriquement qu'un fil produise des effets appréciables; cela ressemble un peu à de l'homœopathie, ressemblance d'autant plus grande, qu'il y a de part et d'autre la même difficulté pour apprécier l'action du remède dont on se sert. On le dirige contre des maladies chroniques dont les phases sont difficiles à mesurer d'avance, qui guérissent quelquefois spontanément, que l'on combat successivement par une foule de moyens différens, si bien que le dernier venu, quand il arrive en temps opportun, reçoit tous les honneurs de la guérison. C'est ce qui me semble avoir lieu pour les sétons de M. Bouvier : leur exiguïté est telle, que leur présence paraît chose indifférente; — c'est comme si le malade n'avait rien au cou. — M. Bouvier est-il bien convaincu qu'ils puissent tenir lieu des gros sétons ordinaires? Ceux-ci agissent de deux façons, premièrement par la douleur et l'irritation qu'ils déterminent, et cette révulsion est le but que se proposent les solidistes; secondement par la suppuration désirée des humoristes. Les sétons de notre collègue ne sont guère propres à provoquer de révulsion ni de suppuration, et je ne puis me ranger à l'opinion de M. Bouvier touchant l'efficacité qu'il leur attribue. En examinant les enfans que nous a présentés M. Bouvier, je me suis associé aux doutes exprimés par M. Malgaigne.

Mais M. Malgaigne est allé bien plus loin. Profitant du blâme qu'avait jeté M. Bouvier sur les sétons ordinaires, il a nié en masse les effets des gros et des petits sétons et même de tous les exutoires prolongés, les déclarant au moins inutiles, sinon nuisibles. Ce n'est pas sans surprise que j'ai entendu prononcer cette proscription générale. M. Malgaigne s'est fondé pour la formuler sur l'expérience des siècles qui ne lui a rien appris de positif à cet égard, et sur son expérience personnelle entièrement défavorable à tous ces moyens. M. Malgaigne croit que telle est aussi l'opinion de la plupart des chirurgiens, à l'exception de quelques conservateurs attardés.

Or, je suis dans cette minorité là. Dans ma vie scientifique, il y a eu trois phases successives : la jeunesse, pendant laquelle, jurant sur la parole du maître, j'acceptais pour vrai ce qu'on m'avait enseigné; puis l'âge mûr, où j'eus le désir de faire autrement que tout le monde, et je suivais ma route sans prendre garde à ce que je renversais à droite et à gauche en marchant, — à cette époque, j'ai, moi aussi, rabattu les avantages des exutoires, et il ne serait pas difficile de citer quelques phrases de moi contre ces sortes de moyens; — enfin, je suis arrivé à une troisième phase, celle où l'homme se replie sur lui-même, jette les yeux sur les matériaux laborieusement amassés par lui, et cherche à apprécier ce qu'il a observé tout en utilisant ce que les siècles antérieurs nous ont transmis. Il en est résulté que je suis aujourd'hui moins défavorable aux exutoires et aux révulsifs que je ne l'ai été.

En ce qui touche les maux d'yeux, voici à quoi je me suis arrêté. Tous les révulsifs ne leur conviennent pas indistinctement, chacun s'applique particulièrement à telle forme, à telle espèce, à tel degré et ne convient pas ou même est nuisible dans d'autres. Les vésicatoires, à mon avis, sont utiles surtout dans les ophthalmies aiguës et superficielles, telles que les conjonctivites; les cautères dans les maladies chroniques, dans celle qui occupent la coque ou le fond de l'œil; je réserve le séton pour quelques-unes des maladies qui rentrent dans la deuxième catégorie, mais plus spécialement pour les affections dont le siége est indéterminé, et encore est-il rare que je l'emploie de prime-abord; c'est presque toujours dans les cas très rebelles que je le mets en usage, contre les amauroses, maladies complexes dont il n'est pas toujours possible de connaître la raison anatomique.

C'est dans ces cas-là, c'est quand l'amaurose ne se lie pas, bien entendu, à une désorganisation profonde mais à une modification insaisissable des membranes de l'œil, que j'applique un séton à la nuque et j'ajoute : avec un incontestable avantage, après avoir souvent vu échouer une foule d'autres moyens employés auparavant.

Ici se présente une difficulté que M. Malgaigne n'a pas laissé échapper : c'est qu'en présence d'une amaurose ainsi guérie on peut se demander si elle est l'effet du séton à la nuque, l'effet des autres moyens mis en usage, ou encore si la maladie a cessé d'elle-même. Cette difficulté est immense; il y a plus, elle est générale et porte sur la médecine tout entière. Si l'on exige les preuves rigoureuses de l'efficacité d'un médicament, à peine s'en trouvera-t-il qui résisteront à la critique. Les raisons que nous avons de croire aux médicamens sont puisées les unes dans des démonstrations en quelque sorte mathématiques, les autres dans nos convictions. En voyant que dans 10, 20, 30 cas le séton amène la guérison ou une amélioration notable, alors que des cas semblables ne guérissent pas spontanément et résistent à tout autre moyen, j'aurai la conviction que le séton est une chose utile. Si l'on m'objecte qu'ailleurs, dans des circonstances toutes pareilles, il s'est montré inefficace, je n'y renoncerai pas pour cela, bien que je ne puisse faire partager ma conviction à ceux qui n'en possèdent pas les élémens. Notre science est ainsi : s'il fallait baser nos médications sur des faits prouvés mathématiquement, la thérapeutique serait à peu près impossible. Car d'abord, il est des maladies dont le diagnostic précis nous échappe. Ainsi, sous le nom d'érysipèle se confondent trois ou quatre inflammations qui n'ont ni la même marche ni la même durée; vous employez six fois de suite un remède et vous tombez précisément sur la variété qui a une marche rapide, une courte durée, vous voilà convaincu que votre remède est bon; un autre médecin rencontre une nuance différente d'érysipèle, et entre ses mains le moyen échoue, il est évident qu'il le considérera comme inutile.

S'il n'en était pas ainsi, nous n'assisterions pas à ces éternelles discussions sur le traitement des maladies, de la fièvre typhoïde, par exemple, dont le diagnostic est cependant assez facile et que les uns traitent par les purgatifs, les autres par le sulfate de quinine ou les saignées.

Pour les maladies chroniques, il est encore une autre condition qu'il faut faire entrer en ligne de compte. Une amaurose, une ophthalmie rebelle, une maladie articulaire ne peuvent guérir qu'au bout de deux ou trois ans, et, il est bien rare que, pendant ce temps si long, les malades ne changent pas plusieurs fois leur médecin — et leur traitement. Il en résulte que parmi ces affections, il en est peu que l'on puisse suivre dans tout leurs cours; de là la difficulté d'avoir sur l'efficacité des moyens employés contre elles des documents précis et rigoureux.

Les exigences de M. Malgaigne envers le séton et les exutoires en général me paraissent extrêmes, et cependant je soupçonne qu'un jour viendra où il le mettra en usage, parce que, dans une maladie longue qui résiste à tout, on est trop heureux de découvrir une ressource de plus; il se dira : voilà un moyen que je n'ai pas encore employé; il l'emploiera et il rencontrera des malades qui s'en trouveront bien. M. Malgaigne est partisan de la thérapeutique exacte; je le suis comme lui, mais je le suis surtout de la thérapeutique qui guérit.

Quant aux inconvéniens du séton, je crois qu'on les a exagérés. Le passage d'une aiguille à travers un pli de la peau, l'introduction d'une mèche n'ont rien d'exorbitant, et sans donner une sensation agréable, ils ne sont cependant pas tels que même les plus pusillanimes ne puissent les supporter sans crier. La mèche de coton effilée, ou le cordonnet de laine (ne craignez pas que j'aille renouveler la querelle qui, à ce sujet, divisait jadis l'Hôtel-Dieu et la Charité) entretient une irritation locale qui *peut* devenir un foyer d'irradiation ou de symptômes de voisinage, comme l'a dit M. Gerdy — qui a parlé d'un voisinage éloigné peu intelligible pour moi — sans doute; mais ces irradiations, qui s'opèrent par l'intermédiaire des vaisseaux sympathiques, ne sont pas chose commune. Elles ne sont pas, d'ailleurs, quant à leur intensité et à leur fréquence, proportionnées au volume de la mèche : tout le monde sait avec quelle facilité les petites plaies deviennent le point de départ d'adénites dans les régions où abondent les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, à l'aisselle, à l'anus. Les petits sétons ne mettent donc pas mieux à l'abri de ces accidens que les gros. Ceux-ci peuvent donner lieu à des inflammations phlegmoneuses, mais cela est bien rare, et avant que les symptômes ne deviennent sérieux, il est facile d'en éloigner la cause en enlevant le séton. La douleur est rarement assez vive pour influencer d'une manière fâcheuse la maladie elle-même. N'oublions pas que cette maladie est presque toujours grave, tenace, de celles qui ont longtemps résisté à d'autres moyens; la guérison d'une amaurose ou d'une vieille ophthalmie, dût-elle être au prix d'une adénite, d'un érysipèle, d'un phlegmon, on affronterait ces dangers en vue d'un résultat aussi heureux.

Un autre danger autrement redoutable serait l'infection purulente. A une certaine époque, j'avais la crainte de voir les élémens du pus sécrété sous l'influence d'un séton, être résorbés et produire des accidens. Mais l'expérience m'a appris que cela n'avait *jamais* lieu.

En résumé, j'emploie le séton dans l'amaurose quand elle n'est pas le symptôme d'une lésion organique de l'œil ou des viscères, quand elle se rattache à certaines modifications encore peu connues de l'œil, du nerf optique ou de l'encéphale; dans les kératites qui tendent à la chronicité, qui résistent aux saignées, aux vésicatoires, aux collyres, aux purgatifs, à la mercuralisation au moyen du calomel; qu'elles menacent de se terminer par la perforation de la cornée (souvent, dans des cas de ce genre, j'ai obtenu du séton des effets très remarquables). Dans les kératites vasculaires, le séton, quoiqu'il convienne quelquefois, m'a paru moins utile en général; dans la conjonctivite, moins encore.

M. Malgaigne va dire que le séton ne réussira pas entre ses mains comme entre les miennes. C'est possible. Les maladies sont tellement complexes qu'il n'y a jamais, entre deux cas, une identité absolue; quelque chose diffère toujours. Ce quelque chose, ce n'est pas seulement la constitution du malade, son état général, etc., c'est encore l'idiosyncrasie que l'on a tant plaisantée : un large vésicatoire est appliqué sur le genou de deux sujets jeunes et bien portants; le lendemain, l'un a des épreintes vésicales, l'autre n'en a pas. Pourquoi? que répondre au récalcitrant, s'il exige qu'on lui prouve l'action des cantharides sur les organes urinaires? De même l'émétique chez l'un produira des vomissemens, et chez l'autre, des effets dirigés dans un autre sens. On ne peut que bien rarement prédire à l'avance que tel moyen produira tel effet déterminé. Si donc M. Malgaigne, employait les sétons, et qu'ils ne lui réussissent pas, cela ne prouverait pas contre eux. Cela pourrait être une malice du sort envoyant vers M. Malgaigne les cas qui précisément se refusent au séton, parce que M. Malgaigne n'aime pas le séton. Pour moi, j'estime que les convictions personnelles ne doivent pas être entièrement rejetées. Quand Ambroise Paré dit avoir guéri, je me sens bien disposé à le croire, alors même qu'il ne communique pas l'observation détaillé de son malade; quand Boyer affirme que tel remède est utile dans un grand nombre de cas, j'ai une grande tendance à l'admettre. Les opinions fondées sur des statistiques sont-elles beaucoup plus rigoureusement établies? Il suffit que, par malheur, un seul élément échappe au statisticien, qu'il omette une précaution, qu'il ignore un détail, pour que tout s'écroule, pour que la conclusion, en apparence si exacte, devienne fausse. Lorsque des hommes éminens, des hommes de bonne foi et de savoir affirment un fait, leur assertion vaut, à mes yeux, les démonstrations de la médecine dite exacte et de précision.

Je bornerai là ces réflexions, sans aborder la question de la révulsion, dans la crainte d'abuser des instans de l'Académie, en développant un si vaste sujet.

M. Bouvier : Je remercie M. Velpeau de m'être venu en aide dans ce débat. A l'expérience imposante de M. Malgaigne qui rejette les exutoires prolongés, je puis maintenant répondre par l'expérience non moins opposante de M. Velpeau.

J'aurais exagéré, dit M. Velpeau, les préventions de l'opinion contre le séton ordinaire. Tant mieux, car alors le séton réduit à un simple fil n'en sera, à plus forte raison, que mieux accueilli.

M. Velpeau a repris un argument de M. Larrey. J'y ai déjà répondu, j'y réponds encore. Mes sétons sont trop petits. Ils sont petits, mais ils sont progressifs, gradués; en ajoutant à volonté un nombre de plus en plus considérable de fils, j'ai l'avantage de *doser* le remède. Que si des accidens formidables exigent une révulsion instantanée et très énergique, appliquez un large séton; mais ces cas sont très rares. Généralement on a quelques jours devant soi, et cela suffit pour donner peu à peu au séton les dimensions indiquées pour la marche des symptômes. Si M. Velpeau était malade lui-même, ce qu'à Dieu ne plaise, peut-être y regarderait-il à deux fois avant de livrer sa nuque à la large aiguille de Boyer, et préférerait-il mon aiguille, qui le conduirait au même but par une voie plus douce. Au reste, je ne puis que savoir gré à M. Velpeau de tout ce qu'il a dit au sujet des dimensions exiguës de mes sétons. Par là, il a repoussé, mieux que je ne l'eusse fait, une insinuation dirigée contre moi par M. Malgaigne, qui demandait si toutes les ophthalmies que j'ai présentées ici étaient bien justifiables d'un moyen aussi *dur*, pour ne pas dire plus. Or, si d'un côté M. Malgaigne me reproche d'avoir péché par excès d'énergie à l'égard de mes pauvres petits malades, M. Velpeau me dit, de l'autre, que c'est comme s'ils n'avaient rien au cou! Cela me suffit. M. Velpeau et M. Malgaigne paraissent d'ac-

cord sur la valeur de mes observations ; je vais m'expliquer tout à l'heure à ce sujet.

Je dois attribuer à la difficulté de saisir toutes les pensées d'un auteur, à la simple audition de son travail, quelques objections qui m'ont été adressées par mon excellent collègue M. Malgaigne.

Ainsi, mes observations et les malades qui en font le sujet ne lui ont pas paru prouver ce que j'avance. Mais qu'ai-je voulu prouver ? simplement que le séton à la nuque, tel que je le propose, est préférable au séton généralement en usage, pour la simplicité, la tolérabilité et la commodité du pansement, et qu'en même temps ce séton n'est point inférieur, dans son action, à celui qu'il est destiné à remplacer. M. Malgaigne nie l'utilité de l'un et l'autre ; à la bonne heure ; mais, en faisant à ce point de vue la critique de mes observations, il me permettra de lui dire qu'il n'a pu prononcer en parfaite connaissance de cause, puisque, comme il s'en est plaint lui-même, je n'ai pas donné les détails de ces faits, et que, sauf un seul, tous sont encore incomplets. Ce n'est pas sur de pareils documens que j'aurais voulu établir l'efficacité du séton, si j'avais cru nécessaire de la démontrer aux yeux des incrédules.

M. Malgaigne me reproche de n'avoir pas cherché d'abord dans quels cas le séton peut être utile. Cela n'entrait nullement dans mon but ; j'ai travaillé pour ceux qui, comme moi, sont convaincus de l'utilité du séton dans beaucoup de circonstances ; je leur ai dit : *Le séton que vous employez a des inconvéniens qui nuisent à son usage dans la pratique ; en voici un que je crois meilleur ; je vous le fais connaître.* Voilà quel a été l'objet de ma communication.

Maintenant, suivrai-je mon savant collègue sur le nouveau terrain où il s'est placé ? Pourquoi pas ? L'Académie se trouve avoir des loisirs, et la question soulevée par M. Malgaigne peut les occuper utilement.

Il ne s'agit donc aujourd'hui de rien moins que de savoir à quoi est bon le séton, bien plus, à quoi sont bons cautères, moxas et toutes autres suppurations artificielles, toute espèce d'exutoire, pourquoi ne dirai-je pas *toute révulsion ?*

La révulsion ! Ce mot nous mettra peut-être un peu plus d'accord, M. Malgaigne et moi ; car mon honorable contradicteur reconnaît assurément l'utilité de la révulsion. Pour moi, je ne sais si je me trompe, mais je crois que la révulsion fait la moitié de la thérapeutique.

Mais il n'est question, pour le moment, que de la révulsion extérieure, de celle qui s'exerce sur la peau et le tissu cellulaire.

Que de variétés, que de nuances, que de degrés dans cette révulsion extérieure ! quelle multiplicité d'effets ! Rubéfaction momentanée, simple échauffement du derme, perspiration cutanée augmentée, sensations diverses, douleur sans trace de lésion consécutive, ou bien rougeur permanente avec gonflement simulant un érysipèle, éruptions de toutes sortes, ecchymoses, bulles, sécrétion de produits pathologiques, dénudation du corps papillaire, brûlure à divers degrés, désorganisation plus ou moins profonde de la peau, plaies atteignant le tissu cellulaire, avec ou sans destruction du derme ; je n'énumère là que bien sommairement les nombreux caractères qui différentient les résultats immédiats des principaux agens de la révulsion.

Quel qu'en soit le mode, il peut se présenter cinq cas relativement à l'effet thérapeutique des moyens révulsifs :

1° La maladie ou quelques-uns de ses symptômes cèdent plus ou moins complètement à leur action.

2° Les phénomènes pathologiques ne sont point modifiés, et tout se passe comme si les révulsifs n'avaient pas été employés.

3° La maladie est augmentée par l'irritation de voisinage, dont l'effet a été rappelé par notre collègue M. Gerdy dans la dernière séance.

4° Il se produit une excitation générale pathologique, qui peut aggraver l'état du malade, comme dans le cas précédent.

5° L'irritation locale, très voisine du siége du mal, le modifie avantageusement par une excitation directe des organes malades ; c'est alors comme excitante, et non plus comme révulsive, que la médication agit.

Plusieurs auteurs estimables ont reconnu et signalé diverses circonstances qui favorisent l'un ou l'autre de ces effets, et en ont déduit des règles judicieuses sur l'emploi des révulsifs. Je me bornerai à rappeler les vues présentées à ce sujet par notre collègue M. Roche, il y a déjà bien des années. Sans doute il reste beaucoup à faire sous ce rapport ; de nouvelles expérimentations combleront peu à peu les lacunes.

Il est évident que tous les moyens révulsifs n'agissent pas identiquement de la même manière, malgré le lien d'analogie qui les unit. Ce qui fait le cachet spécial du cautère, du moxa, du séton, c'est la permanence constante, c'est la prolongation de leur action ; et voilà précisément pourquoi M. Malgaigne les repousse, par le motif que, suivant lui, ils ne peuvent avoir d'effet par la douleur et l'irritation qu'ils déterminent, que pendant quelques jours, passé lesquels ils ne sont plus d'aucune utilité. Mais si cette douleur ou cette irritation se renouvelle continuellement, pourquoi cesserait-elle d'agir ? On a paru, dans la dernière séance, rapporter uniquement à la suppuration l'effet des exutoires ; mais c'est beaucoup moins à la production du pus qu'au travail irritatif qui l'accompagne, qu'on doit attribuer les bons effets du cautère et du séton, et l'on peut dire, avec raison, de ces moyens ce que Stoll disait des vésicatoires dans la pleurésie : « Ce n'est pas la suppuration qui est utile mais le stimulus. » *Non suppuratio, sed stimulus prodest.* Entretenez, augmentez ce stimulus suivant le besoin et à mesure que l'économie s'y habitue ; vous obtiendrez les mêmes effets que dans les premiers jours.

M. Malgaigne a cité les maladies articulaires pour prouver le peu d'utilité des exutoires. Je crois, comme lui, qu'on a beaucoup abusé de l'emploi de ce mode de révulsion dans les affections du système osseux, et j'ai été heureux, dans une autre occasion, de m'étayer de l'opinion et de l'expérience de mon honorable confrère pour combattre cet abus. Mais quel rapport y a-t-il entre ces amas de matière calcaire, où la vie est si lente, si obscure, où les phénomènes morbides sont si peu subordonnés à la congestion, à l'irritation, si peu attaquables par la révulsion, et ces organes délicats qui *palpent* la lumière, où la fluxion sanguine, où l'irritation pathologique sont si rapides et en même temps si mobiles ? Et les autres organes mous de la tête, le cerveau, les parties molles de l'oreille, ne sont-ils pas, à cet égard, dans le même cas que les yeux ?

Je récuse donc ici l'analogie qu'on invoque ; c'est directement qu'il faut démontrer l'inefficacité des exutoires placés à la nuque dans les affections de la tête, et, en particulier, dans les maladies des yeux.

M. Malgaigne fait fi du séton à cause de son origine qu'il croit obscure ; il lui voudrait sans doute des titres de noblesse ; je puis lui en fournir. Le séton est d'excellente maison ; permettez-moi d'établir sa généalogie, de manière à satisfaire M. Malgaigne.

Le séton descend en droite ligne d'Hippocrate ; voilà pour le père. Sa mère est la médecine vétérinaire ; notre collègue la trouvera peut-être un peu plébéienne ; quant à moi, en présence de ses honorables représentans, siégeant sur ces bancs, je la trouve noble à trente-six quartiers.

Il faut prouver cette filiation ; rien de plus clair.

Et d'abord, qu'est-ce qu'un séton ? Un objet complexe, double ; car il se compose : 1° de la plaie pratiquée par l'art ; 2° de la mèche qui séjourne dans cette plaie.

Quelle est de ces deux choses la plus essentielle au séton, la plus inhérente à sa nature, celle enfin qui le constitue *séton ?*

Est-ce la mèche ? Pas le moins du monde. Ecoutez, je vous prie, la définition du séton par Th. Fienus ; elle est encore bonne aujourd'hui.

Th. Fienus (Traité *de cauteriis*) définissait le séton, il y a bientôt trois cents ans : « Un ulcère creux, à deux ouvertures apparentes au dehors, et formant ses extrémités, le milieu étant caché sous la peau, *ulcus... cavum... duobus (foraminibus), quæ tanquam extrema in cute emicant, medio sub carne occultato.* »

M. A. Séverin, après Fienus, exprime la même idée d'un seul mot ; il appelle le séton un *ulcère sous-cutané*, *ulcus subcutaneum*. Je conviens avec Glaendorp, que, d'après son étymologie, le mot *séton* est employé improprement, *impropriè*, dans ce sens ; mais la signification étymologique doit nécessairement être sacrifiée dans ce cas.

Eh bien ! Hippocrate a décrit la manière d'établir cette plaie sous-cutanée, qui constitue essentiellement le séton ; voici comment M. Littré rend ce passage ; il s'agit de remédier à la luxation de l'humérus, quand elle se reproduit avec trop de facilité : « on saisit avec les doigts, dit Hippocrate, la peau dans l'aisselle et on l'attire..... puis..... on la cautérise de part en part. » Ce qu'il ajoute montre clairement que c'est un pli de la peau dont il traversait la base, produisant ainsi deux ouvertures séparées par un point, qu'il recommande de ménager en se servant d'un instrument long et mince, l'aiguille à séton incandescente des siècles postérieurs.

On retrouve la description d'Hippocrate dans les auteurs grecs et latins qui l'ont suivi, et ce n'est pas seulement pour fortifier l'articulation de l'épaule tendant à se luxer, que les anciens avaient recours à ce séton ; ils l'employaient comme révulsif, ainsi que les autres modes de cautérisation, dans les maladies de la rate, de la hanche, etc.

Le séton d'Hippocrate, j'en conviens, n'est pas tout à fait le nôtre ; il y manque le corps étranger à demeure, la mèche : ce n'est encore que le séton nouveau-né ; attendez, il deviendra adulte. Que si l'on prétendait, par ce seul motif, lui refuser son nom, je demanderais si l'introduction du pois, inconnue aux anciens, est nécessaire pour constituer l'ulcère appelé *cautère*, si le cautère *volant*, sans pois, de plusieurs chirurgiens de nos jours, n'en est pas moins un cautère, si l'on n'est pas en droit, au même titre, d'appeler le séton d'Hippocrate un *séton volant*. Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, qu'en ne mettant pas de corps étrangers dans les plaies après les cautérisations révulsives, les anciens n'eussent en vue que cette révulsion des premiers jours, seule reconnue par M. Malgaigne. Non ; ils cherchaient, comme nous, à prolonger le plus possible l'effet de ce moyen ; ils recommandent presque toujours de tenir ces plaies ouvertes, de retarder leur cicatrisation. Nulle part cette pensée n'est mieux exprimée que dans un passage de Celse que je dois aux savantes recherches de mon collègue M. le docteur Gillette. « Une règle constante, dit l'élégant écrivain latin, c'est de ne pas guérir les ulcères de ce genre aussi vite qu'on le pourrait, mais de les traîner en longueur, jusqu'à ce que le vice auquel on remédie par leur moyen soit dissipé. » Peut-on poser plus nettement le principe qui préside à l'emploi des exutoires à demeure ?

Les Arabes, imitateurs des anciens, pratiquèrent, comme eux, des cautérisations en forme de séton. Albucasis reproduisit, après Paul d'Égine, la description de l'opération d'Hippocrate pour la luxation dans l'aisselle, et donna le dessin de cautères à deux, trois et même quatre branches, également empruntés à la médecine grecque et destinés à ouvrir à la fois deux, trois ou quatre sétons. Mais les Arabes ont fait plus ; l'un des plus célèbres, Rhazès, au xme siècle, a, pour la première fois, distingué le séton des cautères, lui a donné un nom particulier, que son traducteur rend par les mots *sectio, sectorium*, en a traité à part, en a étendu l'emploi, a recommandé explicitement de le *tenir ouvert*, enfin paraît avoir marié le premier à l'ulcère sous-cutané d'Hippocrate le corps étranger que les vétérinaires latins et grecs, Columelle, Végèce, Apsyrhte, etc., plaçaient déjà dans des ouvertures pratiquées à travers l'oreille du cheval, du bœuf et d'autres animaux.

Cependant ce n'est que deux ou trois cents ans après Rhazès que cette union s'établit clairement, que la nature et l'usage du corps étranger, de la mèche, sont nettement indiqués, d'abord par un autre Arabe, Canamusali, médecin de Bagdad, puis par les Arabistes, et principalement par Lanfranc, qui, à la fin du XIIIme siècle, a donné la première description complète de l'opération moderne, encore pratiquée toutefois avec le fer rouge, comme pour mieux témoigner de son origine. C'est aussi à cette même époque que fut créé le séton à la nuque, mentionné par Lanfranc, et dont Rhazès n'avait pas parlé. Alors aussi, on lut les mots nouveaux *seto*, *seton*, placés encore à côté de l'ancien mot *sectio*, qui n'avait pas disparu.

Le séton était enfin entièrement constitué, complet ; il était adulte. Il ne restait qu'à le débarrasser du fer rouge, ce premier sceau de sa race : c'est ce qui fut fait trois siècles plus tard.

Ce rapide exposé des transformations successives du séton permet de comprendre comment divers auteurs, Fienus, Séverin, Freind, Leclerc, Peyrilhe, Louis, l'ont vu dans les cautérisations perforantes des anciens, dans celles que décrivent Paul d'Égine, Albucasis, etc., là où d'autres se refusaient à le reconnaître, parce qu'il n'avait pas acquis son entier développement.

Il est plus difficile de s'expliquer comment M. Malgaigne, auteur d'un court, mais remarquable article historique sur le séton, l'a qualifié l'autre jour d'*opération grossière*, *empyrique*, *sans nom d'auteur*, alors qu'il dérive si manifestement de cette grande idée de la révulsion par le feu, toujours féconde entre les mains des anciens, même dans leurs plus téméraires écarts. La cause de cette excentricité de notre honorable collègue ne se trouverait-elle pas dans deux ou trois petites lacunes que l'on rencontre dans ses recherches ?

Par exemple, M. Malgaigne ne paraît pas avoir songé à l'opération d'Hippocrate, quoiqu'elle soit exposée dans le *Traité des articulations*, qu'il connaît mieux que moi. Cela paraît dépendre d'un léger malentendu. M. A. Séverin avait renvoyé son lecteur, pour le séton des anciens, à un ouvrage d'Hippocrate, indiquée ainsi : *Lib. 1, Veter. medic., cap.* 26. M. Malgaigne a vu dans cette indication le livre d'Hippocrate, *de Vetere medicinâ*, de l'ancienne médecine, où l'on ne trouve rien sur le séton, comme il l'a dit très justement avec un certain air d'humeur contre ce pauvre M. A. Séverin, qui n'était pourtant coupable que d'abréviation équivoque ; car il avait voulu désigner le *lib. 1 veterinariæ medicinæ*, où se trouve un écrit d'un certain Hippocrate, vétérinaire.

Voici qui est un peu plus grave. Le même M. A. Séverin nomme Rhazès parmi les auteurs qui traitent du séton. Notre honorable collègue n'a pas trouvé le séton dans Rhazès ; il y est pourtant, et il y tient une belle place. Deuxième omission.

J'en signalerai une troisième, plus importante encore. La première description du manuel opératoire, suivant M. Malgaigne, est celle de Guy de Chauliac, qui date du XIVe siècle ; il n'a pas eu connaissance de l'article très détaillé de Lanfranc, qui appartient au XIIIe.

Ces lacunes rompent inévitablement la chaîne des temps, et voilà sans doute comment le fil de ce long enfantement, origine du séton actuel, a échappé à M. Malgaigne.

Mais on dispute au séton des titres bien autrement sérieux ; on le taxe d'impuissance ; on répète, après Fernel, qu'il n'a que des inconvéniens, et point d'avantage.

Après avoir entendu de semblables assertions, je suis tenté d'imiter la conduite de ce général romain, qui, accusé de je ne sais quels délits, invita, pour toute réponse, ses concitoyens et ses accusateurs eux-mêmes à monter au Capitole, à remercier les Dieux d'avoir sauvé Rome, à pareil jour, par ses mains. Au lieu de m'arrêter à défendre ici le séton contre les accusations de M. Malgaigne, je suis tenté de m'écrier, à l'exemple de Scipion l'Africain : « Chers collègues, vous tous qui m'êtes unis par les liens d'une confraternité sincère, joignez-vous à moi, rendons-nous au Temple, allons remercier Dieu de m'avoir sauvé, à pareil jour, des horreurs de la cécité par le pouvoir du séton. » Oui, Messieurs, je dois au séton le bonheur de contempler aujourd'hui mes honorables collègues, de contempler M. Malgaigne lui-même, que j'ai grand plaisir à voir, non moins qu'à entendre. Je serais aveugle sans le séton. Fabrice d'Aquapendente eût été aveugle sans le séton. La fille de l'autre Fabrice, de Fabrice de Hilden, eût perdu la vue sans le séton. L'orfèvre Paul, dont M. Malgaigne a publié l'observation, en publiant les œuvres d'Ambroise Paré, fût resté deux fois aveugle sans le séton ; et bien d'autres encore !

J'ai nommé Fabrice d'Aquapendente ; M. Malgaigne, qui paraît en faire assez peu de cas, prétend que je n'ai accepté qu'une moitié de son témoignage en faveur du séton, parce que cet auteur aurait dit que le fer rouge dont il traversait la nuque causait peu de douleur. Quelque étrange qu'ait pu d'abord me paraître cette assertion, j'ai dit que, l'ayant senti sur lui-même, à deux reprises, Fabrice devait en savoir quelque chose. Ce n'est pas récuser son témoignage. Cet habile chirurgien revient ailleurs sur ce fait, de manière à l'expliquer et à lui donner encore plus de vraisemblance. En décrivant son manuel, il recommande de serrer la peau, et il ajoute : *sic enim obstupescente perforanda parte*, NIL FERÈ DOLORIS *ægri persentiunt*. Il dit encore que l'aiguille, bien chauffée, passe plus promptement et presque sans douleur, *quam citissime et sine ferè dolore*. Qu'y a-t-il là de contraire à ce qu'on observe de nos jours dans l'application du fer rouge ? Notre honorable président lui-même n'a-t-il pas vu le fer rouge ne causer presque aucune douleur en cautérisant le col de l'utérus ?

M. Malgaigne dira peut-être que j'exagère l'effet du séton dans les cas que je viens de rappeler ; que rien ne prouve que la guérison ne se fût pas effectuée sans lui, qu'elle ne soit pas un simple effet du temps, des soins hygiéniques et de la suspension des remèdes. Je suis certainement très sceptique en médecine, et je crois qu'il faut l'être ; mais j'affirme que ma conviction, pour le fait qui m'est personnel, repose sur l'observation rigoureuse de ce fait, et ce serait, à mon avis, renouveler la scène du Marphurius de Molière, que de vouloir me persuader que je ne dois pas dire : « le séton m'a guéri, mais il me *semble*, il m'*apparaît* qu'il m'a guéri. » Et croit-on que les deux Fabrice aient été de moins scrupuleux observateurs, lorsqu'il s'agissait de la personne même de l'un et de la propre fille de l'autre, en proie depuis deux ans à une cruelle ophthalmie ? Il suffit de lire l'observation d'Ambroise Paré, pour n'avoir aucun doute sur l'effet du séton chez l'orfèvre Paul. Qu'objectera-t-on au fait de Ruysch, à cette céphalée dissipée par le séton, revenant avec sa suppression, guérie de nouveau par sa réapplication, se produisant une troisième fois par la soustraction du remède, et cédant encore à son action ?

Mais, prétendra-t-on, l'ophthalmologie moderne se passe de séton ; j'en serais fâché pour elle. Mais, dirai-je à mon tour, cette ophthalmologie n'a-t-elle plus d'aveugles ? Si elle en a, et l'encombrement de l'institution des jeunes aveugles ne prouve pas le contraire, est-il bien certain qu'elle en aurait un égal nombre, en négligeant moins le séton ?

On nous assure que les moyens de l'ophthalmologie moderne, non moins efficaces ou plus efficaces que le séton, ont encore sur lui l'avantage d'être plus doux, et M. Malgaigne n'a pas manqué de reproduire contre le séton l'accusation de cruauté tant de fois renouvelée.

Je répondrai d'abord que ce reproche est aujourd'hui un anachronisme. Le séton, tel que je le pratique, est fort peu douloureux pendant comme après l'opération, et mon honorable collègue aurait pu tenir plus de compte de cette différence qui le distingue de l'ancien séton.

Mais ensuite, a-t-on bien songé aux douleurs inséparables de certains procédés de l'ophthalmologie ? Que l'on prenne la peine de visiter nos salles d'ophthalmies à l'heure des instillations de collyre au nitrate d'argent, traitement depuis longtemps en vigueur à l'hôpital des enfans ;

on y verra des scènes dignes du pinceau du Dante. Comme dans l'enfer du poète, c'est un lamentable concert de gémissemens, de cris, de pleurs, de hurlemens, et cela pendant un quart d'heure, une demi-heure et plus. On appelle cela de la *substitution;* soit; pourvu que, ce que l'on substitue ne soit pas trop souvent pire que ce qu'on veut détruire. Je puis assurer que beaucoup d'enfans trouvent ces douleurs bien supérieures à celles du séton.

Le vésicatoire, suivant d'honorables confrères, remplace avantageusement le séton. J'ai vu, pour ma part, réussir le séton lorsque le vésicatoire avait échoué; mais, en outre, on serait dans l'erreur si l'on croyait ce dernier moyen plus doux que le séton étroit et graduel, tel que je l'ai décrit; il est certainement plus douloureux et plus incommode toutes les fois que le derme est dénudé. Il a de plus un bien grand inconvénient chez les enfans; il les expose à des diphthérites traumatiques souvent fort graves et même mortelles. Le séton, caché sous la peau, est à l'abri de cet accident, ou du moins il doit l'éprouver beaucoup plus rarement. C'est la différence des plaies sous-cutanées aux plaies ouvertes ou *exposées*, et l'on peut, au besoin, rendre la similitude encore plus complète, en ne laissant passer par l'un des orifices du séton qu'un fil très fin, moyennant une légère modification dans le pansement.

M. Malgaigne appelle de ses vœux une série d'observations sur les effets des exutoires; je me joins à lui bien volontiers pour provoquer ces recherches; mais une première condition pour qu'elles soient possibles, c'est évidemment de ne pas proscrire à l'avance l'emploi de ces moyens. J'engagerai mon honorable collègue à se mettre d'accord avec lui-même sur ce point.

M. Desportes : Dans son mémoire, M. Bouvier a cité une note que j'ai publiée il y a une douzaine d'années. J'emploie, il est vrai, de petits sétons, mais non pas à la manière de M. Bouvier, car alors ils sont peu actifs, parfois même la plaie sous-cutanée guérit malgré la présence du fil et il ne reste qu'une fistule suppurant à peine; ce que je mets en usage, c'est un *appareil* composé de plusieurs petits sétons, c'est, si l'on veut, le grand séton dissocié; quand l'un des trajets vient à se cicatriser, il en reste toujours plusieurs autres qui continuent à fournir de la suppuration; de là, une action révulsive, énergique, bien différente de ce que M. Bouvier obtient par la méthode qu'il propose.

M. Clot-Bey: En Égypte, j'ai eu de fréquentes occasions d'employer le séton contre les affections des yeux (inflammations chroniques, amaurose), et j'en ai obtenu des effets merveilleux.

Le pansement ordinaire du séton est assez compliqué; les gens du peuple s'y astreignent difficilement, c'est ce qui m'a conduit à adopter une manière de faire plus simple, qui consiste à arrêter la mèche par un nœud à sa partie supérieure. Depuis longues années j'évite ainsi à mes malades les ennuis de porter une mèche dans le dos et de se soumettre si fréquemment à une sorte de petite opération.

Les Arabes, de temps immémorial, dans le traitement des maladies des yeux, se servent de petits sétons qu'ils placent à l'angle externe de l'œil, sur les paupières mêmes ou à leur voisinage. C'est un moyen vulgaire que les mères appliquent à leurs enfans et les barbiers à leurs cliens. Pendant plusieurs jours, il se fait autour de l'exutoire une fluxion assez vive, puis une suppuration légère que le malade essuie avec son mouchoir. La dérivation est aussi énergique et plus durable que celle obtenue à l'aide d'une mouche de Milan ou d'un vésicatoire volant. J'y ai souvent eu recours avec un avantage marqué soit en Égypte, soit en France. Une anse de soie noire est placée dans un pli de la peau; elle est facile à cacher sous les cheveux; sa présence n'empêche pas les malades de sortir et de vaquer à leurs occupations. Une dame de Marseille, atteinte d'otite chronique, portait un vésicatoire derrière l'oreille; d'après mon conseil, elle le remplaça par un de ces petits sétons, qui lui rend aujourd'hui les mêmes services.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Aimé Linas met sous les yeux de l'Académie, une *rate*, dont le volume, le poids et les autres caractères physiques rappellent celle que M. Barth a présentée à une autre époque. Celle-ci provient d'un jeune homme de 18 ans, frappé d'imbécillité, placé depuis peu de temps dans le service de M. Calmeil, à Charenton, et qui a succombé, le 10 de ce mois, à une dysenterie aiguë, intense. Le malade était d'un pays où le fièvres intermittentes sont à peu près inconnues; lui-même n'a jamais eu d'affection de cette nature : on n'a trouvé dans les antécédens morbides de ce jeune homme qu'une fièvre typhoïde à forme cérébrale, contractée il y a deux ans.

Le foie du même sujet, que M. Linas montre ensuite à l'Académie, présente l'atrophie, le ratatinement, l'aspect mamelonné, la couleur jaune-brun et la densité qui caractérisent la *cirrhose* au second degré.

La rate ne paraît que simplement augmentée de volume, sans dégénérescence, sans altération de son tissu. Sauf une scissure profonde, transversale, qui partage l'organe en deux lobes distincts, cette rate a conservé la configuration, la couleur, la friabilité, la souplesse ordinaires: le poids et le volume seuls s'écartent de l'état normal. Cet organe, qui occupait toute la moitié gauche de la cavité abdominale jusqu'au détroit du bassin, pèse 2 kilogrammes; il a 32 centimètres de long, 20 de large, et 9 d'épaisseur à sa partie la plus saillante. Chez le même sujet, les *reins* étaient énormément volumineux et fortement hypérémiés. Toutes les veines abdominales étaient flexueuses, alternativement dilatées et rétrécies, comme cela s'observe dans l'état variqueux. La veine splénique, les veines mésaraïques, les veines satellites de l'artère épigastrique, les veines iliaques externes présentaient le calibre de la veine cave inférieure, tandis que les veines sous-cutanées, médiocrement dilatées, ne se dessinaient que faiblement à travers la transparence des tégumens. Une exhalation sanguine, considérable, s'était opérée sur presque toute l'étendue du tube digestif, ainsi que le témoignaient la présence d'un liquide abondant, couleur lie de vin, et la teinte également vineuse de la muqueuse digestive, particulièrement au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac, dans toute la longueur du duodénum et vers le tiers inferieur de l'intestin grêle.

Dans le duodénum, les *follicules de Brunner* étaient saillans et injectés; dans l'intestin grêle, les *plaques de Peyer* se dessinaient nettement en formant un relief elliptique d'une couleur bleue foncée, et, vues par transparence, elles s'offraient sous l'aspect d'un riche réseau veineux parsemé d'un pointillé plus foncé.

La muqueuse du gros intestin était boursoufflée, tomenteuse, imbibée de sang; cette coloration augmentait d'intensité vers le *rectum* et prenait là tous les caractères d'une phlegmasie aiguë, intense.

Il n'y avait pas une goutte de sérosité dans le péritoine.

Le cœur était normal, le bord postérieur des poumons fortement engoué, leur tissu sain de toute lésion organique.

Voilà donc un cas de *cirrhose* aussi curieux, aussi rare par la présence des lésions qui l'accompagnent que par l'absence d'autres altérations qui, le plus souvent, s'unissent à cette singulière affection.

Ainsi, point d'affection du cœur, point d'ascite surtout, que les auteurs qui ont écrit sur la *cirrhose* s'accordent pourtant à regarder comme à peu près constante; mais, en revanche, prodigieuse hypertrophie de la rate, hypérémie des reins, exhalation sanguine sur toute la surface muqueuse de l'intestin, et dilatation variqueuse de tout le système veineux intra-abdominal. Ces faits ne parlent-ils pas d'eux-mêmes? Ne disent-ils pas que la *cirrhose* peut arriver à un degré avancé sans épanchement péritonéal, qu'elle entraîne si bien l'oblitération du réseau vasculaire du foie et plus particulièrement des vaisseaux terminaux du *système porte-hépatique*, que le sang ne trouvant plus de passage à travers ces petits canaux reflue dans la veine porte abdominale, dilate toutes les veines qui aboutissent à ce système, s'accumule dans la rate (dont l'élasticité se prête à une prodigieuse distension), et finalement s'exhale à la surface interne du canal alimentaire où il peut produire des suffusions abondantes, des congestions intenses et même des hypérémies inflammatoires; car des auteurs graves ont pensé que la dysenterie pouvait être un des accidents de la *cirrhose*.

Est-il nécessaire enfin de faire remarquer l'absence de tout phénomène morbide intermittent malgré cette énorme dilatation de la rate?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances du mois de Septembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Sommaire. — Nouveau traitement rationnel du chancre. — Discussion sur plusieurs points de doctrine de la syphilis.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 9 Octobre 1855.)

M. Ricord examine successivement les trois points suivans : 1° Unité du virus syphilitique; 2° importance symptomatologique de l'induration du chancre; 3° unicité de la diathèse syphilitique.

D'accord avec M. Cullerier, M. Ricord déclare qu'il admet l'unité du virus syphilitique. On voit souvent sur le même malade, à la suite d'un accident primitif dont l'aspect peut varier comme forme, mais non comme nature, survenir toute la série des accidens que Carmichaël attribuait à quatre espèces de virus spéciaux, pourvu qu'on tienne compte du temps d'apparition des manifestations, de leur siége, des influences des traitemens et d'autres causes qui peuvent modifier la maladie. Ce que M. Ricord reproche à Carmichaël, c'est de n'avoir étudié la vérole que sur le sujet actuellement atteint sans rechercher les sources de l'infection. C'est en se livrant à une investigation plus attentive, plus minutieuse, que le chirurgien de l'hôpital du Midi a pu reconnaître que le chancre avait toujours une seule et même origine.

En étudiant spécialement l'accident primitif, M. Ricord est arrivé à ce résultat que tous les chancres ne sont pas suivis d'accidens constitutionnels, et, sous ce point de vue, il y a unanimité d'opinion entre lui, M. Cullerier et M. Vidal: de telle façon qu'il est bien avéré aujourd'hui, pour les bons observateurs, qu'il y a deux sortes de chancres, les uns suivis d'accidens constitutionnels, les autres restant à l'état de simple lésion locale. Il y a donc une grande importance à pouvoir les distinguer, puisque la thérapeutique est essentiellement différente dans les deux cas. Or, le caractère qui permet de différentier le chancre qui a infecté l'économie de celui qui reste à l'état de lésion locale, c'est l'induration qui existe à la base de l'ulcération et l'adénopathie indolente. Mais voici M. Vidal, qui, ainsi que nous l'avons dit précédemment, prétend que tous les chancres sont plus ou moins indurés, que ce sont seulement les plus indurés qui sont l'indice de l'infection constitutionnelle. A cela M. Ricord répond : « Appliquez-vous à reconnaître le degré de l'induration qui annonce la syphilis générale. » Par contre, M. Cullerier pense que l'induration est beaucoup plus rare que ne le croit M. Ricord, car on la trouve chez les femmes dans un petit nombre de cas. A cela M. Ricord répliqua par un argument qui n'a pas la même valeur que le précédent et qui échappe à une analyse scientifique.

M. Ricord s'accorde à reconnaître qu'il y a dans le diagnostic du chancre des cas douteux, mais sous ce rapport il n'existe pas de différence entre la vérole et les autres maladies les mieux connues, qui elles aussi se présentent quelquefois avec des caractères obscurs. Il ajoute que l'étude des causes accidentelles qui pouvait expliquer les différences d'action du virus syphilitique, ou d'aptitude des malades à contracter la vérole constitutionnelle, lui a fait reconnaître une loi qui s'applique à toutes les maladies à principe spécifique, à savoir : qu'une première infection s'oppose à une seconde, tant que l'influence de la première dure; qu'on n'a pas ordinairement deux fois la variole, qu'une première vaccination s'oppose à une seconde; que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, ne se montrent généralement qu'une fois dans la vie, et que les exceptions plus ou moins nombreuses à cette loi n'ont lieu qu'après un temps plus ou moins long aussi et en rapport avec le plus ou moins de ténacité de la disposition acquise. Sous ce dernier point de vue, la disposition ou la diathèse syphilitique est une des plus tenaces. Aussi ne trouve-t-on que très rarement deux fois sur le même individu la syphilis parcourant ses phases successives d'un nouvel accident primitif à de nouveaux accidens consécutifs réguliers. Sur tous ceux qui ont eu à diverses époques des accidens réputés primitifs, et qui, plus tard, se présentent avec des accidens généraux, il est possible de remonter à la même source unique en parcourant soigneusement, et pas à pas, les étapes de la maladie, s'arrêtant là où des traitemens ont pu l'arrêter, pour arriver enfin au point de départ; si de nouveaux accidens se développent, ces accidens ne prennent ni la forme locale du chancre infectant, ni ne donnent lieu à de nouveaux accidens constitutionnels.

On voit que M. Ricord admet l'unicité de la diathèse syphilitique; il considère cette unicité comme une loi, à laquelle, dit-il, il n'a pas encore trouvé une exception sérieuse, incontestable, réunissant toutes ses conditions d'être. Et toutefois, il admet en principe ces exceptions, comme il en existe pour la variole et le vaccin.

En résumé, M. Ricord établit conformément aux idées énoncées par M. Cullerier : que tous les chancres n'infectent pas; que les chancres infectans ont très souvent des caractères particuliers; qu'enfin la diathèse syphilitique ne se double pas, c'est-à-dire qu'on n'a pas deux fois la vérole constitutionnelle.

M. Ricord reprend ensuite l'examen de la doctrine de la pluralité des virus syphilitiques. Faisant allusion aux idées émises par M. Bassereau et M. Clerc, qui ont été réfutées par M. Cullerier, il met en doute la valeur des argumens énoncés par le rapporteur. Il considère surtout comme un fait important la similitude des accidens chez l'individu infectant et chez l'individu infecté; il croit aussi que, dans l'examen d'une pareille question, il faut tenir compte du résultat que donnent les inoculations pratiquées dans certaines conditions; que si on inocule des individus sains avec du pus de chancres pris sur des malades affectés d'accidens secondaires, on donne lieu au chancre induré, suivi d'accidens constitutionnels; et si les nombreuses et incalculables inoculations des syphilisateurs ne sont pas généralement suivies d'accidens généraux, c'est que les syphilisateurs empruntent le pus aux chancres non indurés; et lorsqu'il leur est arrivé de prendre du pus sur un chancre induré, la vérole constitutionnelle s'est manifestée, en dépit des nombreux chancres non indurés qui avaient précédé.

M. Cullerier soutient de nouveau l'unité du virus syphilitique; aux faits rapportés précédemment, il ajoute cette considération, qu'il a vu, en inoculant du pus de chancre simple, se produire un chancre induré. Pour la question thérapeutique des chancres, M. Cullerier déclare qu'il a recours aux préparations hydrargyriques dès qu'il se manifeste une induration locale ou dans les ganglions. Il n'adopte pas l'opinion de M. Ricord relative au rapport qui existerait entre le degré de l'induration et la gravité des accidens consécutifs; car il a vu des manifestations secondaires des plus étendues et des plus rebelles après une induration à peine sensible, tandis qu'il a vu des phénomènes généraux légers et fugaces après des indurations cartilagineuses des plus larges et des plus opiniâtres.

M. Ricord répond à l'un des argumens précédens, la production d'un chancre induré par l'inoculation du pus pris sur un chancre simple. L'expérience ayant été faite sur le même individu, on doit la considérer comme nulle; car l'inoculation ainsi pratiquée a seulement prouvé que le premier chancre n'avait pas les caractères pathognomoniques propres à l'ulcère syphilitique infectant, et l'on sait que, dans certaines circonstances, sous une influence qui peut varier, telle que la disposition anatomique des tissus, par exemple, l'induration ne se fait pas.

M. Robert récuse la valeur de l'engorgement ganglionnaire comme l'indice de la réalité de l'infection. Il croit aussi qu'il y a danger à ne pas faire un traitement spécifique pour les chancres simples, au moins dans certaines conditions.

M. Ricord ne partage pas cette dernière opinion; en cas de chancre simple, mieux vaut ne pas faire de traitement, afin de ne pas entraver la manifestation des accidens secondaires au cas où ceux-ci doivent se développer.

M. Vidal examine successivement la question des deux variétés de chancres et des deux virus.

1° *Des deux variétés de chancre.*

M. Vidal rappelle l'opinion professée par certains syphiliographes sur le chancre induré et le chancre non induré. Il la rejette en se fondant sur ce fait que tous les chancres sont indurés à un certain degré, et que tous peuvent avoir des rapports avec la vérole. Entre le chancre qui ressemble à l'ulcération d'un herpès et celui dont la base est comme la moitié d'un pois sec, il y a une foule de nuances. Ce qui démontre le peu de valeur de l'induration, c'est la difficulté qu'on éprouve parfois à la reconnaître, notamment chez les femmes. M. Vidal admet la possibilité de la vérole doublée, et il cite à l'appui l'opinion exprimée tout récemment par M. Diday, à savoir que certains sujets, n'ayant eu qu'une syphilis constitutionnelle peu intense, peuvent prendre dans un coït ultérieur un véritable chancre *induré*.

M. Vidal, tout en professant que tous les chancres sont plus ou moins indurés, reconnaît cependant qu'avec une induration considérable, il y a vérole constitutionnelle; mais, d'après lui, cette induration ne fait pas la vérole, car la vérole est faite quand l'induration existe; et au lieu d'appeler le chancre induré, *chancre infectant*, on pourrait l'appeler *chancre infecté.*

2° *Du double virus.*

M. Vidal revient sur l'opinion professée par M. Clerc sur le chancre et le chancroïde; il trouve les faits rapportés par ce médecin trop peu probans, et rappelle, entre autres, l'observation suivante : Homme atteint de chancre induré constaté par M. Clerc, — la femme se refuse à un *examen direct*, — et néanmoins l'auteur conclut à la réalité de l'existence du *chancre infectant* chez la femme, parce que celle-ci a une roséole. Et M. Vidal de conclure spirituellement que M. Clerc, au lieu d'appeler cette observation un *fait* devrait l'appeler une *hypothèse.* Puis M. Vidal fait remarquer qu'il a constaté directement la vérole constitutionnelle sur des malades atteints de prétendus chancroïdes.

M. Ricord reprend la question de l'induration du chancre; suivant lui, on a eu tort de confondre le chancre dur et le chancre induré. Toute ulcération est entourée de plus ou moins de dureté; c'est la conséquence nécessaire de l'épanchement plastique qui se fait autour des ulcérations; mais il ne faut pas assimiler l'induration plastique simple à l'induration spécifique. La dénomination de chancre infecté proposée par M. Vidal est inacceptable. Le diagnostic différentiel entre le chancre dur et le chancre induré est quelquefois difficile, mais ces difficultés ne peuvent servir d'excuse pour ne pas chercher à reconnaître les deux sortes d'ulcérations.

Dr Fano.

COURRIER.

On lit dans le *Mémorial des Pyrénées :* « M. le docteur Darralde, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, vient d'être nommé médecin ordinaire de LL. MM. On sait qu'il faisait déjà partie du service médical des Tuileries en qualité de médecin consultant de l'Impératrice. Le nouveau titre qui lui est conféré l'attache également à la personne de l'Empereur, avec deux célébrités de la Faculté de Paris, MM. Andral et Rayer.

S. A. I. le prince Jérôme Napoléon a nommé médecins par quartier attachés à sa personne et à sa maison, les docteurs Laboulbène, Schnepf et Herr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 125. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 20 Octobre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An........ 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital de la Charité. — Clinique de M. le professeur VELPEAU.

DU PANARIS.

A la fin de chaque année scolaire, M. le professeur Velpeau consacre plusieurs leçons à passer en revue les groupes les plus importans des différentes affections chirurgicales qui ont été observées dans le courant de l'année. Notre intention n'est point de donner aujourd'hui le résumé des dernières leçons du professeur de la Charité ; nous essayerons seulement de rapporter aussi fidèlement que possible la leçon qui fut faite sur le panaris. Cette affection, nous le savons, a été l'objet d'un grand nombre de descriptions, parmi lesquelles nous devons citer surtout l'article de Roux (*Dictionnaire en* 30 *vol.*); mais cette affection est si commune, qu'on nous pardonnera d'y revenir encore, surtout lorsque nous essayons de reproduire les conseils pratiques de M. Velpeau.

Dans les tableaux qui ont été dressés pour ces leçons de fin d'année, nous trouvons :

70 exemples d'inflammation de la main ;

55 fois les doigts ont été le siége de l'inflammation ;

15 fois l'inflammation a eu pour point de départ les régions palmaire ou dorsale de la main.

Sur ces 70 observations, les hommes en ont fourni 49, tandis que les femmes n'en ont offert que 21 exemples.

Ces 70 observations sont prises sur un relevé général de 916 malades traités dans le service de M. Velpeau pour l'année scolaire de 1854-55. Ce chiffre 70 est considérable, mais il ne doit point étonner si l'on se rappelle la classe de la société qui est traitée dans les hôpitaux ; ouvriers et ouvrières, par le fait même de leurs travaux manuels, ne sont-ils pas chaque jour exposés aux piqûres, aux écorchures, aux plaies de la main.

Il est aussi tout naturel de voir que la main droite est plus souvent affectée que la main gauche ; n'est-ce pas elle, en effet, que l'ouvrier met le plus souvent à contribution ?

31 fois la main droite a été affectée.

21 fois la main gauche.

8 fois les deux mains ont été affectées en même temps, et cela dans leur région palmaire, au niveau des épaississemens épidermiques qui sont en rapport avec les articulations métacarpo-phalangiennes.

Dans les 7 ou 8 observations qui nous restent pour compléter le nombre 70, le côté affecté n'a point été indiqué.

Si nous avons surtout remarqué que le plus souvent le panaris avait été le résultat d'une injure extérieure, nous devons cependant noter que, dans plusieurs cas, le panaris semblait s'être déclaré spontanément, et dans 3 de ces cas les deux mains avaient été affectées simultanément.

Sur 55 cas observés d'inflammation des doigts, 7 fois on a dû procéder à l'extraction des phalanges nécrosées.

A ce sujet, M. le professeur Velpeau nous a fait remarquer qu'il est toujours préférable d'extraire la phalange plutôt que de faire l'amputation dans la contiguïté, pratique qui était généralement admise autrefois.

On doit donc conserver le plus possible de parties molles, parce que peu à peu la pulpe du doigt se rétracte, se durcit et finit par faire corps avec la phalangine ; quelquefois l'ongle reparaît, et contribue à rendre à la pulpe du doigt la rigidité qui lui est nécessaire pour la fonction du toucher.

Voici maintenant le mode de distribution des panaris aux différens doigts de la main, par ordre de fréquence, dans les observations que nous avons recueillies :

Médius.	24	fois affecté de panaris.
Pouce.	12	—
Index.	10	—
Annulaire. . . .	9	—

Tout d'abord, on est porté à croire que l'index, puis le pouce, doivent être le plus souvent pris d'inflammation ; mais cette année, dans le service de M. Velpeau, le médius doit figurer en tête du tableau.

Quant à l'âge, la fréquence du panaris et de l'inflammation de la main est en rapport avec l'activité manuelle aux différentes époques de la vie. Ainsi :

De 15 à 30 ans, nous avons observé 33 cas de panaris.
De 30 à 40 ans. . . . . 21 cas.
De 40 à 60 ans. . . . . 12 cas.
De 60 à 70 ans. . . . . 2 cas seulement.

Mais là ne doivent point s'arrêter les considérations cliniques. Les questions d'âge et de sexe ne sont que secondaires ; les variétés inflammatoires sont d'un bien plus grand intérêt.

L'affection des doigts, dite panaris, offre trois variétés principales qu'il est utile d'étudier séparément, afin de pouvoir les différentier au lit du malade.

Avant d'entrer dans l'étude des variétés du panaris, remarquons que sur les 70 cas d'inflammation de la main, nous n'avons pas eu à enregistrer un seul cas de mort. Il n'est pas à dire pour cela que le panaris puisse être considéré comme une affection bénigne ; tout chirurgien craint souvent de voir l'inflammation se propager aux gaînes fibro-tendineuses. Mais le danger, quand il existe, est pour le membre et non pour l'individu malade.

Comment se fait-il, au contraire, qu'il ne soit pas rare de voir la mort suivre les amputations des doigts, et cela dans la proportion de 1 sur 30 ? Comment expliquer cette différence ? Est-ce parce que dans les panaris sous-épidermique, sous-cutané et fibro-synovial, l'inflammation a son maximum d'intensité dans un des élémens du doigt, tandis que, dans les cas d'amputation, tous les élémens du doigt amputé s'enflamment à la fois ? Est-ce parce que les veines collatérales ou capillaires peuvent renfermer du pus, les porter dans l'organisme et donner lieu à l'infection purulente ? On ne doit pas être plus étonné de voir la phlébite suppurative à la suite d'une amputation du doigt qu'à la suite de toute autre amputation.

Mais pourquoi le panaris n'est-il pas suivi de phlébite non plus que d'infection purulente ? Ce fait d'observation n'est point particulier aux doigts, il est général pour toutes les parties du corps, c'est-à-dire que l'on a observé que les déchirures, les écrasemens, n'engendrent que très rarement la phlébite, tandis que les opérations, au contraire, sont souvent suivies de cette fatale complication.

Il est bien reconnu aujourd'hui que les phlébites sont beaucoup plus nombreuses dans les cas de plaies artificielles ou chirurgicales que dans les plaies par accident. Quant à la raison de ce fait, elle nous est cachée. Faudrait-il croire que la contusion met opposition à la phlébite, parce que, dans les plaies contuses, les orifices vasculaires sont mâchés et fermés, tandis que le contraire serait produit par le tranchant net du bistouri, c'est-à-dire que, dans ce dernier cas, les vaisseaux resteraient béans pour absorber le pus ou les élémens du pus dans la plaie faite par le chirurgien.

Laissons-là les interprétations, tenons-nous en au fait : la

Feuilleton.

CAUSERIES.

A M. LE DOCTEUR CERISE.

Mon cher ami,

Vous l'avez échappé belle !

Que vous avez bien fait, et comme je reconnais là votre prudence d'avoir publié dans l'UNION MÉDICALE le chapitre de votre *Introduction* à Cabanis, en pleines vacances, au mois d'août, pendant les préoccupations de l'Exposition et du voyage de la reine d'Angleterre, durant surtout la saison des eaux ! Rendez grâce à toutes ces circonstances, à la dernière, en particulier, qui a retardé pour vous le moment fatal où un terrible critique doit vous passer par ses verges. S'il eût été là, devant le bureau redoutable de la *Revue médicale*, au moment même où vous avez détaché pour nous ces quelques pages sur la dualité humaine, c'en était fait de vous, mon pauvre ami.

Heureusement les eaux de Pierrefonds sont froides, elles ont tempéré l'irritation des premiers instans, et vous n'êtes plus menacé, pour le prochain cahier, que d'une critique *loyale* et *courtoise*.

Il m'a paru que j'avais le temps et que c'était le moment de plaider pour vous une circonstance atténuante. Peut-être même qu'en la plaidant plus tôt, j'aurais aussi désarmé la plume de M. Legrand dont vous n'avez pas craint cependant de me laisser produire le style incisif et la dialectique pressante. Mais enfin, mieux vaut tard que jamais, et je dis donc à mon honorable confrère, M. Sales-Girons, que la responsabilité de la publication de ce fameux chapitre dans l'UNION MÉDICALE ne doit pas toute entière retomber sur vous ; j'en ai ma part, et courageusement je la réclame. En effet, mon cher ami, vous m'aviez confié les épreuves de votre introduction complète ; vous sembliez me dire :

Accepte si tu peux ou choisis si tu l'oses.

Et j'ai osé choisir, et mon choix, qui pouvait se faire sur d'autres chapitres beaucoup plus inoffensifs, est tombé juste sur ces pages qui vous ont déjà donné, qui menacent de vous donner encore tant de tourmens.

N'est-il donc pas de toute équité que j'accepte, que je revendique même ma portion de vitupération et de blâme.

Mais, que dis-je et ne suis-je déjà pas atteint par les coups aussi imprévus que funestes de cet inexorable critique ? C'est moi qui ai fait tout le mal, mon cher ami ; c'est moi qui, captieusement, ai sollicité de vous ce malheureux chapitre ; c'est moi qui, traîtreusement, l'ai publié en pleines vacances et sachant bien que mon contradicteur habituel rafraîchissait ses sens dans les eaux de Pierrefonds ; c'est moi qui, sournoisement ai planté le drapeau de Montpellier sur le fronton de l'école de Paris, pendant que cette école était absente et fermée. Car, vous ne savez pas, j'ai juré la mort et la destruction de cette école de Paris ; je suis son ennemi acharné et impitoyable ; tous moyens me sont bons pour arriver à mes fins, même celui de faire servir votre amitié comme d'instrument passif à ma vengeance.

Tout cela, ou à peu près, est écrit et imprimé, mon cher ami, dans ce terrible journal que vous savez, et d'un style...! que j'en suis encore tout chair de poule. Vous croyez peut-être que j'exagère. Recourons donc au texte :

« Vous saurez donc, en deux lignes, que M. Cerise, tenant sous presse une nouvelle édition du plus mauvais ouvrage de Cabanis : *Rapport du physique et du moral*, y a fait une *introduction* comme on n'en a jamais fait à Paris ; mais tout juste comme on en fait vulgairement à Montpellier depuis Barthez. Vous devinez déjà que le *Principe vital* y domine toute la physiologie humaine, et que le duodynamisme méridional y est traité de main de maître. C'est le dernier coup enfin de cette malheureuse école de Paris. L'UNION MÉDICALE a juré sa perte ; elle l'aura ; tous les moyens sont de bonne guerre, et le succès du principo-vitalisme conciliant et progressif (malheureux adjectifs) justifie tout. En avant.

» L'introduction susdite allait se perdre en tête de l'édition, ne profitant qu'à son auteur, l'UNION MÉDICALE, comme elle dit, se fait communiquer l'introduction, en prend le fragment topique, et se l'approprie comme œuvre d'une autorité nouvelle qui vient se sacrifier à son principe. M. Cerise n'est-il pas de la rédaction du journal auquel revient, en définitive, tout honneur et toute primeur ?

» Et le temps du mois d'août n'était pas moins bien choisi : 1° le rédacteur de la *Revue Médicale*, celui qui a pour mission de ne jamais rencontrer le Principe vital sans le saluer un peu trop familièrement de son vrai nom d'*âme organique* ou de son sobriquet d'*âme de seconde majesté*, se trouve absent et occupé. 2° Le monde médical est aux eaux ou à l'exposition. Tout est pour le mieux, dit l'UNION ? Plantons sans obstacle le drapeau de Montpellier sur le fronton de l'école de Paris, et le progrès est consommé. Mais la conciliation est un mensonge, le mot n'était bon que comme moyen.

» Or, le rédacteur de la *Revue médicale* y regardait du haut des ruines de Pierrefonds, et soupirait d'impatience. Heureusement, tout a un terme, et le voici de retour : mais le papier blanc est pris dans ce cahier, et force lui est d'attendre au suivant pour s'acquitter de son mandat, s'il en est temps encore, c'est-à-dire si Paris ne s'est pas encore rendu tout à fait à la merci de l'UNION MÉDICALE. »

C'est un singulier homme que ce croquemitaine de la presse en général, et de l'UNION MÉDICALE en particulier. Il excelle à donner aux gens un rôle qu'ils ne savent pas jouer, des ambitions qu'ils n'ont jamais eues, des intentions qu'ils repoussent, une influence qu'ils ne recherchent pas, des désirs qu'ils dédaignent et des projets qu'ils détestent.

Par exemple, il lui plaît un jour de déclarer *urbi et orbi* que l'UNION MÉDICALE est l'*organe* de l'école de Paris. Sur quels renseignemens, sur quelles preuves, par quelles démonstrations ? Fi ! la haute philosophie hippocratique ne descend pas à des détails aussi vulgaires. *Dixi*, et cela doit suffire. Pendant sept à huit ans le critique vit sur ce thème, qu'il varie peu, c'est une justice à lui rendre, mais qu'il répète à tout propos, selon un aphorisme de théâtre bien connu.

Aussi le plus petit événement venait-il à surgir dans notre monde médical, vite la critique s'écriait : Qu'en pense l'Organe ? ou bien :

phlébite est très rare dans les panaris, même lorsqu'on procède à l'extraction de la phalange nécrosée en entier ou en partie.

Pour classer les panaris que nous avons observés, nous pouvons nous en tenir à la classification anatomique, c'est-à-dire à celle qui établit trois variétés principales d'après le siége de l'inflammation :

1º Panaris sous-épidermique ;

2º Panaris sous-cutané ou phlegmoneux ;

3º Panaris des coulisses fibro-synoviales.

La variété la plus fréquente est celle du panaris sous-cutané, vient ensuite la variété sous-épidermique, puis en troisième ligne le panaris fibro-synovial.

Quant au panaris périostal, il est rare primitivement; mais on le voit 7 ou 8 fois sur 60 compliquer le panaris sous-cutané et fibro-synovial; c'est surtout à la phalangette qu'il a son siége, alors il amène presque toujours la mortification de l'os et nécessite l'extraction de la partie nécrosée.

A la pulpe des doigts il n'y a que deux variétés du panaris : le panaris sous-épidermique et le panaris sous-cutané; là, il n'y a point de panaris fibro-synovial, puisqu'il n'y a point de gaîne fibro-synoviale.

Les trois variétés de panaris existent pour la première et la seconde phalange.

A la paume de la main il y a deux variétés principales d'inflammation : celle qui a son siége sous la peau et celle qui est sous-aponévrotique. Il n'y point d'inflammation sous-épidermique primitive de la région palmaire, et, si on l'observe, ce n'est que comme conséquence de l'inflammation de toute la région palmaire.

Il est utile de conserver les trois classes anatomiques de panaris que nous avons rapportées plus haut; parce que le diagnostic de ces trois variétés est possible, parce que le pronostic et la thérapeutique en sont différens.

1º *Caractères du panaris sous-épidermique.* — Phlyctène sous-épidermique, séro-purulente, quelquefois sanguinolente.

Le doigt n'est point gonflé ou presque point. C'est autour de l'ongle que s'observe le plus souvent cette variété de panaris, aussi lui a-t-on donné le nom de *tourniole;* et comme ce mal vient souvent sans motif appréciable, le monde l'a appelé mal d'*aventure*.

Ce panaris peut guérir de lui-même en huit ou quinze jours, mais la tourniole peut durer plus longtemps; alors il faut ouvrir le foyer purulent et panser avec des cataplasmes.

Quelquefois ce panaris déracine l'ongle, le fait tomber, et de petites végétations s'établissent au pourtour de la matrice de l'ongle. On peut facilement réprimer les bourgeons en glissant entre l'ongle et le repli cutané un crayon de nitrate d'argent.

2º *Panaris sous-cutané.* — Il y a gonflement du doigt pendant trois, quatre, huit jours sans soulèvement de l'épiderme; l'inflammation est sous la peau; il n'y a point de retentissement dans la paume de la main, ce qui se remarque dans le cas de panaris fibro-synovial.

Le gonflement occupe toute la circonférence du doigt; le mal débute le plus souvent par la région palmaire du doigt, et est ordinairement limité entre deux articulations.

S'il y a en même temps soulèvement de l'épiderme, cela indique un abcès en bouton de chemise ou en bissac ; c'est-à-dire que l'abcès s'étant d'abord formé sous la peau, s'est fait jour à travers le derme par une ouverture de grandeur variable, et est venu former une seconde collection purulente entre l'épiderme et le derme. On a ainsi un abcès à deux foyers, communiquant entre eux par une petite ouverture du derme.

Le panaris sous-cutané est quelquefois très douloureux et n'a point de tendance à se répandre au loin, si ce n'est quand il a pour point de départ la paume de la main ; dans ce cas, l'inflammation gagne avec rapidité la région dorsale, et l'on peut suivre la trace inflammatoire dans les espaces interdigitaux.

Enfin, le panaris sous-cutané exige autre chose que l'enlèvement de l'épiderme : on peut le faire avorter par des incisions prématurées, on doit toujours l'ouvrir de bonne heure, pour n'avoir point à craindre l'invasion du mal dans les gaînes fibro-synoviales. Traité de la sorte, le panaris sous-cutané dure de huit à quinze jours. Il a pour siége la première et la seconde phalange ; le panaris sous-cutané de la troisième phalange mérite, comme nous l'avons déjà fait remarquer, une mention spéciale ; en effet, entre la peau et l'os de la troisième phalange, il n'y a que le tissu cellulo-adipeux de la pulpe; là les ravages de l'inflammation sont rapides, il n'y a point de gaîne fibreuse pour protéger le périoste ; aussi l'os est-il souvent dénudé, et, comme conséquence, il y a nécrose de la phalange. On voit que le pronostic de cette variété est plus grave pour le panaris de la troisième phalange que pour celui des deux autres où l'inflammation est plus lente. Dans le cas de panaris de la pulpe du doigt, il faut aussi ouvrir le plus tôt possible afin d'éviter la dénudation de la phalange; et, dans le cas de nécrose, il faut préférer l'extraction de l'os à l'amputation du doigt.

3º Le panaris de la coulisse peut être reconnu parce que le gonflement et la rougeur ne se montrent point tout d'abord; parce qu'ils sont limités pendant assez longtemps à la région palmaire du doigt malade; parce que la douleur est très intense au point de départ du mal et que bientôt la douleur et le gonflement gagnent la main et souvent l'avant-bras. Cette propagation de l'inflammation a lieu suivant les gaînes tendineuses et rend le pronostic bien plus grave que dans les autres formes de panaris. Le pus peut rester confiné sous l'aponévrose palmaire malgré des émissions convenablement conduites et devenir le point de départ de dégâts considérables qui porteront sur les tissus musculaire, fibreux, et osseux. Les articulations des doigts et du poignet peuvent être envahies par l'inflammation, alors la durée du mal n'a plus de limites, et, si l'on parvient à calmer l'inflammation, la guérison est suivie de difformités de la main telles que flexion ou extension continue des doigts et quelquefois du poignet. Dans certains cas, l'amputation de l'avant-bras a été nécessaire pour sauver la vie des malades épuisés par une suppuration intarissable.

Quand on est arrivé au diagnostic de cette variété de panaris, il faut largement inciser la gaîne tendineuse afin d'empêcher l'inflammation de se propager le long de cette gaîne; on doit aussi avoir recours aux antiphlogistiques, sangsues, frictions mercurielles et saignée générale s'il y a indication du côté du pouls.

D'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, on voit qu'il est nécessaire d'admettre différentes variétés de panaris, car chacune de ces variétés nécessite un traitement spécial et si le pronostic du panaris superficiel est sans gravité, on ne saurait trop redouter la marche envahissante du panaris fibro-tendineux et ses tristes conséquences.

Am. DUMONTPALLIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les nºs des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20, 27 Septembre, 4 et 11 Octobre.)

Douzième Leçon.

DIAGNOSTIC. — Dupuytren a, le premier, tracé avec détail le tableau des signes de la luxation congénitale du fémur sur le sujet vivant. On ne peut lui reprocher que deux erreurs que je signalerai bientôt.

Raccourcissement du membre. — Le fait qui frappe tout d'abord, lorsqu'on examine le malade debout ou couché, c'est un raccourcissement du membre, constant dans la luxation iliaque, mais variable quant à son étendue, depuis quelques millimètres jusqu'à plusieurs pouces, mesuré d'ailleurs par la distance verticale qui sépare le centre du cotyle du point que la tête fémorale occupe dans sa position vicieuse. Ce raccourcissement se trouve naturellement en rapport avec le déplacement de la tête ; plus elle est remontée, plus aussi le membre inférieur présente de brièveté. Il se peut cependant qu'un déplacement considérable ne s'accompagne pas d'une diminution notable de longueur du membre abdominal luxé ; c'est lorsque la tête, déviée en arrière et un peu en bas près de l'échancrure sciatique, se trouve encore sensiblement placée sur une ligne horizontale passant par le centre de la cavité cotyloïde. L'âge apporte aussi des modifications dans l'étendue du raccourcissement ; il augmente, en général, d'une manière absolue, à mesure que le sujet se développe; cela tient à ce que, dans l'enfance, la nouvelle articulation, réduite à de faibles dimensions, est pour ainsi dire en miniature; quelques millimètres seulement séparent le centre de la cavité cotyloïde du siége de la pseudarthrose. Plus tard, sans que cette tête se soit élevée davantage et par le seul fait de l'accroissement proportionnel des os, leur écartement augmente, et le raccourcissement absolu devient plus sensible.

On peut constater de plusieurs manières la diminution de longueur des membres abdominaux chez les sujets dont une des hanches se trouve luxée; d'abord par la vue simple. L'œil est, en général, un bon appréciateur; il saisit souvent des différences peu sensibles à la mensuration. Pour constater l'existence d'un raccourcissement à la vue simple, on prend des points similaires sur le bassin et les membres abdominaux, et l'on compare la distance qui les sépare. Si le sujet est couché, par exemple, on dispose le bassin de manière que les épines iliaques soient sur une même ligne transversale, perpendiculaire à l'axe du corps. Dans cette attitude, la luxation étant unilatérale, les parties semblables des deux membres, malléoles, rotules, etc., sont situées à une hauteur inégale, et la ligne qui les unit est oblique par rapport à la ligne des épines iliaques. Si, au contraire, le sujet étant debout, ces différentes parties sont placées horizontalement, que d'ailleurs la longueur propre des os des membres soit la même, on détermine une obliquité prononcée du bassin, et les épines iliaques apparaissent sur deux étages différens. Voilà un premier moyen, qui convient surtout si la différence de longueur des deux membres est considérable. Lorsqu'elle est faible, au contraire, on a recours à la mensuration. Ce mode d'appréciation est d'un emploi souvent difficile, et les renseignemens qu'il nous donne manquent quelquefois de précision,

---

Voici ce que dit l'Organe ; ou mieux encore : Par la plume de l'Organe, l'école de Paris déclare, etc., etc.

Ce pauvre Organe avait beau prendre son style le plus humble pour lui répondre : Mais, terrible critique, vous vous méprenez ; je ne suis pas l'organe de l'école de Paris pour trente-six raisons, dont la première doit vous suffire : c'est que je ne connais pas d'école de Paris. Et, à vrai dire, je serais bien aise de la connaître. Dites-moi donc à quel endroit du firmament médical elle brille et de quelle lunette il faut se servir pour bien la voir. Est-elle dans la constellation Andral, ou Rayer, ou Louis, ou Chomel ? Est-elle dans la pléiade Trousseau, Piorry, Bouillaud ? Avoisine-t-elle la planète Cayol et son satellite Sales-Girons ?

Rien n'y faisait, mon cher ami, les questions restaient sans réponse, le critique tenait à son Organe et n'en démordait pas.

Un autre beau jour, et sur d'aussi bons motifs que tout à l'heure, le critique fait subitement conversion de front. L'Organe s'est métamorphosé en machine de guerre. Nous sommes pour le quart d'heure, vous et moi, mon cher ami, ne vous en défendez pas, les ennemis implacables de cette école que je ne connais pas, nous voulons joncher le sol de ses débris, et nous préparons une formidable invasion des doctrines de Montpellier dans les champs où fleurirent les doctrines de Paris. *E sempre bene*, comme on dit chez vous. Mais heureusement, octobre et ses brouillards ont chassé notre critique des ruines pittoresques de Pierrefonds, et il veille. Il veille, car s'il verrait avec plaisir la destruction de Paris, il s'opposerait avec acharnement à l'invasion de Montpellier. Il n'est, en effet, ni de ci ni de là. Il est, lui, c'est tout dire, hippocratiste en pathologie, thomiste en physiologie, et comme complément, croyant aux Esprits de M. de Mirville arrivés tout exprès du moyen-âge pour rabattre le caquet des philosophes comme vous, et l'orgueil des anatomistes de Paris.

Que faire et que dire à ce critique qui fait intervenir Dieu ou le diable à tout propos ; qui, selon son caprice et ses petits besoins de polémiste vous transforme, à son gré, en complaisant ami ou en farouche adversaire des institutions, des doctrines ou des hommes; qui se tire d'un mauvais pas par une pointe, d'un embarras par un jeu d'esprit, d'une pressante apostrophe par une citation inexacte ? Ne vous étonnez pas, mon cher ami, que votre dualisme humain l'irrite et l'effraie. Mon humble vitalisme *tolérant* et *progressif* excite bien ses sarcasmes. Parlez donc de tolérance à ceux qui font immixtion sacrilége des choses de religion dans des choses de science. Parlez donc de progrès à ceux que le vaste Océan épouvante, et qui ont amarré leur barque immobile dans une petite crique de l'île de Cos.

Certes, je ne veux ni me fâcher, ni m'indigner, il n'y a pas lieu. Le bon sens public nous venge assez de ces singulières et périodiques attaques qui n'ont ni but, ni motif, ni prétexte. Ce bon sens public nous tient compte de rester ce que nous sommes, ce que nous avons toujours été, complétement, absolument indépendans des institutions, des doctrines et des hommes ; de laisser nos colonnes libéralement ouvertes à votre éloquent spiritualisme comme aux vives objections de M. Legrand, de maintenir l'UNION MÉDICALE dans son caractère de liberté, afin qu'elle reste toujours un asile assuré pour la libre discussion. Car nous n'avons ici la prétention ni d'imposer des convictions, ni de régenter les consciences. Et certes, dans ce trouble général des esprits, dans cette confusion anarchique des doctrines, dans cette exhumation affligeante et quelquefois scandaleuse des plus mauvaises croyances du moyen-âge, dans cette opposition imprudente de l'autorité religieuse à l'autorité de la science, quand, après Descartes, Pascal, Bacon, Montesquieu, Buffon et Cuvier, on cherche ridiculement à courber l'esprit humain sous la Somme de saint Thomas, sans faire parade de nos croyances, qui intéressent peu le public, nous ne sommes pas fâchés de montrer de temps à autre que nos croyances ne sont pas celles d'un bedeau imbécile ou d'un fanatique sacristain.

Et remarquez, mon cher ami, dans quelle contradiction singulière tombe notre phénoménal critique. L'anatomie lui répugne, la physiologie expérimentale lui fait peur, toutes les applications des sciences modernes à la science de l'homme lui semblent presque des inventions diaboliques, le progrès il le nie, la perfectibilité humaine il la blasphème, et cependant il accueille la syphilisation et il fait des avances aux vaccinophobes ! Expliquez cela si vous pouvez. La vaccinophobie passe, je la comprends chez lui ; détruire la vaccine doit lui paraître de bonne guerre, car la vaccine préserve d'une affreuse maladie et toute maladie est une juste punition du péché originel. On transgresse les lois de Dieu en inventant des préservatifs, et Jenner n'était qu'un suppôt du diable. Mais accueillir aussi la syphilisation qui confesse la prétention de préserver l'humanité de la plus juste, de la plus légitime punition de son péché ! et de quel péché ? je m'y perds. Je lirai saint Thomas, ne fût-ce que pour y trouver les titres de canonisation de M. Auzias Turenne.

Je désespère de ramener mon critique à des procédés plus conformes à la dignité des sciences et de ceux qui ont l'honneur d'être leurs organes. Pauvres journalistes ! Nous avons assez de nos ennemis naturels sans nous épuiser dans des guerres intestines. Notre frêle esquif, dans les conditions qui nous sont faites, a assez de peine à naviguer parmi les écueils et les rescifs qui le menacent; faut-il encore que de nos propres mains, au lieu de nous jeter une bouée de sauvetage, nous le fassions s'échouer sur quelque banc de sable perfidement amoncelé ? Cela n'est ni loyal, ni moral, ni chrétien.

Agréez, mon cher ami, mes plus affectueux sentimens,

Amédée LATOUR.

P. S. J'ai reçu, vous le savez, une réponse de M. le docteur Legrand à votre réponse à sa lettre. Il y a mieux, j'ai eu l'honneur de recevoir la visite de M. Legrand, que nous ne connaissions ni l'un ni l'autre. J'ai hâte de vous annoncer que M. Legrand ne mange pas les enfans crus. C'est au contraire un charmant jeune homme, de manières très distinguées et très amènes, fort désireux de vous voir et de vous connaître, avantage que je veux lui faciliter. Ce serait peut-être pas le moyen le plus sûr que d'insérer sa lettre, courtoise d'ailleurs et ne blessant aucune convenance. Je prierai M. Legrand de la retirer, en invoquant sa bonne promesse de collaborer à nos travaux; il comprendra certainement que nous devons, entre nous, rester fidèles au beau titre du journal que j'ai l'honneur de diriger.

surtout chez l'enfant, qui offre de l'embonpoint et dont les formes sont arrondies. On détermine, quand on y a recours, un point fixe du bassin et un autre point bien apparent des membres inférieurs, l'une ou l'autre des malléoles, par exemple; l'épine iliaque antéro-supérieure est le point du bassin auquel on donne la préférence, parce qu'elle est facilement sentie à travers les parties molles.

Les deux membres doivent être bien perpendiculaires à l'axe transversal du bassin, il faut encore qu'ils soient étendus au même degré; une flexion légère d'un côté introduit des différences dans les résultats. Une lésion articulaire détermine-t-elle une attitude fixe de l'un des membres? il faut donner à l'autre membre une attitude semblable, si l'on veut que les données de la mensuration soient comparables.

L'instrument dont on se sert pour cet objet est le plus ordinairement un ruban-mètre. On parvient au même but avec un compas dont les pointes sont enveloppées d'une petite boule de cire. Cet instrument a l'avantage d'indiquer les distances en lignes droites, au lieu des lignes courbes que décrit le ruban en s'adaptant à la forme des parties molles intermédiaires aux points dont il s'agit d'apprécier la distance. On a aussi imaginé des instrumens pour mesurer le raccourcissement des membres luxés. M. Ferdinand Martin, présent à notre réunion, a imaginé plusieurs instrumens semblables; il a consenti à nous seconder de ses lumières dans l'intérêt de votre instruction, et veut bien faire devant vous l'application de son dernier appareil, qui, comme vous le voyez, peut rendre service dans des cas douteux par la précision qu'il procure.

Je ne ferai à cet égard qu'une seule réflexion : c'est que les causes d'erreur dépendent moins de l'instrument que de la manière dont on l'emploie. L'essentiel est de donner une bonne position au bassin et aux membres abdominaux, et d'appliquer l'instrument sur des points de chaque côté parfaitement correspondans. Chez l'enfant qui offre une couche épaisse de tissu adipeux sous-cutané et des éminences osseuses arrondies, cette précision est souvent difficile à obtenir.

Une autre cause d'erreur dépend des arrêts de développement par suite desquels un des deux fémurs s'accroît moins que l'autre; il faut donc mesurer la longueur des os de chaque membre, et si l'on trouve égalité entre eux, le raccourcissement doit être attribué à la pseudarthrose.

Dans les luxations iliaques doubles, on manque des renseignemens tirés de la comparaison des deux membres; le diagnostic est alors plus embarrassant. Cependant, à la vue seule, on peut encore découvrir la lésion; on est frappé de la brièveté des cuisses; si l'on compare leur longueur à celle des jambes, on a un rapport différent de celui qui s'observe naturellement. Il existe, en effet, entre ces deux sections du membre inférieur, dans l'état sain, une différence de 1 centimètre à l'avantage de la cuisse. Si celle-ci se montre plus courte, une cause pathologique a dû intervenir, à moins que la brièveté ne soit due à un arrêt de développement. Quelquefois la différence est énorme; chez un de nos enfans, la longueur des jambes mesure 35 centimètres, celle des cuisses 25 centimètres seulement; la réduction est d'un peu plus du quart.

Caractères tirés de la disposition des fémurs. — Après le raccourcissement, nous avons à nous occuper de la disposition des fémurs. Cet os se trouve caché dans la plus grande partie de son étendue; mais certains points sont accessibles au toucher : tel est le grand trochanter; c'est lui qui nous fournira les signes nécessaires pour apprécier exactement le déplacement de l'os. Le trochanter est élevé; il est écarté de l'axe du bassin; il est enfin reculé en arrière.

1° L'élévation du grand trochanter le rapproche de la crête de l'os des îles; elle peut être portée au point que la saillie trochantérienne se trouve au niveau ou même au-dessus de l'épine iliaque antéro-postérieure. L'ascension du fémur, si elle est prononcée, se reconnaît facilement. Il suffit de déterminer la situation relative des épines iliaques et des trochanters en plaçant les doigts indicateurs sur les premières, et les deux pouces sur les seconds. La distance qui sépare les deux doigts de chaque main est très différente d'un côté à l'autre dans les luxations uni-latérales. Vous en avez la preuve par ce qui a lieu chez ce malade. L'élévation trochantérienne est en rapport constant avec le raccourcissement du membre et dépend des mêmes conditions anatomiques, à supposer, bien entendu, que les fémurs présentent la même conformation à droite et à gauche.

2° L'écartement du grand trochanter résulte de ce que cette éminence osseuse se trouve séparée de la ligne médiane du corps, chez les sujets atteints de luxation congéniale, par une distance plus grande que dans l'état normal. Cet écartement est le plus ordinairement proportionnel à l'étendue du déplacement. Quelquefois il n'en est point ainsi; l'existence d'une cavité dans laquelle s'enfonce la tête, le raccourcissement de cette tête et du col créent des exceptions à cette règle générale. On reconnaît, à la vue, l'écartement latéral du grand trochanter; en considérant la cuisse de face, on voit que son côté externe, le galbe de la hanche, comme disent les peintres, offre une convexité plus marquée; nous en avons un exemple dans ce buste, qui présente une différence très manifeste d'un côté à l'autre.

La saillie que forme le grand trochanter du côté luxé est quelquefois peu marquée, ou même moindre que celle du côté sain, à cause des modifications que les os ont éprouvées dans leur forme. Deux autres causes d'erreur ont leur source dans la position antéro-postérieure de l'os dépendant de la rotation du membre, et dans la direction des fémurs, lorsqu'elle n'est pas perpendiculaire à l'axe transversal du bassin. La mensuration ne peut pas toujours faire apprécier complétement ce genre de déplacement.

3° La troisième espèce de déplacement du trochanter consiste en ce qu'il s'est porté sur un plan postérieur à l'ancien cotyle. La projection en arrière de l'éminence osseuse est, en outre, en rapport avec la rotation du membre en dehors. Si, sur cet enfant, j'applique les pouces sur les épines iliaques, les doigts indicateurs sur les trochanters, vous voyez que l'un de ces derniers doigts est placé fort en arrière par rapport à l'autre. La distance qui sépare le grand trochanter de la ligne médiane du coccyx est moins considérable du côté luxé.

Un autre caractère de la luxation se tire de la position de la tête du fémur. Dans l'état physiologique, elle est profondément située et échappe à l'investigation. Lorsqu'il existe une luxation, elle devient accessible aux sens de la vue et du toucher, forme souvent une saillie arrondie et facilement reconnaissable en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans la forme la plus ordinaire des luxations, son siége est rapproché de l'ancien cotyle.

Dans le plus grand nombre des cas, toutefois, la tête fémorale ne peut être sentie lorsque le membre est étendu, mais au moyen de certaines attitudes, telles que la rotation du membre en dedans, combinée avec la flexion, on la rend superficielle et visible. Le résultat est plus manifeste dans le cas de syndesmose que dans celui de pseudo-diarthrose, parce que dans la première, la tête, n'étant pas reçue dans une cavité, peut se promener librement sur l'os iliaque, et décrit un arc de cercle plus ou moins étendu.

Dans le mouvement de flexion, la tête du fémur descend au-dessous des muscles qui la recouvrent, et soulève les parties molles à travers lesquelles on la reconnaît facilement par le toucher; elle devient également apparente dans une rotation en dedans qui l'écarte de l'os iliaque ou la fait sortir en partie de la cavité où elle peut être renfermée. Ce caractère, ai-je dit, n'existe pas toujours; il peut être difficile à constater chez les femmes pourvues de beaucoup d'embonpoint et manquer complétement, lorsqu'il s'est formé une cavité profonde. Dans ce dernier cas, on parvient quelquefois à sentir la tête en avant, près de l'épine iliaque, lorsqu'on imprime au membre placé dans l'extension des mouvemens alternatifs de rotation en dedans et en dehors. En général, avec de l'attention et un peu d'habitude, il est rare qu'on ne finisse pas par trouver la tête du fémur, surtout dans la luxation simple, où l'on peut saisir les moindres différences de conformation d'un côté à l'autre. Ce signe peut être plus obscur si la luxation est double. Si la saillie de la tête en arrière, dans la flexion de la cuisse, est alors peu prononcée, on peut la confondre avec la saillie qu'une articulation normale peut présenter dans la même attitude. Remarquons, toutefois, que celle-ci est plus basse que celle qui appartient à la luxation.

La totalité du fémur a changé de direction; le membre luxé se rapproche du membre opposé dans la station verticale; il en résulte une obliquité très prononcée des cuisses dans les luxations doubles; elles se portent à la rencontre l'une de l'autre; les genoux se touchent ou même se croisent. A cette obliquité vient s'ajouter un certain degré de rotation. Ici paraît la première erreur de Dupuytren. Suivant ce chirurgien, la rotation aurait lieu en dedans, tandis qu'au contraire elle s'effectue plus généralement en dehors; la rotation en dedans ne se rencontre qu'exceptionnellement dans le cas d'attitude vicieuse. Souvent une légère flexion permanente de la cuisse accompagne la rotation du membre en dehors.

Em. Bailly,
Interne du service.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 Octobre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Observation des êtres microscopiques de l'atmosphère terrestre.

Sous ce titre, M. A. Baudrimont lit un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

L'étude de l'air atmosphérique a été l'objet des travaux et des méditations d'un grand nombre de savans. Les astronomes ont principalement recherché l'action que ce fluide exerce sur la lumière venant des astres, les physiciens nous ont fait connaître sa constitution mécanique et ont observé avec soin les principaux phénomènes météorologiques qui s'y accomplissent, et depuis l'analyse à jamais mémorable de Lavoisier, les chimistes l'ont soumis à une foule d'investigations qui en ont fait connaître la constitution chimique. Cependant, malgré tant de travaux, l'étude de l'air atmosphérique laissait encore une lacune à remplir; car une foule d'observateurs demandent impérieusement qu'on pût le soumettre à l'examen microscopique.

En effet, les maladies endémiques, épidémiques, épizootiques, et l'on peut dire *épiphytiques* depuis que l'oïdium ravage les vignobles, celles dites contagieuses et qui se propagent par voie d'infection aérienne, ont fait supposer depuis longtemps dans l'air l'existence d'agens particuliers auxquels on a donné le nom de miasmes. D'une autre part, le mode de reproduction des plantes agames et des plantes phanérogames dioïques donnent la certitude qu'à certaines époques de l'année on doit rencontrer dans l'air des sporules et du pollen. Il doit y exister aussi une foule d'animalcules; car une partie des animaux infusoires doit représenter le premier degré de l'évolution d'animaux qui achèvent leur existence dans l'air. L'analyse des eaux de pluie, entreprise par MM. Bineau, Barral et Boussingault, a démontré l'existence de matières minérales, de produits azotés dans l'air; les expériences de M. Chatin y ont indiqué la présence de l'iode. On se rappelle l'expérience de Moscati qui condense par le refroidissement les vapeurs contenues dans l'air des rizières de la Toscane et des salles des hôpitaux, et obtient ainsi une eau susceptible de se corrompre. MM. Thénard et Dupuytren, en agitant de l'eau distillée dans un amphithéâtre de dissection, ont aussi tiré de l'air une matière susceptible de putréfaction. MM. Boussingault et Rivero ayant observé que l'acide sulfurique concentré noircissait par la présence de l'air, ont attribué ce fait à des animalcules. Mais quels sont les êtres recueillis dans l'eau et condensés avec elle? quels sont ceux qui noircissent l'acide sulfurique en se détruisant? Personne ne les a vus. Le microscope seul paraissait pouvoir donner des renseignemens suffisans sur cette partie si intéressante de l'histoire naturelle du globe terrestre.

Pour observer au microscope les êtres qui peuplent l'air atmosphérique, plusieurs moyens peuvent être employés, et ces moyens sont tous d'une simplicité extrême :

1° On peut, comme l'a fait Moscati et comme Robiquet et moi l'avons indiqué, condenser l'humidité contenue dans l'atmosphère, et, de plus, observer au microscope le fluide provenant de cette condensation, soit tel qu'on le recueille, soit en y introduisant des réactifs spéciaux. Par ce premier moyen, on ne peut obtenir que des produits condensables d'origine organique peut-être; mais les animaux vivans évitent les causes de destruction, si petits qu'ils soient, et l'on a ainsi peu de chance pour les saisir.

2° On pouvait encore faire barboter de l'air dans une petite quantité d'eau et observer cette eau au microscope. J'ai principalement pratiqué ce deuxième procédé et par deux moyens différens : 1° en appelant l'air dans l'eau au moyen d'un vase aspirateur; 2° en l'y faisant passer à l'aide d'une pompe. Les vases barboteurs sont connus de tous les chimistes; mais un simple tube en U peut servir, pourvu que la branche par laquelle l'aspiration se fait soit assez longue pour que l'eau que le tube contient ne remonte pas dans le vase aspirateur. Afin de rendre le contact de l'eau aussi long que possible, j'ai aussi employé un tube de plus d'un mètre de longueur, tenu incliné sous un angle de 15 à 20 degrés avec l'horizon, et dont l'extrémité par laquelle l'air entrait était légèrement coudée et relevée en l'air.

Jusqu'à ce jour, mes observations ont été peu nombreuses. Parmi celles que j'ai faites, je citerai celles du 24 mai 1854, sur l'air pris sur la terrasse de l'observatoire météorologique de la Faculté des sciences de Bordeaux, et celle du 27 septembre de la même année, entreprise sur l'air du bassin d'Arcachon, dans le département de la Gironde, parce que j'ai dessiné à la chambre claire quelques-uns des êtres que j'ai observés. Je joins ces dessins à ma note. — (Commissaires, MM. Pouillet, Milne Edwards, Babinet.)

Appel à des expériences, dans le but d'établir le traitement préservatif de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses inrécidivables, par l'inoculation de leurs produits morbides.

L'auteur, M. le docteur Bourguignon, met au premier rang, parmi les nombreuses maladies qui menacent incessamment l'existence de l'homme, les fièvres essentielles, la variole, la fièvre typhoïde, la suette miliaire, la fièvre jaune, la peste, ainsi que les affections apyrétiques, telles que le choléra; maladies dont nous ne connaissons ni la cause, ni la lésion primordiale, ni le traitement, puisque ce sont les symptômes manifestés que nous combattons, et non la maladie dans son essentialité. Mais si l'appréciation des causes et des altérations morbides nous est aujourd'hui interdite, il est cependant des faits d'une haute importance qui se passent tous les jours sous nos yeux, et dont nous pouvons tirer des indications pratiques d'une grande portée. Ces affections, quand elles frappent l'économie, produisent une telle perturbation, qu'elles semblent épuiser les élémens organiques propres à leur développement, et détruire les conditions vitales qui rendent possible leur évolution; de telle sorte que les individus qui n'ont point succombé à leurs atteintes peuvent, à l'avenir, s'exposer impunément aux causes générales qui les font naître. La nature opère chez ceux qui résistent, non seulement une guérison, mais une prophylaxie durable; et puisque nous ne pouvons aujourd'hui traiter rationnellement les altérations pathologiques, nous devons faire profit des indications fournies par la nature.

En un mot, ces maladies essentielles diffèrent des autres maladies en général, des inflammations surtout, en ce que deux traitemens leur sont applicables, l'un prophylactique *préservatif*, que nous pouvons dès aujourd'hui mettre en pratique, l'autre *curatif*, rationnellement déduit de la connaissance des causes et des altérations primordiales, et qui nous sera longtemps encore inconnu.

Ces maladies diffèrent encore des autres, par la spécificité dont jouissent certains de leurs produits morbides, puisés au besoin sur divers animaux, sorte de virus propre à chacune d'elles, qui transmet une lésion spéciale, ainsi qu'un ensemble de symptômes souvent analogues.

L'auteur, après avoir traité la question à un point de vue général, prend une maladie isolément, en fait la base de sa démonstration, et tire de cet exemple des indications applicables un jour aux autres maladies du même ordre. Il choisit la fièvre typhoïde comme type, parce qu'elle est la mieux connue, parce que, grâce aux détracteurs de la vaccine, on pourrait la croire plus commune aujourd'hui qu'autrefois, parce qu'elle a fait pendant un certain temps l'objet spécial de son observation; parce qu'enfin elle offre, comme la variole, une éruption pustuleuse, où doit certainement se trouver concentré un virus inoculable et préservateur. Mais, par fièvre typhoïde, il entend une maladie essentiellement générale, avec ulcérations intestinales *constantes*, attendu qu'il retranche des fièvres typhoïdes celles dites muqueuses, éphémères, qui durent à peine deux septenaires, et qui sont à la fièvre typhoïde ce que la rougeole et la scarlatine sont à la variole. Il pense,

en effet, que le tégument interne est le siége d'exanthèmes variés, analogues à la scarlatine et à la rougeole, accompagnés de symptômes généraux, de fièvre, et qui ne laissent à l'autopsie que peu d'altérations appréciables; de même que le tégument externe est le siége d'affections exanthématiques diverses dites fièvres éruptives. C'est ainsi qu'il s'explique quelques cas de fièvres typhoïdes bien caractérisés, quant aux symptômes généraux, et qui cependant, à l'autopsie, montraient la muqueuse intestinale sans hypertrophie ou ulcération des follicules.

L'auteur pense que, après cette distinction bien établie, on ne contestera plus que la fièvre typhoïde *vraie* apparaît rarement deux fois chez le même individu. Et partant de ce seul principe, que toutes les maladies infectieuses pyrétiques ou apyrétiques, *inrécidivables*, ne se montrent qu'une fois chez le même sujet, il se croit en droit d'affirmer que l'inoculation est applicable comme traitement préservatif à la fièvre typhoïde. Mais le raisonnement lui fournit des indications encore plus convaincantes; il établit une comparaison entre la fièvre typhoïde et la variole, bien que ces deux maladies soient pour lui *différentes*, et conclut que l'inoculation, efficace pour l'une, le sera également pour l'autre.

M. Bourguignon fait d'ailleurs une plus large application du critérium de certitude qui lui a fait poser en loi que l'inoculation sera le traitement préservatif des maladies inrécidivables, car ce qui est vrai pour l'homme le sera pour les animaux, et réciproquement. L'inoculation pratiquée comme traitement préservatif de la clavelée des moutons et de la pneumonie contagieuse des bêtes bovines le prouve suffisamment.

L'auteur passe en revue, en terminant, les différentes affections à forme typhoïde qu'on observe sur les animaux, principalement sur les bêtes à cornes, et ne doute pas qu'on trouvera sur eux, à défaut de l'homme, le *virus typhoïdique préservateur*. Il fait remarquer, toutefois, que cette inoculation se présente dans des conditions autrement complexes que celles où s'est trouvée la vaccination quand Jenner eut l'idée d'emprunter au cow-pox le virus préservateur de la vérole, attendu que l'inoculation variolique de l'homme à l'homme était depuis des siècles en pratique lorsque Jenner proposa la vaccination.

Ablation de neuf loupes opérée à l'aide de la cautérisation linéaire remplaçant l'action du bistouri.

Cette observation, dit M. Legrand, la plus saillante de toutes celles que j'aurais pu recueillir depuis ma dernière communication (15 septembre 1853), me paraît être une démonstration nouvelle de l'innocuité de la méthode que je m'efforce de répandre, et qui réunit, selon moi, les avantages suivans : peu de douleurs; jamais d'hémorrhagie; jamais d'érysipèle; jamais d'infection purulente, malgré la suppuration qu'on ne peut pas empêcher, mais qui reste toujours modérée. A la vérité, la durée du traitement est plus longue que dans l'ablation par le bistouri, et varie, dans la grande majorité des cas, de quinze à trente jours; mais en revanche, on n'est jamais obligé de garder la chambre, et on peut vaquer librement à ses affaires. — (Comm., MM Velpeau, Cloquet.)

— M. Flourens fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Marshall Hall, d'un exemplaire d'un ouvrage qui vient d'être publié à Paris et qui a pour titre : *Aperçu du système spinal, ou de la série des actions réflexes dans leurs applications à la physiologie, à la pathologie et spécialement à l'épilepsie*. M. Flourens appelle l'attention sur les passages suivans qui peuvent, jusqu'à un certain point, donner une idée de ce que l'ouvrage renferme de neuf.

« Le système nerveux, autrefois divisé en cérébro-spinal et ganglionnaire, doit maintenant, dit M. Hall, être divisé en système cérébral, spinal et ganglionnaire. — Le premier ou le sous-sytème cérébral comprend : 1° le cerveau et le cervelet; 2° les nerfs des sens spéciaux; 3° les nerfs des mouvemens volontaires. — Le troisième ou le sous-système ganglionnaire comprend : 1° la partie ganglionnaire des nerfs spinaux, ou des membres ou parties extérieures; 2° la partie ganglionnaire des parties intérieures, ou *a.* des mouvemens des organes intérieurs, *b.* des sécrétions, de la nutrition, etc. Le second, ou le système spinal, comprend : 1° le centre spinal ou la vraie moelle épinière considérée comme distincte du cordon des nerfs cérébraux intraspinaux et des connexions intraspinales ganglionnaires; 2° les nerfs incidens excitateurs; 3° les nerfs réfléchis moteurs en liaison spéciale et essentielle avec eux et le centre spinal. »

Le passage suivant, relatif à la *respiration*, est encore du nombre de ceux qui sont signalés à l'attention.

« Au commencement de mes recherches, cette fonction, dit l'auteur, était volontaire pour quelques physiologistes, involontaire pour d'autres, mixte, enfin, pour le plus grand nombre. Les premiers la rattachaient au cerveau, les seconds, après Legallois, à la moelle allongée, comme cause première de ses mouvemens. Mes travaux ont eu pour résultat la découverte que ce n'est ni au cerveau ni à la moelle allongée que la respiration doit son premier mobile, mais bien à des nerfs incidens, le trifacial, le pneumo-gastrique, les spinaux qui reçoivent des impressions, des excitations à leur origine, en portent les effets énergiques à la moelle allongée d'où s'opère un changement de direction, d'action et même de combinaison d'actions qui se font par des nerfs liés essentiellement avec les premiers, nerfs réfléchis, nerfs respiratoires de sir Charles Bell. Je formule ainsi le système nerveux respiratoire :

Système nerveux de la respiration :

Nerfs incidens de l'auteur.	Vrai nœud respiratoire.	Nerfs respiratoires de sir Ch. Bell.
1° Le trijumeau;	La moelle allongée.	1° Le diaphragmatique;
2° Le pneumogastrique;		2° Les intercostaux;
3° Les spinaux cutanés.		3° Les abdominaux. »

PRESSE MÉDICALE.

Compte rendu des autopsies faites en 1853 a l'asile d'aliénés de Vienne; par le docteur Gauster. — L'auteur divise les aliénations mentales en trois grandes formes principales : l'exaltation, la dépression et l'affaiblissement; chacune de ces formes se subdivise en différens groupes, que nous n'avons pas à indiquer ici. Il est mort 179 malades, sur lesquels on a fait 171 autopsies, qui ont fourni le résultat suivant :

1° On a rencontré l'*œdème méningien* 52,046 p. 100; l'*hydrocéphale chronique* 50,292 p. 100; l'*œdème cérébral* 23,976 p. 100; *la sclérose du cerveau* 21,637 p. 100; *des altérations de l'aorte* 12,869 p. 100; l'*épaississement des méninges* 11,111 p. 100; *des maladies du cœur* 9,941 p. 100. L'absence totale de lésion cérébrale fut trouvée 19 fois (11,111 p. 100). Il faut encore observer que, dans la sclérose du cerveau, sont compris tous les cas de densité plus considérable de cet organe; la sclérose avancée n'a existé que 2 fois.

2° Il n'y a pas d'altération cérébrale un peu fréquente qui n'ait été trouvée dans toutes les formes principales de phrénopathie; à l'exception : a. *de la soudure des méninges avec la surface du cerveau*, qui ne s'est rencontrée que dans la forme d'exaltation (2 fois dans le délirium tremens), de faiblesse 11,828 p. 100, dans l'épilepsie avec aliénation mentale, surtout dans l'imbécillité paralytique; b. *de l'épaississement et de l'ossification des artères de la base du cerveau* qui manquaient dans les formes dépressives; c. *de la coloration de la substance grise du cerveau*; d. *des altérations du cœur et de l'aorte* qui toutes ne furent pas trouvées dans l'épilepsie avec aliénation.

3° Dans toutes les formes fondamentales, on a rencontré des cas avec absence de lésion cérébrale; le plus souvent dans la dépression (21,739 p. 100), le plus rarement dans l'exaltation (4,878 p. 100).

4° Les exsudations séreuses des méninges existaient le plus dans l'exaltation (68,293 p. 100); puis dans la dépression (60,869 p. 100), l'affaiblissement (53,763 p. 100), l'épilepsie avec aliénation (50,000 p. 100). L'hydropisie ventriculaire, dans l'exaltation (60,975 p. 100), l'affaiblissement (52,688 p. 100), la dépression (26,087 p. 100). L'œdème cérébral, dans l'exaltation (26,831 p. 100), l'épilepsie avec aliénation (21,429 p. 100).

5° La densité plus considérable du cerveau s'est trouvée le plus dans la dépression (30,435 p. 100), le moins dans l'exaltation (14,634 p.100).

6° L'épaississement des méninges, dans l'exaltation 14,634 p. 100; l'épilepsie avec aliénation 14,286 p. 100; la dépression 4,348 p. 100.

7° Des ostéophytes dans le crâne et le cerveau ont manqué dans la dépression; ceux du crâne se sont rencontrés dans l'exaltation 7,317 p. 100, dans l'épilepsie avec aliénation 7,143 p. 100; ceux des méninges, dans l'affaiblissement, surtout dans l'imbécillité paralytique 5,376 p. 100, et dans l'exaltation 4,878 p. 100.

8° La coloration de la substance grise (celle-ci étant ordinairement brunâtre (1) et la blanche, d'un blanc-sale) dominait dans l'exaltation (7,317 p. 100); puis dans l'affaiblissement 6,452 p. 100; enfin dans la dépression 4,348 p. 100, et a manqué dans l'épilepsie avec aliénation.

9° L'altération des artères basilaires et de l'aorte existait dans l'affaiblissement, la première 9,677 p. 100, la seconde 15,054 p. 100; les maladies du cœur ont été trouvées dans la dépression 13,043 p. 100, dans l'exaltation 12,219 p. 100.

10° Les polypes utérins ont toujours manqué dans l'exaltation, où cependant l'excitation sexuelle joue un grand rôle chez les femmes.

11° Les maladies d'épuisement (anémie, marasme, etc.) coïncidaient le plus souvent avec l'affaiblissement puis avec la manie.

12° La tuberculisation accompagne tous les états, à l'exception de l'épilepsie avec aliénation; on la trouve surtout dans l'exaltation.

13° Les affections des bronches prédominaient dans l'exaltation.

14° Les affections du foie et de l'estomac étaient relativement fréquentes dans le delirium tremens; celles des reins et de la rate, au contraire, dans la dépression.

15° Ces observations n'ont donné rien de positif sur l'existence simultanée ou sur l'exclusion d'un état pathologique du cerveau avec un autre du même organe ou d'un autre organe.

16° Il est impossible de déterminer, d'une manière certaine, aucune relation positive entre le résultat nécropsique et l'affection psychique qui a existé. — (*Zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n°s 5 et 6.)

Traitement de la fissure a l'anus par incision; par le docteur Passavant, de Francfort. — Ce traitement est si peu douloureux qu'il dispense du chloroforme; la guérison est rapide et les récidives ne surviennent pas plus souvent qu'avec toutes les autres méthodes. On fait, dans la fissure, une incision superficielle, n'intéressant que la muqueuse et le tissu sous-muqueux, sans toucher au muscle. Aucun pansement n'est nécessaire. Dès ce moment les selles ne sont plus douloureuses. Pour peu que la fissure soit un peu élevée ou que la contraction du sphincter soit considérable, il faut employer un spéculum *ani*, auquel M. Passavant a fait subir quelques modifications avantageuses. C'est un spéculum plein, découpé en regard du manche, comme une ouverture de gueule; les bords de la section sont partout recourbés. Pour la grandeur moyenne, il faut une longueur de quatre pouces sur une épaisseur de un pouce. Chez les enfans et les adultes à anus fortement rétracté, il doit être naturellement plus petit. Il cause peu de douleurs parce qu'il ne froisse pas la muqueuse, peut être facilement retourné dans l'anus et donne un jour suffisant pour toutes les opérations à exécuter dans cette partie. — (*Archiv. f. phys. heilk.*, 14e année, n° 2.)

(1) Dans le texte allemand, le terme employé signifie perte de la couleur et parfois changement de couleur; d'après cette indication, il paraît que ce dernier sens est sous-entendu.

Nature de la migraine; par le docteur Niemeyer, de Magdebourg. — Elle n'est pas une encéphalopathie, mais elle est un retentissement sympathique d'une lésion du foie. L'observation suivie d'un grand nombre de cas lui a montré que la migraine est sous la dépendance d'une congestion du foie, revenant périodiquement ou déterminée par des causes spéciales. Il en résulte une sécrétion copieuse de bile qui dégorge le foie et cause les vomissemens bilieux de la fin de l'accès. Chez presque tous ces malades, la percussion dénote une légère augmentation de volume du foie, même en dehors des accès; pendant celui-ci, elle n'a jamais manqué dans au moins vingt cas, et les malades sont extrêmement sensibles à une pression dans la région hypochondriaque. Traitement nul. Deux fois les eaux de Marienbad ont coupé les accès pour des années; c'étaient des cas d'hypertrophie plus considérable du foie. — (*Deutsche Klinik*, n° 28.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans un de ses numéros du mois dernier, l'Union Médicale (n° 108), a donné un long extrait d'un mémoire du docteur Sigmund *sur la falcadine, la boala et le skerljevo*. Dans ce travail, l'honorable professeur de Vienne nous apprend que la *boala*, qui n'est à ses yeux, comme aux miens, que la syphilis commune, est regardée par certains nosologistes comme une forme pathologique spéciale aux Principautés Danubiennes. Permettez-moi de vous adresser, à ce sujet, une légère rectification, suivie d'une bien courte remarque.

Le mot de *boala*, dans le sens qui lui est donné dans cet article, est une expression incomplète : aucune affection ne porte ce nom, ou plutôt ce dernier s'applique à toutes, sans distinction, car c'est un terme générique qui signifie *maladie*. Les Moldo-Valaques, comme leurs frères du Banat, de la Transylvanie, de la Buchovine, etc., ne l'emploient jamais seul pour exprimer un état morbide quelconque; le vocabulaire de Poyenar, Aaron et Hill et celui de Vaillant ne lui accordent qu'un sens général; moi-même je ne lui ai pas donné d'autre signification dans divers articles publiés par l'Union Médicale. Quand on se sert du mot *boala*, pour désigner la maladie vénérienne, comme le fait le docteur Sigmund, on l'accompagne toujours de l'adjectif *loumeasca*, *mondaine, maladie qui court le monde*. On dit, de même, *boala dé apa, maladie d'eau*, ou hydropisie; *boala copülor, maladie des enfans*, pour exprimer les convulsions du jeune âge, etc., etc.

J'ajouterai, enfin, que la nature et les formes de la *boala loumeasca* sont, contrairement à l'avis de quelques médecins allemands, celles de la syphilis telle qu'on l'observe partout. Cette opinion, je l'ai émise il y a déjà quelque temps (*Voyage médical dans les Provinces Danubiennes*, in Union Médicale, 1854); je suis heureux de la voir aujourd'hui partagée par le savant professeur de Vienne.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. Caillat,
Inspecteur-adjoint des eaux de Bourbon-l'Archambault.

Aix, 12 Octobre 1855.

COURRIER.

Le jury pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris est composé comme suit, sauf récusations : *Juges :* MM. Bouillaud, Natalis Guillot, Vernois, Richet et Desormeaux. — *Suppléans :* MM. Beau et Maisonneuve.

— M. le docteur Landolfi, premier chirurgien des armées de S. M. le roi des Deux-Siciles, a été nommé, par décret du 29 septembre dernier, chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— La distribution des amphithéâtres de l'École pratique, pour le semestre d'hiver, aura lieu le mercredi, 24 octobre, à midi précis, dans une des salles de l'École de médecine.

Propriétaire et locataire médecin. — Une question s'est agitée devant le tribunal des référés, celle de savoir si un locataire docteur-médecin a le droit de rentrer chez lui et de se faire ouvrir la porte par le concierge à toute heure du jour et de la nuit.

M. Pierson, docteur-médecin, rue du Bac, dans une maison appartenant à M. Sédillot, négociant, rue des Jeûneurs, est le locataire qui, à plusieurs reprises, au retour de visites nocturnes qu'exigeait sa profession, a vainement tenté de se faire ouvrir la porte par le concierge de la maison et a été réduit à aller chercher un refuge à l'hôtel ou chez ses amis. Le fait est constaté par un procès-verbal d'agens de la force municipale. M. Pierson s'est plaint à son propriétaire de cette situation intolérable et n'a pu obtenir satisfaction. Il a donc assigné ce dernier à l'audience des référés et sollicité une décision de justice qui mît fin à un état de choses non moins préjudiciable à ses intérêts qu'à son repos. M. Sédillot a prétendu qu'en louant à M. Pierson, il n'avait pas entendu prendre un locataire dont les allées et venues continuelles pendant la nuit pouvaient être une cause de trouble pour les autres locataires; il a en même temps opposé l'incompétence du juge des référés.

Mais M. le président Gallois a rendu une ordonnance qui autorise M. Pierson à se faire ouvrir la porte de sa maison à quelque heure que ce soit du jour et de la nuit, et, en cas de refus, à se faire assister du commissaire de police du quartier et de la force armée.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 126. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 23 Octobre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An. . . . . 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56;
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des
Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 OCTOBRE 1855.

LETTRES SUR LA FOLIE.

Fais ce que dois, advienne que pourra.

III.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Mon cher ami,

Je crois vous avoir démontré, dans ma dernière lettre que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de donner une bonne définition de la folie. Cette impossibilité va ressortir encore plus évidente de ce que j'ai à vous dire aujourd'hui de l'anatomie pathologique de cette affection. Permettez-moi d'abord de vous rappeler ma dernière proposition : « *Chez les fous, l'autopsie ne révèle d'altérations matérielles dans l'encéphale, qu'autant que ceux-ci ont présenté, pendant leur vie, des symptômes physiques bien déterminés.* » Ce qui revient à dire, si cette proposition est vraie, que la folie exempte de toute complication, n'est jamais produite par une altération matérielle du cerveau. Cette proposition a dû vous paraître un peu hardie, surtout par le temps qui court et par les idées qui règnent parmi les médecins aliénistes. Elle est bien simple, cependant, et je ne désespère pas de vous convaincre qu'elle est aussi vraie que féconde.

Ma conviction se fonde sur des preuves de deux ordres ; les unes qu'on peut appeler pratiques ou d'observation, les autres théoriques ou d'induction. Voyons d'abord les premières.

§ Ier.

Celles-ci ont été longuement discutées à l'Académie; et c'est ici surtout que s'est montrée, dans tout son éclat, cette anarchie d'idées et de doctrines dont je vous parlais dans ma première lettre. M. Bousquet avait très nettement posé la question lorsqu'il disait dans son rapport : « L'anatomie pathologique n'est ni moins discrète ni plus facile à se laisser » surprendre que l'anatomie physiologique : le secret est » aussi bien gardé d'un côté que de l'autre. La physiologie » croit savoir que la folie répond à une altération du cerveau. » Sur la foi de la physiologie, l'anatomie se met à la recherche » de cette altération. Tantôt elle la trouve, et tantôt elle ne » la trouve pas. Quand elle ne la trouve pas, elle n'en affirme » pas moins qu'elle existe ; quand elle la trouve, l'embarras » n'en est que plus grand, tant il y a de variations : la vérité » semble fuir à mesure qu'on croit en approcher. »

C'était clair et sans ambage. C'était même très hardi, surtout pour le tempérament de l'Académie. Qu'a-t-on répondu cependant? On a fait les beaux discours que vous savez. Rassurez-vous, je n'ai ni l'envie, ni le besoin de les reproduire, ni même d'en faire l'analyse. Cela serait long et fastidieux, et ne nous conduirait à rien. Je veux seulement vous rappeler les opinions très diverses qui ont été soutenues ou qui ont généralement cours dans la science. Car ici, comme pour la définition de la folie, je trouve encore autant d'opinions que d'auteurs différens, mais je ne vois malheureusement pas un seul principe, un seul axiôme assez clair, assez évident, pour que tout le monde soit disposé à s'y rallier.

Toutes ces opinions, si on laisse de côté les nuances, peuvent se résumer en trois principales. La première est celle des aliénistes qui reconnaissent avec franchise que les recherches nécroscopiques ne leur ont donné aucune lumière ni sur le siége ni sur la cause organique de la folie. Cette opinion était celle de nos maîtres à tous, Pinel et Esquirol; elle a été ou est encore professée par quelques-uns de leurs disciples, MM. Leuret, Lélut, Guislain, etc., etc. Je suis heureux de le reconnaître, elle a été soutenue à l'Académie par M. Baillarger. Mais il est des médecins plus hardis que ces maîtres illustres, qui, pleins de confiance dans l'avenir de leurs idées préconçues, ne craignent pas d'affirmer que si on ne trouve pas toujours les altérations qui ont amené la folie, celles-ci n'en existent pas moins, et que certainement on les trouvera tôt ou tard.

Enfin, il en est quelques-uns plus heureux sans doute et plus clairvoyans, qui ont toujours rencontré ces bienheureuses altérations que tant d'autres ont cherchées en vain. Seulement ils ont gardé le secret de leurs procédés. Le nombre, d'ailleurs, en est assez restreint. On en compte jusqu'à deux que je pourrais nommer. N'avez-vous pas entendu l'un d'eux s'écrier en pleine Académie : « Quant à la prétendue rareté » des lésions anatomiques dans l'aliénation en général, je » déclare n'avoir *jamais* ouvert à la Salpêtrière ou à Bicêtre le » crâne d'aliénés, idiots ou maniaques, sans y trouver, bien » qu'à des degrés divers, une partie des altérations décrites » par MM. Bayle et Calmeil, comme inhérentes à la démence. » Que pensent de cette déclaration tranchante MM. Baillarger, Calmeil, Parchappe, Guislain, etc., qui ont été beaucoup moins heureux, et qui passent cependant pour d'assez bons observateurs? Malheureusement, notre orateur s'est arrêté là. Après avoir ainsi lancé sa profession de foi, il a prudemment passé à autre chose et en a gardé les preuves dans sa poche. Le moment ne pouvait pas être mieux choisi cependant pour proclamer à la face de tous et surtout démontrer des vérités aussi précieuses. Est-il permis d'espérer que nous ne perdrons rien pour attendre, et que l'honorable académicien en a réservé la primeur pour le livre dont il a annoncé à l'Académie la publication prochaine? Quant à moi, je le confesse en toute humilité, je le souhaite vivement sans l'espérer beaucoup.

Quoi qu'il en soit, revenons-en à nos moutons. Qu'est-ce que tout cela prouve, sinon qu'il existe entre les médecins aliénistes une divergence remarquable et tout à fait caractéristique, dans l'appréciation et l'interprétation des mêmes faits? Cette divergence et les causes qui l'ont produite ont été mises dans tout leur jour par M. Leuret dans la première partie de son livre sur le *Traitement moral de la folie.* Il n'entre pas dans le cadre de ces lettres de refaire ici cette analyse critique que M. Leuret a rendue désormais inutile. Ce qui existait, il y a quinze ans, existe encore aujourd'hui, ainsi que vous venez de le voir. Il me suffit donc de renvoyer vos lecteurs à son livre. Ils ne sauraient faire une lecture plus utile et en même temps plus attrayante. Je rappellerai seulement la proposition en forme d'axiôme qui résume cette brillante discussion : *S'il est vrai que la folie dépende d'une altération de l'encéphale, on ignore complétement en quoi consiste cette altération.*

Mais pourquoi, d'ailleurs, aurais-je besoin de rentrer dans cette discussion? La divergence que je signale et que personne ne contestera, ne prouve-t-elle pas, de la façon la plus nette, que l'anatomie pathologique de la folie est encore dans l'enfance, et n'a fourni jusqu'ici que des résultats négatifs ou contradictoires? Or, cela me suffit pour dire qu'elle est radicalement impuissante pour donner une théorie complète de cette affection. D'où vient donc que nous avons tous, tant que nous sommes, tant de peine à reconnaître et surtout à avouer cette impuissance? De deux causes également sérieuses : de notre éducation médicale d'abord, et de nos tendances trop exclusivement matérialistes. Il semblerait vraiment que nous n'osons pas regarder au delà de nos organes. Aussi combien

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Phénomènes de la digestion dans l'intestin grêle. — Usages du gros intestin. — Fonctions des veines mésaraïques; absorption du chyme; lois de l'absorption. — Élaboration du chyme par les veines mésaraïques : Galien et les physiologistes modernes. — Pourquoi la veine porte se ramifie dans le foie; loi générale. — Opinion de Galien sur la sécrétion biliaire : Galien et Erasistrate. — Découverte des chylifères : Aselli et Hérophile. — Découverte de Pecquet, révolution physiologique : Riolan et Thomas Bartholin. — Réaction, triomphe de Galien, — M. Magendie, — M. Bernard.

XIII [1].

Physiologie de Galien. — Analyse du De usu partium (suite).

Phénomènes de la digestion dans l'intestin grêle. — L'intestin grêle a, suivant Galien, deux fonctions : 1° de continuer l'élaboration commencée par l'estomac; 2° d'absorber le suc alimentaire parvenu à son plus haut point de perfection. Galien ne fait donc pas de l'estomac le siége unique des phénomènes de la digestion. Celle-ci se continue dans l'intestin grêle. Cette vérité, méconnue encore il y a un certain nombre d'années, est aujourd'hui admise partout et démontrée expérimentalement. On sait maintenant que l'estomac modifie seulement les matières albuminoïdes, laissant intactes les substances grasses et les matières féculentes qui trouvent dans les premières portions de l'intestin grêle l'agent de leur élaboration. Cette partie du tube digestif, dit Galien, continue à débarrasser le suc alimentaire des principes hétérogènes qu'il pourrait encore contenir, et perfectionne le chyme. C'est pour cela, comme aussi pour présenter une grande surface à l'absorption du chyme perfectionné, que ce segment intestinal est disposé sous forme de circonvolutions d'autant plus nombreuses que l'aliment brut est plus éloigné, par sa nature et ses qualités, de la composition du sang. L'élaboration intestinale accomplie, le suc alimentaire se sépare en deux parties distinctes ; l'une, le chyme proprement dit, est pompée par les bouches des veines mésaraïques qui la conduisent au foie ; l'autre, formée par les matières hétérogènes, résidu de l'élaboration, est chassée dans le gros intestin. C'est en cet endroit du livre de Galien que l'on voit mentionnés, pour la première fois, les vaisseaux lactés trouvés et admirablement décrits par Hérophile. On dirait que Galien ne voit pas de bon œil qu'Hérophile ait fait cette belle découverte. Il en parle à peine et regarde ce magnifique appareil de vaisseaux lactés comme un ensemble de petites veines particulières qui partent des ganglions mésentériques et qui sont destinées à nourrir l'intestin.

Usages du gros intestin. — Le gros intestin, dont Galien a fort bien décrit la structure, les cellules, dont il est creusé à l'intérieur et les bandes fibreuses longitudinales qui se déroulent à sa surface externe, le gros intestin, disons-nous, est, suivant l'auteur, un réservoir excrémentitiel ainsi qu'un organe d'expulsion par sa portion inférieure, tandis que, par sa portion supérieure ou cœcale, il jouit d'une certaine faculté d'élaboration au moyen de laquelle il sépare les dernières molécules assimilables que le résidu alimentaire pourrait encore contenir, les absorbe et les conduit également au foie. Au delà du cœcum, le gros intestin n'est plus qu'un simple réservoir qui se change, tout à fait inférieurement, en agent d'expulsion. C'est pour cela qu'à sa terminaison, il devient essentiellement musculaire et qu'il est soumis à l'influence de la volonté. Galien donne, à ce propos, une bonne description des muscles qui entourent l'extrémité inférieure du rectum, sphincters externes et internes, releveur de l'anus, etc.

Absorption du chyme : fonctions des veines mésaraïques et du foie. — La masse alimentaire, après avoir subi l'élaboration qui la transforme en chyme, élaboration qui commence à l'estomac et finit au cœcum, cette masse alimentaire, devenue le *suc*, doit aller au foie. Ce passage s'effectue par l'intermédiaire des veines mésaraïques, vaisseaux particuliers dont l'ensemble occupe toute l'étendue de l'intestin grêle et la portion cœca'e du gros intestin. Ces veines jouissent au plus haut degré de la faculté *attractrice* ou absorbante.

Voici, d'après Galien, les lois qui président à l'absorption du suc alimentaire dans l'intestin.

1° Cette absorption est d'autant plus active qu'elle se fait dans un point où les vaisseaux sont en plus grand nombre. Aussi est-elle plus considérable dans les portions supérieures de l'intestin grêle, et a-t-elle son maximum d'intensité au jéjunum; là encore l'activité de l'absorption est favorisée par une circonstance particulière, le mélange de la bile avec le chyme.

2° L'absorption est d'autant plus rapide que le trajet de l'intestin au foie est plus court; d'où, encore, la rapidité de l'absorption à la partie supérieure de l'intestin grêle.

3° L'énergie de l'absorption dépend aussi de l'abondauce et de la qualité de la masse alimentaire ;

4° De l'état de plénitude ou de vacuité du foie : plénitude, absorption lente; vacuité, absorption rapide;

5° Des besoins plus ou moins vifs de l'économie : plus vifs, absorption plus grande; moins vifs, absorption moindre; d'où il suit que la faculté absorbante sera d'autant plus développée, que le sentiment de la faim sera plus énergique.

Les veines mésaraïques ne sont pas seulement des agens d'absorption et de transport; Galien leur attribue encore une certaine puissance d'élaboration, de telle sorte que, depuis l'origine de ces veines dans l'intestin, jusqu'à leur réunion, pour former le tronc de la veine porte, et aussi dans tout le trajet de la veine porte au foie, le *suc* continue de se perfectionner. Chose remarquable, cette vue toute spéculative de Galien, nous la voyons vérifiée aujourd'hui par la physiologie expérimentale. Nous savons, par exemple, que le chyle n'est pas semblable à lui-même dans toute l'étendue des vaisseaux spéciaux dans lesquels il est contenu, mais va s'animalisant de plus en plus à mesure qu'il se rapproche du point de terminaison du canal thoracique. Nous savons éga-

(1) Voir les numéros des 9 et 16 Octobre 1855.

ai-je été heureux de pouvoir applaudir des deux mains M. Bousquet lorsqu'il s'est élevé avec tant de vivacité et de vigueur contre les prétentions des anatomo-pathologistes à expliquer les conditions intimes, mystérieuses des maladies par les altérations qu'ils découvrent sur le cadavre.

Cela vient aussi, il faut le reconnaître, de la faiblesse de nos maîtres qui, après avoir trouvé la vérité, ainsi que le font pressentir une foule de passages de leurs ouvrages, n'ont pas voulu ou osé dire toute leur pensée. C'est ce qui est arrivé à Pinel et à Esquirol. M. Leuret serait allé plus loin qu'eux, j'en ai la conviction, si la mort lui en eût laissé le temps. Son esprit était trop positif pour se contenter du résultat négatif contenu dans la proposition que j'ai rappelée. Cette négation détruisait, il est vrai, la théorie régnante, mais elle ne la remplaçait pas. Or, ce fut là un véritable malheur, qui retarda pour longtemps l'adoption de ses doctrines et les progrès ultérieurs de la science. L'esprit humain est ainsi fait, que la négation et le doute lui sont odieux et pénibles, et nécessaire au contraire l'explication telle quelle des faits qui se présentent à son observation. Il admet dès lors avec une facilité merveilleuse les théories mêmes les plus absurdes qui satisfont à cette loi de sa nature. Cette facilité même n'est pas toujours un mal, je me plais à le reconnaître. Car il est bien rare que ces théories soient fausses d'une manière absolue. Presque toujours elles contiennent une partie de la vérité, que des travailleurs plus heureux ou plus habiles sauront tôt ou tard démêler de l'erreur, et qui servira, entre leurs mains, à l'édification d'une théorie moins incomplète.

Ceci permet de comprendre ce phénomène si curieux d'une doctrine reconnue fausse ou au moins insuffisante par le plus grand nombre, survivant à toutes les attaques et même à l'abandon de ses défenseurs les plus habiles. Mais ceci prouve en même temps que cette doctrine contient une certaine somme de vérité qu'on n'a pas encore su dégager de la gangue impure qui la contient. Il est certain, en effet, qu'on trouve souvent des altérations très diverses dans le cerveau des fous; que quelques-unes de ces altérations sont spéciales à la folie, du moins *telle qu'on la comprend aujourd'hui*; et que leur réunion ne se rencontre jamais sans avoir été précédée, pendant la vie, d'un état de folie plus ou moins caractérisé.

Mais il n'est pas moins certain, d'un autre côté, que, dans beaucoup de cas, la folie ne s'accompagne d'aucune lésion matérielle appréciable du système nerveux, et que, dans d'autres, on ne trouve que des lésions insignifiantes par elles-mêmes, puisqu'on les rencontre souvent chez des individus qui n'ont jamais été fous.

Voilà deux ordres de faits dont l'existence simultanée paraît inconciliable, qui se présentent néanmoins tous les jours à notre observation. D'où vient donc une aussi bizarre anomalie? D'une erreur des plus graves qu'on semble avoir entrevue dans quelques publications récentes, et qui, selon moi, est la source unique de toutes les divisions qui règnent entre les aliénistes contemporains. De ce qu'on s'obstine encore à confondre sous le titre générique de *folie* ou *aliénation mentale*, plusieurs états pathologiques très différens les uns des autres, et qui constituent bel et bien des maladies entièrement distinctes.

J'arrive enfin au cœur de la question. La folie consiste, ainsi que je vous l'ai dit précédemment, dans l'aberration, le trouble plus ou moins complet des facultés de l'entendement. Ses causes ordinaires sont les passions et les idées. L'organisme y reste à peu près complétement étranger, ou ne manifeste sa souffrance que par des signes très variables et très fugitifs, du moins tant qu'elle reste simple et exempte de toute complication. Ainsi, j'appelle un fou l'individu qui, jouissant ordinairement d'une bonne santé, croit entendre une voix qui n'existe que pour lui, et qui lui transmet les ordres d'une puissance inconnue; qui, sous l'obsession de cette voix, raisonne, parle et agit contrairement à ses intérêts, à ses goûts, à ses idées, à ses affections, et enfin aux habitudes reçues.

J'appelle encore un fou l'homme qui, frappé dans ses affections ou sa fortune, tombe peu à peu dans un désespoir profond contre lequel toute réaction de sa volonté est impuissante; qui s'exagère au delà de toute mesure l'étendue de son malheur, s'isole de ses semblables et se concentre en lui-même comme pour mieux en savourer l'amertume; qui bientôt, prenant en aversion tout ce qui l'entoure, voit autant d'ennemis acharnés à sa perte dans les gens qu'il aimait le plus autrefois, dans sa femme, ses enfans, ses amis les plus dévoués, interprète et travestit leurs paroles et leurs actes dans le sens de ses craintes, de ses soupçons chimériques; qui enfin, dominé tout entier par cette triste aberration de ses facultés morales, en arrive parfois aux actions les plus terribles et les moins justifiées.

Enfin, j'appelle encore des fous, celui qui, sans motif appréciable d'aucune sorte, se croit poursuivi par des ennemis inconnus, et vit dans des angoisses continuelles, causées par l'attente de leurs persécutions ou de leur vengeance; celui qui s'abandonnant aux inspirations d'un orgueil que rien ne justifie, se proclame d'emblée, empereur, roi, pape, etc., etc. Je pourrais multiplier indéfiniment ces exemples; car les formes et les variétés de la folie sont innombrables.

Mais je n'appellerai pas des fous, *l'idiot* et le *dément*, l'un qui n'a jamais eu ni intelligence ni facultés morales, l'autre chez lequel celles-ci sont perdues et abolies pour toujours. On me dira en vain que la démence est une terminaison fréquente de la folie. Cela me prouvera-t-il qu'elles ne forment qu'une seule et même affection, lorsque tant de caractères essentiels les séparent? N'est-ce pas absolument comme si on vous disait que la pneumonie chronique et la phthisie pulmonaire ne sont pas des maladies différentes, parce que l'une est assez souvent la conséquence de l'autre?

Appellerais-je avec plus de raison un fou, celui qui, épuisé à la longue par une vie de désordre et des excès de tout genre, tombe lentement dans l'état morbide si complexe et si fatal qu'on a désigné, bien à tort, sous le nom de *paralysie générale des aliénés*? Ici tout est différent; tout, symptômes, causes, marche et nature de la maladie, gravité du pronostic, tout établit entre cette affection et la folie la démarcation la plus tranchée. S'il est vrai que les facultés de l'entendement sont le plus souvent atteintes, elles sont affaiblies ou perdues plutôt que troublées; le délire, quand il existe, revêt toujours à peu près les mêmes caractères. Et puis ce n'est là, en réalité, qu'un épiphénomène de la maladie plus grave et plus profonde qui affaiblit graduellement toutes les fonctions de la vie de relation d'abord, et plus tard de la vie organique, et finalement conduit le malade à la mort par une pente insensible, mais sur laquelle il lui est impossible de s'arrêter jamais.

Est-il permis de confondre sous une dénomination commune deux états pathologiques si essentiellement différens, dont l'un est constamment incurable et nécessairement mortel, dans un espace de temps qu'on peut pour ainsi dire mesurer d'avance; dont l'autre, au contraire, guérit très fréquemment, peut durer de longues années, sans jamais compromettre la vie par lui-même, et qui ne devient mortel que par sa réunion avec une autre maladie? Il est évident que cette confusion, concevable jusqu'à un certain point, avant les travaux des aliénistes modernes, n'est plus possible aujourd'hui. Les orateurs de l'Académie l'ont à peu près tous reconnu d'une manière plus ou moins explicite.

Or, les idiots, les démens et les paralytiques forment généralement la moitié ou peu s'en faut de la population de nos asiles d'aliénés. C'est parmi eux que la mort choisit à peu près constamment ses victimes, et ce sont leurs cerveaux qui servent presque exclusivement aux recherches d'anatomie pathologique. Cette remarque n'est pas sans importance, et permet de comprendre l'assurance des uns, l'incertitude des autres. Car c'est précisément chez les fous prétendus qui sont atteints de ces dernières maladies, qu'on trouve le plus ordinairement les altérations matérielles de l'encéphale si souvent décrites par les auteurs.

(*La suite à un prochain n°.*) E. LISLE.

THÉRAPEUTIQUE.

DE LA MÉDICATION STIBIÉE COMME TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE;

Par M. le docteur V. POULET, médecin à Plancher-les-Mines.

Expertentia fallax.

Quand une question nouvelle, intéressant la santé publique, s'agite dans l'arène où lutte incessamment la presse, il est du devoir de chacun d'apporter son contingent de faits et d'inductions, pour que la vérité sorte triomphante et manifeste. Garder alors les résultats de sa propre expérience, cacher, en Harpagon, son trésor à tous les yeux et s'endormir dans une délicieuse, mais égoïste abstention, serait aussi condamnable que de laisser de belles armes agencées en trophée, au moment où la patrie en danger fait un appel à la valeur de ses enfans.

Plus meurtrière que la guerre la plus désastreuse, la fièvre typhoïde ne cesse de frapper à coups aveugles et mortels sur l'élite de notre population. Chaque année, les comptes rendus de l'Académie de médecine témoignent assez, par la multitude de rapports qui ont cette maladie pour objet, de la fréquence et de la gravité de ses épidémies. Une fraction considérable de la mortalité générale est due à cette cause. Il importe donc que la pratique soit, autant que possible, fixée sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde, et du moins que des essais souvent dangereux de méthodes nouvelles ne s'exécutent point sur une large échelle.

Or, voici qu'un honorable confrère, M. le docteur Renouard, dans un article de la *Revue médicale* (août 1855), reproduit par l'UNION MÉDICALE du 28 août, ne craint pas de publier, avec une confiance illimitée, les merveilleux résultats qu'il a obtenus de la médication stibiée interne. Quatre cas, quatre succès, soit : 100 p. 100. Le mirage de si brillantes cures ne manquera pas d'éblouir un certain nombre de praticiens. C'est pour les prémunir contre le danger d'une innovation si séduisante, que je viens aujourd'hui raconter loyalement ce que j'ai fait, ce que j'ai vu. L'idée du contro-stimulisme appliqué à la fièvre typhoïde, déjà fécondée par Rasori, a surgi depuis longtemps dans mon esprit, et c'est elle qui est devenue le point de départ de mes essais de la méthode *épidermo-stibiée*, sur laquelle j'ai adressé à l'Académie de médecine un mémoire

---

lement que ce liquide, à sa sortie des ganglions mésentériques, n'est pas le même qu'à son entrée. Donc, au sein des vaisseaux qu'ils parcourent, et en dehors de l'action des glandes spécialement chargées de les élaborer, les liquides peuvent subir certaines modifications. C'est ainsi que, hors du foie, se détruit rapidement la matière sucrée formée par cet organe.

Outre le suc alimentaire, les veines mésaraïques contiennent aussi, d'après Galien, du sang déjà formé. Ici l'auteur, ignorant la circulation, ne sait comment s'y prendre pour faire marcher à la fois, dans ces vaisseaux, et le sang et le chyme; il semble, car sa pensée n'est pas claire, admettre un double courant de l'intestin au foie pour le suc alimentaire, du foie à l'intestin pour le sang. Avant d'arriver au foie, les veines mésaraïques soutenues mollement par le pancréas et les ganglions mésentériques, auxquels Galien ne voit pas d'autre usage que de servir de coussins à ce système de vaisseaux, les veines mésaraïques, disons-nous, se réunissent en un seul tronc, la veine porte qui va s'enfoncer dans le parenchyme hépatique et s'y divise, dès son entrée, en une foule de branches, de rameaux et de ramuscules qui se perdent dans la substance de l'organe. Le but de cette disposition singulière est, suivant Galien, de ralentir le cours du suc alimentaire auquel le foie doit faire subir une élaboration importante, et de multiplier les points de contact de la surface élaborante avec la matière à élaborer, en vertu de cette loi générale d'après laquelle, toutes les fois qu'une élaboration ou une séparation de matières doit avoir lieu, dans un organe, la surface de celui-ci s'étend et se multiplie dans le double but : 1° de ralentir le cours des matières; 2° de favoriser leur absorption ou leur élaboration, s'il y a lieu. C'est ainsi que le tube digestif se renfle, pour recevoir les alimens, en une cavité spacieuse, l'estomac, dans laquelle le pylore, par son occlusion, les force à séjourner; c'est ainsi encore que ce même tube digestif se contourne en circonvolutions plus ou moins nombreuses; que les veines cérébrales forment mille plexus, au niveau des ventricules latéraux, lieu d'élaboration de l'esprit vital et de sa métamorphose en esprit animal. Cette loi posée par Galien, la physiologie moderne, l'a pleinement confirmée et développée en montrant, dans toute la série animale, le développement des glandes en rapport avec l'énergie de leurs fonctions; l'étendue de plus en plus grande des poumons chez les reptiles, les mammifères et les oiseaux, correspondant à l'accroissement graduel de la température normale du sang chez ces différens animaux; le volume et la multiplicité des circonvolutions cérébrales en rapport avec le développement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles.

Le but de la division de la veine porte dans le foie est donc de présenter au liquide alimentaire une surface très étendue sur laquelle il pourra s'étaler, en quelque sorte, pour mieux subir l'élaboration merveilleuse qui doit le transformer finalement en un liquide divin, le sang. Cette transformation définitive se fait dans le parenchyme même du foie, auquel Galien trouve beaucoup de ressemblance avec une masse de sang coagulé.

Mais le foie n'est pas seulement un organe de sanguification, c'est encore un agent de dépuration. De l'exercice de cette fonction secondaire, résulte la formation de la bile. Ce liquide est composé de matériaux hétérogènes dont le sang se débarrasse par l'intermédiaire du foie et qui doivent être jetés au dehors par un système particulier de conduits, l'appareil *cholédoque*, qui vont du foie à l'intestin et amènent la bile dans l'intérieur de ce dernier. Contrairement à l'opinion d'Érasistrate, qui faisait de la production de la bile, la fonction essentielle du foie, Galien ne lui accorde que le second rang dans l'ordre des fonctions hépatiques. La fonction principale est la formation du sang, le reste est accessoire, et la bile n'est que le résidu de la dépuration du liquide sanguin. Cependant, cette bile ne serait pas un produit complétement excrémentitiel, sans quoi, au lieu de la faire passer par l'intestin, la nature l'aurait jetée directement au dehors. Elle favoriserait l'absorption, en se mélangeant avec le suc alimentaire et en provoquant par son action irritante sur la fibre musculaire de l'intestin, l'expulsion des mucosités contenues dans celui-ci. Galien ne pense pas que la bile puisse servir à la digestion.

Arrêtons-nous ici un instant, et, jetant un regard autour de nous, voyons ce qu'est devenue cette théorie de Galien sur l'absorption du suc alimentaire par les veines mésaraïques et sa transformation en sang par le foie. Cette grande théorie a régné en physiologie pendant quatorze siècles; elle est restée debout jusqu'à une époque très rapprochée de la nôtre; elle était encore pleine de vie au commencement du XVIIme siècle, époque féconde en admirables découvertes. En effet, en même temps que Harvey, l'immortel Harvey, révélait au monde le grand mystère de la circulation du sang, Aselli, en 1624, retrouvait les vaisseaux lactés ou chylifères, si bien vus et si bien décrits par Hérophile. Seulement, au lieu de les faire terminer aux ganglions mésentériques, il les faisait aboutir au foie. La découverte d'Aselli ne changeait donc en rien les idées de Galien relativement aux fonctions du foie considéré comme organe de sanguification.

Sur ces entrefaites arrivait à Paris un inconnu, venant de Dieppe, où il cultivait l'anatomie et exerçait obscurément la médecine; il avait nom Pecquet. Cet homme annonce qu'il vient de découvrir, sur la colonne vertébrale, un canal auquel il donne le nom de canal thoracique. Pecquet semble être venu au monde tout exprès pour trouver le canal thoracique. Avant cette découverte, qui connaissait son nom? Personne; après sa découverte, il disparaît complétement de la scène, et l'on n'entend plus parler de lui. Or, cette découverte de cet homme inconnu portait dans ses flancs toute une révolution physiologique. Dès ce moment, tout s'émeut. Riolan, singulier personnage qui, sa vie durant, ne fut occupé qu'à battre en brèche toutes les découvertes non conformes aux doctrines de Galien, le fougueux Riolan tonnait au Collége de France et contre la découverte de Harvey et contre celle de Pecquet. Une lutte ardente, acharnée s'engagea, à propos de cette dernière, entre lui et un certain nombre de médecins, ayant à leur tête Thomas Bartholin. Riolan succomba, et la lutte fut terminée par une épitaphe plaisante dans laquelle le vainqueur faisait l'éloge funèbre du foie.

Depuis ce moment, une révolution considérable se fait dans la philosophie galénique. Tout le suc alimentaire passe par les chylifères, les veines mésaraïques n'absorbent plus, le foie, dépossédé de son beau rôle de dépurer et de former le sang, est tristement réduit à faire de la bile; l'opinion d'Erasistrate ressuscite après quatorze siècles; mais cette révolution malheureuse ne devait pas porter de longs fruits; bientôt devait sonner, pour Galien, l'heure de la réhabilitation et du triomphe. Dans une série d'expériences, M. Magendie démontre que les veines jouissent, comme les vaisseaux lymphatiques, de la faculté d'absorber, et que, parmi elles, les veines mésaraïques sont spécialement affectées à l'absorption du suc alimentaire; bientôt après on fait équitablement la part des vaisseaux chylifères et des veines mésaraïques. Aux premiers sont confiés l'absorption et le transport des matières grasses; aux dernières l'absorption et le transport des matières albuminoïdes.

Voilà donc ce grand fait trouvé par Galien, savoir le passage du suc alimentaire de l'intestin dans le foie démontré par l'expérimentation moderne. La science du XIXme siècle, après tant de travaux et de recherches, se réduit, en définitive, à prouver expérimentalement cette idée de Galien, que le suc alimentaire ne se déverse dans le sang qu'après avoir traversé le foie. Ainsi, pendant cent cinquante ans, nous avons été trompés sur la route que suit le suc nutritif, au sortir de l'intestin. Sous ce rapport, on peut dire que la découverte de Pecquet a été fatale aux progrès de la physiologie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

dont elle s'empresse peu de rendre compte. J'ai administré le tartre stibié à l'intérieur, à doses réfractées, soit comme adjuvant des frictions stibiées, soit comme base principale ou unique du traitement. Comme le mémoire cité est entre les mains d'une commission, il ne m'est permis de parler que des derniers essais, c'est-à-dire de ceux où le tartre stibié à l'intérieur a été employé à l'exclusion de la méthode *stibio-iatraleptique*.

Mais, avant de relater les faits qui me sont propres, il est bon de rappeler brièvement en quoi consiste la méthode de M. Renouard.

Rien de plus simple et de plus commode. Une formule identique est applicable à tous les cas. On commence par l'expectation, au début; et, « quand la période confirmée est survenue, quels que soient les symptômes dominans, quelle que soit la forme de la maladie » (*sic*), on a recours à une médication unique, consistant dans l'administration par cuillerée, d'heure en heure, de la vulgaire et classique potion stibiée. Presque toujours deux potions, renfermant chacune 15 à 20 centig. de principe actif, suffisent; après quoi la maladie doit revêtir un caractère des plus bénins, et l'heureux malade arrive, *sans encombre et sans avarie*, à une convalescence plus ou moins lente. Suivant l'opinion de l'inventeur, ou plutôt de l'imitateur rasorien, le tartre stibié n'est pas, dans cette circonstance, un remède spécifique, il satisfait purement et simplement à une indication des plus importantes : celle de prévenir ou de dissoudre les congestions viscérales.

Telle est la pratique; telle est la théorie. C'est séduisant; mais, il faut l'avouer, peu vraisemblable. *A priori*, on se demande comment il se fait que quelques grains de tartre stibié, *à supposer qu'ils aient pour effet de s'opposer aux congestions viscérales*, peuvent prolonger leur action pendant plusieurs jours, que dis-je? pendant plusieurs septenaires, et prévenir si longtemps à l'avance et définitivement tout engouement des organes. L'étonnement augmente encore, en réfléchissant qu'il s'agit le plus souvent de congestions passives, hypostatiques, sur lesquelles le tartre stibié doit avoir peu de prise. En outre, si le remède n'est pas un *spécifique*, pourquoi l'appliquer à tous les cas indistinctement? Pourquoi ne tenir aucun compte des constitutions médicales diverses? N'est-ce pas là le fait d'un spécifique?

Toutefois, dit le poète,

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable.

C'est donc au tribunal des faits qu'il faut en référer. Au fond, M. Renouard peut avoir eu la chance de tomber sur quatre cas naturellement heureux, naturellement exempts de toute congestion viscérale. Il est nécessaire que ces premiers résultats soient contrôlés par une plus ample observation. J'espère démontrer : 1° que l'action *présente* et *future* attribuée au tartre stibié sur les viscères est illusoire, et que les congestions internes, quand elles doivent survenir, n'en sont point contrariées; et 2° que cet agent n'est pas sans danger, à raison de la prostration que, parfois, il détermine dans les maladies miasmatiques.

Si j'essaie de contrecarrer ainsi les espérances d'un honorable confrère qui mérite et possède toute mon estime, on comprendra que l'intérêt de la science, et par dessus tout de l'humanité, est mon seul mobile. Aussi, après m'être livré, à regret, à une critique légitime, m'empresserai-je de faire connaître, avec impartialité, en quelles circonstances le tartre stibié à l'intérieur m'a rendu des services; et je m'applaudirai de m'être rencontré dans la même voie avec M. le docteur Renouard.

Le premier point que je veux établir, c'est que le tartre stibié, à doses réfractées, n'empêche point les congestions viscérales de se former. C'est ce que l'on verra dans l'observation suivante, où la tuméfaction de la rate, l'engouement pulmonaire, et, en fin de compte, la pneumonie lobulaire se développèrent en dépit de cet agent.

OBSERVATION I. — *Fièvre typhoïde; — traitement par le tartre stibié à doses très réfractées; — ampliation de la rate; — engorgement pulmonaire, et finalement pneumonie lobulaire; — mort.*

Mérique (Adèle), 22 ans, tempérament sanguin, bien réglée, est malade, pour la première fois, depuis le 21 novembre 1854.

25 novembre. Pouls à 88. Chaleur intense. Insomnie et vive céphalalgie. Epistaxis. Toux fatigante. Rien à l'auscultation. Langue humide, présentant la teinte livide habituelle à l'épidémie régnante. Légère tension de l'abdomen. Pas de gargouillemens. Hier la malade a pris, de son chef, une bouteille d'eau de Sedlitz, qui a provoqué de nombreuses selles.

Traitement : 1 décigramme de tartre stibié divisé en trente paquets; un paquet toutes les heures.

NOTA. Je donnais la préférence à ce mode d'administration, parce qu'il me semblait propre à faire absorber le médicament dans les premières voies et à éviter tout effet irritant sur l'intestin; mais je ne tardai pas à l'abandonner, à cause de la pustulation que produit le contact direct du tartre stibié sur les points de la langue où les paquets sont déposés.

26 novembre. Pouls à 88, moins tendu. Chaleur moindre. Langue très blanche et commencement de pustulation à son extrémité et à la face interne de la lèvre supérieure. Blancheur des gencives et liseré rouge à leur sertissure. Diarrhée abondante. Ventre souple. Mieux-être. Suspension momentanée du tartre stibié, qui est sans doute la cause efficiente de la superpurgation.

27 novembre. Odeur typhoïde. Pouls à 92, et chaleur. Agitation nocturne. Plaintes. Toux fatigante et expectoration muqueuse. Quelques râles sonores à l'auscultation. La langue est dépouillée des plaques blanches dont elle était couverte. Nausées et efforts de vomissemens. Huit selles. Ventre souple.

Traitement : Reprise du tartre stibié à doses réfractées; 7 à 8 centigrammes dans les vingt-quatre heures.

28 novembre. Pouls à 84, sans résistance. Un peu plus de sommeil et moins de toux. Abattement. Langue jaunâtre. Trois selles. Gargouillement et douleur à la pression de la fosse iliaque droite. La percussion fait découvrir que la rate est d'un tiers plus volumineuse que normalement.

Traitement : Continuation du tartre stibié. Lavement laxatif.

30 novembre. Pouls à 92. Peau du visage fraîche. Insomnie. Prostration. Réponses lentes. Semi-surdité. Langue jaunâtre. Efforts de vomissemens. Des vomissemens bilieux ont eu lieu hier. 4 centig. seulement de tartre stibié ont été administrés. Même traitement.

Les urines du 29, soumises à l'analyse, contiennent des traces d'antimoine à l'appareil de Marsh. Le procédé d'analyse employé est décrit dans mon mémoire sur la méthode épidermo-stibiée. Les précautions dont je me suis entouré, le soin de faire fonctionner d'abord l'appareil à blanc avec les réactifs qui ont servi à l'analyse, les résultats constamment négatifs, obtenus après l'usage des frictions stibiées, garantissent de toute erreur.

1er décembre. Pouls à 92, plus petit et moins de chaleur. Sommeil calme. Langue plus nette. Vomissemens bilieux. Quatre selles. Ventre détendu. — Tartre stibié, 7 à 8 centig. par jour.

3 décembre. Pouls à 108. Joues colorées. Insomnie. Plaintes. Réponses lentes. Prostration. Liseré rouge aux gencives, dont la base est couverte, au niveau des incisives, d'une couche pultacée blanche. Taches rosées lenticulaires à la base du thorax. Toux. Râles ronflans dans les deux poumons. En arrière, à gauche, râles sous-crépitans, et à la percussion sub-matité. Diarrhée. Sensibilité du ventre à la pression.

Traitement : Tartre stibié à l'intérieur. Vu son impuissance, il est suspendu à partir de ce jour. Large vésicatoire sur le côté gauche.

6 décembre. Pouls à 112. Joues colorées. Hébétude de la face. Respiration inégale, vite. 48 respirations permanentes. Toux fréquente et expectoration muqueuse. Râles sous-crépitans abondans dans le poumon gauche, en arrière et sur le côté. Diarrhée. Pansement du vésicatoire.

8 décembre. La malade a des crises dans lesquelles elle se livre à des efforts inouis de vomissemens. Alors elle est sur son séant, haletante, avec la respiration prodigieusement accélérée. Le pouls, très fréquent, à 150. De violens efforts n'amènent qu'une expectoration visqueuse. Du reste, face injectée. Surdité. Langue nette. Râles trachéaux par intervalles. Quatre ou cinq selles. Insensibilité du ventre à la pression, etc.

Le 9, symptômes d'asphyxie; marbrure de la face, etc.

Mort le 10 décembre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Trente-huitième et Trente-neuvième Leçons.

SOMMAIRE. — Trois opinions de Buffon en paléontologie réfutées. — Examen des mammifères fossiles (suite). — Restitution des pachydermes de Montmartre par Cuvier. — Cavernes à ossemens fossiles.

Avant de poursuivre la revue rapide que je fais avec vous des êtres fossiles, je mentionnerai, pour les réfuter, trois opinions de Buffon qui se rapportent à notre sujet :

1° Buffon croyait que « les animaux dont nous ne connaissons pas les analogues vivans, étaient beaucoup plus grands qu'aucune espèce du même genre actuellement subsistante. »

C'est là une conjecture que démentent les faits. Le mastodonte était à peine plus gros, le dinothérium n'était pas beaucoup plus gros que notre éléphant. Quant aux autres quadrupèdes fossiles, leur taille, en général, ne dépassait pas, ou même n'atteignait pas celle de l'éléphant.

Ce qui paraît vrai c'est que les grandes espèces étaient plus nombreuses parmi la population fossile, qu'elles ne le sont aujourd'hui parmi la population vivante.

La disparition d'un très grand nombre d'espèces de grande taille et par suite, la découverte de leurs débris dans les couches terrestres, voilà ce qui a pu faire illusion à Buffon.

2° L'auteur de l'*Histoire naturelle* croyait aussi que les animaux fossiles étaient les *ancêtres* — c'est le terme qu'il emploie — des animaux actuellement vivans.

Oh! pour le coup, erreur manifeste et absolue. Les espèces fossiles sont des espèces *différentes* de celles qui vivent aujourd'hui, et ce sont des espèces *perdues*. J'ai démontré, au commencement de ce cours, la fixité de l'espèce : le mastodonte n'a pas pu donner l'éléphant des Indes ou l'éléphant d'Afrique. La transmutation des espèces est une chimère égale, pour le moins, à celle de la trausmutation des métaux.

3° Enfin, Buffon soutient que « en général, on doit regarder le Continent de l'Amérique comme une terre *nouvelle* dans laquelle la nature n'a pas eu le temps d'acquérir toutes ses forces, ni celui de les manifester par une très nombreuse population. »

Cette opinion est encore accréditée parmi le vulgaire : en se servant du mot *Nouveau-Monde*, on donne à ce terme la double acception de terre nouvellement découverte et nouvellement formée.

Dans le vrai, tous nos Continens — je laisse de côté de petites îles volcaniques qui peuvent être, ou sont, en effet, de formation récente — tous nos Continens, couverts autrefois par les eaux, sont nés de la même retraite des eaux, et sont de même date. Tous les Continens actuels sont contemporains.

Sur ce sujet, je ne puis mieux faire que d'opposer à Buffon un homme qui, comme lui, a vu la nature *en grand*, M. de Humboldt. La page suivante des *Tableaux de la Nature* brille par la raison et par un certain tour original :

« Des écrivains, d'ailleurs justement célèbres, ont trop souvent répété que l'Amérique est, dans toute l'acception du mot, un nouveau continent. Cette richesse de végétation, les immenses cours d'eau dont elle est arrosée, la puissance et la fermentation continuelle des volcans, annoncent, suivant eux, que la terre, toujours tremblante et encore détrempée, est là plus voisine que dans l'Ancien Monde de l'état primordial du chaos... Ces images capricieuses de jeunesse et d'agitation, opposées à la sécheresse et à l'inertie de la terre vieillissante, ne peuvent prendre naissance que dans les esprits qui se font un jeu de chercher des contrastes entre les deux hémisphères, et ne se donnent pas la peine d'embrasser d'un coup d'œil général la structure des corps terrestres. Faut-il regarder l'Italie méridionale comme plus récente que l'Italie du nord, parce qu'elle est presque incessamment tourmentée par des tremblemens de terre et des éruptions volcaniques? Que sont d'ailleurs aujourd'hui les volcans et les tremblemens de terre? Quels pauvres phénomènes si on les compare avec les révolutions de la nature !

» .... Aujourd'hui (j'écrivais ceci il y a quarante-deux ans) l'agitation physique et le calme politique règnent dans le Nouveau-Monde, tandis que dans l'Ancien les luttes des peuples troublent la jouissance que leur offre le repos de la nature. Peut-être viendra-t-il des temps où, dans ce singulier contraste entre les forces physiques et les forces morales, un hémisphère prendra le rôle de l'autre. Les volcans reposent durant des siècles avant de faire rage de nouveau, et l'idée que les puissances de la nature doivent vivre en paix dans le continent le plus vieux, n'est fondée que sur un jeu de notre imagination. On ne peut supposer aucune raison pour qu'une partie de notre planète soit plus vieille ou plus jeune que l'autre...

» Sans doute, il est arrivé que.... des îles ont été rattachées, par voie de soulèvement, à des masses continentales; que d'autres contrées se sont abîmées par suite des oscillations du sol. Mais en vertu des lois hydrostatiques, on ne peut se représenter d'inondation générale que comme existant simultanément dans toutes les parties du monde et sous tous les climats. »

Ces opinions de Buffon réfutées, je reprends l'examen des mammifères fossiles.

Vous connaissez l'éléphant fossile ou *mammouth* des Russes. Je vous parlerai maintenant du *mastodonte*, autre animal gigantesque.

En 1739, un officier français, M. de Longueil, naviguant dans l'Ohio, des sauvages de sa troupe découvrirent, à peu de distance de ce fleuve, des os, des mâchelières et des défenses d'un grand animal. L'année suivante cet officier trouva, dans la même localité, un fémur, une extrémité de défense et trois mâchelières. Les sauvages regardaient ces ossemens, épars au Canada et dans la Louisiane, comme provenant d'un animal qu'ils appelaient le *père aux bœufs*. M. de Longueil rapporta le tout à Paris.

Ces débris frappèrent Buffon et lui firent concevoir l'idée d'une espèce perdue : « Tout porte à croire, dit-il, que cette ancienne espèce, qu'on doit regarder comme la première et la plus grande de tous les animaux terrestres, n'a subsisté que dans les premiers temps et n'est point parvenue jusqu'à nous. »

On désigna l'animal auquel appartenaient ces débris sous le nom vague d'*animal de l'Ohio*.

Daubenton rapportait à l'hippopotame une partie des ossemens trouvés près de l'Ohio, et l'autre partie à l'éléphant.

W. Hunter prétendait, à son tour, que le tout appartenait à un éléphant, et, voyant aux mâchelières des tubérosités formidables, il voulait que cet éléphant fût *carnivore*.

Cuvier mit fin aux incertitudes. Il fit voir que cet animal devait former un genre particulier comprenant plusieurs espèces. Il l'appela *mastodonte*, de deux mots grecs qui signifient *dents mamelonnées*.

Le mastodonte était un quadrupède de la forme et de la taille de l'éléphant, pourvu comme lui d'une trompe et de longues défenses implantées dans l'os incisif, ayant des pieds de la même structure, et n'en différant, en un mot, d'une manière essentielle, que par ces dents molaires armées de tubercules ou mamelons.

Dinothérium est le nom générique d'un très grand mammifère. Cuvier, qui n'en avait connu que les dents molaires et un radius mutilé, l'avait appelé *tapir gigantesque*. Le nom qu'il porte actuellement lui vient de M. Kaup, qui en a découvert, en 1829, une mâchoire inférieure dans les sablières d'Eppelsheim (Prusse rhénane).

Le dinothérium surpassait en grandeur et en force les plus grands éléphans, et sa tête était non moins extraordinaire par sa grosseur et par sa force que celle de ces derniers animaux. Deux défenses, dont les pointes étaient dirigées vers la terre, lui sortaient aussi de la bouche; mais elles appartenaient à la mâchoire inférieure qui, à cet effet, était recourbée en bas, en décrivant un quart de cercle immédiatement en avant des molaires, disposition qui ne se trouve dans aucun des animaux actuels connus.

Voici le *mégathérium*. Son organisation nous offre, sur une grande échelle, un composé des organisations des paresseux, des fourmiliers et des tatous actuels.

Il est douteux qu'il existe plus d'une espèce d'*hippopotame* vivante; et il est incontestable qu'on en rencontre plusieurs espèces fossiles.

Le *rhinocéros* avait aussi ses analogues dans la nature fossile. En 1822, Cuvier comptait déjà quatre espèces de rhinocéros fossiles. Nous n'avons pas oublié le rhinocéros couvert de sa peau, que Pallas trouva en Sibérie.

Les mammifères que nous avons vus jusqu'ici appartiennent, sauf le mégathérium, à l'ordre des pachydermes, et on les trouve tous dans les terrains meubles et d'alluvion. Remarquons que, bien que toutes ces espèces de pachydermes soient perdues, les genres auxquels elles appartiennent subsistent.

Il n'en est pas de même des pachydermes trouvés, pour la plupart, dans les carrières à plâtre de Montmartre, pachydermes qui sont : le *palæothérium*, l'*anoplothérium*, le *lophiodon*, etc. De ceux-ci tout est perdu, les genres aussi bien que les espèces.

Je ne puis vous parler de ces derniers animaux sans vous parler de la *restitution* que Cuvier en a faite et de la loi célèbre des *corrélations organiques* qui l'a guidé dans cette restitution.

La loi des *corrélations organiques* est d'ailleurs si connue que je n'aurai besoin que de la rappeler.

Tout être organisé forme un ensemble, un système unique dont toutes

les parties se correspondent et concourent toutes à la même action définitive par une réaction réciproque. Aucune de ces parties ne peut changer sans que les autres changent aussi; et, par conséquent, chacune d'elles, prise séparément, indique et donne toutes les autres.

Prenons pour exemple un animal carnivore : il faudra nécessairement que ses organes des sens soient construits pour apercevoir la proie vivante, et l'apercevoir de loin; ses organes du mouvement pour la poursuivre; ses griffes pour la saisir et la déchirer; ses dents pour la découper; ses intestins pour la digérer. Toutes ces formes d'organes sont rigoureusement enchaînées l'une à l'autre, de telle sorte que la présence ou l'absence de l'une d'elles révèle, avec toute certitude, la présence ou l'absence de toutes les autres.

Cuvier ayant trouvé la loi des *corrélations organiques*, l'appliqua de la manière la plus heureuse aux fossiles de Montmartre.

Tout, dans cet ossuaire d'une antique population, était mêlé; les ossemens y étaient incomplets, mutilés. « Il fallait, dit Cuvier, que chaque os allât retrouver celui auquel il devait tenir. C'était presque une résurrection en petit, et je n'avais pas à ma disposition la trompette toute-puissante; mais les lois immuables prescrites aux êtres vivans y suppléèrent. »

Cuvier commença par rassembler les dents : un premier examen lui montra que presque tous les animaux de Montmartre avaient des dents molaires d'herbivores pachydermes.

Il parvint ensuite à former, de ces dents, deux séries différentes, deux systèmes complets : un système à canines saillantes et un système sans canines saillantes. Voilà déjà, d'après la seule restitution des dents, deux espèces distinctes; et les différences qui les séparent ne sont pas seulement *spécifiques*, elles sont *génériques*. Chacune de ces espèces deviendra le type d'un genre : le genre à canines saillantes sera celui des *palæothériums*, et le genre à canines non saillantes sera celui des *anoplothériums*.

Les dents ayant donné à Cuvier deux genres, il se dit que, dans le chaos des ossemens non restitués, toutes les autres parties du squelette devaient lui donner pareillement deux genres. La loi des *corrélations organiques* le voulait ainsi. Et, en effet, Cuvier restitua des têtes et des pieds de deux genres différens.

Cela fait, il ne lui restait plus qu'à rapporter chaque pied à sa tête et chaque tête à son système dentaire.

Il réunit d'abord les pieds de derrière avec les pieds de devant. Il avait trouvé deux sortes de pieds de derrière, à trois et à deux doigts; et aussi deux sortes de pieds de devant, à trois et à deux doigts pareillement. Guidé par les rapports de proportion qu'il trouvait dans les parties fossiles et par les analogies que lui présentaient les espèces vivantes, Cuvier réunit ensemble les pieds de derrière et les pieds de devant qui avaient deux doigts; puis il réunit, de même, les pieds de derrière et les pieds de devant qui avaient trois doigts. Il rattacha les quatre pieds à deux doigts au système dentaire sans canines saillantes, ce fut le genre *anoplothérium*, et les quatre pieds à trois doigts au système dentaire avec canines saillantes, et ce fut le genre *palæothérium*. Puis, il relia successivement à chaque genre les os du crâne, du tronc et des extrémités qui lui appartenaient; il refit, enfin, le squelette entier de chaque genre.

Cette *résurrection* était à peine achevée que le hasard fit découvrir, à Pantin, un squelette presque entier de l'un de ces animaux, d'un *palæothérium*, et toutes les prévisions de Cuvier se trouvèrent confirmées; le squelette donné par la nature et le squelette reconstruit par le génie du savant étaient identiques.

S'il est permis de dire que la science a ses actions d'éclat, c'en est une — on doit la citer entre toutes — que la restitution des fossiles de Montmartre. Les découvertes que la science a faites depuis, quelque brillantes qu'elles soient, n'ont pas effacé le merveilleux de cette restitution.

Entre les mammifères fossiles, les pachydermes ont été l'objet des premières et des plus importantes études. Tous les autres ordres de la classe des mammifères ont aussi des représentans et de nombreux représentans dans la nature fossile. La démonstration complète de toutes ces espèces n'entre pas, je l'ai déjà dit, dans le plan de mon cours.

Je me bornerai, en terminant cette revue, à vous dire quelques mots des carnassiers.

C'est dans des cavernes qu'on a trouvé la plus grande partie des ossemens de carnassiers. Dans la caverne de Gaylenreuth, la plus célèbre, où le sol, suivant l'expression de Cuvier, est *pétri* de dents et de mâchoires, les ours forment les trois quarts des débris fossiles. Le reste se compose d'ossemens d'hyènes, de tigres, de loups, de renards, de gloutons, de putois. Enfin, quelques espèces herbivores, en très petit nombre, complètent la population fossile de la caverne.

De nos jours, des cavernes à ossemens fossiles ont été découvertes dans un grand nombre de localités et principalement dans le midi de la France.

Quelle est la cause qui a accumulé tant d'ossemens dans ces retraites? J'ai vu la caverne de Lunel-Vieil, près Montpellier, presque au moment de sa découverte, quand elle était *vierge*. Je fus frappé du bel état de conservation des ossemens qu'elle contenait. Ils paraissaient avoir été déposés là tranquillement. Les squelettes, pour la plupart, étaient presque complets; les parties qui manquaient à un squelette, on les retrouvait quelques pas plus loin. Les os avaient conservé leurs apophyses et jusqu'à leurs épiphyses, quand celles-ci n'étaient pas encore soudées.

Il fut évident, pour moi, que ces ossemens si bien conservés, non roulés, avaient été amenés dans les cavernes des bords les plus voisins, et y avaient été amenés par une cause qui ne pouvait être qu'une cause aqueuse.

Suivant moi, c'est la même inondation, ce sont les mêmes eaux qui, agissant sur les plaines, y ont déposé les cadavres des grands animaux que nous connaissons, — éléphans, mastodontes, rhinocéros, etc., — et qui, s'engouffrant dans les cavernes, y ont transporté *des bords les plus voisins* et accumulé ce grand nombre de carnassiers. La même cause, une cause générale, a amené la destruction de tous ces animaux.

Dans ma prochaine leçon, qui sera la dernière, je résumerai les preuves à l'appui de l'unité de création.

(La suite du cours prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 22 Août et 12 Septembre 1855. — Présidence de M. Guérard.

Sommaire. — Correspondance. — Rapport verbal, par M. Hervieux, sur différens mémoires. Discussion : MM. Guérard, Barth, Aran, Hervieux, Bricheteau, Vernois. — Rapport sur un mémoire de M. Seux, intitulé: *Note sur le pouls des nouveau-nés*, par M. H. Roger. — Lecture d'un mémoire de M. Gubler, intitulé : *De la coloration bleue déterminée par l'acide azotique dans l'urine des cholériques, et de quelques autres phénomènes observés dans le choléra.*

(Suite. — Voir le numéro du 16 Octobre 1855.)

M. Guérard : L'analyse que M. Hervieux vient de faire du travail de M. Desayvres, me fournit l'occasion de communiquer à la Société quelques observations relatives à l'hygiène des *fondeurs en cuivre*. Il y a environ deux ans, ces ouvriers réclamèrent vivement la substitution dans la préparation des moules, de la *fécule* au *poussier de charbon*; le principal objet de ces poudres est, comme on le sait, de prévenir l'adhérence d'une portion de sable aux pièces fondues. Afin de légitimer leur réclamation, ils prétendirent que l'inspiration de la poussière charbonneuse portait une atteinte grave à leur santé, et engendrait chez plusieurs d'entre eux des affections de poitrine qui les obligeaient de suspendre fréquemment leurs travaux, et finissaient même par abréger leurs jours. L'affaire fut renvoyée à l'examen du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, qui chargea une commission de l'étudier et d'en faire l'objet d'un rapport. Après plusieurs mois d'examen, la commission proposa et le conseil adopta les conclusions suivantes : 1° Les affections aiguës ou chroniques de poitrine, auxquelles sont sujets un certain nombre d'ouvriers fondeurs par suite de leur profession, paraissent plutôt dépendre des poussières *siliceuses* répandues dans l'air des ateliers que du *poussier de charbon* employé à la confection des moules; 2° l'impureté de ce poussier, additionné fréquemment par fraude ou négligence d'une proportion considérable de matière sableuse, pourrait cependant, par suite de cette falsification, concourir à la production des maladies précitées; 3° ces maladies sont plus fréquentes dans les ateliers mal ventilés, principalement en hiver, par suite de la clôture alors complète de ces mêmes ateliers; 4° enfin, la fécule se recommande surtout par l'avantage de permettre aux ouvriers de se maintenir dans un état de *propreté* qui ne saurait exister avec le charbon.

Les motifs sur lesquels se fondaient la commission et le conseil, dans l'adoption de ces conclusions, étaient puisés dans l'observation directe des diverses circonstances où se trouvent placés les ouvriers fondeurs, et dans l'examen des autres professions, dont l'exercice expose les hommes à l'inspiration isolée des poudres *siliceuses* ou *charbonneuses*. Telles sont les fabriques d'armes, d'aiguilles, etc., et, de l'autre, les nombreuses professions dans lesquelles on prépare ou l'on manie le charbon.

Les fondeurs réclamèrent un nouvel examen de la question auprès du ministre de l'agriculture et du commerce. Une commission spéciale, formée d'hommes éminens dans la science, la soumit à une nouvelle étude; et cette commission, l'envisageant à la fois sous le point de vue hygiénique et sous le point de vue industriel, se crut en droit d'attribuer au *poussier de charbon*, inspiré et accumulé dans les organes respiratoires, les maladies de ces organes observées chez les ouvriers fondeurs. Le rapport, rédigé à cette occasion par M. Tardieu, a été inséré dans le 2me volume des *Annales d'hygiène* (2me série, 1854).

Cette divergence d'opinion, sur une question aussi limitée, montre combien la solution en est difficile, et elle appelle, ce me semble, de nouvelles recherches.

M. Barth : J'ai étudié autrefois avec grand soin ces matières noires qui se rencontrent très fréquemment dans les poumons, et certainement on n'arriverait à aucune conclusion au sujet de leur danger ou de leur innocuité si on les confond toutes ensemble. Cette matière noire se présente, suivant les cas, sous des aspects bien différens. Chez certains individus c'est uniquement de la matière pigmentaire, chez d'autres c'est du charbon, mais tantôt disséminé, tantôt réuni en masses. Le plus souvent c'est une infiltration de molécules charbonneuses au point de jonction des lobules du poumon, on voit même quelquefois des taches noires brillantes, faisant une légère saillie sous la plèvre. Chez quelques individus, on rencontre une quantité énorme de charbon. J'ai eu l'occasion de faire voir aux élèves des poumons entièrement noirs, j'en ai coupé dans l'eau, broyé autant que possible, puis ayant laissé déposer, j'ai fait analyser le dépôt qui était entièrement formé de charbon. MM. Rilliet et Béhier ont publié une observation semblable et il s'agissait d'un fondeur en cuivre. Il me serait bien difficile de donner des renseignemens précis sur la cause de cette accumulation de charbon dans la plupart des poumons que j'ai étudiés, car, le plus souvent, ils avaient été recueillis, dans les amphithéâtres de dissection, sur des sujets inconnus, cependant il est d'observation quotidienne que cette matière charbonneuse domine chez les charbonniers, à tel point que l'on pourrait presque constamment assurer si un poumon a appartenu à un charbonnier. La matière noire domine aussi chez tous les individus qui exercent des professions où l'on respire de la poudre de charbon en abondance, chez ceux qui travaillent avec des lampes qui brûlent mal. A ce point de vue de l'innocuité du charbon inspiré la question est loin d'être résolue; dans mon appréciation, l'inspiration abondante de molécules charbonneuses est nuisible; ces molécules se fixent dans les poumons et y restent, quelques individus crachent du charbon bien longtemps après avoir cessé d'en respirer. Je ne doute pas que l'inspiration et la fixation du charbon dans le poumon ne puissent avoir de l'influence sur la formation des tubercules pulmonaires.

M. Guérard demande si l'on trouve quelque différence entre la matière noire que contiennent quelquefois en si grande abondance les ganglions bronchiques et celle que renferment les poumons.

M. Barth ne sait si la matière noire des ganglions bronchiques a été analysée.

M. Guérard : Si l'on divise le tissu des ganglions bronchiques noirs, et si on le broie dans l'eau, la matière noire reste en suspension comme la sépia; ce n'est pas le caractère de la poudre de charbon, si divisée qu'elle soit. Cette matière noire ganglionnaire donne bien du charbon à l'analyse chimique, mais on ne peut établir que ce charbon vienne du dehors.

M. Barth : La matière noire des ganglions peut avoir plusieurs origines : 1° quelquefois c'est le résultat d'un épanchement sanguin qui, au lieu de se décolorer, noircit, ces cas ne sont pas rares; 2° quelquefois c'est une simple accumulation de pigmentum; 3° d'autres fois du fer. Ces différentes productions diffèrent essentiellement de ces masses charbonneuses dont sont pénétrés certains poumons, qui, divisés et broyés dans l'eau, la noircissent, puis, en laissant déposer, on peut recueillir une grande quantité de charbon presque pur. C'est cette quantité considérable de molécules charbonneuses, qui mérite d'être prise en considération dans la production de certaines maladies du poumon.

M. Aran : Cette question a été l'objet d'études consciencieuses en Angleterre. Elle offre une double face : 1° question d'anatomie pathologique; 2° question d'hygiène.

Il ne s'agit pas de savoir s'il y a du charbon, c'est démontré; mais la question est de savoir jusqu'à quel point ce charbon peut nuire. C'est là ce que les recherches modernes n'ont pas encore résolu d'une manière satisfaisante, il faut encore rester dans l'incertitude. Au point de vue de l'anatomie pathologique, il y a un intérêt véritable à distinguer le charbon et le pigment, et on y parvient facilement au moyen du microscope. Un auteur allemand a soulevé la question de savoir si le charbon, quelque divisé qu'il soit, peut être absorbé. Une commission fut nommée pour étudier ce point de physiologie : elle s'est prononcée contre l'absorption; mais elle a admis que le charbon peut pénétrer dans les tissus par effraction. Eh bien, le charbon, quelle que soit sa division, présente toujours au microscope des angles très multipliés, et une fois introduit dans nos tissus, on le reconnaîtra toujours à ces angles, tandis que le pigment est uniquement composé de cellules contenant de la matière colorante.

M. Barth : J'ai dit qu'il y avait tantôt du charbon et tantôt de la matière pigmentaire; il est bien certain qu'il existe, au microscope, des différences très évidentes entre les deux, mais un point qui reste sans solution, c'est la composition chimique de la matière noire des ganglions bronchiques.

M. Hervieux : Ce qui m'a conduit à vous présenter parallèlement une analyse succincte de la maladie des aiguiseurs et de celle des mouleurs en cuivre, c'est l'observation de quelques faits dont le hasard m'a rendu témoin à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Pidoux, et particulièrement dans celui de M. Tardieu.

J'ai eu l'occasion d'examiner huit ou dix malades qui avaient exercé la profession de mouleur en cuivre, et voici ce qui est résulté, pour moi, de cet examen :

Parmi ces malades, les uns, les plus légèrement atteints, m'ont offert des symptômes de catarrhe ou de congestion pulmonaire, avec dyspnée, expectoration noirâtre, affaiblissement du système musculaire, quelquefois de la fièvre et du dégoût pour les alimens. Après quelques jours de repos, ils se rétablissaient et pouvaient reprendre leurs occupations.

Les autres, arrivés déjà à une période plus avancée de la maladie, étaient vraiment dans un état très grave et parfois désespéré. La poitrine offrait des saillies anormales soit en avant, soit en arrière, comme chez les emphysémateux, les creux sus-claviculaires étaient effacés, les veines jugulaires gonflées, la gêne de la respiration excessive, et bien qu'ils eussent renoncé à leur profession depuis un temps plus ou moins long, leurs crachats renfermaient souvent encore des matières noirâtres. L'amaigrissement des membres porté souvent très loin formait souvent un contraste frappant avec l'apparence d'embonpoint que présentait le thorax.

Enfin, Messieurs, le hasard m'a permis d'assister à l'autopsie d'un de ces malheureux, et j'ai pu voir les organes pulmonaires littéralement farcis d'une matière noire qui donnait au toucher la sensation d'une poussière granuleuse et plus ou moins résistante. Je livre ces faits sans commentaire à votre appréciation.

M. Guérard : Dans cette question si difficile à résoudre, l'observation de M. Hervieux viendrait lutter contre l'opinion de son auteur et confirmer la pensée que, dans ces cas, ce n'est pas le charbon qui est la cause de tous les accidens qu'il a décrits après M. Tardieu. La matière noire recueillie dans le poumon, dit-il, offrait une résistance notable au doigt; mais le charbon employé par les mouleurs en cuivre n'offre pas la moindre sensation de résistance sous le doigt, il n'en est pas de même des poussières siliceuses salies ou non par le charbon. Il serait donc raisonnable de conclure que ce n'est pas le charbon employé par les mouleurs qui donne cette sensation de craquement, mais plutôt des poussières siliceuses mélangées de charbon. Il serait utile de faire des analyses chimiques de toutes les matières noires que l'on rencontre dans les poumons, ce serait le seul moyen d'élucider la question d'hygiène qui vient d'être soulevée.

M. Bricheteau : Je désirerais présenter quelques observations relativement au sujet en discussion. On sait qu'en Angleterre on a décrit une maladie, désignée sous le nom de *phthisie noire*. Je ne crois pas qu'il existe une maladie spéciale à laquelle cette dénomination conviendrait. On a eu affaire à des poumons colorés en noir, mais nullement à des productions spéciales méritant le nom de phthisie. Quant au malade de M. Rilliet, c'était simplement un phthisique dont les altérations pulmonaires avaient été colorées en noir par les poussières charbonneuses. J'ajouterai que je ne pense pas que ces poussières soient nuisibles par elles-mêmes. Quelques médecins sont même disposés à les considérer comme susceptibles de préserver de maladies diverses.

M. Vernois : M. Guérard, dans la dernière séance, a particulièrement appelé l'attention sur le rôle que jouent les parties siliceuses mélangées au charbon. J'ajouterai que tout récemment encore MM. Duchesne, Chevalier et Guérard se sont transportés dans différens ateliers de Paris, et qu'ils ont encore constaté dans les charbons, malgré les défenses expresses, des quantités énormes de silice, qui pouvaient parfaitement expliquer les accidens auxquels sont sujets les ouvriers.

M. Guérard : Quand on réfléchit à la quantité considérable d'hommes qui sont exposés par leur profession à respirer les poussières de charbon, quand on voit les jolis et frais visages des enfans des charbonniers, qu'on connaît de plus l'action désinfectante et antiputride du charbon, on hésite à croire que quelques cas bien et dûment observés d'accidens ou de maladies, puissent être invoqués à l'appui de cette opinion que les poussières de charbon sont très funestes pour la santé.

— M. Guérard : M. Hervieux vous a rendu compte d'un mémoire de M. Rigodin sur les fièvres intermittentes. Cet auteur admet des fièvres intermittentes causées par l'influence paludéenne et d'autres par le froid humide seul. Cette double théorie de la production des fièvres intermittentes n'est pas nouvelle, et si maintenant elle est controversée, je me permettrai de faire remarquer qu'il ne faut pas aller chercher la solution de cette question dans une localité où règnent les fièvres paludéennes, car là on ne peut isoler l'influence du froid humide de celle du miasme paludéen.

M. Barth doute qu'il existe un seul fait bien authentique de fièvre intermittente survenant chez un individu actuellement bien portant, n'ayant jamais eu de fièvre intermittente, par cela seul qu'il aura été exposé au froid humide.

— M. H. Roger lit un rapport sur un travail de M. Seux, candidat au titre de membre correspondant, travail intitulé : *Note sur le pouls des nouveau-nés*. (Ce travail sera publié dans un des prochains numéros de l'Union Médicale.)

— M. Gubler, candidat au titre de membre de la Société, lit un travail *sur la coloration bleue déterminée par l'acide azotique dans l'urine des cholériques et sur quelques autres phénomènes observés dans le choléra.* (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Legroux, Vernois, Vigla.)

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

COURRIER.

M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, est nommé membre et président du Comité consultatif d'hygiène publique, en remplacement de M. Magendie.

— M. Th. Quevenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, membre de la Société de pharmacie, a succombé dimanche matin, 21 octobre.

Travailleur infatigable, expérimentateur ingénieux, savant modeste, chimiste scrupuleux et exact, sa perte sera vivement sentie par tous ceux qui ont pu l'apprécier.

Ses obsèques auront lieu à l'hôpital de la Charité demain mardi, 23 octobre, à 11 heures très précises.

Ceux de ses amis qui n'auraient pas reçu de billet de part, sont priés de considérer cet avis comme une invitation.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 127. NEUVIÈME ANNÉE. Jeudi 25 Octobre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An........ 32 Fr
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, à PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 24 OCTOBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Quel charmant, quel prodigieux esprit que M. Malgaigne! Hier, sur cette question en apparence si étroite et si infime du séton, pendant plus d'une heure il a tenu l'assistance comme suspendue à ses lèvres par le plus étonnant et le plus spirituel discours qu'il ait peut-être jamais improvisé. Notre compte rendu donne bien, avec autant de fidélité que possible, le corps et la substance de cette oraison, mais ce qu'aucun récit ne peut rendre, c'est l'accent, c'est l'intonation, c'est la mimique de l'orateur, c'est tantôt sa véhémence, tantôt son ironie, ici l'apostrophe directe, là le fin sarcasme, partout une critique vive et gaie, spirituelle et pénétrante, toutes conditions oratoires qu'il faut voir et entendre, et que la froide lecture affaiblit et décolore.

M. Malgaigne a fait cette fois le procès en règle aux exutoires, en général, et au séton en particulier. Après un historique très amusant et qui prouve, selon M. Malgaigne, que le séton, au moins tel que nous le connaissons, est relativement d'origine moderne, qu'il n'en est question ni chez les Grecs, ni chez les Latins, ni même chez les Arabes, contrairement à ce qu'avait assuré M. Bouvier qui, ayant relevé quelques inexactitudes d'érudition chez M. Malgaigne, a eu à subir le même sort de la part de son savant contradicteur, après cet historique, l'orateur est entré dans le cœur de la question et a traduit au tribunal de sa critique toutes les autorités, tous les faits invoqués par M. Bouvier en faveur du séton. Aucune de ces autorités, aucun de ces faits n'ont trouvé grâce devant M. Malgaigne. Les deux Fabrice, M.-A. Severin, A. Paré lui-même, Boyer enfin, la plus grande autorité chirurgicale du siècle, n'ont émis que des assertions sans preuves, ou n'ont donné que des preuves sans valeur. Rien, absolument rien, s'est écrié M. Malgaigne, ni dans le passé, ni dans l'état actuel des choses, ne prouve que le séton ait jamais produit un avantage quelconque sur les pauvres malades auxquels on l'a infligé.

Nous n'insisterons pas sur l'analyse de ce charmant discours; il faudrait le talent fin, souple et varié de M. Malgaigne; il faudrait comme lui posséder tous ces précieux artifices de langage, qu'il manie avec une facilité sans égale, pour oser même résumer toutes ces critiques de détail qui jettent à terre un homme ou une idée avec les procédés les plus courtois et les plus parlementaires. Laissons-lui, car lui seul peut la soutenir, la responsabilité de ce discours démolisseur. Nous avouons n'avoir jamais eu de grandes faiblesses pour le séton, ni pour aucun autre exutoire, et le combat en règle de M. Malgaigne contre ces engins de la thérapeutique révulsive ou dérivative, n'attaque heureusement aucune de nos vives croyances médicales. Nous ne croyons même pas que ce fût un très grand malheur que les efforts de M. Malgaigne aboutissent à modérer l'ardeur d'un assez grand nombre de praticiens pour les exutoires à demeure, et qu'ils eussent pour résultat de faire poser plus souvent au praticien les trois questions de l'orateur : pourquoi mettre un exutoire? que fais-je en mettant un exutoire? que produira cet exutoire?

Cependant, nous ne le cacherons pas à M. Malgaigne, il y a une partie faible dans son discours, il y a une tache dans ce soleil. Si la question spéciale du séton y est traitée avec une maestria incomparable, la manière dont il a envisagé la question générale de la révulsion et de la dérivation peut donner lieu à de graves objections. Il y a une petite odeur d'hérésie qui pourra bien réveiller les hippocratistes. Où êtes-vous, Monsieur Bousquet, et pourquoi cette absence au moment où le dogme antique de la révulsion, si philosophiquement soutenu par Barthez, est menacé d'une attaque vigoureuse.

Serions-nous appelés, en plein XIXme siècle, à voir se ranimer les vives et interminables querelles sur la révulsion et la dérivation qui excitèrent si vivement les passions des médecins au commencement du XVIme siècle, et qui se réveillèrent plus tard, au XVIIIme, par les disputes de Hecquet, de Sylva, de Quesnay, d'Helvétius? Il en coûta cher à ce pauvre Brissot, qui, en 1514, à l'occasion d'une épidémie de pleuro-pneumonie, voulut rappeler, contre la doctrine arabiste, le dogme hippocratique de la révulsion. Obligé, par les clameurs qu'il souleva, de quitter sa patrie et de se retirer en Portugal, peu s'en fallut que ses adversaires n'obtinssent de Charles-Quint un édit qui le déclarât bel et bon aussi hérétique en médecine que Luther en théologie.

Il n'a jamais fait bon de s'attaquer aux croyances générales de son temps. Nous engageons M. Malgaigne à faire ample provision de ressources oratoires avant de s'en prendre aux idées régnantes sur la révulsion. Il y a évidemment deux questions dans celle de la révulsion. Il y a la question dogmatique proprement dite et de pathologie générale, il y a une question de fait et d'expérience clinique. De la première question, M. Malgaigne peut faire bon marché et sa verve spirituelle lui fournira un fonds inépuisable de critique historique, comme il en sait faire; l'histoire dogmatique de la révulsion étant, en effet, l'histoire à peu près complète des systèmes et des théories en médecine.

Mais la question clinique, la question de thérapeutique expérimentale, c'est autre chose; il faut y toucher avec précaution et réserve si l'on ne veut voir s'élever contre soi l'évidence, le nombre, la valeur des faits et l'observation univoque de tous les temps et de tous les praticiens. Que l'on appelle ces faits des noms que l'on voudra, révulsion, dérivation, sympathies morbides, il n'en est pas moins vrai qu'il n'est pas de praticien qui n'ait vu, par exemple, une orchite tarir une blennorrhagie, des applications froides sur le scrotum arrêter une hémoptysie, un sinapisme sur les seins faire cesser une métrorrhagie, un purgatif drastique modérer une inflammation cérébrale, des accidens pathologiques graves céder à la réapparition d'un flux hémorrhoïdal supprimé ou d'une dermatose flétrie. Taire ou contester ces faits, cela ne suffirait pas pour les faire disparaître de l'observation générale et de la conscience de tous.

M. Malgaigne a peut-être trop incidemment fait allusion à la doctrine de la révulsion. Nous ne nous opposons pas à ce que la doctrine soit soumise à l'esprit critique du XIXe siècle, mais à la condition que cette critique, comme du reste M. Malgaigne l'a fait pour le séton, parte d'abord et exclusivement des faits cliniques pour arriver, si elle le peut, jusqu'à la doctrine.

Amédée LATOUR.

SYPHILIOGRAPHIE.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LE CHANCRE INFECTANT ET LE CHANCROÏDE;

Communication faite à la Société de chirurgie, dans la séance du 3 Octobre 1855,

Par le Dr F.-F. CLERC,
Ancien interne de l'hôpital du Midi.

L'idée de réunir les malades par catégories d'affections semblables ou analogues, la création d'hôpitaux spéciaux, en un mot, est une idée heureuse dont les résultats acquis sont déjà considérables et laissent entrevoir tout ce que la science lui devra dans un avenir peu éloigné.

Si on visite l'un de ces services spéciaux, consacré aux malades atteints d'affections vénériennes, et que l'on porte son attention sur ceux affectés d'ulcération des organes génitaux, on trouvera tout d'abord qu'un premier et grand trait les unit; elles ont une origine commune, la contagion. Ces ulcérations, en effet, ne se sont pas développées spontanément sur les sujets qui les portent; elles leur ont été communiquées par des individus atteints eux-mêmes d'ulcérations semblables, et elles pourront se transmettre à des sujets sains par des inoculations accidentelles ou artificielles.

Si tous ces sujets qui portent des ulcérations contagieuses restent soumis à l'observation pendant quelques semaines, pendant quelques mois si l'on veut, on trouve que, chez le plus grand nombre, ces ulcérations restent des affections locales; elles ne produisent aucun effet diathésique, appréciable au moins, et la santé de ces malades ne présente ultérieurement aucune altération qui puisse leur être rapportée. Chez un plus petit nombre d'autres malades, au contraire, ces ulcérations, pendant leur durée même, ou peu de temps après leur guérison, sont suivies du côté de la peau, des membranes muqueuses, etc., d'affections diverses, que l'on désigne sous le nom de syphilis constitutionnelle, de vérole confirmée.

Voilà un premier fait rigoureusement, absolument vrai, et d'une constatation si facile, qu'il est possible tous les jours de le vérifier et de le confirmer. Si donc on veut donner un même nom, celui de chancre, à tous ces ulcères contagieux des organes génitaux, il faudra bien de toute rigueur accepter comme vraie aussi cette première proposition : tous les chancres ne sont pas suivis d'infection constitutionnelle, tous les chancres ne donnent pas la vérole.

Cette idée importante n'est pas nouvelle. Nettement formulée par Thierry de Hery, rappelée par Nicolas de Blégny, discutée par Vacca Berlinghieri, méconnue ou oubliée par Hunter lui-même et par la plupart des syphiliographes du commencement de ce siècle, nous devons reconnaître à M. Ricord le très grand mérite de l'avoir réhabilitée.

Si tous les ulcères contagieux des organes génitaux ne sont pas suivis d'effets diathésiques, si tous les chancres ne donnent pas la vérole, pourquoi en concluez-vous si facilement, si hypothétiquement même, qu'ils ont une origine commune, qu'ils sont les effets d'une même cause, le virus syphilitique? Quoi qu'il en soit, il importera toujours de pouvoir cliniquement les différentier. Or, vous le savez, Messieurs, cette distinction est incontestablement possible dans un très grand nombre de cas. Ainsi, le plus ordinairement, le chancre infectant s'indure, et cette induration revêt souvent des caractères qui lui sont tellement propres, qui lui appartiennent si exclusivement qu'elle est véritablement pathognomonique. Cette induration, vous le savez encore, est presque constamment accompagnée d'engorgemens ganglionnaires, souvent aussi de lymphites indurées; adénites et lymphites qui ne tendent pas à devenir phlegmoneuses. Mais il est des cas où l'induration du chancre infectant n'est pas nettement formulée; il en est où elle n'existe aucunement. Il ne faut donc pas faire des mots chancre induré et chancre infectant de mots synonymes : le chancre est infectant lorsqu'il est suivi d'effets diathésiques, qu'il soit induré ou qu'il ne le soit pas, car l'induration n'étant pas la cause de l'infection constitutionnelle, cette induration peut faire défaut. Dans d'autres cas, le chancre infectant ne détermine aucun travail morbide appréciable du côté des ganglions et des vaisseaux lymphatiques. Il est quelques cas enfin dans lesquels cette variété de l'ulcère syphilitique primitif est accompagnée de bubons qui suppurent.

Il serait donc important de trouver d'autres signes qui viendraient en aide au diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancroïde. Nous n'avons pas, Messieurs, la vaniteuse prétention de vous apprendre quelque chose; nous vous dirons seulement ce que nous avons observé, car il nous a semblé que, en dehors de l'induration, des adénites et des lymphites concomitantes, il est d'autres signes qui nous paraissent d'une grande valeur pour distinguer, au lit du malade, le chancre qui est suivi d'effets diathésiques, de celui qui reste une affection locale.

Le chancre infectant est ordinairement solitaire ou unique sur le même malade. Dans les cas où il est multiple, on en constate deux, trois, rarement un plus grand nombre; et, chose importante à noter, lorsqu'il existe plusieurs chancres infectans sur un malade, ils sont contemporains, c'est-à-dire qu'ils ne se sont pas manifestés à des distances de huit, dix, quinze jours, comme cela arrive si souvent pour le chancre non infectant multiple.

Ce fait clinique que le chancre infectant est ordinairement solitaire, n'a pas échappé à l'observation des syphiliographes, mais aucun d'eux n'y a attaché la moindre importance. Et remarquez que le chancre infectant reste solitaire alors que toutes les conditions d'une facile inoculation de voisinage se trouvent réunies. Qu'un chancre infectant, par exemple, siége sur la muqueuse préputiale chez un sujet à prépuce long recouvrant le gland, ce dernier organe, malgré son contact immédiat et prolongé avec le chancre du prépuce, ne se contaminera pas, à peine présentera-t-il quelques rougeurs, quelques excoriations. Même chose arrive lorsque le chancre infectant siége sur les lèvres, à la vulve, au méat urinaire; la portion de muqueuse correspondante ne se contamine point. Chacun de vous, Messieurs, en rappelant ses souvenirs, trouvera quelques exemples à l'appui de ce que nous disons de cet isolement du chancre infectant.

Voulant nous rendre compte de la fréquence de ce fait que le chancre infectant est ordinairement solitaire, nous nous sommes livré à quelques recherches statistiques dont voici en

quelques mots le résultat. Sur un nombre total de 267 malades atteints de syphilis constitutionnelle, et chez lesquels le chancre a été le seul antécédent de la syphilis, nous trouvons que le chancre était solitaire 224 fois et multiple 43 fois seulement. Ce qui, en nombre rond, peut se traduire par 80 fois sur 100, ou 8 fois sur 10. Et ce qui nous fait croire à l'exactitude de cette évaluation, c'est qu'à peu de chose près, nous la retrouvons la même pour chaque série de faits empruntés à des auteurs différens. Le chancre non infectant, le chancroïde, au contraire, se multiplie sur place avec une extrême facilité, et il est très fréquent d'observer des malades chez lesquels on voit à 2 ou 3 ulcérations initiales en succéder 8, 10 et plus. Ainsi, il y a quatre ou cinq mois, nous avons vu à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, un malade affecté de chancroïdes de la verge et d'un prurigo de la région anale, qui s'inocula accidentellement dans cette région une quarantaine de chancres. Chez un autre malade de notre dispensaire, des chancres multiples du limbe du prépuce s'étaient inoculés à la cuisse droite, au scrotum et à deux doigts de la main droite.

Incontestablement de ce qu'un chancre est solitaire, on ne peut pas en conclure qu'il est infectant, car le chancroïde n'est pas toujours multiple ; mais lorsque l'on voit sur un malade des chancres nombreux dès le début, et surtout se multiplier par inoculations successives et de voisinage, ce caractère est pour nous pathognomonique, les chancres ne seront pas infectans.

Il n'est pas facile, de prime-abord, de se rendre compte de cette différence si singulière qui existe entre le chancre infectant et le chancroïde, au point de vue de leur nombre sur un même sujet. Voici, suivant nous, l'interprétation de ce fait et les conséquences importantes qui en découlent : Les syphiliographes sont unanimes pour reconnaître que le chancre infectant détermine très rapidement, c'est-à-dire en peu de jours, cet état particulier de l'économie auquel nous donnons le nom d'infection générale, d'état diathésique, de syphilis généralisée. Il en est même parmi eux (Baumès, Cazenave, etc.) qui pensent que le chancre infectant lui-même est déjà l'un des effets de cet état diathésique. Cette manière de voir est celle que professent la plupart des médecins qui ont écrit sur la vaccine. Pour eux, un enfant est vacciné non parce qu'il reproduit ou multiplie le virus-vaccin dans le bouton vaccinal, mais parce qu'il a absorbé le virus au moment de l'insertion. M. Ricord, tout en admettant que l'infection constitutionnelle est postérieure au développement du chancre, reconnaît cependant que cette infection a lieu de très bonne heure, dès les quatre ou cinq premiers jours. Ainsi, pour tous les syphiliographes, lorsqu'un malade porte depuis plus de quatre ou cinq jours un chancre infectant, ce malade est diathésé ; il est donc dès lors, par rapport au pus de son propre chancre, dans les mêmes conditions que si on l'inoculait avec le pus d'un chancre infectant appartenant à un autre malade. Or, dans toutes les maladies virulentes, on sait que les sujets diathésés sont peu aptes à être réinoculés par le même virus, car la production de ces singulières affections hybrides qui en résultent, lorsque ces inoculations itératives réussissent (varioloïde, vaccinoïde, chancroïde), n'est pas un fait très fréquent, et telle nous paraît être la cause de cet isolement du chancre infectant.

L'exemple de ce qui se passe dans la vaccine va mieux faire ressortir notre pensée. Un enfant a été vacciné il y a huit jours, ses boutons ou chancres vaccinaux, si l'on veut nous permettre de les appeler ainsi pour un moment, sont alors à leur période d'état ou d'inoculabilité. En supposant que leur durée à cette période fût aussi longue que celle du chancre infectant, ils ne se multiplieraient pas par inoculation spontanée et de voisinage, alors même que les conditions de cette inoculation existeraient; ils resteraient solitaires parce que l'enfant est diathésé, c'est-à-dire vacciné et que les réinoculations du virus vaccinal échouent le plus ordinairement dans ces conditions. Et remarquez, Messieurs, que ce même enfant, sur lequel son propre virus est devenu impuissant à produire sur lui des inoculations positives, va fournir à de nombreuses inoculations pratiquées sur les sujets qui n'ont pas encore été vaccinés. Même chose arrive sur le malade qui porte un chancre infectant : il est diathésé, peut-être avant l'apparition de ce chancre et, de l'avis de tous, peu de jours après sa manifestation. Son chancre reste donc solitaire précisément à cause de cet état diathésique précoce et de la difficulté de génération des hybrides.

Si cette interprétation du chancre infectant solitaire est vraie, il doit en résulter forcément cette conséquence : sur un malade qui porte un chancre infectant, si on tente une inoculation expérimentale avec son propre pus, cette inoculation doit très souvent échouer, c'est-à-dire être négative comme on voit les revaccinations être infiniment plus souvent suivies du même résultat négatif qu'on ne les voit reproduire la vaccinoïde. Eh bien, Messieurs, des faits déjà nombreux, recueillis par nous, nous autorisent à soutenir devant vous cette proposition. Lorsqu'un malade porte un chancre infectant depuis peu de jours, si on l'inocule à la lancette, avec le pus de ce chancre, dans la très grande majorité des cas l'inoculation est négative. Il en est de même lorsque cette inoculation de chancre infectant est pratiquée sur un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle.

Dans notre mémoire sur le chancroïde, nous donnions comme un des caractères du chancre infectant, celui d'être fréquemment solitaire et unique sur le même malade, et, sous les numéros 16 et 17 des faits qui y sont consignés, nous parlions déjà de ces inoculations négatives, et nous disions : « Sur deux » malades atteints de syphilis constitutionnelle arrivée à la » période tertiaire, syphilide tuberculeuse et exostoses, chez » tous deux nous avons inoculé du pus de chancre induré de » deux malades différens. Dans ces deux expériences, le résul» tat de l'inoculation a été négatif. Est-il arrivé, dans ces deux » cas, ce qui se passe dans les revaccinations, qui souvent » aussi ne reproduisent ni la vraie ni la fausse vaccine, et res» tent négatives : ou bien les chancres indurés auxquels nous » empruntions le pus avaient-ils cessé d'être inoculables ? » C'est que nous ne saurions dire. » (Page 20.)

Nous avons plusieurs fois, à notre dispensaire, et devant nos élèves, répété cette expérience, et, le plus souvent, nous n'avons eu que des résultats négatifs. Nous avons cependant obtenu des inoculations positives et créé, au moins nous le croyons, le chancroïde. Nous pensons, à présent, que ces inoculations itératives seraient moins souvent négatives si elles étaient pratiquées plus près du début du chancre infectant. Ce qui, pour le dire en passant, serait une grande présomption, que l'infection constitutionnelle est postérieure au chancre. Et remarquez, Messieurs, que d'autres expérimentateurs ont, en effet, réussi à réinoculer le même malade ayant un chancre infectant, en lui insérant le pus de ce chancre. Si cette communication que j'ai l'honneur de vous faire était un mémoire, je rappellerais ces faits, car ils sont d'une grande importance doctrinale. Je me contenterai d'en rapporter un seul, et il est si complet, si authentique, qu'il suffit à notre démonstration.

En 1851, M. le docteur Rodet, alors chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, voulant vérifier quelques-unes des assertions des syphilisateurs, et vous savez que ses conclusions ne leur ont guère été favorables, tenta l'expérience suivante : Un malade de son service portait des chancres multiples et non indurés de la verge ; M. Rodet fit une première série d'inoculations avec le pus de ces chancres ; elles furent facilement positives ; puis il inocula son malade avec le pus de chancres appartenant à deux autres individus de son service ; elles furent positives et servirent, sur ce même malade, à d'autres réinoculations positives aussi. Cette expérimentation dura plusieurs mois, et le malade eut la syphilis constitutionnelle : affections papuleuses, alopécie, etc. Ce malade doit incontestablement sa vérole ou aux premiers chancres qu'il avait en entrant à l'Antiquaille, ou à ceux qui lui ont été donnés dans les deux séries d'inoculations faites avec du pus chancreux emprunté à d'autres malades. Or, avec les premiers chancres de ces trois séries d'inoculations, on a pu lui pratiquer de nombreuses inoculations itératives. On a donc répété sur lui, dans l'une des séries au moins, l'inoculation d'un chancre infectant sur le sujet lui-même. (*Gazette méd. de Paris*, 1852, p. 606.)

On trouverait facilement dans les auteurs des exemples analogues. Il en existe actuellement un dans le service de M. Ricord. Un malade atteint d'un chancre infectant du pénis et de syphilis constitutionnelle (syphilide papuleuse, iritis, etc.), a été inoculé avec un résultat positif sur le bras droit, et ce chancre ne s'est pas induré.

Ce fait général, sinon constant, de la non-réinoculation du chancre infectant au malade qui le porte, est un fait considérable; nous le signalons, Messieurs, d'une manière toute particulière à votre attention et à votre examen. Il est devenu pour nous un nouveau moyen de diagnostic du chancre infectant. Ainsi lorsqu'un chancre est récent et qu'il a tous les caractères assignés à la période d'état, surface grisâtre, aspect pseudo-membraneux; si, après l'avoir inoculé une première fois, puis une seconde, au malade lui-même, le résultat de cette inoculation est négatif, nous concluons qu'il est infiniment probable que le chancre sera infectant. Il nous arrive même, lorsque par les signes objectifs nous pouvons être presque certain que le chancre est un chancre infectant, de dire d'avance à nos élèves que le résultat de l'inoculation que nous pratiquons devant eux sera négatif, et les faits que nous leur avons soumis ne nous ont pas encore démenti.

Nous nous attendons à l'objection suivante, on nous dira : dans les cas où vous avez inoculé des malades portant un chancre infectant avec le pus de ce chancre, si le résultat a été si souvent négatif, c'est que le chancre n'était plus à la période d'état, il n'était plus inoculable. Même chose est arrivée lorsque vous inoculiez des malades ayant la syphilis constitutionnelle, les chancres auxquels vous empruntiez les pus étaient à la période de réparation, ils avaient cessé d'être contagieux.

Il y aurait, Messieurs, deux manières de réfuter cette objection ; la première serait de faire en même temps et comparativement ces inoculations sur des sujets n'ayant pas de chancre infectant ou n'ayant pas eu la syphilis constitutionnelle; on verrait ces inoculations réussir sur ces sujets sains, alors qu'elles échoueraient sur le malade lui-même qui a fourni le pus inoculé, comme on voit un enfant, vacciné depuis huit ou dix jours, fournir du vaccin inoculable à une série d'enfans sains, alors qu'il est lui-même réfractaire à une nouvelle inoculation vaccinale. Si nous n'avons jamais cherché cette démonstration directe, c'est parce que nous sommes convaincu qu'en inoculant ainsi du pus de chancre infectant à un individu sain, nous lui donnerions fatalement la vérole constitutionnelle.

Le second moyen consistera à demander aux faits cliniques ce qu'il n'est pas possible d'obtenir de l'expérimentation. Il suffira de recueillir quelques observations de malades ayant des chancres infectans, de noter avec soin depuis combien de temps les sujets qui les ont contaminés portaient leurs chancres. On trouvera alors que le chancre infectant est encore contagieux après un long laps de temps, celui pendant lequel il conserve cet aspect pseudo-membraneux particulier, cette couleur grisâtre qui caractérise le chancre à la période d'état, tandis que l'expérimentation démontre que ce même chancre infectant, inoculé au malade qui le porte, est impuissant à se reproduire sur lui, il cesse d'être inoculable à ce sujet après un laps de temps fort court, et bien avant la fin de sa période de spécificité. D'où cette conclusion importante : De ce qu'un chancre n'est pas inoculable au malade qui le porte, ne croyez pas qu'il a cessé d'être inoculable, qu'il est arrivé à la période de réparation, car ce même chancre, comme les contagions sexuelles le démontrent, inoculé à des sujets vierges, reproduirait un chancre infectant.

Cette propriété du chancre infectant d'être rarement et pendant fort peu de jours inoculable au sujet qui le porte ou à ceux qui ont eu la syphilis constitutionnelle, tandis que le chancre non infectant s'inocule avec une extrême facilité dans ces mêmes conditions, nous donne la possibilité d'arriver à une démonstration, en quelque sorte mathématique, de la non-identité du chancre et du chancroïde. Voici comment : nous admettons, avec M. Ricord, que, chez les individus qui ont eu la syphilis constitutionnelle, cette affection ne se double pas, ne se reproduit pas par le fait de contaminations nouvelles, il est donc possible, et sans danger pour eux, au point de vue de la diathèse syphilitique au moins, de les inoculer avec du pus de chancre infectant; à plus forte raison, on peut les soumettre à l'inoculation du chancre non infectant. Eh bien, Messieurs, si ces deux ulcérations, chancre et chancroïde, sont identiques, ne devront-elles pas sur un même malade, un de ces sujets diathésés dont nous parlons, si on les inocule dans le même moment, donner toutes deux un même résultat ou positif ou négatif, c'est-à-dire ou se reproduire toutes deux sur ce malade, ou être impuissantes toutes deux aussi à le contaminer, comme nous voyons en chimie le même corps donner lieu toujours aux mêmes réactions.

Ce que nous avons vu, Messieurs, nous permet déjà de vous annoncer quels seront les résultats de ces inoculations comparatives, faites sur un sujet qui a eu la syphilis constitutionnelle ou qui porte encore un chancre infectant, les inoculations faites à ces sujets diathésés avec du pus de chancre infectant, bien choisi, échoueront dans l'immense majorité des cas; celles faites sur ces mêmes sujets et dans le même moment avec du pus de chancroïde réussiront dans presque tous les cas.

Il vous est facile, Messieurs, de vérifier expérimentalement ces résultats, et s'ils sont tels que je les avance, vous leur aurez donné la sanction que je leur désire, celle d'hommes impartiaux et éclairés. Mais le chancre infectant et le chancroïde ont-ils une origine commune; sont-ils les effets de d'un même virus modifié par les conditions organiques des sujets qui les portent. Nous le croyons avec vous, et nous avons commencé à en donner des preuves dans notre mémoire sur le chancroïde. Les faits que nous avons recueillis depuis sa publication et ceux que nous trouvons dans les auteurs, ne font que nous corroborer dans cette opinion, que le chancre *non* infectant est un produit hybride analogue à la varioloïde et à la fausse vaccine, d'où la dénomination de *chancroïde syphilitique*, que nous avons proposé de lui appliquer.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Octobre 1855.—Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

L'ampliation d'un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, qui nomme M. le docteur René Briau bibliothécaire de l'Académie, en remplacement de M. Ozanam, démissionnaire.

— Les rapports de M. le préfet du Nord sur le service des épidémies dans son département en 1854. (Comm. des épidémies.)

— Une notice de M. le docteur Dechaud, sur le choléra qui a régné à Montluçon en 1854 et 1855. (Comm. du choléra 1854.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départemens de l'Aube, des Basses-Pyrénées, de Loir-et-Cher, de la Mayenne, de Saône-et-Loire, de l'Indre, des Pyrénées-Orientales. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire intitulé : *De la section sous-cutanée des rétrécissemens de l'urètre*, par M. le dr Henry Dick, de Londres. (Com. MM. Jobert et Guérin.)

— Un mémoire ayant pour titre : *De l'éponge au point de vue pharmaceutique*, par M. Jourdain. (Comm. MM. Chatin et Bouchardat.)

— Une lettre de M. Krause, professeur à Dorpat, relative à l'accouchement prématuré artificiel. (M. Danyau, rapporteur.)

— Une lettre de M. Demarquay, chirurgien des hôpitaux, sur les avantages du pansement des plaies par la glycérine. (Nous reviendrons sur cette communication intéressante.)

— M. Londe, à l'occasion de cette lettre, cite le témoignage d'un chimiste distingué qui, étant atteint d'un eczéma avec prurit extrêmement intense, obtint de l'emploi de la glycérine un soulagement presque immédiat, après avoir épuisé une foule d'autres moyens sans aucun avantage.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le travail de M. Bouvier. — La parole est à M. Gerdy.

M. Gerdy : On peut dire que l'histoire du séton, comme celle des autres exutoires, se perd dans la nuit des temps ; on trouve ces moyens indiqués dans les livres hippocratiques. Les médecins de l'antiquité s'en servaient à peu près de la même façon que nous et les opposaient aux mêmes maladies. Ce n'est pas sur l'ancienneté du séton qu'il faut discuter, mais sur son utilité. Et d'abord, le séton est-il exempt d'inconvéniens ? Déjà M. Bouvier en a signalé quelques-uns se produisant soit au voisinage immédiat de l'exutoire, soit à une distance plus ou moins grande. J'ai mentionné une série d'accidens qui se manifestent dans des points fort éloignés du lieu où le séton est appliqué ; j'ai mentionné le retentissement de ces phénomènes de voisinage jusqu'aux oreilles et aux yeux eux-mêmes (et je l'ai désigné sous un nom qui n'a rien de singulier pour les personnes familiarisées avec le langage des sciences naturelles). Sous l'influence de ces phénomènes de voisinage, le malade se plaint d'éprouver chaque jour une diminution de l'ouïe ou de la vue. Ces faits sont loin d'être rares, comme on l'a dit dans la dernière séance. C'est à tort aussi que l'on a prétendu tirer un argument contre le petit séton, de ce que les petites plaies comme les grandes, donnent lieu à des phénomènes de voisinage hors de proportion avec leur propre étendue. Évidemment, une amputation de cuisse s'accompagne de phénomènes de cet ordre plus nombreux et plus intenses qu'une amputation de doigt. De même un séton, moins il est gros, moins aussi il est irritant. Cela ne veut pas dire qu'il devienne pour cela inefficace ; l'expérience seule peut prononcer sur ce point. D'ailleurs, le point essentiel est de pouvoir augmenter ou diminuer le volume du séton, selon que ses effets restent en deçà du but qu'on se propose ou qu'ils le dépassent ; c'est de *doser* le remède, comme l'a dit M. Bouvier. Et remarquons que ce principe, comme presque tous ceux de notre art, remonte à la médecine grecque, qui établit une gradation depuis le remède, le médicament, la drogue, jusqu'au feu. C'est d'ailleurs aussi ce qu'indique le simple bon sens.

Il n'y a donc rien de contradictoire dans ce que j'ai dit sur ce sujet. Mais quand on a beaucoup d'imagination et d'esprit on cherche des contrastes et on est habile à en trouver là où il n'en existe pas. Certains esprits, par nature, voient les choses sous un aspect plus éclatant que la réalité, et leur langage s'en ressent ; ils aiment l'opposition, et vraiment c'est faire trop d'honneur au séton que de l'attaquer, car il n'y a là rien d'assez nouveau pour être combattu de la sorte. On a été jusqu'à déclarer que le séton, le moxa et tous les exutoires prolongés en général étaient complétement dépourvus d'utilité ; et pour donner plus d'effet à cette assertion, on a invoqué une longue et vieille expérience (en présence d'une autre expérience qui pouvait se prévaloir de cheveux plus blancs). Examinons donc ce qu'il y a de réel dans l'influence des exutoires.

M. Velpeau a dit que leur efficacité n'est pas toujours évidente, comme, d'ailleurs, celle des autres moyens thérapeutiques. Et, en effet, la médecine tout entière ne peut reposer que sur un calcul de probabilité. Quel est le remède qui guérit mille fois sur mille ? Les plus héroïques, le sulfate de quinine, le mercure, ne réussissent que 95 fois sur 100, encore n'y a-t-il aucune statistique sur ce sujet, et même eût-on fait ce travail tout exprès, il serait impossible d'y mettre assez de rigueur pour que les résultats en fussent inattaquables. C'est décourageant ! dira-t-on. Sans doute ; mais, en revanche, si l'utilité des exutoires, considérée dans tous les cas en bloc, ne peut jamais atteindre au delà d'une simple probabilité, il est des cas particuliers où leurs avantages peuvent être démontrés avec certitude. Pour ma part, j'ai observé un nombre considérable de tels cas. Je parle, bien entendu, de ceux où aucun autre moyen n'a été employé concurremment avec l'exutoire ; car c'est faire de la mauvaise thérapeutique que d'en associer un grand nombre, et l'on s'expose ainsi à attribuer à l'un ce qui appartient à l'autre. Plus vous accumulez de remèdes, plus vous vous plongez dans le chaos, et c'est en procédant ainsi qu'on arrive à la fin de sa carrière sans en savoir plus long qu'au commencement. Eh bien, en isolant ainsi l'action des exutoires, je leur ai vu produire des effets immédiats qui ne pouvaient être rapportés ni à d'autres médications, ni à l'action du temps, autre élément qui vient souvent compliquer les questions de ce genre.

L'une de ces observations, je l'ai faite sur moi-même : en 1816, je fus pris d'une douleur rhumatismale du genou gauche ; je continuai mes travaux de dissection, — c'était aux approches d'un concours, — malgré le gonflement de l'articulation qui était douloureuse, rigide, et faisait entendre, pendant les mouvemens, un bruit de craquement assez prononcé pour faire retourner les passans dans la rue : c'était un bruit de gonds rouillés. Enfin, je fus forcé de m'aliter ; pendant quatre mois, on me traita par la méthode de Broussais alors en vogue, sans aucun succès ; j'éprouvais des douleurs assez tolérables en somme, mais de temps en temps j'en ressentais d'extrêmement vives dans la profondeur des condyles fémoraux, et cette sensation était localisée dans les os avec une netteté parfaite. Je me décidai à appliquer un moxa qui me fit cruellement souffrir ; le lendemain, il se fit un épanchement dans l'articulation (jusque là sèche, comme l'indiquait le bruit de craquement), et je me crus tombé de Charybde en Scylla. Mais à partir de ce moment, la douleur ostéocope avait disparu complétement, à tout jamais, pour ne plus revenir. L'épanchement se résorba promptement. A ce fait, observé sur moi-même, j'en puis ajouter plusieurs autres : celui du nommé Antoine, cité dans mon traité de chirurgie, chez lequel, à plusieurs reprises, des douleurs ostéocopes ont cédé immédiatement à l'application d'un moxa ; celle d'un autre malade de la Charité atteint d'ostéite et d'une série d'abcès circonvoisins, non ossifluens, qui a été également débarrassé plusieurs fois de douleurs très vives sous l'influence du même moyen. Dans ces cas et dans plusieurs autres, l'action a été trop prompte, trop isolée de l'intervention de toute autre médication, pour que le doute fût permis.

Est-ce à dire que je sois sûr à l'avance de voir réussir les exutoires dans tel cas donné ? Pas le moins du monde. Ce qui est vivant ne peut être assujetti à des règles fixes et invariables. Quel est donc l'agriculteur qui peut affirmer de telle graine semée dans un champ qu'elle lèvera certainement ?

Tout à l'heure je parlais de l'ancienneté des exutoires. Cette ancienneté tient à ce que dès les temps les plus reculés on connaissait le grand fait thérapeutique sur lequel se fonde leur emploi, la révulsion. Quoi qu'en puisse dire M. Malgaigne, la révulsion a fait et fait journellement des prodiges. Que de fois j'ai vu des douleurs atroces céder à l'application d'une brique chaude, d'un sinapisme, d'un vésicatoire.

Sinapisme, vésicatoire, cautère ou moxa, la théorie de leur influence sur l'économie est toujours la même, et l'on essaierait en vain de l'obscurcir par des distinctions subtiles. En attaquant le séton, M. Malgaigne les a implicitement contestés tous.

En terminant, je répéterai encore que le seton est une chose utile dans beaucoup de cas, mais qu'il faut surveiller son action et se mettre en garde contre les accidens dont il peut être la source. Trop souvent l'aggravation du mal peut en être la conséquence, surtout quand le praticien, sans vouloir se rendre aux observations de son malade qui accuse des vertiges, de la photophobie, etc., maintient opiniâtrement l'exutoire une fois appliqué. Il y a par conséquent avantage à pouvoir diminuer l'action révulsive comme à pouvoir l'augmenter au besoin, et c'est ce que M. Bouvier a cherché à réaliser. L'expérience nous apprendra s'il a réussi.

M. Malgaigne : Dans le mémoire présenté par M. Bouvier, il m'a semblé voir deux questions, l'une très petite, l'autre très grande. La petite question, c'est la substitution d'un petit séton perfectionné au gros séton ordinaire. La grande question, c'est celle des merveilles que M. Bouvier, et tout à l'heure M. Gerdy, ont annoncées au nom de la révulsion.

J'avais commencé par dire que les observations de M. Bouvier n'avaient pas une grande valeur. Notre collègue a répondu que je l'avais sans doute mal compris ; que son intention n'avait pas été de prouver l'utilité de l'exutoire qu'il emploie, mais simplement de montrer que ses malades portaient les petits sétons avec une aisance non accoutumée. (On rit.) Je ferai observer que même dans ce cas la démonstration est incomplète.

Il eût fallu que M. Bouvier nous fît voir une autre série de malades porteurs de gros sétons pour savoir s'ils en étaient plus incommodés.

M. Bouvier a traité l'historique du séton avec un talent que je me plais à reconnaître. Mais puisqu'il a compulsé les annales de l'art à ce sujet, il aurait pu voir qu'à diverses époques, des perfectionnemens se sont produits qui ont de l'analogie avec celui dont il est l'auteur.

Au xve siècle, Gatenaria mettait une ficelle aux pauvres et un anneau d'or aux riches ; Dionis se servait d'un fil retors *non passé à la lessive*. M. Desportes a également proposé un séton perfectionné. Mais je me hâte d'abandonner ce perfectionnement, qui à mes yeux, n'a pas grande importance, pour aborder une autre question qui domine la pratique de la chirurgie, de la médecine entière : je veux parler des exutoires à demeure.

J'avais d'abord étendu la discussion à tous les exutoires. Mais ce serait trop la compliquer. On vient de parler du moxa, je ne refuse pas d'y revenir, mais, pour le moment, je bornerai mes réflexions au séton.

Dans une précédente séance, j'ai raconté comment après avoir appliqué beaucoup de sétons, sans m'être jamais aperçu qu'ils fussent utiles, j'en étais venu à me demander sur quoi l'on se fondait pour affliger aux malades un traitement si dur, oui, très dur. Je disais qu'en faveur de ce moyen d'origine empirique et barbare, on ne pouvait pas citer une série d'observations sérieuses, propres à leur faire accorder quelque confiance. A cela, M. Bouvier a répondu en rectifiant deux erreurs que j'ai commises, je le lui rendrai tout à l'heure ! (rires) et il a essayé de prouver que le séton était de haute noblesse. Il a d'abord cité Hippocrate qui conseille de traverser l'aisselle avec un fer rouge, dans les cas de luxations du bras, pour empêcher la tendance du déplacement à se reproduire. Mais, ici, il n'est pas question de révulsion le moins du monde. Autant vaudrait appeler un séton l'opération prescrite par la loi de Moïse, et qui consiste à traverser avec une alène l'oreille des esclaves ! Ce n'est pas la plaie traversant les tégumens de part en part, c'est la présence de la mèche qui constitue le séton. Cela est si vrai que les chirurgiens du dernier siècle traitaient par le séton les blessures par armes à feu, dans lesquelles un membre était percé par une balle, traitement qui n'aurait aucun sens si la plaie était un séton elle-même !

M. Bouvier fait venir le séton de la médecine vétérinaire. Columelle nous apprend, en effet, que, lorsqu'un bœuf était malade, n'importe de quelle maladie, on lui faisait passer dans l'oreille une alène, puis que, dans l'ouverture ainsi faite, on engageait — quoi ? une certaine racine, arrachée de la main gauche, avant le coucher du soleil ! Voilà quelle est la première origine du séton.

Poursuivons. Dans la médecine grecque, il est fait mention d'une opération appelée *hypospathisme* ; d'après la description de Paul d'Égine, elle consistait à faire au front trois incisions transversales, à soulever les lèvres avec une spatule — d'où le nom d'*hypospathisme* — et à y introduire des mèches ! N'allez pas croire qu'il s'agisse d'opérer une révulsion. Le but de ces incisions est de couper les veines qui portent la pituite aux yeux ! C'est le but que Celse se proposait en faisant, au lieu d'incisions, des brûlures avec un fer rouge. Les anciens ne connaissaient pas la *grande idée de la révulsion*. A l'exception d'un aphorisme d'Hippocrate, d'un seul, et d'une seule ligne de Galien, je défie qu'on puisse citer dans les anciens rien qui se rapporte à cette idée.

Parmi les Arabes, M. Bouvier a nommé Rhasès, comme ayant traité du séton dans le traitement des maladies des yeux. Moi, je n'avais rien trouvé dans Rhasès qui eût trait au séton, et j'avoue qu'en le feuilletant de nouveau, je n'ai pas été plus heureux. D'où vient l'assertion de M. Bouvier ? De ce que, dans un livre intitulé *De cauteriis*, il s'agit d'une opération appelée d'un nom barbare : *sectorium*. Or, ce livre n'est pas de Rhasès, il lui est postérieur ; cet auteur y est nommé à la troisième personne ; Ebn Giolgol ne mentionne pas le traité *De cauteriis* dans sa liste des ouvrages de Rhasès ; enfin celui-ci ne dit pas un mot du séton. Qu'est-ce que le *sectorium* ? Je l'ignore, mais je serais fort embarrassé pour prouver que c'est le séton. Voilà donc la troisième origine du séton : un procédé inconnu, décrit à une époque inconnue, par un auteur inconnu !

Roger, Roland, les quatre maîtres, ne mentionnent pas le séton. Enfin il est décrit au xiiie siècle par Lanfranc — ici M. Bouvier a très justement relevé une erreur que j'avais faite, — mais Guy de Chauliac est le premier qui parle du *séton à la nuque*. Remarquez qu'on en mettait d'abord partout, et que le séton à la nuque, je ne sais comment, a seul échappé à la réprobation universelle.

Or, déjà le commentateur de Guy de Chauliac le repousse et lui substitue le vésicatoire. Au xvime siècle, le séton est prôné par Ambroise Paré, bientôt suivi de Fabrice d'Aquapendente, mais il est inconnu à Jean de Vigo et combattu par Fernel ; au xviime, Fabrice de Hilden en est grand partisan, ainsi que M.-A. Severin ; mais Dionis en parle comme d'une opération tombée en désuétude ; au xviiime, les oculistes le vantent, Saint-Yves et surtout Gleize qui le perfectionne (c'est un M. Bouvier des temps passés), et il a contre lui un chirurgien dont je ne voudrais pas exagérer l'autorité, mais qui était l'écho de J.-L. Petit, c'est Garengeot, qui dit : Le séton d'oreille et de la nuque procurent l'un et l'autre un bien plus imaginaire que réel. Enfin, au xixme siècle, le séton n'est pas admis sans discussion.

On pourra m'objecter que tous les moyens possibles ont eu leurs détracteurs ; aussi n'est-ce pas aux détracteurs que je me suis adressé pour savoir à quoi m'en tenir, mais aux partisans du séton. Or, voici ce qu'ils m'ont appris.

Il y a d'abord une chose étrange. Au commencement on se servait, pour établir le séton, du fer rouge — aussi figure-t-il parmi les *cautères* ; — Ambroise Paré, un des premiers, déclare qu'en le pratiquant avec une aiguille, on obtient les mêmes avantages ; — Fabrice de Hilden, celui qui a grandi sa fille, trouve le séton pratiqué au moyen du feu mauvais, et lui reproche tous les inconvéniens que M. Gerdy blâme dans le séton ordinaire ; mais il vante beaucoup celui qu'on fait avec l'aiguille ; — Gleize dit que le fer rouge et l'aiguille *lui font horreur !* (c'est plus que je n'aurais osé dire), il veut un séton anodin, perfectionné ; avec celui-là il assure avoir fait des miracles. De sorte que si je voulais choisir parmi les partisans, je pourrais invoquer Fabrice de Hilden pour repousser le séton au fer rouge, Gleize pour repousser le séton à l'aiguille, et contre le petit séton de Gleize, tout le xixme siècle qui l'a voué à un complet oubli.

Mais voyons les faits qui ont été produits en faveur de ce moyen. Les premiers sont ceux d'Ambroise Paré. A ce propos, M. Velpeau a fait une remarque très juste : c'est qu'il ne faut pas exiger des chirurgiens de ces époques des observations détaillées ; cela n'était pas dans l'esprit de leur siècle. Quand un auteur comme Ambroise Paré affirme qu'un moyen lui a souvent réussi, cette assertion a son importance et doit faire impression. Mais d'abord Paré ne tient pas ce langage ; il dit que le séton lui réussit *toujours* ; quand un écrivain dit *toujours*, je trouve qu'il a tort, car, ainsi que M. Gerdy l'a fort bien développé, c'est trop prétendre que de vouloir dépasser, en médecine, la probabilité. Voici le texte, il mérite la peine d'être cité : « L'expérience quotidienne montre que tôt après que l'ulcère jette boue, la vue se clarifie voire à ceux qui l'avaient du tout perdue. » Je déclare, pour ma part, n'avoir jamais rien vu de pareil après l'emploi du séton. On a cité l'observation de l'orfèvre Paule, traité par Paré. Mais dans ce fait, qui est le seul rapporté avec quelques détails, le malade devait porter le séton « un an ou plus ; » au bout de ce temps il était guéri, et pendant six mois l'exutoire est supprimé ; mais le malade retombe, et alors Paré lui met un séton « *pour la vie !* » Cela se faisait ainsi. Au xvime et au xviime siècle on vous faisait garder un séton toute la vie. C'est à cette condition seulement qu'il faisait merveille. (Rires.)

J'arrive à Fabrice d'Aquapendente qui l'a trouvé, « par longue expérience, d'une extrême efficace » et qui l'a porté lui-même deux fois en sa vie. J'ai une grande estime pour l'auteur que je viens de nommer, mais pour savoir ce que vaut cette foi de Fabrice, tournons la page ; à côté du séton il vante la cautérisation de la nuque « aux nouveau-nés et enfans déjà grands pour *épilepsie, apoplexie, vertige, coma* ; « et cette opération se fait le plus souvent avec une *évidente et très prompte utilité*... Elle est si ordinaire à Florence qu'il n'y a point ou fort peu d'enfans qui n'y soient soumis. » Ce sont les mêmes assertions, c'est la même expérience. La trouvez-vous convaincante ?

Pour Fabrice de Hilden, le séton guérit tout : épilepsie, catarrhe, phthisiques crachant le sang et le pus. Il l'a vu préserver de la peste. Il raconte très sérieusement qu'un enfant malade portant un cautère à la nuque, était dans un état désespéré ; on remplace le cautère par un séton et l'enfant guérit. Il parle d'une dame qui porte un séton depuis dix ans « avec beaucoup de fruit. » Quant à sa propre fille, guérie par le même moyen, il ne donne aucun détail sur sa maladie. En revanche, dans une observation un peu plus circonstanciée, il montre le séton opérant la guérison *purgato corpore, institutaque victus ratione* (la purgation et le régime ne peuvent-ils pas revendiquer leur part du succès obtenu ?) — Il veut qu'on le porte toute la vie. Un ami lui demande ce qu'il pense du séton dans la cataracte ; Fabrice répond que son emploi n'a pas d'inconvénient, bien qu'on puisse citer *fort peu* de succès.

Marc-Aurèle Severin applique un séton au cou à un Jacobin qui n'en voulait point à la nuque... pour un polype des fosses nasales ! Une autre fois il en place un dans l'aisselle pour un *anévrysme du sternum* (de l'aorte ?).

Gleize (1789) rapporte six observations de maladies des yeux guéries par le séton. Parmi ces malades, les uns l'ont porté huit à dix jours et ont été guéris peu après, mais il leur a fait garder pendant huit mois pour assurer la cure. Chez d'autres, il a pratiqué en même temps la section des vaisseaux de la conjonctive, employé le régime, les collyres et obtenu la guérison au bout d'*un mois et demi* ; d'autres l'ont gardé huit, dix, vingt-quatre jours, quarante jours ! « On ne peut guère fixer, dit-il, le temps que le séton doit rester appliqué ; en effet, je l'ai fait porter aux uns trois ou quatre mois, aux autres cinq ou six. J'ai observé *chez presque tous les malades* que le séton désigne le temps qu'il faut l'ôter, c'est quand il ne suppure plus. » Voilà le séton intelligent ; le voilà désignant lui-même au chirurgien quand il est temps de le supprimer ! C'est même pour cela que Gleize lui donne la préférence sur les vésicatoires et les cautères.

Boyer, partisan du séton et auteur d'un perfectionnement de l'aiguille dont on se sert pour l'établir, en parle d'après sa propre expérience et d'après celle des autres. Il dit que « dans plusieurs cas il s'est passé un mois, quelquefois plus, avant qu'on n'observât aucune amélioration sensible, et qu'après ce temps le mal a marché rapidement vers la guérison. Aussi recommandait-il de « ne pas se hâter de supprimer un

séton, lorsque au bout d'un certain temps, on n'en a point encore obtenu de bons effets. »

M. Bouvier invitait l'autre jour l'Académie à monter avec lui au Capitole; l'Académie ne l'y a pas suivi. Il allait remercier les dieux d'avoir permis que le séton lui sauvât la vue. Mais quel était ce séton? Était-ce un de ses petits sétons actuels? Non, c'était le gros séton classique; dès lors, il voulait sans doute le suspendre en *ex voto* dans un temple, pour ne plus s'en servir jamais! Il y a là de l'ingratitude et une légère inconséquence. Ce n'est pas au Capitole que M. Bouvier devrait se rendre, mais à Notre-Dame-de-Lorette. Là, des pèlerins suspendent divers objets auxquels ils attribuent la guérison merveilleuse de leur maladie, et dans le nombre, peut-être, trouverait-on quelques sétons aussi.

M. Bouvier fait valoir sa compétence, puisqu'il s'agit d'une observation recueillie sur lui-même. Cette compétence, je me sens peu porté à l'admettre dans le cas particulier. D'abord, M. Bouvier n'y voyait pas bien clair à ce moment là...; puis, il n'est pire malades que les médecins; puis il ne nous a pas dit au bout de combien de temps la guérison a eu lieu, quels *adjutoria* ont été mis en usage; et quand même le séton l'aurait guéri positivement, dans quels cas nous devons nous attendre à voir ce succès se reproduire.

Quand M. Velpeau a pris la parole, j'étais fort contrarié de lui entendre annoncer une opinion opposée à la mienne; mais à mesure que je l'écoutais, ma confiance renaissait. M. Velpeau a parlé des trois âges du chirurgien. Dans le premier, il avait appliqué des sétons; dans le second, s'étant sans doute aperçu de leur inefficacité, il les a abandonnés, mais pour les reprendre dans le troisième. C'est ce dernier revirement qui m'étonne. Que M. Velpeau ait renoncé aux sétons, rien de plus facile à comprendre, et ce n'est sans doute pas sans de fort bonnes raisons qu'il l'a fait; mais que tout à coup, un beau jour, à l'illumination du troisième âge chirurgical, il y soit revenu, sans que dans l'intervalle il ait eu l'occasion de se convaincre de son utilité, voilà ce que je ne comprends plus! M. Velpeau m'a prédit que moi aussi j'y reviendrais, par deux raisons. La première, c'est qu'il est des maladies mal définies, obscures, et qu'ayant à les traiter, je dirais: le meilleur est encore de mettre un séton. La seconde, c'est qu'il est des maladies désespérées et désespérantes auxquelles on ne sait que faire, et dans des cas pareils, je serais bien aise de trouver une ressource dans le séton. Si bien qu'en passant au crible les considérations développées par M. Velpeau, il reste ceci: le séton convient quand on ne sait à quoi l'on a affaire; il convient encore quand on ne sait quoi faire. Cependant je trouverais bon, avant de placer un exutoire, de me poser les questions suivantes, et de les répondre: que vais-je faire? Pourquoi? Qu'est-ce que j'espère en obtenir? Ce que je vais faire, je l'ignore; pourquoi, je n'en sais rien; je n'en espère rien, et je l'applique au hasard. (Longue hilarité.)

M. Velpeau reste partisan du séton, et cependant, comme moi, il ne croit pas aux résultats annoncés par M. Bouvier. Chose curieuse! cet accord entre M. Velpeau et moi sur le peu de valeur des observations de M. Bouvier, c'est M. Bouvier qui s'en félicite. Il convient lui-même que ces observations sont incomplètes, et qu'elles ne prouvent rien, bien que d'abord il ait voulu par elles prouver quelque chose. Mais tels qu'ils sont, ces faits sont au moins aussi complets que ceux sur lesquels M. Velpeau fonde sa croyance au gros séton. J'interpelle directement M. Velpeau, et je lui demande s'il est bien sûr que, dans les cas de guérison par le séton ordinaire, l'influence du temps, l'influence des autres moyens n'ait pas contribué à la guérison qu'il a rapportée à l'exutoire? Je lui rappelle, d'ailleurs, ce qu'il a dit lui-même de la difficulté que présente l'observation dans des affections toujours longues, où l'on perd les malades de vue, où ils changent de médecins ou reçoivent leur *exeat* avant qu'on ait pu juger du résultat définitif.

Malgré tout ce que je viens de dire et quoique je me sois adressé aux autorités les plus hautes, analysant auteur par auteur, fait par fait, je comprends qu'il puisse encore rester place au doute. Mais ce doute n'est plus possible dans mon esprit quand je songe aux résultats de ma propre expérience. Car j'ai employé, moi aussi, des sétons. Pourquoi les ai-je abandonnés? Parce que je ne leur ai jamais reconnu aucune efficacité. Comme M. Gerdy, je ne demande pas des effets constans, certains, je me contente de la probabilité. Si sur 10 cas j'avais réussi quatre ou cinq fois, j'essaierais de nouveau. Mais je n'ai pas encore rencontré un seul cas où cette efficacité me fût bien démontrée. Et, quand même on observerait un ou deux succès sur une série de dix malades, quelle valeur auront ces faits si l'on ne prend pas toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur. — Messieurs, je suppose que le séton n'ait pas été inventé et qu'un homme vienne à cette tribune le proposer comme un moyen nouveau. Que dirait la commission chargée de se prononcer sur la valeur de l'innovation? Elle dirait que les preuves manquent.

Depuis longues années je suis frappé de l'abus que l'on fait journellement des exutoires *à demeure*. J'insiste sur ce terme; car je suis loin de nier l'utilité du moxa, du sinapisme, de la cautérisation pour faire cesser les douleurs. Il ne faut pas confondre l'influence d'un moxa avec celles des sétons et des cautères dont la nature prend si bien l'habitude qu'on ne peut plus en débarrasser les malades, et dont l'action devient aussi nulle que celle des boucles d'oreilles.

Et je ne suis pas seul de mon avis. Depuis que je prêche la vanité des exutoires, j'ai demandé à bien des élèves, à bien des médecins: cherchez bien dans vos souvenirs, combien connaissez-vous de succès bien authentiques sur dix cas, sur vingt cas? Et la réponse a toujours été la même. J'ai demandé à M. Piorry: mettez-vous des cautères et des sétons? Il m'a répondu: Jamais (rires). M. Cazeaux m'a déclaré n'en avoir jamais obtenu rien de bon; M. Bonnafont m'a fait un aveu semblable. Si tous nos collègues qui s'occupent des maladies des yeux énuméraient les succès que leur a procurés le séton, ils énonceraient un bien petit nombre. Aussi les oculistes y ont-ils presque entièrement renoncé, excepté pourtant dans les cas signalés par M. Velpeau, où ils ne savent quoi faire. Et les médecins, que pensent-ils du vésicatoire au bras? J'en ai mis beaucoup, j'en demande pardon à Dieu et aux hommes! Mais aussi depuis j'en ai beaucoup supprimé.

M. Bouvier a cru que nous serions d'accord après qu'il aura prononcé le grand mot de révulsion. De quelle révulsion s'agit-il? Serait-ce de la révulsion de la médecine antique? Mais à part l'aphorisme d'Hippocrate: *De duobus doloribus in eodem loco ortis vehementior obscurat alteram*, aphorisme qui ne s'applique au surplus qu'à la *douleur*, on ne trouve dans les anciens aucune trace de cette théorie. C'est au XVIme et au XVIIme siècle que sont nées la révulsion, la dérivation, la spoliation et les saignées révulsive, dérivative, spoliative. Je suppose que les chirurgiens ne font plus aujourd'hui de saignées de ce genre. Que l'on me dise donc ce que c'est que la révulsion dans l'antiquité, sans quoi ce sera pour moi un mot vide de sens; les anciens, je le répète, l'ignoraient.

M. Bouvier: Et Celse!

M. Malgaigne: Encore une fois, Celse pratiquait les cautérisations non pour obtenir une révulsion, mais dans le but de couper la veine qui portait aux yeux la pituite.

Qui donc, l'autre jour, a parlé ici de peuples entiers dont les générations se succèdent de siècle en siècle dans l'amour des exutoires?

Messieurs, le séton n'est que l'un des exutoires à demeure usités en chirurgie. Si l'Académie le désire, je lui présenterai dans une prochaine séance des observations sur le traitement des tumeurs blanches par cet ordre de moyens.

M. Bouvier demande la parole. Il y a dans le discours de M. Malgaigne une insinuation qui est presque personnelle.

M. Malgaigne: Quelle qu'elle soit, je la rétracte à l'avance.

M. Bouvier: M. Malgaigne a affirmé que j'étais convenu du peu de valeur de mes observations présentées d'abord comme concluantes en faveur du séton. J'ai dit seulement qu'elles étaient incomplètes, en ce sens que le résultat du traitement demandait à être suivi jusqu'au bout. Dans la prochaine séance, je les présenterai de nouveau pour qu'on puisse juger de ce qui a été obtenu dans l'espace de trois semaines.

L'Académie se forme en comité secret.

OBSÈQUES DE M. QUEVENNE.

Si l'on est trop souvent froissé pas l'éclat de quelques réputations surfaites, c'est une consolation de reconnaître que notre époque sait aussi apprécier le mérite modeste, associé à la loyauté du caractère et à l'austère intégrité.

Cette réflexion se présentait naturellement à la vue de la réunion d'hommes distingués appartenant à la science et la profession médicale ou pharmaceutique, qui se pressait dans la chapelle de l'hôpital de la Charité, pour rendre un dernier hommage à M. Quevenne. L'Institut y était représenté par MM. Rayer et Cl. Bernard, la Faculté de médecine par MM. les professeurs Bouchardat, Bouillaud et Soubeiran.

L'Académie de médecine et la Société de pharmacie par quelques-uns de leurs membres les plus distingués; l'administration de l'Assistance publique par son digne Secrétaire général M. Dubost et le vénérable M. Vée; l'hôpital de la Charité par M. le Directeur, M. l'Économe, etc., etc.

Un savant étranger, M. de Vrij, momentanément à Paris, s'était fait un devoir d'honorer la science française en se réunissant au cortége. Toutes les sœurs hospitalières, chaque jour témoins de l'inépuisable obligeance du pharmacien de la Charité, qui ne savait être dur que pour lui-même, assistaient au service religieux.

Avant que la terre consommât l'éternelle séparation, M. le professeur Bouchardat a adressé, en ces termes, un dernier adieu à son ami:

Messieurs,

Je viens au nom de ses amis, du corps médical et pharmaceutique des hôpitaux et du personnel de la Charité, rendre un dernier hommage à Théodore Quevenne, pharmacien en chef de la Charité.

Je ne chercherai point, en présence des émotions de cette tombe, à vous faire apprécier la suite et l'importance des travaux auxquels sa vie a été consacrée; je me bornerai à vous faire entrevoir la perte que tous nous avons faite, car peut-on en faire une plus grande que celle de l'homme dont nous pouvions attendre, dans toutes les occasions de la vie, et les meilleurs conseils et les plus nobles exemples.

Ce qui caractérisait Th. Quevenne, ce qui le distinguait entre tous, c'était cette persévérance de tous les instans de sa vie dans les travaux ayant pour but la recherche de la vérité; cette ardeur de bénédictin ne pouvait être comparée qu'à son incomparable modestie, qu'à son désir incessant d'obliger.

Il fallait le voir, devançant l'aurore dans son laboratoire, sans cesse en action, ne perdant pas une minute, faisant marcher de front cent expériences diverses, avec un ordre, une méthode qu'on ne pouvait trop admirer.

A quelque heure du jour qu'on vînt, on était sûr de le trouver toujours travaillant.

Ne croyez pas, Messieurs, que l'amour de la science lui fit oublier ses devoirs: il n'oubliait que les plaisirs du monde. Personne ne fut plus que lui dévoué, sans trêve ni relâche, à ses modestes fonctions, qu'il remplissait, depuis vingt ans, avec autant d'ardeur que dans les premiers mois de son entrée dans les hôpitaux.

Malgré ses devoirs, malgré ses recherches, qui étaient si grandes qu'il n'en entrevoyait pas la fin, venait-on lui demander non pas seulement une direction, des conseils, mais des expériences qui devaient interrompre les siennes, s'il s'agissait d'obliger, de servir la science, il n'hésitait jamais.

Combien de fois avons-nous tous mis à contribution son inépuisable bonté, son désir ardent de seconder ceux qui poursuivaient le même but que lui.

S'il fut un homme au monde qui ne chercha jamais à se faire valoir, ah! ce fut bien Quevenne; ne pensez pas que ce fut par faiblesse, car il avait la meilleure des bravoures, la bravoure calme. Je puis en rendre témoignage, je l'ai vu sans émotion aucune essayer sur lui-même les médicamens les plus énergiques; je l'ai vu traverser les épidémies du choléra, il n'y pensait que pour rester davantage à l'hôpital et y doubler son travail surhumain. Il y a un mois à peine, quand tous ses amis le pressaient, en déplorant la décadence de sa santé, de prendre à la campagne quelque temps de repos, il apprend que l'épidémie paraît imminente, il renonce à son congé, il veut mourir sur la brèche!

Les honneurs académiques, les distinctions qu'on envie le plus, et qu'il méritait à tant de titres, ne sont pas venus le trouver.

Ah! mon digne ami, que tu as eu raison de ne pas t'en préoccuper. Qu'en reste-t-il en présence de cette tombe? La postérité rendra l'honneur qu'ils méritent à tes grands travaux sur les ferrugineux, sur la digitaline, sur le lait.

Ta mémoire vivra dans le cœur d'amis qui ont compris ton inviolable fidélité, ton dévouement à toute épreuve.

Adieu Quevenne! Adieu mon meilleur ami!

M. le professeur Soubeiran, au nom de la Société de pharmacie, à lu le discours suivant:

Après les paroles qu'une voix amie vient de faire entendre, j'aurais voulu ne rien ajouter qui prolongeât ce pénible moment, si je n'avais le devoir, dans cette douloureuse cérémonie, de venir, comme représentant de la Société de pharmacie de Paris, vous dire quels sont ses regrets et sonder avec vous la profondeur du vide qui s'est fait dans ses rangs. Plus la vie de M. Quevenne a été bien remplie, plus déchirante est la séparation, plus amère et plus profonde est la douleur qu'elle nous cause.

Il y a vingt-cinq ans à peine je voyais M. Quevenne débuter par le concours pour l'internat des hôpitaux; il fut admis, et, dès ce moment, il se fit remarquer par son amour du travail et par l'exactitude qu'il apportait dans l'accomplissement de ses devoirs. Ce n'était pas un de ces esprits brillans qui semblent de plein droit devoir s'emparer de la première place et dont l'intelligence supérieure écarte tous les rivaux; mais il avait la volonté et la persévérance, qui mènent plus sûrement au but. Il avait tâté ses forces et avait trouvé la confiance; de ce jour, sa persévérance ne se démentit pas, et alors que le succès eût couronné ses efforts et que les luttes du concours l'eurent porté au poste honorable qu'il ambitionnait, chacun l'applaudit; c'était le travail qui recevait sa récompense.

Mais M. Quevenne avait sagement mesuré ses désirs et son ambition. Satisfait de la position honorable qu'il avait acquise, il ne rêva pas une plus grande élévation. Aspirer plus haut, c'eût été rentrer dans les luttes et créer autour de soi les soucis qui les accompagnent, les rivalités qu'on ne manque pas d'y rencontrer et les inimitiés qui ne leur succèdent que trop. M. Quevenne se trouvait content de sa vie tranquille et honorée; c'était de la modestie; c'était de la véritable sagesse; mais, pour cela, il n'avait pas abandonné ses habitudes de travail; seulement il les gardait inoffensives. Ne menaçant aucune position, ne se heurtant contre personne qu'il pût gêner dans son avancement, il eut le rare bonheur de voir ses travaux accueillis par une bienveillance générale.

C'est qu'au milieu des diversités, des bizarreries mêmes que comportent les jugemens des hommes, il est consolant de voir que l'équité n'est jamais perdue. Aussitôt que les passions se taisent, l'accord s'établit, la conscience parle seule, et l'on est bientôt unanime pour aimer et admirer ce qui est beau et bon. L'étincelle divine de notre intelligence s'est fait jour, le voile qui la dérobe aux yeux s'est soulevé un instant, et la justice, autrement dit la voix de Dieu, se fait entendre sans contradicteurs.

Les travaux de M. Quevenne portent tous le caractère particulier de son esprit. Ils n'ont pas été très nombreux; il était trop difficile envers lui-même pour les faire connaître avant de les avoir complètement achevés. Ils sont tous vrais et consciencieux; l'honnêteté de son âme s'y est reflétée toute entière. Les expériences y abondent; car, avant tout, il voulait avoir la conscience intime de les avoir faites exactes. Ce n'est pas ici le lieu de vous en tracer l'histoire, et cependant ses mémoires sont une peinture si exacte des mérites particuliers de leur auteur que, pour vous le faire connaître lui-même, il me faut au moins vous en citer un entre tous, et vous en montrer la tendance.

Un jour, M. Quevenne entreprend un travail sur le lait; le lait, qui semble être le type complet de l'aliment du carnivore, qui est la première nourriture indispensable de l'enfance, que l'homme fait utilise à son tour, et qui se montre si secourable aux valétudinaires et aux malades: le sujet ne manquait pas d'intérêt; mais il avait été bien des fois effleuré par les savants. M. Quevenne avait vu tout ce qu'il laissait encore d'incomplet; il se plut à aborder les nombreuses difficultés d'un travail épineux, et à lutter avec elles. Il y consacra plusieurs années, et multiplia à tel point les expériences, que les travaux réunis de tous ses devanciers en offriraient à peine un pareil nombre. Aussi a-t-il dressé un monument durable, qui se recommande par son utilité non moins que par son mérite scientifique.

A peine ce grand travail avait-il paru, que l'Administration des hôpitaux en tirait parti pour assurer aux pauvres malades un lait de bonne qualité, et qu'elle s'empressait de donner à M. Quevenne un témoignage de sa satisfaction et de sa gratitude. Plusieurs villes ont suivi ce bon exemple; en appliquant les procédés analytiques de M. Quevenne, elles ont obligé les marchands à n'apporter, dorénavant, que du lait pur sur les marchés.

Mais Messieurs, ce qui, à nos yeux, a élevé M. Quevenne plus haut que la science ne pouvait le faire, c'est qu'il s'est montré avec toutes les qualités qui font l'homme de bien: simple et modeste dans ses habitudes; aimant pour sa famille et ses amis; bienveillant pour tous; loyal et honnête dans toutes ses actions. Pharmacien des pauvres à l'hôpital de la charité, on le trouvait toujours lorsqu'il pouvait leur être utile et secourable; chef de service et chargé de diriger des élèves nombreux, s'il exigeait une scrupuleuse exactitude dans l'exécution de leurs devoirs, il était aussi pour eux un excellent maître et un ami. Membre de la Société de pharmacie, chacun de nous le trouva en toute occasion plein de bienveillance et de cordialité. Homme privé, il s'est fait des amis de tous ceux qui ont pu pénétrer dans son intimité, et sa mort laisse aujourd'hui, dans bien des cœurs, un vide immense et de douloureux regrets.

En ce moment, qu'il ne reste sous nos yeux qu'une froide dépouille qu'une fosse sépulcrale va nous cacher, lorsque déjà la terre jetée par l'église a accompli cette terrible séparation.

Que le souvenir de cet homme de bien vive dans nos cœurs et s'y conserve précieusement, jusqu'à ce jour où nous-mêmes il nous faudra nous séparer de nos familles et nos amis pour aller chercher un séjour où les affections sont éternelles.

Enfin, un de ses jeunes amis, M. Génevoix, qui lui a fermé les yeux, a dit, d'une voix coupée par l'émotion, quelques vers inspirés par le spectacle de cette vie si active et si vite tranchée.

L'abondance des matières nous empêche de publier une lettre de M. le docteur Sellier, relative à l'emploi de l'iodure de chlorure mercureux dans le traitement de la couperose.

LA VARIOLE ET LA VARICELLE SONT DES MALADIES DE NATURE DIFFÉRENTE; par le docteur ROEBBELEN. — Un garçon de 1 an, non vacciné, est pris d'une variole très intense, confluente en plusieurs endroits, et tout à fait bien caractérisée. Il en guérit, mais quatre semaines plus tard il a une varicelle. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 28.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 128. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 27 Octobre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An	32 Fr
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 OCTOBRE 1855.

LETTRES SUR LA FOLIE.

Fais ce que dois, advienne que pourra.

III.

(Suite. — Voir le numéro du 23 Octobre 1855.)

Ici je dois, si je ne m'abuse, me trouver d'accord avec tout le monde. Il faudrait qu'on y mît beaucoup de mauvaise volonté, et un peu de mauvaise foi pour qu'il en fût autrement. Quelles sont, en effet, ces altérations, et quelle est leur véritable signification ? Les plus fréquentes, celles du moins sur la constance desquelles tous les auteurs sont à peu près d'accord, sont : la congestion sanguine, la congestion séreuse, le ramollissement du cerveau, son induration, son atrophie, et enfin les lésions des méninges et leurs adhérences avec la surface des circonvolutions.

Ouvrez maintenant l'ouvrage de M. Calmeil sur la paralysie générale des aliénés, ouvrage devenu classique, vous y trouverez minutieusement décrites toutes ces altérations comme ayant été trouvées par lui dans les cerveaux des nombreux paralytiques qu'il a ouverts à Charenton. Elles se sont présentées à lui réunies ou groupées d'une manière très variée; mais leur existence isolée ou collective a été constante. Il ne se croit pas cependant assez autorisé à dire que celles-ci suffisent pour expliquer les symptômes observés pendant la vie, et il conclut avec la prudence que vous lui connaissez :

« Presque tous ces désordres, examinés avec impartialité, » indiquent qu'il a existé une phlegmasie chronique vers l'encéphale, que cette phlegmasie a exercé ses principaux ravages à la surface des circonvolutions, dans la substance » grise et dans les enveloppes du cerveau.

» Il est permis de conclure que c'est une phlegmasie chronique qui donne naissance à la paralysie générale, en déterminant dans le cerveau une *modification identique* que nous » n'avons pas su apprécier, et qui, indépendamment des » désordres signalés, devait exister chez tous les individus que » nous avons disséqués. »

Ceci a été écrit en 1826, en même temps que paraissaient, sur la même question, des travaux importans d'Esquirol et de MM. Delaye et Bayle. Les conclusions un peu embrouillées de M. Calmeil permettaient de supposer que, tout bon observateur qu'il était, il n'avait pas tout vu, et étaient dès lors un encouragement sérieux à de nouvelles recherches. Celles-ci ont été faites en très grand nombre, et on commence, depuis quelques années, à entrevoir la possibilité de découvrir enfin le véritable rôle de chacune de ces altérations. Ainsi, dès 1841, M. Parchappe a pu dire, en s'appuyant sur des observations très nombreuses, et, selon moi, tout à fait concluantes : « Les » altérations du cerveau dans la *folie paralytique* (c'est la paralysie générale des aliénés de M. Calmeil et de la plupart des » auteurs) se distinguent de celles qu'on rencontre dans » la folie simple aiguë ou chronique : par leur constance, » le ramollissement de la couche corticale ne manque dans » aucun cas; par leur nombre, les altérations accessoires » et subordonnées sont beaucoup plus nombreuses et fréquentes; par leur nature, l'altération essentielle à la folie » paralytique, le ramollissement, se rattache comme altérations coordonnées ou subordonnées, l'épaississement des » méninges, l'adhérence de la pie-mère à la couche corticale, » la coloration rouge de cette couche, et son induration partielle, et toutes ces altérations, au point de vue général de » l'anatomie pathologique se rapportent à l'état appelé inflammatoire. » (*Traité théorique et pratique de la folie.*)

Cette loi, formulée par M. Parchappe, est à peu près généralement adoptée de nos jours. Elle indique, en effet, d'une manière assez exacte, l'état du cerveau et de ses dépendances chez les individus morts des suites de la paralysie générale. Je suis donc tout disposé à m'y rallier, sauf toutefois une modification importante quant à la nature même du ramollissement cérébral. Est-il bien certain, en effet, que ce ramollissement se rapporte à l'état appelé inflammatoire? Cela me paraît au moins douteux, lorsque je songe à la nature essentiellement débilitante des causes qui amènent le plus ordinairement la paralysie générale, et aux effets désastreux produits à peu près constamment par le traitement antiphlogistique. Ces doutes sont d'ailleurs partagés par un certain nombre d'aliénistes, parmi lesquels je citerai MM. Guislain et Brierre de Boismont. Mais je m'aperçois que ceci m'entraînerait beaucoup trop loin. La question est d'ailleurs assez importante pour ne pas être traitée ainsi d'une manière incidente. J'y reviendrai, si vous le permettez, un peu plus tard.

Le ramollissement du cerveau peut donc être considéré comme la cause essentielle organique de la paralysie générale. Les autres altérations que j'ai énumérées plus haut se retrouvent encore très fréquemment dans le cerveau des paralytiques. Mais elles ne sont que secondaires, et leur signification réelle n'est pas encore suffisamment déterminée. Elles paraissent cependant appartenir plus particulièrement à la démence qui accompagne si souvent la paralysie générale, et dont celle-ci n'est peut-être qu'une forme particulière. Quoi qu'il en soit, il est extrêmement probable que la démence est l'expression symptomatique de toutes les altérations, quelles qu'elles soient, qui ont pour résultat une compression lente, graduelle et permanente du cerveau. N'est-ce pas là, en effet, le mode d'action des différentes espèces de congestion sanguine ou séreuse, de l'épaississement des méninges, de leur infiltration, etc., etc., toutes lésions qu'on trouve réunies ou isolées dans le cerveau des démens? Cela est si vrai, qu'on regarde assez généralement, avec M. Étoc-Demazy, la maladie décrite sous le nom de *stupidité*, et qu'Esquirol appelait une *démence aiguë*, comme produite par la compression du cerveau résultant d'une infiltration séreuse ou d'un œdème de cet organe. Enfin, il semblerait résulter des recherches de M. Parchappe, que cette compression amène à la longue, comme conséquence forcée de sa durée, une atrophie générale ou partielle de l'encéphale; car cette atrophie s'est présentée à lui dans la presque généralité des cas de démence soumis à son observation. Ceci permettrait de comprendre pourquoi la démence chronique bien confirmée est absolument incurable, et pourquoi, au contraire, elle guérit souvent lorsqu'elle n'est encore qu'à l'état aigu, c'est-à-dire lorsque la compression qui l'a produite n'a pas encore duré assez longtemps pour déterminer l'atrophie du cerveau.

Que reste-t-il maintenant pour la folie de toutes ces altérations organiques dont on a fait si grand bruit? Rien ou presque rien; à peine une hypérémie plus ou moins passagère qui, de l'aveu de tous, manque très souvent, et qui est évidemment, lorsqu'elle existe, non la cause du désordre des idées ou des passions, mais l'effet de la fatigue ou de l'excitation du cerveau produites à la longue par ce désordre.

Je m'aperçois, mon cher ami, que je m'éloigne de plus en plus des idées régnantes. Cependant, ne croyez-vous pas comme moi que la question s'est beaucoup simplifiée, et que j'approche d'une solution? Ainsi, si ma démonstration est logique, si mon interprétation des faits fournis par l'anatomie

Feuilleton.

CAUSERIES.

Le retour des absens. — Son effet sur les séances académiques. — Le petit séton cause une révulsion énergique. — Le dernier discours de M. Velpeau. — Le rapport sur les Aztecs. — La femme géant. — L'Académie des sciences et la succession de M. Magendie. — Le concours de l'internat. — L'exposition universelle.

Ils nous reviennent tous, qui d'Allemagne et des bords du Rhin, qui d'Angleterre ou d'Écosse, celui-ci de Bade, celui-là des Pyrénées ou de Vichy, car ça été, cette année, comme une sorte de désertion des médecins de Paris; et pendant que Paris était envahi par les médecins des départemens et de l'étranger, nos confrères d'ici s'épandaient dans les départemens et l'étranger. Heureusement les malades de ci ni de là n'auront rien perdu. Enfin, on commence à s'y reconnaître; nos confrères étrangers nous quittent et nous revoyons les figures connues de nos confrères parisiens. Disons adieu, au plutôt au revoir à nos bons confrères qui s'en vont, et souhaitons la bien-venue à ceux qui nous reviennent. Le feuilleton est comme la bonne femme de la légende, il aime à bien vivre avec tout le monde et à se faire des amis partout. Ce n'est pas, hélas! toujours facile, et qu'il est grand encore le nombre des mauvais coucheurs! Le feuilleton, qui est sans fiel, sans haine et sans rancune, en passera prochainement une revue générale; mais pour éviter l'encombrement de la foule et la cherté des fenêtres, il n'indiquera pas le jour.

Ce retour du monde médical parisien s'est déjà fait sentir à l'Académie de médecine. Cette pauvre Académie, depuis trois mois, en était réduite au maigre régime des placides rapports sur les eaux minérales ou des exécutions en masse de la commission des remèdes secrets. M. Bouvier apporte son petit séton perfectionné, et le fil de ce séton devient une grosse mèche qui allume un incendie. Niez donc la révulsion, Monsieur Malgaigne! Il n'a fallu que vous montrer le séton de M. Bouvier pour déterminer, chez vous, un véritable flux d'éloquence; que serait-ce s'il vous l'eût appliqué à la nuque! C'est ce que voulait faire M. Velpeau, que la première allocution de M. Malgaigne avait aussi légèrement révulsé; mais il paraît que, d'une séance à l'autre, l'irritation s'est un peu calmée, car le discours de l'honorable professeur de la Charité a été on ne peut plus anodin et lénitif, et s'il y a eu séton, il a été du genre de ceux que M. Bouvier perfectionne. Du reste, ce discours de M. Velpeau a été l'objet de jugemens bien contradictoires. Trouvé parfait ici, il a été jugé là détestable. Mon humble avis est qu'il ne mérite

Ni cet excès d'honneur ni cette indignité,

et j'ai idée qu'avec un peu plus de préparation, ce discours eût figuré avec honneur dans la collection si riche des œuvres oratoires du savant professeur. Ce discours ne sentait pas assez la lampe, c'était son seul défaut.

Ce n'est pas que j'en partage toutes les idées et toutes les doctrines; je crois au contraire qu'il y a beaucoup à dire sur les opinions émises par M. Velpeau sur la certitude scientifique en général, et sur la certitude médicale en particulier. Moi qui ai eu le bonheur, ou le malheur — c'est un malheur — de connaître M. Velpeau à son second âge chirurgical, et même un peu à son premier, je me souviens qu'il professait alors d'autres idées sur l'examen, sur la vérification des faits et des doctrines en médecine. Eh mon Dieu! que nous sommes ingrats, et même légèrement inconséquens, tous, tant que nous sommes, les plus élevés comme les plus humbles, de renier à un moment donné, et pour un futile besoin de polémique, les facultés qui nous caractérisent et auxquelles nous devons nos succès, notre action, notre influence sur les esprits! S'il est une faculté par laquelle M. Velpeau se soit surtout distingué, à laquelle il doive la haute et légitime position qu'il occupe, n'est-ce pas la faculté du critique, du vérificateur inexorable, de l'appréciateur sévère, quelquefois jusqu'à rigueur, des opinions, des idées et des faits qui remplissent la science? N'est-ce pas la haute indépendance de son esprit et de son caractère qui l'a empêché de fléchir sous l'autorité d'aucun maître, de marcher avec liberté, et qui l'a fait ce qu'il est?..... J'aurais beaucoup, beaucoup à dire sur plusieurs idées du dernier discours de M. Velpeau, car elles ne me paraissent pas conformes aux véritables principes et à la méthode qu'il faut employer en philosophie médicale. Je m'attendais, il est vrai, à ce que M. Malgaigne reprît ce point de discussion, et personne ne l'eût mieux traité que lui. Mais l'orateur a été entraîné vers le côté spirituel et gai de ce débat; je regrette que tout ce côté sérieux et élevé ne l'ait pas tenté. L'occasion s'en représentera peut-être. J'engage vivement M. Malgaigne à ne pas la laisser échapper, car il me paraît qu'il y a urgence à rappeler un grand nombre d'esprits à des idées et à des principes de critique qui semblent trop oubliés.

Avant de quitter l'Académie de médecine, je me permettrai de demander des nouvelles de la commission des Aztecs et des Earthmens; de cette commission qui paraissait, les premiers jours, animée d'un si beau feu qu'elle troublait, par ses réunions, les séances générales. Ce grand zèle se serait-il si vite éteint? Et cette commission est-elle allée rejoindre, dans les caveaux des frères de la Charité (1), les trois commissions du choléra? Toujours est-il que le rapport, si rapport il y a, aura perdu l'intérêt de l'actualité. Quoique l'Académie soit un corps exclusivement scientifique, son rapport, en éclairant le public sur les *inexactitudes* flagrantes qui ont été publiées relativement à ces pauvres petits êtres, aurait peut-être mis fin à la triste exploitation qui est faite de ces infortunés enfans.

A propos de phénomènes vivans, M. le Secrétaire perpétuel a manqué l'exhibition de celui qui excite au moins autant de curiosité que les hommes terriens et les Aztecs, je veux parler de la femme géant de l'Hippodrome qui mesure deux mètres et je ne sais plus combien de centimètres de hauteur. On ne voit pas tous les jours chose pareille, et ce phénomène n'eût pas mal fait sur la tribune de l'Académie. M. le Secrétaire perpétuel a craint sans doute que nos grands hommes académiciens parussent trop petits à côté de la femme géant. Cette pauvre femme, du reste, l'a échappé belle. Le choléra, qui ne respecte rien, s'est abattu sur elle, elle a failli en mourir, mais sa robuste constitution

(1) On sait que la salle des séances de l'Académie est bâtie sur les caveaux où reposent les restes des anciens frères de la Charité.

pathologique est vraie, je suis fondé à résumer cette longue discussion dans les trois propositions suivantes :

1° La folie, la démence et la paralysie générale qu'on a l'habitude de confondre sous une dénomination commune, constituent en réalité trois maladies essentiellement distinctes.

2° Les lésions matérielles, appréciables de la substance nerveuse qu'on a attribuées jusqu'ici à la folie, appartiennent exclusivement à la démence et à la paralysie générale.

3° Si dans la folie, exempte de toute complication, il existe une lésion quelconque de l'encéphale ou du système nerveux, celle-ci doit être exclusivement dynamique ou fonctionnelle.

§ II.

Je disais en commençant que ma conviction s'appuyait, en même temps que sur l'interprétation des faits d'observation, sur des preuves tirées du raisonnement et de l'induction. Me voici arrivé à la partie la plus difficile de ma tâche. C'est ici surtout que j'ai besoin de votre indulgence et de toute votre attention. Je vais toucher à des questions extrêmement délicates, et que, le temps et l'espace me manquant, je ne pourrai qu'effleurer. Je vais me heurter à des opinions et des préjugés qui sont encore très vivaces, malgré les tendances contraires qui se montrent de plus en plus tous les jours. Je compte donc sur votre bienveillante amitié pour m'arrêter et m'éclairer si je m'égare, pour me soutenir et m'encourager si je marche dans le droit chemin.

Je suis arrivé, quelques lignes plus haut, à cette conclusion que, s'il existe une lésion quelconque dans l'encéphale des fous, celle-ci *doit* être exclusivement fonctionnelle. C'est-à-dire qu'elle doit être, comme l'a dit quelque part M. Leuret, semblable à celle qui produit les rêves, qui amène les fausses convictions des individus raisonnables, qui excite les instincts et les passions. Elle doit être de même nature que la lésion de l'estomac, dans les gastralgies, du cœur, dans les palpitations nerveuses, etc., etc. Je vais plus loin maintenant, et je dis que non seulement il *doit* en être ainsi, mais qu'il *n'est pas possible qu'il en soit autrement.*

Permettez-moi, avant tout, de me débarrasser de cet épouvantail un peu usé qu'on fait miroiter si souvent aux yeux des gens timides et prévenus, d'une affection psychique, d'une maladie sans matière, d'une maladie de l'âme, puisqu'il faut enfin prononcer ce mot si redouté.

Serions-nous par hasard condamnés à tout jamais à courber la tête sous ce brûlant anathème, formulé par M. Foville, il y a quelque vingt ans[1], dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique?* « Cette proposition singulière » est de toute évidence une absurde profession de foi de maté- » rialisme : n'est-ce pas, en effet, dépouiller l'âme de ses plus » nobles attributs, la dégrader et la ravaler au niveau de la » matière, que de la supposer susceptible d'altération? L'âme » doit rester étrangère à nos recherches ; mais, considérant » le cerveau comme l'instrument matériel de ses manifestations, » comme l'organe de l'intelligence, nous chercherons dans » cet organe la cause des dérangemens survenus dans ses » fonctions. »

Ce serait donc dépouiller l'âme de ses plus nobles attributs que de la supposer susceptible d'altération. Ce qui n'empêche pas M. Foville de consacrer un long chapitre à la description de ce qu'il appelle les *désordres des facultés intellectuelles, morales et affectives.* Comment! les idées, les sentimens, les affections peuvent être troublés, pervertis, modifiés de toute façon et dans tous les sens, et vous voulez que l'âme reste étrangère à nos recherches ! Vous avouez que le cerveau est l'instrument de ses manifestations ; vous avouez que, sans elle, celui-ci ne serait qu'une matière inerte, et vous ne voulez pas que j'étudie l'agent qui lui donne l'impulsion et la vie, que je cherche à pénétrer ses lois et surtout celles de leurs rapports réciproques? En vérité c'est à n'y rien comprendre. Mais vous ne voyez donc pas que vous tombez dans les contradictions les plus absurdes, et que vous vous condamnez de gaîté de cœur à une irrémédiable impuissance?

Je vous demande pardon à vous et à vos lecteurs, mon cher ami, d'être obligé d'entrer dans ces détails. Je ne suis ni plus spiritualiste, ni plus dévot que la plupart de nos contemporains; je ne suis pas surtout de ceux qui ont la prétention de réunir dans une même foi Hippocrate et saint Thomas d'Aquin. Je déteste autant que mes honorables contradicteurs la manie de quelques-uns de mêler, à tous propos, dans un accouplement impossible, la religion et la science. Mais je ne comprends pas davantage la prétention de beaucoup de médecins, aliénistes ou autres, de tout ramener à l'organisme, et de vouloir reléguer l'âme dans je ne sais quelle sphère inaccessible, d'où elle se bornerait à contempler, dans une immobilité superbe, les misères et les imperfections du corps. Je ne vois pas les choses de la même façon, et je serais très étonné si vous n'étiez pas comme moi.

La folie n'est pas une maladie comme une autre, n'en déplaise à M. Ferrus, et je ne vois pas ce qu'il trouve de si contradictoire dans ces deux termes, maladie psychique, maladie de l'âme. L'honorable académicien rappelait l'autre jour, dans son discours, cette parole de Locke : « Si Dieu l'eût voulu, pourquoi la matière ne penserait-elle pas? » Ne puis-je pas lui dire, avec au moins autant de raison : Si Dieu l'eût voulu, pourquoi l'âme ne pourrait-elle pas être malade? Et ne suis-je pas en droit d'ajouter que, malheureusement pour l'humanité, Dieu l'a chargée de cette malédiction? Qu'est-ce donc, en effet, que la douleur morale? Et l'erreur, les vices, les passions, que sont-ils, sinon autant de maladies de l'âme, de l'esprit ou du principe pensant, comme il vous plaira de l'appeler? Je ne tiens pas à un mot plutôt qu'à un autre, pourvu qu'on m'accorde le fait que ce mot sert à exprimer. Et l'ignorance, la superstition, le fanatisme! Je n'en finirais pas si je voulais pousser jusqu'au bout cette triste nomenclature. M. Ferrus voit-il à tout cela un point de départ organique? Pourrait-il nous dire quelle est la lésion matérielle qui le produit ou qui en prolonge la durée?

La folie exempte de toute complication physique est évidemment de même ordre que ces affections de l'âme, si nombreuses et si variées; elle en est le produit direct et comme le dernier degré. Tous les aliénistes, Esquirol à leur tête, sont d'accord avec moi sur ce point, lorsqu'ils disent que la folie n'est souvent autre chose que l'exagération d'une idée ou d'une passion. Il y a longtemps qu'on a dit : *Ira furor brevis est.* « Les passions, selon Esquirol, sont de vraies folies, mais » des folies passagères : elles s'emparent des facultés intellec- » tuelles, les absorbent si énergiquement, que l'homme n'est » plus capable de penser à autre chose qu'à l'objet de sa pas- » sion. »

Je pourrais multiplier les citations de ce genre. Mais cela nous entraînerait bien loin, et je m'aperçois que ma lettre est déjà trop longue. Cependant, il s'en faut de beaucoup que la question soit épuisée. J'aurais encore beaucoup à dire pour compléter ma démonstration, qui, si je ne me fais pas illusion, peut servir de point de départ à une théorie de la folie plus vraie et plus complète que toutes celles que vous connaissez. Aussi vous demanderai-je la permission d'y revenir dans une prochaine lettre.

Recevez, mon cher ami, l'expression, etc.

E. LISLE.

Paris, le 19 Octobre 1855.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les nos des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20, 27 Septembre, 4, 11 et 20 Octobre.)

Douzième Leçon. — *Pseudarthroses congénitales du fémur* (suite).

Conformation du membre. — Dans la luxation simple, le membre affecté diffère dans sa totalité de celui du côté opposé : le refoulement des parties molles donne un volume plus considérable à sa partie supérieure; inférieurement il est plus grêle. Ce membre présente dans l'aîne une dépression située à la hauteur des vaisseaux cruraux; cette dépression est plus ou moins prononcée, quelquefois peu apparente.

On a dit qu'en appliquant le pouce dans le creux inguinal et en imprimant des mouvemens de rotation au membre luxé, on ne sent plus la tête rouler sous les doigts. J'affirme qu'on ne la sent pas davantage dans l'état sain; le déplacement des muscles qui recouvrent l'articulation a pu donner naissance à cette sensation. Même en répétant l'expérience sur le cadavre, on n'obtient la sensation de roulement qu'après avoir dénudé la capsule; la raison en est due à ce que la tête fémorale, même dans les mouvemens de rotation les plus étendus, déborde fort peu la cavité qui la contient.

Quelques différences se remarquent dans la conformation des deux fesses; celle du côté luxé est élargie transversalement et aplatie. Le pli de la fesse est plus élevé et quelquefois déformé.

Le reste du membre présente des particularités que je dois signaler. On y remarque un arrêt de développement dont les effets se prononcent à mesure que le sujet avance en âge; la circonférence et la longueur du membre restent moins considérables de ce côté. Tous les tissus profonds participent à cette infériorité. Morgagni a connu ce fait; il a signalé le moindre développement des vaisseaux cruraux dans les membres anciennement luxés.

Disposition du bassin. — Le bassin présente des déformations quelquefois reconnaissables pendant la vie : les crêtes iliaques sont rapprochées, les tubérosités sciatiques offrent plus d'écartement; avec le pelvimètre, on peut se faire une idée des différens diamètres. Toutes ces circonstances sont importantes à connaître au point de vue des accouchemens. Vous serez consultés par des parens qui vous demanderont si leur fille peut, sans courir danger de mort, se marier et devenir mère. Ne répondez qu'après un examen attentif. L'accouchement s'est effectué, en général, avec facilité chez les femmes atteintes de double luxation. Dans la pseudarthrose unique, l'irrégularité est plus forte; l'enfantement est-il plus laborieux dans ce cas? On l'a dit; mais on n'a cité qu'un seul fait, celui de M. Pacoud, dans lequel l'accouchement se fit heureusement, mais avec l'intervention de l'art. Il existe, d'ailleurs, de nombreux

---

a triomphé du mal indien. Je tiens d'un confrère, qui lui a donné des soins, un détail assez curieux. L'administration qui exploite ce phénomène, lui alloue la somme de 200 francs par mois; mais il est interdit à la pauvre femme de sortir à pied et autrement qu'en voiture bien close afin d'éviter tout regard indiscret et gratuit. Or, cette femme dépense 100 et 120 francs par mois de frais de voiture, voyez ce qui lui reste. Ce n'est vraiment pas la peine d'être phénomène à ce prix-là.

A l'Académie des sciences, M. Cl. Bernard poursuit vaillamment la réfutation des objections faites à la doctrine de la glycogénie. On dit, d'un autre côté, que son adversaire, M. L. Figuier, ne se considère pas comme battu et ses amis, qui baissaient un peu l'oreille, ce semble, il y a quelques jours, paraissent avoir repris plus d'assurance. Que se passe-t-il donc dans les régions expérimentales? Nous saurons cela plus tard.

Jamais, d'ailleurs, circonstances n'ont été plus favorables aux expérimentateurs sur la chair vivante. L'avertissement sur l'impôt prochainement exigible a littéralement jeté sur le pavé un nombre énorme de chiens. Cette denrée, qui coûtait fort cher il y a quelques jours, se donne pour rien; aussi s'en fait-il des immolations immenses à l'École de médecine, au Collége de France, au Muséum, à l'École de pharmacie. Des propriétaires de chiens, les plus cruels les tuent, les plus sensibles les perdent sur la voie publique. Une de ces pauvres bêtes est venue se réfugier depuis huit jours près de ma porte, à la campagne, où, comme les chiens de Constantinople, il vit de la pitié publique, qui ne lui a pas fait défaut jusqu'à ce jour. Dans moins de dix ans, l'espèce chien aura disparu de la France. C'est affreux tout ce que j'ai entendu dire et vu faire depuis ce fatal avertissement. Promoteurs de cette loi barbare, que de remords, que d'expiations vous avez accumulés sur vous! Je vous vois dans les temps, quand vos élémens rentrés dans le réservoir commun auront formé des combinaisons nouvelles, je vous vois renaître sous la forme de chiens, je vous vois crier, hurler et vous tordre sous le scalpel et les tenailles de quelque Magendie futur; et ce sera bien fait!

Le nom de M. Magendie, qui vient de se trouver sous ma plume, rappelle une des plus riches successions scientifiques qui se soit depuis longtemps offerte aux compétiteurs. Ils sont nombreux, et cela n'étonne personne. L'une des fonctions que remplissait l'illustre défunt, celle de président du Comité consultatif d'hygiène publique, a été confiée à M. Rayer. Sur le choix fait par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, tout le monde comprendra la réserve qui m'est imposée, mais personne ne regrettera comme moi le silence que de hautes convenances me commandent.

Le fauteuil de M. Magendie à l'Académie des sciences sera bien envié, bien couru, bien disputé. La section décidera-t-elle la vacance en médecine, en chirurgie, en physiologie? Nul ne le sait encore et le plus profond mystère couvre les destinées de cette élection. Faisons des vœux pour que l'esprit de justice et le sentiment des besoins généraux illuminent seuls les votes de la section!

Pendant que les maîtres de la science courent après la plus haute récompense qu'ils puissent ambitionner, des ambitions plus jeunes, mais plus émues encore, émues par la jeunesse et par toutes les espérances qu'elle donne, aspirent à conquérir le premier titre que procurent le travail et l'étude, le titre d'interne des hôpitaux. Le concours pour l'internat a lieu dans ce moment, au milieu de cette jeune et chaude agitation qui fait tant de plaisir à voir, que l'on regrette de ne pouvoir partager, et qui charme jusqu'aux plus vieux juges. Concours plein d'intérêt, où se décide l'avenir de tant de jeunes intelligences, l'espoir de notre science et de notre art, concours aussi presque toujours équitable, et ce serait, en effet, une impiété sacrilége que de flétrir ces jeunes âmes en leur montrant que les formes sacrées de la justice peuvent servir à protéger la faveur et l'intrigue.

Le concours de l'internat, en effet, est jusqu'ici resté pur des déplorables influences qui ont eu de si tristes résultats pour l'institution du concours en général. Il est toujours une arène loyale où les compétiteurs n'ont à lutter que contre le talent et le travail et dans lequel les chances égales pour tous ne peuvent être favorables qu'au mérite.

Un autre concours — car l'Exposition universelle n'est-elle pas un concours véritable? — m'a beaucoup préoccupé. J'avais promis d'en rendre compte et je ne l'ai pas fait, et je vois bien que très certainement je ne le ferai pas. J'ai visité souvent, trop souvent pour ma bourse, le palais de l'Industrie; j'ai lu avec soin et attention tout ce que mes savans confrères de la grande presse et de la presse spéciale ont écrit; mais assurément, malgré leurs louables efforts, ils ont dû nécessairement passer sous silence tant d'objets afférens à la science médicale, que j'ai désespéré de pouvoir être plus complet qu'eux-mêmes et que le mériterait cet immense dépôt de toutes les applications utiles. Je me suis demandé d'ailleurs de quelle utilité pouvait être un compte rendu de l'Exposition. S'il se bornait à une simple énumération, c'est une pure affaire de nomenclature et de catalogue. S'il entre dans l'appréciation et l'examen, où trouver une encyclopédie vivante capable de juger avec compétence et autorité tant d'objets si divers? Rappelez à votre mémoire seulement le plan célèbre de Hallé sur la science de l'hygiène, et dites si vous connaissez un grand nombre d'intelligences qui pussent le remplir.

Eh bien, ce plan il est là en relief, en corps et en substance, dans ses plus hautes comme dans ses plus humbles applications, car l'hygiène c'est la nature entière et tout ce qu'elle produit, c'est l'homme et tout ce qu'il invente ou perfectionne. Et les produits pharmaceutiques et de matière médicale, et les instrumens, appareils et machines, et l'histoire naturelle médicale et l'anatomie, et tant de choses encore qui ont un rapport plus ou moins direct avec notre science! Je déclare avoir été effrayé d'une aussi immense besogne; ne me sentant pas capable de la bien faire, je ne l'ai pas faite du tout, et je n'ai pas d'autre ni de meilleure excuse à donner de mon abstention.

Amédée LATOUR.

M. le docteur Daniel vient de mourir du choléra à Marseille. Les premières atteintes du mal, dit la *Gazette du Midi*, ne l'avaient pas empêché de vaquer aux soins de sa profession.

— Le professeur Berruti et M. Sommé, l'un des plus anciens chirurgiens de la Belgique, viennent de succomber, le premier à Asti, le second à Anvers.

exemples de pseudarthroses congénitales unilatérales qui n'ont pas mis obstacle à la parturition. On comprend, toutefois, qu'en raison des prévisions fondées sur la dissection des parties, on devra, dans cette seconde forme, s'expliquer avec plus de réserve que dans la première.

Le bassin, pris dans sa totalité, présente des caractères qui sont relatifs à sa position sur les fémurs et qui dépendent des attitudes de la ceinture osseuse et des mouvemens du membre inférieur. Pour bien apprécier les attitudes, vous devrez examiner successivement les sujets debout et couchés; dans la station verticale, le bassin se renverse en avant; on ne voit à cette règle que de rares exceptions. Les épines iliaques sont rapprochées du plan antérieur des cuisses. Cette circonstance a fait dire à Dupuytren (en cela consiste sa deuxième erreur) qu'il y a glissement, ascension de la tête sur l'os iliaque; il n'en est rien cependant; la capsule supporte tout l'effort, et maintient des rapports constans entre les os.

Le bassin, verticalement dirigé, forme une croupe saillante, surmontée d'une concavité ordinairement très forte de l'épine, qui constitue l'ensellure de la région lombaire. Cette conformation est due à l'action des muscles sacro-spinaux, qui se contractent pour combattre la tendance du tronc à tomber en avant, et pour ramener le centre de gravité du corps au-dessus de la base de sustentation.

Dans les luxations simples, le bassin s'incline surtout latéralement; l'inclinaison en avant est moins prononcée; l'inclinaison latérale aurait pour effet de rendre oblique l'axe vertical du corps, si la colonne ne se redressait à l'aide d'un mouvement dont le centre est dans les articulations lombaires et sacro-vertébrale; la portion lombaire de l'épine forme alors avec le bassin un angle aigu d'un côté, obtus de l'autre côté. La région lombaire et même, dans certains cas, presque tout le rachis décrit une courbe dont la convexité répond au membre luxé. Le malade peut atténuer les effets de l'inclinaison du bassin, soit par le soulèvement du talon et l'allongement du membre luxé, soit en fléchissant le genou du côté sain. Cet artifice peut non seulement rendre au bassin sa direction normale, mais même déterminer une inclinaison en sens inverse.

État des mouvemens. — Tels sont les signes de la pseudarthrose fémorale à l'état de repos; ce sont les signes anatomiques; nous avons aussi des symptômes physiologiques, déduits de l'état des mouvemens. Parmi ceux-ci, les uns sont moins étendus que dans l'état normal, les autres le sont autant. La flexion de la cuisse offre dans les deux cas la même amplitude; Pravaz a même écrit que cette amplitude est plus grande. L'adduction, chez les sujets atteints de pseudarthrose, est fort étendue; elle l'est autant et même plus que dans l'état sain. Les mouvemens opposés, par contre, sont fort bornés. L'abduction est faible; elle manque complétement quand l'articulation est serrée. La rotation en dehors est la plus facile, contrairement à l'opinion de Dupuytren.

On se figure trop généralement que les sujets affectés de luxation congéniale présentent une grande incapacité de mouvemens: c'est une erreur; les mouvemens généraux de la locomotion sont en général faciles; nous allons en avoir des exemples. Lorsque la pseudarthrose est simple, le bassin bascule dans le sens latéral et s'abaisse à chaque pas du côté sain; les sujets rejettent le corps du côté opposé; la hanche de ce côté paraît s'élever. De là une claudication à double mouvement, qu'on observe encore lorsque la luxation est double, surtout quand il existe dans la position de la tête fémorale quelque différence d'un côté à l'autre. C'est principalement dans la luxation congéniale que l'on observe ce mode de déambulation; il en est caractéristique.

Cette petite fille est affectée d'une double luxation coxo-fémorale; elle offre un cas remarquable en ce qu'elle est une exception très rare à la règle de l'ensellure; elle a un autre mode de progression. Vous voyez sa région dorsale; elle est à peine excavée; le bassin proémine fort peu.

Ce second cas est intéressant pour vous; il est souvent méconnu, même de la part de médecins très habiles. Mes deux pouces étant placés sur les crêtes iliaques, la ligne qui les unit est transversale à l'axe du corps. Vous voyez au contraire que la ligne qui va d'un trochanter à l'autre est fort oblique; tout le monde est frappé de cette différence; il doit en résulter pour le membre luxé un raccourcissement que vous constatez en voyant l'inégalité de hauteur des deux rotules. Nous pouvons étudier sur ce sujet les autres caractères de la luxation: le galbe est plus arrondi à droite qu'à gauche; le grand trochanter droit est plus reculé, plus éloigné d'une ligne verticale abaissée de l'épine antéro-supérieure que le trochanter gauche. Je ne sens plus la tête du fémur dans l'aine; mais en fléchissant la cuisse, je la retrouve sur la face externe de l'os des îles. Les autres signes sont rationnels; celui-ci est pathognomonique; beaucoup de medecins méconnaissent la luxation faute d'opérer ce mouvement. Voici encore un autre caractère: le pli fessier du côté droit est plus élevé.

Chez cet enfant de 15 ans 1/2, les caractères de la luxation sont prononcés. Vous apercevez la dépression inguinale, l'écartement des trochanters; l'abduction est très limitée, la concavité lombaire ou l'ensellure est bien marquée; les corps des fémurs présentent une direction oblique. Vous êtes témoins du genre de claudication que j'ai indiquée. Les têtes fémorales sont senties par la main, sans qu'il soit besoin de recourir à une manœuvre spéciale, et elles se trouvent assez loin des épines iliaques; dans la position penchée, elles deviendraient plus apparentes. On peut aussi remarquer le déplacement qu'elles éprouvent dans les différens mouvemens; elles décrivent un arc de cercle étendu sur les iliums. Nous avons certainement affaire, chez cette fille, à une pseudo-syndesmose. Si la tête se trouvait renfermée dans une cavité, elle ne pourrait éprouver une oscillation pareille.

Ce nouveau cas est des plus remarquables sous le rapport du diagnostic. Il faut que vous sachiez que certains sujets boitent fort peu. J'ai été consulté dernièrement pour un enfant qui avait été examiné quelque temps auparavant par un de vos professeurs, homme très habile, qui a méconnu la luxation, pourtant bien caractérisée. La claudication n'avait pas échappé à la mère de cet enfant. Dans ces cas, le raccourcissement est léger. Chez l'enfant que je vous présente, l'épine iliaque gauche est légèrement abaissée: avec un peu d'art, cette fille ne boiterait pas.

Voici un cas exceptionnel que je n'ai rencontré que deux ou trois fois dans ma pratique. Il est impossible de sentir les têtes des fémurs, et cependant nous avons des signes de luxation évidente. Cette enfant est courte des cuisses, dont la longueur est réduite d'un cinquième ou d'un quart. Le sommet des trochanters s'est élevé au niveau de l'épine iliaque supérieure. Nous voyons les aines déprimées, les trochanters saillans, la rotation en dehors et l'abduction très bornées. La tête doit se trouver au-dessous de l'épine iliaque.

Le dernier cas exceptionnel est celui-ci: c'est une luxation double des plus considérables, avec attitude vicieuse, gêne extrême des mouvemens; il n'y a presque pas de mobilité du côté gauche. On sent les têtes fémorales dans l'extension; l'ensellure lombaire est bien caractérisée.

Em. Bailly,
Interne du service.

(*La suite prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE.

DE LA MÉDICATION STIBIÉE COMME TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1);

Par M. le docteur V. Poulet, médecin à Plancher-les-Mines.

Réflexions. — Comme le veut M. Renouard, le traitement stibié interne est commencé avec l'inauguration de la *période confirmée*, c'est-à-dire au moment où la maladie se traduit par l'ondulance du pouls, les épistaxis, l'état de la langue, la bronchite concomitante, la diarrhée, etc. Le *modus faciendi* seul diffère. Au lieu de 2 à 3 décig. en un jour, j'administre moins d'un décigramme de tartre stibié; mais je le continue plus longtemps, ce qui me paraît plus conforme à la nature et à la marche de la maladie. Il est bien difficile que deux praticiens qui emploient la même médication, sans s'entendre, s'accordent entièrement sur les questions de détails. La différence que je signale ne me paraît guère importante et propre à invalider mes conclusions. S'il y a avantage dans l'un des procédés, je crois que celui qui consiste à prolonger l'action du médicament, au moyen de doses faibles et répétées, mérite à tous égards la préférence.

0,38 centigrammes de tartre stibié ont été consommés pendant huit jours. Le sel antimonial était si bien absorbé, que le cinquième jour de son emploi des traces évidentes du métal furent décelées dans l'urine par l'analyse chimique. On a vu de quelles précautions je me suis entouré pour éviter toute erreur. Eh bien, malgré la présence de l'antimoine au sein des tissus, la rate resta volumineuse, et, pendant le cours même du traitement, un engouement pulmonaire et bientôt une pneumonie lobulaire ne laissèrent pas de se développer. Un pareil fait me paraît sans réplique, et tout le monde en conclura, comme moi, que si le tartre stibié a été inoffensif, ce qui n'est certes pas démontré, car plusieurs voudront y attribuer les effets de vomissemens, il n'a du moins pas eu d'action appréciable sur les congestions viscérales.

Pour moi, je ne pense pas qu'on doive rendre le tartre stibié administré à doses si faibles, justifiable des vomissemens bilieux et des vomituritions pénibles et fréquentes qui ont tourmenté la malade. En effet, j'ai vu beaucoup d'autres cas, dans le cours de la même épidémie, ou en l'absence de tout traitement stibié, les mêmes phénomènes se sont manifestés avec non moins d'intensité.

Un résultat si funeste suffit pour éclairer ma religion à l'endroit du tartre stibié à l'intérieur, dans la période d'état de la fièvre typhoïde. Je fis alors ce que l'on doit toujours faire en pareille circonstance. J'étudiai attentivement la nouvelle constitution médicale et les indications qui en découlaient. Le plan de conduite que j'adoptai avec bonheur, faisant partie de mon rapport sur l'épidémie de Plancher-les-Mines, ne peut être indiqué ici.

Je ne parlerai pas des cas nombreux où le tartre stibié a été administré par suite d'une complication pulmonaire, et où la mort s'ensuivit. Il n'y a pas à douter que la mort fut plutôt alors le fait de l'affection intercurrente que la conséquence de la médication stibiée. J'arrive de suite à ma seconde assertion, savoir que le tartre stibié à doses réfractées peut devenir dangereux par la prostration que parfois il détermine. Dans l'observation suivante, ce médicament semble, en effet, avoir agi comme déprimant du système nerveux, et avoir, à ce titre, hâté, sinon occasionné, la terminaison fatale.

(1) Voir le numéro du 23 Octobre 1855.

Observation II. — *Fièvre d'apparence muqueuse; — vomitif et saignée au début; — vers le huitième jour, tartre stibié à doses très réfractées; — mort rapide.*

Mme C..., âgée de 52 ans, douée d'une bonne constitution, habituellement bien portante, à part quelques malaises gastriques qui ont augmenté lors de la ménopause, il y a peu d'années, et pour lesquels elle se sert avantageusement de la moutarde blanche, tombe malade le 5 mars 1855, ressentant les symptômes prodromiques de l'épidémie régnante: frisson, céphalalgie, malaises généraux, insomnie, fièvre, nausées. Vomitif le 6 mars.

8 mars. Pouls à 90, résistant. Chaleur mordicante. Face vultueuse. Abattement. Langue couverte d'un enduit blanchâtre. Ventre souple. Épigastre sensible à la pression. Urines briquetées. — Traitement: Saignée de 350 grammes.

10 mars. Pouls à 95, assez résistant. Chaleur moite. Insomnie et agitation nocturne. Face rouge. Toux légère. Langue blanche et comme crémeuse, indice de l'invasion d'une diphthérite buccale. Légère tension et douleur à la pression du ventre. Pas de diarrhée. Nausées. — Gargarisme boraté.

Au bout de deux jours, toutes les surfaces couvertes de fausses membranes sont détergées, et il ne reste plus qu'une surface uniformément rouge, analogue à une muqueuse dépouillée de son épithélium. Du reste, l'état général, malgré les plaintes de la malade, est assez satisfaisant.

13 mars. Le pouls est régulier, à 95; la peau chaude; la face exprime l'abattement. Rien à l'auscultation. Mêmes symptômes abdominaux. — Traitement: Tartre stibié, 1 décig., en une potion de 250 grammes par cuillerée toutes les heures.

Les premières cuillerées de la potion provoquèrent quelques envies de vomir et même un vomissement, et parurent amener un grand affaissement. La potion fut donnée aux deux tiers. Pendant la nuit, l'agitation et la faiblesse augmentèrent; et, le lendemain matin, appelé précipitamment, je trouvai la malade *in extremis*. Peau froide. Pouls misérable. Yeux ternes. Voix éteinte. Prostration énorme. Mort à dix heures du matin.

Réflexions. — Bien que cette maladie ressortisse évidemment de l'épidémie régnante, une circonstance y paraîtra insolite et demande un mot d'explication. C'est la coïncidence de la diphthérie bucco-pharyngienne. Dans les hôpitaux de Paris, une pareille complication a toujours été suivie de la mort; et, sous ce point de vue, la catastrophe finale recevrait ici une facile interprétation. Mais je dois dire que, dans l'épidémie de Plancher-les-Mines, l'affection dont je parle n'a pas offert le même caractère de gravité. Le pronostic en était toujours favorable. Dans le cas présent, elle s'est comportée de façon à laisser dans l'esprit la même impression, et elle avait entièrement disparu, lorsque les accidens redoutables et ultimes se développèrent.

Si les accidens qui ont amené la mort, ne sont point la conséquence de la complication diphthérique, faut-il les rapporter à l'usage de la potion stibiée? Il est bien difficile de répondre négativement. Pour qui connaît la prostration extrême où peut jeter un simple évacuant, un purgatif salin, grâce à une mauvaise disposition, ou à une idiosyncrasie particulière, rien d'étonnant dans les effets désastreux produits par le tartre stibié. Ici se range l'observation d'une femme qui, après l'administration d'un éméto-cathartique, au début de la fièvre typhoïde, tomba dans un état de débilité, d'anéantissement tel, que l'on pût craindre, non sans raison, une terminaison fatale. Les extrémités étaient froides, le pouls petit et très fréquent, la prostration énorme, et si l'on avait tardé plus longtemps de recourir aux stimulans appropriés, *intùs et extrà*, je ne doute pas que l'on n'eût eu à déplorer la même catastrophe. Je pense donc que la potion stibiée a été on ne peut plus funeste à notre malade, et malheureusement je fus appelé trop tard pour combattre la prostration qui en suivit l'administration. Remarquez que ce n'est point par de profuses évacuations que fut déterminée la dépression extrême des forces vitales. Des vomiturition et à peine un ou deux vomissemens; voilà tout ce que l'on put observer.

Si donc le tartre stibié a été pernicieux, c'est moins par ses effets évacuans, que par une action plus profonde, une *hyposthénisation* excessive, une dépression trop forte et trop rapide du système nerveux.

Après avoir ainsi démontré que non seulement le tartre stibié à l'intérieur n'empêche pas les congestions viscérales, mais qu'il peut encore devenir la cause de perturbations graves et même mortelles dans les fonctions, je dirai un mot des cas où cet agent s'est montré d'une utilité incontestable.

L'observation suivante, prise au hasard entre plusieurs autres, servira de *specimen*.

Observation III. — *Fièvre muqueuse datant de plusieurs septénaires; — tartre stibié à doses réfractées; — guérison rapide.*

Meunier (Joseph), âgé de 10 ans, doué d'une bonne constitution, convalescent d'une fièvre typhoïde depuis peu de jours, éprouva une rechute vers le 25 novembre 1854, à la suite d'écarts de régime.

4 décembre. Pouls à 120. Chaleur aride. Amaigrissement considérable. Insomnie, inappétence. Nausées. Langue terminée en pointe, couverte à la base d'un enduit saburral, et rouge à l'extrémité. Toux légère. Rien à l'auscultation. Pas de diarrhée. — Traitement: Tartre stibié à doses réfractées.

6 décembre. Pouls à 112. Chaleur moindre. Tolérance parfaite du

tartre stibié. Sommeil. Langue nette. Appétit meilleur. Constipation. — Continuation du même traitement.

9 décembre. Pouls à 90. Chaleur nulle. Bien-être. Langue nette. Convalescence franche. Suspension du traitement. — Bouillon. — Depuis lors, la convalescence ne se dément plus.

Réflexions. — Ainsi, vers le déclin d'une fièvre typhoïde de longue durée, le tartre stibié, à doses réfractées, a déterminé rapidement la chute du mouvement fébrile et une convalescence immédiate. Il en a été de même dans plusieurs autres cas de fièvre typhoïde vraiment interminable. A une époque où le malade, épuisé par une longue maladie, est, néanmoins, en proie à une fièvre intense, c'est une ressource précieuse et bien souvent efficace. La fièvre a, en quelque sorte, pris droit de dominer dans l'économie. Alors le tartre stibié donne à la maladie un coup de fouet salutaire; et, comme le caillou situé sur une pente rapide, une fois ébranlé, se précipite de lui-même dans les profondeurs de la vallée, le mal qui a reçu un premier échec, continuant son mouvement de retraite, se décide enfin à abandonner la place.

On comprend que le mode d'administration doit favoriser autant que possible l'absorption d'un médicament dans les premières voies, de manière qu'il n'en passe pas une parcelle dans l'intestin. Quoi de plus incendiaire qu'un agent aussi irritant sur l'altération folliculeuse qui accompagne la fièvre typhoïde.

Je n'insisterai pas davantage sur ce mode de traitement. J'ajouterai seulement que j'ai été conduit à administrer le tartre stibié à l'intérieur, comme adjuvant des frictions stibiées, à une époque où je croyais à l'absorption du tartre stibié par la peau. Aujourd'hui, j'ai à peu près abandonné la méthode rasorienne et je m'en tiens au traitement par la méthode que j'ai appelée endermo-stibiée, dont l'Académie jugera.

Conclusions.

1° M. Renouard attendant, pour l'emploi de son traitement, la période confirmée, c'est-à-dire l'époque où les ulcérations se forment ou sont déjà formées, ne saurait enrayer la fièvre typhoïde.

2° Le tartre stibié, loin de prévenir les congestions viscérales, laisse parfois se développer des pneumonies intercurrentes que des émissions sanguines auraient peut-être efficacement prévenues.

3° Le tartre stibié, dans la fièvre typhoïde, peut être dangereux par la prostration où il jette certains malades.

4° Au déclin de fièvres typhoïdes presque interminables, il s'est montré utile et propre à couper court au mouvement fébrile.

Voilà les résultats de quelques expériences assez malheureuses, en somme, que j'ai faites naguères et sans aucun précédent, de la méthode rasorienne dans la fièvre typhoïde. Peut-être trouvera-t-on quelque courage dans l'empressement que je mets à publier mes insuccès, à une époque où la presse scientifique regorge de récits merveilleux, de cures éclatantes, de procédés et de méthodes toujours et nécessairement efficaces. L'indulgence de mes lecteurs, le désir d'être utile à mes confrères et à tous mes semblables; tels sont les deux sentimens qui m'animent, et qui ont dicté ces quelques lignes.

BIBLIOTHÈQUE.

RECHERCHES SUR LES MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS ;

Par le docteur V. Seux, médecin en chef de la Charité de Marseille, etc. Paris, 1855, chez J.-B. Baillière.

Le livre de M. Seux n'est point un traité complet de la pathologie de l'enfance, ni, comme il le dit lui-même dans son avant-propos, un livre didactique, mais un exposé consciencieux de recherches faites par lui sur quelques-uns des maladies de la première enfance. Il a restreint son cadre aux quatre sujets suivans : l'étude du pouls chez les nouveau-nés, le muguet, l'entérite et l'ictère, et il n'a observé que chez des enfans âgés de quelques jours à un mois. Mais, dans ce cadre étroit, il a trouvé place à un assez bon nombre de vues neuves et d'observations intéressantes.

Fidèle à la pensée d'Hoffmann, qui lui sert d'épigraphe, *Ars medica tota in observationibus*, il a tracé l'histoire des maladies qu'il décrit exclusivement d'après l'analyse philosophique et très soignée des observations qu'il a recueillies au berceau de ses malades. Si leur nombre fait défaut sur quelques points, l'auteur l'indique toujours avec tant de soin et de bonne foi, que les observateurs qui le suivront y trouveront encore des documens précieux.

Ses recherches sur le pouls des nouveau-nés à l'état physiologique, sont résumées en deux tableaux comprenant ensemble 75 observations faites par lui tant en ville qu'à l'hôpital. De ces observations, il résulte que le pouls des nouveau nés dans l'état de santé et de calme peut varier de 80 à 164 et que les chiffres les plus habituels sont compris entre 120 et 140; que l'âge, passé les premières heures, le sexe, la constitution, l'heure du jour, l'époque de l'année, n'ont aucune influence réelle sur sa fréquence; qu'au contraire le réveil, l'agitation, les cris, l'action de têter l'accélèrent d'une façon très marquée (1).

L'étude du muguet tient la plus grande place dans ce livre. L'auteur n'a pas manqué d'occasions de l'observer, car cette maladie est, à l'hospice de Marseille, plus fréquente encore qu'à Paris. Les quatre cinquièmes des enfans qu'on y apporte en sont atteints. Il est vrai qu'elle y est aussi moins meurtrière.

(1) L'Union Médicale publiera prochainement un intéressant Rapport fait à la Société des médecins des hôpitaux, par M. H. Roger, sur les recherches sur le pouls de M. Seux.

Les causes du muguet agissent toutes, selon lui, en débilitant les enfans. Le biberon lui-même n'a d'autre influence que celle d'une mauvaise nourriture. Quant à l'acidité de la bouche, signalée par M. Gubler comme une des causes de la maladie, ce n'est qu'une prédisposition commune à tous les enfans nouveau-nés puisque l'auteur s'est assuré que tous ont la bouche acide, même ceux qui n'en doivent jamais être atteints. La contagion lui paraît une chose démontrée; mais il n'a jamais pu la constater d'une façon positive, et il s'est convaincu que le mal blanc qui survient quelquefois au sein des nourrices n'est pas de même nature que le muguet.

L'auteur distingue deux variétés de muguet : le muguet sans entérite discret ou confluent, et le muguet avec entérite, dans lequel il reconnaît trois formes, suivant que l'entérite se manifeste en même temps que le muguet, ou avant, ou après lui. La distinction de ces deux variétés est surtout importante, selon lui, par rapport au pronostic qui, très favorable dans la première, devient très grave dans la seconde.

La description très détaillée qu'il donne des symptômes de la maladie ne diffère que par son étendue de celle qu'on en trouve dans la plupart des auteurs; seulement il combat l'opinion de M. Valleix qui considérait l'érythème comme un des signes propres au muguet. Il l'a vu se produire souvent chez des nouveau-nés qui n'avaient pas le muguet, et manquer chez un grand nombre de ceux qui en étaient atteints; et comme cet érythème se développe spécialement sur les points de la peau qui sont en contact avec les matières excrémentitielles, il en conclut qu'il naît sous l'influence d'une cause locale d'irritation.

Le chapitre de l'anatomie pathologique est traité avec beaucoup de soin. La description des lésions anatomiques y est tracée d'après un ensemble de vingt-six autopsies. L'auteur l'a fait précéder de la description des organes digestifs à l'état sain pour servir de point de comparaison. Il a trouvé le muguet dans toute l'étendue du tube digestif, sauf l'estomac, où il admet la possibilité de son développement d'après les observations des auteurs; mais jamais il ne l'a vu se propager dans les voies aériennes ni dans les fosses nasales. Comme exemple de son inaptitude à s'étendre sur ces muqueuses, il cite une observation fort remarquable où l'absence complète de la voûte palatine permettait de voir l'éruption, qui avait envahi toute la bouche, s'arrêter brusquement sur les confins de la muqueuse de Schneider.

Il termine enfin ce chapitre par les conclusions suivantes :

« 1° Que l'inflammation joue un rôle très important dans le muguet; 2° que cette inflammation se porte principalement sur la bouche, mais que, dans un certain nombre de cas, elle atteint aussi le pharynx, l'œsophage, l'estomac et surtout l'intestin; 3° que cette inflammation n'est pas une phlegmasie ordinaire; qu'au contraire, elle a quelque chose de spécial, puisqu'elle est accompagnée d'une moisissure qu'on ne rencontre pas dans toutes les phlegmasies des voies digestives; 4° que le cryptogame qui forme le caractère pathognomonique de la maladie, comme la fausse membrane forme celui de la diphthérite, peut se rencontrer dans tous les points des voies digestives, mais qu'on le rencontre par ordre de fréquence dans la bouche, l'œsophage, le pharynx, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin; 5° que l'inflammation atteint quelquefois les follicules isolés de Brunner et les plaques de Peyer, et qu'alors les lésions intestinales se rapprochent beaucoup de celles qu'on rencontre soit dans les fièvres typhoïdes, soit dans les fièvres éruptives. »

M. Seux a trouvé le muguet beaucoup moins grave à Marseille qu'il ne l'est à Paris. Il avait attribué d'abord cette différence à la différence des climats; mais, en observant de plus près, il a cru devoir l'attribuer surtout à l'habitude dans laquelle on est, à Paris, de faire quitter le sein aux enfans atteints de muguet, tandis qu'à Marseille, non seulement on leur laisse leur nourrice, mais encore on leur en donne une s'ils n'en avaient pas avant son apparition.

Quant à la nature de la maladie c'est, pour l'auteur, une affection générale infectieuse, qui se manifeste par une inflammation spéciale d'une ou de plusieurs parties des voies digestives, laquelle s'accompagne d'une formation cryptogamique. Le siége précis de ce cryptogame est encore un sujet de contestation. M. Seux l'a toujours vu se développer à la surface de l'épiderme, à moins que celui-ci ne fût excorié.

Il conseille de diriger surtout le traitement contre l'élément inflammatoire de la maladie, sans se préoccuper des productions cryptogamiques, qui tombent toujours d'elles-même, et surtout sans chercher à les enlever par des frottemens nuisibles.

M. Seux n'a consacré à l'étude de l'entérite simple que quelques pages desquelles ressortent cependant les conséquences suivantes : 1° Que chez l'enfant âgé seulement de quelques jours, l'entérite simple est beaucoup plus grave et a une marche beaucoup plus rapide que chez celui qui a dépassé les premiers mois; 2° les symptômes fébriles sont moins intenses et la prostration des forces arrive plus vite; 3° les symptômes cérébraux sont beaucoup plus fréquens; 4° enfin l'érythème des fesses est rare.

Le quatrième et dernier chapitre du livre de M. Seux traite de l'ictère. Il en distingue deux variétés. La première n'est qu'une coloration jaunâtre de la peau qui, chez les nouveau-nés, succède à la congestion tégumentaire des premiers jours. La conjonctive ne participe pas à cette coloration. La seconde, qu'il appelle ictère général, tient à un trouble qui suppose toujours une affection primitive ou secondaire du foie, mais non toujours, comme le croit M. Bouchut, une affection inflammatoire.

Il partage toutes ses observations d'ictère général en trois catégories. Dans la première se range un grand nombre de faits où l'ictère, parfaitement isolé de tout autre symptôme, ne peut être attribué qu'à une congestion passive du foie dont rendraient assez facilement compte les changemens que la circulation de cet organe doit subir au commencement de la vie extra-utérine. Dans la seconde, il place une seule observation où l'hépatite fut évidente. Dans la troisième, enfin, tous les cas où l'ictère ne se développe que consécutivement à une entérite. Dans ces cas le foie ne présente à l'autopsie aucune trace d'inflammation, et le trouble de la sécrétion biliaire ne paraît devoir être attribué qu'à une excitation due au voisinage de l'intestin malade.

Cet ouvrage porte le cachet d'une observation exacte et rigoureuse, et, sous un petit volume, il renferme des faits intéressans savamment interprétés. Les recherches de M. Seux conduisent à ce résultat qui consolera nos confrères de l'hôpital des enfans nouveau-nés à Paris, où la mortalité est si considérable, c'est qu'à Marseille, et malgré des différences marquées de climat et de latitude, les maladies de ce premier âge sont à peu près aussi graves et aussi meurtrières qu'à Paris. On comprend quel intérêt pourraient présenter des recherches analogues à celles que M. Seux a faites à Marseille, entreprises ainsi dans tous les pays où se trouvent des asiles consacrés à la première enfance. Cette effroyable mortalité des enfans nouveau-nés, confiés à l'assistance publique, frappe et émeut tout le monde, l'administration comme la science médicale; ne serait-il pas bien important de voir quelle influence les climats divers, ou toute autre cause, peuvent avoir sur les conditions nosocomiales de ces asiles?

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 Octobre 1855. — Présidence de M. Regnault.

M. Velpeau présente à l'Académie un mémoire de M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Ce mémoire, intitulé : *Nouveau procédé de rhinoplastie ayant pour but de conserver la régularité du contour des narines*, contient quatre observations recueillies à la clinique de l'hôpital Saint-Éloi, et qui tendent à démontrer l'efficacité de ce procédé pour corriger certaines imperfections inhérentes aux opérations rhinoplastiques, telles qu'on a l'habitude de les pratiquer.

Pour établir les traits distinctifs de la modification proposée, l'auteur examine succinctement les principales méthodes rhinoplastiques, et spécialement la méthode française, à laquelle il donne la préférence dans les cas où l'état des parties permet d'opter entre divers modes opératoires.

Cette méthode, qui consiste à tailler et à mobiliser par la dissection sous-cutanée des lambeaux empruntés aux joues et qu'on ramène vers la région du nez, pour réparer les pertes de substance causées par la maladie et par l'opération, a pour avantage de fournir des lambeaux larges, bien nourris, adhérens par une base étendue, riche en rameaux artériels. Ces lambeaux glissent facilement, leur fixation sur la circonférence des parties retranchées n'offre aucune difficulté et les lignes de cicatrisation sont régulières. Mais cette méthode, quoique plus avantageuse que les autres dans son ensemble, n'en a pas moins, comme elles, l'inconvénient de donner, dans la majorité des cas, des nez tantôt aplatis, tantôt informes ou ramassés en boule, et dans lesquels les narines, mal formées, mal soutenues par les corps dilatans qu'on y introduit, finissent, à la longue, par se coarcter et présenter une apparence disgracieuse. Or, dans les opérations autoplastiques, et spécialement dans la rhinoplastie, il ne suffit pas d'obtenir la greffe des tissus et le succès matériel de l'opération, il faut chercher, autant que possible, à reproduire la forme normale. Sans ce résultat, les tentatives chirurgicales n'ont qu'une valeur insuffisante.

M. Bouisson pense que dans ce genre d'opérations, on sacrifie trop légèrement les portions restées saines dans le squelette fibro-cartilagineux du nez. Ces parties, dont la résistance est propre à favoriser la restauration des formes naturelles, sont généralement moins affectées qu'on ne pense, et, loin de les emporter, comme on le fait généralement, le chirurgien doit conserver tout ce que la maladie a respecté. Cette conservation, appliquée spécialement au contour des narines, où se trouve un fibro-cartilage annulaire, assure à l'opérateur un point d'appui avantageux pour fixer le lambeau génien et donner au nez de nouvelle formation une apparence convenable.

Guidé par cette vue, dans les quatre opérations dont il est fait mention dans son mémoire, l'auteur a obtenu des restaurations nasales remarquables et dont on peut vérifier le résultat sur les dessins qui sont annexés au travail soumis au jugement de l'Académie.

Ces essais, entrepris à la clinique de Montpellier, dès 1849, tendent à faire accepter les règles suivantes :

Respecter autant que possible la cloison, afin de prévenir l'aplatissement qui résulterait du manque de soutien de la voûte cutanée.

Faire un support latéral aux lambeaux avec les portions saines des fibro-cartilages des ailes du nez. Sans cette précaution, la peau qui forme la nouvelle aile du nez, s'affaisse ou se crispe de manière à rétrécir la portion correspondante de la fosse nasale.

Assurer la régularité du contour de la narine, en donnant au bord inférieur du lambeau, un support cartilagineux. Ce précepte est le plus important parmi ceux que donne l'auteur du mémoire. Il a pour but de remédier aux imperfections de la dilatation artificielle des narines, au moyen de corps annulaires ou cylindriques de diverse nature, et qui ne sauraient empêcher cette ouverture, destinée à suppurer, de subir une coarctation liée à la formation ultérieure du tissu inodulaire.

Dans le cas où ce contour serait détruit, M. Bouisson pense qu'on pourrait encore se procurer une bordure résistante en l'empruntant à une autre portion du cartilage latéral respectée par la lésion qu'on découperait en lanière adhérente par son extrémité externe et qu'on ferait pivoter sur son point d'adhérence jusqu'à ce qu'elle eût atteint le niveau de la sous-cloison.

Les conclusions du mémoire sont les suivantes :

La rhinoplastie, et spécialement la restauration partielle de l'aile du nez, est susceptible, dans beaucoup de cas, d'un perfectionnement qui écarte toute difformité et qui maintient les mouvemens de l'aile du nez.

Ce résultat s'obtient en appliquant la méthode française par un procédé ayant pour but de soutenir le lambeau réparateur de l'aile du nez, et de conserver à la narine son contour naturel.

Le procédé consiste à ménager les portions saines de la cloison et du cartilage latéral du nez, et à découper en lanière le contour naturel de la narine pour en faire la bordure du rebord inférieur du lambeau qui doit s'encadrer dans la perte de substance. — (Com. MM. Serres, Velpeau, J. Cloquet.)

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Paris, 22 octobre 1855.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre journal, l'Union Médicale du 2 octobre dernier, vous avez publié un article relativement au traitement de la couperose par l'iodure de chlorure mercureux. Cet article est à peu près la reproduction d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences par moi et M. Rochard, dans la séance du 1er décembre 1851.

Ce nouveau médicament, dont la découverte appartient à M. Boutigny (d'Évreux), nous a été confié par lui pour en faire l'emploi dans le traitement de la couperose; car, pour être juste, je dois dire que c'est lui qui, le premier, a eu la pensée que cette maladie pourrait être traitée victorieusement par cet agent chimique; je dois dire encore que j'emploie seulement l'iodure de chlorure mercureux préparé par M. Boutigny lui-même. C'est avec ce modificateur que j'ai obtenu constamment, depuis plusieurs années, de nombreuses guérisons de couperoses, et la plupart m'ont été adressées par d'honorables confrères.

Je compte, Monsieur le rédacteur, sur votre obligeance habituelle pour l'insertion de cette lettre dans votre prochain numéro.

Agréez, etc.

Sellier.

P. S. J'étais en province lorsque votre article a été publié. Je viens seulement de le lire; sans cette circonstance, vous eussiez reçu immédiatement cette lettre.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 129. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 30 Octobre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An........... 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CHIRURGIE.

FISTULES DU LARYNX; — OCCLUSION PAR SUBSTITUTION; MÉTHODE NOUVELLE;

Par M. le dr Jules ROUX, chirurgien en chef de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Les fistules anciennes du larynx sont le plus souvent constituées par un canal accidentel résultant de la fonction de deux *entonnoirs* inégaux, l'un externe *cutané*, l'autre interne *muqueux*, réunis par leur sommet non loin d'un cartilage qui, sur un point circonscrit, en forme l'inflexible paroi.

Dans la méthode d'*occlusion* par *substitution*, on remplace le canal ancien, muco-cutané, essentiellement inadhésible, par un canal nouveau, celluleux, éminemment susceptible d'adhésion.

Le procédé que j'ai employé comprend deux temps :

1° Détruire le canal ancien et disposer pour une prompte réunion l'entonnoir cutané, ouverture externe.

2° Créer au voisinage un canal celluleux que remplira temporairement un corps étranger, dans le double but d'empêcher l'emphysème et de préparer l'occlusion définitive de l'entonnoir muqueux, ouverture interne.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. — Le malade, assis ou couché, a la tête tournée du côté opposé à la fistule et le menton maintenu relevé par un aide. L'opérateur placé vis-à-vis ou à côté, fait avec un bistouri une incision transversale divisant largement, de la base au sommet, l'entonnoir cutané jusqu'à la face externe du cartilage dont il est détaché. Les deux lambeaux résultant de cette incision, sont saisis avec des pinces, disséqués, renversés en dehors et conservés s'ils sont épais, bien pourvus de tissu cellulaire, ou réséqués s'ils sont minces, formés de tissu inodulaire.

Le sang abstergé et entièrement arrêté par le maintien dans la plaie, durant quelques minutes, d'une éponge imbibée d'eau froide, on détache du cartilage l'entonnoir muqueux, on le dissèque avec la pointe du bistouri, on le refoule dans l'intérieur du larynx à l'aide d'une sonde cannelée, on arrête de nouveau le sang qui s'écoule en petite quantité et l'on réunit la plaie extérieure avec des serre-fines.

Aussitôt, l'opérateur fait à la peau voisine de l'ancien canal et de préférence au-dessus, un pli, dont il confie une extrémité à un aide et dont il perce la base avec un bistouri étroit, afin de pénétrer, par un chemin sous-cutané, jusqu'à l'orifice interne de la fistule elle-même. Le pli n'est abandonné que lorsque le bistouri a été remplacé par un *cylindre obturateur*, fragment de bougie en gomme élastique d'un calibre égal à celui de cet orifice. Le bec de la bougie doit pénétrer de quelques millimètres dans la cavité du larynx afin de boucher complétement l'ouverture fistuleuse, tandis que son extrémité externe, entourée d'un fil ciré, façonnée en forme de clou, est maintenue en place à l'aide de bandelettes de collodion.

Il est à peine nécessaire de recouvrir d'une compresse légère et d'un tour de bande, ce petit appareil qui suit, sans tiraillement, tous les mouvemens du larynx, auquel il est pour ainsi dire suspendu. (*Voyez* la planche II.)

Après cette opération, délicate si l'on veut, mais exempte de difficultés, d'hémorrhagie, de danger, voici ce qui arrive : l'air ne traversant plus l'orifice interne de la fistule, l'emphysème ne saurait se produire; l'orifice externe se cicatrise par première ou seconde intention; autour du cylindre obturateur, le tissu cellulaire s'enflamme, se condense, suppure, bourgeonne, et ces végétations qui s'élèvent de toute part finissent par remplir et effacer l'espace profond qu'occupait autrefois l'entonnoir cutané. Alors il n'existe plus de la fistule ancienne que l'orifice interne cartilagineux. Dans son voisinage s'est formé une fistule nouvelle, dont l'ouverture interne est ainsi la même, tandis que l'externe se trouve à 2 ou 3 centimètres de l'ancienne : canal nouveau, cellulaire, à trajet oblique, dont les surfaces bourgeonnantes, imperméables à l'air, sont avides d'adhésion, et dont les orifices, couverts aussi de bourgeons charnus vivaces qui les débordent, n'ont aucune tendance à opérer dans son intérieur le renversement de la peau ou celui de la muqueuse.

C'est lorsque les choses en sont arrivées à ce point qu'il faut débarrasser la nouvelle fistule du cylindre obturateur et couvrir d'un simple carré de taffetas gommé son ouverture extérieure.

L'air qui, au premir moment, pénétrera dans la fistule ne soulèvera pas le taffetas gommé maintenu par la compression modérée de quelques tours de bande, il ne pourra pas davantage s'infiltrer à travers les parois du canal, condensées par l'inflammation, garantie suffisante contre tout emphysème secondaire. D'un autre côté, les bourgeons charnus, que la bougie avait peine à contenir, feront irruption dans l'intérieur du canal, se toucheront bientôt, adhéreront dans toute son étendue, et la cicatrisation y sera rapide. L'ouverture interne de la fistule ancienne sera donc définitivement fermée par le mécanisme aussi simple que souvent admiré de la formation du tissu inodulaire. Et telle est la puissance d'assimilation de nos tissus que, dans le court espace de la cicatrice linéaire qui vient de succéder à la fistule nouvelle, chacun d'eux tentera de métamorphoser à son profit sa part de tissu inodulaire, jusqu'à présent identique partout; c'est ainsi qu'apparaîtront, en partie au moins, à l'extrémité externe, l'organisation de la peau, à l'interne la texture fibreuse ou fibro-cartilagineuse, et dans l'intervalle la trame du tissu cellulaire. Tels sont donc les états transitoires par lesquels la fistule nouvelle devra passer pour arriver à l'oblitération de l'orifice interne de la fistule ancienne; et telle est la succession des pensées qui, avant de prendre le bistouri, nous a fait entrevoir le bouchon celluleux d'abord, puis fibreux ou fibro-cartilagineux qui, dans notre nouvelle méthode, devait amener la guérison radicale des fistules anciennes du larynx. Notons enfin avec soin que cette guérison devra se faire *en deux temps*, puisque l'occlusion de l'orifice interne de la fistule ne sera jamais obtenue que plusieurs jours après celle de l'orifice externe, quand le tissu cellulaire aura été convenablement modifié par ce travail inflammatoire.

Les considérations qui précèdent vont recevoir un nouveau jour de l'exposition pratique du fait qui a fait naître la méthode et provoqué l'application du procédé.

OBSERVATION. — Le 17 septembre 1852, Véjux, dans une tentative de suicide, se fit, avec un rasoir tenu de la main droite, une large plaie pénétrante du larynx. Ce condamné est d'une taille moyenne, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin.

Le 8 juillet 1853, je le vis pour la première fois à l'hôpital du bagne de Toulon. Il présentait une fistule aérienne au côté droit du larynx; la respiration était gênée; l'oppression habituelle; de temps en temps la plaie donnait issue à de petits fragmens de cartilage; circonstances qui me déterminèrent à retarder toute opération.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Examen des idées de Galien sur les fonctions du foie, comparées aux théories modernes. — Où se fait le sang ? Galien et M. Dumas. — Modifications imprimées au sang par le foie ; Galien et M. Bernard. — Applications des données physiologiques de Galien à la pathologie ; nouvelles lumières sur l'étiologie de la cirrhose, de l'hépatite, des affections typhoïdes, pestilentielles, scorbutiques, etc., etc.

XIV (1).

Physiologie de Galien. — Analyse du De usu partium (suite).

Fonctions du foie, action de cet organe sur le suc alimentaire, examen de la doctrine galénique comparée aux idées modernes. — Dans les idées de Galien relatives aux fonctions du foie, il y a deux choses bien distinctes à considérer : 1° d'après lui, un certain nombre de matériaux contenus dans le suc alimentaire s'en séparent pour constituer la bile ; 2° une fois que ce suc alimentaire a été débarrassé des principes hétérogènes qu'il contenait, il subit, au sein du parenchyme hépatique, une transformation spéciale qui le métamorphose en sang. Qu'y a-t-il de vrai dans cette doctrine célèbre ? Quels sont ses rapports avec les idées modernes ? Y a-t-il accord entre elles et jusqu'où va cet accord ? Telles sont les questions fort intéressantes que nous allons débattre maintenant.

Les recherches modernes ont établi qu'effectivement, comme l'avait enseigné Galien, le foie enlève au sang un certain nombre de principes que ce liquide contient. Elles n'ont pas démontré que le foie fait le sang, mais qu'il lui fait subir certaines modifications particulières, ce qui n'est pas la même chose. Nous ne sommes donc pas rentrés tout à fait dans la voie ouverte par Galien, et l'identité entre nos idées physiologiques et les siennes, sur ce point, n'est pas complète. Nous savons que le foie agit sur le sang, l'élabore, en sépare certains principes et le rend à la circulation générale différent de ce qu'il l'avait reçu ; mais il n'est pas démontré, tant s'en faut, qu'il le fabrique, pour ainsi dire, de toutes pièces, comme le pensait Galien. Dans l'état actuel de la science, on ne sait comment se forme le sang, ni d'où il vient, ni dans quelle partie du corps il prend naissance. Sans doute, chaque organe contribue, pour sa part, plus ou moins, à la formation de ce liquide, mais il n'y en a pas qui soit spécialement chargé de cette œuvre importante, pas plus le poumon que le foie, que la rate, etc. On ne peut saisir ni le lieu, ni le moment de la formation primitive du fluide nourricier. Il semble que de l'instant où, chez l'animal, la vie commence, le sang commence avec elle et ne fait ensuite que continuer à s'entretenir ; il se montre en même temps que les rudimens, les premiers linéamens des organes. Il est surabondamment prouvé aujourd'hui que le sang du fœtus ne vient pas de la mère : il se produit sous l'influence de la force vitale du nouvel être, au sein d'une membrane des plus simples, aux dépens des matériaux de l'œuf. D'abord incolore, il acquiert la couleur rouge bien avant de subir l'action de l'oxygène. Après la naissance, il s'entretient : 1° aux dépens de la substance propre de l'animal sans cesse décomposée ; 2° aux dépens du suc alimentaire, produit de la digestion ; 3° par l'action de l'air atmosphérique. Chacune de ces conditions contribue à l'entretien du sang. En même temps que les vaisseaux lymphatiques versent, dans le canal thoracique, le produit de la décomposition de la substance des organes, certains de ces vaisseaux recueillent dans l'intestin grêle, sous forme de liquide blanc, la graisse émulsionnée, qu'ils portent dans le même réservoir. La lymphe et le chyle n'arrivent pas à ce canal, et par conséquent dans le système de la circulation générale, sans avoir traversé préalablement des organes particuliers, appelés ganglions lymphatiques, situés sur leur trajet et chargés de les modifier. C'est là un exemple frappant de cette précaution prise par la nature de placer entre le sang tout constitué et certains liquides qui doivent concourir à le former, des appareils spéciaux dans lesquels ces liquides subissent des modifications d'autant plus sensibles qu'ils approchent davantage du lieu où ils doivent se mêler avec le sang.

Des matériaux nutritifs, autres que le chyle, arrivent, il est vrai, directement au liquide sanguin, mais ils se jettent dans un système particulier de veines isolées du reste du système veineux, et, avant d'arriver à la circulation générale, le sang auquel ils se trouvent mêlés traverse un appareil qui agit sur lui, comme les ganglions lymphatiques agissent sur la lymphe et le chyle. Le foie est au sang des veines mésaraïques, c'est-à-dire au suc alimentaire proprement dit, ce que les ganglions lymphatiques sont au chyle et à la lymphe.

Que se passe-t-il dans le foie ? Pour nous, le rôle du foie se borne à de simples modifications; pour Galien, il y a métamorphose immédiate du suc en sang; ce liquide se produit là de toutes pièces. En regard de cette idée de Galien, n'est-il pas piquant de placer cette observation déjà ancienne de M. Dumas, d'après laquelle les globules elliptiques des oiseaux ne se montreraient qu'après la formation du foie, jamais avant, d'où l'on pourrait légitimement conclure qu'ils prennent naissance dans le parenchyme hépatique ?

Le microscope et les réactifs ont, dans ces derniers temps, révélé des différences singulières et inattendues entre le sang qui pénètre dans le foie et celui qui en sort. Ainsi :

1° L'un des élémens principaux du sang, la fibrine, ne présente pas les mêmes caractères dans la veine porte et dans les veines sus-hépatiques. En effet, dans le sang de la veine porte la fibrine est molle, sans consistance, jouissant à peine de la faculté de se coaguler, produisant un caillot mou et déliquescent; bref, c'est une fibrine ayant tous les caractères d'une fibrine de nouvelle formation. La fibrine des veines sus-hépatiques, au contraire, est ferme, se solidifie avec rapidité et donne naissance à un coagulum parfait.

2° Les expériences de M. Bernard ont démontré que la température du sang des veines sus-hépatiques était élevée d'un degré au-dessus de la température du sang de la veine porte ; d'où il résulte que le sang des veines mésaraïques, en traversant le foie, y subit des modifications remarquables en vertu desquelles sa fibrine se perfectionne et sa température s'élève. Le foie n'est donc pas, pour le sang, un simple lieu de passage, conclusion à laquelle conduisait déjà, *à priori*, la simple inspection anatomique. Pourquoi, en effet, cet isolement singulier de l'appareil de la veine porte, pourquoi la ramification de cette veine dans l'épaisseur du foie, pourquoi ce ralentissement du cours du sang, et cet étalement, pour ainsi dire, de ce liquide dans ces nombreux canaux, si le foie devait être pour lui un simple lieu de passage et non un appareil d'élaboration.

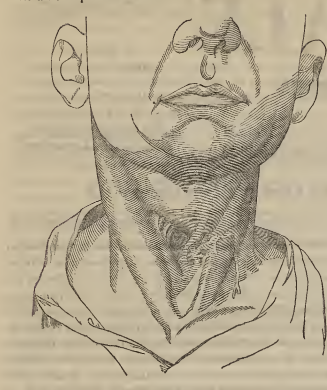
En même temps que leur élaboration s'effectue, il se fait, dans le foie, une élimination de principes hydro-carbonés sous forme : 1° de bile; 2° de graisse; 3° de sucre.

Ainsi dépuré, le sang arrive au cœur droit où il se mêle au liquide provenant des vaisseaux lymphatiques et chylifères, pour être lancé ensuite dans le poumon. Là il abandonne une partie de son carbone et de son hydrogène et reçoit, en échange l'oxygène de l'air. Dès lors, il est arrivé au plus haut degré de pureté dont il soit susceptible et devient éminemment propre à porter dans toutes les parties du corps l'excitation et la vie.

Voilà ce qu'enseigne la physiologie moderne. Or, au fond, tout cela est dans Galien, moins l'idée de l'absorption de l'oxygène. Cependant, l'auteur avait bien compris l'importance du contact de l'air avec le sang. Seulement, au lieu que ce contact se fasse dans le poumon, il se fait, suivant lui, dans le cœur gauche, et dans tout le reste de l'appareil cir-

(1) Voir les numéros des 9, 16 et 23 Octobre 1855.

Le 12 février 1855, le condamné entre de nouveau à l'hôpital dans un état plus satisfaisant.



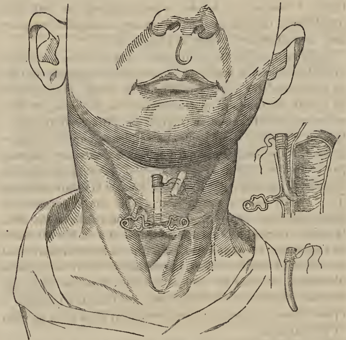
(Planche Ire.)

Une cicatrice assez large, enfoncée, courbe, à concavité supérieure, s'étend d'un muscle sterno-mastoïdien à celui du côté opposé, et répond au bord inférieur du cartilage thyroïde (*Voir* planche Ire). Au côté droit et près de la ligne médiane, entre deux brides cutanées, est un enfoncement de 12 millimètres environ, une sorte d'entonnoir au fond duquel on aperçoit une ouverture de 5 millimètres de diamètre que traverse sans cesse en sifflant une colonne d'air. Chaque fois qu'on rase le malade, l'eau savonneuse s'introduit dans le larynx avec l'air inspiré et provoque la toux; quand il mange, qu'il boit ou qu'il tousse, des parcelles d'alimens, une petite quantité des boissons, de la salive, des mucosités, sortent par la fistule, se répandent sur le cou et les vêtemens qui, l'hiver, sont humides et froids. La voix semble abolie; le chant, le cri sont impossibles. La parole existe, faible, mais distincte et bien plus forte quand la fistule est fermée à l'aide d'une cravate serrée; toutes les lettres de l'alphabet sont facilement prononcées. Dans les efforts, alors que la glotte est close, l'air retenu dans les voies aériennes s'échappe par la fistule avec bruit, et de là l'impossibilité de continuer pendant longtemps la contraction des muscles. Le malade se fatigue donc vite, et déclare qu'il résisterait davantage à un effort prolongé si la fistule était oblitérée. La respiration s'accomplit d'ailleurs sans aucune gêne, et il n'existe plus d'indice d'oppression. Un examen attentif fait encore reconnaître que la cicatrice forme éperon dans la cavité du larynx qu'elle rétrécit; je me suis cependant assuré que la colonne d'air qui, dans l'inspiration, pénètre par la fistule dans les poumons, n'est pas essentielle à l'hématose, puisque, pendant trois jours, j'ai pu la supprimer sans inconvénient en bouchant l'ouverture fistuleuse avec une sonde en gomme élastique. Ce dernier fait, d'une importance majeure, étant bien acquis, je procédai, le 28 février, à l'opération.

Le malade étant assis sur une chaise en face d'une fenêtre, la tête légèrement inclinée en arrière et appuyée sur la poitrine d'un aide, je fis sur l'entonnoir cutané de la fistule une incision transversale qui le divisa complétement jusqu'au cartilage dont il fut détaché; les lambeaux inférieurs et supérieurs, successivement saisis avec des pinces, furent disséqués et ramenés en dehors. L'entonnoir muqueux, détaché à son tour de l'ouverture du cartilage, fut disséqué dans une petite étendue et refoulé dans l'intérieur du larynx; quelques crachats à peine sanguinolens démontrèrent que cette dissection délicate avait eu son plein effet. Les lambeaux de l'entonnoir cutané, minces et formés de tissu inodulaire, furent cependant affrontés par leur face saignante et maintenus à l'aide de deux serre-fines.

Je fis ensuite à la peau du cou, immédiatement au-dessus de la fistule et, par conséquent, au côté droit du larynx, un pli dont la base fut traversée par la pointe d'un bistouri étroit dirigé de haut en bas et un peu d'arrière en avant vers l'orifice cartilagineux de la fistule. Le bistouri fut remplacé dans ce chemin sous-cutané par un fragment de bougie en gomme élastique de 3 centimètres de long sur 6 millimètres de diamètre, dont le bec fut engagé dans l'ouverture du cartilage de manière à l'obturer complétement en faisant, dans la cavité du larynx, une saillie de quelques millimètres seulement. Le pli de la peau fut alors abandonné et l'extrémité externe de la bougie, entourée de fil ciré, fut maintenue en place à l'aide de bandelettes de collodion fixées sur la peau voisine du bord supérieur du cartilage thyroïde, de sorte que ce petit appareil suivait, sans courir risque de se déplacer, tous les mouvemens que lui imprimainet les actes de la respiration, de la déglutition, de la phonation, etc.

La planche II est destinée à compléter la description que je viens de donner en montrant, de face et de profil, tous les détails de l'opération ainsi que le cylindre obturateur qui est représenté avec ses dimensions naturelles.



(Planche II.)

Toutes ces manœuvres opératoires, assez longues à exposer, furent cependant accomplies assez rapidement.

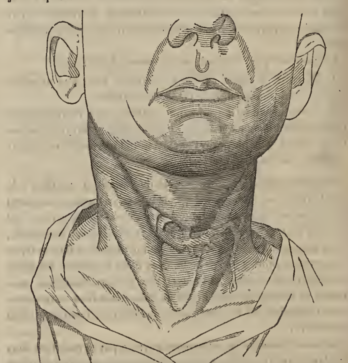
Le lendemain tout allait bien; l'appareil ne s'était pas dérangé et le malade n'avait rien changé à ses habitudes. On enleva les serre-fines qu'on remplaça par de légères couches de collodion.

Les jours suivans, le tissu cellulaire s'enflamma autour du cylindre obturateur; la peau rougit assez pour nécessiter l'application de cataplasmes émolliens; la plaie de l'ancienne fistule suppura; il y eut de la toux, mais l'appareil n'en fut pas dérangé par l'attention qu'avait le malade de le renforcer en y appliquant sa main; d'ailleurs, le nouveau canal était déjà assez bien établi pour qu'il fût facile de retirer et de replacer la bougie.

La réunion par première intention ayant échoué à l'orifice externe de la fistule, il fallut bien attendre le bourgeonnement et la cicatrisation secondaire qui le suit. Pendant quelque temps on remarqua qu'en enlevant momentanément l'obturateur, l'air passait à la fois par les deux fistules, mais en bien plus grande quantité par la nouvelle; vers le 15 mars, le bourgeonnement ayant entièrement oblitéré l'ancienne, l'air ne sortit plus désormais que par celle de nouvelle formation.

Une nuit, et tout à coup, la respiration s'embarrassa pour la première fois et le sommeil fut incomplet. A notre visite du matin, il nous fut aisé de reconnaître que le malade, en comprimant son appareil, avait fait pénétrer trop avant dans le larynx la bougie un peu trop longue; elle fut sur le champ remplacée par une autre plus courte et l'accident ne se reproduisit plus. (*Un clou en caoutchouc vulcanisé, tel que M. le docteur Gariel en fait construire, serait bien préférable à la bougie que j'ai employée.*)

Cependant l'inflammation se modéra autour de ces deux fistules, la suppuration diminua, et la cicatrisation fit des progrès dans l'ancien trajet fistuleux, qui pourtant ne fut complétement réuni que vers la fin du mois de mars. A cette époque, les bourgeons charnus étaient si développés dans le canal nouveau qu'ils en débordeaient l'ouverture extérieure. Le 2 avril, la bougie obturatrice fut définitivement retirée, la plaie extérieure couverte de taffetas gommé. Il n'y eut pas la plus légère trace d'emphysème, et dès le soir du même jour l'air ne traversait plus la fistule qui était entièrement oblitérée quatre jours après.



(Planche III.

culatoire. A ce point de vue, Galien transforme le mammifère en véritable insecte. Eh bien, y a-t-il une très grande différence entre l'idée de Galien et la nôtre? non; comme Galien, nous faisons circuler partout le sang avec l'air, seulement au lieu d'être, comme pour Galien, à l'état de liberté, cet air est, pour nous, à l'état de combinaison avec le fluide sanguin. L'idée moderne n'est, au fond, que l'idée galénique épurée, modifiée et débarrassée des erreurs de détail qui la défiguraient.

En définitive, de Galien jusqu'à nous c'est le même problème qui revient toujours, et ce problème est celui-ci: rechercher la cause des phénomènes qui se passent au sein du corps vivant, soit sain, soit malade, et des changemens que peuvent subir les élémens qui composent ce corps soit dans leurs proportions, soit dans leur nature intime. Depuis Galien jusqu'à nous, tous les médecins ont agité ce problème, et tous l'ont résolu d'une manière identique au fond, différente dans la forme. Suivant les temps, les formules de cette solution varient; avec les progrès de la science elles deviennent plus savantes, plus exactes, plus complètes, et il semble que, de plus en plus, elles vont se rapprochant de la vérité sans jamais l'atteindre. Elles vont s'en rapprochant, du moment où ce problème a été posé par la philosophie grecque, de Thalès à Hippocrate, d'Hippocrate à Érasistrate, d'Érasistrate à Galien, de Galien à Paracelse, de Paracelse à la grande école iatro-chimique du XVIIme siècle. Elles s'en rapprochent encore de l'école iatro-chimique à la venue au monde de la chimie pneumatique avec Lavoisier. Enfin, la formule du problème va se précisant de plus en plus de Lavoisier aux illustres représentans de la chimie contemporaine, aux Berzélius, aux Chevreul, aux Liebig, aux Dumas, etc. Tous ces hommes ont attaqué le même problème, et, disons-le encore, l'ont résolu de la même manière, quoique avec des formules diverses qui ont varié avec les temps, avec les progrès de la science, avec le perfectionnement plus ou moins prononcé des moyens d'observation et d'analyse.

Ainsi, par exemple, entre Galien disant que la production de la bile par le foie a pour but de retrancher du sang certains élémens qui en altèrent la composition; et les chimistes modernes prononçant que le foie enlève au sang, sous forme de bile, l'excès de carbone et d'hydrogène que ce liquide contient, y a-t-il une différence essentielle? N'est-ce pas la même proposition dont la formule simple, vague, indéterminée chez le premier, devient chez les seconds, plus savante, plus précise, plus rigoureuse? Encore un coup, c'est le rôle de la science moderne de démontrer et de prouver ce que la science antique n'avait fait qu'entrevoir.

Ainsi, chose remarquable, après tant de haltes dans la marche de l'idée galénique, voilà que la physiologie du XIXme siècle, la reprend et lui donne une impulsion nouvelle. Elle la reprend en ce qui concerne; 1° le passage direct du suc alimentaire dans les veines mésaraïques; 2° l'arrivée directe et le séjour de ce suc dans le foie ainsi que l'interprétation de la distribution du tronc de la veine porte dans cet organe; 3° enfin le double travail d'élimination et de perfectionnement, sinon de formation, du fluide sanguin dans l'appareil hépatique.

Honneur donc et honneur éclatant au médecin de Pergame, à ce brillant esprit qui a ouvert une telle voie et trouvé de telles vérités!

Application de ces notions physiologiques à la pathologie. — La pathologie doit-elle rester étrangère à ces idées touchant le rôle que joue le foie dans l'économie animale? non, car elle est, au contraire, très grandement intéressée à ce que ces questions soient débattues et jugées. Nos théories actuelles peuvent en être et en seront certainement notablement modifiées, et certainement, à mesure que se réaliseront les travaux sur la physiologie du foie, il en jaillira de vives lumières qui éclaireront d'un nouveau jour le champ de la pathologie. Réfléchissons un instant, par exemple, sur les maladies de l'organe hépatique. Par cela même qu'au flambeau des idées de Galien on examine les faits relatifs aux affections de cet organe, on voit cette pathologie sortir, pour ainsi dire, des entrailles de la physiologie galénique. Effectivement, si, comme le dit Galien, et comme c'est vrai, les matières contenues dans le tube digestif, depuis l'estomac jusqu'à la fin de l'intestin grêle et au commencement du gros intestin, arrivent directement au foie par les veines mésaraïques, il faut bien admettre, *à priori*, que ces matériaux peuvent présenter des conditions telles, dans leur quantité ou leurs qualités, que leur arrivée et leur séjour dans le foie soient, pour cet organe, une cause d'altération. Il en de même des boissons et surtout des boissons alcooliques prises habituellement avec excès. L'alcool, par son contact journalier et prolongé avec le tissu du foie, ne peut-il y déterminer ces altérations variées dans leur intensité et leur nature que l'on a l'habitude d'englober sous le nom de cirrhose ou état cirrhotique du foie? Cette présomption théorique n'est-elle pas, en effet, fortement corroborée par les résultats de relevés statistiques faits dans les pays du Nord, en Suède surtout, où l'ivrognerie est très générale, et d'après lesquels la cirrhose serait extrêmement commune dans la classe des ivrognes?

L'action des poisons sur le foie n'est-elle pas bien plus facilement et plus naturellement expliquée en admettant, ce qui est vrai, que ces substances toxiques arrivent et séjournent dans le foie après avoir été absorbées par les veines mésaraïques?

Ce n'est pas tout, il y a bien longtemps que l'on sait combien l'hépatite est commune dans les pays chauds et combien souvent et aisément elle s'y termine par suppuration. Avant la réhabilitation de l'idée galénique, on disait que la température élevée de ces climats agissait directement sur le foie pour l'enflammer. Aujourd'hui, on peut donner une raison plus satisfaisante de ce phénomène pathologique. Les recherches de nos médecins militaires, en Algérie, ont établi que l'hépatite, très rarement primitive, vient le plus ordinairement à la suite des affections intestinales et surtout dans le cours de la dysenterie. Or, n'est-il pas extrêmement probable que les produits morbides des ulcérations dont le gros intestin est creusé dans la dysenterie, absorbés par les veines mésaraïques, et conduits par elles au foie irritent cet organe par leur contact et y déterminent l'inflammation et la suppuration? Voilà comment les idées de Galien sur les fonctions du foie éclairent d'une vive lumière l'étiologie des affections de cet organe.

Ce n'est pas tout encore; si, comme le dit Galien, et cela est vrai, le foie est chargé de dépurer le suc alimentaire en le débarrassant de matériaux hétérogènes qu'il élimine sous forme de bile; si, comme le dit M. Bernard, et cela est vrai, le foie retranche du sang certains principes qu'il élimine sous forme de sucre; supposons que, par suite de certaines dispositions organiques, cette dépuration ne s'accomplisse pas convenablement; le sang renfermera alors une certaine quantité d'hydrogène et de carbone qu'il ne devrait pas contenir. De cette rétention anormale de principes hydro-carbonés dans le sang qui peut prévoir les conséquences? Comment ne pas croire qu'elle pourra devenir le point de départ de maladies aujourd'hui vagues, indéterminées, sans nom, que l'on comprend devoir exister et qu'un avenir plus ou moins prochain viendra dévoiler à nos yeux?

S'il est vrai, et cela paraît très vraisemblable, que le foie exerce une action particulière sur la fibrine du sang, en vertu de laquelle cette fibrine, au sortir du foie, possède plus de consistance et plus de coagulabilité; si cela est vrai, ne peut-il pas arriver que l'absence ou l'altération de cette action modificatrice du foie sur l'élément fibrineux, ne devienne le point de départ de ces maladies générales que l'on désigne sous le nom de typhoïdes, pestilentielles, scorbutiques, etc., affections qui présentent comme caractère commun une altération de l'élément fibrineux du sang. Il ne serait pas impossible que, dans le foie, fût cachée la cause qui fait que, lorsque de mauvais alimens sont introduits dans l'économie, le sang s'altère et la fibrine diminue. L'irritation produite dans cet organe par le contact habituel de mauvais alimens ne pourrait-elle pas abolir ou troubler son action modificatrice sur la fibrine? Que de recherches, que de problèmes soulevés! Que de faits éclaircis! Voyez comment la physiologie éclaire la pathologie! Voilà un horizon nouveau qui s'ouvre avec le retour de la physiologie de Galien; c'est l'horizon antique illuminé et comme dégagé de ses ténèbres par le flambeau de la science moderne!

(La suite à un prochain numéro.)

Ainsi la guérison, pour être parfaite, a exigé trente-huit jours; mais il n'échappera à personne que ce terme doit être le plus reculé dans des opérations de ce genre, puisque, dans l'observation qui précède, la réunion immédiate de l'ouverture externe n'ayant pas eu lieu, il a fallu attendre la réunion secondaire qui est toujours tardive. Il est permis d'espérer que la moitié du temps indiqué plus haut sera suffisante pour obtenir la guérison dans les circonstances favorables où l'orifice externe de la fistule se sera primitivement réuni.

Je viens de revoir Véjux trois mois après sa sortie de l'hôpital. La guérison est restée complète, comme on peut en juger par la planche III.

La peau du cou, modifiée par l'inflammation, a recouvré ses caractères normaux; la cicatrice nouvelle est peu apparente, l'ancienne est moins difforme. On ne peut reconnaître, par le toucher, la place du canal celluleux. Le condamné est retourné aux rudes travaux *de la fatigue;* l'effort est devenu aussi prolongé qu'avant la blessure; la voix est plus forte, quoique toujours voilée, ce qui dépend sans doute de la lésion traumatique primitive des cordes vocales.

Appréciation. — La méthode d'occlusion par substitution se distinguera, je l'espère, par la sûreté du résultat. Je ne puis entrevoir, comme susceptible de l'empêcher, que l'inflammation intense des voies aériennes, forçant à ôter le cylindre obturateur qui en serait la cause, et à rétablir l'ancien état des lieux. Mais dans les fistules anciennes dont la thérapeutique nous occupe, la muqueuse du larynx n'a-t-elle pas perdu de son impressionnabilité par les courans anormaux de substances gazeuses, liquides, molles ou solides qui se sont établis? Cette membrane, qui supporte si bien les canules volumineuses après les opérations de laryngo-trachéotomie, sera-t-elle moins tolérante pour le bec d'une bougie qui ne la touchera que dans un point très circonscrit? D'ailleurs, avant l'opération, on aura pu l'habituer tellement à ce contact, que la crainte d'une réaction inflammatoire vive sera certainement bien éloignée. Et si l'on objectait que la dissection de l'entonnoir muqueux est pour la membrane une cause de phlegmasie redoutable, je répondrais que ce temps de l'opération peut être réduit au simple avivement, indispensable dans tous les procédés d'autoplastie appliqués aux voies aériennes.

Dans l'opération que j'ai pratiquée, le nœud de la difficulté était en entier dans l'oblitération définitive de la portion cartilagineuse ou fibro-cartilagineuse de la fistule. Or, j'ai désespéré de l'obtenir par des cautérisations successives, peu susceptibles de provoquer un degré suffisant de bourgeonnement dans un tel anneau. Le rétrécissement du larynx par l'éperon cicatriciel, ainsi que le tissu inodulaire étendu autour de la fistule m'ont aussi éloigné des deux procédés autoplastiques de M. Velpeau, sur lesquels M. Jobert (de Lamballe) a surtout insisté dans son *Traité de chirurgie plastique*, tome II, page 5.

Dans le travail qu'on vient de lire, j'ai tenu à rester dans les limites de l'observation et dans la sphère des déductions qui en découlent. Il m'eût été facile d'aller plus loin : c'est ainsi qu'au premier procédé que j'ai exposé, j'aurai pu en ajouter un second; car n'est-il pas facile de concevoir que, dans des circonstances propices, le canal celluleux fait *à distance* de la fistule, pourra être créé *sur place*, le cylindre obturateur étant directement placé dans la plaie celluleuse qui succède à la destruction du canal muco-cutané? C'est ainsi que la dissection de l'entonnoir muqueux et son refoulement dans la cavité du larynx pourra devenir le principe d'une autoplastie à lambeau interne qu'il ne sera peut-être pas impossible d'appliquer un jour à la guérison des fistules aériennes. D'autre part, qui affirmera que nul ne réalisera l'idée de fermer l'ouverture interne de la fistule à l'aide d'un obturateur *spécial*, laissé à demeure dans la plaie réunie sur lui et que l'absorption fera ultérieurement disparaître; ou dont l'élimination pourra s'effectuer soit spontanément, soit par les secours de l'art, et, dans ce dernier cas, dans un ou deux temps, par l'extérieur ou par l'intérieur des voies naturelles?

Ce ne sont là, évidemment, que des vues *à priori*, qui se groupent autour de ma nouvelle méthode, et qui, tout en attendant un cas favorable, un opérateur résolu, en un mot, la sanction de l'expérience, ne paraîtront cependant pas sans valeur quand on voudra bien envisager l'*occlusion par substitution* dans ses applications à la guérison des fistules diverses que les voies naturelles peuvent offrir.

Enfin, si l'opération que nous avons pratiquée avec succès, fixe assez l'attention des chirurgiens pour qu'ils lui donnent une place dans leurs livres didactiques, ils ne manqueront pas de la ranger parmi celles que nécessitent les maladies des voies aérifères, à côté des procédés connus pour remédier aux fistules du larynx. Mais, à un point de vue plus général, à quel *genre d'opération* rattachera-t-on la méthode d'occlusion par substitution? Touche-t-elle à la *chirurgie plastique?* Tient-elle plutôt à l'ordre des opérations *en deux temps*, sur lesquelles M. Vidal (de Cassis) a plus particulièrement appelé l'attention? Ce sont là des questions que je me contente de poser, sans chercher à les résoudre ici.

REVUE GÉNÉRALE.

La glycérine et ses applications. — Nouveau mode des pansemens des plaies par cette substance. — Propriétés cholalogues du jaune d'œuf. — Guérison d'un cas de morve aigné.

Une application nouvelle, heureuse, et à laquelle nous souhaitons un grand avenir, vient d'être faite de la glycérine à la thérapeutique chirurgicale. A vrai dire, nous sommes étonné que l'expérimentation clinique ne se soit pas plutôt emparée de ce corps précieux, à propriétés si singulières, dissolvant plus puissant que l'eau et presque aussi puissant que l'alcool, onctueux comme l'huile, et ne s'altérant pas, ne rancissant pas comme elle, se combinant avec presque toutes les substances de la matière médicale, et formant des composés qui, pour l'usage interne ou externe, pourraient trouver les plus nombreuses et les plus utiles applications.

Ce n'est pas que l'attention des thérapeutistes n'ait pas été appelée sur cette substance découverte par Schéele, à la fin du siècle dernier, étudiée sous le rapport chimique par M. Chevreul dans ses célèbres recherches sur les corps gras; M. Cap, dans ces derniers temps, l'a surtout étudiée au point de vue médical et pharmaceutique et dans deux mémoires très intéressans, dont le dernier lui est commun avec M. Garot, a fait connaître les résultats de ses recherches sur les applications thérapeutiques et pharmaceutiques de la glycérine. M. Cap avait annoncé que des expériences faites, en Angleterre, par MM. Startin, Yearsley, Waklay; en France, par MM. Trousseau, Bazin et Cazenave; à Odessa, par le docteur Dallaz, il résultait que la glycérine s'était montrée favorable dans un assez grand nombre de dermatoses, que pénétrant facilement dans les pores de la peau, elle assouplit cet organe, et maintient à sa surface, en vertu de sa propriété hygrométrique, une sorte d'humidité permanente, très propre à combattre la sécheresse et l'épaississement du derme; qu'elle cicatrise les gerçures du sein, les fissures, les crevasses de la peau, dont elle conserve la souplesse et calme l'éréthisme; qu'elle a rendu de fréquens services dans les affections cutanées de nature prurigineuse qui affectent souvent d'une manière si douloureuse et si persistante les parties génitales, l'anus où leurs annexes.

Il est évident, dit M. Cap, que l'état onctueux de la glycérine, ses propriétés légèrement hygrométriques, ses analogies avec l'eau et avec l'huile, enfin sa parfaite innocuité, la rendront propre à une multitude d'emplois divers. Elle se prête, en effet, avec une merveilleuse facilité à toutes les formes médicamenteuses. Elle peut s'employer pure ou unie à la plupart des autres agens thérapeutiques. Elle se mêle en toutes proportions à l'eau des bains, des injections, des fomentations, des lotions de toute nature. Appliquée sur les brûlures et *autres plaies*, elle les met à l'abri du contact de l'air et maintient leurs bords à l'état de souplesse. Lorsqu'on l'ajoute aux cataplasmes, elle les conserve à l'état mou, et, chose importante, elle les empêche d'adhérer par leurs bords aux surfaces qui en reçoivent l'application. Cet ensemble de propriétés présente, comme on voit, la glycérine comme un nouvel et précieux *excipient*, qui vient s'ajouter à la liste trop peu nombreuse des corps de cette nature dont l'art peut disposer; excipient qui semble tenir le milieu entre l'eau et l'huile, car il participe à la plupart des propriétés de l'une et de l'autre. La glycérine s'unit, en effet, aux liquides aqueux et alcooliques, comme elle s'incorpore à l'axonge, aux onguens, aux pommades, aux savons et aux savonules. Elle peut servir de base aux linimens, aux onctions, aux embrocations; elle se mêle aux extraits, aux teintures, aux alcoolats, aux vins médicinaux; quelques gouttes de glycérine, ajoutées à une masse pilulaire, l'empêchent de se dessécher, etc.; elle se prête, par conséquent, à la plupart des emplois de la médecine, de la chirurgie, de l'art vétérinaire, ajoutant à toutes les préparations dont elle fait partie le concours de ses propriétés lénifiantes, sédatives, assouplissant les tissus, et les disposant à l'absorption des substances médicamenteuses auxquelles on l'a réunie.

Ce bel éloge de la glycérine paraît avoir séduit M. Demarquay comme il nous avait séduit nous-même. Nous avons employé cette substance avec succès dans plusieurs cas de pityriasis du cuir chevelu; nous en avons fait faire des onctions avec avantage sur des érysipèles de la face, et, dans l'éruption de la variole, dans un seul cas, il est vrai, il nous a semblé que ces onctions de glycérine, que le malade acceptait avec un sentiment de bien-être très marqué, n'avaient pas été sans influence sur le peu de profondeur et d'apparence des cicatrices des pustules. Nous osons recommander aux praticiens l'essai, tout à fait innocent d'ailleurs, de la glycérine, sinon comme moyen abortif des pustules varioliques, condition à laquelle nous ne croyons guère par aucun autre moyen, et que nous ne recherchons pas, du moins pour assouplir la peau, en calmer l'éréthisme et prévenir peut-être des cicatrices difformes.

La communication faite par M. Demarquay aux Académies des sciences et de médecine, a pour but d'appeler l'attention des praticiens sur l'emploi de la glycérine dans le pansement des plaies. Mettant à profit le séjour qu'il a fait à l'hôpital Saint-Louis, où il remplaçait M. le professeur Denonvilliers, M. Demarquay ayant eu à traiter plusieurs malades dont les plaies présentaient la complication grave de la pourriture d'hôpital, contre laquelle il avait employé vainement l'acide citrique, l'acide azotique et même le fer rouge, notre confrère eut l'idée de recourir à l'emploi de la glycérine. Or, en vingt-quatre heures, dit M. Demarquay, les plaies de ces malheureux malades avaient changé d'aspect, la fièvre tombait et la guérison s'accomplissait sous ses yeux.

On comprend de quelle importance serait ce résultat, s'il se confirme par une expérience multipliée, dans les circonstances actuelles de la guerre.

Vivement frappé de ces faits, M. Demarquay résolut de poursuivre ses recherches et d'appliquer la glycérine au traitement des plaies ordinaires. En conséquence, tous les blessés du service furent pansés avec cette substance, et voici ce qui est arrivé, d'après la communication de M. Demarquay :

Les plaies soumises à ce mode de pansement ont un aspect rosé, et se maintiennent si propres, qu'on est dispensé de laver et de recourir à la spatule pour enlever le coagulum de cérat, de pus, qui rend le pansement actuel des plaies long et douloureux. Les linges enduits de glycérine se lavent avec la plus grande facilité; de plus, cette substance modère la suppuration, ainsi que M. Demarquay a pu s'en assurer sur un certain nombre de malades soumis avant l'emploi du nouveau pansement à l'usage du cérat. Les bourgeons charnus eux-mêmes restent peu développés et n'ont point besoin d'être réprimés par la pierre infernale. Ajoutez à ces avantages celui de rendre les pansemens doux et agréables au malade, et d'activer d'une manière notable la cicatrisation des plaies.

M. le professeur Denonvilliers a constaté ces résultats et se livre de concert avec M. Demarquay à une série d'expériences nouvelles qu'ils feront ultérieurement connaître.

Quant à la manière d'appliquer la glycérine au pansement des plaies, elle est des plus simples. Un linge fenêtré, trempé dans cette substance, est placé sur la plaie, qu'il recouvre largement; un peu de charpie est appliqué sur le linge, le tout est recouvert d'une compresse et d'une bande. Le lendemain, le linge s'enlève sans douleur, sans difficulté, et l'on voit une plaie rose, presque à peine recouverte de pus.

L'expérimentation de la glycérine dans les conditions indiquées par M. Demarquay est si simple, si facile et si innocente, qu'il faut espérer que cette communication éveillera l'attention des praticiens, et que nous aurons bientôt de nouvelles recherches et de nouveaux succès, sans doute, à faire connaître.

Dans de vieux traités de matière médicale, on trouve le jaune d'œuf vanté contre l'ictère, par cela seul qu'il est jaune. Mais Ch. White raconte, dans son ouvrage sur le *Traitement des femmes grosses et en couches*, que lui-même était atteint d'ictère depuis plusieurs semaines, et qu'il avait vainement eu recours à une foule de remèdes, lorsqu'un officier de marine lui apprit qu'après avoir été longtemps affecté de jaunisse, il en avait guéri par l'usage d'œufs crus. White employa donc le remède et en obtint un excellent effet, car, au bout de trois jours, ses fèces étaient redevenues jaunes et il se rétablit promptement. Plus tard, il conseilla le même traitement à un grand nombre de malades et n'observa jamais que de bons résultats. Au dire de l'officier de marine, c'était un médecin espagnol de l'île de Minorque qui lui avait recommandé l'usage des œufs contre la jaunisse, et, suivant la prescription de ce médecin, il devait en prendre chaque matin deux dans un verre d'eau, et ensuite toutes les quatre heures un seul œuf cru. Depuis White, aucun thérapeutiste n'avait plus fait mention de ce moyen pour combattre la torpeur des fonctions du foie. Dans ces derniers temps, M. Cl. Bernard a démontré expérimentalement que le blanc d'œuf ne devenait assimilable que par l'intermédiaire de la fonction hépatique, et c'est ce fait qui a engagé le docteur Gieseler à considérer le blanc d'œuf comme un agent excitateur du foie et le recommander dans maintes formes d'ictère. — (In *Œsterr. Zeits. f. p. Heilk.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*; 1855, p. 454.)

Les cas de guérison de morve sont si rares que c'est toujours avec quelques réserves sur le diagnostic qu'il est prudent d'accompagner ceux que l'on reproduit de la presse étrangère. Ces réserves nous semblent plus impérieusement encore commandées pour le fait suivant qui donne lieu à des doutes légitimes sur le diagnostic :

« Un homme étant entré dans une écurie où était un cheval affecté de la morve, fut atteint par les effluves qui émanaient de cet animal et se sentit bientôt mal à l'aise. Le jour suivant, la bouche et la gorge lui firent mal; il eut un peu de salivation, qui augmenta chaque jour jusqu'à ce que M. Cox fut appelé, dix jours après le court séjour qu'il avait fait à l'écurie susmentionnée. Les symptômes qu'il présentait alors étaient une salivation abondante, la langue gonflée et chargée d'un mucus brun noirâtre. La membrane muqueuse de la bouche et de l'arrière-bouche était sale, les glandes salivaires gonflées. Le pouls petit et rapide. Trois jours après il était plus mal; la difficulté de la parole était telle que l'articulation des mots était presque impossible.

» Le docteur Cox, d'accord avec le docteur Mackensie, appelé en consultation, administra 10 grains de sesquicarbonate d'ammoniaque, avec 5 gouttes de teinture d'opium et une goutte de créosote, à prendre toutes les deux heures.

» Le lendemain il fut mieux; pendant la nuit, il s'était écoulé un peu de liquide visqueux d'une des narines. A l'examen, on découvrit une croûte indiquant une tendance à l'ulcération de la membrane de Schneider, qui était fortement injectée.

» Le troisième jour, il se trouvait encore mieux. Il accusait de la fièvre, La langue commençait à se nettoyer. On continua l'ammoniaque toutes

les quatre heures. A dater de ce jour, il alla de mieux en mieux; seulement il resta dans un grand état de faiblesse et de prostration pendant quelques semaines. On diminua peu à peu la dose d'ammoniaque, et on ajouta le citrate de fer. » — (*Associat. med. Journ.* et *Gaz. méd. de Paris.*)

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Juillet, Août et Septembre 1855. — Présidence de M. Aug. MERCIER.

Sommaire. — Du développement latent de certaines tumeurs de l'utérus, et de la difficulté de leur diagnostic. — Du choléra épidémique d'Indre-et-Loire, et de son caractère contagieux. — Cas curieux de priapisme, suivi d'une opération de castration, faite par le malade lui-même.

La correspondance comprend :

1° Plusieurs numéros du *Recueil de la Société de médecine d'Indre-et-Loire*. M. Perrin, rapporteur;

2° Les nos 14 et 15, 2me série, du *Bulletin* de la Société médicale des hôpitaux. M. Homolle, rapporteur;

3° Le troisième fascicule contenant les *Actes* de la Société médicale des hôpitaux. M. Bauche, rapporteur;

4° Les nos 22, 23 et 24 du *Bulletin* de la Société de médecine de Poitiers. M. Aubrun, rapporteur;

5° Deux comptes rendus des travaux de la Société impériale de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse, pour les années 1853-1854 et 1854-1855. M. Compérat, rapporteur;

6° Une lettre de M. le docteur Amussat fils, demandant son admission dans la Société comme membre titulaire, et adressant à l'appui de sa candidature les mémoires suivans: 1° sa thèse pour le doctorat, ayant pour titre : *De l'emploi de l'eau en chirurgie*; 2° une brochure intitulée : *De la cautérisation circulaire de la base des tumeurs hémorrhoïdales compliquées de la procidence de la muqueuse du rectum*; 3° un autre travail : *De l'électricité comme agent de cautérisation dans le traitement des affections chirurgicales*. M. Delcroix est chargé de faire un rapport sur ces travaux dans la prochaine séance.

Dans sa séance du 10 septembre, sur la proposition de M. le docteur H. LABARRAQUE, la Société a décidé qu'une lettre de condoléances serait écrite, en son nom, à la famille de M. le docteur Charrier, enlevé en quelques jours par une attaque de choléra. Cette perte est d'autant plus cruelle pour la Société, que cet excellent et regretté collègue en était un des membres les plus assidus et les plus écoutés.

Dans l'une de ses séances, la Société a entendu la communication clinique suivante de M. BONNASSIES. Il s'agit d'une dame, veuve depuis huit ans, habituellement bien portante, menant chaque jour une vie très active, ayant eu deux enfans, dont le dernier a 17 ans, qui, il y a dix jours, à l'époque de ses menstrues, fut prise de douleurs vives dans le ventre avec écoulement sanguin abondant, et simulant une véritable perte. Appelé près de cette dame, que M. Bonnassies soigne depuis vingt-cinq ans, notre confrère fut singulièrement surpris, en palpant la région hypogastrique, de reconnaître, profondément, l'existence d'une tumeur dépassant le rebord des pubis, de forme bosselée, inégale, que ni lui ni la malade, jusqu'alors, n'avaient jamais remarquée. Le toucher vaginal a permis de constater un développement considérable de l'utérus, et de s'assurer que la tumeur de l'hypogastre tenait à l'utérus lui-même. Le col fermé n'offrit rien de particulier. M. Bonnassies demande comment expliquer l'apparition d'une tumeur semblable et sa formation aussi rapide.

M. BAUCHE croirait à l'existence d'un polype. Ces polypes se développent souvent à l'insu du médecin et des femmes. Ce n'est souvent qu'à la suite d'une perte, d'un écoulement sanguin, que l'attention venant à se porter du côté de l'utérus, on est tout surpris de reconnaître les signes de la présence d'un polype ou d'une tumeur fibreuse dans cet organe. Chez une dame de ses clientes, et qui ne lui avait jamais offert que des règles abondantes, il a vu une tumeur apparaître au-dessus du pubis et se propager un peu du côté de la fosse iliaque droite, puis bientôt cette tumeur, après un certain nombre d'années de santé apparente, donne lieu à des pertes qui ont conduit la malade dans l'état le plus grave. Le col a fini par s'ouvrir, et une portion du polype a pu être enlevée; mais la situation de la malade continue d'être peu rassurante.

M. COMPÉRAT cite comme exemple des difficultés que l'on rencontre quelquefois pour diagnostiquer certaines tumeurs de l'utérus, l'histoire d'une jeune femme de 32 ans, ayant eu plusieurs enfans, qui fut prise d'hémorrhagies passives de cet organe avec douleurs variées dans la profondeur du bassin. Le toucher permit de reconnaître que la paroi postérieure de l'utérus était d'un volume insolite, et fit supposer à M. Chailly, appelé en consultation, qu'il y avait là une tumeur interstitielle. M. Ricord, appelé à son tour, reconnut également la présence d'une tumeur, et porta pour l'avenir un pronostic fâcheux.

Des irrigations d'eau froide furent prescrites ainsi que l'usage des ferrugineux, et des onctions furent faites avec une pommade fondante. Un petit vésicatoire appliqué sur chaque aine combattit avec succès des douleurs accusées par la malade du côté du bassin. Soit sous l'influence de la médication, soit par l'effet du temps, peu à peu, les hémorrhagies se modifièrent en devenant moins abondantes. Elles finirent même par cesser tout à fait. La malade, profitant de cette amélioration, alla passer quelques mois à la campagne, où tout continua d'aller pour le mieux. A son retour à Paris, M. Compérat alla la visiter. Le toucher pratiqué ne reconnut plus trace de la présence de la fameuse tumeur qui avait tant effrayé, cinq ou six mois auparavant, deux confrères habiles et éclairés. Aujourd'hui, la santé de cette dame ne laisse rien à désirer. Les règles viennent régulièrement. Il n'y a plus de douleurs du côté du bassin. Qu'était-ce donc que cette tumeur? probablement un simple engorgement.

M. PERRIN lit ensuite un rapport dans lequel il rend compte des travaux contenus dans le *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire* (1er et 2me trimestre 1854). Parmi les travaux originaux contenus dans ce recueil, M. Perrin appelle longuement l'attention de la Société sur les deux suivans : Dans l'un, il s'agit d'une histoire médicale topographique des épidémies de choléra qui ont régné en 1832, 1849 et 1854, dans la ville de Tours et le département d'Indre-et-Loire, par M. le docteur Charcellay. Dans l'autre, il est question d'un cas de priapisme, suivi de castration, castration opérée par le malade lui-même. Cette observation, curieuse à divers titres, est due à M. le docteur de Lonjon.

Le mémoire de M. le docteur Charcellay, sur le choléra d'Indre-et-Loire en 1832, 1849 et 1854, a été entrepris par lui à l'occasion d'une lettre qui fut adressée par l'Académie de médecine à tous les membres correspondans. Dans cette lettre, l'Académie appelait l'attention de ses correspondans, « sur le mode d'apparition et de propagation du choléra dans les diverses localités. L'Académie, disait son secrétaire, n'a point d'idées préconçues à ce sujet; elle ne s'est pas encore prononcée sur le mode de propagation du mal; elle veut, avant tout, s'enquérir des faits, savoir comment, sur chaque point du pays, le choléra a débuté; et c'est pour obtenir les renseignemens indispensables que l'Académie demande de lui transmettre tous les faits qui peuvent être à leur connaissance, mais principalement sur cette question........

» Ainsi, pour ce qui concerne votre localité, ajoutait M. Dubois (d'Amiens), l'Académie voudrait connaître tout ce qui se rattache au malade qui, *le premier*, a été atteint de choléra; quelles avaient été ses relations dans les jours qui ont précédé l'invasion de sa maladie; si les personnes qu'il a fréquentées appartenaient ou non au pays; s'il avait fait ou non quelques excursions ou quelques voyages hors du département, etc., etc......

» L'Académie voudrait, en outre, avoir quelques renseignemens sur le second malade qui a été atteint; sur le troisième, sur le quatrième, etc.; si ceux-ci avaient eu ou non des relations avec le premier; s'ils habitaient les mêmes maisons ou dans le voisinage. C'est cette filiation que l'Académie voudrait pouvoir suivre, si tant est qu'elle ait existé, et qu'on ait pu l'observer. »

M. Charcellay fut d'autant plus à l'aise pour entrer dans la voie de recherches indiquée par l'Académie, que déjà il en avait conçu le projet, et préparé d'avance les moyens dans le cas où l'épidémie viendrait à envahir le département d'Indre-et-Loire.

L'épidémie ne tarda pas, en effet, à se montrer et à mettre ainsi M. le le docteur Charcellay en demeure d'étudier le mode d'apparition et de propagation du fléau tant dans la ville de Tours que dans un certain nombre de communes du département. Pour chaque localité épidémique, il a tout interrogé, vérifié, et contrôlé, soit en invoquant le témoignage de ses confrères, soit en visitant lui-même au besoin le théâtre des événemens.

Or, de ses longues et laborieuses recherches, recherches qu'avec tant d'autres communications de même nature, M. le docteur Charcellay a fait parvenir à la fameuse commission spéciale du choléra nommée en 1849, et dont le mutisme semble définitivement être passé à l'état d'incurabilité, il résulte pour ce médecin distingué :

1° Que le choléra cyanique d'emblée, sans prodromes, initial ou primitif, est extrêmement rare. On peut en fixer la proportion à 3 p. 100;

2° Que le choléra est transmissible, qu'il peut se transporter avec les malades et se communiquer en dehors des influences épidémiques;

3° Qu'ainsi à Tours, et dans un certain nombre de localités d'Indre-et-Loire, la maladie s'est fréquemment transmise par irradiation de proche en proche, et a gagné des maisons voisines qui ont été envahies successivement; que c'est aussi après des rapports directs que l'on a vu le cruel fléau atteindre des familles domiciliées à une distance plus ou moins grande les unes des autres, et qu'ainsi une *importation manifeste* a été observée sur différens points de la ville de Tours, et surtout dans diverses petites localités du département;

4° Enfin que, si il est vrai que les affections contagieuses n'ont pas toutes la même puissance de *communicabilité*, il est consolant de dire que le miasme cholérique, en particulier, ne semble pas jouir d'une très grande vertu sous ce rapport, et qu'ainsi il ne serait pas doué, le plus ordinairement, d'une transmissibilité fortement prononcée.

Après avoir entendu l'exposition des faits et des conclusions contenus dans le mémoire de M. Charcellay, faits dont quelques-uns sont de la plus haute gravité à l'appui de la contagiosité possible du choléra, M. le rapporteur donne lecture de l'observation de priapisme rappelée plus haut. Voici cette observation :

« Je fus appelé, dit M. le docteur De Lonjon, dans la matinée du 12 août 1854, pour donner des soins à une personne qui, disait-on, perdait tout son sang. Je me hâtai de me rendre auprès d'elle, et j'eus bientôt devant les yeux ce pénible spectacle : Un jeune homme pâle et tremblant, assis demi-nu sur une chaise, sur laquelle il se tenait à peine, soutenait de ses mains ses bourses couvertes de sang et triplées de volume. La chemise du malade et le parquet étaient couverts de larges taches, et une cuvette placée auprès lui était à moitié pleine de sang. Une violente hémorrhagie avait, en effet, eu lieu, et la quantité de sang perdue pouvait être évaluée à un litre et demi au moins. Le scrotum, violacé et tendu, présentait, sur le côté droit du raphé, une plaie longitudinale, de 5 à 6 centimètres, récemment oblitérée par des bourdonnets de charpie imprégnés d'une solution concentrée de perchlorure de fer, dont le malade avait eu l'heureuse inspiration de se pourvoir, dans la prévision de quelque accident, et qu'un honorable confrère, arrivé avant moi, avait employée avec un succès immédiat et complet.

» . . . . . . Le premier danger conjuré, le malade fut mis au lit; et, après prescription faite par nous de limonade citrique, additionnée d'eau de Rabel, d'eau vineuse, de bouillon gras froid, et d'applications locales d'eau froide acidulée, il nous donna, mêlés de quelques réticences, les renseignemens suivans :

» Il a 32 ans, et nous ajoutons qu'il est grand, sec et nerveux. Au collége, il s'est livré à la funeste habitude de la masturbation, sans en avoir pourtant abusé autant que la plupart de ses camarades; dans le monde, il a peu fréquenté les femmes; il n'a jamais eu de maladie vénérienne, et il s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge de 24 ou 25 ans. C'est à cette époque de sa vie qu'il commença à éprouver, la nuit surtout, des érections involontaires, d'abord fréquentes, puis persistantes, douloureuses, et qui devinrent progressivement intolérables. Ces érections étaient le plus souvent suivies d'éjaculations; mais ces éjaculations, que n'avaient pas nécessairement provoquées des désirs vénériens, étaient elles-mêmes accompagnées de douleurs excessives dans les organes génitaux et surtout dans le testicule gauche. Le malade consulta. Il suivit, avec une persévérance très contestable, divers traitemens qui n'eurent aucun succès; et c'est alors qu'après avoir inutilement proposé à son médecin l'ablation du testicule présumé malade, ablation qui, dans sa pensée, pouvait seule mettre un terme à ses maux, devenus insupportables, il conçut et exécuta, à l'insu de sa famille, le projet de s'amputer lui-même. L'étude préalable qu'il avait faite dans nos ouvrages de médecine opératoire, du procédé le plus généralement employé dans l'opération de la castration, et de son traitement consécutif, dirigea sa main inexpérimentée, et guida ensuite son jugement dans le choix des moyens propres à amener la guérison de la plaie, qui fut, au bout de trois mois, complétement cicatrisée.

» Cependant, et après quelque temps de rémission, les érections et les souffrances qui semblaient en être inséparables, revinrent avec une intensité croissante. Le testicule restant, devenu excessivement douloureux, paraissait être, et avait été peut-être, dans la pensée du malade, le seul et véritable siége du mal. Que restait-il donc à faire? le malheureux part. Il arrive à Tours, où il passe quelques jours à mûrir sa nouvelle détermination; puis, après une nuit passée, comme tant d'autres, sans sommeil, mais calme, il se lève, prend une paire de ciseaux, pratique d'abord une incision longitudinale du scrotum, dissèque, couche par couche, les enveloppes du testicule, et arrive enfin à cet organe et au cordon des vaisseaux spermatiques qu'il met à nu et isole. La ligature est ensuite convenablement pratiquée; le succès de l'opération, presque terminée, semble assuré, lorsque tout à coup survient une violente hémorrhagie. Que s'était-il donc passé? hâtons-nous de le dire: l'opérateur gêné par l'étroitesse de la plaie, avait, en coupant le cordon testiculaire, coupé en même temps la ligature. Dans ce moment suprême, le malheureux conserva le sang froid qui l'a soutenu pendant le cours de l'opération : un doigt appliqué sur le trajet de l'artère blessée, il se lève, va jeter dans les lieux d'aisances les plus proches l'organe amputé, revient, appelle au secours et nous attend, en continuant, malgré la compression qu'il pratique, de perdre son sang, mais non sa présence d'esprit et son stoïque courage.

» . . . . . . Les jours suivans, une suppuration de bonne nature s'établit et le travail de cicatrisation prend une marche rapide.

» . . . . . . Le 3 septembre. — La poche constituée par les bourses est presque entièrement comblée, et l'orifice rétréci de la plaie ne donne plus issue qu'à une quantité peu considérable de pus. La tuméfaction produite par l'extrémité inférieure du cordon a diminué et ne gêne plus les mouvemens de la marche. Une érection voluptueuse, suivie d'une abondante éjaculation, a eu lieu dans le courant de la nuit.

» Le surlendemain, seconde éjaculation, accompagnée des mêmes caractères, et plus abondante que la première. Nous conseillons l'usage du vin de quinquina additionné de citrate de fer.

» Le 7, la plaie est presque entièrement cicatrisée. L'état général est presque aussi satisfaisant que possible, et le moral qui, dans le cours de cette cruelle épreuve, semble avoir toujours dominé les dangers et les souffrances, continue à être parfait. Le malade part.

» Cette observation, qui me semble intéressante sous plus d'un rapport, et qui touche de très près à des questions de pathologie mentale que je ne veux pas aborder aujourd'hui, est propre à mettre en évidence la puissante efficacité du nouvel agent hémostatique introduit dans la pratique chirurgicale par MM. Pravaz et Pétrequin. En effet, une hémorrhagie considérable, non pas seulement d'une plaie simple, mais encore d'une artère d'un assez fort calibre, a été immédiatement et complétement arrêtée par l'emploi du perchlorure de fer, alors même que la rétraction du cordon testiculaire, survenue après sa section, semblait pouvoir soustraire l'extrémité inférieure de l'artère à l'action du liquide hémostatique, et que l'absence de toute syncope laissait à la cause première de l'hémorrhagie toutes ses conditions de violence et de gravité. »

L'observation qui précède a paru si curieuse à la Société, qu'elle a exprimé le désir qu'elle fût publiée dans le compte-rendu de ses procès-verbaux, inséré dans l'UNION MÉDICALE. Dans les réflexions suggérées au rapporteur, à l'occasion de ce fait intéressant, il a été posé par lui la question de savoir comment on peut expliquer la persistance des érections, et surtout des *éjaculations abondantes* qui ont continué d'avoir lieu après cette double et affreuse castration.

M. le docteur Aug. MERCIER répond qu'il a plusieurs fois observé des érections de ce genre. Elles surviennent presque toujours au moment où le malade passe de la veille au sommeil, et elles le réveillent immédiatement. Il en résulte une insomnie et une fatigue telles qu'elles ne tardent pas à amener le trouble des facultés intellectuelles et un profond désespoir.

Constamment, ou à peu près, il a constaté en même temps une inflammation chronique de la partie profonde de l'urètre. Chose bizarre! cette inflammation détermine tantôt une sorte d'inertie et même d'impuissance des organes sexuels, et tantôt un état d'irritabilité pire encore. Malgré l'extrême attention qu'il y a mise, M. Mercier n'a pu encore saisir, d'une manière précise, la cause de cette différence qui tient sans doute et à la constitution des sujets et à quelque circonstance locale qui nous échappe.

Quant aux éjaculations, elles n'ont rien qui doivent nous étonner, si peu de temps après la castration. Il se peut, d'ailleurs, qu'elles se renouvellent pendant longtemps encore. La sécrétion des vesicules séminales en fournira les matériaux. Certains eunuques, opérés à l'âge adulte, ont des érections et même des éjaculations; mais celles-ci ne sont plus fécondantes. Les dames romaines, si l'on en croit Juvénal, savaient parfaitement à quoi s'en tenir à cet égard.

Il est cependant à croire, ajoute M. Mercier, que, chez le malheureux malade en question, l'excitabilité des organes génitaux s'amoindrira graduellement, et que son horrible courage ne sera pas en pure perte.

Après avoir entendu M. Mercier, la Société, sur les conclusions de son rapporteur, vote ensuite des remercîmens à la Société de médecine d'Indre-et-Loire pour l'envoi du recueil de ses remarquables travaux, et ordonne le dépôt honorable de ce même recueil dans ses archives.

Dans la séance du 13 août dernier, M. DELCROIX a fait un rapport sur les travaux intéressans de M. le docteur Amussat, fils, adressés à la Société à l'appui de sa candidature. Sur les conclusions du rapporteur, l'admission de M. le docteur Amussat fils, comme membre titulaire de la Société médico-pratique, a été proclamée, à la suite d'un scrutin secret, à l'unanimité des suffrages exprimés.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 130. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 1er Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An..........	32 Fr
6 Mois.........	17
3 Mois.........	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 31 OCTOBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Bouvier a seul occupé la tribune à l'Académie de médecine sur la question du séton. Que de talent, d'esprit, d'éloquence et d'érudition cette opération de petite chirurgie vient de produire! Et à propos d'érudition, exécutons-nous tout de suite sur une erreur que nous avons commise, et que M. Bouvier a hier signalée. Sur la foi de Guy de Chauliac, de Dujardin et Peyrilhe, de Sprengel, de Percy, — fiez-vous donc aux autorités! — nous avions dit que Galien appliquait un petit séton en fil de soie, pour guérir l'hydrocèle. Nous ignorions — que de gros livres, hélas! on ferait avec tout ce que nous ne savons pas! — que M. Malgaigne avait complétement réfuté cette erreur historique. Le texte de Galien, que nous avons sous les yeux, ne dit rien de semblable, en effet, et M. Malgaigne a jeté sur cette erreur des historiens les lumières de sa critique perspicace et savante.

Nous remercions M. Bouvier de nous avoir remis sur le droit chemin.

Mais nous le remercions plus encore du bon et substantiel discours qu'il a prononcé hier, discours, il faut le dire, qui pouvait se passer de tous les accessoires de rhétorique que l'orateur a prodigués, et qui, plus sûrement peut-être, eût atteint le but sans le secours des métaphores et des prosopopées.

Nous avions dit sans détour à M. Malgaigne que son dernier discours présentait un point faible, celui dans lequel il niait l'antiquité de la doctrine de la révulsion et de la dérivation. M. Bouvier lui a prouvé hier que cette sortie était plus vaillante que prudente, en l'accablant sous les textes d'Hippocrate, de Galien, de Celse, de Pline, de Cœlius Aurelianus, en suivant la doctrine dans ses périgrinations à travers les obscurités du moyen âge, à travers les faibles lueurs des Arabes et des arabistes, arrivant enfin aux XVIme et XVIIme siècles où elle donne naissance, par ces fleuves divers, à un immense océan de livres, de thèses, de mémoires, de disquisitions, d'apologies et de controverses, dont les savans bibliographes allemands ont oublié plus d'un titre.

Toute cette partie du discours de M. Bouvier est savante, érudite, péremptoire, nous le croyons; elle eût été plus péremptoire encore, peut-être, si, ne se bornant pas à la lettre, au texte des auteurs invoqués, l'orateur eût été moins avare de considérations générales et philosophiques sur le sens et la portée dogmatiques de la pensée cachée sous ces textes. Car, et M. Littré l'a fait observer avec sa haute intelligence critique, la traduction littérale des textes grecs pourrait donner des notions très erronées de la doctrine, si l'on ne sait que les mots ont changé de signification et représentent aujourd'hui des idées différentes de celles qu'ils exprimaient jadis. A ce point de vue, l'antiquité de la doctrine de la révulsion se trouvera moins dans les textes que dans la compréhension intelligente de la philosophie médicale grecque et latine. C'est surtout dans l'étude et la recherche de la physiologie de ces temps reculés, qu'on peut trouver les notions les plus pures et les plus saines de la doctrine médicale elle-même, et sans vouloir adresser une flatterie aussi bien indigne de nous que du savant professeur dont nous publions ici les leçons, il nous est permis de dire que M. Andral donne en ce moment un remarquable exemple, appliqué à Galien comme il l'avait fait pour Hippocrate, de la fécondité pour la critique du parallélisme des notions physiologiques et médicales de l'antiquité.

M. Bouvier a été moins heureux, ce nous semble, dans l'exhibition de ses preuves en faveur de l'antiquité du séton; mais il a repris ses avantages dans la dernière partie, où il a appelé à son aide la plupart des auteurs que M. Malgaigne avait rangés parmi les adversaires du séton. Toute cette exposition a été faite avec infiniment d'art et même avec esprit, ce qui ne gâte jamais rien.

M. Bouvier a terminé en faisant appel à son principal contradicteur pour que de ce débat, d'ailleurs intéressant, sorte une signification clinique et pratique. Nous formons ce même vœu, quoique une longue expérience nous ait appris que ce n'est guère des querelles académiques qu'on peut attendre ce résultat.

Amédée LATOUR.

CONSULTATION

POUR UN CAS DE NÉVRALGIE DE LA GRANDE LÈVRE DROITE.

Mme veuve G..., buraliste à St-Prié, âgée de 48 ans, toujours bien réglée, de bonne constitution, n'ayant pas de pertes blanches, mère de onze enfans, d'une moralité irréprochable, éprouve, depuis seize ans, une violente douleur à la grande lèvre droite. Cette douleur n'est pas continue, elle survient par intervalles irréguliers. La fonction menstruelle est sans influence sur elle, c'est-à-dire qu'elle n'augmente ni ne diminue d'intensité. A part cette douleur, toutes les autres fonctions s'exécutent bien, la digestion n'est pas troublée. Lorsque les crises surviennent, elles ne sont précédées par aucun sentiment de frisson, et lorsqu'elles cessent, il n'y a pas de sueur, ni aucune émission abondante d'urine. L'urine, examinée après les crises, ne présente aucun sédiment ni couleur foncée. Pendant la vie de son mari, les rapports conjugaux ne modifiaient en rien sa position.

Mme G... déclare que cette douleur s'est annoncée après sa cinquième couche. Trois semaines après sa délivrance, elle fut forcée, par une température très froide, de faire une longue course à cheval. Elle souffrit du froid, mais elle ne se contusionna point les parties génitales. Elle a eu depuis six enfans sans que les grossesses aient eu la moindre action sur son état. Elle n'offre aucun symptôme d'hystérie.

L'examen des parties génitales pendant les crises n'offre rien de bien remarquable. La couleur et la température sont normales, la grande lèvre droite paraît seulement un peu plus volumineuse que la gauche, mais sans augmentation de chaleur; le reste de l'appareil génital n'offre rien à noter. Pendant les crises, le pouls est agité mais sans être fébrile. La nature des douleurs est constituée par des élancemens.

Cette malade a consulté plusieurs médecins de Lyon. Les antiphlogistiques, les purgatifs, les bains, les eaux de Néris, ont été conseillés, les préparations d'aconit, les linimens calmans de tout genre ont échoué. J'ai employé sans succès les demi-lavemens additionnés de laudanum au moment des crises. La pommade de vératrine elle-même a été sans résultat. Le chloroforme a échoué. Que convient-il de faire? Cette affection me paraît être une névralgie de la branche interne du nerf inguinal supérieur et peut-être aussi de la branche interne du nerf honteux externe ou génito-crural. La cautérisation par le fer rouge ne ne serait-elle pas indiquée?

L'électricité pourrait bien être employée ici avec succès, mais il faudrait, pour cela avoir les instrumens nécessaires et l'habitude d'en faire usage.

Ce cas, par sa ténacité, m'oblige à réclamer les lumières des membres du conseil de rédaction de l'UNION MÉDICALE; j'ose espérer qu'elles ne me feront pas défaut.

Dr MARCUEL.

Ferrières, Octobre 1855.

Nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître, avec notre honorable confrère, l'existence, chez cette malade, d'une névralgie ayant pour siége une des branches du nerf honteux externe qui concourent à la sensibilité de l'appareil génital externe en général, et aux grandes lèvres en particulier.

La nature névralgique de la douleur si tenace et si rebelle que Mme G... éprouve à la grande lèvre droite est mise en évidence : 1° par l'absence de tout autre symptôme général ou local; 2° par le caractère paroxysmal et lancinant des atteintes douloureuses; 3° par le refroidissement intense qui en a marqué le début, et auquel la malade s'est exposée trois semaines après son cinquième accouchement.

En effet, le refroidissement subit est signalé par tous les praticiens comme une des causes les plus habituelles de névralgie. M. Valleix a signalé cette cause 17 fois sur 63. Si le refroidissement a provoqué la névralgie dans une des divisions du nerf honteux externe plutôt que dans tout autre nerf, n'est-il pas probable que la circonstance d'une parturition datant seulement de trois semaines et d'un état puerpéral non encore accompli, a exercé son influence et a, en quelque sorte, déterminé ce lieu d'élection en vertu des rapports qui existent entre le nerf honteux externe et les nerfs lombaires et sacrés?

Quoi qu'il en soit de cette dernière explication relative au lieu d'élection de la cause déterminante, l'élément névralgique de l'affection douloureuse de Mme G... n'en est pas moins rendu très probable par cette cause même à l'égard de laquelle, dans ce cas, à cause de l'instantanéité du mal qui l'a suivie, le doute est à peine permis. Cet élément est rendu moins douteux encore par la marche paroxysmale de l'affection, par les élancemens qui la constituent, par l'absence de toute douleur en dehors des accès, par l'absence de toute apparence fébrile, inflammatoire, congestive, par le normal et parfait accomplissement de toutes les fonctions, par l'état sain de toutes les parties voisines, et par la durée elle-même de l'affection qui est restée sans le moindre inconvénient pour la santé générale. Ainsi, d'une part, santé parfaite; de l'autre, douleur locale, intense, aiguë, ancienne, tenace, venant par accès et causée par un refroidissement subit; cela suffit, pensons-nous, pour nous autoriser à dire : cette affection douloureuse de la grande lèvre droite est une névralgie d'une branche du nerf honteux externe.

Mais il s'agit de faire mieux que d'établir un diagnostic. Il s'agit d'apporter quelque soulagement et même la guérison à la malade de notre confrère. Ceci, hélas! est moins aisé. Les névralgies anciennes sont difficiles à déraciner, elles sont d'autant plus tenaces qu'elles ont duré plus longtemps; et d'ailleurs, dans celle qui nous occupe, les moyens les plus variés, les plus énergiques, très différens, très opposés même, ont été essayés, employés avec plus ou moins de persévérance, et toujours sans succès, sans apporter ni guérison ni soulagement. Malgré les insuccès, malgré les difficultés, essayons encore, tentons de nouveaux moyens.

Aucun trouble fouctionnel ne fait soupçonner ici une névralgie sympathique ni une névralgie symptomatique. Il n'y a donc ni chlorose à combattre, ni embarras gastrique à faire cesser. Rien ne nous fait soupçonner une diathèse rhumatismale, [illegible] à [illegible] opposer à l'une de ces diathèses diverses. La névralgie est idiopathique; elle doit être combattue par des moyens qui agissent directement sur elle.

Parmi ces moyens, y en a-t-il qui n'aient point été administrés ou qui n'aient été mis que passagèrement en usage? Mentionnerons-nous les narcotiques, au moins comme moyen de traitement des accès? Ils ont été sans doute épuisés, à l'exception peut-être de la morphine par la méthode endermique, que nous conseillerions volontiers de mettre successivement en usage, même comme tentative de guérison radicale, sur les divers points de la région dans laquelle se distribue le nerf honteux externe. Mentionnerons-nous les antipériodiques, tels que le sulfate ou le valérianate de quinine, l'acide arsénieux, pour une affection paroxysmale, il est vrai, mais sans périodicité? Mentionnerons-nous les antispasmodiques, ces médicamens toujours fidèlement transmis de génération en génération, malgré l'efficacité si douteuse et l'action si peu démontrée de la plupart d'entre eux? Antipériodiques et antispasmodiques ont pu être les uns et les autres essayés pendant la longue durée de cette tenace affection. Nous ne nous sentons point le courage de les recommander ici.

N'oublions pas la cause première du mal. L'expérience a démontré à M. Valleix que la révulsion cutanée guérissait plus particulièrement les névralgies causées par un refroidissement subit. Nous avons eu souvent l'occasion de vérifier ce fait, même dans des névralgies anciennes. Dans le cas dont il s'agit ici, la révulsion nous paraît devoir être faite sur une surface aussi étendue que le comporte la partie malade ou recevant quelques divisions directes ou collatérales du nerf affecté, et à l'aide d'un grand nombre de pointes de feu, appliquées successivement au nombre de cinq ou six à la fois. Ces pointes doivent être d'un très petit diamètre. C'est le seul mode de révulsion, d'ailleurs, auquel se prête la partie affectée. Ni vésicatoires, ni moxas, ni cautères n'y seraient praticables. Les pointes de feu, à l'aide de l'extrémité d'une tige de fer, rougie à blanc, à cause de la rapidité avec laquelle on les applique, sont peu douloureuses par elles-mêmes, moins encore après l'opération. Nous n'hésiterions pas à en pratiquer quelques-unes sur la partie interne de la grande lèvre endolorie. Il faut s'encourager à agir avec quelque énergie par la pensée d'une durée de seize années de souffrances et d'une insuffisance de mille médicamens réputés actifs.

L'électro-galvanisme, avec ou sans acupuncture, pourra être tenté plus tard, si, après l'essai de la révulsion par les pointes de feu, le succès ne venait pas répondre aux efforts de notre honorable confrère. A cet effet, l'appareil de Clarke, qu'il pourrait se procurer pendant quelques semaines, serait

pour lui d'un emploi aisé et sans inconvénient.

Et pourquoi, à la suite de ces moyens externes, la térébenthine ne serait-elle pas administrée *intùs et extrà?* L'essence de térébenthine, à l'intérieur, à doses progressives et élevées, n'a pas encore été mise en usage pour Mme G... Ce médicament, dont nous avons obtenu d'excellens résultats, a été beaucoup vanté dans les névralgies diverses, et surtout dans la névralgie sciatique, si voisine de celle qui nous occupe par l'origine des nerfs affectés. Les fumigations de térébenthine, c'est-à-dire les vapeurs sèches de cette résine dirigées sur les parties douloureuses à l'aide d'une chaise percée, ou même généralisées à l'aide d'un appareil à vapeur ordinaire, amèneraient peut-être, étant renouvelées avec méthode et persévérance, une modification heureuse dans cette rebelle affection, qui n'a pas la ressource finale de la section du nerf malade. Les fumigations de benjoin, employées de la même manière, comptent des succès aussi. Il sera bon de ne pas les négliger. Nous le répétons, il importe dans le traitement des névralgies de ne pas en oublier le début, surtout quand ce début a été marqué par un refroidissement interne et subit.

Approuvé par le Comité de rédaction,

L. CERISE.

PHYSIOLOGIE DE L'ENFANCE.

DU POULS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ;

RAPPORT

sur un travail de M. SEUX, de Marseille,

Par M. Henri ROGER, médecin de l'hôpital des Enfans.

(Lu à la Société médicale des hôpitaux.)

Messieurs,

M. le docteur V. Seux, médecin en chef de l'hospice de la Charité de Marseille, désireux d'être associé aux travaux de la Société médicale des hôpitaux de Paris, a sollicité le titre de *membre correspondant*, et il vous a lu, à l'appui de sa candidature, une note *sur le pouls chez les nouveau-nés*; vous avez chargé une commission composée de MM. Guillot (Natalis), Trousseau et de votre secrétaire général, de vous faire un rapport sur cet intéressant travail de notre confrère de Marseille; je viens aujourd'hui m'acquitter de la tâche de rapporteur.

Pour juger des troubles de la circulation chez le nouveau-né; pour apprécier l'état fébrile, et par suite reconnaître les diverses conditions pathologiques dont il est le symptôme; pour constater avec précision un des élémens de la fièvre, l'accélération des battemens du cœur, accélération parfois si considérable (nous avons vu souvent, chez des enfans à la mamelle, le pouls monter à 160, à 180, et même, dans quelques cas, à 190 et 200), il est évident qu'un terme de comparaison, une moyenne physiologique est indispensable. Cette moyenne, plusieurs physiologistes ou médecins ont déjà cherché à l'établir. Floyer, comme on sait et comme le rappelle M. Seux, dans son ouvrage intitulé : *The physician's pulsewatch*, etc. (Londres, 1707), fixait à 134 le nombre des pulsations chez le nouveau-né; Haller a donné le chiffre de 140, et Sœmmering celui de 130. Billard dit avoir trouvé sur 40 enfans âgés de 1 à 10 jours, le pouls battant, 18 fois, moins de 80 pulsations; sur les 22 sujets restans, il oscillait entre 86 et 180; ce maximum ne s'étant montré qu'une fois, et le chiffre le plus ordinaire (10 fois) étant de 110 à 125. Le docteur Gorham donne pour minimum 96, et pour maximum 160. M. Valleix a trouvé pour minimum 76 et pour maximum 104 (ses observations portant sur 13 enfans seulement, il y a pour moyenne 87 pulsations, avec rectification 96 à 100). M. le professeur Trousseau a pour minimum 96 et pour maximum 164. M. Jacquemier a trouvé de 96 à 156 pulsations chez des enfans âgés de 24 heures; M. Lediberder 140 et 208 chez des enfans nés depuis quatre minutes.

A ces données numériques consignées par M. Seux dans son mémoire, ajoutons le chiffre cité par Muller (on ne sait, du reste, d'après quels auteurs) 130 à 140 pulsations après la naissance, et rapprochons-en la moyenne presque identique (135) des battemens cardiaques chez le fœtus, tirée par F. Nægele d'une série de 600 observations (Muller, *traduct. de Jourdan*, 1845, t. 1er, p. 134).

Qu'il nous soit permis d'y ajouter aussi les chiffres que nous avons obtenus nous-même, dans une étude simultanée des degrés de la température animale et du nombre des pulsations et des mouvemens respiratoires (*Recherches sur la température chez les enfans à l'état physiologique et pathologique*; *Archives générales de médecine*, 1844-45) : sur 7 enfans naissans, âgés de 1 à 30 minutes, nous avons trouvé 65 pour minimum et 132 pour maximum (4 fois sur 7 le nombre des pulsations dépassait 110); 33 enfans, âgés de 1 à 7 jours, et d'un état de santé parfait en apparence, nous ont fourni pour minimum 70 pulsations par minute, 140 pour maximum, et, en moyenne, 102 (cette même moyenne de 102 s'est retrouvée dans nos expériences sur 13 enfans âgés de moins de 6 ans).

Il n'a point été fait, du moins à notre connaissance, d'autres recherches sur le sujet traité par M. Seux : l'exploration des journaux de médecine français et anglais, dans ces quinze dernières années, ne nous a rien fourni à cet égard.

Étonné de la différence des résultats constatés par les divers observateurs qui ont étudié le pouls des nouveau-nés et de la disproportion des deux nombres 76 et 208 qui constituent les deux extrêmes, M. Seux a voulu s'éclairer (et il aura éclairé les autres) par des recherches personnelles. Pour apporter plus de précision, plus de sûreté dans cette étude, pour arriver à une moyenne normale qui fût l'expression exacte de la vérité et n'eût pas besoin de correction, il a recueilli un nombre assez grand d'observations sur 40 enfans de l'hospice de la Charité; puis il les a contrôlées par celles du docteur Magail fils, chirurgien-adjoint du même établissement, prises, dans des conditions semblables, sur 35 sujets. Dans ces observations qui ont été mises en tableaux, pour que les conclusions fussent plus saillantes et ressortissent naturellement de la comparaison même des faits, on a tenu compte de l'âge des nouveau-nés (les expériences ont porté sur des sujets âgés de quelques minutes à deux mois), du sexe, du mois de l'année et de l'heure du jour, de la constitution de l'enfant, de l'état de veille ou de sommeil, de repos ou d'agitation au moment de l'examen, etc.

Nous ne pouvons mieux faire, pour donner une juste idée du travail de M. Seux, et en même temps de la valeur de ce travail, que d'énoncer les résultats auxquels il est arrivé, et qui découlent de l'analyse sévère de ses observations; il formule ses conclusions de la manière suivante :

« L'existence de 164 pulsations, chez un nouveau-né au repos, n'indique pas à elle seule un état de maladie; en effet, son pouls peut varier, dans l'état de santé et de calme, de 80 à 164 pulsations par minute.

» Cependant, les nombres compris entre 120 et 140 sont ceux qu'on rencontre le plus souvent (dans près de la moitié des cas); puis viennent ceux compris entre 140 et 160, puis il faut placer les nombres compris entre 100 et 120, puis ceux qui sont au-dessus de 160, enfin viennent les nombres qui sont au-dessous de 100.

» Le pouls des nouveau-nés est habituellement régulier; quelquefois, cependant, il présente des irrégularités, c'est-à-dire que plusieurs pulsations se succèdent rapidement, puis plusieurs autres marchent avec lenteur, et ainsi de suite. Deux des enfans que j'ai cités se sont trouvés dans cette catégorie; dans ce cas, on compte moins de pulsations dans la minute; ainsi l'un n'en avait que 96 et l'autre 106.

» Le sexe, la constitution, le plus ou moins de salubrité du lieu d'habitation, l'époque de l'année, n'exercent aucune influence sur la fréquence du pouls.

» Le pouls est plus fréquent pendant les premières heures de la vie; puis, d'un jour à deux mois, on ne peut plus noter de différences qui puissent réellement être attribuées à l'âge.

» L'heure de la journée n'influe en rien sur le pouls, car les enfans examinés le même jour, le matin puis le soir, ont généralement présenté le même nombre de pulsations dans les deux épreuves.

» L'action de téter donne un peu plus de fréquence au pouls qui conserve ce caractère [illegible] un quart d'heure après que l'enfant a quitté le sein; passé ce temps, cette augmentation de fréquence disparaît.

» Le sommeil, la veille, le calme ou l'agitation de l'enfant exercent une influence marquée sur le nombre des pulsations; durant le sommeil, le pouls est moins fréquent; il s'accélère un peu quand le nouveau-né est éveillé mais calme, et encore plus lorsqu'il s'agite et crie (un nouveau-né endormi avait 104 pulsations; il en avait 120 éveillé, mais tranquille, et 134, éveillé, mais agité; on voit qu'il y a une différence de 14 à 16 pulsations entre chacun de ces états).

» Une impression brusque, un effort, augmentent immédiatement la fréquence du pouls, qui alors s'élève rapidement de 20 à 25 pulsations, et même plus (ainsi qu'on la vu pour un nouveau-né qui, se livrant à un effort pendant l'examen, a offert 174 pulsations, circonstance qui a empêché de le compter comme maximum du pouls normal).

Que si nous cherchons maintenant à apprécier les résultats obtenus par M. Seux pour la sphygmologie des nouveau-nés et à les comparer à ceux qui sont déjà consignés dans la science, nous verrons que ses conclusions sont pour la plupart conformes (et c'est une preuve de leur exactitude) à celles que d'autres expérimentateurs avaient déduites de leurs observations. Ainsi la veille, l'agitation, les cris, les efforts, l'action de téter, augmentent le nombre des pulsations de l'enfant à la mamelle : on a noté le fait, et les médecins qui se sont occupés spécialement de la pathologie infantile n'ont pas manqué d'insister sur cette notion importante, au point du diagnostic de la fièvre.

D'autres faits sont, au contraire, infirmés par les recherches de notre honoré confrère : telles sont les assertions de Knox et de Guy (Muller, *loc. cit.*, p. 135), relatives à une légère accélération du pouls du matin comparé à celui du soir; telles sont pareillement celles de Guy et de Valleix relatives à l'influence du sexe féminin sur cette même augmentation de fréquence des pulsations; Valleix avait trouvé cette influence, assez considérable chez l'adulte, déjà très marquée sur les jeunes enfans, les petites filles ayant le pouls notablement plus fréquent que celui des petits garçons (*Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. II, p. 379); M. Trousseau n'a trouvé de différence pour le sexe qu'au delà du deuxième mois; cette différence s'amoindrit encore dans une statistique dont nous prenons les élémens dans nos recherches sur la température animale (mémoire cité, p. 20) : sur les 33 enfans âgés de 1 à 7 jours, qui nous ont fourni, comme nous l'avons indiqué plus haut, la moyenne de 102 pulsations dans l'état de santé, le sexe a été noté 30 fois : or, pour les garçons, au nombre de 13, la moyenne des pulsations est de 99,61 centièmes, et, pour les 17 petites filles, de 100,20 centièmes; c'est-à-dire que le sexe féminin a eu en plus, terme moyen, les *deux tiers d'une pulsation!* Cet avantage, si exigu, en faveur des petites filles, n'équivaut-il pas à une négation, et les chiffres qui nous sont propres ne prouvent-ils pas, comme ceux de M. Trousseau et de M. Seux, que si le sexe féminin a une action sur la fréquence plus grande du pouls, cette action, d'ailleurs limitée, ne s'exerce point dans les premiers mois de la vie?

Mais ne nous arrêtons pas davantage sur ces curiosités de la statistique; on pourrait d'abord élever contre elles une objection radicale : c'est le petit nombre des observations que les influences précitées (se traduisant en différences si minimes) ont pour base et qui, forcément, les entache d'erreur; puis c'est le peu d'utilité de semblables recherches pour la pratique médicale; le point de sphygmologie qui importe ici, le point de séméiotique capital, c'est le fait reconnu par tous les pathologistes de l'enfance, et auquel les recherches multipliées et positives de M. Seux donnent une consécration nouvelle, c'est le fait de la fréquence physiologique du pouls chez les nouveau-nés; et en même temps l'étendue des oscillations que le pouls et conséquemment le cœur dans ses doubles battemens peuvent parcourir entre les chiffres minima et maxima, sans que soit dépassée la limite où finit la santé et où la maladie commence. Ces oscillations que permet l'état physiologique, se montrent de moins en moins amples à mesure que l'existence s'allonge : de 76 à 208 chez les nouveau-nés, elles diminuent assez graduellement dans la première enfance où le pouls se maintient le plus souvent entre 80 et 120; dans la seconde enfance, où les variations sont le plus ordinairement de 70 à 110; chez les adultes, où les pulsations restent d'habitude entre 60 et 80.

Des recherches de M. Seux sur le pouls des nouveau-nés, de celles des observateurs qui l'ont précédé dans la même carrière, ressortent plusieurs considérations pratiques signalées déjà sans doute, mais qu'on ne saurait trop rappeler au médecin qui se trouve en face de jeunes sujets malades.

Pour juger de l'état fébrile, chez un nouveau-né, il ne suffit point de tâter le pouls et de compter les pulsations avec la montre : l'appréciation de la chaleur soit avec la main appliquée sur le ventre ou la poitrine, soit avec le thermomètre (si l'on veut plus de rigueur), soit en consultant la mère ou la nourrice qui tient l'enfant et qui sent son petit corps plus brûlant et sa bouche plus chaude, en un mot, l'appréciation de la chaleur morbide, cet élément dominant de la fièvre, est de toute nécessité.

Malgré l'amplitude des oscillations du pouls dans les premiers mois de l'existence, et quoiqu'un chiffre très élevé 150, comme un chiffre inférieur 70, soit compatible avec une santé parfaite, il ne faut pas oublier que ce n'est pas là le chiffre moyen, ou (pour être plus rigoureusement dans le vrai) le *chiffre le plus ordinaire*, lequel est entre 100 et 120; on peut dire, d'une manière générale, qu'il y a pour le moins présomption de maladie dès que, pendant un examen au repos, le pouls monte et se maintient quelque temps à 140 ou 150; et il y aura certitude, si ce nombre est constaté chez un enfant dont la moyenne, connue antérieurement, était moindre, et surtout si, avec ce chiffre élevé, on note simultanément une augmentation de la température du corps. Et de même, un abaissement notable au-dessous de la moyenne précitée, un chiffre de 70 pulsations, par exemple, c'est-à-dire un pouls probablement ralenti, devrait faire craindre un état morbide, une affection cérébrale, une méningite de préférence.

Relativement au pronostic dans les maladies des enfans à la mamelle, le fait de la fréquence normale du pouls est également très important à connaître. Une ascension du pouls à 160, 170 et même à 180, est compatible, à cet âge, avec un état morbide d'intensité ou de gravité moyennes; et tandis que, chez l'adulte, la vie est compromise, le plus souvent, avec un chiffre de pulsations qui dépasse 150 pendant plusieurs jours, le pouls, chez le nouveau-né, peut s'élever et rester quelque temps aux très hauts chiffres indiqués tout à l'heure, et pourtant la guérison être encore possible.

Messieurs, par son titre de *médecin en chef* de l'hospice de la Charité de Marseille, où il avait été *adjoint* pendant six années, par la lecture, devant la Société, du *travail original* dont je viens de vous donner l'analyse, M. Seux a satisfait aux conditions exigées des candidats à la place de *membre correspondant*. L'esprit judicieux dont il a fait preuve dans ce mémoire, le talent d'écrivain et de praticien qu'il a montré dans un ouvrage qui vient de paraître, et qui comprend des recherches sur le muguet, sur l'entérite et l'ictère (des recherches ultérieures auront trait aux autres affections des nouveau-nés); et de plus, d'autres travaux publiés antérieurement, sont une garantie que la Société aura dans M. V. Seux un collaborateur utile; en conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Société, au nom de la commission qu'elle a nommée, l'admission, dans son sein, de ce très honorable confrère, à titre de *membre correspondant*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 Octobre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Recherches expérimentales sur la faculté que possèdent certains élémens du sang de régénérer les propriétés vitales.

M. BROWN-SÉQUARD lit, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Depuis cinq ans, j'ai fait un nombre très considérable d'expériences qui tendent à montrer que les tissus contractiles et nerveux, ayant perdu leurs propriétés vitales par suite de l'interruption de la circulation sanguine, peuvent recouvrer ces propriétés sous l'influence exercée par certains élémens du sang sur ces tissus. Les propositions suivantes résument les principaux résultats nouveaux ou anciens de mes recherches à ce sujet.

I. Des muscles de la vie animale ayant complétement perdu leurs propriétés vitales et étant atteints de rigidité cadavérique, ont pu, sous l'influence d'injections sanguines dans leurs vaisseaux, cesser d'être rigides et recouvrer leurs propriétés vitales, à savoir la contractilité et la faculté de produire ce que M. Matteucci a appelé l'*induction musculaire*.

II. Les fibres musculaires lisses de l'intestin, de la vessie, de l'utérus, des vaisseaux sanguins, des bulbes des poils et de l'iris, ont recouvré, sous l'influence du sang, leurs propriétés vitales perdues depuis un quart d'heure ou beaucoup plus. Chez l'homme, la contractilité des fibres-cellules des bulbes pileux est revenue plus de quinze heures après la mort.

III. De tous les tissus contractiles, celui du cœur, chez les mammifères, paraît être le moins capable de recouvrer sa contractilité perdue. Pourtant, si j'ai échoué très souvent en essayant de faire revenir la contractilité même aussitôt après sa disparition, j'ai vu quelquefois le ventricule gauche sans contractilité et même rigide depuis près d'une demi-heure, perdre sa rigidité et redevenir contractile sous l'influence d'injections de sang dans les artères cardiaques. L'existence assez fréquente de caillots sanguins dans ces artères rend compte, pour certains cas, de l'insuccès des injections.

IV. Les nerfs moteurs et sensitifs, ainsi que la moelle épinière, peuvent, sous l'influence du sang, recouvrer leurs propriétés vitales perdues.

V. Dans une seule expérience, on put voir se réaliser une grande partie des faits qui précèdent. On lie l'aorte ventrale, et, lorsque toute propriété vitale a disparu dans les membres postérieurs et que la rigidité cadavérique y est survenue, on lâche la ligature. Le train antérieur de l'animal étant encore très vivant, la circulation se rétablit dans le train postérieur, et, avec le sang, la vie revient dans les parties qui paraissaient mortes. On voit alors reparaître successivement les propriétés vitales des muscles et des nerfs, la sensibilité et les mouvemens volontaires. Cette expérience capitale, que j'avais communiquée à l'Académie le 9 juin 1851, a été répétée depuis, avec succès, par le professeur Stannius, de Rostock, et par d'autres physiologistes.

VI. Le sang défibriné paraît avoir autant d'influence sur la régénération des propriétés vitales que le sang contenant de la fibrine. Cette substance n'est donc pas essentielle à la nutrition des muscles et du tissu nerveux : bien plus, des expériences dans lesquelles je me suis mis à l'abri, autant que possible, des causes d'erreur, paraissent montrer qu'elle se produit dans les vaisseaux des muscles pendant l'échange nutritif entre le sang et le tissu musculaire.

VII. Plus le sang contient d'oxygène, plus son influence régénératrice des propriétés vitales est considérable et rapide. Aussi, voyons-nous que le sérum du sang est incapable de régénérer les propriétés vitales, tandis que plus le sang est riche en globules, c'est-à-dire en élémens capables d'absorber de l'oxygène, plus sa propriété régénératrice s'augmente si on le charge d'oxygène. Au contraire, le sang le plus riche en globules et en albumine est impuissant à régénérer les propriétés vitales, s'il ne contient qu'une très faible quantité d'oxygène. Nous n'entendons pas dire cependant que ni les globules, ni l'albumine, ni tout autre élément du sang ne jouent un rôle dans l'acte de nutrition par lequel s'opère la régénération des propriétés vitales : nous voulons dire seulement que l'oxygène est essentiel à cet acte.

VIII. En rapprochant les faits que j'ai étudiés de plusieurs résultats d'importantes expériences faites par M. Dumas (*Comptes rendus*, t. XXII, p. 900, 1846) on est autorisé à conclure que les globules du sang ont en partie pour rôle de porter l'oxygène aux tissus.

IX. Ainsi que Gustave Liebig l'a si bien démontré, la contractilité disparaît plus lentement, après la mort, dans des muscles placés dans de l'oxygène, que dans des muscles entourés de tout autre gaz ; mais l'oxygène, à l'état de gaz libre, en rapport avec la surface extérieure des muscles et injectés dans leurs artères, ne paraît pas capable de régénérer dans ces organes les propriétés vitales perdues.

X. Quand on injecte du sang très rouge dans les artères d'un membre dont les muscles ont été rigides trop longtemps pour que les propriétés vitales puissent y être régénérées, on voit le sang revenir par les veines presque aussi rouge qu'à son entrée dans les artères. Au contraire, si les propriétés vitales peuvent encore être régénérées, le sang sort plus ou moins noirâtre par les veines ; et lorsque les muscles sont redevenus contractiles, si on les galvanise, le sang sort très noir. L'absorption de l'oxygène par les tissus s'opère donc très bien pendant et après la régnération des propriétés vitales, et elle s'opère beaucoup moins s'il n'y a plus possibilité de retour de ces propriétés.

XI. La quantité de sang nécessaire pour faire revenir la contractilité dans les muscles devenus rigides varie extrêmement suivant un grand nombre de circonstances, telles que la durée de la rigidité, la quantité d'oxygène dans le sang employé, la température du sang et celle des muscles, etc. J'ai fait revenir la contractilité et je l'ai fait durer près de quatre heures et demie dans environ 500 grammes de muscles, à l'aide de 30 grammes seulement de sang défibriné ; mais, dans ce cas, il m'a fallu injecter au moins quarante fois tout ce sang, et il a fallu le soumettre au battage, pour le charger d'oxygène, après chacune des injections.

XII. Non seulement il est possible de faire cesser la rigidité cadavérique après sa première apparition et de faire revenir alors la contractilité, mais encore j'ai pu faire, jusqu'à quatre fois, disparaître la rigidité et revenir la contractilité, dans les mêmes muscles. Bien plus, j'ai pu maintenir la contractilité dans un membre de lapin jusqu'au delà de la quarante et unième heure après avoir séparé ce membre du tronc de l'animal.

XIII. La contractilité musculaire peut être régénérée dans des muscles devenus rigides et chez lesquels les nerfs moteurs, paralysés depuis longtemps, ne peuvent en rien participer au retour de la propriété vitale essentielle des muscles. J'insisterais davantage sur l'importance de ce fait, en ce qu'il démontre positivement que la contractilité musculaire est indépendante des nerfs moteurs, si, par un moyen aussi délicat qu'ingénieux d'analyse physiologique, M. Flourens n'avait déjà mis hors de doute cette indépendance.

XIV. Les nerfs moteurs séparés de la moelle épinière et la moelle épinière séparée de l'encéphale peuvent aussi recouvrer sous l'influence du sang leurs propriétés vitales perdues. Ceci paraît démontrer : 1° que la propriété des nerfs moteurs (la *motricité* de M. Flourens) est indépendante de la moelle et qu'elle peut être donnée à ces nerfs par le sang ; 2° que la faculté réflexe ou propriété vitale essentielle de la moelle épinière peut être donnée à cet organe par le sang.

XV. Mes expériences confirment la parfaite exactitude d'un fait observé par M. Dumas : c'est que le battage du sang ne paraît altérer aucunement les globules. En effet, d'une part le microscope ne montre aucune altération de ces élémens du sang, et d'une autre part, ils absorbent l'oxygène aussi bien après qu'avant le battage, et l'action du sang battu, soit sur un muscle, soit sur un animal entier, paraît être la même que celle du sang non battu.

XVI. La plupart des expériences qui m'ont servi à l'établissement des propositions qui précèdent ont été faites comparativement sur des animaux appartenant aux cinq classes de vertébrés, et j'ai obtenu sur ces différens animaux des résultats semblables.

Conclusion générale. — Les nerfs moteurs et sensitifs, la moelle épinière et tous les tissus contractiles peuvent, après avoir perdu leurs propriétés vitales, par suite d'une interruption de la circulation sanguine, les recouvrer toutes sous l'influence de sang chargé d'oxygène. — (Comm., MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Octobre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur CHALETTE, médecin des épidémies dans l'arrondissement de Châlons, sur une épidémie de suette miliaire, de scarlatine et de rougeole qui a régné à Étréchy. (Com. des épidémies.)

— Un mémoire de M. le docteur WYZEWSKI, de Saint-Amand-les-Eaux (Nord), sur le traitement du choléra.

— Une note de M. le docteur HAMON, sur le traitement abortif du choléra.

— Une note de M. le docteur AFFRE, sur la nature du choléra, qu'il attribue au dégagement de gaz délétères dans les voies digestives. (Commission du choléra de 1854.)

— Un mémoire sur l'hydrophobie, par M. CANONGE, médecin à Laneuville (Oise). (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Le tableau des vaccinations pratiquées dans les départemens du Lot, de la Drôme, des Landes, du Var, de l'Aveyron, pendant l'année 1854. (Comm. de vaccine.)

La correspondance particulière comprend :

Un supplément du mémoire sur *les instrumens propres à pratiquer la suture profonde*, par M. HEURTELOUP. (Commission déjà nommée, à laquelle est adjoint M. Larrey.)

— Une note sur *l'anomalie et l'organogénie de l'ovaire, de la trompe et du ligament rond*, par M. Albert PUECH, chef interne des hôpitaux civils de Toulon. (M. Desportes, rapporteur.)

— Un mémoire sur *la vaccination comme moyen préservatif et curatif du choléra*, par M. METSCH, de Smolensk. (Comm. du choléra.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire de M. Bouvier relatif au séton. — La parole est à M. Bouvier.

M. BOUVIER : Si la verve sarcastique, si l'esprit suffisaient pour décider du sort d'un remède, certes, après le discours de M. Malgaigne, le séton serait jugé et condamné. Heureusement pour lui, ce jugement n'est pas sans appel. On connaît le mot d'une femme de beaucoup d'esprit, de Mme de Sévigné : Racine passera comme le café. Racine et le café sont restés debout. Il en sera de même du séton.

L'anathème fulminé contre lui par M. Malgaigne n'est pas le premier ; il a eu bien d'autres antagonistes, et il leur a survécu. Encore à la fin du dernier siècle, après avoir eu contre lui Dionis, Garangeot, Blancard (vous voyez que j'ajoute à la liste de M. Malgaigne), il s'est vu décerner par Mauchart (que M. Malgaigne n'a pas nommé) les honneurs du triomphe; cet auteur l'appelle *sacra anchora, sacrum præsidium*, et en regarde l'efficacité comme incontestable, évidente, prouvée par l'expérience, par « mille témoins. »

D'ailleurs, il ne s'agit pas aujourd'hui de la glorification du séton, ni même de sa justification ; s'il élève encore une fois la voix, c'est uniquement dans l'intérêt de la vérité scientifique, historique et pratique, quelque peu obscurcie par ce qui a été dit mardi dernier.

Établissons d'abord un fait qui fera cesser la logomachie dont la signification du mot séton a été la source. Ce mot, comme l'ont déjà remarqué Glandorp, Mauchart et bien d'autres, a au moins deux acceptions. Dans la première, il est synonyme de mèche, *séta* veut dire, en effet, soie de porc ou crin de cheval, (car c'est avec ces substances qu'ont été faites les premières mèches de séton) ; ce séton-là, celui que l'on place dans le canal nasal, dans une plaie, entre les fragmens d'une fracture, nul doute qu'il ne soit d'origine moderne. C'est à tort que Sprengel prétend le retrouver dans Galien, et, sous ce rapport, je partage entièrement l'opinion de M. Malgaigne. Sprengel a été induit en erreur par Guy de Chauliac qui, traducteur infidèle du texte grec de Galien, à *cum siphone*, a ajouté arbitrairement *vel setone*.

Mais le mot séton a encore une autre signification, et ici je suis obligé de me séparer de M. Malgaigne quand il prétend qu'on n'en trouve pas trace dans la médecine antique ; dans cette deuxième acception, *séton* est synonyme d'ulcère sous-cutané à deux ouvertures. M. Malgaigne nie que ce soit là un séton, quoique cette plaie à deux orifices méritât ce nom ; il faudrait, suivant lui, qu'un corps étranger fût là pour en entretenir la suppuration. Et comme preuve, il cite les plaies qui traversent un membre de part en part ; sont-ce là des sétons, demande-t-il. Non, assurément. Mais la raison, on s'est bien gardé de la dire ; et cependant elle est facile à saisir : c'est que la plaie traversante est une maladie, et que le séton est un remède. Si demain quelqu'un s'avisait, pour traiter une ophthalmie rebelle, de traverser le tissu cellulaire de la nuque avec le fer ou le feu, il aurait, de l'avis de tout le monde, établi un séton, un séton *volant*, si vous voulez, s'il n'y place pas de mèche.

Ainsi le séton est bien et dûment indiqué dans les livres hippocratiques. C'est d'ailleurs une opinion que je partage avec douze ou quinze auteurs; je citerai seulement Fienus, M.-A. Severin, Freind, Leclerc, Peyrilhe, Louis.

Mais, dit M. Malgaigne, le prétendu séton d'Hippocrate n'était pas destiné à opérer une révulsion ! Fort bien. Ce qui est positif, c'est qu'il était appliqué dans un but thérapeutique et établi dans les parties saines, et cela me suffit.

Ici, au sujet de la révulsion, M. Malgaigne a émis une assertion qui a lieu de surprendre. Suivant lui, les anciens ignoraient l'idée de la révulsion ; il a jeté le gant à quiconque se chargerait de lui montrer dans les anciens une indication de cette idée, à part, disait-il, peut-être un aphorisme d'Hippocrate et une ligne de Galien ! Nier la part des anciens à nos connaissances actuelles sur la révulsion et la dérivation ! Il me semble qu'à ces mots, Hippocrate, Celse, Arétée se soulèvent de leur tombe pour protester contre les téméraires paroles de M. Malgaigne. Que n'ont-ils pour interprète le talent irrésistible, fécond, inépuisable, qui au palais, dans une circonstance qui l'honore, avait nom maître Malgaigne ! C'est alors que les morts illustres que je viens de nommer tiendraient devant vous un langage digne d'eux ; c'est alors que vous auriez sous les yeux le tableau animé de leur haute intelligence et de leurs longs labeurs ! Au lieu de cela, je ne puis vous offrir qu'un simple commentaire pour lequel j'ai besoin de votre indulgence.

Non seulement nos idées sur la révulsion et la dérivation se retrouvent dans la médecine grecque, mais il n'est pas jusqu'à notre nomenclature qui ne soit la reproduction de la leur. La révulsion, ils l'appelaient ἀντίσπάσις de ἀντίσπάω, mot dont la signification littérale : tirer en sens inverse, a été rendue en latin par *revulsio* de *revellere*; quant à la dérivation, ils la désignaient sous le nom de παραχέτευσις et μετόχετευσις, dont la traduction littérale est le mot latin *derivatio*. Ces mots se rencontrent-ils rarement dans les ouvrages grecs ? Loin de là, ils y fourmillent. Voici cinq à six pages de Galien où j'ai pris soin de les compter, — combien de fois croyez-vous que les termes en question y sont répétés ? Trente-trois fois !

Sont-ce là des mots vides de sens ? Sont-ce des assemblages de lettres dépourvus de signification précise ? Non, Messieurs, c'est toute une doctrine ! N'est-il pas admirable de voir les anciens, avec leurs notions si incomplètes d'anatomie et de physiologie, avec leur ignorance de la circulation, élever un monument qui dure depuis plus de deux mille ans ! De leur voir poser des principes qui se retrouvent jusque dans les livres et la pratique des médecins d'aujourd'hui, y compris même les livres et la pratique de M. Malgaigne. (Hilarité.)

Ce que les anciens entendaient par *révulsifs*, ce sont les médicamens qui déplacent ce qui forme la maladie, qui appellent ce principe vers un autre point. La définition que nous en donnons aujourd'hui est identique. Il est vrai que, pour expliquer cette action thérapeutique, Hippocrate et Galien font intervenir les sucs, χύμαι, la pituite φλέγμα. Aujourd'hui, nous l'attribuons au sang, à l'irritation..... Peut-être un jour on rira aussi de notre explication ! Quelque contestable que soit leur théorie, elle n'a pas empêché les anciens de découvrir des faits d'une immense portée et de les systématiser. D'ailleurs, les idées humorales ne sont pas les seules mises à contribution par l'explication du phénomène de la révulsion. (M. Bouvier cite ici un passage du livre des *Régions* d'Hippocrate, où, selon lui, la théorie moderne des sympathies morbides et de la localisation des maladies est très nettement indiquée.)

L'aphorisme d'Hippocrate : *De duobus doloribus*, etc..., ne s'applique pas seulement à la douleur, comme l'a insinué M. Malgaigne. Le terme employé par Hippocrate n'est pas ἄλγος, ni ὀδύνη, mais πόνος. Ce dernier mot ne signifie pas précisément *douleur*, il a été rendu plus exactement par quelques traducteurs qui disent : *De duobus* LABORIBUS. — Hippocrate, dans plus d'un aphorisme, signale la guérison spontanée de certaines maladies sous l'influence d'une dérivation naturelle : il dit que, dans les ophthalmies, la diarrhée est avantageuse ; que la diarrhée guérit quelquefois quand il survient des vomissemens ; que le retour des règles fait cesser les vomissemens de sang. Il parle de la crise qui s'opère par évacuation de la matière au dehors ou par ἀπόστασις, c'est-à-dire, par dépôt de cette matière dans un point autre que celui atteint primitivement; il admet des érysipèles, des affections articulaires, des gangrènes critiques. De là, à tenter d'imiter des crises naturelles, il n'y avait qu'un pas, et ce pas l'antiquité a su le franchir. Hippocrate et Galien distinguaient la révulsion de la dérivation ; la première s'opère dans le voisinage du mal, elle est utile surtout au moment où les humeurs font irruption ; la seconde convient plutôt dans les cas de maladie ancienne et se fait à l'*opposite* du mal, dans une région éloignée du point malade. Les indications de la révulsion et de la dérivation découlent du siége et de la nature du mal ; on les établit sur le sommet de la tête ou sur les côtés, en haut ou en bas. Galien donne à ce sujet de longs commentaires, des préceptes, il cite des exemples nombreux ; il ajoute à la révulsion par en haut et par en bas la révulsion latérale droite et gauche, antérieure et postérieure, extérieure et intérieure, distinctions qui sont reproduites par Oribase. Dans son *Methodus medendi*, Galien reproduit les mêmes idées. Voulez-vous connaître les passages où Hippocrate indique et *nomme* la révulsion et la dérivation ? Contre l'inflammation de la luette, il conseille deux ventouses à la nuque ; contre l'angine, les purgatifs ; pour attirer le mal par en bas, κατασπᾶν. Souvent il indique les révulsifs sans interpréter leur mode d'action ; ailleurs, il est très explicite à cet égard : lorsque les règles sont trop abondantes, il veut que l'on applique des ventouses sur les mamelles, dans le but, ajoute Galien, de produire « une révulsion de l'utérus vers le haut. » Il indique la cautérisation des veines de la tête contre la céphalée chronique, la cautérisation de la cuisse contre la coxalgie.

Et Galien, Messieurs, les idées de révulsion et de dérivation lui sont-elles moins familières ? Il veut qu'on fasse précéder les révulsifs d'autres moyens : les ventouses, dit-il, sont utiles dans les douleurs de tête, mais il faut auparavant désemplir l'ensemble du corps ; les scarifications conviennent quand il s'agit de combattre un reste de fluxion, mais seu-

lement après qu'on a satisfait à la même indication préalable. Il remarque, en outre, que l'action révulsive trop rapprochée du siége du mal peut aggraver les symptômes, et ce qu'il dit à ce sujet contient en germe les mêmes idées que M. Gerdy a développées ici.

Parmi les agens de la révulsion, les anciens rangent comme nous les évacuans, les excitans de la peau et des membranes muqueuses; la saignée y tient également une grande place. (M. Malgaigne n'a-t-il pas dit que les saignées révulsives et dérivatives dataient du XVIe siècle?) Il est inutile de dire quelle importance les anciens attachaient à l'emploi du feu; témoin cette question de prix proposée par l'Académie de chirurgie : « le cautère actuel n'a-t-il pas été *trop employé* par les anciens et trop négligé par les modernes. » Hippocrate et Celse cautérisaient les veines de la tête, dans les ophthalmies rebelles; à cela M. Malgaigne objecte, il est vrai, que, par la cautérisation, Celse se proposait, non de produire une révulsion, mais d'empêcher l'afflux de la pituite vers les yeux. J'en conviens. Mais ailleurs le même auteur admet très nettement l'effet révulsif de la cautérisation. Une seule citation suffira. En parlant de la coxalgie, Celse s'exprime ainsi : il est contre cette maladie une dernière ressource, très efficace aussi dans d'autres affections invétérées, c'est la cautérisation. Comme on établit souvent un ulcère pour appeler au dehors la matière nuisible, il ne faudra pas laisser cicatriser les plaies qui succèdent à cette cautérisation, mais, au contraire, s'efforcer de les entretenir jusqu'à ce que la maladie ait cessé. Ajoutez un pois d'iris, et dites ce qui manque à ces plaies pour être des cautères! Dans la péripneumonie, le même auteur conseille d'appliquer, sur la poitrine, un mélange de sel et de cérat, dans le but, dit-il, d'éroder la peau, et de produire vers l'extérieur un afflux de la matière dont le poumon est accablé. Dans l'angine, il veut que l'on place des ventouses sous le menton pour appeler l'humeur au dehors. Celse, en parlant des ventouses, semble plus partisan de la dérivation que de la révulsion. Il préconise les frictions faites sur des parties éloignées de celles atteintes par la maladie, pour détourner la matière morbide. Il va même jusqu'à conseiller un moyen que je suis loin d'approuver, mais qui mérite cependant d'être cité, parce qu'il est significatif : lorsqu'à la suite d'une fracture, il reste, dit Celse, un cal volumineux et proéminent, il est utile d'appliquer de la moutarde sur le membre *opposé*, afin d'obtenir l'érosion de la peau et un afflux d'humeurs! Celse parle également des saignées révulsives, mais en partie pour critiquer les assertions de ses prédécesseurs; sur ce point il a devancé les modernes. A la vérité, il n'emploie pas les termes *revellere, revulsio*; mais il les remplace par *evocare*. Les mots *revulsio, derivatio* ne lui paraissaient sans doute pas convenables, comme trop littéralement empruntés au grec; il rend dans la langue de Cicéron les idées d'Hippocrate et de Galien.

Le principe de la révulsion était si connu, si vulgaire même dans l'antiquité, que les auteurs étrangers à l'art de guérir le connaissaient parfaitement. Écoutez ce passage de Pline l'ancien, où, à propos de la moutarde, il dit qu'on s'en sert en médecine, quand il faut « attirer quelque vice de la profondeur vers la surface. » Je dois la connaissance de ce passage à mon excellent collègue, M. Gillette.

Vous citerai-je Cœlius Aurelianus, qui dit que, selon certains médecins, les flux d'humeur peuvent dissiper les scirrhosités du foie et de la rate; les maladies de la hanche et de la région du psoas, guérir par la cautérisation de la main du côté affecté entre le pouce et l'index? (Secte de Démétrius.) Citerai-je Paul d'Egine, qui, pour dissiper les engorgemens de la rate, traversait la peau de l'abdomen en plusieurs points avec un cautère trifide après l'avoir soulevée au moyen de petits crochets?

D'après cela, Messieurs, la révulsion vous paraît-elle encore d'origine toute moderne, comme à M. Malgaigne? Depuis Galien jusqu'à M. Littré et à M. Daremberg, il n'est pas un érudit qui ne reconnaisse l'ancienneté de cette médication.

Voici un petit livre que M. Malgaigne ne possède probablement pas : c'est celui de Fienus, auteur peu connu, mais qui, en revanche, a été souvent copié. Dans ce traité *de Cauteriis* se trouve un chapitre intitulé : *An fontanellæ antiquis notæ?* La question est résolue par l'affirmative dans moins de six pages avec une érudition immense. Marc-Aurèle Severin a reproduit cet article en ajoutant de nouvelles preuves à l'appui de la thèse de Fienus.

Et M. Malgaigne voudrait changer tout cela? Qu'il détruise donc nos bibliothèques! Mais non, que plutôt il mette mieux à profit, dans cette circonstance, sa vaste érudition, et en se faisant le brillant avocat d'un paradoxe, qu'auparavant il revoie au moins ses dossiers!

Il nous faut maintenant suivre M. Malgaigne dans les siècles plus rapprochés de nous. Notre collègue conteste que le livre *de Sectionibus*, etc., que j'ai attribué à Rhazès, soit de la plume de cet auteur. La première raison, serait que Rhazès y est cité à la troisième personne; — mais M. Malgaigne sait bien qu'il en arrive ainsi, et souvent, dans les livres dont l'authenticité n'est pas douteuse. La seconde preuve, c'est que ce traité ne figure pas dans la liste, faite par un Arabe, des œuvres de Rhazès; mais ce traité est bien court, et il n'y aurait rien de surprenant à ce qu'il eût échappé. Est-il ou non de Rhazès? M. Daremberg pourrait nous le dire.

M. Malgaigne concède bien que c'est Lanfranc et non Guy de Chauliac qui, le premier, a parlé du séton tel que nous l'employons. Mais, suivant lui, Guy de Chauliac serait le premier qui l'aurait appliqué à la nuque. C'est là une erreur manifeste. Voici le texte de Lanfranc : *Sola cutis tangatur* (*cum cauterio rotundo*) *superiori in fontanella colli sub occipitio et etiam* PONITUR IBI SETO, *et multum valet ad œgritudines oculorum et capitis nominatas.* C'est bien à la nuque, n'est-ce pas? (Rires.)

M. Malgaigne a mis une certaine malice à rappeler que, bien avant moi, on a apporté au séton ordinaire des modifications analogues à celles que je propose. En consultant les *Mémoires de la Société de chirurgie* de Paris, M. Malgaigne aurait pu trouver un travail, dont je suis l'auteur, et qui en dit plus que le discours de M. Malgaigne sur ces perfectionnements, datant de la Renaissance et du Moyen-Age.

Ambroise Paré, ce bon Ambroise Paré, dont M. Malgaigne nous a donné une si magnifique édition, est, lui aussi, pris à parti par mon implacable adversaire. Paré aurait dit que le séton réussit *toujours*, et c'est là un crime abominable. On pouvait retourner l'argument et faire un crime égal à M. Malgaigne, de prétendre que le séton ne réussit *jamais*. Mais il y a mieux. C'est que le *toujours* incriminé ne se trouve pas dans Ambroise Paré. L'*expérience quotidienne*, dit le grand chirurgien, apprend que sitôt que l'ulcère jette boue, etc. Cela veut dire que le fait est fréquent, mais nullement qu'on le donne comme constant, infaillible!

Quant à l'observation de l'orfèvre Paule, malgré la critique railleuse de M. Malgaigne, elle reste avec toute sa valeur.

Les faits cités par les deux Fabrice n'ont point trouvé grâce devant notre collègue, et cela parce que leurs auteurs ont émis des assertions erronées. Mais, à ce titre, il est bien peu d'observations qui mériteraient créance!

A propos des Fabrice, de Gleize et de moi, M. Malgaigne a usé d'un argument plus ingénieux que juste. Il nous a opposé les uns aux autres. Puisque vous préférez l'un le séton par le feu au séton par l'aiguille; l'autre, le séton par l'aiguille à celui par le feu; l'autre, le petit séton au gros, etc., c'est que sous aucune de ces formes, le moyen n'est utile! Conclusion étrange, en vérité. Mais aucun des auteurs mis en présence par M. Malgaigne, pour préférer tel ou tel mode d'application, n'a nié l'efficacité du séton en général; et moi moins que tout autre! C'est ainsi que tombe de lui-même le reproche d'ingratitude envers le gros séton qui m'a été si spirituellement adressé par M. Malgaigne.

Par un autre artifice du même genre, mon honorable collègue a essayé de mettre aux prises les partisans du séton et ceux des cautères. Il a représenté Dionis comme un détracteur du séton; mais Dionis est de notre bord, puisqu'il veut du cautère, et que, ainsi que je l'ai dit à M. Larrey, ces deux moyens sont équivalens.

Tous les exutoires sont susceptibles, suivant la manière dont on les applique, de produire le même degré d'irritation; or, c'est le degré d'irritation qui fait toute la mesure de leur action. Le choix entre eux n'est presque qu'une affaire d'agrément; pour ma part, je trouve plus d'agrément au séton. (Hilarité.) Quant au fond, le cautère et le séton me paraissent également utiles dans les maladies de la tête et dans les ophthalmies, mais je les regarde comme convenant généralement beaucoup moins dans les affections des os et des articulations. Sous ce dernier rapport, je partage à peu près les convictions de M. Malgaigne.

Après les attaques dirigées par M. Malgaigne contre tant d'auteurs illustres, j'aurais mauvaise grâce à me plaindre de la critique à laquelle il a soumis mes observations. Je tiens cependant à déclarer que si je ne les ai pas lues ici, c'était pour ne pas abuser des instans de l'Académie. Je les dépose aujourd'hui sur le bureau; trois semaines se sont écoulées depuis ma première communication, et l'on pourra juger des effets obtenus à l'aide du séton sur mes malades.

Voici, en résumé, quel est l'état de ces enfans :

Sur sept cas, il y a quatre guérisons complètes, proportion que je serais heureux de voir se continuer.—C'est d'abord la nommée *Cornu*, traitée par la chaîne métallique, parfaitement guérie et sortie de l'hôpital (et, soit dit en passant, la chaîne diffère un peu de l'anneau de Gatinaria, rappelé par M. Malgaigne, et dont l'application est très douloureuse). Inutile de dire qu'aucun autre moyen n'a été employé concurremment; il y a vingt-cinq ans que nous observons.

C'est en second lieu la nommée *Championnois*, dont l'ophthalmie durait depuis quatre mois; guérison complète.

Troisièmement, *Laribe*, chez lequel s'est passé le phénomène raconté par Ambroise Paré, *si tôt que l'ulcère jette boue, la vue se clarifie.* Cet enfant était presque aveugle, par suite d'une opacité des deux cornées; aujourd'hui elles n'offrent qu'une teinte opaline, et la vue est excellente.

Quatrièmement, *Canpin*, affecté de conjonctivite, de kératite et de staphylôme de l'une des cornées. Aujourd'hui, plus d'inflammation; à la place du staphylôme, une légère tache sans saillie.

Les trois autres enfans ne sont pas guéris. L'un d'eux est dans le même état qu'au commencement du traitement; l'autre, déjà atteint antérieurement de quatre ophthalmies purulentes, en a contracté une nouvelle depuis l'application du séton; aussitôt des cautérisations ont été pratiquées avec le nitrate d'argent, et aujourd'hui l'inflammation est revenue à l'état chronique. Quant au troisième, j'ai cru un moment à une aggravation du mal sous l'influence du séton, mais cette aggravation n'était qu'apparente : la mèche avait été portée à cinq cordonnets; le pansement provoquait de vives douleurs, de l'agitation et des pleurs, qui me semblent la véritable cause de l'exacerbation observée. Aujourd'hui les pansemens, plus méthodiques, sont très peu douloureux et les accidens aigus ont cessé; toutefois, l'enfant n'est pas guéri.

Et maintenant que j'ai mis sous les yeux de M. Malgaigne les preuves de ce que j'ai avancé touchant l'utilité du séton, ne serais-je pas en droit de lui retourner la question qu'il m'a faite? Ne pourrais-je pas lui dire : vous niez l'efficacité du séton, quelles sont vos preuves? où sont vos observations? Qui me dit que le séton ne vous a pas réussi quelquefois, que vous n'avez pas fait de la prose sans le savoir? Vous avez observé des *passans*, des individus qui vont d'un hôpital à l'autre, dont la maladie forcément appartenait à la catégorie des cas rebelles, et ceux que l'on a guéris ne sont pas allés vous trouver.

En terminant, qu'il me soit permis d'exprimer le regret de m'être trouvé en désaccord avec un collègue aussi éminent et qui m'est aussi cher que M. Malgaigne, et le désir de le voir s'unir à moi pour chercher la solution à ces questions si importantes pour la pratique : dans quels cas le séton et les exutoires en général sont-ils utiles? dans quels autres nuisibles? dans quels autres, enfin, inefficaces?

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Paris, 27 Octobre 1855.

Mon cher et très honoré confrère,

J'ai lu avec une attention bien naturelle et bien méritée le travail que M. le docteur Poulet, de Plancher-les-Mines, vient de publier *sur la médication stibiée dans la fièvre typhoïde*. (UNION MÉDICALE des 23 et 27 octobre 1855). Il n'entre pas dans mon dessein de me livrer dès à présent à un examen critique des conclusions, très contestables selon moi, qui le terminent. La question qui nous divise est trop grave, elle intéresse à un trop haut degré la vie d'une infinité d'individus, pour être traitée si rapidement; j'aime mieux en attendre la solution du temps et d'une expérience plus mûrie, plus générale. Je ne veux, pour le moment, que rectifier une erreur matérielle, dont vous êtes probablement la cause première et qui constitue un des principaux fondemens de l'argumentation de mon spirituel contradicteur.

Dans le numéro de l'UNION MÉDICALE du 28 août dernier, après avoir exposé le traitement dont je proclame l'efficacité contre la fièvre typhoïde, vous ajoutez cette courte et unique réflexion : « Les preuves cliniques sont au nombre de quatre, chiffre bien faible pour que les espérances de l'auteur soient généralement partagées. »

Il est vrai que mon mémoire, publié par la *Revue médicale* (cahier du 15 août 1855), ne contient *in extenso* que quatre observations cliniques; mais j'ai bien soin d'avertir que ma conviction ne s'est pas formée sur ce petit nombre de cas heureux et que je possède les détails d'une vingtaine de cas semblables.

Cet avertissement, je l'ai jugé si nécessaire, qu'après l'avoir donné d'une manière très explicite, une première fois, je le répète un peu plus loin en ces termes : « J'aurais pu rapporter un plus grand nombre d'histoires cliniques, puisque je possède les détails d'une *vingtaine* qui toutes se terminent par la guérison; mais c'eût été allonger inutilement ce mémoire. Celles que j'ai racontées suffisent pour faire connaître ma méthode de traitement, et pour engager les praticiens à la mettre à l'épreuve. Ce ne sera que lorsque d'autres en auront constaté, comme moi, l'efficacité qu'elle pourra prendre rang dans la science. »

Vous voyez que je n'ai pas une confiance *illimitée*, ainsi que le prétend l'honorable M. Poulet, *dans les résultats merveilleux que j'ai obtenus de la médication stibiée interne*; et je ne présume pas avoir mis, comme il l'insinue, une précipitation excessive et dangereuse à publier *quatre cas naturellement heureux, sur lesquels j'ai pu avoir la chance de tomber.* Enfin, je rends hommage à ses louables intentions, et je me félicite d'être en communauté de but avec lui, en faisant appel à de nouvelles et plus complètes expérimentations.

Veuillez, mon très cher confrère, excuser la longueur de cette missive, en considération de l'importance du sujet, et agréer l'assurance de mes sentimens bien dévoués.

Dr V. RENOUARD.

PRESSE MÉDICALE.

FRACTURE DU FÉMUR; CAL VICIEUX; RUPTURE DU CAL; GUÉRISON. — Un charpentier de 30 ans tomba d'une hauteur de vingt pieds sur le sol très dur; il en résulta une fracture du fémur gauche, un peu au-dessous du milieu, avec issue d'un fragment de l'os long de 2 3/4 pouces, large de 3/4 de pouce et comprenant la moitié de l'épaisseur du fémur; il en était complètement séparé, sans esquilles, et la force fracturante avait été assez considérable pour faire percer à ce fragment toute l'épaisseur des parties molles, de sorte qu'en déshabillant le malade on l'avait trouvé dans le pantalon. Un chirurgien appliqua des appareils et la guérison de la plaie ainsi que la consolidation de la fracture marchèrent sans accident. Après cinq semaines et demie aucun appareil contentif ne fut plus appliqué et, d'après le dire du malade, il n'y avait alors pas de raccourcissement. Dix semaines après la lésion, le patient s'est levé pour la première fois. Ne pouvant marcher qu'avec peine et avec des béquilles, il se fit recevoir à la clinique du professeur Langenbeck, à Berlin; on y constata un raccourcissement de 2 pouces, provenant d'un léger chevauchement des extrémités de la fracture et surtout d'une inflexion en angle obtus à sommet externe; cal volumineux, solide, indolore. Seize semaines après la fracture le professeur opéra la rupture du cal, en l'appuyant sur un rouleau dur, faisant fixer la partie supérieure du fémur, et pesant sur l'inférieure avec secousses; après quelques efforts infructueux le cal se rompit avec bruit au lieu même de la fracture. L'extrémité fut mise dans un appareil spécial et la consolidation survint sans accident. Le raccourcissement n'était plus que de un quart de pouce; l'angle avait été redressé tout à fait, mais le léger chevauchement n'avait pu être évité. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 28.)

COURRIER.

Nous avons lu, non sans surprise, dans plusieurs journaux des départemens, sans doute mal informés, que le gouvernement avait mis à l'étude, la question du rétablissement du droit de sépulture dans les églises. Ce projet soulèverait une grave question d'hygiène publique, que nous croyons jugée depuis longtemps. A ce seul point de vue, elle intéresse vivement la science médicale, et si le projet dont parlent les journaux était réel, le gouvernement n'aurait pas manqué de la consulter.

— Le docteur Kane, intrépide navigateur de l'Arctique, que l'on croyait perdu dans ses explorations à la recherche de sir John Franklin, a été forcé d'abandonner son brick l'*Advance*, au milieu des glaces, dans la mer Arctique, le 24 mai 1855; il a fait, avec ses dix-sept hommes d'équipage, 300 milles sur la glace pour rejoindre la mer, et, dans des embarcations, il est arrivé, après avoir parcouru 1,380 milles, à Upernavik, dans le Groënland.

Un navire de commerce danois les a ramenés aux États-Unis. Le docteur Kane était chirurgien à bord de l'*Advance*. Il donne des détails curieux sur les Esquimaux, qui, bien qu'éloignés de 70 milles, visitaient fréquemment le navire arrêté par les glaces. Ils venaient dans des traîneaux attelés de chiens, qui courent de 7 à 8 nœuds par heure. Souvent des femmes d'Esquimaux montaient à bord. Il arrivait quelquefois que l'on logeait et nourrissait ces visiteurs, hommes et femmes; ils se conduisaient bien, mais ils sont voleurs par nature et ils enlèvent tout ce qui leur tombe sous la main, sans s'occuper de savoir si les objets pourront leur servir et pour le seul plaisir de voler.

Les seuls objets dont ils paraissaient comprendre l'utilité étaient les couteaux, la corde et les outils de fer. Quant aux articles qui figurent dans les besoins et les usages de la vie civilisée, ils n'en ont pas la moindre idée. Hommes et femmes sont vigoureusement constitués, de petite stature et très gras; ils n'ont pas de bateaux; les seuls moyens de transport, c'est le traîneau avec des chiens.

HOPITAL COCHIN. — M. Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital Cochin, le lundi 5 novembre, à huit heures du matin, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Pour toutes les nouvelles, Amédée LATOUR.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 131. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 3 Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An..............	32 Fr.
6 Mois.	17
3 Mois.	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LE CHOLÉRA EN AUTRICHE.

CLIMATOLOGIE ; — MODE DE PROPAGATION DE L'ÉPIDÉMIE ; — THÉRAPEUTIQUE.

Froshdorf, Octobre 1855.

I.

Si on n'est pas fixé sur le véritable traitement du choléra, on ne l'est pas davantage sur le mode de propagation de cette cruelle épidémie. Pour parvenir à résoudre la première question, il faut multiplier les expériences, et il est probable qu'à un moment donné la lumière se fera tout à coup, comme dans les grandes découvertes. Quant à la seconde, il faut que la science possède de nombreuses histoires, exactes surtout, d'épidemies cholériques, pour faire sortir de leurs rapports une loi qui soit celle du mode de propagation.

Habitant l'Allemagne, la connaissant un peu, me trouvant dans le pays où l'épidémie a particulièrement sévi cette année, je crois pouvoir donner quelques renseignemens utiles. Je dirai plus, je crois avoir saisi quelques rapports qui, à mon avis, ont une signification importante touchant la marche du fléau, bien qu'elle n'ait, jusqu'ici, frappé personne. Je commencerai par traiter cette question, pour laquelle je me suis décidé à prendre la plume, en lui donnant pour appendice quelques détails sur le traitement du choléra dans l'empire autrichien.

Dans l'épidémie de cette année, le choléra a commencé par Prague, comme pour celle de l'année dernière elle avait commencé par Munich. En 1854 comme en 1855, elle a sévi dans ces deux centres avant de s'établir à Vienne ou dans des villesde deuxième ordre voisines de cette capitale ou riveraines du Danube (1). Pour les besoins de la démonstration, qui est basée sur la connaissance des lieux et sur leur climatologie, il importe d'entrer dans quelques détails topographiques.

La Bavière est située à l'ouest de l'Autriche, la Bohême au nord-ouest, la Moravie avec la Silésie autrichienne au nord. Le Danube, qui passe sous les murs de Vienne, côtoie une partie de la Bavière et suit dans son cours une direction de l'ouest à l'est, qui ne change pas à travers la Hongrie et jusqu'à son embouchure dans la mer Noire. Une partie de ces régions du centre de l'Allemagne, c'est-à-dire la Bavière et surtout la Bohême, est coupée de chaînes de montagnes, dont quelques-unes se distinguent par leur élévation. En Moravie, l'aspect du pays n'est plus le même. Les chaînes s'affaissent et disparaissent, et une plaine immense se déroule jusqu'au Danube, qui roule désormais ses eaux en pays plat. C'est dans cette région que le fleuve se subdivise en plusieurs bras, dont l'un passe entre la ville impériale et ses plus beaux faubourgs, tandis que les autres coupent plus loin la campagne.

Relativement au niveau de cette plaine, la Bohême doit être considérée comme un pays d'un niveau élevé. La hauteur du Danube, sous les murs de Vienne, ne mesure, en effet, que 160 mètres au dessus de la mer (1). Je n'ai pas besoin de dire que la région qui correspond au passage du fleuve est la plus basse de la vaste surface occupée par la ville.

Vienne présente une configuration assez remarquable. Elle est bâtie sur un plan inégal et incliné dans la direction de l'Ouest, du Nord et du Nord-Est, la région du Sud restant la partie la plus haute. La ville proprement dite a peu d'étendue; c'est une place forte qui s'est agrandie par ses faubourgs. Ceux-ci sont au nombre de 34, et ont un grand avantage sur elle pour l'espace qu'ils occupent comme pour le chiffre de la population qui les habite (2). Ils forment autour de la cité une enceinte circulaire, mais séparée par un espace assez grand, pour que la ville intérieure et l'extérieure paraissent être deux villes distinctes. La ligne de démarcation est formée, en effet, par une zone de terrain, coupée de routes, traversée par quelques allées d'arbres et vide d'édifices, qui mesure sur presque tous les points de 3 à 400 toises de largeur. Elle s'amoindrit dans la région couverte par un bras du Danube; là, faubourgs et cité ne sont séparés que par la longueur des ponts. C'est la partie la plus basse du sol, comme on le sait déjà; et cette région, qu'on pourrait appeler danubienne, est occupée par les faubourgs de Léopoldstadt, de Jagerzeil et la promenade du Prater, quartiers insulaires, car les bras du fleuve les cernent ou les coupent de toutes parts.

Nous voici maintenant au cœur de la question. La topographie connue, nous pourrons comprendre le jeu des influences. C'est là qu'est le mystère du mode de propagation, vérité que je parviendrai à établir sans doute; car je ne crois pas m'abuser en croyant que les preuves ne me manquent pas.

L'Europe, ou du moins une grande partie de son étendue, est exposée aux vents d'Ouest et à ses collatéraux; il faut toujours compter avec eux si on veut analyser, avec quelque justesse, les conditions de la climatologie. Ainsi, l'Angleterre et la côte septentrionale du continent européen appartiennent à ce système anémographique. Il en est de même pour la France, dans ses régions atlantique, pyrénéenne et méditerranéenne; qui ne connaît, d'ailleurs, le mistral marseillais qui est un vent de Nord-Ouest! L'Italie et tout le littoral méridional et septentrional de la Méditerranée sont sous la même loi. L'Allemagne ne fait pas exception à cette règle à peu près générale. Voici, d'ailleurs, des chiffres précis pour cette grande région. Les rapports de fréquence des vents d'Ouest entre les Pays-Bas et la France d'une part, et le continent allemand de l'autre, sont comme les nombres 155 et 198. Pour le Nord-Ouest et entre les mêmes pays, ils sont comme 110 et 131 (1). On voit de quel côté se trouve la prédominance. Mais, en ce qui regarde l'Autriche, et ceci est important pour notre thèse, il y a prédominance absolue des vents d'Ouest et de Nord-Ouest sur les vents qui soufflent des autres parties de l'horizon (2).

La plaine de Moravie, qui s'étend jusqu'aux murs de Vienne, est connue pour être très venteuse. Je l'ai traversée plusieurs fois, depuis que je fais de longs séjours en Allemagne, et j'ai pu confirmer cette vieille observation. C'est en quelque sorte le rendez-vous de tous les vents qui émergent depuis l'Ouest jusqu'au Nord-Est; c'est aussi le grand chemin des épidémies.

Dans l'épidémie de 1854, le choléra éclata d'abord à l'ouest de Vienne, dans la ville de Munich en Bavière; il y sévit avec une grande violence. A son déclin dans cette capitale, il éclata

(1) On ne tira pas sans intérêt, je l'espère, la statistique suivante du choléra dans Vienne, depuis la première invasion jusqu'à celle de cette année :

Années.	*Malades.*	*Guéris.*	*Morts.*
1831..............	4,362	2,174	2,188
1832..............	3,440	1,470	1,970
1836..............	7,833	5,517	2,316
1849..............	2,701	1,584	1,117
1850..............	2,192	1,218	974
1854..............	5,255	3,525	1,713
1855..............	5,487	2,430	2,450

Le désaccord qu'il y a entre les chiffres des deux dernières années, provient de ce qu'on n'a pas mis en ligne de compte les cholériques morts de typhus ou guéris après un typhus précédé par le choléra.

(1) Maltebrun. *Précis de géographie universelle.*

(2) La population de la ville n'atteint pas 100,000 âmes; celle des faubourgs atteint ou même dépasse le triple de ce chiffre.

(1) Kaemtz. *Cours de météorologie* : tableau de la fréquence relative des vents.

(2) Maltebrun. Ouv. cit.

Feuilleton.

QUELQUES LETTRES INÉDITES DE BROUSSAIS.

Un de nos honorables confrères des départemens, M. le docteur Ch. Rouhier, de Grancey-le-Château (Côte-d'Or), a eu la bonté de m'envoyer copie de quelques lettres inédites de Broussais qui offrent un assez vif intérêt biographique et historique. J'aurais désiré pouvoir les publier *in extenso*. Cependant, il est quelques passages de ces lettres que je ne reproduirai pas. Malgré les nombreux antécédens que je pourrais invoquer dans la littérature moderne et la publication souvent fort indiscrète de lettres de personnages célèbres, je ne peux m'habituer à ne pas considérer une lettre comme une confidence intime et comme un dépôt sacré dont nul n'a le droit de disposer. Je ne publierai donc de ces lettres que les extraits que la famille de ce médecin illustre m'eût autorisé sans doute à reproduire, s'il m'eût été permis de la consulter. Mais les deux fils de Broussais sont morts, et l'un d'eux, notre regrettable confrère Casimir, a laissé deux enfans d'un âge trop tendre pour que leur avis ait pu être demandé.

De ces lettres, la première est datée de floréal an XIII (mai 1805), et la dernière de mai 1811. Elles sont adressées à M. Gérardot, chirurgien de la marine à Brest et bibliothécaire de l'École, qui paraît avoir été uni à Broussais, à cette époque de sa vie, par une étroite amitié. Je n'ai pu recueillir aucun renseignement sur ce M. Gérardot, si ce n'est, et cela résulte de ces lettres mêmes, qu'il fut le compagnon d'étude de Broussais à l'École de Brest.

On sait, en effet, qu'après avoir servi l'État comme simple grenadier, puis comme sous-officier, Broussais fut employé comme chirurgien sous-aide, dans la marine militaire. Il rentra dans la vie civile en 1798, et, pendant quatre ans, étudia avec ardeur la médecine à Paris, où il fut reçu docteur en 1803. Pendant deux ans, il chercha à exercer la médecine dans la capitale; mais la clientèle ne venant pas assez vite à son gré, il reprit du service dans la médecine militaire, et fut successivement occupé dans les hôpitaux de la Belgique, de la Hollande, de l'Autriche et de l'Italie.

La première lettre que nous avons sous les yeux date de cette période de l'existence de Broussais. Broussais, né en 1772, est alors âgé de 33 ans. Il a déjà, comme on vient de le voir, mené une vie assez aventureuse. La fortune est loin de lui avoir souri; aussi écrit-il de Nimègue, le 14 floréal an XIII, à son ami Gérardot, qui lui adressait probablement quelque réclamation d'argent :

« Mon pauvre Gérard, j'ai pleuré en lisant votre lettre. Mon Dieu! si je suis malheureux, c'est de ne pouvoir vous procurer sur-le-champ l'accomplissement de vos désirs. Si j'avais le bonheur d'obtenir une place fixe, je prendrais l'engagement de vous fournir tant par mois, et vous viendriez à Paris; mais que vous promettre! Nous ne sommes pas payés plus régulièrement que vous. Nous voilà de trois mois en arrière. En vendémiaire il sera décidé si les troupes stationnaires de la Hollande subsisteront. Si cela avait lieu, et que j'y fusse attaché, je pourrais prendre des engagemens avec vous, car la Batavie paie régulièrement; mais je suis de l'armée expéditionnaire; il y a au Texel une flotte toute prête à appareiller qui pourrait bien nous absorber tous au premier moment; c'est à quoi chacun de nous s'attend.

» Pour Paris, ma famille y est, mais je ne puis y exister qu'avec une place, et je n'ai aucun titre qui m'y fasse prétendre. Oh! si cela était, vous viendriez avec nous, j'irais plutôt vous chercher! Vains projets! je suis malheureux, ma destinée se réfléchit sur tous mes amis, même ceux qui n'ont pas pour la partager les mêmes raisons que vous. . . . . . .

. . . .

Tous mes amis ont abusé de ma confiance ou sont devenus aussi malheureux que moi. Que de fois j'ai désiré ne plus sentir du tout. Je sens que cette heureuse insouciance dont vous parlez n'est plus possible. Autrefois ma tête seule travaillait; aujourd'hui l'épigastre souffre, et même longtemps par le rappel de mes maux. Un climat froid, nébuleux, un pays aride ou marécageux, des hommes dont je n'entends pas le langage, l'éloignement de tout ce qui m'est cher, l'incertitude de l'avenir, voilà ce qui me tient toujours le cœur serré; je tâche de résister, mais je ne trouve pas dans le vin un stimulus suffisant, parce qu'il ne vaut rien ici, et les liqueurs alcooliques ne peuvent plus être supportées. J'ai essuyé à Utrecht une fièvre inflammatoire d'un jour avec ardeur à l'épigastre; j'ai éteint le tout à force de limonade; depuis lors je ne puis boire deux petits verres sans incommodité. Je crois que les ressorts de ma vie s'affaiblissent. Depuis deux mois, je mange comme Bezard disait qu'il mangeait, sans aucun appétit. Cependant, mes forces musculaires ne souffrent aucune diminution. . . . .

. . . .

Mais laissons cela; vous ne vous en souciez guère; mais c'est la seule consolation que j'ai sous la main; cela ne durera pas, je tâche d'en profiter. »

Dans ce langage triste et découragé, dans cette pénible incertitude de l'avenir, M. Gérardot ne prévoyait pas sans doute le fougueux réformateur du Val-de-Grâce, dont le monde médical tout entier devait, quelques années plus tard, subir la pression et l'influence. On voit cependant poindre déjà l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* dans cette préoccupation de l'épigastre. Le passage suivant de la même lettre le fera plus nettement pressentir :

« Oh l'exécrable pays (Nimègue) ! je suis obligé de me lever pour aller mettre une capote; j'ai les bras gelés (à la mi-floréal) ; à peine voit-on une feuille développée. Mon service est le point important et la distraction qui m'est la plus chère. J'y suis tout entier, mais le mauvais état de mon cerveau et peut-être de mon épigastre m'empêchent d'en tirer tout le parti que je désirerais et peut-être que je pourrais. »

Broussais commence à se connaître lui-même. « Je crois avoir encore rectifié et simplifié mes idées depuis notre séparation. J'ai étudié et médité le système de Brown, que professent avec le plus vif enthousiasme toutes les Universités d'Italie. Il m'a semblé qu'une doctrine embrassée par tant de gens sensés, devait mériter une attention particulière. J'ai donc lu et relu et j'ai eu des rapports avec un confrère de la Secte. Il en est résulté, pour moi, un redoublement d'attention sur la nature des troubles de l'économie, de réflexions philosophiques sur les guérisons des lésions semblables par des moyens différens, le désir de m'en rendre raison. J'ai pratiqué et je pratique encore d'une manière mixte le *faciamus experi...* autant que la vie n'y est pas compromise; ensuite, je tiens note, je cause avec mes brouillons. J'oserai

à Vienne et atteignit en peu de temps une grande intensité. La voie de communication entre la Bavière et l'Autriche est tracée par le cours du Danube ; c'est par cette vallée étroite et profonde qui aboutit aux grands espaces de la plaine de Vienne, qu'émerge le vent d'Ouest. Durant cette épidémie, ce fut la ville proprement dite qui fut atteinte. Dans la seconde, celle de 1855, qui est près de finir, les choses se sont passées autrement.

Le choléra éclata d'abord, dans le milieu de mai, à Prague; capitale de la Bohême. Peu de semaines après, c'est à Vienne qu'il fit son apparition, tout en s'établissant dans quelques villes ou villages de la Moravie. Prague est un peu au nord-ouest de l'Autriche ; la Moravie au nord, comme on le sait déjà. Mais les influences originaires de l'Ouest et des autres points de l'horizon ont un rendez-vous commun dans la plaine de Vienne. Là, elles semblent se confondre dans un même type de ressemblance d'abord par la violence de leur impulsion, et aussi par d'autres effets plus importans. Lorsque l'influence qui émerge de la Bohême a la prépondérance, le vent est un vent haut; car le niveau du sol tout entier de cette province de l'empire domine de beaucoup les campagnes de la Moravie et la région de l'Autriche où Vienne est située, qui se nomme, avec raison, Basse-Autriche. On sait maintenant comment s'opère le jeu des vents, on va juger de leur part d'influence dans l'établissement de l'épidémie. Elle ne s'est pas attaquée aux faubourgs de l'extrémité de la plaine, au centre de population qu'elle trouvait le premier sur son chemin. Elle a franchi les quartiers insulaires de Léopoldstadt et de Jagerzeil, et même la ville tout entière, pour aller envahir la partie la plus élevée du territoire de Vienne, le faubourg méridional de Wieden. Si j'ai été compris, on ne s'étonnera pas d'une conclusion qui ne peut être, d'ailleurs, que la fidèle expression des faits. Le choléra s'est précisément établi dans les lieux où se font le plus vivement sentir les vents hauts de la plaine; pendant toute la durée du fléau, c'est le lieu qui est resté son quartier général.

De ce centre, l'épidémie a pénétré dans les divers quartiers extérieurs et jusque dans le cœur de la ville, en suivant un itinéraire qui porte avec lui sa signification. Depuis le commencement de juin, époque de l'invasion; jusqu'au mois d'août à peu près, elle ne s'est guère révélée au dehors du faubourg. C'est à cette époque qu'elle a commencé à se porter dans les faubourgs du voisinage, tantôt descendant vers le Nord, tantôt se portant dans les quartiers de l'Est. La zone de terrain libre qui marque la séparation des faubourgs et de la ville n'était pas franchie et semblait opposer une barrière puissante à la transmission du fléau. Quelques cas se révélaient bien de temps en temps dans l'enceinte de la cité : il ne pouvait guère en être autrement à cause de la fréquence des communications, mais ils ne constituaient pas un état épidémique : le choléra était localisé dans les quartiers du dehors. Vers la fin d'août, cette situation cessa. Par contiguïté de faubourg à faubourg, il pénétra enfin jusqu'à Léopoldstadt, le faubourg principal de la région danubienne. Une fois établi sur cette lisière de la plaine, dans la direction et au milieu des eaux du fleuve, c'est-à-dire sous l'influence des vents du Nord, du Nord-Ouest, et plus directement sous celle de l'Ouest, il fit son irruption dans la ville par le même chemin et sans doute de la même manière que dans l'épidémie de l'année 1854.

Quelles conséquences tirer de cette histoire exacte de la marche de la dernière épidémie et de son rapprochement avec la précédente? C'est que les vents qui suivent une direction déterminée ont une influence marquée sur le développement du choléra; que ces vents, enfin, sont les vents d'Ouest, et ceux qui, par des corrélations de voisinage ou autres, contractent quelque chose de leur caractère. Il ne s'agit pas d'une simple question de transport, mais d'une influence active. Le premier privilége appartient à tous les vents, le second ne peut être le partage de tous et on verra bientôt qu'on ne peut assigner qu'aux vents occidentaux ce triste monopole. Ils favoriseraient le développement du germe toxique, par des conditions qui leur seraient propres ; soit en lui conservant, ou même en activant ses propriétés dans le transport d'un lieu empesté à un autre qui ne le serait pas encore; soit en le trouvant à l'état de larve, si je puis ainsi dire, et en secondant l'évolution de cette force mystérieuse qui constitue son activité. Il s'ensuivrait de là, naturellement, que les lieux les plus exposés à l'épidémie seraient ceux qui, toutes réserves faites, seraient visités le plus fréquemment par les vents occidentaux.

Ces opinions seraient hasardées et manqueraient de crédit sans doute, si je ne leur donnais que ce qui précède pour point d'appui. Je crois pouvoir satisfaire, dans une certaine mesure, les justes exigences des lecteurs.

D'abord, la climatologie établit ce que le bon sens n'a jamais ignoré, c'est qu'il y a des vents sains et des vents insalubres. Le médecin de l'antiquité qui ouvrait les flancs d'une montagne pour faire souffler sur une ville infectée le vent salutaire et libérateur qui devait mettre fin au fléau, avait le sentiment profond de cette vérité vieille comme le monde. On sait que l'événement lui donna raison. En Europe, l'Ouest est considéré comme un vent insalubre. M. de Humboldt l'appelle *vent de retour*, c'est-à-dire celui qui transporte en sens inverse du mouvement diurne de notre globe ou de la marche apparente du soleil, les masses d'air saturées des émanations que la température du jour élève des surfaces terrestres. C'est donc un air malsain, un air qui renferme en lui et répand sur les populations qu'il atteint des germes plus ou moins actifs de maladie. Je n'y place pas originairement le germe du choléra ; on sait où est sa source. Mais cette influence est son milieu le plus favorable; dès qu'il s'y trouve, il arrive facilement à maturité. Des exemples nombreux prouvent, en effet, que là on observe la prépondérance des vents d'Ouest, là s'observe aussi la fréquence des épidémies cholériques.

Commençons cette revue par la France. Le vent d'Ouest et ses collatéraux soufflent au Nord, soufflent surtout à l'Occident de notre pays, ainsi que sur les départemens pyrénéens jusqu'aux Alpes de la frontière orientale. Que de désastres le choléra a causés sur cette surface! Le midi de la France avait été préservé pendant longtemps, je ne pouvais me l'expliquer. Que s'est-il passé dans cette partie du territoire pendant la cruelle épidémie de l'année dernière? Il y a d'autres lieux, d'autres régions qui ont été préservés; les statistiques sont là, et pour certaines questions on n'est pas trompé par la signification brutale des chiffres. La vallée de la Saône est protégée à l'Ouest par la chaîne du Forez qui va rejoindre les Cévennes; la vallée parallèle du Rhône est protégée, à son tour, contre la même influence, par la chaîne du Charolais; est-ce que cette zone n'a pas été en grande partie préservée? Lyon, cette ville immense aux rues étroites, au pavé boueux, au confluent de deux grands cours d'eau, Lyon s'est à peine ressenti du fléau qui a levé un si large tribut sur la France! Descendez maintenant avec moi le Rhône, parvenez jusqu'à cette région du mistral, faible encore avant d'atteindre le mont Ventoux d'une furieuse énergie, à partir de ce point jusqu'à la mer; là sont les villes qui paient le tribut le plus fréquent et le plus large à la mortalité cholérique : Arles, Nice, Aix, Marseille, Toulon.

Paris n'échappe pas davantage à cette loi. Qu'on jette les yeux sur une carte de l'intensité du choléra dans les différens quartiers, qui fut dressée après les premières épidémies, on y verra que le fléau a surtout frappé la zone centrale, c'est-à-dire la cité et les quartiers correspondans des deux rives du fleuve jusqu'à la hauteur des boulevards. Dans l'épidémie de 1849, qui n'est pas figurée sur cette carte, le choléra, sans cesser de s'appesantir sur les quartiers du centre, s'étendit dans les régions habitées par la population riche : le faubourg St-Germain, les quartiers des Tuileries, St-Honoré, Chaussée-d'Antin, Laffitte, Montmartre et les brillans boulevards. Or, cette moitié de la ville, c'est la moitié occidentale. Les rues et les quais étant tracés dans la direction du fleuve, ils ouvrent un large passage au vent d'Ouest qui pénètre par l'aval de la Seine, ou descend par le bois de Boulogne et Neuilly. J'en appelle aux souvenirs des observateurs qui connaissent Paris et qui ont pu apprécier souvent, dans leurs promenades sur le boulevard élégant, la force comme la fréquence du vent occidental. Dans un voyage que je fis, il y a quelques années, depuis Orléans jusqu'à l'embouchure de la Loire, j'eus l'occasion de parler du choléra avec des médecins du pays. Je demandai à l'un d'eux si, dans les épidémies qui avaient sévi à Nantes, le choléra n'avait pas surtout frappé la partie occidentale. On me répondit par l'affirmative, et j'avoue que je m'y attendais presque, car j'avais à cette époque la même opinion qu'aujourd'hui.

Si de la France je passe à des états voisins, les mêmes concordances se reproduiront. Voyons l'Italie. Partagée en deux zones par la chaîne de l'Apennin, elle se divise en une moitié adriatique ou orientale, et en une moitié méditerranéenne ou occidentale. Ici, les vents d'Ouest ont une grande puissance, ils y règnent souverainement; de l'autre côté, ce sont au contraire les antagonistes. Où a sévi le choléra? Il a ravagé la partie occidentale; quant à l'autre, elle a été presque respectée.

Parlerai-je de l'Angleterre, de Londres, ce centre si fréquemment visité? On a remarqué que, dans l'une des épidémies qui ont frappé cette capitale, il y avait des rues dont un seul côté recevait les atteintes du fléau; ce côté malheureux était précisément celui qui faisait face à l'Occident. J'ai vu cette curieuse circonstance rapportée dans un journal de médecine; je l'ai vainement recherchée pendant mon dernier séjour à Paris. J'avais, du reste, fait moi-même la remarque que, pendant la grande épidémie de 1849 dans notre capitale, le choléra avait surtout frappé, sur le boulevard, les maisons faisant face à l'Ouest et au Sud-Ouest, tandis qu'il avait, comparativement, épargné le côté Nord et Nord-Est. Que d'autres observent à leur tour, et je crois qu'ils ne seront pas moins heureux que moi dans cet ordre de concordances à la fois si intéressant et si utile.

Les faits se pressent; ils ne sont pas le résultat d'une vision, ils portent le caractère de la vérité. J'en recommande la méditation à mes confrères. Qu'ils réfléchissent à la question, ou, pour mieux dire, à l'ordre d'idées que ces faits soulèvent avant de les repousser. Les conclusions, je les ai déjà tirées; les applications, je crois qu'elles seraient fécondes.

(*Prochainement la 2[e] partie.*) D[r] Ed. CARRIÈRE.

---

peut-être un jour porter un jugement. Mais d'avance, je puis vous dire que la doctrine de Brown, presque uniquement fondée sur des abstractions, donne cependant quelquefois des résultats pratiques fort heureux; que dans la plupart des têtes, elle peut faire commettre les plus lourdes bévues, *quod vidi;* qu'elle est trop exclusive ; d'une fausse application dans une grande quantité de maladies, et très insuffisante en physiologie. Mais il faut la connaître ; il est bien à désirer qu'elle soit réduite à sa juste valeur, qu'on la regarde comme un des échelons vers la découverte de la vérité, mais non comme cette vérité elle-même, ainsi que le prétendent les adeptes. Laissons encore cela; une lettre ne peut comporter des explications de cette nature, surtout capables de vous satisfaire ; mais peut-être avez-vous plus médité tout cela que moi-même. »

Viennent des recommandations à son ami pour que ses lettres lui arrivent sans frais. Cette lettre se termine ainsi :

« Il se peut que mon extérieur vous ait paru exprimer cette froideur et cette rudesse dont vous vous plaignez; mais elles n'étaient point dans mon cœur ; je ne cherchais point à vous témoigner des sentimens que je n'éprouvais pas. Pardon, mon cher ami, c'est pour la dernière fois ; mais n'y a-t-il pas eu beaucoup de prévention de votre côté ? Adieu; que ne puis-je vous faire oublier sans retour ce temps malheureux ! Amitié éternelle. BROUSSAIS. »

Tout intéresse dans la vie des hommes célèbres. On aime à les voir passer par ces alternatives de crainte et d'espérance, de confiance et de découragement dont cette lettre de Broussais est si vivement empreinte. Broussais est encore ignoré et à peu près inconnu. Sa thèse pour le doctorat n'a pas eu de retentissement et était bien loin d'annoncer, d'ailleurs, l'ardent promoteur de la révolution médicale (1). Il cherche sa voie, il l'a entrevue, il est près d'y entrer, et, dans la lettre suivante, écrite trois ans après, nous allons l'y trouver complétement engagé.

Remarquons aussi comme détail biographique l'expression vive et chaude des sentimens affectueux de Broussais envers Gérardot. Les lettres suivantes mettront mieux au jour encore toute la sensibilité de Broussais et la touchante sollicitude de l'ami, de l'époux et du père. Cette riche et puissante organisation était complète et le cœur valait l'intelligence.

Broussais a obtenu un congé de deux ans pour rétablir sa santé décidément altérée. Nous sommes en 1808, et ce temps de congé il l'a employé à Paris, à composer, à écrire et à faire imprimer sa célèbre *Histoire des phlegmasies chroniques.* Mais les exigences de la guerre le rappellent au service actif. Il part pour l'armée d'Espagne, et le 21 novembre 1808, il écrit de Bayonne à son cher ami Gerard :

« Me voilà à Bayonne, bien embarrassé pour rejoindre le quartier général, qui est, je crois, à Burgos. Cinquante lieues....! Il n'y a ici ni chevaux ni mules. Le service enlève tout. Pour les â... ils n'en manquent point (*sic*), mais comme ils ne conviennent point de leur nature bestiale, on ne saurait les employer à leur véritable usage. Jusqu'ici j'ai pu voiturer mon porte-manteau, mais je me vois à la veille de partir avec deux chemises sous le bras, un vrai carabin. Que d'autres sont réduits à cette extrémité ! Il est probable que dans peu je verrai la célèbre ville de Madrid. Mais *quantum mutata....* Que j'aimerais bien mieux faire la guerre chez cette bénigne vache à lait d'Allemagne. Il existe dans le pays où je vais entrer bien peu de ressources, et les Anglais vont achever de le ruiner.

» Je me rapproche de l'inspecteur général Desgenettes que j'ai vu à Paris, qui m'a bien accueilli et m'a demandé lui-même au ministre pour collaborateur. Il a paru content de mon Histoire..., et m'a promis de me procurer les moyens de continuer mes travaux. Puisse-t-il sentir aussi que j'ai besoin de recueillir après avoir semé. Il a appuyé la demande que j'ai faite à Fourcroy d'une place de lycée pour mes deux enfans. Ce dernier a répondu qu'il les avait mis sur la liste des lycées de Paris ; mais que je ne pouvais obtenir que demi-pension. La pension est de mille francs ; il a en même temps donné l'espérance de les faire accueillir pour élèves du gouvernement pour les places qui viendront à vaquer. Mais quand vacqueront-elles? Si j'ai le malheur d'obtenir, il me faudra toujours débourser mille francs pour la première année. Cela est au dessus de mes forces. O que les bienfaits du gouvernement sont pesans ! M. D... (Desgenettes) ne m'aura obligé complétement qu'autant qu'il aura doublé mes appointemens. Mais mon âge et mon peu de service dans le grade que j'ai ne seront-ils point un obstacle à mon avancement? Oserais-je même en témoigner le désir? Saura-t-on me deviner? Malheur à l'homme qui est obligé de sacrifier sa liberté à son existence.

» Je ne saurais vous en dire bien long, mon ami, je suis si étourdi que je n'ai plus la force de penser, quand je jette les yeux sur mon ouvrage, je ne puis me persuader que j'en sois l'auteur, *haud facile emergunt quorum virtutibus obstat res angusta domi....*

» Depuis trois jours, je cours dans la boue, car il pleut ici pendant l'hiver beaucoup plus que dans notre pot-de-chambre de la Bretagne, et je ne puis parvenir à trouver une occasion de me voiturer avec mes effets jusqu'au quartier général. Adieu donc. . . . .

. . . .

. . . . J'ai laissé ma pauvre femme bien désolée. Sa santé déjà affaiblie par ma première absence, achèvera de se détériorer par celle-ci. Que je la regretterais ! qui m'aimerait jamais comme elle !

» Bonsoir. Mes yeux s'appesantissent.

» Votre éternel ami.

» BROUSSAIS. »

Je ne sais si je m'abuse, mais cette page si simple et si touchante ne vaut-elle pas tout un discours académique? Et quels enseignemens dans ces gémissemens sourds et profonds de l'âme la plus fière et la plus indépendante qui fut jamais contre les inexorables nécessités de l'existence !

Si le livre des destins avait pu s'ouvrir pour Broussais à cette époque de sa vie, comme il eût supporté avec joie ces tristesses du moment; s'il eût su que son nom allait acquérir la célébrité de celui de Boerhaave, que sa doctrine agiterait et passionnerait le monde savant, qu'il mourrait comblé d'honneurs, que ses funérailles seraient une ovation et que sa statue de bronze s'élèverait devant cet hôpital où devait retentir sa fougueuse parole.

Oui, l'exemple de Broussais, pauvre et luttant contre la fortune avant d'arriver à la gloire, offre un enseignement sain, austère et fortifiant pour tous ceux qui sont condamnés au travail et que le travail, s'il est courageux, patient et résigné, doit aussi conduire à la fortune et à la gloire.

Mais les lettres suivantes vont nous montrer Broussais sous un aspect plus accentué.

(*La suite à un prochain n°.*) Amédée LATOUR.

(1) Cette thèse porte pour titre : *De la fièvre hectique considérée comme dépendante d'une lésion d'action des différens systèmes, sans vice organique.*

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital Cochin. — Clinique de M. BEAU.

CONSIDÉRATIONS SUR LE POULS;

Leçons cliniques recueillies par M. Jules PARROT, interne des hôpitaux.

Le pouls est formé par l'ondée sanguine que le cœur lance dans les artères. Son exploration exige, pour être efficace, que l'on tâte l'artère, non seulement pendant sa diastole, mais encore dans l'intervalle qui sépare les pulsations. C'est là un point essentiel et qui semble pourtant n'avoir jamais préoccupé les observateurs. Cette lacune dans l'histoire du pouls doit être considérée comme la source de nombreuses erreurs et de contradictions, que l'on rencontre dans les auteurs qui ont écrit sur l'art sphygmique.

Hippocrate explorait le pouls, mais il ne semble pas lui avoir consacré un chapitre spécial dans ses ouvrages.

L'école d'Alexandrie, au contraire, a fait jouer un rôle considérable au pouls, et les écrits de Galien, en particulier, renferment presque toutes les variétés du pouls qui ont encore aujourd'hui cours dans la science.

Il semble que Harvey aurait dû marquer une époque dans l'histoire du pouls; les notions que les anciens avaient sur les fonctions des artères étaient complétement erronées, leur édifice sphygmique péchait donc par la base, et l'on devait s'attendre à le voir crouler, quand Harvey annonça la découverte de la circulation et le rôle véritable des artères. Il n'en fut rien, et le pouls de Galien, ce pouls absolu à l'état normal, ce mythe dont l'étude ne repose ni sur l'anatomie ni sur la physiologie, resta dans la science avec tout son cortége de singulières subtilités.

A une époque plus rapprochée de la nôtre, on a encore surchargé l'histoire du pouls de nouveaux détails.

Pour Bordeu, chaque région, et dans chaque région chaque organe a son pouls qui lui appartient en propre. Il y a un pouls *thoracique* et un pouls *abdominal*; un pouls de la plèvre et du poumon ; le pouls *inférieur* ou abdominal se subdivise de même, suivant les organes, en stomacal, intestinal, hépatique, splénique, rénal, utérin.

L'extrémité céphalique n'était pas oubliée dans cette séméiologie sphygmique, et les affections de l'encéphale et de ses annexes étaient toutes caractérisées par un pouls spécial.

Enfin dans chaque maladie, toute crise, toute modification sensible agit sur le pouls; de là, dans toute maladie, trois périodes que Bordeu désigne par les noms d'*excitement*, de *coction*, de *crise*, et dont chacune est annoncée par un pouls particulier.

Fouquet est allé dans ce sens plus loin que Bordeu, et son œuvre est encore plus romanesque.

Depuis Laënnec, on s'est beaucoup moins occupé du pouls; cette défaveur trouve une explication dans la richesse des signes que l'on a tirés de l'auscultation ; signes bien autrement positifs et vrais que ceux que nous fournit l'exploration de la radiale.

Quand on analyse l'histoire du pouls telle que nous l'ont transmise les auteurs, on y découvre des choses *imaginaires*, des choses *incertaines* et des choses *certaines*.

Dans la première catégorie, il faut reléguer la plupart des choses que les peuples d'Orient, et surtout les Chinois, ont écrites sur le pouls, que l'on pourrait, suivant eux, comparer tantôt à un *poisson qui frétille*, tantôt à une *grenouille prise dans l'herbe par la patte et cherchant à se dégager*.

Cette partie mystique, et purement imaginaire de la sphygmique, doit être mise de côté.

Parmi les choses *incertaines*, il en est un grand nombre qui ont encore cours aujourd'hui; mais comme leur appréciation ne saurait être faite avec la moindre rigueur, il faut renoncer à leur étude. Comment, en effet, arriver à une notion de ce que l'on a appelé le pouls *nerveux*, le pouls *serré*? Ne faut-il pas de même reléguer parmi les subtilités, le pouls *croissant* (*inciduus*) composé de séries de quatre pulsations dont l'intensité suit une marche progressive croissante, et le pouls *décroissant* (*miurus*) formé par des séries de quatre pulsations décroissantes ?

Les choses certaines sont les seules dont l'étude ait une utilité réellement pratique, leur nombre est peu considérable. Les auteurs sont à peu près unanimes à donner pour type de l'état normal, un pouls *souple*, *égal*, *développé*. C'est là une erreur qui sera réfutée plus loin.

Étudié dans ses rapports avec le temps, le pouls a été distingué en *fréquent* et en *rare*. L'estimation exacte de ces deux variétés suppose que l'on connait le type normal du pouls chez le malade que l'on observe; or, c'est là une condition qui ne sera presque jamais remplie, surtout dans les hôpitaux. On a bien déterminé des moyennes; ainsi l'on a dit que, toutes les fois que le pouls, chez l'adulte, donnait plus de 90 pulsations par minute, il y avait fièvre, et que, par contre, au-dessous de 60 pulsations l'état fébrile ne pouvait exister.

Ces données suffiront dans un grand nombre de cas, mais souvent aussi elles seront une cause d'erreur. On peut citer comme venant à l'appui ce cette assertion quelques exemples de pouls normaux.

Il n'est pas rare de rencontrer des individus dont le pouls bat de 40 à 35 fois par minute. Chez d'autres, il n'y a que 30 pulsations. M. Fouquier a vu une femme qui n'avait que 17 pulsations.

N'est-il pas évident que, dans les cas qui viennent d'être cités, 60 battemens seront un indice de fièvre ?

Au point de vue de la rapidité de la pulsation, le pouls peut être *accéléré*, *vite* ou *lent*; ce sont là déjà des modifications difficiles à apprécier. Le plus souvent elles sont sous la dépendance du volume de l'ondée sanguine.

Des différences dans le mode d'impulsion donneront, d'une part, le pouls *développé*, *grand*, *plein*, et par contre le pouls *petit*, qui pourra devenir *filiforme*, *insensible*. Comme dépendant de la force de l'ondée, il faut encore citer le pouls *fort* ou *faible*, *dur* ou *mou*, et les variétés *vif* et *vibrant*, dont la détermination manque de netteté.

Il est des cas où la pulsation est tout à la fois molle et pleine; dans ces cas, les anciens disaient que le pouls était *vide*. On l'a observé dans les états dits léthargiques, qui constituent certaines manifestations de l'infection paludéenne.

Si l'on compare les pulsations entre elles, on constate, ou bien qu'elles ont un volume parfaitement uniforme, alors le pouls est *égal*, ou bien au contraire, qu'il existe peu d'uniformité dans les ondées qui se succèdent sous le doigt : dans ce cas, le pouls est inégal.

La comparaison peut porter sur le rhythme des ondées. Le pouls est dit *régulier* ou *irrégulier*, suivant que les intervalles qui séparent les pulsations sont tous égaux entre eux, ou qu'ils présentent des différences appréciables.

Enfin il est une autre modification de l'ondée artérielle observée par les anciens médecins, et que Galien désigna par la qualification de pouls *dicrote*.

Vers le milieu du siècle dernier, Solano de Luque étudia avec une prédilection toute particulière le pouls dicrote. Il le considérait comme annonçant une épistaxis prochaine. James Nihell, élève de Solano, et qui écrivait quelques années après lui, partagea les idées de son maître, tout en les modifiant légèrement. Pour lui, le pouls dicrote est bien un des signes précurseurs des épistaxis, mais d'une manière plus générale il dénote une tendance aux hémorrhagies; c'est un signe de plénitude cérébrale, et il s'accompagne de coma et de vertiges. Nihell ajoute, et c'est là un fait important, qu'avec le pouls dicrote il existe des battemens artériels.

Ce qui précède est, en résumé, l'histoire du pouls telle qu'on la trouve dans les auteurs; son étude est fastidieuse et sans unité; son application est une source d'erreurs et de déceptions.

Dans leurs études sur le pouls, les auteurs ont complétement négligé l'état anatomique de l'artère sur laquelle portaient leurs explorations. Ils admettent implicitement que le volume normal de la radiale est toujours le même, et ils ne tiennent aucun compte de ces variations anatomiques qui permettent de considérer comme plein un pouls petit, et cela parce que l'artère est petite. Comme on le voit, la radiale des séméiologistes n'est plus la radiale des anatomistes.

La connaissance exacte de l'état du vaisseau que l'on explore sera un point de repaire auquel on devra rapporter toutes les appréciations faites sur ses battemens. Tel est le principe qui sert de base à la classification que propose M. Beau pour faire entrer dans des groupes naturels les différentes variétés du pouls.

Lorsqu'on tâte une artère (et nous aurons ici en vue la radiale, puisque c'est elle qui est presque toujours en cause dans l'exploration du pouls), on trouve que, dans l'intervalle des pulsations, elle est tantôt molle, dépressible, sans résistance ; que tantôt, au contraire, elle donne la sensation d'un cordon dur qui roule sous le doigt, et que l'on pourrait prendre pour un tendon ou pour une artère injectée. A ces deux manières d'être si différentes de la radiale, correspondent deux états opposés de la circulation générale, et par suite de l'organisme tout entier.

Dans le premier cas, les tissus sont relâchés, et ce *laxum*, dont ce n'est pas ici le lieu de rechercher l'origine, porte aussi bien sur le système musculaire tout entier que sur les tuniques artérielles ; témoins l'ampliation des cavités cardiaques, la dilatation de la pupille, et la débilité musculaire que l'on rencontre constamment dans les maladies où il n'existe pas de cordon artériel.

L'état opposé du vaisseau indique une ténacité, une réaction énergique de ses tuniques. Ce sont là des effets qui paraissent intimement liés à l'action nerveuse, comme tendent à le prouver les études de M. Bernard sur le grand sympathique considéré dans ses rapports avec la circulation.

Une conséquence immédiate des principes qui viennent d'être énoncés, est le groupement des différens pouls, dans deux classes, dont l'une sera caractérisée par l'existence du cordon artériel, et l'autre par l'absence de ce cordon.

La première classe comprend : 1° le pouls *normal*, qui n'est pas *développé* et *souple*, comme on le dit vulgairement, mais *petit* et *dur*. Si à cette petitesse et à cette dureté on joint la fréquence, on aura le pouls de la pneumonie, de la pleurésie, et en général de la première période de toutes les inflammations aiguës.

2° Le pouls que l'on rencontre dans certaines affections organiques du cœur; à la petitesse s'ajoute le plus souvent l'irrégularité et l'inégalité des pulsations. Le volume du pouls est ici un effet purement mécanique; les orifices du cœur rétrécis ne laissent passer, à chaque contraction, qu'une petite ondée.

Les individus chez lesquels on trouve ce pouls présentent, en général, des symptômes d'*asystolie*, mais ils peuvent encore vaquer à leurs occupations.

La deuxième classe comprend également deux groupes. Dans le premier viennent se ranger toutes les variétés du pouls qui s'accompagnent de bruits artériels, carotidiens. M. Beau a parfaitement établi que l'existence des bruits anormaux dans les artères entraînait d'une manière nécessaire des modifications correspondantes dans les pulsations. Rappelons que les bruits artériels sont le résultat du passage dans ces vaisseaux d'une ondée sanguine exagérée. L'appréciation du volume du pouls découle immédiatement de ce principe. Il suffira pour cela d'ausculter la carotide, et si l'on y trouve un bruit anormal, on peut affirmer que le pouls, eût-il le volume d'un fil, est un pouls *plein*. Il est indubitable que si on vient à l'explorer au moment où le malade aura recouvré la santé, on le trouvera plus petit qu'il ne l'est dans le moment actuel. Ce pouls est celui que l'on rencontre le plus souvent dans la clinique. C'est celui de la chlorose, des autres cachexies et de toutes les fièvres. Il renferme un grand nombre de variétés.

1° Le pouls *dur*, *tendu*, qui dénote, de la part du cœur, une impulsion énergique. C'est le pouls de l'insuffisance aortique. On le trouve aussi dans la dothinentérie et dans la période d'invasion des fièvres éruptives, mais alors il acquiert une fréquence considérable.

Chez quelques malades, on rencontre une vivacité exagérée de la pulsation et il semble que le doigt qui tâte l'artère reçoit une chiquenaude. Le pouls est dit alors *percutant*. C'est dans ces cas, et dans ces cas seulement, qu'il existe dans les artères un bruit normal ou bruit de *choc*.

2° Le pouls *vibrant serratus* des auteurs ; il s'accompagne d'un frémissement cataire que l'on perçoit en appliquant le doigt sur la carotide. Aussi doit-on préférer la dénomination de *frémissant* à celle de vibrant, qui ne donne pas une idée nette de l'état du vaisseau pendant la pulsation. Dans ce cas, il sera nécessaire de tâter l'artère avec trois doigts, et c'est le médecin qui percevra la sensation de frémissement.

Parmi les variétés du pouls que nous étudions, il en est une qui a joué un grand rôle en médecine ; c'est le pouls *dicrote*, *bis feriens*, *rebondissant*, *double*. On n'a jamais donné une théorie satisfaisante de son mode de production ; Galien le faisait dépendre de vapeurs fuligineuses renfermées dans le sang.

L'existence d'une double pulsation indique que deux ondées successives traversent la radiale ; il y a donc deux moteurs; ce sont : le cœur, qui pousse la première ondée, et la crosse aortique, qui produit la seconde en réagissant sur la masse sanguine qui vient la distendre. Le pouls radial dicrote s'accompagne de bruits artériels et de pulsations carotidiennes redoublées.

Cette théorie du pouls dicrote conduit à admettre qu'on pourra le rencontrer dans tous les cas où il existera des bruits artériels anormaux ; or, c'est là un fait que M. Beau a pu vérifier plusieurs fois. Si le pouls dicrote n'existe pas chez tous les malades qui ont des bruits artériels, c'est que la seconde ondée, poussée par une aorte sans énergie, ne peut arriver jusqu'à la radiale. Est-ce par cette raison qu'il faut expliquer ce fait d'observation ; à savoir, que le pouls dicrote est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme : cela paraît probable. C'est encore de la même façon qu'on se rend compte pourquoi le pouls dicrote n'a été perçu que très exceptionnellement à la crurale.

Il est une maladie dans le cours de laquelle on rencontre fréquemment le pouls dicrote; c'est la dothinentérie. M. Bouillaud, qui a insisté d'une manière toute spéciale sur cette particularité, la considère comme un signe caractéristique de cette fièvre. Si l'on rapproche la manière de voir de M. Bouillaud de l'opinion de Galien, qui expliquait le pouls dicrote par la présence de fuliginosités dans le sang, on voit que cette idée, en apparence si bizarre, reçoit une explication ; il suffit, en effet, de songer aux fuliginosités qui, dans le plus grand nombre de cas, couvrent les dents et les lèvres des malades atteints de fièvre typhoïde.

Dans le deuxième groupe des pouls avec absence du cordon artériel, il n'y a pas de bruits carotidiens ; la pulsation est *petite*, *misérable*, souvent insensible. C'est le pouls de la période algide du choléra et de la période ultime de toutes les maladies qui se terminent par la mort. Il s'accompagne rapidement du refroidissement des extrémités, d'une débilité musculaire excessive, et entraîne presque nécessairement un pronostic fâcheux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 Octobre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Sur la recherche du sucre dans le sang de la veine porte.

M. C.-G. LEHMANN, de Leipzig, adresse, par l'intermédiaire de M. Cl. Bernard, la note suivante :

J'ai déjà dit que, pendant la digestion de la viande, le sang de la veine porte qui pénètre dans le foie ne contient pas de sucre. Comme on a donné à ce sujet des observations contradictoires, il m'a semblé nécessaire de fixer ici la méthode d'investigation qu'il convient de suivre

dans cette question de chimie physiologique. Il faudra : 1° établir la méthode chimique à l'aide de laquelle on peut constater, d'une manière rigoureuse et non discutable, la présence ou l'absence du sucre dans le sang de la veine porte ; 2° préciser le procédé physiologique par lequel on peut se procurer le sang de la veine porte en quantité suffisante pour l'analyse, en opérant de telle façon, qu'on n'obtienne que le sang qui circule normalement dans ce vaisseau.

I. Quant à la méthode chimique que j'ai mise en usage, elle n'est aucunement nouvelle ; car je l'ai publiée déjà en 1840, dans la première édition de mon *Traité de chimie physiologique*, et je l'ai employée depuis pour faire mes recherches sur la composition du sang de la veine porte et des veines hépatiques chez les chevaux. Cette méthode est basée sur la possibilité de séparer le sucre, aussi bien que possible, par précipitation. Il est, en effet, connu que le glycose, le sucre de canne et le lactose forment avec la potasse une combinaison insoluble dans l'alcool. C'est pourquoi, pour rechercher le sucre dans le sang de la veine porte ou dans tout autre sang, j'opère de la manière suivante : Je traite le sang par l'alcool, et, après évaporation de la solution alcoolique, j'obtiens un extrait ou résidu que je reprends de nouveau par de l'alcool assez fort, après quoi j'ajoute à la solution alcoolique une solution de potasse caustique dans l'alcool. Alors le saccharate de potasse se précipite en formant une masse déliquescente et très soluble dans l'eau. La solution aqueuse de cette combinaison donne toujours, avec la potasse caustique et le sulfate de cuivre, une réaction indubitable. Il est vrai que, de la solution alcoolique de sucre traitée par la potasse, il se précipite parfois d'autres matières, telles que du chlorure de potassium, un peu de carbonate de potasse et de matière organique ; mais je n'ai jamais observé qu'il en résultât aucun inconvénient pour la réaction. On peut ensuite ajouter, à une autre partie de la solution de saccharate de potasse, de l'acide tartrique jusqu'à ce que la liqueur montre une légère réaction acide, et l'on obtient la fermentation en mettant la solution en contact avec de la levûre de bière ; car je n'ai jamais vu qu'il se précipitât avec le sucre aucune matière qui fût capable de gêner ou d'empêcher la fermentation alcoolique. La méthode que je viens d'indiquer est très sensible. J'ai pu, par ce moyen, reconnaître du sucre dans de l'urine d'homme où l'on en avait préalablement ajouté seulement 1/100000. A l'aide de cette méthode, j'ai pu souvent découvrir du glycose dans des liqueurs où le liquide cupropotassique ou la levûre ne donnaient directement qu'une réaction douteuse, par exemple, dans l'urine d'arthritiques et de tuberculeux, etc. Enfin, je me suis encore assuré que, de même que dans l'albumen des œufs des oiseaux, il y a du sucre dans les ovaires des mammifères, et parfois dans le sang veineux général ; mais que la bile ni la salive n'en renferment jamais.

II. Pour ce qui regarde les conditions physiologiques dans lesquelles il faut recueillir le sang de la veine porte, M. Bernard les a suffisamment fixées déjà depuis longtemps. Mais il est arrivé que des auteurs ont négligé d'en tenir compte, ce qui est cependant indispensable, si l'on veut opérer d'une manière irréprochable et se procurer pour l'analyse du liquide sanguin qui n'appartienne pas à d'autres vaisseaux qu'à la veine porte. En effet, si l'on fait à un chien vivant, même de très forte taille, une saignée de 700 grammes ou de 300 à 400 grammes par la veine porte, on se place dans de mauvaises conditions expérimentales et on obtient un sang qui ne convient pas pour la recherche, ce qui se prouve directement et aussi par les considérations suivantes. On sait que la pression sous laquelle le sang se trouve dans une veine est diminuée lorsque le sang s'écoule par une ouverture faite à cette veine ; or, il en résulte que non seulement le sang des vaisseaux communiquans, dont la pression est devenue relativement plus grande, s'écoule en plus grande quantité vers l'ouverture, mais il arrive aussi que les liquides contenus dans le parenchyme des organes se répandent, par suite de la loi de la diffusion des liquides, dans le vaisseau dont la pression a été diminuée. En outre, M. Éd. Weber et moi nous avons trouvé que la quantité totale du sang contenu dans un homme adulte ne dépasse pas la dixième partie du poids du corps ; et, dernièrement, MM. Bischoff et Welker ont dit que, chez les hommes et les mammifères, la masse du sang formait la treizième partie du poids du corps. Or, si nous voulions soustraire à un chien pesant 24 kil. (ce qui est sans doute une forte taille) 700 grammes ou même 300 à 400 grammes de sang de la veine porte, il n'est pas permis de croire qu'on aurait recueilli le sang pur de cette veine, car il faudrait admettre, ce qui est invraisemblable, que la quatrième partie du sang du corps est contenu dans le système de la veine porte.

Pour éviter, autant que possible, les inconvéniens que je viens de signaler, je n'ai pas fait la saignée de la veine porte sur le chien vivant, mais j'ai tué auparavant l'animal par un coup administré sur la tête, puis j'ai placé, suivant la manière de M. Bernard, une ligature sur la veine porte à l'entrée du foie. Alors, j'ai ouvert complétement la cavité abdominale, et j'ai introduit par une petite ouverture faite à la veine porte, un peu au-dessous de la ligature, un tube de verre deux fois recourbé à angle droit. Après avoir fixé ce tube à l'aide d'une ligature, je laissais sortir de la veine, préalablement comprimée par les deux doigts, le sang qui s'échappait par le tube et était recueilli dans un petit ballon de verre. Le cœur faisait encore quelques contractions, et l'accès de l'air, accélérant les mouvemens péristaltiques des intestins, faisait qu'une assez grande quantité de sang non coagulé s'écoulait. J'ai recueilli, de cette manière, de 35 à 80 grammes de sang sur des chiens de forte taille, et je pense que cette quantité n'est pas trop grande pour croire qu'elle représente le sang tel qu'il circule dans le système de la veine porte pendant la vie de l'animal.

J'ai expérimenté, de la manière qui précède, sur seize chiens qui, après être restés vingt-quatre heures à jeun, mangèrent de la viande de cheval à discrétion, et ils furent tués trois à six heures après le repas. Dans ces seize expériences, je n'ai jamais trouvé une trace de glycose dans le sang de la veine porte.

Mais on pourrait dire que, malgré l'exactitude de la méthode chimique que j'ai employée, la quantité de sang que j'ai recueillie (35 à 80 grammes) ne suffisait pas pour découvrir de très minimes quantités de glycose ; c'est pourquoi j'ai encore exécuté les deux expériences suivantes : Sur trois chiens nourris à la viande, j'ai recueilli et réuni le sang obtenu de leur veine porte, ce qui faisait en tout 217 gr.,5 de sang ; sur trois autres chiens dans les mêmes conditions, j'ai obtenu, en opérant de la même manière, 192 gr.,7 de sang ; mais, malgré ces quantités considérables de sang, je n'ai pas réussi à constater dans ces deux cas la moindre trace de glycose dans la veine porte.

Pour me convaincre que, lorsqu'on trouve du glycose dans le sang de la veine porte, cela tient à ce que l'on soustrait sur les chiens vivans des quantités de sang trop considérables, j'ai fait, sur un chien pesant 13 kilogrammes, une saignée pesant 351 grammes à la veine porte, et sur un autre chien pesant 11 kil.5, une saignée de 211 grammes, et sur un troisième, dont le poids était de 14 kil.5, une saignée de 263 grammes, et je dois dire que, dans ces trois cas, j'ai constaté indubitablement la présence du glycose.

Les conclusions qui résultent de ces expériences me semblent évidentes ; elles sont que : 1° quand on fait des saignées trop considérables à la veine porte, on ne recueille pas du sang convenable et tel qu'il circule normalement dans le vaisseau pendant la vie ; 2° que, lorsqu'on se place dans les conditions déterminées pour avoir du sang pur de la veine porte, on n'y trouve jamais de glycose pendant la digestion de la viande.

III. Mais si pendant la digestion de la viande, le sang de la veine porte qui entre dans le foie ne renferme pas du sucre, contiendrait-il une autre matière qui pût facilement être changée en sucre (un glycoside) ? M'étant posé cette question depuis déjà bien longtemps, j'ai fait digérer, soit l'extrait alcoolique, soit l'extrait aqueux du sang de la veine porte avec de la diastase ou de la synaptase, puis je l'ai fait bouillir avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou d'acide nitrique. Mais je n'ai jamais réussi à obtenir aucune substance fermentescible. Pendant la digestion de la viande, il ne se forme pas non plus dans l'estomac, ni dans l'intestin grêle, une matière glycogénique (un glycoside). J'ai fait maintes fois les expériences ci-dessus indiquées avec les différens extraits du contenu trouvé dans l'estomac et dans l'intestin grêle des chiens nourris avec la viande, et dans ces cas, mon espoir a également été trompé.

Enfin, on a émis l'idée que le sang de la veine porte contient une matière qui peut empêcher la fermentation alcoolique. Pour vérifier si cette opinion est exacte, j'ai ajouté à l'extrait alcoolique du sang de la veine porte des faibles quantités de sucre, mais je dois dire que j'ai toujours vu paraître les phénomènes de la fermentation alcoolique comme à l'ordinaire.

Nous devons donc admettre que, pendant la digestion de la viande, il n'y a pas de matière antiseptique dans le sang de la veine porte, et que, d'autre part, on n'y rencontre pas trace de glycose par les réactifs les plus exacts. De sorte que, si l'on eût trouvé dans le sang de la veine porte une substance rendue fermentescible à l'aide de l'acide sulfurique, il ne faudrait pas penser que le glycose est caché dans le sang de la veine porte par une substance étrangère, mais il serait inévitable, au contraire, de conclure que cette matière est un sucre non fermentescible ou plutôt un sucre copulé, un glycoside, qui est décomposé par l'action de l'acide. Mais nous devons ajouter que si l'on réussissait à découvrir un pareil glycoside dans le sang de la veine porte, loin de combattre la théorie glycogénique émise par M. Bernard, ce fait la confirmerait pleinement, parce qu'on serait bien contraint d'admettre que c'est dans le foie que cette matière est décomposée pendant la vie.

M. Cl. Bernard, à propos de la communication de M. Lehmann, présente les remarques suivantes :

L'Académie se rappelle que depuis quelque temps il s'est élevé un débat sur la question de savoir s'il y a ou non du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal carnivore pendant la digestion de la viande. Cette expérience offre, en effet, une importance toute particulière au point de vue de la fonction glycogénique du foie ; car pour conclure que le sucre qui se trouve toujours en proportion considérable dans le tissu hépatique, est produit sur place par une sécrétion spéciale du foie, il fallait s'assurer avant tout que le sang de la veine porte qui entre dans l'organe ne lui apporte pas de matière sucrée.

Nous n'avons rien à ajouter après les expériences chimiques et physiologiques de M. Lehmann qui sont si précises et si décisives. Nous nous bornerons seulement de faire remarquer qu'après ce long débat il n'y a absolument rien de changé à la proposition sur laquelle nous avions fondé la théorie de la fonction glycogénique. Il reste aujourd'hui établi, comme nous l'avions annoncé alors, que chez un animal carnivore, le sang qui entre dans le foie ne contient pas de sucre, tandis que celui qui en sort en renferme des quantités très notables, d'où nécessité d'admettre que c'est dans le foie que se produit la substance sucrée.

Toutefois, nous devons reconnaître que la discussion, en appelant de nouveau l'attention des chimistes et des physiologistes sur la question, les a amenés à fixer définitivement les conditions de l'investigation chimique et physiologique, et a rendu désormais impossible toute contestation au sujet de l'existence de la fonction glycogénique du foie, sur le mécanisme de laquelle il peut encore rester des études à faire mais dont la réalité physiologique est prouvée expérimentalement de la manière la plus positive.

PRESSE MÉDICALE.

L'ORIGINE DES ARTÈRES CORONAIRES EST-ELLE RECOUVERTE PAR LES VALVULES AORTIQUES? — Une discussion très intéressante, passionnée même, s'est élevée à ce sujet à Vienne, entre les professeurs E. Brücke et Hyrtl. Le premier fit revivre, à l'Académie impériale de Vienne, l'ancienne opinion, que ces orifices sont recouverts par les valvules aortiques, et que, contrairement à toutes les autres artères du corps, les artères coronaires se remplissent non pendant la systole, mais pendant la diastole ventriculaire. Le professeur Hyrtl publia un mémoire dans lequel il défend l'opinion opposée, et une réplique de son adversaire ne tarda pas à suivre. L'analyse critique de ces deux publications, dans la *Allg. med. central zeit.*, 1855, n° 56, donne le résumé suivant des raisons alléguées par ces deux savans :

M. Hyrtl : Les artères coronaires d'un cœur mis à nu, en entretenant artificiellement la respiration, battent en même temps que se fait la systole du ventricule, et si on les ouvre, le sang en jaillit à la même époque. Ce résultat ne pourrait avoir lieu si leurs orifices étaient bouchés pendant la systole, et si le sang y arrivait pendant la diastole.

M. Brücke : La pulsation systolique des artères coronaires et leur réplétion diastolique ne se contredisent pas. Supposons que celle-ci ait eu lieu et qu'à la systole suivante deux des valvules aortiques s'appliquent contre l'ouverture de ces artères ; à partir de ce moment, la pression du sang dans l'aorte n'aura plus d'influence sur celui des coronaires ; mais le cœur se contracte de plus en plus, comprime davantage les rameaux artériels profonds et les capillaires et entrave ainsi la marche du sang dans ces derniers. Il est donc tout naturel que, la pression augmentant sur les troncs artériels pendant la systole, sans que le sang puisse s'échapper ni par l'ouverture d'entrée des artères, ni par les capillaires, ce liquide s'élance par un jet synchronique à la systole ventriculaire, quand on pique une de ces artères, quoiqu'il n'y arrive plus de sang par l'aorte. Il résulte de cet arrangement une économie de travail pour le cœur, parce que la pression que le sang exerce dans les artères coronaires est un obstacle à la contraction du cœur.

M. Hyrtl : Dans ce cas, pourquoi le sang n'arrive-t-il pas de la même manière dans tous les muscles volontaires?

M. Brücke : Parce que le cœur n'éprouve que des contractions brèves, énergiques et périodiques ; les autres muscles ne sont pas dans ces conditions ; que deviendraient-ils, eux qui sont déjà beaucoup moins vasculaires que le cœur, si, par leur raccourcissement, l'entrée du sang était fermée ?

M. Hyrtl : Chez la plupart des amphibies, les artères coronaires naissent à une hauteur telle que leur occlusion par les valvules aortiques devient impossible.

M. Brücke : C'est vrai, mais elles se remplissent tout de même pendant la diastole ; car leur direction est rétrograde, c'est-à-dire opposée à celle de l'aorte ; avant de s'y aboucher, leur canal chemine pendant un espace assez considérable, entre les tuniques de l'aorte, et à la fin il n'est séparé de la cavité que par une cloison très mince. Le sang ne peut donc y pénétrer pendant que l'aorte est dilatée.

M. Hyrtl : Tous les anatomistes enseignent que les artères coronaires naissent au-dessus du bord libre des valvules sigmoïdes ; elles ne peuvent donc pas en être recouvertes. D'ailleurs, on peut injecter les artères coronaires par les veines pulmonaires ; par conséquent, la même chose doit avoir lieu sur le vivant.

M. Brücke : Il ne faut pas se laisser tromper par l'apparence ; la partie libre de la valvule n'est pas la valvule entière. Il en existe une inférieure, fixée à la substance charnue du cœur, et qui ne peut se mouvoir sans celle-ci, sans l'entraîner en haut. On s'aperçoit le mieux de cette disposition, en mettant dans de l'eau bouillante, ou dans de la vapeur de chloroforme, un cœur pris d'un animal qu'on vient de tuer. Il se trouve bientôt dans l'état de la plus grande contraction systolique. D'ailleurs, la direction des fibres musculaires renfermées dans cette portion indique déjà ce soulèvement. Dans les cœurs frais d'animaux on trouve, au-dessus de l'origine des artères coronaires, une impression correspondant exactement au bord libre des valvules sigmoïdes. Sur le cadavre de l'homme, la rigidité des muscles et les changemens qu'éprouvent les fibres élastiques des valvules, modifient tellement les rapports de ces parties, qu'au premier aspect l'oblitération des artères coronaires par les valvules paraît impossible. Mais, en examinant bien, on ne tarde pas à trouver, le plus souvent, au-dessus des ouvertures artérielles, une trace légère, correspondant non seulement au bord libre des valvules, mais encore au milieu de cette impression, une légère cavité, résultant de l'application du tubercule d'Arantius.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 132. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 6 Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.......... 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE INTERNE.

LES VIVES AFFECTIONS DE L'AME PENDANT LA GROSSESSE PEUVENT-ELLES DONNER LIEU A L'ÉPILEPSIE CHEZ L'ENFANT, ET L'IMITATION SEULE PEUT-ELLE PRODUIRE CETTE MALADIE?

Par le docteur MICHÉA.

L'épilepsie dont le fœtus contracte le germe sans que la mère en soit elle-même atteinte, l'espèce nommée congéniale ou *connée* n'est pas admise par tous les auteurs. Son existence est même si équivoque, que les monographies les plus récentes ou ne s'en occupent pas ou se bornent à peine à la mentionner pour mémoire.

Établie par Boerhaave, l'épilepsie *connée* a été contestée surtout par Tissot qui la niait, sinon faute de faits authentiques et bien observés, du moins *à priori*, par l'impossibilité physiologique de la comprendre et de l'expliquer.

Quelque difficulté qu'il y ait à concevoir comment une femme enceinte peut communiquer au fœtus le germe d'une maladie qu'elle n'a pas, nul argument n'est capable de tenir contre des faits attestés par plusieurs praticiens dignes en tout point de la plus grande confiance. On pourrait tout au plus chercher à leur donner une autre interprétation, c'est-à-dire récuser le rapport établi entre la maladie et sa cause présumée.

C'est le plus habituellement sous l'influence d'une passion dépressive de la mère que le fœtus deviendrait apte à contracter le germe du mal caduc. Frédéric Hoffman rapporte le cas d'une demoiselle de 23 ans, née d'une mère qui, pendant sa grossesse, avait eu de violentes frayeurs occasionnées par les troubles de la guerre et par les nouvelles affligeantes qu'elle en recevait continuellement. Cette demoiselle éprouva, dès le berceau, des convulsions à chaque sortie de dents; elle était encore dans la plus tendre enfance lorsqu'elle devint sujette à des terreurs paniques qui la réveillaient la nuit et s'accompagnaient d'un grand mal de tête. Les accès de panophobie devinrent de plus en plus fréquens et finirent par dégénérer en attaques épileptiques qui coïncidaient avec des épistaxis. Dans la suite, des vers s'y joignirent; elle rendit par la bouche et par les garde-robes des lombrics et des ascarides. A l'âge de 16 ans, les règles apparurent. C'était pendant ce temps et quelques jours avant, que les accès revenaient de préférence. Ils duraient de trois à quatre minutes. Deux ans auparavant, ils duraient un quart d'heure : il y avait chute, intropression du pouce dans le poignet, écume à la bouche, raideur de tout le corps, sanglots, ecchymoses à la face, etc., etc. (*Consult.*, § Ier, cas 30, t. 4). Samuel Lédélius signale le cas d'un enfant qui mourut épileptique dans sa trente-cinquième semaine, et dont la mère, au huitième mois de sa grossesse, fut vivement effrayée par un incendie. L'enfant vint cependant à terme, et parut, pendant les premières semaines, se porter assez bien. Mais on remarqua bientôt quelques accès d'épilepsie qui redoublèrent vers l'époque de la dentition (*Eph. d'Allem.* déc. 2, an. 10, obs. 100). Maisonneuve parle d'une fille, née d'une mère vivement effrayée à la vue d'un masque neuf jours avant d'accoucher, qui devint épileptique vers l'époque de la dentition, sans qu'aucun de ses parens fut atteint du mal caduc. (*Recherch. et obs. sur l'épileps.*, p. 58.)

Parmi tous les genres de frayeur qui, pendant la gestation, peuvent produire dans le fœtus le germe de l'épilepsie, l'émotion que la mère est à même d'éprouver à la vue d'un épileptique qui tombe à ses pieds, n'est pas la moins capitale. Cette espèce de frayeur était regardée par Boerhaave comme une des causes les plus puissantes de l'épilepsie connée.

Un praticien instruit et judicieux, Fabrice de Hilden, cite des faits qui mettent hors de doute l'existence de cette dernière cause.

Suivant cet auteur, une dame de Cologne, enceinte pour la première fois, robuste et bien portante, vit tomber devant elle un épileptique, dont les cris et les mouvemens convulsifs la saisirent d'une frayeur extrême. Quelques mois plus tard, elle mit au monde un enfant qui fut atteint d'épilepsie peu de temps après sa naissance, et qui mourut en moins d'un an. Cette dame ayant eu d'autres enfans, aucun ne fut épileptique. Il rapporte aussi le cas d'une autre femme de la même ville, qui, pendant une grossesse, alla voir une de ses voisines épileptique, et dont une attaque eut lieu en sa présence. Sa frayeur fut d'autant plus extrême, que la malade lui saisit les mains avant d'avoir son attaque, et qu'au milieu de ses mouvemens convulsifs elle lui frappa le ventre. L'enfant vint à terme, mais peu après l'accouchement il eut une violente attaque d'épilepsie. (*Epistolarum*, cent. 3, obs. 8.)

Se méfiant de ses propres observations et ayant peine à se rendre au témoignage de ses yeux, Fabrice de Hilden écrivit à son ami Horstius pour savoir ce qu'il fallait en penser. Le savant Horstius lui répondit que ces cas étaient loin d'être exceptionnels, et qu'il en avait recueilli lui-même quelques-uns. Toutefois, si l'on est en droit d'admettre la réalité de la cause dont il s'agit, il faut bien prendre garde de ne pas confondre l'épilepsie connée avec l'épilepsie héréditaire.

Samuel Lédélius parle d'une jeune femme qui, étant enceinte, vit, pour la première fois, son mari tomber dans une attaque de mal caduc. Elle fut vivement effrayée et mit au monde un enfant sujet à de fréquens accès de cette maladie (ouvr. cit., an. 2, obs. 101). Ici l'existence de l'épilepsie connée est douteuse, et il est plus naturel de croire que l'enfant tenait de son père le germe du mal caduc. Il en est de même d'un cas semblable rapporté par Hoffman (t. III, obs. 13). On doit, en conséquence, accorder très peu de valeur à l'influence des passions de la mère pendant la grossesse, quand il est démontré que le père du nouveau-né est lui-même épileptique.

Si le spectacle seul d'une attaque d'épilepsie suffit pour qu'une femme enceinte puisse donner le jour à un enfant épileptique, ce même spectacle doit suffire à plus forte raison pour pouvoir déterminer des attaques chez la personne qui en est témoin. La frayeur, considérée en général, étant la cause la plus commune et la plus puissante du mal caduc; cette cause étant estimée numériquement à 37 p. 100 par Leuret, à 42 par M. Delasiauve, à 45 par M. Beau, à 50 par Maisonneuve, et pouvant enfin produire cette affection dans les deux tiers des cas, s'il faut en croire Georget et Franck, on comprend l'influence funeste que peut exercer le spectacle si effrayant des chutes épileptiques, surtout si cette influence est favorisée par certaines conditions, notamment par le sexe féminin et par l'état de grossesse. Simon Schulzius rapporte qu'une jeune femme, enceinte de son premier enfant, ayant vu tomber devant elle un mendiant dans un accès d'épilepsie, fut si impressionnée par ce tableau, qu'elle devint elle-même épileptique peu de temps après (*Eph. d'Allem.*, dec. 1, an. 45, obs. 432). M. Delasiauve a signalé sept cas d'épilepsie provoquée par la vue des attaques, un qu'il emprunte à Plater, un autre à Bravais, deux à Maisonneuve, et trois qu'il a observés lui-même (*Traité de l'épilepsie*, p. 221).

Il est évident que ce genre de frayeur, à l'instar de tous les autres, acquiert d'autant plus de certitude comme cause, qu'il s'écoule moins de temps entre la date de l'impression morale et la manifestation des attaques, et que cette certitude s'affaiblit, au contraire, si au lieu de se déclarer quelques jours ou quelques semaines après, les accès surviennent au bout de plusieurs mois ou même d'une année.

Du reste, dans les cas d'épilepsie provoquée par la vue des attaques, la cause est complexe. Outre la frayeur, l'imitation peut y jouer un rôle.

L'influence de l'imitation sur une foule d'actes physiologiques et pathologiques a été étudiée avec beaucoup de soin et de sagacité par M. Jolly. Quoique mystérieuse, cette influence sur la manifestation d'un certain nombre de désordres convulsifs est positive. Suivant M. Calmeil, l'hystérie était souvent contagieuse au XVIme siècle dans les cloîtres, les hospices, les maisons d'éducation (*De la folie*, 1845, t. I, p. 254 et suiv.). Or, il est difficile d'expliquer la propriété épidémique dans ces cas, c'est-à-dire chez des personnes mangeant en commun, se réunissant dans les mêmes salles de travail, couchant les unes auprès des autres, autrement que par l'imitation. Wier a parfaitement observé, d'ailleurs, que, chez les hystériques du monastère de Kintorp, aussitôt qu'une nonne tombait dans ses attaques, les autres religieuses se sentaient atteintes des leurs; que le bruit seul d'une malade se débattant dans son lit suffisait pour provoquer le retour des crises chez les religieuses qui couchaient dans les lits contigus. Il en était de même chez les garçons et les petites filles de l'hospice des Orphelins de Hoorn. Kuiper assure que ces enfans étaient principalement repris de leurs crises quand ils entendaient ou voyaient celles de leurs camarades. Ces malades étant sortis de l'hospice, et ayant été placés isolément chez des bourgeois de la ville, les attaques hystériques diminuèrent aussitôt, et la guérison ne tarda pas à être complète chez tous, excepté chez deux filles.

Si l'imitation peut produire l'hystérie, pourquoi ne produirait-elle pas l'épilepsie? A l'appui de cette opinion, on peut invoquer les faits observés par Wier, en 1566, à l'hospice des Enfans-Trouvés d'Amsterdam, sur trente sujets, la plupart du sexe masculin. M. Calmeil met en doute, il est vrai, l'exactitude du diagnostic de Wier. Il croit que cette épidémie se rapportait à l'hystérie et non pas à l'épilepsie, parce que, outre les convulsions, il y avait du délire, et que, dans toutes les épidémies analogues, ce délire s'accompagnait de convulsions de forme hystérique. Cette assertion du savant médecin de Charenton a contre elle la précision avec laquelle Wier a eu soin de noter un phénomène qui passe avec raison pour le symptôme pathognomonique de l'épilepsie, je veux parler de la perte complète du souvenir des attaques, au sortir desquelles, dit cet auteur, les malades n'avaient aucune mémoire de ce qui leur était arrivé (*opera omnia*, p. 296). On peut encore citer un autre cas d'épidémie épileptique, c'est celui dont fut témoin M. Valli, durant les campagnes de l'armée française en Italie. Seulement, ce médecin se trompait sur la cause de l'épidémie. Au lieu d'attribuer celle-ci à l'imitation, il la rapportait au fait de prétendues répercussions psoriques. En conséquence, il crut devoir soumettre une soixantaine de soldats épileptiques à la contagion de la gale. Mais, sur ces soixante malades, en dépit du retour de l'affection psorique, deux seulement éprouvèrent de l'amélioration.

Mercurialis rangeait jadis l'imitation parmi les causes du mal caduc, et, de nos jours, M. Delasiauve professe la même opinion. Ceux qui hésiteraient encore d'y ajouter foi n'ont qu'à fréquenter la division des épileptiques à Bicêtre ou à la Salpêtrière. Ils ne tarderont pas à se convaincre qu'il suffit qu'un seul malade tombe en présence des autres pour en voir à l'instant plusieurs tomber à leur tour. C'est un spectacle dont j'ai été témoin plusieurs fois à Bicêtre, dans le service de M. Leuret.

Par toutes ces considérations, je me crois suffisamment autorisé, il me semble, à conclure, au point de vue de la prophylaxie du mal caduc, que les personnes facilement impressionnables, et en particulier les femmes enceintes, doivent éviter avec le plus grand soin le spectacle des attaques épileptiques, et qu'il est regrettable que l'autorité, qui a déjà fait disparaître l'épilepsie feinte sur la voie publique par les mendians, ne puisse prendre des mesures pour prévenir les chutes d'épilepsie réelle qui ont lieu trop souvent dans les rues, dans les promenades, dans les théâtres, dans les églises.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

Hôpital des Cliniques. — Clinique de M. le professeur Paul DUBOIS.

NOTE SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

A la fin de l'année 1854, il se manifesta dans le service de M. le professeur Paul Dubois, à l'hôpital des Cliniques, plusieurs cas de fièvre puerpérale; nous avons eu occasion de faire quelques autopsies, et nous nous proposons de rapporter ici trois observations présentant une certaine analogie entre elles, et dans lesquelles l'étude des lésions cadavériques fut faite avec soin.

La nature de la fièvre puerpérale a été le sujet de longues discussions, et les pathologistes ne sont pas encore d'accord sur le véritable caractère de cette affection. Les uns admettent, d'après les lésions que l'on rencontre sur le cadavre, une maladie toute locale; d'autres, au contraire, regardent ces altérations comme produites sous l'influence d'un état général particulier, et en ont fait une maladie désignée sous le nom de fièvre puerpérale; les partisans de cette dernière opinion sont plus nombreux que ne semblent l'admettre certains auteurs, et parmi eux nous pouvons citer MM. P. Dubois, Voillemier, Bourdon, etc., et en Angleterre Robert Lee et Rigby.

Nous nous bornerons à rappeler brièvement l'opinion de

M. le professeur Paul Dubois sur cette maladie (1). L'idée d'une fièvre d'une nature particulière, affectant spécialement les femmes en couches, fut, pendant quelques années, repoussée par les pathologistes. On admettait alors des péritonites et des métro-péritonites puerpérales exclusivement; de même que la fièvre typhoïde était confondue avec la gastro-entérite simple; plus tard, la fièvre typhoïde reprit la place qu'elle devait occuper, et cette réaction favorable s'étendit à la fièvre puerpérale qui fut distinguée de l'inflammation de l'utérus et du péritoine.

L'anatomie pathologique, mieux étudiée, vint préciser les lésions que l'on rencontre chez les femmes qui ont succombé à la fièvre puerpérale; dans d'autres cas, l'examen nécroscopique ne dévoila aucune altération correspondant aux symptômes observés pendant la vie. Lorsque l'on constate les lésions diverses produites par cette maladie ou l'absence même de ces lésions, on ne peut méconnaître l'existence d'un principe général, inconnu dans son essence, qui, localisé dans certains cas, a dans d'autres, au contraire, exercé son influence pernicieuse sur l'économie entière sans se manifester du côté d'aucun organe, pas même dans ceux qui ont été intéressés dans l'importante fonction qui vient de s'accomplir.

Les lésions que l'on rencontre et les symptômes que l'on observe peuvent se manifester sans infection générale préalable, mais ces altérations peuvent aussi déterminer une infection générale secondaire; il peut en être ainsi dans certains cas; mais cela n'exclut pas le premier mode de développement dont M. Dubois regarde l'existence comme incontestable.

Les auteurs qui ont étudié la fièvre puerpérale s'accordent à reconnaître trois formes différentes, se manifestant par des symptômes qui leur donnent un caractère spécial : la forme inflammatoire, la forme bilieuse et la forme typhoïde; on peut observer simultanément ou successivement deux de ces formes chez la même malade.

Dans la fièvre puerpérale, il semble exister une tendance de l'économie à former du pus, et c'est ce qui a fait proposer par M. Voillemier le nom de *fièvre pyogénique* pour désigner cette maladie; cette dénomination présente à l'idée un des caractères de l'affection, mais il n'indique en rien la nature, et n'est pas préférable au nom de fièvre puerpérale qui, en n'exprimant non plus qu'un caractère de la maladie, a du moins l'avantage d'être plus connu et plus employé.

Ainsi la fièvre puerpérale se manifeste le plus souvent par des localisations propres de la maladie du côté de certains viscères abdominaux; et lorsque l'intoxication générale a eu le temps de se produire, on peut voir des accidens survenir en des points plus ou moins éloignés, dans les organes thoraciques, dans les articulations, comme dans l'infection purulente que l'on observe dans les services de chirurgie. Dans d'autres cas, enfin, on ne trouve pas de lésions cadavériques, mais la maladie n'en conserve pas moins ses caractères généraux; elle se montre seulement en certains points; une épidémie plus ou moins meurtrière se manifeste, et l'on voit les malades succomber à une intoxication dont on peut suivre les rapides progrès.

Dans les mois d'octobre et de novembre 1854, il se manifesta à l'hôpital des Cliniques un certain nombre de cas de fièvres puerpérales; l'invasion de cette maladie dans les salles du service d'accouchemens fut précédée, ainsi que cela arrive presque toujours, par l'apparition, chez un grand nombre d'accouchées, de gangrène de la vulve et du vagin; en même temps on observait, chez plusieurs enfans nouveau-nés, une maladie qui se présente rarement en dehors de ces circonstances, le muguet.

Observation I. — La nommée Chevalier, âgée de 31 ans, entre à la Clinique d'accouchemens le 16 octobre 1854. Réglée à 15 ans régulièrement, elle a déjà accouché une fois à terme. Pendant la grossesse actuelle, elle n'a pas été malade, et elle accouche à terme après un travail d'une durée de quarante-huit heures; l'enfant, du sexe masculin, pesant 3,200 grammes, est bien constitué.

Le mardi, 17 octobre, cette femme se trouvait à la salle d'accouchemens; le travail était peu avancé; elle parlait facilement et paraissait même gaie dans l'intervalle des douleurs. Le lendemain matin, mercredi, nous la trouvâmes accouchée depuis quelques heures. M. Depaul, alors chargé du service, fut frappé de la lenteur de ses réponses, de l'embarras de la parole, et cet état était encore plus sensible pour ceux qui, la veille, avaient pu voir cette même femme à la salle d'accouchemens. Dans la nuit suivante, elle fut prise d'agitation et de délire, et elle se jeta en bas de son lit. Le jeudi matin, cette malade était dans un état assez grave; la parole était difficile, la face était chaude, rouge, les yeux injectés; le ventre était douloureux. On lui fit prendre 20 grammes d'huile de ricin, et on prescrivit une saignée de 200 grammes. Au moment où l'on s'apprêtait à pratiquer la saignée prescrite, la malade fut prise d'un frisson violent qui dura quinze à vingt minutes. La saignée fut ajournée; l'huile de ricin détermina des selles abondantes. Dans la nuit suivante, il y eut encore du délire et de l'agitation. Le vendredi matin, une saignée de 300 grammes fut faite, et on prescrivit une application de sangsues (quatre en arrière de chaque oreille); des sinapismes furent promenés sur les membres inférieurs.

Samedi matin. — L'état de la malade est beaucoup aggravé; la respiration est irrégulière, 32 inspirations par minute; le pouls bat 132 fois par minute; le ventre est peu sensible à la pression. (Calomel, 10 centigrammes, sucre, 1 gramme, en 20 paquets, à prendre d'heure en heure.) Le même jour, samedi matin, nous remarquons sur le bras droit, au niveau de l'articulation du coude, une large plaque rouge de 12 centimètres sur 5 : cette région est très douloureuse.

Dimanche matin. — La situation de cette malade est désespérée, et la mort a lieu, en effet, à onze heures du matin.

Autopsie (quarante-huit heures après la mort). — Nous trouvons dans la cavité abdominale une injection fine, mais peu prononcée du péritoine qui tapisse les intestins : il n'y a pas traces de pus ni de fausses membranes. Une petite quantité de sérosité limpide se trouve dans le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin. Le feuillet séreux qui revêt l'utérus est injecté en arrière surtout; une fausse membrane, petite, se trouve au point d'union de la trompe droite avec l'utérus. La trompe gauche adhère à la partie latérale et postérieure de l'utérus, le pavillon est fixé à la face postérieure de cet organe; le canal de cette trompe est encore perméable et contient du pus crémeux, homogène. Des incisions pratiquées sur l'utérus montrent le tissu de cet organe pâle, et non enflammé.

Les ovaires ne présentent rien de particulier; nous trouvons les vestiges du corps jaune du côté droit.

La cavité crânienne fut examinée. Il y a une injection assez prononcée des méninges, surtout à la base du cerveau. Le tissu cérébral est ferme, bien consistant. Les ventricules latéraux contiennent de la sérosité; leurs parois présentent une injection fine très abondante.

En examinant la partie du bras qui avait été le siége de vives douleurs, nous trouvons la peau rouge; les parties profondes paraissent seulement congestionnées.

Observation II. — Elise Moreau, 27 ans, lingère, entre à la Clinique le 16 octobre 1854. Cette jeune femme, primipare, est réglée depuis l'âge de 15 ans, irrégulièrement. Pendant la grossesse actuelle, qui paraît être arrivée à son terme, la femme Moreau a été souvent indisposée; elle a eu très souvent des vomissemens fréquens, trois à quatre fois par jour; elle a été prise de diarrhée à différentes époques de la grossesse; se trouvant dans une position peu aisée, elle a eu à souffrir de la misère. Les premières douleurs de l'accouchement se sont manifestées le 16 octobre, à quatre heures du soir, et le mardi 17, à trois heures du matin, après un travail de onze heures, la femme Moreau accouchait d'un enfant du sexe masculin, assez vigoureux, pesant 3,000 grammes. La délivrance fut naturelle.

Cette femme, accouchée le mardi matin, signale, à la visite du jeudi, une douleur existant à l'avant-bras droit; on ne remarque rien de particulier à cette région (cataplasmes laudanisés).

Vendredi matin, la douleur persiste (cataplasmes laudanisés, frictions mercurielles; calomel 0,10, extrait thébaïque 0,15 en vingt doses).

Samedi matin. — Douleur moins forte à l'avant-bras; le ventre est un peu douloureux en bas, sur la ligne médiane; pouls à 108 (même traitement).

Dimanche matin. — L'état général est mauvais; pouls, 124; la malade paraît très souffrante, très abattue; la douleur de l'avant-bras n'a pas augmenté, et n'explique pas les symptômes graves que nous voyons se manifester.

Mardi matin. — Les applications d'onguent napolitain et les frictions avec cette substance ont été continuées sur l'avant-bras et sur l'abdomen, et aujourd'hui nous constatons une salivation mercurielle bien prononcée. La malade se trouve soulagée; la douleur est moins vive à l'avant-bras et à l'hypogastre. L'état général est plus satisfaisant; la physionomie est moins abattue.

On ne remarque rien aux jambes : cependant la malade indique une douleur dans les mollets; on n'y découvre rien qui explique ce symptôme; en explorant le trajet de la veine fémorale, on ne sent absolument rien, mais la malade accuse un peu de sensibilité. (Cataplasmes, liniment, avec huile d'amandes douces, laudanum et baume tranquille; 30 grammes de vin de Bagnoles, eau de Seltz.)

Mercredi matin. — L'amélioration a continué; la physionomie est plus animée; la malade répond avec plus de facilité aux questions qui lui sont adressées.

Jeudi matin. — L'état de cette malade est moins satisfaisant que les jours précédens; symptômes généraux graves.

Vendredi matin. — Nous remarquons une aggravation des symptômes fâcheux observés hier; la respiration est gênée; la malade est abattue, ne répond plus aux questions; elle meurt le même jour, à onze heures et demie du matin.

Autopsie (soixante-douze heures après la mort). — En examinant la cavité abdominale, on ne trouve aucune trace de péritonite.

Utérus. — A l'angle droit de l'utérus, on trouve, dans l'épaisseur des parois, plusieurs petits foyers purulens, revêtus, de toutes parts, d'une membrane pyogénique; ces petits abcès ont à peu près le volume d'une noisette; ils sont plus rapprochés de la face antérieure de la matrice; les vaisseaux et les sinus utérins sont sains à l'entour. Ailleurs, et surtout à l'angle opposé, on trouve, dans les sinus veineux, de petits caillots fibrineux assez denses.

Reins. — Le rein droit contient dans sa partie supérieure un petit abcès de la grosseur d'une noix environ, formé aux dépens d'un cône de substance médullaire. Le rein gauche est parfaitement sain.

Thorax. — Le cœur ne présente aucune lésion, au sommet du poumon gauche; à la surface de l'organe, on rencontre un tubercule ramolli de la grosseur d'une noisette, autour duquel se trouvent de petits tubercules miliaires disséminés.

Avant-bras droit. — La peau de cette région est rouge; le tissu cellulaire sous-cutané présente une coloration rosée; il est plus dense qu'à l'état normal; les muscles sont de couleur violacée, comme gorgés de sang, épaissis, assez durs; mais en aucun point, on ne rencontre de pus.

Observation III. — Adélaïde Vauge, 29 ans, couturière, entrée à la Clinique le 15 octobre 1854, primipare, bien réglée, est au milieu du huitième mois de la grossesse; les douleurs se sont manifestées le 15 octobre, à midi, et vingt-quatre heures après, elle accoucha d'un enfant du sexe féminin, bien portant, pesant 2,300 grammes.

Pendant sa grossesse, Adelaïde Vauge a eu une diarrhée assez intense vers la fin du septième mois; les selles étaient sanguinolentes.

Cette femme est accouchée le lundi vers midi. Jeudi, à la visite du matin, elle se plaint de douleurs à l'avant-bras gauche. En examinant la région, on constate qu'il existe un peu d'empâtement; la peau est chaude. (Cataplasmes, frictions avec le liniment composé indiqué précédemment.

Vendredi matin. — La douleur a beaucoup augmenté; la malade exprime par ses cris une vive souffrance. L'avant-bras est douloureux au moindre toucher; il y a une tension œdémateuse de cette région; la peau est chaude; le membre est tenu immobile dans la pronation. Le même jour, la malade signale une douleur existant au membre inférieur; on ne trouve rien de particulier; on ne peut d'ailleurs obtenir aucun renseignement précis sur ce sujet.

Samedi. — L'avant-bras est toujours dans le même état; la malade indique plus exactement le siége de la douleur du membre inférieur; c'est au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et sur le côté externe du pied. Le ventre est douloureux sur la ligne médiane, en bas. (Frictions et applications d'onguent napolitain sur le ventre, l'avant bras, la jambe; en outre, calomel, 0,05; ext. thébaïque, 0,15, en 20 pilules.)

Dimanche 22 octobre. — La douleur du ventre existe toujours; l'avant-bras est tuméfié et douloureux; les mouvemens des doigts et de l'avant-bras peuvent être exécutés sans que la douleur soit augmentée; du côté de l'aisselle, il y a un peu d'empâtement; la pression est douloureuse, mais on ne sent pas de ganglions engorgés. A la partie inférieure et externe de la jambe gauche, il y a de la rougeur descendant au-dessous de l'interligne articulaire tibio-tarsien.

Mardi 24. — La douleur est moindre à l'avant-bras et à la jambe gauches; le ventre n'est plus douloureux, non plus que la région axillaire. Il n'y a pas de salivation mercurielle. (Onguent napolitain, 30 grammes; cataplasmes.)

Vendredi 27. — En examinant l'avant-bras, on peut sentir un commencement de fluctuation; le lendemain samedi 28, on sent une fluctuation manifeste; une incision est faite, et donne issue à une certaine quantité de pus. Une mèche fut introduite dans la plaie; on fit en outre une application d'onguent napolitain et on roula par dessus une bande entourant l'avant-bras et laissant un passage pour l'écoulement du pus.

Dimanche 29. — Le pansement précédent a été enlevé; la malade se trouve beaucoup soulagée; elle ne souffre plus à l'avant-bras. A la main on constate, à la face dorsale, la présence d'un abcès occupant le troisième espace inter-métacarpien. A l'ouverture de cet abcès il s'écoula une assez grande quantité de pus phlegmoneux de bonne nature.

La douleur de la jambe gauche a complètement disparu.

Aujourd'hui, la malade se plaint de douleur vive au côté gauche, douleur exaspérée par les mouvemens du tronc et les secousses de la toux. On constate de la matité à la partie inférieure du poumon; à l'auscultation, on perçoit des râles muqueux, et on remarque aussi un affaiblissement du bruit respiratoire; il y a, en outre, de l'égophonie. (On fait appliquer cinq ventouses scarifiées sur le côté gauche.)

Lundi 30. — L'avant-bras n'est plus douloureux; la malade se trouve de ce côté fort soulagée; mais l'état général est très grave et fait prévoir une terminaison funeste et imminente.

Mardi 31. — La malade est morte ce matin, peu de temps avant la visite.

Autopsie (cinquante heures après la mort). — La cavité abdominale ne contient pas d'épanchement; il n'y a pas d'adhérences. Le péritoine qui tapisse les intestins présente une injection peu prononcée. On remarque une fausse membrane petite qui adhère au ligament large, en arrière de l'ovaire.

Utérus. — Le tissu de réparation qui se trouve à la face interne de l'utérus, présente des bourgeons grisâtres très développés : lorsqu'on examine les sinus utérins à ce niveau, on remarque que leurs parois sont colorées en jaune par du pus; mais, dans leur cavité, on ne trouve pas de liquide purulent.

Ovaires. — L'ovaire gauche présente un petit abcès contenant du pus jaune-verdâtre; le corps jaune se trouve dans le voisinage de cet abcès. Les lymphatiques qui partent des ligamens larges sont remplis de pus, gonflés, et se détachent par leur aspect moniliforme sur les côtés de la colonne lombaire à gauche. L'ovaire droit renferme très peu de pus, les lymphatiques sont à peine visibles de ce côté; les ganglions sont tuméfiés et rouges, non purulens.

Les reins, le foie, le pancréas ne présentent rien de particulier, et ne contiennent pas de pus, non plus que la rate, qui est très volumineuse.

Thorax. — La cavité pleurale gauche renferme un verre environ de liquide séro-purulent épanché. La plèvre costale, mais surtout la plèvre pulmonaire de ce côté sont tapissées par une fausse membrane purulente, molle, qui s'enlève par grumeaux. Le poumon du même côté est rapetissé, par suite de la compression à laquelle il a été soumis. Le tissu pulmonaire est hépatisé, et contient des noyaux indurés dans l'intervalle desquels on rencontre de petites gouttelettes de pus.

Le poumon et la plèvre du côté droit sont sains.

Le péricarde renferme une quantité assez notable de sérosité, dans laquelle nagent de petits flocons albumineux, produits par un travail inflammatoire.

Le cœur ne présente rien de particulier.

Avant-bras gauche. — La peau est décollée des parties sous-jacentes par une infiltration purulente du tissu cellulaire : au ligament annulaire du carpe, les tendons des muscles sont disséqués par le pus. Dans l'épaisseur des muscles de la couche profonde, il y a des collections de pus bien homogène.

Au bras il n'y a rien de particulier à noter; l'articulation du coude, celle de l'épaule sont saines, ainsi que la symphyse pubienne.

Le membre inférieur gauche, qui avait été douloureux dans le principe, ne présentait aucune altération.

La première de ces observations nous offre un cas de forme typhoïde de la fièvre puerpérale, et les deux autres présentent la variété inflammatoire de cette affection. Nous n'avons pas l'intention de nous étendre sur ce sujet, et nous nous bornerons à faire remarquer que le traitement consiste surtout en l'administration des préparations mercurielles : une saignée fut pratiquée chez la première malade; mais les émissions sanguines sont très rarement employées par M. Dubois, qui n'en a pas obtenu des résultats satisfaisans; les vomitifs conviennent surtout dans la forme bilieuse de la fièvre puerpérale;

(1) P. Dubois, *Dictionnaire en 30 volumes*, article FIÈVRE PUERPÉRALE.

dans l'épidémie de 1782, qui fut observée par Doulcet, à l'Hôtel-Dieu, on put se convaincre des bons effets de cette médication dans la forme bilieuse de la fièvre puerpérale.

JULES ROUYER.

REVUE GÉNÉRALE.

Vœux pour l'établissement des salles d'aspiration dans les hôpitaux. — Ophthalmie causée par la chaux éteinte, guérie par un collyre d'eau sucrée. — Qu'est-ce que l'ozone?

M. le professeur Teissier, de Lyon, frappé des beaux succès obtenus au Vernet, à Aix-en-Savoie, à Allevard, par les aspirations médicamenteuses dans les cas de laryngite chronique avec aphonie, de bronchite chronique avec amaigrissement général et imminence de tuberculisation pulmonaire, et même de phthisie confirmée, au rapport de Lallemand, M. Teissier demande, avec une conviction chaude et sincère, que ce moyen, à l'usage exclusif jusqu'à ce jour des classes riches, soit généralisé et appliqué aussi au traitement des malades qui viennent demander les secours de l'art aux établissemens de l'assistance publique.

Tout le monde sait que le but qu'on veut atteindre dans les établissemens thermaux que nous venons de citer est de faire vivre les malades dans une atmosphère médicamenteuse, et qu'on y a disposé des salles spéciales où, au moyen d'appareils très simples, ce résultat est obtenu. Rien ne serait plus facile, selon M. Tessier, que l'organisation de ces salles d'aspiration dans les hôpitaux, car il suffirait de construire deux chambres un peu vastes, entourées de gradins, dans lesquelles on ferait pénétrer par la partie inférieure et échapper par la partie supérieure, dans l'une des vapeurs sulfureuses, et dans l'autre des vapeurs de térébenthine ou de goudron. Il est bien entendu que ces salles devraient être construites de manière à pouvoir y établir une ventilation satisfaisante et à pouvoir en varier la température. Mais il serait facile de satisfaire à toutes ces exigences, en prenant pour modèles les salles d'aspiration qui existent au Vernet, au Mont-Dore et à Allevard. En résumé, dit M. Tessier, les salles d'aspiration constituent évidemment un des progrès les plus utiles de la thérapeutique moderne, dans le traitement des affections chroniques des organes respiratoires. Elles ont déjà rendu de nombreux et incontestables services et sont appelées à en rendre de bien plus nombreux encore, car les classes riches seules, celles qui fréquentent les eaux minérales, en connaissent les bienfaits, et cependant rien de plus aisé que d'y faire participer les pauvres. Il suffit, pour cela, de créer une ou deux chambres d'aspiration dans chaque établissement nosocomial. La création de ces salles me paraît aussi utile pour les maladies anciennes de l'appareil respiratoire que l'existence des cabinets de douches pour les rhumatismes. Il y a plus, c'est que non seulement au point de vue médical on en retirerait de grands avantages, mais encore au point de vue administratif et purement économique, on pourrait guérir ou soulager, à l'aide d'une médication très simple et peu dispendieuse, des maladies dont le traitement, dans les conditions où nous sommes aujourd'hui, exige l'emploi d'un grand nombre de remèdes, qui pourraient être avantageusement remplacées par l'usage des salles d'aspiration. — (In *Bulletin gén. de thérap.*, octobre 1855.)

M. Gosselin, ayant eu à traiter une ophthalmie avec opacité de la cornée, occasionnée par la projection dans l'air de la chaux éteinte, a employé avec succès, comme collyre, l'eau sucrée, sur les indications de M. Bussy, dans le but de dissoudre la chaux en formant avec elle un saccharate soluble. L'observation clinique ayant démontré depuis longtemps que le sucre, au lieu d'augmenter les ophthalmies, en diminue souvent l'intensité, je passai outre, sans faire d'essais nouveaux sur les animaux, et je prescrivis l'emploi du collyre sucré instillé sur l'œil toutes les deux heures. Le résultat m'a paru très satisfaisant. Dès le lendemain, la cornée était moins opaque; au bout de quarante-huit heures, cet effet était plus marqué. Quelques jours après, la vision commençait à se rétablir et la pupille à redevenir apparente. Un pareil succès sera-t-il obtenu dans tous les cas? Je n'ose pas l'espérer; mais rien ne me paraît plus rationnel que l'emploi du sucre contre ce que j'appellerais volontiers l'élément chimique de la maladie. Je crois bien que cette substance ne fait pas disparaître l'opacité aussi promptement que le feraient les acides, parce qu'elle ne se combine pas aussi vite avec la chaux. Mais néanmoins elle mérite la préférence, à cause de son innocuité, et je n'hésite pas à en recommander l'emploi à tous ceux de nos confrères qui auraient eu à traiter des cas semblables. Ce mode de traitement serait précieux, surtout dans ceux où les deux yeux seraient blessés en même temps.

Quant à l'autre indication, celle qui s'adresse à l'élément inflammatoire, j'ai employé les antiphlogistiques et les révulsifs suivant les règles habituelles de la pratique. Il est évident qu'on devrait, dans tous les faits de ce genre, les mettre en usage et les modifier suivant l'intensité plus ou moins grande de la phlegmasie. Je ne connais pas de moyen spécial pour empêcher la rétraction de la conjonctive, et chez mon malade les brides qu'elle a formées n'ont pas été assez courtes et assez inextensibles pour nécessiter les opérations qu'on a quelquefois exécutées dans des cas analogues.

La chaux vive projetée sur l'œil agit probablement par son calorique, c'est-à-dire modifie profondément la cornée, en coagulant sa matière albumineuse, désorganise la conjonctive, provoque une ophthalmie purulente consécutive et la fonte de l'œil. Mais il n'est pas impossible cependant qu'au moment où elle arrive sur la cornée, elle ait perdu une assez grande quantité de calorique pour ne pas brûler, et qu'elle agisse comme la chaux éteinte, en s'infiltrant et séjournant dans cette membrane. C'est pourquoi, si l'inflammation ultérieure ne prenait pas une grande intensité, il serait encore indiqué d'essayer le traitement par l'eau sucrée. S'agit-il d'une opacité par coagulation albumineuse, ce moyen sera sans effet, mais aussi sans danger; s'agit-il d'une opacité calcaire, il pourra être très utile et contribuer au rétablissement de la transparence.

Je puis résumer les idées nouvelles émises dans ce travail par les deux propositions suivantes :

1° La projection de la chaux éteinte dans l'œil donne lieu à une opacité de la cornée, qui est due à la pénétration de cette substance dans l'épaisseur même de la membrane.

2° Le meilleur moyen de faire disparaître cette opacité est l'instillation fréquente de l'eau sucrée. — (In *Archives gén. de méd.*, novembre 1855.)

Quoique nous ayons plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs sur l'ozone et que nous ayons scrupuleusement reproduit toutes les communications faites depuis quelques années sur cet élément nouveau et si singulier de l'atmosphère, nous ne résistons pas au plaisir de reproduire aussi un excellent article de M. V. Meunier sur ce sujet intéressant, et dans lequel l'habile directeur de l'*Ami des sciences* a exposé avec une lucidité remarquable l'état de la science sur ce point :

« Qu'est-ce que l'ozone?

» Nous répondrons avec empressement, car il s'agit d'un sujet neuf, digne d'attention à plusieurs titres et qui se recommande également au chimiste, au météorologiste, au médecin. Désormais, l'étude des variations du nouveau principe entre dans les observations météorologiques quotidiennes au même titre que celle de la température, de la pression atmosphérique, de l'humidité, des vents, etc.

» L'ozone n'est rien autre chose que l'oxygène même, ce gaz qui entre pour 21 centièmes dans la composition de l'air que nous respirons. Mais c'est de l'oxygène si différent du corps auquel les chimistes sont habitués de donner ce nom que, sous son déguisement, on a beaucoup de peine à le reconnaître.

» Ainsi l'oxygène est sans odeur, tout le monde le sait; l'ozone, au contraire, est très odorant. C'est même par son odeur qu'il a révélé sa présence aux observateurs, et son nom tiré du grec rappelle cette propriété.

» Son odeur tient à la fois de celle du chlore mêlé à l'air, du phosphore et du soufre en combustion. C'est celle qui se manifeste par suite des décharges quand on tourne le plateau d'une machine électrique ou quand la foudre éclate.

» Mais les propriétés nouvelles et permanentes que l'oxygène acquiert en devenant ozone, ne se bornent pas à cela; on sait, par exemple, que l'oxygène ordinaire ne se combine que très lentement au mercure à la température ordinaire; l'ozone, au contraire, se combine très rapidement avec ce métal. En un mot, les *propriétés oxydantes de l'ozone sont beaucoup plus énergiques que celles de l'oxygène ordinaire.*

» Van Marum s'est trouvé le premier en présence de ce corps remarquable. C'était en 1785; ayant à sa disposition la grande machine du musée de Teyler, il excitait des étincelles dans un tube plein d'oxygène. Au bout d'un quart d'heure, après 5,000 étincelles, l'oxygène avait pris une odeur très forte, « qui lui parut être très clairement l'odeur de la matière électrique. »

» De 1785 à 1840, ces expériences remarquables furent complétement perdues de vue. En cette dernière année, M. Schœnbein, professeur de chimie à Bâle, et inventeur du coton-poudre, décomposant l'eau par la pile, remarqua que la production du gaz hydrogène était accompagnée d'une odeur toute particulière. Il publia un mémoire à ce sujet. Quel était ce nouveau corps? Était-ce un corps simple? était-ce un composé oxygéné de l'azote ou de l'hydrogène? L'ingénieux chimiste laissa la question indécise, mais il donna le nom d'*ozone* à la substance odorante.

» En 1851, deux savants de Genève, MM. Marignac et de La Rive, conclurent, d'une suite d'expériences, que l'ozone n'est que de l'oxygène dans un état particulier d'activité chimique qui lui est imprimé par l'électricité. Berzélius et M. Faraday croyaient également à un état isomérique ou allotropique, c'est-à-dire à une simple modification de l'oxygène. Enfin, dans cette même année 1851, M. Schœnbein, qui venait d'aborder pour la troisième fois cette intéressante question, se rangeait à l'avis de MM. Marignac et de La Rive.

» Cependant, la plupart des chimistes ne l'admettaient encore qu'avec hésitation; de nouvelles expériences étaient nécessaires. Celles que MM. E. Frémy et Edmond Becquerel firent en 1852 paraissent avoir levé tous les doutes; elles ont démontré, en confirmation des travaux rappelés plus haut, que l'électricité agissant sur l'oxygène, développe en lui des propriétés nouvelles : aussi ces Messieurs ont-ils proposé de remplacer le nom d'ozone par celui d'oxygène électrisé.

» L'ozone n'est donc qu'une forme particulière de l'oxygène. Ainsi, nous sommes là en présence d'un de ces changemens que, sous l'empire des circonstances extérieures, les corps simples et les corps composés subissent dans leurs propriétés les plus essentielles. Les changemens que l'électricité apporte ici à l'oxygène sont, en effet, comparables à ceux que les rayons solaires produisent dans le chlore, dont ils rendent les affinités beaucoup plus énergiques; à ceux que la chaleur détermine dans le soufre, le phosphore, le carbone, dont ils modifient la couleur, la consistance, la solubilité, les affinités; et dans tant de composés, dans les oxydes métalliques, par exemple, qui éprouvent sous son influence des transformations isomériques. Ainsi, cette collection de faits mystérieux et d'un si puissant intérêt, dont l'étude approfondie modifiera sans doute les idées classiques, déjà fort ébranlées sur la nature et le nombre des prétendus corps simples, cette collection se trouve accrue d'une unité.

» Une fois admis que, sous l'action répétée d'étincelles électriques, l'oxygène peut entrer dans un état particulier d'activité chimique, on devait se demander si le changement que nous provoquons dans nos laboratoires ne se produit pas spontanément dans l'atmosphère, ou plutôt on ne pouvait douter que l'atmosphère, incessamment sillonnée par les orages, ne vît s'accomplir dans son sein les variations chimiques dont il s'agit. C'est ce dont, au reste, on ne tarda pas à avoir la certitude.

» Dès 1850, M. Schœnbein avait constaté que l'ozone décompose l'iodure de potassium, et il avait reconnu qu'une bande de papier amidonné, renfermant une faible quantité de ce sel, constitue le réactif le plus sensible pour reconnaître la présence du nouveau corps. Une bande de papier ainsi préparée, exposée à l'air y révéla bientôt, en passant du blanc, qui était sa couleur avant l'expérience, à un bleu plus ou moins foncé, la présence de l'ozone. L'ozone existe donc naturellement dans l'air, c'était un point démontré; mais s'y trouve-t-il toujours dans les mêmes proportions? Le contraire était évident. De quelle importance alors n'était-il pas d'étudier ses variations! Pour cela, il fallait pouvoir rapporter les observations à un commun terme de comparaison; rien n'était plus facile.

» On dressa une échelle ozonométrique en divisant en un certain nombre de parties ou degrés l'espace chromatique compris entre le blanc répondant à l'absence d'ozone et la coloration bleue, la plus intense que l'ozone, à son maximum, puisse produire sur le papier ozonoscopique en mettant l'iode à nu. 10 fut le nombre de divisions adoptées, et ceci fait, on posséda un *ozonoscope* au moyen duquel on put mesurer les variations quotidiennes de l'ozone atmosphérique, comme au moyen du thermomètre et du baromètre on mesure les variations quotidiennes de la température et de la pression atmosphériques.

» Plusieurs physiciens, comprenant l'importance de cette nouvelle branche d'observations météorologiques, s'y sont adonnés. MM. Bœckel à Strasbourg, Simonin père à Nancy, Wolf à Berne, Billiard à Corbigny, Schapter et Beslsberg en Allemagne, Gaillard en Amérique, etc., sont au nombre de ces observateurs.

» Ainsi voilà un corps dont il y a peu d'années on ne soupçonnait pas l'existence et qui ne cesse d'agir sur nous et sur toute la nature animée. Quant à l'intensité de son action, comment la mettre en doute? comment douter que des variations considérables dans le pouvoir oxydant du gaz respirable n'aient une influence puissante sur la respiration et par conséquent sur toutes les fonctions vitales?

» Un médecin américain, M. E.-S. Gaillard, voit une relation entre la présence de l'ozone dans l'air atmosphérique et l'apparition des fièvres intermittentes.

» D'après le docteur Bœckel, la malaria se montre toujours avec le zéro de l'ozonoscope, et la même chose a lieu quand les fièvres paludéennes règnent fortement.

» D'après M. Schœnbein, on a observé une quantité considérable d'ozone dans l'atmosphère de Berlin pendant une épidémie de grippe et sous une constitution médicale prédisposant aux affections de poitrine, et l'inverse a eu lieu sous le règne d'une constitution gastrique.

» D'après cet observateur, l'ozone a fait complétement défaut dans l'atmosphère de la même ville pendant une épidémie du choléra.

» D'après M. Bœckel, le même fait s'est produit à Strasbourg. La présence du choléra y a coïncidé avec l'absence d'ozone, et l'ozone a reparu dès que le choléra a été en décroissance.

» M. Billiard regarde la diminution de l'ozone comme la cause première de cette terrible maladie.

» Enfin, sans aller aussi loin, M. Wolf, dans la lettre qui a été l'occasion de cet article, confirme pour la ville de Berne, qu'il habite, les observations faites à Strasbourg par M. le docteur Bœckel.

» Il nous paraît vraisemblable que l'ozone n'a pas seulement un grand rôle physiologique, et qu'il faudra le faire intervenir dans l'explication de plusieurs phénomènes physiques et chimiques, tels, par exemple, que la production de l'acide nitrique au sein de l'atmosphère et le dégagement d'odeur qui si souvent accompagne la foudre. »

Amédée LATOUR.

ENSEIGNEMENT.

COURS DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE;

Professé par M. FLOURENS, au Muséum d'histoire naturelle.

(Notes recueillies par M. Charles ROUX.)

Quarantième Leçon.

SOMMAIRE. — Preuves de l'unité de création, résumé.

Lorsque j'ai commencé avec vous ces études paléontologiques, je me suis dit : *Magnum opus ingredior.* Ma tâche est, en effet, difficile. En soutenant la simultanéité de création du règne animal, je romps avec les idées reçues, et déjà, dans cette enceinte, j'ai soulevé de vives contradictions. A la passion qui nous anime tous, il est aisé de voir qu'il s'agit d'un grave intérêt scientifique. Plusieurs de mes auditeurs m'ont fait l'honneur de m'écrire : les uns, partisans résolus des créations successives, me combattent; les autres, qui seraient plus favorables à ma cause, hésitent à me suivre. Ils m'engagent à tenter la fortune, à prendre le large; mais tout en m'encourageant, ils restent prudemment sur le rivage.

Dans cette leçon, la dernière de mon cours de cette année, je ne saurais traiter à fond la grande question qui nous occupe. Elle sera encore de ma part l'objet d'études suivies, et j'espère la reprendre dans mon enseignement. Je ne puis, quant à présent, que résumer les preuves qui me paraissent militer en faveur de l'unité de création.

Elles sont de quatre sortes, et je les appelle : 1° *directes*; 2° *indirectes*; 3° *physiologiques*; et 4° *philosophiques*.

Reprenons chacune de ces preuves.

1° L'une des preuves directes de l'*unité de création*, et la principale, c'est l'*unité du règne animal*. Il n'y a pas un double règne animal — un règne fossile et un règne vivant. — Chacun d'eux, pris isolément, n'est qu'une partie incomplète; réunis, ils font un tout complet. Ils s'adaptent et s'ajustent l'un à l'autre, exactement comme les parties arrachées d'un bas-relief retrouvent leur place dans une restauration.

C'est ainsi — nous l'avons vu — que le plésiosaurus se place entre les

reptiles et les amphibiens; que le ptérodactyle relie les oiseaux et les reptiles.

Autre exemple : le groupe vivant des pachydermes est l'un des plus mutilés; il ne contient plus que huit genres, et chacun de ces genres, éléphant, cheval, cochon, etc., offre un type différent. Chacun d'eux paraît isolé, sans relation directe avec son congénère. Mais si l'on rapproche les pachydermes fossiles des pachydermes vivans, l'isolement de ceux-ci disparaît. Les fossiles très nombreux viennent se placer auprès de leurs congénères vivans, les relient entre eux, et le groupe des pachydermes, ainsi restitué, offre un ensemble complet et harmonique.

Le naturaliste pourrait-il reconstruire, *restaurer* le règne animal avec les fossiles, si ceux-ci appartenaient à un règne différent?

L'unité de règne étant démontrée, j'en déduis l'unité de création.

2° Je passe à un autre ordre de preuves, aux preuves indirectes.

Cuvier disait : « Ce qui est certain, c'est que nous sommes maintenant au moins au milieu d'une quatrième succession d'animaux terrestres, et qu'après l'âge des reptiles, après celui des palæothériums, après celui des mammouths, des mastodontes et des megathériums, est venu l'âge où l'espèce humaine, aidée de quelques animaux domestiques, domine et féconde paisiblement la terre. »

D'après cela, Cuvier admettait quatre époques dans l'histoire de la vie sur la terre : 1° l'époque des mollusques, des poissons et des reptiles ; 2° celle des palæothériums ; 3° celle des mammouths ; 4° enfin celle de l'homme.

Il est vrai que dans ce passage, qui est comme le résumé de ses recherches, Cuvier ne parle que de *populations* successives; mais, au fond, c'est bien de *créations* qu'il s'agit, et la phrase suivante, du même naturaliste, que j'ai déjà citée, ne laisse aucun doute à cet égard : « Qu'on se demande pourquoi l'on trouve tant de dépouilles d'animaux inconnus..... et l'on verra combien il est probable qu'elles ont appartenu à des êtres d'un monde antérieur au nôtre..... ; êtres dont ceux qui existent aujourd'hui ont rempli la place, pour se voir peut-être un jour également détruits et remplacés par d'autres. » L'idée de créations nouvelles ressort avec évidence de cette phrase. Seulement Cuvier ne prononce pas le mot *création*, il ne l'employait pas couramment, il en était effrayé.

Après Cuvier, un grand nombre de naturalistes — presque tous — ont admis des créations successives. Ils fondent leur théorie sur des faits *négatifs*, par exemple sur celui-ci : dans les couches où gisent les reptiles, on ne trouve pas de mammifères. Mais des faits *positifs* ont déjà fait chanceler la théorie.

Ainsi, par exemple, les grands et singuliers reptiles, tels que le plésiosaurus et le mégalosaurus, se rencontrent dans les calcaires jurassiques et, jusqu'à la découverte dont je vais parler, il était admis que les mammifères n'existaient que dans les couches supérieures, dans les terrains tertiaires. Or, on trouva un jour, en Angleterre, dans les schistes oolithiques de Stonesfield, lesquels sont de l'époque jurassique, de petites mâchoires inférieures qui, ayant été examinées par Cuvier, furent déclarées par lui appartenir à un mammifère de l'ordre des didelphes.

Ce simple fait renversait toutes les idées jusqu'alors admises : aussi fit-il sensation. L'on contesta d'abord la date des terrains où la découverte avait eu lieu. Mais un examen attentif fit voir que ces terrains appartenaient bien réellement à l'époque jurassique. Ce point étant hors de doute, on contesta la caractéristique qui avait fait attribuer les ossemens à un mammifère. Une discussion s'éleva; M. de Blainville les rapporta à un reptile. Il proposa d'appeler l'animal *amphithérium*. Mais M. Richard Owen, un des plus habiles paléontologistes de notre temps, prouva clairement, après Cuvier, que ces ossemens étaient ceux d'un didelphe. Divers autres débris ayant été trouvés dans les mêmes schistes, M. Richard Owen créa, avec ces débris, deux genres de marsupiaux fossiles; il appela l'un *thylacothérium* et l'autre *phascolothérium*.

Autre fait non moins probant : Cuvier niait qu'il existât des quadrumanes fossiles. Suivant lui, ces animaux appartenaient à la dernière époque, à la nôtre. Or, M. Richard Owen et M. Lartet ont découvert, dans ces derniers temps, des os, à n'en pas douter fossiles, de quadrumanes.

Mais l'homme, disait Cuvier et disait-on après lui, l'homme, on ne l'a trouvé nulle part à l'état fossile. Ici nous rencontrons encore M. de Blainville en contradiction avec Cuvier. Nous lisons dans l'*Histoire des sciences de l'organisation* : « Cuvier tire une dernière preuve de ses révolutions de la négation gratuite d'os humains fossiles ; il y en avait, dès son temps, de découverts, et il y en a eu beaucoup depuis. Pour appuyer cette négation, il fait une distinction : « Je dis qu'on n'a jamais » trouvé d'os humains parmi les fossiles proprement dits, ou, en d'autres » termes, dans les couches régulières de la surface du globe. » Cette distinction, purement gratuite, est contradictoire et ne peut être admise : car on a trouvé des ossemens humains avec des ossemens d'animaux perdus, d'animaux qui se trouvent dans les couches régulières, et qui n'y ont pas d'autres caractères que dans les terrains meubles : dans un cas les mêmes os seraient donc fossiles, et dans l'autre ne le seraient pas, par la seule raison qu'on ne veut pas admettre comme fossiles les ossemens humains avec lesquels ils se trouvent. Mais, d'ailleurs, on a trouvé des ossemens humains dans des terrains réguliers. Cette dernière preuve croule donc comme toutes les autres, et avec elle la théorie des révolutions et des irruptions successives et des créations répétées qui en sont une déduction. »

Je ne passe pas sur ce sujet aussi absolu dans mes affirmations que M. de Blainville. Il y a là, en effet, des raisons de douter. Les êtres humains ayant des caractères spécifiquement identiques, ne formant qu'une espèce, il sera toujours très difficile d'assigner un caractère fossile à des ossemens humains.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que la théorie des créations successives, battue en brèche, est déjà fort endommagée. Encore quelques faits d'une authenticité et d'une signification pareilles à celles des schistes de Stonesfield, et la théorie est renversée.

Et, comme dans la question que nous traitons, il n'y a place que pour les deux théories tout à fait opposées de la succession ou de l'unité de création, je suis fondé à dire que ce qui affaiblit l'une fortifie l'autre.

Les arguments que l'on oppose à la théorie des créations successives prouvent donc, d'une manière indirecte, en faveur de la théorie de la création simultanée.

3° J'arrive aux preuves physiologiques de l'unité de création. Je les tire de la ressemblance qui existe entre les espèces fossiles et les espèces vivantes.

L'éléphant vivant et l'éléphant fossile sont-ils de même ou de différente espèce? Nous sommes arrivés à reconnaître, avec Cuvier, que l'*elephas primigenius* diffère de l'éléphant des Indes. Il n'en est pas moins vrai que M. de Blainville, un homme d'autorité, a prétendu que les deux éléphans ne formaient qu'une espèce. Son assertion seule n'est-elle pas une preuve, sinon de l'identité, du moins de la ressemblance, de l'extrême ressemblance des deux espèces?

Nous sommes même restés dans le doute sur la question de savoir si l'espèce de l'éléphant des Indes et une espèce fossile, autre que l'*elephas primigenius*, différaient entre elles.

L'ours fossile a le front un peu plus bombé que l'ours vivant; et c'est là tout ce qui les différentie. Il y a plus : « Les os fossiles de chevaux, dit Cuvier, ne peuvent se discerner des os de chevaux vivans. »

Voilà donc des éléphans qui, s'ils n'appartiennent pas à la même espèce, sont si rapprochés qu'on les dirait *taillés sur le même patron*. De même pour une foule d'autres animaux. Et il y aurait eu une création pour chacune de ces espèces! Le grand ouvrier, qui fait si bien les choses d'ensemble, s'y serait pris à deux fois pour former des espèces si voisines, et dont les traits généraux sont les mêmes!

4° Viennent, en dernier lieu, les preuves philosophiques.

Les partisans des créations successives ont beau faire : nous ne pouvons accepter comme *complets*, ni par conséquent comme *probans*, les faits sur lesquels ils fondent leur théorie.

L'isolement d'une population fossile dans les couches de la terre est, pour nos adversaires, l'indice et même la preuve d'une création nouvelle. Mais les recherches paléontologiques, jusqu'à présent restreintes à un très petit nombre de localités, nous donneront-elles toujours le même arrangement des fossiles dans les différentes couches?

Déjà nous pouvons répondre négativement. L'on a découvert, en effet, des singes fossiles, ces singes dont l'existence était niée. Et la découverte, qui date d'hier, a été faite à deux pas de nous. Les paléontologistes sont si peu avancés dans leurs recherches, même dans la recherche des trésors qui sont à côté d'eux! Cuvier, lorsqu'au commencement de ses études il rassemblait péniblement des os ou des fragmens d'os, venus de divers côtés de France et d'Europe, Cuvier était bien loin de se douter que le sol parisien, sur lequel il marchait, était une mine inépuisable d'ossemens fossiles.

Vous voulez que des faits incomplets, grossièrement incomplets, mon esprit les accepte pour base d'une théorie! Non, cela n'est pas possible.

Quand l'eau courbe un bâton, ma raison le redresse,

a dit La Fontaine. De même ma raison rejette les faits que vous me présentez. Ils sont incomplets, et *les faits incomplets mentent*. Les premiers navigateurs, dans les temps modernes, croyaient que le monde finissait au cap des Tempêtes. Colomb doubla le redoutable cap et découvrit un autre monde. Le cap des Tempêtes, une fois dépassé, est devenu le cap de Bonne-Espérance.

Je termine ici mon cours, et il ne me reste plus qu'à vous remercier, Messieurs, de l'attention soutenue que vous m'avez prêtée. Cette attention, je la dois sans doute à l'importance et à la grandeur des sujets traités. Au temps où nous sommes, le *maître* n'impose plus ses doctrines, il les livre à l'examen, à la discussion : les solutions que j'ai proposées, méditez-les, et, que vous les adoptiez ou non, je serai heureux d'avoir provoqué, de votre part, des recherches utiles et concluantes. C'est ainsi que nous aurons tous apporté notre pierre au bel édifice scientifique qu'élève le XIXme siècle.

PRESSE MÉDICALE.

SUR LE RAPPORT DE CAUSALITÉ ENTRE L'URÉMIE ET L'ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES, EN TRAVAIL ET ACCOUCHÉES; par le professeur LITZMANN, à Kiel. — L'auteur, un des premiers à adopter et à corroborer par ses travaux l'opinion de Frerichs sur la dépendance de l'éclampsie de l'albuminurie, passe en revue les principales objections qui ont été opposées et les combat par des faits et le raisonnement. Voici les principaux points touchés par le professeur de Kiel, et que nous tâcherons d'extraire aussi brièvement que possible.

Tous les observateurs sont d'accord aujourd'hui sur un point, c'est que, dans l'éclampsie, l'urine est, presque sans exception, riche en albumine (et en coagulums fibrineux). Abstraction faite des cas de maladies étrangères, comme méningites, épilepsie habituelle, les cas d'absence d'albumine sont des plus grandes raretés et doivent être rejetés de prime-abord, lorsque la méthode d'investigation n'est pas indiquée. Deux cas de Braun, sur lesquels on s'est fondé pour l'attaquer, n'existent pas en réalité; par une faute d'impression, il est dit éclampsie au lieu d'épilepsie.

Mais, objecte-t-on, accordé même l'existence constante de l'éclampsie avec les altérations de l'urine, il n'est pas démontré que ces dernières précèdent toujours les convulsions. L'observation a prouvé, au contraire, l'existence beaucoup plus fréquente de l'albumine pendant et après l'accouchement, qu'avant, pendant la grossesse; et l'augmentation de ce corps pendant les efforts de l'accouchement; ce dernier est donc une cause efficiente très active de l'albuminurie.

M. Litzmann répond à cela, que les observations n'ont pas été toujours convenablement faites; on a analysé l'urine après le premier ou les premiers accès d'éclampsie et souvent on l'a trouvée tellement chargée d'albumine, qu'elle s'était solidifiée par l'ébullition ; le microscope a montré alors dans le liquide d'abondans cylindres fibrineux, recouverts d'une grande quantité d'épithélium glandulaire, en partie déjà en proie à la dégénérescence graisseuse, ou même à une décomposition complète. Comment admettre qu'une lésion des reins aussi profonde ait pu se faire en quelques heures? On possède, d'ailleurs, un grand nombre d'observations d'albuminurie des plus caractérisées, pendant la grossesse. Une autre cause d'erreur réside dans une déplorable confusion entre deux états pathologiques des plus distincts. Il ne suffit pas qu'une urine contienne de l'albumine, pour qu'on puisse admettre une maladie de Bright; il faut de plus les caractères microscopiques de cette lésion, tels que les cylindres fibrineux, les cellules épithétiales plus ou moins altérées, etc. Néanmoins, il n'est pas impossible que, sous l'influence du trouble de la circulation pendant l'accouchement, ou peut-être même après, il ne se développe une véritable maladie de Bright.

Mais, dit-on encore, les autopsies ont rarement fait voir la maladie de Bright, chez les femmes mortes éclamptiques; car, selon Scanzoni et Virchow, la simple hypérémie des reins et même leur inflammation catarrhale et croupale ne peuvent caractériser cette maladie.

M. Litzmann rappelle que, dans bien des cas, il est impossible de se prononcer d'une manière catégorique sur la valeur des altérations des reins, sans le secours du microscope. Quand la marche en était lente, surtout quand la maladie est causée par un trouble mécanique dans la circulation veineuse comme dans la grossesse, l'augmentation du volume de l'organe, même à la seconde période, et le changement de coloration sont souvent peu apparens. Le troisième degré même, s'il est léger peut échapper à l'œil non armé d'un observateur moins exercé. Dans les cas où le microscope n'a pas été mis en usage, il peut donc arriver que, sous les dénominations d'hypérémie, hypertrophie, atrophie, œdème des reins, il se cache peut-être un degré plus avancé de la maladie de Bright. Mais, abstraction faite de ces exigences, on trouve publiés un grand nombre de cas où cette maladie ne peut être niée d'aucune façon.

Lorsque les symptômes de l'urémie surviennent dans une période plus avancée des couches, on peut admettre, même sans l'autopsie, une lésion pathologique profonde des reins. Quoique l'on ne puisse nier la possibilité du commencement de la lésion après l'accouchement, la probabilité le fait cependant remonter à une époque antérieure. Il arrive plus souvent qu'on ne pense, qu'un état pathologique des reins, commencé dans la grossesse, continue après l'accouchement comme maladie chronique, et détermine, après un temps plus ou moins long, les symptômes de l'uroémie.

Pendant la grossesse, la maladie de Bright ne marche pas vers un degré très avancé; c'est ce qui explique pourquoi si souvent la lésion rénale et les symptômes urinaires se dissipent après l'accouchement, et si la mort survient par une autre cause, on trouvera, à l'autopsie, des reins normaux.

D'après MM. Scanzoni et Virchow, il n'aurait pas existé alors de maladie de Bright. M. Litzmann ne veut pas ergoter sur le nom. La question de savoir, si le commencement et les degrés inférieurs de l'affection exsudative des reins méritent déjà cette dénomination, ou s'il ne faut la réserver que pour les désorganisations plus avancées, est de peu de valeur pour ce sujet. Il s'agit ici, pour l'accoucheur, de savoir si l'exsudation opérée dans les reins à la suite de la grossesse suffit pour entraver la sécrétion de certains matériaux spécifiques, surtout de l'urée, au point que l'urémie puisse en résulter. Cette question peut être résolument affirmée.

Il est plus difficile, impossible même, de déterminer quel est l'agent qui produit l'altération du sang et en quoi consiste celle-ci. Ce ne peut être l'urée ; tout le monde est d'accord là dessus. Lehmann et Frerichs l'attribuaient au carbonate d'ammoniaque provenant de la décomposition de l'urée. Cette théorie a soulevé plusieurs objections sérieuses. Ainsi, il est des cas d'urémie dans lesquels on n'a pas trouvé d'ammoniaque dans le sang et dans les liquides secrétés, mais de grandes quantités d'urée ; d'un autre côté, l'ammoniaque dans le sang n'appartient pas exclusivement à l'urémie, on la trouve exceptionnellement dans d'autres affections (typhus, pyémie, par exemple), dans lesquelles l'urée ne manque pas dans l'urine, et qui ne présentent pas les symptômes d'urémie. Dans tous les cas, il en résulte que le carbonate d'ammoniaque n'est pas la seule cause de ces symptômes. On pourrait peut-être en accuser les matières extractives, retenues également dans le sang; Hoppe a trouvé leur quantité triplée dans le sérum du sang, dans un cas, et les muscles également surchargés de leurs produits d'excrétion; la créatine qu'il en avait retirée était cinq fois aussi considérable que dans l'état normal.

Comme la maladie de Bright peut facilement survivre à une grossesse et devenir ainsi la menace d'éclampsie dans une grossesse suivante, on ne doit jamais cesser le traitement aussi longtemps que l'urine montre encore des traces d'albumine.

Quoique l'éclampsie soit le symptôme le plus ordinaire de l'urémie chez les accouchées, elle n'en est pas le seul. L'amaurose, d'après Simpson, également d'autres paralysies locales, de la face, l'hémiplégie, et d'après M. Litzmann, la manie, la stupeur, etc., sont parfois des suites d'urémie. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n[os] 29 et 30.)

COURRIER.

Nous ne répondons ordinairement qu'une fois l'an aux attaques incessantes et bimensuelles de la *Revue médicale*; nous croyons que c'est assez; d'aucuns nous disent même que c'est trop. Comme notre réponse annuelle ne date que de quelques jours, nous verrons au mois de novembre 1856 ce que nous devons faire du dernier article que ce journal vient de publier. Si la *Revue* est bien taquine et M. Sales-Girons toujours aussi spirituel, nous pourrons nous occuper d'elle et de lui.... l'année prochaine.

— La séance solennelle de rentrée et la distribution des prix auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le jeudi 15 novembre, à une heure précise.

MM. les étudians sont prévenus qu'ils seront admis à assister à cette séance sur la présentation d'une carte qui leur sera délivrée au secrétariat du 2 au 14, de dix heures à deux heures. Les registres d'inscriptions sont ouverts à partir du 2, et seront clos irrévocablement le 15, à quatre heures.

Le discours de rentrée sera prononcé par M. le professeur Malgaigne. Le sujet de ce discours est l'éloge de M. Roux.

— Par décret du 31 octobre, l'Empereur a confirmé les nominations faites à titre provisoire dans la Légion d'Honneur, par le maréchal commandant en chef l'armée d'Orient, en faveur des médecins militaires dont les noms suivent, qui se sont distingués à la prise de Sébastopol ou pendant le siége :

Officiers. — MM. les médecins principaux Malapert, Thomas, Mery, Cazalas, et les médecins majors Bourguillion, Leuret, Pastureau, Caumont.

Chevaliers. — MM. les médecins majors Garreau, Cuvillon, Moussu, Larivière, Verjus, Verdier, Didiot, Forcioli, Basselet, Pilet, Chaufour, Mérimée, et les médecins aides-majors Ohier, Tédeschi, Vernay, Gillin, Chevassu, Nuzilla, Maugis, Mignot, Savaëte, Riotacci, Dubosq, Darcy, Corne, Mouret, Herbecq, Gomard, Rollet, Renard, Bertrand, Frison. Goureau, Courbet, Gronnier, Gueury, Daga, Chapuy, Ditz, Dexpers, Rueff, Driart, Perrin, Poignet, Thomas.

HOPITAL DES ENFANS-MALADES. — M. Guersant, chirurgien de cet hôpital, commencera son cours clinique sur les maladies chirurgical des enfans, le jeudi 8 novembre, et continuera :

1° Tous les jours les visites, à 8 heures ;

2° Tous les jeudis visites, leçons et opérations, de 8 à 10 heures.

ERRATA. — Dans le numéro du 3 novembre, clinique de M. Beau, 3me page, 2me coloune, 18me ligne, en comptant d'en bas, au lieu de *ténacité*, lisez *tonicité*. — Même page, 3me colonne, 39me ligne, au lieu de *médecin*, lisez *médius*.

Pour toutes les nouvelles, Amédée LATOUR.

AVIS

à MM. les Actionnaires et Collaborateurs de L'UNION MÉDICALE.

Le Gérant de l'UNION MÉDICALE voulant, dans un but de conservation, faire relier les nombreuses collections françaises et étrangères que renferme la bibliothèque de l'UNION MÉDICALE, prie instamment MM. les Actionnaires et Collaborateurs qui ont entre leurs mains des numéros détachés des divers recueils appartenant à ladite bibliothèque, d'avoir l'obligeance de les faire remettre dans le plus court délai possible au bureau du journal.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 133. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 8 Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An	32 Fr
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 7 NOVEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion provoquée par le mémoire de M. Bouvier sur le séton, a donné lieu hier à un très remarquable discours de M. Bouley, membre de la section de médecine vétérinaire. Si les avantages de l'emploi du séton sont incontestables, en médecine humaine, s'ils sont mêmes nuls comme le veut M. Malgaigne, il en est bien autrement en médecine vétérinaire, selon M. Bouley, et M. Bouley est une autorité compétente. Le discours de cet honorable membre a eu pour but de montrer les ressources précieuses que l'art trouve dans l'emploi du séton dans la thérapeutique des maladies des animaux. M. Bouley a passé en revue la plupart des cas pathologiques qui réclament l'emploi du séton et dans le traitement desquels ce moyen jouit d'une efficacité peu contestable; le séton serait, en vétérinaire, non seulement un agent thérapeutique, mais encore un signe précieux de diagnose et de prognose. M. Bouley a cité des exemples très remarquables dans lesquels l'influence de cet agent de révulsion ou de dérivation est incontestable. Maisaussi, quels sétons? Le séton filiforme de M. Bouvier a dû s'évanouir de confusion devant ces larges rubans de la vétérinaire, d'une largeur de plusieurs mètres et présentant une surface d'irritation vraiment immense; véritables fontaines de suppuration, produisant par jour 48 grammes de pus et des litres au bout de quelques jours. A la bonne heure! voilà de la révulsion, voilà de la dérivation et de larges portes ouvertes aux humeurs peccantes. Il est juste de dire que M. Bouley n'a donné ce séton que comme un vrai remède de cheval et n'en a rien induit pour la médecine humaine.

Il est juste de reconnaître aussi que le début de M. Bouley à la tribune de l'Académie a été aussi heureux que possible. Cet honorable membre se placera avec distinction parmi les orateurs académiques; son improvisation est facile, abondante, son style clair, et sa diction suffisamment accentuée. M. Bouley s'est fait écouter avec plaisir, avec intérêt et attention, conditions peu faciles à obtenir de cette Académie de véritables Athéniens, toujours prêts à s'écrier : Et la grenouille, que fit-elle?

Ce que fit la grenouille? Elle s'indigna, ô Athéniens, que la communication si sérieuse, si importante et si rare — elle est sans exemple — faite par M. Aran, n'ait pas obtenu de vous plus d'attention et de silence. Il s'agissait, en effet, d'un épanchement dans le péricarde, ponctionné, vidé, et dans lequel notre hardi confrère a osé faire des injections iodées. Le succès a couronné cette grave entreprise. Nous publions cette observation curieuse, ce nouveau triomphe de l'iode, médicament qui domine aujourd'hui la thérapeutique.

M. Barth, au nom de la commission des épidémies, a commencé la lecture du rapport sur les épidémies de 1854. Le choléra a été éliminé de ce rapport. On ne peut attendre de l'honorable et consciencieux rapporteur qu'un travail sérieux sur un des points qui forme une des plus importantes attributions de l'Académie.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATION DE PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LA PONCTION ET L'INJECTION IODÉE;

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Lue à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 6 Novembre 1855.)

L'observation que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie est un exemple, probablement unique dans la science, de péricardite, avec abondant épanchement, traitée avec succès par la ponction et l'injection d'iode. N'aurait-elle pour conséquence que de mettre hors de doute l'innocuité des injections iodées pratiquées dans le péricarde, c'est-à-dire dans la cavité séreuse, que la chirurgie a attaquée jusqu'ici avec le plus de réserve, cette observation offrirait déjà un certain intérêt. On sait en effet que, tandis que l'iode a été injecté sinon avec des succès constans, au moins sans danger dans la plupart des membranes séreuses, péritoine, plèvre, arachnoïde cérébrale et spinale, cavités articulaires, le péricarde a été respecté. Eh bien! l'observation suivante montre que les craintes qui ont empêché, jusqu'ici, de recourir à ces injections pour le péricarde comme on l'a fait pour les autres membranes séreuses ne sont nullement fondées. L'iode peut donc être injecté sans danger dans le péricarde, les épanchemens péricardiaques peuvent être traités par les injections iodées comme les épanchemens des articulations, de la plèvre, du péritoine. Ainsi se trouvent vérifiées les prévisions de l'illustre chirurgien qui a attaché son nom à la méthode des injections iodées, de M. le professeur Velpeau, qui n'a pas hésité dès l'abord à comprendre le péricarde parmi les membranes séreuses susceptibles d'être traitées par les injections iodées.

Mais l'observation suivante me paraît offrir un intérêt plus grand encore au point de vue de l'opération elle-même. Regardée jusqu'à ce jour comme une opération hasardeuse, la ponction du péricarde me paraît, au contraire, avec les précautions que l'expérience m'a suggérées, pouvoir être pratiquée non seulement sans danger, mais encore avec autant de simplicité et de facilité que la ponction du thorax et de l'abdomen. C'est là ce que je désire surtout démontrer dans cette communication, et je demande, par conséquent, à l'Académie, la permission d'entourer de quelques détails les preuves à l'appui.

Le malade qui fait l'objet de cette communication est un jeune homme de vingt-trois à vingt-quatre ans, fondeur en métaux. D'une constitution assez chétive et assez délicate, ce malade n'a jamais eu en sa vie d'autre affection grave qu'une pleurésie du côté gauche, avec épanchement abondant, pleurésie pour laquelle il est resté un mois dans mon service à la fin de l'année 1854. Sorti de l'hôpital Saint-Antoine en assez bon état le 21 novembre dernier, il s'est aperçu, un mois après, d'une douleur vers la troisième ou quatrième fausse côte gauche, avec un peu d'oppression et quelques palpitations de cœur en travaillant. Cette douleur a persisté jusqu'à la belle saison; les chaleurs en ont fait justice. Ce jeune homme se trouvait par conséquent assez bien portant, lorsque, vers le milieu de juillet dernier, il a été pris de fièvre, de céphalalgie, de courbature, mais surtout de douleur au-dessous du mamelon gauche, de palpitations de cœur et de dyspnée.

A son entrée dans mon service, le 27 juillet, il ne pouvait y avoir de doute sur l'existence d'une péricardite avec abondant épanchement. D'une part, le malade était en proie à un état fébrile très violent (chaleur intense à la peau, céphalalgie, soif vive, 116 pulsations); de l'autre, les signes locaux étaient des plus caractéristiques : douleurs lancinantes dans le quatrième et le cinquième espace intercostal gauche en avant, augmentant par la pression; sensibilité également très vive à l'épigastre sous la pression de la main; matité précordiale considérablement augmentée, commençant supérieurement au-dessus de la troisième côte, s'étendant en dedans jusqu'à la ligne synchondro-sternale droite, mesurant enfin 12 centimètres verticalement et 14 centimètres transversalement; impulsion du cœur très difficile à percevoir, bruits du cœur sourds et éloignés.

La constitution chétive de ce malade, l'époque déjà ancienne à laquelle avaient probablement commencé les accidens du côté du cœur, ne m'encourageaient pas à employer chez lui un traitement antiphlogistique bien énergique. Il avait d'ailleurs du dévoiement depuis huit jours, et l'état un peu douteux de la poitrine, dans laquelle l'oreille percevait principalement du côté gauche des râles sibilans disséminés, ne m'engageait pas davantage à faire usage des émissions sanguines d'une manière un peu large. Je m'en tins donc à l'application de six ventouses scarifiées le premier jour, à l'administration du calomel à petites doses à l'intérieur, et dans le but de hâter la salivation, je prescrivis des frictions mercurielles trois fois par jour sur la partie antérieure de la poitrine.

Cette médication n'eut aucun succès. Vainement je la fis aider par l'application successive de deux larges vésicatoires volans sur la région précordiale. Non seulement les accidens ne furent pas arrêtés, mais l'épanchement faisait tous les jours des progrès, et avec lui la gêne de la respiration et de la circulation. Trois jours ne s'étaient pas écoulés, que le pouls devenait faible, irrégulier, inégal et extrêmement fréquent. Il y eut même un moment où le pouls était en discordance complète avec les bruits du cœur perçus à la région précordiale; je continuai les mercuriaux avec persévérance, mais à peine si je parvins à influencer légèrement les gencives.

Le caractère de plus en plus menaçant des accidens me mit bientôt dans la nécessité de prendre un parti : le 7 août dernier, à la visite du matin, j'appris que la journée de la veille et la nuit précédente avaient été affreuses : le malade avait failli suffoquer et avait passé la nuit assis dans son lit. Il avait 40 respirations, et le pouls irrégulier, intermittent, inégal, extrêmement fréquent, battait 120 fois à la minute. Cette gêne de la respiration et de la circulation n'était que trop expliquée par les signes locaux : la matité s'était étendue, au dehors et à droite du sternum de 4 centimètres, et mesurait de 14 à 16 centimètres dans le sens transversal, 12 centimètres dans le sens vertical; silence complet des bruits du cœur inférieurement; absence d'impulsion; refoulement du foie de haut en bas à gauche et sur la ligne médiane.

Que faire?

Continuer les mêmes moyens, mais leur insuccès était certain.

Recourir à l'emploi des antiphlogistiques; mais la faiblesse du malade constituait une contre-indication formelle; et d'ailleurs, il fallait apporter à son état un soulagement immédiat, sous peine de le voir périr en quelques heures.

Je me décidai à ponctionner le péricarde.

Mais ici, nouvelles difficultés. J'avais le choix entre trois procédés, celui de Riolan, qui consiste à pénétrer dans le péricarde à travers le sternum, en trépanant cet os; le procédé de Larrey, dans lequel on enfonce le trocart de bas en haut et de droite à gauche dans l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et les fausses côtes gauches, en pénétrant par la partie inférieure du péricarde, et le procédé attribué à tort à Sénac, qui consiste à pénétrer à travers le quatrième ou le cinquième espace intercostal, au moyen d'un trocart, jusque dans la cavité du péricarde. Je me décidai pour ce dernier procédé qui a été mis en usage avec succès par le savant président de l'Académie, M. Jobert (de Lamballe), dans un fait publié il y a deux ans par MM. Trousseau et Lasègue. Je n'étais cependant pas sans inquiétude sur le résultat d'une ponction pratiquée avec un trocart ordinaire; et dans le but de prévenir un malheur possible; je substituai, comme je l'ai déjà fait avec succès pour la ponction des kystes hydatiques du foie, je substituai, dis-je, un trocart capillaire au trocart ordinaire. De cette manière, je me sentais plus fort, convaincu que j'étais qu'une ponction des parois du cœur, avec un trocart capillaire, ne serait pas suivie d'une hémorrhagie immédiatement mortelle dans le péricarde. Mais n'y avait-il pas moyen de se mettre plus sûrement encore à l'abri de ce grave accident? C'est à quoi je pensais pouvoir arriver avec les précautions suivantes :

La circonférence du péricarde fut circonscrite par une série de lignes concentriques de percussion aboutissant vers le cœur des divers points de la poitrine, et la forme de la matité ainsi dessinée avec soin, je cherchai avec l'oreille à limiter la zone dans laquelle le silence des bruits du cœur était complet, celle où on commençait à les percevoir, et celle où on les entendait d'une manière très nette. Complétement éteints dans la partie inférieure de la matité, reparaissant mais sourds et éloignés dans le quatrième espace intercostal en dedans du mamelon, les bruits du cœur laissaient donc une zone assez étendue dans laquelle on pouvait, à la rigueur, plonger le trocart d'avant en arrière, sans courir le risque d'intéresser le cœur. Pour plus de sûreté, je choisis dans le cinquième espace intercostal, à 2 ou 3 centimètres de la limite externe de la matité, un point au niveau duquel j'incisais la peau avec une lancette, et enfonçant lentement le trocart de dehors en dedans et un peu de bas en haut, j'arrivais en deux temps, après avoir retiré le stylet intérieur une première fois sans voir sortir de liquide, j'arrivais, dis-je, dans le péricarde, et l'écoulement saccadé du liquide dans les premiers instans ne nous laissa aucun doute à cet égard.

Cette ponction avait été faite en moins de temps certainement que je n'en ai mis à la décrire; mais ceux-là seuls qui pratiqueront cette opération pour la première fois comprendront l'anxiété que j'ai éprouvée dans les premiers instans, et la satisfaction très vive, le soulagement extrême que j'ai ressentis en voyant s'échapper le liquide. Nous retirâmes par le

trocart environ 850 grammes d'une sérosité rougeâtre, transparente. Le liquide coula d'abord par jets saccadés, puis en bavant; mais le malade nous aidait à évacuer le liquide par des efforts qu'il prolongeait autant que possible, tant le soulagement était marqué. La percussion suivait l'abaissement de la matité à mesure que le liquide coulait, et l'auscultation faisait percevoir les bruits du cœur de plus en plus nets, sans frottement; le pouls lui-même devenait plus plein, plus régulier et moins fréquent; de 120 pulsations il était descendu à 96 pulsations par minute.

J'aurais pu m'en tenir à une simple ponction palliative; je pensais que je pouvais tenter davantage pour le malade, et fort des succès que j'avais obtenus dans la pleurésie, je pratiquai avec précaution une injection iodée composée de 50 grammes d'eau, 15 grammes de teinture d'iode et 1 gramme d'iodure de potassium. Je n'étais certainement pas rassuré au sujet de cette injection. Qu'allait-il advenir? Que n'a-t-on pas dit, en effet, de la sensibilité excessive du péricarde? Contre toute attente, l'injection ne fut pas même sentie; après l'avoir conservée quelques instans dans le péricarde, je laissai sortir quelques grammes de liquide, et je fermai la plaie avec des compresses graduées et un bandage de corps.

Les suites de cette ponction furent des plus simples; mais le liquide se reproduisit, et avant peu le malade avait perdu en grande partie ce qu'il avait gagné à l'opération. La respiration devint plus gênée, le pouls plus fréquent et irrégulier; la matité qui avait paru d'abord diminuer, augmenta surtout dans le sens transversal; voussure très évidente, battemens du cœur très profonds; bref, le 19 août, douze jours après la première ponction, j'en pratiquai une deuxième, également dans le cinquième espace intercostal, et en suivant exactement le même procédé. Je donnai issue ainsi à 1350 grammes d'un liquide verdâtre fortement albumineux, rappelant beaucoup la bile par sa coloration; le liquide coula comme dans la première ponction, par jets saccadés, en commençant, et plus tard en bavant; le malade, soulagé par l'écoulement du liquide, nous aidait par des efforts qu'il nous fallait réprimer dans la crainte de laisser pénétrer l'air dans le péricarde; il y pénétra cependant après l'injection iodée, à laquelle nous donnâmes cette fois une plus grande force (eau distillée et teinture d'iode, de chaque 50 grammes; iodure de potassium, 4 grammes), et que nous laissâmes ressortir en presque totalité. Nous pûmes, par conséquent, constater chez notre malade l'existence de ce signe curieux de l'hydro-pneumo-péricarde, dont nous devons la description à M. Bricheteau, d'une espèce de bruit de gargouillement, de clapotement analogue à celui que fait entendre une pompe brassant de l'eau et de l'air dans une même cavité. La région précordiale était aussi, après l'opération, le siége d'une sonorité tympanique très évidente.

Les suites de cette deuxième ponction furent non moins simples que celles de la première; mais le soulagement fut plus marqué encore. En quelques heures, le bruit de gargouillement et la sonorité tympanique avaient disparu du péricarde. Mais l'épanchement avait commencé à se reproduire dès le soir même de l'opération. Jusqu'au 21 août, la matité paraissait en voie d'extension; le 22, elle resta stationnaire, et, à partir du 23, elle commença à diminuer, surtout transversalement et par en bas. Bientôt les bruits commencèrent à être perçus, quoique faibles, à la pointe du cœur, et à dater du 28 août, la matité ne dépassait pas la ligne médiane en dedans, le mamelon en dehors, la troisième côte supérieurement.

Malgré cette marche, en apparence si favorable de la maladie, ce jeune homme n'était pas au bout des dangers qu'il devait courir. L'affection de poitrine dont il était atteint à son entrée à l'hôpital, ne restait pas stationnaire, et à mesure que les accidens paraissaient se calmer du côté du cœur, les signes d'une tuberculisation pulmonaire devenaient de plus en plus évidens, principalement dans le poumon gauche, vers lequel nous avions noté dans les premiers temps des signes de phlegmasie. Ce n'est pas tout: vers la fin de septembre, de l'œdème se montra autour des malléoles, et les jours suivans l'enflure envahit le scrotum, les membres inférieurs, les parois thoraciques et abdominales.

Grâce à la jeunesse, et probablement aussi grâce à l'emploi des vésicatoires volans, appliqués en très grand nombre sur la poitrine, ainsi que des bains de vapeur, l'œdème a complétement disparu depuis la fin d'octobre. Peu à peu également, les phénomènes thoraciques ont paru s'amender; les forces sont revenues avec l'appétit; la respiration a repris sa liberté, et sauf de la toux qui persiste encore la nuit, le malade pourrait se croire entièrement guéri d'une affection qui l'avait conduit aux portes du tombeau. Ai-je besoin d'ajouter que les signes physiques de la tuberculisation pulmonaire persistent encore au milieu de l'amendement si remarquable survenu dans l'état général et local de ce malade?...

Dans un travail dont je prépare en ce moment la publication, je me propose d'examiner, d'après les faits qui existent dans la science, et d'après quelques observations qui me sont personnelles, la valeur relative des divers procédés opératoires recommandés pour l'ouverture artificielle du péricarde, en même temps que je m'efforcerai de faire ressortir la sûreté et la facilité d'exécution du procédé que je propose et que j'ai mis en pratique chez le malade de l'observation précédente. Mais je n'ai pas voulu tarder plus longtemps à publier un fait qui témoigne aussi hautement en faveur de la ponction du péricarde et de l'injection iodée dans le cas d'épanchement péricardiaque. Je serai heureux si la publication de ce fait encourage quelques-uns de mes confrères à tenter une opération, appelée, dans ma conviction, à sauver la vie des malades presque inévitablement voués, sans elle, à une mort prochaine, et dont l'exécution n'offre pas d'ailleurs, je le répète, plus de difficultés et de dangers que la ponction du thorax ou de l'abdomen.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les n^{os} des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20, 27 Septembre, 4, 11, 20 et 27 Octobre.)

Treizième Leçon.

J'ai fait passer sous vos yeux, dans la précédente séance, douze sujets affectés de luxation, parmi lesquels se trouvaient dix filles et deux garçons; c'est qu'en effet la pseudarthrose coxo-fémorale congéniale se montre beaucoup plus fréquemment dans le sexe féminin. Dupuytren avait signalé ce fait; Morgagni, avant lui, avait remarqué une plus forte proportion de femmes que d'hommes parmi les sujets boiteux dont il avait examiné les articulations des hanches.

Diagnostic différentiel des luxations coxo-fémorales. — On peut confondre avec ces lésions différentes dispositions anatomiques et pathologiques du fémur, dont on a fait une classe à part sous le titre de *pseudo-luxations*. Cette dénomination est vicieuse en ce qu'elle repose sur des caractères purement négatifs; on doit fonder la nomenclature des choses sur ce qu'elles sont, non sur ce qu'elles ne sont pas. La pseudarthrose iliaque traumatique ancienne, pathologique ou coxalgique, congéniale, peut être confondue avec d'autres lésions qui produisent un raccourcissement du membre, et dont la cause réside aux environs de la jointure. J'ai déjà parlé de la luxation centrale, constituée par le passage de la tête à travers le fond de la cavité cotyloïde. La tête fémorale elle-même peut être détruite, et le col de l'os entrer en contact avec le cotyle. Ce col a quelquefois une brièveté insolite; le grand trochanter et la tête du fémur sont alors moins distans l'un de l'autre que dans les os normalement conformés. Parfois encore on observe une incurvation du col, qui se trouve réduit dans sa longueur ou présente ses dimensions normales; s'il est [illegible] de manière à former un angle droit avec l'axe du corps de l'os, il s'ensuit un raccourcissement dans le membre correspondant. La fracture ancienne, consolidée avec raccourcissement de l'os, est aussi une cause de brièveté du membre. Voilà donc quatre cas déterminés par une lésion ayant son siége au voisinage de la cavité cotyloïde, et dont le résultat est une réduction dans la longueur du membre.

Un caractère des vraies luxations manque pourtant dans chacun de ces cas; c'est l'écartement du grand trochanter de l'axe médian du corps. Disons toutefois qu'on pourrait le rencontrer lorsque le col fémoral, ayant d'ailleurs sa longueur normale, est fortement abaissé et horizontal; cette direction suffit pour écarter le trochanter de l'os des îles. Chez un enfant très jeune, à une époque rapprochée de la naissance, on peut facilement confondre cette conformation avec une pseudarthrose iliaque.

Dans certains cas, la tête du fémur est plus basse que le grand trochanter; vous comprenez qu'alors cette dernière éminence puisse s'élever au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, comme dans la pseudarthrose. Ce qui distingue ces cas, ce sont les faits relatifs à la tête fémorale: la dépression inguinale fait défaut; on ne sent pas le relief et le déplacement de la tête sur l'ilium, etc. Vous voyez donc l'importance de cet examen de la tête du fémur. La saillie formée par cette tête vient-elle à manquer, le caractère tiré de l'existence d'une dépression dans l'aine reste seul. Les particularités relatives à la rotation et à l'abduction du membre n'ont ici qu'une utilité secondaire: elles peuvent exister au même degré dans d'autres lésions.

Je ne m'arrête pas à quelques causes de raccourcissement des membres inférieurs, telles qu'une fracture du corps du fémur, qu'on peut facilement reconnaître avec de l'attention; mais il en est d'autres dont la distinction est moins facile, et sur lesquelles je dois insister. Le rachitisme produit quelquefois une apparence semblable à celle des luxations congéniales: ensellure de la région lombaire, incurvation du fémur, inclinaison et abaissement du col, écartement et saillie du trochanter, et si l'altération existe d'un seul côté, le membre correspondant peut offrir moins de longueur que l'autre. Examinez alors avec soin l'articulation, l'état général du sujet. La déformation du fémur est ordinairement facile à reconnaître; cependant je puis vous citer, à ce sujet, une erreur d'un de nos maîtres, du Dupuytren de Montpellier, de Delpech. Dans son ouvrage d'orthomorphie, ce savant professeur décrit, chez un jeune sujet, tous les signes d'une luxation de la hanche: ensellure lombaire, proéminence postérieure du bassin, élévation et écartement des trochanters, etc., et pourtant il attribue la déformation à un rachitisme du bassin. C'était évidemment une pseudarthrose. Ce fait montre les difficultés de ce diagnostic dans certains cas.

La luxation est simulée parfois encore par une simple attitude vicieuse provenant de deux causes: d'une coxalgie qui a laissé à sa suite une ankylose incomplète du fémur, ou bien de contractures des muscles qui entourent l'articulation. Dans le premier cas, nous trouvons une attitude particulière; c'est souvent une flexion et une adduction de la cuisse que le malade ne peut changer, et qui s'accompagne de claudication; avec de l'attention, cette cause d'erreur ne vous échappera pas. Si la pseudarthrose est double, le diagnostic n'offrira plus, en général, de difficulté; il pourra cependant y avoir une ensellure lombaire causée par la flexion des cuisses, si la coxalgie a été double.

La contracture produit aussi une attitude vicieuse analogue à celle des luxations. En voici un exemple: Voyez cette rotation en dedans des membres inférieurs, ce rapprochement considérable des genoux; la pseudarthrose fait naître cette attitude, causée, chez cette enfant, par une simple contracture des adducteurs et des fléchisseurs. Ici, l'ensellure lombaire n'existe pas, non plus que l'inclinaison du bassin en avant; la cause en est dans la flexion considérable des genoux dans la station et dans la marche. Si l'enfant maintenait droits ses membres abdominaux, vous verriez se produire immédiatement et le renversement du bassin et l'excavation lombaire.

Je signale un dernier cas dans le diagnostic différentiel. La paralysie peut produire des phénomènes analogues en apparence à certains caractères des luxations congéniales, et qu'on peut ranger en deux catégories. Ce dessin, qui se rattache au premier ordre de faits, représente une fille à laquelle j'ai donné autrefois des soins à l'Hôtel-Dieu. Il existait une paralysie étendue des muscles, tant de la partie antérieure que de la partie postérieure du tronc. La malade offrait cette énorme ensellure, cette saillie considérable du ventre; la station, la marche n'étaient possibles qu'à cette condition.

Les faits de ce genre ont été étudiés depuis par M. Duchenne de Boulogne; il a reconnu que l'attitude du malade dépendait d'un affaiblissement des extenseurs du tronc; il résulte de cette paralysie incomplète que le malade, menacé de tomber en avant dans la station droite, renverse fortement le tronc en arrière pour assurer son équilibre. On voit dans ce cas, au lieu de la concavité générale de la région lombaire qui caractérise la luxation fémorale, une sorte de flexion brusque, en arrière, de la région inférieure du rachis.

Le second cas de paralysie pouvant simuler la luxation est celui dans lequel l'*acinésie* occupe tout un membre, mais est tellement faible qu'on la reconnaît à peine. Elle peut donner lieu à un raccourcissement du membre, à la claudication, et l'on pourrait croire à une luxation; examinez alors l'articulation avec soin: elle ne présente pas les caractères d'un déplacement de la hanche.

Il reste encore à examiner d'autres points relatifs au diagnostic. Il faut déterminer si la luxation est traumatique ancienne, si elle est coxalgique, congéniale; je ne m'arrête qu'à un point: distinguer la luxation congéniale des luxations traumatique ou pathologique anciennes.

L'hérédité, lorsqu'on obtient des renseignemens positifs à cet égard, est une circonstance qui peut faire pressentir que la luxation est congéniale. Un de nos enfans, atteint de luxation du membre abdominal droit, est né d'une mère affectée d'une double pseudarthrose coxo-fémorale. Un négociant du quai Voltaire m'a consulté pour sa fille, encore enfant, chez laquelle j'ai constaté une luxation simple de la hanche; les renseignemens obtenus des parens m'ont appris qu'une grand'tante de l'enfant portait une lésion semblable.

La duplicité des luxations est une circonstance qui met sur la voie du diagnostic: elle doit faire supposer que la maladie date de la naissance, les luxations doubles accidentelles étant beaucoup plus rares que les congéniales.

Les caractères locaux fournissent des élémens de diagnostic d'une certaine valeur. Ce n'est que dans la luxation congéniale que vous observez une grande liberté des mouvemens du membre, de grands arcs de cercle décrits sur l'ilium par la tête fémorale.

A ces signes physiques s'ajoute le commémoratif fourni par les parens. La pseudarthrose est-elle congénitale, la claudication s'est manifestée dès que l'enfant a marché; il n'a existé, à aucune époque, d'état douloureux du membre, suivi de raccourcissement et de claudication; il n'y a point eu de chute ayant déterminé une impotence du membre telle que celle qui succède à une luxation traumatique. Dupuytren a mis en relief, avec raison, la valeur de ces signes négatifs. M. Malgaigne exigerait, en outre, pour qu'ils ne fussent point équivoques, que la mère ou la nourrice eussent remarqué, dès les premiers temps de la naissance, quelques différences dans la conformation, l'attitude, les mouvemens de la cuisse. Cette condition ne me paraît point indispensable, et il est, en effet, bien plus facile de comprendre que ces caractères, si peu saillans à cet âge, échappent aux familles, que de supposer qu'elles ne se soient point aperçues des douleurs et de l'impotence inséparables d'un état pathologique ou traumatique du membre. Morgagni a fait la dissection d'un lainier, porteur d'une luxation effectuée dans le bas-âge, et il a pu aisément recueillir le récit

de l'affection qui l'avait produite. C'est ce qui arrivera toutes les fois qu'on pourra s'adresser aux personnes qui ont élevé l'enfant.

Les antécédens constituent donc un élément important de diagnostic; il est même des cas où cet élément est le seul que l'on possède. Ainsi, dans les diarthroses, même pièce en main, on reste presque constamment dans le doute, relativement à l'origine de la lésion, si le commémoratif n'établit pas l'état antérieur du sujet. Cette pièce est un exemple de l'obscurité qui enveloppe le diagnostic différentiel des deux lésions, si l'on ne possède d'autres caractères que ceux qui sont tirés de l'état anatomique; elle provient du service de M. Chassaignac et a été présentée à deux Sociétés savantes, au sein desquelles l'on a émis des opinions diverses relativement à son origine. Les uns l'ont considérée comme une luxation traumatique ancienne; d'autres l'ont rapportée à la luxation congéniale. Le plus grand nombre s'est rattaché à l'idée qu'elle est coxalgique, parce que la cavité cotyloïde a conservé des dimensions étendues. On ne voit là ni rétrécissement du cotyle, ni la forme triangulaire de cette cavité, caractéristique d'un déplacement antérieur à la naissance. Vous voyez, du reste, en quoi consiste le déplacement : la pseudarthrose est juxta-cotyloïdienne. On a recueilli les renseignemens suivans : l'enfant, qui avait atteint sa seizième année, avait fait une chute à trois ans; il ne boitait pas avant cette époque; mais, à dater de ce moment, il a marché en boitant. Quelques personnes ont pu croire que la luxation était traumatique; mais, après une lésion de cette nature, les fonctions sont plus fortement compromises qu'elles ne l'ont été dans ce cas; la marche est impossible. Il est plus probable que la chute a donné lieu à une coxalgie, à la suite de laquelle la tête du fémur est sortie de sa cavité. Une analogie frappante rapproche ce fait des faits cités par MM. Levieux et Verneuil, de luxation coxalgique survenue dans l'enfance.

Le diagnostic doit encore faire reconnaître, s'il est possible, l'état anatomique de l'articulation sur le vivant, comme, par exemple, la disposition articulaire de la luxation intra-cotyloïdienne qui succède souvent à l'arthrite sèche; en voici un cas emprunté au magnifique atlas de Sandifort. La luxation intra-cotyloïdienne a des signes propres; si vous avez affaire à une tête qui ne remplisse pas la cavité cotyloïde, vous pourrez l'élever ou l'abaisser. Kerkring avait remarqué cette mobilité du fémur sur sa petite nièce; il trouva, après la mort de l'enfant, un cotyle de dimensions énormes. Ces faits sont rares; il faudra les distinguer des autres cas de luxations fémorales. Il faut également préciser la position de la tête du fémur relativement au cotyle, reconnaître si la luxation est juxta ou ultra-cotyloïdienne; on peut y parvenir par un examen attentif. On doit aussi essayer de déterminer quel est l'état de la tête et du col fémoral, s'il y a syndesmose ou diarthrose. Je vous présente une pièce sur laquelle on voit une luxation sus-cotyloïdienne. Pendant la vie, on ne pouvait distinguer la tête du fémur. Comment reconnaître que cette tête est détruite? On ne peut avoir que des présomptions à cet égard ; on ne sera jamais sûr du fait. On ne sentira pas la tête, dira-t-on; cela est vrai; mais elle échappe dans les pseudarthroses profondes avec production d'une cavité nouvelle. Le trochanter sera élevé; mais il l'est dans d'autres cas.

On présumera pendant la vie qu'il y a abaissement du col, si la tête fémorale est située sur la même ligne que le trochanter. L'étendue des mouvemens de la tête du fémur fournira le signe distinctif principal entre la syndesmose et la diarthrose coxo-fémorales; libres et étendus dans la première, ils seront plus ou moins limités dans la seconde.

Traitement des pseudarthroses coxo-fémorales. — Il est de deux sortes : curatif ou palliatif. La guérison de la pseudarthrose, c'est la réduction de la luxation, le rétablissement de l'articulation normale. Dans les luxations traumatiques anciennes, cette cure devient difficile au bout d'un petit nombre de jours. On rencontre, lors même que la lésion ne date que de dix jours, des obstacles dont le principal consiste dans la conformation de la capsule; on en trouve, dans l'ouvrage de M. Malgaigne, un exemple remarquable puisé dans la pratique de Lisfranc. La luxation ne datait que de onze jours. Les efforts infructueux pour la réduire développèrent une inflammation et une suppuration profondes, et le malade succomba. M. Malgaigne a trouvé, à l'autopsie, une luxation iliaque peu élevée, presque sciatique; la capsule présentait une ouverture en bas vers l'ischion. La tête pouvait être ramenée au niveau de la cavité cotyloïde; mais elle rencontrait la capsule tendue comme un rideau au devant du cotyle, et formant un obstacle qualifié d'*invincible* par mon savant confrère. La réduction ne fut possible sur le cadavre qu'en imprimant à la cuisse un mouvement de flexion énorme. M. Malgaigne éprouva lui-même, dans un autre cas, un accident d'un genre différent produit par une cause semblable. La résistance des parties fut telle, que le col du fémur fut brisé, malgré les avantages du procédé employé. Avec le temps, ces obstacles deviennent plus grands; on cite cependant des cas de réduction obtenue à l'aide d'une extension lente chez des sujets affectés de luxation traumatique ancienne; plus souvent on produit des accidens ou l'on éprouve un insuccès.

Dans les luxations coxalgiques, je distinguerai deux périodes sous le rapport de la réductibilité du déplacement (1). Dans la première, les phénomènes inflammatoires n'ont pas complétement disparu; ménagez alors le malade, sans quoi vous vous exposez à déterminer des accidens; on peut tenter par des mouvemens doux de ramener la tête dans sa cavité de réception; on y a réussi, mais la luxation se reproduit fréquemment. Dans la deuxième période, alors que l'état inflammatoire est passé, il reste une luxation et souvent la tête s'est déjà creusée une cavité nouvelle. On a essayé très souvent de réduire le déplacement dans ces circonstances, et ces tentatives paraissent avoir été plus fréquemment couronnées de succès que dans la première période; on n'est pas toujours parvenu, il est vrai, à maintenir la réduction. Il faut d'ailleurs se méfier des diagnostics; ils sont fréquemment erronés. Humbert a présenté plusieurs faits de réduction de luxations coxalgiques; mais ils sont très contestables sous ce rapport. Heine a publié quatre observations semblables; j'y trouve les détails les plus probans en faveur de la réduction. Il y a, du reste, des circonstances plus ou moins favorables au succès; je ne m'y arrête pas, ayant hâte d'arriver aux luxations congéniales.

Em. Bailly,
Interne du service.

(La suite prochainement.)

OBSTÉTRIQUE.

FISTULE PÉRINÉALE RÉSULTANT DU PASSAGE DE L'ENFANT A TRAVERS LE PÉRINÉE;

Communiqué par J. Simpson, professeur d'accouchemens à l'Université d'Édimbourg.

La longueur du périnée, chez les femmes qui n'ont point eu d'enfans, varie, suivant les anatomistes, de un pouce à un pouce et demi d'étendue. Mais très fréquemment l'étendue est moindre chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans, et cela s'explique par la facilité avec laquelle la limite antérieure du périnée chez la femme peut être déchirée durant le passage de la tête et des épaules de l'enfant.

Par le fait même du peu d'étendue naturelle du périnée, il semble, *à priori*, presque impossible que l'enfant et le délivre puissent jamais être poussés directement à travers le périnée pendant le travail tandis que les orifices de la vulve et de l'anus sont laissés intacts. Mais on sait que la disposition du périnée est bien différente à la période du travail qui précède immédiatement l'expulsion de l'enfant, de celle qui existe dant l'état de non-parturition. Dans les derniers momens de l'accouchement, la tête de l'enfant augmente l'étendue des organes génitaux externes, le périnée est tellement tendu qu'il devient alors mince et facile à déchirer, en même temps que toute la surface périnéale a pris des dimensions considérables. En effet, le périnée, lorsqu'il est ainsi distendu par la tête de l'enfant, offre une superficie dont la mesure bi-ischiatique peut avoir six pouces, tandis que l'espace, qui sépare la commissure postérieure de la vulve de la commissure antérieure de l'anus, peut avoir, en longueur, trois pouces et plus. Dans les derniers momens du travail, on a remarqué, quelquefois, une étendue de sept pouces de la pointe du coccyx à la fourchette vulvaire (2).

Lorsque le périnée est ainsi affaibli, et pour ainsi dire épanoui, il coiffe complétement la tête de l'enfant au moment du passage, et, alors, il est facile de concevoir que, si une fissure vient à se faire au centre d'un périnée tellement distendu, elle pourra, sous l'influence des efforts violens d'expulsion, s'étendre assez pour permettre à la tête du fœtus de passer à travers cette ouverture accidentelle. On comprend aussi que si les déchirures prennent différentes formes de chaque côté de la ligne médiane, sans comprendre dans leur étendue ni la vulve ni le rectum, on comprend, dis-je, que l'enfant, le cordon et le placenta puissent traverser le périnée tout en laissant intacts les ouvertures naturelles.

Des exemples du passage de l'enfant et de ses annexes à travers le périnée ont été publiés par Nedey, Coutouly, Merriman et d'autres accoucheurs. MM. Moreau, Duparcque et le docteur Churchill ont fait mention de cette singulière lésion périnéale. Mais aucun de ces auteurs n'a spécialement fait allusion à aucun exemple d'ouverture *fistuleuse périnéale persistante*, comme résultat et preuve de la perforation du périnée pendant le travail de la parturition.

Un semblable résultat est, à mon sens, fort rare parce que presque toujours, après l'accouchement, les lèvres de la plaie se réunissent très bien. Des exceptions à cette règle générale existent cependant, comme le prouve la pièce anatomique qui est déposée dans le musée obstétrical de l'Université d'Édimbourg. Voici l'observation de ce cas remarquable.

Observation I. — La malade fut assistée pendant son premier accouchement par un médecin. Le travail, comme je l'ai appris par la suite, fut lent, particulièrement pendant la progression de la tête à travers les parties inférieures du bassin. Le périnée était fortement tendu par la tête de l'enfant, et le médecin venait de cesser de soutenir le périnée, lorsque survint une très forte douleur d'expulsion; les cris poussés par la femme avaient rappelé le médecin, qui, à sa grande surprise, vit que la tête de l'enfant était presque entièrement passée à travers une fente du périnée. La douleur suivante expulsa le corps de l'enfant par la même ouverture, laquelle donna aussi passage au cordon et au placenta. Le sphincter anal et la fourchette étaient restés intacts. Les lèvres de la déchirure ne se réunirent point complétement.

Une année après l'accouchement, cette femme, atteinte de phthisie, était soignée par le docteur Dawson de Bathgate. Ce fut à cette époque que je vis la malade. La fistule périnéale avait persisté, comme nous avons pu nous en assurer quelques mois après par l'examen nécroscopique. Cette ouverture pouvait admettre une plume d'oie, et était située un demi-pouce en arrière de la vulve. Le périnée était très mince au niveau de la fistule, et l'on voyait des lignes cicatricielles qui venaient converger vers la surface muqueuse de cette ouverture. La fourchette vulvaire était intacte, d'un tissu dense, et avançait plus que normalement sur l'orifice vaginal.

Je n'ai pu retrouver dans les annales de la science, dit M. Simpson, que deux autres cas de *fistules* périnéales à peu près analogues, et qui fussent le résultat d'une *perforation périnéale pendant le travail*.

Ces deux cas ont été décrits par Marter, de Kœnigsberg, et Halmagrand, de Paris.

Observation II. — Marter avait été appelé par une sage-femme près d'une primipare. Il trouva la tête de l'enfant qui passait à travers une déchirure centrale du périnée. Bientôt de fortes douleurs expulsèrent le corps de l'enfant qui ne tarda point à être suivi du placenta. L'ouverture avait quatre déchirures qui se croisaient à angle droit. L'inflammation s'empara des lèvres de la plaie, et la fistule persista malgré l'application de ligatures. C'était à travers la fistule que s'écoulèrent les règles pendant deux années. La femme devint de nouveau enceinte, et le second enfant suivit le chemin ordinaire pour venir au monde.

Observation III. — En 1838, une malade vint trouver Halmagrand quelque temps après être accouchée : elle avait une *perforation périnéale* qui ne s'était point cicatrisée et qui communiquait avec le vagin. Halmagrand coupa la bride *périnéale antérieure*, raviva les bords de la fistule et les mit en contact par le simple rapprochement des cuisses. Quelques jours suffirent pour la cicatrisation, et dans la suite la femme accoucha de nouveau, sans qu'il y eut de nouvelle lésion du périnée.

Qu'il me soit permis d'ajouter aux remarques qui précèdent que, pour prévenir les déchirures centrales du périnée et conséquemment la possibilité d'une fistule périnéale, l'on doit :

1° Soutenir le périnée avec la main, afin de diminuer l'excès de pression, en même temps que l'on pousse la tête de l'enfant vers l'ouverture naturelle. Ces moyens, dans la pratique de MM. Lachapelle et de Denman ont réussi à empêcher la tête de l'enfant de passer à travers le périnée, alors que déjà le plancher périnéal était déchiré.

2° Faire l'application du forceps, pour dégager la tête et guider sa marche à travers la vulve — comme cela a été fait par Doutrepont, Hüber et Braun dans des cas où la sortie de la tête à travers le périnée était imminente.

Et 3° pratiquer des incisions latérales (si c'est absolument nécessaire), sur le bord antérieur du périnée, car il est d'une meilleure pratique de faire une ou deux incisions légères de chaque côté de la fourchette, de façon à régulariser le siége et la direction des déchirures qui doivent arriver, plutôt que de laisser leur forme et leur genre simplement au hasard. Il est toujours de beaucoup plus important de ménager le sphincter anal que celui du vagin (1).

Am. Dumontpallier,
Interne des hôpitaux de Paris.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Novembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle se compose d'une relation de l'épidémie cholérique qui vient de sévir dans l'arrondissement de Bayonne, par M. Bossoutrot, élève en médecine, et d'un rapport contenant les observations du docteur Cazenave sur la marche du choléra dans l'asile d'aliénés des Basses-Pyrénées. (Comm. du choléra.)

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Lasserre, sur un insecte peu connu dont la piqûre aurait occasionné la mort de plusieurs personnes. (M. Duméril, rapporteur.)

— Une lettre de M. Pichery, sur un appareil gymnastique de son invention. (Comm. déjà nommée.)

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'un passage du testament de M. Alexandre Fourcault qui lègue à l'Académie la nue propriété de douze actions du chemin de fer de Strasbourg, dans le but de fonder un prix perpétuel à décerner tous les cinq ans à celui qui aura trouvé le moyen de prévenir ou de guérir par de puissantes modifications de l'hygiène et de la médecine une maladie réputée incurable, comme la rage, la phthisie tuberculeuse, le cancer et le crétinisme. Dans le cas où, pendant cette période de cinq ans, aucun ouvrage n'aurait été jugé digne de cette récompense, le prix sera décerné à l'auteur de la découverte la plus importante en physiologie expérimentale.

— M. Velpeau, au nom de M. le docteur Chauffard, fait hommage à l'Académie des *Instituts de médecine pratique de Borsieri*, traduits par le médecin d'Avignon, qui, occupé par un service d'hôpital et par sa clientèle, a su trouver des loisirs pour les consacrer à la science.

— M. Malgaigne dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Neucourt, candidat au titre de membre correspondant. Ce tra-

(1) Dans toute maladie chronique des os ou des articulations, M. Bouvier distingue deux phases successives, la période *douloureuse* de l'affection et la période *indolente*. C'est ce qu'on a déjà vu dans l'histoire du mal vertébral, et c'est ce qu'on retrouve dans la coxalgie, dont il est ici question. La première période de la luxation coxalgique fait partie de la période douloureuse du coxarthrocace; la deuxième comprend la période indolente des variétés de coxalgie qui sont suivies de luxation.

(2) Nous devons faire remarquer qu'il s'agit, dans tout cet article, de mesure anglaise.

(1) Traduit de l'anglais du *Edinburg medical journal*. — Voir la figure qui accompagne la communication de M. Simpson, même journal, juillet 1855.

vail est intitulé : *Traitement du panaris par les caustiques.* (Comm. MM. Velpeau, Malgaigne, Robert.)

M. Bouvier demande la parole à propos du procès-verbal.

M. Bouvier : Je demande la permission de rectifier sur deux points mes paroles de mardi dernier.

J'ai dit que M. Malgaigne, dans son discours imprimé, avait souligné deux fois le mot *toujours* qu'il a attribué à Ambroise Paré. C'était une circonstance aggravante ; or, elle n'a rien de réel. J'ai appris, et je m'empresse de le déclarer, que M. Malgaigne est resté étranger à la rédaction et à l'impression de son discours. Le soin avec lequel il avait été reproduit m'avait trompé. Voilà pour la première rectification.

La seconde est toute spontanée de ma part. Elle m'est dictée par l'amour de la concorde.

J'ai parlé du séton d'Hippocrate. Ce mot offusque mon collègue; il blesse ses oreilles. Je le retire. Je déserte, pour complaire à mon collègue, la cause des Fiénus, des Séverin, des Freind, des Louis et de tant d'autres, qui ont compris comme moi le séton des anciens. J'appellerai désormais l'opération d'Hippocrate simplement une *cautérisation en forme de séton, sétoïde*, si l'on me passe cette expression. Je ne donnerai plus également le nom de *cautère* au cautère volant; car il faut être conséquent : s'il n'y a plus de séton sans mèche, il n'y a plus de cautère sans pois.

Il est bien entendu qu'en faisant le sacrifice des mots, je ne renonce pas aux choses. Je maintiens plus que jamais ma filiation du séton depuis Hippocrate jusqu'à nous. Le sétoïde d'Hippocrate reste toujours l'origine incontestable du séton. Voyez ce qui se passe au XIIIme siècle. Roger, Roland, les quatre maîtres de la Glose éditée par M. Daremberg, mettent des sétons sur la rate. Que font-ils pour cela ? Ils reproduisent *à la lettre* l'opération de Marcellus, de Paul d'Égine, pratiquée, dans le même but, pour les tumeurs de la rate; ils ne font qu'y ajouter une mèche. Et au XIVme siècle ? Qu'est-ce que le séton de François de Piémont pour la luxation de l'épaule ? C'est la répétition *exacte, littérale,* de la cautérisation d'Hippocrate, de Paul d'Egine, d'Albucasis, plus un cordon, *laqueus*, laissé dans la plaie. Il faudrait, je crois, fermer les yeux à la lumière pour ne pas être frappé du lien étroit qui existe, dans ces deux exemples, entre l'opération ancienne et là nouvelle.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire de M. Bouvier. — La parole est à M. Bouley.

M. Bouley : Si je sors de la réserve que m'impose ma position spéciale dans cette assemblée, et si je prends part au débat où s'agitent les destinées du séton, c'est que je crois que la médecine vétérinaire doit dire son mot quand il s'agit d'une de ses opérations les plus usuelles. Lorsque M. Malgaigne a qualifié cette opération d'empirique, de grossière, de barbare, il a englobé dans la même proscription et le séton des médecins et celui des vétérinaires. Or, ceux-ci usent fréquemment du séton, et même ils en abusent. Souvent ils y sont forcés, car le peuple est humoriste par excellence ; chez lui, les idées de pituite, de matières âcres, etc., sont profondément enracinées; il est bien difficile de ne pas céder aux cliens qui, voyant un cheval malade, attribuent la maladie à l'humeur et veulent qu'on ouvre à celle-ci une voie à l'extérieur. Le séton appliqué, la suppuration survient et cela avec une rapidité très grande, dans l'espace de quelques heures, chez le cheval (qui, sous ce rapport, offre une prédisposition des plus remarquables), — démonstration qui est regardée comme péremptoire. Puis, par une coïncidence que je ne me charge pas d'expliquer, la suppuration artificielle fait tarir celle qui existait ailleurs. De là l'abus du séton. Mais à côté de l'abus, il y a l'usage intelligent d'un moyen que je crois utile et que je vais tâcher de réhabiliter, toujours en restant à mon point de vue particulier et sans entendre tirer des conclusions applicables à la médecine humaine.

M. Malgaigne a plaisanté le séton prétendu intelligent. Si l'exutoire ne mérite pas cette épithète, du moins peut-on lui donner celle d'intelligible dans bien des cas. Dans une pneumonie grave, le séton est appliqué comme d'autres révulsifs associés à la médication interne, et il leur est préférable à cause de son énergie et de sa ténacité; aussi applique-t-on quelquefois deux, trois et jusqu'à six sétons en cas pareils. Mais ce sur quoi je veux insister en ce moment, c'est la manière différente dont le séton se comporte suivant le plus ou moins de gravité de la maladie. L'affection est-elle simple, a-t-elle une marche régulière? en quelques heures il se forme autour du séton une tumeur phlegmoneuse qui suppure. Au contraire, s'agit-il d'un état grave qui doit surmonter l'organisme, alors on observe du côté de la plaie une absence complète de réaction. Or, quand on traite des animaux, c'est-à-dire des êtres dont les sensations ne se traduisent à nous par aucun signe appréciable, n'est-ce pas un puissant élément de pronostic et de diagnostic que cette espèce de baromètre? On dirait qu'il se fait de l'organe malade au séton *et vice versâ*, comme un flux ou un échange d'humeur, d'où il résulte que le trajet du séton tantôt se sèche, tantôt se tuméfie. — Ce n'est pas dans la pneumonie seulement que le séton donne la mesure de la gravité de l'état morbide; il indique encore d'autres conditions générales, comme, par exemple, la saturation médicamenteuse. L'absorption du mercure chez les chevaux ne produit jamais de salivation ; comment reconnaître que l'économie est arrivée à la saturation mercurielle? Le séton est ici une précieuse ressource, car, dans ces conditions, la suppuration qu'il fait couler devient grisâtre et très fétide. Il permet encore de tâter pour ainsi dire la constitution médicale. Les annales de la médecine vétérinaire démontrent qu'à certaines époques les plaies des opérations les plus simples ont de la tendance à se gangréner, et, dans certaines circonstances, la castration a fait fonction d'une véritable épizootie à cause de cette circonstance. Appliquez un séton; la gangrène se manifestera dans cette plaie simple comme dans celle qui résulterait d'une opération plus grave et vous avertira du danger auquel vous vous exposez.

De même le séton désigne par lui-même le moment où il faut l'ôter, proposition qui a excité la raillerie de M. Malgaigne. C'est un fait d'observation que lorsque le séton cesse de suppurer, c'est que ses effets sont nuls, qu'il convient de le supprimer ou de le remplacer par un autre.

Je vais maintenant citer quelques-unes des applications du séton en médecine vétérinaire.

La *claudication* du cheval est une maladie qui survient souvent sans cause appréciable et semble être l'équivalent des douleurs rhumatismales; l'application d'un ou de deux sétons au voisinage de l'articulation que le diagnostic désigne comme atteinte, fait très souvent et promptement disparaître ce symptôme. La même maladie était autrefois traitée par l'*emplumage*, qui consistait à implanter sous la peau, largement décollée, de l'épaule, un certain nombre de plumes d'oie. C'était là une opération barbare, empirique, à laquelle le séton rationnel s'est heureusement substitué aujourd'hui. Celui-ci a quelquefois un mètre, un mètre et demie d'étendue; on le fait commencer à l'angle antérieur et supérieur du scapulum, passer sous l'aisselle et ressortir à l'angle postérieur de l'épaule. J'ai vu des chevaux atteints de ces claudications de cause occulte, après avoir subi inutilement d'autres traitements, guérir sous l'influence de ce long séton dont Gaulet est l'auteur.

Contre les *tumeurs synoviales*, les vétérinaires anglais emploient le séton qu'ils font passer entre la peau et la poche; on arrive aussi à la longue à obtenir la disparition de ces tumeurs. On a même proposé — mais c'est là un moyen que je ne voudrais pas conseiller — de franchir avec le séton la synoviale tendineuse elle-même.

Le séton rend souvent de grands services à titre de révulsif dans les affections thoraciques et d'autres maladies viscérales.

Il existe chez les chevaux une variété de *jetage*, qui, sans être spécifique, présente cependant une remarquable ténacité. On lui oppose avec succès un séton (encore fort audacieux) qui passe derrière la parotide, sous le plexus guttural et vient ressortir entre les deux branches de la jugulaire.

Contre les *engorgemens œdémateux* si considérables qui accompagnent les *crevasses* (analogues des engelures), le séton est presque infaillible ; on l'applique à la fesse et on lui donne un demi-mètre de longueur; au bout de quelques semaines d'une suppuration abondante, on voit l'engorgement se dissoudre. C'est là une ressource importante et les vétérinaires seraient fort embarrassés si elle venait à leur manquer.

L'*anasarque*, très commune chez les chevaux et succédant habituellement à un refroidissement de la peau en sueur, se résout également sous l'influence d'un séton qui traverse le tissu cellulaire œdématié. Si dans ces cas le séton ne *prend* pas, on voit bientôt la pénétration de l'air et son mélange avec la sérosité donner lieu à la gangrène.

Contre les maladies des yeux, nous employons également le séton, mais ce n'est pas à la nuque que nous le plaçons, c'est à la joue, au voisinage du mal. Ses effets sont très remarquables; il réussit souvent à arrêter la *fluxion périodique* qui revient, comme on sait, toutes les six semaines ou tous les deux mois, après avoir complétement disparu dans l'intervalle. Ici le succès n'est pas constant; cependant, dans bien des circonstances, l'influence de l'exutoire est incontestable.

Le *catarrhe auriculaire* des chiens présente cette particularité que lorsque par les détersifs et les astringens purs, on a obtenu sa disparition, on voit se développer les dartres, et qu'avec la guérison de celles-ci on voit coïncider la réapparition du catarrhe. C'est un va et vient perpétuel, une substitution incessante des deux affections. Placez un séton derrière l'oreille, sous l'influence d'un traitement approprié, le catarrhe guérira sans que des dartres se développent.

Dans *les eczèmes* du cheval, éruption spéciale qui n'est pas le farcin, j'ai vu, et parfaitement vu deux ou trois sétons placés au thorax ou à l'abdomen, faire tarir la sécrétion morbide et amener la guérison très rapide de la maladie, qui n'a pas récidivé ultérieurement.

Une maladie dans laquelle le séton est admirablement indiqué, c'est la *gourme*. On sait que lorsqu'ils sont atteints de la diathèse gourmeuse, les chevaux ont une tendance extrême à la suppuration, et qu'alors celle-ci se manifeste au nez, dans les ganglions lymphatiques du cou, du thorax, de l'aine; on sait aussi que lorsque la gourme produit au dehors des suppurations abondantes, elle respecte les organes internes. Quand les jeunes chevaux, les chevaux de remonte, par exemple, sont sous le coup de cette diathèse, comme cela arrive fréquemment, les contusions même simples en apparence, suites d'un coup donné par un camarade, deviennent le point de départ d'énormes abcès. En appliquant aux chevaux, dans ces conditions, un séton, on prévient la formation des foyers métastatiques, résultat qu'il suffit d'énoncer pour en faire sentir toute l'importance.

Tout le monde sait que dans la maladie désignée sous le nom de *péripneumonie* des vaches, il y a autre chose qu'une simple inflammation pulmonaire. Eh bien ! dans la période d'incubation qui précède cette localisation, on applique avec avantage un séton sous le thorax pour empêcher le fluxus du côté du poumon. C'est un séton qui entraîne avec lui des trochisques ou des sachets de sublimé.

Pour ne pas abuser des instans de l'Académie, je m'en tiendrai là, dans l'énumération des cas où les avantages du séton sont certains ou au moins très probables.

Mais comment interpréter les effets de cet exutoire ? Je n'entrerai pas dans des considérations générales sur la révulsion ; je remarquerai seulement que le séton produit un stimulus, un fluxus considérable, qu'il a de plus l'avantage d'être tenace et d'adhérer en quelque sorte aux parties.

Peut-être cette irritation superficielle, ce courant sanguin activé au voisinage d'une région malade, d'un tissu douloureux, produisent-ils un mouvement moléculaire, et ce mouvement qui en chimie exerce une si grande influence sur les propriétés des corps, peut bien modifier aussi la composition intime des parties vivantes.

Le séton est un moyen excellent quand il s'agit de combattre l'épuisement, le refroidissement. Les sinapismes, les frictions sont quelquefois difficiles à appliquer; tandis que, armé de son aiguille, le vétérinaire allume à l'instant même quatre ou cinq foyers d'irritation, dont l'action propagée au loin va réveiller le foyer central, et ranimer la vie prête à s'éteindre. C'est là un deuxième mode d'action du séton.

Il y a encore une autre considération que je demande la permission de développer. J'ai dit que chez le cheval on appliquait des sétons de 3 mètres et plus. Or, un séton de 3 mètres et de 4 centimètres de largeur, combien croyez-vous qu'il fournisse de pus? Voici ce que m'ont appris quelques investigations faites ces jours derniers à l'Ecole d'Alfort, et dont le discours de M. Malgaigne m'a suggéré l'idée.

Un séton ayant les dimensions indiquées donne 48 grammes de pus par jour. Six sétons pareils (j'ai déjà dit que dans certains cas on atteignait et même dépassait ce chiffre) donnent 288 grammes par jour, et dans l'espace de six jours, terme moyen du temps pendant lequel on les laisse appliqués, cette singulière saignée est de 1728 grammes.

M. Bouvier disait que, dans son opinion, le séton agissait plus par la suppuration que par l'irritation qu'il produit. C'est également ce que je crois devoir admettre. Un cheval qui perd chaque jour 288 grammes de liquide n'est-il pas dans des conditions analogues à celles d'une vache laitière qui laisse fuir par ses mamelles en si grande quantité les éléments du sang? Il est d'observation que ces vaches ne deviennent pas grasses et qu'en même temps elles ont un appétit très vif, une activité insolite des fonctions digestives. Le séton produit une véritable spoliation, c'est un exutoire dans le vrai sens de ce mot : il enlève au sang une notable proportion de ses élémens constitutifs, c'est donc un agent résolutif, fondant; en raison de l'activité imprimée à l'absorption interstitielle il peut faire disparaître des produits morbides qui n'ont pas acquis une trop grande ténacité. Il détermine dans les vaisseaux une sorte de vacuité ou de tendance au vide, et à ce titre il se rapproche de la saignée, sur laquelle il a l'avantage de ne pas enlever le sang, mais de l'*user*, tout en exaltant l'activité des fonctions réparatrices. (Aussi ne faut-il pas astreindre à une diète absolue les animaux chez qui on a établi une de ces suppurations artificielles, de peur de les voir se nourrir aux dépens de leur propres tissus ou se dévorer eux-mêmes, comme ont l'a dit.) C'est grâce à ce courant sanguin, grâce à cette rénovation des élémens incessamment dépensés par la suppuration, que le séton est utile et qu'il fait résoudre l'engorgement de la pneumonie, l'œdème des membres.

Trop de raisons contribuent à faire du séton une arme puissante entre les mains du vétérinaire pour qu'on y renonce aisément; des sarcasmes, même lorsqu'ils sont dits comme M. Malgaigne sait les dire, ne suffiront pas pour discréditer un moyen dont la pratique a démontré l'excellence.

M. Renault annonce qu'il présentera prochainement des considérations sur le séton.

— M. Aran présente un malade tuberculeux, chez lequel il a pratiqué, avec succès, des ponctions suivies d'injections iodées dans le péricarde, pour remédier à un épanchement chronique de cette sérosité. (Voir plus haut, à l'article *Thérapeutique*.)

— M. Barth, au nom de la commission des épidémies, commence la lecture du rapport annuel de cette commission.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Nous recevons la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

« Mon cher ami,

» M. le docteur Longet et moi recommandons instamment une souscription en faveur d'un honorable confrère privé de toute espèce de ressources et tombé dans la plus extrême misère, avec une femme et un enfant en bas-âge, par suite d'infirmités les plus graves, qui l'ont mis dans l'impossibilité absolue de se livrer à aucune espèce d'occupation.

» Cette souscription a pour but de réunir une certaine somme, qui mette la femme de notre confrère en mesure de pouvoir s'occuper activement, seul espoir qui reste à cette malheureuse famille.

» A vous, L. Cerise. »

Première liste : MM. Cerise, 50 fr.; Longet, 20 fr.; Louis, 30 fr.; Brun, 30 fr.; Denonvilliers, 20 fr.; Brierre de Boismont, 20 fr.; Am. Latour, 10 fr.; Richelot, 20 fr.; J. Guyot, 18 fr.

Les juges du concours pour les prix des internes sont MM. Louis, Léger, X. Richard, Broca, Michon, *titulaires; suppléans*, MM. Legendre et Marjolin.

— M. Aubergier, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont, vient d'être nommé doyen de cette Faculté.

— Une exposition d'enfans vient d'avoir lieu en Angleterre, à Withernsea; plusieurs prix étaient offerts aux concurrens des deux sexes : le 1er, de 5 livres, à la plus jolie tête de moins de 12 mois; le 2me, de 4 guinées, au plus pesant enfant du même âge; le 3me, de 3 guinées, à l'enfant le plus fort et le mieux développé, de l'âge de 6 à 8 mois ; le 4me, de 2 guinées, au plus gentil enfant du sexe féminin, de 2 à 4 ans, et le 5me, de 1 guinée, au plus bel enfant masculin du même âge; 150 concurrens se sont disputé ces prix. La salle de l'exposition contenait plus de 5,000 spectateurs.

Le jury du jugement se composait de cinq membres, dont un médecin, tous habitans de Hull, ville voisine; il avait été décidé qu'en cas de contestation, le public de la salle serait appelé à décider en dernier ressort. Mais voici la partie dramatique de la fête : à peine le dernier prix fût-il proclamé que, de toutes parts, s'élevèrent des réclamations, en même temps que des vociférations furibondes. Aux clameurs de cent mères irritées, se mêlaient les cris d'autant d'enfans, formant ainsi un épouvantable concert. Le jury, voyant un orage s'amonceler sur sa tête, quitte prudemment la place, et le public le suit, tandis que les mères restées dans la salle, s'arrachent les récompenses promises. Il est probable, dit un journal de Hull, que les autres villes d'Angleterre ne seront pas tentées, après cela, d'entreprendre encore de telles expositions, qui ne conviennent qu'aux mœurs américaines.

Hopital de la Pitié. — M. Becquerel, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera des *conférences cliniques* audit hôpital le lundi 12 novembre, et les continuera les lundis et vendredis suivans, à 9 heures du matin.

Il y sera traité de toutes les applications de la chimie pathologique à la médecine clinique.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

AVIS

à MM. les Actionnaires et Collaborateurs de l'Union Médicale.

Le Gérant de l'Union Médicale voulant, dans un but de conservation, faire relier les nombreuses collections françaises et étrangères que renferme la bibliothèque de l'Union Médicale, prie instamment MM. les Actionnaires et Collaborateurs qui ont entre leurs mains des numéros détachés des divers recueils appartenant à ladite bibliothèque, d'avoir l'obligeance de les faire remettre dans le plus court délai possible au bureau du journal.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 134. NEUVIÈME ANNÉE. Samedi 10 Novembre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et le Departemens,

1 An	....	32 Fr
6 Mois.	....	17
3 Mois.	....	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LE CHOLÉRA EN AUTRICHE (1).

CLIMATOLOGIE ; — MODE DE PROPAGATION DE L'ÉPIDÉMIE ; — THÉRAPEUTIQUE.

Froshdorf, Octobre 1855.

II.

Je continue à suivre la marche de l'épidémie cholérique dans l'empire autrichien avant d'entrer dans les détails thérapeutiques, détails intéressans, au moins sous le rapport de l'histoire, car il n'est jamais indifférent de connaître, en ce qui nous occupe, ce qui se passe autour de nous. On y verra toujours persister cette concordance entre les qualités de l'air et le mode de propagation du fléau.

On n'a pas oublié que le choléra établi à Vienne n'avait pas quitté le Wieden, que ce faubourg était resté son quartier-général. C'est de ce centre que le fléau s'est avancé vers le Midi. La propagation s'est opérée par continuité. Le chemin de fer du Sud occupe la partie supérieure du plateau, sur le revers duquel descendent les rues du faubourg de Wieden. Le choléra a suivi la même direction que la voie ferrée. Il a sévi dans la plupart des stations grandes ou petites, tantôt en s'y développant spontanément, tantôt après la mort ou la guérison d'un cholérique venu de Vienne. Il a fait le plus de victimes dans les stations les plus proches de la ville ou dans leur voisinage. On a compté beaucoup de morts dans les villages du château impérial de Luxembourg. Bade, l'établissement thermal adopté par les habitans de Vienne, a payé son contingent. Neustadt, une des grandes stations de la ligne comme Bade, a eu une centaine de morts. Le choléra a suivi la voie jusqu'aux limites géographiques de la Basse-Autriche, en continuant à s'étendre dans les vallées limitrophes, car Erlach, Schleimz, Pitten, Froshdorf, ont compté des malades ou ont payé leur tribut. Mais, parvenu à Neunkirken, une des grandes stations, il n'a pas pénétré plus loin. Quand il s'agit de ce fléau, les pourquoi n'amènent pas, en général, de réponse. Cette fois, je crois qu'il n'en sera pas ainsi.

Un groupe de montagnes, embranchement de la chaîne des Alpes noriques, le massif du Sœmmering, coupe transversalement la voie. Des travaux magnifiques ont placé des rails sur ces hauteurs ou les ont fait pénétrer dans leurs flancs. Mais le massif existe, et forme comme autrefois la ligne qui sépare l'Autriche de la Styrie, ou pour mieux dire un système d'influences d'un système différent. Celui-ci est le côté occidental, l'autre le côté oriental ; le premier est toujours l'Allemagne, le second conduit à l'Italie et aux bords de l'Adriatique. Sans parler de la topographie des campagnes qui séparent Vienne du Sœmmering, ce rapprochement porte avec lui sa signification. Les vents à qui j'attribue une intervention dans le développement et la propagation du choléra, ces vents perdent leur prépondérance. C'est à partir de ce changement produit par les conditions du sol que cesse le choléra. Les causes du phénomène se dessinent, ce me semble, d'une manière assez nette, pour qu'il soit impossible de les nier. On n'a pas assez étudié l'atmosphère dans ses rapports avec l'état du globe et les événemens pathologiques qui se passent sur les habitans. Ce sera un jour toute une science nouvelle.

Je passe maintenant sans préambule à la thérapeutique du choléra en Allemagne et surtout en Autriche ; ce que j'ai à en dire ne sera pas, je l'espère, dépourvu de quelque intérêt.

Dans les premières épidémies, on fit usage avec succès, à Vienne, de la poudre de Dower, composée seulement, d'après le formulaire autrichien, de parties égales de poudre d'opium et d'ipécacuanha. M. le comte de Montbel est un exemple de ses bons effets. Frappé par l'épidémie à Vienne, il lui suffit de quelques prises de ce médicament pour voir changer, en peu de temps, un état grave en une situation qui était presque la guérison. Il raconte lui-même la surprise que lui fit éprouver l'effet spontané de cette médication. La constitution épidémique générale co-existant avec l'épidémie spécifique de choléra était-elle pour quelque chose dans le triomphe de la poudre de Dower dont les succès répétés lui acquirent bientôt une véritable vogue. Je ne sais ; mais il est probable qu'un changement s'opéra bientôt sous ce rapport, car on modifia sa formule, sans doute pour l'améliorer.

C'est le docteur Neid de Vienne qui est l'auteur du perfectionnement de la poudre de Dower autrichienne. C'est la poudre ordinaire avec des élémens fortifians de plus. Voici cette formule :

Poudre d'ipécacuanha. .	} ãã.	12 centigrammes.
Id. d'opium.		
Id. de noix de musc.	} ãã.	8 décigrammes.
Id. de r. de colombo		
Sucre		15 grammes.

On divise en douze paquets et on en prend un toutes les heures, mais en alternant avec un médicament liquide de l'ordre des teintures éthérées et d'une composition très compliquée.

La médecine révolutionnaire de Broussais n'a pas fait passer son niveau sur la thérapeutique allemande. Malgré l'influence de la médecine française sur celle des autres pays, les écoles d'outre-Rhin ont conservé leurs vieilles traditions. Il y a de bonnes choses à apprendre, sans doute, dans cette thérapeutique trop riche pour ne pas avoir les défauts de l'opulence. A côté de la mesure ou de la dépense bien entendue, il y a l'excès. Il arrive souvent qu'en voulant rester trop fidèle à ses traditions d'école, le médecin allemand donne beaucoup trop, et même ne sait plus ce qu'il donne. Il arrive alors qu'il se crée des difficultés en présence des problèmes les moins difficiles. Je me souviens que je fus appelé par un malade dont l'estomac ne pouvait rien supporter depuis plusieurs jours à la suite d'un embarras gastrique. Il rejetait tout, même les médicamens que je devais supposer de nature à ne pas provoquer une aussi fâcheuse réaction. J'appris que le malade avait pris des poudres où entrait une série de substances, les unes calmantes, d'autres corroborantes, d'autres encore aromatiques ou sucrées, le tout tiré du règne minéral et végétal. Malgré la vive susceptibilité de l'estomac, on insistait pour la continuation, malgré les inconvéniens qui en résultaient toujours. Je proposai quelques gouttes de laudanum dans de l'eau froide. Après une journée de ce traitement, le malade ne vomit plus, mangea avec appétit et digéra parfaitement. Ainsi pour les plus petites choses, on se jette quelquefois dans les complications ; on ne s'étonnera pas, d'après cela, de la richesse de composition de l'élixir anticholérique du docteur Neid.

Le premier élément consiste dans la teinture de Scheffer, qui se compose elle-même de huit à dix substances : teintures de racines et écorces fortifiantes, extraits amers, sel de tartre, vin blanc, liqueur d'Hoffman et teinture de mélisse ; la formule suivante fera connaître les autres :

Teinture de Scheffer.		25 grammes.
Id. de valériane		8 grammes.
Liqueur de corne de cerf	} ãã.	2 grammes.
Teinture théhaïque . . .		
Éther acétique.		1 gram. 50 centig.
Oléo-saccharum d'oranger . . ,		10 grammes.

(1) Voir le numéro du 3 Novembre 1855.

Feuilleton.

QUELQUES LETTRES INÉDITES DE BROUSSAIS.

II.

(Je regrettais dans le précédent article de n'avoir pu recueillir aucun renseignement sur M. Gérard Girardot (et non Gérardot, comme cela a été imprimé par erreur), l'ami et le confident intime de Broussais, à cette époque de sa vie. L'un de nos vénérables confrères, M. le dr Bedor, de Troyes, un des heureux et rares survivans de ces époques éloignées, a bien voulu me mettre en mesure de combler cette lacune. « Comme j'y ai servi sous ses ordres (à l'hôpital du bagne de Brest), » m'écrit M. Bedor, et été favorisé de ses précieuses leçons, je puis » abréger vos recherches.

« Enthousiaste outre mesure de Broussais, Girardot m'avait bientôt » monté à son diapason.

» Lié, ensuite, avec l'objet de notre enthousiasme à Paris, où nous » vînmes ensemble, en quittant la marine, Girardot et moi, ma liaison » avec le grand médecin a été bientôt intime, par son entremise. Elle » n'a fini qu'avec sa vie.

» Depuis que sa statue, puis celle de Larrey décorent l'hôpital du » Val-de-Grâce, à chaque voyage de Troyes, où il m'est venu voir, à » Paris, où je les visite de nouveau, je leur porte mes soupirs de re» grets et de reconnaissance. »

Mais M. Bedor a mieux fait encore ; il a eu la complaisance de m'envoyer une lettre autographe de Broussais, lui annonçant la mort de M. Girardot. Cette lettre, fort curieuse, est datée du 19 janvier 1823, c'est-à-dire de l'époque où Broussais était au *summum* de la célébrité, et l'on y voit avec plaisir qu'il n'avait pas oublié son ami des jours de détresse. Cette lettre débute ainsi : « Mon cher Bedor, il n'est que trop » vrai, notre pauvre Père-Gérard n'existe plus. » Cette lettre contient des détails intimes que je ne peux reproduire. Broussais a consigné une note sur son ami Girardot dans les *Annales de la médecine physiologique*, tome 3me, page 164. Quant aux détails que renferme la lettre que j'ai sous les yeux « c'est ce que je n'ai eu garde de toucher, dit Broussais à M. Bedor, comme vous le sentez parfaitement, dans mon » article. *Parcere sepultis.* » Là où Broussais a cru devoir s'arrêter, je dois, à plus forte raison, m'arrêter aussi. Il résulte de ces renseignemens que Girardot, malgré de grandes excentricités de conduite, surtout dans les derniers temps de sa vie, fut un médecin savant, probe, ennemi de l'intrigue et digne de la vive, profonde et durable amitié que lui porta Broussais.)

Broussais est en Espagne, où il doit remplir pendant six ans les fonctions de médecin principal de l'armée. L'*Histoire des phlegmasies chroniques* a paru l'année précédente, mais l'auteur ignore encore quelles sont les destinées de cette œuvre ; les graves exigences de son service, l'éloignement de Paris, les événemens importans auxquels il se trouve mêlé, ne lui enlèvent pas, sans doute, toute préoccupation à cet égard ; mais, à vrai dire, ce ne sera qu'après la fin de la guerre et à la chute de l'Empire, ce ne sera qu'en 1816, qu'ému, froissé et irrité du peu de sensation qu'a faite son livre, de la critique dédaigneuse et injuste qu'en a donnée Pinel dans le journal de Corvisart et Leroux, que le grand polémiste et le violent réformateur se révèleront par la publication du premier volume de l'*Examen des doctrines*, etc., œuvre formidable, véritable coup de foudre qui vint réveiller de leur léthargie les Académies, les Écoles et le monde médical.

En attendant, il écrit à son ami Girardot :

« Madrid, le 12 janvier 1809.

» En arrivant au quartier général (avant-hier), j'ai trouvé votre lettre, mon pauvre Gérard. Elle m'a fait une telle illusion, que j'ai cru vous entendre parler. Chimère ! un espace immense nous sépare. Quand vous embrasserai-je ? Quand pourrai-je serrer dans mes bras ma femme et mes pauvres enfans ? Quel affreux pays, mon ami ; quelle terre de malédiction ! Nous vivons ici au milieu des poignards. Nos troupes sont en possession de tous les forts, de toutes les avenues. Plus de 80 pièces de canon, mortiers, obusiers, etc., dominent Madrid et pourraient, en quelques heures, la livrer aux flammes ; sans cela, malgré notre grand nombre, nous serions tous dépêchés avant vingt-quatre heures. En dépit de ces précautions, des patrouilles nombreuses qui parcourent la ville, des corps-de-garde et des factionnaires multipliés à chaque pas, il n'est point de nuits qui ne prêtent leurs ombres à quelques assassinats. Que dis-je ? même en plein jour il s'en commet. Aujourd'hui, à deux heures après-midi, au milieu d'une rue, un Espagnol vient de plonger son poignard dans le cœur d'un officier qui passait ; il ne l'a pas manqué. Nous sommes obligés de regarder tout autour de nous, d'observer attentivement les carrefours, et la nuit de marcher le sabre nu à la main, en faisant écarter les Espagnols qui se rencontrent sur notre route.

» La route pour venir de France n'est pas moins dangereuse. Il faut faire 90 lieues dans les montagnes, et l'on se trouve souvent dans des défilés étroits où les paysans, qui tous sont transformés en coupe-jarrets, ont toute la commodité possible pour nous fusiller, et la facilité de se sauver dans les ravins, les précipices, etc., qu'ils franchissent avec une agilité étonnante. J'ai voyagé heureusement avec une bonne escorte qui accompagnait un général.

» Mais nous avons vu sur le chemin maintes victimes de leur imprudence ou de la nécessité d'obéir à quelque ordre impérieux, mais nécessaire !

» *Sic unum pro multis...* Notre Empereur prend les plus sages mesures pour apaiser tous les orages ; tout notre espoir est en lui. Ah ! qu'il ménage bien sa tête ! certes, il sera victorieux chaque fois qu'il attaquera des armées espagnoles ou anglaises. Nous n'en doutions point et l'expérience de tous les jours peut encore nous en convaincre ; mais les poignards, les poignards !... Comment les fera-t-il tomber des mains de ce peuple fanatique et féroce ? Sa sévérité n'aigrira-t-elle pas encore davantage leur fureur atrabilaire ? Cependant elle est nécessaire, et je crois qu'elle aurait un heureux succès si toutes les armées espagnoles étaient anéanties. Ce peuple réuni en masse s'électrise mutuellement et devient très brave. Il faut toute l'opiniâtreté du soldat français pour en triompher. Mais qui pourrait lui résister quand il est guidé par Napoléon ! J'ai passé par le champ de bataille de Somariera (je ne sais pas si j'écris bien) ; c'est un défilé très étroit, où ils étaient retranchés à trois journées de Madrid, pour arrêter l'armée pendant qu'on fortifierait la capitale. Leurs redoutes, leurs pièces y sont encore. Il fallait des héros ou plutôt des enragés pour avancer sur ces terribles bouches à feu qui, presque inaccessibles, dominaient toute l'armée. Ceux qui ont vaincu là vaincront partout ailleurs. L'ennemi se replia, croyant avoir au moins le temps de fortifier Madrid ; mais le héros qui s'est emparé de la foudre, y arriva aussitôt qu'eux. Ils prenaient leurs mesures pour égorger l'armée dans Madrid. Ils auraient réussi ; mais on se garda bien d'entrer. La ville fut investie, canonnée, bombardée. La frayeur de l'incendie les fit capituler. Aussitôt on s'empara de toutes les positions *intrà* et *extrà* qui sont avantageuses, et maintenant Madrid, sous le feu du canon, ressemble à celui qui cherche sa bourse dans un grand chemin, pendant qu'on lui tient le pistolet sous la gorge, tout en épiant le moment de désarmer son adversaire et de rétorquer son argument. Les succès de nos armées continuent. Nous attendons le retour de l'Empereur. Mais les poignards ! les poignards ! »

La dose de cette teinture est de cinq à six gouttes dans une cuillerée à café d'eau froide. On sait qu'on l'administre alternativement avec la poudre. J'ignore si cette médication a réussi quelquefois; mais ce que savent tous les médecins qui ont vu des cholériques, c'est qu'il suffit du goût ou même de l'odeur d'un médicament chez la plupart, pour provoquer le symptôme qu'on doit calmer au plus vite, les vomissemens. C'est à tel point qu'il y a des malades qui repoussent tout et ne veulent que de l'eau froide. Un cholérique d'un village voisin de nous a été guéri par ce seul moyen.

Un autre élixir qui a eu son temps, et qui, s'il ne jouit plus de la même considération, n'en est pas moins encore assez employé, c'est l'élixir du docteur Bastler. Voici sa composition :

Huile d'anis. . . .
Id. de genièvre. } *ãâ*. . . . 18 grammes.
Id. de cajeput. .
Liqueur ano. d'Hoffmann. . . . 50 grammes.
Teinture de cannelle. . . . . . 110 grammes.
Liqueur acide de Haller. . . . 72 gouttes.

C'est un élixir énergique et qu'on administre par gouttes, comme ses analogues. Il comprend des effets toniques, diffusibles et astringens. Mais pourquoi toutes ces huiles, et surtout l'huile de cajeput, bien faite pour exciter les répulsions des malades ? La liqueur acide de Haller donne à cet élixir le cachet allemand. Elle est extrêmement employée; les praticiens paraissent beaucoup se louer de ses qualités astringentes.

Le docteur Sigmund, qui jouit d'une juste renommée à Vienne, s'est éloigné de cette polypharmacie, souvent blâmable dans ses excès, pour proposer un traitement plus rationnel, qui a rendu des services. Je ne sais si c'est à lui ou à un de nos compatriotes qu'est due la priorité de l'emploi de la noix vomique contre le choléra. Je suis tenté de croire, cependant, que cet honneur appartient au médecin de Vienne. Voici sa formule :

Laudanum de Sydenham. . . . 3 grammes.
Teinture de noix vomique . . . 1 gramme.

On donne ce mélange par gouttes, dont on rapproche ou on éloigne l'administration, en se guidant sur les effets produits. Si le médicament agit, ce qui n'est pas douteux, on sait au moins à quel élément appartient l'action. L'esprit ne s'égare pas dans une complication d'effets qui dérobent à l'observateur le véritable et le seul nécessaire. Puis, la noix vomique a un mode d'action qui n'est plus à découvrir; elle substitue une stimulation artificielle à l'excitation désordonnée qui forme le principal symptôme de la maladie, et, par cette substitution, elle guérit, ou du moins elle peut guérir quand le mal n'est pas au-dessus du remède. Cette partie, énergiquement active du traitement, est complétée par des lavemens d'amidon avec laudanum ; c'est un auxiliaire qui peut avoir sa valeur.

Il est juste de dire que, dans les hôpitaux de Vienne, on s'est montré très modéré pour les formules de la médecine traditionnelle pendant les épidémies de 1854 et 1855. On a employé, dès les premiers symptômes, le laudanum et la liqueur d'Hoffmann, et plus particulièrement la poudre d'opium qui entre dans la plus grande partie des mélanges en poudre prescrits si fréquemment par la médecine allemande. Mais la glace quand on pouvait en avoir, et à son défaut l'eau glacée, tenaient le premier rang. Ce moyen m'a toujours réussi, à Tœplitz comme à Froshdorf, pour des cas de cholérine comme pour ceux du choléra. Dans cette dernière résidence, et pour un cas très grave, aucun médicament n'était accepté, la glace seule a suspendu les vomissemens, modéré la diarrhée, diminué l'intensité des crampes ; continuée, elle n'a pas fait obstacle à la réaction qui s'est produite par l'emploi d'un simple mélange d'eau distillée de menthe et de laudanum.

On donne, pour déterminer la réaction, les éthers sulfurique ou acétique. On emploie fréquemment le sous-carbonate d'ammoniaque diffusible d'une assez grande énergie pour être considéré comme un excellent moyen d'action. Je lui préfère l'acétate d'ammoniaque pur qui, dans des maladies graves et de caractère différent, a toujours servi mes intentions et n'a pas été moins fidèle dans les affections cholériformes ou cholériques. Pour obtenir des résultats, il ne faut pas craindre les hautes doses; c'est un médicament qui permet moins de prudence que d'autres moins efficaces que lui.

En Allemagne, plus que partout ailleurs, l'arsenal thérapeutique ne s'enrichit pas seulement des formules composées par ses médecins; il a aussi de zélés fournisseurs dans les hommes étrangers à la médecine. Je ne citerai qu'une de ces formules, parce qu'elle a eu quelque crédit; qu'elle conserve des partisans encore, surtout en Hongrie, pays de l'inventeur; et parce qu'on a cru enfin devoir l'envoyer en Crimée, quand notre noble et vaillante armée y subissait les dures atteintes de l'épidémie. Le remède consiste dans une teinture de seigle tout simplement. Ce grain, si innocent par lui-même, se transforme, en cédant quelques-uns de ses élémens à l'alcool ; il devient un agent doué d'héroïques propriétés, puisque, dans ses luttes avec le choléra, il est rare qu'il n'obtienne pas la victoire. Il paraît que l'agent n'était pas si invincible puisqu'il a eu besoin d'un auxiliaire ; en effet, le teinture de seigle est devenue une teinture de seigle camphrée. Cette modification, sage probablement, n'a pas rendu son avenir plus heureux. Excepté dans quelques campagnes et dans son pays natal, on ne s'en sert plus. Elle fait partie de ma collection pharmaceutique ; je respecte sa noble poussière, et ne la conserve qu'en souvenir du respectable confrère qui me l'a léguée.

J'ai montré la voie que les médecins éclairés de l'Allemagne suivent déjà ou paraissent vouloir suivre. Nul doute que cette direction ne soit féconde en résultats et n'ouvre une ère nouvelle à la thérapeutique, mais j'ai été peut-être un peu sévère pour la polypharmacie, et je lui dois réparation. Moins iconoclastes que nous, les Allemands n'ont pas détruit leurs vieilles images; ils n'ont pas eu un Hégel dans leur médecine comme dans leur philosophie; ce n'est pas un malheur pour eux. Nous autres Français, nous avons eu le nôtre. Aucun système n'est bon, disait-il, si ce n'est le mien qui abolit toute thérapeutique ou lui substitue peu de chose. Vous savez comme on l'a cru sur parole et comment la vieille science s'est dissipée. Voilà pourquoi nous avons besoin de grands efforts pour faire à notre usage une thérapeutique qui ne trompe pas le malade dans son espoir et nous dans nos prévisions. Travaillons-nous sérieusement à la faire, et ne préférons-nous pas nous livrer à la description, c'est-à-dire à la pathographie. Les Allemands, dans leur sage lenteur, sont mieux avisés que nous. En ne répudiant pas le passé, ils lui ont été trop fidèles peut-être, mais ils ont su tout au moins en tirer de fructueuses leçons. Aussi, dans la voie où ils s'engagent, ils auront bientôt conquis assurément une thérapeutique rationnelle et riche en même temps d'une richesse de bonne aloi; tandis que nous autres, pathographes intrépides et satisfaits de nous-mêmes, nous ne saurons que nous réjouir de notre pauvreté.

Dr Éd. Carrière.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Service de Valleix, suppléance de M. de Saint-Laurent.

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine. — Avantages de l'expectation.

L'attention toute particulière avec laquelle sont étudiées, depuis quelques années, et par un grand nombre de médecins, les maladies des organes génitaux de la femme, a mis en lumière une foule de faits intéressans, qui jusqu'à ces derniers temps étaient restés inaperçus. Si la science est loin d'être définitivement arrêtée sur ce point, comme sur bien d'autres, les progrès n'en sont pas moins rapides, et il y a tout lieu d'espérer que le jour ne tardera pas à éclairer complètement ce coin obscur de la pathologie. C'est surtout en comparant ce qui a été publié il y a vingt ans à peine, avec ce qui se professe aujourd'hui que l'on peut se rendre compte du progrès qui a été effectué. Ainsi, pour ne parler que des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne, décrites aujourd'hui sous le nom d'*hématocèles rétro-utérines*, lorsque M. Laugier disait, en 1833, dans le tome v du *Dictionnaire de médecine*, p. 66 : « L'excavation pelvienne peut être le siège » de tumeurs de diverse nature.... Tantôt ce sont des kystes » plus ou moins volumineux...., quelquefois des tumeurs san- » guines, ainsi que le prouve une observation de M. Récamier, » insérée dans la *Lancette française ;* » il résumait, dans ces quelques lignes, tout ce que la science possédait alors sur ce sujet. Mais, à quelle distance ce professeur ne se trouvait-il pas à cette époque de la complète et séduisante théorie qu'il vient d'exposer cette année à l'Institut. — *(Compte-rendu hebdomadaire de l'Académie des sciences,* 26 février 1855. *Mémoire sur l'origine de l'hématocèle rétro-utérine,* par M. Laugier, tome xl, p. 455).

Ce n'est pas seulement à rechercher la nature intime d'une semblable affection que pouvait se borner l'activité des auteurs contemporains ; la question du traitement devait être agitée, et c'est elle qui a le plus particulièrement attiré l'attention des chirurgiens. Récamier, dont le nom revient toujours le premier, à cause de la fameuse observation à laquelle il a été fait allusion plus haut, et de trois ou quatre autres faits analogues, n'a pas connu les hématocèles rétro-utérines. Il divisait les tumeurs du petit bassin en deux groupes : tumeurs fluctuantes, tumeurs non fluctuantes. Ouvrant toutes les *tumeurs fluctuantes*, sans exception, il a vu sortir, tantôt du pus, tantôt de la sérosité, tantôt du sang; mais je ne sache pas qu'il ait jamais reconnu à l'avance une tumeur sanguine. Le premier auteur qui ait vraiment traité la question *ex professo*, est M. Vigués, élève de M. Nélaton. Il nous montre, en 1850, ce professeur diagnostiquant les hématocèles, et imbu sans doute des préceptes de Récamier, ouvrant toutes celles qu'il rencontre. Mais l'expérience ne tarde pas à modifier cette pratique, car, au mois de mai 1851, nous retrouvons M. Nélaton s'occupant des hématocèles rétro-utérines à la Société de chirurgie. Il conseille alors de ne recourir à la ponction ou à l'incision que lorsqu'on ne peut plus compter sur la résorption de la tumeur ; et il ajoute que l'incision présentant des dangers sérieux, on doit l'employer seulement

---

Je ne sais si, au point de vue littéraire, on trouverait dans les historiens une page plus saisissante pour la spontanéité et l'élan du style, pour la rapidité du récit, pour la vérité du tableau, pour le pittoresque de la description, pour l'animation et l'intérêt du drame. Les lecteurs me pardonneront certainement cette citation extra-scientifique qui leur peint Broussais sous un point de vue nouveau et inconnu de ce talent admirable qui rappelle Xénophon et Thucydide.

Mais le médecin, l'observateur, le physiologiste se retrouvent bientôt, et sans transition Broussais reprend :

« Un mot de physiologie. N'avez-vous pas lu, entendu répéter par les échos médico-machines que les hommes étaient débiles et efféminés dans les pays chauds. Rien de si faux, mon ami, n'en croyez pas un mot. Les hommes du Midi (je n'entends pas parler de la race américaine, qui a été reconnue bien au-dessous des Européens, des Asiatiques et des Africains) sont presque tous grands, larges, musculeux, robustes, sanguins, d'une force et surtout d'une agilité extraordinaires. On ne les trouve débiles et languissans que dans les contrées marécageuses ; encore là, sont-ils plus forts que dans les pays froids et humides. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'avec une nourriture moins abondante, ils acquièrent de plus belles formes que les hommes du Nord, qui ne songent qu'à se bourrer de viandes et à se réchauffer par des liqueurs ardentes. Ils sont aussi plus vifs, plus spirituels :

Non obtusa adeo gestamus pectora Pœni ,
Nec tam aversus equos Tyria sol jungit ab urbe.

Ils parlent et se meuvent avec une vivacité remarquable. Si vous me dites que les Turcs font exception, je vous en déduirai la raison. Elle est purement morale. On nous les représente (les hommes des pays chauds) comme des paresseux qui fuient le mouvement. Les Basques sont si vites à la course qu'ils dépassent ordinairement les chevaux au galop. Je les ai vu travailler à la terre. Ils y mettent cent fois plus de vivacité que les hommes du Nord. Si les messieurs Espagnols sont oisifs, c'est qu'ils ont peu de besoins, à raison de leur extrême frugalité, et que les prêtres ont soin d'écarter d'eux tous les arts et toutes les sciences qui pourraient détourner leur attention de la méditation des choses *saintes,* ou éclairer leur esprit. En cela, ils ressemblent aux mahométans. J'ai vu, en Italie, force Turcs et Dalmates. Ces derniers surtout, qui habitent des rochers brulés, sont autant de colosses. Vous savez le proverbe : *fort comme un Turc.* Nos Français, plus faibles, plus excitables, ne peuvent soutenir la chaleur et prennent bêtement le sentiment de langueur qui les accable, l'inappétence qui les désole, pour une indication des toniques. Ils se tuent, les malheureux ! Ils brisent leurs fragiles tissus qu'ils auraient conservés dans toute leur intégrité en recourant à la méthode opposée. J'en ai pansé plus de cinquante dans un hôpital, où j'ai été retenu pendant vingt jours, aux portes de l'Espagne. Ils avaient été empoisonnés par un médecin espagnol qui prétendait les guérir d'une fièvre intermittente qu'ils n'avaient pas, en leur administrant l'arséniate de potasse quand il les voyait dans la langueur avec anorexie, etc. (Voyez les *caractères de la gastrite chronique.*) Il leur prodiguait les amers, les pilules ferrugineuses, etc. ; ils étaient dans le marasme ou dans l'hydropisie ; je les ai guéris au grand étonnement des assistans, avec la solution de gomme arabique, et mes huit qui sont morts, j'ai trouvé la phlogose gastrique avec érosion, et j'ai frémi !..... Ce fait sera communiqué à la Société de l'Ecole, *si fata sinunt.* Si vous eussiez vécu sous un soleil brûlant, vous sauriez quelle horrible agitation cela fait éprouver. On est libidineux, irascible, et dans les fièvres continues, la fureur est fréquente et la force musculaire souvent prodigieuse. Mais bientôt le collapsus arrive, et le plus souvent il n'est que l'effet de la désorganisation des principaux viscères. Assez parlé médecine. Je vous demande pardon de m'être érigé en dogmatiseur : vous n'êtes pas sans avoir fait toutes ces réflexions. »

Broussais est tout entier dans ce passage écrit de main de maître et où l'on sent la griffe du critique. S'il s'agissait ici d'une appréciation de la doctrine, on pourrait faire le départ des opinions vraies des assertions contestables ou trop absolues ; mais il n'est aucun de nos lecteurs pour qui ce travail ne fût superflu ; et cette publication n'a d'ailleurs d'autre but qu'un intérêt biographique et historique. Broussais continue :

« Les éloges que vous donnez à mon ouvrage sont bien flatteurs, mon Gérard ; ils m'encouragent ; mais ils ne me rassurent pas entièrement. L'approbation d'un juge tel que vous m'inspirerait plus de confiance, s'il n'était pas mon ami. Vous ne m'avez point dit ce qu'en pense l'Ambroise Paré de la marine française (1). Je serais fier de son assentiment. Il fut aussi mon maître, comme vous savez ; c'est de lui que j'ai reçu les premières leçons d'anatomie ; il fut le premier que je vis pratiquer la bonne chirurgie, dont je n'avais point encore l'idée en sortant de notre triste St-Malo. Vous souvient-il comme nous franchissions la route de Poutanezau à Brest pour assister à ses savantes leçons ; comme nous bravions la pluie, le vent, la crotte, afin de ne point laisser de lacune dans notre cours. Je sais que ses succès vont toujours croissant et qu'il est maintenant à l'honorable poste où les vœux réunis du peuple, des marins, des élèves et du gouvernement l'appelaient depuis si longtemps. Il ne peut se souvenir de moi ; cependant, si mon ouvrage vous donnait occasion de lui dire que je suis le plus attaché de vos amis, exprimez-lui combien je suis sensible aux bons offices qu'il nous a rendus. Vous méritez sans doute tout ce qu'il a fait et tout ce qu'il peut faire pour vous ; mais ce n'est pas assez de mériter. J'ai trop vécu dans la capitale pour ne pas savoir que le talent sans appui ne s'élève qu'avec une extrême difficulté. *Haud facile emergunt quorum virtutibus obstat res angusta domi.*

» Le grand homme qui fait servir en même temps ses talens et ceux des autres au bien de la société en est doublement le bienfaiteur. »

Voici un passage auquel nous désirons bien vivement que nos confrères de l'armée ne puissent trouver qu'un intérêt passé et historique.

« Quoi ! vous auriez le goût d'entrer, en cas de besoin, dans un régiment ? Mon ami, c'est une place de fainéant, pour être bien vu, il faut être souple et flatteur. Vous reconnaissez-vous à ces traits ?..... Cependant, le hasard peut vous procurer un colonel qui sache vous apprécier, qui soit incapable de vous humilier ; *sed rara avis.* Au reste, nous n'en sommes pas là. Certes, Si j'étais à Paris, je pourrais vous être utile ; peut-être même un peu plus qu'à présent, mais ici je ferais peu de choses ; vous savez le cas qu'on fait des lettres de recommandation. Desgenettes est mal avec Percy, qui hait les médecins. C'est une véritable bagarre..... Je suis de glace dans ce pays-ci. L'horreur que m'inspire le sexe masculin rejaillit sur le féminin..., etc., etc. »

Je supprime ainsi de ces lettres plusieurs passages où la nature énergique et exubérante de Broussais se traduit avec une liberté qu'excuse seul le caractère intime de ces lettres.

Le *post-scriptum* de cette lettre est curieux à plus d'un titre.

(*La suite à un prochain n°,*) Amédée Latour.

(Je reçois à l'instant, mais trop tard pour en faire usage aujourd'hui, une intéressante communication de M. le docteur Vial, de St-Etienne, renfermant une nouvelle lettre de Broussais.

Je reçois aussi et avec surprise, une lettre de M. François Broussais, docteur en médecine, fils de l'illustre médecin. J'ignorais l'existence de ce troisième fils de Broussais ; je publierai sa touchante lettre dans un prochain numéro.)

(1) D'après l'opinion de M. le docteur Quoy, actuellement médecin en chef de la marine, cette belle qualification doit s'adresser au professeur Duret, de Brest, connu surtout par des travaux estimés sur l'anus artificiel.

dans les cas d'absolue nécessité. Ces préceptes sont fondés sur ce qu'il a vu dans deux cas, traités par lui, des accidens de péritonite et d'infection purulente très graves, être la suite de la ponction, et la lésion d'une artère pendant l'opération amener entre les mains de M. Malgaigne un résultat funeste, tandisque : chez deux malades, l'épanchement s'était fait spontanément jour par le rectum, la guérison avait été rapide; et chez d'autres, la tumeur avait disparu par résorption, sans l'intervention de l'art. La thèse de M. Fenerly, publiée cette année, nous apprend que M. Nélaton persiste dans cette sage réserve, mais tous les chirurgiens ne l'imitent pas; plusieurs d'entre eux recommandent, au contraire, de donner le plus rapidement possible issue au sang épanché. La question est donc encore indécise, et ne paraît pas devoir se résoudre d'une manière absolue, dans un sens ou dans l'autre, car les partisans même les plus déterminés de l'expectation, font encore leurs réserves, et prévoient des cas où il peut être indispensable d'en venir à une opération chirurgicale. Le fait suivant, que j'ai eu occasion d'observer cette année, vient s'ajouter à ceux déjà nombreux qui démontrent les heureux effets d'une prudente inaction.

Observation. — M... (Estelle), 32 ans, journalière, d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle, entre, le 18 juin 1855, à l'hôpital de la Pitié, service de Valleix, salle Sainte-Geneviève, n° 41. Elle a été réglée, pour la première fois, à 15 ans. Pendant les six mois suivants la menstruation fut irrégulière et douloureuse; il y avait à chaque époque un retard plus ou moins long dans l'apparition du flux sanguin; elle rendait des caillots et éprouvait des coliques utérines très violentes, qui, pendant les efforts de la défécation, s'exaspéraient au point d'amener de véritables lipothymies, par suite de l'excès de la douleur. Après ces six premiers mois, la menstruation se régularisa, cependant elle fut toujours accompagnée de douleurs lombaires plus ou moins vives, et pendant les intervalles des règles, il y avait une leucorrhée abondante.

Il ne survint rien d'extraordinaire jusqu'à l'époque du mariage, qui eut lieu à 26 ans, mais au bout de six semaines, au moment des règles, il se produisit une véritable métrorrhagie, qui dura huit à dix jours, et força la malade à s'aliter. Elle ne se rappelle plus si à cette époque elle rendit des caillots par la vulve; elle éprouva de violentes coliques et ne se rétablit que lentement. A 29 ans, elle devint enceinte, la grossesse se passa bien, l'accouchement eut lieu à terme et fut naturel. Depuis lors, les règles apparaissaient régulièrement tous les mois, elles n'étaient plus douloureuses et elles duraient de six à sept jours, mais ne coulaient avec une certaine abondance que pendant deux jours; de temps à autre il y avait encore de la leucorrhée, moins abondante qu'autrefois. Les choses étaient dans cet état, et la santé de cette femme était parfaite, lorsque deux mois environ avant d'entrer à l'hôpital, elle fut employée comme garde-malade auprès d'une femme en couche; cette occupation la fatiguait beaucoup, et sa menstruation s'en ressentit, car, à l'époque où les règles devaient arriver, il y eut d'abord un écoulement insignifiant de quelques gouttes de sang, qui cessa au bout de quelques heures, se manifesta de nouveau le surlendemain, puis cessa encore; et ce n'est que huit jours ensuite, c'est-à-dire, après un retard de dix jours, que les règles se montrèrent définitivement, et cette fois avec une abondance inusitée. Elles duraient déjà depuis une dizaine de jours, en affaiblissant beaucoup la malade, mais sans l'avoir forcée à interrompre ses travaux, lorsque en faisant un effort pour remuer une baignoire, elle fut prise subitement d'une douleur très vive dans le côté droit de l'abdomen; elle prétend même avoir ressenti un craquement dans cette région, et immédiatement elle s'évanouit. Elle fait remonter le début de sa maladie à cet accident, car c'est alors seulement que son abdomen devint douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, et au bout de deux ou trois jours, elle s'apperçut qu'il augmentait sensiblement de volume, tandisque des douleurs également intenses se faisaient sentir du côté gauche, mais plus près de la ligne médiane qu'à droite. L'hémorrhagie continua; la malade rendit des caillots dont l'expulsion était accompagnée de douleurs violentes, qui déterminaient de fréquens évanouissements. Cependant, elle garda le lit seulement quinze jours, au bout desquels elle essaya de travailler dans son ménage, ne le faisait qu'au prix d'une grande fatigue et de douleurs excessives qui la forçait souvent de s'arrêter au milieu de ses occupations. Pendant deux mois qu'elle resta ainsi, elle n'a pas remarqué si son état a été modifié d'une façon ou d'une autre aux époques correspondantes aux périodes menstruelles. Depuis longtemps, nous dit-elle, elle était réglée vers le 10 de chaque mois, et en juin, pendant les quinze jours qui ont précédé son admission dans nos salles, sa métrorrhagie n'a pas augmenté, seulement les douleurs sont devenues plus vives, le volume du ventre s'est rapidement accru, au point de ne plus lui permettre de se servir des mêmes vêtements qu'auparavant; elle a été obligée de garder le lit. Enfin, le 15 juin, l'écoulement sanguin a cessé, mais les douleurs, loin de diminuer, se sont accrues; il est survenu des vomissements bilieux, abondans et répétés, accompagnés d'une diarrhée très fatigante; il y a eu cinq à six selles liquides dans un jour. La bouche était amère, pâteuse, la soif ardente, l'appétit nul depuis trois semaines; les forces complètement perdues, et, bien que l'état de la malade se fût un peu amendé dans les journées du 17 et du 18, il présentait encore une assez grande gravité lorsqu'elle fut portée à l'hôpital.

Le 19, à la visite du matin, on la trouve dans l'état suivant, que je n'ai pu contater moi-même, étant alors absent de Paris, mais que je vois indiqué dans des notes recueillies sous les yeux de mon excellent et regretté maître, Valleix, par un de ses externes, M. Desmons. La malade est dans le décubitus dorsal; sa face est pâle, décolorée, ainsi que ses muqueuses; elle a tout à fait l'aspect anémique; sa faiblesse est considérable. Elle se plaint surtout de souffrir du ventre, qui est tendu, uniformément tuméfié. La palpation y exaspère la douleur, surtout lorsqu'on presse sur la partie moyenne de l'hypogastre, immédiatement au-dessus du pubis. La palpation, difficile à pratiquer à cause de la douleur qu'elle développe, permet de constater une tuméfaction qui occupe toute la partie inférieure de l'abdomen, et au milieu de laquelle on sent un corps plus dur, plus arrondi, faisant saillie jusqu'à trois travers de doigt environ de l'ombilic. Il n'y a pas de fluctuation; à la percussion, on trouve une matité qui s'étend sur la ligne médiane jusqu'à trois travers de doigts de l'ombilic, comme la tuméfaction, et latéralement, jusqu'à deux travers de doigts de l'épine iliaque, de chaque côté. Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus un peu mou et entr'ouvert, fortement repoussé en avant, ne paraissant être ni rapproché, ni éloigné de la vulve. En arrière du museau de tanche, le cul de sac vaginal postérieur est refoulé par une tumeur du volume d'une grosse orange, qui est située entre le rectum et l'utérus, et repousse ce dernier en avant. L'utérus est enclavé, rendu immobile par cette tuméfaction, qui le déborde latéralement de chaque côté. La tumeur, ainsi qu'on peut s'en assurer en combinant le toucher vaginal avec le palper hypogastrique, occupe tout le petit bassin, elle se continue avec la tuméfaction déjà notée, au niveau des deux fosses iliaques; elle est très douloureuse au contact du doigt et présente une fluctuation douteuse; on n'y sent pas de battemens artériels. Par le toucher rectal, on ne peut atteindre aux limites supérieures de cette tuméfaction.

La langue est blanchâtre, saburrale, l'appétit nul, la soif vive; il y a encore de la diarrhée, mais les vomissemens ont cessé depuis la veille.

Depuis quelques jours la miction est devenue difficile et douloureuse, cependant, il n'est pas nécessaire de recourir à la sonde. Les battemens du cœur sont forts; il y a, au premier temps, un bruit de souffle doux qui se prolonge dans les artères. La peau est fraîche. Le pouls fort, vibrant, à 112. La malade a des étourdissemens et de la tendance aux lipothymies. — (Prescription : 1/4 lavement avec 12 gouttes de laudanum et camphre; appliquer sur l'hypogastre deux vésicatoires du diamètre d'une pièce de deux francs; les panser chacun avec 1 centig. de morphine; bagnols, 60 grammes; potages, bouillons).

21 juin. L'écoulement sanguin, qui s'était supprimé depuis le 15, a reparu, sans caillots; il y a moins de douleurs, plus de diarrhée ni de vomissements. — (Carbonate de fer, 1 gramme).

22 juin. Il y a un peu d'amélioration; la malade se sent mieux; l'appétit revient, mais la faiblesse est la même; il y a toujours de la tendance aux lipothymies, et l'état du ventre n'est pas changé. — (Carbonate de fer, 2 grammes; une portion).

Le 9 juillet, jour où j'examine pour la première fois la malade, la métrorrhagie continue; il y a quelquefois des caillots, mais leur expulsion est moins douloureuse. La face est toujours pâle, décolorée; les muqueuses offrent la teinte anémique. Le ventre est toujours gonflé et douloureux à la pression; la partie inférieure de l'hypogastre est occupée par la tuméfaction médiane déjà décrite, et qui s'étend jusqu'à deux ou trois travers de doigts de l'ombilic. Mais, en outre de cette tuméfaction déjà notée, on trouve du côté gauche, immédiatement au-dessus, et en arrière de l'arcade de Fallope, une tumeur dure, résistante, située plus superficiellement, et dont il n'est pas fait mention lors du premier examen. Cette tumeur, très douloureuse à la pression, a une forme ovoïde, à grand diamètre, dirigé directement de dedans en dehors; elle paraît se détacher de la tumeur médiane, à laquelle elle tient encore par un pédicule que l'on sent très bien. Les anses intestinales qui occupent la partie supérieure de l'abdomen, sont distendues par des gaz et donnent un son tympanique à la percussion. A cela près, nous ne trouvons rien de plus à noter que le premier jour. La tumeur située en arrière de l'utérus, a le même volume, elle est rénitente plutôt que fluctuante, mais donne manifestement la sensation d'une poche renfermant un liquide. La tumeur que nous avons trouvé près du ligament de Fallope paraît indépendante de celle que l'on sent par le vagin. Il n'y a pas de coloration anormale de la muqueuse vaginale.

18 juillet. L'état de la malade est le même, ainsi que cela est constaté par M. de Saint-Laurent qui prend le service.

Du 18 juillet au 14 août, l'hémorrhagie diminue peu à peu, puis cesse complètement vers la fin de juillet. La tuméfaction du ventre diminue également. L'appétit est bon; les digestions se font bien; les forces reviennent.

14-15-16 août. La malade, qui depuis trois semaines n'avait pas perdu de sang, mais seulement remarqué sur son linge des taches d'une coloration roussâtre, a ses règles; elles coulent bien pendant les trois jours, sans caillots, sans douleurs, sans accidens. Le ventre est seulement un peu sensible et ballonné.

17 août. Cessation des règles. Persistance de l'écoulement roussâtre, mais peu abondant.

21 août. On ne sent plus de tuméfaction en palpant l'abdomen, qui est souple et indolent. La malade commence à se lever et à marcher; elle mange trois portions.

25 août. Les forces sont revenues; l'embonpoint et les couleurs commencent à reparaître. La malade marche bien. Par le *palper abdominal seul* on ne trouve plus ni douleur, ni tuméfaction sur la ligne médiane, près de l'arcade de Fallope; du côté gauche, on devine plutôt qu'on ne sent la tumeur signalée précédemment. Par le *toucher vaginal*, on trouve le museau de tanche légèrement porté en arrière, son orifice est entr'ouvert; il peut admettre l'extrémité du doigt; le col est toujours mou et un peu volumineux. Immédiatement en arrière de lui, et surtout *à droite*, on sent un bourrelet légèrement saillant qui le contourne et l'enchâsse, pour ainsi dire; ce bourrelet, ainsi adhérant au col de l'utérus, est mobile avec lui. Le vagin est d'ailleurs parfaitement libre et souple dans toute son étendue. En *combinant avec le toucher le palper abdominal*, on sent encore, en arrière du pubis, jusqu'à trois travers de doigts, au-dessus de la symphise, une tumeur arrondie dont les mouvemens, correspondent au col de l'utérus, et qui n'est autre que le corps de cet organe, un peu plus volumineux qu'à l'état normal. A gauche, on sent encore assez manifestement la petite tumeur déjà indiquée, qui se détache au-dessus de l'arcade de Fallope, son volume paraît avoir diminué; le doigt vaginal ne peut l'atteindre, mais il aide à la refouler jusque sous la main abdominale qui la saisit alors avec plus de facilité. La malade se trouve assez bien pour demander sa sortie, à condition qu'elle viendra nous revoir régulièrement deux fois par mois.

Le 30 août, nous la voyons revenir à l'hôpital, pour visiter ses anciennes compagnes; elle marche facilement.

Le 5 septembre, nous l'examinons de nouveau à la consultation, nous constatons que la guérison ne se dément pas, et que le bourrelet situé en arrière de l'utérus a encore un peu diminué de volume.

En résumé, nous voyons une femme de 32 ans, d'une constitution forte, d'une bonne santé habituelle, mais sujette à de certaines irrégularités de menstruation, être prise subitement, pendant le cours d'une de ses menstruations irrégulières et douloureuses, d'accidens plus formidables qui la forcent à s'aliter; son ventre augmente de volume; il existe une véritable hémorrhagie utérine qui persiste pendant deux mois consécutifs, et lorsqu'elle cesse momentanément, peu de jours après l'époque correspondante à une période menstruelle, la tuméfaction du ventre augmente; les symptômes redoublent d'intensité; il y a des vomissements, de la diarrhée, des lipothymies fréquentes. La malade, devenue complètement anémique par suite de ses pertes sanguines, se décide à entrer à l'hôpital, où l'on constate la présence d'une tumeur ayant les dimensions d'une grosse orange, et donnant la sensation d'une poche renfermant un liquide, située derrière l'utérus. Cette tumeur, abandonnée à elle-même, diminue sensiblement de volume sous l'influence du repos seul; et à l'aide d'un régime réparateur, la malade est en état de quitter l'hôpital, après y avoir fait un séjour de neuf semaines. La tumeur a à peu près complètement disparu; il n'en reste plus que des traces; les règles se sont montrées une fois, et leur apparition n'a été suivie d'aucun nouvel accident.

Quelle autre affection, qu'une hématocèle rétro-utérine, aurait pu donner lieu à un tel ensemble de phénomènes? Ce n'est pas un *phlegmon* de la même région, bien qu'il y ait une grande analogie entre ces deux maladies; car un phlegmon, chez une femme qui n'est pas récemment accouchée, atteint rarement des dimensions aussi considérables que celles de la tumeur dont on vient de lire la description; puis on a constaté, dans la tumeur, la présence d'un liquide qui s'est rapidement résorbé sans qu'aucune issue lui ait été ouverte à l'extérieur. Quel autre liquide que celui d'une collection sanguine pourrait disparaître ainsi avec tant de rapidité, et sans inconvénient pour la santé générale? ce n'est ni le pus d'un phlegmon *abcédé*, ni la sérosité d'un *kyste ovarique*. Et ce sont pourtant les deux seules espèces de tumeurs avec lesquelles la confusion était possible, car, quoique la fluctuation fût difficilement perçue, la rénitence particulière qui existait dans la tumeur faisait reconnaître immédiatement la présence d'un liquide : toutes les personnes qui ont touché cette femme ont été unanimes sur ce point. L'existence de ce liquide, une fois admise, nous venons de démontrer que ce ne pouvait être autre chose que du sang, dont l'épanchement s'était fait dans des circonstances parfaitement semblables à celles déjà notées par les observateurs qui ont rapporté des cas de ce genre. On n'a pas oublié, en effet, que c'est à la suite de fatigues ayant provoqué une perturbation des règles, puis une métrorrhagie que notre malade fut atteinte de douleurs plus violentes dans les fosses iliaques, de tuméfaction très rapide du ventre, en un mot, de tous les symptômes caractérisant l'affection décrite sous le nom d'hématocèle rétro-utérine. L'invasion de ces symptômes fut si subite, que pendant longtemps il nous fut impossible, en interrogeant cette femme, de ramener son attention sur les phénomènes antérieurs à son accident, et il nous a fallu beaucoup insister pour obtenir des renseignements sur ces phénomènes, qui nous semblent cependant n'avoir pas été étrangers à l'apparition de cette maladie, dont l'effort violent fait pour remuer un objet pesant, peut bien avoir été la cause occasionnelle chez un sujet déjà prédisposé.

L'épanchement était il intra ou extra-péritonéal? Il ne nous appartient pas de nous prononcer sur ce point, quant à présent; mais on a pu voir que le signe indiqué par notre collègue M. Prost, pour déterminer le siége de l'épanchement, nous a fait défaut; l'utérus n'ayant été ni refoulé en bas, vers la vulve, ni remonté en haut, au delà du pubis.

En adoptant la théorie de M. Laugier, en faveur de laquelle nous connaissons des faits nouveaux et singulièrement probans (1), qui seront incessamment publiés, il y a lieu de penser que c'est l'ovaire, du côté droit, qui a fourni le sang de cet épanchement. Ce qui nous le fait supposer, c'est que le côté droit est devenu douloureux, et a présenté une tumeur sensible pour la malade, plusieurs jours avant que des accidens semblables ne se soient manifestés du côté gauche. C'est aussi du côté droit que la tuméfaction persiste encore, alors qu'elle a déjà disparu à gauche. Quant à celle qui est située au niveau de l'arcade de Fallope, du côté gauche, quelle est sa nature? Il me semble difficile de se prononcer entre les deux hypothèses suivantes : ou c'est une tumeur fibreuse détachée de l'utérus, auquel la relie un pédicule assez long; ou c'est une concrétion fibrineuse résultant de la résorption du caillot sanguin; car, pour être fixé à cet égard, il faudrait avoir examiné cette femme, avant le début de sa maladie. Mais je compte avoir occasion de débattre plus opportunément ailleurs ces questions d'étiologie, et de siége de l'hématocèle rétro-utérine. Je dois, à propos de l'observation qu'on vient

(1) Le plus instructif de ces faits a été observé ce mois-ci à la Pitié, dans le service de M. Nonat, qui nous a permis d'examiner la pièce anatomo-pathologique, en la mettant à notre disposition avec une complaisance dont nous sommes heureux de pouvoir le remercier.

de lire, me borner à quelques réflexions sur le traitement. N'est-il pas remarquable de voir que cette affection, en apparence si grave, se soit dissipée heureusement sans traitement aucun, et qu'après neuf semaines de séjour à l'hôpital, la malade ait pu reprendre ses occupations, quand on a vu des accidens si terribles succéder à l'incision pratiquée pour évacuer le liquide dans des cas tout à fait semblables ? N'y a-t-il pas là de quoi faire réfléchir les chirurgiens qui seraient trop pressés d'opérer ? et les faits de la nature de celui-ci, sans être suffisans pour faire proscrire complétement la ponction ou l'incision des kystes sanguins rétro-utérins, ne doivent-ils pas nous rendre extrêmement circonspects, quand nous songerons à nous servir du bistouri.

Dr T. Gallard,
Interne.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 Octobre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Nouvelles recherches sur les eaux minérales des Pyrénées.

M. E. Filhol, auteur de ce travail, s'exprime ainsi :

Le mémoire que je soumets aujourd'hui à l'Académie est le complément du travail que j'eus l'honneur de lui communiquer en 1852. Ce mémoire est divisé en cinq parties.

Dans la première, je signale et je discute les divers cas qui peuvent se présenter lorsqu'une eau sulfureuse, qui a subi le contact de l'air, de l'acide carbonique et de l'acide silicique, est analysée au moyen du sulfhydromètre. Je décris la série d'opérations qu'il convient d'exécuter pour se mettre à l'abri des erreurs que pourrait faire commettre l'existence dans l'eau thermale du carbonate, du silicate, du sulfite ou de l'hyposulfite de soude. Je décris enfin un nouveau procédé dont je me suis servi pour analyser les eaux sulfureuses, dont la température est égale ou supérieure à 75 degrés, et dans lesquelles la coloration bleue de l'iodure d'amidon ne pourrait pas se produire.

Ce procédé, qui n'est en quelque sorte que la sulfhydrométrie renversée, consiste à prendre une solution titrée d'iodure d'amidon soluble et à verser goutte à goutte, au moyen d'une burette graduée, l'eau minérale dont on veut connaître la richesse en sulfure dans un volume déterminé de cette solution, jusqu'au moment où elle est entièrement décolorée.

Je me suis assuré par des essais réitérés que, lorsqu'on verse dans des quantités égales d'une même solution d'iodure d'amidon des liqueurs renfermant des proportions inégales de sulfure de sodium, les volumes de ces liqueurs nécessaires pour décolorer l'iodure d'amidon sont en raison inverse de la richesse de chacune d'elles en élémens sulfureux.

L'iodure d'amidon étant altérable, la liqueur doit toujours être titrée au moment où l'on va faire l'essai.

Le titrage pourrait s'exécuter facilement au moyen d'une solution d'acide sulfhydrique dont on aurait déterminé d'avance la composition à l'aide d'une liqueur dix fois plus étendue que celle de Dupasquier; mais, dans ce cas, la nécessité de préparer une nouvelle solution d'acide sulfhydrique, ou du moins d'analyser celle qu'on aurait préparée d'avance, chaque fois qu'on voudrait faire un nouvel essai, rendrait cette méthode d'un emploi moins facile ; aussi ai-je préféré me servir, pour titrer l'iodure d'amidon, d'une solution d'hyposulfite de soude qui a l'avantage de pouvoir être conservée et qui n'oblige pas à faire les deux essais dont je parlais tout à l'heure; on peut d'ailleurs, une fois pour toutes, vérifier l'exactitude des indications fournies par l'hyposulfite de soude au moyen d'une solution d'acide sulfhydrique.

Les considérations suivantes donneront une idée de la sensibilité du nouveau réactif que j'emploie.

Un décigramme d'iodure d'amidon soluble, dissous dans 1 litre d'eau, fournit un liquide d'un bleu très foncé, dans lequel il n'existe que 1 centigramme d'iode : 1 centigramme d'iode est l'équivalent de 3 milligrammes de sulfure de sodium. Si l'on voulait analyser une eau renfermant par litre 5 centigrammes de sulfure alcalin (c'est la proportion de sulfure contenue dans les eaux moyennement sulfureuses), il faudrait verser dans 1 litre de solution d'iodure d'amidon 60 centimètres cubes d'eau minérale, pour obtenir la décoloration. Ces 60 centimètres cubes représentant 600 divisions de la burette sulfhydrométrique, on voit qu'une erreur d'une division correspondrait à 5 millièmes de milligramme de sulfure.

Quand on opère ainsi, l'eau thermale étant versée goutte à goutte dans un volume considérable d'une liqueur froide, l'élévation de température n'exerce plus aucune influence sur les résultats.

La deuxième partie de mon travail est consacrée à la description de l'analyse des atmosphères sulfureuses des salles d'inhalation, étuves, piscines, etc., du Vernet, d'Amélie-les-Bains, d'Ax, de Saint-Sauveur et de Bagnères-de-Luchon. Ces analyses ont aussi été exécutées au moyen d'une solution d'iodure d'amidon. J'ai fait passer lentement, et en lui faisant présenter le plus de surface possible, l'air dont je voulais connaître la richesse en acide sulfhydrique au travers de ma liqueur titrée, jusqu'au moment où elle était décolorée. Ayant déterminé d'avance la quantité de cet acide nécessaire pour produire la décoloration, je connaissais immédiatement la richesse de l'air en acide sulfhydrique.

Cette méthode comporte une précision bien supérieure à celle qui consiste à produire des sulfures de plomb ou d'argent, et à déduire de leur poids celui de l'acide sulfhydrique.

Dans la troisième partie de mon mémoire, je m'occupe de l'alcalinité comparée des eaux sulfureuses de toute la chaîne, et j'établis :

1° Que les eaux des Pyrénées-Orientales sont, en général, plus riches en carbonate de soude que toutes les autres ; il en est qui contiennent une dose de ce sel égale à celle qui existe dans les eaux de Plombières ;

2° Que les eaux des Pyrénées centrales sont, en général, moins alcalines, qu'elles renferment surtout du silicate de soude et seulement des traces de carbonate ;

3° Que les eaux de quelques stations thermales importantes ne contiennent que des traces de carbonate ou de silicate de soude, et qu'en outre, tandis que, dans plusieurs eaux, la silice et les bases existent dans l'eau en proportion convenable pour former du silicate de soude, celles-ci renferment toujours un excès d'acide silicique. Cet excès d'acide permet de se rendre compte de l'altérabilté plus considérable de ces eaux, de la propriété qu'elles possèdent de blanchir, etc.

L'alcalinité relative de ces eaux a été mesurée au moyen d'une solution titrée d'acide sulfurique. Cet acide, lorsqu'on le verse dans l'eau, décompose le sulfure alcalin, le carbonate et le silicate de soude ; mais, si l'on a déterminé d'avance la quantité de sulfure, il est facile de retrancher du volume d'acide employé à saturer l'eau thermale celui qui a servi à décomposer le sulfure ; le reste représente l'alcalinité brute de l'eau.

La quatrième partie de mon travail renferme quelques observations sur les propriétés de la matière organique désignée sous le nom de *barégine*.

Enfin j'ai rapporté, dans la cinquième partie, l'analyse complète des eaux de Saint-Sauveur, d'Ax et d'Ussat. Ces analyses ont été exécutées sur les lieux. (Commissaires précédemment nommés : MM. Balard, Bussy et M. Rayer en remplacement de feu M. Lallemand.)

Remarques sur le mémoire de M. Lehmann relatif à la recherche du sucre dans le sang de la veine porte.

Sous ce titre, M. L. Figuier présente une note dont nous publions l'extrait suivant :

M. Lehmann, de Leipsig, a adressé à l'Académie un mémoire *sur la présence du sucre dans le sang de la veine porte*. Le juste crédit qui s'attache aux travaux de ce chimiste m'impose la nécessité de présenter à l'Académie quelques remarques sur les conclusions qu'il faut tirer de ses recherches.

Le résultat général des expériences de M. Lehmann, c'est que quand on emploie, pour la recherche du sucre dans le sang de la veine porte d'un animal carnivore en digestion de viande, de très petites quantités de sang (35 à 80 grammes), on n'y trouve point de sucre; mais qu'en opérant sur des quantités de sang un peu plus fortes (211 à 351 grammes), on y constate, d'une manière non douteuse, la présence du sucre. M. Lehmann explique ce résultat en admettant que, lorsque l'on prend sur un chien, même de forte taille, plus de 35 à 80 grammes de sang de la veine porte, on n'opère plus sur le sang pur de ce vaisseau. Je crois l'expliquer plus naturellement en disant que, si l'on ne trouve point de sucre avec 35 ou 80 grammes de sang, c'est tout simplement parce que cette quantité de liquide est trop faible. En opérant avec 35 grammes de sang d'une saignée au bras, on ne pourrait parvenir à mettre en évidence la présence du sucre avec tous ses caractères, car l'analyse chimique a nécessairement des limites au delà desquelles on ne peut plus compter sur ses indications.

Là n'est point la seule remarque que je désire présenter au sujet du mémoire du savant chimiste de Leipsig.

Quand on se propose de contrôler et de vérifier les assertions d'un observateur, le premier soin doit être de répéter ses expériences en se conformant au procédé qu'il a suivi. Le procédé que j'emploie pour la recherche du sucre dans le sang des animaux a reçu, qu'il me soit permis de le dire, l'approbation de tous les chimistes. Comment se fait-il donc que, se proposant de répéter mes expériences relativement à la présence du sucre dans le sang de la veine porte, M. Lehmann n'ait point jugé à propos de le suivre ni même de le mentionner.

A la méthode dont j'ai fait usage, M. Lehmann en a substitué une qui en diffère essentiellement. Pour rechercher le sucre, ce chimiste traite le sang par trois fois son volume d'alcool, il évapore à siccité et reprend de nouveau ce résidu par l'alcool. Cette dissolution alcoolique est alors traitée par une lessive de potasse caustique. Le sucre, s'il existe dans ce liquide, doit former avec la potasse une combinaison insoluble et se déposer, au bout de quelques heures, au fond du vase, sous la forme d'un précipité mou et gélatineux. Ce précipité étant recueilli, on le redissout dans l'eau et l'on constate, dans cette dissolution, les caractères du glycose à l'aide du réactif cupro-potassique et de la fermentation.

Ce n'est pas à moi qu'il appartient de juger l'exactitude et la valeur de ce procédé. Je ne me permettrai donc, à ce sujet, qu'une réflexion générale. De toutes les méthodes qui consistent à rechercher la présence du sucre dans le sang, celle où l'on fait intervenir l'action d'un alcali caustique serait, selon moi, la dernière à mettre en usage. Personne n'ignore que les alcalis à l'état libre attaquent promptement et détruisent le glycose et les sucres de la seconde espèce, en donnant naissance à des produits divers de réduction ? La coloration brune, obtenue à l'aide de la chaleur par l'action de quelques gouttes de potasse caustique, coloration qui provient de la décomposition du sucre, est le caractère que l'on invoque tous les jours dans les hôpitaux et dans les laboratoires pour constater la présence du sucre dans les liquides d'origine animale. Il est donc peu rationnel, quand on recherche de très petites proportions de sucre dans de petites quantités de sang, de mettre les matières organiques où l'on opère cette recherche en contact avec de la potasse caustique et de laisser, pendant plusieurs heures, ces deux matières en présence.

J'ajouterai que cette combinaison de glycose avec la potasse, que ces *glycosates alcalins*, dont la précipitation est la base de ce procédé de recherche, sont encore très mal connus des chimistes. Tout ce que l'on en peut dire, c'est que ces combinaisons, qui se produisent facilement avec le sucre de canne, ne se forment que très difficilement avec le glycose ou les sucres de la seconde espèce et qu'elles se détruisent presque aussitôt après leur formation quand on les dissout dans l'eau. En raison de ces faits, il me semble peu rigoureux, je le répète, de fonder une méthode de recherche du sucre dans les liquides organiques sur l'emploi d'un alcali caustique. L'avantage principal, et ce qui fait, s'il m'est permis de le dire, le mérite du procédé que j'ai proposé pour isoler le sucre contenu dans le sang normal, c'est que pendant l'opération, on évite la présence de tout alcali et que l'on opère sur une liqueur acide.

Je ferai remarquer aussi que tout annonce que le principe sucré contenu dans le sang de la veine porte, produit qui vient de prendre naissance par suite de la décomposition de la matière azotée alimentaire, ne peut être assimilé chimiquement au glycose, qui provient de la digestion des féculens, au sucre de fruits, au sucre des diabètes, ou à tout autre type, ou congénère des sucres auxquels on voudrait le comparer. Il ne serait donc pas impossible que le sucre de raisin, le sucre des diabètes, le sucre du foie, donnant naissance, en se combinant avec la potasse, à un composé insoluble dans l'alcool, le sucre contenu dans le sang de la veine porte, ne formât point avec la potasse un composé doué des mêmes propriétés, c'est-à-dire insoluble comme lui dans l'alcool. Dès lors, le procédé qui a pour base la formation de ce composé insoluble de potasse, ne serait plus susceptible d'indiquer la présence de ce principe sucré dans le sang de la veine porte, et serait, par conséquent, au point de vue de cette recherche, dénué de valeur.

Il n'est donc pas surprenant que, se servant d'un procédé dont l'exactitude ne semble pas rigoureuse quand on l'applique au sang de la veine porte, M. Lehmann n'ait pas réussi à mettre en évidence la présence du glycose quand il n'opérait que sur des quantités de sang aussi petites que celles qui ont servi à ses expériences. Il a été plus heureux en opérant sur les quantités de sang que j'ai employées dans mes expériences, ce qui montre sans doute que son procédé pêche sous le rapport de la sensibilité.

M. Lehmann dit, en terminant son mémoire, que mes expériences ne font que confirmer la théorie de la fonction glycogénique du foie. « Si » l'on réussissait, dit M. Lehmann, à découvrir une matière *glycoside* » dans le sang de la veine porte, loin de combattre la théorie glycogé- » nique émise par M. Bernard, ce fait la confirmerait pleinement, parce » qu'on serait bien contraint d'admettre que c'est dans le foie que cette » matière est décomposée pendant la vie. » Ce raisonnement nous semble inacceptable. S'il est établi qu'il existe dans le sang de la veine porte, dans les conditions qui nous occupent et pendant la digestion, une substance pouvant se transformer aisément en sucre, une sorte de sucre *copulé*, la fonction glycogénique ne pourrait continuer à être admise. Les partisans de cette théorie assimilent, en effet, la sécrétion du sucre à toutes les sécrétions proprement dites qui s'accomplissent dans l'économie, à la sécrétion de la bile, de la salive, des larmes, etc. Or, si le foie reçoit pendant la digestion une matière du fluide pancréatique, pouvant se transformer en sucre par suite d'une faible modification chimique, cet organe n'est plus dès lors un véritable organe sécréteur ; il se borne à opérer une simple modification sur un produit qui lui arrive du tube digestif, et qui n'a besoin que d'une faible influence chimique pour se métamorphoser en glycose. Il n'est pas plus un organe sécréteur du sucre que l'intestin lui-même n'est un organe sécréteur de ce produit lorsqu'il transforme en glycose la fécule contenue dans nos alimens, pas plus que l'estomac ne sécrète de l'albuminose quand il transforme, par l'action du suc gastrique, les alimens azotés en ce produit. — (Commissaires, MM. Dumas, Pelouze, Rayer.)

PRESSE MÉDICALE.

SUR LE POUVOIR DIFFUSIF DE LA PEAU; par le docteur Kotzinsky, de Vienne. — L'expérimentateur, à jeun le matin, après s'être donné du mouvement jusqu'à une transpiration abondante, sans avoir bu, malgré la soif, et après s'être couché ainsi dans toutes les conditions favorisant l'absorption, l'expérimentateur se lava soigneusement l'avant-bras et le plongea, pendant quelques heures, dans un bain d'une solution d'iodure potassique dans de l'eau distillée, chauffée à la température du sang. Après en être sorti, le membre fut soigneusement lavé dans de l'eau distillée chaude, jusqu'à ce que l'amidon ne décelât plus d'iode sur la peau ; cette eau de lavage et celle du bain évaporées, le résidu fut calciné avec soin, et de manière à ne rien perdre. La matière, ainsi obtenue, pesa un peu plus que l'iodure employé ; la minime quantité d'excédant provenait probablement de quelque sel ajouté par la sueur, etc. L'urine, les larmes, le mucus nasal, la salive, la sérosité d'un vésicatoire placé après sur la main baignée, furent examinés avec le plus grand soin et par les réactifs les plus sensibles, sans montrer la moindre trace d'iode. La même expérience, répétée de différentes manières, a donné constamment le même résultat.

Pour essayer la diffusion des substances gazeuses, il fallut prendre des précautions minutieuses pour empêcher la respiration de ces vapeurs, l'expérience ayant prouvé la facile absorption par cette voie; par exemple, en faisant des applications de goudron sur la peau, on retrouve les matières volatiles, mais rien qu'elles, non seulement dans l'urine de ce malade, mais aussi bien dans celle de son voisin.

L'iodure potassique ioduré J^2k, ainsi appliqué sur la peau intacte, la teinture d'iode, l'iode solide, firent découvrir cette substance dans les liquides. L'essence de térébenthine communiqua à l'urine l'odeur de violette déjà au bout de dix minutes, et elle la garda pendant onze beures.

On peut en conclure que la peau possède un pouvoir de diffusion considérable, mais aucun d'absorption. Toutes les substances qui peuvent se volatiliser à la température de la peau, entrent dans l'organisme, les autres pas. C'est qui ce explique l'action des frictions mercurielles, entre autres. La pommade d'iodure potassique n'agit qu'après la décomposition de ce sel par les acides gras, provenant de l'oxydation de l'axonge, à la suite de laquelle il se forme de l'acide iodhydrique et de l'iode libre. Les pommades rances sont plus actives, mais même la pommade fraîche se décompose rapidement sous l'influence de la chaleur de la peau. — (*Vochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 21.)

AVIS

à MM. les Actionnaires et Collaborateurs de l'Union Médicale.

Le Gérant de l'Union Médicale voulant, dans un but de conservation, faire relier les nombreuses collections françaises et étrangères que renferme la bibliothèque de l'Union Médicale, prie instamment MM. les Actionnaires et Collaborateurs qui ont entre leurs mains des numéros détachés des divers recueils appartenant à ladite bibliothèque, d'avoir l'obligeance de les faire remettre dans le plus court délai possible au bureau du journal.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 135. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 13 Novembre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.......... 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris

ET DANS LES DÉPARTEMENS .
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 NOVEMBRE 1855.

LETTRES SUR LA FOLIE.

Fais ce que dois, advienne que pourra.

IV.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Mon cher ami,

Il m'est tombé sous la main, ces jours-ci, un livre plus curieux et instructif qu'il n'est gros, et qui m'a vivement intéressé. J'ai grande envie de vous en dire quelques mots, en manière d'introduction et de préface à la présente lettre. Il s'agit encore, ainsi que je vous l'ai promis, de la cause prochaine et du siége de la folie.

Je me suis rappelé, en lisant ce petit livre, cette idée un peu singulière d'un de nos plus spirituels aliénistes : « Pour se » faire une idée d'une douleur quelconque, il faut l'avoir res» sentie; pour savoir comment déraisonne un fou, il faut avoir » déraisonné soi-même. » Je suis tenté maintenant de lui donner quelque peu raison. L'auteur de ce livre n'est cependant ni un savant, ni un philosophe, ni même un expérimentateur plus ou moins habile. Il ne s'est pas avisé, pour étudier les désordres de son esprit, de se soumettre à l'action du hachisch ou de toute autre plante stupéfiante. C'est tout simplement un poète, et l'un des plus charmans écrivains de ce temps. Il a eu le triste privilége de pouvoir se servir à lui-même de sujet d'observation; car il a été fou une grande partie de sa vie. Il l'était encore probablement pendant qu'il écrivait son livre, qu'il n'a interrompu que pour aller chercher dans une autre vie la solution des problèmes qui l'obsédaient.

Ce livre, vous l'avez déjà nommé, sans doute, c'est le *Rêve et la vie*, de Gérard de Nerval. Peut-être même avez-vous connu cet aimable vagabond que tout le monde aimait, dont la vie bizarre n'a été qu'un long pélerinage à la recherche de l'impossible et de l'inconnu, et dont un de ses amis a pu dire : « Comme les hirondelles, quand on laisse une fenêtre ouverte, » il entrait, faisait deux ou trois tours, trouvait tout bien et » tout charmant, et s'envolait pour continuer son rêve dans la » rue. » Vous avez lu sans doute quelques-uns de ses ouvrages, et vous avez aimé ce conteur charmant, d'un style si fin et si limpide; vous avez admiré la richesse de son imagination et la fécondité de ses idées. Le *Rêve et la vie* nous révèle le secret de cette vie excentrique, en dehors de presque toutes les conditions humaines, qui s'est consumée dans le désordre et les plus déplorables excès, lorsqu'elle n'était pas envahie tout entière par la folie.

« Cette *vita nuova*, dit-il en commençant, a eu pour moi » deux phases. Voici les notes qui se rapportent à la pre» mière. Une dame que j'avais aimée longtemps, et que j'ap» pellerai du nom d'Amélia, était perdue pour moi. Chacun » peut chercher dans son souvenir : l'émotion la plus na» vrante, le coup le plus terrible frappé sur l'âme par le » destin; il faut alors se résoudre à mourir ou à vivre. Je » dirai plus tard pourquoi je n'ai pas choisi la mort. Condamné » par celle que j'aimais, coupable d'une faute dont je n'espé» rais plus le pardon, il ne me restait qu'à me jeter dans les » enivremens vulgaires. » Et il fit ainsi en effet. Il se jeta à corps perdu dans tous les excès, et il parvint à s'étourdir, mais non pas à oublier. « L'étourdissement d'un joyeux car» naval dans une ville d'Italie chassa toutes mes idées mélan» coliques. J'étais si heureux du soulagement que j'éprouvais, » que je faisais part de ma joie à tous mes amis; et, dans mes » lettres, je leur donnais pour l'état constant de mon esprit ce » qui n'était que surexcitation nerveuse. »

Ainsi donc un amour malheureux et les ravages de la douleur morale dans une nature essentiellement nerveuse et impressionnable, une imagination exaltée et naturellement vagabonde, un esprit fortement prédisposé à l'illuminisme et aux rêveries du mysticisme par de longues études sur les poètes allemands, sur la cabale et les sciences occultes, telles furent les causes de cette triste maladie que Gérard de Nerval a si bien caractérisée lui-même dans son livre : « Je vais essayer de » transcrire les impressions d'une longue maladie qui s'est » passée tout entière dans les mystères de mon esprit; et je ne » sais pourquoi je me sers de ce terme maladie, car jamais, » quand à ce qui est de moi-même, je ne me suis senti mieux » portant. Parfois je croyais ma force et mon activité dou» blées; il me semblait tout savoir, tout comprendre ; l'ima» gination m'apportait des délices infinies. En recouvrant ce » que les hommes appellent la raison, faudra-t-il regretter de » les avoir perdues?... »

Il entreprend ensuite l'histoire des angoisses et des défaillances de son âme, de ses joies, de ses craintes, de ses déceptions, lorsque la maladie venait de temps en temps le visiter. Il n'a rien oublié de ce qu'il appelle ses rêves et ses visions mystiques; et il raconte avec les détails les plus minutieux ses longues pérégrinations dans le pays des chimères et dans le monde des esprits. Il y retrouve, dans un mélange qui n'a rien de choquant pour lui, les vivans et les morts, la réalité et le mensonge. Il y retrouve surtout la femme qu'il a perdue, et qui tantôt l'appelle à une union mystique, tantôt, au contraire, lui est de nouveau ravie. Son âme, chose étrange! s'y retrempe dans une foi nouvelle en une vie future, qu'il conserve plus tard dans les momens de lucidité plus ou moins complète que la maladie lui laisse. « Éloigné » longtemps de la vraie route, je m'y suis senti ramené par le » souvenir chéri d'une personne morte, et le besoin de croire » qu'elle existait toujours, a fait rentrer dans mon esprit le » sentiment précis des diverses vérités que je n'avais pas assez » fermement recueillies en mon âme. »

Tout cela est dit avec le style clair, précis et coloré de ses meilleurs ouvrages ; c'est la même suite dans les idées, le même enchaînement logique dans le discours. Et cependant, au moment où il analysait avec tant de fidélité ses hallucinations et ses rêves, il errait nuit et jour par la ville, cherchant déjà peut-être la rue étroite et sombre où il voulait mourir. Car, ainsi que l'a dit si poétiquement M. Arsène Houssaye : « Depuis son dernier voyage en Allemagne, Gérard, plus tour» menté que jamais par je ne sais quelles aspirations vers l'in» fini, oubliait souvent qu'il était sur la terre. Il sentait qu'il » perdait pied et marchait dans le vide : il se tournait vers le » passé pour ressaisir sa vie et se croire vivant encore. Ses » dernières pages témoignent de cette préoccupation du passé; » il avait fermé tous les livres excepté le livre de son âme; il » ne lisait plus de poésies que celles de ses amours. Il pres» sentait que la mort allait le prendre; et, comme un voya» geur qui voit tomber la nuit, il se retournait et jetait encore » un regard sur les espaces parcourus. A tous les monumens » en ruines de son cœur, il cueillait pieusement la parié» taire. »

J'en appelle maintenant au bon sens et à la bonne foi de mes honorables contradicteurs; je les adjure d'oublier pour un instant leurs idées systématiques, et je les prie de me dire s'il est possible d'admettre qu'il ait existé une altération matérielle quelconque dans le cerveau de ce malheureux poète. Il a été fou pendant près de quinze ans. Lorsqu'il sortait pour quelque temps de la maison de santé où il était habituellement retenu, il vivait de la vie excentrique et impossible que vous connaissez. Il passait le plus souvent ses journées et ses nuits dans de sales orgies. Et cependant il retrouvait parfois l'inspiration de ses belles années, et il faisait ces récits de voyages, ces drames, ces nouvelles, ces articles de journaux que tout le monde a lus. Quelle serait donc cette altération singulière qui pourrait présenter de telles intermittences, de telles irrégularités dans son action? qui échapperait ainsi à toutes les lois de l'organisation? qui durerait quinze ans sans augmentation ou diminution notable, et sans exercer aucune influence sérieuse sur les fonctions essentielles à la vie? Qui, enfin, loin d'interrompre ou d'abolir l'exercice des fonctions cérébrales leur donnerait parfois une plus grande énergie, au point de justifier cette parole de M. Théophile Gautier parlant de son ami : « Quel que fut l'état d'esprit où il se » trouvait, jamais son sens littéraire ne fut altéré; jamais » cette belle intelligence ne lança de plus vifs éclairs et ne » déploya de richesses plus inouïes. Pendant de longues » heures nous avons écouté le poète transformé en voyant » qui nous déroulait de merveilleuses apocalypses, et décri» vait, avec une éloquence qui ne se retrouvera plus, des » visions supérieures en éclat aux visions orientales du » hachisch. »

Ai-je besoin d'ajouter que ce n'est pas là un phénomène nouveau ou exceptionnel. Il n'est pas un médecin d'aliénés qui n'ait eu plus ou moins souvent l'occasion de le constater, surtout au début de la folie. Or, ne vous paraît-il pas évident que, dans ces cas du moins, il ne peut exister aucune altération matérielle, durable et permanente de l'encéphale. Je vous ai dit ce que produisent ces altérations d'après les anatomo-pathologistes eux-mêmes. Je vous ai cité les propres paroles de MM. Calmeil, Parchappe, etc. Et si jamais j'entreprends de rechercher avec vous les élémens du diagnostic différentiel de la folie et des maladies qu'on a jusqu'ici confondues avec elle, la *démence*, l'*idiotie* et la *paralysie générale des aliénés*, je compléterai la démonstration de façon à ramener, j'espère, les plus récalcitrans.

Mais si le cerveau n'est pas atteint dans sa substance, doit-on en conclure qu'il reste tout à fait étranger à la maladie qui nous occupe. Évidemment non, pas plus qu'il ne reste étranger aux manifestations de l'âme en possession de l'exercice régulier de ses facultés. Le cerveau souffre, cela est incontestable; sa fonction la plus essentielle est troublée, cela est encore certain. Cependant ce trouble, cette souffrance diffèrent essentiellement de tout ce qu'on observe dans les maladies qui attaquent le tissu même de l'organe. Ils ne sont et ne peuvent être que l'expression de la souffrance de l'âme soumise à quelqu'une des causes très diverses et très nombreuses dont j'ai dit quelques mots dans ma dernière lettre. Ils en suivent toutes les vicissitudes, toutes les intermittences souvent si subites et si inattendues, toutes les alternatives si fréquentes d'augmentation et de diminution. Enfin il suffit, pour les guérir, de soustraire l'âme d'une manière définitive aux causes de souffrance et de maladie qui l'oppriment. Je sais bien que ceci a été contesté à l'Académie et dans quelques livres. Mais cela m'inquiète peu. Autant vaudrait nier la lumière : je prends l'engagement de vous le démontrer plus tard à l'aide des preuves les plus péremptoires.

Est-ce à dire pour cela que je veuille prétendre que, dans tous les cas de folie, l'âme est primitivement affectée? Non, sans doute. J'ai trop reproché à mes adversaires leur esprit de système et leur propension à l'exclusivisme, pour m'exposer à tomber dans les mêmes travers. Je ne saurais donc méconnaître ainsi les lois des rapports qui unissent l'âme au corps et leur réciprocité d'action mutuelle. Je n'ai aucune répugnance à admettre que, dans quelques circonstances, le trouble de l'âme n'a pas d'autre origine qu'une maladie de quelqu'un de nos organes : le cœur, l'estomac, le foie, les intestins, etc., et son retentissement sympathique sur le cerveau. Peut-être même vous rappelez-vous un mémoire que j'ai lu il y a quelques années à l'Académie de médecine, et dans lequel je soutenais déjà cette thèse (1).

Je reconnais donc très volontiers que la folie a pour point de départ tantôt une maladie de l'âme, tantôt une maladie du corps. Mais je crois avoir démontré et je maintiens que, dans un cas comme dans l'autre, le cerveau ne présente qu'une lésion dynamique et purement fonctionnelle. Cela est si évident, cela ressort si clairement de l'observation et de l'analyse des faits, que les partisans les plus décidés de l'organicisme sont obligés eux-mêmes de le reconnaître. C'est là un phénomène curieux et tellement caractéristique, que je vous demande la permission d'insister un instant.

Voici un aveu précieux que je trouve dans un livre, intéressant à plus d'un titre, publié il y a environ dix ans :

« Oui, incontestablement, des modifications (nous n'osons » pas nous servir du terme de lésion) existent dans l'organe » chargé des fonctions intellectuelles, mais ces modifications » ne sont pas ce qu'on veut qu'elles soient généralement; et, » sous la forme qu'on s'imagine et qu'on leur prête, elles » échapperont toujours aux recherches des investigateurs. Ce » n'est pas dans telle ou telle disposition particulière, anor» male, des diverses parties de l'organe de la pensée, *disposition moléculaire fixe*, dont la texture de l'organe se trouve» rait altérée, qu'il faut la chercher, mais dans une altération » de la sensibilité, c'est-à-dire l'action irrégulière, exaltée,

(1) *Des pertes séminales et de leur influence sur la production de la folie.*

» diminuée, pervertie, de ces propriétés spéciales d'où dépend » l'accomplissement des fonctions intellectuelles. »

Où croyez-vous, mon cher ami, que j'aie trouvé ce passage, que je n'hésiterais pas à faire mien, si l'auteur avait eu soin d'expliquer ce qu'il entend par ces *propriétés spéciales, d'où dépend l'accomplissement des fonctions intellectuelles?* Ne cherchez pas, vous ne trouveriez pas; mais prenez le livre de M. Moreau (de Tours), *sur le hachisch et l'aliénation mentale,* vous le lirez en toutes lettres à la page 397. N'est-ce pas que c'est étrange, et qu'il faudrait presque que vous le voyiez pour le croire? Est-il possible de faire meilleur marché des recherches d'anatomie pathologique et de leurs résultats déjà acquis ou espérés par leurs auteurs dans un avenir prochain? Je n'oserais pas, pour mon compte, aller aussi loin que M. Moreau. En tous cas, il me semble que nous ne serions pas bien éloignés de nous entendre, et qu'un rien nous sépare. Laissez-moi le lui prouver; car je serais fier de pouvoir rallier à mes opinions un homme d'un esprit aussi distingué.

Je n'admets pas, en effet, que M. Moreau, quoiqu'il en dise, pense sérieusement que la modification dont il parle soit toute matérielle ou moléculaire, et, par là, suffise pour expliquer une maladie aussi grave que la folie, et surtout aussi étrangère aux phénomènes ordinaires de l'organisation. Je n'en veux pour preuve que cette comparaison que je trouve quelques lignes plus bas : « Démontez, pièce par pièce, le clavier » qui, naguère, raisonnait d'une manière si discordante sous » une main inexpérimentée, vous y chercherez en vain les » causes de la désharmonie qui blessait votre oreille; de » même vous interrogerez vainement dans le but de vous » rendre compte de la folie, la texture intime de l'organe dont » une cause quelconque aura troublé les fonctions pendant » plus ou moins de temps. »

La modification du cerveau admise par M. Moreau est donc, comme il le dit d'ailleurs, insaisissable de sa nature; elle doit être aussi essentiellement variable et fugitive, puisqu'il la compare lui-même aux changemens qui surviennent dans l'intime texture d'une corde à laquelle on imprime des mouvemens vibratoires d'intensité variable. Or, je ne vois pas trop quel rapport tout cela peut avoir avec une modification toute matérielle et moléculaire, et surtout de nature morbide. Car, je ne sache pas que ce soient là précisément les caractères des lésions pathologiques de nos tissus, de l'inflammation, par exemple, et de ses produits, des tubercules, des tumeurs cancéreuses et autres, etc., etc. M. Moreau serait-il, par hasard, d'un autre avis? Je ne lui ferai pas l'injure même de le supposer.

D'où vient donc une aussi flagrante contradiction? Toujours du même parti pris de tout ramener à la matière et de ne voir qu'elle dans les phénomènes de la vie. Pour en exclure l'âme, M. Moreau a déployé toutes les ressources de l'argumentation la plus subtile. Mais celle-ci s'en est cruellement vengée. Car il n'est guère possible de comprendre autrement qu'un homme de sa valeur se soit amusé à élever un système scientifique sur le témoignage des visions produites par l'ivresse du hachisch; que ce même homme se soit cru autorisé, après avoir « assisté, » ainsi qu'il le dit lui-même, à la dissolution de son être pensant, après avoir senti ses idées, toute son activité intellectuelle emportées dans le même tourbillonnement qui agitait » les molécules de son cerveau soumises à l'action toxique de » cette drogue dangereuse, » se soit cru autorisé, dis-je, lui bien éveillé et bien revenu au calme de la raison, à voir dans cette fantasmagorie bizarre l'analogue de la cause immédiate de la folie.

(La suite à un prochain n°.) E. LISLE.

THÉRAPEUTIQUE.

SUR LE TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRITE OU ANGINE COUENNEUSE PAR LE CAUTÈRE-MAYOR;

Par le docteur DANVIN, médecin de l'hôpital de St-Pol (Pas-de-Calais), et des épidémies de l'arrondissement.

Lettre à M. Louis.

Très cher et très vénéré maître,

La mort vient de nous enlever, au milieu de ses importans travaux, à vous un disciple fervent, dévoué, chéri, à moi un ami de vieille date, à la science un homme d'étude, un consciencieux et fécond observateur. M. Valleix marchait d'un pas ferme, prudent et mesuré dans la voie que vous nous avez tracée à tous. C'est l'angine couenneuse qui nous a ravi ce confrère de si regrettable mémoire, et la catastrophe qui l'a emporté m'a donné un remords, celui de n'avoir point, depuis un an, signalé un nouveau moyen d'attaquer avec succès le mal égyptiac. Si j'avais été moins négligent, *peut-être* eût-il été possible d'employer, chez le médecin éminent qui vient de succomber, un système de médication qui nous aurait conservé, je me le figure, celui dont nous déplorons amèrement la perte prématurée.

Cette fatale circonstance et ces regrets m'invitent à vous adresser non un mémoire, non des observations détaillées comme vous les exigez, avec tant de raison, mais une simple lettre, espérant que vous la lirez avec votre bienveillance et votre amitié habituelles pour moi.

Si les faits sommaires que j'apporte, les données que je m'honore de vous soumettre, vous paraissent avoir quelque importance, je serais heureux de les produire sous votre patronage, et alors je vous prierais de vouloir bien adresser ma lettre à Monsieur le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, qui l'attend, et qui s'empressera, je l'espère, de l'accueillir.

Depuis plusieurs années, Paris est désolé par la diphthérite qui renouvelle souvent ses attaques et qui, après avoir tué un grand nombre d'enfans, peut malheureusement aussi empoisonner les médecins qui les soignent: nous ne le savons que trop par la fin déplorable de MM. Blache fils et Valleix. Il y aura, je le crains, des occasions prochaines d'expérimenter les moyens que je préconise; je ne doute pas que, dans des mains habiles, ceux-ci ne donnent de très beaux résultats et ne constituent une thérapeutique pleine d'avenir et d'espérances.

J'entre en matière.

M. le docteur Valentin, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français, vient de publier, dans le numéro du mardi, 4 septembre 1855, de l'UNION MÉDICALE, une note extrêmement intéressante sur le traitement de l'angine couenneuse par le fer rouge. Il fut porté à l'emploi de ce moyen énergique, par l'inefficacité presque absolue de tous ceux que ses confrères avaient mis en usage pour combattre une affection d'autant funeste qu'elle était dominée par une constitution épidémique. En effet, il est d'observation que les affections sporadiques n'ont pas, d'ordinaire, le cachet de malignité qu'on rencontre dans les maladies populaires ou générales. C'est dans des conditions semblables à celles où s'est trouvé le médecin de Vitry que, comme lui, nous avons été conduit à imaginer un moyen de cautérisation qui se rapproche beaucoup du sien, qui repose sur les mêmes principes physiologiques et thérapeutiques, et nous nous hâtons de le dire, qui nous a donné les mêmes résultats, à savoir la guérison de presque tous nos malades. Nous n'avons pas une si nombreuse série de faits à invoquer en témoignage que M. le docteur Valentin; mais on comprendra facilement que, si le procédé que nous avons institué l'un et l'autre est au fond identique et ne diffère que dans la forme, nos observations comme nos moyens curatifs se confirment les uns les autres, et viennent se produire avec une certaine valeur devant la médecine pratique, seule bon juge en pareille matière.

Pendant le cours de l'année dernière, la ville de Saint-Pol et quelques villages des environs, présentèrent un grand nombre d'affections de mauvais caractère qui sévirent particulièrement sur les enfans. D'abord, ce fut la gangrène de la bouche qui frappa beaucoup de victimes et tua presque tous ceux qu'elle atteignit; puis ce fut le croup avec sa formidable mortalité; une autre fois, la stomatite ulcéreuse, des aphthes; enfin à l'automne se montrèrent des cas nombreux de diphthérite qui tous, sans exception ou à très peu près, furent suivis de mort. La maladie avait une marche insidieuse qu'a si bien décrite et dénoncée M. Bretonneau. Le mal de gorge survenait sans que les enfans s'en plaignissent, quand ils étaient en âge de se faire comprendre, et, chez les plus jeunes, sans qu'ils révélassent son existence par un embarras marqué de la voix et de la déglutition. L'engorgement des ganglions cervicaux était, mais pas toujours, le signal des inquiétudes; le médecin était alors ordinairement appelé, hélas! il constatait le plus souvent des désordres considérables dans le pharynx. Ces désordres plus ou moins étendus, suivant l'âge de la maladie, consistaient soit en des plaques d'un gris sale sur les tonsilles, sur les piliers antérieurs ou postérieurs du voile du palais, envahissant par fois toute l'arrière-bouche, adhérentes et tapissant chez quelques sujets la paroi postérieure du pharynx au delà même du point le plus reculé accessible au regard. Dans les cas les plus sérieux, c'était comme une sorte de putrilage, assez semblable à la pourriture d'hôpital; une odeur gangréneuse s'y mêlait souvent, et plusieurs fois les fosses nasales étaient envahies, soit primitivement, soit consécutivement. En même temps, mais néanmoins pas toujours, les glandes sous-maxillaires, ainsi que nous l'avons déjà dit, prenaient un développement notable et quelquefois extraordinaire. Il n'y avait que peu ou point de toux, la déglutition était peu ou point gênée, la langue saburrale, le pouls singulièrement accéléré, ample ou déprimé, selon la date des accidens, les voies digestives n'offraient rien de remarquable, l'intelligence demeurait intacte, mais les phénomènes marchant toujours, la figure devenait plus ou moins vultueuse, la coloration des joues plus ou moins violacée, les yeux larmoyans et sans regard, la prostration se manifestait au milieu d'une sorte de somnolence, puis la respiration devenait haletante, inégale, très pénible, souvent rude, et l'asphyxie survenait au bout d'un temps variable, mais généralement assez rapide : chez certains sujets, une toux croupale se faisait entendre à de rares intervalles dans les dernières heures de cette scène funèbre.

Le caractère fatal de cette terrible affection ne doit d'ailleurs laisser aucun doute dans l'esprit, relativement à la nature du mal de gorge, c'était manifestement une angine couenneuse.

Vingt à vingt-cinq sujets succombèrent en peu de temps, c'est-à-dire, à deux ou trois exceptions près, tous ceux qui furent atteints de la maladie, et cependant la thérapeutique de mes confrères et la mienne étaient loin d'être inactives. Les saignées générales ou locales n'étaient pas suivies de bons résultats; au contraire, la marche des accidens a paru plusieurs fois s'en accélérer. Les cautérisations avec l'acide chlorhydrique pur ou dilué, avec le nitrate d'argent, avec l'azotate acide de mercure, les applications directes d'alun en poudre et de calomel échouèrent. Les vomitifs, les purgatifs, les vésicatoires, les sinapismes, les bains prolongés, les boissons très abondantes, suivant les recommandations de M. Piorry, dans le but de diminuer la plasticité du sang et l'adhérence des pseudo-membranes, tout fut sans succès. C'est alors que, de guerre lasse, et après avoir essuyé de constans échecs, à un ou deux cas légers près, malgré une thérapeutique activement militante et fortement combinée, ce fut alors, disais-je, que, désespéré de l'inutilité de mes efforts, je cherchai une médication qui pût avoir quelque chance d'efficacité.

Une nuit de décembre, travaillé par cette pensée, qui ne me laissait pas dormir, préoccupé fortement des terreurs ou du désespoir des mères de famille, une idée sillonna mon esprit d'une illumination soudaine, le cautère actuel m'offrait sa dernière et terrible ressource! Mais je fus arrêté à l'instant par des considérations qui me firent abandonner l'espoir qui m'avait un instant souri. Voici les inconvéniens que je reprochais à l'application du fer rouge. Le rayonnement extrême et l'application du cautère rougi à blanc au fond de la gorge, ont pour effet instantané de mettre en ébullition tous les liquides du pharynx et de produire des vapeurs brûlantes qui se répandent dans toute la bouche et dans les fosses nasales; la déglutition et l'inspiration spasmodique font pénétrer dans l'œsophage et le larynx des liquides et des gaz d'une haute température. D'un autre côté, il est bien difficile de limiter l'action du fer rouge, on risque de détruire plus de tissus qu'il n'en faut et qu'on n'en veut détruire. Si le cautère a un certain volume, les dégâts qu'il produit sont considérables, s'il est de faible dimension, le point touché ne comprend qu'une surface insuffisante, ou bien il faut multiplier les applications du feu. Enfin, ce mode de cautérisation est un sujet d'effroi pour les malades, de terreur pour les parens, il nécessite un appareil de forgeron qui épouvante, ce sont là des inconvéniens graves qui m'ont fait rejeter l'idée du cautère actuel. Toutefois, les effets du calorique et la puissance substitutive de celui-ci me revenaient constamment à la pensée; la galvanocaustique se présenta à mon imagination avec de séduisantes promesses, mais je n'avais point d'appareil qui pût me servir à cet usage et dont le jeu et l'application exigent, d'ailleurs, une certaine expérience, lorsque, tout à coup, je songeai au marteau-Mayor. Je fus si heureux de ce qui, pour moi, devenait une découverte, que je m'écriai comme Archimède ευρεκα! — je l'ai trouvé!

J'avais trouvé, en effet, un moyen simple, facile, commode, usuel, d'appliquer le calorique dans une cavité, dans la bouche, au fond de la gorge, etc., à un degré qui m'offrait toute garantie. Je fis donc construire au plus vite, par un serrurier, un instrument spécial consistant en une boule de fer de 2 centimètres de diamètre, parfaitement polie, puisque les corps métalliques polis rayonnent peu, soutenue par une tige également en fer, longue de 11 centimètres environ, épaisse de 8 millimètres, solidement fixée par son extrémité dans un manche en bois. Cela fait, je saisis la première occasion qui s'offrit à moi d'appliquer le nouveau moyen. Elle ne se fit pas attendre. Je fus appelé près d'une petite fille de 6 ans qui avait une angine couenneuse fort avancée; c'était au cinquième jour de la maladie. Toute l'arrière-bouche était envahie par des fausses membranes en quelque sorte à l'état de putrilage, l'haleine avait tout à la fois la fétidité de la gangrène et de la pourriture d'hôpital, les ganglions cervicaux étaient fortement engorgés, le maxillaire inférieur s'écartait difficilement, on avait une certaine peine à ouvrir la bouche. L'enfant avait du reste les yeux injectés, ternes et sans regard, le pouls fréquent et déprimé, les extrémités froides. La déglutition s'opérait difficilement, et une partie des boissons repassaient par le nez.

Je fis bouillir de l'eau dans laquelle on jeta une forte poignée de sel marin, dans le but de donner au liquide une plus haute température à l'ébullition (1). Le cautère y fut plongé quelques minutes, la tige métallique avait été préalablement garnie par enroulement jusqu'à son extrémité, faisant corps avec la boule terminale, d'un très gros fil de laine, comme corps isolant, pour éviter la brûlure des lèvres, des joues, et ménager la denture. Avec une large spatule en bois dur — mauvais conducteur — que j'avais fait faire exprès carrée, coudée, un peu creusée dans sa partie longitudinale supérieure, cannelée en travers à sa partie inférieure pour mieux maintenir la langue, j'abaissai fortement la base de cet organe mobile, et, saisissant de la main droite l'instrument resté jusque-là dans l'eau bouillante, je l'essuyai très rapidement sur du vieux linge préparé à cet effet, je le plongeai au fond de la

(1) L'eau saturée de sel de cuisine bout. . . . . . à 109 degrés.
— de sel de nitre (azotate de potasse). à 115
— de sous-carbonate de potasse. . . à 140
L'acide nitrique ou azotique. . . . . à 120
L'acide sulfurique. . . . . à 310
L'huile de térébenthine. . . . . à 273
L'huile de lin. . . . . à 316
d'où il résulte qu'il est facile de graduer la quantité de calorique dont on voudrait charger le cautère, si l'on trouvait insuffisante la cautérisation à 100-109 degrés; seulement, si l'on se servait des acides, l'instrument devrait être en platine.

bouche, en suivant la rigole de ma spatule, et l'y maintins environ quatre à cinq secondes, en appuyant son extrémité globulaire alternativement à droite et à gauche et la faisant rouler par un mouvement de rotation imprimé à son manche. Je le ramenai au dehors tout garni de plaques diphthéritiques un peu ensanglantées.

La malade qui criait beaucoup avant l'opération, au moment des manœuvres qui avaient pour but de lui ouvrir la bouche et d'introduire la spatule, ne poussa aucun cri pendant sa durée, mais immédiatement après elle rendit, par expuition, une masse de détritus, et vomit presque aussitôt des matières pultacées de mauvaise odeur mêlées à des liquides, à un peu de bile et à du sang provenant du pharynx.

Quelques minutes plus tard, je fis boire la petite fille, et la déglutition s'opéra avec beaucoup plus de facilité.

Les accidens se calmèrent. Dès le lendemain, on pouvait constater une amélioration notable, la gorge prenait un meilleur aspect, en ce sens que le désordre parut se limiter, à en juger par un liseré rouge, aux limites des plaques cautérisées, que l'haleine perdit de sa fétidité, que le facies reprit de l'expression, que la somnolence parut moins prononcée, tandis que le pouls, moins déprimé, vibrait à la manière d'une réaction franche. Mais la négligence de la mère — c'étaient de fort pauvres gens — et une imprudence impardonnable — on avait profité de ce que l'enfant avalait mieux pour le gorger d'alimens, de pommes de terre et d'oignons cuits, dont l'exploration du pharynx provoqua le vomissement — ces circonstances désolantes entraînèrent de nouveaux accidens, entre autres un mouvement fébrile extrême, un assoupissement profond, et la malade succomba trois jours après l'opération.

Ce fait malheureux fut loin de me décourager : l'amélioration réelle survenue à la suite de la cautérisation, circonstance que je n'avais pas encore remarquée sous l'influence de tant d'autres moyens thérapeutiques, l'âge avancé de la maladie, son haut degré de gravité, tout cela me fit espérer que je réussirais peut-être dans des conditions moins défavorables.

L'occasion s'en présenta bientôt, car l'épidémie sévissait toujours.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

Traitement de la carie des os par le baume d'Opodeldoch. — Traitement du choléra par l'eau de Rabel. — Le collodion caustique. — Propriétés toxiques de la saumure.

La carie des os, qui n'est pas liée à quelque cause spécifique, ne connaît guère d'autre traitement que l'*ultima ratio* de l'art, l'opération. Mais amputer n'est pas guérir, c'est mutiler. Aussi M. le docteur Van den Broeck a-t-il cherché à remédier à cette grave lésion sans recourir aux ablations sanglantes. Il croit y être parvenu par l'emploi du baume d'Opodeldoch qu'il reconnaît comme agent curatif de la carie des os. Il rapporte une trentaine d'observations, desquelles il résulterait que neuf fois sur dix il aurait guéri cette altération osseuse par sa méthode. Ce résultat serait si beau, que son annonce inspire inévitablement quelque doute sur le diagnostic. Du reste, comme la notice dont nous tirons cet extrait ne donne aucun détail sur la nature, le siége, l'ancienneté ou la gravité des altérations osseuses auxquelles a été appliqué le traitement de notre confrère de la Belgique, il est bien difficile de se faire aucune idée de la véritable importance du traitement qu'il préconise. Mais comme ce traitement doit, en tout état de cause, être inoffensif, il n'y a aucun inconvénient à le faire connaître et même à l'essayer :

Après avoir bien reconnu la situation, la profondeur et la direction des fistules, on doit, dit M. Van den Broeck, si le cas l'exige, chercher à les élargir graduellement à l'aide de cylindres d'éponge préparée.

L'éponge qu'on doit préférer, est l'éponge douce de Syrie, ou celle que l'on pêche dans l'Archipel.

Après avoir coupé cette éponge en tranches fines, il faut les faire macérer dans de l'eau tiède, et les soumettre ensuite à l'action d'une forte presse. Lorsqu'elles sont séchées, on les plonge prestement dans la cire blanche fondue et mêlée avec partie égale d'huile d'amandes douces, et on les presse de nouveau. Après siccité complète, on coupe ces tranches en lanières plus ou moins étroites, suivant le besoin, et on les roule entre les doigts pour en faire des cylindres. Ceux-ci sont traversés et entourés d'un fil de soie ciré, pour pouvoir les retirer facilement des trajets fistulaires.

La carie étant devenue abordable par l'éponge préparée ou par l'incision, on frictionne matin et soir la partie malade avec l'Opodeldoch bien préparé ; puis, au moyen d'une petite seringue dite à oreille, on injecte, à deux reprises différentes, ce baume, mêlé à une certaine quantité d'huile de lin, dans les trajets fistuleux.

On termine le pansement par l'application sur les parties malades d'un gâteau de charpie ou d'étoupe, imbibé du même mélange. Tous les jours on savonne légèrement les parties extérieures, au moyen d'une petite brosse de blaireau dite à barbe, afin d'enlever le vernis restant de la veille.

On commence par un mélange de neuf parties d'huile et d'une de baume; on diminue progressivement la quantité d'huile, jusqu'à employer le baume pur. Le plus souvent cependant, on s'en tient à un mélange de parties égales d'Opodeldoch et d'huile.

En terminant, nous rapporterons l'avis d'un homme compétent, dont le génie chirurgical honore la Belgique :

Je suis autorisé, dit le baron Seutin, à considérer cette précieuse découverte, comme un service signalé rendu à la thérapeutique des maladies des os. C'est en ces termes que je me suis exprimé tant à l'étranger qu'en Belgique. — (In *Bulletin de Gand*, octobre 1855.)

— Le devoir de la presse est de faire connaître, mais avec la réserve que commandent les nombreuses déceptions dont nous avons été les témoins, les tentatives nouvelles qui sont faites en vue du traitement du choléra. Et quand nous disons tentatives nouvelles, faut-il encore faire de nouvelles réserves, car la plus heureuse mémoire ne pourrait retenir les innombrables moyens qui ont été proposés, abandonnés, repris; et qui pourrait d'ailleurs se flatter de connaître tous les essais thérapeutiques faits dans tous les pays où le choléra a exercé sa funeste influence?

M. le docteur Garnier, de Larzicourt (Marne), assure avoir eu à se louer du traitement qu'il a institué contre le choléra et qu'il a employé déjà dans plusieurs épidémies. « J'ai obtenu, dit-il, par cette méthode, autant de guérisons qu'il est raisonnable d'en espérer, » c'est-à-dire un peu plus qu'on n'en obtient en moyenne par les traitemens le plus en usage. Cette proportion modeste est faite pour inspirer confiance. Voici donc en quoi consiste la méthode de M. Garnier :

« Nous ne parlerons pas des moyens hygiéniques généraux et du traitement des prodromes ou de la première période du choléra, dit M. Garnier, qui ne diffèrent pas sensiblement des moyens habituellement en usage; ce sont les stimulans, la chaleur, le repos au lit, la diète, etc. Le traitement spécial commence à ce que l'auteur appelle la troisième période, c'est-à-dire le début du choléra confirmé, avec évacuations caractéristiques. Il consiste, tout en insistant sur les moyens précédens, à prescrire un lavement froid avec la limonade à l'eau de Rabel, préparée ainsi qu'il suit :

Alcool rectifié	2 parties.
Acide sulfurique concentré. .	1 partie.

» Cinq grammes de cette eau sont mélangés dans un litre d'eau pure.

» Nous signalerons ici une mesure de prudence très sage que prend M. Garnier et qu'il est utile de recommander en temps d'épidémie, surtout dans les populations rurales. Cette mesure consiste à préparer un litre d'eau de Rabel étendu contenant 50 grammes d'eau de Rabel pure, et de la remettre soigneusement étiquetée à des personnes dignes de confiance. Lorsqu'il s'agit de faire prendre un lavement au malade, il suffit de verser un décilitre de cette eau de Rabel étendue dans un litre d'eau ordinaire.

» Si la diarrhée cholérique s'accompagne de vomissemens, il administre en même temps la limonade en boisson; il fait ajouter à cette limonade la moitié ou le tiers d'eau légèrement sucrée. La limonade doit être prise froide comme le lavement.

» Si la diarrhée persiste après un premier lavement, on renouvelle la dose jusqu'à ce que la diarrhée soit arrêtée et le lavement conservé. Le plus souvent un seul suffit, suivant M. Garnier, et il n'en a donné que rarement plus de deux ou trois.

» Dans le cas où l'évacuation continue, il augmente un peu la force de la limonade, tant en boisson qu'en lavemens, et il substitue au vin du punch à la menthe.

» Presque tous les cas que M. Garnier a eu à traiter dans cette période ont guéri par ces seuls moyens, à ce qu'il assure. Quant au petit nombre de ceux qui y ont résisté, et qui, par conséquent, sont arrivés à la quatrième période, ou période algide, ils ont pour la plupart succombé.

» Dans cette période, il satisfait la soif du malade en lui laissant boire à volonté la limonade à l'eau de Rabel étendue de moitié ou d'un tiers d'eau pure ou légèrement sucrée, aussi froide que possible, sans crainte de provoquer les vomissemens. Il a vu des malades boire quinze litres et plus de boisson froide pendant cette période, et rendre tout ce qu'ils avaient pris. Ceux-là ont tous guéri.

» Aussitôt la réaction bien prononcée, M. Garnier continue à donner la limonade à l'eau de Rabel, mais plus étendue d'eau, et il ajoute pour chaque verre une cuillerée de vin de Bordeaux ou d'autre bon vin.

» Peu d'heures après que la réaction s'est nettement dessinée et que les vomissemens se sont calmés, quand même ils n'auraient pas entièrement cessé, il commence une alimentation légère (bouillon de bœuf chaud ou froid, suivant le goût des malades, deux cuillerées toutes les deux heures), quand même le malade le vomirait ou qu'il éprouverait quelque répugnance pour cette nourriture.

» Cette légère et précoce alimentation lui a paru le plus sûr moyen de prévenir l'état typhoïde de la réaction. L'oppression, le hoquet ne contre-indiquent point, suivant lui, cette alimentation précoce. Au bout de trois ou quatre jours, il donne une nourriture plus abondante. La convalescence lui a toujours paru plus franche et plus rapide qu'à la suite des autres traitemens.

» En résumé, la méthode de M. Garnier est, on le voit, bien simple, et c'est là un de ses avantages, dans la pratique rurale surtout. De l'acide sulfurique et de l'alcool pour préparer l'eau de Rabel, du punch, de la moutarde et de l'eau, tels sont les seuls agens pharmaceutiques dont il a besoin.

» Nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier de près les résultats annoncés par M. Garnier, mais M. le professeur Trousseau a mis sa méthode en usage chez quelques-uns des cholériques qu'il a eu à traiter dans son service pendant le cours de ces deux ou trois mois derniers. Nous avons été témoin des bons résultats de la limonade de Rabel chez un de ces malades, qui n'était pas atteint, il est vrai, d'une manière très grave. Chez les autres, il y a eu des succès et des insuccès à peu près balancés. Le nombre en a été beaucoup trop faible pour qu'il soit possible d'en tirer aucune conséquence ; mais l'impression qui en est restée dans l'esprit de M. Trousseau et des personnes qui assistent habituellement à sa visite est que cette méthode n'est pas entièrement dénuée d'action, et qu'elle offre au moins autant sinon plus de chances de succès que la plupart de celles qui ont été mises jusqu'ici en usage. » — (In *Gazette des hôp.*, n° 131.)

— Le docteur Macke (de Soreau) emploie depuis quelques années et avec les meilleurs résultats, une solution de 4 gram. de deutochlorure de mercure dans 30 de collodion, pour détruire les *nœvi materni*, surtout chez les enfans. Il n'y a pas de caustique plus convenable lorsqu'on veut les faire disparaître promptement et sûrement, dans les cas particulièrement où l'on se refuse à l'emploi de l'instrument tranchant ou lorsque l'excision n'est pas très praticable, comme sur les cartilages de l'oreille; il convient surtout chez les enfans très pétulans lorsque les autres caustiques ne peuvent être maintenus en place, ou lorsque ceux-ci sont exposés à être souillés par les urines ou les matières fécales.

L'application de ce caustique est facile et se fait à l'aide d'un fin pinceau de poils de vache; on peut, avec précision et certitude, limiter son cercle d'action, et sa dessiccation est si prompte, qu'il est impossible qu'il étende son action aux parties saines voisines, ou que le malade puisse l'enlever d'une manière quelconque.

S'il survient une forte inflammation, on a recours à des applications froides; l'eschare qu'il détermine est solide, d'une épaisseur d'une à deux lignes, suivant qu'on a fait une ou successivement plusieurs applications; elle se détache après trois à six jours, et la guérison a lieu par une cicatrice non difforme.

La douleur est rarement intense et cesse rapidement. L'auteur, qui a obtenu de nombreux succès de l'emploi de ce collodion caustique, assure qu'on n'a rien à craindre quant à l'intoxication, et il le recommande à ses confrères, parce qu'il est aussi facile à appliquer que certain dans ses résultats. — (In *Journal de méd. de Bruxelles*.)

— M. Reynal a lu dernièrement à l'Académie de médecine un mémoire intéressant sur les propriétés toxiques de la saumure. Tout ce qui peut éclairer ce point important d'hygiène publique doit être recueilli : aussi allons-nous reproduire un extrait d'une note publiée sous les initiales docteur B. S., et qui fait connaître de nouveaux faits relatifs à ce sujet :

« M. Adam, aujourd'hui vétérinaire municipal à Augsbourg, nous apprend que dans une brasserie de cette ville, treize porcs dont cinq étaient âgés de huit mois et huit de six mois, étaient réunis par deux ou par trois dans des étables très bien construites et engraissés avec le résidu de la fabrication de la bière, étendu d'eau. Cette alimentation profitait surtout aux cinq porcs plus âgés, tous cependant mangeaient avec beaucoup d'appétit même encore alors que cette substance douçâtre était entrée en fermentation par suite des chaleurs du mois de mars.

» Le 29 avril dernier, on retire de salaison la viande provenant de quinze porcs, et le résidu, qui forme environ 15 litres (12 mauss) de saumure, est versé dans le tonneau qui sert à opérer le mélange du résidu de la fabrication de la bière avec l'eau pour composer la nourriture des porcs.

» Le lendemain, le porcher remarque que deux porcs, enfermés dans des étables différentes, montrent peu de goût à manger, quoiqu'ils soient encore assez gais. A midi, le même jour, tous les porcs avaient à peu près perdu l'appétit. A son arrivée, à une heure, M. Adam en trouve quatre dans un état de vertige très prononcé : ils sont assis sur leurs jambes de derrière comme des chiens, s'appuyant sur leurs pieds de devant, qui se trouvent écartés, et ils exécutent des mouvemens de mastication qui amènent de l'écume sur leurs lèvres; puis ils sont pris de violentes convulsions, tombent sur le flanc, et leurs quatre membres se roidissent avec de légères secousses. Peu après, ces phénomènes disparaissent, les porcs se relèvent, changent de place lentement et en conservant la tête baissée, leur état vertigineux persiste toujours et avec une intensité telle, qu'ils se heurtent la tête contre les murs. Après une demi-heure, chez d'autres, une heure et demie, les mêmes paroxysmes reparaissent avec une durée croissante, de manière qu'ils restent étendus même pendant les rémissions, qui ne sont reconnaissables que par la cessation des mouvemens convulsifs. Ils finissent par ne plus pouvoir se lever, leur respiration est calme et profonde et ils ne font entendre aucune plainte. La peau a une teinte uniforme, ne présentant pas de taches, soit rougeâtres, soit bleuâtres; la température est normale et uniforme; les muqueuses buccale, nasale et palpébrale, sont d'un rose pâle; les yeux sont brillans, les pupilles dilatées, les bruits du cœur faibles à 80 pulsations par minute ; il n'y a plus de déjections alvines; le train postérieur est plus particulièrement affaissé.

» L'animal qui paraît le plus malade est tué par la section de la carotide; le sang est d'un rouge sombre; il se coagule rapidement; le caillot se sépare distinctement du sérum, qui est d'un blanc sale et luisant; la chair musculaire est ferme et d'un rouge-brun ; le lard est d'un beau blanc. L'estomac est distendu considérablement par une masse chymeuse épaisse. La muqueuse qui est d'un blanc sale, recouverte d'un pus de nuance grisâtre, coloré de jaune-verdâtre vers le pylore, présente des taches rouges dans cette dernière portion. Dans le duodénum, la muqueuse est également parsemée de plaques rouges; le gros intestin contient des matières solides, durcies, même dans le rectum, la muqueuse est sèche et enduite d'une mucosité gluante. Le foie, la rate, les reins et la vessie ne présentent rien de particulier. Les poumons ont une coloration de rose-vif et sont crépitans; le cœur ne renferme qu'une petite quantité de sang coagulé; l'endocarde est pâle et luisant; les sinus sont médiocrement distendus par du sang; la substance cérébrale fortement infiltrée, présentant çà et là un aspect sablé, paraît avoir une consistance moindre qu'à l'état normal.

» Deux autres porcs sont encore atteints dans la même journée et tués avec les quatre précédens quand tout espoir de les sauver est perdu. L'examen des cadavres montre chez tous à peu près les mêmes désordres : les particularités signalées dans la masse du sang et la sécheresse de la muqueuse intestinale sont constantes.

» La viande de ces porcs, qui avait très bon aspect, a été mangée par des personnes, soit à l'état frais, soit après salaison, et l'on n'a eu à signaler aucun accident.

» Les sept autres porcs, parmi lesquels se trouvaient les cinq plus âgés, n'ont pas présenté de phénomènes aussi alarmans, quoiqu'ils aient manqué d'appétit pendant quelques jours.

» Comme traitement, on a employé tout d'abord un vomitif composé de tartre stibié et d'ellebore blanc ; on a administré aussi des lavemens ; il n'y a eu que peu de vomissemens et chez deux porcs seulement ; mais les plus grands avantages ont été obtenus au moyen d'aspersion d'eau froide sur tout le corps.

» Le vétérinaire allemand fait remarquer en outre que, toutes les fois qu'il a été appelé pour des cas d'empoisonnement par la saumure, c'était pendant la saison des chaleurs quoique les salaisons soient beaucoup plus fréquentes en automne et en hiver. Il croit trouver là un nouvel argument en faveur de la théorie qui attribue la nature toxique de la saumure à la présence d'un acide gras engendré sous l'influence de la chaleur. » — (In *Moniteur des hôp.*, n° 133.)

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(*ancienne Société médicale du Temple*).

Compte rendu extrait des procès-verbaux. — Présidence de M. Am. Forget.

Sommaire. — Deux observations tératologiques. — Emploi des eaux minérales dans la dyspepsie. — Variole.

M. Depaul communique à la Société deux exemples remarquables de vices de conformation des organes génitaux et génito-urinaires.

Observation I. — La nommée B..., âgée de 32 ans, enceinte pour la première fois et arrivée à peu près au milieu du neuvième mois de grossesse, a succombé dans les salles de la Clinique avant d'être accouchée. Réglée à 17 ans 1/2, ayant eu des rapports sexuels à 15 ans 1/2, cette femme, depuis une quinzaine d'années, se présentait habituellement dans les cours d'accouchemens pour servir aux touchers que l'on destine à l'instruction pratique des élèves. Elle n'était jamais devenue enceinte. On constatait chez elle la présence d'une cloison qui divisait verticalement le vagin en deux parties inégales et juxta-posées. Elle devint enceinte pour la première fois au mois de juin 1852. Pendant sa grossesse, sa santé se détériora de plus en plus, et, arrivée à une profonde prostration des forces, elle s'éteignit le 8 février 1853, par suite d'une rupture de l'utérus.

Autopsie trente-huit heures après la mort. — Pour examiner l'utérus avec plus de soin, M. Depaul le détache en masse avec le vagin, la vulve, le périnée et la vessie. Cette pièce, ainsi enlevée, présente un triple intérêt, savoir : utérus, vagin double, rupture de l'utérus.

Utérus bifide. — L'utérus, unique à la moitié inférieure de son col, est bifurqué dans le reste de son étendue. La portion gauche seule, considérablement développée, renferme le produit de la conception ; elle avait acquis un volume analogue à celui d'un utérus ordinaire à neuf mois de grossesse. De la partie antérieure et latérale droite du col on voit s'élever une poche pyriforme légèrement aplatie en arrière, et dont le fond est tourné en haut et à droite. Ce petit organe a le volume d'un utérus de deux mois de conception environ. Chacune des portions utérines présente une partie inférieure plus rétrécie que l'on peut reconnaître pour la moitié supérieure du col.

Rupture de l'utérus. — Sur la face antérieure du col commun aux deux utérus, on remarque une vaste perforation se prolongeant en bas sur la face antérieure de deux matrices en se divisant en deux branches, ce qui donne à cette ouverture accidentelle une forme triangulaire.

Vagin double. — Le vagin est partagé inégalement en deux parties latérales par une cloison longitudinale épaisse d'environ un demi-centimètre, et qui paraît composée de deux muqueuses adossées, entre lesquelles se trouve une troisième lame intermédiaire d'un tissu analogue au tissu dartoïde vaginal. Le vagin de droite est le plus grand et le principal ; il fait suite à l'axe de la vulve. Le vagin gauche, beaucoup plus petit surtout en bas, lui est parallèle. La surface interne de ces deux conduits est lisse et recouverte d'une membrane muqueuse polie et ferme.

Ce fait, dit M. Depaul, est rare sans doute ; cependant il en a déjà rencontré d'analogues, et un certain nombre se trouvent consignés dans divers ouvrages. Le fait suivant, au contraire, lui paraît unique dans la science.

Observation II. — Une petite fille, née vivante et à terme, est morte de convulsions le troisième jour après sa naissance, en présentant à l'autopsie les particularités dont nous allons parler. Elle était jumelle ; sa sœur n'a aucun vice de conformation. Sa mère, âgée de 23 ans, primipare, a eu un heureux accouchement. — On constata, sur le cadavre, une extrophie de la vessie ; deux utérus et deux vagins parfaitement distincts et complétement séparés l'un de l'autre par une anse intestinale interposée entre eux. Absence d'anus. Ouverture de l'intestin grêle et du gros intestin sur la paroi abdominale, à laquelle viennent aboutir aussi les deux uretères.

M. Durand-Fardel, sur l'invitation de M. le président, analyse rapidement un mémoire qu'il a écrit sur *la dyspepsie*. Il dit que cette affection se lie essentiellement à l'acte digestif pendant lequel les symptômes se produisent ou s'aggravent. Le malade, ordinairement, ne souffre pas hors le temps de la digestion. La gastralgie douloureuse, au contraire, est indépendante de la digestion. Faute d'avoir établi cette distinction, on a quelquefois prescrit l'usage des eaux minérales à des malades qui, loin d'en tirer avantage, en ont éprouvé une aggravation de leur maladie. La digestion est autant un acte général qu'un acte de l'estomac. Pour qu'elle atteigne complétement son but final, l'assimilation des substances alimentaires, il faut non seulement l'action en quelque sorte mécanique du mouvement péristaltique des parois de l'estomac, mais encore le concours des autres fonctions telles que l'activité plus grande de la circulation et l'action si importante de l'innervation. Aussi, voyons-nous que la dyspepsie reconnaît pour cause, non pas un état organique ou une lésion matérielle de l'estomac lui-même, mais bien plutôt un dérangement des fonctions générales de l'économie. La dyspepsie peut être occasionnée par une vie trop sédentaire sous l'influence de laquelle languit la circulation ; par l'exercice de certaines professions qui obligent à des positions gênantes ou des pressions mécaniques. De toutes les causes qui la produisent, il n'y en a pas de plus fréquentes que les troubles de l'innervation, comme les affections morales vives ou tristes, les travaux intellectuels, surtout quand ils sont trop rapprochés de l'heure des repas.

Dans un cas donné de dyspepsie, quand on s'est assuré des causes qui l'ont produite, les indications du traitement sont faciles à reconnaître. L'usage des eaux de Vichy est réellement utile lorsque cette maladie n'est pas compliquée de gastralgie douloureuse. Le repos physique et moral, l'air pur et vif de la campagne contribuent beaucoup à rendre les eaux prises dans un établissement thermal plus efficaces que celles que prendrait un malade sans quitter son domicile ni ses habitudes.

M. Collomb : Que la dyspepsie soit différente de la gastralgie, je l'admets bien volontiers ; et je prie notre collègue de vouloir bien nous dire ce que son expérience personnelle lui a appris relativement à l'usage des eaux de Vichy dans le traitement de la gastralgie.

M. Durand-Fardel : La gastralgie peut être symptomatique d'une autre maladie, par exemple, d'une affection organique de l'estomac. Dans ce cas, l'usage des eaux de Vichy se trouve contre-indiqué. Pour la gastralgie essentielle, il y a encore une distinction à faire. Si les douleurs reviennent par crises périodiques, sous forme de crampes très douloureuses, on tire un parti avantageux des eaux de Vichy administrées dans l'intervalle des crises. Les donner, au contraire, pendant la crise ce serait augmenter la douleur. Si cette douleur névralgique est permanente et continue, l'usage des eaux de Vichy aggraverait le mal. S'il y a à la fois complication de gastralgie et de dyspepsie, les eaux sont ordinairement assez bien supportées, pourvu que l'on ait soin de ne les faire boire que dans les momens de calme. Cela demande quelque attention et s'observe assez souvent chez les chlorotiques.

M. Bonnassies a la parole et nous fait la communication verbale suivante : Dans l'espace d'un mois, il a vu trois malades, non vaccinés, atteints de variole ; il survint chez eux de l'hématurie, complication qu'il regarde comme assez rare, et tous les trois succombèrent.

Le premier malade était un homme fort, de 35 ans, n'ayant jamais fait de maladie. Il venait de se coucher et il était en sueur lorsqu'il fut obligé de se lever pour sortir ; il éprouva un frisson et ensuite une violente céphalalgie. M. Bonnassies le vit le lendemain matin, il le saigna. Dans la journée, les prodromes de la variole se développèrent, et le lendemain parut une éruption varioleuse confluente. Il y eut, vingt-quatre heures après la saignée, une légère épistaxis qui s'arrêta spontanément. Alors on vit paraître des taches pétéchiales à la peau, et en même temps une hématurie qui dura jusqu'à la mort arrivée du 6me au 7me jour. Cette hémorrhagie persista malgré l'emploi des boissons froides acidulées prescrites par M. Bonnassies, et dont l'usage avait été recommandé aussi par un praticien expérimenté appelé en consultation.

Le second malade, jeune homme de 24 ans, avait donné des soins assidus à son frère affecté lui-même de variole. Comme ce frère avait guéri, il était sans inquiétude sur les suites de sa propre maladie. Malgré cette disposition morale favorable ; malgré douze sangsues appliquées à l'anus dans les premiers instans et les boissons acidules tièdes, il survint, comme dans le cas précédent, des pétéchies et une hématurie. La mort arriva le 7me jour.

Le troisième cas est celui d'une jeune femme morte dès le quatrième jour avec des pétéchies, et rendant en abondance du sang par les urines. Enfin, un quatrième malade, atteint de variole confluente, offrit également des pétéchies, mais non accompagnées d'hémorrhagie. M. Bonnassies porta un pronostic très grave, qui heureusement ne se vérifia point. La variole marcha régulièrement et se termina par la guérison.

M. Bréon : Les faits qui viennent de nous être rapportés de varioles survenues chez des adultes nous montrent combien il importe d'insister sur l'utilité de la vaccine trop souvent négligée ou rejetée par les gens qui ont dépassé l'âge de la première jeunesse.

M. Bossion : Est-il convenable de faire boire froid dans la variole ? Chez les malades de M. Bonnassies cela s'est trouvé exceptionnellement indiqué, parce qu'il y avait complication d'hémorrhagie. Mais hors quelques circonstances accidentelles et très rares, je crois préférable d'administrer des boissons chaudes.

M. Dreyfus : Les médecins allemands, et en particulier Hufland, conseillent dans la variole les boissons froides acidulées. Ils vont même jusqu'à faire ouvrir les croisées pour entretenir dans la chambre des malades une température peu élevée. Il adopte personnellement cette pratique, et prescrit à l'intérieur les excitans et les toniques.

M. Bréon : La vérité me paraît être ici dans un terme moyen : entre les boissons trop chaudes ou trop froides, la température trop élevée ou trop basse. Souvent je fais couvrir la figure de peau enduite d'onguent napolitain, ou mieux d'une feuille d'or ou d'argent fixée par de l'eau de gomme étendue auparavant sur la face. Il m'a toujours semblé que l'application de ce masque rendait l'éruption moins grave.

M. Dreyfus, regardant la suppuration dans la variole comme un travail d'élimination nécessaire, craint que le masque n'empêche son libre développement et n'amène les dangers d'une métastase. Au contraire, dans l'espoir de faciliter cette élimination du pus, il ouvre les boutons de la face par une ponction, et, pressant avec un linge, il fait étancher le pus à mesure que les boutons se remplissent.

M. Bréon : L'ouverture des boutons est très difficile à la base, parce qu'ils tendent en général à s'aplatir. C'est un travail fort long et, pour faire éponger le pus à mesure que chaque bouton ouvert se remplit, il faut trouver des personnes intelligentes et assez dévouées pour y mettre les soins et le temps nécessaires.

M. Bonnassies a couvert la figure de quelques malades d'un masque fait avec de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*. Il trouve que pour l'appliquer convenablement, c'est chose longue et fatigante.

M. Lemaire : En appliquant un masque sur la figure, on a eu pour but d'y diminuer le mal, sans chercher à entraver l'éruption pour le reste du corps ; aussi, l'expérience doit rassurer sur les dangers d'une métastase qui ne s'est pas produite sous l'influence de cette médication. M. Lemaire en a obtenu, en général, des résultats avantageux. L'emplâtre simple, celui de Vigo, les feuilles métalliques qu'il a aussi employées produisent des effets semblables. Il fait son masque en plusieurs parties, que l'on est obligé de renouveler, parce que la transpiration détache les emplâtres, et que les feuilles métalliques se fendent.

M. Homolle : Dans la variole, l'application des emplâtres sur la face n'est pas toujours exempte d'inconvénient et surtout d'embarras. Pour y obvier, il fait un mélange de

Teinture de benjoin. . . . 20 grammes,
Tannin . . . . 1 gramme,

et à l'aide d'un pinceau, il en met une gouttelette sur chaque pustule de la face qui s'affaisse et s'élimine, en ne laissant bien souvent aucune trace.

Les observations de variole que nous a communiquées M. Bonnassies offraient, outre les hémorrhagies extérieures, hématurie, épistaxis, des signes évidens d'hémorrhagies sous-cutanées, donnant lieu à des pétéchies en assez grand nombre pour admettre qu'il y a eu complication d'un *purpura hæmorrhagica.* Dans cette dernière affection, toujours fort grave, M. Homolle a plusieurs fois prescrit avec avantage, en vingt-quatre heures, de six à huit pilules composées d'après la formule suivante :

Sulfate de fer. . . . }
Extrait de ratanhia . . } *àà.* 10 centigrammes,

pour chaque pilule.

Le Secrétaire général, Dr Collomb.

PRESSE MÉDICALE.

Opération de l'ankylose du genou. — Le professeur Dumreicher a montré d'abord à la section de physiologie et de pathologie de la Société des médecins de Vienne, une pièce d'anatomie pathologique, consistant en une ankylose complète du genou, par cicatrice osseuse entre le condyle interne du fémur et le tibia, avec soudure et luxation en dehors de la rotule. Puis il a présenté un malade qui avait eu absolument une lésion analogue, à la suite d'une plaie du genou. La partie interne de l'articulation n'offrait aucune séparation, tandis que l'exploration faisait découvrir encore un sillon extérieurement. Nulle mobilité ; flexion à angle droit. Une section transversale mit à découvert la limite du condyle interne ; et avec la gouge on enleva un fragment osseux qui formait la soudure. La mobilité est devenue telle, qu'en peu de temps l'extension put être obtenue graduellement. La fièvre et la suppuration furent minimes, et la plaie était guérie en six semaines. L'extrémité presque droite n'avait que peu de mobilité dans la jambe.—(*Wochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 22.)

Cas de paralysie guérie spontanément dans un accès de colère maniaque. — Le docteur Plubing, de Berlin, raconte l'observation suivante : Une veuve de 72 ans, de bonne constitution, avait le bras droit paralysé depuis quarante ans, sans que ce médecin ait pu en découvrir la cause. Depuis quelque temps, cette femme eut le caractère tellement irascible, que des accès de manie furieuse, pendant lesquels elle accablait tout le monde des plus grossières invectives, se déclaraient fréquemment. Dans un de ces accès, son fils, en voulant la calmer, lui rapporta que quelqu'un avait dit que Dieu ne l'avait pas encore assez punie, quoiqu'il lui eût paralysé le bras depuis si longtemps. Quoi, reprit-elle toute furieuse, si Dieu m'a rendue malade, il peut aussi me guérir, et au même moment, elle leva son bras et le lança dans toutes les directions. Ce fait s'est passé en présence du médecin. Depuis ce temps, jusqu'à la mort, ce membre a gardé sa mobilité complète pendant les accès et dans leur intervalle. (*Allg. méd. central zeit.*, 1855, n° 54.)

Quoique cette observation soit bien écourtée et incomplète, surtout à l'égard de la paralysie, elle n'en est pas moins intéressante, comme preuve de la puissance de la volonté.

COURRIER.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

Deuxième liste : MM. Goupil, 20 fr. ; Parmentier, 5 fr. ; Herpin (de Genève), 20 fr. ; Boutigny (d'Évreux), 5 fr. ; Tardieu, 10 fr. ; Leclerc, 5 fr. ; Higgings, 10 fr. ; Mathieu, 10 fr. ; Poullien, 5 fr. ; Sandras, 40 fr. ; Forget (Amédée), 10 fr. ; Boinet, 10 fr. ; Homolle, 5 fr. ; Fauconneau-Dufresne, 10 fr. ; Foissac, 10 fr. ; Tournier, 5 fr. ; le baron Larrey, 20 fr. ; Gorlier (de Rosny), 10 fr. ; Dumont de Monteux (du mont St-Michel), 3 fr.

Cours de thérapeutique générale et appliquée. — M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ouvrira ce cours le *mardi* 13 *novembre*, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les *mardi, jeudi* et *samedi* de chaque semaine, à la même heure.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 136. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 15 Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An.......... 32 Fr
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 14 NOVEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il faut renoncer à trouver des formules nouvelles pour louer le talent et l'ingéniosité, l'esprit et la verve des discours de M. Malgaigne. Chaque nouvelle oraison est un succès nouveau. Hier encore, la nombreuse assistance qui, dans l'espoir de l'entendre, avait rempli l'enceinte de l'Académie, est sortie émerveillée de cette dextérité de parole, de cette habileté de discussion, de cette adresse d'argumentation qui, si l'on n'y prenait garde, troubleraient la raison la plus sûre et changeraient en doute la conviction la plus accentuée.

On pourrait considérer comme un fâcheux résultat que cet étincelant discours obtînt un autre succès qu'un succès littéraire. C'est un terrible et dangereux démolisseur que M. Malgaigne; mais son éminent talent de critique l'emporte quelquefois au delà des limites du vrai et du juste. Nous craignons que ce malheur ne lui soit arrivé hier. Sous l'impression encore chaude de cette disquisition brillante, nous sentons le besoin de nous recueillir. M. Malgaigne a touché à tant de choses, il a abordé des questions si élevées, il a remué des problèmes si graves que ce serait, pour nous, faire acte d'imprudence que de vouloir incontinent le suivre à travers sa course rapide dans le domaine de l'histoire, de la pathologie générale et de la philosophie médicale.

Nous prenons très au sérieux les opinions de M. Malgaigne parce que nous connaissons leur influence et leur autorité sur la jeunesse de nos écoles, que ses fonctions de professeur lui donnent la mission d'instruire et, condition plus importante encore, de diriger dans ses études. M. Malgaigne possède, en effet, et à un haut degré, tout ce que la jeunesse recherche, aime et applaudit : un talent rare d'exposition, une critique vive et pénétrante, une grande indépendance d'opinions et d'idées. Ce n'est jamais vainement qu'auprès de cette généreuse jeunesse on fait appel au libre examen, au dédain de la tradition, à la vérification de l'autorité magistrale. Mais aussi que de périls, que d'écueils dans un enseignement de cette sorte! A voir l'insouciance avec laquelle M. Malgaigne les brave, on se demande si c'est par inconscience ou par courage. Et, par exemple, c'est comme en jouant et sous les formes les plus aimables, les plus spirituelles, mais les moins sérieuses, que, hier, M. Malgaigne semblait s'amuser et s'amusait, en effet, à jeter le ridicule et le sarcasme sur l'autorité, sur la tradition en médecine, sur le dogme hippocratique, auquel il ne croit pas, sur les théories galéniques dont il n'a pas fait un équitable départ, sur l'école de Montpellier, pour laquelle il a été d'une sévérité excessive, sur Barthez, à l'occasion duquel, en détachant de son œuvre quelques propositions isolées de leur développement, M. Malgaigne a usé d'un procédé de critique qui ne manque jamais son effet, mais qui nous paraît peu digne de son talent distingué.

Non, ce n'est pas ainsi, nous le disons sans détour parce que M. Malgaigne est de force à supporter la critique, quand elle lui vient surtout d'un de ses admirateurs sincères et d'une plume amie; non, ce n'est pas ainsi que se doivent traiter les solennelles et austères questions de la certitude en médecine, tous ces graves problèmes qui pénètrent jusqu'aux racines même de la science, et avec lesquels il n'est pas permis de jouer comme des enfans terribles qui s'acharnent à faire tomber les pierres mal jointes de quelque ruine antique. Aujourd'hui surtout qu'un pieux retour vers l'étude des origines et des sources se traduit de toutes parts, que se fait jour une tendance évidente vers la conciliation des principes et des écoles, c'est une sorte d'anachronisme d'exhumer ces âpres mais injustes et stériles critiques du passé. Et que substituer à ces ruines qu'on amoncèle? cette déclaration désolante, faite par M. Malgaigne avec une assurance qui nous a confondu : Que l'école moderne n'a ni dogme ni principes, et qu'elle n'en a pas besoin. Au moins avaient-ils des motifs de critique passionnée contre le passé, les fougueux réformateurs, Paracelse, Brown, Broussais qui venaient promulguer un dogme nouveau pour remplacer le dogme antique. Mais M. Malgaigne qu'apporte-t-il à la jeune génération avide de croyances? La négation triste et stérile.

C'est avec peine, on le sent, et nous le cacherions mal, que nous voyons dépenser tant d'éminentes et de brillantes facultés au service de cette critique dissolvante qui a été hier tant applaudie. Avant de dire nos impressions sur quelques détails de la discussion soutenue par M. Malgaigne, nous avons voulu, avant tout, faire nos plus explicites réserves sur l'ensemble philosophique de cette oraison que notre impartialité, d'ailleurs, nous a fait un devoir de reproduire avec autant de fidélité que cela nous a été possible.

Au commencement de la séance, M. le professeur Villeneuve, de Marseille, a lu un mémoire sur ou plutôt contre l'avortement médical. Nous avons vivement regretté que la voix de l'orateur ne soit point parvenue jusqu'à nous.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

DE L'ATROPHIE UNILATÉRALE DU CERVELET;

Par Édouard TURNER, interne des hôpitaux.

I.

En 1851, pendant mon internat dans le service de M. Lélut, à la Salpêtrière, j'eus l'occasion de constater, à l'autopsie de la nommée Houel, des lésions encéphaliques qui frappèrent vivement mon attention. Pendant la vie, cette fille avait présenté des attaques d'épilepsie, avec paralysie et atrophie de toute la moitié gauche du corps, pied-bot varo-équin et main-bot cubito-palmaire. A l'ouverture du crâne, nous trouvâmes une atrophie qui portait sur l'hémisphère droit du cerveau, la couche optique, le corps strié, le pédondule cérébral, le tubercule mamillaire et la pyramide antérieure du même côté; en même temps, elle intéressait le lobe *gauche* du cervelet et la moitié gauche de la moelle épinière.

A priori, il me semblait impossible d'admettre que cette disposition *croisée* de l'atrophie cérébrale et cérébelleuse fût purement accidentelle, qu'elle n'eût pas sa raison d'être dans la structure même de l'encéphale, qu'elle ne résultât pas de connexions intimes entre les lobes opposés du cerveau et du cervelet.

Le hasard me fournit quelque temps après un nouveau fait qui me confirma encore plus dans cette manière de voir. Sur le cadavre d'une vieille femme de la Salpêtrière, destinée aux manœuvres de médecine opératoire, je trouvai également une atrophie de l'encéphale; elle occupait cette fois le côté *droit* du cerveau et de la moelle allongée, le côté *gauche* du cervelet et de la moelle épinière (celle-ci était peu altérée). Cette femme, depuis longtemps hémiplégique, présentait une atrophie du côté gauche du corps avec déformation caractéristique du pied et de la main.

L'examen attentif de ces deux observations et l'analyse de celles consignées dans les auteurs, ont changé ce qui, pour nous, n'était d'abord qu'une hypothèse en une conviction, et me font regarder aujourd'hui la réalité et la constance des connexions entre le cerveau et le cervelet comme un fait démontré. De sorte que nous pouvons formuler la proposition suivante dont ce mémoire contiendra le développement et les corollaires :

Dans les atrophies partielles ou unilatérales de l'encéphale, *toutes les fois que le cervelet s'atrophie consécutivement au cerveau, cette altération intéresse l'hémisphère cérébelleux gauche si, au cerveau, elle occupe l'hémisphère droit*, et vice versâ.

II.

Les preuves de cette proposition, je les tire d'abord des résultats si frappans et si nets de deux autopsies que j'ai rapportées plus haut et dont l'une (celle de la nommée Houël) a été communiquée en résumé à la Société de biologie, par mon savant ami, M. le docteur Charcot, en son nom et au mien, (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, t. IV, 1re série, p. 191.) Mais j'en puis citer une foule d'autres encore qui m'ont été fournies par la lecture des auteurs.

1° Ainsi je trouve dans l'*Atlas d'anatomie pathologique* de M. Cruveilhier (8me livraison, planche v, fig. 1, 2, 3), sous le titre : *Atrophie du cerveau*, l'observation d'un malade dont l'autopsie a montré une atrophie du lobe *gauche* du cerveau et *droit* du cervelet.

2° M. Cazauvielh (*Arch. gén. de méd.*, t. XIV, obs. III) décrit une « agénésie primitive de l'hémisphère droit du cerveau et du lobe gauche du cervelet. »

3° Dans la thèse de M. Belhomme sur *l'idiotie* (1824), nous trouvons un exemple d'une hydrocéphalie occupant surtout le ventricule latéral *gauche*, avec lésion atrophique de l'hémisphère correspondant, et l'auteur note expressément pour le cervelet qu'il est plus étendu à gauche qu'à *droite*.

4° Le tome IV des *Bulletins de la Société anatomique* contient, à la page 235, une observation de M. Bell, relative à une atrophie considérable du lobe droit du cerveau, avec aplatissement du lobe gauche du cervelet et diminution appréciable de son volume.

5° M. Bell, dans les réflexions dont il fait suivre la relation de ce fait, ajoute que, l'année précédente, M. Bodey en a présenté un entièrement semblable. L'observation a été égarée par M. Bérard, alors secrétaire de la Société anatomique, mais nous en trouvons le résumé dans le compte rendu : Le lobe droit (du cerveau) était réduit à la moitié de son volume primitif; en même temps c'était le lobe gauche du cervelet qui était atrophié. (*Compte rendu de la Soc. anat.*, 4me année, 1829, p. 117,)

8° C'est encore à M. Bell que nous devons la connaissance d'un fait de tout point conforme au sien et à celui de M. Bodey, et qu'il attribue au docteur Albers. (Loc. cit.)

9° En 1834 (9me année, p. 156), M. Saint-Yves présente à la même Société une atrophie de l'un des hémisphères cérébraux. Il n'a guère, dit l'observateur, que les deux tiers du volume de son congénère; l'hémisphère cérébelleux du côté opposé est également atrophié.

10° M. Nivet, interne à la Salpêtrière (*Bulletins de la Soc. anat.*, 6me année, p. 121) montre une atrophie des circonvolutions cérébrales du côté *gauche*, coïncidant avec une lésion du même genre qui siégeait au lobe *droit* du cervelet.

11° Depuis la publication de l'observation de Houel dans les *Bulletins de la Société de biologie*, M. Virchow a fait paraître dans son ouvrage (*Handb. der spec. Pathol. u. Therapie*, I Bd. Erlangen) un article dont nous devons la connaissance à notre excellent collègue M. Charcot, et où se trouve mentionnée l'autopsie d'un homme atteint d'atrophie de l'un des hémisphères cérébraux et du lobe cérébelleux du côté opposé.

12° M. Virchow cite M. Schrœder van der Kolk (*Jahresbericht*, 1852, Bd II, page 86) comme ayant le premier observé l'atrophie des os, des muscles, des nerfs, de la moelle épinière du même côté que le cervelet, tandis que le cerveau est atrophié du côté opposé.

13° Dans une note du 4me volume de son *Anatomie descriptive* (2me édition, page 287), M. Cruveilhier s'exprime ainsi : « Dans quatre cas d'hémiplégie que j'ai eu occasion d'observer, il y avait en même temps atrophie de l'hémisphère droit du cerveau et de l'hémisphère gauche du cervelet. »

Ces quatre faits de M. Cruveilhier porteraient à seize le nombre des observations à nous connues, où se trouve établi le fait qui nous occupe. Mais un doute nous vient. M. Cruveilhier, comme président de la Société anatomique, avait connaissance des faits de MM. Bell, Bodey, Nivet et Saint-Yves, et c'est peut-être de ces quatre observations qu'il parle dans la note que nous venons de rappeler.

III.

Ne peut-on pas s'étonner à bon droit de voir un fait aussi important que la relation pathologique entre les lobes opposés du cerveau et du cervelet, passer presque inaperçu? De voir sa généralité méconnue par la plupart des auteurs, sa signification anatomique et physiologique leur échapper plus ou moins complètement? Un mutisme absolu, des exclamations de surprise, de vagues indications, des commencemens de théorie, voilà tout ce que nous trouvons à ce sujet dans les livres.

M. Guéneau de Mussy fait suivre son observation (Cruveilhier, *Atl. d'anat. path.*, 8me livraison) des réflexions suivantes : « *Chose bien singulière!* le lobe droit du cervelet est moins volumineux, ce qui semblerait indiquer un effet croisé entre le cerveau et le cervelet; mais la diminution du lobe droit de celui-ci ne saurait être mise en balance avec l'atrophie de l'hémisphère gauche du cerveau. »

M. Cruveilhier, parmi les nombreuses remarques dont il

accompagne cette observation, ne dit rien de cet *effet croisé.* Et cependant, en parlant de l'*asymétrie du cervelet*, il dit, dans une note que nous avons déjà citée en partie (*Anat. descrip.*, t. IV, p. 287, 2me édit.) : « .... Je suis fondé à conclure qu'il existe des rapports intimes entre les hémisphères opposés de ces deux portions de l'encéphale. » A propos de la structure du cervelet (même volume, page 309) nous trouvons, encore cachée dans une note, la phrase suivante : « L'effet croisé pour l'action du cervelet n'est pas encore parfaitement démontré. Un certain nombre de faits qui établissent que l'atrophie d'un hémisphère du cerveau coïncide avec l'atrophie de l'hémisphère opposé du cervelet, semblerait établir l'action directe du cervelet. »

M. Longet (*Anat. et phys. du système nerveux*, t. I, p. 707) cite les lignes qui précèdent. Il rapporte aussi *in extenso* le fait si remarquable de M. Bell (p. 667) et celui de M. Guéneau de Mussy (p. 668), mais en les considérant comme des exemples d'*asymétrie!*

M. Andral, sur le sujet qui nous occupe, s'exprime comme il suit dans sa *Clinique médicale* (t. V, p. 629) : « Voyez comme dans ces cas d'atrophie le cervelet s'isole du cerveau; vainement celui-ci subit dans son volume les modifications les plus notables; l'autre n'en est pas influencée, au moins dans la généralité des cas, car, parmi les observations de M. Cazauvielh, il en est une où l'on voit l'hémisphère cérébelleux participer à l'atrophie qui a frappé l'hémisphère cérébral *de son côté.* » Il y a dans ces derniers mots une erreur, due sans doute à une faute d'impression, car, dans une note, à la page 680, la même observation de M. Cazauvielh, qui est la troisième, est indiquée comme un exemple d'atrophie de l'hémisphère *gauche* du cervelet et de l'hémisphère *droit* du cerveau.

Quant à la proposition : *Dans les cas d'atrophie, le cervelet s'isole du cerveau*, le nombre considérable et l'authenticité des faits cités plus haut, la réduisent à la valeur d'une simple assertion; et malgré tout notre respect pour l'illustre auteur de la *Clinique médicale*, il nous est impossible de l'accepter comme vraie.

M. Bérard aîné, en rappelant dans son compte rendu le fait recueilli par M. Bodey, dit encore : « On remarquait l'atrophie d'un hémisphère du cervelet; mais, *chose singulière!* c'était l'hémisphère droit, tandis que pour le cerveau la diminution du travail nutritif avait porté exclusivement sur le lobe gauche. Était-ce l'effet d'une simple bizarrerie de la nature, ou devait-on invoquer un rapport entrevu déjà, mais encore inexplicable entre les côtés opposés du cervelet et du cerveau? On serait presque tenté d'adopter la seconde supposition.... »

Dans les réflexions de M. Bell, à la suite de son observation, nous lisons : « Un autre fait bien curieux et bien inexplicable, je crois, est la coïncidence d'un lobe cérébelleux atrophié avec un hémisphère cérébral sain, et d'un lobe cérébelleux sain avec un hémisphère cérébral mal développé. » Auguste Bérard, en rappelant cette observation (*Compte rendu de la Soc. anat.*, 1831), n'ajoute rien à ce que M. Bérard aîné avait dit à ce sujet l'année précédente.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

SUR LE TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRITE OU ANGINE COUENNEUSE PAR LE CAUTÈRE-MAYOR (1);

Par le docteur DANVIN, médecin de l'hôpital de St-Pol (Pas-de-Calais), et des épidémies de l'arrondissement.

Lettre à M. Louis.

La petite Jeanne Capron, âgée de 4 ans, fille d'un des pharmaciens de Saint-Pol, tomba malade. La sollicitude de ses parens, vivement éveillée par l'affreuse mortalité qui décimait les enfans s'alarma; je fus mandé. Les accidens qui consistaient en de l'anorexie, un état chagrin, de la chaleur à la peau, du malaise, un peu de soif, de l'accablement, remontaient à quinze heures environ. Il y avait de la fièvre, 95 pulsations, la face était animée, les yeux brillans : l'inspection de l'arrière-bouche ne fit voir que de la rougeur et un léger gonflement des amygdales. Du reste la déglutition était à peine compromise. Des moyens adoucissans, de l'orge miellée, des pédiluves, des lavemens, des bains de vapeur, un cataplasme émollient autour du col furent prescrits. Un vomitif, l'ipécacuanha, fut aussi administré. Mais je voulais surveiller l'enfant de près, j'étais sur mes gardes. Je m'absentai néanmoins dans la journée pour les besoins de ma clientèle et je ne revins que le soir. Les parens étaient presque rassurés, la petite fille, à part un peu de somnolence, paraissait mieux, elle avalait bien, la peau n'était pas plus chaude, le pouls battait un peu moins vite. Toutefois, en explorant les régions sous-maxillaires, je remarquai le gonflement commençant des glandes cervicales : j'ouvris la bouche et je vis avec une certaine terreur les deux amygdales tapissées de fausses membranes se prolongeant vers le pharynx. Un pinceau de linge effilé ne put les détacher malgré une énergique pression. Je pris immédiatement mon parti. J'envoyai quérir mon confrère, M. Bornay, pour le prier de m'assister dans cette grave conjoncture, et lui proposer l'emploi du moyen que j'avais imaginé et le rendre témoin de ses effets. Celui-ci fut aussi vite admis que proposé, et je procédai, sans délai, à l'opération avec les précautions que nous avons mentionnées plus haut. Le résultat fut le même, l'enfant ne parut pas souffrir sensiblement, la boule du cautère ramena des fausses membranes ensanglantées et peut-être quelques débris d'épithélium, la petite fille vomit des matières aqueuses, glaireuses et pultacées. Elle but facilement ensuite et dormit un peu la nuit.

Dès le lendemain matin, en examinant la gorge, on voyait un petit liseré rose, à peine sensible, entourant et circonscrivant l'escharre en avant et en haut, mais la déglutition était devenue difficile, les tonsilles étaient considérablement tuméfiées, ainsi que leur voisinage, le voile du palais, touché par le cautère, offrait aussi des escharres. Du reste, l'haleine était pure, la respiration libre, la voix moins altérée qu'on aurait pu le penser. L'état fébrile restait le même, la chaleur de la peau assez douce et uniforme : rien du côté du cerveau. La partie sus-laryngienne du cou était à peine sensible, l'engorgement glandulaire vers les angles de la mâchoire inférieure paraissait un peu augmenté. Quelques sangsues furent appliquées à cette région dans le but de modérer les phénomènes inflammatoires, effet de la brûlure, et nous attendîmes. Le soir, le gonflement des amygdales diminuait, les ganglions cervicaux étaient un peu moins volumineux, quelques gorgées de tisane pouvaient être avalées.

Le jour suivant, dans la matinée, malgré un liseré d'élimination qui circonscrivait assez franchement, dans les parties accessibles à la vue, l'escharre ou mieux les escharres, la fièvre s'était élevée à un haut degré (110 pulsations), et le fond de l'arrière-gorge paraissant envahi, nous pensâmes qu'il serait prudent de renouveler la cautérisation, ce qui fut fait. Mais j'y ai réfléchi bien souvent depuis; cette seconde opération, inspirée par la frayeur où nous étions de n'avoir point touché toutes les parties malades, en oubliant nous-mêmes, jusqu'à un certain point, les effets naturels de la cautérisation, cette seconde opération était inutile : c'étaient nos propres escharres que nous avions à nouveau touchées du fer brûlant.

Quoi qu'il en soit, le troisième jour, les escharres commencèrent à se détacher; la gorge fut nettoyée tantôt avec un pinceau de toile, d'autres fois avec l'indicateur garni de gros linge; et après cinq ou six jours, pendant lesquels une sécrétion d'abord fibrineuse, mais peu adhérente, puis pultacée, se remarquait encore, la gorge fut ramenée à d'excellentes conditions. La convalescence fut un peu longue et accompagnée d'un agacement extrême, comme d'une accélération du pouls vraiment extraordinaire — 120 pulsations en moyenne — qui ne céda qu'à l'alimentation. La petite Jeanne n'a conservé aucune trace de son affection, ni des cautérisations qu'elle a subies; sa voix n'a rien perdu de son timbre normal; elle a été parfaitement guérie.

Sur ces entrefaites, sa sœur aînée, âgée de 6 ans, fut prise à son tour; elle ne fut cautérisée qu'une seule fois, guérit rapidement, et offrit le travail d'élimination des escharres d'une manière admirable. Ce cas, beaucoup plus simple, bien que parfaitement caractérisé, au point de vue du diagnostic et des accidens maladifs, nous a permis d'apprécier, en quelque sorte dans toute sa pureté, le résultat de la nouvelle pratique, et dès lors c'était pour moi une véritable conquête.

Ces faits me parurent si heureux, ce double succès m'impressionna si vivement, que je m'empressai d'en donner communication à M. le professeur Tourdes, savant médecin, praticien habile, comme chacun sait, spécialement chargé du service des enfans à l'hôpital général de Strasbourg.

Depuis et y compris la nouvelle application du nouveau mode de cautérisation, j'ai successivement traité dix-sept sujets, sur lesquels je compte onze enfans de 18 mois à 9 ans — cinq garçons et six filles — et six adultes de 14 à 28 ans, tous du sexe féminin. J'obtins quatorze succès manifestes, et j'échouai dans trois cas, dont le premier a été mentionné plus haut, et dont les deux autres vont faire l'objet de courtes réflexions. Il en est un surtout qui porte son enseignement.

Chez le premier des deux sujets dont je viens de parler, et qui succombèrent malgré la mise en pratique du nouveau moyen, la maladie datait déjà de plusieurs jours quand le fer chaud fut appliqué; de plus, les fosses nasales étaient envahies, et l'haleine de la malade était positivement gangréneuse depuis quelques heures. Il était trop tard : la vie s'est éteinte par empoisonnement. L'enfant était âgé de 3 ans.

Chez le second malade, petit garçon de 18 mois environ, bien que pris à temps, le mal égyptiac eut aussi une issue funeste. Mais je dois le confesser ici, je crois que ce malheur peut être attribué à une cautérisation trop puissante, réitérée deux fois coup sur coup. Dans ma pensée, l'enfant est mort de brûlure à la gorge, et des désordres qu'une manœuvre trop énergique a entraînés sur des tissus si jeunes et dans une région dont les ouvertures, surtout celles des voies respiratoires, sont si étroites. En effet, à partir du moment de l'opération, les accidens marchèrent très vite, la déglutition devint fort difficile, puis impossible, la voix prit de la raucité, et les phénomènes de l'asphyxie ne tardèrent pas à se manifester. Ce triste événement pourra servir à mettre sur leurs gardes les praticiens qui voudraient employer mon procédé de cautérisation. Je me repens aussi, je veux le dire, de n'avoir point mis en usage un instrument mieux approprié à la cavité pharyngienne d'un enfant de 18 mois.

Voilà les faits tels qu'ils se sont passés, et qui, s'appuyant sur ceux que M. Valentin vient de publier, me paraissent donner au nouveau procédé de cautérisation de la gorge une valeur positive et en démontrer l'efficacité réelle.

Bien que les explications n'aient qu'une importance très secondaire au point de vue clinique, permettez cependant, très cher et très révéré maître, que j'essaye de rendre compte du mode d'action de mon cautère-Mayor.

Quand la boule métallique est introduite dans l'arrière-bouche, le pharynx se contracte convulsivement sur elle comme sur le bol alimentaire, et toutes ses parties viennent naturellement s'y appliquer d'une manière exacte (1). La base de la langue est seule garantie par la spatule en bois que nous avons décrite et dont l'extrémité antérieure légèrement incurvée touche pour ainsi dire l'épiglotte. C'est là déjà un grand avantage de la forme que nous avons donnée à notre instrument. Sous l'influence du calorique des mucosités abondantes, souvent mêlées de sang, inondent le pharynx, tout comme à la peau se forme l'ampoule de la brûlure. Cette circonstance physiologique détache les fausses membranes adhérentes lorsque celles-ci ne se collent point au cautère lui-même. L'action directe et soudaine du calorique, à plusieurs degrés au-dessus de l'eau bouillante, sur les extrémités nerveuses, sur les follicules et les cryptes, sur les sécrétions et la circulation locale des humeurs est puissamment éliminatrice et perturbatrice, elle est essentiellement substitutive. Elle peut aller même jusqu'à la désorganisation instantanée de la muqueuse et par conséquent jusqu'à la destruction locale de l'organe qui exsude la pseudo-membrane plastique. D'un autre côté, la température du cautère, qui, nous le répétons, dépasse 100 degrés, a pour effet d'anéantir sur place, dans son lieu d'élection et sur toute la surface qu'il occupe, le virus diphthéritique. Ne sait-on pas que 70 degrés Réaumur suffisent pour désinfecter et annihiler les miasmes et les virus qui souillent et contaminent le linge des malades dans les hôpitaux? Joignez à cela les effets pathologiques qui résultent de la brûlure dans un rayon plus ou moins étendu, et vous vous expliquerez sans doute la puissance de ce moyen thérapeutique qui imprime une modification aussi profonde que rapide aux mouvemens organiques des tissus.

Il ne faut pas perdre de vue qu'une brûlure est maintenant la lésion du pharynx : en effet, quelques heures après l'opération, l'inflammation gonfle beaucoup les tonsilles et le voile du palais; la déglutition plus ou moins aisée, immédiatement après l'action du cautère, devient presque toujours pénible et difficile, parfois même impossible; le gonflement du col et l'engorgement des glandes cervicales peut aussi se manifester, mais ces accidens se calment au bout de peu de temps; il est possible, d'ailleurs, de les amortir par la saignée générale, par une application de sangsues aux angles de la mâchoire inférieure; par des cataplasmes froids autour du col, très souvent renouvelés sans jamais les laisser se chauffer sur place, par des fumigations, etc. Ils s'accompagnent, du reste, d'un état de la circulation qui annonce une réaction franche de bon augure, car, si le pouls était faible et déprimé, il se relève et se soutient.

Une chose qu'il faut dire, c'est que la cautérisation ne paraît pas bien douloureuse, les adultes s'expriment d'une manière formelle à cet égard : l'inflammation qui s'ensuit fait quelquefois souffrir plus que l'opération elle-même, mais nous devons nous hâter d'ajouter que les accidens de la brûlure, dont le résultat, assez prochain, est la difficulté d'avaler, n'ont qu'une durée passagère qui ne se prolonge pas au delà de vingt-quatre à quarante-huit heures au plus, d'une manière sérieuse. Quelques sujets — le tiers environ — avalent même beaucoup mieux après l'opération et jusqu'à la fin de la maladie, ce qui peut s'expliquer, il me semble, par l'espèce de sidération dont le calorique a frappé les papilles du pharynx.

Mais laissons là les explications théoriques et revenons à notre sujet.

Avec le procédé de cautérisation que nous venons préconiser, il est possible de guérir la diphthérite confirmée, ce qui nous est arrivé presque toujours : nous pensons, néanmoins, qu'il convient de joindre, à cette opération chirurgicale, une série de moyens qui ne peuvent que concourir au succès. Voici la médication que nous avons instituée depuis quelque temps et que nous avons employée avec avantage chez nos derniers malades dont elle a abrégé l'affection : elle nous paraît appelée à rendre de grands services, nous en avons, du moins, la ferme espérance.

Aussitôt que la couenne diphthéritique tapisse un ou plusieurs points du pharynx, il faut cautériser les parties plaquées (2), après avoir donné au malade un vomitif, dans le but

---

(1) Voir le numéro du 13 Novembre.

(1) Si un seul côté du fond de la bouche était plaqué de couennes diphthéritiques, et qu'on voulût ménager le voile du palais, l'amygdale du côté sain et le fond du pharynx, non encore envahis par la maladie, il serait facile d'imaginer un étui en bois assez mince, dans lequel on placerait le cautère, ne laissant en saillle, en dehors de cet étui, qu'un hémisphère de l'instrument, — cet avantage ne peut être acquis au fer rouge, — seulement il conviendrait de chauffer la boule à un plus haut degré. Mais il peut être utile de modifier tout le pharynx par la brûlure; aussi n'ai-je encore rien fait dans le sens de la protection d'une partie de l'arrière-gorge contre l'action du cautère.

(2) C'est aussi le précepte de M. Bretonneau, que ce médecin célèbre a formulé en ces termes : « La diphthérite tonsillaire menaçant, par son voisinage, les voies aériennes d'une imminente invasion, réclame la médication topique la plus expéditive

de lui faire rejeter toutes les matières septiques et l'espèce de virus que la déglutition souvent répétée a fait tomber dans l'estomac (1). On doit agir ici comme dans les empoisonnemens, car la maladie peut devenir en quelque sorte générale par résorption, infection, extension. Immédiatement après la cautérisation, il convient de faire boire assez abondamment tant que la déglutition peut s'opérer ; il ne peut qu'y avoir avantage à donner alternativement des solutions alcalines auxquelles on attribue, un peu trop absolument peut-être, une propriété spécifique (2). De 4 à 10 grammes de chlorate de potasse, suivant les âges, et autant de bicarbonate dissous, chaque dose dans 6 décilitres environ d'eau commune, peuvent être ainsi administrés les deux premières fois par verre à vin, puis alternativement par cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

Quand la chose est possible et praticable, un gargarisme aluminé ou aiguisé d'acide chlorhydrique doit être conseillé. Que la déglutition reste facile ou devienne impossible, que la respiration soit ou non compromise, ce qui est plus rare, il est bon de faire respirer des vapeurs d'eau de son, ou de mauve, ou de graine de lin, dans laquelle on fait jeter à peu près un verre à l'eau-de-vie d'alcool camphré et autant de vinaigre de vin par litre et demi de liquide ; ces fumigations doivent avoir lieu soit directement, soit à l'aide d'une éponge trempée dans le liquide dont il vient d'être parlé, sans affubler le patient, comme cela se fait quelquefois, d'une serviette qui place la tête dans une étuve. Quand les malades qui ont les fosses nasales saines peuvent s'y prêter et comprendre, il n'est pas mal de leur faire inspirer les vapeurs médicamenteuses par le nez et de les leur faire expirer par la bouche, dans un but de prophylaxie pour les narines.

Il est utile d'ajouter à ces différentes prescriptions des compresses froides sur la tête et notamment sur le front, très souvent renouvelées pour le peu qu'il y ait de céphalalgie : des cataplasmes seront maintenus constamment froids autour du col, tandis que d'autres cataplasmes chauds simples ou sinapisés doivent envelopper les pieds et même les genoux. Des sangsues aux angles de la mâchoire inférieure, et, au besoin, la saignée générale, si les phénomènes morbides dus à la cautérisation le réclament, avec des lavemens purgatifs et les grands bains longtemps prolongés complètent la médication. Toutefois, aussitôt que les malades peuvent ingérer des substances alimentaires liquides, du bouillon surtout, je leur en prescris (3).

Cette médication méthodique et raisonnée nous paraît propre à remplir deux indications essentielles dans une maladie du genre de celle qui nous occupe. Elle est à la fois générale et locale : générale par l'emploi des vomitifs, des boissons alcalines, abondantes ; par les grands bains prolongés, qui pourraient, suivant les circonstances, être aussi ou toniques ou alcalins ; par la saignée dans certains cas ; par les lavemens vineux ; par l'alimentation locale ; par la cautérisation ; par les gargarismes, les fumigations, les cataplasmes froids, les sangsues aux angles maxillaires. C'est ainsi que nous attaquons de front la virulence égyptiaque et la plasticité d'une part et l'angine spécifique de l'autre.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Novembre 1855.— Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend la communication de deux recettes contre le choléra. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire de M. le docteur BARRET, médecin des épidémies de l'arrondissement de Carpentras, sur les modifications à introduire dans la statistique nécrologique. (Comm. MM. Ferrus, Blache, Guérard rapporteur.)

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854, dans le département de l'Yonne. (Com. de vaccine.)

— M. LARREY dépose sur le bureau une monographie de *l'amputation de la cuisse dans l'articulation iléo-fémorale*, par M. le docteur William Sands Cox, de Birmingham, candidat au titre de membre correspondant.

M. Bouvier demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Nos procès-verbaux, dit M. BOUVIER, le *Bulletin* qui les reproduit, sont le tableau fidèle de nos séances. Cependant le *Bulletin* de l'Académie ne doit pas toujours reproduire des expressions, des pensées échappées aux orateurs dans la vivacité de l'improvisation. Déjà la presse médicale nous rend le service de châtier nos paroles, d'en écarter les petits excès, les exagérations du moment ; je l'en remercie pour ma part. Je parle de la presse digne, de celle qui comprend sa mission, qui la remplit.

Mais nous ne nous contentons pas de ces premières corrections toutes spontanées que la presse fait à notre langage. Il est d'usage que nous revoyions nos discours pendant l'impression du *Bulletin* pour y faire les changemens qui nous paraissent convenables. Cela est dans l'intérêt, non seulement des auteurs, mais encore de l'Académie et du public lui-même.

Or, voici le dernier discours de M. Malgaigne, ainsi amendé. Notre collègue y a introduit quelques changemens importants. Je ne m'en plains pas, je l'en remercie même, puisqu'il nous rapproche. Mais, parmi ces modifications, il en est une que je dois signaler dès ce moment.

On n'a pas oublié que M. Malgaigne a nié que les anciens eussent connu la révulsion, la dérivation. Sans cette négation, ma réplique de mardi dernier n'aurait pas sa raison d'être. Eh bien ! cette négation a disparu dans le discours du *Bulletin*. Mon collègue y dit seulement que « la révulsion des anciens ne ressemblait guère à la nôtre. »

Je le répète, je suis loin de me plaindre de cette modification ; j'en sais gré à M. Malgaigne, et de plus, je l'en félicite. Il a senti que la verve de son talent l'avait emporté trop loin, qu'il avait dépassé les limites du vrai, du sensé, qui conviennent si bien à son esprit à sa science ; il s'est empressé d'y rentrer.

On comprendra que j'avais besoin de prendre acte de la rectification de notre collègue.

La question historique est donc maintenant autrement posée. Il ne s'agit plus de savoir si les anciens connaissaient, enseignaient, pratiquaient la révulsion, mais seulement jusqu'à quel point la révulsion de la médecine antique est, ou n'est pas la même que celle des temps modernes. J'attendrai que M. Malgaigne ait expliqué toute sa pensée à cet égard, pour lui répondre s'il y a lieu.

— M. VILLENEUVE, de Marseille, donne lecture d'un mémoire intitulé : *De l'avortement provoqué*. (Comm. MM. Moreau, Cazeaux et Depaul.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le travail de M. Bouvier. — La parole est à M. Malgaigne.

M. MALGAIGNE : Mon dessein n'était pas de revenir sur la question des exutoires et du séton en particulier. Mais aujourd'hui cette question a changé de face ; de nouveaux élémens y ont été introduits : au point de vue de la théorie, les principes de la révulsion, sous le rapport pratique, les faits de M. Bouvier et de M. Bouley.

Pour ce qui est de l'historique du séton, je ne rappellerai pas ce que j'en ai dit ; il y a dans le rapprochement que M. Bouvier cherche à établir entre le séton moderne et ce qu'il croit en être l'équivalent dans l'antiquité, quelque chose de forcé qui ne satisfait l'esprit de personne. Cependant, avant de quitter ce sujet, remarquons deux choses. D'abord en ce qui touche le *sétoïde*, M. Bouvier a donné une longue liste des auteurs qui pensent comme lui que c'est un séton. Il est arrivé à notre collègue ce qui advient souvent à celui qui se lance dans le champ désordonné de l'érudition : ne se fiant pas à ses propres lumières, il appelle à son aide dix, douze auteurs pour lui servir de guides, et ces guides l'égarent au lieu de le servir. Il ne se rend pas aux raisons que j'ai indiquées au sujet du livre de *cauteriis*, à qui il continue à donner Rhazès pour auteur ; mais il consent, dit-il, à croire M. Daremberg sur parole. C'est là précisément ce qui nous distingue, M. Bouvier et moi ; c'est qu'en matière de science, je ne crois personne sur parole.

L'Académie se souvient qu'au dire de M. Bouvier, ce mot de révulsion devait faire cesser toute dissidence entre nous. Il a prétendu que la doctrine des anciens, était notre doctrine. Ici, Messieurs, le débat devient grave ; rarement, je crois, un sujet plus important a été traité à cette tribune.

M. Bouvier qui affectionne la prosopopée et qui y réussit à merveille, a évoqué les grandes ombres d'Hippocrate, de Celse, d'Arétée, de Galien ; il a appelé tous ces grands personnages à protester contre mes téméraires négations. Je ne sais s'ils ont quitté leur tombe et s'ils lui ont parlé, mais à coup sûr M. Bouvier ne les a pas entendus.

Parlons d'abord d'Hippocrate. Je maintiens que l'on ne trouve pas une doctrine de la révulsion dans Hippocrate. Tout ce qu'il dit à ce sujet se rapporte à peu près à l'aphorisme : *De duobus doloribus*, etc. M. Bouvier nous apprend que le mot πόνος peut se traduire par *labor* aussi bien que par *dolor*. M. Bouvier a sans doute sur moi la facile supériorité de mieux savoir le grec ; mais, d'une autre part, il se pourrait que le langage de la médecine et de la chirurgie antique me fût plus familier. Je dirai donc que, dans mon opinion — qui est aussi celle de tous les commentateurs depuis Foës jusqu'à Littré — le mot *labor* ne peut être que synonyme de douleur, de souffrance. Lui donner le sens de *travail*, d'élaboration intime, c'est le comprendre mal ; c'est se mettre dans l'impossibilité d'interpréter la fin de cet aphorisme : *vehementior* OBSCURAT *alteram* (ἀμαυροῖ), expression qui ne peut s'appliquer qu'à la douleur ; l'aphorisme qui suit le prouve bien : « Les douleurs, πόνοι, et fièvres sont plus vives quand le pus se forme que lorsqu'il est formé. » Et plus loin : A ceux qui ont des maux de tête κεφαλὴν πονέοντι.

M. Bouvier nous dit avoir trouvé les mots révulsion et dérivation dans une foule de passages d'Hippocrate et de Galien ; dans quelques pages de cet auteur, le hasard — heureux hasard — les lui a fait rencontrer jusqu'à trente fois ! C'est qu'en effet les mots y sont, mais sans la doctrine. Mais, objecte M. Bouvier, Hippocrate connaissait les crises ; de là à les imiter il n'y a qu'un pas. Ce qui reste à déterminer — et c'est là l'essentiel — c'est de savoir si ce pas a été fait. Souvent, dit M. Bouvier, Hippocrate indique les révulsifs sans interpréter leur mode d'action. Et alors M. Bouvier l'interprète, lui. De sorte que ce n'est pas M. Bouvier qui suit la doctrine d'Hippocrate, mais Hippocrate la doctrine de M. Bouvier (rires). Ailleurs (ajoutait l'orateur), il est très explicite : Ainsi, dans les cas de règles trop abondantes, il conseille d'appliquer des ventouses sur les mamelles, pour produire, *dit Galien*, une révulsion de l'utérus vers le haut. Donc, Hippocrate est on ne peut plus explicite — par la bouche de Galien toutefois, de Galien, autre Bouvier des temps passés !

Cette doctrine galénique repose tout entière sur un livre d'Hippocrate (livre certainement, heureusement apocryphe) intitulé : *Des humeurs*, véritable sphinx créé pour mettre à la torture tous ceux qui tentent de deviner ses énigmes, livre qui peut rivaliser de clarté avec les centuries de Nostradamus. Dans cet opuscule, traduit par M. Littré, on lit ceci : « Dérivation sur la tête ou sur les côtés, là où les humeurs tendent le plus ; ou bien révulsion dans les affections du haut vers le bas, dans les affections du bas vers le haut. » C'est là tout. C'est à cela que se réduit la prétendue doctrine hippocratique sur la révulsion !

J'avais dit que Celse (M. Bouvier, pour des raisons qui m'échappent, place cet auteur après Galien), que Celse ne connaissait pas de doctrine de la révulsion. Suivant M. Bouvier, il l'a connue ; seulement, pour parler un latin plus cicéronien, il remplaçait le mot *revellere* par *evocare*. Que *revellere* soit moins cicéronien que *evocare*, c'est déjà là une petite découverte. Mais, si au lieu d'une phrase M. Bouvier avait médité la thérapeutique tout entière de Celse, il aurait vu quel était le véritable sens de ce mot *evocare*. « Tout remède, dit cet auteur, a pour but de retrancher ou d'ajouter, d'attirer ou de réprimer (*aut evocat aut reprimit*), de rafraîchir ou d'échauffer, d'affermir ou de relâcher. » Dans tout cela, il n'est pas le moins du monde question de *révulser*. Puisque M. Bouvier aime le grec, qu'il lise Oribase, il y verra établi, d'après Galien, cette classification des remèdes attractifs et répercussifs, περι των ελκτικων και αποκρουστικων, elctiques et apocroustiques. Les remèdes qui retranchent ce sont, pour Celse, la saignée, les ventouses, les purgatifs, les émétiques, les frictions, etc. ; les remèdes qui *évoquent*, « ceux qui érodent le corps et en extraient ce qu'il a de mauvais. » Quand il conseille d'établir, à l'aide de cautères, une suppuration au voisinage de la hanche malade, n'allez pas croire qu'il s'agisse pour lui de révulser ; il veut seulement y entretenir un *fonticule* pour faire écouler au dehors les matières peccantes, comme dirait Molière ; et cela est si vrai, qu'il conseille de laisser durer la suppuration jusqu'à ce que les matières soient toutes sorties et qu'il n'y en ait plus à tirer ! Avais-je raison de dire qu'il n'est pas question dans Celse d'une doctrine de la révulsion ! Si, cependant, il en parle ; — mais c'est pour la rejeter. Il critique les médecins qui, au lieu de saigner très près du mal, comme il en donne le conseil, saignent au contraire loin des parties affectées, croyant ainsi « détourner le cours de la matière, » *averti materiæ cursum*, croyance qui, suivant lui, n'est fondée sur rien. Il se perd lui-même dans toutes les propriétés distinctives qu'il attribue aux remèdes, et termine par les paroles suivantes, qui devraient servir d'épigraphe à quelque traité de thérapeutique d'aujourd'hui : « Les médecins semblent employer tous ces moyens bien plutôt d'après une idée qu'ils s'en forment que pour en avoir vérifié l'effet par l'expérience. »

Cette doctrine de la révulsion, vainement cherchée dans Hippocrate et dans Celse, la voici enfin qui arrive avec Galien. Et c'est le malheur de la médecine moderne de l'avoir adoptée, ou, pour mieux dire, d'en avoir conservé le langage tout en rejetant les idées qu'elle exprime ; ce qui fait que les mots jurent avec les choses qu'ils désignent. Sur quoi cette doctrine est-elle fondée ? Sur les deux lignes que j'ai citées tout à l'heure du livre des *Humeurs*, attribué à Hippocrate. Galien s'en empare, et Galien, homme de génie, grand observateur, mais aussi théoricien à outrance, et, au souffle de sa puissante imagination, ces quelques mots s'enflent, s'enflent jusqu'aux proportions d'une doctrine. En voici le résumé. Dériver, pour Galien, c'est évacuer près des parties malades ; révulser, c'est agir *non seulement loin* de la partie, mais encore dans des lieux opposés, — car la révulsion se fait vers les parties contraires, c'est-à-dire, suivant la longueur du corps, en haut et en bas ; selon la largeur, à droite et à gauche ; selon l'épaisseur, en avant et en arrière. Plus loin, il veut que ce soit en ligne directe κατ' ἴξιν. Ainsi, pour les douleurs à l'occiput, révulsez sur le front ; pour le front, sur l'occiput ; pour une épistaxis à droite, appliquez des ventouses à l'hypochondre droit, et *vice versâ* ; y a-t-il une fluxion à droite, révulsez à gauche, etc. Quant aux moyens révulsifs, les voici : saignées, ventouses, purgatifs, émétique, ligature des membres, topiques âcres. Pas un mot des exutoires, encore moins des exutoires à demeure. Galien semble avoir de la peine à s'orienter lui-même au milieu de toutes ces indications, et il se contredit : il saigne à droite pour les maladies du côté droit et réciproquement ; il saigne au bras pour les affections des parties supérieures, au pied pour les lésions inférieures ; les reins l'embarrassent un peu, et pour les maladies de cette région, qu'il déclare indécise, on peut, dit-il, saigner en haut ou en bas ! M. Daremberg, qui a sué pour tirer quelque lumière du rapprochement de ces divers passages de Galien, manifeste un profond découragement dans cette phrase par laquelle il termine ses disquisitions sur ce chapitre de Galien. Il dit : En résumé, et c'est là une fâcheuse conclusion, nos explications un peu longues n'ont pas suffi à dissiper toutes les obscurités qui planent *sur le sens même* et la définition des mots, et sur la doctrine que ces mots représentent. Watts déclare aussi que c'est une *doctrine inconséquente*. Quant à moi, je ne vois là ni des principes ni une doctrine de la révulsion ; j'y vois un rêve éclos une nuit dans la tête de Galien, et que la nuit suivante remplace par un autre. Et ainsi, de rêve en rêve, il va imaginant une théorie confuse, faite pour fatiguer les érudits qui y cherchent vainement une idée scientifique et ne saisissent qu'un nuage.

Oribase reproduit ces théories ou plutôt ces imaginations pures. On les retrouve aussi dans Paul d'Egine ; mais quel but se propose cet auteur ? Il veut empêcher la matière d'arriver aux organes malades ou, quand elle s'y est portée, l'évacuer au dehors. Quand il cautérise la peau du crâne, c'est pour couper les veines des tempes qui conduisent aux yeux la pituite, indication assurément bien différente de celle qu'on se propose aujourd'hui de remplir à l'aide des révulsifs.

Je le répète et j'insiste, on ne trouve rien dans l'antiquité qui mérite le nom d'une doctrine de la révulsion, rien que la folle et malsaine théorie de Galien, rien surtout qui ressemble à une doctrine des exutoires à demeure. J'ai demandé à M. Bouvier de quelle révulsion il voulait parler, et je renouvelle ma question : est-ce de la révulsion d'Hippocrate ? il est impossible de la définir. De la révulsion de Galien ? les érudits renoncent à la comprendre.

Au XVIe siècle, nous voyons les Arabes, grands adorateurs des Grecs, faire tous leurs efforts pour concilier les contradictions de la médecine

et la plus complète. » *(Archives gén. de méd.*, septembre 1855, p. 266.) Ce qui ne veut pas dire, ni pour M. Bretonneau ni pour moi, qu'il faille désespérer des malades dont l'affection est plus avancée et plus étendue.

(1) M. Bretonneau considère formellement la diphthérite comme une maladie virulente et vésicante. (*Ibid. passim.*)

(2) Traitée exclusivement par les sels de soude et de potasse — chlorate de potasse, bicarbonate de soude — en même temps que par d'autres moyens adjuvans, mais sans cautérisation, l'angine qui nous occupe a été plusieurs fois mortelle sous mes yeux.

(3) M. Bretonneau insiste particulièrement et très positivement sur l'utilité des alimens, ou au moins des boissons alimentaires. Ne devrait-on pas, lorsqu'on ne peut rien faire parvenir à l'estomac, employer les lavemens de vin, qu'on a préconisés dans ces derniers temps pour d'autres cas de maladie ? La médication tonique est ici indiquée.

antique. Les dissidens arrivent : Aubigné, dans la pleurésie, saignait du côté opposé du mal, et sa pratique est suivie par les Arabes. Brissot saigne du côté malade, c'est un *luthérien*. On essaie de mettre de l'ordre dans tous ces préceptes qui se combattent, et l'on distingue les saignées en révulsives, spoliatives, — grâce au vague des idées léguées par le monde grec et romain. (M. Bouvier a cité un passage de Pline, relatif aux usages de la moutarde ; les commérages d'un écrivain du grand monde sont un singulier argument en faveur d'une doctrine scientifique!) Ambroise Paré a peine à s'arranger de la classification des remèdes; les attractifs gênaient la doctrine régnante, aussi considère-t-il les exutoires, tantôt comme des attractifs, tantôt comme fonticules, et un peu comme révulsifs. La circulation du sang vient jeter le trouble dans toutes ces conceptions théoriques ; bientôt on oublie les principes de la révulsion... Barthez se charge de nous les rappeler, Barthez, homme de génie aussi (mais que je ne crois pas non plus sur parole), la grande illustration de l'Ecole de Montpellier. A Montpellier on nous a trouvé très faibles, c'est-à-dire, très ignorans et très oublieux, sans doute, des principes posés par Barthez. Parlons-en donc de ces principes. Ils sont au nombre de cinq... S'il est vrai que « ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, » cette vérité serait ici d'une application peu flatteuse. J'ai eu beau sonder ce mystère, il est resté impénétrable à mon intelligence.

Principe deuxième : « Pour les maladies chroniques *on doit généralement préférer les attractions et les évacuations dérivatives qui se font dans les parties voisines*. » Troisième : « Quelquefois il faut faire suivre les attractions et évacuations locales. » Cinquième : « Les remèdes qu'on emploie comme révulsifs et surtout comme dérivatifs ont d'*autant* plus d'efficacité *lorsqu'ils* sont appliqués à l'endroit des organes qui ont les sympathies les plus fortes et les plus constantes avec l'organe, *par rapport auquel* on veut opérer une révulsion ou une dérivation. Ainsi, il est généralement plus avantageux de placer les remèdes révulsifs ou dérivatifs dans la même moitié latérale droite ou gauche du corps où se trouve cet organe. »

A cause de la sympathie « on a reconnu, dit Barthez, *dans tous les temps* qu'une hémorrhagie critique du nez se fait plus avantageusement par la narine droite dans l'inflammation du foie, et par la gauche, dans les inflammations de la rate. » Voilà, Messieurs, ce qui a été reconnu de tous les temps ! Barthez parle des cautères « si utiles dans les ulcères du poumon et de la matrice ! » — Il préfère le cautère actuel aux caustiques, et la raison vaut la peine d'être rappelée : « Séparant avec beaucoup plus de violence l'escarre qu'il produit, il ne laisse point subsister entre les fibres ces tiraillemens imparfaits que cause l'action prolongée et successive des caustiques. » — « *Dans l'épilepsie et dans d'autres maladies de la tête produites par la sympathie de la matrice*, il n'est point de cautère plus utile que celui qu'on établit à une jambe où il dérive les humeurs de la matrice, et en produit la révulsion de la tête ! » — « Quant aux sétons, ils sont moins en usage pour remédier aux fluxions que pour dissiper la surabondance relative des humeurs qui engorgent habituellement tels ou tels organes. »

Après avoir lu de pareilles choses, sera-t-il possible de parler encore des principes de la révulsion ? Un tel nom convient-il à ces savantes billevesées ? Oh ! si les hommes de Montpellier appellent profond ce qui est creux, la profondeur de Barthez est difficile à surpasser. Et c'est là ce qui est accepté comme une doctrine par la moitié de la France médicale !

On reproche à l'Ecole de Paré de n'avoir pas cette doctrine ; reproche fondé, mérité aussi. Car de cette science, non, de ce roman ! l'Ecole de Paris a conservé le langage vide de sens pour elle. Je crains bien que cette affirmation ne blesse quelques-uns de mes collègues, qui, à force d'entendre répéter les mots, se persuadent qu'ils représentent nécessairement des idées ; je vais donc expliquer ma pensée. Non, vous n'avez pas de doctrine de la révulsion, car pour cela il vous manque, premièrement, une théorie qui rende compte du mode d'action des agens dits révulsifs ; secondement, un ensemble de préceptes pratiques qui en règlent l'emploi.

Sur ce point, je me félicite d'être d'accord avec M. Bouvier, qui cependant m'a appelé l'avocat d'un paradoxe. Paradoxe, grand mot, et qui souvent a retenti à mes oreilles depuis le début de ma carrière. Toute opinion nouvelle provoque de ces manifestations-là de la part de toutes les orthodoxies. Heureusement nous ne sommes plus au temps de Brissot l'hérétique, qui saignait κατ' ἰξιν. Oui, toutes les vérités, à leur entrée dans le monde, ont été saluées de ce nom de paradoxe. Examinons à notre tour l'orthodoxie de M. Bouvier, les principes sur lesquels il s'appuie. Voici ce qu'il *croit* à cet égard : « Il est vrai que les anciens faisaient intervenir les sucs et la pituite, aujourd'hui nous disons le sang et l'irritation. Peut-être un jour on rira aussi de notre explication. » Ah ! vous me conviez à une croyance, et vous prévoyez vous-même qu'on en rira un jour. Permettez-moi de prendre les devans. (Longue hilarité.)

La science est jeune, oui, très jeune. Les anciens sont des enfans, l'âge adulte, c'est notre ère moderne. Toute enfant, la médecine a eu pour instituteur Hippocrate (le vrai, non l'auteur du livre des *Humeurs*), mais les contes de vieilles ne lui ont pas manqué non plus ; plus tard, vint le tour des illusions et des rêveries de la jeunesse ; et ce n'est que d'hier peut-être que la science a revêtu la robe virile. Les anciens, c'est nous, dirai-je avec Pascal. C'est à nous de mettre l'observation à la place des fables traditionnelles, de faire la science grande et sérieuse, c'est à nous de purger les étables d'Augias !

Nulle part, excepté à Montpellier, nous ne trouvons ce qui, à tort ou à raison, peut s'appeler une doctrine de la révulsion. Reste l'expérience. Il est possible que, sans avoir assez de faits pour une doctrine, vous en possédiez un nombre suffisant pour vous sentir encouragé à appliquer des sétons, et d'ailleurs, en médecine, à défaut d'une certitude, la probabilité suffit. Eh bien, voyons ces faits; s'il en résulte que les sétons sont utiles, je les accepte. M. Bouvier revient ici encore escorté d'une foule d'autorités ; ce sont les Blancard, les Mauchart, tous les théologiens du séton ! Cela me rappelle ces paroles de Pascal : « Nous ferons venir tant de cordeliers que nous l'emporterons. » Blancard ! Mauchart ! est-ce que, ayant à vous argumenter, je suis allé fouiller dans tous les bas-fonds de la littérature médicale, — pour que vous m'opposiez de pareilles autorités. Il en était une qui à elle seule les vaut toutes, pour moi, et que j'aurais préféré vous entendre citer, c'est celle de M. Velpeau ! — Ambroise Paré n'aurait pas annoncé que le séton guérissait toujours, ainsi que je le lui avais reproché, mais seulement : l'expérience *quotidienne* montre, etc. Ainsi ce n'est pas *toujours* que j'aurais dû dire, mais *tous les jours* ! (Rires.)

M. Bouvier se montre bien sévère envers nous, et cependant nous l'avons écouté, sans l'interrompre, quand il a chanté un hymne à la louange du séton et qu'il disait : Fabrice d'Aquapendente eût été aveugle, sans le séton ; la fille de Fabrice de Milden eût perdu la vue, sans le séton ; — et cependant, quand il affirmait tout cela, M. Bouvier inventait un peu. (Rires.)

Je remarque en passant que M. Bouvier n'a pas rappelé ce jacobin auquel M. A. Séverin avait mis un séton au cou pour le guérir d'un polype du nez.

C'est à tort, selon lui, que je récuse les observations qui renferment des erreurs ; et il me demande quel est le recueil de faits où il n'y a pas de mauvaises observations. Ma réponse, la voici : dans un recueil, je laisse les observations erronées, — et d'abord celles qui sont en faveur du séton (Rires), — je n'attache d'importance qu'aux bonnes. Pour Fabrice de Hilden, je rappellerai que déjà Paré s'est moqué de cette fameuse pierre ostéocolle qui ressoudait si bien les extrémités des os fracturés.

Mais arrivons aux faits produits par M. Bouvier et par M. Bouley. C'est par ces derniers que je commence.

Je remarque, tout d'abord, que les vétérinaires pas plus que les médecins ne sont guidés dans l'application des sétons par des principes. M. Bouley nous l'a dit, ce sont les exigences des clients qui forcent à user si souvent de cet exutoire; c'est la théorie des petites fontaines qui les séduit.

Deuxièmement, j'observerai que le séton des vétérinaires qui a jusqu'à trois mètres de long, n'est pas applicable à l'homme. La surface s'y refuserait. (Rires.)

Je dirai, en troisième lieu, à M. Bouley, que je suis effrayé de ses succès. Oui, il me semble qu'il guérit trop. C'est qu'aussi il met des sétons partout. Si j'en appliquais un à chacun des quatre-vingts malades de mon service à l'hôpital St-Louis, j'enregistrerais, sans doute, et je mettrais sur le compte de ce moyen une foule de succès, lui attribuant le rétablissement de tous ceux qui guérissent, parce qu'ils ont un séton ou quoiqu'ils en aient un.

Je demandais à M. Renault qu'elle était l'origine du séton des vétérinaires. Il n'a pas su me le dire. Mais je suis convaincu qu'il vous vient de la médecine humaine, qu'il vous a été apporté par vos clients, si heureux de voir couler des flots d'humeur. Les faits exposés par M. Bouley sont bien favorables au séton ; mais qui sait ? Si nous pouvions, comme M. Bouvier, évoquer les morts, Fabrice de Hilden viendrait peut-être nous raconter, au sujet du séton appliqué à l'homme, des merveilles surprenantes, comme a fait M. Bouley à l'égard du séton dont on est si prodigue envers les chevaux — pauvres bêtes. (Rires.)

L'art d'observer commence seulement à se perfectionner, les préjugés, les erreurs accréditées y ont trop longtemps mis obstacle ; que la crédulité des Hilden ne soit pas sans enseignement pour nous. Je demanderai donc à M. Bouley, dans quels principes, ceux des clients étant mis de côté, il puise l'indication de ces sétons de trois mètres dont il nous a fait le récit ; dans quels cas ce moyen lui réussit, dans quels autres il échoue.

Je dois ajouter que M. Renault, dans une conversation que nous eûmes l'autre jour, m'a paru beaucoup moins enthousiaste que M. Bouley. En lui entendant dire qu'il est, sous ce rapport, revenu de ses illusions, j'ai salué une nouvelle aurore de la médecine vétérinaire, et j'engage ses collègues à conférer avec lui.

Quant aux observations de M. Bouvier, par lesquelles je terminerai, je ne suis pas entièrement à mon aise pour lui adresser certaines questions assez importantes cependant : Avait-on essayé d'autres moyens avant de se décider à appliquer un séton ? Ne s'est-on pas trop hâté de recourir à l'exutoire ? Le résultat obtenu était-il bien l'effet du séton ou l'effet du temps, de la suppression de topiques irritans ? Je laisse à d'autres le soin d'interroger les observations de M. Bouvier sur tous ces points.

La statistique de notre confrère se compose de sept cas; quatre enfans ont guéri ; chose curieuse ! les trois insuccès ont été observés précisément sur les malades qui, dans la séance du 9 octobre, paraissaient donner les plus belles espérances. Fatel qui « éprouvait une amélioration marquée, etc. » se trouve, le 30 octobre, dans le même état qu'au commencement du traitement.

Hélie, dont « les yeux étaient dans un meilleur état, chez qui l'injection de la conjonctive et la photophobie avaient beaucoup diminué, » a d'abord éprouvé une aggravation qu'on explique par un pansement douloureux, en somme, l'enfant n'est pas guéri.

Chez Leroy, antérieurement atteint de quatre ophthalmies purulentes, l'amélioration avait été prompte. — Il a contracté, pendant qu'il portait un séton, une nouvelle ophthalmie purulente ; des cautérisations avec le nitrate d'argent ont ramené l'inflammation à l'état chronique !

Voici les guérisons : *Marie Cornu*, entrée le 27 septembre ; le séton est appliqué le 2 octobre ; — c'était un peu pressé.

Jules Laribe, presque aveugle au moment de son admission, n'a plus qu'une teinte opaline des cornées, et la vue est excellente. Excellente ! avec une teinte opaline des deux cornées !

Campin, staphylôme récent de l'œil droit ; — à la place du staphylôme, une légère tache sans saillie. Voilà un succès incroyable ou peu croyable.

Champonnois. Il y a quatre ans, ophthalmie violente, combattue par un séton à la nuque, qu'elle a gardé *trois ans* (avis à M. Velpeau, qui est partisan du gros séton), *parce que l'inflammation se reproduisait sans cesse, tantôt dans un œil, tantôt dans l'autre*. En avril, nouvelle récidive ; en juin, nouveau séton, cette fois *sans obtenir d'amélioration*. On le supprime en juillet ; en septembre, troisième séton, qui a guéri en trois semaines, lui petit séton, une ophthalmie rebelle pendant des années aux volumineux sétons ordinaires !

M. Bouvier, ferme comme l'homme juste d'Horace, prophétise au séton la pérennité de Racine et du café. Il est vrai qu'il n'est pas de bornes à la crédulité humaine, et que le séton pourra subsister encore longtemps; j'en aurais regret pour les malades ! Cependant, j'espère mieux de l'avenir, et j'en ai pour premier garant une concession faite par M. Bouvier lui-même aux idées que je défends. Il nous a dit qu'il rejetait le moxa comme inutile dans les affections des os et des articulations. Un esprit aussi judicieux que M. Bouvier ne s'arrêtera probablement pas là, et, après le moxa nous le verrons rejeter également le séton.

Je constate avec plaisir que les partisans des exutoires à demeure diminuent de plus en plus parmi les médecins. M. Jolly, dans un article sur la scrofule, dit que bien des fois, les cautères lui ont semblé occasionner cette maladie, mais non la guérir. A la Faculté, on discutait il y a quelques jours le sujet d'un mémoire pour le prix Corvisart. Je proposai le séton. « Et où voulez-vous qu'on étudie cela ? me fut-il objecté. Est-ce dans votre service ? » Oh non. Mes collègues firent des réponses analogues à la mienne. Un seul me confia qu'il en appliquait quelquefois, mais il me défendit de le nommer ici, me menaçant de me démentir (longue hilarité). Pour ne pas m'y exposer, je tairai donc son nom. Ce n'est pas, dit-il, que j'y croie beaucoup, mais c'est un moyen qui agit sur l'imagination des malades ; il produit un effet moral (rires).

Messieurs, je ne crois pas la question épuisée par ce que je viens de dire ; je sais que cela ne suffira pas pour condamner le séton. Les discussions académiques ne produisent pas d'ordinaire des résultats immédiats ; c'est déjà beaucoup de pouvoir cribler les idées, et du haut de cette tribune de jeter la semence qui germera, soyons-en sûrs. Nous nous reverrons au temps de la moisson. Comme M. Bouvier, je m'adresse pour obtenir de nouvelles lumières aux membres de l'Académie ; mais par delà l'Académie, je vois une génération nouvelle et je lui dis aussi : Cherchez ; ne croyez jamais sur parole, pas plus M. Bouvier que M. Malgaigne ; regardez, pensez par vous-mêmes ; n'ajoutez foi qu'à l'expérience ; allez dans le service de M. Bouvier, et voyez ce qu'il obtient du séton ; mais, sachez-le, ce même M. Bouvier ne sait en ce moment ni pourquoi, ni quand, ni comment il faut se servir de ce moyen, et ce qui le prouve, c'est qu'il fait appel à moi pour le lui dire, — appel, certes, désespéré !

La séance de rentrée de la Faculté, qui devait avoir lieu le 15, est renvoyée à lundi, 19 novembre, à une heure.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 137. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 17 Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois......... 17
3 Mois......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT, Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PATHOLOGIE.

DE L'ATROPHIE UNILATÉRALE DU CERVELET (1) ;

Par Édouard TURNER, interne des hôpitaux.

IV.

Sans vouloir faire ici la description détaillée des désordres anatomiques qui caractérisent l'atrophie unilatérale du cervelet, nous devons cependant insister sur les points les plus importans de cette étude.

Tantôt cette atrophie est tellement manifeste et produit entre les deux lobes cérébelleux une telle asymétrie, qu'elle ne peut se dissimuler même à l'observateur le moins attentif. La moitié du cervelet qui en est atteinte, présente une diminution de tous ses diamètres à la fois, à la différence de l'hémisphère cérébral qui peut n'avoir subi d'altération que dans des points isolés. Ce décroissement uniforme de l'un des lobes cérébelleux suffirait pour faire prévoir qu'ici l'atrophie ne s'est pas produite primitivement comme conséquence d'une lésion propre à la pulpe cérébelleuse, mais qu'au contraire elle est le résultat de l'altération éprouvée par le cerveau, qu'elle en est une dépendance, un effet.

Lorsque l'atrophie est portée à un très haut degré, il en résulte une déformation des plus curieuses de la cavité crânienne. Sous ce rapport, deux cas peuvent être observés : Ou bien la lésion encéphalique date d'une période de la vie où la boîte osseuse était encore susceptible de se modeler sur son contenu, et alors il se produit un aplatissement qui est en rapport avec le lobe cérébral atrophié (la fosse occipitale inférieure est située trop profondément pour que son aplatissement, s'il existe, soit appréciable à l'extérieur). Ou bien l'altération de l'encéphale a eu lieu à un moment où les os du crâne avaient déjà acquis toute leur rigidité; alors aucune dépression à la surface; mais, examinant les os par leur côté interne, on constate une augmentation considérable de leur substance dans les points qui correspondent aux portions affaissées de la masse encéphalique; on dirait que, ne pouvant s'infléchir, le crâne s'épaissit pour combler le vide laissé par les organes atrophiés et pour venir à leur rencontre.

En même temps qu'il subit une diminution marquée de son volume, le lobe cérébelleux, altéré, offre encore et constamment, quoique à des degrés divers, une augmentation notable de sa consistance, autre indice d'une modification du travail nutritif. Cette *induration* est quelquefois assez prononcée pour faire croire, par contraste, à un ramollissement du lobe cérébelleux sain; ajoutons qu'elle peut être assez marquée sans que la diminution de volume soit très frappante; et nous comprendrons sans peine qu'un observateur, non prévenu des relations pathologiques dont nous nous occupons, puisse, de très bonne foi, donner de l'état anatomique des parties une interprétation erronée. C'est ce qui nous semble être arrivé dans le fait de M. Triandière (*Clinique*, t. III, n° 68) : « Le cervelet, dit cet auteur, paraissait sain, cependant son lobe droit était *un peu ramolli*. » Nous croyons qu'il eût été plus exact de dire : le lobe gauche du cervelet était *un peu induré*. Cette atrophie commençante, liée à celle de l'hémisphère droit, fait rentrer cette observation dans la règle énoncée plus haut.

Il est des cas où l'atrophie unilatérale du cervelet est assez légère pour qu'elle puisse échapper à celui qui n'a pas la pensée d'en rechercher l'existence. Ainsi, dans la première observation d'atrophie cérébrale que nous avons recueillie (celle de la nommée Fillain), le cervelet est indiqué comme parfaitement normal. Plus nous réfléchissons à l'ancienneté et à l'étendue de la destruction du cerveau qui existait chez notre malade, plus nous opposons ce fait, en apparence négatif, aux faits positifs si nombreux que depuis nous avons appris à connaître, et plus nous sommes porté à croire cette observation incomplète. De même, nous regardons comme suspects ou du moins comme entachés de doute tous les faits d'atrophie considérable du cerveau publiés par les auteurs où l'on dit avoir constaté l'intégrité complète du cervelet (Lallemand, *Lettre* 8me). Ce qui nous confirme dans cette pensée, c'est qu'il n'y est même pas fait mention de l'atrophie de la moelle allongée; or, dans les cas de destruction étendue du cerveau, cette dernière partie est presque toujours atrophiée.

V.

Quand on recherche les causes qui, jusqu'à présent, ont obscurci la question de la solidarité entre les hémisphères opposés du cerveau et du cervelet, ou qui en ont retardé la solution, on trouve d'abord la rareté, relativement assez grande, des exemples d'atrophie unilatérale du cerveau. Mais d'autres raisons encore ont contribué à ces résultats. Ce sont, premièrement, les faits négatifs; en second lieu, les faits contradictoires.

Les premiers sont ceux où les auteurs disent avoir constaté l'état normal du cervelet en même temps qu'une atrophie de l'un des lobes cérébraux. En parlant tout à l'heure des observations incomplètes, nous avons déjà dit qu'il nous semblait difficile d'accepter sans réserve cette absence de lésions cérébelleuses comme un fait réel et démontré. Nous le répétons ici. Cependant nous devons ajouter que, probablement, toute destruction cérébrale n'entraîne pas constamment, nécessairement l'atrophie du lobe opposé du cervelet; que, par exemple, la date ancienne ou récente de la maladie pourrait jouer un certain rôle dans la production de cette atrophie consécutive; on peut supposer que, dans certains cas, si elle manque, c'est qu'elle n'a pas encore eu le temps de se manifester.

Est-ce de cette manière qu'il nous faut expliquer l'absence de l'atrophie cérébelleuse dans un cas de destruction cérébrale rapporté par M. Beau (*Bulletin de la Société anatomique*, année 1833, p. 183-192)? Nous remarquons qu'il n'y est fait mention ni du cervelet ni même de la moelle allongée. Peut-être — que notre cher et savant maître nous pardonne d'épiloguer sur son observation — peut-être faut-il tenir compte aussi de cette circonstance que l'encéphale n'a pas été examiné aussitôt après avoir été extrait du crâne, et qu'il est resté pendant plusieurs jours plongé dans l'alcool; l'action de ce liquide, la pression du vase pourraient avoir déformé les parties, et, à supposer que l'altération fût légère, c'en était assez pour empêcher une appréciation rigoureuse des désordres anatomiques. M. Beau nous apprend en outre que, pour examiner la moitié atrophiée de l'encéphale, il a fait *une section qui passait par le pédoncule cérébral*. Le cervelet et la moelle allongée n'auraient-ils pas été abandonnés après un examen trop rapide?

Nous avons parlé aussi de faits qui semblent *contradictoires*. Cependant il n'en existe qu'un à notre connaissance, c'est celui d'une idiote de 5 ans, chez laquelle M. Maréchal, interne de Guersant, a constaté l'absence du lobe moyen *gauche* du cerveau et une communication du ventricule latéral avec la cavité de l'arachnoïde extérieure; le cervelet était déformé et

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Feuilleton.

QUELQUES LETTRES INÉDITES DE BROUSSAIS.

III.

Dans le *post scriptum* de cette lettre, signée d'un juron que je ne peux reproduire, Broussais revient encore sur l'impression qu'il a reçue du peuple espagnol, si héroïque cependant dans la défense de sa patrie et de ses institutions :

« Je commençais à me faire comprendre en espagnol, lors de mon arrivée, dit-il, mais je ne peux plus me résoudre à étudier la langue d'une horde d'assassins, de fanatiques. Quand je veux lire, il me semble les entendre m'adresser la parole, et je ferme mon livre avec horreur. »

Suivent quelques recommandations pour que Girardot lui *franchisse* (*sic*) ses lettres ou les lui envoie sous un couvert qui lui permette de les recevoir gratis. Puis il ajoute :

« J'espère, mon cher Gérard, que vous me rendrez encore un service, c'est de me désigner les endroits faibles et la nature des défauts (de son *Histoire des phlegmasies chroniques*). Peut-être me sont-ils échappés; cependant je crois connaître en quoi la plupart consistent, et je me propose bien d'y remédier si.... Je voyais bien ce qu'il y avait à faire, mais la fatigue cérébrale, mais la nécessité d'aller vite (car mon temps était limité), mais certains chagrins domestiques (dont la source était extérieure cependant) en sont la cause; j'étais forcé de composer bon gré malgré, bien ou mal disposé, et continuellement exposé à des distractions continuelles. Savez-vous que je n'avais qu'une faible esquisse de mon ouvrage en arrivant à Paris, et que j'ai composé tout le premier volume à la tâche, en suivant la célérité de l'impression? Une feuille était à peine écrite que je la livrais à l'imprimeur. Il fallait en même temps composer, corriger la copie (quand on avait le temps d'en faire) et corriger les épreuves. Ma femme a écrit presque tout l'ouvrage. Ajoutez à cela que je donnais à mon fils des leçons de latin, et qu'il est en sixième. Il savait à peine lire quand j'arrivai ; jugez si j'ai tenaillé ma pauvre caboche. »

Ce curieux détail ne sera pas perdu, sans doute, pour les biographes futurs de Broussais. Il a été écrit quelque part, je ne sais plus où, que la publication de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* fut loin d'être pour son auteur une source de fortune. Acheté à vil prix par le libraire Gabon, cet ouvrage, dans ses premières éditions, donna de gros bénéfices à l'éditeur, sans améliorer sensiblement la position de Broussais. On en jugera par la lettre suivante, écrite plus de deux ans après la précédente. Broussais y peint d'une manière navrante l'état de détresse et de découragement dans lequel il se trouvait alors :

« Xérès, 11 may 1811.

« Quand vous recevrez celle-ci, mon cher Gérard, vous aurez déjà vu par ma précédente que j'ai pensé à vous. Je vois que vous n'avez point reçu une longue et large lettre que je vous ai écrite de Xérès l'an passé, et dont j'attendais toujours la réponse. J'en suis bien fâché, car je vous disais beaucoup de choses fort importantes dont je ne me souviens plus. Je suis ravi de vous savoir à Paris, mais vous y arrivez pour être témoin de l'affliction de ma famille que le retard des paiemens m'empêche de secourir. J'en suis désespéré. Mes enfans ! mes enfans ! Le temps si précieux de leur jeunesse se perd sans retour, et je suis réduit à en gémir. J'ai longtemps supporté mes malheurs avec courage; mais ma patience est à bout. La disposition à la mélancolie qui, comme vous savez, fait des progrès avec l'âge, a pris le dessus dans mon caractère. Je n'ai plus cette brillante perspective de l'avenir qui m'avait joué durant tant d'années. La quarantaine approche ; le temps du repos devrait au moins approcher. Je ne l'entrevois même pas dans l'avenir le plus éloigné. Où trouver des amis assez puissans, assez dévoués pour mettre en œuvre tous les moyens de me rapprocher de ce qui m'est cher? Je n'y compte point; je me verrai réduit à vieillir dans les armées. Moi qui avais tant d'ardeur pour l'avancement de la médecine ! Moi qui croyais pouvoir y concourir avec quelque avantage, je me verrai froid et inutile spectateur des travaux des autres. Car que faire dans un pays barbare, sans livres, sans converser avec les hommes instruits, sans être électrisé par l'émulation, que voulez-vous que je fasse? Comment puis-je travailler, quand j'ai toujours devant les yeux les souffrances d'une épouse adorée dont j'ai empoisonné l'existence, et quand je vois végéter sans culture des enfans qui avaient droit à un meilleur sort? Hélas ! mon cher ami, vous voulez que je vous parle médecine, tenez, je n'y suis guère disposé. Vous me pardonnerez facilement en considération de ma position. . .

. . . .

Il ne peut y avoir de situation plus triste que la mienne. Je serais presque tenté de vous supplier de détourner les yeux de ma misère et de m'oublier jusqu'à ce que mon sort soit un peu corrigé ; car je crois qu'il est contagieux, et qu'il y a du danger pour ceux qui m'approchent de trop près. »

Cette lettre si triste indique néanmoins que Broussais avait conscience de sa valeur et de sa force; ces amères récriminations sur le présent, ces aspirations ardentes vers l'avenir, ces profonds regrets de ne pouvoir actuellement mettre en œuvre les idées qui bouillonnent dans son intelligence, ces explosions soudaines et répétées de la doctrine que nous avons vues dans ces lettres, dès 1805, tout cela démontre irrésistiblement que cette doctrine fut longtemps méditée par Broussais et qu'il ne lui donna plus tard une forme violente et aggressive qu'en raison de l'indifférence et des résistances qu'elle rencontra. A cette époque de sa vie, Broussais ignorait si bien l'impression qu'avait faite dans la science son *Histoire des phlegmasies chroniques*, qu'il ajoutait dans cette lettre à son ami Girardot : « à présent que vous voilà à Paris, vous pourrez me dire quel rang a pris mon ouvrage parmi les productions modernes. »

Ici se termine la communication qui m'a été faite de ces quelques lettres de Broussais. Si j'en crois les rapports qui me sont faits, je ne me suis pas trompé en pensant que cette publication offrirait de l'intérêt à nos lecteurs. Malgré l'énorme abus qui a été fait dans ces derniers temps de ce genre de littérature, l'autobiographie, quand elle est sincère,

son hémisphère *gauche* atrophié (*Anat. path.* de M. Cruveilhier, 5me livraison, 3me observ., planche v). Mais s'agit-il ici d'une atrophie consécutive du cervelet? La diminution extraordinaire du lobe gauche de cet organe (il avait à peine la moitié du volume normal, ce qui n'arrive guère dans l'atrophie consécutive), la déformation que l'on y constate, la marche de l'affection, tout fait présumer qu'on a affaire à une inflammation ayant frappé simultanément toute la moitié gauche des organes intra-crâniens. Nous remarquons avec plaisir que telle était aussi l'opinion de Lallemand. On demandera peut-être si, chez cette malade, le lobe droit du cervelet était atrophié en même temps, puisque l'hémisphère cérébral gauche présentait une destruction si notable. L'observation répond par la négative. Il reste donc à déterminer si le cas de M. Maréchal doit être placé parmi les faits négatifs ou parmi les faits incomplets. Il nous suffit d'avoir établi qu'il n'est pas contradictoire.

VI.

Quelle est la condition anatomique qui rend compte des étroites connexions si clairement indiquées par les relations morbides entre le cerveau et le cervelet? La structure de l'encéphale nous montre-t-elle des fibres qui relient entre eux ces deux organes? Jusqu'à ce jour, les anatomistes n'en ont pas découvert; et cependant l'existence de ces faisceaux connectifs cérébro-cérébelleux est pour nous aussi réelle, aussi manifeste que si le scalpel les avait isolés.

En examinant la composition du pédoncule cérébral, on voit que trois couches ou étages de fibres concourent à sa formation. Les inférieures, après avoir franchi le pont de Varole, vont constituer la pyramide antérieure du même côté et se continuer avec la moitié opposé de la moelle épinière. Nous avons déjà dit, et nous nous proposons d'y revenir ailleurs, que cette pyramide et cette moitié de la moelle, comme les fibres pédonculaires dont elles sont l'émanation, s'atrophient consécutivement aux destructions unilatérales du cerveau.

Les fibres de l'étage supérieur du pédoncule cérébral se continuent avec les pédoncules supérieurs du cervelet (*processus cerebelli ad testes*); ceux-ci sont parfaitement sains dans les cas qui nous occupent.

Ce n'est donc ni dans les fibres de l'étage supérieur, ni dans celles de l'état inférieur que nous trouvons le secret de la solidarité qui existe entre les lobes opposés du cerveau et du cervelet; c'est dans les faisceaux de l'étage moyen du pédoncule. Or, ces fibres moyennes, après s'être entre-croisées de droite à gauche, à la partie supérieure de la protubérance, vont se continuer avec les faisceaux latéraux du côté opposé du bulbe. Au dire des anatomistes, elles s'y consument toutes; mais l'induction porte à penser qu'une partie de ces fibres va se rendre aussi au lobe latéral du cervelet.

C'est ce que mon savant ami, M. le docteur Charcot, croit avoir directement constaté. Une pareille dissection offre des difficultés presque insurmontables quand il s'agit d'un cerveau sain; mais, dans ces cas d'atrophie latérale, grâce à la disparition ou à la diminution des faisceaux de droite, on prévoit que celles de gauche n'étant plus compliquées par leur décussation avec les précédentes pourront plus facilement être suivies dans tout leur parcours entre les lobes restés sains du cerveau et du cervelet. En examinant l'encéphale de la nommée Houel, M. Charcot a vu, dans l'étage moyen du pédoncule sain, des faisceaux de fibres venues de l'hémisphère correspondant se diviser en deux portions, l'une pour la moelle, l'autre pour le cervelet. Cette disposition anatomique expliquerait merveilleusement les relations que l'étude de l'atrophie cérébelleuse consécutive nous a indiquées.

La décussation des faisceaux de l'étage moyen des pédoncules est prouvée aussi, pour le dire en passant, par le fait de la paralysie faciale siégeant toujours du même côté que l'hémiplégie. Or, le nerf de la septième paire nous semble émerger précisément dans l'intervalle des deux portions médullaire et cérébelleuse en lesquelles se divisent les fibres de cet étage moyen.

VII.

Si nous jetons un coup d'œil sur la pathologie du cervelet, en dehors de l'atrophie consécutive qui nous a exclusivement occupé jusqu'ici, une première remarque qui s'offre à notre esprit est la suivante : quand les lésions du cervelet coïncident avec d'autres siégeant dans le cerveau, c'est le plus souvent dans l'hémisphère opposé au lobe cérébral qu'elles se rencontrent. Ainsi, sur huit cas d'hémorrhagie double du cervelet et du cerveau, M. Andral (*Clinique*, t. v) note que sept fois elle occupait les lobes opposés de ces deux portions de l'encéphale. Sept sur huit! n'est-ce pas là un fait significatif? et peut-on se refuser à y voir une nouvelle confirmation de la règle posée par nous pour l'atrophie cérébelleuse? De même M. Lenoir (*Soc. anat.*, t. iv, p. 118) rapporte un exemple d'une maladie qu'il qualifie de gangrène de l'encéphale et qui occupait le lobe cérébral droit et cérébelleux gauche.

Nous avons déjà dit que l'hémiplégie chez les sujets atteints d'atrophie cérébelleuse (et cérébrale) était du côté du lobe cérébelleux malade. Faudrait-il en conclure que l'influence du cervelet sur le mouvement est *directe*? On admet généralement avec M. Andral qu'elle est, au contraire, croisée; du moins cet auteur établit que si un foyer sanguin existe dans un lobe cérébelleux, la paralysie des membres est *croisée*; que si deux foyers se produisent, l'un dans un lobe cérébelleux, l'autre dans le lobe cérébral du côté opposé, la lésion du mouvement est ce qu'elle serait dans le cas d'une hémorrhagie simple du cerveau, anomalie que M. Andral considère comme inexplicable. Il suppose cependant qu'on pourrait s'en rendre compte par la *prédominance* de l'influence cérébrale... Ne serait-il pas permis de dire que, dans les deux cas, ce n'est pas l'influence propre du cervelet qui détermine la paralysie; mais que si un foyer isolé dans cet organe s'accompagne d'une hémiplégie croisée, celle-ci se rattache à une action exercée par un épanchement cérébelleux considérable sur les parties voisines de la moelle allongée? Je dis considérable, parce que dans les trois faits cités par M. Andral d'apoplexie cérébelleuse isolée, nous voyons le foyer avoir les dimensions d'un œuf de poule (obs. I), transformer le lobe cérébelleux en une poche remplie de sang noir (obs. II), produire une déchirure de ce lobe et le sang s'épancher dans la fosse occipitale inférieure (obs. III)!

Nous avons extrait ce mémoire d'un travail plus étendu sur l'atrophie encéphalique unilatérale, où nous étudions toutes les particularités de cette curieuse altération, et les faits nombreux d'anatomie et de physiologie qu'elle dévoile. Notre intention est de publier prochainement ce qui, dans ces recherches, est relatif à la moelle allongée et à la moelle épinière.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les nos des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20, 27 Septembre, 4, 11, 20, 27 Octobre et 8 Novembre.)

Treizième Leçon (suite).

La question de la réduction est encore moins facile à trancher dans les luxations congénitales. Il y a un peu plus de 150 ans, Verduc le fils imprima la phrase que voici : « Avant que de faire des extensions, examinez bien quelle est la nature de la luxation, car si c'est une personne boiteuse dès la naissance, vos extensions ne serviront de rien qu'à faire voir votre ignorance. » Cette assertion est-elle l'expression de la vérité, ou bien devons-nous réformer aujourd'hui le jugement de Verduc? C'est là une grave question, fort débattue depuis quelques années et non encore résolue pour le plus grand nombre des médecins. Il faut d'abord convenir que Verduc ne parlait pas en parfaite connaissance de cause : à l'exception du fait de Kerkring qu'il cite, et qui n'est pas un cas de pseudarthrose véritable, il ne connaissait aucun exemple de dissection des parties dans la luxation congénitale du fémur. On est plus avancé de nos jours : cependant nous avons vu que l'anatomie pathologique des pseudarthroses laisse encore à désirer sous ce rapport. En effet, l'anatomie pathologique montre bien de grands obstacles à la réduction du déplacement, obstacles qui résident dans la disposition de la capsule articulaire et de la cavité cotyloïde; mais elle ne nous a pas encore appris jusqu'à quel point ces obstacles sont constans, soit par rapport à l'âge des sujets, soit par rapport aux variétés individuelles de ce vice de conformation.

On a vu qu'en général la capsule est appliquée contre les os, de manière à assurer la fixité de leurs nouveaux rapports, au moins dans certains cas. On a vu, d'une autre part, que, le plus souvent, le cotyle est déformé, effacé en partie, de manière à ne pouvoir plus loger la tête osseuse. Quelques auteurs ont avancé, il est vrai, que cette tête, étant réduite en proportion, pouvait ordinairement être reçue dans la cavité articulaire; c'est une erreur qui repose sur des observations partielles. Nous avons vu, en effet, que dans un très petit nombre de cas seulement, et presque toujours chez des sujets très jeunes, les dimensions de la tête du cotyle sont restées en relation de volume. Il faut également admettre que, dans quelques cas très rares de pseudarthrose, la capsule n'est pas resserrée au point d'empêcher le retour de la tête du fémur dans la cavité de l'ilium. Je ne range pas parmi ces faits celui de M. Sédillot ni celui qui m'est propre, et dans lesquels on ne replaçait le fémur sur le cotyle qu'en donnant au membre une position forcée, et même impossible pendant la vie.

Que conclure de tout cela? C'est que, d'après les recherches anatomiques faites jusqu'ici, ce sera un grand hasard si l'on tombe sur un cas où la capsule ne constitue pas un obstacle considérable à la réduction, où l'oblitération partielle du cotyle ne soit pas un autre empêchement non moins grave à la reconstitution de l'articulation normale.

Voilà les renseignemens qui nous sont fournis par l'anatomie pathologique. Voyons ce que nous apprend l'observation des sujets vivans. Je vais faire repasser sous vos yeux quelques-uns des enfans qui vous ont été présentés dans la précédente séance.

---

quand elle est accidentellement connue et qu'elle concerne des personnages véritablement illustres, conserve encore tout son charme. Broussais, écrivant les lettres que l'on vient de lire en vue de la publicité, n'aurait été qu'un comédien sentimental et dogmatique. Échappées du secret où elles devaient périr et de l'intimité qui les reçut, ces confidences intéressent et émeuvent. J'ai été d'ailleurs d'autant plus encouragé à livrer ces lettres à la publicité, qu'elles ne renferment pas une idée ou un sentiment qui ne soit honorable pour la mémoire de Broussais. On se sent disposé, ce me semble, à aimer cet époux attendri sur le sort de sa compagne, ce père si vivement inquiet sur l'avenir de ses enfans. Pour les natures vigoureusement et moralement trempées, le malheur épure le cœur et fortifie l'esprit. L'exemple de Broussais justifie cette pensée. Fort heureusement pour sa gloire, il vaincra « ce penchant à la mélancolie » dont il parle, et dont on n'aurait plus soupçonné l'existence quelques années plus tard, dans ses fougueuses leçons de la rue des Grès, ou dans sa polémique ardente de l'*Examen*. Ah! si j'osais, comme je dirais, à ce propos, que nous sommes devenus douillets, sybarites et bégueules, qu'on me passe le mot, à l'endroit de la polémique. Si, pauvres journalistes que nous sommes, critiques à l'eau de guimauve, nous allions prendre nos exemples dans le temps où la doctrine physiologique, vaillamment défendue sous l'œil et l'inspiration du maître par Boisseau, Jourdan, M. Roche et les autres, était non moins vaillamment attaquée par Rouzet, Miquel, Amédée Dupau, M. Bousquet et tant d'autres; si, dis-je, nous faisions aujourd'hui de la polémique médicale comme on la faisait alors, *bone deus!* quels cris de haro sur nous!... Encore si ce changement dans les mœurs de la presse traduisait un adoucissement des mœurs médicales et une amélioration dans les relations confraternelles! Mais hélas! nous savons tous qu'il n'en est rien.

Il n'est pas une ligne de ces lettres qui ne pût être l'objet de commentaires. J'en ai été aussi avare que possible et j'ai même à m'excuser d'avoir osé intercaler quelques réflexions dans cette prose si ferme, dans ce style si vif et si accentué de Broussais. Mais je me rassure en pensant que devant une toile du Titien, de Rembrandt ou de Van Dyck, personne ne songe aux imperfections de la bordure.

Amédée Latour.

A l'occasion de la publication de ces lettres, j'ai reçu la communication suivante de M. le docteur Vial, médecin à St-Étienne. C'est encore du Broussais, mais sous une forme que nous connaissions peu : Broussais modérant l'ardeur d'un néophyte et le rappelant au grand et éternel principe de la *tolérance* organique.

« Monsieur le rédacteur,

» Dans l'espérance de vous être agréable et d'ajouter aux matériaux de votre intéressant feuilleton sur Broussais, je prends la liberté de vous transmettre la copie d'une lettre qu'il adressait, il y a déjà plus de trente ans, à un de ses disciples trop enthousiaste sans doute, et doué de toute la bonne foi du jeune âge.

« J'ai à vous gronder, mon cher, d'entreprendre, dans vos débuts, » des cures aussi difficiles. Ne vous chargez pas trop des iniquités des » autres. Loin de savoir gré au dernier venu de la prolongation de la » courroie, on lui attribue le dénoûment. . . . . . Hélas! oui, elles » sont grandes les difficultés à vaincre dans les gastrites chroni- » ques! La diète, les saignées enlèvent des forces. C'est un sacri- » fice que l'on oblige le malade à faire pour rappeler la santé; » mais cela suppose qu'il a encore des organes en état de lui rendre » avec usure ce qu'il aura perdu. S'il en était autrement, on devrait » s'abstenir de tout moyen capable de diminuer la somme des forces. » Je suis très loin de partager la confiance de ceux qui pensent qu'on » peut faire rétrograder les altérations organiques, et mon avis est » qu'aussitôt qu'on a lieu de les soupçonner, il faut devenir avare du » sang des malades. Mais comment soulager? Par l'opium et le choix » des alimens que l'estomac préfère. Mais comment deviner la désor- » ganisation? Par l'inutilité des moyens, par la facilité des rechutes et » l'altération des forces, enfin par la difficulté à réparer ces dernières. » Dès qu'on a ces données, il faut s'abstenir. La révulsion ne réussit » presque jamais chez les personnes trop sensibles, parce que toutes les » douleurs vont à l'épigastre. Au surplus, patience et courage, tout » n'est pas rose dans notre état. . . . . Adieu, mon cher, je travaille à » l'Examen, et ne puis être long. B. »

» La sagesse de ces principes peut-elle être mise en doute? La réaction, très légitime sans contredit, que les doctrines de Broussais ont suscitée n'a-t-elle pas été exagérée par la passion? Que de gens aujourd'hui nient l'existence des inflammations gastro-intestinales. Dans certain monde même, le mépris des opinions de l'illustre auteur des Phlegmasies chroniques passe pour un brevet de science et de capacité, comme naguère la blouse semblait être l'unique enseigne du patriotisme. Les fauteurs de la doctrine physiologique rappelaient peut-être trop le héros de l'auteur de Gil Blas; mais à leur tour, les médecins de Molière ne voient-ils pas renaître leurs beaux jours? Les systèmes en médecine, comme la bourse, ont leurs mouvemens de hausse et de baisse. Aussi l'homme sage a-t-il le soin de se prémunir contre les réactions trop vives et dangereuses; convaincu, avec Leibnitz, que tout système contient une part de vérité, il s'efforce de la saisir et d'en faire une heureuse application.

Dr Vial. »

Mardi, 7 Novembre 1855.

J'ai annoncé aussi une lettre de M. le docteur François Broussais, le seul fils survivant de l'illustre réformateur. La voici :

Paris, le 7 Novembre 1855.

« Très honoré confrère,

» Je viens d'être vivement ému par la lecture des lettres de mon père, que publie l'Union Médicale, dans son numéro 131 (3 novembre 1855). Cette riche et puissante organisation, écrivez-vous, était complète, et le cœur valait l'intelligence. Merci, oh! mille fois merci de ce digne hommage, qui fera naître quelque glorieux rêve du passé parmi les disciples du professeur du Val-de-Grâce.

» Je vous sais un gré infini, cher confrère, de proclamer le respect dû à ces confidences qui jettent l'âme sans voile sous les yeux de la sainte amitié. Elles sont des mystères, ces confidences; elles n'appar-

Dupuytren a dit, et en cela consiste sa deuxième erreur que je vous ai déjà indiquée, que lorsque le sujet affecté de pseudarthrose est couché, pour peu qu'on tire sur le membre luxé, on ramène la tête du fémur au même niveau que la tête du côté opposé; on peut ainsi, dit-il, lui faire parcourir sur l'ilium un espace de un, deux ou trois pouces; longtemps on a cru Dupuytren sur parole. Il ajoute qu'en refoulant la cuisse de bas en haut on fait parcourir à la tête fémorale un trajet inverse, parallèlement à l'axe du corps. On est revenu aujourd'hui de cette erreur que je crois avoir été un des premiers à signaler.

Voici un premier sujet chez lequel la différence de longueur des deux membres abdominaux est considérable. Si j'exerce une forte traction sur le membre luxé, le trochanter s'abaisse à la vérité, mais en même temps le bassin est entraîné, en sorte que ses rapports avec le sommet du fémur n'ont pas changé. C'est là ce qui a trompé le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu et lui a fait croire au glissement de la tête fémorale. Si nous prenons la précaution de fixer le bassin à l'aide de la main appliquée contre la tubérosité sciatique, l'abaissement du trochanter n'a plus lieu.

Cet autre enfant a une pseudarthrose simple héréditaire de la hanche droite; la mère était affectée d'une double luxation. Par des mouvemens inverses, j'abaisse ou je relève le niveau de la rotule droite; mais, ici encore, c'est le bassin qui produit, par son inclinaison, l'allongement et le refoulement apparent. Ne voulant pas m'en rapporter uniquement à une conviction basée sur plusieurs années d'observation, j'ai prié M. Guersant, chirurgien de notre hôpital, d'examiner ces deux enfans, et, afin de réduire la résistance aux parties fibreuses, nous avons fait usage du chloroforme. Les muscles ont été mis dans un relâchement complet; néanmoins, mon collègue n'a pu obtenir l'allongement du membre luxé. Y a-t-il des exceptions à cette fixité du fémur dans le sens vertical? La chose est possible. Je recherche avec soin, chez les enfans soumis à mon observation, si je rencontrerai cette mobilité de la tête; je ne l'ai pas encore trouvée. Il se peut que, dans certaines luxations juxta-cotyloïdiennes, la capsule soit assez lâche pour permettre à la tête de rentrer dans sa cavité. Ces cas sont favorables aux tentatives de réduction; on pourra réussir dans des cas pareils à replacer la tête fémorale dans le cotyle, mais on éprouvera de très grandes difficultés à l'y maintenir.

On convient à peu près généralement de ces faits et de l'impossibilité d'une réduction immédiate, mais les partisans de la méthode de Pravaz ne s'y arrêtent pas: « La capsule résiste, disent-ils, on l'allongera; il n'y a plus de cotyle, on en formera un nouveau. » Il semble que ce soit chose aussi facile que de creuser une cavité dans une pièce de bois avec un tarot; les auteurs dont je parle se sont servis, en effet, de cette comparaison.

J'admets un moment qu'il soit possible de faire prêter lentement la capsule, de refaire une cavité. Je passe sur les objections que soulève une telle prétention; ici les faits sont tout; voyons en quoi ils consistent.

Je ne m'arrêterai pas à ceux de Humbert. Il est reconnu que ses guérisons n'ont rien de réel. La seule dissidence qui se rencontre entre les chirurgiens qui ont examiné les malades traités par lui consiste à savoir s'il a laissé la luxation dans son état primitif, ou s'il a produit d'autres déplacemens. Blandin et Pravaz ont dit: la luxation était iliaque; Humbert a fait descendre la tête dans la région ischiatique; il y a là une amélioration. Sur deux sujets que j'ai examinés, je n'ai rien trouvé de semblable: la tête du fémur luxée dans la fosse iliaque externe occupait la même place après le traitement.

Mais Pravaz doit être pris plus au sérieux; son ouvrage, remarquable pour la forme et pour le fond, contient dix-neuf observations, presque toutes de guérison. Son successeur a encore grossi ce nombre, et a réuni vingt-deux exemples de luxations réduites. Tous ces faits, revêtus des attestations de la faculté lyonnaise, se présentent avec toutes les conditions désirables d'authenticité. Ce n'est pas tout; à Paris, un rapport de M. Gerdy, à l'Académie de médecine, constate qu'un enfant traité par Pravaz est guéri. Il y a plus; une commission nommée par l'Académie des sciences, proclame les succès de Pravaz, sans néanmoins affirmer qu'il ait constitué une articulation normale; la dissection, dit cette commission, aurait été nécessaire pour confirmer la réalité des réductions.

Il ne fut bruit à Lyon et dans tout le Midi, que de ces guérisons, le professeur Lallemand y crut comme les autres. A Marseille la conviction fut telle, qu'un honorable confrère de cette ville a cru dernièrement faire preuve d'une grande pénétration en n'imaginant pas d'autre motif aux doutes de ce pays-ci, qu'un esprit de critique *pas suffisamment désintéressé*.

Il semble que rien ne manque à cet ensemble de preuves, et peu d'observations médicales sont aussi bien appuyées. Et pourtant (ceci paraîtra incroyable tant c'est véritablement prodigieux), tout cela paraît le produit d'une illusion, d'un mirage, et pour parler sans métaphore, d'une simple erreur de diagnostic. On n'a pas su reconnaître les luxations fémorales congéniales qui persistaient après qu'elles avaient été traitées par Pravaz. Pravaz lui-même les a crus guéries parce qu'il ne les retrouvait plus après son traitement, c'est-à-dire parce qu'il ne savait plus en apprécier les signes.

Voilà ce qui résulte d'une lecture attentive des observations du chirurgien de Lyon, des attestations qui les accompagnent, et surtout de l'examen des sujets prétendus guéris qu'il nous a été donné de voir à Paris, de ceux que le hasard a fait voir à plusieurs de nos confrères des hôpitaux. La luxation persiste, comme dans les faits de Humbert, telle qu'elle était avant le traitement, sans même que la situation de la tête du fémur ait été modifiée.

Ce n'est pas une rechute qui a eu lieu dans les cas dont je parle, en voici une preuve: En 1841, une demoiselle fut présentée à l'Académie de médecine par Pravaz, comme étant guérie d'une double luxation congénitale. Il demanda pour l'examiner une commission dont je fis partie. Je trouvai la tête du fémur, dans la fosse iliaque, ainsi que je l'avais constatée avant tout traitement.

Après de pareils faits, il m'est permis, je pense, quelle que soit ma profonde estime pour les lumières de mes savans confrères de Lyon, de Montpellier, de Marseille, de vous exprimer une défiance légitime à l'égard des faits analogues provenant de la même source:

Amicus plato, sed magis amica veritas.

D'autres praticiens ont-ils été plus heureux que Pravaz? Non, Messieurs. Dans cet hôpital même, la méthode des incisions sous-cutanées réunies aux extensions lentes, aux tractions violentes faites en divers sens, dans différentes attitudes, a échoué.

D'autres praticiens de Paris et moi-même avons essayé sans succès de réduire le déplacement congénital de la tête du fémur.

Heine dit avoir, dans quatre cas, produit un abaissement du fémur, mais non la réduction.

M. Ferdinand Martin assure avoir produit de l'amélioration dans l'état des sujets qu'il a soumis à un traitement mécanique et à des manœuvres appropriées. Je n'ai pu constater l'abaissement de la tête du fémur chez quelques-uns de ces sujets.

Que produira l'avenir? Je le réserve pour mes confrères et pour moi-même, et surtout dans l'intérêt des malades. Il se peut qu'on obtienne dans la suite un résultat qu'il nous a été impossible d'atteindre jusqu'ici. Mon incrédulité a des bornes; qu'on me fasse voir un seul fait de réduction, je ne demande qu'à être converti.

En attendant, on ne peut donner beaucoup d'espoir aux familles. Si elles insistent pour qu'on tente la guérison de difformités semblables, on peut se prêter à ce désir, mais avec prudence. Il faut d'ailleurs examiner avec soin les sujets qu'on veut soumettre à des essais de réduction, et exclure ceux qui se trouvent dans des conditions formelles d'incurabilité. S'il s'agit d'une diarthrose profonde, par exemple, abstenez-vous de tout traitement.

Je termine en vous parlant des moyens auxquels vous aurez recours si vous devez tenter cette réduction. Ils sont inspirés par l'histoire même des luxations; ils doivent être lents: on retiendra le bassin par des liens doux, pour éviter qu'il ne se renverse sous l'influence des forces extensives. Les efforts manuels, les pressions sur le grand trochanter sont nécessaires pour creuser un nouveau cotyle.

Je veux bien admettre, malgré l'insuffisance des preuves produites jusqu'à ce jour en faveur de ce fait, qu'il ne sera peut-être pas impossible de creuser une cavité nouvelle sur l'ilium, en supposant que l'on ait pu préalablement ramener la tête en contact avec le lieu de l'ancien cotyle (1).

Em. Bailly,
Interne du service.

(*La suite prochainement.*)

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS SUR LES AFFECTIONS TYPHOIDES, ET SURTOUT SUR LA TEMPÉRATURE DÉVELOPPÉE DANS CES MALADIES;

Par le professeur Thierfelder.

Dans l'espace de deux ans et demi, plus de 200 cas ont été observés par l'auteur à l'hôpital St-Jacques de Leipzig, à la clinique du professeur Wunderlich; chez tous la température fut prise dans le creux axillaire, ordinairement le matin, entre sept et neuf heures, et le soir, entre cinq et sept heures; mais seulement 62 malades, chez lesquels on avait pu déterminer exactement le commencement de la fièvre, ont servi de base principale à ce travail. Ces 200 maladies sont des typhus exanthématiques, correspondant à notre typhus, et des typhus abdominaux, ou nos fièvres typhoïdes. Ce dernier surtout est décrit en détail, et les observations faites sur le premier n'ont été employées qu'en général et qu'autant qu'elles pouvaient servir à l'élucidation de faits appartenant à l'autre. Le traitement était ordinairement expectant et symptomatique. L'auteur donne lui-même le résumé suivant de son long et consciencieux travail.

(1) Au moment où l'on imprime ces feuilles, un nouveau fait de réduction est produit par M. Gillebert d'Hercourt. M. Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, a vu l'enfant et croit à la réduction. Cette guérison, demande M. Bouvier, s'évanouira-t-elle, comme tant d'autres, devant un examen plus approfondi? L'enfant, malheureusement, n'habite pas Paris.

---

tiennent pas à qui les reçoit; on ne doit les faire connaître à tout le monde qu'avec une pieuse réserve. Vous l'avez compris.

» Désireux de conférer avec vous, mon très honoré confrère, au sujet des autres lettres de mon père que vous avez dessein de publier, je me mets entièrement à votre disposition.

» Mon père a eu six enfans, quatre garçons et deux filles. Trois sont morts en bas âge. Il est resté trois fils: Emile, François, Casimir. Le plus jeune, Casimir, médecin-principal, est mort en juillet 1847; l'aîné, Emile, conseiller à la cour impériale de Pondichéry, a succombé à une dysenterie foudroyante, en septembre 1854; il ne reste que moi. Mon frère Emile a laissé cinq filles et deux fils, dont le plus jeune est étudiant en médecine. Casimir a laissé deux filles. L'une d'elles a 19 ans.

» Ma mère n'a survécu que six mois à Casimir, dont la piété filiale consolait sa vieillesse. J'étais alors en Algérie.

» Gérard Girardot est mort dans l'emploi de médecin de l'hôpital militaire de Rocroi.

» Recevez, mon très honoré confrère, l'assurance de ma haute estime.

» François Broussais, d.-m. s. »

Le monde médical apprendra avec satisfaction que le grand nom de Broussais n'est pas éteint. M. François Broussais, trop modeste pour me parler de lui, me permettra de dire ici quelques renseignemens sur son compte, que j'ai puisés à bonne source.

M. François Broussais, chevalier de la Légion d'honneur, a pris récemment sa retraite, sous le titre de médecin-major de 1re classe, après trente-deux ans de service et vingt-deux ans de campagnes. Il a passé successivement et sous divers grades des hôpitaux militaires de Versailles et du Gros-Caillou, aux hôpitaux de l'Algérie, Oran, Bone, Alger, où il a rempli les fonctions de médecin en chef dans l'hôpital militaire de la Salpêtrière, près de cette dernière ville. Il a été aussi médecin en chef de l'hôpital militaire de Maubeuge, de 1849 à 1852, époque où il fut envoyé à Belle-Ile-en-Mer, pour faire le service de l'hôpital militaire de Palais.

Lorsque M. Broussais entra au service militaire, son père lui dit: « Ton service avant tout. » Il a été fidèle à cette recommandation pendant les trente-trois années de sa carrière militaire. La preuve en existe dans le travail d'inspection de 1846, où il fut noté par les officiers de santé en chef de l'armée d'Afrique comme servant d'une *manière exemplaire.*

M. F. Broussais a inséré dans les *Annales de la médecine physiologique* plusieurs observations et quelques analyses. Il soutint contre M. Elias Regnault, en 1828, la compétence des médecins dans les questions judiciaires relatives aux maladies mentales, et spécialement à la monomanie.

M. F. Broussais est médecin de la Faculté de Strasbourg; sa thèse, du 18 juin 1826, a pour titre: *De l'imminence morbide*, expression heureuse qui a été par lui introduite dans la science, et qui est devenu depuis le sujet de brillans développemens, notamment dans le *Traité d'hygiène* de M. Michel Lévy.

A. L.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Troisième liste: MM. Ch. Petit, 20 fr.; Colomb, 5 fr.; un anonyme du département de l'Ain, 10 fr.; Henry Roger, 20 fr.; Jules Cloquet, 20 fr.; Michel Lévy, 20 fr.; un anonyme de Paris, 5 fr.; Keyser, à Bouzonville (Moselle), 5 fr.

Exposition universelle de l'industrie. — Les récompenses suivantes ont été accordées, dans les classes afférentes aux sciences médicales, aux exposans dont voici les noms:

Aucune nomination ou promotion dans la Légion d'honneur n'a eu lieu dans ces classes.

Grande médaille d'honneur. — Docteur Royle (Inde), colonies anglaises. — Pour avoir recueilli et classé une très belle et très utile collection de matières textiles, de matières médicinales et autres produits naturels de l'Inde et de l'archipel Indien.

Docteur Boucherie (J.-A.), à Paris. — Procédé de conservation des bois tendres par injection, consacré par une longue expérience.

Docteur Arnott, à Londres. — Ensemble d'inventions utiles applicables à l'hygiène, à la médecine et à la chirurgie.

Docteur Auzoux, à Paris. — Création et fabrication en grand de pièces d'anatomie clastique; services rendus à l'enseignement.

Charrière fils, à Paris. — Instrumens et appareils de chirurgie nouveaux et très perfectionnés; très grande fabrication et réduction de prix.

Médailles d'honneur. — Aubergier, à Clermont (Puy-de-Dôme). — Production de l'opium indigène.

Menier et Comp., à Paris. — Préparation mécanique très soignée, sur une grande échelle, des poudres employées en pharmacie.

— Une nouvelle promotion vient d'avoir lieu dans la chirurgie de la marine. Par décret du 10 novembre, ont été nommés:

Chirurgien professeur de 1re classe. — M. Drouet.

Chirurgiens de 1re classe. — MM. Battarel, Berchou, Le Coat Kernoter, Kerhuel, Vincent, Thèze.

Chirurgiens de 2me classe. — MM. Coarbon, Herland, Coignet, Aze, Lata, Autrée, Guillabert, Madon, Pinel, Maridier, Savatier, Manès, Dumay, Brion, Martialis, Hombron, Bourse, Gestin, Touchart.

Chirurgiens de 3me classe. — MM. Laurent, Bernard, Amalbert, Jaspard, Alphand, Roustan, Cras, Faucherand, Deschiens, Le Cerf, Jacquolot, Lelez, Delpeuch, Blanchard, Richaud, Laplace, Cotino, Grand, Hugues, Doublet, Merlaux, Rabaud.

— M. le professeur Velpeau commencera son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 20 novembre, à 9 heures.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques mercredi prochain, 21 novembre, à midi, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

I. Symptomatologie.

1° La température dans la fièvre typhoïde augmente peu à peu et progressivement dans les trois ou cinq premiers jours; *augmentation initiale.*

2° La température reste élevée d'une manière continue et sans jamais retomber à son degré normal, pendant une à quatre semaines et demie (ordinairement deux semaines); *période d'état.* Ordinairement dès le milieu de la deuxième ou troisième semaine de maladie, il survient quelque diminution.

3° L'augmentation de température affecte dès le début et ordinairement dans toute la durée de la fièvre, le *type rémittent quotidien*, à rémissions le plus souvent matinales. Les exacerbations n'avaient lieu le matin que lors d'une grande faiblesse des malades et paraissaient déterminées par des influences extérieures. La température ne prend le type franchement continu que parfois à l'époque de son maximum d'intensité ou à la suite de complications.

4° Durant la période d'état, le température est, le soir, en moyenne, de 41°,2 à 40°,0; le matin, de 40°,6 à 38°,7. Le maximum est d'ordinaire de 41°,2 à 41°,9, et coïncide avec le milieu de cette période, si elle est de longueur moyenne; il tombe dans la première moitié, avec une durée plus courte, et dans la seconde moitié, avec une durée plus longue de cette période.

La *fréquence du pouls* dans l'état est entre 92 et 120; néanmoins, il est des cas où elle ne dépasse pas 84.

5° Dans le cours de la période d'état il survient, le plus souvent, à différentes reprises, des *diminutions passagères*, qui tombent sur le 4e, 5e, 6e, 10e, 12e, 13e, 14e, 17e, 21e, 24e, 28e ou 31e jour.

6° Le retour de l'augmentation continue de la température à la norme ne se fait jamais subitement, mais toujours peu à peu, et exige plusieurs jours. Parfois il y a abaissement continu, mais beaucoup plus souvent il survient d'abord une diminution matinale qui se fait également sentir le soir quelques jours après. Le commencement de ce changement qui mène à la cessation de la fièvre, détermine une période plus ou moins marquée : l'*abaissement définitif de la température*. Dans la fièvre typhoïde elle a lieu surtout au 17e jour, plus rarement au 24e, 21e, 12e ou 13e; très rarement au 28e ou 35e jour.

7° Dans la convalescence, la température est normale, ou bien de quelques dixièmes de degré au-dessous, quand il n'y a pas de complication.

8° Le catarrhe bronchique violent, la pneumonie hypostatique et d'autres complications inflammatoires, déterminent, pendant la période d'état, une augmentation extraordinaire de la température, et retardent ou empêchent l'établissement de la diminution définitive. Dans la convalescence, des perturbations gastriques, le catarrhe bronchique, les excitations psychiques, entraînent une augmentation passagère ou plus durable, accompagnée souvent de fortes exacerbations du soir. Mais la marche lente des ulcérations intestinales, ainsi qu'un léger degré de colite, restent sans influence.

9° Les *hémorrhagies* du nez, de l'intestin, du poumon, déterminent un abaissement de la température élevée, mais il est peu considérable et ne dure pas plus de deux jours.

10° Lorsque *la mort* survient dans la période d'état, la fièvre augmente ordinairement de trois à cinq jours avant la fin, et le pouls monte à 160 et à 180. La température ne commence à s'élever que tout au plus douze heures avant la mort, et peut monter finalement jusqu'à 43°,2.

11° L'augmentation du volume de la *rate* est manifeste dès le quatrième jour; elle n'a manqué dans aucun cas.

12° Ordinairement vers la fin de la première, plus rarement vers le milieu de la seconde semaine, le *pouls* devient *dicrote*. Ce dédoublement n'a manqué que dans très peu de cas.

13° La *roséole* s'est montrée ordinairement du sixième au huitième jour, et a augmenté les quatre à six jours suivans. Elle a manqué totalement dans quelques cas.

14° Les *selles typhoïdes* s'établissent ordinairement dans la première moitié de la seconde semaine. Elles ont également fait défaut dans quelques cas.

15° Des *symptômes cérébraux* plus marqués surgissent dans la deuxième et troisième semaine de la fièvre. Ils se montrent souvent quand déjà il existe une petite diminution dans la température.

16° Le degré d'augmentation du volume de la rate, la fréquence du pouls, le développement de l'exanthème, le nombre des selles, les symptômes cérébraux, sont sans influence sur la marche de l'augmentation de la température dans la période d'état.

17° Avec la diminution définitive de la température coïncident généralement la disparition ou la diminution de la rougeur fébrile de la face, de la fréquence du pouls, du volume de la rate; les selles deviennent plus féculentes, l'urine augmente de quantité et devient plus claire. Le dédoublement du pouls dure ordinairement encore quelques jours; les symptômes cérébraux peuvent également se prolonger.

18° Des *sueurs* abondantes ne sont accompagnées d'une diminution notable de la température que quand elles coïncident avec une époque où celle-ci s'établit ordinairement, et, dans ce cas, elles paraissent favoriser l'abaissement.

19° L'apparition de *sédimens uriques* dans l'urine n'est dans aucun rapport avec la température.

20° Le *refroidissement* de la face et des extrémités (collapsus) peut survenir avec toutes les températures du tronc.

II. Diagnostic.

21° La température fournit une mesure de la fièvre plus exacte que le pouls, autant qu'on peut le déterminer par le toucher.

22° Il n'est pas rare de pouvoir déterminer avec exactitude le début de la fièvre typhoïde à l'aide du commémoratif. La céphalalgie et la sensation d'abattement sont d'ordinaire les premiers symptômes pour le malade. Des frissons marqués ne se sont manifestés presque jamais le premier, mais parfois le second jour.

23° Une maladie fébrile chez un individu auparavant bien portant, ne doit *pas* être considérée comme affection typhoïde lorsque la température s'est élevée dès le premier jour à 40°, et lorsqu'elle n'atteint pas ce degré le troisième jour. Par contre, une température au-dessous de 40°, le soir du sixième jour de la fièvre, n'exclut pas cette maladie.

24° Ce n'est pas une typhoïde quand la température ne se maintient pas au moins une semaine, comme elle est décrite à la période d'état (fait analogue déjà déterminé par M. Roger chez les enfans).

25° Dans plusieurs cas de typhoïdes, sans complications graves, la température bien observée a quelque chose de tellement caractérisé dans sa manière d'être, qu'elle peut suffire à elle seule pour établir le diagnostic avec la plus grande probabilité. Ceci a lieu surtout pour les cas où la période d'état dure de deux à trois semaines. Quand elle est plus courte, surtout si l'on n'a pu l'observer les premiers jours, les indications thermométriques ne pourront être positivement distinguées de celles que l'on obtient dans des affections du poumon ou du canal intestinal accompagnées d'une forte fièvre (bronchite, tuberculisation aiguë, pneumonie de personnes cachectiques, catarrhe gastro-intestinal).

III. Pronostic.

26° Quand l'augmentation initiale dure cinq jours, on ne peut s'attendre à une diminution définitive avant le 17me.

27° Quand la roséole, le dicrotisme du pouls et les selles typhoïdes se montrent plus tard qu'il n'a été indiqué dans les § 11, 12, 13, la période d'état dure plus de dix-sept jours, ordinairement jusqu'au 24me.

28° L'élévation de la température à la fin de l'augmentation initiale n'est dans aucun rapport déterminé avec l'intensité de toute la fièvre.

29° Lorsque dans la seconde moitié de la première semaine, l'augmentation de la température montre un arrêt sensible pendant deux observations consécutives, on peut espérer, avec beaucoup de probabilité, que la fièvre ne deviendra pas très violente.

30° La fréquence du pouls, augmentant continuellement au delà de l'élévation initiale de température, constitue un signe très mauvais.

31° Lorsque la rémission matinale n'est que d'un demi-degré ou moins, la plupart des jours de la période d'état, le cas est toujours grave et fait supposer des complications.

32° Des températures du soir très élevées, accompagnées de rémissions matinales considérables, sont plus favorables et plus longtemps supportées par l'organisme, que des degrés moindres du soir, mais avec absence ou peu de diminution le matin.

33° Un pouls au delà de 120 pendant un temps assez long, et à plus forte raison s'élevant encore de jour en jour, indique avec *quelque certitude une issue fatale.*

34° Le collapsus est moins dangereux quand il survient pendant un refroidissement rapide de tout le corps que quand le tronc reste anormalement chaud.

IV. Pathogénèse.

35° La fièvre typhoïde éclate parfois dans la convalescence d'autres maladies ; nous l'avons vue survenir après le rhumatisme articulaire aigu, sans affection du cœur, après la colite, après l'apoplexie cérébrale capillaire.

36° Il n'est pas très rare de voir les symptômes typhoïdes renaître à la fin ou après une affection typhoïde. *Celle-ci peut récidiver* (1). Ces récidives sont plus légères et à marche plus rapide. Elles sont relativement moins mortelles 1 : 8.

V. Thérapeutique.

37° Un *régime diététique* institué dès le commencement paraît pouvoir modérer l'intensité de la maladie.

38° Le *calomel*, à la dose de 0,25 à 0,50, employé de très bonne heure, avant le cinquième jour, et en l'absence de diarrhée, empêche l'évolution de l'affection typhoïde.

39° La *digitale*, à doses un peu élevées, a, sur l'augmentation de température et la fréquence du pouls, la même influence dans les affections typhoïdes que dans les autres maladies fébriles.

40° Les *excitans* ne paraissent être actifs dans le collapsus, que lorsqu'il s'accompagne d'un refroidissement rapide de toute la surface du corps (2). Dr S.

(1) J'en ai observé un cas mortel. (Trad.)
(2) Extrait du *Archiv. f. phys. heilk.*, 14e année, n° 2.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Novembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Analyses comparatives des viandes salées d'Amérique.

M. J. Girardin, de Rouen, lit sous ce titre un mémoire dont voici les conclusions :

1° Le bœuf salé d'Amérique, bien que plus riche en azote et en acide phosphorique que la viande de boucherie à 75 p. 100 d'eau, et bien qu'offrant une quantité presque double de ces principes pour le même prix, constitue néanmoins un aliment beaucoup moins succulent, agréable et savoureux, et, par ces motifs, il ne peut fournir une aussi bonne alimentation que la viande fraîche.

2° Le lard salé d'Amérique est bien inférieur, sous tous les rapports, au lard du pays, et son usage entraîne une perte notable pour le consommateur.

3° Nos populations ont renoncé à l'emploi des viandes salées d'Amérique, non par suite de préjugés, d'idées fausses ou de caprice irréfléchi, mais à la suite d'une expérimentation de plusieurs mois et par des motifs sérieux que nous approuvons.

4° Il est utile de porter ces faits à la connaissance des spéculateurs, afin qu'ils avisent aux moyens de nous procurer les viandes d'Amérique sous un autre état et dans des conditions meilleures, qui permettent de les substituer à la viande de boucherie, dont la cherté toujours croissante menace de jeter la perturbation dans le régime alimentaire de la population des villes et des classes ouvrières.

Lettre de M. Bonnet *à M. Velpeau, en lui adressant, pour le présenter à l'Académie, un mémoire sur l'hydrophthalmie et son traitement par l'injection iodée, mémoire rédigé* par M. Chavanne.

Depuis l'époque où vous avez enrichi la thérapeutique de la méthode des injections iodées dans les collections séreuses atteintes d'hydropisie, les applications des principes que vous avez posés se sont multipliées entre vos mains et entre celles de vos élèves; les bornes que la prudence semblait devoir assigner ont pu être dépassées, et on a injecté avec succès la teinture d'iode, plus ou moins affaiblie, jusque dans le péritoine, la plèvre et la séreuse rachidienne.

Cependant, au milieu de cette généralisation, il est une cavité close qui est restée jusqu'ici en dehors de toute application de votre méthode; je veux parler de l'œil distendu par la sérosité. J'ai pensé que c'était sans motif suffisant que l'hydrophthalmie n'avait pas été soumise aux mêmes traitemens que toutes les autres hydropisies locales, et qu'il était d'autant plus utile de la combattre par l'injection iodée, que les traitemens qu'on lui oppose sont impuissans, comme la ponction, ou dangereux, comme l'excision partielle de l'œil.

Les applications que j'ai faites de l'injection iodée dans l'hydrophthalmie sont au nombre de deux.

La première, pratiquée il y a deux ans et demi, ne produisit aucun résultat favorable; mais quelques mois plus tard, une mélanose cancéreuse qui exigea l'extirpation de l'œil, s'étant montrée évidente, j'attribuai l'insuccès qui m'avait découragé d'abord à la complication d'une lésion organique, latente au début et manifeste plus tard.

Dans le second cas, qui était simple, le résultat a été parfaitement semblable à celui que l'on observe dans l'hydrocèle : à une inflammation de quelques jours a succédé un état stationnaire, puis une atrophie graduelle de l'œil qui, au bout de cinq mois, était réduit à un noyau opaque et enfoncé dans l'orbite.

Quoique ces faits soient insuffisans pour démontrer la supériorité de l'injection iodée sur les autres méthodes usitées dans l'hydrophthalmie, le seul cas simple où elle ait été appliquée prouve qu'elle peut réussir dans cette maladie comme dans les hydropisies des autres cavités closes.

Le liquide qui distend l'œil et en augmente le volume est séreux, et il s'écoule à travers un très petit trocart aussi aisément que celui de l'hydrocèle. Comme ce dernier, il contient de l'albumine et se coagule par les acides et la chaleur : caractères chimiques qui le séparent de l'humeur vitrée, qui contient, d'après Berzelius, moins de deux millièmes d'albumine et que la chaleur ne rend pas opaque.

Ces faits, dont je me suis assuré dans les deux cas indiqués plus haut, démontrent que l'hydrophthalmie n'est pas, comme on l'admet généralement, une hypertrophie des humeurs naturelles de l'œil, mais une sécrétion séreuse remplaçant les liquides normaux. Semblable aux hydropisies locales des autres parties du corps, elle réclame dès lors les mêmes traitemens.

Si vous jugez cette communication digne de quelque intérêt, je vous prie de vouloir bien lire ma lettre à l'Académie des sciences, et de déposer sur son bureau le mémoire ci-joint qu'a rédigé M. Chavanne, chef de clinique à l'École de médecine de Lyon. A côté des deux observations que je viens de résumer, vous trouverez dans ce travail l'histoire des réactions chimiques que présente le liquide des hydrophthalmies, et celle des résultats que produisent sur le cadavre les injections forcées dans l'œil.

— M. J. Cloquet présente, au nom de M. le docteur Decaisne, chirurgien militaire belge, agrégé à la Faculté de médecine de Gand, et frère de notre honorable confrère, un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sur les *Moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses.*

Écrivant sous l'inspiration de son expérience propre et de cette pensée du célèbre Abernety, qu'une amputation est souvent la honte du chirurgien, dont l'art consiste à empêcher que cette opération ne devienne nécessaire et à guérir le malade sans avoir besoin de ce moyen extrême, l'auteur s'élève avec raison contre la conduite de certains chirurgiens qui ne s'attachent qu'à la maladie locale et au manuel opératoire, sans tenir compte du diagnostic général, des complications diverses, des contre-indications, et qui opèrent dans des cas où ils auraient dû s'en abstenir.

L'auteur prouve, par de nombreuses observations tirées de sa pratique personnelle ou empruntées aux maîtres de l'art, que le chirurgien, avant d'en venir à une amputation, doit se bien pénétrer qu'il peut acquérir une gloire plus modeste, mais non moins durable, en évitant plutôt qu'en pratiquant avec élégance une belle opération.

Le docteur Decaisne expose avec soin et successivement dans sept chapitres les diverses maladies pour lesquelles on a proposé et pratiqué des amputations et des résections osseuses : il indique et précise les nombreux moyens hygiéniques, pharmaceutiques et topiques qu'on doit mettre en usage pour éviter d'en venir à de si graves opérations, qu'on doit employer seulement lorsqu'il s'agit de sauver la vie du malade et que toutes les ressources de l'art ont été épuisées.

Le livre du docteur Decaisne est un ouvrage sérieux. Le style en est clair, simple et parfaitement adapté à la gravité du sujet. L'auteur y fait preuve d'une instruction solide et d'une sage pratique : aussi l'Académie royale de médecine de Belgique, qui avait proposé la question qu'il a traitée pour le concours de 1851 à 1853, avait-elle déjà rendu justice à l'auteur, en couronnant son ouvrage qui peut-être un jour sera un de ses titres pour mériter vos suffrages.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 138. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Mardi 20 Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An............ 32 Fr
6 Mois......... 17
3 Mois......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
À PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et les Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

PRIVILÉGE DES HONORAIRES DES MÉDECINS.

Paris, le 12 Novembre 1855.

Très cher confrère,

Vous vous êtes toujours fait un devoir de donner de la publicité à tout ce qui se rattache aux intérêts professionnels, justifiant ainsi le titre de votre excellent journal.

Les questions litigieuses, leur examen et leur solution ont souvent trouvé place dans vos colonnes. Parmi ces questions, il en est une, sur laquelle, depuis quelque temps, les tribunaux ont été plusieurs fois appelés à se prononcer, dans des cas de contestations élevées entre le médecin et le propriétaire; je veux parler de la question de priorité du privilége du médecin pour frais de dernière maladie sur le privilége du propriétaire.

L'Association des médecins de la Seine, toujours disposée, comme vous le savez, à prêter son intervention dans la mesure de ses attributions, aux médecins qui la réclament, et à soutenir un principe toutes les fois qu'il lui paraît vrai; l'Association, en 1851, consulta son savant conseil, Me Paillard de Villeneuve, sur la question de privilége soulevée dans l'intérêt d'un de ses membres devant la seconde chambre du tribunal civil de la Seine, et crut qu'il était de son devoir d'intervenir dans le débat, dans l'intérêt du corps médical tout entier, en faisant distribuer une consultation.

La question se posait ainsi :

Le privilége général du médecin pour frais de dernière maladie doit-il primer le privilége spécial du propriétaire sur la contribution ouverte sur le prix du mobilier?

Aux développemens juridiques donnés au point de droit par son conseil, l'Association avait ajouté les réflexions suivantes :

« Le privilége du médecin pour frais de dernière maladie repose sur un principe d'humanité, nous pouvons dire aussi de dignité professionnelle; il protége les intérêts si précieux du malade, en même temps qu'il sauvegarde la considération du corps médical. En assurant au médecin le prix légitime de ses soins, il fait obstacle à des exigences anticipées, contraires tout à la fois aux sentimens de l'humanité et à la réserve imposée à l'homme de l'art dans l'exercice de sa profession. »

La solution de la question fut telle qu'on avait lieu de l'espérer, c'est-à-dire conforme aux règles du droit et aux principes de l'équité.

Le jugement du tribunal de la Seine était longuement et fortement motivé, et se terminait ainsi :

« Par tous ces motifs, sans s'arrêter aux contestations du sieur B... (le propriétaire), lesquelles sont déclarées mal fondées;

» Maintient dans toutes ses parties le règlement provisoire (au profit du médecin), et condamne le sieur B... en tous les dépens. » (*Gazette des tribunaux* du 10 juillet 1851.)

Depuis cette époque, l'Association a été plusieurs fois consultée par des médecins de Paris et des départemens, à l'occasion de contestations élevées entre le médecin et le propriétaire, et toujours nos confrères ont eu à se féliciter d'avoir suivi ses conseils et son exemple.

Il y a quelques mois, un confrère de Paris s'appuyant, d'après l'avis de l'Association, sur la consultation de Me Paillard de Villeneuve et sur l'arrêt du tribunal de la Seine, obtenait gain de cause dans un cas semblable.

Tout récemment, et c'est à cette occasion, mon cher confrère, que je crois la publicité du fait opportune, le tribunal d'Orléans a admis la même jurisprudence que celui de la Seine dans la solution de cette question de priorité de privilége soulevée devant lui par un de nos honorables confrères, M. le docteur Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, qui avait bien voulu demander nos conseils et faire valoir les précédens de l'Association des médecins de la Seine; or, M. le docteur Vallet n'avait d'autre but que de soutenir le principe.

M. le docteur Vallet avait donné ses soins à une demoiselle D... pendant le cours de sa dernière maladie. Cette demoiselle étant décédée, et les héritiers ayant renoncé à la succession, un curateur fut nommé à cette succession devenue vacante. Une distribution fut ouverte sur le prix des meubles et objets mobiliers dépendant de la succession. Par suite, un règlement de collocation provisoire fut dressé.

Par ce règlement, le propriétaire de la maison occupée par la demoiselle D... avait été colloqué pour les loyers à lui dus, avant M. le docteur Vallet.

M. Vallet a contesté ce règlement provisoire.

Sur cette contestation est intervenu au tribunal civil d'Orléans un jugement fortement motivé par lequel le tribunal, réformant le règlement provisoire de distribution, ordonne que Vallet, médecin, sera colloqué par privilége pour le montant de sa créance, avant, etc.

C'est donc, comme l'a pensé notre honorable confrère d'Orléans une force de plus que va acquérir le principe, et voilà pourquoi, mon cher confrère, j'ai cru qu'il serait peut-être convenable de donner à ce nouveau fait de la publicité, afin qu'au besoin d'autres confrères puissent y trouver un appui.

Agréez, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentimens,

Dr PERDRIX,
Secrétaire général honoraire de l'Association.

LETTRES SUR LA FOLIE.

Fais ce que dois, advienne que pourra.

IV.

(Suite. — Voir le numéro du 13 Novembre 1855.)

Un enseignement des plus sérieux ressort de ce qui précède. C'est que les partisans de la doctrine qui veut matérialiser la folie dans le cerveau doivent en arriver forcément, de l'aveu même de l'un des leurs, à reconnaître avec moi que la lésion, quelle qu'elle soit de cet organe, qui accompagne la folie n'est, en dernière analyse, et ne peut être qu'une lésion fonctionnelle. Si j'ai pris ainsi M. Moreau à partie, c'est qu'il passe, et à bon droit, je crois, pour l'un des plus fougueux adeptes de cette doctrine funeste. Mais ne croyez pas que cet honorable écrivain soit le seul qu'il serait possible de prendre ainsi en flagrant délit de contradiction et d'hérésie spiritualiste. Si j'avais le temps de chercher, je ne désespérerais pas de convaincre les organicistes même les plus convaincus de ce malheureux péché qu'ils ont en si grande abomination. Tous ces messieurs en sont plus ou moins entachés, tant est puissant l'ascendant de la vérité! Ils font tous du spiritualisme, sans s'en douter peut-être, et comme M. Jourdain faisait de la prose; mais ils en font et du mieux conditionné, témoin ce fameux système de l'*automatisme de l'intelligence*, qui a fait irruption à l'Académie et y a mené un si grand bruit, sans trouver de contradicteur autre que M. Bousquet.

Je ne veux pas m'aventurer, aujourd'hui du moins, sur cette galère. J'ai beaucoup mieux à faire de continuer ma démonstration. La modification du cerveau admise par M. Moreau ressemble donc, à s'y méprendre, à cette lésion dynamique et fonctionnelle qui, selon moi, peut seule exister dans l'encéphale des fous, *en tant que fous, et tant qu'ils ne sont que fous.* Mais où nous différons complètement, c'est dans l'interprétation du rôle que joue cette lésion dans la production de la folie. D'après M. Moreau et d'après tous les anatomo-pathologistes, cette lésion est la cause première et nécessaire de tous les désordres de l'intelligence et des passions. Je dis au contraire, et cela ressort suffisamment de cette longue discussion, qu'elle n'est, le plus souvent, que l'effet de ce même désordre dont le point de départ est dans une de ces maladies de l'âme que j'ai rapidement indiquées à la fin de ma précédente lettre.

Vous ne m'en voudrez pas si j'insiste, n'est-ce pas? C'est ici vraiment le nœud de la question, et vous en avez déjà apprécié toute l'importance. Un exemple pris entre mille, et vous comprendrez encore mieux toute ma pensée. Il s'agit d'une dame dont j'ai déjà raconté l'histoire dans mon livre sur le suicide (1) :

« Mme D... est âgée de 30 ans environ. Jusqu'à cet âge elle a toujours été heureuse. Gâtée par sa mère pendant son enfance, gâtée ensuite par son mari, elle n'a jamais eu qu'un chagrin sérieux : la mort d'un enfant âgé d'environ 4 mois, survenue il y a quatre ans. D'une constitution assez robuste, d'un tempérament sanguin, un peu lymphatique, elle a, du reste, toujours joui d'une santé florissante. Elle est encore mère de deux enfans. L'un, âgé de 8 ans, a été toujours entouré par elle des soins les plus attentifs et en même temps les plus éclairés. L'autre n'avait encore que 4 mois 1/2 lorsque Mme D... est entrée dans mon établissement. La grossesse n'avait été signalée par aucun accident fâcheux; l'accouchement s'était terminé dans les conditions les plus favorables. Cependant, quoique Mme D... n'eût éprouvé aucun dérangement sérieux dans sa santé, son médecin lui avait conseillé de ne pas nourrir elle-même son enfant. Celle-ci ne s'était soumise qu'avec peine à cette nécessité, et à la condition que la nourrice resterait auprès d'elle. Cette première contrariété avait beaucoup tourmenté Mme D..., qui, deux mois après l'accouchement, n'avait pas encore vu reparaître ses règles.

» Vers cette époque, une vieille servante, qui était depuis longtemps à son service, lui dit un jour, en lui apportant des langes pour changer son enfant : « *Prenez bien garde, madame, qu'il ne se refroidisse et ne meure comme l'autre.* » Cette parole passa d'abord inaperçue. Mais elle revint à la pensée de Mme D... le lendemain et les jours suivans, et fut commentée de toutes les façons. Celle-ci se demanda d'abord avec inquiétude pourquoi ce propos avait été tenu. Serait-ce donc que cette femme penserait qu'elle aurait été cause, par sa négligence, de la mort de son enfant? Cette supposition se changea bientôt en certitude, et, l'imagination aidant, Mme D... se persuada qu'elle avait, en effet, de vifs reproches à se faire à ce sujet. Elle redoubla donc de soins et d'attention pour l'enfant qui lui restait; elle voulait, à tout prix, mettre, au moins de ce côté, sa conscience à couvert. Mais un germe de trouble était déjà jeté dans son esprit, qui devait grandir incessamment, et prendre bientôt les proportions les plus fâcheuses.

» Constamment préoccupée du soin d'éviter à cet enfant le sort qu'elle redoutait pour lui, elle ne pouvait se défendre de penser qu'il serait très possible qu'elle devienne encore la cause de sa mort. Un peu plus tard, cette crainte augmentant, Mme D... se demanda avec épouvante si ces inquiétudes ne lui seraient pas suggérées par le diable, qui voudrait ainsi l'amener peu à peu à tuer elle-même ses deux enfans. Il est important de noter que, jusque-là, Mme D... n'avait jamais été très dévote, et n'était même pas très convaincue que le diable eût jamais existé. Cependant, toutes ces préoccupations lui faisaient perdre le sommeil et l'appétit; de gaie qu'elle était naturellement, elle devenait triste et taciturne; toute société lui pesait, toute occupation suivie lui devenait de jour en jour plus difficile. Il était évident que tout cela n'était pas naturel, et il fallait être aveugle pour n'y pas reconnaître le doigt du diable. Mais, s'il en était ainsi, Mme D... devait nécessairement obéir à ses terribles inspirations, ou bien celui-ci lui ferait cruellement expier dans l'autre monde sa désobéissance. Un seul moyen restait de se débarrasser de ses obsessions, c'était le suicide, et Mme D... pensa sérieusement à y recourir, comme au seul remède à tous ses tourmens.

» Cet état se prolongeant, s'aggravait tous les jours. Les consolations de la religion furent impuissantes à rendre le repos à cette malheureuse mère. Elle en arriva à ne plus voir devant elle que deux alternatives effrayantes, le suicide ou le meurtre de son enfant. Il importait de prendre sans retard un parti décisif; Mme D... comprit elle-même la nécessité d'un isolement momentané, et demanda à être placée dans une maison de santé, où elle serait au moins dans l'impossibilité de succomber à ses affreuses tentations. Là un changement rapide s'opéra dans son état. Elle recouvra d'abord l'appétit et le sommeil, et bientôt la santé physique se rétablit aussi complétement que possible. Dans son désir d'arriver à une guérison dont elle avait longtemps désespéré, Mme D... alla au devant de tous les moyens qui lui furent recommandés. Elle se soumit avec joie à un système d'occupation aussi varié que régulier, qui fut réglé de manière à prendre tout son temps. Ce régime physique et moral, si différent de celui que Mme D... avait suivi depuis son accouchement, eut sur elle l'influence la plus favorable. Il suffit dès lors de s'adresser directement à sa raison et à son bon sens pour lui faire comprendre tout ce qu'il y

(1) *Du suicide.* Recherches statistiques et médicales établissant la non-existence de la monomanie-suicide. Paris, chez J.-B. Baillière, 1856.

avait de ridicule et d'impossible dans l'idée qu'elle se faisait de la puissance du diable, et de son intervention dans les actions humaines. Ses inquiétudes cessèrent peu à peu, et avec elles les idées de meurtre et de suicide qui l'avaient rendue si malheureuse. »

Croyez-vous, mon cher ami, qu'il soit possible de voir autre chose qu'une maladie morale dans cette observation, aussi bien que dans l'histoire de Gérard de Nerval? Ne trouvez-vous pas comme moi que, pendant toute sa durée, les causes et les effets s'enchaînent avec une régularité remarquable, laissant à peu près complétement l'organisme en dehors de leur influence malfaisante? Une contrariété des plus vives, surtout pour une femme aimante et dévouée comme elle, le chagrin qui en est la suite, affectent Mme D... avec d'autant plus d'énergie, que, jusque-là, elle avait été accoutumée à satisfaire ses moindres caprices. Sous l'action de cette perturbation morale qui couve pendant plusieurs semaines, la cause la plus futile suffit pour amener un trouble profond des idées et des affections. Mais celui-ci ne se développe qu'avec lenteur et de manière à nous permettre, pour ainsi dire, d'assister à toutes les phases de son évolution. C'est la goutte d'huile qui s'étend peu à peu, grandit incessamment, et finit par tout envahir si on n'y met bon ordre.

Cependant la volonté résiste longtemps aux terribles impulsions qui l'obsèdent. Mais elle faiblit tous les jours, et le moment arrive enfin où elle ne tarderait pas à succomber, si la malade ne prenait le parti de venir se réfugier dans une maison de santé. Là, elle se sent à l'abri de tout danger, et elle ne tarde pas à reprendre confiance en elle-même. On lui dit que le travail, une occupation régulière la sauveront; elle ne reste pas un instant oisive. Lectures suivies, analyses détaillées, calculs, exercices de la mémoire, ouvrages à l'aiguille, elle ne refuse rien, à la condition, toutefois, que son courage soit de temps en temps relevé, au commencement surtout, par quelques bains d'affusion, ou par la simple menace d'y recourir. Enfin elle guérit après quatre mois de séjour dans mon établissement, sans que j'aie employé autre chose pour son traitement que des moyens exclusivement moraux.

Où trouver dans tout cela les signes d'une maladie quelconque du cerveau? Après deux mois environ de préoccupation et d'inquiétude, alors que déjà l'âme était gravement atteinte, que trouvons-nous comme symptôme de la souffrance du corps? Une diminution notable du sommeil et de l'appétit, la suppression des menstrues et une grande difficulté à se livrer à des occupations suivies. Il n'y a rien là, ce me semble, que de très ordinaire et qui ne se voie tous les jours. Vous connaissez aussi bien et mieux que moi l'influence si souvent désastreuse exercée sur nos viscères par les passions et les affections morales; et s'il y a lieu de s'étonner, c'est seulement que la santé physique de Mme D... n'ait pas plus souffert du désordre si profond de ses facultés.

Je sais bien que cette influence du moral sur le physique, sans être précisément niée d'une manière formelle, a été beaucoup amoindrie et est très souvent méconnue de nos jours. Je sais encore que la plupart de nos confrères, mettant presque entièrement de côté l'élément moral, ne voient, dans les maladies en général, que la lésion matérielle de nos organes, et se privent ainsi, au grand détriment de leurs malades, d'une foule de ressources précieuses bien connues des anciens. Mais je sais aussi que le moment de la réaction est proche. Déjà depuis longtemps la philosophie et la psychologie nous ont donné l'exemple. Sous leurs coups réitérés, le brillant édifice, élevé par Cabanis et ses disciples, se lézarde et croule de tous côtés. Malheureusement elles ont dépassé le but, et méconnu leur véritable voie, lorsqu'elles ont proclamé la pleine indépendance de l'esprit et du corps. Seules la médecine et la physiologie peuvent arriver à la conciliation des deux principes contraires, en fondant la *science des rapports du physique et du moral de l'homme* sur une base inébranlable, celle de la *dualité humaine* largement comprise, et des lois qui la régissent et en maintiennent l'harmonie. Apprenons donc avec Cabanis et la plupart de nos physiologistes à connaître le rôle si important que jouent dans notre organisation le système nerveux et la sensibilité. Mais gardons-nous de tomber dans l'exagération qu'on lui a si souvent reprochée lorsqu'il a dit : « Nous concluons, avec la même certitude, que le cerveau digère les impressions, et qu'il fait organiquement la sécrétion de la pensée. » N'oublions pas surtout que nous avons une âme immatérielle, libre et immortelle, dont notre corps n'est pour ainsi dire que l'instrument, quoiqu'elle lui soit unie d'une manière si intime et par des liens si indissolubles, qu'elle en subit fréquemment l'influence, parfois même toute puissante. Ne pensez-vous pas que la véritable science de l'homme serait celle qui permettrait de découvrir les lois de cette union mystérieuse? Et n'est-il pas étrange que cette science soit encore encore à créer? Les matériaux et les recherches préliminaires ne manquent pas cependant, et déjà quelques bons esprits, médecins distingués en même temps que psychologistes habiles et indépendans, au nombre desquels je me plais à nommer votre collaborateur et ami M. le docteur Cerise, ont consacré leurs veilles et leurs études à la solution de ces intéressans problèmes. L'impulsion est donnée, et avant peu la moisson sera féconde; car là évidemment est la vérité (1).

C'est seulement, n'en doutez pas, en faisant ainsi une juste part dans les phénomènes de la vie à chacun des deux élémens matériel et immatériel qui constituent l'homme, qu'on parviendra à porter un peu d'ordre et de lumière dans l'étude de la folie. Alors deviendra simple et facile la solution de quelques-uns des problèmes qui agitent et divisent les médecins aliénistes. Alors aussi on comprendra que l'âme peut être malade, peut souffrir, si on préfère cette expression, comme souffre le corps; et lorsqu'en analysant les faits comme j'ai essayé de le faire pour l'histoire de Mme D... et de Gérard de Nerval, on ne trouvera qu'un trouble plus ou moins prononcé de l'intelligence et des passions, on n'en conclura plus, en dépit du bon sens et de toute logique, que tout le mal part d'une altération introuvable et impossible du cerveau.

Mais les maladies morales ne se présentent pas toujours, tant s'en faut, dans cet état de simplicité. Il arrive souvent que le cerveau et la plupart de nos organes s'associent, après un temps plus ou moins long, à la souffrance de l'âme. Alors surgissent une foule de complications qu'il importe extrêmement de bien distinguer, dans la pratique, des symptômes primitifs, et dont le rôle, d'abord secondaire, peut devenir à la longue prédominant si la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche par un traitement convenable. Alors encore la lésion, jusque-là fonctionnelle du cerveau, se transforme en une altération de texture, bornée et légère d'abord, mais qui s'étend peu à peu et avec une régularité et une ténacité désespérante, envahit à la longue les parties les plus importantes de l'organe malade et finit par en désorganiser le tissu, pour peu que la maladie se prolonge. Seulement, arrivée à cette période de sa durée, celle-ci n'est plus la folie; elle change de caractère et de nom et devient la démence ou la paralysie générale, terminaison fatale, dont la signification a échappé jusqu'ici à tous les observateurs. Mais ceci est assez important pour être traité à part. J'y reviendrai prochainement.

Je me résume donc et je conclus :

1° Dans la folie, exempte de toute complication, l'aberration des facultés de l'entendement ou la maladie de l'âme préexiste à toute altération organique du cerveau ou de ses dépendances. Celui-ci n'y participe que consécutivement et en sa qualité d'organe des manifestations de l'âme; les modifications qu'il subit ne peuvent donc être, de l'aveu même de quelques-uns de nos contradicteurs, que des modifications dynamiques et fonctionnelles.

2° Si la maladie de l'âme se prolonge ou si elle acquiert rapidement une grande intensité, la lésion fonctionnelle du cerveau se transforme plus ou moins rapidement en une lésion organique qui a ses symptômes propres et qu'il importe extrêmement de distinguer des symptômes primitifs.

E. LISLE.

Paris, le 6 Novembre 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

Formule nouvelle contre l'hémoptysie. — Faits à l'appui de l'opinion de M. Carrière sur l'influence des vents d'ouest sur le développement du choléra. — Observation de névralgie de la grande lèvre, traitée et guérie par la cautérisation du nerf. — Faits en faveur des longues suppurations.

Nous avons analysé, dans une de nos précédentes revues, un travail de M. Aran sur la valeur des principaux agens employés contre l'hémoptysie. Cette analyse nous a valu la bonne fortune de la lettre suivante de notre excellent collaborateur et ami, M. le docteur Ed. Carrière, lettre que nous nous empressons de publier :

« Froshdorf, le 1er Novembre 1855.

» Mon cher ami,

» J'ai lu un peu tard, car de grandes distances nous séparent, le numéro du 25 septembre de l'UNION MÉDICALE, journal auquel tant de souvenirs me rattachent, puisque j'ai porté, moi aussi, le grain de sable à l'édifice qui, grâce à vos efforts et à ceux de nos amis communs, est maintenant si bien consolidé. Je m'y suis arrêté avec intérêt sur une analyse détaillée de *la valeur des principaux agens employés contre l'hémoptysie.* Ces recherches de M. Aran sont d'une grande utilité, parce qu'elles sont pratiques. Le côté réel de la médecine, c'est le traitement rationnel des maladies. Il faut, dans notre science, de la description, de l'histoire, des recherches anatomiques; mais s'il est important de connaître ces accessoires plus ou moins indispensables, il faut en user sobrement. L'abus égare, il fait perdre de vue le but, à plus forte raison empêche-t-il d'y toucher. Les dernières discussions académiques ont mis en lumière les effets de ce mal, dont les médecins devraient se guérir pour mieux parvenir à traiter ceux des autres. Ont-elles montré, par exemple, que l'aliénation mentale avait une thérapeutique? Jusqu'à présent, les mentalistes ne cherchent qu'à vivre; on dirait que, pour le moment, ils n'ont rien de mieux à désirer.

» Dans le traitement de l'hémoptysie, la saignée l'emporte de beaucoup sur les autres moyens de médication; elle occupe le premier rang chez le plus grand nombre de médecins; pour beaucoup, elle form[e] leur unique ressource. M. Aran a raison de condamner cette vicieuse direction et d'essayer de la corriger. Grétry raconte lui-même que lorsqu'il avait une hémoptysie, il se plaçait à demi-couché sur un canapé, restait dans un repos absolu et buvait de la limonade. Dans les cas les moins importans, c'est assurément ce qu'il y a de mieux à faire. Dans les autres, la saignée n'interrompt pas l'hémorrhagie naturelle, excepté qu'elle ne soit abondante et qu'elle opère un vide réel dans les vaisseaux. Lorsqu'elle y parvient, elle est suivie d'une dépression qui paralyse toute force de réaction et abrége les jours du malade. Un hémoptysique traité par les saignées devient plus sujet aux hémoptysies que s'il était abandonné à lui-même. Le remède engendre le mal comme il l'engendre dans les congestions de la tête, où les saignées deviennent d'autant plus nécessaires qu'on les a plus fréquemment répétées. Les hommes vigoureux résistent à ce mode de traitement; les phthisiques ont tout à craindre des hématophiles.

» M. Aran préconise le nitrate de potasse uni à la digitale contre les hémoptysies difficiles à arrêter par des moyens moins actifs. Cette association représente, à la différence près des doses, la formule de la *poudre* antiphlogistique de M. Trousseau, uniquement composée de digitale et de sel de nitre. Je prends pour bonne l'expérience de M. Aran; je crois pourtant qu'il y a mieux à faire. Pourquoi cet auteur n'a-t-il pas songé à associer deux agens d'une grande énergie et faits certainement pour rendre de grands services : la digitale et le seigle ergoté? La digitale, par la sédation qu'elle opère dans le système circulatoire et le ralentissement qu'elle produit dans la marche du sang; le seigle ergoté par la contraction qu'il détermine sur les extrémités capillaires quand il est administré à doses modérées.

» Dans le grand hôpital de Venise, j'ai vu employer dans le service du docteur Nahmias, cette association de ces deux agens, avec un succès confirmé depuis longtemps par de nombreuses expériences. Dans ma pratique particulière, je n'ai pas eu l'occasion de répéter ce qui nous réussissait si bien à l'hôpital; je la saisirai, si elle se présente. Voici la formule de cette préparation antihémoptysique :

	Poids de Venise.	Poids français.
Poudre de digitale	1/2 grain	3 centig. 1/2.
Poudre de seigle ergoté . .	2 grains	14 centigrammes.
Sirop simple.		s. q.

Pour une pilule.

» On donne par jour six ou huit de ces pilules, suivant l'intensité de l'hémorrhagie : il est rare que cette médication soit insuffisante pour l'arrêter.

» Les doses ne sont pas élevées, mais il faut moins considérer l'action isolée de chacun de ces agens que celle qui doit résulter de leur association. Le nitre est loin d'agir comme le seigle ergoté; réuni à la digitale et à haute dose, il produit une sédation profonde dans le système circulatoire, et c'est tout. Le seigle ergoté remplit un autre rôle, sans analogie avec celui du médicament auquel il est associé; c'est ce qui fait son mérite. Par les contractions qu'il opère aux extrémités capillaires, il oppose une digue, ou pour mieux dire, un obstacle vital à l'effort du sang, ralenti dans sa marche et modéré dans sa force d'impulsion. Les meilleures formules en thérapeutique sont celles dont les élémens se servent mutuellement de complément en réunissant, dans des proportions convenables, des moyens d'action d'ordre dissemblable. Je tiens pour bonne la formule de M. Aran; je tiens pour meilleure celle que je viens de faire connaître.

» J'ai l'assurance que l'association du seigle ergoté et de la digitale peut rendre d'autres services, mais je manque de faits assez concluans pour motiver mon opinion à ce sujet. Veuillez maintenant, mon cher ami, recevoir avec bienveillance cette communication et lui accorder une place dans vos colonnes.

Dr Ed. CARRIÈRE. »

— M. Éd. Carrière lira avec intérêt l'extrait suivant d'une lettre de M. le docteur Vial, de St-Étienne, qui vient en aide à ses observations relatives à l'influence du vent d'Ouest sur le développement du choléra :

« Si ce n'est pas trop abuser de votre patience, laissez-moi vous soumettre quelques faits à l'appui de la doctrine de M. le dr Ed. Carrière, sur le mode de propagation du choléra. En 1834, le fléau asiatique envahit aussi le département de la Loire. Il sévit surtout dans la vallée de Giers, centre principal d'immenses exploitations houillères et de nombreux établissemens métallurgiques. Ouverte de l'Est à l'Ouest, elle est assez largement exposée aux vents qui soufflent de ce dernier point de l'horizon. Elle trouve, au contraire, un abri contre les vents septentrionaux par sa position aux pieds de la chaîne des montagnes de Fontanès et de Riverie, élevée à 7 à 800 mètres au-dessus du niveau de la mer, et qui naît sur les bords de la Loire, au nord de Saint-Étienne, pour aboutir au Rhône, près de Lyon. La misère, l'intempérance, l'insalubrité des logemens, la réfrigération du corps étaient entièrement, chez nos classes ouvrières, des circonstances favorables à l'épidémie cholérique; mais toutes ces tristes conditions hygiéniques se rencontraient encore plus nombreuses chez les pauvres habitans de la plaine du Forez. Malgré la nature argileuse et aquifère des terres de cette contrée, elle n'en a pas moins joui d'une immunité absolue. Elle a probablement dû ce privilége à l'abri que lui fournit contre les vents de l'Ouest et du Sud-Ouest la chaîne Nord-Sud des montagnes du Forez, qui sépare l'Allier de la Loire, depuis l'origine de ces rivières jusqu'à leur confluent. L'altitude de ces montagnes égale, en effet, celle du fameux mont Pilat. Leur point culminant même dépasse celui de ce dernier qui est à 1,432 mètres seulement au-dessus du niveau de la mer, tandis que le premier atteint 1,640.

» Dr VIAL. »

— Nous avons publié, dans notre numéro du 1er novembre dernier, une consultation de M. Cerise, approuvée par notre Comité de rédaction, sur un cas de névralgie de la grande lèvre gauche. M. le docteur Pouget, de Bordeaux, dont nos lecteurs n'ont pas oublié l'excellent travail publié dans nos colonnes *sur l'influence de l'atmosphère maritime dans le traitement de la phthisie*, nous communique une observation analogue traitée et guérie par Delpech, de Montpellier, par un traitement chirurgical :

(1) Voici comment s'exprime M. le docteur Cerise, dans son *Essai* sur les principes et les limites de *la science des rapports du physique et du moral* : « Pour qu'elle existe, se développe, et atteigne enfin le rang qui lui appartient, pour qu'elle parvienne à fournir un jour les grandes applications que réclament à la fois la morale et l'hygiène sociales, elle doit accepter pour point de départ la distinction des deux élémens dont elle a pour objet de coordonner les relations phénoménales; elle doit reconnaître dans l'homme la présence simultanée et le concours de deux forces, l'une personnelle, réellement et exclusivement humaine, active, intelligente et libre, se manifestant par le désir, la pensée et la volonté; l'autre, impersonnelle végéto-animale, soumise, aveugle et fatale, se manifestant par les faits de formation, d'accroissement, de nutrition, d'impressionnabilité et d'innervation instinctives. C'est en proclamant et en maintenant énergiquement cette distinction, qu'elle pourra déterminer exactement la part apportée par l'élément moral et par l'élément physique dans la production des phénomènes complexes de la vie humaine. »

« Bordeaux, 2 Novembre 1855.

» Monsieur et très honoré confrère,

» Permettez-moi de vous rapporter une guérison obtenue par mon honorable maître, le professeur Delpech, dans un cas indentiquement semblable à celui qui fait le sujet de la consultation donnée, dans l'UNION MÉDICALE, du 1er novembre, à M. le docteur Marcuel par le docteur Cerise, au nom du Comité de rédaction de votre estimable journal.

» C'était en 1814, une dame des plus honorables familles de Toulouse vint, à Montpellier consulter Delpech, pour une névralgie de la grande lèvre droite, dont elle souffrait depuis plusieurs années par crises de plus en plus intenses et de plus en plus rapprochées.

» Comme la malade de M. le docteur Marcuel, Mme S..., avait consulté un très grand nombre de médecins à Toulouse, MM. Sernin père et fils de Narbonne; elle avait même fait le voyage de Paris pour le même motif.

» Les antispasmodiques, les antiphlogistiques, les eaux thermales, etc., avaient été conseillés et employés sans le moindre succès; les crises, qui duraient huit et dix jours, avaient acquis un tel degré d'intensité, que plusieurs fois Mme S... était arrivée aux symptômes de l'empoisonnement par la quantité d'opium qu'elle prenait dans ces circonstances.

» M. le professeur Delpech prescrit pour principe, dans ses savantes leçons de clinique, que, dans ces sortes de cas de névralgies rebelles à toutes les médications générales et locales, la dernière ressource était dans la destruction par le cautère actuel de la portion du nerf malade, si on pouvait l'atteindre, en même temps qu'on produisait une assez longue suppuration *loco dolenti*.

» Voici de quelle manière il remplit cette double indication : il traversa la grande lèvre le plus près possible de sa base avec un séton fait au moyen d'un cautère actuel en langue de carpe.

» La suppuration fut entretenue pendant plus d'un mois.

» Mme S... quitta Montpellier complétement guérie.

» Nous nous rappelons l'avoir revue quelques années après chez M. Delpech, elle n'avait pas eu la moindre atteinte de sa névralgie.

» M. Delpech obtint dans la suite de pareils succès pour des névralgies sous-orbitaires et mentonnières. Dans ces cas, il attaquait le nerf en séparant par le bistouri la joue ou la lèvre de l'os maxillaire supérieur ou inférieur, il cautérisait les surfaces internes par un cautère cutellaire. En s'appuyant un peu sur l'os, il cherchait à produire une nécrose qui, avant de se détacher, entretenait dans la partie une légère et assez longue suppuration.

» Nous nous rappelons plusieurs succès obtenus ainsi. Le premier était chez un négociant de Carcassonne; il avait été adressé à M. Delpech par mon confrère le docteur Sernin, de Narbonne. C'était en 1817. Depuis, il obtint de semblables résultats dans son service à l'hôpital et dans sa pratique civile.

» Agrez, etc. POUGET. »

— L'Académie de médecine discute en ce moment trois questions d'une importance différente; une première, fort petite, la valeur du séton classique ou perfectionné; une seconde, plus grosse, la valeur des exutoires à demeure; une troisième, énorme, la doctrine médicale et la valeur thérapeutique de la révulsion. Sur l'une de ces questions, la seconde, nous croyons devoir reproduire une note que M. le docteur Em. Chauffard, d'Avignon, vient de publier, et qui présente un intérêt assez vif d'actualité. M. Chauffard apporte, en faveur des longues suppurations, toute une série d'observations presque identiques, et qu'il a résumées de la manière suivante :

« En 1851, 1852, 1853 surtout, un grand nombre de militaires s'arrêtaient à l'hôpital d'Avignon, revenant d'Afrique, et renvoyés en France pour y trouver la guérison de fièvres intermittentes rebelles, déclarées depuis quinze mois au moins. Tous présentaient à peu près le même tableau morbide : face pâle, terreuse, légèrement bouffie; peau du corps d'un blanc mat, plombée, molle et sèche, ne paraissant contenir en circulation que des sucs aqueux; les yeux un peu fixes et ternes; lèvres décolorées; bouche sèche et comme sablonneuse, au sentiment du malade; langue d'ailleurs humide et blanche; pouls petit, un peu rapide et régulier; ventre tuméfié, renfermant un peu de sérosité épanchée; enflure médiocre du bas de la jambe et des pieds; enfin, dans l'hypochondre et le flanc gauches, une rate énorme, soulevant et distendant souvent la peau, paraissant atteindre et même dépasser quelquefois le volume d'une tête d'enfant de deux ans. On la limitait parfaitement, au toucher, sur son bord interne et inférieur; la percussion nous donnait ses limites supérieures; il était ainsi facile de la circonscrire par un trait de plume, ce que nous fîmes surtout lorsque nous eûmes reconnu la médication locale qui convenait à cet état. Tous ces soldats nous racontaient à peu près la même histoire : depuis un an, ou plus, les accès de fièvre, soit quotidienne, soit tierce, ne les avaient, pour ainsi dire, plus quittés : ils obtenaient par le sulfate de quinine un répit qui variait de dix à quinze jours, ou vingt jours au plus, mais rarement ce dernier terme; et puis la fièvre revenait aussi forte; encore du sulfate de quinine, et ainsi de suite, en sorte que la plupart avaient consommé des doses énormes de ce fébrifuge.

» Je crus qu'une médication tonique, basée principalement sur le fer et l'extrait de quinquina, l'usage abondant du lait, une bonne alimentation, le long repos au lit, et surtout le changement de climat, la soustraction de ces malades aux causes morbifiques d'Afrique, suffiraient pour m'assurer contre le retour si fréquent de ces fièvres, et qu'une amélioration dans l'état général des malades se manifesterait promptement.

» Il n'en fut rien; la fièvre revint avec la même opiniâtreté. J'employai plusieurs médications; j'essayai surtout le quinquina jaune en poudre, après m'être assuré de sa bonté; je l'administrai suivant la pratique du siècle passé, à la dose d'une once, et allai en décroissant pendant huit jours.

» Rien n'y fit; la fièvre ne céda pas pour plus de temps, la rate conserva le même volume, l'aspect général resta aussi profondément anémique et altéré.

» Après avoir suffisamment temporisé sans meilleur résultat, je pensai que l'affection de la rate était la cause principale de ces retours de fièvre, qu'elle entretenait l'anémie extrême de ces malades, qu'elle dominait enfin tous les autres symptômes et les médications employées, et que, centre de l'appel morbide, c'est à elle qu'il fallait m'adresser.

» Produit de la fièvre, l'engorgement hypertrophique de la rate était devenu, à son tour, cause de la fièvre. Mes raisonnemens à ce sujet auraient donc à peu près satisfait M. Piorry; j'espère que la pratique à laquelle je me décidai aurait aussi obtenu son approbation. Je limitai le contour de ces rates, et, avec la plume, fixai la place de trois, quatre ou cinq cautères, suivant les cas, en recommandant toujours qu'ils fussent larges et profonds.

» Le résultat dépassa mon attente; je le résume en peu de mots :

» Dès que la suppuration commença à être établie, l'aspect des malades changea; les yeux reprirent de l'expression et de l'éclat; la peau recouvra peu à peu la teinte brune et colorée de nos soldats; l'appétit se réveilla vivement; l'envie de fumer reparut; la fièvre s'éloigna de plus à plus. En même temps que les accès se faisaient très rares, chacun était très notablement diminué, si bien même que plusieurs malades refusaient d'y voir un véritable retour de fièvre; une faible dose de sulfate de quinine l'enrayait solidement. Enfin, après un ou deux légers retours, la guérison définitive paraissait établie, et des malades quittèrent l'hôpital sans avoir eu de nouveaux accès depuis trois mois. La rate diminua progressivement de volume, et quelquefois même avait entièrement repris, après deux ou trois mois, son volume et sa position normales. J'employai dès lors cette pratique sur tous les militaires qui revenaient d'Afrique dans l'état que j'ai décrit ci-dessus, et l'amélioration, à part de légères différences, se manifesta de même franche et rapide chez tous. Lorque l'état général moins gravement dessiné, et la rate moins volumineuse, me laissaient espérer qu'un vif coup de fouet suffirait à ranimer les forces et à échauffer la tuméfaction splénique, j'appliquai sur toute la région correspondante au viscère engorgé un très large vésicatoire; je fis saupoudrer, avec 1 gramme de sulfate de quinine, le pansement qui fut appliqué ainsi sur le derme dénudé. Le résultat fut souvent décisif, et la résolution prompte dans l'hypochondre gauche. » — (In *Gaz. hebdom.*, n° 46, 1855.)

Si la science possédait beaucoup de renseignemens de ce genre, il est probable que M. Malgaigne eût été moins vif dans son agression contre les exutoires à demeure. Mais malheureusement il n'en est pas ainsi, et ce n'est pas dans la tradition écrite que les partisans des longues suppurations trouveront, cela est à craindre, des argumens utiles.

Amédée LATOUR.

STATISTIQUE MÉDICALE.

CONGRÈS INTERNATIONAL.

DEUXIÈME SESSION TENUE A PARIS, AU PALAIS LÉGISLATIF,

Du 10 au 16 Septembre 1855,

Sous la présidence du Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

Voici une science à peine née qui veut se faire cosmopolite. Pourrait-on reprocher cette légitime tendance à une branche des connaissances humaines qui, créée pour servir aux besoins du fisc et du recrutement, aspire aujourd'hui à se laver de cette impopulaire origine, en prenant pour objet la société humaine et acceptant pour but d'éclairer les routes de l'avenir.

Tenue des livres de l'humanité, suivant l'expression juste et pittoresque du docteur Guillard, la statistique fixe d'abord dans l'histoire l'état actuel de l'espèce humaine, puis elle en suit les moindres perturbations, et permet d'en déduire et d'en apprécier les causes et les effets, comme sa sœur la tenue des livres, peut-être aussi de basse origine (*nata fidei punicæ*) a permis au négociant de découvrir les moindres conséquences de perturbations dont, sans elle, les résultats l'auraient frappé à l'improviste. On accorde qu'un commerçant voit, par ses registres, si chacune de ses opérations se résout pour sa fortune en profit ou en perte, et l'on se refuserait à admettre que l'influence de la civilisation sur les peuples nous soit indiquée par la tenue des livres de l'humanité! Ce serait jeter un défi au bon sens comme aux faits : car depuis un demi-siècle à peine que quelques comptes sont ouverts aux grands livres des nations, nous pouvons, chez quelques-unes, constater les plus manifestes et les plus heureux changemens; les maladies, les âges de mortalité, l'ordre des mois les plus chargés de décès, la quantité et la qualité de la ration alimentaire moyenne, l'âge moyen des vivans, etc., tout s'est modifié. La mort est convaincue d'avoir ébréché sa faux, et le rapide vieillard, inflexible aux prières, a dû ralentir son vol devant les efforts multipliés de la science. Car dans ce demi-siècle, la vie moyenne s'est allongée de près de moitié pour les peuples qui ont suivi la voie du progrès, et la chance de mourir a diminué à *tous les âges* (1).

On a même constaté que la durée de la vie est un réactif beaucoup plus sensible qu'on n'aurait pu l'imaginer, que la moindre modification générale dans le bien-être ou dans les conditions morales d'un peuple laisse une profonde empreinte sur les nombres qui expriment les naissances ou les morts.

Ainsi la statistique, dès ses premiers pas, nous a initiés à la physiologie de l'être collectif qu'on appelle humanité; et lorsque nous voudrons l'interroger, elle ne nous donnera pas des élémens moins précieux pour la pathologie. La thérapeutique elle-même, hésitante aujourd'hui au milieu des affirmations contradictoires des praticiens, souillée par l'épidémie du merveilleux et de l'absurde qui a envahi les esprits, avilie par les charlatans de foire et de salon qui chauffent et exploitent habilement cette crédulité, ne pourra faire taire tant de clameurs et entrer dans une route sûre, qu'en soumettant ses assertions multiples à la puissance des faits accumulés par la statistique.

D'une autre part, les problèmes considérables restent pendants parce qu'ils ne sont susceptibles d'être résolus que par la statistique nosologique : tels sont ceux de l'antagonisme des maladies, des influences professionnelles, climatériques, géographiques, géologiques, dont la détermination est si importante en hygiène, et reste si ignorée tant que de vaines et trompeuses intuitions remplacent les données positives de l'observation accumulée. Ainsi, il est une maladie terrible, la phthisie, qui enlève environ le dixième de l'espèce humaine : il nous serait impossible aujourd'hui d'indiquer à une famille menacée si ce sera la vallée, la montagne, le rivage, dont l'influence affaiblira le plus la cause prédisposante dont ses membres sont pénétrés; et pourtant pourrait-on douter de l'influence considérable des milieux ambians sur le développement des germes morbides? Il suffirait de citer, pour écarter ce doute, les résultats frappans de l'enquête faite sur les anévrismes (1); cette affection semblait *à priori* tenir beaucoup plus de causes individuelles que de causes climatériques; et pourtant, l'enquête a démontré que, presque inconnue dans l'Inde et assez rare en France, elle devient fort commune en Angleterre. Ne regrette-t-on point que l'imperfection des données ne nous permette pas de creuser plus avant cette curieuse question d'étiologie? Rappelons encore que plusieurs statisticiens, et entre autres les docteurs Boudin et A. Guillard, ont démontré qu'en Europe, et particulièrement en France, la vie moyenne est constamment plus élevée dans les contrées dont le sous-sol est jurassique ou crétacé. Ces résultats et quelques autres que nous omettons, font voir qu'à peine on commence à compter, on trouve des indices certains de la riche moisson que l'on obtiendra par des travaux d'ensemble et de précision.

Mais si l'utilité d'une statistique des causes de décès est considérable, si ceux qui, par organisation, sont ennemis du mouvement, n'en peuvent plus nier l'importance, ils se dédommagent en en contestant la possibilité, bien qu'on leur fasse voir cette chose impossible existant depuis quinze à dix-huit ans en Angleterre, dans le canton de Genève et même à Paris. Il est vrai que les nombres recueillis dans notre capitale ne méritent peut-être pas beaucoup de confiance, leur qualité devant être au niveau de la très imparfaite organisation de ce service. Toutefois, l'examen attentif des publications, malheureusement incomplètes, de M. Trébuchet, dans les *Annales d'hygiène*, porte à croire que les résultats obtenus sont meilleurs qu'on ne devait l'espérer de moyens d'enquête aussi défectueux : tant est puissante l'influence des *grands nombres pour atténuer les erreurs de détail!*

Il faudrait, pour répondre complétement aux prétendues impossibilités qui sont alléguées, entrer dans l'exposition des principes généraux qui régissent les relevés des grands nombres, ce qui serait inutile si ceux qui veulent faire de la statistique ou qui osent l'attaquer prenaient auparavant le soin, qu'on est en droit d'exiger d'eux, *d'étudier* quelques-uns des grands travaux qui ont été faits sur les règles générales de la science, tels que les *Notions générales sur la population*, de Fourier (statistique de Paris, 1er et 3me tomes), la *Physique sociale* et les *Lettres sur les probabilités*, de Quetelet, les *Principes généraux de statistique médicale* du docteur Gavarret, la *Démographie comparée* d'A. Guillard. Ainsi, on se préoccupe fort des diagnostics erronés qui pourront se mêler aux résultats généraux : cette crainte diminuerait beaucoup si l'on observait :

Que les maladies qu'il nous importe le plus de soumettre d'abord à l'étude sont celles qui font le plus de victimes, c'est-à-dire les plus communes, et par suite celles dont le diagnostic, *au moment du décès*, est le plus facile;

Qu'au mode employé à Paris, si vicieux, parce qu'il est *sans contrôle*, et parce que le diagnostic indiqué est celui qui résulte du dire de la famille, joint à une rapide inspection cadavérique, le Congrès propose de substituer la méthode génevoise, ou au moins de s'en rapprocher le plus possible;

Si enfin on réfléchissait (et nous appelons instamment l'attention du lecteur sur cette considération) que, quelles que soient les erreurs particulières qui se glissent dans les relevés d'une espèce morbide, de la phthisie, par exemple, les unités qui s'ajouteront indûment aux tuberculeux seront *infailliblement compensées* en totalité ou en très grande partie par les unités phthisiques qui seront indûment portées ailleurs; or, ce résultat arrivera *certainement* si l'on opère sur de *grands nombres*, à moins qu'une cause constante ne vienne faire pencher la balance plutôt vers l'un des signes, additif ou soustractif, que vers l'autre, — exception qui n'étant plus due au caprice individuel, mais à une *cause constante*, peut, dès lors, être discutée, appréciée, bien que, dans l'*espèce*, elle paraisse avoir peu d'application. Dans tous les cas, en admettant que, par le fait des affinités nosologiques, il y ait constamment plus d'unités étrangères ajoutées que de légitimes retranchées, cela modifiera plus ou moins les chiffres absolus; mais, comme il n'y aucune raison de supposer que les médecins, exerçant dans une région déterminée, soient plus ou moins expérimentés, plus ou moins attentifs que ceux qui exercent dans une autre région, *il n'y aucune raison* non plus de supposer qu'il soit commis plus d'erreurs ici que là (toujours par la puissance des grands nombres) : de sorte que les *rapports entre les quantités* phthisiques des diverses contrées n'en seront pas moins vrais et comparables, et n'en permettront pas moins d'apprécier ceux qui existent entre les nombres recueillis et les différentes données géographiques, climatériques, hypsométriques, etc., questions, nous le répétons, tout à fait inconnues jusqu'ici, et pourtant si pressantes, que chacune de nous peut, tout à l'heure, être appelé à les résoudre, soit pour sa clientèle, soit pour sa propre famille. Lequel alors ne sera pas tenté d'abjurer une science qui, lui montrant de loin le précipice où il tend, ne lui ouvre aucun chemin pour s'en détourner, et ajoute au mal d'une catastrophe inévitable le supplice d'une longue et horrible attente?

Mais heureusement que si ces questions sont pendantes, il ne tient qu'à nous d'en avancer la solution avec l'aide de l'administration publique. C'est dans cette aide indispensable, il faut l'avouer, que gît la difficulté. Si les premiers chimistes avaient dû attendre leurs réactifs et leurs cornues de la générosité du public qui a profité si largement de leurs travaux; si seulement ils eussent dû persuader la majorité des grands personnages ou les chefs des États de l'utilité de leur science, nous le savons, la chimie serait encore à naître; et il en serait à peu près de même de toutes les sciences. Or, le statisticien a ce malheur, et c'est une *condition essentielle de sa science*, de ne pouvoir opérer que sur de grands nombres, à la collection préalable desquels ses forces individuelles sont impuissantes et toute sa vie ne suffirait pas. Il faut donc qu'il attende ces matériaux du bon vouloir et de l'intelligence des

(1) Voir l'UNION MÉDICALE du 28 août 1855.

(1) Docteur Paul Broca, *sur les anévrismes*, ouvrage inédit.

sociétés. Telle est la cause réelle du lent avancement des études statistiques, et, par suite, de la résistance de certains esprits qui ne sont frappés de la valeur d'une science que lorsqu'elle est adulte et qu'elle a déjà donné ses fruits. C'est pourquoi il importait tant de solliciter vivement les gouvernemens :

1° A organiser partout, *et suivant les principes de la science*, les enquêtes statistiques instituées plus ou moins routinièrement et souvent dans un but purement fiscal;

2° A rendre cette organisation analogue dans tous les pays, afin que la comparaison des résultats, devenue possible, servît à étendre et à généraliser les déductions de la science;

3° A appliquer la statistique ainsi organisée *à tous les faits sociaux qui peuvent se traduire par des nombres.*

Tel a été le but des savans belges, auxquels appartient l'honneur d'avoir organisé le Congrès international de statistique dont la première session eut lieu à Bruxelles, en 1853. Dès lors, fut posée l'importante question des *causes de décès*, et MM. les docteurs William Farr, directeur de la statistique anglaise, et Marc-d'Espine, qui dirige la statistique médicale du canton de Genève, furent chargés d'élaborer un plan à présenter à la seconde assemblée, qui vient d'avoir lieu à Paris. Pendant cette dernière réunion, le plan proposé a été discuté par la première section qui a eu aussi dans ses attributions de dresser le cadre de la statistique des épidémies, de l'aliénation mentale, de l'idiotie et du crétinisme.

Nous allons dire les principaux résultats des importans travaux de cette section, qui constituent la partie médicale des œuvres du Congrès.

Dr Bertillon,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

(La fin prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 Septembre 1855. — Présidence de M. Guérard, vice-président.

Sommaire. — Analyse des principaux travaux publiés à l'étranger *sur les vers cestoïdes ou tænias*, par M. Lasègue. Discussion : MM. Barth, Guérard.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination de M. Seux au titre de membre correspondant.

M. Seux ayant obtenu l'unanimité des suffrages, est proclamé membre correspondant.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Lasègue communique à la Société une analyse des travaux publiés dans ces derniers temps *sur les vers cestoïdes ou tænias.*

Un des principaux problèmes physiologiques, dit M. Lasègue, que se sont proposés les helminthologistes modernes, est le suivant :

Chaque tænia est-il un animal unique ou un composé d'animaux ayant leur vie propre, une colonie de tænias?

Suivant Steenstrup, dont la théorie compte, en Allemagne, de nombreux partisans, les tænias sont des animaux composés, formés par l'assemblage de deux individus de nature différente; d'une part, un animal (tête) faisant fonction de nourrice, de l'autre, une série d'animaux alimentés au moyen par l'anneau nourricier, se développant graduellement jusqu'à leur maturité sexuelle et donnant au tænia la forme qu'on lui connaît. Le développement de l'animal a lieu par une sorte de bourgeonnement; chaque article nouveau, qui représente un bourgeon, se produit entre la tête et le bourgeon précédemment développé, de sorte que les anneaux de la chaîne sont d'autant plus âgés qu'ils s'éloignent davantage de la tête nourricière : les parties ainsi soudées l'une à l'autre dans leur génération successive peuvent se détacher et continuer à vivre isolément par groupes composés de plus ou moins d'articles.

Pour certains helminthologistes, Van Beneden en particulier, ces transformations ne sont pas seulement des effets du hasard, elles représentent l'évolution obligée de tout tænia qui passerait par les trois périodes successives : 1° période de larve ou tête vivant isolément; 2° période d'agglomération des articles ou colonie; et enfin 3° période de séparation des anneaux mûrs pour la génération. Or, ce qui constitue un point très curieux de l'histoire des tænias, c'est qu'il a été reconnu que les tænias vivent à l'état de larves dans des animaux chez lesquels ils n'atteindront jamais la seconde phase de leur développement. C'est ainsi qu'on trouve des larves de tænia dans des espèces invertébrées, bien qu'on sache que ces tænias ne vivent que chez les mammifères, sous forme de vers articulés. Le jour où l'on aura découvert l'itinéraire de l'embryon, ce jour-là on aura découvert la genèse véritable du ver parasite, et peut-être le moyen d'empêcher, par des mesures prophylactiques, son introduction dans l'économie. — A cet égard, plusieurs hypothèses ont été faites.

Parmi les états intermédiaires que les tænias peuvent traverser, il en est un dont on doit la découverte à Siebold.

En examinant les vers vésiculaires de la souris et du rat, Siebold y reconnut les larves du tænia du chat, et fut porté à penser que le tænia se développait probablement dans le canal intestinal du chat, quand la larve renfermée dans la souris y avait été introduite. De plus, et cette seconde hypothèse était moins heureuse, il explique la forme vésiculaire de cette larve par une aberration de nutrition, une sorte d'hydropisie.

Pour le docteur Kuchenmeister, le cysticerque n'est pas, comme le pensait Siebold, un embryon de tænia altéré par une aberration de nutrition et devenu hydropique, c'est une larve de tænia munie d'un organe (la vésicule caudale) destiné probablement à servir de réservoir nutrimentaire. L'état de ver vésiculaire représente donc un des degrés obligés de l'évolution de l'œuf du tænia. Pour le prouver expérimentalement, Kuchenmeister a donné à un animal une certaine quantité de cysticerques susceptibles de se développer dans l'intestin de l'animal en expérience ; puis, ayant tué l'animal qui a reçu la larve parasite, il constate dans quel temps et sous quelle forme s'accomplit l'évolution du tænia. Parmi les cysticerques ainsi ingérés, un petit nombre seulement parviennent à maturité; ceux-là surtout réussissent qui, d'après Kuchenmeister, ont la tête et les crochets bien constitués et bien détachés de la vésicule.

Tout récemment encore M. Van Beneden a fait une expérience concluante devant les membres de la commission chargée de décerner le prix de l'Académie des sciences en 1854. Voici cette expérience : le ver intestinal, que l'on désigne sous le nom *tænia serrata*, est très commun chez le chien adulte, mais ne se rencontre pas chez ces animaux au moment de la naissance. M. Van Beneden prit deux chiens nouveau-nés, les éleva dans les mêmes conditions, avec cette seule différence que l'un des chiens reçut avec ses alimens un certain nombre de cysticerques provenant des viscères du lapin, et que les alimens fournis à l'autre chien ne contenaient aucun ver de cette espèce. Ces deux animaux furent tués et ouverts. Le premier chien avait dans l'intestin grêle trois paquets de vers reconnus pour être le tænia serrata. Le second chien n'en renfermait aucun. Une autre expérience comparative donna des résultats semblables.

D'après M. Kuchenmeister, le tænia solium de l'homme n'échapperait pas à la loi commune ; il ne serait qu'un degré avancé du cysticerque du tissu cellulaire du porc. On a objecté que, dans plus d'un tiers de nos départemens, le cysticerque du cochon est très abondant et que cependant le ver solitaire n'y est pas commun. Mais on pourrait répondre que notre habitude de manger le cochon cuit détruit les larves dans l'animal qui les porte, tandis qu'en Allemagne, et surtout dans la Thuringe, où les habitans ont l'habitude de manger des tranches de cochon non cuites, le tænia est très commun.

M. Barth : Pendant les longues années que je faisais des cours d'anatomie pathologique, j'ai montré aux élèves des vers vésiculaires et chaque fois j'exprimais mon étonnement de l'analogie qui existe entre la tête du tænia armé et celle des vers vésiculaires ou échinocoques. Je me demandais alors s'il n'y avait pas autre chose qu'une simple analogie, toutefois je n'étais pas allé plus loin. Quant au fait de l'existence et des mouvemens de chacun des anneaux, c'est un fait intéressant pour les pathologistes. J'ai encore un anneau de tænia d'une dame qui m'avait consulté. Cette dame me disait qu'elle avait vu remuer de petits lambeaux de ver. Je l'engageai à faire des observations complètes, et, un jour, elle m'apporta des anneaux de tænia. Je proposai la décoction d'écorce de grenadier, avec la précaution d'employer le vrai grenadier et non le grenadier greffé, souvent infidèle. Cette dame, qui était de Provence, se fit envoyer du grenadier véritable et prit une décoction de 45 grammes qui la rendit fort souffrante. Un bothriocéphale fut expulsé.

J'ai eu à soigner une jeune fille de 17 ans, atteinte de tænia, depuis morte phthisique. Elle buvait de l'eau de Lourcq non filtrée, et je me suis demandé si ce n'était pas la cause de la maladie. Je lui ordonnai 45 grammes d'écorce de racine de grenadier et elle rendit six tænias qui furent examinés avec grand soin au microscope. Quelques semaines plus tard, cette jeune fille encore un peu tourmentée, reprit de l'écorce vermifuge et rendit un septième tænia. On sait, du reste, que, chez les chiens, on a trouvé souvent plusieurs tænias à la fois.

M. Lasègue : Des expériences suivies on été faites sur les résultats thérapeutiques des principaux tænifuges. La plupart des expérimentateurs sont arrivés à cette conclusion qu'il fallait instituer une médication quelle que fût la substance employée (kousso, grenadier, fougère mâle, etc.). Or, la médication se compose de régime variable suivant les pays (lait, harengs), et de purgations. Il faut reconnaître, du reste, qu'il y a des différences individuelles très remarquables; quelques malades sont débarrassés avec une extrême facilité et d'autres très difficilement. Il est de remarque que le ver solitaire n'est pas toujours armé de la même façon, et on a supposé que l'animal, en vieillissant, perdait ses crochets. Mais il n'est pas d'observation que plus le tænia existe depuis longtemps, plus il est facile de l'expulser. On a encore pensé qu'il y avait une sorte de mue de crochets, analogue à la mue du bois, chez certains animaux ; que si on pouvait en connaître l'époque précise, la chance d'expulsion serait plus grande, et qu'il faudrait choisir ce moment pour administrer le médicament; mais c'est là une pure hypothèse.

M. Guérard : Une pratique assez généralement suivie consiste à donner d'abord un purgatif pour débarrasser l'intestin, après quoi on administre le vermifuge. Un autre point important, quand on se sert de la racine de grenadier, c'est d'administrer, ainsi que le faisait remarquer tout à l'heure M. Barth, l'écorce de racine de grenadier sauvage. D'une manière plus générale, on pourrait dire que si les médicamens paraissent quelquefois moins réussir, c'est quand les plantes qui les fournissent, n'étant plus récoltées dans les pays où elles croissent naturellement, ont perdu par la culture une partie de leurs propriétés.

Les faits qu'a rappelés tout à l'heure M. Lasègue méritent de fixer l'attention. Il y a dix à douze ans, un jeune naturaliste, M. Émile Blanchard, adoptant l'opinion professée par M. Milne Edwards dans ses cours de la Faculté des sciences, pense que le *bothriocéphale*, endémique dans certaines parties de la Suisse, doit son origine aux œufs de ces animaux, lesquels œufs se trouvent mêlés aux matières fécales que l'on a coutume de répandre sur les terres pour les fertiliser : un certain nombre de ces œufs, *entraînés avec les végétaux, peuvent être ainsi avalés au moins accidentellement.* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. xxvi, p. 355.) — Je ne crois pas, dit M. Guérard, nécessaire de faire intervenir ici les végétaux employés à la nourriture de l'homme : plusieurs objections pourraient être faites contre cette explication. Il me semble plus simple d'admettre que ces ovules, mêlés à la poussière des champs, sont disséminés par le vent et introduits ainsi dans les voies digestives de l'homme. On sait, en effet, que M. Ehrenberg a démontré la présence, dans la poussière de nos maisons, de débris de plusieurs infusoires microscopiques, et, de plus, les travaux de Spallanzani sur le *rotifère*, et ceux récemment publiés par M. Davaine sur les animalcules qui occasionnent la *nielle des blés*, prouvent que la vitalité se conserve fort longtemps dans ces êtres, malgré un état de dessiccation complète. Humectés, ils ne tardent pas à reprendre le mouvement qu'ils perdent de nouveau par la dessiccation, pour le reprendre sous l'influence de l'eau. Les ovules de tænia et de bothriocéphale doivent pouvoir se dessécher, sans perdre, pour cela, la faculté de se développer sous l'influence d'un milieu convenable.

Le secrétaire, Dr Hérard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séances du mois d'Octobre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Sommaire. — Ostéosarcôme du pouce. — Plaie pénétrante de l'articulation du coude. — Chancre et chancroïde. — Tumeur parotidienne. — Blessure de la prostate. — Gangrène spontanée. — Atrophie testiculaire. — Tumeur érectile.

Ostéosarcôme du pouce.

M. Huguier a montré à la Société un malade atteint de cette affection. Voici dans quelles conditions la maladie s'est développée : Il y a déjà huit ans, que l'ongle du pouce de la main gauche a commencé à noircir; puis, après deux ans, l'ongle est tombé, et, à la place de l'ongle, est restée une ulcération qui fut cautérisée à plusieurs reprises; sous l'influence de ce traitement l'ulcération se cicatrisa. Il y a huit mois, apparition d'une tumeur sur la face dorsale de la 1re phalange du pouce; la tumeur augmente, au point qu'aujourd'hui elle occupe toute la face dorsale du pouce, depuis la racine du doigt jusqu'au sillon unguéal; qu'elle a atteint le volume et la forme d'un œuf. Elle présente une sensation de fausse fluctuation ; la peau qui la recouvre est amincie, bleuâtre, vasculaire. Elle est surmontée de trois escharres noires, conséquence d'une application de caustique, faite il y quelques jours. Ajoutons que la tumeur est le siége de douleurs lancinantes. A l'avant-bras, du même côté, vers le milieu de la face antérieure d'une part, vers la région épitrochléenne de l'autre, on rencontre une petite tumeur. Une masse ganglionnaire se trouve dans la partie la plus profonde de l'aisselle.

Plaie de l'articulation du coude.

M. Ceccaldi a également présenté un malade atteint d'une lésion fort grave. Un coup de sabre a divisé l'olécrâne et ouvert largement l'articulation du coude. Contrairement aux prévisions les plus rationnelles, cette plaie n'a pas été suivie d'accidens sérieux. Sous l'influence d'une émission sanguine et d'irrigations continues, la plaie était guérie au bout de 46 jours; les mouvemens de l'articulation ont conservé leur jeu à peu près normal.

Considérations nouvelles sur le chancre infectant et le chancroïde.

M. Clerc a donné lecture de ce travail qui a été inséré en entier dans le numéro du 25 octobre de l'Union Médicale.

Tumeur de la région parotidienne.

Pièce d'anatomie pathologique présentée par M. Gosselin ; la tumeur a le volume du poing ; elle était peu douloureuse, mobile sur les couches sous-jacentes, d'une mollesse simulant la fluctuation. L'extirpation en a été facile, grâce à la laxité du tissu cellulaire et à la présence d'un kyste au-dessous de la production morbide. L'examen microscopique de la tumeur a permis de reconnaître qu'il s'agissait d'une hypertrophie avec une production fibro-cartilagineuse au centre de la tumeur.

MM. Larrey, Verneuil, Broca, Giraldès, Richard ont cité des exemples d'enchondrôme de la région parotidienne.

Blessure de la prostate dans la ponction vésicale sus-pubienne.

Le titre de cette observation surprendra singulièrement ; mais on sera moins étonné si on réfléchit à certaines variétés présentées par l'hypertrophie de la prostate. Dans le cas, en effet, où cette hypertrophie porte principalement sur le lobe moyen, ce dernier proémine fortement dans la cavité vésicale, et l'on comprend, dès lors, que si la pointe du trocart, pendant la ponction, est trop inclinée du côté de la symphyse pubienne, il pourra en résulter une blessure de la prostate. C'est effectivement ce qui est survenu dans un cas qui a été relaté par M. Cazenave, de Bordeaux. M. Monod a fait remarquer que, pour éviter une pareille lésion, en cas d'engorgement prostatique, il faudra diriger la pointe du trocart qui sert à faire la ponction de la vessie, un peu de bas en haut, et qu'un trocart droit sera préférable à un trocart courbe.

Gangrène spontanée multiple.

Le malade qui est le sujet de cette observation a été présenté par M. Vidal. C'est un jeune homme âgé d'une vingtaine d'années, d'une bonne constitution, fumiste de son état. Il y a deux ans, blennorrhagie; quelque temps après, à la suite d'un excès alcoolique, il se développe sans cause appréciable une gangrène de la verge; au bout de huit jours, le membre viril était complètement détaché. Quelque temps après, formation d'une escharre dans la région parotidienne; plus tard encore, escharre au bras gauche. Ces escharres se sont développées sans être accompagnées ni de douleur ni d'accidens.

M. Huguier cite un cas de gangrène spontanée de la verge observée par lui, en 1828, dans le service de Cullerier; cette gangrène se manifesta dans le cours d'un accès de fièvre intermittente. M. Huguier se demande si les escharres multiples qui se sont développées chez le malade de M. Vidal ne se rattachent pas à la présence de tumeurs gommeuses, ainsi qu'il l'a observé sur une femme de son service à l'hôpital de Lourcine.

M. Lenoir et M. Demarquay citent le fait d'une jeune femme qui fut affectée, sans cause appréciable et à diverses reprises, d'escharres occupant la cuisse, l'avant bras, la jambe.

M. Vidal ne croit pas qu'il soit possible de rattacher ces escharres à des tumeurs gommeuses, en raison de leur limitation exacte à la peau; les escharres succédant aux gommes comprenant le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Guersant croit devoir rapporter le développement de la gangrène spontanée de la verge, dans certains cas, à des excès vénériens.

Suivant M. Chassaignac, le nom de diathèse gangréneuse ne convient qu'aux cas dans lesquels les manifestations de gangrène sont séparées par des intervalles où la santé est tout à fait intacte. Lorsque le sphacèle apparaît à la même époque, ou à des intervalles très courts, en plusieurs points du corps, c'est une seule et même affection et nullement une diathèse.

Orchite suivie d'une atrophie du testicule.

M. Guersant a montré un malade âgé de 14 ans, chez lequel une orchite traumatique a été suivie d'une atrophie du testicule enflammé. Du côté opposé, il existe un varicocèle ; or, dans le but de prévenir l'atrophie du testicule correspondant à la dilatation veineuse, M. Guersant se demande s'il ne serait pas convenable d'opérer tout de suite le varicocèle.

M. Vidal donne son adhésion à cette dernière proposition ; M. Verneuil cite un cas d'arrêt de développement du testicule par suite d'hydrocèle aiguë, chez un enfant de 12 ans. M. Chassaignac fait remarquer la rareté du varicocèle dans le jeune âge et signale la possibilité de confondre cette affection avec une épiplocèle congéniale.

Tumeur érectile guérie par des applications de perchlorure de fer.

Cette observation a été envoyée à la Société par M. Leclerc, médecin à Roullac. En voici le précis :

Enfant de 12 à 13 mois, affecté d'une tumeur érectile congéniale, formée dans le principe d'une petite tache occupant la partie antérieure de l'oreille du côté droit, ayant envahi plus tard une grande portion du pavillon de l'oreille et même la région parotidienne.

Des plumasseaux de charpie, imbibés de perchlorure de fer, furent appliqués sur la tumeur et maintenus au moyen d'un bandage approprié. Ce traitement fut continué pendant deux mois. Pas de douleur, pas d'action caustique exercée par le perchlorure. Peu à peu, diminution dans le volume de la tumeur qui a complètement disparu au bout de deux mois de traitement.

M. Verneuil fait remarquer que le mode de traitement suivi par M. Leclerc s'éloigne du procédé suivi jusqu'à présent. On a bien employé le perchlorure de fer, dans le but de guérir les tumeurs érectiles; mais, ou bien le liquide était porté dans la trame de la tumeur, ou bien il était appliqué à l'extérieur, mais à la condition que l'épiderme fût au préalable détaché par un vésicatoire.

M. Chassaignac admet deux sortes de taches de naissance; les unes constituées par des vaisseaux, les autres par un tissu spongoïde, mollasse, sans vascularisation. Il cite une guérison obtenue dans un cas de cette dernière espèce, au moyen de trois applications successives de potasse caustique.

M. Guersant partage l'opinion de M. Chassaignac sur l'efficacité des caustiques dans les cas de ce genre.

M. Giraldès croit que le perchlorure de fer n'a d'action efficace qu'autant que le derme a été mis à nu; le liquide peut être employé sans aucun danger, surtout lorsqu'on le manie convenablement. Quelquefois il survient un peu d'inflammation, ou bien il se développe quelques petits abcès circonscrits; phénomènes de médiocre importance sans dangers pour le patient.

(La fin à un prochain n°.) Fano.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Nous recevons la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

« Mon cher ami,

» M. le docteur Longet et moi recommandons instamment une souscription en faveur d'un honorable confrère privé de toute espèce de ressources et tombé dans la plus extrême misère, avec une femme et un enfant en bas-âge, par suite d'infirmités les plus graves, qui l'ont mis dans l'impossibilité absolue de se livrer à aucune espèce d'occupation.

» Cette souscription a pour but de réunir une certaine somme, qui mette la femme de notre confrère en mesure de pouvoir s'occuper activement, seul espoir qui reste à cette malheureuse famille.

» A vous, L. Cerise. »

Quatrième liste. — MM. Lerma, 10 fr. ; un anonyme de Troyes, 5 fr. ; Ducos, 10 fr. ; Berthé, à Cercoux (Charente-Inférieure), 10 fr. ; Frère, pharmacien, 10 fr. ; Carrère, 20 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 139. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 22 Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,
1 An. 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 21 NOVEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'antiquité a-t-elle eu une doctrine de la révulsion? Les modernes en ont-ils une et, si oui, en quoi est-elle semblable à la doctrine antique, en quoi diffère-t-elle de celle des anciens? Les moyens dits révulsifs, employés par les anciens, différaient-ils de ceux employés par les modernes, et les indications de leur emploi ne sont-elles pas les mêmes aujourd'hui qu'autrefois? Tels sont les trois points que M. Bouvier a voulu traiter hier et qu'ils a développés dans un des plus savans discours que l'Académie ait entendus.

L'antiquité médicale était en possession, dès avant Hippocrate, d'une doctrine de la révulsion. Cette doctrine a traversé les siècles; elle subsiste encore et ne diffère de celle des anciens que par des détails de forme et d'expressions. Les moyens révulsifs qu'employaient les anciens sont ceux que nous employons encore aujourd'hui et les indications sont restées les mêmes. Telles sont les solutions données par M. Bouvier aux questions qu'il avait posées.

C'est, comme on le voit, la contre-partie du discours de M. Malgaigne et jamais antagonisme ne fut plus accentué.

Qui mettra d'accord des opinions si opposées? Qui rapprochera des idés si divergentes? sera-ce M. Bouillaud, qui a retenu la tribune pour mardi prochain? Espérons-le. C'était aussi notre ambition de tenter la conciliation des deux principaux orateurs qui ont jusqu'ici supporté le poids de ces débats. Mais l'espace nous manque aujourd'hui, absorbé qu'il est encore par M. Malgaigne et par son discours de rentrée de la Faculté de médecine. A peine nous en reste-t-il assez pour signaler une vive, piquante et spirituelle réplique de M. Bonley, qui a tenu à rétablir dans leur signification véritable des opinions légèrement dénaturées par les railleries de M. Malgaigne.

Au commencement de la séance M. Gibert a fait un rapport favorable sur plusieurs observations de maladies graves et rebelles, adressées par M. Gillebert-d'Hercourt, de Lyon, traitées avec succès par l'hydrothérapie. L'occasion était belle et opportune de discuter l'hydrothérapie, ce moyen de révulsion par excellence. Mais personne n'a demandé la parole.

M. Rigal, de Gaillac, membre correspondant, a un instant occupé la tribune pour revendiquer en sa faveur la priorité de l'application du caoutchouc pour rétablir les mouvemens des membres après la section des muscles.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Novembre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur FIÉVET, de Carlepont (Oise), sur un mode de traitement qu'il emploie contre le choléra. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un mémoire de M. le docteur GREVIN, de St-Félix, sur la simplification des accouchemens difficiles et les plus laborieux. (Comm. MM. Cazeaux, Depaul, Moreau.)

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 en Corse. (Commission de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des communications suivantes :

Un mémoire de M. le docteur TIGRI, professeur d'anatomie à Vienne, *sur la diathèse phlogistique.* (Com. MM. Blache et Poiseuille.)

— Un mémoire de M. le docteur PUECH, de Toulon, sur un *monstre double.* (Com. MM. Depaul et Desportes.)

— Un mémoire supplémentaire sur le traitement de la cholérine et du choléra, par M. L. ORANGE, médecin à Saint-Eugène, près Alger. (Comm. MM. Michel Lévy et Blache.)

— Un travail de M. le docteur BARDINET, de Limoges, intitulé : *De l'héméralopie observée en Limousin.* (Comm. MM. Cloquet et Robert.)

— Une note de M. le docteur BEREND, de Berlin, sur une *méthode d'extension brusque* appliquée à la guérison des difformités, suite de la coxite rhumatismale. (Comm. MM. Velpeau et Robert.)

— M. GIBERT fait hommage à l'Académie, au nom de M. Bayle, agrégé libre de la Faculté, du premier volume d'un ouvrage que cet auteur vient de publier sous le titre : *Traité élémentaire de pathologie médicale, écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique.* Ce premier volume comprend l'histoire des fièvres et des phlegmasies. M. Gibert expose les différences qui séparent des doctrines anatomo-pathologistes aujourd'hui régnantes le vitalisme hippocratique, dont l'idée principale est résumée dans ces paroles : *Medicus naturæ minister et interpres.*

— M. BLACHE dépose sur le bureau un ouvrage offert à l'Académie par M. HOUDIN, qui a pour titre : *De la surdi-mutité,* et qui résume les discussions soulevées à ce sujet au sein de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Desrones, l'un de ses membres.

M. GIBERT donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. GILLEBERT-D'HERCOURT, intitulé : *De l'hydrothérapie dans le traitement de la surexcitabilité nerveuse.*

Sous ce nom de *surexcitabilité nerveuse*, l'auteur désigne ce que d'autres appellent spasmes, vapeurs, hypochondrie. M. Gibert, qui déclare être grand partisan de l'hydrothérapie dans le traitement d'un grand nombre de maladies, donne des éloges à la sagacité avec laquelle M. Gillebert-d'Hercourt a su appliquer aux affections nerveuses, les ressources de ce mode de traitement. Il insiste particulièrement sur deux observations qui établissent l'extrême utilité de ce traitement. Les conclusions de ce rapport sont les suivantes : Une lettre de remercîmens sera adressée à l'auteur pour son intéressante communication; et son mémoire renvoyé au comité de publication, comme un document précieux pour la thérapeutique. (Adopté.)

M. RIGAL a la parole. Le chirurgien de Gaillac rappelle qu'en 1840 il a énoncé l'idée-mère des appareils en caoutchouc dont on fait aujourd'hui un fréquent usage sans en attribuer l'invention à qui de droit; que, dès 1841, il en a lui-même fait l'application. Les tissus élastiques sont en quelque sorte de la fibre musculaire artificielle, et quand elle fait défaut ils y suppléent merveilleusement. M. Rigal rapporte à ce propos l'observation du nommé Letenneur, recueillie par le docteur Astrié, jeune médecin prématurément enlevé à la science. Il s'agit d'un homme chez lequel la section du nerf tibial antérieur avait entraîné l'immobilité des muscles auxquels se distribuent les branches de ce nerf, et conséquemment une extrême difficulté de la marche; un appareil très simple, formé à l'aide de bandes élastiques, permit au malade de recouvrer les mouvemens de la jambe.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton. — M. Bouvier a la parole.

M. BOUVIER : En vérité, disait Caton d'Utique, au rapport de Plutarque, nous avons un consul bien plaisant! Ces paroles s'appliquaient à Cicéron plaidant alors très agréablement contre Caton lui-même qu'entraînait le rire général de l'auditoire. Ne pourrais-je pas appliquer ces paroles de Caton à M. Malgaigne? Pourtant, je vais m'efforcer de répondre sérieusement à un discours moins sérieux qu'agréable.

Avant tout, rétablissons les rôles tant soit peu intervertis par mon collègue. M. Malgaigne, d'un de ces airs superbes que vous connaissez, m'a dit que j'avais besoin de guide dans le champ de l'érudition et que ces guides m'égaraient, tandis que lui se passe d'autorités, la sienne lui suffit. Quoi! c'est moi qui dans les écrits des anciens marche comme dans les ténèbres? Moi qui ai fait connaître à mon collègue les chapitres de Galien, qu'il niait et qu'il a fini par vous citer; moi qui lui ai fait lire dans Hippocrate cette révulsion (antispasis), cette dérivation (parocheteusis) qu'il ny voulait pas voir! Non, nos rôles les voici : à M. Malgaigne la verve railleuse, les spirituels lazzis, à moi la douce tâche de le ramener au vrai et au sensé quand il s'en écarte dans cette discussion.

M. Malgaigne a promis de me rendre le même service, de rectifier mes erreurs. Est-ce au sujet de Rhazès que mon collègue a pris sa revanche? Il vous a dit que le livre *De cauteriis*, etc., n'était pas de Rhazès, et cela parcequ'il n'est pas mentionné dans le catalogue de Ebn Giolgiol. Or, il n'y a pas de catalogue des ouvrages de Rhazès par Ebn Giolgiol! M. Malgaigne a vu ce nom dans Casiri et, dans sa précipitation, il l'a pris pour l'auteur du catalogue placé quelques lignes plus bas et tiré de la *Bibliothèque arabe des philosophes* par un anonyme! Est-ce avec des recherches ainsi improvisées qu'on peut décider de l'authenticité d'un écrit? Pour trancher de pareilles questions, il ne faut rien moins qu'un travail de bénédictin, aussi ardu que celui qu'a coûté à M. Daremberg la recherche de l'auteur de la glose dite des *Quatre maîtres.*

Mais, dit mon honorable collègue, qu'est-ce que le *sectorium?* Je serais, selon lui, fort embarrassé pour prouver que c'est un séton. Les autorités ne me manqueraient pas, Fienus, Severin, Glandorp, — Glandorp, Messieurs, que notre collègue relègue dans les bas-fonds de la litterature médicale! Et cependant si M. Malgaigne daignait y jeter un coup d'œil, le livre des fonticules et des sétons lui apprendrait quelque chose. — Mais je n'ai pas besoin d'invoquer ces témoignages. *Sectorium* veut dire séton, parce qu'il est synonyme de *sectio*, et que ce dernier mot est employé par Lanfranc comme synonyme de *seto*; il signifie séton, parce que les arabistes, les auteurs de la Glose, par exemple, copiant le petit livre de Rhazès, écrivent partout *seto* pour *sectorium.* La mèche n'est pas nettement indiquée dans le traité de Rhazès, puisque le procédé opératoire n'est pas décrit; je l'ai déjà dit, j'en conviens encore une fois.

Arrivons à la question capitale, à la révulsion des anciens.

M. Malgaigne me suit comme à regret dans cette évocation des anciens; il semble n'admettre les textes qu'à son corps défendant; aussi en a t il omis les trois quarts. Selon lui, Hippocrate n'aurait parlé de la révulsion et de la dérivation que dans le livre *Des humeurs*, et Galien que dans ses commentaires sur ce même livre. Mais il en est encore question dans le *Traité des lieux*, dans le livre *Des songes*, dans le livre *Des affections*, dans le 6me livre *Des épidémies*; dans le *Methodus medendi* de Galien, dans les livres *Ad glauconem*, *De venæ sectione*, *De sanitate tuenda*, dans les commentaires sur les aphorismes d'Hippocrate, sur les *Prorrhétiques*, sur le 6e livre *Des épidémies*, etc.

Le livre *Des humeurs*, prétend notre collègue, n'est pas d'Hippocrate. Cela importerait très peu; ce livre est antérieur à Galien; donc il fait partie de la doctrine des anciens. Le traité *Des humeurs* fait mal au cœur à notre collègue; c'est, suivant lui, du Nostradamus. Voilà de ces impressions, de ces sensations qui ne se commandent pas. M. Malgaigne nie que ce qui se rapporte à la révulsion soit d'Hippocrate; mais quand je vois Galien considérer Hippocrate comme l'*inventeur* de la révulsion, de la dérivation, j'ai quelque peine à croire plutôt M. Malgaigne qui affirme le contraire.

Mon honorable collègue repousse les autorités quand elles le gênent, mais il les accepte quand elles lui paraissent favorables. C'est ainsi qu'à l'appui de son appréciation des *rêves* de Galien il a cité M. Daremberg et Watts. Par malheur, il a fait dire à M. Daremberg tout autre chose que ce qu'il dit; et quant à Watts, M. Malgaigne semble ne l'avoir pas lu du tout. Il a extrait de l'article de M. Daremberg une phrase qui ne rend nullement la pensée de l'auteur anglais. Je dépose ici une note extraite de l'ouvrage de M. Daremberg, qui rétablit le sens de son texte; j'y joins un extrait que j'ai fait du livre de Watts. On jugera.

Relativement à Celse (que je place après Galien selon l'ordre logique et non chronologique), je dois des remercîmens à M. Malgaigne de m'avoir fourni un passage qui, avec ceux que j'ai produit, complète un ensemble parfaitement concluant. Énoncé général d'une classe de moyens servant à attirer le mal au dehors, *evocare;* examen particulier de cette classe; comme exemple, moutarde, sel, raifort, etc., qui érodent le corps et tirent au dehors ce qui nuit, *quod mali est extrahunt*, enfin prescription vingt fois répétée de ces moyens dans l'histoire particulière des maladies; rien n'y manque.

J'ai dit que Celse repoussait en partie la saignée révulsive (ce qui prouve, par parenthèse, qu'elle était déjà inventée de son temps). M. Malgaigne prétend qu'il la rejette complétement. Cela n'est pas exact. Celse l'admet clairement dans les cas d'hémorrhagie : « Personne, dit-il, ne met de ventouse du côté opposé au point malade, si ce n'est *pour faire diversion* dans un écoulement de sang. »

M. Malgaigne dédaigne ma citation de Pline, « commérage d'un écrivain du grand monde! » Il faut que cette citation ait une grande valeur pour que mon honorable collègue n'y ait pas trouvé d'autre réponse. Est-ce à M. Malgaigne qu'il est besoin de dire que dans l'antiquité, un naturaliste, un philosophe, était au courant des idées médicales de son temps? que le langage de Pline ne fait que refléter la langue médicale d'alors? Un de nos savans confrères, une des plus vives lumières de notre jeune génération chirurgicale, retraçait l'autre jour le tableau de cette branche de l'art à Rome. Où croyez-vous qu'il puisait quelques-uns de ses renseignemens les plus précieux? dans la vie et les écrits de Caton l'ancien!

Notre collègue a passé sous silence Cælius Aurelianus, Aétius, Arétée et bien d'autres; — sans doute dans le désir de ménager les instans de l'Académie. J'imiterai cette réserve.

Quelle thèse, en définitive, M. Malgaigne a-t-il soutenue? Permettez que je recueille un instant mes souvenirs. M. Malgaigne se retourne si vivement qu'on a à peine le temps de classer dans sa mémoire toutes les transformations de sa pensée. Procédons par ordre.

J'avais dit que le séton dérivait de la grande idée de la révulsion que nous a léguée la médecine antique. M. Malgaigne, pour me réfuter, déclare que les anciens n'avaient pas l'idée de la révulsion, et que naturellement le séton ne pouvait dériver de cette idée. Première phase de son argumentation.

J'accumule les textes pour prouver qu'il y avait une révulsion chez les anciens, et que, de plus, elle est à peu de chose près la nôtre. Alors M. Malgaigne fait volte-face : il abandonne sa première assertion et se borne à dire que *la révulsion des anciens* (il y en a donc une maintenant?) ne ressemble guère à la nôtre; ce sont, vous le savez, les paroles du *Bulletin.* Deuxième phase de l'argumentation de M. Malgaigne.

Mon honorable collègue reprend la parole. Il n'est plus question de l'analogie ou de la différence entre la révulsion des anciens et celle des

modernes. C'est cette fois la *doctrine* de la révulsion qui est en jeu. Les anciens n'en avaient pas; les modernes n'en ont pas davantage. Dès lors il ne reste rien à comparer. Aussi M. Malgaigne ajoute-t-il simplement que les *exutoires* des anciens, ces mêmes exutoires qu'il niait quelques jours auparavant, avaient un autre but que les nôtres. Troisième phase. Nous en sommes là.

J'ai donc à m'occuper, dans l'état actuel de la discussion, des questions suivantes :

1° Existe-t-il une doctrine de la révulsion, de la dérivation dans la médecine antique?

2° Jusqu'à quel point ressemble-t-elle à celle des modernes, si tant est qu'ils en aient une?

3° Les exutoires, en particulier, ont-ils un but différent chez les anciens et chez les modernes?

Première question. — Existe-t-il une doctrine des anciens sur la révulsion et la dérivation.

D'abord qu'est-ce qu'une doctrine? N'est-ce pas un ensemble de faits systématisés, c'est-à-dire rapprochés par un point commun, par un fait général qui montre leur affinité, leur origine semblable? Les idées des anciens sur la révulsion et la dérivation offrent-elles ce caractère d'ensemble?

Qui pourrait en douter? La base de leur doctrine, la voici : Il se fait très fréquemment dans le corps malade des mouvemens, des déplacemens du mal ou de sa cause immédiate; ces mouvemens, quelquefois nuisibles, sont souvent favorables et procurent la guérison, l'art peut les provoquer dans ce sens. De ce fait les anciens déduisirent une méthode thérapeutique qu'ils appelaient tantôt révulsive, tantôt dérivative. De là l'*avertere*, l'*evocare* de Celse, l'*antispasis*, le *parocheteusis* d'Hippocrate et de Galien. La doctrine ainsi créée, restait à poser les règles de son application. Les anciens n'y ont point failli. L'observation leur apprit les rapports d'opposition réciproque qui se montrent entre les membres inférieurs, l'intestin, le rectum, l'anus, la vessie, l'utérus, et les membres supérieurs, la tête, le cerveau, les yeux, les oreilles, la gorge, les poumons, l'estomac; entre le crâne et la face, le derrière de la tête, du cou, et le cerveau, les yeux, les oreilles; entre les régions du dos, des lombes et les parties antérieures du tronc, les poumons, l'estomac, l'intestin, la vessie, l'utérus; entre les membres droits et ceux du côté gauche; l'opposition qu'on observe entre la peau et l'intestin, entre la surface du corps et les régions profondes. Ils allèrent plus loin, ils découvrirent jusqu'aux relations mystérieuses de l'utérus et des mamelles. Ils virent que des parties voisines les unes des autres se trouvaient unies de manière que la maladie de l'une pouvait être détournée sur l'autre, et se dissiper par cette voie. Tels sont le nez à l'égard du cerveau, des yeux, de la gorge; le rectum à l'égard de la vessie, *et vice versâ*. Une autre influence du voisinage, et qui ne leur a pas échappé, c'est qu'en attirant le mal vers une partie trop rapprochée ou trop étroitement liée à l'organe malade, on risque d'accroître la maladie, danger qu'ils savaient n'être pas le même ni dans toutes les maladies, ni à toutes les périodes de l'affection.

De ces notions découlait une série de principes pratiques applicables aux hémorrhagies, aux flux, aux hydropisies, aux fluxions, aux névroses, etc. Ils exposent la méthode avec détail à propos des maladies de chaque organe en particulier, et suivant qu'elles sont aiguës ou chroniques, qu'elles sont à leur début ou arrivées à une période plus avancée; enfin suivant les tendances que la nature manifeste vers une issue par telle ou telle voie.

Est-ce assez? Faut-il ajouter qu'ils avaient mis le même soin à choisir les moyens propres à opérer la dérivation, la révulsion?

M. Malgaigne ne veut voir dans tous ces moyens que des *évacuans*. Les évacuans sont en effet de grands moyens de révulsion, de dérivation. Mais d'abord les anciens attribuaient même aux purgatifs une action tantôt simplement évacuante, tantôt évacuante et révulsive ou dérivative. En second lieu, la ligature des membres, les frictions, les sinapismes, les pédiluves, rangés parmi les révulsifs, ne sont assurément pas des évacuans.

Mais, objecte mon honorable collègue, dans cette doctrine des anciens, il y a des contradictions, des obscurités, des imaginations. Ce n'en est pas moins une doctrine, c'est-à-dire, sur la plupart des points, la pure systématisation de faits réels, incontestables.

La principale difficulté, dans l'interprétation de la doctrine des anciens sur ce sujet, c'est la distinction souvent subtile entre la dérivation et la révulsion. Aussi les modernes ont-ils sagement pris le parti de confondre ces deux choses.

Ma conclusion sur la première question que j'ai posée, c'est qu'on ne peut la résoudre que par l'affirmative. Oui, les anciens avaient une doctrine, des principes touchant la révulsion, la dérivation.

Deuxième question. Jusqu'à quel point la doctrine, les principes des anciens sur la révulsion et la dérivation sont-ils les mêmes que nos doctrines, que nos principes, si tant est que nous en ayons?

Dans la médecine moderne, M. Malgaigne, après les arabistes, ne trouve à citer qu'une polémique sur la saignée, puis Ambroise Paré, puis Barthez. Au lieu du chirurgien Paré, notre collègue aurait pu nous rappeler le médecin Fernel. Si M. Malgaigne avait lu ce que dit Fernel des *attractifs* ou *elctiques*, il n'aurait pas opposé cette classe de médicamens aux révulsifs, car on leur attribuait précisément la propriété de dériver ou de révulser.

La découverte de la circulation ne fit nullement oublier la doctrine des anciens, et, depuis Fernel jusqu'à nos jours, on trouve une série non interrompue de partisans des méthodes curatives dont il s'agit. Il suffit de nommer pour le 17e siècle : Sennert, Rivière, Willis, Ruysch, Ettmüller, Stahl, Baglivi. Les saignées dérivatives et révulsives furent seules l'objet de discussions animées, à la suite desquelles l'opinion déjà professée par Celse finit par l'emporter sur l'autorité de Galien; mais la doctrine de la révulsion dans son ensemble n'en souffrit aucune atteinte.

Ces disputes sur la saignée, qui remplissent une partie du 18e siècle, ne firent pas perdre de vue ce que la dérivation, la révulsion avaient de vraiment utile. Les professeurs des facultés firent soutenir sur ce sujet de nombreuses thèses; les plus connues sont celles de Goelike; l'une d'elles, de 1709, est une réponse aux novateurs, *neoterici*, aux partisans de Van Helmont, aux Malgaignes du temps qui déclaraient l'ancien dogme de la révulsion, de la dérivation extravagant, absurde, ridicule, *insanum, absurdum, ridiculum.* Ce sont toujours les mêmes arguments et les mêmes termes, vous le voyez.

Les Morgagni, les Dehaën, les Boerhaave, les Van Swieten, les Cullen, vengèrent de nouveau les anciens en proclamant leurs principes et en affirmant les bons effets de leur application.

Ainsi se trouve comblé ce vide de deux siècles que M. Malgaigne a cru voir dans l'histoire de la révulsion.

Arrivons à Barthez. A en croire M. Malgaigne, les travaux de cet auteur sont les seuls parmi les modernes qui contiennent une doctrine de la révulsion; M. Malgaigne les traite, d'ailleurs, comme les écrits de Galien, de *savantes billevisées!* Il oublie de nous dire si ces principes modernes sont semblables ou non à ceux des anciens.

Je ne veux pas défendre Barthez, dont la renommée a d'autres fondemens que son Mémoire sur les Fluxions, d'ailleurs trop sévèrement jugé par notre collègue; mais je déplore qu'à cette occasion M. Malgaigne ait voulu réveiller de vieilles rivalités entre l'école de Paris et celle de Montpellier; réunissons-les plutôt, ces deux écoles, la science et l'humanité y gagneront.

Mais le mémoire de Barthez, quoi qu'en dise M. Malgaigne, ne représente nullement les idées actuelles de la révulsion. La doctrine moderne sur ce point de science et de pratique se trouve, en premier lieu, dans le *Traité de l'inflammation* de J. Hunter. Pinel et notre savant collègue M. Bricheteau, Broussais et ses élèves, Guersant, M. Roche, ont successivement perfectionné cette œuvre, couronnée par les monographies de MM. Sabatier, Cazenave et Marotte. Voilà les sources auxquelles M. Malgaigne aurait dû puiser les principes modernes de la méthode révulsive.

En quoi ces principes diffèrent-ils de ceux des anciens?

Par le langage, par des rectifications, des additions. Le fond est le même. Le phénomène intime de la révulsion nous échappe. Comment désigner ce quelque chose qui semble se déplacer ou s'évanouir par l'effet de la révulsion? Les anciens l'appelaient *vice, vitium*, ce qu'il y a de mauvais, *quod mali est*, ce qui produit la maladie. Mais l'esprit humain allant toujours au delà de ce qu'il voit, à la place du *vice*, on met les *humeurs*. Barthez fut le dernier représentant de cette doctrine humorale. Faut-il faire un crime à Galien d'avoir imprimé cette forme au langage médical? Qui sait si nous n'eussions pas fait pis à sa place?

De nos jours, on a chassé les humeurs. Fort bien. Comment les a-t-on remplacées? Hunter se borne d'abord à définir la révulsion : cessation d'une action morbide dans une partie par suite de la production d'une action dans une autre partie. Ailleurs pourtant il se risque un peu plus : les révulsifs et les dérivatifs agissent probablement en faisant cesser l'*irritation* d'une partie par la naissance d'une autre *irritation*. La définition de Broussais est calquée sur cette dernière explication : les auteurs modernes admettent l'une ou l'autre; ou se servent des mots congestion, fluxion (c'est presque le *rheuma*), contre-fluxion.

J'ai dit qu'on rirait peut-être un jour de tout cela, et M. Malgaigne de rire à l'avance! Mon cher collègue fait ici confusion. Les idées spéculatives passent, les faits restent. Je défends les lois éternelles de la révulsion que nous ont léguées les anciens; l'interprétation de ces lois, je vous l'abandonne.

M. Malgaigne ajoute que nous ne saurions avoir une doctrine de la révulsion, parce qu'il nous manque une théorie qui explique le mode d'action des révulsifs. Mais expliquer dans la science, c'est rattacher un fait à un autre plus élevé; dans cette série d'effets et de causes, nous pouvons bien remonter quelques chaînons, mais sans jamais atteindre jusqu'aux causes premières. Quel que soit le point où s'arrête l'explication, vous ne pouvez rejeter une doctrine dès qu'elle forme un corps systématique et surtout quand il s'agit d'un art, de la thérapeutique, dont elle pose les règles et les principes.

Je réponds à la deuxième question : Oui, il existe à Paris comme à Montpellier, des principes, une doctrine de la révulsion qui s'ils ne sont pas identiques sur tous les points avec la doctrine des anciens, lui sont néanmoins redevables de ce qu'ils renferment de plus essentiel, de plus utile, de plus éminemment pratique.

Ce n'est donc pas une chimère que cette *grande idée de la révulsion!* Elle embrasse tous les âges de la science, elle est antérieure même à Hippocrate, et elle s'étend jusqu'à ce siècle de M. Malgaigne, le seul, suivant lui, qui ait su observer. Supprimez cette idée, et la thérapeutique s'écroule par la base. C'est là, dira-t-on, de l'hyperbole! Regardez autour de vous : Qu'est-ce que vos sinapismes, vos purgatifs dans les affections cérébrales? Vos laxatifs dans les plaies de tête? vos purgations répétées dans les maladies cutanées, votre controstimulisme dans les inflammations pulmonaires, votre ipécacuanha contre la diarrhée, la dysenterie, vos onctions d'huile de croton, de pommade stibiée contre l'ophthalmie, les névralgies, la coqueluche? Toutes vos prescriptions journalières pour déplacer, détourner, dériver la douleur, la congestion, la fluxion, les flux, l'inflammation, qu'est-ce, sinon l'emploi permanent de la révulsion qui nous a été léguée par la médecine antique? Vous ne prescrivez pas un bain de pieds, que vous ne le deviez aux anciens! Et certes ce n'est pas la moindre part dans l'héritage.

Il y a peu d'années, un chirurgien des plus distingués employa contre la sciatique un procédé révulsif importé de Corse, la cautérisation de l'hélix; il proclama ce moyen « lorsqu'il réussit, le plus rapide et le plus merveilleux dans son action. » Qu'était-ce que cela? N'était-ce pas une ingénieuse application de ces paroles du livre *Des humeurs* qui révolte tant M. Malgaigne : « révulsion, dans les affections du bas, vers le haut? » Aujourd'hui, l'éminent opérateur nie ce service qu'il doit à Hippocrate, ou à quelque Grec de son école. Car ce chirurgien n'est autre que M. Malgaigne.

Ceci m'amène à examiner la *troisième question* : Les exutoires ont-ils un but différent chez les anciens et les modernes?

M. Malgaigne nie que pour les anciens la cautérisation avec le fer rouge fût jamais destinée à produire une révulsion. Nul doute que le feu n'eût, à leurs yeux, des propriétés multiples : il desséchait, il fortifiait, il resserrait, il interceptait (et nous faisons encore de l'*interception* aujourd'hui, voyez la cautérisation du cercle vasculaire qui entoure la cornée malade); il était en outre évacuant par la suppuration qu'il déterminait. Mais l'écoulement du pus, comme l'effet d'un purgatif, était à la fois une évacuation et une dérivation, une révulsion. C'est ainsi que l'ont entendu tous les commentateurs, tous les copistes, tous les partisans des anciens. Quand Celse conseillait de pratiquer des cautérisations au voisinage de la hanche, ce n'était pas seulement pour faire sortir de l'humeur par une plaie; c'était encore pour attirer l'humeur des parties profondes, pour produire une révulsion, et la preuve, c'est que Celse se sert du même mot *evocare* pour désigner l'effet des frictions, des sinapismes qui ne font cependant couler aucune humeur.

Galien parle peu du feu, mais on sait qu'il devait écrire un traité de chirurgie et que ce traité n'a pas paru ou n'est pas parvenu jusqu'à nous. Malgré cela, dans de rares passages de ses écrits il indique l'action révulsive, dérivative du cautère actuel.

Quant à Paul d'Egine, malgré les citations faites par M. Malgaigne, je croirais que notre collègue ne l'a pas suffisamment médité. Ecoutez, par exemple, le passage suivant relatif aux ventouses sèches, (qui ne sont pourtant pas évacuantes!) :

« Nous ne faisons usage des ventouses .... que lorsqu'il est nécessaire d'*opérer quelque mouvement, de soulever et d'attirer l'humeur vers le dehors*. La ventouse sèche..... arrête les rhumes qui tombent sur l'estomac, *attire le sang et d'un autre côté détourne celui qui se porte sur un endroit lorsqu'on la pose sur les parties opposées. Elle fait encore* VENIR A LA PÉRIPHÉRIE LE SANG *des parties profondes, et en général elle produit le déplacement des humeurs* et l'évacuation des esprits. »

Pour ce qui est du cautère actuel, la première page de Paul d'Egine suffit pour montrer que, dans son esprit, la cautérisation sincipitale avait bien pour but d'amener de loin et de faire sortir au dehors « *les humeurs tombées des parties supérieures sur les yeux ou de la tête sur la poitrine*. »

On croit avoir inventé, de nos jours, la cautérisation superficielle dans le traitement des névralgies. Eh bien! Cœlius Aurelianus la conseille contre la sciatique et les affections du psoas : *Cauterii longi atque igniti immittendi, qui quidem cutem tangere minime debent.* Ce n'était pas pour évacuer; car on sait que cette cautérisation ne produit pas de suppuration. C'était bien pour révulser.

En résumé, au sujet de la troisième question, les anciens employaient le cautère actuel et les espèces d'exutoires qu'il produit, dans des intentions diverses et pour remplir des indications, les unes réelles, les autres hypothétiques; mais très-souvent cette médication avait, à leurs yeux, un but semblable à celui que nous nous proposons aujourd'hui quand nous voulons obtenir une révulsion, une dérivation.

Le séton, il est temps d'y revenir, n'était d'abord qu'un mode de cautérisation; soit à l'état de *sétoïde*, soit à l'état de séton complet, soit enfin heureusement dépouillé de ce qu'il avait emprunté au cautère actuel, il a toujours été regardé comme un puissant agent de révulsion.

Loin de moi la pensée que son ancienneté soit une preuve suffisante de son efficacité; même en admettant que leur utilité fût incontestée, resterait à déterminer dans quelle mesure il convient d'employer les exutoires, et, à cet égard, l'expérience des siècles est insuffisante. Il faut de nouveaux faits, et des faits observés avec précision. C'est dans ce sens que j'ai fait à M. Malgaigne un appel qu'il déclare, à tort, désespéré.

Non, je ne désespère pas du séton ni des autres exutoires, mais je demande des observations multipliées, exactes, recueillies sans prévention, sans partialité. Ce sera l'unique moyen de corriger l'abus qu'on a fait de ces moyens, abus qui, en provoquant une réaction contraire, nuit à la juste appréciation de leur utilité réelle. Mais où ira-t-on observer le séton? demande M. Malgaigne d'un ton moitié sérieux, moitié plaisant. Le séton n'est pas à ce point abandonné, qu'aux témoignages invoqués par M. Malgaigne je ne puisse en opposer d'autres. Je relèverai ici une petite erreur que M. Malgaigne me semble avoir commise. Si je ne me trompe, il a avancé, sur la foi de Dionis, qu'en Italie, le séton n'était plus employé. Un médecin distingué de Rome, M. le docteur Angelucci, m'assurait encore dernièrement qu'il n'en était rien.

Je sais gré à mon honorable collègue d'avoir invité la jeunesse studieuse à venir observer dans mes salles. Comme M. Malgaigne, je veux que l'expérience passe avant l'autorité; mais il faut que cette expérience soit bien acquise, que les faits ne soient pas dénaturés par une opposition systématique. M. Malgaigne me permettra de relever, à cette occasion, quelques-unes de ses remarques critiques sur mes propres observations.

Les trois malades qui n'ont pas guéri sont précisément ceux qui avaient donné d'abord les plus belles espérances. M. Malgaigne s'en étonne. Pourquoi? Rien n'est plus commun que de pareils insuccès chez les enfans où la diathèse scrofuleuse, entre autres, se joue souvent de toutes nos prévisions.

J'ai mis trop tôt un séton à *Marie Cornu*. Il eût fallu attendre. Cela se peut. Je l'ai guérie trop vite pour les convictions de notre honorable collègue. La malade ne s'en plaint pas.

Quant à *Larribe*, je n'ai pas dit qu'avec des cornées opalines, il avait une vue *excellente*. En consultant les observations manuscrites que j'ai présentées à l'Académie, M. Malgaigne trouvera ceci : « Les cornées n'offrent plus qu'une très légère teinte louche, la vision est à peu près normale. » En effet, cet enfant distingue de très fins caractères d'imprimerie.

Campin n'a plus de staphylôme. Pourquoi M. Malgaigne en doute-t-il? L'altération avait été constatée non seulement par moi, mais encore par plusieurs internes de l'hôpital. C'était un staphylôme récent; il s'est *aplati*, comme cela arrive avec d'autres traitemens. (*Voyez* Sichel, *sur le staphylôme*, dans *Archives générales de médecine*, t. XIV, p. 476, 1847.)

Champonnois a fourni à M. Malgaigne matière à exercer sa spirituelle malignité. Je répondrai simplement au sujet de ce petit séton qui avait guéri en trois semaines une ophthalmie rebelle pendant des années à de gros sétons : 1° que le premier séton, celui que la malade a porté trois ans, s'est montré inefficace, non pour faire disparaître l'ophthalmie, mais pour prévenir la récidive, ce qui est tout différent, et que la dernière rechute n'a eu lieu que plusieurs mois après la suppression du séton; 2° que j'ignore complètement quel a été l'effet du deuxième séton, qui n'est resté que six semaines et non trois mois, ces faits étant antérieurs à l'entrée de la malade; 3° qu'enfin je n'ai appli-

qué mon séton qu'après avoir essayé plusieurs remèdes et même l'effet de la suspension de tout remède. Championnois n'a pas eu de nouvelle rechute. Je lui ai placé la chaîne fine en argent dont j'ai parlé, et le séton est réduit à un trajet très étroit, sec, indolent et jusqu'à un certain point comparable à l'ouverture du lobule de l'oreille dont notre civilisation a conservé l'usage. — J'ai expliqué le but que je me propose en plaçant cet ornement d'une nouvelle espèce.

La parole est à M. Bouley.

M. Bouley : Je n'essaierai pas de faire à M. Malgaigne de nouveaux complimens. Il est convenu que M. Malgaigne est un homme d'esprit, d'un esprit qui déborde, qui fait explosion à chaque mot. Mais franchement, envers la médecine vétérinaire, du moins, il ne s'est pas montré très fort dialecticien. Au lieu d'aller droit au bout et comme Pompilius de poser la question par oui ou par non, il s'est servi du procédé des caricaturistes. C'est en grossissant les figures, en les transformant qu'il arrive à les rendre risibles. Je vais donc essayer de me restituer mon visage naturel et de montrer que je n'ai pas aussi complétement manqué de raison et de bon sens que M. Malgaigne pouvait faire croire.

En premier lieu, il a dit que le nombre des succès que j'ai annoncés n'avait rien de surprenant, puisque je mettais des sétons partout. C'est une erreur. J'ai parlé de l'abus qu'on faisait généralement du séton en vétérinaire ; j'ai parlé de ceux qui subissent les exigences de leurs cliens, exigences avec lesquelles ma position de professeur de clinique me dispense de compter. Si j'avais eu le malheur de guérir quatre-vingts fois en appliquant un séton à chacune des quatre-vingts bêtes en traitement, j'aurais dissimulé un pareil résultat ; j'aurais fait hommage à l'Académie de mon silence, et je me serais rendu à moi-même le service de me taire. Ce que j'ai dit, c'est que, dans un certain nombre de cas, et j'ai spécifié lesquels, il y avait entre l'application du séton et le succès obtenu, une coïncidence telle, qu'on ne pouvait s'empêcher d'y voir une relation de cause à effet, de remède à guérison.

Il y a une exclamation de M. Malgaigne qui m'a vivement piqué. En parlant des chevaux auxquels nous appliquons des sétons de trois mètres, il s'est écrié : « Pauvres bêtes ! » C'est-à-dire, n'est-ce pas ? pauvres victimes, pauvres animaux martyrs ! Je vous plains de tomber en leurs mains redoutables !

Une question. N'y a-t-il pas aussi de pauvres gens ? La chirurgie humaine n'a-t-elle pas ses audaces, ses témérités, ses *insaniæ* ? N'en a-t-elle pas même plus que la nôtre qui est forcée de s'arrêter à certaines limites ? En parlant de ces malheureux à qui on enlève presque toute la tête — en ne leur laissant guère que le cerveau et le pharynx, juste assez pour sentir leur misère et pour la prolonger ! — un homme de presque autant d'esprit que M. Malgaigne me disait que certains chirurgiens pouvaient mettre sur leur porte l'inscription du Dante : O vous qui entrez, laissez ici toute espérance ! Je sais que cette critique est exagérée, mais enfin convenez que si tous n'y laissent pas leurs espérances, quelques-uns éprouvent des déceptions. Pauvres gens !

Moins charitable envers ses collègues qu'envers les bêtes, M. Malgaigne a traité les vétérinaires en enfans. L'illusion féconde habite dans leur sein ; ils ne savent ce qu'ils font !

Et il nous a défiés de lui donner les raisons à l'appui de notre pratique. Sans entrer ici dans des développemens qui m'entraîneraient trop loin, je rappellerai seulement à M. Malgaigne que j'ai établi trois faits principaux, interprétés ou susceptibles de l'être, et que voici :

Premier fait : Toute souffrance locale un peu intense provoque une réaction générale. C'est un fait que nous constatons tous les jours dans nos opérations, quand nous voyons le cheval opéré suer à flots, ou même être pris de vertige et donner tête baissée contre une muraille. Eh bien, cette réaction je la détermine en plaçant un ou plusieurs sétons, en augmentant la souffrance locale à l'aide de substances irritantes. Par les voies réflexes de la moelle, il se produit une excitation de tout l'organisme dont nous pouvons tirer parti.

Deuxième fait. Des deux versions de l'aphorisme d'Hippocrate, j'admets celle qui traduit *ponos* par *labor*, et je dis *de duobus laboribus*.

Une activité organique se trouvant exagérée, les autres sont d'autant moins intenses. Supposons une vache (je demande pardon de cette expression) (rires) ; si vous voulez obtenir d'elle à la fois du lait, de la force et de la graisse, vous n'y parviendrez jamais ; il vous faudra opter de toute nécessité pour l'une de ces trois choses. Si à cette vache, pendant la lactation, vous administrez un purgatif, la mesure en main, vous pourrez constater que son lait diminuera en proportion de l'effet purgatif. Au lieu de cette maladie artificielle, observez une vraie maladie, une pneumonie, je suppose, survenant dans les mêmes conditions : le résultat sera le même. Ces faits sont la base même de notre thérapeutique. Nous fondant sur ce balancement des fonctions, des fluxus, des activités, des labores, peu importe le nom, nous essayons, à l'aide du séton ou d'autres exutoires, d'opérer un fluxus artificiel, et la pratique prouve que cette induction est légitime.

Troisième fait. L'intensité de l'absorption est en raison inverse de la plénitude du système vasculaire. C'est ce que Magendie a prouvé en donnant de l'upas tieuté à des chiens dont il remplissait les veines d'eau pour les désemplir ensuite ; dans le premier cas, pas d'empoisonnement, absorption rapide dans le second. Eh bien, en obtenant par un ou plusieurs sétons une suppuration abondante, jusqu'à 1,500 grammes en six jours, je transforme momentanément la bête malade en une vache laitière, elle est, si j'ose ainsi parler, percée en dessous, elle fait incessamment, et cette perte incessante, si bien faite pour activer la résorption interstitielle, n'empêche nullement, il s'en faut, l'exercice des fonctions digestives et réparatrices.

C'est d'après toutes ces inductions que je me dirige dans l'emploi des exutoires, et je persiste à croire que je ne commets rien qui ne soit raisonné et même raisonnable.

Ceci posé, j'admets fort bien que M. Malgaigne continue à me plaisanter, je le plaisanterai à mon tour, et il n'y aura réellement aucun mal à ce que nous nous divertissions aux dépens l'un de l'autre (rires).

M. Malgaigne demande la parole pour deux faits personnels.

M. Malgaigne : En réponse à M. Bouvier, je dirai simplement que, dans cette discussion, je me suis élevé contre l'emploi des exutoires *prolongés*, parce que je les crois plus nuisibles qu'utiles. Mais que j'ai admis et que j'admets encore l'efficacité des vésicatoires et autres moyens du même genre contre les douleurs. Relativement à la cautérisation de l'oreille, mon opinion n'a pas changé !

Je regrette que M. Bouley ait été si vivement piqué de mon exclamation à l'endroit des animaux traités par le séton. Avant lui, je me suis écrié : *pauvres gens*, et j'ai plaint les malades affligés de sétons gros ou petits. Quant au séton de trois mètres, dans la plénitude de mes convictions, je n'ai pu m'empêcher de trouver que c'était là un moyen un peu rude.

Encore un mot. On a dit tout à l'heure : nous avons un consul facétieux. Caton vient de s'en expliquer à la tribune. Sans doute, il ne serait pas prudent de rire des choses saintes de la médecine, mais il n'y a pas de la faute d'un orateur quand les choses dont il parle excitent par elles-mêmes l'hilarité de ceux qui l'écoutent. On ne saurait non plus sans cruauté l'empêcher de participer aux rires qu'il provoque, surtout quand lui-même trouve, comme cela m'arrive, ces choses extrêmement ridicules.

Pour ce qui est des faits de M. Bouley, ce n'est pas à l'Académie qu'ils peuvent être discutés quant à présent. Ils se retrouveront dans les livres, nous les y attendons.

M. le Président annonce que la discussion est close. — M. Malgaigne réclame la parole pour M. Bouillaud, à qui elle sera donnée dans la prochaine séance.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Cette séance a eu lieu lundi dernier avec le cérémonial accoutumé. M. Malgaigne a prononcé l'éloge de M. Roux, et a été très vivement applaudi ; nos lecteurs vont juger combien en effet il méritait de l'être.

Les prix ont été proclamés par M. le professeur Gavarret dans l'ordre suivant :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

La Faculté n'a pas décerné cette année de médaille d'or.

1er prix (*médaille d'argent*) : M. Bonfils (Adolphe-Emile). — 2me prix : Guyon (Félix). — 3me prix : M. Isambert (Emile). Mention honorable : M. Fayel.

PRIX CORVISART.

M. Duriaux (François-Frédéric). — Mention honorable : M. Bouvyer (Jules).

PRIX MONTYON.

M. Charrier (Amédée).

ÉLOGE DE M. ROUX, PAR M. MALGAIGNE.

Messieurs,

La solennité qui nous rassemble et dans laquelle la Faculté aime à se voir entourée de ses élèves anciens et nouveaux, instituée dans l'origine pour la distribution des couronnes et le compte rendu des travaux de l'année écoulée, n'a pas gardé longtemps cet heureux caractère. La mort n'a pas tardé à creuser dans les rangs des professeurs des vides incessamment renouvelés ; et dès lors s'est introduit le pieux devoir de raconter ici la vie de nos maîtres disparus, pour servir à tous d'encouragement et d'exemple, d'associer ainsi la justice rendue aux vivans à la justice rendue aux morts, et de mener le deuil à côté du triomphe. L'année dernière a été pour nous particulièrement douloureuse ; à la perte de M. Roux, mort du moins plein de gloire et d'années, a succédé celle de M. Requin, enlevé dans la vigueur de l'âge, lorsqu'à peine il avait pris possession d'une chaire vaillamment conquise, et quand il pouvait bien se croire maître d'un long avenir. Une voix plus compétente que la mienne vous dira plus tard ce que M. Requin avait déjà donné, ce qu'il promettait encore à la science. Aujourd'hui la mémoire de M. Roux nous occupera seule ; et la Faculté m'a désigné pour lui rendre en son nom ce dernier hommage.

En me félicitant de cet honneur, je ne m'en suis dissimulé, Messieurs, ni les difficultés ni le danger. M. Roux a marqué son passage dans la chirurgie par des traces impérissables ; son nom est étroitement lié à l'histoire de la science, et ne pouvait se contenter d'une biographie vulgaire. Il m'a paru que, pour ne pas rester trop au-dessous d'une si grande tâche, il convenait de le considérer comme si déjà les siècles avaient passé sur lui ; de ne pas le traiter autrement que j'avais essayé de faire autrefois pour Ambroise Paré, son glorieux ancêtre en chirurgie. Non content donc de recueillir les souvenirs contemporains, j'ai recherché dans ses écrits, j'ai épié pas à pas, si j'ose ainsi dire, l'origine et le développement de ses travaux, la marche de sa pensée ; j'ai tâché de le replacer dans le milieu où il a vécu, dans le mouvement intellectuel qu'il a suivi d'abord, qu'il a dirigé ensuite, confiant dans cette idée que, pour un maître aussi illustre et aussi vénéré, nul détail ne paraîtrait superflu, et que je trouverais au besoin, dans la sympathie d'un auditoire peuplé de ses élèves, une excuse et un appui tout ensemble. Enfin, Messieurs, j'ai pensé que pour un tel homme, les molles complaisances du panégyrique ne valaient pas la virile impartialité de l'histoire. La plus vive lumière est toujours mêlée d'un peu d'ombre ; en montrant donc les beaux côtés, je n'ai point cherché à dérober les côtés faibles. C'est ainsi, j'en suis certain, qu'il eût voulu être loué lui-même ; et sa juste renommée n'a rien à redouter de cette épreuve. Heureux ceux que l'on peut présenter ainsi tout entiers à leurs contemporains comme à la postérité !

Philibert-Joseph Roux, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, etc., naquit à Auxerre le 26 avril 1780. Son père, Jacques Roux, maître en chirurgie, s'était établi depuis peu dans cette ville, non sans quelque résistance de la part de ses confrères, qui ne l'admirent même dans leur communauté qu'à la suite d'un double procès ; et il leur apportait, en effet, une rivalité redoutable ; car, quelques années plus tard, ses succès dans la pratique l'avaient fait nommer à la fois chirurgien de l'Hôtel-Dieu et de l'École militaire. La famille comptait encore un autre maître en chirurgie qui exerçait à Beaune, Bergine, oncle de Jacques, et chez lequel celui-ci avait fait son premier apprentissage. Le jeune Philibert portait donc, si l'on peut ainsi parler, du sang chirurgical dans ses veines, et l'on pourrait croire qu'il s'était senti poussé vers la chirurgie par une vocation héréditaire. Il n'en fut rien ; et, à vrai dire, il ne montra d'abord de vocation prononcée que pour la dissipation et les jeux de son âge. Il avait perdu sa mère de bonne heure ; son père, sévère jusqu'à la rigueur, ne lui épargnait pas les corrections, même un peu rudes ; heureusement, son caractère bon et affectueux, sa franche et joyeuse humeur lui avaient gagné le cœur de sa belle-mère, qui l'aima bientôt comme son propre fils.

Il fit ses premières études à l'École militaire d'Auxerre, dirigée alors par les Bénédictins ; et il nous a conservé le nom de l'un de ses maîtres, don Rosman, pour qui les élèves avaient une sorte de vénération. Mais les temps étaient peu favorables aux études sérieuses ; la Révolution marchait à grands pas ; les Bénédictins, supprimés à la fois comme ordre religieux et comme corporation savante, furent obligés de quitter l'École ; et le nombre des professeurs s'y trouva tellement réduit, que Fourier, l'illustre mathématicien, à peine âgé de 24 ans, y professait à la fois l'algèbre, la géométrie, la rhétorique, la philosophie et l'histoire. Encore, entraîné par les événemens, Fourier désertait fréquemment ces chaires paisibles pour la tribune ardente de la Société populaire ; et dans le cours de 1793, dénoncé trois fois, deux fois emprisonné, il avait bien d'autres préoccupations que les progrès de ses élèves. M. Roux entendit ses dernières leçons de rhétorique ; il avait alors moins de 14 ans. Aussi ses études classiques ne furent rien moins que brillantes ; et comment s'en étonner, quand on sait que, quelques années plus tard, son professeur de rhétorique, Fourier, invité par Bonaparte à lui traduire, au pied des Pyramides, le fameux parallèle de Lucain entre Pompée et César, ne put jamais en venir à bout !

Ainsi sorti du collége, il fallait songer à une profession. Son père décida qu'il serait chirurgien, et l'emmena avec lui à l'hôpital, où il lui apprit à pratiquer une saignée et à faire quelques pansemens. Puis, comme la liberté plus grande dont il jouissait n'avait pas accru son goût pour l'étude, et qu'il hantait plus volontiers les cafés d'Auxerre que l'Hôtel-Dieu, dès qu'il eût atteint 15 ans 1/2, son père, pour couper court à ces méchantes habitudes, sollicita pour lui une commission d'officier de santé de 3me classe, et l'expédia à l'armée de Sambre-et-Meuse, le sac sur le dos.

C'était, comme on voit, une assez pauvre recrue pour la chirurgie militaire ; mais alors on n'y regardait pas de si près. La République, qui faisait sortir du sol quatorze armées, n'avait pu créer, du même coup, des chirurgiens dans la proportion nécessaire ; en dix-huit mois de guerre, 600 avaient péri, soit par la fatigue, soit par le feu de l'ennemi ; et, pour fournir à cette consommation effrayante, la Convention avait été réduite, dès 1794, à créer les écoles de santé, destinées à former, en trois ans, pour les besoins des armées, 550 élèves de la patrie. En attendant le bénéfice de cette ressource lointaine, on prenait tout ce qu'on trouvait, même des enfans de 15 ans. Beaucoup de soldats, d'ailleurs, n'avaient guère plus de cet âge ; et tous ensemble ils allaient, comptant la fatigue et le danger pour peu, si les privations n'eussent été beaucoup plus grandes. M. Roux en eut sa part comme les autres. Il était arrivé à Andernach d'abord, et fut envoyé de là à l'hôpital militaire d'Aix-la-Chapelle. Il recevait, comme officier de santé de 3me classe, une solde de 200 francs par mois, payée en assignats, ce qui ne suffisait pas toujours pour avoir du pain ; et M. Gama a raconté comment, vers le même temps et dans un hôpital voisin, une douzaine d'officiers de santé affamés (il était du nombre) furent surpris par un commissaire des guerres, *flagrante delicto*, nantis chacun d'une demi-ration de pain qui n'était pas portée sur les livres de l'hôpital. Ils furent dénoncés ; et il leur en eût coûté cher peut-être si Percy, averti à temps, ne les eût dérobés aux recherches par un prompt changement de résidence. M. Roux se plaisait aussi à raconter par quels expédiens, plus ingénieux que réglementaires, il avait réussi à s'assurer une ample provision de vivres, en prenant, d'ailleurs, si bien ses mesures, que les commissaires des guerres n'en surent jamais rien. Enfin, une loi du 15 nivôse an IV (janvier 1796), assurant aux chirurgiens militaires des rations en nature, avec un supplément de 8 livres par mois en numéraire, les délivra du moins du danger de mourir de faim.

Après dix-huit mois d'une vie en apparence si ingrate, le traité de Campo-Formio (17 octobre 1797), en licenciant les armées, rendit M. Roux à sa famille, et borna là le cours de ses exploits. Et cependant, tant les souvenirs de la jeunesse ont de charme et de puissance, dans tout le cours d'une vie si bien remplie, peut-être aucun épisode ne revenait si joyeusement à la mémoire et sur les lèvres de M. Roux. Sous la toge du professeur, sous les palmes de l'Institut, il triomphait d'avoir porté l'habit militaire ; Aix-la-Chapelle occupa toujours dans ses souvenirs une place de prédilection ; et jusque dans ses dernières années, lorsqu'il faisait une excursion en Allemagne, il se détournait au besoin pour revoir ces lieux témoins de ses premières armes.

Il ne séjourna pas longtemps à Auxerre ; son père ne voulait pas l'y garder. Un règlement du 5 vendémiaire an V (26 septembre 1796) venait d'ouvrir l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce ; et un concours devait désigner les élèves qui auraient le droit d'y entrer. M. Roux arriva à Paris, suivit provisoirement les cours du nouvel hôpital, y ébaucha même ses premières dissections ; puis se présenta au concours, et échoua misérablement. Il fallut se retourner vers l'École de médecine, et s'arranger de façon à vivre à Paris avec une pension que le père avait fixée à cinquante francs par mois. Cinquante francs ! A la vérité, on ne payait alors ni inscriptions ni examens ; il avait à dîner, quel dîner ! pour cinquante centimes ; mais encore fallait-il pourvoir aux dissections, suivre des cours particuliers ; et enfin, pour un jeune homme peu accoutumé à se maîtriser, Paris n'était-il pas là avec ses séductions toutes nouvelles ? En comparant ses besoins et ses ressources, il estima plus facile d'accroître les unes que de diminuer les autres, et il s'en alla jouer à la roulette. En un clin d'œil les cinquante francs disparurent, le budget d'un mois tout entier ! L'indulgente belle-mère fut seule confidente de la catastrophe, et y remédia du mieux qu'elle put. Mais tout cela n'était pas d'un heureux augure, et de tels commencemens n'auraient-ils pas fait désespérer de l'avenir ? On raconte qu'A. Cooper, envoyé à Londres à l'âge de 16 ans, et cédant aussi à la double tentation de la paresse et des plaisirs, était déjà regardé comme perdu par sa famille, lorsqu'il rencontra dans Cline le protecteur et l'ami qu'il fallait pour le sauver. La fortune ne se montra pas moins favorable à M. Roux qu'à A. Cooper.

L'École de Paris présentait alors un spectacle qui ne manquait ni de nouveauté ni de splendeur. Formée d'abord à la hâte et presque au hasard d'élémens hétérogènes, débris des vieilles corporations disparues, docteurs régens de la Faculté, membres de la Société royale, maîtres du Collége de chirurgie, elle avait corrigé les vices de sa première organisation par une meilleure distribution de ses chaires ; elle venait de reprendre le nom d'École de médecine ; et l'on eût vainement cherché dans le monde entier un enseignement aussi complet, donné par des maîtres aussi éminens. Sans doute, les doctrines anciennes y comptaient bon nombre de représentans ; mais il n'en manquait pas qui, obéissant au mouvement de l'époque et à leur propre génie, marchaient résolument dans des voies nouvelles. L'auditoire aussi s'était agrandi ; au lieu de trois cents élèves de la patrie confiés à l'Ecole de santé, on comptait déjà plus de mille élèves libres, d'autant plus avides d'instruction qu'ils en avaient été plus longtemps privés, dégagés de toute tradition, aptes à tout recevoir et à tout comprendre, et qui, fatigués des révolutions politiques, apportaient leur concours empressé aux pacifiques révolutions de la science. A l'ardeur des professeurs répondait l'enthousiasme des élèves ; et dans toutes les parties de ce grand corps frémissait un puissant souffle de vie.

Trois hommes surtout s'étaient mis en tête du mouvement et lui imprimaient leur direction. C'était d'abord Corvisart, esprit exact et positif, dédaigneux des théories, qui eût réduit volontiers toute la médecine à la pratique, la pratique au diagnostic ; mais qui avait donné au diagnostic une précision jusqu'alors inconnue, en l'assujettissant au contrôle de l'anatomie pathologique. D'un autre côté marchait Pinel, embrassant de ses regards un plus vaste horizon, moins soucieux de l'art que des doctrines, et qui, appliquant à la médecine la méthode des sciences pures, venait de porter dans le chaos des anciennes classifications une lumière inattendue. Sous les efforts si divers de ces deux puissans novateurs, la pathologie interne était remuée jusque dans ses fondemens. L'anatomie et la physiologie recevaient l'impulsion de Chaussier, génie ardent, mais incomplet, doué de plus d'ambition que de puissance, et qui prétendait réformer à la fois les mots et les choses. C'était lui qui avait dicté au nouvel enseignement ce programme orgueilleux : *peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire*, et il s'efforçait de prêcher de parole et d'exemple. Tels étaient les hommes qui dominaient alors dans l'École, et qui allaient marquer de leur empreinte, et frapper à leur effigie les premières générations médicales du XIXme siècle.

Mais, en dehors de l'école, et cependant sous la triple influence de Chaussier, de Pinel et de Corvisart, commençait à se révéler un jeune homme à peine sorti des bancs, et qui ne devait pas tarder à dépasser ses maîtres. Bichat, après s'être d'abord essayé à la chirurgie sous Desault, s'était tourné vers l'anatomie et la physiologie, plus propices à son génie. Après un modeste essai qui avait outrepassé ses espérances, il venait d'ouvrir, dans l'hiver de 1798, un amphithéâtre d'anatomie où se pressaient près de 80 élèves ; ses leçons en attiraient un bien plus grand nombre, et déjà, dès cette époque, nulle parole n'était mieux écoutée que la sienne. L'un de ses prosecteurs était Hay, de Toncy, près d'Auxerre, qui se glorifiait d'avoir été son premier disciple. Hay lui recommanda son jeune compatriote ; et bientôt M. Roux se recommanda par lui-même. Dans cette nature vive et impressionnable, ce qui dominait surtout, c'était, avec une ardente sympathie pour tout ce qui était bon, un enthousiasme non moins ardent pour tout ce qui était beau ; heureux quand il pouvait aimer et admirer. Il trouva dans Bichat de quoi répondre à toutes ses aspirations ; et bientôt ils se sentirent entraînés l'un vers l'autre par une affection que le temps ne fit que fortifier. Un professeur de 26 ans, un auditeur de 18 ans, après la leçon redevenaient aisément camarades. L'affection de Bichat était plus douce et plus calme ; celle de M. Roux plus vive et plus expansive ; mais peut-être est-il besoin de quelque différence dans les caractères pour cimenter les plus durables amitiés. Le maître, entraînant l'élève dans son orbite, lui avait communiqué une ardeur de travail qui ne devait jamais s'éteindre ; l'élève, à son tour, ami du plaisir, après une journée bien remplie, arrachait son maître aux fatigues incessantes de l'amphithéâtre, et le forçait à prendre un délassement nécessaire. Hay dut quitter Paris pour quelque temps ; M. Roux prit sa place. Bichat avait pour second prosecteur son propre cousin, Buisson ; mais Buisson, imbu d'idées religieuses qu'il poussait jusqu'au puritanisme, était loin de tenir dans la vie de Bichat une aussi grande place que son jeune collègue, dont la joyeuse humeur n'était pas arrêtée par tant de scrupules, qui partageait, qui eût excité au besoin le goût de Bichat pour le théâtre ; et il nous a raconté comment, d'une soirée à l'autre, après s'être attendris aux scènes tragiques de Racine, ils allaient se pâmer de rire aux bons mots de Brunet. Mais pourquoi m'arrêter à ces détails, si futiles en apparence ? Pourquoi, Messieurs ? Quand je pense à la carrière scientifique de Bichat, commencée à 26 ans, fermée si douloureusement quatre années après ; quand je songe que des travaux trop opiniâtres, une contention d'esprit trop soutenue, les journées de l'amphithéâtre prolongées par les nuits, ont usé sa constitution avant l'âge, et précipité cette perte irréparable, je me demande si l'amitié de M. Roux n'a pas servi du moins à reculer le terme fatal, et si nous ne lui devons pas quelque reconnaissance pour les chefs-d'œuvre que le temps avare a permis à Bichat de terminer. Il nous l'a dit lui-même ; pendant ces quatre années, il ne quitta pas Bichat un seul jour ; et il était à son chevet quand Bichat rendit le dernier soupir.

Il assista donc à la conception et au développement de ces grandes idées qui, d'une année à l'autre, se traduisaient en ouvrages immortels. Un aperçu échappé à Pinel, saisi et fécondé par Bichat, avait produit en 1799 deux mémoires sur les membranes, en 1800, le *Traité* du même nom, en 1801, l'*Anatomie générale*. En 1800, la physiologie, éclairée par les vivisections, s'était enrichie des *Recherches sur la vie et la mort*, et Chaussier s'était trouvé du coup relégué à un rang secondaire. Enfin chargé, en 1801, d'un service médical à l'Hôtel-Dieu, Bichat, sous l'inspiration de Corvisart, avait cherché d'abord à compléter les faits cliniques par l'ouverture des cadavres ; mais bientôt, portant plus loin ses regards et multipliant les autopsies par centaines, il créait une science nouvelle que Corvisart n'avait point aperçue, et posait les bases de l'anatomie pathologique. Jamais on n'avait vu un si prodigieux torrent d'idées ; tous ceux qui en étaient témoins se sentaient entraînés ; tous le suivaient avec enthousiasme ; et dans les dernières recherches par lesquelles il préludait à la reconstruction de la matière médicale, pour recueillir ses observations, il n'employait pas moins de quarante élèves. Parmi ceux dont le concours lui était le plus cher, M. Roux occupa bientôt le premier rang. A peine était-il entré dans ses fonctions de prosecteur, que Bichat le chargea de répéter aux plus jeunes auditeurs la leçon de chaque jour ; puis il le choisit spécialement pour l'aider dans ses expériences ; puis il lui confia, en même temps qu'à Buisson, le soin de rédiger son premier cours sur l'anatomie générale, qui devait servir de canevas à son grand ouvrage ; enfin, lorsqu'il voulut publier son *Anatomie descriptive*, M. Roux fut d'abord son unique collaborateur, et l'aida de la plume et du scalpel pour la description des muscles et des os. A cette excellente école, il avait acquis un style clair, ferme, précis, dont on peut voir le premier jet dans une analyse du *Traité des membranes* qu'il écrivit en 1800 pour le *Journal de médecine*. Bientôt, saisi d'une noble émulation, il essaya à son tour d'emprunter quelques idées à son maître, qu'il essayait d'appliquer à la chirurgie. De là divers travaux qu'il publia de 1801 à 1802, et parmi lesquels il faut citer surtout le *Mémoire sur les polypes utérins*. Il s'était fait recevoir à l'Ecole pratique, créée l'année même de son arrivée à Paris ; en 1801, il y remporta le premier prix, laissant en arrière Bertin, Buisson et Bayle, tous plus âgés que lui de cinq ou six ans. Chaque année, il revenait passer ses vacances à Auxerre, heureux de raconter à son père ses premiers succès ; mais le père, au lieu d'accueillir avec joie ces gages d'un amendement inespéré, hochait froidement la tête, et semblait s'ancrer de plus en plus dans une incurable méfiance. Il se sentit ébranlé pourtant à cette grande nouvelle du premier prix remporté à l'Ecole pratique ; ébranlé, mais non convaincu ; et en homme prudent qui veut voir les choses par soi-même, pour s'assurer contre toute erreur possible, il fit exprès le voyage de Paris.

Mais, désormais, pareil doute ne devait plus venir à personne. Dès 1802, sans quitter l'amphithéâtre de Bichat, M. Roux avait ouvert un cours d'opérations dans lequel, à l'exemple de Pinel, il tentait une nouvelle classification des maladies chirurgicales ; la même année, il concourut avec Dupuytren pour une place de chirurgien de 2me classe à l'Hôtel-Dieu. Il ne fut pas nommé ; mais tous les contemporains s'accordent à dire que, dans plus d'une épreuve, il éclipsa son redoutable compétiteur, et qu'il tint jusqu'au dernier jour la victoire incertaine. Hallé, à cette occasion, portant la parole dans une solennité pareille à celle-ci, déclara que l'*élève de Bichat s'était montré digne de son maître*. Par malheur, Bichat ne put entendre cet éloge ; il était mort quelques mois auparavant, le 22 juillet 1802.

La mort de Bichat laissait un grand vide. Il avait projeté une deuxième édition des *Maladies des voies urinaires*, d'après les leçons de Desault, qui allait ainsi rester suspendue ; et son *Anatomie descriptive* était arrêtée au milieu du troisième volume. Mais une bien autre préoccupation tenait ses élèves soucieux ; son amphithéâtre, si peuplé naguère, devait-il ne plus se rouvrir ; la tribune retentissante qu'il y avait créée serait-elle condamnée au silence, surtout quand, sur sa tombe à peine fermée, des ambitions peu scrupuleuses, mettant au pillage ses idées, menaçaient de détourner à leur profit les lambeaux de ce grand héritage ? Déja avait paru, sous le nom de Bayle, un nouveau mémoire sur les polypes utérins, reproduisant les vues de Bichat et de M. Roux sans nommer ni l'un ni l'autre ; déjà Dupuytren triomphant annonçait ses cours d'anatomie pathologique. Il s'agissait donc de continuer l'école de Bichat, de soutenir et de propager ses doctrines, et, au besoin, de défendre sa mémoire. Buisson se reconnut insuffisant, et prit seulement une part dans l'achèvement du *Traité d'anatomie descriptive* ; M. Roux se chargea du reste.

La tâche était lourde de toutes manières. Le concours dont il sortait avait occupé les premiers jours de septembre ; c'était à la fin du même mois, en vendémiaire, que les amphithéâtres se rouvraient. L'anatomie le trouvait suffisamment préparé ; mais, pour emprunter ses propres paroles, *il n'avait encore embrassé la physiologie que comme une introduction nécessaire à l'étude médicale de l'homme* ; et maintenant il lui fallait l'enseigner aux autres, sans rester trop au-dessous du maître incomparable qu'il était appelé à remplacer. Néanmoins, les cours se rouvrirent avec éclat au jour accoutumé ; un travail opiniâtre suffit à tout ; le jeune professeur sacrifiait une nuit sur deux pour s'instruire lui-même et se pénétrer de la matière de ses leçons ; heureux quand les besoins sans cesse renaissans des dissections ne venaient pas lui dérober encore une nuit supplémentaire ! C'est ici l'un des épisodes les plus curieux et les moins connus de l'histoire de l'anatomie en France ; et il ne sera pas hors de propos de nous y arrêter un instant.

L'enseignement anatomique à Paris avait toujours éprouvé de grandes difficultés. Sans remonter plus haut que le XVIIIme siècle, Duverney, professeur au Jardin-des-Plantes, celui que l'on nommait le grand Duverney, ne pouvait qu'à grand'peine obtenir chaque année pour ses dissections un cadavre de l'Hôtel-Dieu ; il fallait pour cela une délibération expresse des administrateurs, qui avaient soin de motiver la concession sur la haute réputation du professeur. De là la nécessité de se procurer des sujets à prix d'argent, soit dans les hospices, soit dans les cimetières ; et le Collége de chirurgie même n'avait pas eu d'autre ressource. Lors de son institution, l'École de santé avait reçu le droit de mettre à contribution les hôpitaux ; mais ils n'étaient pas alors en état de fournir à tous ses besoins ; et elle continua à suivre sans scrupule les vieux erremens du Collége de chirurgie.

La pénurie était bien autrement grande pour les professeurs particuliers. Dans la distribution des cadavres des hôpitaux, ils ne venaient qu'après l'École, qui, n'en trouvant presque jamais assez pour elle, les eût renvoyés trop souvent les mains vides. Ils s'adressaient donc à peu près exclusivement aux cimetières, étrange et inépuisable domaine, capable de fournir chaque jour une moisson aussi abondante que la veille ; l'intérêt de la science palliait ce qu'avait d'odieux cette violation des sépultures ; ainsi que Thouret le disait à l'École, la différence n'était pas grande entre prendre un cadavre à l'hospice ou ailleurs ; et enfin, pour les anatomistes d'alors, ce n'était point le scalpel qui faisait un vol à la terre ; c'était la terre que l'on forçait à rendre le vol fait au scalpel.

Le cimetière de Clamart, alors appelé *cimetière Sainte-Catherine*, ou de son nom révolutionnaire, *cimetière Catherine*, caché dans des ruelles désertes, au fond d'un quartier misérable, était le théâtre ordinaire de ces razzias. Il fallait avoir des intelligences dans la place ; Bichat était entré en relation avec le fossoyeur, nommé Allart, homme de sac et de corde, qui pourtant s'était laissé tellement gagner par l'heureux caractère de Bichat, qu'après sa mort il s'engagea solennellement à respecter son cadavre, à n'en enterrer même aucun autre par dessus, et qu'il tint à moitié sa promesse. M. Roux hérita de la confiance et même un peu de l'affection de maître Allart ; et grâce à cet heureux concours, son amphithéâtre ne chôma jamais. Il aimait à raconter les détails de ces étranges expéditions, où ne manquaient ni les émotions ni le péril. Mais, pour la jeunesse entreprenante, le péril est un attrait de plus. Voyons, les provisions sont épuisées, les tables sont vides ; et si l'on n'y prend garde, la leçon risque de manquer demain. L'expédition s'organise ; on attend la nuit, qui cache tout sous son ombre ; que la nuit surtout soit bien noire ; un rayon de lune les trahirait. Ils partent, conduisant avec eux une voiture couverte, avec toutes sortes de précautions pour ne pas trop éveiller le pavé criard ; ils s'arrêtent contre le mur du cimetière ; la voiture même sert à l'escalade ; derrière le mur le fossoyeur complice les attend. Une lanterne sourde éclaire les tombes marquées à l'avance ; la pioche fait son œuvre ; le cercueil restitue ces reliques humaines qu'on croyait bien lui avoir confiées pour jamais. Quand le nombre est atteint, on dispose les fardeaux ; on leur fait franchir la muraille ; et si la voiture s'emplit sans encombre, l'amphithéâtre en aura pour huit jours.

Une nuit, quand déjà les cadavres empilés près du mur attendaient qu'on les hissât par dessus, l'un des ravisseurs, enjambant la muraille, poussa un cri de stupéfaction et d'effroi ; la voiture avait disparu. Etait-ce un méchant tour d'un ivrogne désœuvré, ou le fait de quelque ronde de nuit qui avait trouvé suspecte une voiture abandonnée à cette heure sur la voie publique ? Quoi qu'il en soit, on chercha vainement la voiture aux environs ; et nos déterreurs de corps morts étaient fort en peine de leur capture, quand par bonne fortune vint à passer un fiacre attardé. On l'entoure, on expose l'urgence, on le met en réquisition. Le cocher montra d'abord des répugnances et des scrupules ; mais un honnête pourboire lui ayant fait considérer plus mûrement les choses, il finit par trouver l'affaire superbe, et chargea tout ce qu'on voulut.

Tandis que ces choses se passaient au cœur de Paris, il y a à peine un demi-siècle, que faisait donc la police ? Lors de la création de l'Ecole, la police avait bien d'autres sujets de préoccupation. En 1798 seulement, des plaintes réitérées parvinrent au Directoire, et le ministre de l'intérieur consulta l'Ecole sur les moyens de remédier à cet abus. L'Ecole répondit que l'intérêt des études anatomiques en exigeait le maintien, et proposa toutefois des mesures réglementaires propres à donner à l'opinion une satisfaction apparente. L'autorité hésita, comme de raison ; puis, prenant un moyen terme, concéda à l'Ecole l'autorisation de fouiller le cimetière Sainte-Catherine, sans rien régler pour les professeurs particuliers qu'elle laissait agir à leurs risques et périls. Grâce à cet expédient bizarre, le cimetière fonctionna comme auparavant au profit des dissections ; seulement les cadavres de l'Ecole, munis d'un sauf-conduit, sortaient fièrement par la grande porte ; tandis que ceux de contrebande continuèrent à passer par dessus les murs.

Les travaux de l'enseignement ne faisaient pas perdre de vue à M. Roux l'autre moitié de sa tâche. Dans le courant de 1803, il fit paraître le *Traité des maladies des voies urinaires*, accru d'un supplément renfermant plusieurs nouveaux mémoires ; et vers la fin de cette année, il publia le dernier volume de l'*Anatomie descriptive*. En tête de ce volume, il prenait seulement les titres de *professeur d'anatomie, de physiologie et de chirurgie*. Il avait cependant passé sa thèse quelques mois auparavant, le 30 germinal an XI ; mais, à cette époque, on ne délivrait encore, au lieu de diplôme, qu'un certificat de capacité ; et ce ne fut qu'en 1809, en tête de ses *Mélanges*, qu'il prit enfin le titre de *docteur en chirurgie*.

Malgré son retour récent à la physiologie, c'était, en effet, la chirurgie qui l'attirait. Que faire cependant en chirurgie, à 23 ans, sans hôpital, et même sans avoir eu cette solide instruction pratique que l'on puise dans l'internat ? Il n'avait prise que par le côté théorique ; aussi ne manqua-t-il pas de s'y attaquer. S'il faut tout dire, l'époque était peu propice aux progrès d'un autre genre ; Boyer, alors écouté comme un oracle, professait, avec une conviction profonde, que la chirurgie touchait à la perfection, et que le XVIIIme siècle était arrivé, de ce côté, aux limites de l'esprit humain. L'avenir ainsi muré devant la génération nouvelle, une échappée s'offrait toutefois ; Pinel, en appliquant l'analyse à la médecine, lui avait fait faire un pas décisif ; qui empêchait d'appliquer, à son exemple, l'analyse à la chirurgie ? Toute cette jeunesse présomptueuse se précipita par cette issue ; ne comprenant qu'à demi l'idée de Pinel, sans tenir compte, d'ailleurs, de la différence profonde qui sépare les affections internes des lésions chirurgicales, ils crurent qu'il ne s'agissait que de soumettre ces dernières au régime des nomenclatures et des classifications ; de là la *Nosographie chirurgicale* de Richerand, la *Nouvelle doctrine chirurgicale* de Léveillé, et jusqu'au *Précis des maladies chirurgicales* de Delpech. M. Roux se jeta aussi dans ce mouvement, dont il fut même l'un des premiers promoteurs. J'ai déjà parlé de son cours de 1802 ; en 1805, il publia une classification complète, avec un tableau spécial pour les plaies ; en 1806 vint le tour des fractures, en 1808 celui des hernies. Dès 1805, il avait terminé, disait-il, et mis sous presse, une *Collection de tableaux affectés à l'exposition synoptique des maladies et des opérations chirurgicales* ; c'était aussi une forme de publication mise en honneur par Chaussier. Mais l'impression était bien lente ; car, en 1807, l'ouvrage n'avait point paru encore. A cette époque, un grand événement le détourna d'une publication trop précipitée ; ce n'était rien moins que sa nomination comme chirurgien de 2me classe à l'hôpital Beaujon.

L'hôpital Beaujon était bien loin alors de l'importance qu'il a reçue depuis. Élevé en 1784 par M. de Beaujon, comme maison d'éducation pour vingt-quatre orphelins de la paroisse du Roule, détourné par la Révolution de sa destination primitive, il ne comptait encore, en 1802, qu'une centaine de lits, dont dix-huit pour le service chirurgical. Ce service était confié à Lacaze Pelarouy, qui pouvait certainement en supporter la charge. Mais le nombre des lits ayant été porté à trente, Frochot, préfet de la Seine, se souvint à propos du jeune chirurgien qui avait si vaillamment lutté contre Dupuytren, et le fit adjoindre à Lacaze. Celui-ci passa du coup au rang de chirurgien en chef ; M. Roux, de son autorité privée, s'institua chirurgien en chef adjoint, et s'empressa de l'annoncer au monde en tête d'un mémoire détaché tout exprès de son prochain volume. On comprend d'ailleurs que la composition de l'ouvrage dût être modifiée ; à ses travaux de théorie pure, il fallait bien que le nouveau chirurgien joignît au moins les prémices de sa future expérience. Aussi, quand il fit paraître enfin, en 1809, ses *Mélanges de chirurgie*, il se borna à insérer les fragmens nosographiques qu'il avait déjà publiés ailleurs, remettant à un autre temps la publication de son *Système complet de nosographie chirurgicale* ; mais, en revanche, on put y lire, avec tous les développemens convenables, le récit de trois opérations qu'il avait faites à l'hôpital Beaujon.

Il avait alors 29 ans ; et comme tout est beau et riant à cet âge ! Comme on ressent encore l'enivrement des premiers triomphes, et comme on a foi dans l'avenir ! Dans la préface qu'il mit en tête de son livre, on voit que son imagination heureuse habitait bien le pays des enchantemens. S'il parle de son ouvrage, c'est *à la sollicitation de beaucoup des élèves qui ont suivi et suivent encore ses cours* qu'il l'a publié, et *il a peut être quelque droit d'en espérer le succès*. S'il parle de l'auteur, c'est pour le montrer *livré depuis plusieurs années à la pratique de la chirurgie, attaché à un hôpital où, par un effet de la confiance que lui témoignent beaucoup de ses confrères, les cas de chirurgie et surtout ceux qui exigent de grandes opérations se sont succédé en grand nombre depuis deux ans*. Si cependant la critique trouvait à reprendre, non à ses idées (Dieu merci ! il n'a pas de pareilles craintes), mais à la manière dont elles sont exposées, il *observe* qu'il n'a pu s'occuper de la rédaction qu'*au milieu des soins qu'exigent l'enseignement de plusieurs parties de la science, le service journalier d'un hôpital, et la pratique particulière, dans des instans trop courts pour le travail et la méditation*.

Pour retrouver un autre exemple de ce naïf contentement de soi-même, de cette vanité inoffensive, il faudrait remonter jusqu'à la grande apologie d'A. Paré. Si l'on veut savoir maintenant combien l'âge apporte de changemens dans notre manière d'envisager et les choses de ce monde et nous-mêmes, écoutez M. Roux, vers la fin de sa carrière, rappelant une des opérations qu'il avait faites alors : *J'étais fort jeune*, dit-il, *et sans expérience aucune*. Bien plus, en résumant pour la postérité ses quarante années de pratique chirurgicale, il ne les compte que de son entrée à la Charité ; « *j'ose à peine rappeler*, ajoute-t-il, *que mes débuts ont eu lieu dans un autre hôpital, très petit établissement alors*. » Quant à cette *pratique particulière* qui lui laissait des instans si courts pour la méditation, il suffira, pour en avoir une juste idée, de rappeler que, l'année suivante, lors de son mariage avec la fille de Boyer, il fut obligé de faire un emprunt pour emplir la corbeille de sa future. Il est rare que la chirurgie dispense de si bonne heure ses faveurs à ceux qui l'exercent ; John Hunter, le plus grand chirurgien des temps modernes, avait fait attendre sa fiancée de longues années, parce que sa clientèle n'aurait pas suffi aux dépenses du ménage ; et quand enfin, à l'âge de 43 ans, il se détermina à l'épouser, il eut besoin de publier son *Traité sur les dents* pour faire face aux frais de la cérémonie.

Peu après le mariage, Boyer attira son gendre près de lui à la Charité ; il y entra comme chirurgien en second le 21 novembre 1810. Il se trouva alors sous une direction habile et sage tout à la fois, nécessaire peut-être pour tempérer ce que son génie avait de trop aventureux. Les chirurgiens en second n'agissaient qu'avec l'autorisation et sous la surveillance des chirurgiens en chef ; et pour emprunter ses propres paroles : — « L'usage voulait que, dans les hôpitaux, il y eût une autorité principale, un chef près duquel des chirurgiens plus jeunes, moins » expérimentés, commençaient à se former ; qui, au besoin, aurait contenu leur trop vive ardeur et cette hardiesse trop grande qui naît si » facilement d'une trop prompte indépendance ; près duquel au moins ils » puisaient ces traditions si bonnes, si utiles, si profitables dans tous les » arts, et surtout dans la chirurgie. » Sans doute, en écrivant ces mots, il se rappelait son noviciat à la Charité ; et du reste, rappelant avec reconnaissance que *Boyer l'avait mis en regard de son habileté, de son expérience chirurgicale*, il se glorifiait d'avoir peut-être en lui *quelque chose de Boyer*. Ce quelque chose, c'était du moins le sentiment du réel, le goût des notions pratiques et positives remplaçant les écarts de l'imagination pure ; du jour où il entra à la Charité, il dit adieu à ce qu'il appelait ses *méditations* physiologiques ou autres ; il abandonna son *Système complet de nosographie chirurgicale* ; et comprenant que la pathologie s'éclaire surtout par les observations cliniques dont le trésor est si lent à amasser, il se rejeta sur ce qui lui semblait plus à sa portée, et entreprit un *Traité de médecine opératoire*.

Un intérêt puissant l'y excitait d'ailleurs, et avait presque en même temps suggéré à Dupuytren le projet d'un traité semblable. Sabatier, chargé d'années, était mort le 19 juillet 1811, et sa chaire devait être le prix d'un concours. On sait quelle fut l'issue de ce concours célèbre où Dupuytren triompha encore ; toutefois M. Roux y prit une part brillante. Il eut entre autres une supériorité fort inattendue dans la composition latine : *De curatione fistularum*. Nous avons vu que ses études classiques avaient été faibles ; mais, pressé par ce puissant aiguillon du concours, il s'était remis au rudiment avec une opiniâtreté infatigable, et s'était ainsi ménagé un avantage qui ne surprit pas peu ses juges et ses compétiteurs. Le sort lui donna pour sujet de thèse : *la résection*, question alors fort peu connue, et qu'il devait tant contribuer à éclairer et à agrandir. Il n'avait jamais fait que la résection de la tête humérale, et son unique opéré était mort. Son expérience comptait donc pour fort peu de chose ; mais en répétant les procédés opératoires sur le cadavre, en groupant avec art les faits épars dans la science, il réussit à composer une dissertation pleine d'intérêt, qu'aujourd'hui même on consulte encore avec fruit, et qui soutient hardiment le parallèle avec la thèse de Dupuytren.

Dupuytren, nommé professeur, laissait vacante la place de chef des travaux anatomiques. M. Roux pensa que le concours qu'il venait de subir pouvait le dispenser d'autres épreuves, et demanda cette place, qui avait été donnée sans concours à Dupuytren. Mais les temps étaient changés ; la Faculté maintint cette fois son règlement, et M. Roux laissa le champ libre à de plus jeunes compétiteurs. Il accompagna cette année Boyer en Espagne, près du duc d'Albuféra, atteint d'une fistule à l'anus ; puis, à son retour, il reprit avec une ardeur nouvelle ses travaux commencés, et, en 1813, fit paraître la première partie de sa *Médecine opératoire*.

(*La fin au prochain numéro.*)

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Cinquième liste. — MM. Renouard, 3 fr. ; Marrotte, 20 fr. ; Guérard, 10 fr. ; Bonnafond, 10 fr. ; Bouchut, 10 fr. ; Baillarger, 20 fr. ; Blatin, 10 fr. ; A. Boulland, 20 fr. ; un anonyme, 5 fr. ; Moynier, 10 fr. ; Eug. Moynier, 5 fr. ; Willemin, à Strasbourg, 10 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 140. NEUVIÈME ANNÉE. Samedi 24 Novembre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.......... 32 Fr
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

Ou s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et les Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

SUR LE TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRITE OU ANGINE COUENNEUSE PAR LE CAUTÈRE-MAYOR (1) ;

Par le docteur DANVIN, médecin de l'hôpital de St-Pol (Pas-de-Calais), et des épidémies de l'arrondissement.

Lettre à M. Louis.

Une manœuvre préalable à la cautérisation est le nettoyage de la gorge pour enlever les lambeaux d'exsudation plastique qui sont le moins adhérens et qui peuvent être détachés, pour débarrasser le pharynx des mucosités qui s'y trouvent accumulées, et pour toucher, avec la boule métallique, plus directement les surfaces malades, afin de ne pas risquer d'éteindre, qu'on me passe le mot, le cautère dans les humidités de l'arrière-bouche. Vingt-quatre à trente heures après l'opération, on doit procéder de nouveau au nettoyage guttural, d'abord pour enlever ce qui peut être enlevé et désobstruer le gosier, ensuite pour essayer de détacher, par le frottement, la couenne et les escharres ; si l'on ne réussit pas un jour, on recommence le lendemain. Quand on y parvient, on observe plusieurs fois par jour ce qui se passe. Dans le cas où les fausses membranes se reproduisent, ce qui arrive quelquefois sans que la maladie paraisse tendre à s'étaler et à se propager au voisinage, on peut cautériser de nouveau; si c'est simplement une sécrétion pultacée, le nitrate d'argent, des gargarismes alumineux ou acidulés en font justice.

La pratique du nettoyage est aussi utile que rationnelle ; je n'ai pas besoin de m'expliquer à cet égard. Mais quand on se sert du doigt pour l'opérer — car on peut aussi employer un pinceau de toile, de charpie, d'éponge sèche, — il est prudent de protéger la phalange de l'index d'une bague métallique mince qui en embrasse toute la longueur, laissant libre la phalangine et la phalangette garnies de gros linge, parce que certains malades sont involontairement pris d'un mouvement spasmodique de la mâchoire qui peut blesser l'opérateur, ce qui arrive encore par la morsure volontaire de quelques enfans indociles et colères. Une autre précaution à prendre pour le médecin, est d'éviter avec soin la projection des mucosités gutturales sur la figure, dans la bouche ou sur les yeux, car il faut bien se pénétrer de cette vérité que la maladie est contagieuse. Par mesure de prudence, il convient de faire préparer une cuvette remplie d'eau froide vinaigrée, pour se laver immédiatement les parties qui auraient reçu les éclaboussures d'une toux convulsive ou d'un vomissement énergique, au moment de l'examen de la gorge ou de la cautérisation.

Si des plaques pseudo-membraneuses se reproduisent après l'action du cautère et la chute ou l'enlèvement des escharres, elles ne s'étendent plus, nous l'avons déjà dit, et semblent se localiser dans la partie brûlée, c'est du moins ce qui résulte de nos observations, qui attendent leur confirmation des praticiens qui voudront étudier ce sujet. Elles sont d'ailleurs peu adhérentes et peuvent se renouveler plusieurs fois, ce qui n'empêche pas les malades, vingt-quatre à trente-six heures après l'opération, de se dire mieux. A part la douleur locale qu'ils ne sentaient presque pas auparavant, ils déclarent, nous parlons des adultes, que leur santé générale est meilleure. Chez tous, le facies est plus satisfaisant, l'œil a un regard plus ferme, moins abattu, le pouls est moins déprimé, l'énergie morale moins affaissée.

La brûlure du pharynx, à l'aide de notre cautère-Mayor, nous a semblé constituer une barrière infranchissable à la diphthérite qui se propage de la bouche ou des narines au larynx. C'est une question qui mérite d'être étudiée et qui attend sa solution clinique d'un nombre plus considérable de faits que les deux ou trois cas dont l'observation m'a fourni cet aperçu. Il n'y a là, du reste, rien qui doive étonner, l'action du cautère sur la diphthérite aurait de l'analogie avec celle du vésicatoire dans l'érysipèle ; son effet serait de fixer sur place et de limiter la maladie.

Chez deux sujets qui pouvaient rendre compte de leurs sensations, les trompes d'Eustache ont été le siége de douleurs vives après la cautérisation : elles n'ont pas duré plus de deux jours, mais avec une intensité décroissante.

Quand la pseudo-membrane diphthéritique s'étend aux fosses nasales ou débute par les narines, il n'y a pas de cautérisation métallique facile de ce côté (1). On pourrait alors se servir de la sonde de Belloc, attacher à l'extrémité de son mandrin ramené hors de la bouche, une lanière de toile solide ou une éponge fixée à l'aide d'un fil mince d'argent ou de platine, imbiber le linge ou l'éponge d'acide chlorhydrique, d'une solution de nitrate d'argent, d'azotate acide de mercure, de beurre d'antimoine, de teinture d'iode ou de tout autre caustique, avec la précaution d'exprimer le porte-caustique de façon à ce qu'il ne laisse rien échapper de l'agent dont il est imprégné lorsqu'il s'engage dans les narines postérieures, et cautériser ainsi les fosses nasales, opération qui pourrait, au besoin, se faire à plusieurs reprises successives, et dont la seule action mécanique peut amener au dehors des débris de plaques couenneuses.

On emploierait en même temps tous les autres moyens, cela va sans dire, que nous avons indiqués comme adjuvans.

Telle est, dans son ensemble, la méthode que nous proposons pour attaquer vigoureusement la diphthérie dans ses manifestations sus-glottiques, et qui, à en juger par nos propres succès, semble promettre une médication triomphante.

Qu'il me soit permis de mettre ici en regard de mon procédé le système curatif recommandé par M. Bretonneau.

Je crains que, malgré la haute autorité de ce grand praticien, le commun des médecins ne consente à employer, comme lui, jusqu'à 32 grammes de cristaux d'azotate d'argent en solution concentrée pour guérir une angine couenneuse. La pratique de l'illustre médecin de Tours, qu'il qualifie lui-même d'*odieuse cruauté* (2), *d'horrible traitement* (3) et qui consiste dans l'écouvillonnement souvent répété (4) de la glotte et du larynx dans le cas d'angine diphthéritique propagée à ce dernier organe, et qu'il applique également à l'angine couenneuse bornée au pharynx, cette pratique barbare (5) et impitoyable (6), qui donne à la scène les proportions du plus horrible drame (7) à cause de la suffocation convulsive et prolongée de ceux qui la subissent, — et comment vaincre l'indocilité des enfans ? — ne sera jamais usuelle, acceptée, généralisée, car la grande majorité des médecins, surtout ceux de la campagne, ne se risquera pas dans une pareille entreprise, qui exige du sang-froid, de la dextérité, une grande fermeté de caractère et une position personnelle au-dessus de la critique.

Voilà déjà bien des motifs d'y regarder à deux fois avant d'aborder cette thérapeutique épouvantable et terrible, plus laborieuse peut-être que la trachéotomie elle-même. Mais il en est d'autres qui tiennent à des contradictions, du moins à ce qui semble être des contradictions, échappées à M. Bretonneau. Je demande la permission de relever ce que je crois des erreurs avec tout le respect qu'on doit à un maître aussi éminent.

Le procédé de M. Bretonneau a pour but de faire parvenir dans le larynx et jusque dans la trachée une solution nitrique d'argent aux 4/5 d'eau. Ecoutons-le :

« Pour le larynx, dit-il, ce taux d'activité doit paraître fort » exagéré, mais qu'on se rassure, des précautions sont prises » pour que cette activité, d'une importance capitale, reste » inoffensive.

» Au moment où elle a été chargée de cette solution, » l'éponge a été, sur le bord d'une soucoupe, pressée, essuyée, » de manière à donner la certitude qu'elle ne laissera pas » une goutte du liquide caustique dans les cananx bronchi» ques, *irrigation qui peut causer des péripneumonies tubulaires* » *mortelles*. » Il ajoute : « J'ai appris, par de nombreuses » expériences sur des animaux, que la substance la plus inerte, » de la craie délayée, injectée dans la trachée et déposée » en petite quantité dans des rameaux bronchiques, causait » une pneumonie mortelle, même quand cette pneumonie » n'avait pas une grande extension. Bien mieux vaut-il donc » que la solution soit active que diffluente (1). »

Ainsi, il est bien entendu, d'après M. Bretonneau, qu'il faut éviter l'écoulement de la solution concentrée de nitrate d'argent dans la trachée et les bronches; il ne faut toucher les parties malades qu'avec une éponge essuyée, pressée, exprimée en quelque sorte du liquide qui l'imbibe, afin de cautériser, pour ainsi dire à sec, dans la crainte de pneumonies mortelles, genre d'accident redoutable, même avec des substances inertes, quand elles pénètrent plus avant que dans la trachée. Ceci est explicite, formel, catégoriquement expliqué, nettement formulé.

Mais voici ce qu'on lit dans le même travail quatre à cinq pages plus loin (2) :

« Quand le mal égyptiac envahit les fosses nasales, agissez » au lieu de parler, et faites dans les deux narines alternative» ment, avec une seringue de verre, dont l'extrémité mate» lassée doit être souple, inoffensive, une injection de solution » de nitrate d'argent au 8me, puis au 6me, puis au 5me, et bien » que l'injection ait reflué par la narine qui n'a pas été injectée, » il sera bon que celle-là reçoive aussi une injection conve» nablement dosée, si, de son côté, il y a le moindre gonfle» ment des ganglions cervicaux.

» En suivant la pente de la trémie pharyngienne, la médi» cation accompagnera la sécrétion épispastique — c'est-à-dire » la sécrétion fibrineuse — jusqu'aux échancrures aryténoï» diennes; *elle pourra, par ces échancrures, pénétrer dans le* » *larynx, suivre, dans les voies aériennes, la sécrétion vésicante* » *dont elle pourra prévenir ou arrêter l'action.* »

N'y a-t-il pas dans le rapprochement de ces deux passages, contradiction flagrante? Dans quelle hésitation ne jette-t-il pas l'esprit? Combien de praticiens vont manquer de résolution! Je ne nie pas les succès de M. Bretonneau, je dis seulement que son système de médication est impossible pour la très grande majorité des médecins; il fallait en trouver un autre.

Le cautère à l'eau bouillante est exempt des périls et des tortures qu'inflige aux pauvres patiens la thérapeutique scabreuse du célèbre médecin de Tours, dont personne n'imitera la hardiesse et la témérité. Il remplit d'ailleurs l'indication servie d'abord par M. Bretonneau lorsqu'il s'adresse à une solution caustique qui soit plutôt active que diffluente : il ne menace pas de pneumonies par l'introduction d'une liqueur étrangère dans les tuyaux bronchiques ; il ne porte pas une matière toxique dans l'estomac. Je sais bien que M. Bretonneau écoute avec patience et dédain (3) les histoires lamentables d'ingestions de nitrate d'argent par bêtes et par gens, mais toujours est-il que, malgré le doute et en dépit des prétentions de l'illustre médecin, *il y a eu des histoires lamentables*. Ce n'est certes pas, avec tout ce que nous venons de dire, qu'il y a lieu d'espérer de voir la méthode curative de M. Bretonneau devenir usuelle et se vulgariser.

Y a-t-il trop de vanité de ma part à penser que mon système de cautérisation et de médication est beaucoup plus acceptable parce qu'il est plus simple, et qu'il livre au médecin des ressources qu'il trouve partout sous la main ? Puisqu'il faut agir vite et tôt, cette circonstance n'est pas indifférente. Si des hommes habiles, expérimentés, consciencieux, le soumettent sans prévention à leur savant contrôle; si, ce que j'appelle de tous mes vœux, ils consentent à en faire l'objet d'une étude clinique sérieuse et approfondie, j'aurai touché mon but. Et si les résultats obtenus viennent justifier et légitimer ma confiance, alors je serai mille fois heureux d'avoir signalé à mes confrères les moyens d'attaquer partout et de guérir souvent, par une méthode nouvelle et à la portée de tous, une maladie cruelle qui fait l'effroi des familles et le désespoir des médecins.

Quoi qu'il en soit, le mode de cautérisation métallique, dont nous avons fait l'application à la cure de l'angine couenneuse, peut s'étendre à bien d'autres cas pathologiques. Par des mains expertes et sûres, il serait sans doute utilement employé dans le croup qui n'est que l'angine pseudo-membraneuse du larynx; il ne s'agirait que de modifier la forme et le volume de

(1) Voir les numéros des 13 et 15 Novembre.

(1) Néanmoins voici ce qui, à la rigueur, serait peut-être pralicable. Passer la sonde de Belloc successivement dans les deux narlnes, ramener l'exlrémité mousse du mandrin hors de la bouche, y rallacher rapidement à l'aide d'un fil de chanvre fort solide une petile boule mélallique très lisse et polie d'une grande capacité pour le calorique, laquelle serait creusée d'un godet pour l'adapler solidement au bout de la sonde en l'emboitant, percée d'un trou destiné au fil qui doit la fixer et appropriée, bien entendu, aux dimensions des fosses nasales à caulériser. Cetle boule, — à moins qu'on ne préfère un cylindre court, — aurait été préalablement jetée dans un liquide bouillant à 140° par exemple (eau saturée de s. carbonate de polasse) à cause de la perte de calorique pendant la manœuvre d'atlache, etc; inlroduire dans la bouche une espèce de gorgeret ou ma spatule qui en fail l'office afin d'éviter la brûlure de la langue, placer le cautère dans le gorgeret, tirer rapidement sur le mandrin de la sonde, et lorsque le fer brûlant serait arrivé dans l'ouverture postérieure de la fosse nasale l'amener à soi, plus ou moins lentement, pour lui permetlre de cautériser les tissus sur son passage. Je sais bien que les anfractuosités des narines s'opposent au contact de l'inslrument dans une très grande étendue, mais si la brûlure fixe la maladie ou l'empêche de passer du côté du larynx, comme nous l'avons dit, peu importe.

(2) *Archives gén. de méd.*, septembre 1855, page 267, dernière ligne.

(3) *Idid.*, page 270.

(4) *Ibid.*, page 269. — Jusqu'à huit cautérisations par jour !

(5) *Ibid.*, page 267.

(6) *Ibid.*, page 267.

(7) *Ibid.*, page 268.

(1) *Archives*, page 267.

(2) *Ibid.*, page 272.

(3) *Ibid.*, page 269-70.

l'instrument. Notre ami Valleix, si regretté, si regrettable, a inventé un scarificateur de la glotte œdémateuse, on pourrait lui emprunter quelques données; les instrumens porte-caustiques de M. Bretonneau offriraient aussi de précieuses indications pour la confection d'un cautère spécial. Je voudrais que celui-ci fût coudé, oblong, méplat, pour passer au travers de l'ouverture des cordes vocales, et disposé de telle sorte qu'il servît à cautériser les ventricules du larynx, quartier général de la sécrétion plastique du croup. Indépendamment de cette maladie, la gangrène de la bouche, les aphthes de grande dimension, la stomatite ulcéreuse pourraient recevoir une profonde modification de ce mode de cautérisation, que l'on appliquerait peut-être aussi avec avantage aux ulcérations, exulcérations, et à quelques autres états morbides du vagin et du col de l'utérus. Il serait également utilisable pour certaines fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, pour la fissure de l'anus, etc., etc., sans parler des plaies, des ulcères, et d'une foule d'autres lésions soit des muqueuses, soit de la peau.

C'est sans doute à Mayor que revient l'honneur de la cautérisation, ou mieux de la brûlure à l'aide de fer trempé dans l'eau bouillante, mais, si je ne me trompe, ce chirurgien célèbre n'avait songé qu'à la vésication instantanée de la peau pour remplacer l'action trop lente, dans certains cas, des cantharides, et pour suppléer à d'autres moyens vésicans qu'on n'a pas toujours à sa disposition. Il me semble qu'il y a assez loin du marteau à mon cautère, non comme instrument sans doute, c'est le même, mais comme agent spécial de thérapie dans l'angine pseudo-membraneuse. Envisagé de ce nouveau point de vue, le cautère-Mayor pourrait bien modifier un peu les applications de la pyrotechnie chirurgicale, souvent trop négligée d'ailleurs.

Vous connaissez maintenant, très cher et révéré maître, les faits, les réflexions, les considérations que j'ai voulu vous placer sous les yeux. Ma méthode a-t-elle une valeur thérapeutique réelle? J'aime à le croire et j'ai apporté des preuves à l'appui; au moins il est constant qu'elle est inoffensive, si elle est appliquée avec prudence et discernement. Les médecins distingués auxquels je l'ai succinctement exposée avant de me risquer à en faire le sujet de la lettre que je me permets de vous adresser, ces médecins, dis-je, parmi lesquels je me plais à citer M. le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, M. Bouvier chargé d'un service à l'hôpital des Enfans, mon ami M. Barth, l'ont accueillie avec une faveur de bon augure. J'ose donc espérer que vous ne refuserez pas quelque intérêt à ma communication qui, vous le voyez, n'a pas la prétention d'être un mémoire, mais tout simplement une première ébauche d'étude clinique sur le traitement de l'angine couenneuse, laissant à de plus habiles le soin de recherches que je ne puis entreprendre, sur le modeste théâtre où le sort m'a confiné.

Veuillez agréer la nouvelle assurance de mon profond respect et des sentimens affectueusement dévoués avec lesquels je suis,

Très cher et très révéré maître, votre affectionné,

DANVIN, D.-M. P.

Saint-Pol, octobre 1855.

ÉLOGE DE M. ROUX, PAR M. MALGAIGNE.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Peut-être y avait-il quelque hardiesse à cette époque à entrer en lutte avec l'ouvrage de Sabatier, généralement considéré comme un chef-d'œuvre, et dont la deuxième édition toute récente avait rajeuni le succès. Le jeune auteur ne craignit pas cependant de déclarer que ce livre n'était pas au niveau de la science. Il avait raison. La *Médecine opératoire* de Sabatier, lors de sa première apparition en 1796, méritait en effet tous les éloges qu'elle avait reçus; elle résumait et fermait dignement le 18e siècle. Quatorze ans plus tard, avec de maigres additions tracées d'une main affaiblie par l'âge, elle n'offrait qu'un tableau infidèle de l'art, dont elle n'avait pas suivi la marche. Ainsi, pour les anévrysmes, Sabatier avait reproduit son article primitif, sauf une modeste intercalation sur la section de l'artère entre deux ligatures proposée par Maunoir; l'anévrysme poplité y figurait d'une façon à peu près exclusive; les anévrysmes de la carotide, de la sous-clavière, de l'iliaque externe n'étaient même pas mentionnés. L'ouvrage de M. Roux, au contraire, abondait en détails sur ces importants sujets; et c'est là aussi qu'il faut chercher les premiers procédés connus pour la ligature des artères du second ordre. Par malheur l'ouvrage n'alla pas plus loin; les deux autres volumes qui devaient le compléter furent écrits péniblement au milieu des tristes événemens de l'époque et durant le cours d'une affection grave qui le tourmenta plusieurs années; quand il eut fini, les premières parties avaient vieilli; il eût fallu recommencer l'œuvre presque en entier, et il n'en eut pas le courage. D'ailleurs, avec le temps, il se sentait moins de goût pour la composition d'ouvrages didactiques; et, s'il faut le dire, son vrai génie n'était pas là. Il était plus à l'aise dans la rédaction de mémoires circonscrits, où il pouvait se donner carrière et accumuler les observations et les réflexions. Son premier essai en ce genre fut un *Mémoire sur la réunion immédiate après l'amputation circulaire de la cuisse*, qu'il lut à l'Institut le 21 mars 1814. Le second fut consacré au récit d'une guérison qu'il avait obtenue sur lui-même; et il y attachait une telle importance, et le résultat eut en effet une si réelle influence sur toute sa vie, qu'il n'est pas permis de la passer sous silence.

Au milieu de ses succès, que nous l'avons vu naguère proclamer lui-même avec une satisfaction si complète en apparence, un chagrin secret empoisonnait toutes ses joies, d'autant plus cruel qu'il le concentrait en lui-même et n'osait s'en ouvrir à personne. M. Roux était louche; depuis son enfance il portait un strabisme divergent des plus considérables de l'œil droit. Cette petite difformité n'avait nui jusque-là à ses succès en aucun genre; toutefois, comme nous souffrons bien plus de nos défauts physiques que de tous les autres, celui-là était sans cesse présent à sa pensée. Le strabisme était surtout marqué quand la vue s'exerçait sur des objets très rapprochés, et conséquemment lorsqu'il pratiquait une opération. Vingt fois il avait essayé de le corriger, tantôt en couvrant l'œil gauche pour exercer exclusivement l'œil droit, tantôt en ramenant par un violent effort les deux yeux dans la même direction; mais immédiatement la vision devenait confuse; bientôt il éprouvait une fatigue insupportable, et il s'arrêtait avec le regret toujours plus amer d'une tentative inutile.

Un jour, en relisant ce que Buffon a écrit du strabisme, il fut frappé de cette observation du célèbre écrivain, qu'une très grande inégalité de force entre les deux yeux est véritablement une cause de déviation; mais que, pour agir de concert, ils n'ont nul besoin d'une égalité parfaite; en sorte que, si la vue est un peu étendue, l'inégalité pourrait dépasser un quart sans entraîner le dérangement des axes oculaires. Ceci établi, la conséquence n'était-elle pas évidente? Que fallait-il pour la guérison, sinon restituer à l'œil dévié sa force perdue, et pour cela l'exercer avec persévérance? Il reprit donc ses essais avortés, bien résolu cette fois à les mener à terme; il s'exerça à lire, à écrire alternativement, tantôt avec l'œil droit, le gauche étant couvert; tantôt avec les deux yeux. C'était la nuit surtout, à l'insu de tout le monde, qu'il se livrait à ce travail, n'osant le reprendre le jour qu'à la dérobée. En vain la vision redevenait confuse, en vain il se sentait brisé par un sentiment intérieur de fatigue, il persistait des heures entières. Heureusement, au bout de quelques jours, la fatigue commença à diminuer, la vision à s'éclaircir; quelques semaines après, chacun des deux yeux, agissant isolément, possédait une force égale; ouverts ensemble, ils marchaient d'accord, et se prêtaient une mutuelle assistance; la portée de la vue avait notablement augmenté; enfin les objets, entrevus auparavant dans une sorte de pénombre, se dessinaient plus nettement, avec une clarté et une fixité plus grandes; M. Roux, tout heureux, s'empressa de communiquer à la Société de médecine l'histoire de sa guérison.

Faut-il ajouter que, dès le premier jour, cette merveilleuse guérison trouva des incrédules? C'est que, comme tout inventeur qui caresse son idée, M. Roux s'était fait les honneurs d'une cure radicale et complète; à l'en croire, ses deux yeux agissaient *en parfaite harmonie*; bien plus, *rien ne pouvait faire présumer de quel côté la vue était louche;* et enfin, pourquoi s'arrêter en si beau chemin? il attestait qu'il *lui était impossible* à lui-même de déranger le concert si heureusement rétabli. Témoignage authentique, qui aurait eu cependant bien plus de force, si à l'instant même un faux trait perfide, emportant l'œil droit hors de son axe, ne lui eût donné un impitoyable démenti. Mais si l'observation était peu concluante de ce côté, est-ce à dire qu'à un autre point de vue elle ne méritait pas une attention sérieuse? On conçoit qu'en se regardant au miroir, la convergence forcée des deux axes oculaires fît disparaître pour lui l'écart de l'œil dévié; et alors même, l'illusion à laquelle il ne pouvait échapper était le signe irrécusable d'une amélioration réelle; mais la portée de la vue augmentée, la perception plus exacte des objets, la possibilité de lire de l'œil affecté, étaient-ce des phénomènes imaginaires? Ce qui est du moins positif, c'est qu'il était fort satisfait de l'expression nouvelle de sa physionomie; c'est que les sourires bienveillants ou autres qui accueillaient toujours le récit de sa guérison n'eurent jamais le pouvoir d'éveiller en lui l'ombre d'un doute, et que pendant quarante ans il eut le bonheur de croire et de répéter qu'il ne louchait plus.

Grand bonheur assurément! car il avait ainsi reconquis le repos de sa vie et la foi dans sa destinée. En 1840, à l'occasion des opérations nouvelles imaginées contre le strabsime, il lut à l'Académie des sciences une note dans laquelle il rappelait sa propre histoire. Il y exprimait si bien l'état de son esprit avant et après la guérison que je ne saurais résister à la tentation d'en détacher une page. On y remarquera cette façon originale de parler de soi; déjà, en 1814, il s'était désigné sous cette périphrase d'une bonhomie charmante : *Quelqu'un au bien-être de qui je prends le plus vif intérêt;* en 1840, la tournure fut autre, sans être moins heureuse; on dirait une réminiscence de Socrate parlant par la bouche de Platon : — « Je connaissais, dit-il, je me trompe, je vivais dans l'intimité la plus grande avec un homme de même âge que moi, qui avait depuis son enfance un strabisme divergent des plus considérables de l'œil droit.... Il avait embrassé et poursuivait, non sans quelque avantage déjà, une de ces carrières scientifiques dans lesquelles certains désavantages physiques peuvent mettre obstacle à de grands succès. Et quand de tels désavantages existent, que n'a-t-on pas à craindre des rivalités jalouses? Cette carrière devait donc être pour lui semée de contrariétés et d'embarras.... C'était comme un autre moi-même; je connaissais son chagrin de tous les instants, je savais combien il était malheureux d'être né avec sa difformité, combien il serait heureux d'en être délivré. »

Venait ensuite le récit de la cure, qui, selon le narrateur, *ne s'est jamais démentie.* Et il ajoutait enfin : « Dès lors, cet homme a eu en lui plus de confiance; libre d'un grand succès, il a marché d'un pas plus ferme dans la carrière où le hasard plutôt qu'une vocation première l'avait engagé; et probablement ses efforts, ses travaux n'ont pas été sans quelque mérite, puisqu'il est parvenu à l'honneur insigne de siéger maintenant parmi vous! »

C'est ainsi qu'il parlait à ses collègues de l'Institut; en effet, c'est à partir de 1814 qu'il prit véritablement son essor, et se montra le grand chirurgien que nous avons connu. Mais il oubliait une autre circonstance qui ne servit pas peu à lui révéler son génie : je veux parler de son voyage à Londres.

La chirurgie anglaise, reléguée au second rang dans les beaux jours de l'Académie royale de chirurgie, s'était bien relevée depuis; et les leçons et les exemples de Jonh Hunter avaient formé à Londres une école sans rivale. La guerre, qui divisait les deux nations, ne nous avait guère permis qu'à de rares intervalles d'en entendre le bruit; on fut donc fort surpris de voir les premiers chirurgiens anglais qui visitèrent Paris en 1814 étaler avec une orgueilleuse complaisance le sentiment intime de leur supériorité. M. Roux pensa qu'il ne serait pas inutile, pour l'honneur de la chirurgie française, d'aller chercher ces fiers rivaux sur leur propre terrain, de les juger à l'œuvre, de leur montrer aussi ce que nous avions fait sans eux; en conséquence, il partit pour Londres en août 1814, et y passa un mois entier.

Sans doute, c'était peu d'un mois pour étudier à fond une école étrangère, d'autant plus qu'à cette époque tous les cours étaient fermés et qu'il connaissait même assez peu la langue. Aussi, dans la relation de son voyage, confesse-t-il tout d'abord qu'il n'a pu suffisamment s'enquérir suivant quelles méthodes et dans quel esprit étaient professées à Londres l'anatomie, la physiologie et la chirurgie. Mais l'accueil empressé que lui valut sa réputation naissante, les vives sympathies qu'inspira son caractère, et qui se changèrent plus tard en amitiés durables, lui rendirent du moins plus facile le reste de la tâche. Tous les chirurgiens allèrent au devant de ses désirs, soit pour l'instruire de ce qu'il voulait apprendre, soit pour s'instruire eux-mêmes de ce qu'il pouvait leur donner en retour.

Ce qui le surprit d'abord, et il y revient à plusieurs reprises, ce fut le grand nombre d'hommes éminens que comptait alors la chirurgie de Londres. C'étaient Everard Home, Cline, Blizard, Lynn, Abernethy, A. Cooper, et au-dessous d'eux, dans la génération nouvelle, Brodie, Travers, Lawrence, Ch. Bell, pour ne nommer que les plus célèbres. Sous ce point de vue, il était obligé de reconnaître que Paris avait l'infériorité. Quant aux œuvres produites, il citait un peu à l'aventure les œuvres de Hey, d'A. Cooper, de Lawrence, de Brodie, de Travers, de Ch. Bell, en oubliait un bon nombre; mais il n'avait pas eu le temps de lire, il était venu principalement pour voir. Or, ce qu'il vit n'excita pas moins vivement son attention. Dans les moindres choses comme dans les plus relevées, c'était un aspect tout différent et des pratiques toutes nouvelles. La charpie classique remplacée par la toile à duvet et les étoupes, les bandes de flanelle substituées aux bandes de toile, cela sans doute avait peu d'importance. Mais avant les grandes opérations, par exemple, le sujet n'était soumis à aucune préparation préalable, on ne le faisait pas attendre à l'hôpital, sous prétexte de l'y acclimater. Après l'opération, point de ces pansemens minutieux, de ces bandages artistiques si chers à l'école de Boyer; les bandes étaient réservées pour la compression, et l'on se bornait généralement aux bandelettes agglutinatives. La réunion immédiate était la règle, et, pour la favoriser, on coupait près du nœud l'un des fils de toute ligature. Pour les ulcères, tandis qu'à Paris les malades étaient condamnés au repos, l'ulcère surchargé de charpie et de cataplasmes renouvelés au moins une fois par jour, à Londres ils étaient pansés tous les trois ou quatre jours avec des bandelettes de sparadrap, et on leur permettait de marcher. J'omets les idées nouvelles qu'il recueillait à chaque pas sur l'ophthalmie d'Egypte, sur les affections de la prostate, sur le testicule syphilitique, sur le cancer de la verge, sur le fongus hématode.

Ces grandes ligatures d'artères, qu'on ne connaissait à Paris que de nom, il les avait là sous les yeux. A. Cooper lui montrait le sujet sur lequel il avait pratiqué, six ans auparavant, la ligature de la carotide, et pratiquait devant lui la septième ligature de l'iliaque externe. L'iliaque interne même avait été liée avec succès. Bien plus, on méditait déjà (*mais j'ose à peine*, dit-il, *faire mention d'un tel projet*) la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes et du tronc brachio-céphalique. Et quelle simplicité dans le procédé opératoire! Plus de ligatures d'attente; plus de ces larges rubans, encore moins du cylindre conseillé par Scarpa pour aplatir l'artère. Loin de là : des fils ronds et ténus, avec l'intention avouée de diviser les tuniques internes; et enfin la plaie résultant de l'opération soumise, comme toutes les autres, à la réunion immédiate. Tant de hardiesse l'effrayait, loin de le séduire, et il doutait que jamais *cette manière trop simple* fût adoptée en France. D'un autre côté, lui qui, pour sa thèse de concours, n'avait trouvé à citer à Paris qu'un seul exemple de résection pour une luxation compliquée, quelle riche moisson il eût pu faire en Angleterre! car on avait réséqué là l'humérus, le radius, le tibia seul ou avec le péroné, et il avait pu voir une résection récente du tibia pratiquée par A. Cooper. Pour les amputations, la méthode circulaire était remplacée généralement par la méthode à lambeaux, plus propice à la réunion immédiate; et enfin Hey avait pratiqué deux fois l'amputation tarso-métatarsienne, inconnue alors dans notre pays.

Devant cet horizon inattendu, saisi tour à tour d'admiration et de défiance, ce qui dominait cependant c'était une émulation généreuse; et puis l'orgueil national murmurait sourdement en lui. Sait-on ce qu'il avait apporté aux Anglais, quel poids il avait jeté dans la balance? Il avait montré à Brodie et A. Cooper la manière d'appliquer les moxas; il avait indiqué au premier le procédé de Desault pour la ligature des polypes naso-pharyngiens; à l'amputation de Hey il avait opposé l'amputation de Chopart. Sur un autre terrain, il pensait bien regagner l'avantage. Nourri dans cette idée que Desault n'avait rien laissé à ajouter au traitement des fractures, et, pour me servir de ses propres expressions, que « l'emploi du bandage de Scultet et des attelles plates avec des remplissages avait porté l'art au dernier degré de perfection, » il voulut initier les chirurgiens anglais à ces hautes découvertes, et il ne fut pas blessé de voir qu'ils n'en tenaient aucun compte. Comment s'en étonner d'ailleurs; ne professaient-ils pas cette opinion singulière que les fractures intra-capsulaires du fémur sont impropres à la consolidation? Pour faire revenir A. Cooper d'une pareille erreur, aussitôt de retour en France il se hâta de lui expédier une fracture parfaitement consolidée, laquelle, par malheur, se trouva être extra-capsulaire. Il n'en demeura pas moins convaincu de la supériorité de nos doctrines en matière de fractures. Il répétait, avec non moins de complaisance, que nous avions *singulièrement perfectionné la doctrine des luxations.* Quant aux hernies, qu'importaient les ouvrages, estimables d'ailleurs, de Lawrence et d'A. Cooper? Les chirurgiens du XVIIIme siècle n'y avaient laissé qu'*à glaner.*

Et enfin, rassuré par ces consolantes réflexions; il arrivait à cette conclusion de son livre : « A côté de traits des plus brillans, la chirurgie anglaise offre les plus grandes imperfections. La chirurgie française est plus généralement bonne. »

Le mot était au moins patriotique, et il eut du succès à Paris. Mais il ne manqua pas de plus zélés patriotes qui jugèrent que l'auteur avait trahi les intérêts de la France, et qui signalèrent avec une vertueuse indignation son *injuste prédilection* pour *l'orgueilleuse Angleterre.* A quoi se réduisaient, après tout, ces *traits brillans* de la chirurgie anglaise? N'avait-on pas essayé, en France, avec des résultats fort équivoques, cette méthode de Hunter qu'elle appliquait à tous les anévrysmes, cette réunion immédiate dont elle faisait un si grand abus? Londres avait ses illustrations; Paris n'avait-il pas les siennes? Sans compter Deschamps et Pelletan, un peu affaiblis par l'âge; au premier rang dans l'enseignement, dans les hôpitaux, dans la pratique, brillaient A. Dubois et Boyer, encore dans toute leur vigueur; au-dessous d'eux, comme une phalange de réserve, se montraient déjà, Dupuytren, Richerand, Marjolin, M. Roux lui-même, troisième génération chirurgicale; enfin, sur les champs de bataille, Percy et Larrey avaient conquis une réputation incomparable.

Ce n'était point, en effet, les grandes renommées qui faisaient défaut; mais il faut bien confesser aussi que les œuvres ne marchaient pas de pair avec les renommées. Depuis la mort de Desault, le mouvement et la vie semblaient s'être peu à peu retirés de la chirurgie française. Jusqu'en 1814, Boyer n'avait rien publié par lui-même; Dubois, cet esprit si juste et si pénétrant, absorbé par une pratique immense, se contentait de jeter au vent des idées qu'on le pressait vainement d'écrire. Ni Dupuytren, ni M. Roux ne s'étaient pleinement révélés; Marjolin n'avait pas même un hôpital, et la littérature chirurgicale en France, pour les quatorze premières années du XIXme siècle, ne comptait guère que la *Nosographie* de Richerand, la *Clinique* de Pelletan et les *Campagnes* de Larrey. La science semblait être retombée sous le dogme de l'autorité; et dans les cours comme à la clinique de Boyer, le culte de la tradition touchait de près au culte de l'immobilité. Depuis peu, cependant, commençait à poindre une autre influence. Dupuytren, à peine en possession de sa chaire, avait inauguré son professorat par la résection de la mâchoire inférieure; et, mu par un insatiable désir de priorité dans l'école attardée, il donnait à la fois le signal et l'exemple. Mais soucieux avant tout de sa renommée, il voulait bien donner l'impulsion, non la recevoir, et il n'était pas mieux disposé que Boyer à faire accueil aux nouveautés venues du dehors.

Dans cet état de choses, l'ouvrage de M. Roux n'eut pas d'abord tout le succès qu'il méritait. Les Sociétés savantes écoutèrent sa relation avec curiosité; la Société de la Faculté, futur noyau de l'Académie de médecine, consacra même sept séances à en entendre la lecture. La presse aussi fut bienveillante, mais sans excès; nulle part on ne sembla comprendre la portée de ce livre. M. Roux se chargea de la développer lui-même.

Déjà, après les premières années passées à la Charité, il s'était trouvé mal à l'aise dans le cercle étroit où le renfermait l'orthodoxie de Boyer, et il avait essayé d'y faire brèche. C'est ainsi qu'il avait tenté la réunion immédiate après l'amputation de la cuisse; et, dans un cas même où l'amputation devait se faire à lambeaux, Boyer proposant les lambeaux antéro-postérieurs, il les avait faits latéraux. A la vérité, ces actes d'indépendance étaient rachetés par des concessions d'une égale importance : ainsi, à l'hôpital Beaujon, il pansait les plaies suppurantes avec de l'agaric, à l'exemple d'A. Dubois; à la Charité, il sacrifia l'agaric au linge fin préféré par Boyer, et ainsi s'entretenait la bonne harmonie. Mais son voyage à Londres lui ayant fait entrevoir la nécessité et inspiré le goût de plus hautes entreprises, ce méthodique et pacifique service de la Charité se vit subitement troublé dans sa quiétude profonde par une véritable irruption de pratiques étrangères. La réunion immédiate fut appliquée à toutes les amputations; toutes les amputations furent faites à lambeaux; chaque ligature eut un fil coupé près du nœud, ou même les deux fils à la fois; tous les ulcères furent pansés à la manière anglaise, et les malades s'en trouvèrent bien. Enfin, deux anévrysmes poplités, soumis coup sur coup à la méthode de Hunter, donnèrent pareillement deux guérisons. Boyer regardait faire avec inquiétude, avec méfiance, un peu rassuré toutefois par la réserve et, le dirai-je, par une sorte de timidité même que M. Roux apportait dans ces premières tentatives. Le succès aussi familiarise vite avec les nouveautés; et un jour arriva où Boyer, Boyer lui-même se surprit à opérer un anévrysme poplité par la méthode nouvelle. Il réussit; il recommença, il réussit encore, et, dès lors, il laissa

M. Roux l'appliquer à sa guise. Mais, comme honteux de ce qu'il avait fait, et, conservant au fond du cœur une invincible prédilection pour le procédé qu'il abandonnait, il ne parla jamais des succès que lui avait donnés l'autre.

La concorde n'avait donc pas été ébranlée jusque-là ; mais M. Roux n'entendait pas se borner à imiter les autres, et quand il voulut marcher seul, alors les inquiétudes et les méfiances de Boyer recommencèrent. En méditant sur les résections, le jeune auteur s'était demandé pourquoi on avait laissé tomber en oubli cette précieuse ressource dans les cas de caries articulaires, et, en mars 1815, il rendit compte à la Société de la Faculté d'une opération de ce genre qu'il avait pratiquée au genou. Le sujet succomba; c'en fut assez pour que Boyer se montrât hostile à toute autre tentative. Alors commença entre le beau-père et le gendre une lutte sourde, mais incessante, entretenue pendant de longues années, et qui faillit plus d'une fois aboutir à une rupture complète. Boyer avait la haute main sur le service; il pouvait à son gré admettre et renvoyer les malades, utile ressource quand il s'agissait d'une opération contraire à ses idées. Jamais, en effet, il ne s'y opposait d'une manière formelle; mais il temporisait, trouvait des prétextes, et, de délais en délais, finissait par signer le billet de sortie. Après son premier et malheureux essai, il se passa quatre ans avant que M. Roux pût tenter une résection du coude, qui, par bonheur, réussit, sans rendre Boyer plus propice. Il en était ainsi pour tout ce qui s'écartait de la route battue. Un jour M. Roux avait reçu une femme qui portait une énorme tumeur érectile à la face ; et Boyer l'ayant renvoyée, il insistait pour la faire rentrer. Que comptez-vous en faire? s'écriait Boyer alarmé. Il céda enfin, comme par lassitude ; la malade fut opérée et guérie ; il la vit, n'en témoigna ni satisfaction ni dépit, et n'en persista pas moins à repousser du service les affections du même genre. Et comme le génie entreprenant de M. Roux ne le laissait jamais manquer longtemps de semblables contrariétés, parfois, avec de vieux amis, il laissait déborder son cœur trop plein, et déplorait amèrement son malheur d'avoir pris un chirurgien pour gendre.

D'un autre côté, cette résistance passive, mais obstinée, cette force d'inertie contre laquelle se brisaient souvent tous ses efforts, cet éternel rocher de Sisyphe qu'il fallait soulever chaque jour, remplissaient l'âme du jeune homme d'une amertume concentrée et d'une impatience qu'il eut parfois peine à contenir. Tout ici se réunissait contre lui : l'âge, la position, la haute et légitime réputation de Boyer ; le respect et la reconnaissance de l'élève pour le maître, l'affection du gendre pour son beau-père ; les jugemens de la foule, qui devaient presque inévitablement lui imputer tous les torts. Heureux s'il n'eût été qu'un chirurgien vulgaire ! Il eût rempli consciencieusement sa tâche sans bruit, sans éclat, mais aussi sans lutte et sans souffrance. Mais il sentait qu'il y avait en lui quelque chose, quelque chose qu'il ne pouvait ni ne voulait laisser périr. Il persista donc; il disputa le terrain pied à pied, jour par jour, jusqu'à ce qu'enfin Boyer, découragé, lui céda tristement la victoire ! Lutte douloureuse, où les sentiments les plus nobles et les plus purs, l'amour de l'humanité et de la science, ne servaient qu'à les désunir ; où l'estime et l'attachement qu'ils avaient l'un pour l'autre rendaient chaque blessure plus cruelle ! Mais Boyer se tournait trop du côté du passé ; M. Roux regardait vers l'avenir, et ce n'est pas la première fois que l'avenir et le passé se sont montrés irréconciliables. Tous deux eurent à souffrir dans leurs affections ; à ce point de vue, nous n'avons pas à les juger, mais à les plaindre. Mais à cette heure où les intérêts passagers ont disparu, où nous n'avons plus à considérer que l'intérêt immortel de la science, la science a donné gain de cause à M. Roux. Par lui, la clinique de la Charité reprit une vie nouvelle et lutta sans trop de désavantage contre la clinique de l'Hôtel-Dieu ; et, pour ne citer qu'un des fruits heureux de sa persévérance, c'est lui qui a fait enfin prévaloir la résection du coude dans les cas de carie sur l'extrême et désespérante ressource de l'amputation.

Cependant, par la mort de Petit-Radel et d'Alphonse Leroy, deux vacances étaient ouvertes à la Faculté, et il était question de permutations qui devaient laisser libres les chaires d'anatomie et de pathologie externe. M. Roux se tint prêt à disputer au besoin l'une ou l'autre, et, en 1816, il ouvrit un cours d'anatomie chirurgicale. On put juger alors combien son esprit avait gagné déjà en indépendance et en vigueur. Nous ne connaissions guère en fait d'anatomie chirurgicale que le livre insignifiant de Palfyn et le sec résumé de Boyer. Il y avait donc toute une branche nouvelle de l'anatomie à créer, et ici l'ancien élève de Bichat se trouva vraiment à la hauteur de son maître. Il embrassait l'anatomie chirurgicale dans tous ses rapports; d'abord en examinant à part chacun des grands systèmes : la peau, le tissu cellulaire, les muscles, etc., ce qu'il appelait à bon droit l'*anatomie chirurgicale générale*; puis venait l'étude des organes et de leurs rapports, c'est-à-dire l'*anatomie des régions*. Celle-ci ne se bornait pas à l'étude des divers plans anatomiques; il y mêlait des considérations plus relevées, des observations d'une sagacité singulière; j'ai rencontré avec surprise dans une thèse rédigée sous son inspiration ce fait curieux, retrouvé depuis par M. Nélaton, de la compression des nerfs et de l'artère axillaire par la clavicule contre la première côte. Ainsi, soit pour le plan, soit pour les détails, à peine avait-il laissé quelque chose à faire à ceux qui sont venus après lui; une autorité plus grande que la mienne l'a déjà proclamé justement le créateur et le véritable propagateur parmi nous de l'anatomie chirurgicale. Par malheur il ne publia rien de ses leçons par lui-même; il nous en reste seulement l'ordonnance générale sauvée de l'oubli par M. Velpeau, et, comme exemples particuliers, une thèse soutenue en 1817 par Baget *sur l'anatomie chirurgicale du tissu cellulaire*, et une autre de Beullac, en 1819, *sur les régions de l'épaule et du pli du bras*. Il fut détourné de cette direction par la nomination de Béclard à la chaire d'anatomie; du reste, Béclard, excellent appréciateur, comprit toute la portée de ce nouvel enseignement anatomique, et en fit presque aussitôt l'objet de ses cours.

La nomination de Béclard eut lieu le 3 novembre 1818. Restait la chaire de pathologie externe; la Faculté se réunit pour choisir ses candidats le 10 novembre. M. Roux se trouva cette fois en présence de Marjolin, dont les cours particuliers étaient alors tellement suivis qu'ils réduisaient les cours officiels à une sorte de solitude. Au premier tour, sur 20 suffrages exprimés, M. Roux en avait obtenu 10, Marjolin seulement 9. Mais, ô inconstance des hommes et des scrutins! au second tour Marjolin eut 11 suffrages; M. Roux n'en avait gardé que 9. Il fut porté ensuite à la seconde place par 19 voix : presque l'unanimité. Faible compensation sans doute. Mais, peu de temps après, la fortune de la chirurgie lui en ménageait une autre que ses juges mêmes eussent pu lui envier.

Le 24 septembre 1819 (j'ai recueilli avec soin ces dates précises, qu'il avait oubliées lui-même), un étudiant anglais, nommé John Stephenson, qui avait suivi la clinique de la Charité, sur le point de quitter Paris pour aller passer sa thèse à Edimbourg, se présenta chez M. Roux pour lui adresser ses remercîments. Sa voix nasonnée, sa prononciation difficile accusaient une perforation du palais. De prime saut, sans préambule (*toto ritu relicto*, dit Stephenson lui-même), M. Roux lui demanda s'il avait eu la vérole. Ce n'était point la vérole qu'il avait ainsi affligé : c'était une division congéniale limitée au voile. Chose singulière, jamais M. Roux n'avait encore rien vu de semblable. On comprend donc avec quel intérêt il examina ce cas tout nouveau pour lui. Le voile du palais était divisé verticalement dans toute sa hauteur; ses deux moitiés, habituellement écartées, laissaient entre elles un espace triangulaire confondu par sa base avec l'isthme du gosier. Dans un moment où la bouche était grandement ouverte, un mouvement involontaire détermina le rapprochement des deux parties du voile, et, pour un instant presque indivisible, les mit en contact par leurs bords libres. Ce fut un trait de lumière. Puisque ces deux parties étaient assez larges pour se rejoindre par le jeu des muscles, qui empêchait d'obtenir leur union définitive en les avivant et les tenant rapprochées par suture? En un moment l'opération toute entière se créa dans sa pensée; du même coup il la propose au jeune homme, qu'il séduit, qu'il entraîne : ils sont d'accord. Seulement, Stephenson, près de son départ, voulait la remettre à l'année suivante, lors de son retour à Paris. Ses amis, ravis de la perspective que lui offrait l'opération, le firent revenir sur cette résolution fâcheuse. Deux jours après, il apportait son consentement. Le 24 septembre, à quatre heures du soir, en secret, pour ainsi dire (M. Roux n'y avait admis que deux témoins), l'opération fut pratiquée. Le troisième jour, la suture du milieu fut enlevée ; les deux autres furent ôtées le lendemain, et treize jours plus tard, le 11 octobre, Stephenson lui-même allait lire le récit de sa guérison à l'Institut. La staphyloraphie était entrée dans la science.

Il faut bien insister sur ces points, Messieurs. On a recherché et rassemblé depuis quelques rares exemples de suture appliquée à une déchirure accidentelle du voile du palais, par Léautaud, Ferrier, peut-être Larrey ; M. Roux lui-même eut à pratiquer une suture de ce genre ; rien de tout cela ne ressemble à de la staphyloraphie. Graefe a élevé une réclamation plus sérieuse. En décembre 1816, il avait entretenu la Société médico-chirurgicale de Berlin d'une division congéniale du voile du palais, qu'il avait guéri par la suture, après avoir provoqué une inflammation plastique au moyen de l'acide muriatique et de la teinture de cantharides. Si l'on s'arrête d'abord à cet étrange procédé d'avivement, si l'on se reporte ensuite au procédé de suture non moins étrange dont Graefe donna la description trois ans plus tard, on ne s'étonnera pas qu'il ait échoué trois fois sur quatre essais ; on s'étonnerait plutôt qu'il ait réussi une seule. A part l'idée générale, il n'y a vraiment rien de commun entre les deux procédés. L'idée sans doute était assez belle par elle-même pour qu'on s'en disputât la priorité ; mais l'idée même n'appartient ni à l'un ni à l'autre ; elle est exprimée clairement dans un méchant petit livre du dix-huitième siècle, où il a fallu les patientes et clairvoyantes recherches de M. Velpeau pour la retrouver. Robert rapporte en peu de mots qu'un dentiste du nom de Lemonnier avait guéri par la suture une division congéniale du voile et de la voûte palatine. On peut révoquer en doute un pareil succès, et pour mon compte je suis peu disposé à y croire ; mais du moins l'idée de l'opération n'est pas contestable, et l'honneur en revient à Lemonnier.

La réclamation de Graefe était fort aigre, et donnait clairement à entendre que M. Roux avait connu sa tentative. Rien au monde ne pouvait être plus sensible à M. Roux que ce doute jeté sur sa loyauté ; et il eut encore le regret de retrouver la même insinuation, en termes à peine couverts, dans une prétendue *Histoire des progrès de la chirurgie*, pamphlet malheureux, dont je regretterais de nommer ici l'auteur. M. Roux saisit l'occasion d'un rapport qu'il lut en séance publique à l'Académie de médecine pour rétablir, dans une protestation éloquente, la vérité outragée ou méconnue. Le sentiment public l'avait déjà vengé ; son nom était de ceux que le soupçon même ne saurait atteindre. Il en reçut un témoignage mémorable dans un voyage qu'il fit en Allemagne après 1830. Graefe, son compétiteur, tint à honneur de le faire asseoir à sa table ; et là, en face des nombreux convives convoqués tout exprès pour donner plus de poids et d'éclat à ses paroles, Graefe déclara que, dans sa conviction intime et profonde, M. Roux était arrivé seul et sans secours au but commun. Il ajouta que par la simplicité du procédé, par les succès obtenus, M. Roux avait plus que personne concouru à constituer et à propager la staphyloraphie. Lui-même n'avait marché que de loin sur ses traces ; à peine comptait-il quinze à vingt opérations, tandis que son heureux rival était arrivé à la soixante-quinzième ; et enfin, il avait cru devoir modifier son procédé primitif pour se rapprocher du procédé français. Nobles aveux, qui honorent autant l'un que l'autre. Justice dignement rendue, et qu'il faut d'autant plus louer que l'histoire de la chirurgie en offre de plus rares exemples !

Mais longtemps auparavant, et presque aussitôt après sa découverte, une justice non moins éclatante lui avait été rendue par la Faculté. Le 10 février 1820, Percy, professeur de pathologie externe, donna sa démission, motivée sur son grand âge et de graves infirmités. Six candidats se présentèrent; mais au premier tour de scrutin M. Roux obtint l'unanimité des suffrages, et sa nomination fut ratifiée le 8 mars par la commission royale d'instruction publique.

Malgré l'accroissement de labeur que lui imposaient ces fonctions nouvelles, il n'en continua pas moins ses leçons cliniques, et même à partir de 1822, il devint l'un des collaborateurs les plus actifs du *Dictionnaire de médecine*. Il était passé de la Société de la Faculté à l'Académie de médecine. En 1825 il fut nommé secrétaire de la section chirurgicale, et chargé du compte rendu des années 1825-1826, qu'il lut dans la séance publique de 1828, le seul compte rendu qui figure dans les *Mémoires de l'Académie*. En 1827, il fut nommé vice-président, président en 1828. Il n'avait donc plus rien à attendre de ce côté, et il commença à tourner ses regards vers l'Académie des sciences, qui déjà l'avait couronné pour la staphyloraphie. Dès 1825, à la mort de Percy, il s'était mis sur les rangs; mais il avait encore rencontré Dupuytren, qui, appuyé de l'influence de Charles X, avait été élu d'emblée par 41 suffrages. En 1829, à l'occasion d'une nouvelle vacance, il lut à l'Institut un double mémoire, dont la première partie était consacrée aux résections du coude ; la seconde, d'un intérêt plus puissant encore, avait trait à ces grandes restaurations de la face, entrées aujourd'hui dans le domaine commun, mais que personne peut-être n'avait tentées jusqu'à lui avec autant de hardiesse et pour des cas aussi désespérés. Il avait été porté sur la liste de présentation *ex æquo* avec Larrey, son premier maître au Val-de-Grâce, et la lutte demeura indécise jusqu'au dernier moment. Pendant les deux premiers tours de scrutin, ils se partagèrent à peu près également les suffrages; enfin, au ballottage, sur 51 votans, Larrey l'emporta de 5 voix. La place de M. Roux était dès lors marquée à la première élection ; et en 1834 il succéda à Boyer, son beau-père, sans qu'il fût besoin d'un deuxième tour de scrutin.

Il était alors arrivé au point culminant de sa carrière. A cinquante-quatre ans, tous les honneurs, tous les titres qui peuvent couronner la plus belle vie chirurgicale, il les avait reçus ; membre de la Légion d'honneur dès 1815, il avait été nommé officier de cet ordre en 1831 ; après dix années passées dans la chaire de pathologie externe, il avait passé à la clinique, et la mort de Boyer le laissait désormais libre et entièrement maître à la Charité. Sa réputation ne pouvait plus grandir ; la confiance publique s'attachait à lui de plus en plus, et à peine pouvait-il suffire à sa clientèle. Un seul homme le dépassait encore ; mais, comme si la fortune eût voulu aller au delà de ses désirs et ôter de devant lui tout ce qui pouvait lui faire ombre, Dupuytren s'éteignit le 8 février 1835.

Les anciens avaient coutume de dire qu'il faut se méfier d'une prospérité trop constante, et que ces suprêmes faveurs du sort cachent quelquefois un piége. M. Roux allait en faire la triste expérience. Pour remplir la chaire vacante de Dupuytren, tous les prétendans s'effaçaient devant lui ; l'opinion publique le désignait, la Faculté l'y appela. Peut-être aussi une secrète ambition l'y poussait lui-même ; sa pensée se reportait avec complaisance à ce premier concours où il avait failli l'emporter sur Dupuytren, et pendant de longues années où, à la Charité, l'autorité ne lui était échue qu'en partage, peut-être avait-il plus d'une fois envié et poursuivi dans ses rêves la royauté despotique de l'Hôtel-Dieu. Cependant, au moment où le rêve touchait à la réalité, n'ayant plus qu'à étendre la main pour la saisir, il hésita, et durant plusieurs jours il se trouva saisi d'inquiétude et de trouble. Toutes ses habitudes, tous ses beaux souvenirs le rattachaient à la Charité ; cet hôpital l'avait reçu petit et obscur, l'avait fait grand et célèbre, si bien qu'en France et par toute l'Europe son nom en était devenu en quelque façon inséparable. Là il était sûr de rencontrer toujours des visages sourians, des cœurs dévoués ; l'amphithéâtre était rempli d'un auditoire fidèle ; les murs mêmes avaient des échos amis. Irait-il, à son âge, abandonner cette position heureuse et sûre, et courir les aventures dans un autre hôpital, en pays inconnu ? Toutes ces raisons avaient leur force ; mais, comme l'esprit humain est ingénieux à colorer des prétextes pour ce qu'il désire, il se répétait, d'un autre côté, qu'à tort ou à raison l'Hôtel-Dieu passait pour le premier hôpital du monde ; que rester à la Charité c'était se résigner à un rang secondaire, et, cette considération dominant toutes les autres, il accepta.

Il ne fut pas longtemps à s'en repentir. Tout d'abord, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il y trouva la phalange compacte des internes de Dupuytren, portant au cœur et sur le front le deuil tout récent de leur maître, enthousiastes de sa mémoire, et, comme autrefois, ces vieux soldats de l'Empire, s'indignant de servir sous un autre drapeau. La foule des élèves, dominée par les mêmes regrets, ne montrait pas plus de sympathie. De son ancien auditoire, M. Roux avait à peine attiré avec lui quelques partisans fidèles ; les autres étaient restés à la Charité, retenus d'abord par une longue habitude, mais bientôt par la parole entraînante et féconde de son heureux successeur. Il n'y avait pas jusqu'aux vieilles et sombres murailles du vaste amphithéâtre qui ne fissent contraste avec l'enceinte plus modeste, mais si propre, si bien éclairée de la Charité. Nous subissons l'influence de tout ce qui nous entoure. L'orateur le plus intrépide ne peut se défendre de quelque inquiétude en abordant une tribune nouvelle ; la confiance en soi, ce premier garant du succès, se perd plus vite encore devant un auditoire hostile, et Cicéron lui-même, plaidant pour Milon, sentit défaillir son génie, quand, au lieu de la foule bienveillante accoutumée à l'applaudir, il aperçut le Forum occupé par les soldats de Pompée. M. Roux ne résista pas mieux à tant de circonstances contraires, et, pour la première fois, il se trouva au-dessous de lui-même. L'ascendant de Dupuytren l'emportait encore ; on eût dit que sa grande ombre planait sur l'Hôtel-Dieu pour défendre jusqu'au bout son empire menacé et le théâtre de ses triomphes.

Ce n'était pas seulement une école étrangère qui s'implantait ainsi brusquement au lieu et à la place de l'autre ; en ce qui touchait à la forme même de l'enseignement, rien de plus dissemblable que ces deux hommes. A la parole grave, lente et mesurée de Dupuytren, dont la bouche superbe ne s'ouvrait que pour rendre des oracles ; à cette attitude pleine d'orgueil et de dédain, qui tenait la foule à distance et lui imprimait un respect mêlé de crainte, succédait une sorte de causerie amicale, familière jusqu'à l'enjouement, abondante jusqu'à la prodigalité, pleine de confidences et d'aveux. S'agissait-il d'une question de diagnostic ? Là où Dupuytren, cachant ses faiblesses, ne laissait voir que le génie de la chirurgie, toujours sûr de soi, toujours infaillible, dût la vérité en souffrir, M. Roux montrait l'homme avec ses incertitudes et ses erreurs, dût en souffrir sa renommée, et, comme nous nous laissons facilement prendre aux apparences, celui qui confessait s'être trompé souvent paraissait bien inférieur à celui qui ne laissait pas soupçonner qu'il se fût jamais trompé. Il en était de même quant aux résultats pratiques. L'Hôtel-Dieu n'a jamais passé pour un hôpital propice aux grandes opérations, et, sans remonter plus haut, ceux qui avaient suivi de près la clinique de Dupuytren en savaient quelque chose. Mais Dupuytren n'aimait pas à étaler au grand jour ses revers, et, quand il avait à parler de choses depuis longtemps passées, par un heureux défaut de sa mémoire les souvenirs de ses guérisons lui revenaient en foule, tandis qu'il conservait à peine une vague et douteuse réminiscence pour une partie de ses morts. Son successeur n'était pas accoutumé à tant de prudence, et ce fut là surtout ce qui le perdit. Sa loyauté devint une arme aux mains de ses ennemis, et l'on organisa contre lui une guerre sourde et perfide, à laquelle tout autre peut-être aurait succombé. Bientôt il ne fut bruit à l'Hôtel-Dieu que des revers de la clinique nouvelle ; à en croire d'officieux rapporteurs, une mortalité effroyable décimait le service, et chaque opéré était d'avance enregistré parmi les morts. Sur quoi cependant se fondaient ces cruelles impostures ? Peut-être M. Roux, trop confiant dans les ressources de l'art, ne se fiait pas assez à la nature ; peut-être aussi était-il entraîné par ce penchant si naturel de se montrer avec tous ses avantages, et il n'était jamais si brillant que le couteau à la main. Mais avant, pendant, après l'opération, quelle recherche scrupuleuse de tout ce qui pouvait en assurer le succès ; quelle sollicitude, je dirais presque quelle tendresse pour ses opérés ! Il en perdait beaucoup ; c'est un malheur commun en chirurgie ; mais Dupuytren en sauvait-il donc davantage ? Qu'auraient-ils dit ses imprudens adorateurs si, en les suivant sur ce terrain, on eût déchiré tous les voiles et poursuivi avec des chiffres authentiques ce périlleux parallèle ? De 1818 à 1822, alors que Dupuytren retenait l'Hôtel-Dieu tout entier sous sa main, la mortalité des salles de chirurgie n'avait pas été au-dessous de 1 sur 15, et s'était élevée deux années au 11me et même au 10me. De 1837 à 1840, M. Roux dirigeant la clinique, la mortalité était descendue à 1 sur 17, 1 sur 18, 1 sur 19. Que si, serrant la lutte de plus près, on avait cherché qui des deux, dans des circonstances semblables, après des opérations semblables, avait eu le plus grand nombre de morts, il n'y avait qu'à se reporter aux journées de juillet 1830, où Dupuytren, sur 16 grandes amputations primitives, n'avait sauvé que 8 hommes ; tandis que M. Roux, sur dix amputations analogues, n'avait perdu que 3 opérés.

A Dieu ne plaise que je prétende avec ces seuls chiffres porter un jugement sur ces deux grands chirurgiens ! Les problèmes de statistique chirurgicale ne sont jamais aussi simples. On peut avoir une série d'opérations heureuses contre-balancée plus tard par une série contraire ; tous les hôpitaux n'offrent pas une salubrité égale ; et dans le même hôpital, le même chirurgien, aura des résultats fort divers, selon qu'il sera chargé d'un plus ou moins grand nombre de malades, ce qui revient à dire que les forces humaines ont des limites. Dupuytren, tant qu'il voulut porter seul l'Hôtel-Dieu tout entier, se trouva insuffisant et fléchit sous le poids ; la simple division de son service immense en trois services suffit pour diminuer la mortalité. Mais ce que je puis et ce que je veux conclure, c'est que si Dupuytren l'emportait par d'autres côtés, du moins M. Roux n'aurait eu légitimement rien à craindre de la comparaison des résultats.

Toutefois, ces rumeurs perfides, habilement propagées, atteignirent en partie leur but ; la confiance des élèves fut ébranlée, et des vides se remarquèrent bientôt dans l'amphithéâtre ; il en perça même assez dans le public pour que l'effet s'en fît sentir jusque dans le cabinet du grand praticien. J'en ai trouvé la preuve irrécusable dans un document bien curieux qu'a laissé M. Roux, le seul de ce genre jusqu'à présent dans les annales de la profession. Lorsqu'on étudie la vie de ces hommes éminens qui ont cultivé et agrandi le champ de la chirurgie, après avoir considéré leurs travaux avec étonnement, leurs œuvres avec une juste admiration, la curiosité va plus loin ; on voudrait savoir ce que leur a valu toute une vie de labeur mise au service de l'humanité ; on ne lit pas sans intérêt que Boyer à sa mort laissa un million, Dupuytren quatre millions, et que l'héritage d'A. Cooper, le nabab des chirurgiens, dépassait douze millions de francs. Mais ces trésors, lentement amassés, n'étaient pas le fruit unique de la clientèle, et la clientèle elle-même est singulièrement variable aux diverses époques de la vie. M. Roux avait arrêté pour chaque année, à partir de 1814, la note exacte du tribut que lui payait la confiance publique, et l'on aime à le voir grandir peu à peu avec sa renommée et s'attester elle-même par des chiffres irrécusables. En 1814, à peine dépassait-il 11,000 francs ; en 1817, après son premier cours d'anatomie chirurgicale, il atteignit 22,000 fr. ; en 1821, le nouveau professeur, l'inventeur de la staphyloraphie arriva brusquement à 35,000 francs. Ce fut, dès lors, une marche presque régulièrement ascendante jusqu'en 1833, point culminant, où il dépassa 76,000 fr. En 1835, époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, sa recette touchait encore à près de 70,000 fr. ; l'année suivante, elle tomba à 54,000, et ne se releva jamais depuis.

Ne laissons pas toutefois à la calomnie la joie de penser qu'elle a eu seule une pareille influence. M. Roux n'était pas de ces hommes que le premier revers abat. Après avoir d'abord plié sous le choc, il se releva plus fier et plus superbe. On peut bien le redire : Dupuytren mort, pas un de ses adversaires n'était de taille à lui faire face, et il les domina bientôt de toute sa vraie supériorité. Il lutta, il reconquit pied à pied sa popularité compromise. Il vit bientôt se presser autour de lui une nouvelle famille d'internes, respectueux et dévoués ; l'am-

phithéâtre retrouva ses beaux jours et son affluence accoutumée. Malheureusement, de graves indispositions, qui l'affligèrent surtout de 1842 à 1845, le forcèrent à se relâcher de son zèle, et interrompirent le cours de sa prospérité renaissante. Il faut bien ajouter aussi que les conditions n'étaient plus les mêmes, et que la chirurgie avait subi à Paris une transformation qui rendait le succès plus difficile, même au prix des plus énergiques efforts.

Le règlement des hôpitaux avait détruit, dès 1829, l'autorité abusive des chirurgiens en chef; un arrêté du 2 mars 1831 en abolit jusqu'au nom. Les services de chirurgie se multiplièrent donc dans les hôpitaux : le concours rétabli et loyalement appliqué mit à leur tête des hommes capables et expérimentés, des jeunes gens surtout, pleins d'une ambition généreuse, tous voulant concourir aux progrès de la science, tous prétendant bien conquérir leur place au soleil. Au lieu de quatre ou cinq chirurgiens qui, en 1814, se partageaient la réputation et la clientèle, Paris eût pu aisément en dresser une liste double et triple; et, comme la liberté de l'enseignement n'était plus une contrariété pour une autorité ombrageuse, de toutes parts s'ouvraient des cliniques nouvelles : et à l'Hôtel-Dieu même un second amphithéâtre fut construit pour une clinique libre, ainsi érigée en face de la clinique officielle.

En d'autres temps, M. Roux eût applaudi à ce mouvement prodigieux; il avait admiré dans les hôpitaux de Londres cette division des services qui permettait à un plus grand nombre d'hommes émineus de *mettre à profit les mêmes occasions d'observer et d'agir*. Souvent, lorsqu'il était chirurgien adjoint, il s'était plaint de sa dépendance; et enfin, élevé et grandi dans l'enseignement particulier, il s'en était constamment montré l'éloquent panégyriste et l'infatigable défenseur. Mais quand à l'Hôtel-Dieu, il se trouva dépouillé de l'un des titres de Dupuytren, quand il vit l'un de ses élèves, Blandin, marcher de pair avec lui, faire des leçons non moins suivies que les siennes, élever tribune contre tribune, on l'entendit plus d'une fois regretter que le titre de chirurgien en chef eût été aboli; et tout en persistant à vanter pour l'anatomie les bienfaits de l'enseignement particulier, on remarqua qu'il évitait d'en parler pour la clinique. S'il faut le dire, cette rivalité d'enseignement dans son hôpital lui était insupportable, et il n'eut pas toujours assez d'empire sur lui-même pour cacher le chagrin qu'il en ressentait.

Enfin, et pour comble, l'âge venait; et, bien que sa vieillesse vigoureuse ne présentât au dehors aucun indice de décadence et conservât même quelques allures de jeunesse, ses indispositions réitérées l'avertirent que l'esprit et le corps demandaient un peu de relâche, et il eut la sagesse de comprendre cet avis. Le temps des vacances fut consacré à des voyages, soit à Londres, soit sur le continent, en Italie, en Espagne, en Belgique, en Allemagne, où il arrivait précédé de sa renommée, entouré bientôt du nombreux cortége des notabilités médicales empressées de voir le Nestor de la chirurgie française; hôpitaux, musées, écoles, il visitait tout, profitait de tout, et ces courses entreprises pour son plaisir tournaient encore au profit de la science. De même, dans le cours de l'année scolaire, il prit un peu plus de loisir; sans négliger aucun de ses devoirs, soit à l'hôpital, soit à la Faculté, il laissa le courant de la faveur publique se détourner vers ses jeunes successeurs, sans rien faire pour l'arrêter, consacrant encore à la science tous les moments qu'il dérobait ainsi à la pratique. L'Académie de médecine, qui pour la deuxième fois l'avait porté à la présidence, admirait son assiduité aux séances; pas une discussion importante n'était soulevée qu'il n'y apportât le tribut de sa vaste expérience, et l'on se souvient de celle qui eut pour point de départ en 1847 son rapport sur quelques opérations de taille et de lithotritie. Après les communications verbales venaient les communications écrites, sur *les tumeurs anévrysmales des os*, sur *les exostoses*, sur *les anévyrsmes artérioso-veineux :* c'était en quelque sorte les prémices d'un vaste travail dont il avait conçu le projet, dont il poursuivait l'exécution avec ardeur, et pour lequel il avait accumulé des matériaux immenses.

Dès 1813, alors que jurant sur la parole de Boyer, il croyait encore que le dix-huitième siècle avait clos l'ère des découvertes, une grande idée l'avait saisi : « Soumettre à des épreuves raisonnées toutes les méthodes thérapeutiques ou opératoires, établir par les résultats leurs avantages et leurs inconvénients, et fixer ainsi l'opinion encore chancelante des praticiens, telle est, disait-il, la tâche principale imposée au siècle qui commence. » Sans doute, il ne tarda pas à reconnaître que le dix-neuvième siècle avait encore autre chose à faire, mais cependant, resté fidèle à sa première idée, pour juger toute opération, toute doctrine, il s'enquérait des résultats; et l'on sait avec quelle insistance il sollicitait les partisans de la lithotritie de produire au grand jour leurs résultats, nets, complets, sans réserve; en un mot, tous leurs résultats. Afin de se mettre lui-même en mesure et de pouvoir prêcher d'exemple, dès 1811, il avait entrepris un travail colossal. Chaque matin, au lit des malades, il dictait ou écrivait de sa propre main l'histoire abrégée de tous les entrans. En outre, plusieurs élèves étaient chargés de dresser des tableaux complets de tous les faits du service. Pas une brûlure, pas une contusion, pas une plaie n'était omise; et toutes ces observations, tous ces tableaux étaient conservés dans de grands registres reliés, dont la série interrompue embrasse ainsi une période de quarante-quatre ans. Or, c'était cette mine immense qu'il se proposait de fouiller et d'épuiser. Il voulait, dans une longue suite de mémoires, donner le résumé de tout ce qu'il avait pu voir, observer, recueillir et faire dans sa vie chirurgicale.

Interrompue par la maladie, abandonnée au lendemain de la révolution de 1848, reprise aussitôt qu'il recouvrait ou la santé ou le calme d'esprit nécessaire, enfin, en 1853, cette œuvre était arrivée à maturité; la rédaction était achevée pour les deux premiers volumes, fort avancée pour le troisième et le quatrième, ébauchée pour le cinquième et le sixième, et il en annonçait d'autres encore, sans pouvoir fixer exactement lui-même l'étendue de la tâche qu'il s'était imposée. Il y travaillait avec cette ardeur impétueuse qu'il avait toujours mise au service de sa volonté, n'épargnant ni les soins ni les veilles, et déjà il avait fait tirer la préface et les seize premières feuilles du premier volume.

Mais il avait trop peu consulté ses forces. Le 2 janvier 1854, en se rendant à l'Académie des sciences, qui venait de l'appeler à la présider, il fut frappé d'une congestion cérébrale. Alors seulement le voile se déchira; ses collègues, ses amis comprirent que le temps était passé pour lui des grands travaux et des longues espérances; ils lui défendirent ces dangereuses occupations. Mais il ne put même supporter ce repos nécessaire; après quelques jours, il voulut revoir ses épreuves, et quatre feuilles nouvelles, de la dix-septième à la vingtième, furent trouvées, après sa mort, chargées des dernières corrections de sa main défaillante. Une nouvelle attaque, plus violente que la première, lui enleva avec toutes ses facultés le regret de laisser son ouvrage inachevé, et il expira sans avoir repris connaissance, le 23 mars 1854.

Quel deuil universel excita cette perte, vous le savez, Messieurs, vous y avez pris part; vous étiez dans le long et douloureux cortége qui l'accompagna à sa dernière demeure; vous avez entendu les suprêmes adieux adressés à sa dépouille mortelle au nom de l'Institut, de la Faculté, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, au nom des chirurgiens militaires, au nom de ses élèves; de ces discours prononcés sur sa tombe, je ne rappellerai qu'une chose, c'est que plusieurs furent interrompus par des larmes. On ne regrettait pas seulement le grand chirurgien, mais l'ami sûr et dévoué, le maître affable et bienveillant, le collègue aimable et affectueux, l'homme bon et loyal entre tous, qui n'avait point connu la haine, et de presque tous ses rivaux avait su se faire autant d'amis.

Je m'arrête ici, Messieurs, non sans regret, non sans le secret désir de poursuivre et de laisser ainsi ma tâche moins imparfaite. Après avoir suivi M. Roux dans sa vie publique, j'aurais voulu le montrer dans sa vie intime et privé : tantôt, dans le silence du cabinet, donnant à son esprit tendu l'utile délassement des études littéraires; ou bien, dans une société choisie, égayant la conversation par les vives saillies d'une humeur enjouée; ou bien encore, dans un cercle plus étroit, s'abandonnant tout entier aux saintes affections de famille, qu'il recevait avec bonheur, qu'il rendait avec usure; j'aurais divulgué quelques-uns des secrets de cette âme aimante et dévouée; j'aurais dit comment, acquittant la dette de son enfance envers l'excellente femme qui en avait été la protectrice, aussitôt après la mort de son père, il l'avait attirée près de lui, et lui avait prodigué, jusqu'au terme d'une vieillesse presque centenaire, les témoignages les plus touchans d'une reconnaissance filiale.

Puis j'aurais aimé à étudier le savant et l'écrivain dans ses ouvrages; j'aurais rassemblé, j'aurais réuni comme une gerbe éclatante toutes les idées originales, toutes les heureuses inventions dont il a doté l'art; enfin, en lui assignant la place éminente qu'il occupera dans l'histoire de la chirurgie, j'aurais essayé de devancer le jugement de la postérité.

Mais l'heure trop rapide s'écoule, et les lauréats attendent leurs couronnes. A vous donc, élite glorieuse de la jeunesse qui m'écoute, aux nombreux émules qui se promettent déjà de vous suivre, j'adresserai mes dernières paroles. La vie de M. Roux vous a montré jusqu'où l'on peut atteindre par le travail et la persévérance; montrez-vous dignes d'un tel maître; prouvez au monde que son exemple et ses leçons n'ont point été stériles. Il y a, dans ses dernières pages, un mot qu'il semble avoir tracé exprès pour vous : *Non, l'édifice de la science n'est point encore achevé; non, l'art n'a point encore atteint ses dernières limites !* — Sachez-le bien, et fortifiez-vous dans cette idée, la science est jeune encore; elle date à peine de deux mille ans, et compte les siècles comme nous comptons les années; à peine si elle a revêtu d'hier sa robe virile. L'espace et l'air ne sauraient donc vous manquer; le passé, c'est le fini; l'infini, c'est l'avenir.

Le poète latin a peint, dans une vivante image, les générations qui se succèdent, et, semblables à des coureurs dans l'arène, passant de main en main le flambeau de la vie.

Nous aussi, amans de la science, nous avons quelque ressemblance avec ces coureurs. Les générations passées nous ont tendu son flambeau sacré, que nous devons transmettre aux générations nouvelles. Heureux ceux qui ont pu le faire briller d'une plus vive lumière; et, dans cette course indéfinie, le porter un peu plus en avant. A vous maintenant de le recevoir, pour le porter plus avant encore; et, dans cette lutte généreuse, la seule où il soit beau et désirable pour nous d'être vaincus, puissiez-vous, comme jadis les enfans de Sparte, faire serment à vos maîtres que vous les dépasserez un jour !

(Ce discours a été accueilli par des applaudissemens unanimes et prolongés.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Novembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Sur la structure de la fibre nerveuse primitive.

M. Claude Bernard, au nom de M. B. Stilling, de Cassel, fait la communication suivante :

I. *De la fibre nerveuse.* — Jusqu'à présent, on a cru que la fibre nerveuse primitive était composée : 1° d'une enveloppe en forme de tube, ne possédant pas de stsucture déterminée; 2° du cylindre d'axe occupant le centre du tube nerveux, offrant une consistance assez ferme, mais d'une organisation encore inconnue; 3° d'une matière huileuse transparente, située entre le cylindre d'axe et l'enveloppe, et remplissant complétement le tube nerveux.

D'après les recherches nouvelles dont j'ai l'honneur de communiquer quelques-uns des principaux résultats à l'Académie, j'ai été conduit à reconnaître une autre nature à la fibre nerveuse primitive.

D'après mes observations, la fibre nerveuse primitive doit être considérée comme formée de deux parties, une partie périphérique et une partie centrale.

1° La partie périphérique comprend à la fois ce que l'on désigne actuellement sous le nom d'enveloppe nerveuse et de moelle nerveuse. J'ai trouvé que toute cette partie de la fibre nerveuse est constituée par un enlacement de tubes excessivement petits de 1/1500 à 1/3000 de ligne de diamètre. Ces petits tubes sont dirigés dans tous les sens, longitudinalement, transversalement et obliquement; ils se divisent, s'anastomosent les uns avec les autres, de manière à former un véritable réseau.

2° La partie centrale est représentée par ce qu'on a appelé jusqu'ici le *cylindre d'axe*. Cette partie peut être, en effet, représentée par un cylindre composé au moins de trois couches emboîtées les unes dans les autres et concentriques. De chacune de ces couches part un grand nombre de petits tubes qui se dirigent en dehors et vont communiquer avec le réseau des petits tubes qui forment la partie périphérique de la fibre nerveuse primitive; il faut, par conséquent, que les tubes émanés de la couche centrale du cylindre d'axe perforent les couches moyennes et externes de ce même cylindre pour arriver en communication avec le réseau des tubes périphériques.

Il résulte de ce qui précède que chaque fibre nerveuse primitive se trouve entièrement constituée dans sa texture par un réseau très serré de tubes excessivement déliés, s'anastomosant sans cesse les uns avec les autres et établissant des communications multipliées entre la partie centrale de cette fibre et sa partie périphérique.

De plus, ces tubes déliés vont d'une fibre primitive à l'autre, de manière que le réseau d'une fibre primitive nerveuse communique avec le réseau d'une autre fibre nerveuse voisine.

On peut constater, chez les animaux vertébrés, la structure que j'ai précédemment indiquée, à l'aide de coupes extraordinairement minces et transparentes faites avec un excellent rasoir sur des nerfs périphériques, des racines spinales ou sur des portions de la substance blanche superficielle de la moelle épinière, préalablement durcis dans une dissolution d'acide chromique de 4 à 6 p. 100. On vérifie cette structure par l'examen comparatif de coupes longitudinales et transversales que l'on examine au microscope à un grossissement d'au moins 700 à 900 diamètres.

Sur les coupes longitudinales on voit les fibres nerveuses primitives formées entièrement par les réseaux des petits tubes signalés plus haut et l'on suit parfaitement les communications du réseau périphérique avec le cylindre d'axe. On voit également des ramifications partant du cylindre d'axe et se dirigeant vers le réseau périphérique dans lequel elles se confondent,

Dans les sections transversales, on aperçoit la coupe circulaire de la fibre nerveuse, à l'intérieur de laquelle, mais pas toujours exactement dans son centre, on voit la section du cylindre d'axe dans lequel on distingue encore la coupe des trois tuyaux concentriques qui la composent.

C'est sur des sections transversales ainsi obtenues, qu'on peut observer des tubes partant des parois du tuyau du cylindre d'axe et allant vers la périphérie, non pas en ligne droite, mais en se divisant et décrivant des sinuosités.

Tous les tubes dont on voit l'origine sur les parois du cylindre d'axe ne peuvent pas être suivis jusqu'à la périphérie de la fibre nerveuse, parce que ceux qui ne rayonnent pas dans le plan de la section, sont coupés : ce qui prouve qu'ils affectaient une direction oblique plus ou moins parallèle à l'axe.

Les petits tubes nerveux qui composent le réseau de la fibre nerveuse et le cylindre d'axe lui-même se trouvent colorés en bleuâtre par l'acide chromique quand on les observe dans leur continuité. Mais lorsqu'on considère les trois couches concentriques de la coupe du cylindre d'axe, on remarque ordinairement que la couche centrale présente une couleur rouge, la couche moyenne une couleur bleuâtre, et la couche externe une couleur jaune orange.

Tous les faits précédemment signalés peuvent être observés dans toute la série des animaux vertébrés. On avait dit que la structure de la fibre nerveuse dans la lamproie (*petromyzon fluviatilis*) formait une exception en ce que la fibre nerveuse était composée, dans les nerfs périphériques, par une enveloppe et un cylindre d'axe sans moelle nerveuse, et dans les portions nerveuses centrales du système nerveux, seulement par un cylindre d'axe nu.

Nous pouvons dire que, suivant nos observations sur la structure de la fibre nerveuse, ces exceptions n'existent pas; car on voit sur des coupes longitudinales de la moelle épinière de ce poisson, dans les grosses fibres nerveuses dites fibres de Müller, des ramifications innombrables et plus déliées que dans les mammifères, partant du cylindre d'axe et se dirigeant vers la périphérie de chaque fibre primitive nerveuse, en formant un réseau continu et très compliqué qui occupe la place qu'on avait assignée à la moelle nerveuse.

Dans les fibres nerveuses de petit diamètre, quand on observe les coupes transversales, on voit qu'elles sont composées elles-mêmes d'un cylindre d'axe presque toujours excentrique, et d'une enveloppe tellement fine, que, dans les coupes longitudinales, on la voit beaucoup moins distinctement que le cylindre d'axe, ce qui avait penser que, dans ces cas, l'enveloppe n'existait pas.

Les tubes très déliés qui composent chaque fibre nerveuse primitive, contiennent le liquide nerveux d'apparence huileuse, qu'on croyait être libre dans l'espace qui sépare l'enveloppe d'avec le cylindre d'axe.

La raison pour laquelle on a méconnu jusqu'à présent la structure réelle de la fibre nerveuse primitive me semble tenir à ce qu'on examinait toujours les nerfs à l'état frais, état dans lequel il n'est pas possible d'apercevoir les petits tubes nerveux à cause de leur diaphanéité trop grande; en outre, on mettait en usage un mauvais procédé de préparation, qui consiste à dilacérer les nerfs avec des aiguilles avant de les placer sous le microscope, ou de les comprimer sous des lamelles de verres, de façon à les altérer. La première méthode détruit la structure de la fibre primitive, et la seconde en exprime le contenu en détruisant en même temps les petits tubes nerveux eux-mêmes. Tous les autres procédés de préparation qui ont été employés offrent des inconvéniens encore plus grands. Dans le mode de préparation que j'ai mis en usage, les fibres nerveuses sont altérées aussi peu que possible, et par la méthode des coupes que j'emploie, je conserve toujours les rapports des diverses parties entre elles, telles qu'elles se trouvent dans la nature.

Déjà avant moi on avait vu des particularités qui peuvent être rapprochées de la structure nouvelle que je viens de signaler dans la fibre nerveuse primitive. M. Valentin avait remarqué que dans l'enveloppe de la fibre nerveuse il y avait une espèce de texture fibrillaire. M. Remak a dit que la fibre nerveuse de l'écrevisse contenait, au lieu de la moelle, une grande quantité de tubes très fins qui marchaient longitudinalement, mais ces observateurs n'avaient pas donné une signification précise à ce qu'ils avaient vu.

A l'occasion de cette communication, M. Claude Bernard fait quelques remarques sur la structure de la moelle allongée et sur la détermination du *nœud vital*.

Frappé de l'importance de ce que vient d'exposer M. le docteur Bernard, M. le prince Charles Bonaparte demande, pour son instruction, dit-il, si ce que l'illustre physiologiste vient d'appeler *le point de vitalité* de M. Flourens, diffère du *nexus* ou point d'intersection de deux nerfs d'un célèbre anatomiste allemand.

M. Bernard répond que tous les physiologistes savent que le point de la moelle allongée, dont la lésion détermine la mort subite, a été très exactement limité en 1827 par M. Flourens au niveau même de l'origine des deux nerfs pneumo-gastriques (1), sous le nom de *point premier moteur* du mécanisme respiratoire ou *nœud vital*. M. Bernard ne connaît pas le travail auquel M. le prince Charles Bonaparte vient de faire allusion.

M. le prince Bonaparte insiste pour que l'on décide si le *point vital*, si exactement déterminé par notre savant confrère, est autre chose que l'intersection des deux nerfs, proclamée depuis si longtemps en Allemagne.

COURRIER.

RÉORGANISATIGN DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN.

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen :

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Lechevallier.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Leroy.

Clinique externe. — M. Lepreste.

Pathologie interne. — M. Maheut.

Clinique interne. — M. Vastel.

Accouchemens, maladies des femmes et des enfans. — M. Lebidois.

Matière médicale et thérapeutique. — M. Lecœur.

Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Lepetit.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique interne. — M. Faucon.

Anatomie et physiologie. — M. Roulland.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléans :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Chancerel.

Pour les chaires de chirurgie et d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans. — M. Denis.

Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Liégard.

Pour les chaires des sciences accessoires. — M. Détaux.

Art. 4. Est nommé chef des travaux anatomiques, M. Liégard.

Art. 5. Est nommé directeur de l'École, M. Vastel, professeur de clinique interne.

Art. 6. M. le recteur de l'Académie de Caen est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 21 novembre 1855. H. Fortoul.

Errata. — Une erreur s'est glissée dans notre dernier numéro, au sujet des prix de l'École pratique. Voici le véritable texte de la distribution :

1er prix (*ex æquo*) : MM. Bonfils (Adolphe), né le 20 septembre 1831, à Boissy-St-Léger (Seine-et-Oise); Guyon (Félix), né le 21 juillet 1831, à l'Ile-Bourbon. — 2me prix : M. Isambert (Emile), né le 22 juillet 1827, à Auteuil (Seine)

(1) Flourens, *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés*; 2e édition, 1842, p. 196.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 141. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 27 Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An. . . . . 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 26 NOVEMBRE 1855.

LA TRADITION ET L'EMPIRISME.

I.

Quoi, nous dit-on! vous auriez la prétention de vouloir concilier des choses si peu conciliables, le respect de la tradition, et la souveraineté de l'observation empirique?

Non, assurément, nos prétentions ne sont pas celles-là. Plus raisonnables, elles n'ont d'autre ambition que de dire aux représentans académiques de ces deux opinions que, s'ils ne les portent pas à l'extrême, ils peuvent et ils doivent s'entendre, parce que tous les deux ont raison, dans certaines limites. Ce qu'il y a de délicat et de difficile, c'est de trouver ces limites, c'est de s'y arrêter à point. C'est là ce qui constitue le bon sens philosophique en général, le sens médical en particulier. Or, comme nous admettons que les deux athlètes de la révulsion sont éminemment doués de ce bon sens philosophique et médical, nous ne désespérons pas de les rapprocher et de concilier leurs idées et leurs doctrines. Essayons.

On l'a dit, on l'a répété à satiété, la médecine a été constamment entraînée dans l'orbite des systèmes philosophiques régnans. C'est là son malheur; c'est là aussi sa gloire d'avoir pu survivre, comme science, à toutes ces révolutions de la philosophie.

C'est son malheur et sa gloire, car pour ceux qui comprennent sa grandeur, sa nature et son essence, elle ne peut recevoir aucune application absolue d'aucun des principes philosophiques qui ont gouverné ou qui gouvernent les esprits.

Ces principes, en définitive et indépendamment des innombrables subdivisions de détail que l'on y peut apporter, peuvent se réduire à deux :

Le principe théologique ou d'autorité,
Le principe d'examen et d'observation.

Mettez des noms sous chacun de ces principes :

Saint Thomas, Pascal, Bossuet, de Bonald, etc., pour le premier ;

Descartes, Bacon, Locke, Condillac, etc., pour le second, vous aurez toutes les variétés de ces deux principes, dont la formule est aussi simple que courte :

Croire,
Examiner.

Ces deux principes, si on voulait les appliquer avec rigueur aux choses de la médecine, la conduiraient infailliblement à la plus infime condition de toutes les sciences, à l'immobilité d'une part, à la stérilité de l'autre.

Aussi, à l'exception de quelques intelligences malheureuses et débiles, on peut assurer que de fait, en pratique, en application, il n'existe en médecine pas plus de théologiens purs que de cartésiens absolus.

Jugez les hommes non seulement sur leurs discours, mais aussi sur leurs actes.

M. Malgaigne, ce spirituel contempteur du passé, à l'Académie, ce railleur aimable de la tradition, a élevé un monument au passé et à la tradition dans sa belle édition d'Ambroise Paré. S'il n'a que dédain et moquerie pour la doctrine hippocratique de la révulsion, demandez-lui ce qu'il pense de la chirurgie d'Hippocrate, et vous le trouverez sérieux, grave, éloquent et comme pieux à cet endroit de la tradition antique.

Lisez dans ce journal même les belles leçons de M. Bouvier sur les maladies du système osseux chez les enfans, et voyez si cet honorable académicien, qui défend avec un grand talent les droits du dogme et de la tradition, n'est qu'un admirateur aveugle de l'antiquité, s'il ne revendique pas aussi et avec profit le droit de vérification et d'examen.

Le malheur de la discussion actuelle, c'est que, d'une question pratique très spéciale, elle s'est élevée sans transition, sans préparation, à la hauteur d'une question générale et de principe. Ce malheur est fréquent, il est même habituel à l'Académie de médecine. Toujours les questions générales y arrivent par incidence, jamais pour elles-mêmes. Un grand inconvenient surgit de là, et aussi une confusion déplorable. Tel orateur qui soutient avec raison telle opinion sur la question particulière, peut avoir tort sur la question incidente ou générale, et réciproquement. On se laisse entraîner, en niant tel détail, à nier l'ensemble; on ne veut d'abord contester qu'un fait, et voilà qu'on se trouve conduit à contester un principe. De l'autre côté, on veut abriter le détail faible derrière la force de l'ensemble, et l'on cherche à sauver le fait par le principe.

Ce malheur est celui de la discussion présente. Puisqu'à ce point de vue personne ne s'est encore placé, ni à l'Académie ni dans la presse, pour apprécier la discussion actuelle, nous allons essayer de la ramener par là à sa signification véritable.

Un fait, un détail de thérapeutique a conduit la discussion sur les hauteurs de la pathologie. Dans ce fait, dans ce détail, rien que de très discutable, rien qui s'éloigne des controverses habituelles, rien qui puisse émouvoir les théologiens ou les cartésiens de la médecine.

Quelle est la valeur, en thérapeutique, des exutoires à demeure? M. Malgaigne s'est posé cette question, et l'a résolue par la négative. Jusque-là, M. Malgaigne était dans son droit. Il demande à sa propre observation, à l'observation de ses contemporains, à la science écrite et à la tradition, quels avantages on a retirés des longues suppurations pour la cure de telles ou telles maladies, et dans la science il ne trouve aucun motif suffisant pour continuer cette pratique et il y renonce.

Personne ne peut contester à M. Malgaigne le droit de soutenir cette opinion, puisqu'il la soutient à ses risques et périls. Si la science est riche en faits probans, qu'on les lui oppose. Si l'observation contemporaine s'élève contre sa critique, qu'on fasse l'exhibition des preuves. C'est ce qu'il demande; il fait appel à l'observation, à l'expérience, tout en les décourageant, cela est vrai, mais personne n'étant obligé de partager ses répugnances, personne n'est obligé non plus à l'imiter dans son abstention des cautères à demeure.

Toujours est-il que, fondée ou non, la critique de M. Malgaigne offre un intérêt pratique suffisant. Nous ne savons si dans l'Académie quelqu'un est en demeure de contredire sérieusement l'adversaire des longues suppurations, ce qui est certain, c'est que cet élément spécial de la discussion a été jusqu'ici négligé, et que la question particulière s'est trouvée noyée dans la question générale.

C'est encore M. Malgaigne qui a soulevé la question générale, et là a été son tort. Il était sur un terrain possible, dans une question discutable, après tout, et sur laquelle la lumière est loin de s'être faite, et tout à coup, sans nécessité, il se place sur un terrain très glissant; il veut corroborer sa critique du détail par la critique du principe, et d'une simple question de thérapeutique spéciale, il fait une question de pathologie générale.

Non seulement M. Malgaigne a contesté la valeur pratique des exutoires à demeure, ce qui était au demeurant fort légitime, mais encore il a contesté la valeur du principe thérapeutique et doctrinal sur lequel repose l'emploi des exutoires.

Deux choses étaient à examiner dans les oraisons de M. Malgaigne, ou, pour mieux dire, on pouvait envisager son opposition à deux points de vue : le point de vue de fait ou historique, le point de vue philosophique et de méthodologie.

Sous le premier rapport, M. Bouvier a savamment discuté la question et a laissé peu de chose à faire après lui. Avec talent et érudition, il a démontré sans réplique qu'en niant l'antiquité hippocratique de la doctrine de la révulsion, qu'en raillant, qu'en ridiculisant la doctrine galénique, M. Malgaigne s'est laissé entraîner à commettre de graves erreurs historiques et des appréciations inexactes et injustes. Nier la doctrine hippocratique de la révulsion, c'est nier toute la médecine antique, c'est nier la grande idée que l'école de Cos se faisait de la maladie, et qu'elle a transmis d'âge en âge jusqu'à nos jours, où elle règne encore à l'exclusion de quelques rares cartésiens de Paris, sur le monde médical ; c'est nier toute la physiologie pathologique de l'ancienne médecine, sa doctrine des causes, des crises, des saisons, des réactions éloignées ou prochaines; c'est méconnaître dans sa signification la plus élevée le dogme antique dont tout récemment un écrivain distingué a tracé en ces termes le saisissant tableau :

« Mais à travers tous ces phénomènes mobiles et changeans, l'homme malade tend toujours à un but fixe, loi générale de ses actes : sa conservation. Cette tendance est plus ou moins apparente, aidée ou entravée, s'accomplit avec un bonheur variable, offrant toutes les péripéties : déceptions subites, ressources inattendues et merveilleuses, aberrations funestes. Cette marche vers la conservation, marche propice ou malheureuse, légitime et bonne, ou anomale et fausse, ne se fait pas au hasard, ni sans ordre; mais elle est assujettie à certains procédés, à des modes d'action déterminée en vue du bien en général, quoique parfois pouvant tourner au mal. L'étude, l'intelligence, l'imitation de ces procédés est une des bases de la thérapeutique ancienne. Une intervention de l'art saine et opportune peut, dans les cas douteux et difficiles, assurer la conservation du malade, en provoquant certains actes utiles, dérobés souvent à la nature elle-même, ou en réprimant d'autres nuisibles ou trop précipités et ardens, et dans les cas meilleurs en respectant et en protégeant les actes franchement salutaires. Une intervention, au contraire, inopportune et fâcheuse peut troubler la préparation encore obscure de mouvemens favorables, ou l'accomplissement d'actes conservateurs, les dénaturer, et souvent susciter à leur place des troubles pernicieux. L'action du médecin se trouve donc étroitement liée dans l'antiquité à l'interprétation conçue par lui des actes de l'économie malade. » (Paul-Émile Chauffard, introduction aux *Inst. de méd. prat. de Borsieri.*)

Il nous semble que ce fragment aussi vrai que topique, plus que de longs discours, indiquera à M. Malgaigne à quel point il a fait fausse route en contestant la valeur historique du dogme de la révulsion. C'est une question jugée et sur laquelle il serait même peu généreux d'insister aujourd'hui. On peut même dire, avec une apparence de raison, que sa parole facile et brillante a entraîné M. Malgaigne au delà de sa pensée. Il n'en voulait d'abord qu'aux exutoires, pour les défendre on lui a opposé le dogme, et, pour se mettre à l'aise, il a voulu renverser le dogme. Dangereux et nouvel exemple de ce que nous disions tout à l'heure des inconvéniens de faire ainsi, incidemment, intervenir au secours d'une question de détail les grandes questions générales qui demandent du calme, de l'étude et un certain degré de préparation.

Mais M. Malgaigne ne s'est pas borné à traiter une question spéciale de thérapeutique, à rattacher cette question à une question générale de dogme et de doctrine, il a élevé plus haut encore la discussion, il l'a portée dans les régions plus tourmentées encore de la philosophie générale des sciences et de la philosophie qu'il croit la seule convenable à la science médicale; et cette partie vraiment sérieuse de ses discours, cet appel éloquent à la souveraineté de l'observation empirique, à l'indépendance de la vérification et de l'examen, tout cela, dans sa bouche autorisée, est important et grave, et sur tout cela nous demandons la permission de présenter quelques réflexions.

(La suite à un prochain n°.) Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le professeur DENONVILLIERS.

OBSERVATION D'HÉMORRHAGIE PÉRITONÉALE MORTELLE, CAUSÉE PAR LA RUPTURE D'UN DES OVAIRES;

Observation recueillie par M. LUTON, interne du service.

(Le travail suivant, qui nous est communiqué par M. Demarquay, est non seulement intéressant par le fait curieux qu'il reproduit avec détail, mais aussi par le résumé des faits d'anatomie pathologique qui permettent d'établir nettement les causes et l'anatomie pathologique de l'hématocèle rétro-utérine.)

Le fait que nous allons rapporter se rattache assez directement à une affection qui, depuis plusieurs années, a été étudiée avec beaucoup d'intérêt : nous voulons parler de l'hématocèle rétro-utérine. Cet accident, en effet, peut être considéré comme une terminaison possible, quoique rare, des épanchemens sanguins qui se font parfois dans la cavité pelvienne. Si même l'hémorrhagie primitive est trop rapide ou trop abondante, les adhérences péritonéales n'ont pas le temps de limiter l'épanchement; au lieu d'un foyer enkysté, on a une hémorrhagie diffuse qui amène très rapidement la mort : soit à cause de l'abondance même de cette hémorrhagie, soit par suite d'une péritonite suraiguë.

Depuis l'année 1831, où l'attention des médecins, éveillée par les observations de Récamier, a été appelée sur les tumeurs sanguines du bassin, prises auparavant pour des engorgemens inflammatoires, des abcès, des kystes, etc., on a recueilli avec soin tous les faits qui ont rapport à cette question. MM. Laugier, Bourdon, Nélaton, Velpeau, Denonvilliers, Bernutz, après en avoir créé l'histoire de l'hématocèle rétro-utérine, l'ont confirmée par de nombreuses observations. Les journaux les ont publiées; on en a composé plusieurs thèses, dont les plus remarquables sont celles de MM. Viguès, Prost et Fenerly.

Parmi les observations d'hématocèle rétro-utérine, les unes signalent la guérison, heureusement c'est le plus grand nombre; les autres annoncent une terminaison funeste; et celles-ci n'ont pas été lues avec le moins d'attention, puisqu'elles pouvaient conduire à la connaissance plus complète de la nature de la maladie, de son siége anatomique et de la cause de l'hémorrhagie. Or, il est une chose que l'on doit reconnaître après avoir étudié toutes ces observations, isolées ou rapprochées dans un même ouvrage, c'est la diversité des causes de l'épanchement, de son siége anatomique et de son point de départ; tantôt c'est une hémorrhagie interstitielle, ou apoplexie de la trompe, de l'ovaire, etc.; tantôt c'est une infiltration de sang dans le tissu cellulaire péri-utérin; tantôt enfin c'est un épanchement dans le cul-de-sac recto-utérin du péritoine. Le mot hématocèle rétro-utérine a été appliqué à tous les cas; et presque toujours, il faut l'avouer, cette désignation suffit, puisqu'on arrive rarement à déterminer d'une manière précise la cause de la maladie et la localité anatomique qu'occupe le foyer sanguin. Ces doutes sont encore plus applicables au fait que nous rapporterons; car ici le mal a marché avec tant de rapidité, qu'on n'a pu être éclairé sur sa nature du vivant de l'individu : c'est pour ainsi dire la limite extrême de l'affection dont nous voulons seulement en ce moment ébaucher l'histoire.

Comme on doit le faire dans une question de ce genre, il faut établir un rapprochement entre les principales observations publiées sur ce sujet, et choisir celles qui ont le plus de rapport avec le point que l'on veut éclairer. Or, nous ne nous attacherons qu'aux observations dans lesquelles on a eu occasion de pratiquer l'autopsie, le principal intérêt de la nôtre étant précisément dans l'étude des lésions cadavériques.

Pour faire entre tous ces cas plus ou moins analogues une comparaison qui, nous l'avouons, sera très imparfaite, rapportons d'abord brièvement quelques observations, complètes à la manière dont l'entend M. Malgaigne. Elles se trouvent consignées dans deux thèses importantes publiées sur l'hématocèle rétro-utérine : l'une soutenue par M. le docteur Prost (nov. 1854); l'autre par M. le docteur Fenerly (janv. 1855).

I. — Une femme de 21 ans, entre le 31 juillet 1854, à la Pitié, service de M. Laugier, pour une indisposition assez grave survenue à la suite d'une époque menstruelle toute récente et plus courte que d'habitude. On porte pour diagnostic : ovarite simple, survenue à la suite des règles, sans cause connue. Le 7 août suivant, la malade meurt du choléra. On trouve à l'autopsie une tumeur de l'ovaire gauche : c'est un kyste rempli d'un liquide citrin limpide et renfermant encore un caillot décoloré, ferme et adhérent à la paroi du kyste; son intérieur est rouge et mou. (M. Prost. Thèse citée.)

Voilà, si l'on veut, un premier degré d'une tumeur sanguine du bassin. Les faits suivans sont beaucoup plus nets et plus graves.

II. — C'est une femme de 35 ans, ayant eu deux couches, qui entre le 26 février 1853, à la Pitié, service de M. Laugier. Elle est tourmentée depuis un mois par des pertes abondantes et par des douleurs hypogastriques. On reconnaît à son entrée une tumeur pelvienne considérable, fluctuante; il y a de la constipation, de la dysurie. Le 17 mars, les symptômes d'une péritonite se déclarent; l'écoulement de sang par l'utérus persiste; la malade meurt le 30 du même mois.— Indépendamment des traces de la péritonite, on trouve à l'autopsie une tumeur volumineuse dans l'excavation pelvienne. C'est un kyste sanguin situé entre l'utérus et le rectum, en communication avec un kyste de même nature de l'ovaire droit et développé *dans le tissu cellulaire rétro-utérin*. Il y a aussi un kyste semblable dans l'ovaire gauche; il communique avec le foyer principal par un trajet fistuleux beaucoup plus étroit. (M. Prost. Thèse citée.)

III. — Une femme de 30 ans meurt dans le service de M. Aran (mars 1854) d'une péritonite consécutive à un épanchement de sang dans le péritoine. Durant la vie, on avait constaté l'existence d'une tumeur abdominale. A l'autopsie, on reconnaît une grossesse extra-utérine, tubaire, de deux mois et demi, dont le produit était perdu au milieu d'un caillot récent et considérable. (M. Fenerly. Thèse citée.)

Cette observation diffère essentiellement des deux précédentes qui, au contraire, sont tout à fait corrélatives. Ici, la cause de l'hémorrhagie abdominale est tout exceptionnelle, et cependant elle est encore considérée comme une hématocèle rétro-utérine.

IV. — Femme de 34 ans, entrée dans le service de M. le professeur Rostan, en décembre 1854, avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Elle succombe bientôt; et à l'autopsie, on trouve les traces de la péritonite, puis une assez grande quantité de sang noirâtre, épais, visqueux sur les circonvolutions intestinales les plus inférieures. Les ovaires sont peu altérés. Dans la trompe droite, on découvre un caillot gros comme un œuf de poule, présentant une cavité dans son intérieur. Cette cavité est tapissée d'une membrane analogue à une séreuse, et, d'après l'avis de M. Robin, on présume que c'est un chorion. La trompe est oblitérée à ses deux bouts. La muqueuse est boursouflée et vascularisée. (Thèse de M. Fenerly.)

On voudrait laisser entendre évidemment qu'il s'agissait ici d'une grossesse tubaire. Il n'en est pas moins vrai que c'est un second cas d'hémorrhagie de la trompe bien caractérisé.

V. — Femme de 29 ans, observée dans le service de M. Marrotte, à Sainte-Marguerite, en mars 1851. Hématocèle ouverte à la fois dans le rectum et dans le vagin. Infection putride; mort. M. Denonvilliers constate à l'autopsie que la tumeur est située dans le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal. Les ovaires, assez volumineux, correspondent à la partie intérieure du foyer; ils sont creusés de cavités ouvertes dans le kyste sanguin. (M. Denonvilliers, Société de chirurgie, 4 juin. — Thèse de M. Fenerly.)

Cette dernière observation se rapproche beaucoup de la seconde; cependant, ici, la tumeur est intra-péritonéale; tandis que, dans l'autre, il paraît bien démontré que le kyste s'est développé dans le tissu cellulaire rétro-utérin.

VI. — En juillet 1849, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon une femme de 32 ans, ayant eu une couche précédente et qui, à la suite de violences et d'une frayeur, avait vu ses règles se supprimer, quinze mois auparavant; elle éprouva tous les symptômes d'une métrite. Les douleurs du ventre et les pertes ne cessèrent pas depuis. Enfin, la malade, affaiblie déjà par ses métrorrhagies successives, succombe le 27 septembre, à une péritonite générale. . . . .
On trouve dans l'ovaire droit, deux foyers purulens; dans l'ovaire gauche, un caillot de sang, gros comme une fève, qui faisait hernie à travers sa capsule déchirée. (*Gazette des hôpitaux*, 1851. Thèse de M. Fenerly.)

Il y a entre cette observation et celle qui sera étudiée plus complètement tout à l'heure, une ressemblance qu'on ne saurait méconnaître. Entre l'hémorrhagie parenchymateuse ou apoplexie de l'ovaire et l'hémorrhagie intra-péritonéale diffuse, il n'y a pas l'intermédiaire du kyste sanguin, de la véritable hématocèle. En outre, les deux ovaires sont altérés par l'inflammation.

VII. — Jeune fille de 16 ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, en mai 1854; réglée depuis un an, mais péniblement et incomplétement. Depuis huit mois, une tumeur se développe dans la région iliaque gauche. Elle se congestionne à chaque période menstruelle. La tumeur fait saillie dans le vagin; elle est fluctuante. On la ponctionne et il sort lentement, les jours suivans, du sang décomposé. La malade succombe le 29 juin, en présentant tous les signes d'une péritonite suraiguë.

A l'autopsie, on trouve un utérus et un vagin doubles. L'utérus gauche est sans communication avec l'extérieur. C'est dans sa cavité que s'accumulait le sang des règles. Au-dessous de la trompe gauche, on remarque un kyste sanguin, en communication avec cette trompe et qui s'est rompu. Par l'ouverture, il s'est épanché, dans le péritoine, du sang décomposé qui a occasionné la péritonite et la mort. (Observation publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique*, M. Décès, interne des hôpitaux. Juillet et août 1854.)

Voilà une espèce bien particulière de tumeur sanguine pelvienne. C'est une cause mécanique qui l'a engendrée et qui a amené les conséquences signalées plus haut. L'observation suivante a beaucoup de rapports avec celle qui précède.

VIII. — Jeune fille de 22 ans, qui n'a jamais été réglée, bien que, depuis l'âge de 14 ans, elle eût éprouvé, à des époques régulières, tous les signes précurseurs de la menstruation. On constate que le vagin est oblitéré par une membrane hymen imperforée. On incise cette membrane crucialement et on évacue deux ou trois litres d'un liquide ayant l'aspect du sang décomposé. Le cinquième jour, péritonite suraiguë et mort neuf jours après. A l'autopsie, on reconnaît que le liquide, qui s'accumulait depuis si longtemps dans l'utérus, s'était épanché en petite quantité par l'orifice abdominal de la trompe et avait occasionné la péritonite. (MM. Marchant et Massé, *Arch. génér. de médecine*, 1851.)

IX. — Femme de 28 ans, prise tout à coup des symptômes d'une péritonite suraiguë et morte au bout de vingt heures. A l'autopsie, on constate un épanchement sanguin dans le péritoine. La trompe du côté droit est distendue par un caillot; elle offre une fissure à sa partie supérieure. L'ovaire gauche présente aussi un épanchement hémorrhagique; le kyste s'est de même rompu dans la cavité abdominale. La présence d'une caduque fait penser que tout ce travail congestif s'est opéré sous l'influence de l'évolution d'un ovule. (*The Lancet*, *Archives générales de méd.*, 1848.)

Voilà une observation complexe : il y a tout à la fois hémorrhagie ovarique et hémorrhagie tubaire. Le foyer sanguin se rompt, et on a une hémorrhagie intra-péritonéale diffuse. Ce fait nous conduit très naturellement au récit du nôtre.

OBSERVATION. — La nommée Desmois (Coralie), âgée de 27 ans, blanchisseuse, est couchée au n° 72 de la salle Saint-Thomas, hôpital St-Louis, service de M. Demarquay, remplaçant M. Denonvilliers. Elle est entrée à l'hôpital, le 10 septembre 1855, pour un ulcère fongueux du col de l'utérus. C'est une femme forte et bien constituée; elle a été habituellement bien réglée; elle a eu une couche antérieure.

Lors de son entrée à l'hôpital, cette femme se plaignait que depuis deux mois environ elle était tourmentée de pertes sanguines presque continuelles; ses forces diminuaient rapidement; elle éprouvait en même temps des douleurs dans les reins. A l'examen au spéculum, on reconnut une ulcération fongueuse située à l'orifice du col de l'utérus. Cette altération suffisant pour expliquer tous les troubles observés, on s'en tint à ce diagnostic. M. Demarquay pratiqua successivement, durant les quinze premiers jours depuis l'entrée de la malade, deux cautérisations, une au fer rouge et une au crayon de nitrate d'argent. Il prescrivit deux injections et deux portions. Les pertes utérines cessèrent sous l'influence de ce traitement, et l'ulcère était en voie de guérison.

La malade était donc en traitement pour une affection en apparence très légère, lorsque le mardi 2 octobre, elle se plaint à la religieuse d'une indisposition assez subitement survenue. Le matin, elle ne mange que de la soupe; le soir, elle ne veut rien prendre absolument. Elle souffre pendant la journée dans le ventre, dans les reins; elle éprouve de l'oppression. Le soir, la fièvre est assez forte. Il n'y a ni nausées, ni vomissemens. La constipation existe depuis quelques jours; le ventre est sensible à la pression et assez volumineux. On prescrit un cataplasme et un lavement purgatif.

Pendant toute la nuit, la malade reste très souffrante, bien qu'il n'y eut pas aggravation manifeste des symptômes.

Le mercredi 3, M. Demarquay l'examine avec soin : elle a eu de la fièvre; le ventre est sensible, surtout du côté droit, où on détermine des douleurs assez vives; il y a une tension de ce côté au niveau de la fosse iliaque. On ordonne douze sangsues et un bain. La maladie marchant très rapidement, il devient bientôt impossible de transporter cette femme au bain.

Dans la nuit du même jour, le hoquet se déclare. Vers le matin, les vomissemens commencent; les matières vomies ont l'aspect d'une eau savonneuse salie. Le ventre est gros, douloureux; l'oppression est excessive; la malade est pâle, sans mouvemens, sans voix; enfin elle succombe, après avoir eu quelques frissons, le jeudi 4, à huit heures du matin. Les accidens avaient duré à peine quarante-huit heures.

Autopsie. — L'autopsie, faite le 5 octobre, présente à étudier les résultats suivans :

La pâleur de la peau est extrême, comme est la peau d'un individu mort d'hémorrhagie. Le ventre est légèrement ballonné. Dès qu'on incise les parois de l'abdomen, on reconnaît qu'il y a un épanchement de sang dans le péritoine. Les intestins sont distendus par des gaz; le péritoine, qui les revêt, présente des arborisations et a éprouvé manifestement un commencement d'inflammation.

Mais l'attention se porte plus particulièrement vers les organes contenus dans le bassin, où le sang, à cause de sa position déclive, s'est accumulé. Il y en a plus d'un litre; il est fluide et noir et tient quelques caillots en suspension.

Lorsqu'on l'a fait écouler, on constate que le péritoine, qui tapisse tous les organes pelviens, est recouvert d'une fausse membrane molle et récente, teinte en rouge-brun par l'imbibition du sang épanché. L'utérus a son volume et ses rapports normaux. Les annexes, à droite et à gauche, sont unis et comme confondus entre eux par une exsudation plastique, dont l'organisation avancée, indique une inflammation assez ancienne. Ils adhèrent également avec les parties latérales du rectum. On rompt facilement toutes ces adhérences.

Les deux trompes présentent des signes manifestes d'inflammation; cette inflammation même doit remonter pour son début à une date assez éloignée. On trouve sur leur trajet plusieurs petits abcès, gros comme des pois. Il s'en suit que leur perméabilité est probablement détruite.

L'ovaire gauche est tuméfié, ramolli et friable, il s'écrase lorsqu'on veut l'inciser. Il est grisâtre et comme infiltré de pus ou de matière plastique.

L'ovaire droit est encore plus malade et plus difficile à délimiter et à isoler. Mais ce qui est surtout curieux relativement à lui, c'est qu'il présente du côté par lequel il regarde le cul-de-sac utéro-rectal, une petite déchirure, à travers laquelle vient faire hernie un gros caillot sanguin noir et mou. Il est coiffé par le pavillon de la trompe très élargi et adhérent au rectum; de telle sorte qu'au premier abord on aurait pu croire à une hémorrhagie tubaire. Mais l'ovaire étant disséqué et coupé par tranche, on voit un foyer sanguin qui semble occuper la cavité d'une vésicule de Graaf; on suit même le trajet que le sang a dû suivre pour venir faire irruption dans le cul-de-sac utéro-rectal. A côté du kyste hémorrhagique, on trouve une cavité vide, assez grande, qui peut aussi se rapporter à une autre vésicule de Graaf, presque mûre. Du reste, le tissu de l'organe indépendamment de cela, paraît transformé en putrilage par l'inflammation.

Les cautérisations, pratiquées sur le col de l'utérus, n'ont laissé qu'une surface parfaitement cicatrisée : la dernière ayant été faite, il y a quinze jours au moins. La muqueuse utérine est très humide et paraît couverte d'une notable quantité de muco-pus.

Cette hémorrhagie parenchymateuse d'abord, puis intra-péritonéale, est-elle consécutive à l'inflammation des annexes de l'utérus; ou bien est-elle primitive? Est-elle due à une ulcération inflammatoire; ou bien est-elle spontanée? Or, les lésions que nous avons signalées plus haut, sont trop avancées pour être rapportées à une maladie qui aurait duré à peine quarante-huit heures. D'une autre part, nous n'avons pas trouvé, dans l'ovaire droit, les traces que laissent des épanchemens hémorrhagiques d'un certain âge, telles que des couches fibrineuses, des caillots décolorés, etc. Enfin, des deux côtés, les annexes étaient malades. Ainsi donc, aux questions posées plus haut, nous ne trouvons à répondre que par des objections contradictoires. Les pertes utérines, qui duraient depuis deux mois, si on ne les fait pas dépendre de l'ulcération du col, indiqueraient assez un raptus hémorrhagique qui se faisait vers l'utérus. Alors on pourrait admettre que des apoplexies successives des ovaires, opérées sous l'influence du molimen menstruel ou de la conception, ou sous une influence inconnue, ont été le point de départ du travail phlegmasique dont nous avons constaté les désordres. La terminaison de cette affection locale a été la rupture de l'un des ovaires, et une hémorrhagie intra-péritonéale diffuse, suivie d'un commencement de péritonite et d'une mort rapide.

De toutes les observations qui précèdent, nous pouvons tirer les conséquences suivantes, au sujet du siége anatomique, des causes et des terminaisons de l'hématocèle rétro-utérine :

1° *Siége anatomique.* — La tumeur peut se former dans l'ovaire lui-même, dans la cavité de la trompe, et dans l'utérus même. Elle peut se faire dans le cul-de-sac utéro-rectal et l'épanchement est limité par les adhérences du péritoine. Dans quelques cas, comme dans celui que nous avons rapporté, l'épanchement ne se limite pas et on a une hémorrhagie diffuse promptement mortelle. Enfin, quelquefois elle a lieu dans le tissu cellulaire extra-péritonéal du bassin. On ne peut s'empêcher, en présence de ces résultats de l'observation, de faire

un rapprochement entre les variétés d'hématocèles rétro-utérines, et l'hématocèle des bourses, dont on admet plusieurs espèces : en faisant la part, bien entendu, des différences anatomiques dans les deux sexes.

2° *Causes.* — Les principales causes, dont nous avons trouvé des exemples dans les observations qui précèdent, sont : l'imperforation du vagin et autres causes mécaniques qui empêchent le sang menstruel de se porter au dehors (première catégorie); puis la congestion active de l'ovaire et de tous les organes génitaux internes à l'époque de la menstruation (deuxième catégorie); ensuite, la grossesse régulière, les grossesses extra-utérines (troisième catégorie) ; enfin, et notre observation en est un exemple bien remarquable, l'inflammation de l'ovaire peut amener une hémorrhagie interstitielle qui bientôt tend à se porter au dehors de l'organe (quatrième catégorie). De toutes ces causes, les plus fréquentes sont celles qui s'exercent sur les ovaires; aussi, le plus souvent, l'ovaire est-il le siége de la tumeur sanguine ou son point de départ.

3° *Terminaison.* — La terminaison de l'hématocèle rétro-utérine, la plus souvent observée, est la rupture du kyste à l'extérieur. Mais bien que son ouverture dans l'utérus, le vagin, le rectum ou la vessie soit le cas le plus favorable, on court encore les chances de l'inflammation du péritoine et de l'infection putride. Enfin, la terminaison la plus rapidement funeste est l'ouverture de la poche dans la cavité péritonéale; quelquefois, ainsi que nous avons essayé de le démontrer, l'hémorrhagie se fait d'emblée dans le péritoine, sans que le sang se soit collecté préalablement en foyer ou en kyste.

REVUE GÉNÉRALE.

Association de la gutta-percha et des caustiques ; applications intéressantes de cette combinaison.—Nouveaux faits prouvant la puissance de la révulsion dans le traitement des fièvres intermittentes. — Application ingénieuse du caoutchouc.

M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, a présenté à la Société de chirurgie une note sur des préparations nouvelles, qui consistent dans le mélange intime de la gutta-percha et des caustiques déliquescens ou non déliquescens, tels que le chlorure de zinc, la potasse, l'acide arsénieux, etc., etc.; il fait de ce mélange 1° des plaques caustiques fermes, tenaces, inaltérables dans les tissus, plaques qu'on peut tailler à volonté en lanières, en disques, etc., suivant le but que veut remplir le chirurgien ; 2° des cylindres qu'on met dans l'étui porte-caustique, et qui remplacent le crayon de nitrate d'argent fondu; 3° des fils pour enlever certaines tumeurs par étranglement et par cautérisation.

Il combine également la gutta-percha avec des poudres métalliques telles que la limaille de fer, de cuivre, le sulfure rouge de mercure, l'iodure de plomb, etc., etc. ; ces plaques, d'un à deux millimètres d'épaisseur, se ramollissent à la température d'un feu doux ou dans l'eau bouillante, et sont appliquées sur les plaies sanieuses, ou atteintes de pourriture d'hôpital, sur des ulcères anciens.

Les jours suivans, sous l'action isolante contentive et médicamenteuse de ces plaques, on voit les ulcères prendre un bel aspect et marcher rapidement vers la cicatrisation.

Le crayon de nitrate d'argent, qui noircit d'une manière indélébile les linges à pansement, qui a une action caustique négative, est remplacé avec beaucoup d'avantages par le cylindre de chlorure de zinc et de gutta-percha, qui est souple au doigt et ne se casse pas, qui ne tache pas le linge, qui se taille en pointe, ou en languette, et qui a une action véritablement caustique, coagulant l'albumine et antihémorrhagique.

M. Maunoury a présenté également à la Société deux tumeurs cancéreuses, en quelque sorte momifiées, qu'il avait enlevées le jour même par des lanières caustiques de chlorure de zinc et de gutta-percha; les lanières qui n'ont pas servi sont souples, tenaces, faciles à couper, de couleur noirâtre; elles laissent suinter lentement par exsudation et par pression le caustique déliquescent ; après un séjour de douze ou vingt-quatre heures dans les tissus, elles conservent encore leur ténacité, mais elles deviennent d'une couleur fauve et se dessèchent en perdant leur propriété caustique.

Ces tumeurs ont été enlevées par le procédé suivant (procédé de M. Girouard, de Chartres) : 1° Tracer d'abord sur la peau, autour de la tumeur, une ligne de circonvallation; 2° établir une tranchée avec la pâte de Vienne qui détruit la peau en la géléifiant; 3° gratter cette gelée avec l'extrémité de la spatule, afin d'avoir une rigole d'un demi-centimètre de largeur, dans laquelle on applique une lanière étroite de gutta-percha au chlorure de zinc; 4° inciser avec des ciseaux, huit ou dix heures après, la peau escharrifiée dans toute son épaisseur, jusqu'au tissu cellulaire; 5° appliquer successivement des lanières et des pointes de gutta caustique autour et en dessous de la tumeur, de telle sorte que le pédicule se rétrécit de plus en plus. Après dix ou quinze séances, une tumeur volumineuse peut être enlevée.

Immédiatement après la cautérisation de la peau et des veines superficielles, la tumeur se gonfle, puis elle se flétrit : enfin, privée de sa circulation veineuse profonde, elle se momifie rapidement.

Les deux tumeurs présentées par M. Maunoury étaient noirâtres, désorganisées complétement et ainsi momifiées.

— L'intéressante note de M. Chauffard, que nous avons publiée dans notre dernière *Revue*, et qui était relative aux bons effets obtenus par ce praticien des exutoires à demeure dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles, a engagé M. le docteur Rochard à nous adresser la communication suivante, qui n'est pas moins digne d'attention. C'est par l'exhibition de faits semblables qu'on pourra élucider la question pratique qui se discute en ce moment à l'Académie de médecine, et nous ne saurions trop engager nos lecteurs à nous faire connaître, sur ce point, ce qu'une observation sérieuse leur a appris. Nous laissons parler M. Rochard :

Dans la discussion qui s'agite aujourd'hui à l'Académie de médecine, sur les exutoires à action prolongée, on a été étonné d'entendre quelques médecins nier l'efficacité de ce mode de médication, dont les bons effets ont été si souvent et si généralement constatés. Malgré ces dénégations, je ne puis m'empêcher de croire à la réalité des guérisons de fièvre intermittente, que M. Chauffard dit avoir obtenues par l'application d'une série de cautères et de vésicatoires, puisque j'ai été moi-même le témoin et le sujet d'une guérison de même nature et qui est encore plus concluante en faveur de la méthode révulsive, comme je le montrerai tout à l'heure.

Auparavant, je veux revenir sur les faits publiés par M. Chauffard dans le n° 46 de la *Gazette hebdomadaire de médecine*, et reproduits ensuite par l'UNION MÉDICALE du 20 novembre. Notre confrère nous apprend qu'il a eu occasion de traiter, à l'hôpital d'Avignon, un grand nombre de soldats qui avaient contracté, en Afrique, des fièvres intermittentes dont quelques-unes dataient de quinze à dix-huit mois. Il avoue n'avoir obtenu aucune guérison par les traitemens ordinaires, et que ces fièvres n'ont commencé à guérir que lorsqu'il s'est décidé à porter l'action médicatrice sur la rate, qu'il voyait généralement tuméfiée et qui est réputée le centre de l'appel morbide dans le cas dont il s'agit. C'est à l'application de trois ou quatre cautères *larges* et *profonds* sur la région splénique qu'il a eu recours, et, depuis lors, il serait venu facilement à bout des cas de fièvres intermittentes les plus rebelles.

Quant aux faits qui me sont personnels, ils se sont passés dans l'île africaine de Madagascar où les fièvres intermittentes ne sont ni moins fréquentes ni moins rebelles qu'en Algérie.

A Madagascar, on voit assez souvent, chez les malades atteints de fièvres intermittentes, apparaître spontanément, sans aucune intervention du médecin, un phénomène de révulsion fort remarquable, et qui est regardé dans le pays comme le présage de la guérison. C'est une éruption de boutons à base large et enflammée, qui ne tardent pas à abcéder, et se terminent en ulcères avec suppuration abondante et engorgement des tissus environnans. La partie inférieure de la jambe, un peu au-dessus des malléoles, est presque toujours le siége de ces ulcères que les malades cherchent plutôt à entretenir qu'à tarir, s'étant convaincus, par une longue observation, qu'ils sont le moyen par lequel la nature opère la guérison des fièvres intermittentes et empêche le gonflement anormal de la rate. Moi-même, pendant mon séjour dans ce pays, j'ai été atteint d'une forte fièvre intermittente sur lequel le sulfate de quinine n'avait plus aucune prise, le cas était des plus graves, et je ne puis douter que je n'ai échappé à la mort que par le fait d'une forte éruption de boutons ulcéreux qui me survint aussi vers la partie inférieure des jambes.

Ces faits avaient déjà été publiés dans l'UNION MÉDICALE (10 février 1852), à l'occasion de la discussion sur le gonflement de la rate, que M. le professeur Piorry soutenait être le point de départ des fièvres intermittentes. Mais j'ai voulu les citer ici, parce qu'ils apportent un élément nouveau dans la discussion actuelle sur les exutoires. Il faut remarquer que leurs conclusions, en faveur de la méthode révulsive, ont d'autant plus de portée, qu'elles ne résultent pas d'une observation isolée individuelle, mais d'observations séculaires faites dans un pays où les fièvres intermittentes ne cessent pas de régner endémiquement et même épidémiquement.

J'ai dit en commençant que mes observations étaient encore plus concluantes que celles de M. Chauffard; et en effet, le traitement révulsif, dans mon cas, a été commandé et appliqué par un maître qui n'égare jamais..... c'est-à-dire par la nature elle-même. Enfin j'ai encore à tirer de mes observations deux conclusions en quelques points contraires à la pratique de M. Chauffard, c'est-à-dire que la rate n'est pas exclusivement le point de départ des accès fébriles, et que si on remarque plus souvent son augmentation de volume, c'est que la nature spongieuse et vasculaire de son tissu donne un accès plus facile à l'accumulation du sang (1).

Il n'en est pas moins vrai que ces émonctoires, soit qu'ils soient artificiellement provoqués sur la région de la rate, ou qu'ils se manifestent naturellement vers les extrémités inférieures, ont une heureuse influence sur le cours de la maladie et démontrent évidemment l'efficacité des suppurations prolongées, et ainsi la méthode de dérivation et de révulsion se trouve sanctionnée par la double voie de l'observation et de l'expérience.

Tous les grands maîtres dans l'art de guérir en ont fait usage ; parce qu'elle n'est, en effet, qu'une imitation de l'action de la nature qui tend sans cesse à expulser les produits morbides dont l'économie est embarrassée.

Mais, comme les procédés de la nature sont souvent impénétrables, et parfois impuissans, ce sont des études cliniques qui devront nous éclairer sur l'opportunité des exutoires à longue durée et sur la manière d'en varier l'énergie et le lieu d'application suivant le but qu'on se propose.

— L'un de nos plus ingénieux chirurgiens, M. Rigal, de Gaillac, revendiquait pour lui, mardi dernier, à l'Académie de médecine la priorité de l'idée et de l'application du caoutchouc comme substitution de ressorts et appareils métalliques, dans les cas où il faut suppléer la contractilité absente de quelques muscles. Voici une très heureuse et nouvelle application de cette idée faite par un expérimentateur non moins ingénieux :

M. Duchenne de Boulogne présente à l'Académie un malade, M. Dumas de Bourges, âgé de 32 ans, chez lequel une atrophie limitée à quelques muscles de chaque éminence thénar gêne ou abolit les principaux usages des deux mains.

Du côté gauche, le court abducteur et l'opposant du pouce sont détruits. Le sujet oppose encore cependant son pouce à tous les doigts à l'aide de la portion externe de son court fléchisseur qui, en même temps, étend sa dernière phalange. Mais, privé de son court abducteur, il ne peut incliner son pouce assez en avant pour mettre son extrémité en rapport avec celle des doigts fléchis sur les métacarpiens, comme pour tenir une plume, un crayon, une aiguille. Il n'y parvient qu'en plaçant les premières phalanges des doigts dans l'extension et leurs dernières dans la flexion. Il en résulte beaucoup de gêne pour les usages de la main gauche.

Du côté droit, le malade a perdu, outre le court abducteur et l'opposant, le court fléchisseur du pouce. Quand il veut opposer son pouce au doigt, on voit les deux phalanges de son pouce se fléchir par la contraction de son long fléchisseur, mais son premier métacarpien reste presque immobile. Les troubles fonctionnels de sa main droite sont les mêmes qu'à gauche ; seulement, ils s'y montrent à un degré plus prononcé. Ainsi le malade, qui est élève de l'École des Beaux-Arts et sculpteur sur bois, ne peut ni dessiner, ni diriger son compas, ni se servir de ses outils ; il écrit avec une grande peine et seulement en plaçant sa plume entre l'index et le médius.

En somme, l'état de ses mains le mettait dans l'obligation d'abandonner son établissement (il est fabricant de meubles sculptés), quand il est venu réclamer les soins des praticiens de Paris.

M. Duchenne se croit fondé à espérer que l'affection dont ce malade est atteint (l'atrophie musculaire graisseuse progressive qui, on le sait, tend d'habitude à se généraliser) restera localisée dans les muscles aujourd'hui atrophiés. Malheureusement ces derniers lui paraissent en grande partie graisseux, ce qui ne lui permet pas d'espérer d'avantageux résultats des applications électriques, surtout à la main droite.

Cependant, les fonctions de ses mains ont été rétablies à l'aide d'un moyen mécanique fort simple. C'est ce point de mécanique thérapeutique qui fait le sujet de la communication de M. Duchenne de Boulogne.

Éclairé par les notions nouvelles qui ressortent de ses recherches électro-physiologiques sur la main, cet expérimentateur a imaginé un appareil qui remplace complétement l'action des muscles atrophiés.

En voici la description : un doigt de gant coiffe le pouce malade, et une manchette en cuir est lacée sur l'avant-bras de ce côté. Une ganse, fixée sur ce doigt au niveau de l'extrémité postérieure du pouce, glisse dans une coulisse en passant sur la face postérieure de l'articulation de la première et de la seconde phalanges, puis remonte obliquement sur le côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne et sur l'éminence thénar pour sortir de sa gaîne au niveau de l'attache supérieure du court abducteur du pouce. En tirant sur cette ganse, le premier métacarpien exécute son mouvement d'opposition, la dernière phalange du pouce s'étend et la première s'incline latéralement de manière que le pouce est opposé aux deux premiers doigts. C'est l'action propre du court abducteur du pouce, le plus utile des muscles de l'éminence thénar, selon M. Duchenne de Boulogne.

Cet expérimentateur appelle ce petit appareil : ***court abducteur artificiel du pouce;*** ce n'est, dit-il, qu'une imitation de la nature. (Ici, M. Duchenne de Boulogne rappelle les ingénieuses dispositions anatomiques en vertu desquelles les muscles de l'éminence thénar, excepté l'opposant, produisent l'extension de la dernière phalange en même temps qu'ils exécutent l'opposition du pouce. Cette extension de la deuxième phalange ne pouvait être confiée au long extenseur du pouce, qui est antagoniste de l'opposition. Pour mettre en action le court abducteur artificiel, on attache son extrémité libre à un ressort à spirales ou à une bande en caoutchouc vulcanisé que l'on fixe à un bouton cousu à la face antérieure de la manchette en cuir et dont on gradue la tension.)

M. Duchenne dit avoir restauré les fonctions de la main à l'aide de ce même appareil chez des ouvrières atteintes de la même atrophie des muscles de l'éminence thénar, entre autres, chez une jeune ouvrière qui lui avait été adressée en 1854 par M. Nélaton, et qui, depuis qu'elle fait usage de son appareil, conduit son aiguille avec autant d'habileté qu'auparavant. — Mais M. Dumas use ou déchire si vite avec ses outils son gant droit, que M. Duchenne a dû le remplacer par un appareil plus simple. Il consiste en un tube de caoutchouc vulcanisé qui embrasse l'extrémité supérieure du premier métacarpien à la manière d'un anneau, et remonte obliquement vers le bord interne du poignet, autour duquel il s'enroule. Ce caoutchouc est tendu plus ou moins, et l'avant-bras est garanti de sa compression par une manchette en cuir. Depuis six mois, M. Dumas se sert de cet appareil pour écrire, dessiner, conduire son compas, etc. L'Académie l'a vu fonctionner à merveille. Toutefois, M. Duchenne de Boulogne fait observer qu'il a des inconvéniens : 1° il exerce une pression circulaire sur un point trop limité du pouce et gêne en conséquence la circulation ; 2° il a peu d'action d'extension sur la dernière phalange. Il est insuffisant pour le travail à l'aiguille.

M. Duchenne de Boulogne dit, en terminant, que le fait qu'il vient de communiquer à l'Académie n'est qu'un exemple des applications qu'il a déjà faites d'une méthode ancienne et trop négligée (l'orthopédie à force élastique) (1) au traitement de plusieurs affections atrophiques ou paralytiques de la main, d'après les données qui découlent de ses recherches électro-physiologiques sur la main. C'est ainsi qu'il a pu remplacer l'action des muscles interosseux atrophiés au moyen des tendons agissant par l'intermédiaire d'un gant à la manière de ces muscles. Pour donner une idée du mécanisme de l'appareil des muscles interosseux artificiels, il met sous les yeux de l'Académie une main en bois, dont les doigts et les phalanges articulées exécutent des mouvemens

(1) Voir ma note *sur quelques faits d'anatomie pathologique concernant l'état de la rate dans les fièvres intermittentes de Madagascar* (10 février 1852, UNION MÉDICALE.)

(1) Pendant longtemps les ressorts métalliques ont été seuls appliqués à cette méthode d'orthopédie. En 1852, M. Rigal de Gaillac les a remplacés par le caoutchouc vulcanisé. C'est une heureuse idée, mais on comprend, dit M. Duchenne, qu'il ne s'agit pas ici de la substitution du caoutchouc aux ressorts métalliques.

simples et composés, comme une main vivante, sous l'influence de ces muscles artificiels mis en action.

Les appareils précédens, qui rendent à la main paralysée ou atrophiée partiellement les usages qu'elle a perdus, sont très peu dispendieux ; ils sont si simples que les malades les ont eux-mêmes exécutés.

Amédée LATOUR.

STATISTIQUE MÉDICALE.

CONGRÈS INTERNATIONAL (1).

DEUXIÈME SESSION TENUE A PARIS, AU PALAIS LÉGISLATIF,

Du 10 au 16 Septembre 1855,

Sous la présidence du Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

Une première réunion préparatoire eut lieu au Ministère de l'agriculture, sous la présidence du docteur Rayer, de l'Institut. Elle était composée de MM. les docteurs William Farr, directeur de la statistique d'Angleterre, Balfour, de Londres, Berg, membre de l'Académie des sciences de Stockholm, Marc d'Espine, de Genève; Bertini, représentant officiel des Etats-Sardes; Humberg, de Copenhague, Meding, président de la Société allemande; Parchappe, inspecteur du service des prisons et des aliénés; Villermé, de l'Institut; Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, Tholozan, agrégé au Val-de-Grâce, Weber, de Mulhouse, et le signataire de cet article. Il y avait aussi des administrateurs distingués, MM. les chefs de bureau, Heuschling, de la statistique belge, Legoyt, de la statistique de France, Poisson et Trébuchet, de la Préfecture, et quelques autres membres non moins recommandables, qui échappent à mon souvenir.

Il fut établi d'abord que, suivant le désir du premier Congrès, la section s'occuperait à dresser, en latin, une liste des unités morbides causes de mort, qu'une synonymie exacte serait dressée dans toutes les langues européennes, et spécialement dans les six langues représentées à la section. Mais il fut arrêté en même temps qu'on ne donnerait qu'une attention tout à fait secondaire à l'ordre dans lequel on rangerait les unités pathologiques, non que cette discussion fût dénuée d'intérêt, mais parceque le temps manquerait pour la mener à bonne fin; on observa que cette discussion de classification, d'un haut intérêt scientifique, bien que peut-être prématurée, a beaucoup moins d'importance pour la statistique; que, quel que soit l'ordre, ce qui importe, c'est que dans chaque pays, on relève séparément au moins toutes les grandes unités morbides, et, si cela se peut, toutes celles indiquées par la liste polyglotte. Il appartiendra à chaque nation, ou plutôt aux savans qui font des travaux particuliers, de former secondairement des groupes spéciaux suivant leur point de vue. De cette manière, les statistiques seront comparables sans forcer aucune conviction et sans préjudice d'une entente possible plus ou moins complète.

Ces considérations ayant été posées et acceptées à l'unanimité, une sous-commission fut chargée de dresser la liste polyglotte des affections causes de mort. Cet important travail absorba cinq séances où les célèbres médecins étrangers témoignèrent de leur zèle et de leur savoir.

Toutes les importantes unités morbides furent aisément traduites; toutes les maladies bien spécifiées, bien caractérisées par la science, furent de même unanimement acceptées. Mais le débat porta sur ces affections indéterminées dont le symptôme principal devient le nom de la maladie, parce qu'il est souvent tout le savoir du médecin. Telles sont les paralysies, les hydropisies, les convulsions, l'asthme, la diarrhée, les morts subites, etc. Cependant la commission, tout en reconnaissant que ce n'étaient pas là des unités morbides scientifiquement parlant, reconnut qu'un diagnostic plus positif était souvent fort difficile et même impossible, surtout dans les conditions de la pratique des campagnes, et, sans l'autopsie, dont l'usage est malheureusement si peu répandu; qu'il valait donc mieux se contenter de cette indication vague que d'obliger le praticien à choisir à tout hasard le nom d'une affection mieux définie mais adoptée sans motif suffisant; que d'ailleurs c'était déjà une connaissance utile que de savoir le nombre des victimes qui succombaient avec ces symptômes importans. La commission fut donc unanimement d'avis de conserver ces dénominations dans sa liste. Mais d'un autre côté, voulant éviter que ce ne fût là un encouragement donné au médecin négligent qui se contenterait d'une dénomination aussi indéterminée quand il aurait les élémens d'un diagnostic plus positif, la commission fut d'avis de grouper toutes ces affections sous la rubrique de : *morts par maladies mal définies*; et pour ne pas grossir plus que de raison les espèces de cette classe, elle rejeta tout à fait les dénominations trop vagues, trop insignifiantes, telles que dentition, âge critique, etc., en usage en Angleterre : ces expressions n'apprenant rien que l'âge, mieux indiqué par un chiffre. Elle a aussi omis sciemment les maladies fort rares ou qui ne donnent que très rarement lieu à la mort, ou celles d'un diagnostic trop difficile, attendu que ces espèces ne lui ont point paru avoir un intérêt *présent* au point de vue statistique. C'est ainsi qu'elle a réuni sous un seul chef les espèces voisines dont le diagnostic différentiel ne peut être établi que par les maîtres de l'art et par l'autopsie; telles les diverses phlegmasies *aiguës* du cerveau, de la moelle, du cœur, et de leurs enveloppes respectives, les différentes espèces de folie.

Après ce long travail, la commission s'occupa des moyens les plus propres à assurer le succès de l'enquête statistique, sentant bien que son œuvre resterait stérile tant qu'on n'observerait pas certaines précautions dans les relevés et le dépouillement : elle a donc émis plusieurs vœux dont les propositions suivantes sont l'expression :

1° Que chaque pays organise une statistique médicale à l'exemple de l'Angleterre, à laquelle appartient la gloire d'avoir prouvé que cette statistique est possible, même dans un grand pays, ou à l'exemple du canton de Genève qui offre en petit un excellent modèle de ce genre.

2° Que dans les relevés statistiques on dépouille et que l'on publie séparément chacune des espèces morbides, ou au moins celles qui sont le plus souvent causes de mort.

3° Qu'en vue de la sécurité personnelle autant que de la statistique nosologique, des médecins vérificateurs *officiels* des décès soient partout institués, suivant le projet proposé par M. Marc d'Espine au Congrès de Bruxelles.

4° La commission a regardé comme une pratique de la dernière importance et la seule capable d'assurer le succès de la statistique nosologique, que, lors d'un décès, le médecin qui a donné des soins au défunt *soit tenu* de remplir un bulletin distribué d'avance aux praticiens et devant indiquer le domicile, le lieu de la naissance, la profession actuelle ou antérieure, comme patron ou comme ouvrier, l'âge, le sexe, la maladie ou les maladies (primitive et secondaire) causes de décès, leur durée, ainsi que cela se pratique depuis dix-huit ans en Angleterre et à Genève. Ce bulletin sera visé par le médecin vérificateur partout où celui-ci aura pu être créé. Enfin, le bulletin renferme une colonne destinée aux observations et dans laquelle on pourrait poser de temps à autre des questions destinées à éclairer les points d'antagonisme des maladies, l'hérédité, etc.

La section a signalé comme modèle une forme de bulletin que nous nous proposons de publier et d'examiner à part, ainsi que la liste polyglotte dont nous avons parlé.

5° La commission croit que le dépouillement des bulletins mortuaires ne peut se faire avec fruit qu'avec le concours direct d'un ou de plusieurs médecins, comme cela se fait à Genève et à Londres, où un bureau spécial fonctionne exclusivement pour cet usage.

Ces conclusions, adoptées unanimement par la section, l'ont été également par le Congrès après une discussion lumineuse, terminée par une remarquable improvisation du docteur Parchappe, dont nous citerons seulement le dernier trait, répondant aux difficultés alléguées par des administrateurs allemands et danois :

« ..... Certainement, dit-il, les administrateurs connaissent parfaitement les difficultés de l'exécution; mais ils ne sont peut-être pas absolument compétens pour résoudre seuls celles qui sont tout à fait du ressort de l'art. Au reste, votre section a dans son sein des administrateurs distingués, et, parmi eux, plusieurs sont en même temps des administrateurs de l'État et des médecins. Elle a abordé les difficultés une à une; elle n'a pas pensé les résoudre toutes, mais elle a cru les diminuer assez pour pouvoir tracer dès aujourd'hui les premiers linéamens d'une des plus importantes recherches au double point de vue de la science et de l'hygiène publique. Nous croyons donc qu'il serait fâcheux d'ajourner ce qu'on peut faire tout de suite au moins dans beaucoup de pays et d'importantes localités. »

La première section du Congrès a eu également à examiner les questionnaires proposés par la commission organisatrice pour les relevés statistiques des épidémies, de l'aliénation mentale, des crétins et des idiots.

Nous n'entrerons point dans les discussions particulières auxquelles ces divers travaux ont donné lieu. Mais nous dirons quelques-uns des principes qui en sont ressortis. On sent bien que ce n'est là qu'un commencement de la statistique générale des maladies qui affligent l'espèce humaine. Si nous ne voyons pas bien clairement pourquoi on trouve plus d'intérêt scientifique à rechercher le nombre et la distribution des maladies épidémiques que des affections sporadiques ou endémiques, et quoique, selon nous, on pût mettre en doute s'il est plus important d'étudier la distribution des fièvres éruptives que celles des scrofules; cependant, modérant notre ambition de peur de la voir déçue, nous nous tenons satisfaits pour le moment des vœux émis, et nous en formons d'ardens pour que l'administration (sans laquelle les efforts privés ne pourraient rien) les fasse passer dans la pratique.

La commission chargée de l'examen du questionnaire des épidémies, s'est décidée, après ample examen, à faire un questionnaire très complet.

Elle a demandé des renseignemens sur les nombres, les âges, les sexes, les professions, les degrés d'aisance, les conditions économiques, le taux des salaires, le prix et la qualité des principales denrées, les nationalités, l'agglomération, les états morbides ordinaires, des populations atteintes d'épidémie, les mêmes renseignemens sur les individus atteints et sur les victimes du fléau, en y joignant un état complet des diverses autres causes de décès avant, pendant et après l'épidémie, et, s'il y a lieu, l'indication des épizooties et des épiphyties, etc. Elle demande, en outre, qu'on indique avec détail les conditions météorologiques, ozonométriques, thermométriques, électriques, magnétiques, moyennes de chaque jour.

Elle a demandé une description des lieux envahis, l'orientation, la hauteur, quel voisinage des eaux, des forêts, les détails géologiques, minéralogiques des localités envahies et localités voisines non envahies. Enfin elle a émis le vœu suivant, qu'il faut citer textuellement, tant il a d'importance :

« Établir dans toutes nos grandes villes un mode de publication détaillé et raisonné, hebdomadaire (1), mensuel ou trimestriel, du nombre et du genre des maladies qui y sévissent. Cette publication deviendrait pour les populations et pour l'administration la meilleure indication de l'état sanitaire : elle refléterait presque toutes les influences épidémiques et modifications quelconques; et les grands centres de population deviendraient ainsi des sortes d'observations statistiques de la santé des peuples. »

La commission, tout en s'arrêtant à ce questionnaire, sait fort bien qu'il ne pouvait actuellement être rempli dans toutes les localités, et que les grandes villes seules possédaient tous les moyens d'investigation nécessaires. Mais elle crut qu'elle avait un modèle à donner, et que les localités qui ne pourraient d'abord y satisfaire, s'en rapprocheraient le plus possible; qu'il était de son devoir d'insister sur l'importance des recherches météorologiques, dont d'ailleurs on commence à s'occuper vivement, et que les médecins et l'administration devaient suivre ce mouvement, etc.

La première section et le Congrès ont adopté ces vues. Espérons que l'administration française ne les laissera pas infructueuses.

La sous-commission de l'aliénation mentale, des idiots et des crétins, a d'abord jugé utile de diviser son travail et de faire séparément un questionnaire pour l'aliénation mentale, un pour les idiots et les crétins.

Sous le point de vue étiologique et statistique, ces affections furent divisées en :

1 aliénation simple;
2 — avec paralysie (générale);
3 — épilepsie;
4 — pellagre (en Italie);
5 crétinisme (*maladie* endémique et qui ne se déclare que quelque temps après la naissance);
6 idiotie (*infirmité* congéniale).

Le *delirium tremens* doit être écarté ou former un groupe à part.

La distinction du crétinisme et de l'idiotie fut nettement établie par MM. Parchappe et Marc d'Espine.

On naît idiot : dès les premiers jours la dégradation intellectuelle s'imprime sur la face. L'idiotie est donc une *infirmité* congéniale.

Mais on ne naît pas crétin; et dans les premiers temps rien ne distingue le futur crétin des autres nouveau-nés. Le crétinisme est donc une *maladie* de développement. Cela seul indique qu'il doit moins échapper aux ressources de l'art que l'idiotie.

Les docteurs Parchappe et Boudin furent chargés des rapports sur la statistique des aliénés, des idiots et des crétins : c'est dire qu'ils furent faits avec le talent qui distingue ces deux célèbres auteurs. Tous deux ont conclu, au point de vue de leur spécialité, à l'importance de la statistique des causes de décès.

D'après M. Parchappe, la statistique a déjà démontré que l'aliénation est souvent curable, puisque plus d'un tiers des aliénés, dans un état quelconque, obtient la guérison.

Au point de vue de l'étiologie, la statistique, tout en constatant la puissante influence de l'hérédité, restreint son action à celle d'une cause prédisposante, mais non fatalement déterminante; tandis que les causes morales sont apparues comme les causes déterminantes de premier ordre, etc.

Nous terminerons ce compte rendu en rappelant le vœu émis dans le rapport du docteur Boudin, et appuyé à l'unanimité par la section, savoir : que, dans tout travail statistique, on ait le soin d'indiquer brièvement les moyens d'enquête, les qualités des personnes qui en ont été chargées, les précautions prises, etc.; sans cette importante précaution, un document perd sa valeur; on n'en peut estimer ni la qualité ni l'approximation; on ne peut, par suite, le comparer aux autres travaux du même ordre.

D'autres Congrès internationaux viendront continuer et compléter l'œuvre que celui-ci a vaillamment entreprise, et avec tant d'opportunité que, dans de grands pays, elle est encore, sous certains points, vierge de tout essai d'exécution. C'est ainsi que, dans le nôtre, l'importante statistique des hôpitaux des villes, au point de vue médical, est entièrement à créer.

Puissions-nous assister souvent encore à ces grandes et utiles assemblées! Car, nous l'avouons, ces réunions *œcuméniques* nous impressionnent profondément. Elles nous rappellent les premiers temps de l'Église discutant son dogme naissant.

Quelle est donc la religion nouvelle qui se fonde? Quelle foi commune relie ces diacres du moderne Évangile? Non, ce n'est plus la foi, c'est la SCIENCE qui éclaire leurs esprits et l'amour de l'humanité qui échauffe leurs cœurs. Et pourtant ces apôtres de pratique paraissent ne s'occuper que de chiffres. A les croire, c'est pour calculer mieux et plus vite qu'ils votent d'acclamation l'unité des poids, des mesures et des monnaies dans le monde! Et c'est seulement pour s'entredire les totaux obtenus qu'ils demandent l'adoption d'une langue universelle! Pour nous, qui avons assisté avec ravissement à cet imposant spectacle, nous augurons une grande vigueur de cette humilité; nous croyons voir déjà, dans un prochain avenir, sortir de ces aspirations savantes et raisonnées une *puissante méthode d'analyse* capable d'imprimer un progrès rapide aux sciences dont les hommes attendent le soulagement de leurs souffrances et la conservation de leurs jours, et nous consacrerons nos efforts à démontrer l'importance de ce nouvel instrument.

Dr BERTILLON,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

(1) Voir le numéro du 20 Novembre.

(1) Cette publication se fait régulièrement pour la ville de Londres par les soins de M. W. Farr.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Nous recevons la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

« Mon cher ami,

» M. le docteur Longet et moi recommandons instamment une souscription en faveur d'un honorable confrère privé de toute espèce de ressources et tombé dans la plus extrême misère, avec une femme et un enfant en bas-âge, par suite d'infirmités les plus graves, qui l'ont mis dans l'impossibilité absolue de se livrer à aucune espèce d'occupation.

» Cette souscription a pour but de réunir une certaine somme, qui mette la femme de notre confrère en mesure de pouvoir s'occuper activement, seul espoir qui reste à cette malheureuse famille.

» A vous, L. CERISE. »

Sixième liste : MM. Sichel, 10 fr.; Rochard, 5 fr.; Dehaut, 10 fr.; Bouchord, 20 fr.; Cucuel de Wesserling, 5 fr.; Hérard, 10 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 142. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 29 Novembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An. 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 28 NOVEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine est une excellente école pour former le caractère des journalistes. Obligés de tout écouter avec patience, il leur faut tout apprécier avec modération. Le bien long discours prononcé hier par M. Bouillaud nous a mis et nous met à cette double épreuve. Très patiemment nous l'avons écouté, et nous voudrions être très modéré dans l'appréciation que nous devons en faire. Comment ne pas dire, cependant, que l'honorable professeur a été souvent beaucoup mieux inspiré? Nous craignons que les habitudes de l'enseignement n'aient réagi malgré lui sur l'académicien. Son discours aurait pu être convenablement placé dans l'amphithéâtre de la clinique; à la tribune académique, il a paru un peu trop élémentaire. Pourquoi tout ce temps perdu dans ce résumé, long procès-verbal de la discussion dont personne n'a oublié les élémens et les incidens? Nous renonçons à suivre l'orateur dans cet immense récit qui nous forcerait à répéter, sans profit, ce que nos lecteurs connaissent déjà. Ajoutons avec regret que M. Bouillaud n'a pas sauvé cette fois, par l'éclat de la forme, le fond trop connu de son discours.

Cependant l'intention de ce discours est bonne et utile. Il était convenable qu'une voix médicale, aussi autorisée que celle de M. Bouillaud, vînt corroborer de son témoignage les opinions si savamment défendues par M. Bouvier. Comme M. Bouvier, comme tout le monde aujourd'hui, y compris assurément M. Malgaigne, M. Bouillaud croit à l'antiquité de la doctrine de la révulsion, à la pérennité de cette doctrine qui a traversé les âges et qui règne encore sur la médecine moderne dont les progrès ne lui ont fait subir que des modifications de détail. Sobre jusqu'à la réserve dans l'appréciation de la doctrine, M. Bouillaud accepte la révulsion comme un fait pathologique incontestable, et comme un élément considérable dans la thérapeutique. Quant aux moyens de produire cette révulsion, l'expérience de M. Bouillaud est à peu près muette à l'égard des exutoires à demeure. Il les emploie peu, fort peu dans sa pratique. Mais il fait un fréquent usage des révulsifs extemporanés, du vésicatoire volant par dessus tout, large et occupant de vastes surfaces, et l'emploi de ce moyen lui rend journellement les plus grands services dans le traitement des phlegmasies aiguës, des épanchemens récens, des névralgies. Combinés avec les saignées, les vésicatoires volans sont les principaux agens de la thérapeutique de M. Bouillaud dans les phlegmasies récentes.

Voilà ce qu'il faut retenir à peu près du discours de M. Bouillaud, qui aurait gagné à être abrégé et concentré. L'honorable orateur semble avoir pris à tâche de ne s'engager sur la question de la révulsion que sur les points les moins contestables et les moins contestés. M. Malgaigne lui-même accepte l'influence des révulsifs extemporanés dans les maladies aiguës et sur l'élément douleur. Là n'est pas précisément la question thérapeutique qui s'agite à l'Académie. Ce qui est en contestation, c'est l'influence des exutoires à demeure et des longues suppurations dans les maladies à longue durée, c'est la possibilité de révulser, de dériver les élémens de la maladie d'un point sur un autre; c'est l'existence même, la réalité de la révulsion ainsi entendue qui est en litige, c'est-à-dire un des plus gros problèmes de physiologie pathologique et de thérapeutique générale. C'est sur tous ces points que l'Académie et l'assistance eussent voulu connaître les opinions et les idées de M. Bouillaud qui est resté sur tout cela trop discret et trop voilé.

Même réserve et même sobriété du savant orateur sur la partie philosophique de cette discussion. Quelques mots seulement sur la nécessité de vérifier, par l'observation et l'expérience, les doctrines du passé, et de ne les accepter que sous bénéfice d'inventaire, pensée très sage assurément, peu compromettante et qui ne trouvera pas de contradicteurs.

La discussion n'est pas close, il s'en faut, car M. Piorry a retenu la parole pour mardi prochain. Annonçons aussi la bonne nouvelle du retour de M. Bousquet, dont tout le monde regrettait le silence. Nous osons prédire que M. Piorry paraissant à la tribune y entraînera M. Bousquet, et cela étant, nous pouvons espérer un discours compétent sur la doctrine de la révulsion.

Au commencement de la séance, M. Baillarger a donné le résumé d'une note qu'il avait communiquée la veille à l'Académie des sciences, sur la répartition et la proportion relative des sexes dans les grossesses multiples, et sur l'influence de l'hérédité sur la production de ces grossesses. Nous publions cette note intéressante.

Trois places sont actuellement vacantes dans le sein de l'Académie. M. Gaultier de Claubry a demandé qu'on s'occupât avec célérité de les remplir. Ce vœu a été bien accueilli, et la commission sera incessamment nommée. Trois places vacantes, quel déluge de compétiteurs!

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les nos des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20, 27 Septembre, 4, 11, 20, 27 Octobre, 8 et 17 Novembre.)

Quatorzième Leçon.

Je vous ai dit que si les familles qui vous consulteront pour leurs enfans insistaient pour que vous fissiez quelques essais de réduction d'une pseudarthrose congénitale, et que d'ailleurs aucune circonstance complétement défavorable à la réussite ne s'y opposât, vous pourriez tenter de reconstituer l'articulation normale, mais en usant de ménagemens, car des accidens peuvent être la conséquence de ces tentatives. La seule immobilité, quand elle se prolonge, suffit pour altérer les fonctions; Pravaz l'a justement senti, et a fait tous ses efforts pour pallier cet inconvénient. Les manœuvres employées pour allonger le membre agissent aussi quelquefois d'une manière fâcheuse par les tiraillemens qu'elles exercent sur les parties molles, les inflammations profondes qui peuvent en être la suite. Pravaz a fait connaître plusieurs accidens de ce genre, et bien qu'ils n'aient pas eu de suites graves, je ne puis admettre avec lui qu'ils soient favorables au but qu'on se propose.

Une dernière recommandation à ce sujet : il faut éviter les erreurs d'observation. Si vous êtes appelés à tenter la réduction des luxations anciennes du fémur, ou à constater le résultat de ces tentatives, vous saurez vous défendre de toute illusion; vous vous efforcerez d'apprécier exactement l'état du membre avant et après le traitement. Vous saurez vous prémunir contre la tendance naturelle que nous avons à voir les choses comme nous voudrions qu'elles fussent. Vous ne donnerez pas une interprétation forcée aux faits qui contrarient

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Usages de la rate suivant Galien et suivant les modernes; analogies entre le foie et la rate au point de vue de leur action sur le sang : Galien, M. Béclard, M. Beau. — Usages des reins. — Vue d'ensemble sur les phénomènes de la nutrition; un éclair de génie.

XV (1).

Physiologie de Galien. — Analyse du De usu partium (suite).

Fonctions de la rate. — Il n'est pas d'organe qui, au point de vue de ses fonctions et de ses usages, ait, plus que la rate, exercé la sagacité des physiologistes. Il est donc digne d'intérêt de rechercher quelles étaient, sous ce rapport, les opinions de Galien, et de les comparer à celles des modernes. Ici, nous ne devons pas nous attendre à un accord aussi remarquable que lorsqu'il s'est agi du foie; cependant il est curieux de voir que, sur ce point encore, les travaux les plus modernes nous ramènent à l'idée que s'était formée Galien sur le principal usage de la rate, savoir, d'imprimer au sang une modification particulière. Pour Galien donc, la rate est essentiellement un organe de dépuration et d'élaboration du sang. En cela, notre auteur se met en opposition formelle avec Érasistrate, qui voyait dans la rate un organe inutile, ou tout au plus propre à servir de contrepoids au foie. Galien, pour qui rien n'est inutile dans l'ordre de la nature, s'élève vivement contre cette opinion d'Érasistrate, et cherche à démontrer l'utilité de la rate et son rôle important comme organe d'élaboration du sang. Voici sur quels faits il appuie sa manière de voir :

1° La rate reçoit une artère très volumineuse, plus volumineuse même que celle du foie, toutes proportions gardées;

2° A la suite d'une coupe de la rate, on voit s'écouler du sein de cet organe un liquide semblable à du sang, mais à du sang qui a subi une modification profonde;

3° Le parenchyme de la rate présente une texture toute particulière qui la fait ressembler à une éponge par les cellules ou cavités dont elle est creusée et dans lesquelles est contenu le liquide spécial dont nous venons de parler;

4° La veine splénique est, comme l'artère du même nom, considérable par son volume;

5° Cette veine communique avec les vaisseaux qui émanent du grand cul-de-sac de l'estomac.

Telles sont les considérations anatomiques sur lesquelles Galien a élevé son système physiologique sur les usages de la rate, système qui se rapproche de nos doctrines par la pensée générale et qui s'en éloigne complètement par les détails. En effet, pour Galien la rate est une sorte d'organe sécréteur, analogue au foie, chargé d'extraire du sang certains matériaux qu'il élabore ensuite, pour former un liquide spécial, la bile noire ou atrabile. A ce liquide excrémentitiel il faut un canal excréteur; Galien le trouve dans les vaisseaux courts qui conduisent l'atrabile dans l'estomac, où elle sert à la digestion des alimens. Chacun sait que depuis Galien jusqu'au XVIIme siècle, tous les anatomistes ont couru après cette chimère, et ont, les uns après les autres, vivement réclamé l'honneur d'avoir découvert ce fameux canal qui n'existe pas. Tous s'étaient égarés sur les traces du célèbre médecin de Pergame.

Suivant Galien, l'atrabile concourt à la formation du chyme en déterminant des contractions dans les fibres musculaires de l'estomac; elle agit par son *acidité*. Avec beaucoup de bonne volonté, ne pourrait-on pas voir là le germe de la découverte du suc gastrique?

Quelque erronées que soient les opinions de Galien sur la physiologie de la rate, il n'en est pas moins vrai que le premier il a émis l'idée de considérer cette partie comme un organe de l'élaboration du sang, idée qui tend à se dégager de plus en plus comme résultat des travaux modernes d'anatomie et de physiologie expérimentales.

Un agrégé de cette Faculté, M. Béclard, examinant comparativement le sang qui sort de la rate et celui du système veineux général, a trouvé, dans une série d'analyses, une différence remarquable dans leur composition. Ainsi, le sang qui sort de la rate contient moins de globules rouges, mais en revanche, il possède plus d'albumine que le sang pris dans la veine jugulaire. La rate est donc un lieu de destruction pour les globules rouges du sang. Ce n'est pas tout; ces globules ne sont pas les seuls que le sang contienne, il en est aussi d'autres à usages inconnus, à origine mystérieuse, les globules blancs, faciles à reconnaître au microscope et existant toujours dans les mêmes proportions chez l'homme sain. Or, un auteur anglais a publié des observations d'où il résulterait que, la rate étant altérée, on trouve dans le sang beaucoup plus de globules blancs que dans les cas où la rate est saine. La rate serait-elle donc aussi un organe de destruction pour les globules blancs, comme pour les globules rouges, de telle sorte que cette faculté destructive venant à s'affaiblir, dans les maladies de l'organe, moins de globules blancs seraient détruits, et par conséquent on en trouverait dans le sang en plus grande proportion qu'à l'état normal? La chose est possible mais non démontrée.

Quoi qu'il en soit, il est impossible de ne pas tenir compte des résultats des analyses de M. Béclard et de ne pas les rapprocher de ceux que les analyses du sang du foie ont fait connaître. Voyez, en effet : au sortir du foie, le sang contient plus de globules et une fibrine plus perfectionnée; au sortir de la rate, il possède moins de globules et plus d'albumine. Il y a donc des analogies frappantes entre le foie et la rate, relativement au rôle que ces deux organes jouent vis-à-vis du liquide sanguin sur lequel ils agissent et qu'ils modifient de manière à changer les proportions normales de certains de ses élémens. Les fonctions de ces deux organes sont donc en connexion intime. C'est cette connexion qu'un médecin éminent de cette Faculté, M. le docteur Beau, a voulu faire ressortir en intitulant : *Etudes sur l'appareil spléno-hépatique*,

(1) Voir les numéros des 9, 16, 23 et 30 Octobre 1855.

vos vues *à priori*. Vous ne nierez pas la persistance de la claudication parce qu'elle paraîtra un peu diminuée. Vous ne méconnaîtrez pas une tête fémorale qui continuera d'être mobile sur la face externe de l'ilium, et vous ne prétendrez pas que c'est une tête à demi enfoncée dans le cotyle, quoique ces deux choses se ressemblent beaucoup au dire de mon savant et éminent collègue, M. Malgaigne. Si le raccourcissement du membre subsiste, vous ne serez pas aveuglés au point de le rapporter à une déformation du bassin, dont il n'aura pas été question avant le traitement. Enfin, avertis par les erreurs commises par vos prédécesseurs, vous ne croirez à la réduction qu'après en avoir constaté la réalité.

Traitement palliatif. — Le traitement palliatif, dont nous abordons l'histoire en ce moment, est d'autant plus utile à connaître, qu'il est presque le seul auquel on puisse avoir recours dans la plupart des cas. Il suffit généralement à améliorer les symptômes les plus incommodes des pseudarthroses de la hanche. Il se présente deux cas qui nécessitent l'emploi des moyens qu'il comprend.

1° L'articulation nouvelle peut être trop serrée; les muscles qui l'environnent peuvent être trop courts, l'adduction d'un ou des deux membres exagérée. L'inclinaison du bassin produit un raccourcissement apparent qui s'ajoute au raccourcissement réel et augmente la claudication. Parfois aussi on voit une flexion permanente des cuisses, et l'ensellure lombaire est plus forte qu'elle ne doit être dans une pseudarthrose moins défavorablement constituée. Dans ces cas, on peut, avec des moyens mécaniques, améliorer l'état des sujets, diminuer la claudication, accroître la liberté des mouvemens. La ténotomie s'ajoute quelquefois utilement aux moyens précédens. Le fait suivant confirme ce que j'avance relativement à l'utilité des moyens palliatifs.

Le sujet de cette observation est un garçon de 14 ans. Ce jeune homme ne pouvait monter à cheval; il avait une ensellure lombaire énorme; l'écartement des cuisses était très borné. J'ai pratiqué la section des muscles adducteurs et fait ensuite usage d'un appareil tendant à écarter les genoux. La flexion considérable des cuisses a été combattue par la section du tendon des psoas-iliaques. J'avais déjà pratiqué cette dernière opération sur une jeune fille dont je vous ai parlé, sans aucun accident immédiat ni consécutif. Le jeune garçon dont il est maintenant question éprouva une hémorrhagie veineuse abondante, des syncopes; le trombus considérable dû à l'épanchement sanguin s'est dissipé peu à peu, et cet accident n'a pas eu d'autre suite. Le résultat général du traitement a été que ce garçon a beaucoup moins d'ensellure, qu'il écarte assez facilement les jambes, et se trouve plus libre dans ses mouvemens. Les deux dessins que je place sous vos yeux représentent l'état des membres avant et après le traitement. J'ai revu ce jeune homme longtemps après: il n'avait rien perdu des avantages que la ténotomie lui a procurés.

2° L'articulation, au lieu d'être trop serrée, présente parfois une laxité trop grande. Celle-ci peut dépendre de la faiblesse musculaire, qu'on devra traiter par l'exercice modéré, les excitans locaux, le massage, l'usage des bains, des douches, des frictions, etc.

Si le relâchement articulaire est, au contraire, dû à la laxité des ligamens, ce qu'on peut reconnaître en ayant égard à l'état des mouvemens, on doit chercher à remédier aux deux inconvéniens qui en sont la conséquence: la liberté trop grande de la tête fémorale dans l'exercice physiologique de ses fonctions; la possibilité du déplacement successif de cette tête sur la face externe de l'os des iles. Voici un exemple de ce déplacement emprunté à l'ouvrage de Sandifort. On voit sur cette pièce trois cotyles superposés: le premier, très rétréci, est la cavité ancienne; le second a été occupé momentanément par la tête; le troisième est celui sur lequel elle reposait en dernier lieu. Paletta a donné la description de pièces semblables. Toutefois, ces cas sont plus rares qu'on ne le croit généralement. Dupuytren a conseillé de porter une ceinture pour maintenir l'extrémité supérieure du fémur appliquée contre le bassin; c'est, en effet, un moyen applicable au cas particulier dont je m'occupe, à celui où une articulation trop lâche nuit aux fonctions du membre et fait craindre une aggravation de la malformation. Dans les autres cas, cette aggravation est, en général, peu nécessaire, surtout après l'enfance. L'articulation se resserre ordinairement par les progrès de l'âge, de sorte que ce moyen devient inutile au bout d'un certain temps; il y a seulement des cas exceptionnels dont il faut tenir compte. M. Chassaignac a observé un adulte chez lequel la laxité des articulations était telle, que la tête du fémur pouvait être portée dans plusieurs directions par la seule action musculaire. Cet homme était bateleur et utilisait sur les places publiques sa singulière faculté. La laxité des ligamens indique encore l'usage des fortifians qui conviennent contre la faiblesse musculaire. Le repos de l'articulation, soit par le seul effet de l'immobilité du malade, soit au moyen d'appareils *immobilisans*, peut encore favoriser le resserrement graduel de la pseudarthrose.

C'est à peu près aux moyens précédens que se réduit pour le moment la véritable thérapeutique des pseudarthroses coxo-fémorales. C'est par une action analogue à la leur que s'expliquent les améliorations survenues après l'emploi du traitement de Pravaz, améliorations qui n'ont pas toujours été durables.

Divers moyens peuvent diminuer la claudication, qui a des inconvéniens physiologiques, outre ce qu'elle offre de désagréable pour la vue. Elle peut, en effet, donner lieu à une déviation de la colonne vertébrale. La véritable ressource contre ce symptôme des luxations congénitales, c'est la prothèse, l'élévation de la chaussure du côté malade. Les malades savent quelquefois dissimuler leur claudication; mais le moyen dont ils se servent peut avoir pour effet de produire une difformité nouvelle. Vous voyez l'attitude du pied dans la marche chez cette jeune personne qui est affectée de luxation coxo-fémorale droite: la pointe seule repose sur le sol. Grâce à cet artifice, on s'aperçoit à peine qu'elle boite; mais le talon s'est élevé, et une disposition au pied-équin s'est établie; il y a déjà un raccourcissement sensible des muscles extenseurs. Une autre déformation tend à se produire. M. Duchenne de Boulogne a observé, dans les infatigables recherches qu'il poursuit avec tant de bonheur, que le muscle long péronier latéral, congénère des extenseurs, tend à produire dans des cas pareils, outre l'équinisme, un excès d'abduction. Nous en avons la preuve par ce qui se passe chez cette jeune fille; le bord interne du pied commence à être plus abaissé que le bord externe. Autre inconvenient: cette malade incline le bassin du côté sain; le pouce droit, placé ainsi que le gauche sur l'épine iliaque supérieure, est évidemment plus élevé. On peut espérer que l'exhaussement de la chaussure fera disparaître cette déviation, en habituant cette jeune personne à poser le pied à plat.

Enfin il est une complication possible des pseudarthroses du fémur: c'est l'existence d'une coxalgie. Cette lésion était regardée, avant Dupuytren, comme la cause unique des luxations non traumatiques: aussi couvrait-on de cautères et de moxas l'articulation de la hanche chez des sujets affectés de pseudarthrose congénitale; Dupuytren en a été souvent témoin; lui-même, dit-on, a commis plusieurs fois cette faute. Vous éviterez maintenant une pareille erreur.

Cette enfant, actuellement en traitement dans nos salles, me paraît présenter la complication que j'indique: la flexion des cuisses et leur adduction sont considérables; je ne puis les étendre sans causer de la douleur. Une pseudarthrose simple ne produit pas cette attitude. Il y a là, je crois, une coxalgie avec rétraction des muscles antérieurs et internes de la cuisse; c'est un état qu'il faut traiter par les moyens qu'on oppose généralement aux phlegmasies articulaires.

Je clos ici, pour cette année, l'étude des affections chroniques du système osseux. Mais je désire ne pas me séparer de vous sans avoir au moins abordé l'histoire clinique des maladies musculaires, sans vous avoir au moins présenté un spécimen de ces intéressantes affections.

Un fait capital se remarque dans le mode d'activité du système musculaire: c'est le phénomène physiologique de *coordination* nécessaire à l'action régulière des muscles.

De l'existence de ce phénomène, dérive un groupe de troubles pathologiques consistant dans un vice de coordination de l'action musculaire, dans des contractions *désharmoniques* substituées à l'harmonie normale de l'action de ce système.

C'est une affection de cette nature qui va faire l'objet de nos études.

Je la prends dans une région formant, à elle seule, tout un appareil locomoteur, et où se retrouve comme un abrégé complet de toutes les formes de maladies musculaires.

Cette affection est le strabisme.

IV. — Strabisme.

Dans l'état physiologique, il doit y avoir, et il y a en effet, action coordonnée, harmonique des muscles des deux yeux, contraction simultanée des muscles droits supérieurs, droits inférieurs, des muscles latéraux, non pas internes, externes, mais droits et gauches. Je ne parle pas des obliques; l'énigme de leur action n'a pas encore trouvé son Œdipe.

La vision, pour être parfaite, exige deux conditions: 1° pour chaque œil, que l'image se forme dans le prolongement de l'axe antéro-postérieur; 2° pour les deux yeux, qu'elle se forme dans les points identiques des rétines, c'est-à-dire dans ceux qui se toucheraient si on superposait les deux membranes en déplaçant l'une d'elle parallèlement à elle-même.

Ces deux conditions sont remplies quand les axes oculaires convergent et se réunissent vers l'objet qu'on regarde.

Pour obtenir ce résultat, l'accord des qnatre muscles latéraux est indispensable. Lorsque cet accord vient à manquer, il y a strabisme, du grec στρέφω, tourner.

Pathogénie du strabisme. — *Définition.* — On définit souvent le strabisme, un défaut de parallélisme des axes visuels; c'est à tort. Dans la vision naturelle, toutes les fois que le regard est fixe, il y a convergence et non parallélisme des axes oculaires.

Je définis le strabisme un vice de coordination de l'action des muscles de l'œil, s'opposant à la convergence des axes optiques sur l'objet qu'on regarde.

---

un excellent travail consacré principalement à l'exposition des usages du foie et de la rate et au rapprochement des idées de Galien sur ce sujet, avec les doctrines de la physiologie moderne.

Usages des reins. — Après avoir successivement traversé l'estomac, l'intestin grêle, les veines mésaraïques, le foie, la rate, et avoir subi l'action dépurative de tous ces organes, le suc alimentaire, devenu sang, n'a pas encore atteint son point de perfection. Pour y arriver, il lui reste à se débarrasser de certains principes hétérogènes; cette élimination se fait dans les reins, derniers organes au moyen desquels s'accomplit la transformation complète de l'aliment en liquide sanguin. Cette action des reins consiste surtout à enlever au sang l'excès d'eau qu'il contient; car l'urine, d'après Galien, n'est que de l'eau tenant en suspension ou en dissolution une certaine quantité de matières étrangères. Il la compare au sérum du sang. Le volume des artères rénales est, pour lui, un indice de la destination des reins à cette action éliminatrice ou dépurative; il ne comprendrait pas que la nature eût donné à ces organes des artères si volumineuses, si elles n'avaient dû servir qu'à leur nutrition. Une autre preuve de cet usage des reins résulte, pour Galien, de la comparaison du sang d'individus bien portans, saignés, par exemple, pour des accidens de pléthore, avec le sang d'individus malades. Tandis que le caillot formé par le sang de ces derniers est noyé dans une abondante quantité d'eau, celui des pléthoriques contient à peine de la sérosité. Ici, Galien a tiré une interprétation mauvaise d'un fait exact en lui-même, tant il est vrai que l'on trouve toujours des faits au service d'une théorie.

Galien termine le cinquième livre du *De usu partium* par des détails anatomiques sur les reins, les uretères dont il expose les usages inconnus avant lui; la vessie dont il décrit assez bien la texture et les deux ordres de fibres. On trouve là une bonne description des muscles abdominaux et du diaphragme, muscle essentiellement inspirateur, dit Galien, mais qui prête son concours aux muscles abdominaux pour un grand nombre d'actes, tels que le vomissement, la défécation, l'accouchement, l'effort, la phonation. La théorie que Galien donne de l'effort a beaucoup d'analogie avec celle qui est aujourd'hui adoptée.

Voilà ce que contiennent les quatrième et cinquième livres du traité *De usu partium*, sur les organes qui contribuent à l'accomplissement de cette œuvre divine, la transformation de l'aliment en sang. Voilà comment est résolu, pour Galien, ce grand problème qui consiste à prendre des matériaux au monde extérieur et, par une série d'élaborations successives, à les modifier, à les transformer de manière à les rendre aptes à nourrir le corps et à devenir la substance même des solides et des liquides vivans. Galien a parfaitement saisi le fait général, l'idée capitale de ce grand problème; quant aux détails, ils ont dû nécessairement se ressentir de la faiblesse et de l'imperfection des connaissances chimiques et mécaniques de son temps. Ce qu'il a bien vu, c'est la dépendance, la subordination, la solidarité, pour ainsi dire, des actes chimiques et mécaniques qui concourent à l'accomplissement du grand œuvre de la nutrition. Par une intuition hardie et heureuse de son génie, Galien trouve, dans le système veineux, l'agent de la coordination et de l'harmonisation des diverses parties du grand appareil de la nutrition. C'est lui qui préside à leurs mouvemens, y fait naître des sensations par lesquelles il leur donne la conscience de leurs besoins et les moyens de discerner ce qui peut être utile ou nuisible à l'organisme. C'est lui qui pose une ligne de démarcation entre les phénomènes nutritifs qui se passent chez l'animal et ceux dont le végétal est le théâtre. Sans lui, ces phénomènes seraient identiques. Le système nerveux est le signe distinctif qui sépare l'animal du végétal, c'est le signe de l'intelligence, de l'activité, de la passion. Voilà certes des vues élevées en physiologie; de toutes ces idées, aujourd'hui monnaie courante dans la science et auxquelles, il est vrai, nous avons ajouté beaucoup de détails, le point de départ, vous le voyez, se trouve dans les œuvres du célèbre médecin de Pergame.

(La suite à un prochain numéro.)

Le célèbre cheval arabe pur sang *Hamdany-Blanc*, dont un Anglais avait, en 1848, offert 100,000 francs au gouvernement français, vient d'être abattu à Pompadour. Cet étalon, au dire des connaisseurs, réunissait toutes les conditions d'une anatomie parfaite. Sa robe, d'une éclatante blancheur, était douce au toucher comme la soie. L'âge l'avait rendu impropre à la reproduction. On assure, dit l'*Union corrézienne*, que la partie pathologique de ce superbe animal va être déposée au musée Dupuytren.

— Un correspondant l'*Illustrated London News*, à Canton, vient d'envoyer à ce journal un croquis de la place des exécutions dans la ville chinoise. Ce n'est pas, en effet, un lieu sans intérêt que celui-là. Il n'est pas de jour que deux ou trois victimes n'y perdent la vie. Cette place des exécutions est hideuse comme l'acte même auquel on la réserve. Elle est triangulaire, bordée de maisons qui dressent sinistrement leurs pignons aigus d'inégale hauteur.

Pas une fenêtre dans la muraille, une porte à peine, et si peu large, qu'on doute qu'elle soit faite pour un être humain. La place a peu d'étendue. Dans un de ses angles sont deux croix de forme grossière. C'est à ces croix que le bourreau attache ses victimes quotidiennes. C'est là qu'il laboure les chairs avec une lame acérée; puis, quand il a bien joui de la torture qu'il inflige, il plante son poignard dans le cœur.

La vengeance chinoise ne s'arrête pas là. Le cadavre n'est pas respecté: l'exécuteur détache successivement les bras, les jambes, la tête; puis il ouvre la poitrine, en tire les entrailles, le cœur, afin qu'on les porte aux mandarins. On comprend que les maisons de la place des supplices n'aient pas de fenêtres.

Variétés. — Cette affection présente nécessairement des différences nombreuses au point de vue de son siége, de la direction des yeux, de son étendue, de sa durée, etc.

1° Relativement à son siége, le strabisme affecte l'œil droit ou l'œil gauche; il est quelquefois bi-oculaire alternatif, la déviation passant fréquemment d'un œil à l'autre, mais il y a aussi un strabisme double simultané, les deux yeux étant déviés en même temps de leur direction normale.

2° Le strabisme varie quant à sa direction. Tous les muscles peuvent en être le point de départ. La strabisme latéral, le seul dont nous nous occuperons, est interne ou convergent, externe ou divergent, suivant la prédominance de l'adduction ou de l'abduction. Le premier de ces mouvemens étant à l'état physiologique plus habituel que le second, et le muscle interne plus exercé que l'externe, il en résulte une fréquence relative plus grande du strabisme convergent. A ces deux formes j'ajoute le strabisme parallèle simple ou double, qui consiste dans un simple défaut de convergence des axes optiques lorsqu'on fixe des objets placés à une faible distance.

3° Par rapport à son étendue, il y a un strabisme total, c'est-à-dire existant dans toutes les positions des yeux et dans toute l'étendue du champ de la vision; il est le plus fréquent; il y a aussi un strabisme partiel, dans lequel on observe un accord des deux yeux dans une portion du champ visuel, et une désharmonie dans l'autre.

4° Le strabisme, relativement à sa durée, est éphémère, passager ou permanent. Le second est momentané, mais se reproduit à intervalles rapprochés. Cette division est importante au point de vue de l'étude des lésions de l'action musculaire; on la retrouve dans les autres muscles du squelette.

5° Les degrés de la déviation sont très différens. Elle est quelquefois peu sensible, et les parens se montrent alors peu disposés à la reconnaître :

. . . . strabonem
Pœtum appellat pater,

a dit Horace. Dans le monde, on appelle *faux trait de la vue* ce léger degré. Dans un deuxième degré, l'iris est plus déviée; elle atteint le milieu de l'espace qui, normalement, sépare le centre de la pupille d'un des angles de l'œil. Enfin l'iris, dans le troisième degré, se porte dans l'un des angles et s'y trouve cachée en totalité ou plus souvent en partie seulement.

Em. Bailly,
Interne du service.

(La suite prochainement.)

PHYSIOLOGIE.

DE LA RÉPARTITION ET DE LA PROPORTION RELATIVE DES SEXES DANS LES GROSSESSES MULTIPLES ; — DE L'INFLUENCE DE L'HÉRÉDITÉ SUR LA PRODUCTION DE CES GROSSESSES ;

Par M. Baillarger.

(Note lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 26 novembre 1855.)

I. — Répartition des sexes.

Les faits se rangent ici en trois catégories, comprenant :

La première, la réunion de deux garçons;

La seconde, celle de deux filles;

La troisième, celle d'un garçon et d'une fille.

Voici les résultats obtenus sous ce rapport dans 256 grossesses multiples.

Il y a eu :	Deux garçons.	100
	Deux filles.	58
	Un garçon et une fille. . . .	98

On voit que la réunion de deux garçons dans les grossesses gémellaires est presque deux fois plus fréquente que la réunion de deux filles. On voit aussi que la troisième catégorie (celle des deux sexes réunis) est presque égale à la première.

II. — Proportion relative des sexes.

La solution de cette seconde question découle des chiffres que je viens d'indiquer. Sur 512 enfans jumeaux, on trouve qu'il y a eu :

Filles.	214
Garçons	298

Le nombre des garçons surpasse donc celui des filles de plus d'un tiers.

Ce résultat paraîtra certainement remarquable, si on se rappelle que la proportion des sexes pour la totalité des naissances ordinaires est de 16 filles pour 17 garçons. Ainsi la différence est dans un cas de plus d'un tiers, et, dans l'autre, d'un seizième seulement.

La proportion relative des deux sexes suit donc dans les grossesses gémellaires des lois spéciales et tout à fait distinctes de celles qui régissent les naissances normales.

Ce fait, intéressant par lui-même, le devient davantage si on le rapproche des documens déjà recueillis par M. Flourens sur la proportion des sexes chez les animaux, documens qui portent la prédominance des mâles sur les femelles de 1/16 à 1/6. Je crois devoir faire remarquer que la prédominance si grande du sexe masculin dans les grossesses gémellaires se lie à un autre fait qui ressort des statistiques générales des naissances. Je veux parler du nombre beaucoup plus considérable de garçons par les enfans morts-nés. La proportion est en effet de 17 garçons pour 12 filles.

Cette singulière prédominance des garçons parmi les enfans mort-nés peut, à mon avis, s'expliquer en partie par la prédominance du sexe masculin dans les grossesses gémellaires, lesquelles fournissent, comme on le sait, un contingent assez considérable aux statistiques des enfans mort-nés.

III. — Influence de l'hérédité.

Les grossesses gémellaires sont héréditaires dans certaines familles, mais à des degrés divers, et dans des conditions différentes.

Un très grand nombre de faits prouvent que les filles des mères qui ont eu des grossesses doubles ont assez souvent elles-mêmes deux enfans à la fois. Cette disposition saute quelquefois une génération, et c'est la petite fille qui a eu une ou plusieurs grossesses doubles.

Les faits que j'ai recueillis tendraient à prouver que cette disposition héréditaire se transmet aussi pour les fils. Certains hommes auraient ainsi la faculté de procréer deux enfans à la fois, alors même qu'aucune disposition héréditaire n'existe sous ce rapport chez la femme. Ce dernier fait aurait une grande importance au point de vue physiologique, et je comprends qu'il doit être appuyé sur des preuves irrécusables. Je me borne donc à l'indiquer, [me proposant d'y revenir dans une prochaine note.

Je crois, avant de terminer, devoir rappeler que la disposition héréditaire dont je viens de parler paraît avoir été mise à profit pour obtenir chez les animaux des espèces qui procréent deux petits au lieu d'un. On est ainsi arrivé à obtenir des troupeaux de brebis qui portent normalement deux agneaux. La portée simple est devenue l'exception au lieu d'être la règle. J'ai vu un troupeau composé de près de cent bêtes, et dont chaque brebis donne ainsi tous les ans deux agneaux. L'accouplement des béliers de ces troupeaux avec des brebis qui, jusqu'à présent, n'ont porté qu'un agneau, pourrait trancher la question de l'influence du mâle sur le nombre des petits. J'espère que cette expérience pourra bientôt être tentée, et je m'empresserai d'en faire connaître les résultats à l'Académie.

THÉRAPEUTIQUE.

EXPÉRIENCES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA JUSQUIAME ET SUR LA VALEUR DE SES EXTRAITS.

A l'occasion d'un extrait de jusquiame, prescrit par la nouvelle pharmacopée d'Autriche, le professeur Schroff a publié des observations sur ce sujet. Nous saisissons avec empressement cette communication, pour rappeler l'attention des médecins sur la valeur d'une préparation pharmaceutique, des plus fréquemment employées, et qui donne souvent les résultats les plus contradictoires. Ce sont les extraits dont il est question et surtout les extraits des narcotico-âcres. Selon la partie de la plante employée, abstraction faite de la qualité de celle-ci, selon la menstrue, le mode et les soins de la préparation. Enfin, selon l'ancienneté et la bonne ou mauvaise conservation, on a un médicament très actif ou à peu près inerte.

Les effets physiologiques de la jusquiame ont été étudiés sur plusieurs personnes bien portantes et ont donné les résultats suivans. L'action sur le pouls est des plus intéressantes. De petites et de moyennes doses le ralentissent constamment entre les deux à trois premières heures, de 10 à 20 pulsations. Plus la dose était petite, plus il fallait de temps pour obtenir cet effet, *et vice versâ*. Les fortes doses le diminuaient rapidement, mais, après un temps d'autant plus court que la dose était considérable, il remontait au-dessus de la normale. Ainsi, 0,10 d'extrait éther-alcoolique de semences déterminaient un abaissement de 20 pulsations, en deux heures; 0,20 n'exigeaient qu'une heure, mais une demi-heure après, le pouls remonta de 11 pour retomber de 12 dans la demi-heure suivante; 0,40 produisaient, en vingt minutes, un ralentissement de 19; vingt minutes après il remonta de 29, devint petit, irrégulier, se soutint pendant une heure au-dessus de la normale, avec de légères fluctuations, et ne diminua que peu à peu. La jusquiame a, de commun avec la belladonne, non seulement cette action, mais il y a la plus grande analogie, pour ne pas dire identité, entre ces deux médicamens. La jusquiame dilate la pupille, mais, à des doses plus fortes, et quand elles sont considérables, la dilatation est précédée parfois de rétrécissement. De petites doses procuraient déjà de la lourdeur de la tête, la sécheresse des lèvres, de la bouche et du gosier, la diminution de la sécrétion salivaire, un peu de faiblesse. Après des doses plus considérables, il survenait de l'assoupissemen, tendance au sommeil et même sommeil profond, s'accompagnant, par des doses très fortes, de coma vigil et de rêves effrayans; parfois céphalalgie, presque toujours vertiges, bourdonnemens d'oreilles, faiblesse de la vue à ne pas pouvoir distinguer les lettres, sensibilité de la rétine à la lumière, diminution de l'olfaction avec persistance du goût qui n'était aboli que deux fois; impossibilité de fixer l'attention sur un objet, état qui se prolongeait jusqu'au second jour; faiblesse considérable, démarche incertaine; la sécheresse de la bouche et du gosier augmentait jusqu'à l'impossibilité d'avaler; voix rauque, enrouée; peau sèche, parcheminée; la température en diminuait. Chez l'un des expérimentateurs, il est survenu deux fois, le lendemain, de la diarrhée et des nausées, des épistaxis, et un autre a vu survenir, le deuxième et troisième jours, la sécrétion d'un mucus nasal tenace, épais et mêlé de sang.

La jusquiame diffère de la belladonne par moins d'action sur les sphincters, surtout sur celui de l'anus; par moins d'excitation cérébrale et par une plus grande tendance au sommeil. Elle ne détermine pas ces mouvemens brusques, la tendance au rire, à sauter, à danser, caractéristique à la belladonne. Ces différences doivent être plus saillantes encore entre l'atropine et l'hyosciamine; malheureusement M. Schroff n'a pas pu se procurer de la dernière.

Toutes les préparations de jusquiame ont la même action; elles diffèrent seulement en énergie. La plus faible est la poudre des feuilles; la racine d'un an est plus active, mais cède le pas aux extraits. Ceux qui ont été essayés sont les suivans :

1° *Celui de la nouvelle pharmacopée d'Autriche.* Elle en prescrit deux, l'un préparé avec les feuilles, l'autre avec les semences. Ces substances, écrasées dans un mortier, sont digérées pendant vingt-quatre heures avec leur poids d'alcool rectifié. On doit évaporer à siccité au bain-marie. Le premier réussit bien; l'autre, avec les semences, ne peut être obtenu sec à cause de la grande quantité d'huile qu'il renferme; celle-ci surnage, peut-être mêlée au fond, mais s'en sépare bientôt par le repos. Cet extrait est le même que M. Schroff avait déjà obtenu deux ans auparavant avec l'alcool et l'éther. Il a une odeur désagréable d'huile rance, une saveur nauséeuse, amère, d'huile rance des plus désagréables et gratte fortement le gosier.

2° *Un extrait préparé d'après la formule de M. Mohr.* Une décoction concentrée et évaporée au tiers, de semences, privées de leur huile par expression, est additionnée d'alcool rectifié, aussi longtemps que le liquide en est troublé; on décante, on filtre, et la liqueur est évaporée à siccité.

3° *Le précipité obtenu par l'alcool* dans l'opération précédente, fut également recueilli et évaporé à siccité.

4° *L'extrait alcoolique sec des feuilles.*

5° *L'extrait alcoolique des feuilles, de consistance d'extrait* pour voir si l'évaporation à siccité n'altère pas ses propriétés.

Le premier, l'extrait alcoolique et l'extrait éther-alcoolique des semences sont les plus actifs. Il est trois fois plus énergique que l'extrait obtenn par l'évaporation du suc, et deux fois plus que l'extrait alcoolique des feuilles. L'huile grasse qui surnage est plus active que le fond; 0,30 de cette huile donnent des effets plus intenses que la même quantité de l'extrait convenablement mélangé; ces effets étaient même un peu topiques et plus forts que ce que l'on avait obtenu avec 0,40 d'extrait éther-alcoolique de semences et 0,80 d'extrait du suc de feuilles. Le fond était également plus faible que l'huile surnageante.

L'extrait de Mohr était également plus faible, et, dans tous les cas, pas plus fort que l'extrait alcoolique des feuilles. Le précipité obtenu par l'alcool dans le décoctum aqueux de semences était sans action.

L'extrait alcoolique de feuilles, évaporé à siccité, est un peu moins actif que le même obtenu en consistance d'extrait.

De ce qui précède, il résulte que l'extrait de Mohr est inutile; il n'a pas plus d'action que l'extrait alcoolique de feuilles, et ne se conserve que difficilement à l'état sec, parce qu'il est très hygrométrique. L'extrait alcoolique de semences, quoique plus actif que tous les autres, présente plusieurs inconvéniens. C'est d'abord sa saveur détestable, ensuite son peu d'homogénéité; il se sépare rapidement en deux couches d'inégale action; la supérieure, huileuse très active, l'inférieure, molle, moins énergique. Dans tous les cas, on ne pourrait le donner qu'en pilules. En jetant l'huile, on a dans le résidu une préparation qui n'est pas plus active que l'extrait de Mohr et l'extrait alcoolique de feuilles.

Il n'y a pas de raison pour évaporer les extraits à siccité; ils ne sont pas plus faciles à conserver que les extraits humides; ils sont très hygrométriques, et la petite quantité d'alcool, qui se trouve encore dans l'extrait mou, aide à le préserver de la décomposition. Enfin, si l'évaporation ne se fait pas avec tous les soins nécessaires, le produit perd beaucoup de son activité; ce résultat arrive déjà dans les circonstances les plus favorables; on ne peut donc être sûr de l'extrait sec.

M. Schroff a enfin essayé l'huile de jusquiame obtenue par décoction des feuilles et par expression des semences à froid. Elles sont assez peu actives; cependant la première l'est plus que la seconde. — (*Wochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien,* 1855, n°s 25 et 26.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Novembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Malgaigne demande la parole à propos du procès-verbal. Il regrette que M. le secrétaire annuel n'ait pas mentionné un incident qui a eu lieu vers la fin de la séance de mardi dernier. M. Duchenne de Boulogne ayant présenté un malade auquel il a appliqué un appareil en caoutchouc, M. Rigal (de Gaillac) a revendiqué la priorité de l'introduction en chirurgie des appareils de cette nature.

M. Depaul : L'incident dont il s'agit s'est produit après que M. le président eût annoncé que la séance était levée.

M. Malgaigne insiste pour que sa réclamation soit reproduite dans le procès-verbal de la séance d'aujourd'hui.

La correspondance officielle comprend :

Les rapports de MM. les médecins des épidémies sur les maladies qui ont régné en 1854 dans le département de la Somme. (Comm. des épidémies.)

— L'état général des vaccinations opérées en 1854 dans le département du Bas-Rhin. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois qui suivent :

Un mémoire de M. Vitry, sur le cholera.

— Une lettre de M. le docteur Gornet sur le même sujet.

(Commission du choléra 1854.)

— M. Duméril fait un rapport verbal sur une communication d'un médecin des environs de Paris, relative à un insecte dont la morsure aurait occasionné des accidens chez plusieurs personnes, et qui n'est autre que le *ricin*; les prétendues *vésicules* vénéneuses sont les œufs de cet insecte.

M. Gaultier de Claubry monte à la tribune. L'académie, dit l'orateur, se trouvant réduite au chiffre réglementaire de ses membres, et plusieurs de ses sections étant décomplétées par suite des pertes qu'elle a éprouvées dans ces derniers temps, il y aurait urgence de nommer une commission de onze membres, à l'effet de déterminer dans quelles sections les vacances doivent être déclarées. Cette proposition a pour but d'abréger le temps de l'attente pour les médecins distingués qui briguent l'honneur d'être nommés membres de cette assemblée.

M. le Secrétaire perpétuel : Telle était aussi la pensée du conseil. Si, jusqu'à présent, il n'a pas fait cette proposition, c'est que l'Académie n'était pas en nombre.

M. le Président annonce que M. Riberi, associé étranger, assiste à la séance.

M. Riberi prononce une courte allocution. Il remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant membre correspondant, et de l'accueil qui lui est fait aujourd'hui. Il exprime le reget de ne pas retrouver dans les rangs de ses collègues celui dont il honorera éternellement la mémoire, le vertueux Roux.

M. Baillarger dépose sur le bureau un travail *sur la répartition des sexes*, présenté par lui à l'Académie des sciences. (V. plus haut.)

M. le Président annonce à l'Académie une nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Barbier (d'Amiens), membre correspondant.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le travail de M. Bouvier. — La parole est à M. Bouillaud.

M. Bouillaud : La discussion soulevée à propos du travail de M. Bouvier est de la plus haute importance; et cependant elle a eu pour point de départ une question très limitée, celle du petit séton substituée au séton ordinaire. Il est dans les destinées de l'Académie d'agrandir toutes les discussions; c'est ainsi qu'à propos de la cellule cancéreuse, du traitement de la variole, nous avons vu surgir des débats qui embrassaient la science presque entière. C'est la souris qui

accouche d'une montagne; et l'on peut dire que le séton de M. Bouvier a fait plus de bruit qu'il n'est gros.

M. Malgaigne a combattu ce séton, un peu trop microscopique selon lui, puis, s'élançant par une de ces tangentes que l'on rencontre si fréquemment dans les questions de médecine, il a abordé la révulsion et la dérivation,— et ravagé cette partie de la science. L'édifice était immense; si M. Malgaigne l'avait renversé, les ruines qu'il aurait entassées seraient grandes. Il aurait désarmé les chirurgiens, les médecins (y compris, bien entendu, les vétérinaires) et miné la pharmacie. Que nous serait-il resté, en effet ? Rien que le bistouri, — et si M. Malgaigne, ce dont je ne doute pas, manie cet instrument comme il manie la parole, il n'y aurait pas là grand sujet de se plaindre, — le bistouri et la divine lancette, — encore pas tout entière, car souvent la saignée est pratiquée dans le but d'obtenir une révulsion. Le discours de M. Malgaigne est une merveille d'éloquence, de logique pressante, mais ses principes ne nous ont pas paru irréprochables.

Après M. Malgaigne, c'est M. Velpeau qui a pris la parole. Il s'est déclaré peu partisan du séton modifié par M. Bouvier (modification dont je ne veux pas juger la valeur, mais que je suis porté à croire bonne, par cela même qu'elle est proposée par M. Bouvier). M. Velpeau nous a dit que, relativement à sa confiance dans l'efficacité des exutoires, il avait traversé dans sa vie chirurgicale trois périodes, l'une de soumission aux autorités, l'autre de scepticisme, la troisième de croyance, croyance fondée sur des faits bien observés. M. Velpeau, à cette occasion, a jeté plus d'une pierre dans le jardin des médecins. Si l'on voit, a-t-il dit, se perpétuer les discussions sur le traitement d'une foule d'affections, c'est qu'on ne les connaît pas suffisamment. Comme exemples, il a cité l'érysipèle offrant plusieurs variétés de siége et de nature et réclamant des médications diverses selon les cas, et la fièvre typhoïde. Nous n'assisterions pas à ces discussions sans fin qui se reproduisent dans les Écoles, les Académies, les journaux, si les médecins avaient sur cette maladie des idées plus exactes. Il serait trop long de relever cette pierre-là.

M. Gerdy s'est déclaré partisan du séton et des exutoires en général; il a cité des faits en leur faveur.

M. Bouvier, justement excité par les attaques de M. Malgaigne, y a répondu par un discours qui est un chef-d'œuvre d'érudition et de logique, où l'on trouve aussi beaucoup d'esprit et des figures, sans excepter la prosopopée, la plus grande de toutes. M. Bouvier a vaincu M. Malgaigne sur plusieurs points. Sans vouloir intervenir dans un débat entre deux érudits, je pense qu'il est impossible de ne pas admettre, avec M. Bouvier, l'antiquité de la doctrine de la révulsion et de la dérivation. Évidemment, cette médication date d'Hippocrate et même d'une époque antérieure, car déjà du temps d'Hippocrate il y avait une antiquité médicale, comme l'indique le titre : *De prisca medicina.* Cette doctrine telle quelle, est résumée dans l'aphorisme : *De duobus doloribus* ou *laboribus*, peu importe pour le moment le sens que l'on donne au mot *ponos*. Et c'est ce même aphorisme qui sert de base à ce que tous les modernes enseignent au sujet de la révulsion. Ce sont les mêmes idées qui ont traversé les siècles et qui subsistent encore aujourd'hui, revêtues seulement de la forme de notre époque. Sous ce rapport, je donne gain de cause à M. Bouvier. Mais il est un point qui, dans son argumentation, est resté à l'écart. C'est la question de savoir quels sont les effets thérapeutiques des révulsifs ? A ce sujet, non seulement il n'a pas cité d'observations en assez grand nombre, mais il n'a même indiqué aucun travail ancien ou moderne où l'on puisse en trouver qui offrissent des conditions d'une rigoureuse exactitude. Ici je suis obligé de donner gain de cause à M. Malgaigne contre M. Bouvier.

A son tour, M. Bouley est venu défendre à cette tribune les exutoires et, en particulier, le séton. Il appartenait à la médecine vétérinaire de réhabiliter un moyen dont elle use sur une si grande échelle. M. Bouley a cité des faits que, par un esprit de réserve, peut-être excessive, il n'a pas voulu généraliser et appliquer à l'homme. Grâce à des observations répétées, rigoureuses, il était acquis que le séton produit des effets excellens chez les animaux, on devrait, sans hésitation, admettre qu'il en est de même pour les maladies de l'espèce humaine qui, au fond, sont les mêmes. — S'il m'était permis d'adresser une critique à M. Bouley, je dirais que je comprends difficilement comment le séton lui a réussi contre des maladies si différentes, dont quelques-unes sont même complétement *opposées*. Nous savons tous que les médications les plus constantes, les plus éclatantes dans leurs effets, dans telle affection, ne sont pas, il s'en faut, également efficaces quand il s'agit d'en combattre une différente par sa nature. M. Bouley ne s'est pas borné à l'exposé des faits. Il y a ajouté une théorie moins complète sans doute qu'il ne l'aurait faite ailleurs qu'à cette tribune, mais une théorie que les médecins ne révoqueront pas en doute, car elle est conforme à la leur. M. Bouley nous a dit quelles quantités de matières purulentes on pouvait obtenir d'un cheval avec une série de sétons de 3 mètres — séton géant, surtout quand on le compare au séton pygmée de M. Bouvier ! — Il a assimilé un cheval qui subit ce traitement à une vache laitière qu'on a peine à engraisser. Et cette observation peut être mise à profit quand il s'agit de *désengraisser*, de désinfiltrer les parties.

Le discours de M. Bouvier devait produire et a produit, en effet, une impression profonde. Mais c'eût été mal connaître le talent de M. Malgaigne que de supposer qu'il n'aurait pas trouvé une réplique à ce discours. Il a pris corps à corps la médication révulsive et dérivative, et après l'avoir examinée de nouveau, il a persisté dans ses premiers argumens : il n'a pas existé et il n'existe pas de véritable doctrine de la révulsion, pas plus dans l'antiquité que dans l'an de grâce 1855. Si, cependant, il y en a une à Montpellier ! Les faits de M. Bouvier, il les regarde comme insuffisans. Quant aux autorités citées par son contradicteur, il a dit avec Pascal : « Nous ferons venir tant de cordeliers, que nous l'emporterons. » Ces autorités, il les déclare tirées du bas-fonds de la littérature médicale. Il aurait pu ajouter, avec l'immortel auteur des *Provinciales*, qu'il est plus difficile de trouver une bonne raison qu'un moine.

Les autorités, en effet, ne commandent pas la conviction en matière de science; elles n'ont de sens qu'autant qu'on pourra vérifier et contrôler ce qu'elles enseignent avec ce qui est écrit dans le grand livre de la nature. Et à ce propos, il n'est peut-être pas inutile de dire qu'en bonne philosophie, la tradition et l'autorité dans les sciences naturelles (dont la médecine fait partie) ne peuvent être admises en principe; que dans ces sciences, tout repose sur la saine expérience et la saine raison. Marquons bien la limite du profane et du sacré, réservons aux croyances, à la fois, le dogme et la tradition. Voyez ce qui est arrivé en médecine : après avoir adoré les anciens, on s'est mis à les examiner; aujourd'hui, sans avoir cessé de les admirer, on ne les adore plus.

Attaquant M. Bouvier sur ce terrain, M. Malgaigne lui pose cette question : Où est la doctrine dont vous parlez? Est-elle dans Hippocrate ? il est impossible de la définir. Dans Galien ? les érudits renoncent à la comprendre. Dans Barthez? les cinq lois de la révulsion sont un mystère qui est resté impénétrable à mon intelligence (à l'intelligence de M. Malgaigne ! ce doit être là un mystère bien profond). Il a analysé cette espèce de pentateuque; et, après avoir lu de pareilles choses, s'est-il écrié, donnerez-vous encore le nom de principes à ces savantes billevesées ?

Les anciens, pour expliquer l'action des révulsifs, faisaient intervenir la bile, la pituite, les sueurs; nous disons le sang et l'irritation; peut-être un jour rira-t-on aussi de notre explication. » A ces paroles de M. Bouvier, voici la réponse de M. Malgaigne : « Ah ! vous me conviez à une croyance, et vous-même prévoyez qu'on en rira un jour. Laissez-moi donc prendre les devans. » Ici M. Malgaigne a provoqué ces rires homériques dont les simples mortels ne sont guère plus prodigues que les dieux de l'Olympe.

Dans sa réponse, réponse moins approfondie que ne l'eût mérité l'importance des considérations présentées par M. Bouley, M. Malgaigne s'était écrié, en parlant des chevaux : *pauvres bêtes!* M. Bouley, piqué, a dit : *pauvres gens!* (Nous verrons si dans tout cela il n'y a que des victimes et des martyrs; j'espère prouver qu'il y a bien aussi des gens qu'on guérit grâce aux propriétés quelquefois merveilleuses des révulsifs.) L'inscription de l'enfer du Dante a été rappelé à ce propos; inscription heureusement effacée aujourd'hui pour la plupart des malades, et que dans la discussion sur le cancer j'ai félicité M. Velpeau et M. Amussat d'avoir raturée de leur main. M. Bouley a cherché à résumer l'action des révulsifs en trois principes qu'il appellee des faits généraux et qui mériteraient le nom de lois. Premièrement, toute action locale intense produit, par les voies réflexes de la moelle, une excitation de l'économie entière, cette proposition, sans être absolue, est vraie, en grande partie du moins. Deuxièmement, l'activité exagérée d'une fonction organique diminue l'activité d'une autre fonction. C'est la traduction fidèle de l'aphorisme hippocratique : *de duobus laboribus*, ou si l'on veut *doloribus* (car la douleur n'est elle-même qu'un des signes d'un travail morbide). Troisièmement, et ici nous sommes en présence d'une vérité féconde, l'intensité de l'absorption est en raison inverse de la plénitude du système vasculaire.

Maintenant que j'ai résumé l'argumentation des orateurs qui m'ont précédé, j'entre en matière.

Lorsqu'un homme de la valeur de M. Malgaigne, avec toute l'autorité de son talent, vient soutenir une opinion, on est en droit de lui demander s'il a fait toutes les recherches nécessaires avant de se prononcer d'une manière décisive. M. Malgaigne s'est-il livré à ce travail? Pour dire que les modernes n'ont pas une doctrine de la révulsion, a-t-il lu tous nos traités de pathologie générale, de thérapeutique, et n'y a-t-il réellement rien trouvé qui pût s'appeler une doctrine de la révulsion? A-t-il consulté les dictionnaires, qui résument l'état actuel de la science ? Non, assurément; car il y eût rencontré des articles dont les auteurs raisonnent le mode d'action des révulsifs, posent les règles de leur emploi et en donnent les résultats. S'il avait dit seulement que ces documents sont insuffisans, que bien des faits ont encore besoin de démonstration, je serais de son avis et je m'associerais à lui pour exiger des observations nouvelles.

Voici d'abord l'article *Révulsion* de notre collègue, M. Roche, dans le dictionnaire en 15 volumes. Pour M. Roche, la révulsion c'est une irritation qui en fait cesser une autre; c'est là, suivant M. Roche, un fait d'une évidence si frappante qu'il serait inutile de l'expliquer. Il est à regretter que M. Roche s'en soit tenu là; car l'irritation elle-même est un nouveau problème; et, à supposer que nous en possédions la solution, il resterait à savoir par quel mystérieux mécanisme une irritation en fait cesser une autre.

Les auteurs anonymes du *Dictionnaire des Dictionnaires* (dont les 7 volumes ont la prétention de résumer les 30 volumes des autres) n'ont pas consacré à la révulsion un article spécial. L'article *révulsif* nous renvoie à *médicamens*; et parmi ceux-ci on cherche vainement les révulsifs ! Il n'est pas davantage question des dérivatifs. De ce côté, les recherches de M. Malgaigne eussent donc été infructueuses.

Le *Dictionnaire en 30 volumes*, qui a l'honneur, rare pour un dictionnaire, d'en être à sa seconde édition, nous offre un article où la *révulsion* et les révulsifs sont examinés avec détails, leurs résultats longuement exposés, et le tout suivi d'un catalogue des moyens de révulsion interne et externe. Ce travail est signé du nom de Guersant, d'un collègue dont nous avons tous connu l'habileté et la sagesse. Essayez donc de supprimer toute cette longue série de médicamens ! En vérité, il faudrait, dans ce cas, vider les offices des pharmaciens !

Il existe donc une doctrine de la révulsion ; les moyens de produire cette action thérapeutique nous sont connus. Si, avec M. Malgaigne, je doute que sur ce point nos connaissances aient acquis leur plus haut degré de perfection, je suis convaincu cependant que ce serait un véritable malheur pour la médecine pratique, qu'il nous fallût renoncer, je ne dis pas au cautère actuel, mais à tant d'autres précieux moyens de révulsion et de dérivation.

Je laisse de côté le séton, au sujet duquel l'expérience personnelle me fait défaut. Je crois que, dans l'appréciation de ces exutoires à action lente, prolongée, il faut apporter une grande rigueur d'observation, afin de démêler ce qui est l'effet du temps, du pouvoir médicateur de la nature, des agens hygiéniques et médicamenteux que l'on emploie souvent en même temps.

Il est un bon nombre d'autres révulsifs, vésicatoires, linimens irritans, pommade stibiée, huile de croton; ces moyens, je les ai mis en usage dans des milliers de cas, et j'ai été à même de me former une opinion sur leur efficacité, C'est à ce point que je limiterai ce qui me reste à dire.

Depuis vingt-cinq ans que je suis chargé de l'enseignement, je n'ai jamais annoncé un fait de thérapeutique sans l'avoir constaté, en me conformant aux règles suivantes : c'est d'abord d'employer le moyen dont il s'agit de connaître la valeur, sur un grand nombre d'individus. Lorsqu'à l'aide d'une ou plusieurs centaines d'observations, je suis arrivé à connaître la *loi* recherchée, je la soumets au contrôle des faits ultérieurs. Si des centaines de témoignages pareils sont favorables à une médication donnée, ne pas croire à son efficacité serait renoncer à toute certitude en médecine (je ne dis pas toute croyance, la médecine n'a que des certitudes, des doutes et des ignorances). Il est bien entendu que les faits qui, en s'ajoutant les uns aux autres, deviennent la base de cette certitude, doivent être recueillis avec une extrême exactitude; il est des faits de toutes sortes, il en est de fort légers. *Non solum ad numerandæ sed perpendendæ.* Il faut les compter et il faut les peser. Quand vous avez employé la méthode numérique pour les analyser dans tous leurs détails, il faudra encore trouver la *loi* qui préside à leur manifestation; ce double résultat obtenu, vous pourrez dire : tel médicament réussit, sauf exception, et l'exception confirme la règle.

Je ne parle pas des exutoires prolongés, comme les vésicatoires à demeure, les cautères..., j'ai la conviction intime qu'ils sont pour les malades une incommodité sans profit, quelque chose d'équivalent à ce que le langage vulgaire appelle un cautère sur une jambe de bois. Mais il en est tout autrement des vésicatoires *volans*. Je renoncerais à dire qu'il fait jour en plein midi s'il me fallait nier leur efficacité. Depuis vingt-cinq ans, il ne se passe pas de jour que, dans les salles de la Charité qui sont au-dessus de notre tête, je n'en prescrive cinq ou six. C'est donc sur des milliers de faits que je me fonde pour affirmer l'extrême utilité de ce moyen.

Si, comme nous l'assure M. Bouvier, le petit séton produit des effets considérables (pareil à l'eau qui, filtrant goutte à goutte, use le plus dur rocher), le vésicatoire volant, pour produire des effets rapides, évidens, doit être très large, assez étendu pour couvrir toute la surface qui correspond à l'organe malade, toute une articulation, tout un côté du thorax.

Contre les épanchemens aigus qui accompagnent la pleurésie, la péricardite, la synovialite rhumatismale ou autre, survenant chez des malades vierges de tout traitement, la méthode des émissions sanguines convenablement formulée, suffit pour amener la guérison, et dispense presque toujours de l'emploi des révulsifs. Mais quand un reste d'épanchement persiste encore, ou que les malades sont trop faibles pour qu'on puisse chez eux employer la méthode antiphlogistique dans une mesure suffisante, — alors les larges vésicatoires volans sont les auxiliaires les plus énergiques. Que de fois j'ai vu sons leur influence un épanchement pleurétique disparaître dans un espace de temps qui varie de 24 heures à trois ou quatre jours. Le nombre de ces cas pourrait être déterminé exactement à l'aide d'une statistique dont les matériaux sont les observations recueillies avec soin au lit des malades. Lorsque les malades arrivent trop tard pour être soumis à la méthode antiphlogistique, et dans les cas de rechute chez un sujet faible, les grands vésicatoires constituent une ressource précieuse que rien ne saurait remplacer. J'ai vu sous leur influence disparaître du soir au lendemain un double épanchement pleurétique. En présence d'effets aussi évidens, en voyant la maladie suivre son cours, ou augmenter quand on n'emploie pas ce moyen, comment ne pas admettre l'efficacité des vésicatoires?

Dans les névralgies, affections souvent rhumatismales, on sait quels services rendent ces mêmes agens révulsifs. Dans les bronchites avec râles sibilans et ronflans, dans ces *enchifrènemens*, ces coryzas des bronches, si rebelles quelquefois, revenant par accès, occasionnant une dyspnée d'autant plus grande, qu'à la longue il s'y joint de l'emphysème pulmonaire, les vésicatoires volans, employés à la suite des émissions sanguines, produisent les effets les plus remarquables. Les râles sonores que l'on *sentait* avec la main dans tous les points du thorax, disparaissent dans l'espace de deux, trois ou quatre jours. (Quelquefois il est nécessaire d'appliquer deux larges vésicatoires sur les côtés de la poitrine.)

Quant aux révulsifs internes, les purgatifs surtout (et certes, on ne peut me reprocher d'en abuser), rien n'est mieux démontré que leur utilité pour faire disparaître des collections aqueuses considérables dans les membranes séreuses ou le tissu cellulaire.

J'insiste sur ce point en terminant. On ne peut ici faire intervenir la théorie d'une irritation qui en diminue une autre. Ce n'est pas à la suite d'une irritation que naissent le plus souvent ces épanchemens, ils résultent, dans la plupart des cas, d'un obstacle à la circulation dans le cœur ou le système veineux; les purgatifs n'agissent pas non plus en irritant simplement l'intestin, mais en produisant une sorte de saignée qui fait disparaître la collection séreuse. Ceci est de la révulsion pure; elle agit en désemplissant les vaisseaux, en déterminant cette *vacuité* qui favorise l'absorption, comme l'a établi M. Bouley.

Il est quatre heures. L'Académie se forme en comité secret.

COURRIER.

Une grande réputation médicale vient de s'éteindre; M. le docteur Barbier (d'Amiens), membre associé de l'Académie de médecine, professeur à l'École de médecine d'Amiens, chevalier de la Légion d'honneur, auteur d'un ouvrage estimé de thérapeutique et de matière médicale, vient de succomber à une attaque d'apoplexie, à l'âge de 75 ans.

— L'Académie de médecine a perdu aussi un de ses plus anciens membres, M. Derosne, ancien pharmacien, de la section de pharmacie, qui est mort à un âge avancé.

— La séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 11 décembre prochain. M. Dubois (d'Amiens) doit lire l'éloge de M. Récamier.

— Comme bonne nouvelle, disons que le dernier bulletin du choléra, dans les hôpitaux et hospices de Paris, indiquait zéro, zéro dans la colonne des entrées.

Pour toutes les nouvelles, Amédée LATOUR.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22,

Tome IX. — N° 143. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 1er Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An........ 32 Fr
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 30 NOVEMBRE 1855.

LA TRADITION ET L'EMPIRISME.

II.

Ce n'est certes pas dans les colonnes de l'UNION MÉDICALE que pourra jamais se trouver une expression d'indifférence ou de dédain sur l'esprit d'examen, de vérification, d'observation et d'expérimentation, pas plus que sur les méthodes et procédés d'étude auxquels les sciences modernes doivent leurs plus réels progrès, leurs plus utiles conquêtes. Notre respect pour la tradition se concilie à merveille avec les exigences scientifiques. Nous n'avons même d'autre but que, non pas de démontrer — qui pourrait se flatter de donner en pareille matière une démonstration capable d'entraîner l'assentiment commun ? — mais d'indiquer la possibilité de se servir avec fruit, si on les restreint dans certaines limites, de deux méthodes d'étude qui paraissent inconciliables.

L'appel chaleureux et retentissant de M. Malgaigne à l'examen et à l'observation, est légitime dans une certaine mesure, au delà de laquelle il deviendrait dangereux.

L'invitation savante de M. Bouvier au respect de la tradition est fondée jusqu'à un certain point, passé lequel elle serait périlleuse.

Ce point, cette mesure, cette limite, où l'utilité finit où le péril commence, ne cherchons pas à les déterminer par quelque vague et obscure théorie philosophique, rapportons-nous-en à un *criterium* plus sûr, au simple bon sens.

Les sciences se composent de Principes et de Faits.

Avec les principes, se constitue le dogme ; à l'aide des faits, s'instituent les applications.

Le dogme qui repose sur des principes est inébranlable et indiscutable. Car qui dit Principe, *principium*, dit commencement, base, fondement, et une science qui n'aurait ni fondement, ni base, ni commencement, c'est-à-dire un Principe, ne pourrait revendiquer ce titre de science.

Les applications, au contraire, — c'est-à-dire l'art, — par cela même qu'elles ne reposent que sur les faits, sont mobiles, très discutables, parce que mobiles et changeans sont les faits sur lesquels elles sont instituées.

La médecine est une science, car elle possède des principes et des faits.

Et n'est-il pas remarquable que, deux mille ans et plus après Hippocrate, nous soyons obligé de nous servir, dans cette discussion, des mêmes formes de raisonnement et presque des mêmes termes dont s'est servi le médecin de Cos !...

Appliquons à la discussion académique actuelle les réflexions qui précèdent.

Cette discussion porte sur deux élémens, sur le dogme et sur les faits.

Le dogme est la croyance à la révulsion ;

Les faits, ce sont : 1° les indications de la révulsion; 2° les moyens de l'obtenir.

Le dogme est-il certain et scientifiquement orthodoxe ?

Oui, car il émane d'un Principe, et ce principe, à l'abri de toute contestation et de discussion, est le Vitalisme (réserves toujours faites sur cette expression, cause, récemment encore, de logomachies déplorables, et à laquelle nous voudrions voir substituer celle de *dynamisme*, qui ne signifie qu'un grand fait incontesté et indéniable, l'activité de l'organisme vivant).

Nier ou contester le vitalisme, le dynamisme, l'activité organique, c'est nier ou contester le fondement, le Principe de la médecine, c'est nier ou contester la médecine elle-même, c'est la rayer du nombre des sciences.

C'est ce qui nous a fait dire dans une occasion récente, et en parodiant un mot célèbre de M. Velpeau : On n'arrive pas au vitalisme, on en part.

Ici, si nous ne nous abusons, doit apparaître dans toute sa lucidité la distinction qu'il faut établir dans la manière d'interpréter l'éloquent appel de M. Malgaigne au libre examen et à la vérification des documens traditionnels. L'examen, la vérification n'ont rien à faire sur la question de principe. Ce principe n'est pas une tradition vérifiable et discutable, c'est un fait primordial, inéluctable, d'où il faut fatalement partir sous peine de s'égarer dans le vide. Toute méthode d'étude, tout enseignement de la médecine qui, en proclamant le libre examen, ne fait pas ses réserves et n'établit pas cette distinction capitale entre les principes et les faits, est une méthode dangereuse et un enseignement blâmable. Le doute de Descartes, l'aphorisme célèbre de Bacon, *Ab imis fundamentis*, ne peuvent s'appliquer d'une manière absolue à la science médicale. Il est des choses auxquelles il faut *croire* avant tout, comme en astronomie physique il faut croire avant tout à la gravité et à l'attraction universelle.

Oui, et nous faisons appel à la raison supérieure de M. Malgaigne, le droit d'examen a ses limites dans les sciences, et surtout dans la science médicale. Ses limites infranchissables sont les principes primordiaux et fondamentaux. La médecine depuis Hippocrate, et sans doute avant lui, est en possession d'un de ces principes, c'est le vitalisme ; ce principe a produit un dogme légitime, celui de la révulsion, et l'éloquent orateur de l'Académie a eu tort d'attaquer ce dogme, car en l'attaquant, il a attaqué un principe qui est au-dessus de toute discussion.

Mais à côté, au-dessous du principe et du dogme, il y a des faits et des applications. C'est ici que cartésiens et baconiens peuvent intervenir avec toute légitimité. La révulsion est-elle toujours possible? Quelles sont ses indications? Par quelles voies la faire venir? Par quels moyens l'obtenir? Quel vaste champ pour le libre examen et la vérification ! Sur tous ces points, la tradition existe aussi, elle est antique et vénérable, mais cette antiquité ne peut la soustraire à l'examen, chacun a le droit et même le devoir de consulter l'observation et l'expérience, et M. Malgaigne, en réclamant ces conditions de toute démonstration pratique, n'a usé que d'un droit très légitime.

Si nous avons eu le bonheur de nous faire comprendre, il doit résulter de ces réflexions que nous ne pouvons présenter ici que sous forme sommaire et sans développemens, qu'en proclamant le respect de la tradition, M. Bouvier eût été complètement dans le vrai en demandant ce respect pour la seule tradition des principes, et en laissant au libre examen, auquel elle incombe nécessairement, la tradition des faits et des applications ;

Que M. Malgaigne, en faisant un appel au droit de libre examen de la tradition, eût dû séparer la tradition des principes de la tradition des faits.

Il doit résulter aussi que les deux méthodes philosophiques et leurs dérivés, qui, depuis le commencement du monde, se partagent les esprits

Croire,
Examiner,

ne sont pas applicables, d'une manière absolue, à la science médicale ; qu'elles ont chacune son département et son terrain d'application ; que pour acquérir le droit de pouvoir examiner, il faut commencer par croire ; que ceux qui ont charge d'enseigner et de diriger les jeunes intelligences poussent celles-ci dans une direction vicieuse en leur recommandant le doute universel, car il est, en médecine, des principes qu'il faut élever à la hauteur d'articles de foi et d'où il faut nécessairement faire partir tout enseignement ultérieur.

Il en résulte encore, ce nous semble, que, sur le pont que nous avons voulu jeter entre les principes et les faits, peuvent passer sans se heurter les savans discours de M. Bouvier et les éloquentes oraisons de M. Malgaigne; peuvent passer aussi Paris et Montpellier ; l'école de Montpellier, fière de ses principes, et elle a raison, car ses principes lui donnent plus qu'ailleurs le sentiment de la dignité et de la grandeur de la médecine; l'école de Paris, jalouse de ses méthodes d'observation et d'expérimentation, et elle a raison, car ses méthodes l'ont conduite à des acquisitions qui font son honneur et sa gloire.

Les temps ne semblent-ils pas venus où ces idées, si simples que nous ayons quelque scrupule à les émettre, sont le *desideratum* commun de toutes les intelligences médicales? Hommes de parole et d'enseignement, apercevez donc de toutes parts ces aspirations, vagues encore, mais suffisamment sensibles, vers des principes et des règles de conduite. L'esprit médical succombe sous le poids des acquisitions de la méthode analytique, de cette méthode qui trahirait toutes les espérances qu'elle donne, si elle négligeait plus longtemps encore son but suprême et sa raison d'être, l'Induction. Observation, expérience, vérification, magnifiques conditions de toute science, qui donc vous attaque ou vous dédaigne! Mais de grâce, n'en faisons pas un rocher de Sisyphe pour la médecine. Écoutons quelques voix illustres :

« Si l'homme s'était borné à recueillir des faits, dit Laplace, les sciences ne seraient qu'une analyse stérile, et jamais il n'eût connu les grandes lois de la nature. C'est en comparant les faits entre eux, en saisissant leurs rapports, et en remontant ainsi à des phénomènes de plus en plus étendus, qu'il est enfin parvenu à reconnaître ces lois, toujours empreintes dans leurs effets les plus variés. »

« Faire des descriptions exactes, écrivait Buffon, et s'assurer des faits particuliers, c'est le but essentiel que l'on doit se proposer d'abord. Mais il faut tâcher de s'élever à quelque chose de plus grand et de plus digne encore de nous occuper ; c'est de combiner les observations, de généraliser les faits, de les lier ensemble par la force des analogies, et de tâcher d'arriver à ce haut degré de connaissance où nous pouvons juger que les effets particuliers dépendent d'effets plus généraux, où nous pouvons comparer la nature avec elle-même dans ses grandes opérations. »

« L'observation, l'analyse, disait Geoffroy Saint-Hilaire, sont indispensables, mais elles ne suffisent pas ; le raisonnement, la synthèse ont aussi leurs droits. Usons de nos sens pour l'observation, le plus et le mieux possible ; mais aussi, après l'observation, des plus nobles facultés qui soient en nous, notre jugement et notre sagacité comparative. Établissons des faits positifs, mais ensuite sachons déduire leurs conséquences scientifiques; ne faut-il pas qu'après la taille des pierres arrive leur mise en œuvre? Autrement, quel fruit retirer de ces matériaux? Vraie déception s'ils sont inutiles, si on ne les assemble et ne les utilise dans un édifice. »

M. Malgaigne ne nous accusera pas d'aller chercher nos autorités dans les bas-fonds de la littérature et les cordeliers de Pascal n'ont rien à faire ici. Analyse et synthèse, la médecine s'accommode et a besoin de ces deux méthodes d'étude. Il est également dangereux de donner la prééminence à l'une ou à l'autre, il faut les employer chacune dans une juste mesure ; analyser sans cesse, c'est sans cesse tailler des pierres sans bâtir jamais ; synthétiser à tout propos, c'est vouloir bâtir sans matériaux.

Il est facile de tirer de ces courtes considérations une conclusion applicable à la discussion académique actuelle :

La tradition relative à la doctrine de la révulsion est légitime et respectable; il faut l'accepter et y croire; elle émane du Principe sur lequel repose la science médicale tout entière, et ce principe est indéniable.

La tradition relative aux moyens d'obtenir la révulsion tombe dans le domaine de l'observation, de l'expérimentation et de la vérification; l'analyse et la comparaison des faits peuvent seules donner sur ce point un enseignement à la pratique.

Donc nous avons eu raison de dire, au début de cet article, qu'aucuns des grands systèmes philosophiques qui se partagent les esprits, n'est absolument applicable à l'étude de la médecine; que la science médicale est, sur certains points, indépendante de la philosophie, ou plutôt qu'elle a sa philosophie propre, parce qu'elle est en possession d'un principe inattaquable, et que dans cette science il faut à la fois

Savoir croire,
Savoir examiner.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE L'IODURE DE CHLORURE MERCUREUX DANS LE TRAITEMENT DE LA COUPEROSE;

Par le docteur ROCHARD.

Dans le *Moniteur des hôpitaux* du 11 juin 1855, se trouvent insérés plusieurs faits qui démontrent, contrairement à l'opinion de Celse, que l'on peut, sans s'exposer au ridicule,

essayer de guérir la couperose; et que la thérapeutique a d'autres ressources, pour combattre cette grave affection, que les moyens hygiéniques exclusivement conseillés par M. Cazenave.

Je fournis aujourd'hui une nouvelle preuve de ces assertions en publiant de nouvelles observations qui ont surtout pour but de réfuter une sentence trop absolue prononcée par M. le docteur Devergie dans ses leçons sur la couperose, publiées dans le *Moniteur des hôpitaux*. Dans le numéro du 1er février 1853, notre savant confrère s'exprime ainsi: « Quant aux » innombrables topiques dans lesquels on a voulu trouver son » spécifique, je déclare que *pas* UN n'aurait une véritable gué- » rison pour appuyer sa valeur. » Qu'est-ce donc qu'une véritable guérison? N'est-elle pas accomplie lorsque les diverses altérations organiques qui caractérisent la maladie que l'on traite ont entièrement disparu, ainsi que les troubles fonctionnels qui l'accompagnent? Quant aux altérations des tissus causées par la couperose, elles consistent, tout le monde le sait, dans l'érythème, les pustules suppurées et souvent indurées, l'épaississement de la peau.

A ces premiers effets de la maladie, il se joint presque toujours des troubles fonctionnels tels que constipation opiniâtre, dysménorrhée, anémie, palpitations, migraines, engorgement de matrice, etc.

Quel lien y a-t-il entre les organes souffrans et la manifestation de la couperose? Je l'ignore. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que dans les guérisons obtenues par l'iodure de chlorure mercureux, on voit l'érythème disparaître, les pustules s'effacer, l'état de la peau reprendre son aspect normal, et la santé générale s'améliorer. A quoi peut tenir ce résultat? Le médicament, dans la plupart des cas, a été appliqué localement (*loco dolenti*) sur le visage, et cependant j'ai constamment obtenu des améliorations se manifestant sur l'ensemble de la constitution. Si l'on remarque qu'ordinairement, c'est par une action indirecte sur divers organes, et surtout sur le tube digestif, que l'on obtient la suppression de certaines inflammations qui se développent à la figure, on sera frappé du phénomène en sens contraire qui s'est montré dans toutes mes observations sur la couperose.

Agir directement sur le visage pour guérir une maladie dont il est le siége unique, et soulager du même coup et par ce seul fait les autres organes souffrans, c'est certainement un phénomène thérapeutique des plus remarquables.

Ce fait est dû, sans doute, à la nature particulière du topique, dont l'action est tellement énergique sur la peau du visage, qu'elle y provoque l'exsudation d'une quantité considérable de matière, peu de temps après que le topique est appliqué.

Cette action expulsive, appelée généralement *poussée*, pourrait être désignée sous le nom de *dérivation locale expulsive* ou épispasique (de επισπασις, action d'attirer sur). J'ai toujours remarqué que l'acuité de la cuisson et de la douleur même qui se manifestent dans les premières heures après l'application du médicament, est en raison de l'énergie de la poussée. En sorte qu'aussitôt que l'exsudation de la matière diminue, les malades supportent mieux l'application du topique, et finissent même par ne plus s'inquiéter de sa présence lorsque la peau a repris son état naturel. C'est un effet assez remarquable, puisque la tolérance du médicament par la peau indique la résolution de la maladie dont cet organe est le siége.

Je n'ignore pas qu'Ambroise Paré a guéri une couperose en appliquant sur le visage d'une jeune fille un large vésicatoire. Mais ce moyen et quelques autres aussi violens, ne réussissent que par hasard, tandis que les phénomènes constans d'expulsion dépurative et de modification des tissus qui s'effectuent sous l'action de l'iodure de chlorure mercureux, lorsqu'on l'applique méthodiquement, font de ce médicament un des plus précieux qui soient connus en thérapeutique.

Dans la plupart des traitemens employés pour guérir la couperose, il y a lieu de craindre certaines répercussions, et les cas qu'on en pourrait citer ne sont pas rares. Au contraire, dans le traitement que j'emploie, ce fâcheux résultat n'est jamais à redouter, et les nombreuses observations que j'ai pu faire démontrent que c'est constamment le phénomène inverse à celui de la répercussion qui se produit.

Le mode d'action du médicament paraît même être une garantie contre les récidives; du moins sont-elles très rares, et lorsqu'elles se manifestent, c'est à une époque très éloignée; en outre, dès que les premiers symptômes se montrent, une nouvelle application du topique suffit pour les faire disparaître.

Il y a donc lieu, quelquefois, à l'employer itérativement et à des degrés variés de concentration, dans les cas rebelles. Seulement, en raison de son énergie, ce puissant médicament doit être employé, ainsi que je l'ai dit ailleurs, avec discernement et méthode; mal administré, il pourrait ne pas être suivi de résultats heureux et donner lieu à des accidens.

Je crois avoir prouvé, d'une manière rationnelle, la valeur de l'iodure de chlorure mercureux; je vais de nouveau le prouver par des faits, par des guérisons véritables, qui satisferont, je l'espère, M. Devergie, et par un cas remarquable d'amélioration qui, à lui seul, suffirait pour établir que la puissance de ce sel est supérieure à tous les moyens employés jusqu'à ce jour pour combattre efficacement la couperose.

OBSERVATION I. — Je recommande à l'attention des praticiens cette observation importante: c'est un lupus compliqué de couperose, dont l'histoire commémorative a été tracée par la malade elle-même, femme fort intelligente, et mariée à M. Dubois, médecin à Vailly-sur-Aisne.

Autorisé à communiquer cette observation avec le nom de la malade, je ne fais que transcrire les parties de ses lettres, dans lesquelles elle m'a fait connaître tout le développement de sa maladie, les divers traitemens qu'on lui a fait suivre sans aucun succès, et l'état où elle s'est trouvée après quelques mois de médication.

Jusqu'à l'âge de 23 ans, Mme Dubois avait joui de la plus parfaite santé. Alors il lui survint des pertes pendant plus de deux ans. Cet accident durait encore lorsqu'elle aperçoit, sur sa joue droite, une petite induration de la grosseur d'un pois. Au bout de deux mois, vers le mois de septembre ou d'octobre, il se manifesta une petite rougeur sur l'induration.

Au printemps suivant (1846), l'induration avait augmenté de volume, le nez avait une tache rouge du côté de la joue malade; il était bien facile de voir qu'il y avait épaississement du tissu cellulaire. Mme Dubois se désolait; elle se voyait défigurée! — Elle alla à Soissons consulter M. Missa, père, qui lui dit qu'elle avait seulement un érythème qui disparaîtrait sous peu en faisant des lotions de petit-lait.

Les lotions de petit-lait n'aboutirent à rien. Mais comme le mal marchait lentement, Mme Dubois attendait.

Au printemps suivant (1847), Mme Dubois se décida à aller à Reims, d'après l'avis de son mari, voir le docteur Philippe, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui regarda cette affection comme scrofuleuse et ordonna un régime tonique, de l'iodure de potassium, des bains salés, une pommade hydrargyrique et un cautère au bras, ajoutant même qu'un séton serait encore plus avantageux. — Mme Dubois suivit le traitement de M. Philippe (sauf le séton) jusqu'à l'automne sans obtenir d'amélioration. Elle retourna le voir à cette époque. Il lui demanda si elle avait consulté d'autres médecins; elle lui dit qu'il y a treize mois, M. Missa avait jugé l'affection pour être un érythème. Eh bien, je le pense aussi, répondit M. Philippe; cela me paraît peu de chose.

Mme Dubois retourna à Vailly encore une fois tranquillisée. — Mais, au printemps de 1848, le mal s'était accru, elle vint à Paris, consulter M. Horteloup, qui considéra le mal comme scrofuleux. Il conseilla l'iodure de potassium à haute dose et un régime tonique. Il engagea beaucoup, en outre, Mme Dubois à voir un autre médecin, et elle consulta M. Devergie qui lui dit de prendre de l'huile de foie de morue graduellement jusqu'à *douze* cuillerées à bouche par jour; il ajouta: si dans six semaines votre mal n'est pas diminué de moitié, c'est que l'huile de foie de morue ne fera rien. — Comme l'huile de foie de morue répugnait à Mme Dubois, elle suivit le traitement de M. Horteloup, avec qui elle correspondait souvent.

A la fin de juillet, l'induration avait notablement diminué; depuis deux mois, elle prenait chaque jour 2 grammes d'iodure de potassium; mais son estomac n'y était plus; il rejeta le médicament. — Mme Dubois but alors de l'eau de Challes, une bouteille par jour, cette eau lui procura un mieux sensible; la rougeur s'éteignit presque entièrement; Mme Dubois croit qu'elle cessa trop tôt de boire de cette eau; M. Horteloup lui avait conseillé d'en boire vingt bouteilles.

Au mois d'octobre suivant, il la mit au bromure de fer; aussitôt la rougeur reparut et s'étendit. Elle cessa ce médicament et l'hiver se passa comme d'habitude.

« Mon mari, dit Mme Dubois, qui me voyait changée et considérable- » ment amaigrie, commençait à me conseiller de rester tranquille; je » ne l'écoutais pas, et au printemps 1849, suivant l'avis de M. Horte- » loup, j'essayai l'huile de foie de morue, il fallait arriver à 12 cuillerées » à bouche par jour, c'est-à-dire deux verres, un le matin, un le soir, » il me fallait un grand courage. — A force de volonté, je prenais cet » odieux médicament que je ne digérais pas, et pendant un mois, en » plein choléra, il me donna la diarrhée. Je cessai d'en prendre » lorsque je ne pus plus me tenir sur mes jambes. Alors j'ai commencé » à me résigner. J'avais toujours peur d'un cancer au nez; le temps se » passait et la rougeur s'étendait, — A chaque printemps, il se faisait » dans le nez un petit travail non douloureux. »

En février 1852, un mal de dent sembla avoir beaucoup augmenté la maladie. On conseilla à Mme Dubois de voir en dernière ressource M. Cazenave; « ce médecin, dit-elle, m'enleva ma dernière espérance » de guérison: c'est, me dit-il, une *acne rosacœa*, de toutes les mala- » dies la plus rebelle. Il m'engagea à prendre mon parti, et me dit *de* » *ne plus rien faire.* » Mme Dubois vivait donc résignée et sans espérance depuis trois ans, lorsque le hasard mit sous les yeux de son mari, ma note sur la couperose, insérée dans le *Moniteur des hôpitaux* du 14 juin 1855. Dans cette note, il vit la lettre du docteur Devaulx, dont j'ai guéri si promptement et si heureusement la femme. Il écrivit à cet honorable confrère, qui lui donna avec empressement tous les renseignemens désirables.

Aussitôt, Mme Dubois vint me consulter; voici dans quel état je la trouvai:

Grande, très blonde, d'un tempérament lymphatique nerveux, très amaigrie par la maladie et le chagrin qu'elle en éprouvait. Les détails contenus dans sa lettre et l'aspect de la maladie me permirent de diagnostiquer un *lupus non ulcéreux*, avec *hypertrophie*, compliqué de *couperose érythémateuse*. En effet, toute l'étendue de la joue droite présentait une couleur rouge violacée, avec induration du tissu cellulaire sous-cutané. La peau était très fine, très luisante et parsemée de très petites écailles blanches. La rougeur bleuâtre, en s'étendant sur le nez et la joue gauche, perdait sa couleur foncée, devenait plus franchement rouge, et la vascularisation des capillaires était plus développée. On observait à la racine du nez, une dépression assez sensible des os propres du nez qui indiquait assez qu'il y avait eu un travail morbide. Peu d'appétit; constipation habituelle, dyspnée; palpitation; anémie; le sang des règles est noir et peu abondant.

Nous commençâmes le traitement dans les premiers jours de juillet et le 22 du même mois, elle écrivait à M. le docteur Devaulx, la lettre suivante:

« Monsieur,

» J'ai suivi votre conseil, je suis venue à Paris, — je n'étais pas sans » inquiétude, car j'avais compris que le mal dont j'étais attaqué n'avait » pas absolument le même caractère que celui de Mme D...x, je n'avais » jamais eu de pustules, mais à l'exception de M. Cazenave, tous les » médecins qui m'avaient vue avaient regardé ce mal comme scrofuleux, » et mon mari avait toujours soutenu que les os propres du nez avaient » subi un travail morbide. M. Rochard, après m'avoir attentivement » examiné, me dit qu'il pourrait notablement améliorer ma situation, » mais n'osa me promettre une guérison complète, attendu qu'il y avait » chez moi une complication d'*acne rosacœa* et de scrofule.

» Très irrésolue, j'allais prendre congé de lui, lorsque, me rappe- » lant la note du journal, que j'avais lue attentivement, je me souvins » que le docteur y faisait mention non seulement de guérisons obtenues » sur des couperoses, mais encore sur des scrofules. — Je me décidai, » et le traitement commença le jour même.

» Trois jours après, en voyant ma figure couverte d'une matière » blanche et laiteuse qui, en séchant, ressemblait à ce qu'on appelle » *gourmes* chez les enfans, je compris que le docteur me guérirait. Les » croûtes, en tombant bientôt, comme il me l'avait prédit, laissèrent à » nu le mal, dont l'aspect n'était déjà plus le même.

» La seconde application de la pommade a eu lieu il y a quatre jours, » le résultat a été prodigieux, inespéré. La face s'est couverte d'une » couche de matière épaisse d'un jaune-vert, assez semblable à la » purée de pois. J'ai passablement souffert pour *pousser* cela, mais peu » m'importe, j'ai maintenant la certitude que le docteur me guérira. »

Après chaque nouvelle application, les phénomènes décrits par Mme Dubois se reproduisirent, mais en diminuant d'intensité. La matière exsudée devenait moins abondante, la peau reprenait son apparence naturelle, la rougeur diminuait.

Aujourd'hui, après cinq mois de traitement, la couleur violacée a complétement disparu, ainsi que l'induration du tissu cellulaire. La rougeur est peu sensible, il n'existe plus qu'un espace très limitée sur la joue droite où la peau n'est pas complétement revenue à son état naturel. Mais la santé générale est excellente; bon appétit; léger embonpoint.

Chez la malade dont nous venons de rapporter l'histoire, la rapidité avec laquelle la résolution d'une maladie complexe aussi grave et aussi rebelle s'est opérée, fait espérer une guérison complète et très prochaine. Je regrette d'être obligé de suspendre momentanément le traitement; mais des intérêts majeurs nécessitent l'absence de la malade. Je ferai connaître ultérieurement ce qui surviendra à son égard.

OBSERVATION II. — *Couperose érythémateuse pustuleuse; — guérison.*

Mme Vaterlot, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 74, cordonnière, âgée de 51 ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, n'a jamais eu de maladie grave dans son enfance. Avant d'être réglée, on remarquait souvent sur son visage de petites dartres farineuses pour lesquelles on lui faisait prendre du jus d'herbes et de la tisane amère. Sa santé fut excellente jusqu'à l'âge de 29 ans, époque à laquelle elle eut une variole confluente très grave. Depuis lors, quelques jours avant l'apparition des règles, elle éprouvait des feux au visage, des rougeurs se fixaient sur les joues, et parfois apparaissaient des petits boutons à pointes blanches. Ces légers accidens se dissipaient aussitôt après l'apparition des règles. En avançant en âge, les boutons augmentèrent en nombre et en volume; leur sécrétion devint plus active, et la rougeur, plus intense et plus fixe, s'accompagnait de vives cuissons, le soir, surtout, après le repas.

En 1849, Mme Vaterlot cesse d'être réglée à l'âge de 44 ans; c'est à ce moment que la couperose s'est développée avec exaspération et persistance.

Lorsque je commençai l'application du médicament, en juillet de la même année, les joues, le nez, le menton et légèrement le front étaient d'un rouge-cerise très prononcé; ces diverses parties étaient parsemées de petites pustules assez volumineuses, peu indurées, à des époques d'évolutions variées; beaucoup laissaient échapper une matière jaunâtre qui, par la dessication, formait des croûtes brunes très adhérentes.

Dès les premières applications faites sur toutes les parties affectées, il survint une exsudation très vive; une matière jaunâtre très abondante, assez épaisse, couvrit promptement ces parties d'une croûte dure, luisante, comme cristallisée, qui se détachait assez difficilement après quelques jours par la dessication.

Les parties mises à nu par la chute des croûtes avaient un aspect moins rouge; les vaisseaux capillaires étaient moins congestionnés, et les pustules marchaient vers une résolution évidente, perdant de leur volume et de leur induration.

Les applications qui suivirent donnèrent lieu à une exsudation de matière dont la consistance et l'abondance diminuaient d'une manière sensible chaque fois, en sorte que les croûtes, moins étendues et moins dures, se détachaient promptement et facilement. Ces croûtes prenaient un aspect jaune-clair au fur et à mesure que l'exsudation diminuait d'activité.

Après *quatre mois* d'applications successives du médicament, qui reproduisaient toujours les mêmes phénomènes, à l'intensité près, je constatai que la congestion des vaisseaux capillaires n'existait plus, que les pustules avaient entièrement disparu, et qu'enfin la résolution de toutes les altérations organiques de la peau était complète.

Depuis cette époque (il y a actuellement *cinq ans*), Mme Vaterlot jouit de la santé la plus parfaite; elle a un embonpoint très notable; aucune récidive n'a même menacé de se montrer.

OBSERVATION III. — *Couperose pustuleuse; — pustules suppurées et indurées; — épaississement considérable de la peau du visage; — dysménorrhée; — guérison.*

Thérèse M..., domestique, âgée de 30 ans, d'une forte constitution, a eu dans son enfance une fluxion de poitrine. La menstruation s'est établie péniblement à 20 ans; les règles qui ont toujours été irrégulières, manquaient souvent; elles étaient remplacées alors par des pertes blanches.

Vers l'âge de 16 ans, des pustules très nombreuses envahirent tout le visage, la peau s'anima, et l'altération, toujours croissante du tissu cutané, prit un développement qui donna à la physionomie un aspect

repoussait. Elle fut obligée de quitter Amiens, ne pouvant plus trouver à se placer.

Comme elle n'avait suivi aucune médication active, elle se rendit à Paris, en 1852, pour se faire traiter à l'hospice Saint-Louis. On lui fit prendre des bains de vapeurs, des tisanes amères, des purgatifs ; mais elle en sortit après deux mois sans avoir obtenu aucun avantage du traitement qu'on lui avait fait suivre.

Ayant fait la connaissance de la dame Michel, une des malades que j'avais guérie d'une couperose pustuleuse très rebelle, dans le service de M. le professeur Nélaton, Thérèse M... vint me consulter.

C'est au mois d'août 1853 ; elle avait le visage entièrement couvert de pustules de volume variable, les unes indurées, les autres en suppuration ; quelques-unes avec des croûtes brunes ; le tissu de la peau, profondément altéré, avait acquis un épaississement très considérable. Du reste, bon appétit, digestions faciles, point de constipation.

Les premières applications du médicament furent assez douloureuses, et donnèrent lieu à une exsudation très abondante de matière épaisse de couleur jaune-brunâtre qui, en se desséchant, devenait noire.

Après deux mois, la matière exsudée prit une couleur jaune-clair, et les croûtes étaient devenues brunes.

En sorte qu'au fur et à mesure que la résolution des pustules s'opérait, la matière morbigène *s'éclaircissait*, et les croûtes, d'un aspect jaunâtre après leur chute, laissaient apercevoir le tissu de la peau dans un état plus naturel.

Après un traitement très actif suivi avec persévérance pendant près d'un an, les pustules ont complétement disparu, la peau a repris sa texture normale, et la menstruation est devenue régulière. Grâce à la charité des dames pieuses qui aidèrent Thérèse à suivre son traitement, elle a pu entrer comme religieuse dans un couvent du faubourg Saint-Germain. Depuis quinze mois, je ne l'ai pas revue, ce qui me fait penser qu'il n'y a pas eu de récidive.

CHIRURGIE.

REMARQUES SUR LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ EXTERNE DE LA CLAVICULE ET L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS ;

Par le docteur Duchaussoy.

Les luxations de l'extrémité inférieure du cubitus en avant sont rares, puisque Boyer n'en a vu qu'un seul exemple, et M. Malgaigne, dans le savant traité qu'il vient de faire paraître, n'a pu en réunir que dix cas. Un aussi petit nombre de faits ne permet guère de fixer définitivement la science sur la description de cette maladie; il n'est donc pas étonnant que celui dont nous allons donner l'histoire présente des particularités qui ne paraissent pas avoir été observées par nos prédécesseurs.

Luxation en avant de l'extrémité inférieure du cubitus. (Luxation en avant de l'articulation radio-cubitale inférieure. Malgaigne.)

Gantois, 28 ans, charpentier. Le 11 mars 1853, travaillant à monter la flèche de la Sainte-Chapelle, sa main gauche placée en supination se trouva prise entre une roue qui tournait et le treuil d'une machine à élever des pièces de bois; la main fut entraînée et le poignet était déjà engagé lorsqu'on put arrêter la roue. Le soir, le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Roux, salle Sainte Marthe, n° 50; j'étais de garde et pus immédiatement noter ce qui suit : la main est dans une extension exagérée; sa face dorsale et le pourtour de la région carpienne sont extrêmement tuméfiés, surtout à la région antérieure ; la peau n'est pas fortement contusionnée, ce qui tient à ce qu'il y avait un peu d'espace entre la roue et le treuil, elle présente seulement en quatre points des excoriations dont la plus grande n'a plus d'un centimètre carré ; deux de ces excoriations sont situées au niveau de la partie moyenne du cinquième et du second métacarpiens ; les deux autres sont à la face dorsale du carpe, l'extrémité inférieure de l'avant-bras malade a neuf centimètres de circonférence de plus que celle du bras sain. La saillie de la tête du cubitus très prononcée à droite ne se voit plus et ne se sent même plus à gauche, mais la pression est tellement douloureuse, et les parties tuméfiées sont si résistantes, que je renonce à m'éclairer sur la situation de cette tête du cubitus. Une saillie transversale peu prononcée et paraissant formée par le bord postérieur de l'extrémité inférieure du radius que soulèverait les tendons, se voit à la face dorsale de l'avant-bras; au-dessus de cette saillie est une légère dépression. Bien que ces déformations ne ressemblent pas complétement à celles qui accompagnent la fracture de l'extrémité inférieure du radius, j'explore cet os avec soin et n'y trouve ni crépitation ni de formation. Comme la pression est ici moins douloureuse que sur le bord cubital, je puis la faire assez forte; il en résulte une diminution de la saillie transversale dont il a été question plus haut.

Le membre est placé dans un bain où il reste pendant une heure, puis on l'entoure d'un cataplasme.

Le lendemain, le gonflement loin d'avoir diminué avait encore augmenté et le membre était devenu tellement douloureux que M. Roux jugea prudent de s'abstenir de toute recherche et de continuer les bains locaux et les cataplasmes. Ces moyens n'amenèrent la diminution du gonflement et de la douleur que le 16 mars; alors M. Roux put constater ce qui suit :

Le poignet gauche est encore plus large que le droit de deux centimètres; la face dorsale du métacarpe est tuméfiée, empâtée; la saillie qui paraissait formée par le radius a complétement disparu ainsi que la dépression. La pression est douloureuse dans toute l'étendue du poignet, mais il y a exacerbation de la douleur lorsqu'on pose le doigt au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus. Depuis que le malade est entré, *il a toujours tenu l'avant-bras posé sur le bord cubital*, et invité à le poser sur la face palmaire, il n'y peut parvenir, tant est vive la douleur que cet essai détermine. En examinant l'extrémité inférieure du radius, M. Roux trouve à sa face antérieure une tumeur ronde et dure; il constate qu'elle se continue avec le corps du cubitus, et conclut à une luxation de l'extrémité inférieure de cet os. Fléchissant un peu la main et appuyant légèrement de dehors en dedans sur la tête de l'os, il la fait revenir à sa situation normale; cette réduction cause beaucoup de douleur et fait entendre une crépitation moins rude et moins sonore que la crépitation des fragmens d'os.

Le malade, soulagé par cette réduction, s'empresse de faire un mouvement de la main ; immédiatement la luxation se reproduit. On remarque que pour la réduire de nouveau, il suffit de fléchir fortement le carpe sur le radius, ce mouvement repousse la tête du cubitus en son lieu, et cette expérience répétée plusieurs fois de suite, donne lieu chaque fois à la crépitation particulière dont nous avons parlé. On constate aussi qu'après la réduction, le malade peut très aisément poser l'avant-bras sur sa face palmaire. M. Roux fait appliquer un cataplasme sur la face dorsale, avec les précautions convenables pour ne pas reproduire la luxation.

Le 17, la réduction s'est bien maintenue. La douleur la plus vive n'existe plus au niveau du cubitus, comme dans les jours précédens, mais au niveau de l'apophyse styloïde du radius ; cependant, un examen minutieux, permis par la diminution du gonflement, fait reconnaître que cette apophyse n'est pas fracturée, qu'elle a bien sa direction normale, et qu'elle descend plus bas que celle du cubitus, comme cela a lieu sur un bras luxé. On peut aussi suivre sous la peau la continuité parfaite du cubitus jusqu'à son apophyse styloïde. M. Roux fait continuer l'application des cataplasmes sur le membre, placé en pronation, jusqu'au 21, et alors le gonflement étant complétement dissipé, il fait appliquer l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras; le malade se lève et tient son membre en écharpe.

Cet appareil développe de la douleur dans le poignet et dans la main, mais le malade la cache dans la crainte qu'on ne le dépanse et que sa guérison n'en soit retardée. Douze jours après on retire l'appareil; il était évidemment trop serré ; aussi le malade ne peut-il faire mouvoir le pouce, et remue à peine les autres doigts. On le laisse sans appareil pendant quatre jours, et, dans cet intervalle, M. Roux constate que l'articulation est consolidée et que la pression sur la tête du décubitus est peu douloureuse. Chaque jour on donne un bain de mains; les mouvemens des doigts reviennent promptement.

Le 2 avril on applique, par prudence, un appareil à fractures médiocrement serré ; on le retire le 9, et alors on peut voir que les mouvemens de flexion et d'extension se font assez bien, pendant que ceux de pronation et de supination sont encore difficiles ; que la pression sur la tête du décubitus est encore plus douloureuse que du côté opposé, et que le poignet n'est pas encore tout à fait revenu à son volume ordinaire; néanmoins le malade veut sortir; on lui accorde son exéat.

Comme nous l'avons dit, cette observation offre plusieurs points intéressans, et d'abord la cause; aucune des observations connues n'a signalé ce mode de production de la luxation du cubitus. Quels sont les mouvemens que le membre a subis lorsqu'il a été engagé dans la machine? Le malade n'a pu nous le dire d'une manière bien précise, mais il est présumable qu'ici, comme dans l'observation de Boyer, la luxation est résultée d'une supination exagérée, combinée à une extension forcée.

A quoi tenait la saillie transversale que j'ai notée et qui disparut en partie par la pression? On pourrait l'expliquer de plusieurs manières, mais purement hypothétiques, de sorte que je n'insiste pas. La persistance du gonflement n'a pas été aussi longue dans les cas qui ont été publiés; ici, elle peut s'expliquer par la non-réduction de la luxation. Mais ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est la facilité étonnante avec laquelle M. Roux a réduit; je dis étonnante, non pas à cause de ce que la disposition anatomique peut faire présumer, mais à cause des efforts auxquels Boyer et les autres chirurgiens ont été obligés de se livrer dans des cas semblables.

Ainsi Dupuytren fit fixer son maréchal-des-logis, au moyen d'un drap passé sous l'aisselle, à l'anneau de fer qu'on emploie pour réduire les luxations, appliquer un autre drap au pli du coude, afin que l'avant-bras demeurât fléchi sur le bras, et entourer le poignet d'une serviette, au moyen de laquelle il fit l'extension. Eh bien, malgré tout cet appareil, les premières tentatives furent tout aussi infructueuses que celles des deux premiers médecins qui avaient voulu réduire. Ainsi Boyer, appelé au moment même de l'accident, ne put réduire qu'à la quatrième tentative; Malle à la sixième; Walleteau et Godelier furent aussi obligés d'agir à plusieurs reprises.

L'observation qu'on vient de lire est la seule dans laquelle il y ait eu réduction très facile. Comment expliquer ce fait? Y avait-il dans la luxation quelque circonstance particulière qui favorisât le chirurgien? On n'en voit aucune; au contraire même, la luxation datait de cinq jours, ce qui est une circonstance défavorable ; il est donc plus naturel de rechercher la cause de cette réduction facile dans la manœuvre particulière du chirurgien. Elle diffère, en effet, de celles qui ont été mises en usage dans les cas connus, et que je rappellerai succinctement.

Plusieurs chirurgiens ont essayé de l'extension, mais, comme le fait remarquer M. Malgaigne, c'est bien là ce qu'il y a de moins rationnel au monde; Dupuytren avait beau faire tirer par quatre aides sur le poignet, il n'écartait pas les os, et d'ailleurs, la tension considérable qu'il donnait alors aux tendons fléchisseurs s'opposait à la réduction en bridant la tête du cubitus. D'autres, comme Boyer, embrassent la partie inférieure de l'avant-bras avec les deux mains, l'une du côté du décubitus, l'autre du côté du radius, de telle sorte que les deux pouces soient appuyés en avant dans l'intervalle des deux os; puis ils font un effort en sens contraire avec chaque main, comme pour éloigner les deux os l'un de l'autre.

Le procédé mis en usage par M. Roux, et dont celui de Godelier se rapproche un peu, ne fait pas d'extension; mais, au contraire, il fléchit légèrement la main, ce qui relâche la plupart des obstacles qui pourraient s'opposer à la réduction. Au lieu d'essayer d'écarter les os par leur partie moyenne, il agit directement sur la tête du cubitus, c'est-à-dire qu'il met de son côté le bras de levier le plus long possible. Ici donc tout est rationnel; et sans qu'il soit permis de promettre un succès aussi facile que celui de M. Roux, on peut considérer cette manœuvre comme la plus avantageuse; c'est à de nouvelles expériences qu'il appartient d'ailleurs de déterminer sa valeur absolue.

Ajoutons, en terminant, que M. Roux confirme l'opinion émise par M. Malgaigne, à la page 689 de son livre : « A mon avis, l'impulsion pure et simple est de beaucoup préférable à ces manœuvres. » C'est-à-dire que, dans ce cas encore, le progrès et la simplicité marchent de pair.

—

Peut-il se reproduire simultanément et du même côté une luxation de l'extrémité externe de la clavicule et une luxation de l'humérus? Beaucoup de chirurgiens répondront non, présumant que lorsqu'un des deux os a cédé, l'autre doit aisément suivre l'impulsion qui lui est donnée par la force vulnérante, sans abandonner ses rapports articulaires; ils rappelleront d'ailleurs que souvent on a commis des erreurs à ce sujet, et que Galien, avec beaucoup d'autres, a été très douloureument tiraillé pour une luxation de l'os du bras, pendant qu'il avait une luxation de la clavicule. Cependant il est avéré que ces deux luxations peuvent exister en même temps; la science a enregistré quelques exemples de ce rare accident, et en voici un autre qui me paraît pouvoir leur être adjoint, bien qu'il y manque plusieurs détails que je n'ai pas recueillis au moment de l'accident.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

APERÇU DU SYSTÈME SPINAL, OU DE LA SÉRIE DES ACTIONS RÉFLEXES DANS LEURS APPLICATIONS A LA PHYSIOLOGIE, A LA PATHOLOGIE, ET SPÉCIALEMENT A L'ÉPILEPSIE; par Marshall Hall, membre de la Société royale de Londres. — Un volume in 12, chez Victor Masson, libraire.

Un célèbre physiologiste anglais vient de publier, dans notre langue, un ouvrage qui renferme plusieurs questions importantes de physiologie et de médecine pratique. Ce livre, écrit pour les savans de notre nation, est un résumé substantiel des beaux mémoires que M. Marshall Hall a lus à l'Institut de France et à la Société royale de Londres, sur les actions réflexes dans les corps vivans. Il est superflu sans doute d'énoncer ici en quoi consiste cet ordre de curieux phénomènes ; cependant, nous en citerons quelques exemples qui se sont présentés certainement à l'observation de presque tous nos lecteurs.

Lorsqu'on coupe la tête à une salamandre, à une grenouille, à une couleuvre, et qu'on divise le tronc en deux parties, chacune d'elles manifeste des mouvemens par l'application d'un excitant quelconque, tout mouvement spontané ou volontaire restant anéanti. Si on introduit le doigt entre les lèvres d'un jeune chat ou d'un jeune chien dont on a enlevé le cerveau et le cervelet, il se produit un mouvement de succion ; verse-t-on du lait dans le pharynx, un acte de déglutition s'effectue. Quand on excite la patte d'une grenouille décapitée, il y a souvent un véritable saut. C'est par le pouvoir réflexe qu'on peut se rendre compte de ces phénomènes, et expliquer aussi les deux faits suivans : Perrault dit avoir vu une vipère à qui on avait coupé la tête et même les entrailles prendre son chemin dans un jardin vers un amas de pierres où elle avait coutume de se cacher. Les autruches à qui Commode se plaisait à abattre la tête avec son arc, au milieu de l'Amphithéâtre, n'en continuaient pas moins, dit-on, leur course dans l'arène.

Un grand nombre de physiologistes, et principalement Robert Whytt, Legallois, Blane, Prochaska, Muller, avaient vu et signalé les actions réflexes ou diastaltiques chez les animaux décapités ; mais quelques uns d'entre eux attribuaient ces actions au principe de la sensibilité et des mouvemens volontaires. Aussi les observations de ces savans, malgré leur intérêt incontestable, étaient elles en quelque sorte restées stériles et sans application, lorsqu'il y a vingt-cinq ans M. Marshall Hall fut frappé d'un premier fait de ce genre qui, depuis, est devenu tout une doctrine, grâce aux recherches profondes et ingénieuses de l'infatigable physiologiste.

Tous ceux qui connaissent les œuvres de M. Marshall Hall, ceux qui liront attentivement son dernier livre resteront convaincus que ni Legallois, ni Prochaska, ni Jean Muller, ces grands et illustres écrivains, n'ont devancé le physiologiste anglais dans l'explication de phénomènes dont il revendique énergiquement et très justement la découverte ; c'est à lui seul que revient l'honneur d'avoir énoncé ce fait : que la respiration normale est toute diastaltique, doctrine nouvelle qui a jeté la lumière sur une fonction que Legallois regardait comme enveloppée de tant de mystère. Ces travaux ont eu pour résultat de prouver, dit M. Marshall Hall, que ce n'est ni au cerveau, ni à la moelle allongée même que la respiration doit son premier mobile, mais bien à des nerfs incidens, le trifacial, le pneumo-gastrique, les spinaux qui reçoivent les impressions, les portent à la moelle allongée, d'où l'action se communique aux nerfs respiratoires de Charles Bell. On ne s'étonnera plus dès lors en voyant, dans l'asphyxie, et lorsque des excitans énergiques échouent, des aspersions vives d'eau froide sur la face rappeler quelques lueurs de sentiment et provoquer presque toujours de brusques mouvemens respiratoires.

Que d'organes, que de fonctions régis par le pouvoir réflexe ! On peut mentionner l'œsophage, le cardia, le cœur, les gros vaisseaux, les canaux excréteurs, tous les actes d'ingestion et d'expulsion et le sommeil lui-même. Je dois dire très expressément, fait remarquer M. Marshall Hall, que toute l'obstétrique dépend du même principe excito-moteur. Ce savant physiologiste prouve avec évidence que le pouvoir réflexe est un acte spécial soustrait à l'empire de la volonté; il constitue une

fonction importante de la moelle, centre et foyer des arcs diastaltiques nerveux.

En résumé, il n'existait en physiologie que des faits épars d'actes réflexes, pour lesquels d'ailleurs toute explication était erronnée. M. Marshall Hall en a fait une doctrine importante avec ses lois fixes et ses déductions fécondes; nous répéterons donc, en empruntant les paroles d'un physiologiste dont personne ne récusera l'autorité, avec M. Flourens, *que le beau système des nerfs excitateurs, incidens et réfléchis appartient à M. Marshall Hall, non seulement comme grand fait spécial, mais encore comme vue d'un grand et nouvel ensemble de phénomènes.*

A cette découverte, qui ouvre un nouvel horizon aux physiologistes, M. Marshall Hall a rattaché des considérations du plus haut intérêt pour les pathologistes. Il s'est consacré avec une prédilection toute spéciale au traitement de l'épilepsie, à la guérison de ces infortunés qui cachent leur mal comme une honte pour eux, comme une tache indélébile pour leur famille. Les anciens considérant avec effroi un accès épileptique, la perte du sentiment, les convulsions effroyables, cette écume à la bouche, appelèrent l'épilepsie *le mal sacré* et le firent provenir de la justice des dieux. Avec quelle lumineuse raison Hippocrate n'a-t-il pas réfuté ce préjugé! Cette maladie ne me semble ni plus divine ni plus sacrée que les autres, dit le père de la médecine; elle a la même nature que le reste des maladies, et pour origine les mêmes causes que chacune d'elles.

Suétone rapporte que César fut deux fois atteint d'épilepsie dans l'exercice de ses fonctions, la première à Cordoue, la seconde à Thapsus, en Afrique; il devint en outre sujet à des évanouissemens dans les dernières années de sa vie; des terreurs nocturnes, des accès épileptiques peut-être, le saisissaient pendant son sommeil. On prétend que Mahomet avait d'assez fréquentes attaques d'épilepsie, qu'il eut l'art de faire servir au profit des croyances qu'il propageait, laissant croire que l'ange du seigneur lui apparaissait, au milieu de ces accès, pour lui dicter les préceptes du Coran.

Malgré ces exemples d'hommes célèbres atteints d'épilepsie, la plupart de ceux que cette maladie attaque deviennent tristes, moroses et tombent dans l'imbécillité! Combien ne devrait-on pas bénir le médecin qui apporterait un remède à ce mal presque désespéré! suivant M. Marshall Hall, les accès d'épilepsie, avec ou sans lésion organique, sont toujours des actions réflexes et par conséquent excitées. On aura beaucoup fait pour le traitement de cette cruelle affection, lorsqu'on aura mis le malade à l'abri des chocs physiques et moraux. Tout l'art du médecin, le régime entier du malade doivent tendre à éloigner les accès, à éviter les causes d'excitation qui portent le trouble dans le système nerveux et jettent dans cet état convulsif, cause rapide d'épuisement du principe excito-moteur.

Nous n'entrerons pas dans l'examen des opinions du savant physiologiste sur le trachélisme et sur le laryngisme; cela nous conduirait au delà des bornes d'un simple article de journal; nous préférons renvoyer à l'ouvrage lui-même. Un mot seulement sur la trachéotomie employée dans la période ultime de certaines maladies. Le docteur Physick, de Philadelphie, a, le premier, conseillé la trachéotomie pour l'hydrophobie; M. Marshall Hall n'hésite pas à la conseiller également dans cette épouvantable maladie, ainsi que dans le tétanos évidemment asphyxique. Certains cas d'épilepsie se sont rencontrés où le mal a produit des ravages profonds, éteint l'intelligence, et rendu les accès si fréquens, si terribles qu'une mort prochaine et inévitable est à craindre. C'est dans ces circonstances exceptionnelles que la trachéotomie a été pratiquée, et les quelques essais entrepris avec hardiesse ont diminué très notablement le nombre, la gravité des accès; on a même vu se rallumer la vie et l'intelligence. M. Marshall Hall repousse avec énergie cette accusation d'avoir préconisé la trachéotomie pour le traitement de l'épilepsie; l'opération ne guérit aucune maladie, ni la laryngite, ni le tétanos, ni l'hydrophobie, ni l'épilepsie; elle prévient l'asphyxie, elle éloigne une cause redoutable de mort, et permet à l'art du médecin de tenter les moyens convenables pour la destruction, pour la guérison de la maladie essentielle.

L'ouvrage de M. Marshall Hall est un hommage rendu aux savans de notre nation. Afin de les faire participer à la connaissance de ses recherches et de ses découvertes, il a eu le courage, et nous l'en félicitons, de surmonter les difficultés d'une langue étrangère. Mais dans une œuvre de cette importance est-ce donc le style qui doit nous occuper? Quel est le savant qui ne préfère la pensée et la doctrine aux artifices du langage? C'est alors d'ailleurs que l'on voit l'écrivain recourir à la forme aphoristique, et la pensée gênée par quelques expressions peu obéissantes s'échapper avec plus de force, comme le torrent contenu qui rompt ses digues. Quelquefois un chapitre, une page, une phrase sont féconds en déductions et fournissent matière à d'abondantes réflexions. On peut réellement dire de cet ouvrage qu'il ne faut pas compter les pages, mais qu'on doit peser la solidité des principes et méditer la profondeur de la doctrine et des enseignemens.

Dr FOISSAC.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Novembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Sur la corrélation qui peut exister entre le diabète sucré et la tuberculisation pulmonaire.

M. LEGRAND adresse, sous ce titre, une note dont nous publions un extrait :

Un médecin anglais, le docteur Copland, a avancé que la présence des tubercules complique presque toujours le diabète sucré, qu'il nomme, à cause de cela même, *phthiisurie sucrée.* M. Andral est venu corroborer cette manière de voir en disant, dans sa dernière communication, qu'on rencontre presque toujours des tubercules dans les poumons des diabétiques. L'observation rapportée dans la note que j'ai aujourd'hui l'honneur d'adresser à l'Académie offrant un nouvel exemple de cette corrélation ne semblera peut-être pas dénuée d'intérêt.

La personne qui fait l'objet de l'observation que je résume ici est diabétique, et comme elle n'a jamais offert aucun symptôme qui pût faire soupçonner la présence de tubercules dans les poumons, mais bien tous ceux qui caractérisent la gastralgie et la dyspepsie, j'ai combattu cette névrose par tous les moyens indiqués en pareil cas; j'ai beaucoup amélioré l'état de l'estomac et par suite l'état général, mais sans diminuer les proportions du sucre fourni par les urines. Depuis la communication de M. Andral, j'ai recherché avec attention s'il existait quelque lésion du côté du foie, et rien ne m'a permis de douter que cet organe ne fût dans des conditions parfaitement normales. Alors j'ai fait un examen des plus minutieux de la poitrine, et j'ai trouvé certains signes que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer chez des malades qui offraient des symptômes caractéristiques de la présence de tubercules dans les poumons : aussi je considère maintenant comme très probable que cette personne, bien qu'elle n'ait jamais craché le sang, qu'elle ne s'enrhume que rarement et qu'elle n'offre jamais de mouvemens fébriles, a des tubercules à l'état cru dans les poumons. C'est par suite de cet état, l'organe ne brûlant point entièrement le sucre fabriqué par le foie, qu'il en passe une partie dans les urines. On voit par là que dans certains cas, le diabète sucré deviendra un motif de soupçonner chez l'individu qui en sera atteint la présence de tubercules dans les poumons; le médecin se trouvera ainsi conduit à instituer de prime abord une médication mieux appropriée à la nature de la maladie principale, et aura chance d'obtenir des résultats plus favorables que ceux qu'on doit attendre lorsqu'on ne s'adresse qu'au symptôme, ainsi qu'on a fait jusqu'à présent.

Séance du 19 Novembre 1855.

A l'occasion du procès-verbal, M. le prince Charles BONAPARTE, s'exprime en ces termes :

« Il n'est pas difficile, quand on a lu Galien, Oppel, Charles Bell, etc., et surtout étudié les excellens travaux de M. Serres et le nouveau *Traité de physiologie* du docteur Longet, d'improviser quelques mots sur la moelle allongée, le cervelet, le *point premier moteur,* etc. Mais loin de faire avancer la science, ces improvisations ne servent ordinairement qu'à déguiser une certaine indécision. Je me bornerai donc, pour clore cette petite discussion, à demander si le *nœud vital* est autre chose que les *ailes cendrées du quatrième ventricule.*

» Ce sont ces ailes cendrées (*alæ cinereæ*) que M. le docteur Stilling considère comme le *noyau central du nerf pneumogastrique* dans ses recherches anatomiques sur la moelle allongée. (*Weber die Medulla oblongata.* Erlangen 1843 apud Enke in-4°. Atlas in-folio.)

» M. Claude Bernard n'aurait sans doute pas déclaré ignorer l'existence du travail auquel je faisais allusion si j'en avais formulé le titre exactement. »

Observation d'anévrysme de l'artère ophthalmique, guéri au moyen des injections de perchlorure de fer.

M. E. BOURGUET (d'Aix) lit, sous ce titre, un mémoire, dont nous publions l'extrait suivant :

Le sujet, âgé de douze ans et demi, présentait une série de tumeurs anévrysmales d'un volume et d'une constitution variables, correspondant aux branches frontale, nasale et palpébrale supérieure de l'artère ophthalmique; l'œil était en grande partie chassé de sa cavité.

Une première injection de sept à huit gouttes de perchlorure de fer à 28 degrés étant restée sans résultat, je procédai à une seconde, composée de dix-sept à dix-huit gouttes. Sous l'influence de cette dernière injection, il se forma des caillots dans les points mis en contact avec le liquide coagulant. Ces caillots s'étendirent de proche en proche et finirent, au bout de quelques jours, par remplir toutes les portions dilatées de l'artère ophthalmique.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident grave : au bout de quinze jours, la résolution commença à s'emparer de toutes ces tumeurs; un peu plus tard, l'œil rentra dans l'orbite; la vision, qui était presque entièrement abolie avant l'opération, se rétablit; enfin la difformité de la face, qui était très considérable, s'effaça à son tour et disparut peu à peu.

Aujourd'hui la guérison ne laisse rien à désirer. Ajoutons qu'elle date de près de dix mois. — (Commissaires, MM. Velpeau, Cloquet.)

Sur la structure de la cellule nerveuse.

M. Claude BERNARD fait, au nom de M. B. STILLING, de Hesse-Cassal, la communication suivante :

De la cellule nerveuse. — On a considéré jusqu'ici la cellule nerveuse comme étant composée : 1° d'une enveloppe sans structure déterminée, hors de doute pour les cellules nerveuses périphériques, mais douteuse pour les cellules nerveuses centrales; 2° d'un parenchyme de consistance molle offrant un aspect granuleux et d'une texture inconnue; 3° d'un noyau renfermé dans le parenchyme de la cellule : ce noyau est rond, sa composition et sa structure sont également inconnues; 4° d'un nucléole contenu dans le noyau, de forme ronde et dont la structure et la composition n'ont pu être encore déterminées.

A part les rapports de toutes ces parties les unes avec les autres, leur structure et leur mode de connexion étaient complétement ignorés. Voici ce que mes recherches m'ont appris à ce sujet.

1° *Enveloppe.* — J'ai trouvé une enveloppe évidente aussi bien dans les cellules nerveuses centrales que dans les cellules nerveuses périphériques et cette enveloppe est constituée par une quantité innombrable de petits tuyaux très fins, semblables à ceux qui composent le réseau de la fibre nerveuse primitive (1). L'enveloppe forme un double contour dans la plus grande partie de son pourtour; mais dans beaucoup de points on voit cette enveloppe communiquer, en dedans avec le parenchyme de la cellule, par des tuyaux égaux à ceux qui forment le réseau de la fibre nerveuse primitive, en dehors par des tuyaux semblables avec les cellules voisines. L'enveloppe adhère assez étroitement au parenchyme; mais quand l'acide chromique ou l'alcool ont agi sur la cellule, ce parenchyme se contracte, se restreint de manière à laisser un vide dans lequel on aperçoit des fragmens de tubes allant de l'enveloppe au parenchyme. Cette enveloppe se continue sur les prolongegemens de la cellule nerveuse.

2° *Parenchyme.* — Il présente aussi un double contour interrompu par des communications avec l'enveloppe de la cellule nerveuse. Ce parenchyme est composé par une masse d'innombrables petits tuyaux qui sont égaux à ceux qui constituent le réseau de la fibre primitive nerveuse. Ils sont dirigés dans tous les sens, et si étroitement unis les uns aux autres, qu'ils forment une espèce de glande, de sorte que, sur des coupes du parenchyme, on aperçoit très peu de ces tubes suivant leur longueur, le plus grand nombre étant divisé en travers ou obliquement. Ce parenchyme nerveux est en rapport de contiguïté en dehors avec l'enveloppe de la cellule nerveuse, en dedans avec le noyau de cette même cellule.

3° *Noyau.* — Il a une constitution analogue à celle du parenchyme; il présente toujours un double contour interrompu par de petits tubes allant en dehors vers le parenchyme de la cellule, et en dedans vers le nucléole : on ne peut suivre ces tubes que dans un petit espace, à cause de leur disposition flexueuse. Ces petits tubes sont encore de la même nature que ceux qui composent le réseau de la fibre nerveuse primitive. Ce noyau présente souvent des prolongemens en forme de pointe, qui peuvent être suivis assez loin, jusque dans le parenchyme de la cellule, mais rarement jusqu'à la périphérie. Il y a des cas où l'on voit plusieurs de ces prolongemens. Le contour du noyau n'est jamais absolument circulaire ou ovale, mais généralement il offre des dentelures sur sa circonference.

4° *Nucléole.* — Il se compose de trois couches concentriques distinctes par leur couleur, la couche centrale est formée par un point ordinairement rouge, la moyenne est bleue, la troisième, la plus extérieure, est jaune-orange. Toutes ces colorations dépendent vraisemblablement de l'action de l'acide chromique. On voit partir de chacune de ces couches des prolongemens assez longs pour que souvent on puisse les suivre jusqu'au bord du noyau. Ces prolongemens tubuleux sont semblables aux fibres du réseau de la fibre nerveuse primitive. Au lieu de voir au centre du nucléole un point rouge unique, on en voit quelquefois plusieurs plus petits. Le contour de ce nucléole n'est pas toujours circulaire; souvent il est ovoïde, interrompu, déchiqueté, etc.

5° *Prolongement des cellules nerveuses centrales.* — Toutes les cellules nerveuses centrales, sans exception, en sont pourvues. Ces prolongemens sont composés par des tuyaux très petits qui sont de la même nature que ceux qui constituent le parenchyme de la cellule nerveuse dont ils ne sont qu'une dépendance. Mais ils vont en se divisant et se subdivisant de plus en plus à mesure qu'ils s'éloignent de la cellule, deviennent en même temps de plus en plus grêles, de plus en plus fins, jusqu'au point de devenir absolument semblables par leur finesse aux tuyaux qui constituent le réseau de la fibre nerveuse primitive. Mais ce n'est pas seulement en présentant des bifurcations que ces prolongemens s'atténuent; il y aussi des filamens très déliés qui s'en détachent sur différens points. J'ai vu quelquefois ces prolongemens faire communiquer deux cellules entre elles, mais alors ils forment un gros filet qui va directement sans se bifurquer d'une cellule à l'autre.

Nous citerons, en terminant, quelques observations détachées qui pourront se rapporter à la structure de la cellule nerveuse que nous venons de décrire. M. Harless a vu sur des cellules nerveuses de la torpille, dans le lobe électrique, des prolongemens qui, partant du noyau ou du nucléole, se continuaient jusque dans le prolongement de la cellule elle-même. M. Haxmann dit que, de chaque noyau de cellule, il part un filament qui entre dans le prolongement de la cellule pour aller constituer le cylindre d'axe de la fibre nerveuse. M. Remak dit avoir observé dans la raie fraîche que la cellule nerveuse est formée de couches concentriques emboîtées les unes dans les autres, et communiquant ensemble par des tuyaux déliés.

Sur une maladie propre aux ouvriers en caoutchouc.

M. DELPECH communique la note suivante.

J'ai l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie sur une maladie spéciale et non décrite des ouvriers employés dans la fabrication des objets en caoutchouc. L'inhalation des vapeurs du sulfure de carbone détermine chez eux des accidens qui consistent : dans des troubles variés de la digestion; dans une modification profonde de l'intelligence : hébétude, perte de la mémoire, etc.; dans une grave altération des fonctions du système nerveux : céphalalgie, vertiges, trouble des sens, paralysies plus ou moins complètes du mouvement, et surtout dans une impuisssance génitale quelquefois absolue.

Le mémoire que j'aurai prochainement l'honneur de présenter à l'Académie, contiendra l'exposé de faits assez nombreux et d'expériences faites sur les animaux, et l'indication des mesures d'hygiène publique et privée propres à soustraire les ouvriers à l'influence du sulfure de carbone.

— M. FLANDIN, à l'occasion d'une lettre de MM. Bouet et Doucin, sur un procédé pour la conservation des viandes à l'état frais, entretient l'Académie d'un travail qu'il se proposait de lui soumettre prochainement, et qui a pour objet la conservation des matières organiques en général, animales ou végétales.

Relativement à la conservation des viandes à l'état frais, ce procédé, dit l'auteur, m'a déjà donné des résultats dont l'Académie pourra juger par les échantillons que je dépose sur son bureau. Ces échantillons de diverses sortes de viandes ont été préparés le 13 septembre 1855, c'est-à-dire il y a déjà soixante huit jours; quelques-uns proviennent de viandes cuites un mois après la préparation; ils se sont conservés non moins inaltérables que ceux qui n'ont point subi la cuisson; ils n'ont d'ailleurs rien perdu de leur arome et de leur goût.

En attendant l'époque très prochaine où je pourrai présenter à l'Académie mon travail achevé, je lui demande la permission de déposer, sous pli cacheté, l'énoncé des principes qui m'ont guidé dans mes recherches, et la description de mes procédés opératoires.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

M. le docteur Cerise nous écrit :

« Le pauvre confrère X... est dans un état affreux. Il tousse et crache
» le sang jour et nuit. Son enfant a une hépatite. Plus de crédit, et
» partant plus de pain, plus de bois, plus de lampe pour la nuit. Obs-
» curité, froid et faim de trois personnes, pour cortége à la maladie du
» malheureux confrère. Sa femme est venue porter tous les accens du
» désespoir chez moi..... »

Que pourrions-nous ajouter à ce navrant tableau?

M. Cerise a immédiatement porté quelques fonds provenant de la souscription à cette malheureuse famille.

Septième liste : MM. Trousseau, 20 fr.; Pinel neveu, 10 fr.; Andral, 20 fr.; Danyau, 20 fr.; Lousteau-Marcuet, à Ferrières, 5 fr.; Lamouroux, 5 fr.; Durand de Saint-Gaudens, 5 fr.; Cahen, 10 fr.; Cuffe, 25 fr.

Total général à ce jour. . . . . 914 fr.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés des sciences, des lettres et de l'École de médecine de Bordeaux, a eu lieu le 15 novembre. Elle était présidée par M. le recteur Dutrey, qui, dans un discours parfaitement écrit, a exposé les modifications qu'avait subies l'enseignement supérieur dans l'année courante. MM. Blateyron, Abria, Dabasse, ont rendu compte des matières enseignées dans les cours des Facultés de théologie, des sciences et des lettres. M. Gintrac, directeur de l'École de médecine, a indiqué les changemens heureux survenus dans cette institution. La municipalité bordelaise a doté l'École de médecine d'un grand bâtiment qui renferme un vaste amphithéâtre avec ses dépendances, des salles de dissection convenables, un magnifique musée; aujourd'hui elle s'occupe de l'installation d'une bibliothèque à l'usage des élèves. Bientôt donc, l'École de médecine n'aura plus rien à désirer sous le rapport du matériel.

A la fin de la séance, les prix ont été distribués aux élèves en médecine, dans l'ordre suivant :

Anatomie. — 1er prix : Caussade (de la Dordogne). — 2me prix (*ex æquo*) : Fischer (de Paris); Riquard (de la Dordogne). — Accessit : Fénélon (du Mexique).

Chimie et pathologie externe. — 1er prix : Fischer. — 2me prix (*ex æquo*) : Caussade; Fénélon. — 1er accessit : Riquard. — 2me accessit : Grenier (de Bordeaux).

— L'Académie royale de médecine de Belgique a tenu samedi, 24 novembre, sa séance solennelle. Dans cette séance, MM. Maisonneuve et Sichel ont été nommés membres correspondans de l'Académie, et MM. Amussat, Jobert (de Lamballe) et Chélius, membres honoraires.

— M. le docteur Copeland, chirurgien extraordinaire de la reine d'Angleterre, vient de mourir à Brighton, à l'âge de 74 ans.

— Le choléra vient d'emporter le docteur Haindt, directeur du grand hôpital de Vienne, âgé de 52 ans.

Pour toutes les nouvelles, Amédée LATOUR.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) Je propose d'appeler *tuyaux élémentaires nerveux* les petits tubes qui constituent la fibre primitive nerveuse et la cellule nerveuse.

Tome IX. — N° 144. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 4 Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE RAMOLLISSEMENT AIGU DU CERVELET, SUIVIE DE RÉFLEXIONS ;

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur WOILLEZ, médecin du Bureau central.

Les pathologistes modernes ont, en général, confondu, au point de vue symptomatique, les affections du cervelet avec celles du cerveau proprement dit. Un certain nombre de faits a dû sans doute les conduire à cette conclusion ; mais l'observation suivante va démontrer que les maladies cérébelleuses peuvent présenter, dans certains cas, des caractères particuliers. Plusieurs des observations déjà publiées auraient peut-être eu la même signification, si elles eussent été recueillies avec plus de soin, et si, dans un assez grand nombre d'entre elles, il n'eût pas existé simultanément des lésions dans le cervelet et dans d'autres parties de l'encéphale.

Voici le fait que je viens de recueillir dans mon service temporaire à l'Hôtel-Dieu (en remplacement de M. Grisolle) :

OBSERVATION. — *Homme de 56 ans. Vertige subit et chute, sans perte de connaissance ; déglutition impossible ; aphonie ; hémiplégie gauche très incomplète ; coordination difficile des mouvemens des membres inférieurs ; anesthésie légère. Le septième jour après le début, délire, hallucinations ; mort. — A l'autopsie*, ramollissement du lobe gauche du cervelet ; *congestion générale de l'encéphale.*

Le nommé Marignier (Henri), 56 ans, ouvrier bijoutier, demeurant rue de l'Orillon, 24, est admis le 9 septembre à l'Hôtel-Dieu (salle Ste-Jeanne, 69.)

Cet homme, né à Paris, garçon, d'une taille élevée, d'une constitution sèche et maigre, a une intelligence vive et assez développée. Jamais il n'a eu de maladies qui l'aient retenu au lit ou forcé d'interrompre ses occupations, si ce n'est au commencement de cette année où il resta près de deux mois à St-Louis pour un eczéma de la jambe. Jamais d'affection vénérienne ni d'excès de femmes ; très rarement excès de boissons. Son travail a toujours suffi à ses besoins ; mais depuis sa sortie de Saint-Louis, il a été trop faible pour reprendre ses occupations, et n'a eu pour vivre qu'une rente viagère insuffisante de 30 fr. par mois.

Comme prodromes de la maladie actuelle, il a ressenti dans ces derniers temps quelques douleurs passagères dans les membres inférieurs, sans fourmillemens ni crampes, et quelques vertiges sans céphalalgie, sans perte de connaissance ni trouble des sens.

Le 6 septembre, invasion brusque de la maladie : vertige avec faiblesse générale, immédiatement suivi de chute, mais sans perte de connaissance. Marignier put se relever et boire de l'eau, mais à peine le liquide atteignit-il le pharynx, qu'il causa une suffocation et le rejet immédiat du liquide par la bouche et par le nez. En même temps, phonation impossible qui persista vingt-quatre heures, puis fut remplacée par une aphonie incomplète. Jusqu'au 9, jour de l'admission à l'Hôtel-Dieu, où il fut transporté sur un brancard, décubitus au lit ; une seule fois il voulut en sortir, mais il tomba sur le carreau, puis se recoucha seul avec peine. L'aphonie incomplète et le rejet des boissons, qui fit considérer le malade comme atteint de choléra, persistèrent, et aucun traitement ne fut suivi jusqu'à l'admission.

Le 10, au matin, quatre jours après le début, je le trouve dans l'état suivant :

Position assise dans le lit, avec liberté apparente des mouvemens. Face pâle, symétrique ; regard étrange, ce qui est dû à la contraction extrême des pupilles, à peine visibles sur le fond bleu-clair de l'iris ; vue intacte, ainsi que le sens de l'ouïe ; pas de céphalalgie spontanée ou à la pression, même vers l'occiput. Facultés intellectuelles intactes ; pas d'agitation ; ni douleur, ni secousses ni crampes dans les membres ; mouvemens du membre supérieur gauche évidemment plus faibles que ceux du membre opposé, dont la main serre plus fortement que la gauche ; membres inférieurs bien remués dans le lit. Je fais lever et marcher le malade, qui descend difficilement de son lit, auquel il se tient pour faire quelques pas comme un homme ivre, mais sans fléchir et sans tendance au recul ; puis il est pris d'un vertige, prêt à choir, et ce n'est que soutenu qu'il peut, avec beaucoup de peine, retourner sur ses pas et regagner sa couche. Pendant la marche, la pointe du pied gauche rase un peu le sol, et le malade paraît s'appuyer de préférence sur le membre inférieur droit. La sensibilité est obtuse au pincement, et non abolie.

Langue tirée bien droite, molle, humide ; isthme du gosier et pharynx en apparence normaux ; mais la luette et le reste du voile du palais sont immobiles, et l'action de souffler est impossible sans que l'air sorte par les fosses nasales en même temps que par la bouche. Voix à moitié éteinte, nasonnée ; phonation pénible, comme par manque d'air, bien que les mouvemens respiratoires costaux et diaphragmatiques soient normaux. Mon doigt indicateur arrive facilement au larynx, dont l'épiglotte est relevée, et l'orifice supérieur intact. Rien à noter du côté des organes thoraciques, si ce n'est que le bruit respiratoire est faible partout et que les battemens du cœur sont irréguliers, mais sans fréquence ; il en est de même du pouls. Pas de chaleur à la peau.

Je fais boire le malade en ma présence ; mais à peine le liquide arrive-t-il dans le pharynx qu'il est rejeté avec force par la bouche et par le nez, et qu'une partie, passant dans le larynx, produit une suffocation passagère.

J'introduis facilement une sonde dans l'œsophage, où elle provoque quelques contractions ; mais du bouillon injecté dans l'estomac est supporté, sans la moindre nausée. Il y a de l'anorexie, et, malgré une abstinence complète depuis quatre jours, une soif modérée. Pas de selles depuis le début. Rien à noter d'ailleurs du côté de l'abdomen, si ce n'est que la miction, régulière d'abord, n'a pas eu lieu depuis vingt-quatre heures ; aussi la vessie est-elle distendue par l'urine. Organes génitaux flasques, sans érections depuis l'invasion.

Je prescris l'injection d'eau vineuse et de bouillon dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne, des sinapismes aux membres inférieurs, le cathétérisme de la vessie, et un lavement émollient.

11 septembre. Depuis le cathétérisme vésical, les urines sont involontaires, sans que la vessie déborde le pubis ; le lavement a été suivi d'une selle volontaire de matières moulées et dures.

L'état du malade est, du reste, le même que la veille.

Le 12, abattement, mais intégrité des facultés intellectuelles ; quelques vertiges, sans céphalalgie ; même état de la motilité et de la sensibilité qu'à l'admission ; sommeil interrompu la nuit, mais sans agitation ni délire. Pouls plus fréquent, irrégulier, faible, parfois insensible sous le doigt, ce qui empêche de le compter exactement ; lèvres légèrement violacées, mais fraîches, sans excavation des yeux, ni vomissemens, ni diarrhée. Même état des organes génito-urinaires.

Le 13 au matin, la situation du malade s'est aggravée. Il y a eu pour la première fois du délire la nuit et de l'agitation. Prostration marquée, yeux fixés au plafond, paroles incohérentes prononcées d'une voix plus faible que précédemment. Réponses justes quand on questionne le malade. Il accuse des hallucinations de la vue, qui est d'ailleurs intacte. Même état des pupilles, de la motilité et de la sensibilité générale. Le pouls ne peut se compter, tant il est fréquent, faible et irrégulier ; la face est plus pâle ; les lèvres sont encore violacées ; les mains fraîches, sans que la respiration soit laborieuse, sans qu'il y ait œdème des membres inférieurs. La prostration augmente dans la journée, et le malade tombe peu à peu dans un état comateux suivi de mort le soir.

Autopsie trente-six heures après la mort (température de + 10° cent.)

Extérieur. — Rigidité cadavérique assez prononcée.

Centres nerveux. — A l'incision des membranes du cerveau, écoulement de sérosité transparente assez abondante. Congestion générale des membranes du cerveau, avec suffusion sanguine sous-arachnoïdienne à la partie antérieure, surtout à droite. Tissu des hémisphères également congestionné, assez consistant, et exempt partout de ramollissement et d'épanchement sanguin. Il n'en est pas de même du cervelet, dont la moitié inférieure du lobe *gauche*, jusqu'au centre de l'arbre de vie, est réduit en un détritus pulpeux de couleur homogène qu'entraîne facilement un filet d'eau. Le lobe droit et les autres parties du cervelet sont sains.

Feuilleton.

UN DINER DE CHEVAL.

— Aimez-vous le cheval ?

— Comment l'entendez-vous ?

— La viande de cet animal.

— Je n'en ai, certes, jamais mangé.

— Voulez-vous y goûter ?

— Est-ce bon ?

— Excellent. Laissez-vous tenter.

— Où et quand mange-t-on du cheval ?

— Chez moi, samedi soir, à six heures. Bouillon de cheval, bouilli de cheval, rôti de cheval, cela vous va-t-il ?

— J'accepte.

Tel était le petit colloque qui, mardi, à l'issue de la séance de l'Académie de médecine, se passait entre M. Renault, l'habile et savant directeur de l'École impériale vétérinaire d'Alfort, et moi.

J'avoue que, du mardi au samedi, j'eus besoin de me monter un peu la tête. Pourquoi, au fait, ne mangerait-on pas du cheval ? En quoi la chair de ce bel animal peut-elle répugner plus que celle du bœuf et du mouton, ou que celle d'animaux réellement immondes, comme le porc et le canard ? Que d'occasions où la viande de cheval pourrait entrer, au moins à titre de supplément ou d'accident, dans l'alimentation générale ! Il y a peut-être là-dessous une grosse question économique ; contribuons dans notre humble sphère à la résoudre. Le haut prix de la viande de boucherie est une véritable calamité publique ; s'il était possible d'introduire le cheval dans la consommation générale, l'aliment véritablement nutritif, la viande deviendrait peut-être plus accessible pour les masses, etc., etc., toutes considérations par lesquelles j'essayais de vaincre la petite répugnance que je ressentais, répugnance instinctive de l'homme pour tout aliment qu'il ne connaît pas, et pour lequel il a besoin d'une certaine habitude.

J'avoue encore que j'avais eu la précaution de déjeuner légèrement, afin que l'aiguillon de la faim me rendît moins difficile. Et de fait, j'arrivai à Alfort dans des dispositions d'appétit très satisfaisantes.

Le moment de l'expérience est arrivé. Un mot d'abord des expérimentateurs. C'étaient M. Renault, l'amphitryon, qui n'en était pas à son coup d'essai et qui professe une grande estime pour la viande du cheval. Le matin même, à son déjeuner, il avait mangé le foie sauté de l'animal, qu'il déclarait avoir trouvé délicieusement bon ; M. Renault commençait l'expérience avec la certitude du succès ; M. le professeur H. Bouley, le vif et spirituel contradicteur de M. Malgaigne, à l'endroit du séton ; cet expérimentateur ne me paraissait pas tout à fait aussi chaud que son collègue dans l'éloge du cheval ; il avouait quelque velléité de répulsion ; il n'en était pas non plus à son premier essai et, de ses expériences antérieures, il ne semblait pas avoir conservé un souvenir très engageant ; M. Reynal, chef de clinique, auteur d'un très intéressant travail sur les propriétés toxiques de la saumure et qui partageait ouvertement tous les bons sentimens de M. Renault pour la viande de cheval ; M. Robinet, de l'Académie de médecine, le terrible mais si aimable exterminateur des remèdes secrets et nouveaux ; M. Debout, le rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, très disposé à expérimenter consciencieusement ; M. Foubert, le chef du bureau des subsistances au ministère de l'agriculture et du commerce, très intéressé dans la question ; M. Prevost, chef du bureau de l'agriculture au même ministère ; M. Barral, professeur de chimie, le pieux éditeur des œuvres d'Arago ; un de ses amis dont maladroitement j'ai oublié le nom ; une dame, oui, messieurs les délicats, une dame aimable et gracieuse qui nous donnait à tous l'exemple de la résolution et du courage ; enfin, celui qui écrit ce récit.

Un mot aussi du sujet de l'expérience : c'était un vieux cheval qui, après 23 ans de bons et loyaux services, avait eu le malheur d'être atteint de paralysie du train postérieur. Il était du reste gras et exempt, bien entendu, de toute maladie suspecte. Il avait été abattu le mercredi. L'expérience ne se faisait donc pas dans les circonstances les plus favorables, et M. Renault remarquait avec raison, que la viande d'un jeune cheval donnerait à coup sûr des résultats plus satisfaisans.

L'expérience commence. M. Renault a très intelligemment fait les choses. A côté du sujet de l'expérience, le point de comparaison : Bouillon de cheval, bouillon de bœuf ; bouilli de cheval, bouilli de bœuf ; même quantité, même catégorie, jugez et comparez ; rien de mieux.

Bouillon de cheval. — Surprise générale ! c'est parfait, c'est excellent, c'est nourri, c'est corsé, c'est aromatique, c'est riche de goût ; c'est le classique et admirable *consommé* dont la tradition malheureusement se perd de jour en jour dans les ménages parisiens, et qui est devenu un mythe dans les cabarets du plus haut étage.

Bouillon de bœuf. — C'est bon, mais comparativement c'est inférieur, moins accentué de goût, moins parfumé, moins résistant de sapidité.

A l'unanimité, le jury déclare que le cheval, même le vieux cheval, produit un bouillon de qualité supérieure ; qu'il est impossible d'en distinguer le goût du goût des consommés de bœuf les plus riches, et que les personnes non prévenues ne pourraient y reconnaître aucune différence. Même couleur, même limpidité.

Bouilli de cheval. — La viande est plus brune que celle de bœuf ; elle est aussi plus sèche et plus résistante sous la dent ; au demeurant, aucun goût particulier ; c'est le goût du bœuf bouilli, mais pas de première catégorie ; j'ai mangé de meilleur bœuf, mais j'en ai mangé aussi de beaucoup plus médiocre. Somme toute, c'est très mangeable ; les pauvres gens qui achètent le bœuf des dernières catégories, ou de la vache, trouveraient une différence sensible en mieux en faveur de ce bouilli de cheval. Rappelons-nous, d'ailleurs, que nous avons affaire à

Le mésocéphale et la moelle allongée ne présentent rien d'anormal, si ce n'est l'injection et l'épaississement des membranes qui les recouvrent.

Les origines apparentes de tous les nerfs crâniens sont trouvées intactes.

Les membranes de la moelle épinière sont injectées, et son tissu est assez mou dans toute sa longueur; mais les membranes étant ouvertes, un filet d'eau n'entraîne nulle part de tissu nerveux ramolli.

Organes digestifs. — Pas de lésion apparente au pharynx ni à l'œsophage, dont la muqueuse, rosée, présente pour toute particularité trois petits diverticules en entonnoir, dirigés de bas en haut. Le reste du tube digestif, non ouvert, paraît sain à l'extérieur. Le foie et la rate n'offrent rien à noter.

Organes respiratoires. — État sain du larynx et de ses dépendances. Poumons gorgés de sang, splénisés surtout en arrière, assez souples, mais contenant quelques petits noyaux d'induration (non tuberculeux), ne différant des parties voisines que par la consistance.

Le *cœur*, peu volumineux, et enlevé par mégarde avant la fin de l'autopsie, n'a pu être examiné à l'intérieur.

Organes génitaux peu développés.

Cette observation offre un intérêt tout particulier, non seulement en raison de sa rareté, car il est peu commun de rencontrer des affections du cervelet aiguës et simples en même temps, mais encore par l'ensemble des symptômes étranges qui l'ont caractérisée.

La constatation de ces symptômes pouvait-elle faire arriver pendant la vie à un diagnostic précis? Dans l'état actuel de la science, on peut répondre hardiment : non. L'inconnu des fonctions réelles du cervelet, malgré les travaux importans des modernes, est, en effet, un grand obstacle à la connaissance de la séméiotique des maladies de cet organe.

Dans ce fait, les prodromes (douleurs des membres inférieurs, vertiges) ne présentaient rien qui pût mettre sur la voie du diagnostic; et, chose singulière, la céphalalgie manquait.

Quant aux phénomènes du début, leurs caractères, leur invasion brusque et leur persistance jusqu'à l'admission, quatre jours après, me firent établir d'abord, qu'il s'agissait d'une lésion aiguë peu commune de l'encéphale. Quelle était la nature de cette lésion? Quel était son siége? Telles furent les questions que je me posai. Avais-je affaire à une simple congestion? à une hémorrhagie? à un ramollissement inflammatoire? ou enfin à une affection organique, latente auparavant, et qui manifestait actuellement sa présence?

Une simple congestion s'excluait par la persistance des symptômes et leur gravité apparente. Une hémorrhagie aurait produit dès l'invasion une perte de connaissance au moins momentanée, tandis que l'on voit le malade sentir seulement un vertige et une faiblesse subits, et, par suite, tomber et se relever aussitôt. L'absence de céphalalgie, d'accès convulsifs, de contracture, de crampes, éloignaient toute idée de tumeur organique. Restait donc le ramollissement, comme lésion la plus probable. Mais encore, dans cette supposition, quels caractères insolites! Une légère hémiplégie, il est vrai, mais absence de céphalalgie, de troubles intellectuels, de fourmillemens et de contracture dans les membres. Il restait donc, en définitive, des doutes très grands sur la nature de la lésion.

Le siége n'était pas moins difficile à déterminer. Pourtant, après avoir exposé mes doutes sur la nature de la lésion, je n'hésitai pas à exclure les diverses parties des hémisphères du cerveau comme siége anatomique de la maladie. L'intégrité de l'intellect, la faiblesse des deux membres inférieurs à la fois, l'obtusion de la sensibilité générale des deux côtés du corps, l'aphonie et la difficulté de déglutition des liquides ingérés, devaient faire mettre immédiatement les hémisphères cérébraux hors de cause. Le siége de la lésion était-il la moelle allongée, qui donne naissance au nerf spinal, lequel préside, ainsi que l'a démontré M. le professeur Claude Bernard, aux fonctions de la phonation et de la déglutition en partie, fonctions ici gravement troublées? On aurait pu l'admettre. Mais comment s'expliquer alors que les mouvemens respiratoires ne fussent pas gravement altérés? Vers la fin il y eut bien une cyanose qui annonçait un trouble profond de l'hématose, mais le cœur pouvait aussi en être le point de départ. Quant au cervelet, les pathologistes étant d'accord, en général, pour attribuer à l'hémorrhagie et au ramollissement de cet organe les mêmes symptômes qu'à ces lésions siégeant dans les hémisphères cérébraux, je crus devoir rester dans le doute.

Si l'on considère en eux-mêmes les symptômes du fait que je viens de rapporter, ils présentent un ensemble très singulier, sur lequel je pourrais m'étendre très longuement, de même que sur les rapports qui pouvaient exister entre les symptômes et la lésion observée. Mais je me contenterai d'appeler votre attention d'abord sur l'hémiplégie du même côté que le ramollissement du cervelet, ce qui se rencontre dans un certain nombre de faits de lésions cérébelleuses publiés, et ensuite sur les phénomènes qui se passaient vers le pharynx. On aurait pu croire, en effet, à de simples vomissemens en voyant le rejet immédiat des liquides ingérés; mais il n'en était rien; car les liquides injectés dans l'estomac avec la sonde œsophagienne étaient parfaitement conservés et digérés sans nausées. L'estomac n'était par conséquent pour rien dans le phénomène. La cause n'en était pas non plus dans l'œsophage, trouvé sain après la mort. Que se passait-il donc dans le pharynx? Ce qu'il y a de positif, c'est qu'il y avait paralysie du voile du palais (immobilité de cet organe, voix nasonnée, impossibilité de souffler, passage du liquide dans les fosses nasales, au moment de la déglutition). Mais il y avait aussi paralysie des muscles constricteurs de la glotte, d'où l'aphonie et l'anhélation quand le malade parlait. La béance de la glotte, par suite de cette paralysie, rend compte aussi de la suffocation au moment de l'ingestion des liquides. Ces dernières lésions fonctionnelles étaient sans doute sous la dépendance des filets internes du spinal; mais comment les origines de ce nerf au bulbe rachidien étaient-ils influencées par le ramollissement du cervelet? C'est ce qu'il me paraît difficile de décider.

Que dirai-je, en présence de l'observation que je viens de vous communiquer, des fonctions diverses qui ont été attribuées au cervelet? Assurément, cette observation présente des particularités qui sont en opposition avec la plupart des théories proposées, et dans lesquelles on a considéré le cervelet comme le siége de l'instinct de reproduction, comme un foyer de sensibilité, comme produisant par ses lésions une *tendance au recul*. L'opinion de M. Flourens, qui, d'après de nombreuses expériences sur les animaux, attribue au cervelet la coordination des mouvemens, paraît au contraire trouver dans mon observation une nouvelle confirmation. Il y avait évidemment chez mon malade défaut d'équilibration dû à la lésion du cervelet, car sa marche chancelante a eu lieu dès l'invasion, et avait occasionné deux fois alors la chute du sujet. On ne pouvait pas, par conséquent, attribuer la titubation observée à l'hôpital à la faiblesse du malade, par suite de l'abstinence forcée à laquelle il était soumis depuis plusieurs jours.

CHIRURGIE.

REMARQUES SUR LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ EXTERNE DE LA CLAVICULE ET L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS;

Par le docteur DUCHAUSSOY.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 1er Décembre 1855.)

Luxations de l'extrémité externe de la clavicule et de l'humérus produites simultanément sur la même épaule.

Service de M. Roux, salle Sainte-Marthe, n° 50. Prequin (Charles), 31 ans, bien constitué, n'a jamais eu de maladies de l'épaule. Le 20 février 1853, il était monté sur une échelle pour dégager des effets du Mont-de-Piété; cette échelle glissa, et il fit, sur le carreau, une chute de la hauteur de 1 mètre 50 centimètres. Ce fut la partie externe et un peu postérieure du moignon de l'épaule droite qui frappa sur le sol; presque en même temps, la tête se heurta au niveau de la bosse pariétale droite. Prequin n'entendit aucun craquement, il ne perdit pas connaissance et put même se relever seul, mais il remarqua qu'il ne pouvait presque plus remuer le bras droit. Un médecin fut appelé immédiatement, il examina, dit-on, l'épaule avec soin et diagnostiqua une luxation de l'humérus, qu'il se mit en devoir de réduire par l'élévation du bras, combinée avec la rotation et l'adduction, mais ses manœuvres n'amenant aucun résultat, il conseilla au malade d'aller à l'Hôtel-Dieu.

J'étais de garde avec mon excellent collègue, M. Titon; après avoir palpé en tous sens cette épaule, dont l'aspect n'était pas tout à fait celui que donnent les luxations de l'humérus, nous reconnûmes une double luxation de la clavicule et de l'os du bras. Cette dernière nous parut caractérisée par l'absence de la tête de l'humérus dans le creux axillaire, par un méplat au-dessous de la saillie de l'acromion, et surtout par le défaut de résistance que la pression rencontre au-dessous de cette apophyse, car le méplat sous-acromien n'était pas aussi marqué que d'ordinaire; par l'allongement apparent de la paroi antérieure de l'aisselle et la présence de la tête en avant où elle soulève manifestement le grand pectoral; par l'écartement du coude qui est porté un peu en arrière et éloigné du tronc de 1 décimètre; par l'impossibilité de rapprocher le coude du tronc non seulement par les efforts du malade, mais aussi par les nôtres; par l'impossibilité qu'éprouva le malade de porter le coude en haut et en dehors, pendant que nous y parvenons assez bien mais en produisant une douleur vive.

Nous résolûmes de tâcher d'abord de réduire l'humérus, et le procédé Lacour ayant été plusieurs fois employé sans succès, le malade fut conduit à l'amphithéâtre et fixé, par le corps, à l'anneau de fer destiné aux réductions, pendant qu'on disposait une alèze autour du poignet. Un seul aide vigoureux fit une traction oblique de haut en bas et un peu d'avant en arrière; puis il se porta un peu en avant et lâcha; à ce moment, je fis basculer l'humérus et la luxation nous parut réduite. Voici, d'ailleurs, quels furent les signes de cette réduction : le malade sentit, dit-il, son bras remis en place et moins douloureux; il put immédiatement écarter le coude du tronc et porter la main vers la tête, ce qu'il ne pouvait faire avant la traction; la tête de l'humérus fut retrouvée dans le creux axillaire en son lieu normal; la saillie qu'elle faisait en avant avait disparu, et la dépression que nous avions constatée au-dessous de l'acromion n'existait plus, bien qu'une portion du deltoïde n'eût pas encore repris son aspect habituel. Voici les désordres qui persistaient.

La clavicule droite faisait par son extrémité externe une saillie très considérable sous la peau; le doigt indicateur, promené aisément sur sa face supérieure, ne fait reconnaître aucune solution de continuité; mais arrivé à son extrémité, il la contourne en entier, et peut même déprimer la peau et explorer une partie de la face inférieure. La clavicule est très mobile d'avant en arrière; les mouvemens ne se communiquent pas sensiblement à l'omoplate, ce qui nous fait croire qu'outre les ligamens acromio-claviculaires, les ligamens trapézoïde et conoïde sont

---

un vieil animal, et que probablement un cheval jeune aurait donné un bouilli supérieur.

Bouilli de bœuf. — C'est un magnifique morceau de *tende de tranche* et d'un bœuf mûr à point. Évidemment, c'est meilleur, plus juteux, plus tendre.

Le jury reconnaît que le bouilli de cheval, de ce vieux cheval, est bon, exempt de tout fumet particulier, qu'il se rapproche des viandes de bœuf des deuxième et troisième catégories, au point de s'y méprendre, et qu'il paraît constituer un aliment sain et agréable.

Comme intermède, un excellent fricandeau à la chicorée et une très délicate volaille au blanc, font patiemment attendre aux expérimentateurs le rôt de cheval.

Rôti de cheval. — C'est le filet de la bête qui a été légèrement mariné et richement piqué. Explosion de satisfaction! Rien de plus fin, de plus délicat et de plus tendre. Le filet de chevreuil, dont il rappelle l'arome, ne lui est pas supérieur. Un membre du jury demande à en emporter un morceau. Plusieurs réitèrent l'expérience. Les gourmets ne connaissent pas l'excellence de ce morceau; je le leur recommande. C'est parfait de tous points. Petites susceptibilités de mon estomac, que vous étiez donc ridicules!

A l'unanimité et avec enthousiasme, le jury proclame que le filet de ce vieux cheval doit être assimilé aux viandes de luxe les plus recherchées.

M. H. Bouley se sent vaincu et converti, et bravement il le déclare.

L'auguste vérité m'oblige à dire que d'excellens perdreaux rôtis qui succédèrent au cheval ne furent pas absolument dédaignés par le jury, pas plus que les fins entremets qui suivirent, pas plus encore que les chatteries et les fruits du dessert. Ce qui prouve évidemment que la viande de cheval passe sans encombre les défilés souvent difficiles et angustes des voies digestives; et c'est un élément intéressant dans la question. Pour mon compte, me souvenant d'un aphorisme spirituel et vrai d'un homme qui se connaît en hygiène de l'estomac, de notre confrère M. L. Véron, j'ai attendu vingt-quatre heures pour écrire ces lignes, afin de pouvoir déclarer que je les écris sans aucune espèce de remords de digestion.

En résumé, la viande d'un vieux cheval de 23 ans a donné :

Un bouillon supérieur;
Un bouilli bon et très mangeable;
Un rôti exquis.

N'est-ce pas là une expérience très intéressante?

Rapportons-nous en à M. Renault, qui s'en occupe, pour la question économique que ce sujet soulève; il la traitera sérieusement et scientifiquement, comme tout ce qu'il fait, sans exagération et sans enthousiasme. Mais déjà ne peut-on pas prévoir une infinité de cas où la viande de cheval livrée aujourd'hui à l'équarrisseur pourrait être utilement employée à l'alimentation? Un cheval vigoureux et bien portant se casse les membres, tombe frappé d'apoplexie, va mourir d'un volvulus ou de tout autre accident, pourquoi, puisque sa viande est bonne, saine, agréable et nourrissante, pourquoi ne pas livrer cet animal à la consommation? Sans doute, plus que pour tout autre animal, une surveillance excessive serait de rigueur, car le cheval est sujet à une maladie affreuse, qui est transmissible à l'homme. Il est vrai que M. Renault affirme que la viande cuite d'un cheval morveux a perdu toute propriété contagieuse, ce qu'il se fait fort de démontrer sur lui-même. Mais encore, que de dangers pour les abatteurs et dépéceurs de ces animaux, pour nos propres cuisinières!

Mais, en dehors de ces conditions de maladie, ne peut-on pas prévoir une époque rapprochée peut-être où la viande de cheval sera considérée comme un supplément précieux à l'approvisionnement de la consommation? Déjà à Bruxelles, existe une boucherie de viande de cheval très achalandée. Depuis longtemps il en existe aussi en Bavière, en Saxe, etc., etc. Chez nous-mêmes, à Alfort, depuis que les habitans, voisins de l'École, ont goûté de la viande de cheval, toutes les fois qu'un animal est abattu, et que le directeur de l'École a reconnu qu'il peut servir à l'alimentation, les voisins, dis-je, s'empressent de venir en chercher des morceaux, et de ce cheval dont j'ai pris hier ma part, il ne reste plus miette. Et certes, je le déclare, ils ne sont pas à plaindre ceux qui l'ont consommée. N'est-il pas plusieurs fois arrivé, dans les rudes chances de la guerre, que l'armée, faute de vivres, a été obligée d'abattre et de manger ses chevaux? Rude extrémité, sans doute, mais qui, au point de vue hygiénique, n'a eu aucune conséquence fâcheuse, et c'est là l'essentiel pour le moment.

Il est douteux, cependant, tant qu'il y aura des bœufs, des vaches et des moutons, que la viande de cheval devienne jamais un élément de consommation générale. Le cheval est trop utile à l'homme, il est trop son compagnon, son collaborateur, son intelligent ami pour qu'il soit détourné de ses voies naturelles et devienne un simple animal d'engraissement. Ce ne sera probablement que par accident et par cas fortuit qu'il pourra être destiné à la nourriture de l'homme. Mais même ces cas fortuits sont assez communs pour attirer l'attention des économistes.

Quoi qu'il en soit, je ne peux m'empêcher de remercier M. Renault d'avoir dissipé en moi un préjugé, fait taire une répugnance et de m'avoir appris ce fait nouveau pour moi :

La viande de cheval est bonne, saine et agréable.

Amédée LATOUR.

rompus. L'épine de l'omoplate et l'acromion ne paraissent pas fracturés, seulement la peau qui les recouvre est excoriée ; entre l'extrémité de la clavicule et le point de l'acromion qui est situé au-dessous, il y a un intervalle de 2 centimètres ; mais la clavicule est portée en arrière en même temps qu'en haut ; on s'en assure en mesurant des deux côtés la distance qui sépare l'extrémité des clavicules des apophyses mastoïdes, la tête étant tenue droite ; de plus, l'omoplate est rapprochée des côtes, de sorte que la clavicule croise l'acromion à l'arrière de cette apophyse. De ces rapports des os, résulte une gouttière transversale large de 2 centimètres et longue de 3 ; au-dessous de l'acromion qui limite en bas cette gouttière, le moignon de l'épaule n'est pas déformé, mais au-dessus, le faisceau claviculaire du deltoïde fait une saillie verticale et se trouve séparé du faisceau acromien par une dépression très sensible bien qu'étroite. Quand on porte le bras en haut et en arrière, la luxation se réduit, surtout si l'on abaisse en même temps la clavicule ; mais si on laisse retomber le coude, l'écartement des os se reproduit. Il est à remarquer que ces mouvemens, qui étaient impossibles avant la luxation de l'humérus ne sont pas douloureux. Le malade est reconduit à son lit et le membre est placé sur un coussin dans une attitude favorable au rapprochement des os luxés.

Le lendemain, les mouvemens d'abduction sont devenus plus douloureux, l'élévation est difficile, la propulsion impossible, et la rétropulsion facile ; ces mouvemens imprimés à l'humérus pendant qu'on maintient la clavicule abaissée, font entendre plusieurs fois de la crépitation. M. Roux diagnostique une luxation de l'extrémité externe de la clavicule sans complication de fracture des éminences de l'omoplate, il la traite par la situation et les cataplasmes pendant deux jours.

Le 22, M. Roux applique le bandage de Desault dans tous ses détails ; ce bandage cause une grande gêne au malade et l'empêche de dormir pendant quarante-huit heures ; puis il s'y habitue et nous fait remarquer qu'il n'éprouve plus de douleur que quand il s'appuie sur la jambe droite pour monter dans son lit ; le bandage est resserré le 1er mars ; le 8, on le réapplique en y ajoutant une pile de compresses graduées qui déprime l'extrémité de la clavicule.

Le 12, ce bandage est retiré, on constate que la consolidation est déjà avancée, car les mouvemens imprimés à la clavicule luxée ne sont presque pas plus étendus que du côté sain, et occasionnent peu de douleur. Malgré les compresses, l'extrémité de la clavicule fait encore saillie, de toute son épaisseur, au-dessus de l'acromion ; la propulsion et la rétropulsion se font bien, mais l'élévation en dehors est très bornée et fait éprouver de vives douleurs dans le deltoïde ; on applique encore le bandage Desault avec la pile de compresses et le malade sort. Le 21, il revient à la visite, son bandage est très relâché, l'articulation est très solide, toujours difforme, les mouvemens d'élévation sont plus faciles, on cesse l'emploi du bandage.

A quelle espèce de luxation scapulo-humérale a-t-on eu affaire dans ce cas ? N'était-ce pas à une luxation sous-coracoïdienne incomplète, comme dans le fait raconté par Pinel ? Je suis porté à le croire, bien que l'observation manque de quelques détails qui permettraient de l'établir d'une manière certaine. La cause a été la même que dans la luxation racontée par South et où le blessé avait fait une chute sur l'épaule et sur la tête ; c'est aussi dans une chute sur l'épaule que Chopart, Dupuytren et A. Cooper ont vu la luxation sous-coracoïdienne incomplète se produire, et au milieu des signes qui caractérisent cette luxation, ils avaient aussi noté la saillie faite en avant par la tête de l'humérus, et son absence dans le creux axillaire.

Quoi qu'il en soit de cette détermination, il est certain que la complication de la luxation de la clavicule par celle de l'humérus n'a pas aggravé le pronostic, et la marche de ce cas, comparée à celle de beaucoup de cas simples, n'offre même rien de spécial. Le traitement, après la réduction de l'humérus, n'a présenté non plus aucune indication particulière, car le moyen employé pour maintenir la clavicule immobilisait aussi l'articulation scapulo-humérale.

Les annales de la science ne renferment qu'un très petit nombre d'observations de ces luxations simultanées de l'humérus et de la clavicule. Dans celle de Pinel, il y avait tout à la fois fracture de l'acromion, luxation acromiale de la clavicule, et luxation de l'humérus ; la tête de cet os, dit Pinel, n'avait abandonné qu'en partie la cavité glénoïde, ou plutôt elle s'était portée sur la partie inférieure du rebord interne, où elle était restée fortement appliquée au côté externe du bec coracoïdien ; la capsule articulaire n'avait été légèrement déchirée que dans un endroit.

Melle a vu sur le même sujet la clavicule luxée sous l'acromion et l'humérus sous l'apophyse coracoïde ; voici, du reste, un extrait de son mémoire *De cavitate glenoidâ artificiali ossis humeri difformi* (1), qui donnera une idée suffisante de la lésion : *Homo VI ætatis anno joci gratiâ vas aquâ plenum humero innixum portavit, quo facto statim tumorem rubrum doloremque sensit et immobilem factum humerum.* Bien des années après, cet homme étant venu mourir d'une affection pulmonaire dans l'hôpital dont Melle était le médecin, l'autopsie fut faite avec soin : *Extremitas scapularis infrà acromion detrusa erat, sic ut acromion hanc extremitatem totam tegeret, in superficie etiam inferiori acromii foveola quædam quasi nova articulatio adfuit. Os humeri suis quidem ligamentis ortum erat.... Extremitas superior plurimum alterata est et quasi ex duobus capitis constat..... inter hæc duo capita, cavea profunda, magna, ampla interjecta erat.*

M. Malgaigne dit, à la page 16 de son *Traité des luxations*, qu'il a vu une luxation de la clavicule sur l'acromion jointe à une luxation intra-coracoïdienne de l'humérus correspondant, et produite par une chute sur l'épaule, ce cas, sur lequel il ne fournit pas de détails, se rapproche beaucoup de celui que nous avons rapporté, et M. Malgaigne croit aussi que cette complication n'apporte aucune indication nouvelle pour le traitement.

(1) *Nova acta physico-medica*, tome V, page 5.

Nous pouvons maintenant présenter succinctement une observation dans laquelle une luxation de la clavicule a été prise à tort pour une luxation de l'humérus ; elle nous permettra de fixer l'attention sur quelques particularités de diagnostic.

Salle Sainte-Marthe 48. Hamel, 68 ans. Le 30 mars 1853, au soir, descendant un escalier sombre, il tomba à la renverse, son épaule droite porta un peu plus sur les marches que la gauche et il glissa ainsi jusqu'au palier. Un médecin, appelé immédiatement, diagnostiqua une luxation de l'humérus et déploya, à plusieurs reprises, des forces considérables pour la réduire ; désespérant d'y parvenir, il adressa le malade à l'Hôtel-Dieu.

Le lendemain matin, l'épaule présentait l'état suivant : de la partie latérale et supérieure du cou descendait une saillie fortement tendue et formée par le bord antérieur du trapèze ; cette espèce de corde se terminait sur une saillie osseuse, l'extrémité externe de la clavicule, dont la face inférieure ellemême pouvait être explorée avec le doigt en déprimant les parties molles ; la clavicule n'était pas fracturée. Au-dessous d'elle était une dépression haute de 4 centimètres, qui contournait le sommet de l'épaule ; elle était concave de haut en bas, et convexe d'avant en arrière. Cette dépression était limitée en bas par l'acromion, qui se continuait avec l'épine de l'omoplate, sans solution de continuité. Le faisceau claviculaire du deltoïde faisait un relief isolé du reste du muscle et plus long que le faisceau acromien d'une longueur égale à la distance qui séparait les deux os luxés. Le faisceau épineux, loin d'être tendu, offrait *un léger méplat* ; le bras était écarté du tronc de 2 décimètres.

L'extrémité luxée de la clavicule était portée en arrière, à ce point qu'un fil, abaissé de cette extrémité sur l'acromion, laissait 3 centimètres de cette apophyse au devant de la clavicule ; il en résultait que le corps de la clavicule ne faisant plus saillie en avant comme du côté sain, le creux sus-claviculaire avait disparu, et le sous-claviculaire n'existait plus qu'au côté externe du moignon. La peau qui recouvrait l'extrémité externe de l'omoplate était excoriée. Le mouvement de propulsion, accompagné d'un peu d'élévation, était le plus douloureux et le plus difficile ; la rétropulsion était aisée ; le creux axillaire et le côté correspondant du thorax étaient très douloureux ; la luxation se réduisait et se reproduisait très aisément. On appliqua le bandage de Desault, que l'on surveilla jusqu'au 2 mai. A cette époque, la difformité persistait complétement, et les mouvemens étaient très douloureux, bien que la clavicule eût perdu sa mobilité.

Dans toutes les luxations de l'extrémité externe de la clavicule que j'ai eu occasion d'observer, le relief, formé par les deux faisceaux claviculaire et acromien du deltoïde, au point où ils se touchent, était très manifeste, et la différence considérable de hauteur de ces deux faisceaux me paraît constituer à elle seule un signe pathognomonique de la luxation de la clavicule. Il n'y a, en effet, qu'une séparation des deux os qui puisse faire que les deux faisceaux ne se terminent pas supérieurement sur une ligne à peu près de même niveau ; on peut donc dire que ce signe suffit à lui seul dans beaucoup de cas. Quant au cas particulier que nous venons de raconter, il est probable que l'écartement considérable de la clavicule et son refoulement en arrière, en donnant à la partie antérieure de l'épaule une forme un peu arrondie, due à l'effacement des creux sus et sous-claviculaire, furent la cause principale de l'erreur de diagnostic ; c'est à cause de cet écueil que cette variété de luxation de la clavicule nous a paru devoir être signalée.

On peut aussi remarquer que cette luxation, accompagnée d'un déplacement si considérable, a été produite dans des circonstances opposées à celles qui ont été regardées comme indispensables par l'un des auteurs qui ont le plus étudié la question ; M. Morel-Lavallée croit que la chute sur l'épaule est toujours accompagnée d'une impulsion du tronc en avant, en vertu de laquelle l'acromion serait porté à la fois en bas et en dedans ; ici, évidemment, l'impulsion du tronc était en arrière.

Voici enfin une observation dans laquelle la luxation a été produite par un concours de circonstances qui n'a peut-être pas encore été signalé. On y remarquera aussi l'absence des signes physiologiques de cette affection au moment même de sa production ; ils ne se sont montrés qu'après l'apparition du gonflement et de la douleur, ce qui tendrait à faire croire que ces deux derniers symptômes ont peut-être plus de part que la lésion mécanique elle-même dans le trouble des fonctions du membre. S'il n'en est pas de même dans beaucoup d'autres cas, c'est qu'ordinairement la luxation est produite par une force qui contusionne violemment l'épaule et fait naître immédiatement la douleur et le gonflement, d'où la gêne immédiate des mouvemens. Cette réflexion se trouve d'ailleurs appuyée par l'observation de ce qui se passe dans beaucoup de fractures de la clavicule qui, dans les premiers momens, ne font pas perdre les usages du membre thoracique correspondant.

Service de M. Roux. Gaillard (François), 48 ans, charretier. Le 27 septembre 1853, il se trouva pris entre deux voitures, de telle sorte que le collier de son cheval appuya sur la partie externe et un peu postérieure de son épaule droite, pendant que l'épaule gauche portait, par sa partie antérieure, sur la jante de la voiture, qu'il était venu heurter. Gaillard sentit alors très distinctement quelque chose craquer dans son épaule ; néanmoins il continua son travail et put même *décharger deux cents pavés*, quoique avec un peu de douleur ; mais, après ce violent exercice, il remarque que son épaule a enflé, et la douleur devient si vive, qu'il ne peut plus faire de mouvemens.

Entré à l'Hôtel-Dieu le même jour au soir, il présente une saillie considérable de l'extrémité externe de la clavicule, qui est portée en haut et en arrière, et se trouve ainsi éloignée de 2 centimètres 1/2 du bord de l'acromion, avec lequel elle devait s'articuler ; la clavicule n'est pas fracturée ; l'acromion est porté en bas et en avant ; le deltoïde offre deux sillons perpendiculaires, l'un partant du sommet de la clavicule, l'autre de l'acromion ; la luxation se réduit aisément et se reproduit de même ; le malade affirme qu'immédiatement après l'accident, il a pu encore très bien porter la main à la tête pour retirer son chapeau, porter la main derrière le dos, et qu'une heure seulement après l'accident, ces mouvemens sont devenus impossibles à cause de la douleur qu'ils produisaient.

Ce malade fut traité par le mouchoir de Mayor, mais lâchement appliqué et rarement resserré. Le 4 octobre, la clavicule avait perdu sa mobilité anormale ; l'écartement des os est resté exactement le même, et les reliefs isolés des faisceaux du deltoïde persistent. Cet état de choses ne produit cependant pas de douleurs spontanées, il n'y en a qu'à la pression.

Le 7 octobre on retire le bandage, l'écartement persiste, le deltoïde est très tendu, bien qu'il ne soit pas contracté ; ses faisceaux paraissent aplatis ; les mouvemens que le malade essaie de faire les rendent plus apparens et y provoquent de vives douleurs. On laisse le malade sans bandage, et on lui recommande de faire agir le bras malade ; au bout de quatre jours, les mouvemens sont devenus beaucoup plus faciles et on lui accorde l'*exeat*.

— Les points précis de l'application des forces vulnérantes, ont pu être exactement déterminés dans les observations que nous venons de rapporter, soit par les excoriations, soit par le récit du malade, et ils mettent hors de doute que c'est l'omoplate qui a subi l'effort et qui a vraiment été luxée ; il est fâcheux que la nomenclature actuelle des luxations consacre encore une erreur en appelant ces lésions, luxations de la clavicule.

REVUE GÉNÉRALE.

État actuel de la syphilisation. — Le choléra et les vents d'ouest. — Les exutoires et leurs indications.

On connaît notre opinion sur la syphilisation, nous n'avons pas, sur ce sujet, à refaire une profession de foi. Mais nous n'en sommes pas moins curieux de savoir ce que devient la doctrine, et nous ne voyons aucun danger à dire ce que nous en savons. A titre préventif, nous croyons que la syphilisation est heureusement partout abandonnée. Il ne paraît plus en être question ni à Paris, ni à Turin, ni à Christiania, ces trois principaux foyers de la doctrine. La syphilisation préventive a reculé devant les énergiques protestations de l'opinion publique. Mais à titre et comme moyen curatif, la syphilisation persiste et continue ses essais. Nous recevons à cet égard une lettre de M. le docteur Boeck, de Christiania, dont nous extrairons les lignes suivantes, mais, bien entendu, sous toutes réserves, seulement à titre de document, de simple renseignement, et encore faut-il qu'il émane d'un médecin dont nous connaissons la sincérité, la candeur et la probité :

« Je ne peux pas vous écrire sans parler de la syphilisation que je continue toujours. Elle me donne des résultats constans et des plus satisfaisans. Je peux dire que l'action de cette méthode est à présent hors de doute pour tous ceux qui ont vu mes malades. Je n'emploie plus de mercure dans les maladies syphilitiques. Il est vrai que le traitement est plus long ; mais jusqu'ici je n'ai pas eu de récidives chez des malades qui, préalablement à l'emploi de la syphilisation, n'avaient pas pris de mercure. J'ai dans ce moment vingt-huit malades en traitement ; depuis deux ans et demi passés, quarante individus traités par la syphilisation ont quitté l'hôpital ; quatre seulement ont eu des récidives, et tous les quatre avaient été antérieurement traités par le mercure. M. Ricord vous dira qu'il n'a pas non plus de récidives, et je sais que c'est de bonne foi qu'il l'affirme ; mais ces récidives ne reviennent pas à l'hôpital de M. Ricord, et on les retrouve à St-Louis et dans les cliniques chirurgicales (cette opinion, qui trahit le récent voyage que M. Boeck a fait à Paris, a déjà été réfutée par M. Ricord. Si, d'ailleurs, elle peut se soutenir jusqu'à un certain point pour la pratique nosocomiale de M. Ricord, elle n'est plus admissible pour son immense pratique privée). En tenant donc compte de ces récidives, je pense que la durée du traitement par la syphilisation n'est guère plus longue que celle par les mercuriaux. Et notez que M. Ricord lui-même ne veut jamais affirmer la guérison par les mercuriaux. Que peut-on perdre, que peut-on risquer par la syphilisation ? Au contraire, on a tout à gagner. »

Que peut-on risquer par la syphilisation? On comprend à peine que des hommes aussi sérieux que M. Boeck fassent cette question en présence des faits malheureux de phagédénisme qu'une seule et simple inoculation a quelquefois déterminé. Nous en appelons à tous ceux qui ont tant soit peu fréquenté un hôpital de syphilitiques et qui ont certainement vu les ravages que peut produire un seul chancre phagédénique. M. Boeck ne paraît pas avoir encore éprouvé un de ces accidens, il en éprouvera, et nous nous en rapporterons alors à sa conscience.

— Voici une première contradiction à la théorie exposée naguère dans ce journal par M. Éd. Carrière, relativement à l'influence des vents d'ouest sur la production du choléra. Nous osons prédire à notre savant collaborateur et ami que ce ne sera pas la dernière. Nous pourrions nous-même lui rappeler que la première et terrible explosion du choléra à Paris, en mars 1832, éclata par un vent N.-Nord-Est très vif et très piquant.

Levier (Doubs), 25 Novembre 1855.

Monsieur le rédacteur,

M. le docteur Éd. Carrière exposait dernièrement, dans votre journal, une nouvelle théorie sur le mode de propagation du choléra. J'ignore jusqu'à quel point cette doctrine est l'expression des faits. Pour moi, je viens de traverser une épidémie cholérique dont elle n'explique pas la propagation, et je vous serais reconnaissant d'accorder à mon observation la publicité dont vous disposez.

C'est au commencement de septembre que les premiers cas de choléra se manifestèrent à Levier. Il n'y avait de malades que dans les maisons situées à l'est du village. Ce n'est que peu à peu et progressivement que l'affection s'étendit aux quartiers occidentaux. Or, Levier est abrité des vents d'Ouest par des montagnes couvertes de sapinières, et les habitations sont presque toutes exposées au levant. J'ajouterai que, durant l'épidémie, les vents du Nord et de l'Est ont constamment prédominé.

Quelques localités voisines (Chapelle-d'Huin, Boujailles) ont souffert aussi, et cependant elles présentent les mêmes conditions générales que Levier. J'en excepte Villeneuve-d'Amont, le dernier atteint, village situé à l'ouest de Levier, et séparé de cette commune par une montagne assez élevée et de vastes sapinières.

Je termine en disant que plusieurs communes à l'est du foyer de l'épidémie et sous le coup du vent d'Ouest, n'ont rien éprouvé.

Je compte sur votre impartialité bien connue pour donner à cette note bien succincte la publicité de l'Union Médicale, journal auquel je suis fier d'appartenir comme abonné.

Agréez, etc   A. Rouget, d.-m. s.

— La question des exutoires et des longues suppurations, tout à fait effacée à l'Académie de médecine par la question philosophique et doctrinale, se fait jour par la presse. Dans un excellent article, M. le docteur Marrotte, médecin de la Pitié, a développé les propositions suivantes qui portent le cachet d'une bonne observation pratique :

« Les exutoires constituent une médication chronique, qui ne doit être opposée qu'à des affections chroniques.

» Leur action physiologique met en jeu les propriétés vitales communes des tissus sur lesquels ils sont appliqués ; elle n'a, par conséquent, rien de spécifique.

» De là résulte cette conséquence, confirmée par l'expérience, que les exutoires ne peuvent rien sur les élémens spécifiques des maladies. Ils ne peuvent que diminuer, enrayer ou anéantir un de leurs élémens communs, et cet élément est la fluxion.

» Leur action thérapeutique est indirecte, et s'exerce en vertu de l'axiome pathologique consacré par le père de la médecine : « Duobus » laboribus simul obortis, non in eodem loco, fortior obscurat alte» rum. »

» Cette action thérapeutique est soumise aux lois générales de la révulsion et de la dérivation.

» Les exutoires ne peuvent donc déplacer et guérir les fluxions produites et entretenues par une force plus puissante que la leur, et qui en reçoivent un caractère de généralité ; telles sont les localisations diathésiques confluentes.

» Ils ne peuvent ni déplacer, ni guérir des fluxions pathologiques, entretenues par des conditions locales de nature réfractaire.

» En leur qualité d'afflux fixe, produisant une fluxion fixe, ils peuvent créer une localisation artificielle et anticipée à certaines diathèses, et faire cesser ainsi des troubles dus à l'imminence morbide.

» Ils dirigent et fixent souvent avec avantage, sur un point de la peau où la fluxion est sans danger, les localisations de certaines diathèses, qui avaient pris pour lieu d'élection des organes importans.

» Lorsque la fluxion est ou devient l'élément principal des affections chroniques, les exutoires peuvent suffire à la guérison.

» Lorsqu'il y a plusieurs élémens morbides à combattre, l'indication qu'ils remplissent est soumise aux conditions d'importance, de simultanéité, de succession, qui régissent toutes les indications.

» L'opportunité et la durée de leur emploi sont subordonnées à l'opportunité et à la durée de l'état pathologique contre lequel ils sont dirigés. » — (In *Bulletin général de thérap. médic. et chirur.*, n° du 30 novembre 1855.)

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 10 Octobre 1855. — Présidence de M. Guérard, vice-président.

Sommaire. — Observation de *ramollissement aigu du cervelet, et réflexions*, lecture par M. Woillez. Discussion : MM. Legroux, Woillez. — Compte rendu verbal par M. Aran, du travail de M. Laboulbène, intitulé : *Paralysie des membres supérieurs seuls ; conservation de la sensibilité ; induration de la moelle épinière, ramollissement dans l'espace compris entre la 3e et la 6e vertèbres dorsales.* — Communication, par M. Vigla, *sur la colique sèche des pays chauds.* Discussion : MM. Moutard-Martin, Woillez, Delasiauve, Marrotte, H. Roger, Guérard et Vigla.

M. Woillez lit une observation de *ramollissement aigu du cervelet*, suivie de quelques réflexions. — (Voir plus haut, article *Clinique médicale.*)

M. Legroux : M. Woillez, dans la discussion du diagnostic de son malade, a donné comme signe de l'absence de lésion des lobes cérébraux, la conservation intacte de l'intelligence. Ce signe ne serait certainement pas suffisant, car il n'est pas rare de voir des apoplexies cérébrales sans perte de connaissance, ou avec perte de connaissance de très courte durée.

M. Woillez est parfaitement de l'avis de M. Legroux, et il va plus loin, car il pense que rien n'est constant en fait de symptôme dans les affections cérébrales ; il est cependant des faits qui établissent une probabilité en faveur de telle ou telle hypothèse et que, par conséquent, on doit consigner dans la discussion.

M. Legroux ne sait si M. Woillez a noté si la paralysie existait avec ou sans contracture. Le fait était important à signaler car la présence ou l'absence de contracture entre comme élément dans le diagnostic de l'hémorrhagie et du ramollissement.

M. Woillez : J'ai dit, dans l'observation, qu'il n'existait ni contractures, ni crampes, ni convulsions, et qu'il n'en a pas existé dans tout le cours de la maladie. Ce qui a fixé mon attention, c'est l'état du pharynx et une hémiplégie fort peu prononcée.

— M. Aran rend compte verbalement du travail que M. Laboulbène a lu à la Société (séance du 8 août 1855), à l'appui de sa candidature au titre de *membre associé* : M. Aran conclut à ce que ce travail soit pris en considération pour la candidature ultérieure de M. Laboulbène, et à ce qu'il soit renvoyé au comité de publication pour insertion dans les Bulletins de la Société. — (Ce travail sera prochainement publié dans l'Union Médicale.)

— M. Vigla fait la communication suivante :

Je désire appeler votre attention sur une maladie propre aux gens de mer, la colique sèche des pays chauds, et recueillir les renseignemens que quelques-uns d'entre vous pourront sans doute donner. Cette maladie est principalement observée dans l'Amérique du Sud ; si l'on en juge par le nombre des travaux publiés sur ce sujet par les chirurgiens de marine, et par le nombre des thèses qui, depuis quelques années, ont été soutenues sur cette maladie, elle ne manque pas d'importance et a fixé l'attention d'un certain nombre d'observateurs distingués. Néanmoins, la *question* principale, celle de savoir si elle est ou non identique à la colique de plomb, cette question, dis-je, n'est pas encore résolue. Quelques chirurgiens de marine admettent l'identité des deux maladies ; mais le plus grand nombre, et ceux entre autres qui paraissent avoir apporté le plus de soin dans leurs travaux, veulent que ce soit une maladie différente de la colique saturnine. Cependant, à en juger par la description que tous font de cette maladie, il n'y aurait pas de distinction possible au moins dans les symptômes, les coliques sont les mêmes, les accidens consécutifs, paralysies des extenseurs, convulsions épileptiformes, folie, tout se ressemble et les conséquences des deux maladies sont exactement pareilles, et lire la description de la colique sèche des pays chauds c'est lire la description de la colique saturnine.

Il y a deux jours, j'ai observé un malade atteint des suites de la colique sèche des pays chauds ; anémie, paralysie complète des extenseurs de l'avant-bras, les membres inférieurs étant exempts de toute lésion. Il y a cinq mois que cet individu est malade, et cependant j'ai trouvé chez lui un symptôme de grande valeur au point de vue du diagnostic, je veux parler du liseré ardoisé des gencives ; si l'on rapproche de ce signe l'ensemble de tous les symptômes que présente ce malade, il y a tout lieu de croire que cette colique dite des pays chauds, n'a été qu'une colique saturnine. J'ai recherché comment cet homme avait pu être soumis à l'influence du plomb ; il était maître timonnier, par conséquent il n'était nullement soumis au contact du plomb. Le vin que l'on buvait sur le navire était du vin du Midi, conservé dans des tonneaux en bois, et dans ces vins du Midi, moins que dans tous autres, on met de la litharge, car, déjà par eux-mêmes, ils ont une saveur un peu sucrée ; l'eau était également conservée dans des tonneaux en bois ; nous n'avons donc pas pu remonter à l'origine du plomb qui aurait porté son action sur notre malade, et cependant il est atteint d'une colique saturnine ou d'une colique sèche des pays chauds au troisième degré. J'ai fait donner un bain ce matin ; je ne sais si sa peau prendra la couleur noire caractéristique, mais quand cette coloration ne se manifesterait pas, ce ne serait pas une preuve à une aussi grande distance du début de la maladie que nous n'ayons pas affaire à l'intoxication saturnine.

M. Moutard-Martin : Il y a eu un an au mois d'août dernier, pendant que je remplaçais M. Bricheteau à l'hôpital Necker, j'ai vu un malade qui présentait une ressemblance parfaite avec celui dont M. Vigla vient de nous parler. C'était un cuisinier à bord d'un bâtiment marchand qui, cinq mois avant, avait été atteint de la colique sèche des pays chauds, et, depuis plus de trois mois, il était complètement paralysé des extenseurs des avant-bras. Sur ce malade aussi, j'ai trouvé le liseré ardoisé parfaitement caractérisé ; j'en ai conclu à l'existence d'une intoxication saturnine, sans pouvoir remonter à l'origine du plomb qui aurait été absorbé.

M. Woillez : J'ai vu à l'Hôtel-Dieu, il y a deux ans, un malade qui avait été atteint de colique sèche des pays chauds, et qui alors était paralysé des extenseurs comme dans les accidens saturnins. Cet homme était cuisinier à bord d'un bâtiment, et sous un climat très chaud, excité encore par la chaleur à laquelle l'exposait son état, il buvait en grande quantité de l'eau distillée sur le navire et qui arrivait par des tuyaux de plomb. Cela aurait-il pu suffire pour déterminer la colique saturnine ? Toujours est-il que tous les moyens thérapeutiques furent employés sans résultat.

M. Delasiauve demande si à bord du bâtiment, où se trouvait le malade de M. Vigla d'autres individus furent frappés de même.

M. Vigla : Ordinairement, cette maladie frappe un grand nombre d'hommes à la fois, et souvent elle se présente sous forme épidémique ; d'après les chirurgiens de marine, elle naît sous certaines latitudes, et disparaît quand on passe sous une autre : il est donc probable que notre malade n'a pas été seul affecté. C'est d'ailleurs une maladie fort dangereuse, quelques malades en meurent ; dans certains cas, comme la colique saturnine, elle offre la forme délirante, la forme convulsive ou épileptique, et enfin elle entraîne, comme nous le voyons, la paralysie des extenseurs.

M. Marrotte demande si, dans les travaux qui ont été publiés sur ce sujet, ceux qui assimilent la colique sèche des pays chauds à la colique saturnine se fondent sur l'étiologie ou sur la symptomatologie pour établir cette similitude.

M. Vigla : Les chirurgiens de marine qui confondent les deux maladies, insistent sur l'énorme quantité de peinture à base de plomb que l'on emploie à bord des navires. Quant à nous, il nous paraîtrait bien étonnant que deux maladies fussent parfaitement identiques dans leurs manifestations et dans leurs conséquences sans être identiques dans leur cause. Or, tous les symptômes sont les mêmes, toutes les formes des deux maladies sont semblables, toutes deux peuvent revêtir le caractère épidémique, nous ne comprendrions pas que deux intoxications différentes produisissent exactement les mêmes effets.

M. H. Roger n'a pas été, comme M. Vigla, frappé dans ses lectures de l'identité de la colique de plomb et de la colique sèche des pays chauds. Il est probable que, sous ce dernier titre, on a rangé des coliques de causes fort diverses. M. Alfaro, élève distingué de la Faculté de Paris, et qui a exercé la médecine à Madrid, a fait une étude particulière de la colique dite de Madrid, et il est arrivé à ce résultat que les médecins espagnols rangent sous ce nom toutes les coliques ; qu'elles soient déterminées par l'ingestion de boissons glacées, par une transition de température, par le plomb. N'en serait-il pas de même pour la colique sèche des pays chauds ?

M. Guérard : La question soulevée par M. Vigla est certainement fort intéressante, d'autant plus qu'il paraît que, depuis quelques années, ces coliques sont devenues très communes à bord des bâtimens marchands, et c'est surtout depuis l'introduction, sur ces bâtimens, des appareils distillatoires, destinés à fournir de l'eau pour la consommation de l'équipage. C'est principalement à Nantes que l'on fait usage de ces appareils et c'est surtout sur les bâtimens qui en sont munis que sévit la colique sèche dite des pays chauds. Ce que je viens de dire résulte d'observations faites depuis quelques années, et des réponses d'un malade observé à l'Hôtel-Dieu, probablement le même dont M. Woillez vous a entretenus. Si l'on réfléchit à la petite quantité de plomb nécessaire, quand il est dans un état de division suffisant, pour déterminer la colique saturnine, quand on songe qu'un courant d'air passant dans une boîte enduite de peinture fraîche enlève suffisamment de plomb pour que, étant reçu dans une solution d'acide sulfhydrique, il donne lieu à un précipité de sulfure de plomb, on comprendra facilement que si les conduites d'eau sont faites avec de l'étain à bas titre, contenant une trop grande proportion de plomb, ou si les vases sont étamés avec de mauvais étain, ou soudés avec de la soudure à bas titre, l'eau pourra entraîner une quantité suffisante de plomb pour empoisonner l'équipage. Tout le monde se rappelle l'observation faite par M. H. Guéneau de Mussy à Claremont, où toute l'ex-famille royale avait été soumise à l'intoxication saturnine par de l'eau qui suivait des conduits de plomb. Il faudrait donc, pour éclairer la question, obtenir des échantillons d'eau distillée à bord des bâtimens, et en faire l'analyse pour y rechercher la présence du plomb.

Quant à la question d'identité de la colique sèche des pays chauds avec la colique saturnine, elle me paraît devoir subir un examen plus complet. Il n'y a pas de doute pour moi, dans un cas comme celui dont nous a parlé M. Vigla, il y a identité parfaite. Mais on observe aussi des coliques sèches de nature rhumatismale, avec constipation et douleurs atroces, quelquefois mort. Les coliques ne sont pas rares dans les pays très chauds et à température variable. Ce serait donc aller trop loin que d'admettre dans tous les cas l'identité de cette maladie avec la colique saturnine.

M. Moutard-Martin : M. Guérard pense-t-il que ces coliques rhumatismales puissent, dans aucun cas, déterminer des accidens consécutifs semblables à ceux de la colique saturnine ? Sinon il faudrait admettre deux maladies parfaitement distinctes que l'on aurait eu le tort de confondre sous le même nom de colique sèche des pays chauds.

M. Guérard : Il est certain que, quand il y a colique seulement, il ne survient pas d'accidens consécutifs, et que ceux-ci sont liés à la colique saturnine.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Huitième liste : Un anonyme, 500 fr.; MM. Conneau, 50 fr.; Jobert (de Lamballe), 20 fr.; Corvisart, 20 fr.; Marchant, à Toulouse, 5 fr.; B..., 20 fr.; Barth, 10 fr.; anonyme, 20 fr.; Desmarres, 40 fr.; Solaville, 10 fr.; Lunier, à Blois, 5 fr.; Deleau jeune, 20 fr.

— Une touchante cérémonie a inauguré les travaux de l'année scolaire de l'École de médecine de Bordeaux. Pendant les mois de septembre et octobre derniers, le choléra sévissait avec une grande intensité dans les communes rurales des arrondissemens de Bayonne et Mauléon. Les secours médicaux étaient insuffisans. M. le préfet des Basses-Pyrénées demanda à son collègue de la Gironde des élèves en médecine. Cinq d'entre eux répondirent à cet appel ; c'étaient MM. Micé, Durand, Casson, Boussoutrot et Grazide. Ils se rendirent immédiatement dans les contrées ravagées par l'épidémie, et donnèrent des soins aux malades avec un véritable dévouement. L'un d'eux, M. Grazide, interne-adjoint de l'hôpital de Bordeaux, est mort victime de son zèle et de son abnégation, dans la commune de Saint-Pé. Le 14 novembre, un service funèbre a été célébré dans la chapelle de l'hôpital Saint-André.

A cette cérémonie, qui s'est faite ave une grande pompe, se trouvaient M. le préfet de la Gironde, M. le recteur et les quatre inspecteurs départementaux, M. le maire de Bordeaux et les membres de la commission des hospices, le directeur et les professeurs de l'École de médecine, les médecins et chirurgiens des hôpitaux, un grand nombre d'étudians. Avant la fin de la cérémonie, un des aumôniers de l'hôpital, M. Larouchelle, compatriote du défunt, a exprimé, au nom des habitans de Saint-Pé, les regrets que leur avait causés la mort de celui qui était venu les secourir. Puis, M. le préfet a réuni les assistans et leur a communiqué les lettres de M. le préfet des Basses-Pyrénées et du sous-préfet de Bayonne, dans lesquelles ces magistrats rendent hommage au zèle, au dévouement, à l'intelligence dont ont fait preuve les élèves de l'École de médecine de Bordeaux, dans la pénible mission qui leur était confiée.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 145. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 6 Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.	32 Fr
6 Mois.	17
3 Mois.	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :

Rue du Faubourg-Montmartre, 56,

A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS

Chez les principaux Libraires.

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 5 DÉCEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été inaugurée par une triste nouvelle. M. le professeur Bérard a éprouvé, dimanche dernier, un accident grave qui a donné, dans les premiers momens, de vives inquiétudes. Les derniers renseignemens communiqués hier à l'Académie par M. Rostan sont heureusement moins alarmans. Tout le corps médical s'unira dans la même pensée et formera le même vœu pour que cet aimable et savant esprit, qui peut rendre encore de si grands services, soit conservé à la science et à l'enseignement.

Quant à la discussion sur la révulsion, désappointement complet. On s'attendait à un discours de M. Piorry, à une troisième réplique de M. Malgaigne; rien de tout cela; la discussion a été renvoyée, sans doute à l'année prochaine; car mardi a lieu la séance annuelle, et les deux autres séances seront consacrées aux élections pour le renouvellement du bureau et des commissions. Le temps pour la réflexion et pour la préparation ne manquera pas du moins aux orateurs, et nous pouvons nous attendre à des merveilles. Nous annonçons comme bonne nouvelle que M. Parchappe s'est fait inscrire pour prendre la parole dans cette discussion.

La séance a été remplie par la lecture d'un rapport très étendu fait par M. Guérard au nom de la commission permanente des eaux minérales. Ce travail consiste dans l'analyse et l'appréciation des rapports envoyés par les médecins inspecteurs des établissemens thermaux. Autant qu'il nous a été permis de l'entendre au milieu du bruit qui régnait dans la salle, M. Guérard a semé son rapport de sages réflexions, de judicieux conseils et de recommandations utiles. L'Académie peut sans doute beaucoup pour les progrès de la science hydrologique, et l'influence favorable de ses avis s'est plusieurs fois fait sentir. Mais l'Académie ne peut pas tout. L'administration a aussi une très grande part d'action sur l'avenir de cette partie importante de la thérapeutique. Pour que l'Académie reçoive de bons rapports, il faut que l'administration nomme toujours de bons inspecteurs. Or, cette nomination n'est aujourd'hui entourée d'aucune garantie sérieuse. Le gouvernement prend, et avec juste raison, de grandes précautions pour l'entrée dans les emplois publics; il ne confie pas au premier venu ou au plus recommandé des grades dans l'armée, dans la marine, dans les administrations des forêts, des ponts-et-chaussées, des mines, des tabacs, des télégraphes, etc., etc. Jusqu'aux vérificateurs des poids et mesures, tous les aspirans à ces emplois sont assujettis à des épreuves, à des examens, à des concours; pourquoi l'emploi si important de médecin-inspecteur d'un établissement thermal ne serait-il pas aussi le prix de l'aptitude et du travail? Pourquoi pas une hiérarchie dans ces fonctions, un avancement possible et gradué sur les services rendus?

Mais, hélas! où n'y a-t-il pas des *desiderata* à former? Rendons hommage, avec M. Guérard, à ceux de nos inspecteurs, et ils sont heureusement nombreux, qui remplissent leurs fonctions avec zèle et avec science, et souhaitons qu'ils servent d'exemple à ceux qui laissent encore quelque chose à désirer pour l'étude et pour l'exactitude.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

OBSERVATION D'UN ANÉVRYSME DE L'AORTE FAISANT SAILLIE A LA BASE DU COU, ET ACCOMPAGNÉ DE *contraction* DE LA PUPILLE DU COTÉ GAUCHE;

Par W. T. GAIRDNER.

Traduit du *Edinburg med. journ.*, par M. DUMONTPALLIER, interne des hôpitaux.

Le malade qui fait le sujet de cette communication a été présenté à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg. Cette observation est un des exemples intéressans où la physiologie rend compte des phénomènes pathologiques,

Dans le siècle dernier, en 1727, les expériences de Petit démontrèrent que la section des nerfs vague et grand sympathique, faite sur le cou d'un chien, avait un effet bien marqué sur la pupille et la conjonctive. De ces expériences, Petit tira la conclusion assez naturelle que le nerf grand sympathique fournissait des branches qui donnaient la vie (*the spirits*) aux yeux. Cette conclusion avait attiré l'attention des expérimentateurs; Cruikshank, Dupuy et d'autres firent des expériences qui tendaient à établir l'influence du grand sympathique sur l'œil, mais les premières investigations exactes sont dues au docteur John Reid, dont l'attention fut attirée vers ce sujet pendant qu'il faisait des recherches sur le nerf vague. Reid réussit à prouver nettement que la contraction de la pupille dépendait de la section du nerf grand sympathique dans la région cervicale, et ne reconnaissait point d'autre cause. Puis, mettant en rapport la pathologie et la physiologie, le docteur Reid rapporte un cas, publié dans la *Gazette médicale*, où la carotide du côté droit, en même temps que le nerf vague et les parties environnantes sont décrites comme étant enveloppées dans une large tumeur pathologique, et où il serait bien difficile de croire que le grand sympathique aurait pu échapper à l'action comprimante de cette tumeur. Dans ce cas, la pupille du côté droit était devenue plus petite que celle du côté gauche dans le courant de la maladie.

Valentin aussi fit de nombreuses expériences et conclut que la pupille tirait ses rameaux nerveux de deux sources distinctes. Suivant cet anatomo-physiologiste, les fibres radiées de l'iris recevraient des fibres motrices émanées du système spinal, par l'intermédiaire du grand sympathique, tandisque les fibres circulaires de l'iris (ou fibres de contraction) seraient tributaires du nerf moteur oculaire commun. La section du grand sympathique, faite dans la région cervicale, amène, suivant Valentin, la paralysie des fibres radiées ou de dilatation de la pupille et abandonne la pupille à l'action exclusive des fibres circulaires, qui maintiennent la pupille dans un état de contraction permanente.

Les expériences plus récentes de Budge et de Waller tendent à confirmer les assertions de Valentin et à montrer que les fibres circulaires de l'iris sont fournies par la troisième paire et le trijumeau, tandis que les fibres radiées reçoivent leurs filamens nerveux du grand sympathique qui, par un rameau, vient joindre la branche ophthalmique du trijumeau à sa sortie du ganglion de Gasser. Aussi, lorsque l'on vient à irriter le nerf grand sympathique dans sa région cervicale, on détermine la dilatation de la pupille; si on le coupe, on détermine la contraction pupillaire.

Ces nouvelles expériences ne semblent-elles pas démontrer que toutes les fibres nerveuses du grand sympathique qui viennent du ganglion cervical à la pupille tirent leur origine des racines antérieures des nerfs spinaux, c'est-à-dire des portions cervicale inférieure et dorsale supérieure de la moelle. En effet, si l'on fait une section de la moelle entre la cinquième vertèbre cervicale et la sixième vertèbre dorsale, on détermine la contraction des ouvertures pupillaires. Si la section ne porte que sur une partie latérale de la moelle dans la ré-

Feuilleton.

SUR L'ORGANISATION MÉDICALE EN ESPAGNE.

La presse médicale périodique de Madrid a présenté dans ces derniers temps une physionomie toute particulière et un intérêt inaccoutumé. Au lieu d'un parement scientifique, une grande partie de ses colonnes était consacrée à défendre les droits et les intérêts professionnels de la corporation qu'elle représente, à examiner la législation actuelle concernant l'art de guérir, à en signaler les vices, les défauts, à combattre les abus qui en sont la conséquence, et à proposer des améliorations, des réformes à ce sujet.

Toutefois, ce changement ne fut pas le fait propre, spontané de la presse médicale, l'impulsion lui en fut donnée par le corps médical tout entier; voici dans quelles circonstances. Dès que la révolution de Juillet eut éclaté, il se manifesta parmi les hommes de l'art comme un vaste *pronunciamiento* en faveur de l'union, de l'indépendance professionnelle et la réforme de la législation en vigueur. Ce fut un mouvement analogue à celui qui se produisit à Paris, parmi nous, en 1848; seulement au lieu de se circonscrire, de se localiser, il se généralisa et s'étendit dans toutes les provinces. Alors, de tous les points de la Péninsule, des demandes, des propositions, des réclamations, des plaintes furent adressées à la presse à ce sujet, et cela en si grand nombre, qu'elle s'est vue dans l'impossibilité matérielle de tout publier. De nouveaux journaux furent fondés pour les besoins de la cause, des réunions, des banquets, des associations de médecins eurent lieu, des pétitions furent adressées à la reine par les académies et les colléges de médecine, etc.; enfin, l'agitation fut telle que l'invasion du choléra ne put ni l'apaiser, ni la ralentir; au contraire, ces tristes circonstances furent le sujet et l'occasion de récriminations plus vives, de plaintes plus amères. Et cela se comprend de reste, car le mouvement étant dirigé surtout contre l'organisation médicale, ou plutôt contre ses vices et ses défauts, l'épidémie cholérique rendait ceux-ci plus visibles, les grossissait, les exagérait, pour ainsi dire, en augmentant l'exercice de l'art, et excitait d'autant plus ainsi les plaintes et les récriminations. Mais ce n'est pas ici le cas d'entrer dans le fond de ce débat, cela nous conduirait trop loin; nous voulons seulement signaler certaines particularités curieuses de l'organisation médicale espagnole qui ressortent de ce débat, et qu'il peut être intéressant de faire connaître parmi nous.

Les grades pour l'exercice de l'art de guérir sont très nombreux et variés en Espagne. Il y a d'abord les chirurgiens *puros*, c'est-à-dire spéciaux, n'ayant que le droit d'exercer la chirurgie. On en compte de 1re, de 2me et de 3me classes. Il y a, au-dessus, les licenciés, puis les docteurs. La même distinction et les mêmes grades existent pour la médecine. Enfin, il y a *los medicos-cirujanos* qui, réunissant les deux titres, réunissent également les deux degrés à la fois.

A ces titres, ces degrés divers, basés sur la durée et la nature des études, correspondent des prérogatives, des attributions différentes. Mais la législation a tant varié sur ce point, que la plupart ont perdu ou gagné de leurs droits primitifs, qui changent encore tous les jours, suivant les décrets ou ordonnances ministérielles. C'est ainsi que les licenciés en médecine, et ceux en médecine et chirurgie qui avaient le droit de remplir certaines fonctions, lors de leur réception, en ont été privés depuis par suite de certaines réformes sans être nullement indemnisés. De même, tandis que des médecins *puros* ont pu acquérir le droit d'exercer la chirurgie après une simple épreuve orale ou écrite, cette faculté réciproque d'exercer la médecine a été refusée aux chirurgiens, etc., etc.

Les abus sont donc fort graves sous ce rapport, mais ils le sont encore bien davantage, relativement à l'exercice, à la pratique de l'art. Le praticien libre, indépendant, n'existe guère en Espagne, ou du moins il n'a qu'une position précaire et presque impossible : chaque commune, chaque municipalité ayant un médecin ou chirurgien officiel qu'elle paie par une dotation annuelle en argent ou en nature, lequel doit, en retour, donner ses soins gratuits à ceux qui les réclament. Ce sont les *partidarios* ou médecins abonnés. Les grands centres de population en ont plusieurs, soit médecins, chirurgiens ou médecins-chirurgiens, tout à la fois, et souvent même des pharmaciens; bien plus, pour tous ces grades, il y a les titulaires et les adjoints. Quand, au contraire, une commune ne peut entretenir, à elle seule, un de ces hommes de l'art, elle se joint à une ou plusieurs autres voisines pour l'occuper et le payer.

On comprend, dès lors, que les praticiens libres soient rarement appelés ou consultés parmi ces populations ayant un homme de l'art officiel, gratuit, et il ne s'en établit guère que pour rivaliser, guerroyer avec le maître de la place pour chercher à la lui enlever. Il n'est pas rare même que des praticiens libres offrent ainsi leurs services au rabais pour déposséder un confrère à leur profit, et ce sont précisément ces exemples trop fréquens qui sont le sujet des plaintes les plus vives. « Si la cause de nos maux doit toujours exister dans notre sein, » c'est en vain que nous demanderons des améliorations, car nous » serons toujours les premiers à conspirer contre les intérêts de nos » confrères. » (*Heraldo medico.*)

C'est donc là une organisation essentiellement vicieuse, contraire à l'union des deux ordres de praticiens, et jointe à la jalousie, à l'envie traditionnelle des médecins, elle nuit beaucoup à leur considération et à leurs intérêts.

Voici maintenant le triste tableau de la position des *partidarios* : « Tenus dans la honteuse et humiliante dépendance de l'autorité muni- » cipale qui dispose d'eux à sa volonté arbitraire, et dont les décisions » et les fautes sont sans appel, ils sont comme les médecins de *camera* » des maires, et si l'on a toujours eu pitié de certains médecins de rois » capricieux, malgré les avantages qui rendaient leur position moins » pénible, combien ne doit-on pas plaindre davantage celle d'un » médecin subordonné à la volonté d'un roitelet de village, sans autre » rétribution que le maigre morceau de pain qui nourrit sa famille. » (*Semanario.*)

En effet, à en juger par les annonces officielles des vacances qui se trouvent à la quatrième page des feuilles médicales madrilènes, la plupart des *partidos* sont peu rétribués, et quelques-uns avec des condi-

gion sus-indiquée (et que MM. Budge et Waller appellent région cilio-spinale), on obtient la contraction de la pupille du côté correspondant; de même lorsque l'on coupe les nerfs spinaux de cette région ou seulement les racines antérieures de ces nerfs.

Les remarques physiologiques qui précèdent, peuvent clairement rendre compte du fait noté dans l'observation qui va suivre. J'ai cru devoir les mentionner parce qu'elles ne me paraissent pas avoir attiré, de la part des médecins, l'attention qu'elles méritent. A l'époque où je présentai le sujet de cette observation, à la Société médico-chirurgicale, j'ignorais qu'on eût noté la contraction de la pupille, à titre de symptôme d'anévrysme cervical ou thoracique. Je fis remarquer alors qu'il n'était point rare de rencontrer une différence dans la dilatation des deux pupilles, et que, dans le cas présent, ou dans tout autre cas isolé, il eût été possible de considérer cette différence des pupilles comme une simple coïncidence, si l'explication physiologique n'eût été présente à l'esprit des observateurs. Le docteur Walshe, dans la dernière édition de son *Traité des maladies des poumons et du cœur*, rapporte un cas d'anévrysme de la racine du cou où il est noté que l'une des pupilles était très notablement plus petite que l'autre, et cela sans qu'il existât, du côté du cerveau, aucun symptôme qui pût expliquer cette différence de dilatation pupillaire. Malheureusement, dans cette observation, on n'a point recherché dans quel état se trouvaient les nerfs du cou, au niveau de la tumeur, et on n'a point donné de détails suffisans sur la position de l'anévrysme, pour qu'il soit permis de déterminer, d'une façon précise, les rapports de la tumeur avec les nerfs environnans. Cependant, l'observation de Walshe et celle qui a été publiée dans la *Gazette médicale* (1838), concourront, je l'espère, avec l'observation ci-dessous rapportée, à fixer l'attention des médecins sur la contraction des pupilles dans des cas semblables ou analogues.

Voici l'observation de M. Gairdner :

J. W..., âgé de 40 ans, carrier de profession, homme très robuste, s'est présenté pour la première fois à ma visite à l'automne de 1854. A cette époque, il avait tous les signes d'un anévrysme considérable de la racine du cou du côté gauche. L'expansion du sac anévrysmal se montrait surtout au-desssus de la clavicule. Il y avait de la matité à la percussion, un demi-pouce au-dessous de la clavicule. Point de bruit dans la tumeur, si ce n'est un double choc à fortes vibrations. La circulation n'était point interrompue dans la sous-clavière ni dans la carotide. Il n'y a jamais eu d'œdème du bras gauche, mais le malade a souvent éprouvé de l'engourdissement et de la donleur dans ce bras. Il y avait plus de douleur dans le bras qu'au siége de la tumeur. Douleur lancinante très vive dans la partie postérieure de l'épaule, *sentiment de chaleur du côté gauche de la face et de la tête*, mais jamais de turgescence. Aucun signe d'hypertrophie ni d'autre maladie du cœur.

Le malade raconte qu'il y a deux ou trois ans, après avoir fait des efforts considérables pour soulever une enclume de forgeron, il devint complétement aveugle pendant quelque temps, et ressentit en même temps de la douleur dans le bras gauche. Il ne retira point de soulagement des conseils qui lui furent donnés par un médecin, et se remit à travailler jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital. Un an après l'accident, la douleur du bras s'est étendue aux doigts. Le malade éprouve une grande difficulté à respirer lorsqu'il monte une montagne, et cet essoufflement facile date d'une année. Jamais le malade ne s'était aperçu qu'il portait une tumeur, jusqu'au jour où on la lui á montrée à l'hôpital.

La première fois que je vis le malade, la différence de dilatation des deux pupilles était aussi grande qu'elle le fut plus tard pour ceux qui suivirent les progrès de la maladie; mais dans les dernières semaines qui précédèrent la mort du malade, il devint plus difficile de bien distinguer cette différence de dilatation pupillaire. Cependant, sous l'influence de moyens convenables, il avait été possible de voir que la dilatation de la pupille du côté gauche était bien peu sensible. Cette observation fut faite à plusieurs reprises pendant six semaines.

En décembre 1854, on fit plusieurs expériences avec l'atropine et la belladone, qui donnèrent les résultats suivans :

1° La pupille affectée était susceptible de dilatation sous l'influence d'une solution d'atropine versée sur la conjonctive. La dilatation pupillaire n'était peut-être pas tout à fait complète, mais bien peu s'en fallait. Cette dilatation ne commençait cependant que trois quarts d'heure à peu près après l'application de l'atropine sur l'œil. Elle durait environ deux jours, et pendant plusieurs jours l'inégalité pupillaire était à peine apparente.

2°. Les pupilles étant dans leur condition habituelle d'inégalité, on donnait à l'intérieur l'extrait de belladone à doses répétées, jusqu'à ce qu'on obtînt la double dilatation pupillaire. En agissant ainsi, l'on observait, pendant toute la durée de l'expérience, que la pupille gauche restait plus petite que la pupille droite.

La tumeur anévrysmale ne fit point de grands progrès jusqu'à la fin de l'année. Les douleurs étaient continuelles, mais le malade se trouvait soulagé par l'application de mélanges réfrigérans sur la tumeur.

Au mois de décembre (31), pour lutter contre la douleur et les battemens qu'éprouvait le malade, on prescrivit des sangsues sur la tumeur, en même temps qu'un régime sévère. Une seconde application de sangsues fut faite à la demande du malade; mais la tumeur commença à prendre une grande extension pendant les mois de janvier et février. On continuait toujours les mélanges réfrigérans. Le 27 février, on fit une saignée du bras qui n'amena aucun soulagement. Bientôt les douleurs devinrent si grandes, qu'il fallut avoir recours à de très hautes doses d'opium pour procurer quelque repos au malade. En mars, je remarquai que J. W..., pendant qu'il était assis près du feu, cherchait un point d'appui pour ses mains au-dessus de sa tête. Il nous dit que dans cette position il éprouvait quelque soulagement. Dans le courant du même mois, on avait eu recours à plusieurs médicamens sédatifs, tels que l'aconit, les préparations du chanvre et l'opium, administrés d'après la méthode du docteur Wood. Mais le malade demanda qu'on lui donnât de nouveau la morphine à l'intérieur, parce que, disait-il, c'était le moyen de lui procurer le plus de repos. La tumeur prenait une extension de plus en plus grande à la racine du cou, mais elle ne montrait point de tendance à devenir superficielle.

A cette époque, on nota deux nouveaux symptômes : une petite toux suivie d'expectoration muqueuse, et un affaiblissement dans la puissance de mouvoir les doigts de la main gauche, qui restaient à demi-fléchis.

A partir de l'époque où nous avions observé le malade pour la première fois, nous avions remarqué qu'il existait de la dysphagie et un peu de raucité de la voix; ces lésions fonctionnelles avaient augmenté dans les derniers temps. Dans le mois d'avril, le malade expectora un peu de sang. Le malaise général et tous les symptômes s'accrurent. J. W... restait la plupart du temps au lit. Bref, le 22 avril il expira tout à coup, après avoir rejeté deux ou trois tasses à thé de sang artériel.

Autopsie. — L'examen de la poitrine montre un anévrysme de la crosse de l'aorte, communiquant avec la partie supérieure de l'artère par une ouverture ayant à peu près un pouce de diamètre. Le sac anévrysmal entourait l'artère carotide gauche, qui était sensiblement dilatée dans une très faible étendue de son trajet.

L'artère sous-clavière gauche était normale et située en avant du sac anévrysmal, qui était de forme irrégulièrement oblongue, du volume d'un gros citron, et occupait l'espace sous-claviculaire, en même temps que la racine du cou du côté gauche. De plus, la tumeur se prolongeait en arrière vers les 5me, 6me et 7me vertèbres cervicales, et vers les 1re et 2me vertèbres dorsales, avec lesquelles elle était en contact. En avant, le fascia cervical profond, l'artère carotide, la veine jugulaire et le nerf pneumo-gastrique étaient étendus sur la tumeur, qui cependant exerçait sa pression dans le sens opposé.

L'artère et la veine sous-clavière, de même que les muscles scalènes, étaient légèrement portés en dehors et en avant, mais ils n'adhéraient point au sac. La partie inférieure et postérieure de la tumeur était fortement adhérente à la colonne vertébrale et à l'œsophage. Peut-être le sac exerçait-il une légère pression sur la trachée et le nerf récurrent du côté gauche, mais ces organes ne paraissaient point notablement déplacés. Les branches inférienres du plexus brachial étaient étendues sur la partie supérieure du sac, et cela au moment de leur sortie de la colonne vertébrale. Le nerf grand sympathique était en contact immédiat avec le sac, au point où il va former le ganglion cervical en avant de l'artère vertébrale.

Les corps des vertèbres sus-mentionnées étaient assez profondément érodés sur leur côté gauche, et les apophyses transverses des 6me et 7me vertébrales cervicales étaient en grande partie résorbées.

La surface supérieure de la première côte, près de son tubercule, et l'apophyse transverse correspondante du côté gauche, étaient aussi légèrement érodées.

Au niveau de la 7me cervicale, il y avait une large ouverture ovale, ayant un demi-pouce d'étendue, qui établissait une communication entre le sac anévrysmal et la dure-mère de la moelle. Cette ouverture de communication était la conséquence de la disparition de l'apophyse transverse, d'une portion de l'arc et du corps de la 7me vertèbre cervicale. Le sac était rempli de caillots sanguins, et, sur le côté opposé aux vertèbres affectées, on remarquait des couches de fibrine qui doublaient le sac.

En examinant l'œsophage, on reconnut qu'il communiquait avec l'anévrysme par une ouverture d'une étendue de trois quarts de pouce.

La muqueuse trachéale était normale.

L'estomac contenait à peu près une pinte de sang.

Le cœur et la plus grande partie de l'aorte étaient sans altération remarquable.

Le sommet du poumon gauche était fortement adhérent à la poche anévrysmale dans une étendue de plus d'un quart de pouce. En cet endroit le sac était très mince. En tout autre point les poumons, de même que tous les autres organes, étaient dans un état normal.

Les pupilles étaient dans l'état de dilatation que l'on observe après la mort, et il n'y avait point de différence appréciable entre la pupille du côté droit et celle du côté gauche.

Des remarques précédentes et de l'observation qui vient d'être rapportée, on peut conclure avec raison :

1° Que l'anévrysme n'entourait point la première portion de l'artère sous-clavière mais était situé sur un plan postérieur à l'artère. Ce qui explique le peu d'obstacle que mettait la tumeur à la circulation artérielle et veineuse dans le membre supérieur gauche.

2° Que l'anévrysme exerçait sa principale pression en arrière et en dedans; et cela plus sur les racines émergentes des nerfs spinaux et leurs anastomoses avec le grand sympathique, que sur la carotide, le pneumogastrique ou le nerf récurrent. Ces faits avaient été prévus par les symptômes observés dans le mois de décembre et par la position de la tumeur. La raucité de la voix et la dysphagie, qui avaient augmenté dans les derniers temps, témoignaient de l'envahissement de la tumeur sur des organes qui, primitivement, n'avaient point été affectés.

3° Que l'artère vertébrale et le ganglion cervical inférieur; qu'une portion de plexus brachial, que les racines antérieures de plusieurs des branches cervicales et les rameaux qu'elles fournissent au grand sympathique avaient été complétement détruits ou pour le moins très altérés dans leur structure et leurs rapports. Ajoutons que l'anévrysme pouvait avoir exercé une certaine pression sur la moelle, et cela particulièrement sur la région que MM. Budge et Waller ont décrite sous le

---

tions qui surprendront étrangement parmi nous. Ainsi, la dotation consiste souvent dans le logement, et une certaine quantité de blé, d'orge ou d'autres grains, de vin, de bois, etc., ou bien, dans certains cas, le tout est remplacé par des appointemens fixes de 4 à 5,000 *reales*, c'est-à-dire, 1,000 à 1,200 francs; souvent moins, rarement davantage. Et dans ces derniers cas, les solliciteurs sont tenus de faire preuve de leur aptitude et de leur capacité, de leur conduite morale, de leurs opinions politiques, et surtout de plusieurs années de pratique. Telle est la part faite aux médecins ou médecins-chirurgiens. Quant aux chirurgiens *puros*, leurs appointemens sont beaucoup moins élevés, quelquefois même nuls, et ils n'ont le droit d'exiger que 8 à 10 réales par accouchement (2 fr, 50 c.), 4 réales par vaccination, et de se faire payer 20 réales la visite des malades atteints d'affections vénériennes. Ils sont tenus de saigner, d'arracher les dents, d'appliquer saugsues, emplâtres, d'aller raser à domicile, et souvent il est exigé, par un article exprès du contrat, qu'ils entretiennent constamment un apprenti à cet effet. Les pharmaciens sont beaucoup mieux payés, mais ils sont obligés de fournir gratuitement tous les médicamens nécessaires aux personnes et aux animaux.

Telle était l'organisation médicale en Espagne, quand parut, à ce sujet, le fameux décret du 5 avril 1854. D'après ses dispositions principales, tous les médecins-chirurgiens ou pharmaciens de *Partido* devaient être proposés ou approuvés par l'administration supérieure avant d'être admis par l'autorité locale, et, après leur nomination, ils devaient être inamovibles et rétribués d'après un tarif fixe, invariable.

Ce décret pouvait réaliser un double progrès, car, en organisant le service sanitaire des populations et de la bienfaisance publique, qui était son objet principal, il avait, pour conséquence, l'amélioration morale et matérielle des *partidarios*, en rendant leur position indépendante et mieux rétribuée. Pourtant, pour montrer sa valeur réelle à cet égard, il faut dire qu'il n'accordait aux chirurgiens spéciaux que 2,000 réales, c'est-à-dire, 500 francs de traitement annuel. Aussi, est-ce avec raison que le docteur Gonzalès s'écrie à ce sujet : « Que pourra faire un chirurgien avec cette faible dotation? Comment alimenter le corps et l'âme? Quel plaisir trouvera-t-il dans l'étude? » Quelle somme pourra-t-il consacrer à ses moyens d'instruction, tels » que livres et journaux? Il n'y a cependant pas moyen de nous faire » caméléons; nous ferons donc un carême éternel, qui, subi avec » patience, servira à la rémission de nos péchés, lesquels ne seront pas » du moins ceux de *la gula*. »

Néanmoins, du jour où le gouvernement espagnol voulut faire exécuter ce décret, il rencontra des obstacles insurmontables. Rendu en dehors des formes constitutionnelles, il fut vivement attaqué et repoussé par les municipalités, déclaré attentatoire à leurs droits, et la révolution étant survenue dans ces circonstances, le premier usage que les *Juntes* communales firent de leur liberté, de leur pouvoir absolu, fut de déclarer nul le fameux décret, et de nul effet tous les traités ou *contratos* faits en conséquence.

C'est alors qu'éclata, parmi le corps médical, cette résistance, cette lutte énergique qui se traduisit d'abord en reproches amers, et plus tard, en actes menaçans. Chacun comprit que ce rejet du décret du 5 avril était dirigé contre l'indépendance et les intérêts professionnels; et l'on fut unanime à réclamer impérieusement son exécution pure et simple. Malheureusement le même accord n'existait pas sur les moyens d'y parvenir. Les uns voulaient que toute initiative, à cet égard, fut laissée au gouvernement, tandis que d'autres voulaient prendre cette initiative eux-mêmes. Enfin, une voix proposa l'union, l'association de tous les hommes de l'art entre eux, comme le moyen infaillible de vaincre toute résistance à cet égard. « Le seul vrai remède d'améliorer » notre situation est dans nos mains, et c'est à nous que revient l'initiative de l'employer. Défendons nos droits comme les communes » défendent les leurs. Elles demandent la liberté de s'entendre avec » nous, proclamons cette liberté entière pour nous entendre avec elles. » Mais pour défendre nos droits, et nous émanciper de la tyrannie » qu'elles nous ont imposée, les efforts de quelques-uns ne suffisent » pas, il est nécessaire d'unir toutes nos actions, de former une association, et de procéder solidairement avec la persévérance, l'enthousiasme et la foi qu'inspirent la légitimité de la cause et la sécurité du » triomphe. Unissons-nous donc et soyons médecins avant tout, demandant tout pour la science et par la science, pour les médecins et par » les médecins. »

Cet appel fut d'autant mieux écouté, entendu et compris en Espagne, parmi la corporation médicale qu'une société de secours mutuels, dont le centre est à Madrid, et s'étendant dans toutes les provinces de la Péninsule existe déjà entre les médecins, chirurgiens et pharmaciens, qu'elle y produit les plus grands bienfaits, et qu'ainsi chacun était à même d'apprécier les avantages de l'association. Celle-ci a pour but, moyennant une cotisation annuelle, de servir une pension viagère aux veuves ou orphelins des membres décédés qui la réclament par une demande expresse, et même à ceux que l'âge ou des infirmités rendent incapables d'exercer. Elle rend ainsi les plus grands services aux nécessiteux ou à leurs familles, et il serait à désirer que cet exemple déterminât une association analogue parmi nous.

Aussi, cette proposition, ce programme fut-il vivement appuyé et bientôt accepté par la majorité du corps médical. Il en est résulté une vaste et puissante association désignée sous le nom d'Emancipation médicale, suivant le but qu'elle se propose, d'affranchir les hommes de l'art de l'esclavage des municipalités. A cet effet, tous les adhérens doivent s'engager à ne traiter avec les communes qu'à des conditions uniformes en rapport avec le décret du 5 avril. En reliant ainsi tous les membres du corps médical, en en formant un tout homogène et compacte, cette association mettra un terme aux discussions, aux disputes des *partidarios* avec les municipalités, ainsi qu'aux rivalités des hommes de l'art entre eux, toujours si préjudiciables à l'intérêt et à la dignité médicale.

L'émancipation médicale est donc destinée à jouer un rôle important dans l'avenir de notre profession en Espagne. Jusqu'ici, en présence des débats des Cortès constituans, elle s'est bornée à se recruter, à établir ses statuts, sans pousser son action plus loin. Mais il nous semble, d'après ces statuts mêmes, qu'elle doit opérer une rénovation professionnelle, radicale. Déjà des *partidarios* ont donné leur démission pour être fidèles à son esprit, et des municipalités ont été obligées de se conformer au décret d'avril, pour conserver leurs médecins abonnés. Une autre réforme importante vient aussi de s'accomplir par suite des abus, des illégalités que cette association a dévoilés : c'est l'enregistrement des diplômes au chef-lieu dont l'obligation vient d'être inscrite dans la loi sanitaire. Enfin, chaque jour de chaudes et nombreuses adhésions viennent appuyer les programmes de l'Emancipation, et encourager ses auteurs. Oui, dit l'*Heraldo*, il ne reste à la corporation médicale qu'à s'unir sous la bannière levée par Gallego, et ainsi, avec constance, fermeté, moralité et l'aide de la presse, elle obtiendra une complète réorganisation.

D[r] P. Garnier.

Études sur les bases de la science médicale, et exposition sommaire de la doctrine traditionnelle, par le docteur J.-C. Faget (de la Nouvelle-Orléans); ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Caen, deuxième prix exceptionnel (médaille d'or). Un vol grand in-8 de XXIII-444 pages. — Prix : 7 fr.

Paris, Victor Masson, libraire.

Du tremblement des mains et des doigts et description de deux machines orthopédiques à l'aide desquelles les malades qui ont été amputés du poignet droit ou qui ont un tremblement *oscillatoire* de la main droite peuvent écrire, par J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux, etc. In-8, avec 6 figures intercalées dans le texte. Paris, 1855, J.-B. Baillière.

nom de région cilio-spinale.

La localisation de la paralysie, et surtout la faible quantité de paralysie de la sensibilité du bras gauche, permettent de croire que la moelle n'avait point été désorganisée dans une grande étendue, et que la compression avait surtout porté sur les racines antérieures des nerfs spinaux.

Ces faits suffisent amplement pour rendre compte du phénomène que je signalais à la Société médico-chirurgicale, à savoir : la contraction permanente de l'iris dans un cas de tumeur qui comprime le nerf grand sympathique au niveau de la région cervicale inférieure.

La mort fut déterminée par l'hémorrhagie dans l'œsophage, et il est probable que l'estomac et une portion de l'intestin étaient déjà remplis de sang avant que le malade n'eût de vomissement de sang. La petite quantité de sang, mêlée aux crachats, pourrait bien venir de l'œsophage; mais je crois plutôt qu'elle était le résultat du passage d'une certaine quantité de sang du sac anévrysmal dans le sommet du poumon gauche.

SYPHILIOGRAPHIE.

DU CHANCRE AU POINT DE VUE DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE;

Par le docteur Henry MUSSET, de Ste-Terre (Gironde), ancien interne de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc.

(Voir les nos des 31 Mai, 19 Juin, 7, 21 Juillet, 1er Septembre et 9 Octobre 1855.(

ERRATUM. — Dans le numéro du 9 octobre, sous le titre qui précède, à la seconde colonne, ligne 55e, au lieu d'*ecchymoses secondaires*, lisez *ecthymas secondaires*.

Nous arrivons à l'étude du chancre induré, la pierre angulaire de l'édifice syphilitique.

S'il est une vérité dont se soit enrichie la science syphiliographique moderne, c'est sans aucun doute celle qui nous apprend que tout individu affecté d'un chancre spécifiquement induré, est fatalement exposé aux ravages de la syphilis constitutionnelle, en l'absence bien entendue de toute intervention médicale.

Depuis que M. Ricord a révélé ce grand fait étiologique, près duquel ont passé, sans en comprendre toute l'étendue, les syphiliographes qui l'ont précédé, il en est peu aujourd'hui parmi ceux qui s'occupent de ce genre d'étude, qui ne l'acceptent comme définitivement inscrit au livre de la science. Quelques-uns sans doute ont cherché à le combattre; mais remarquons que la plupart se trouvaient déjà en quelque sorte engagés, soit par des écrits antérieurs, soit par de respectables traditions, à repousser une doctrine qui venait non seulement ébranler, mais encore détruire les idées dont ils étaient les représentans. La faiblesse humaine pourrait bien expliquer, jusqu'à un certain point, de pareilles concessions faites à l'amour-propre ou à la piété du souvenir; mais il est une exception dont le mystère nous jette dans un cruel embarcas, et c'est M. Vidal qui nous la fournit. En effet, nous ne comprenons pas que cet auteur, qui observe dans le même hôpital où nous avons recueilli nos documens cliniques, où, à l'exemple de tant d'autres, nous avons pu journellement vérifier l'exactitude des doctrines enseignées par M. Ricord, professe et soutienne à l'encontre de ces mêmes doctrines que l'induration spécifique du chancre n'a aucune signification pathologique, puisqu'elle est, selon lui, commune à tous les ulcères primitifs indistinctement. Quoi! le chancre induré n'existe pas comme type particulier et il ne porte pas avec lui l'idée d'infection, de syphilis constitutionnelle!!! Eh bien alors brûlons nos livres, brisons nos plumes, laissons à l'empirisme le soin de nous éclairer et de nous guérir, et avouons que la médecine, dépouillée ainsi de ses prétentions de science exacte, n'est plus digne des travaux de l'intelligence. Mais avant de procéder à cet auto-da-fé de nos plus chères et de nos plus profondes convictions médicales, qu'il nous soit permis d'exposer à notre tour ce que nous savons du chancre auquel on veut, par une contradiction choquante, ôter le pouvoir d'infecter l'économie.

C'est à Hunter que l'histoire fait l'honneur de la première description de cette variété de l'ulcère primitif. Chancre huntérien et chancre induré sont synonymes. Mais ce grand physiologiste était loin de lui accorder la même signification que l'école contemporaine. « Le chancre a communément une base épaissie, dit-il, et bien que l'inflammation commune s'étende beaucoup au delà, cependant l'inflammation spécifique est limitée à cette base. » Dans ces paroles de Hunter se trouve résumée l'histoire de l'induration proprement dite. Cependant, il n'en tire aucune conséquence pratique, et son génie s'arrête pour ainsi dire aux portes de la vérité. Les syphiliographes qui le suivent imitent son exemple. Tous négligent ce caractère, qui va devenir entre les mains du Hunter français le point de départ de la diathèse syphilitique.

L'induration est constituée par un noyau dur, élastique, arrondi, représentant quelquefois une demi-sphère ou la moitié d'un pois sec, selon la comparaison de B. Bell. C'est sur la face libre que repose l'ulcération du chancre. Sa densité, son épaisseur, son volume, etc., varient selon une multitude de circonstances qui dépendent soit de la nature des tissus malades, soit des médicamens mis en usage, tantôt de la durée de la maladie, tantôt, enfin, du degré de l'inflammation qui a présidé à l'évolution du chancre; ainsi, par exemple, sur les tissus mous comme celui du fourreau, où les liquides peuvent arriver aisément, l'induration est dite *parcheminée*, à cause de la sensation particulière qu'on perçoit quand on la tient entre les doigts; lorsqu'elle est ancienne et qu'elle va se dissipant, elle est connue sous la dénomination de *gélatiniforme*.

Celui de tous les médicamens qui peut, sans contredit, dénaturer le plus ses caractères, c'est l'acétate de plomb liquide, dont on abuse si généralement dans le traitement des maladies vénériennes. Les molécules de ce sel s'infiltrant dans les mailles de la peau ou des muqueuses, y déterminent une sorte de congélation des tissus, qui simule d'autant mieux la véritable induration, qu'elle est plus dure et comme cartilagineuse.

L'induration est nettement circonscrite au milieu des tissus sur lesquels elle repose; elle s'en détache facilement quand on la soulève avec les doigts. Elle n'est qu'exceptionnellement douloureuse; indépendante, en effet, des parties voisines où elle semble être jetée comme un corps étranger, constituée en outre par un tissu dense, résistant, où l'élément fibro-plastique domine, tout annonce en elle l'insensibilité.

Nous venons de dire que la véritable induration pouvait varier de caractères sous l'influence de plusieurs causes, toutes indépendantes du virus syphilitique; de même, il peut arriver que ces causes agissant ensemble ou séparément sur un ulcère primitif quelconque, donnent à ce dernier les signes trompeurs du chancre induré. Il y a donc une vraie et une fausse induration; l'une spécifique, s'établissant dès les premiers jours de la contagion; l'autre, accidentelle, provoquée toujours par des causes purement locales et n'ayant rien de fixe, de fatal, dans l'époque de sa manifestation. De là, chancres *durs, endurcis*, pseudo-indurés que le clinicien doit savoir parfaitement distinguer de ceux qui offrent les caractères de l'induration spécifique. M. Vidal signale dans son livre ces diverses dénominations de chancres *durs, endurcis*, comme autant de signes qui annoncent de la part de ceux qui croient encore au chancre induré de profonds amendemens dans leur première manière de voir, et comme un retour aux idées anciennes. Examinons :

Tout ulcère, ou plutôt tout état inflammatoire, détermine toujours, dans un certain rayon de son siége, un œdème plus ou moins dur, un engorgement plus ou moins épais. Ce fait est général; et puisqu'on le constate journellement dans le domaine de la pathologie, pourquoi n'en serait-il pas de même de celui de la syphilis? Il est donc naturel de rencontrer à la base des chancres, qui tous s'accompagnent ou se sont accompagnés d'un état inflammatoire variable, un certain degré d'engorgement. Ainsi se trouve légitimée la croyance de ceux qui font de l'induration un caractère commun à tous les ulcères primitifs. Mais qu'on veuille bien remarquer les particularités suivantes : l'inflammation commune s'étend toujours au delà de la base du chancre et le fixe aux tissus envahis; l'inflammation spécifique, au contraire, est limitée au siége de l'ulcération et semble y faire corps étranger. La première tend à disparaître à mesure qu'elle s'éloigne du point de départ de l'affection; la seconde est essentiellement chronique et peut persister des mois et même des années.

Nous admettrons donc des chancres *durs, endurcis*, n'ayant de l'induration spécifique que les apparences; ils rentrent par là dans la catégorie des chancres simples, et, comme eux, sont sans effet sur l'économie.

Avant de rechercher dans un nouvel ordre de symptômes la véritable caractéristique de l'induration, disons que le *toucher* peut suffire à révéler la nature de celle-ci. Et s'il est vrai que M. Piorry, le Paganini de la percussion, arrive souvent, à l'aide de la plessimétrie seule, au diagnostic de la plupart des maladies, il ne l'est pas moins que M. Ricord distingue, à une simple inspection, quelquefois même à distance, l'induration spécifique de celle qui n'en a que les apparences. Mais comme il n'est pas donné à tous d'arriver à ce degré d'habileté, voyons s'il n'existe pas dans le voisinage du chancre induré un signe diagnostique absolu qui serve à le faire reconnaître.

Or, il faut le proclamer hautement, car c'est un fait incontestablement démontré par l'observation clinique, l'induration spécifique s'accompagne toujours, sans aucune exception, de l'engorgement multiple, indolent, moniliforme, des ganglions voisins. Afin de m'éclairer sur la valeur réelle de ce symptôme, j'ai examiné, pendant quatre mois, tous les ganglions indistinctement des malades admis dans ma division, et toujours j'ai pu constater une augmentation de volume survenue dans ces organes, toutes les fois qu'à côté d'eux se trouvait un chancre induré. Les ganglions sont alors durs, distincts, mobiles, non douloureux. Ces divers caractères s'expliquent par l'absence complète de tout symptôme inflammatoire. Dans les cas autres que ceux dont il est question, ils offrent des caractères et des dispositions variables, qui ne sont pas toujours en rapport avec les lésions du voisinage. Que d'urétrites, que de balano-posthites, que de lymphangites n'ai-je pas rencontrées sans retentissement du côté des ganglions inguinaux! Nous avons vu que le chancre phagédénique qui, par son étendue, ses ravages, sa marche inflammatoire souvent violente, semblerait devoir agir d'une manière constante et souveraine sur l'état des ganglions voisins, ne donne cependant lieu qu'exceptionnellement au bubon d'absorption, et, même le plus souvent, ne détermine aucune complication. Règle générale, à part les cas de chancres indurés, on voit toujours les symptômes développés du côté des lymphatiques disparaître ou s'amender en même temps que les lésions dont ils sont la conséquence. Avec l'induration spécifique, jamais pareille concordance ne s'observe. En effet, la tension ganglionnaire, indolente, multiple, persiste toujours après la disparition du chancre qui l'a produite; et s'il est vrai que l'induration spécifique est essentiellement chronique, il ne l'est pas moins que ce caractère appartient à l'état pathologique dont nous nous occupons.

Cette disposition des ganglions est tellement liée à la présence du chancre induré, que jamais, dans aucun cas, nous ne l'avons vue se développer sous l'influence des accidens secondaires ou tertiaires, quels que soient leur forme, leur volume, leur nombre, etc. Et cependant, le contraire semblerait bien plus naturel, si la pléiade ganglionnaire dépendait de toute altération siégeant près d'elle. Restons donc convaincus de cette corrélation intime que nous signalons entre l'inflammation spécifique et les ganglions qui l'avoisinent, si nous ne voulons pas nous exposer à des méprises remplies de confusion et de ténèbres.

Voici, en quelques mots, certaines conséquences graves, au point de vue de l'origine de la syphilis constitutionnelle, qui découlent de la coïncidence fatale de l'engorgement indolent des ganglions avec le chancre spéciquement induré.

Je suppose un malade, porteur d'un chancre labial, arrivé à sa période de réparation, ou d'un chancre ecthymateux du fourreau; dans ces deux cas, l'ulcère primitif n'a absolument aucun caractère du chancre huntérien; il a, comme nous l'avons du reste déjà dit, celui des accidens secondaires connus sous le nom de tubercule muqueux et d'ecthyma. Soutiendra-t-on alors qu'on est en présence d'accidens constitutionnels primitifs d'emblée; que, par conséquent, la succession des âges de la syphilis est une hypothèse, et qu'il faut conclure que la vérole peut se développer sans la préexistence du chancre? Non, assurément; car on trouvera toujours, avec le chancre labial, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires; avec le chancre du fourreau, l'adénite inguinale, phénomène morbide qu'on ne rencontre jamais à côté du tubercule muqueux et de l'ecthyma.

Un malade se présente un jour à la consultation du Midi, se plaignant de malaise, de courbature, de douleurs rhumatoïdes. Il était porteur de la pléiade inguinale caractéristique, prononcée surtout dans les ganglions les plus externes et d'une syphilide exanthématique. Il affirme n'avoir jamais eu de chancre. Interrogé activement, il m'avoue qu'il souffre à l'anus, et un examen attentif me démontre l'existence d'un chancre induré anal ayant la forme d'un V renversé. Admis à la salle 2, n° 21, il accusa ses honteux instincts.

La conviction profonde de la préexistence du chancre dans la production de la syphilis et la connaissance de l'engorgement spécifique des ganglions les plus voisins de son siége, me révélèrent, en cette circonstance, le point de départ de la vérole dont cet individu était atteint, vérole que, dans certains livres et dans certaines cliniques de Paris, on eût positivement rangée au nombre des syphilis constitutionnelles dites d'emblée.

Un malade est affecté de plaques muqueuses : il s'expose à une nouvelle infection et c'est sur l'induration persistante de son premier chancre qu'un second apparaît. Il peut ainsi transmettre à son tour la syphilis.

Si le diagnostic ne peut être rigoureusement établi entre l'ulcère primitif et les accidens secondaires, au milieu desquels il est implanté, et, d'après tout ce que nous avons dit des dispositions si diverses affectées par le chancre, nous en comprenons toute la difficulté, on serait porté à considérer la contagion, dans le cas qui nous occupe, comme l'effet des plaques muqueuses : la syphilis secondaire serait donc transmissible par contact. Mais si, au contraire, nous tenons compte de ce que nous venons de dire; à savoir, que les plaques muqueuses ne donnent jamais lieu à l'engorgement ganglionnaire; nous trouverons dans ce signe négatif l'élément essentiel du diagnostic. En effet, pour le cas en question, nous devons rencontrer la pléiade inguinale liée à la présence de l'induration voisine, sur laquelle existe et repose le chancre de récente contagion.

Que de fois en palpant les ganglions inguinaux d'un malade, ne suis-je pas arrivé, sans interrogatoire, à annoncer la présence du chancre induré? Un jeune étudiant en droit se présente un jour à mon examen, m'accusant une blennorrhagie sous le modeste titre d'*échauffement*; je rencontre chez lui la pléiade inguinale caractéristique. Interrogé sur l'existence d'un chancre dont il me paraissait être atteint, il me répondit formellement par la négative. Or, je découvris, à la partie postérieure du fourreau, un superbe chancre induré, qui avait été considéré jusqu'alors comme un *bouton* sans importance et qui était accompagné d'une syphilide exanthématique également méconnue, etc., etc...

Puisque nous venons de prouver que le chancre induré existe comme variété de l'ulcère primitif, nous pouvons maintenant aborder quelques-unes des particularités les plus importantes de son histoire.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

IODOTHÉRAPIE,

OU DE L'EMPLOI MÉDICO-CHIRURGICAL DE L'IODE ET DE SES COMPOSÉS, ET PARTICULIÈREMENT DES INJECTIONS IODÉES;

Par A.-A. BOINET, lauréat de l'Institut, de la Faculté, etc.

Paris, 1855, Victor Masson, libraire.

Il y a trente-cinq ans à peine que l'iode, récemment découvert, fut introduit dans la matière médicale par le docteur Coindet, et déjà par l'énergie de son action thérapeutique et par la multiplicité de ses applications, il est devenu un des agens les plus importans et les plus indispensables, se plaçant à côté du fer, de la morphine, de la quinine. Nul médicament ne méritait mieux les honneurs d'une monographie.

M. Boinet l'a entreprise, et joignant aux nombreuses recherrhes qui lui sont particulières tous les travaux de ceux qui l'avaient précédé ou l'ont suivi dans cette voie, il lui a donné toute l'extension que pouvait comporter ce sujet. Tous ses jugemens sur l'action thérapeutique de l'iode sont appuyés d'observations multipliées, les unes lui appartenant, d'autres puisées dans les auteurs.

L'ouvrage commence par un historique rapide, mais complet des différens travaux publiés en France et à l'étranger sur l'emploi médical de l'iode et de ses composés. L'auteur montre que depuis les temps les plus reculés et partout, les médecins ont mis à profit les propriétés médicales de l'iode contenu dans les plantes marines et les eaux minérales qu'ils administraient dans le goître et les scrofules. Il rappelle ensuite toutes les applications de plus en plus étendues qui furent faites de ce corps simple depuis sa découverte par Courtois. Il attribue à M. Velpeau l'honneur d'avoir employé le premier les injections iodées contre l'hydrocèle, et revendique pour lui-même celui de les avoir appliquées à la guérison des abcès, combattant les prétentions élevées par M. Lugol à ce sujet. Il est vrai que ce dernier avait, avant M. Boinet, fait usage des injections iodées dans les abcès scrofuleux, mais c'était dans le but surtout de faire absorber à l'économie la plus grande quantité possible d'iode, et nullement dans celui de déterminer une inflammation adhésive comme moyen curatif.

Le deuxième chapitre est consacré à des considérations médicales et physiologiques sur l'action de l'iode pris à l'intérieur. Ces considérations sont, en grande partie, empruntées à l'ouvrage de M. Dorvault. L'iode, y dit-on, a une action locale irritante et une action générale après absorption. Il est éliminé par les différentes sécrétions, mais surtout par l'urine. La plus grande partie est presque immédiatement expulsée par cette voie. Mais une portion reste donc dans l'économie et y séjourne assez longtemps, quelquefois plus de trois semaines. L'action irritante locale de l'iode peut être presque entièrement annulée par sa combinaison avec le potassium; administré de cette façon, il ne donne jamais lieu à ces terribles accidens qui avaient fait un instant rejeter l'emploi de l'iode à l'intérieur. Si l'iodure de potassium détermine quelques phénomènes morbides, tels que du coryza, du larmoiement, du ptyalisme et des éruptions cutanées, ces phénomènes ont toujours la plus grande bénignité, et cèdent immédiatement à la suppression du médicament. En un mot, c'est un médicament absolument inoffensif quand il est convenablement administré; mais poussé trop loin, il donne lieu, quand l'économie est saturée d'iode, à l'ivresse et à une sorte de cachexie iodique.

Les doses d'iodure de potassium administrées à l'intérieur doivent être progressivement croissantes, et, en général, on ne dépasse guère celle de 6 grammes par jour. Dans les affections chroniques, telles que les scrofules, M. Boinet conseille d'associer l'iodure à l'alimentation, et il propose comme le meilleur de tous les moyens, le mélange d'une certaine quantité de poudre de varech au pain dont se nourrissent les malades.

Dans le troisième chapitre, l'auteur expose l'action locale de l'iode. Mis en contact sous forme de teinture avec la peau, les muqueuses, les surfaces suppurantes ou les membranes séreuses, ce métalloïde produit des effets dont l'étude offre un grand intérêt à cause des nombreuses applications qui en ont été faites.

Sur la peau, cet effet se bornait à une coloration jaune, un certain degré d'astriction et l'exfoliation de l'épiderme. Sur la muqueuse, la teinture concentrée détermine de petites escharres superficielles et une inflammation par suite de laquelle la sécrétion morbide, d'abord suspendue, se modifie ensuite de façon à faire promptement place à une suppuration louable, puis à la sécrétion plastique, élément nécessaire à la guérison. Conséquence précieuse du contact de l'iode avec les surfaces suppurantes, l'astriction et l'escharrification superficielle qu'il détermine s'opposent à la résorption de la matière putride et mettent ainsi à l'abri des terribles dangers de la pénétration de l'air dans les vastes foyers purulens. Quant aux séreuses, la teinture, suivant qu'elle est étendue ou concentrée, y produit ou une simple modification de la sécrétion ou une inflammation plastique qui détermine l'adhérence des surfaces en contact.

L'inflammation produite par l'iode sur les surfaces se propage, à divers degrés, aux tissus sous-jacens, et y fait naître un gonflement ordinairement modéré, en même temps qu'il se manifeste une réaction fébrile plus ou moins marquée, suivant l'étendue des surfaces, mais jamais grave.

Infiltrées dans le tissu cellulaire, les solutions iodiques, suivant M. Boinet, ne donnent pas lieu, comme la plupart des liquides irritans, à des gangrènes étendues. Concentrées, elles limitent elles-mêmes leur action par l'astriction et l'escharrification qu'elles produisent, et qui les empêchent de s'épancher au loin; étendues, elles semblent innocentes, et entre les mains de M. Brainard, elles ont eu même une influence très favorable sur les inflammations érysipélateuses. Injecté dans les cavités ou dans le tissu cellulaire, appliqué à la surface des plaies ou sur la peau, l'iode est absorbé et se répand dans toute l'économie, comme l'a démontré M. Bonnet. Cette absorption n'a jamais donné lieu à aucun phénomène grave d'intoxication; cependant elle doit engager à éloigner un peu les applications quand on agit sur de vastes surfaces.

Dans le quatrième chapitre, l'auteur passe en revue les préparations d'iode les plus employées, et indique leur mode d'application le plus convenable. Enfin, après toutes ces notions préliminaires, il arrive aux applications spéciales de la médication iodique. Les nombreuses affections où elle a été mise en usage sous diverses formes sont divisées, par M. Boinet, en plusieurs groupes, à travers lesquels nous le suivrons rapidement.

Il commence par les scrofules et la syphilis. Ici l'utilité des iodiques n'est plus mise en doute par personne, et nous n'y insistons pas; mais il est une application particulière de l'iode à la syphilis moins généralement connue, c'est celle que M. Bonnet a faite de sa teinture au pansement des chancres, où elle lui a rendu les plus grands services.

Les groupes suivans comprennent toutes les maladies auxquelles peuvent être appliquées les injections iodées. Ces injections ont été le sujet spécial des études et des recherches de M. Boinet; aussi en traite-t-il avec les plus complets développemens.

Du traitement de l'hydrocèle, leur emploi s'est étendu peu à peu à celui de toutes les hydropisies séreuses, des kystes, des abcès chauds, froids et par congestion, même des fistules. Enfin, on ne s'est pas arrêté devant les séreuses les plus respectées. Le péritoine, l'arachnoïde, ont reçu des injections iodées, et récemment encore l'iode a pénétré avec succès par les mains de M. Aran jusque dans le péricarde.

On ne connaît qu'un seul cas d'injection iodée dans l'hydrocéphale. Il appartient à M. Brainard. L'enfant n'a pas guéri, mais vingt-et-une injections ont pu être pratiquées dans l'espace de huit mois, sans jamais occasionner d'accidens sérieux.

Elles ont eu plus de succès dans le spina bifida. M. Brainard, M. Chassaignac et M. Velpeau ont obtenu des guérisons et n'ont jamais vu survenir d'accidens.

M. Dieulafoy, de Toulouse, porta le premier les injections iodées dans le péritoine, pour combattre une ascite, et guérit un malade. Depuis, cette opération a été pratiquée un assez grand nombre de fois, et M. Boinet a pu en réunir 13 observations, sur lesquelles on ne compte que 2 insuccès; encore faut-il les attribuer aux graves affections du foie qui étaient, dans ces deux cas, le point de départ de la maladie. Il fallut, dans la plupart des cas, répéter plusieurs fois l'injection, mais les suites en furent toujours d'une remarquable simplicité. Une autopsie, faite quelque temps après la guérison, a démontré qu'on ne devait pas craindre les adhérences qui ne se produisent que par exception. La composition de liquide que M. Boinet emploie dans ces cas est la suivante :

Eau.	200	grammes.
Teinture d'iode.	30	—
Iodure de potassium. . .	4	—

Les injections iodées ont aussi donné d'heureux résultats dans les épanchemens purulens des plèvres. Outre qu'elles ont toujours hâté la guérison, elles ont eu l'immense avantage d'empêcher l'altération du pus et de s'opposer aux accidens redoutables de la résorption putride. L'auteur insiste beaucoup sur la nécessité de placer une sonde à demeure pour rendre plus faciles l'écoulement du pus et les injections.

La pratique de ces injections dans l'hydrocèle de la tunique vaginale est devenue en quelque sorte vulgaire, mais on redoutait encore de l'appliquer aux hernies congénitales. L'expérience est venue prouver qu'on n'avait point à craindre l'extension de l'inflammation au péritoine.

Elles réussissent également bien dans l'hématocèle lors même qu'il y a quelques grumeaux fibrineux. Mais elles seraient dangereuses, et on doit s'en abstenir, lorsqu'il se trouve avec le liquide des caillots volumineux ou lorsque la poche a subi un épaississement considérable.

Après avoir employé ce traitement avec succès dans l'hydrocèle du sac herniaire, M. Jobert a été conduit à l'appliquer à la cure radicale des hernies, lors même que le sac ne contenait aucun liquide. Ici, la difficulté étant toute entière dans le manuel opératoire, M. Maisonneuve et l'auteur lui-même l'ont rendu beaucoup plus simple par d'heureuses modifications.

L'application des injections iodées au traitement de l'hydarthrose ne se fait pas sans beaucoup d'hésitation. M. Velpeau ayant le premier fait pénétrer involontairement une solution d'iode dans l'articulation du genou en injectant un kyste qui communiquait avec elle, et cet accident n'ayant pas eu d'effet fâcheux, M. Bonnet injecta plus tard, de propos délibéré, cette synoviale dans un cas d'hydarthrose. Il réussit, et depuis bon nombre de chirurgiens l'ont imité. Convenablement faites, ces injections n'ont jamais occasionné d'accidens. Dans les hydarthroses simples, le succès a été constant; il a été quelquefois incomplet dans celles compliquées d'altération des os ou des parties molles, mais presque toujours l'état des malades a été amélioré.

Avec la solution à parties égales qu'emploie l'auteur et grâce aux précautions qu'il indique, les suites sont toujours très simples. Une douleur un peu vive qui dure vingt-quatre heures, un gonflement inflammatoire qu'on modère aisément par des cataplasmes, et une réaction fébrile qui se prolonge deux ou trois jours, telles sont les conséquences immédiates de l'injection. La guérison s'opère, dans les cas simples, sans qu'il se fasse des adhérences entre les surfaces, comme le prouve la rapidité avec laquelle les mouvemens se rétablissent et comme on a pu le constater dans une autopsie.

Après avoir vu les injections iodées réussir si bien dans les hydarthroses, on est moins surpris des succès qu'avec leur aide on obtient dans les hydropisies des bourses muqueuses sous-cutanées et des gaines synoviales, où la présence de corps hordéïformes n'est même point un obstacle à leur emploi.

Elles ont été appliquées avec le même avantage au traitement des kystes celluleux et parenchymateux d'une foule de régions. L'hydropisie du sinus maxillaire, la grenouillette, les kystes thyroïdiens et ceux de la mamelle, ont été guéris de cette façon. Enfin l'auteur les a portées avec succès jusque dans les kystes du foie et de l'ovaire, et il a été suivi dans cette voie par d'autres chirurgiens.

On connaît 6 cas d'injections iodées dans des kystes du foie sur lesquels il y a eu 5 guérisons. La ponction *capillaire*, mise en usage par M. Aran, n'est point approuvée par l'auteur, à cause de l'impossibilité d'évacuer de cette façon les vésicules cystiques.

Les exemples d'injections iodées dans les kystes ovariques sont infiniment plus nombreux et sont aussi généralement heureux. Voici comment l'auteur résume lui-même la méthode qu'il a employée et qu'il propose.

« 1° Donner issue au liquide contenu dans les tumeurs enkystées, sans courir le risque d'un épanchement dans la cavité abdominale.

» 2° Injecter de la teinture d'iode dans la poche ovarique si elle est dans des conditions convenables et procéder en un mot comme dans l'hydrocèle.

» 3° Dans les cas plus compliqués laisser à demeure, lorsque le kyste est considérablement diminué, une canule ou une sonde de gomme élastique, dans l'intention de procurer un libre écoulement aux humeurs et d'arriver par suite au rapprochement des parois du kyste dont on doit favoriser la détersion, la suppuration et la cohésion en faisant des lavages fréquens et en y injectant, lorsqu'on le juge utile, de la teinture d'iode. »

Tous les kystes de l'ovaire ne se prêtent pas également bien à cette méthode, En général ils guérissent d'autant plus difficilement que leur contenu est plus trouble, plus visqueux et plus épais. Les kystes multiples ou cloisonnés peuvent encore être soumis à ce mode de traitement, mais les kystes aréolaires et gélatineux y échappent complètement. Dans les cas simples, une seule injection a quelquefois suffi pour amener la guérison. Le plus ordinairement il en faut un plus ou moins grand nombre, et elles doivent être continuées jusqu'à l'oblitération du kyste. Elles ont été fort utiles même dans les cas graves où la résorption putride semblent menacer la vie des malades.

Les abcès de toute nature ont été soumis, par l'auteur, à la méthode des injections avec le plus grand avantage. Dans les abcès idiopathiques chauds ou froids, le succès est selon lui constant quand la méthode est bien appliquée. Les règles qu'il pose sont en abrégé les suivantes : évacuer le pus par une ponction avec le trocart ou la lancette; immédiatement après pratiquer, à l'aide d'une sonde, une injection à teinture pure, ou, selon les cas, étendue d'eau à parties égales; évacuer une partie du liquide; fermer l'ouverture et modérer l'inflammation qui se développe par des applications émollientes; renouveler la ponction et l'injection chaque fois que l'abcès se remplit, et en général à des intervalles de plus en plus courts; cesser les injections dès que le pus est remplacé par une sécrétion plastique.

La guérison des abcès par congestion est plus difficile, plus lente et ne s'achète qu'au prix d'une longue patience; aussi l'utilité des injections iodées, dans ces cas, a-t-elle été fort contestée. L'auteur répond longuement aux objections qui lui ont été faites et rapporte des exemples de succès remarquables. Tous les chirurgiens, il est vrai, n'ont pas été également heureux. Mais ici le *modus faciendi* paraît être d'une extrême importance. Il faut éviter aussi bien de trop irriter par des injections multipliées que d'agir d'une façon insuffisante en les faisant trop rares ou incomplètes. Il faut persévérer dans ce traitement suivi avec soin pendant des mois et quelquefois des années, et c'est ainsi seulement qu'on peut obtenir de nombreux succès.

Les tumeurs blanches ont elles-mêmes été traitées, souvent améliorées et quelquefois guéries par les injections iodées.

Enfin, ces injections sont une ressource précieuse dans le traitement de certaines fistules et, en particulier, des fistules laryngées externes et des fistules à l'anus. Pour ces dernières, elles constituent un mode de traitement d'une bénignité et d'une simplicité extrême comparé à ceux qui sont en usage. Elles n'occasionnent jamais d'accidens et l'on obtient souvent même la guérison dans les cas les plus graves, à la condition de mettre en œuvre toutes les précautions nécessaires; de faire pénétrer l'iode jusqu'au fond du trajet, à l'aide d'un stylet creux, de l'y maintenir quelques minutes en bouchant son orifice interne avec le doigt s'il s'agit d'une fistule complète, de répéter l'injection à longs intervalles jusqu'à la guérison.

L'iode modifiant rapidement, comme il a été dit, les surfaces suppurantes et leur sécrétion, on a tiré parti de cette propriété pour s'opposer aux phénomènes de résorption putride ou purulente dans les vastes plaies, les clapiers, où le pus séjourne et croupit, comme à la suite des fractures comminutives, et l'on a obtenu des résultats remarquablement heureux dont l'auteur rapporte des exemples.

L'iode a été appliqué en teinture, en pommade et dans différentes combinaisons, à plusieurs maladies de la peau, voire même à l'érysipèle, que des badigeonnages de teinture paraissent pouvoir limiter.

On sait la très grande efficacité de la médication iodique contre le goître. Elle a conduit à l'appliquer aussi, mais avec des succès variables, à une foule de tumeurs et d'engorgemens de différens organes.

Il n'y a pas jusqu'au cancer auquel on ne l'ait opposée. M. Boinet le fit une première fois en désespoir de cause et presque comme traitement moral; mais, contre son attente, le succès fut tel, qu'il se vit encouragé à persévérer dans cette voie, et qu'il recommande d'avoir recours, dans cette terrible maladie, aux iodiques *intùs et extrà* comme moyen de guérir peut-être quelquefois, et surtout de prévenir la récidive.

L'analogie qu'on tend à établir entre la phthisie et la scrofule a fait faire de nombreuses tentatives pour appliquer aux phthisiques la médication iodée, si utile aux scrofuleux. M. Boinet rapporte avec détails tous les essais qui ont été faits. Les inhalations iodées, sur lesquelles on avait fondé de grandes espérances, n'ont généralement pas eu de résultats heureux. A l'intérieur, l'iodure de potassium a été plus utile, mais il cède le pas à l'huile de foie de morue qui rend tant de services dans cette déplorable affection.

Quant aux avantages qu'on a cru tirer de l'emploi de l'iodure de potassium dans le rhumatisme, ils paraissent reposer uniquement sur une erreur de diagnostic qui aurait fait prendre pour rhumatismales des douleurs ostéocopes.

Vient maintenant une longue liste d'affections diverses où l'iode a été mis en usage avec des succès très contestables. Nous ne la parcourrons pas toute entière; mais nous citerons la galactorrhée, maladie d'une guérison quelquefois si difficile, et contre laquelle l'iodure de potassium semble avoir une action en quelque sorte spécifique.

Enfin l'ouvrage se termine par un formulaire thérapeutique comprenant toutes les diverses préparations où l'on peut faire entrer l'iode et ses composés.

Cet ouvrage, comme on a pu le voir par l'analyse concentrée que nous venons d'en faire, peut se passer des banalités de l'éloge. Le succès qu'il obtient est légitime; il ne pourra que grandir.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Décembre 1855.—Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend :

Le rapport final de M. MASSON, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Beaune, sur une épidémie d'angine couenneuse.

— Un rapport de M. le docteur PICHENOT, médecin cantonal, sur la même affection.

— Un autre de M. DELAMONTAGNE, sur une épidémie de fièvre typhoïde.

— De M. le docteur FOUCAULT, sur la suette miliaire.

— De M. le docteur LEMAIRE et d'autres médecins des épidémies du département du Nord, sur la fièvre puerpérale et le choléra.

— Une lettre de M. le docteur LABAYLE, à Bagnères, un rapport de M. le docteur BOCAMY, à Perpignan, un rapport de M. le docteur CHEMERAULT, à Montalembert, et plusieurs autres rapports adressés par les médecins des épidémies pour le département de la Meuse, sur le choléra et diverses épidémies.

(Comm. des épidémies et comm. du choléra de 1854.)

— Plusieurs communications relatives à des remèdes nouveaux. (Com. des remèdes secrets.)

La correspondance non officielle comprend :

Recherches médico-légales sur les différences des brûlures produites pendant la vie ou après la mort, par M. le docteur H. CHAMBERT, à Laon. (Comm. MM. Bégin, Guérard et Michel Lévy.)

Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. ROSTAN raconte les détails de la maladie dont M. le professeur Bérard vient d'être frappé. Les dernières nouvelles sont satisfaisantes.

— M. GUÉRARD donne lecture du rapport annuel de la commission des eaux minérales.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Neuvième liste : MM. M..., à Guerigny, 10 fr.; Pichon, 5 fr.; E. M..., 5 fr.; Dumesnil, de Quatre-Mares, 5 fr.; E. Barthez, 10 fr.; un officier de santé de Seine-et-Oise, 10 fr.; Raillac, à Castel-Sarrazin, 5 fr.; Ed. Burdel, à Vierzon, 10 fr.; Ferrus, 20 fr.; Grisolle, 20 fr.; A. M..., 20 fr.; P. L..., 10 fr.; Demarquay, 10 fr.; Ph. Ricord, 20 fr.; anonyme de Pau, 5 fr.

Nous rappelons à nos confrères que le but de cette souscription n'est pas seulement de soulager une infortune actuelle et présente, mais encore et surtout de procurer les moyens à la femme d'un confrère malade et hors d'état d'exercer sa profession, de subvenir, par un petit commerce, aux besoins de son mari, de son enfant et d'elle-même.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance d'hier, à la nomination d'un membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie; M. Cl. Bernard, au nom de la section, avait présenté la liste suivante de candidats : 1° M. Marschall Hall, à Londres; 2° M. Rokytansky, à Vienne; 3° M. Christison, à Edimbourg; 4° M. Riberi, à Turin; 5° M. Chélius, à Heildelberg.

Sur 41 votans, M. Marschall Hall a réuni 39 suffrages, et M. Riberi 2. En conséquence, M. Marschall Hall a été nommé membre correspondant à la place vacante par suite du décès de M. Fodéré.

— Le Collége de France, appelé à présenter deux candidats pour la chaire de médecine laissée vacante par la mort de M. Magendie, a présenté au premier rang M. Cl. Bernard, membre de l'Académie des sciences, au second rang M. Longet.

Pour toutes les nouvelles, Amédée LATOUR.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 146. NEUVIÈME ANNÉE. **Samedi 8 Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An........	32 Fr
6 Mois........	17
3 Mois........	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur **Amédée LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

STATISTIQUE MÉDICALE.

LA VACCINE ET SES ACCUSATEURS.

Nos lecteurs n'ont pas oublié le remarquable travail de M. le docteur Bertillon, publié dans les numéros 102 et 108 de l'UNION MÉDICALE, 1855, et dans lequel notre honorable confrère a donné une démonstration péremptoire de l'inanité des accusations portées contre la vaccine. Il paraît que ce travail, qui a été cependant reproduit par plusieurs journaux de Paris et des départemens, est tardivement parvenu à la connaissance des antagonistes de la découverte jennérienne. Ce n'est que depuis quelques jours qu'ils paraissent s'en être émus, et depuis quelques jours aussi ils nous font l'honneur de nous adresser missive sur missive. Nous avons naturellement renvoyé le tout à M. Bertillon, qui s'est acquis une grande autorité dans la discussion soulevée par les adversaires de la vaccine. M. le docteur Bertillon nous renvoie aujourd'hui une lettre de M. H. Carnot, avec la réponse qu'il a cru devoir y faire. Nous publions le tout. Notre honorable et savant collaborateur est formellement décidé à ne laisser sans réponse aucune attaque, aucune objection qui invoquerait la statistique pour base, et nous ne pouvons que l'encourager dans cette louable résolution. Il est temps que la lumière se fasse sur cette question, qui trouble les esprits et les consciences. Les contradicteurs de la vaccine veulent de la publicité, ils en auront; le bon sens public décidera à qui définitivement cette publicité sera profitable.

Amédée LATOUR.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

On me communique aujourd'hui seulement les numéros 102 et 108 de l'UNION MÉDICALE. Si l'auteur des articles qui me concernent désirait une réponse à une discussion sérieuse, il n'a pas pris le bon moyen d'atteindre ce but, en oubliant les égards réciproques que se doivent toujours des adversaires bien élevés : je ne répondrai donc rien à ses argumens, bien que la chose me fût facile, ne voulant pas faire dégénérer en querelle, inconvenante à tous égards, la plus magnifique question des temps modernes. Depuis 15 ans que j'ai pris ma retraite, mon humeur est devenue très pacifique.

Cependant un membre de l'Institut étant entré dans ce débat, je lui dois une réponse, *toute de faits*, dont quelques-uns lui ont été empruntés. M. Villermé a prouvé (1) que, de 1762 à 1776, la mortalité était de 1 sur 34 malades environ, à l'hôpital militaire de Metz. D'autre part, le docteur Daignan, médecin en chef des armées du roi, s'exprime ainsi dans un ouvrage publié à Paris en 1787, sous le titre : *Ordre du service des hôpitaux militaires*, pages 31 et 32 :

« Par les recherches que j'ai faites depuis 14 ans, il m'a paru que, » dans les Pays-Bas, *le tiers* ou à peu près de la garnison passait, » chaque année, aux hôpitaux, et que la perte qui s'y fait peut être » estimée de 5 à 8 hommes par bataillon. Si elle va à 10, elle est très » forte; si elle passe ce nombre, elle est extraordinaire, à moins qu'il » n'y ait épidémie, *ce que je n'ai pas vu depuis la paix.* »

Le docteur Daignan cite en outre, à la page 26, le nombre des malades, des guéris et des morts dans l'année 1770, en Flandre, c'est-à-dire 9,770 malades, dont 242 morts, soit 1 mort sur 40 malades, et, par conséquent, sur 120 hommes d'effectif.

Ce rapport — 1 sur 40 — est d'ailleurs celui donné par Coste, médecin du roi Louis XVI; et même l'Académie des sciences, de 1783 à 1787, le fixe à 1 sur 42 malades (2).

Il suit de cette courte dissertation qu'en estimant la mortalité de l'armée au XVIIIe siècle à 1 p. 100 de l'effectif et la proportion des morts aux malades militaires à 3 p. 100 ou 1 sur 33 1/3, j'ai été plutôt *au-dessus* qu'au dessous de la vérité. C'est ce que je tiens à démontrer et je crois l'avoir fait d'une manière complète.

Or, il est prouvé que, *de nos jours*, la mortalité de l'armée est de 2 p. 100 de l'effectif, en temps de paix. Donc, elle a au moins *doublé* depuis le XVIIIe siècle !...

Cependant le nombre des malades ne dépasse pas aujourd'hui *le tiers* de l'effectif.

Donc les maladies des soldats sont, de nos jours, au moins *deux fois plus meurtrières* que de 1762 à 1787.

Ce fait est incontestable !

Quelle est maintenant l'époque originaire de cette révolution dans la santé des soldats? Cette question est facile à résoudre.

En effet, de 1816 à 1818, l'hôpital du Val-de-Grâce a reçu, en moyenne annuelle, 4,835 malades, dont 139 sont morts, ou 1 sur 35 (3).

Ce rapport s'accorde avec celui du siècle passé; la révolution n'a évidemment pas encore commencé d'une manière *sensible*. Mais, en 1819, le même établissement reçoit 6,454 malades, dont 295 meurent, soit 1 sur 22 !

De 1819 à 1824, il reçoit, en moyenne annuelle, 5,864 malades, dont 229 succombent, soit 1 sur 25,6 !

(1) *De la nouvelle doctrine médicale*, p. 244 (1827).
(2) *Histoire de l'administration militaire*, tome IV (1811).
(3) *De la médecine considérée comme science*, p. 322.

L'année 1819 est donc évidemment l'année *fatale*. C'est à cette époque que commence la révolution sanitaire d'une manière bien *tranchée !* Pourquoi cela? Pourquoi les maladies des soldats, nés depuis 1798, sont-elles plus meurtrières? Qu'on explique ce fait, autrement que par l'intervention de la vaccine, s'il est possible, je ne demande pas mieux; mais, pour l'amour de Dieu, la vérité avant tout !

MM. Miquel et Bousquet ont hautement accusé Broussais d'avoir produit cette révolution qui a, non seulement, survécu à sa doctrine, mais a grandi, d'année en année, hors de l'enceinte du Val-de-Grâce. Voici la moyenne annuelle de l'hôpital du Gros-Caillou, de 1838 à 1843, comme pièce de conviction :

Soldats malades........	5,867
Id. morts........	411
Rapport : 1 mort sur....	14 malades.

Assurément, nous voici bien loin du rapport : 1 sur 34, donné par M. Villermé !

— On oppose volontiers à mes recherches sur la population le dénombrement par âges, fait en France en 1851, en ayant l'air d'oublier que M. Legoyt a été le premier à dire : « *qu'il mérite très peu de confiance.* » Il suffit, pour le juger sans appel, de se rappeler que le nombre des électeurs *inscrits*, appelés par le suffrage universel, établi contradictoirement, nominativement et avec le plus grand soin, a été, au 2 décembre 1852, de 9,843,076. La population *majeure* de la France ne dépasse donc pas vingt millions d'âmes, ainsi que le reconnaît *maintenant* l'*Annuaire du bureau des longitudes*. Toute objection, fondée sur ce dénombrement fallacieux, ne mérite donc aucune réponse.

— Une erreur typographique a donné lieu à notre correspondant de mettre en doute la vérité du relevé mortuaire de l'an XI, que j'ai cité. Je tiens, par dessous tout, à n'être pas soupçonné d'erreur volontaire, et, pour cela, je me bornerai à dire que ce relevé se trouve, non seulement au *Moniteur* de l'an XII, page 436, mais encore dans le 1er volume de la *Médecine légale* de Fodéré, publiée en 1813.

Je n'ai pas abusé de mon droit de réponse, Monsieur le rédacteur, et je compte, par conséquent, sur la reproduction de cette lettre dans l'un de vos très prochains numéros.

En attendant, je vous prie d'agréer, etc.

H. CARNOT.

Paris, 19 Novembre 1855.

Monsieur le rédacteur,

M. Carnot se plaint, en termes amers, de mon humeur guerrière, sans motif, assure-t-il, en présence de son caractère *aujourd'hui* très pacifique.

M. Carnot se fait plus vieux qu'il n'est, son ardeur juvénile lui revient quelquefois; encore cette année, n'a-t-il pas fait imprimer (1) que les idées que je défends étaient « un rêve

(1) *Journal des connaissances médicales*, n° 30.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Les corps savans et les corps enseignans. — Déplacement de l'attention publique. — La discussion sur la révulsion. — M. Bouvier. — M. Malgaigne. — M. Bouillaud. — La chaire de médecine au Collége de France.

Que ce soit un bien, que ce soit un mal, le fait est évident : l'esprit public est beaucoup plus tourné, dans ce moment, vers les discussions académiques que vers les leçons de l'enseignement. Les corps enseignans ont laissé se détourner d'eux l'attention et l'intérêt; les corps savans attirent, concentrent et absorbent tout. Il s'est opéré, à cet égard, un déplacement considérable et que personne ne peut nier. Il serait curieux, mais peut-être indiscret, d'en rechercher les causes; mieux vaut se borner à constater le fait. Ceux qui, comme moi, ont le malheur de pouvoir se souvenir des débuts de l'Académie de médecine, savent qu'elle n'a pas toujours eu l'éclat et le retentissement qui s'attachent aujourd'hui à ses actes. Par contre, on peut se rappeler aussi que la Faculté jouissait alors d'une popularité qu'elle a perdue depuis. Ils étaient rares et discrets les assistans aux séances académiques, et la presse ne leur donnait ni l'importance ni la publicité qu'elle leur accorde aujourd'hui. Mais, aussi, ce n'étaient pas seulement les élèves qui encombraient les amphithéâtres de la Faculté. Quelle foule de médecins français et étrangers aux leçons de Laënnec à la Charité, de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu ! car je ne veux parler que des célébrités éteintes. Et plus tard, quelle animation et quelle vie les concours répandaient sur la Faculté ! Vous avez beau dire, adversaires de cette institution qui ne l'avez jugée que par son mauvais côté et par ses applications vicieuses, vous avez perdu en la perdant tout ce que vous pouviez perdre, et il vous est facile de voir ce que vous y avez gagné.

Mais ces regrets seraient superflus, vaines les plaintes. Suivons l'esprit public là où il se dirige, c'est-à-dire là où, sans entente et sans concert, par la seule force des choses, la presse le dirige; car, évidemment, si les divers organes de la presse, aujourd'hui si nombreux, ne prenaient pas le soin de recueillir et de propager les discussions académiques, ces discussions s'éteindraient sans bruit et sans retentissement là même où elles éclosent.

La discussion sur la révulsion n'a pas dit son dernier mot; profitons de l'intermède pour faire un petit retour sur les séances passées, mais ce retour au seul point de vue du feuilleton, c'est-à-dire de cette sorte d'appréciation que les colonnes supérieures, trop graves, ne supporteraient pas.

Trois orateurs ont jusqu'ici porté le poids de cette discussion : M. Bouvier, M. Malgaigne, M. Bouillaud.

M. Bouvier, jusqu'à ce moment, a fait une bonne campagne. Il s'est révélé discoureur adroit, dialecticien habile, connaissant les sources et sachant y recourir à propos, enchaînant ses preuves avec ordre et méthode, ne se laissant déconcerter ni par l'esprit, ni par le paradoxe, prompt à la réplique, et profitant avec adresse des erreurs ou des fautes de son adversaire. M. Bouvier n'est pas cependant un improvisateur; il a besoin de préparation, il écrit même la plus grande partie de ses discours, et ne se livre que par accident aux hasards et aux périls de l'inspiration. C'est un médecin solidement instruit et de bon sens. Il ne s'élève peut-être pas toujours aux suprêmes hauteurs de la question, il n'arrivera pas d'emblée au point culminant de la discussion, mais il en traitera avec soin un grand nombre de détails, et sur les points qu'il abordera, il jettera les lumières que lui auront fournies son érudition et des recherches spéciales. Ainsi, dans la question actuelle, M. Bouvier, taquiné sur le séton, s'est immédiatement réfugié, et il a bien fait, sous la doctrine de la révulsion. Mais bientôt attaqué dans ce retranchement, il l'a défendu avec vigueur et courage; il s'y est maintenu sans doute, mais sans avoir l'air de s'apercevoir qu'en portant sa ligne de défense un peu plus en arrière, il aurait gagné des hauteurs inexpugnables. De ce point, c'est-à-dire du Principe qui anime toute la philosophie médicale antique, il eût dominé la discussion, dominé son adversaire, et donné au débat une base aussi large que solide.

Je recommanderai affectueusement aussi à M. Bouvier de surveiller ses tropes et ses images. Il a eu des mots heureux; il en a eu d'autres qui laissaient à désirer sous le rapport du goût. Il s'est laissé entraîner, à cet égard, par le périlleux exemple de son adversaire, et ceci me conduit à dire quelques mots de M. Malgaigne.

Vous avez entendu peut-être quelque instrumentiste célèbre, un violoniste par exemple, — j'ai eu ce malheur — oubliant que lquefois le caractère, la nature, la dignité du bel instrument qu'il avait entre les mains, se livrer à toutes sortes d'excentricités musicales qui charment le vulgaire et que le vulgaire applaudit, tandis que les hommes de goût s'éloignent en maugréant. Je crains que M. Malgaigne, dans cette discussion, n'ait imité ce violoniste célèbre, qu'il n'ait aussi dénaturé le bel instrument dont la nature l'a doué, et qu'il n'en ait tiré que des excentricités médicales, au lieu des sons graves, purs et harmonieux qu'on attendait de lui. Baillot, Rode, Kreutzer, ces nobles représentans de la grande école du violon, n'auraient pas commis cette faute. Il me semble aussi que Louis, Vicq-d'Azyr, Cuvier, Pariset, ces nobles représentans des convenances académiques, n'eussent pas traité une grande question doctrinale et de philosophie de la façon que M. Malgaigne a cru pouvoir l'envisager. Le succès de la foule ne lui a pas manqué non plus, mais qu'il en croie une voix amie, c'est un succès dangereux et perfide celui qu'on obtient aux dépens de la dignité de la science.

Ce n'est pas, mon Dieu ! que je blâme qu'un peu de sel et d'esprit assaisonne, à propos, une discussion académique. Mais véritablement M. Malgaigne a abusé cette fois de l'esprit et du sel. La mesure ! la mesure ! ce don précieux des intelligences vigoureuses. Le goût ! le goût ! cette qualité suprême des esprits droits et sains. Que M. Malgaigne ne vise pas seulement à être l'orateur le plus brillant de l'Académie, il doit et il peut ambitionner d'en être aussi l'orateur le plus autorisé. Il le sera s'il le veut, s'il se contient et s'il s'épure.

Je ne pourrais reparler qu'avec regret du discours de M. Bouillaud. J'ai lu avec soin et avec le désir de pouvoir revenir sur mes impressions de l'audition, la version écrite qu'il en a publiée, je persiste à penser que l'honorable professeur s'est trompé sur la signification qu'il devait donner à son discours. Je crains aussi qu'il n'ait fourni de nouvelles armes à la verve railleuse de M. Malgaigne.

absurde encore plus qu'impie..... » Mais je ne l'accuse pas, il me semble très naturel qu'un homme, profondément pénétré du danger qu'une idée fausse, opiniâtrément soutenue, fait courir à la Société, s'indigne contre l'erreur et contre le zèle insensé qui la propagent. Toute la question est de démontrer aux lecteurs si les disciples qu'anime un zèle insensé, sont ceux de Jenner ou ceux de M. H. Carnot.

Or, pour prouver l'erreur de Jenner et de ses nombreux adhérens, M. Carnot a répété dix ans durant, devant toutes les Académies, dans tous les organes de la presse, que, « depuis » un demi-siècle, la mortalité générale de la France a dou- » blé. » (Entre 20 et 30 ans.)

Frappé d'étonnement, nous étudions avec soin la question, nous allons puiser à toutes les sources qu'indique et que n'indique pas M. Carnot, et nous acquérons, par ce long et pénible travail, la conviction de ses déplorables erreurs et, tout ému du danger qu'on nous fait courir, nous essayons de faire partager cette conviction à vos nombreux lecteurs. Ils savent mieux que nous si nous avons réussi; mais enfin nous avons recueilli publiquement l'approbation flatteuse et l'adhésion formelle de MM. Villermé et Malgaigne, et aussi celle du comité de vaccine de la Seine-Inférieure, qui a reproduit notre travail dans son compte rendu et l'a fait tirer à 2,500 exemplaires. Nous avons donc quelques motifs pour croire avoir démontré que la mortalité n'a pas doublé en France, et avoir prouvé, au contraire, qu'elle a diminué à tous les âges.

M. Carnot objecte qu'on oppose à ses recherches le recensement par âge de 1851. C'est là une inexactitude; je m'appuie sur le laborieux et consciencieux travail de M. X. Heuschling, fait sur le dépouillement des registres de l'état civil de 1840 à 49; j'en fais la base de mon dire, comme on peut s'en convaincre par la phrase suivante de mon travail :

« De 20 à 30 ans, l'âge funeste, sujet des condoléances des » vaccinophobes, il y avait *un* décès sur 73 vivans de cet âge » (Duvillard, 1806); de 1840 à 1850, il y a un décès sur 74 » (Heuschling); le recensement *dit* un sur 80. »

On voit que je ne cite le recensement qu'en passant et sans m'y appesantir, bien qu'il me soit encore plus favorable, et c'est parce que, sans le regarder comme bon à jeter au feu (1), nous savons fort bien qu'il laisse à désirer. Cependant il n'en est pas moins le seul document officiel que l'on possède, et si l'on ne peut s'en servir sans discussion, nous n'admettrons jamais qu'on puisse lui préférer les petites tables théoriques qu'on dresse au coin du feu, en prenant, selon les besoins de la cause, un peu de Duvillard, un peu de Deparcieux, comme mon susceptible et difficile contradicteur sait le faire.

M. Carnot répond encore à un autre point de notre travail; nous lui avons dit : « Vous n'avez pas lu le nº 109 du *Moniteur* de l'an XI que vous citez, puisque vous lui prêtez une table de mortalité qu'il n'a pas! »

Il nous répond en alléguant une faute de typographie.

Il y a longtemps que nous connaissons cette faute : elle a été faite par un auteur (Fodéré) et répété par ceux qui ont copié la citation sans remonter à la source. Si M. Carnot a consulté le *Moniteur* (ce qu'il ne dit pas) et commis lui-même la même faute que l'auteur primitif, lui et son typographe ont eu la main malheureuse, et le calcul des probabilités m'autorisait à croire qu'il avait simplement copié la citation..... Mais cette petite misère, ni la table dont il s'agit, ne valent pas la peine d'une plus longue discussion.

A ces deux points de détail se borne la réponse de M. Carnot. Il est vrai que, dès le principe, il assure qu'il lui est facile de nous réfuter, mais il ne le fera pas, parce que nous avons été trop vif dans notre attaque! Et pourtant il répondra, non à l'auteur trop bouillant, mais au membre de l'Institut qui lui a donné son adhésion formelle. Apparemment il va démontrer à l'illustre académicien que l'approbation donnée est compromettante, que les sources invoquées sont fausses, ou les déductions erronées, etc. Non, il se contente de lui dire qu'un dénombrement, dont on n'a que faire dans la discussion, n'est pas parfait, et qu'il est coupable d'une faute de typographie! Puis, trop pacifique pour soutenir le siége enfermé dans sa fameuse proposition « *la mortalité a doublé* EN FRANCE, etc., » il abandonne la forteresse et se sauve dans l'armée. Cette savante tactique démontrera-t-elle à MM. Villermé, Malgaigne et à nos lecteurs que je n'ai pas emporté la place, bien que M. Carnot affirme qu'il lui serait facile d'y rentrer? Nous osons en douter. On n'a pas entamé une seule de nos démonstrations; nous pouvons donc affirmer, avec plus de certitude que jamais, que la *mortalité de 20 à 30 ans n'a pas doublé* EN FRANCE, mais au contraire qu'elle a diminué à tous les âges. Peut-être si nous ne cherchions dans l'assertion de M. Carnot qu'un triomphe à remporter, pourrions-nous nous en tenir à ce que nous appellerons sans modestie notre victoire; mais nous sommes plus avide de travail et de vérités que de lauriers, et nous le suivrons volontiers sur les points où il s'est réfugié; en observant, toutefois, que ce sont des points de détail qui n'auront jamais pour résultat d'altérer le fait général qui les renferme; et en admettant que la mortalité de l'armée se soit accrue, il n'est pas moins vrai que la population française, dans son ensemble, a vu ses chances de mort diminuer à tous les âges. Pardonnez, Monsieur le rédacteur, la répétition, mais il est naturel que je tienne au terrain conquis.

Nous promettons donc à nos lecteurs d'examiner avec soin les nouvelles assertions de M. Carnot, et de le faire avec toute la célérité possible dans une pareille matière. Mais nous pouvons l'affirmer de suite, la vaccine sera hors de cause.

En effet, M. Carnot affirme que la mortalité de l'armée a augmenté, mais nous verrons bientôt, dans un prochain travail, dont nous achevons de mettre en ordre les matériaux, et qui repose sur la comparaison des mortuaires par sexe, l'une de Demontferrand pour la période (1817-31) et l'autre de M. Heuschling (1840-50), nous verrons, dis-je, que, tandis que le sexe féminin n'a pas cessé de voir s'allonger ses chances de vie à tous les âges, et que sa vie moyenne de 33 ans, 83 vers 1824, s'est progressivement élevé à 36 ans vers 1844, le sexe masculin a été beaucoup moins favorisé, et si sa vitalité s'est encore affermie aux âges extrêmes, les chances de mort ont sensiblement augmenté ou sont restés stationnaires de 20 à 50 ans, et sa vie moyenne, pendant cette période, s'est élevée à peine d'une année (de 31, 51 à 32, 50).

« Chacun sera frappé de ce fait étrange et inquiétant, qu'en » vingt ans de durée, la vie des femmes, déjà plus grande que » celle des hommes, s'est accrue de plus du double de celle- » ci de 2,17 au lieu de 1 (1). »

Ainsi l'augmentation de la mortalité de l'armée ne serait que la conséquence de ce mouvement rétrograde de la vitalité du sexe *masculin* à l'âge viril. Nous croyons pourtant qu'il ne faut pas se presser de dire l'étiologie de cette singulière perturbation, mais multiplier les recherches, étudier à part des groupes de départemens se trouvant dans des conditions différentes de développement, etc., demander à l'administration la publication des documens qu'elle possède, la presser d'en quérir de nouveaux et de plus exacts; alors la cause de cet étrange phénomène sera isolée; mais il est clair qu'il ne peut être ici question de la vaccine, puisqu'elle est commune à l'un et à l'autre sexe. Nous ne voudrions pas non plus qu'on y vit la confirmation des dires de M. Carnot au sujet de la mortalité *doublée* dans l'armée. En effet, il ne s'entoure d'aucune des garanties d'usage pour reconnaître la valeur de ses données.

Il parle de la mortalité des troupes au XVIIIme siècle; mais de quelles troupes parle-t-il? Si c'est de l'ensemble des forces de terre, quels étaient la composition, le mode de recrutement et la solde de ces troupes, etc.? Ne sait-il pas que les corps d'élite, que ceux dont la solde est plus élevée ne succombent pas comme les autres. Qu'il en est de même des troupes étrangères qui, soldats par métier, ont moins à payer le tribut que la maladie et la mort prélèvent sur le jeune troupier. Ensuite je ne vois qu'une chose ressortir de ses assertions; c'est moins la mortalité générale que la gravité des maladies traitées dans les hôpitaux qui a augmenté dans l'armée. Or, l'organisation du service de santé était-elle la même au XVIIIme siècle qu'aujourd'hui? Envoie-t-on aussi facilement les *pycrites* à l'hôpital que par le passé. Il me semble qu'il ne s'agit pas de savoir si les maladies soignées dans les hôpitaux sont plus souvent sérieuses aujourd'hui qu'autrefois, ce qui pourrait seulement faire l'éloge de nos médecins militaires qui, plus sévères dans leur examen, gardent à la caserne les indispositions insignifiantes qu'on envoyait peut-être à l'hôpital.

Tels sont les éclaircissemens dont on aurait besoin pour apprécier la gravité des assertions émises. M. le capitaine Carnot pourra plus facilement les fournir qu'un autre. Les volumes de la *Statistique de France*, et en général les ouvrages de statistique, ne renferment rien sur les mouvemens de l'armée, leur étude demande des recherches toutes spéciales, et, comme tous les travaux de statistique, exige un temps considérable. Toutefois, nous nous en occuperons avec empressement aussitôt que nous aurons achevé notre nouveau travail.

Nous en étions là de notre réponse lorsque nous reçûmes le *post-scriptum* suivant de M. Carnot. Notre persévérant contradicteur ne pouvait pas être mieux inspiré. Pour détruire dans l'esprit du lecteur l'impression fâcheuse de l'augmentation des décès dans l'armée, affirmée par mon adversaire, je fais valoir que c'est là un fait propre au sexe masculin, tandis que l'autre sexe a vu sa mortalité diminuer à tous les âges, et voilà qu'un malencontreux *spécimen de la manière d'opérer* des adversaires de la vaccine vient détruire tout mon ouvrage et

(1) Ainsi, nous ne pouvons accorder de compter pour rien un dénombrement, sous prétexte qu'il donne un nombre (11 millions environ) d'hommes à l'âge de majorité plus élevé que le chiffre des électeurs inscrits (9,843,076), car les électeurs inscrits ne sont jamais qu'une portion de la population adulte; savoir les nationaux qui ont un domicile fixe. Tandis que

Les 380 mille étrangers,
Les 40 mille détenus,
Les 50 mille aliénés,
Les 200 mille vagabonds,

Le nombre *considérable* et *indéterminable* d'individus qui n'ont pas six mois de domicile fixe, etc., n'ont rien fourni aux registres électoraux et ont été recensés. C'est-à-dire que les deux données que l'on compare ne peuvent se vérifier l'une par l'autre : il doit y avoir moins d'électeurs que d'hommes majeurs, sans qu'il soit possible d'évaluer la différence : c'est le seul rapport qu'on doive exiger.

(1) Guillard, *Annuaire d'économie*, 1854.

C'est un malheur pour la Faculté, je ne crains pas de le dire, qu'elle n'ait été représentée jusqu'ici dans cette discussion que par un discours démolisseur et un discours insuffisant. Si l'opinion publique n'avait que ces élémens pour apprécier l'enseignement officiel, elle ne pourrait pas en prendre une idée bien favorable. Mais, on le sait, les opinions les plus compétentes s'abstiennent, les voix les plus autorisées se taisent. Il en est une entre toutes que le public tout entier voudrait entendre sur cette question, celle de M. le professeur Andral, à qui tous ces sujets sont familiers, et qui apporterait dans cette discussion les lumières, la sagesse et la modération de son esprit judicieux. Il est bien fâcheux que ce savant professeur se tienne aussi complétement éloigné des débats académiques. M. Andral est un des rares médecins de notre époque à qui les éblouissantes conquêtes de l'esprit médical moderne n'ont pas fait négliger l'étude de l'esprit médical antique, et, si je ne me trompe, l'éminent professeur ne considère pas comme une chimère l'espoir de les concilier, comme une impossibilité les tentatives pour y parvenir.

Et à l'occasion de ces discussions de philosophie et de doctrine médicales, dans lesquelles, il faut en convenir, la génération actuelle ne fait pas preuve de grande habitude et d'expérience, j'exprimerai le regret de voir perdre pour longtemps l'occasion de doter le haut enseignement d'une chaire véritable de médecine. Cette chaire est vacante au Collége de France par la mort de M. Magendie. On sait ce que fut l'enseignement de M. Magendie; le célèbre physiologiste le transforma en un enseignement adapté à ses goûts et à ses études de prédilection. Son successeur désigné, M. Cl. Bernard, suivra, c'est probable, la tradition de son illustre maître; la chaire de médecine au Collége de France n'est donc plus qu'une chaire de physiologie expérimentale.

C'est regrettable. Regrettable, entendons-nous; je ne regrette pas que la physiologie expérimentale soit enseignée au Collége de France; non, assurément; je voudrais, au contraire qu'elle y eut une chaire spéciale. Je ne regrette pas, Dieu m'en défende, que M. Cl. Bernard soit nommé professeur du Collége de France; bien au contraire, je voterais des deux mains pour que M. Cl. Bernard occupe cette chaire. Mais je ne peux m'empêcher de regretter qu'il n'y ait pas, au Collége de France, une chaire de médecine proprement dite, c'est-à-dire un haut enseignement de l'histoire, de la philosophie, de la littérature médicales, enseignement qui serait mieux placé là qu'ailleurs, enseignement qui, en dehors des leçons officieuses que M. Andral donne à la Faculté, — car il n'y est pas tenu par le programme de la chaire — fait complétement défaut à Paris; enseignement dont l'absence se fait si fortement sentir, on s'en aperçoit tous les jours, et sur laquelle je voudrais que des voix, plus écoutées que la mienne, appelassent l'attention de M. le ministre de l'instruction publique.

Amédée LATOUR.

COURRIER.

Nous ne voulons parler qu'avec une certaine réserve — nous avons nos raisons pour cela — de la maladie de M. le professeur Bérard, dont la nouvelle a excité un intérêt général. Les journées du mardi et du mercredi ont été marquées par une amélioration très sensible. Hier soir, jeudi, de nouveaux accidens sont survenus, et les nouvelles que nous recevons ce soir sont moins satisfaisantes.

SÉANCE DE RENTRÉE DE L'ACADÉMIE DE STRASBOURG. — La séance de rentrée de l'Academie de Strasbourg a eu lieu dans la grande salle du Palais-de-Justice, en présence des autorités supérieures du département et d'un nombreux auditoire. Cette séance réunissait les cinq Facultés de l'Académie, l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, et l'École des sciences appliquées de Mulhouse. M. Delcasso, doyen de la Faculté des lettres, faisant par intérim les fonctions de recteur, a ouvert la séance par un discours sur les modifications introduites dans l'enseignement de nos Facultés. MM. les doyens des Facultés de théologie, de droit et des sciences, MM. les directeurs de l'École de pharmacie de Strasbourg et de l'École des sciences appliquées de Mulhouse, sont venus successivement rendre compte de l'enseignement et des travaux accomplis dans le cours de l'année, dans les établissemens qu'ils dirigent. M. Coze, doyen de la Faculté de médecine, n'a pas lu son rapport. Il a cédé la parole à M. Forget, qui a prononcé l'éloge funèbre de M. le professeur Marchal. M. Forget, avec son talent et sa verve accoutumés, a retracé l'honorable carrière de M. Marchal, mort victime de son dévouement pendant l'épidémie de typhus qui a ravagé les prisons de Strasbourg.

Des prix ont été distribués aux élèves dont les noms suivent :

Faculté de médecine. — Prix de l'Université.

Première année. M. Victor-Timothée Feltz, de Hattstadt (Haut-Rhin). — *Deuxième année.* M. Alexandre Liétard, de Domrémy (Vosges). — *Mention honorable*, M. Jules Erhmann, de Rixheim (Haut-Rhin). — *Troisième année.* M. Henri-Adolphe-François Libermann, d'Illkirch. *Mention honorable*, M. Armand Crussard, de Neufchâteau (Vosges). — *Quatrième année.* M. Guillaume-Ernest Fritz, de Schiltigheim.

Prix de thèses décerné par la Faculté.

M. Louis-Émile Hecht, de Strasbourg, auteur de la thèse ayant pour titre : *Essai sur le spiromètre.* — *Mentions honorables*, MM. Aubenas, Sala, Leconte, auteurs des thèses intitulées : la première, *Observations de gastrotomie*; la seconde, *De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*; et la troisième, *De l'empoisonnement par l'acide sulfurique.* (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

— M. Demarquay, dit M. le docteur Morpain dans la *Gazette hebdomadaire*, nous a fait voir des côtelettes, des beefsteaks conservés depuis plus de quinze jours dans un bocal non bouché, rempli de glycérine; ces objets paraissaient très appétissans et aussi frais qu'au sortir de l'étal d'un boucher. Un pied, séparé d'un cadavre depuis plusieurs jours, a été injecté avec la glycérine le 19 du mois dernier; exposé depuis lors à l'atmosphère d'une chambre d'interne, il n'avait pas subi la moindre altération le 3 décembre.

— Dans la remarquable *Notice historique sur Marchal*, que M. le professeur Forget a lue en séance publique de rentrée des Facultés de Strasbourg, nous avons remarqué, dit ce même journal, ce trait aussi juste que bien rendu : « Devons-nous regretter de n'avoir pas à célébrer ce qu'on appelle un grand homme? L'illustration est exception- » nelle dans tous les états, et les existences glorieuses — passez-moi cette » comparaison empruntée à la profession — les existences glorieuses » sont comme les cas rares en médecine : elles intéressent l'imagina- » tion, mais elles sont après stériles dans la pratique. »

raconter précisément le contraire, savoir : qu'à Paris, la mortalité féminine des âges de fécondité a augmenté d'un sixième en trente ans ! On avouera qu'il faut notre impartialité pour soumettre intégralement et immédiatement aux yeux du lecteur une aussi désagréable contradiction :

Post-scriptum. — Quand on désire être compris par un public impartial, il faut lui présenter des faits patens, irrécusables, et non des théories plus ou moins hypothétiques.

Voici, comme *spécimen* de cette manière d'opérer, le tableau comparé des décès *féminins* à Paris, pendant deux périodes *undécimales*, séparés par un intervalle moyen de trente ans, c'est-à-dire par la durée d'une génération humaine.

Le total des décès féminins a été, savoir :

De 1813 à 1823.	121,320
De 1843 à 1853.	165,279

Ce qui correspond à une augmentation de 36 p. 100 en 30 ans. La population de Paris s'est accrue simultanément, *intrà muros*, à très peu près dans la même proportion. Ces chiffres n'indiquent donc, *pris en masse*, aucune variation sensible dans l'état sanitaire de cette grande ville.

Mais il n'en est plus de même lorsqu'on les subdivise par âge, ainsi qu'il suit (*Annuaire*) :

Décès féminins.	1813-23.	1843-53.
De 0 à 15 ans. . . .	43,339	58,603
De 15 à 45 ans. . . .	29,157	47,798
Au-dessus	48,824	58,878
Totaux. . . .	121,320	165,279

En effet, en réduisant les chiffres précédens à un même total de 10,000 décès annuels féminins, correspondant à une population *municipale* d'environ 700,000 habitans des deux sexes, on trouve :

Décès féminins.	1re période.	2e période.	Différence.
De 0 à 15 ans (*impubères*).	3,572	3,546	— 26
De 15 à 45 ans (*fécondes*). .	2,404	2,802	+ 398
Au-dessus (*stériles*).	4,024	3,652	— 372
Totaux. . . .	10,000	10,000	

Les décès ont donc, toutes choses égales d'ailleurs, augmenté d'*un sixième* en 30 ans, à l'âge de la *fécondité* féminine et, par compensation, ils ont diminué d'*un onzième* dans la période *stérile* de la vie humaine. Quant à la période *impubère* qui, de 1798 à 1813 avait été favorisée, comme par miracle, son état sanitaire a peu varié de 1813 à 1853, tout en semblant s'améliorer encore !

Ce sont là des faits patens, irrécusables, dégagés de toute hypothèse. C'est ce que j'ai nommé *le déplacement* de la mortalité, depuis l'année 1798.

C'est maintenant au public impartial à en rechercher la véritable cause. Sur ce point *seulement*, la discussion est possible, entre adversaires instruits et loyaux, et je l'appelle de tous mes vœux, dans l'intérêt du pays.

H. Carnot.

Nous en faisons nos excuses à M. Carnot, mais ici ce n'est pas seulement la cause qui est discutable, mais le fait lui-même, qui est *complétement controuvé*. Comment, vous donnez une table des décès à chaque âge et pour chaque période, et vous croyez pouvoir en déduire les rapports de mortalité, sans comparaison avec la table des vivans aux mêmes âges, pour chaque période.

Le rapport des décès des femmes fécondes s'est accru, dites-vous, et qu'y a-t-il d'étonnant si leur nombre *relatif* s'est augmenté? Comment, vous confondez l'augmentation absolue avec l'augmentation relative, ou plutôt vous ne vous embarrassez pas de cette distinction. Vous ne pourriez suivre cette fallacieuse méthode en aucun cas, même pour tout un peuple dont les rapports des âges et des sexes varient plus lentement. Mais pour cette immense ville, envahie par la province, incessamment remuée, et dont la moitié des habitans ne sont pas inscrits sur les registres d'état civil, comment pouvez-vous croire au *statu quo* dans les rapports des âges que suppose votre méthode? Il est vrai que pour la grande ville, il est à peu près impossible de dresser des tables de population suivant les règles ordinaires, tant sont profondes les perturbations qu'amènent les émigrations et les immigrations. L'astronome E. Halley en avait déjà fait la remarque (*Philos. trans.*, 1693, p. 596). On n'a guère alors que les recensemens par âge; nous savons que M. Carnot en fait fort peu de cas; alors il ne fallait pas qu'il produisît ses tables de mortalité par âge qui n'ont absolument aucune valeur au point de vue qui nous occupe, si on ne les compare, comme nous allons le faire, aux tables de population des mêmes époques.

Or, bien que nous n'ayons de publiés que deux recensemens par âge pour la ville de Paris : celui de 1817, édité par la ville de Paris, sous la direction de l'illustre mathématicien Fourier (t. 1er), et celui de 1851, publié récemment à la fin du second volume de *Population* par le ministère de l'agriculture, il se trouve, par un heureux hasard, que ces recensemens constatent la distribution des âges vers le milieu de chacune des deux périodes que considère mon contradicteur.

J'adopte, d'ailleurs, sans autre vérification, les chiffres qu'il me donne, n'ayant nul doute sur sa bonne foi et sa conviction.

RÉSUMÉ

des tables de mortalité et de population comparées pour le sexe féminin de la ville de Paris.

Age.	Nombre des décès féminins en 10 ans.	Moyennes annuelles des décès féminins.	Population féminine d'après les recensemens.	Rapport des décès aux vivantes, ou *chance de mourir à chaque âge*, soit encore : *Un* décès sur
Première période de 1813 *à* 1323.				
			Recensement de 1817.	
0 à 15 ans.	43,339	4,334	6,926	16,11
15 à 45 ans.	29,157	2,916	166,566	57,12
Au-dessus . .	48,824	4,882	115,533	23,66
Seconde période de 1843 *à* 1853.				
			Recensement de 1851.	
0 à 15 ans.	58,603	5,860	104,210	17,78
15 à 45 ans.	47,798	4,780	299,132	62,57 l (1)
Au-dessus . .	58,878	5,888	117,607	20, »

Remarquons de suite le mouvement singulier de la population parisienne. Tandis que le nombre des habitantes âgées de plus de 45 ans reste pendant ces trente ans à peu près stationnaire, celui des fécondes, comme dit M. Carnot, a presque doublé : raison péremptoire pour qu'on y compte plus de décès.

Aussi, loin d'avoir augmenté, la mortalité des femmes de Paris s'est notablement atténuée, et, chose singulière, cette diminution porte surtout sur l'âge de fécondité accusé par M. Carnot.

Vers 1817, il mourait *une* femme de 15 à 45 ans sur 57,12 habitantes de Paris de cet âge, et, vers 1850, il n'en meurt plus qu'*une* sur 62,57 !

Les petites filles ont vu aussi leurs bonnes chances augmenter un peu.

Mais la mort s'est dédommagée sur les femmes âgées.

Voilà, Messieurs les vaccinophobes, voilà les véritables victimes de Jenner. Nous les abandonnons sans hésitation à vos complaintes; car il est clair que si bon nombre de ces pauvres vieilles étaient mortes à 15 ans, de la variole, elles n'auraient point la peine de le faire à 70 d'un catarrhe : et du même coup, nous sommes obligés de vous accorder que la vaccine n'a fait que déplacer la mortalité. Belle affaire vraiment ! ne faut-il pas toujours y passer? Cependant nous estimons encore avec les malades que le plus tard est le mieux.

Mais revenons aux choses sérieuses.

Le lecteur vient de voir un nouvel exemple de l'énergie avec laquelle les femmes augmentent leur vitalité. Ce résultat n'est pas propre à cette grande ville, il est, comme nous le disions au commencement de cet article, et comme nous le démontrerons plus au long dans notre prochain travail, il est le fait général de la population féminine en France, tandis qu'un état stationnaire et quelquefois rétrograde paraît peser sur la vitalité du sexe masculin.

Ce fait étrange et sur lequel M. Carnot a le mérite incontestable d'avoir, un des premiers, attiré l'attention, me paraît digne, en effet, d'une sérieuse étude.

Vous me communiquez encore, Monsieur le rédacteur, trois épîtres d'un des premiers suivans de M. Carnot. Nous n'avons pas à répondre aux deux premières lettres; nous faisons de la statistique et non des théories humorales. Quant à la troisième, que vous me communiquez à l'instant, nous y ferons droit prochainement.

Dr Bertillon,
Médecin de l'hôpital de Montmorency.

CHIRURGIE.

DES APPAREILS DE GUTTA-PERCHA DANS LES FRACTURES;

Par le docteur Ulrich, chirurgien en chef de l'Hôpital général de Vienne.

Les bons résultats que j'ai souvent obtenus de l'appareil de gutta-percha dans les fractures les plus compliquées, m'ont prouvé qu'il avait des avantages marqués sur le bandage amidonné et plâtré, et m'engagent à en publier le mode d'application avec détail.

I. — Traitement de la gutta-percha, pour en faire des pièces de pansement.

Il faut l'avoir en plaques laminées de deux épaisseurs différentes; celles qui formeront les pièces de résistance de l'appareil, doivent être épaisses de une à deux lignes et préparées avec la bonne qualité de gutta-percha, ayant une couleur brun-clair et une grande raideur; la qualité inférieure est brun-foncé et reste encore relativement molle, même à une épaisseur plus considérable. Les autres plaques servent de pièces de contention et d'enveloppement et auront l'épaisseur du linge ordinaire.

L'eau doit être chaude et garde sa température convenable, quand on la verse bouillante, dans une écuelle de terre préalablement chauffée. Lorsque la température est trop basse, la gutta-percha ne se ramollit pas assez vite, ni assez également. Un morceau de l'épaisseur d'une semelle, mis dans cette eau chaude se ramollit en peu d'instans, au point de se laisser étirer, déchirer, pétrir, comme une pâte; dans une eau trop chaude, il devient tellement mou, qu'il reste adhérent aux doigts comme une masse poisseuse. Il garde invariablement la forme qu'on lui a donnée, quand il est refroidi.

En même temps la gutta-percha éprouve un retrait considérable; la plaque devient plus épaisse aux dépens de la longueur et de la largeur, au point qu'après un certain temps, un morceau large de huit pouces, large de quatre, et épais de deux lignes, n'a plus qu'une longueur de quatre pouces, une largeur de deux, mais a acquis une épaisseur de quatre lignes. Il en résulte qu'il est presque impossible de couper dans la plaque froide, des attelles ayant les dimensions qu'on veut leur donner exactement lors de l'application, ce qui, d'ailleurs, n'est nullement nécessaire.

Une autre propriété de cette substance, convenablement ramollie, est qu'elle se colle sur les objets secs, et surtout secs et chauds, après qu'on l'a rapidement essuyée entre des compresses. Les différens morceaux s'agglutinent entre eux en un tout continu, d'autant mieux et plus vite, que la gutta-percha est plus chaude. Mais il est de toute nécessité que la dessication se fasse rapidement pour que la matière ne se refroidisse pas trop, et qu'elle soit complète, parce que l'humidité, qui ne peut être absorbée par la substance, constitue une surface de séparation. On peut donc appliquer la gutta-percha sur toutes les surfaces déclives, sans pièce de contention et surtout, on peut avec tous les morceaux, grands ou petits, réguliers ou irréguliers, former une attelle ou une enveloppe continue, en varier l'épaisseur et la solidité à différens endroits, et la fenêtrer à volonté pendant l'application.

La plaque mince ne doit pas être ramollie dans l'eau chaude, elle devient trop molle et n'est plus maniable. On peut la couper, la rouler et l'appliquer comme une bande ordinaire. Comme la gutta percha se dissout dans le sulfure de carbone, on en fixe l'extrémité en l'enduisant avec un pinceau d'un peu de ce liquide, et l'appliquant à la gutta-percha voisine. Pour cette raison, on n'a pas besoin de faire des renversés avec la bande; les godets sont incisés, humectés de sulfure de carbone, et les bords collés ainsi l'un sur l'autre. On empêche également le dérangement de la bande, en agglutinant les bords aux tours sous-jacens, par places et de la même manière. Au lieu de sulfure de carbone peu coûteux, mais de mauvaise odeur, on peut employer le chloroforme avec le même résultat.

Si l'on applique la gutta-percha ramollie immédiatement sur la peau desséchée, elle y adhère surtout aux poils, et ne peut être enlevée après sa solidification qu'avec des douleurs. C'est pour cette raison, et pour remédier à la mollesse et empêcher la mobilité des parties molles pendant l'application de l'appareil, qu'il faut entourer le membre fracturé d'une enveloppe mince. On peut se servir d'une bande en toile ordinaire, en évitant seulement de rendre les couches trop inégalement épaisses en certains endroits, sur lesquels il faudrait repasser souvent, comme au talon et au coude-pied, par exemple. Il va sans dire que les cavités doivent être d'abord remplies de ouate ou de charpie. Une bande de gutta-percha, large de un à un pouce et demi, a de grands avantages sur celle en toile; on peut l'appliquer facilement et plus également, car on peut combler les vides aux places difficiles à recouvrir, au moyen de bandelettes courtes et étroites, qu'on fixe dans toutes les directions à une couche déjà appliquée, au moyen de sulfure de carbone ou de chloroforme. De plus, cette enveloppe de gutta-percha facilite l'agglutination prompte de la couche plus épaisse servant d'attelle.

Tandis que la gutta-percha, encore molle, se laisse couper avec la plus grande facilité, avec des ciseaux, il n'en est plus de même quand elle est refroidie et appliquée sur la peau. Une couche, relativement peu épaisse, deux lignes, par exemple, résiste même aux ciseaux de Seutin. Cette propriété, précieuse sous bien des rapports, ne permet pas d'entourer un membre fracturé d'une enveloppe continue, parce que celle-ci ne pourrait être détachée que par un bain chaud qui peut-être serait contr'indiqué en ce moment. Il faut donc avoir égard à ces changemens de volume futurs, au moment de l'application du bandage, et voici le moyen qui m'a le mieux réussi :

Une corde, ayant au moins deux lignes de diamètre, flexible (les carrées sont meilleures que les rondes), est entourée dans toute sa longueur d'une bande étroite de gutta-percha mince. Pour empêcher le dérangement des tours de bande, on les enduit en beaucoup d'endroits de sulfure de carbone. Cette corde sert de ligne de séparation des attelles; on l'applique préalablement dans tous les endroits du membre, où l'on se propose de faire terminer les attelles, et on la fixe sur l'enveloppe immédiate du membre au moyen du liquide précédent. Elle adhère de suite si cette enveloppe est de gutta-percha, tandis que sur la toile il faut plus de temps; la gutta-

(1) Pour nous, nous croyons ce résultat un peu exagéré et surtout, nous n'appuierions jamais de solides conclusions sur les études des mouvemens de population des grandes villes, pour les raisons dont nous avons déjà parlé, et que nous avons exposées plus au long à la fin du compte rendu du Congrès international de statistique, publié dans la *Gazette hebdomadaire* (numéro 48 de décembre 1855). Mais nous avons dû suivre notre contradicteur, qui, n'ayant pas les mêmes scrupules scientifiques, s'est engagé sur ce *terrain mouvant*.

percha de la corde doit être un peu ramollie par ce liquide. Lorsque le gonflement du membre, et par conséquent le retrait futur, sont considérables, il faut réunir deux et même trois de ces cordes par une enveloppe commune, et l'appliquer de la même manière. Il est naturel qu'on les lie préparées à l'avance pour ne pas perdre de temps lors de l'application du bandage. Par leur moyen, on divise le membre en autant de champs que l'on veut et que l'on remplit avec la gutta-percha servant d'attelle. Est-il nécessaire de resserrer le bandage, on retire les cordes et l'on fend avec des ciseaux ordinaires l'enveloppe immédiate du membre en gutta-percha ou en toile; les différens fragmens de la boîte solide peuvent alors être facilement enlevés et réappliqués.

Le point important dans le remplissage de ces champs par la gutta-percha plus épaisse, consiste à employer celle-ci au point de ramollissement convenable. Elle doit être maniable comme une pâte et remplir facilement toutes les sinuosités et les excavations. Lorsque l'eau n'a pas été assez chaude, la matière est bien molle, mais ne colle pas facilement, surtout sur la toile, et ne se laisse pas bien étendre dans tous les sens; si l'eau est trop chaude, elle devient trop molle et difficilement maniable, parce qu'elle adhère trop vite aux doigts. Ces deux défauts sont d'ailleurs faciles à corriger en plongeant la gutta-percha dans l'eau plus chaude, ou en la laissant quelque temps à l'air avant de l'appliquer, mais c'est toujours une perte de temps inutile. Quelques minutes d'exercice suffisent d'ailleurs pour acquérir l'habitude nécessaire. Je rappelle de nouveau qu'il est très important de bien essuyer d'abord les pièces avant que de les appliquer.

Plus cette application se fait rapidement, mieux les plaques se collent entre elles et avec la couche sous-jacente, et l'on fait bien de commencer par les parties les plus difficiles qui exigent le plus de dérangement du membre, par exemple la partie postérieure (inférieure) de la jambe. Il est avantageux de couper en ligne régulière la partie de la plaque qui longe les cordes de démarcation, elle s'adapte mieux et plus vite. Le reste peut être plus ou moins irrégulier; si la gutta-percha a la consistance convenable, les bords s'agglutinent facilement et s'aplanissent par une légère pression. S'il reste quelque part une lacune, on y colle un morceau un peu plus grand. La face interne du bandage se moule ainsi exactement sur le membre et est lisse; la face externe peut être inégale, pourvu que le bandage ne soit nulle part plus faible qu'il n'est nécessaire; et même pour les attelles très longues, on est obligé de diminuer leur élasticité aux endroits appropriés, en y collant une couche supplémentaire de gutta-percha.

Le remplissage des cases est achevé en quelques minutes, et l'on pourrait immédiatement solidifier le bandage. Mais comme il serait possible que l'enveloppe fût soulevée en quelque endroit, soit par des contractions musculaires, soit par des mouvemens involontaires exécutés par les aides chargés de la contention du membre, soit par l'opérateur lui-même qui n'a peut-être pas appliqué l'attelle partout avec assez de force, on fait bien d'envelopper le tout d'un bandage roulé en toile ou en gutta-percha, un peu serré, qui garantisse ainsi une application partout égale.

On procède alors à la solidification du bandage en l'entourant de compresses trempées dans de l'eau froide, même glacée, et souvent renouvelée. Dès que la gutta-percha s'est refroidie à la température du corps, elle est assez solide pour ne plus permettre le moindre dérangement, et l'on peut abandonner le membre à lui-même. En six, tout au plus dix minutes, pendant lesquelles les aides doivent continuer à tenir exactement le membre, le bandage le plus épais et le plus étendu est devenu suffisamment raide.

Il est des personnes dont la peau ne supporte pas facilement une enveloppe imperméable, quelle qu'en soit la nature; il se produit, après un temps plus ou moins long, tantôt un eczéma, tantôt une excoriation suite de la macération de l'épiderme dans la sueur et la transpiration insensible, qui ne peuvent s'échapper nulle part. On remédie le mieux à cet inconvénient, en divisant, après deux ou trois jours, l'appareil en ses attelles partielles, entourant le membre bien nettoyé d'un bandage roulé de toile, et réappliquant les attelles, que l'on fixe au moyen d'une bande, d'écharpes triangulaires ou de rubans. De cette manière, la gutta-percha ne touche pas immédiatement la peau, et l'air peut arriver par les bords des attelles. Si, en raison d'absence de gonflement ou pour toute autre cause, on prévoit que l'on pourra ou devra laisser l'appareil pendant quelques semaines sans y toucher, il faudra envelopper le membre d'abord d'une bande en toile, puis d'une bande en gutta-percha, sur laquelle on étendra les attelles molles.

A mesure que le volume du membre diminue, il faut serrer les liens, mais il arrive souvent qu'à la fin les attelles se touchent par leurs bords. Il faut alors ou bien les garnir intérieurement, ou bien enlever une portion de leur largeur avec un couteau bien tranchant. Faut-il allonger une attelle ou en modifier la forme ou l'épaisseur, on y colle une plaque ramollie d'après les préceptes indiqués. En un mot : *les attelles bien moulées peuvent servir convenablement jusqu'à la fin du traitement.*

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Novembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Absence congénitale du nez. Nouveau procédé de rhinoplastie.

Voici comment s'exprime M. Maisonneuve, auteur de ce nouveau procédé :

Parmi les vices de conformation dont le visage de l'homme peut être le siége, il en est un dont la rareté doit être extrême, car je ne l'ai trouvé décrit dans aucun recueil. Je veux parler de l'absence congénitale du nez. Un fait de ce genre s'étant récemment présenté à mon observation, j'ai pensé qu'il était utile de faire connaître et d'exposer en même temps le nouveau procédé de rhinoplastie à l'aide duquel je suis parvenu à y remédier.

Marotte (Eugénie), âgée de sept mois, était venue au monde forte et bien constituée, à cela près que son visage était complétement dépourvu de proéminence nasale et qu'à la place de cette saillie naturelle, il n'existait qu'une surface plane percée seulement de deux petits pertuis ronds, de 1 millimètre à peine de diamètre et distant l'un de l'autre de 3 centimètres. Outre que cette difformité donnait à l'enfant l'aspect le plus grotesque, elle lui occasionnait encore une grande gêne dans l'acte de la respiration, et, par suite, dans l'acte de la succion. Sous ces deux rapports, il était donc important de remédier à cette conformation vicieuse. C'est dans cette intention que les parents virent à Paris me consulter.

En présence de ce fait, dont la science ne possédait jusqu'alors aucune observation, les procédés ordinaires de rhinoplastie ne pouvaient m'être d'aucun secours. C'est alors que j'imaginai l'opération dont je vais rendre compte.

Le 18 mai 1855, l'enfant étant préalablement soumis au chloroforme, je fis partir de chacun des pertuis nasaux une incision *ab* transversale longue de 1 centimètre et dirigée de dehors en dedans. Deux autres incisions verticales *bc*, partant de l'extrémité interne des précédentes furent dirigées vers le bord libre de la lèvre inférieure, près de laquelle elles se rapprochèrent l'une de l'autre pour se réunir en *V*. De ces dernières incisions résultait un lambeau étroit comprenant toute l'épaisseur de la lèvre; il fut disséqué et relevé horizontalement pour former la sous-cloison du nez.

Il restait alors un véritable bec-de-lièvre artificiel dont je réunis les bords au moyen de la suture entortillée.

Mais pour obtenir cette réunion, il fallait nécessairement que l'espace compris entre les ouvertures nasales fût raccourci de toute la largeur du lambeau détaché pour former la sous-cloison, et que par conséquent il se formât aux dépens de la peau intermédiaire un pli saillant. Celui-ci soutenu par la sous-cloison artificielle constitua naturellement une proéminence nasale parfaitement régulière.

Pour bien comprendre le mécanisme de cette opération, il suffit de le répéter sur un morceau de papier; on voit immédiatement combien le résultat en est satisfaisant.

La question définitive ne fut pas toutefois obtenue sans quelques tracasseries. L'enfant irrité par la douleur ne cessa, pour ainsi dire, de crier et de faire des efforts pendant les vingt-quatre premières heures : il en résulta une désunion partielle des points de suture supérieure. Ce qui, du reste, me fournit l'occasion d'imaginer un heureux perfectionnement à l'opération du bec-de-lièvre.

Ce perfectionnement consiste à faire l'incision sous-cutanée du muscle orbiculaire, de l'un et de l'autre côté de la plaie, pour empêcher ses contractions de déchirer la cicatrice. Grâce à ce perfectionnement, la réunion put se faire sans encombre, malgré l'agitation de la petite malade. Et au moment de son départ de Paris, la guérison était complète. Le nez avait une forme très-régulière, et les narines largement ouvertes permettaient une respiration facile. — (Renvoi à l'examen de la Section de Médecine et de Chirurgie.)



Nigritie de la langue en dehors de tout état fébrile.

Sous ce titre, M. Bertrand de St-Germain lit la note suivante :

Un phénomène pathologique des plus rares, qui se trouve signalé dans le savant traité de M. Rayer sur les *Maladies de la peau,* mais dont je n'ai rencontré la description nulle autre part, s'est offert quatre fois à mon observation depuis douze ans : c'est la coloration noire de la face supérieure de la langue, telle qu'on l'observe à l'état normal chez le perroquet et la girafe, et accidentellement et par quelques plaques chez le bœuf, le mouton, le chien, le chat, etc., et qui se produit beaucoup plus rarement, mais aussi d'une manière plus complète chez l'homme, en dehors de tout état fébrile, sans qu'il y ait augmentation appréciable du volume de la langue, ni rigidité, ni douleur, ni enduit superficiel. J'ai, dis-je, observé ce phénomène quatre fois : en premier lieu, chez une jeune fille de 13 ans, dont l'état d'émaciation et de paraplégie croissantes dénotait une altération profonde des centres nerveux.

En second lieu, chez une dame asthmatique de 70 ans qui n'était pas plus souffrante que d'habitude.

En troisième lieu, chez un vieillard, du reste bien portant.

Et enfin, chez une enfant de 11 ans, convalescente d'une fièvre typhoïde.

Dans ces divers cas, la coloration s'est manifestée, dès le début, comme une tache d'un noir très vif et de forme ovale, sur la ligne médiane, d'où elle s'est étendue par degrés à toute la surface de la langue. Elle est restée stationnaire environ dix jours, puis s'est effacée peu à peu, en sens inverse du mode de propagation, c'est-à-dire de la circonférence au centre, présentant sur ses bords un liseré jaunâtre, ainsi qu'une ecchymose en résolution. La durée moyenne du phénomène, dans son ensemble, est de quarante à soixante jours.

Les individus affectés n'accusaient d'autre incommodité nouvelle qu'un sentiment de sécheresse dans toute la bouche; ils se plaignaient de manquer de salive.

Les lotions et autres moyens propres à déterger la langue ne changeaient rien à son aspect; il était tel, qu'on ne pouvait méconnaître une production insolite de ce même pigmentum qui colore la peau du nègre. Une hémorrhagie sous-épidermique, en augmentant le volume de la langue et la difficulté de ses mouvemens, n'aurait pas donné cette coloration d'ébène.

C'était donc là une de ces taches pigmentaires, accidentelles et temporaires que les auteurs ont signalées; le siége seul en fait la singularité, car M. le professeur Cruveilhier, dans son *Anatomie descriptive,* dit formellement qu'il n'existe jamais de matière colorante noire sur la langue de l'homme. Les faits rapportés ci-dessus prouvent qu'il peut s'en produire.

Qu'il nous soit permis, au sujet de la production du pigmentum, d'ajouter encore quelques mots relativement à la coloration des races humaines.

Les travaux de Meckel et de Weber, de MM. de Blainville, Dutrochet, Béclard, Breschet, et particulièrement, en cette matière, ceux de M. Flourens, ne permettent plus de douter que le pigmentum ne soit, ainsi que l'épiderme, le produit d'une sécrétion du derme, et que la matière colorante sécrétée avec abondance et d'une manière uniforme chez les individus de la race éthiopienne, et accidentellement chez les individus de la race blanche, ne s'interpose comme un enduit entre le derme et les deux lames qui constituent l'épiderme.

M. Flourens, par la précision avec laquelle il nous a fait connaître le résultat de ses recherches, en a rendu les conclusions en quelque sorte élémentaires parmi nous. Il a démontré sans réplique la puissance graduelle de l'insolation et du climat pour la production de la matière colorante chez l'homme; mais ne devons-nous pas regretter que ses études ne l'aient point conduit à examiner la part que peuvent avoir les dispositions constitutives et vitales dans la manifestation de ce phénomène ?

On ne saurait nier que l'action stimulante de l'air et des rayons solaires ne provoque, d'une façon presque infaillible et souveraine, la sécrétion du pigmentum sous-épidermique, mais il faut reconnaître aussi qu'il y a des dispositions constitutives et vitales et des états maladifs qui donnent lieu, indépendamment de toute influence climatérique, à cette sécrétion, soit d'une manière partielle, soit d'une manière générale.

N'avons-nous pas souvent occasion d'observer dans nos climats une différence marquée de coloration entre les enfans d'un même père soumis aux mêmes influences extérieures ?

La teinte brune, quelquefois même la coloration noire que présentent la peau du mamelon et celle des grandes lèvres chez des femmes du reste fort blanches, et les faits pathologiques que nous avons cités prouvent suffisamment que la production du pigmentum reconnaît d'autres causes que l'insolation, et il nous semble que l'on doit admettre pour les individus, comme pour les races dont se compose l'espèce humaine, des prédispositions originelles indépendantes de l'influence climatérique par laquelle il nous paraît bien difficile d'expliquer, non-seulement la différence de coloration sous les mêmes latitudes, mais aussi les modifications anatomiques qui distinguent les variétés de l'espèce humaine. — (Comm. MM. Flourens, Rayer, Coste.)

— M. Jobert, de Lamballe, prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, vacante par suite du décès de M. Magendie.

— M. Poiseuille adresse une semblable demande.
(Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

De la position la plus favorable à donner aux individus asphyxiés sur lesquels on tente la respiration artificielle.

Voici l'extrait d'une lettre de M. Marshall Hall à M. Flourens :

Je suis très occupé en ce moment de recherches sur l'asphyxie. Je crois avoir établi l'avantage de la position sur la face, lorsque l'on veut pratiquer la respiration artificielle. Si le sujet repose sur le dos, la langue tombe sur l'épiglotte en la portant sur la glotte, qui est ainsi fermée : les liquides qui peuvent se trouver dans la bouche, ou qui y remontent de l'estomac, obstruent le même passage. Tout se change en renversant la position et en plaçant le sujet sur la face; la langue prend une position en avant, entraîne l'épiglotte, ouvre la glotte, et ainsi permet que l'air entre librement pendant l'inspiration. Les liquides qui se trouvent dans l'arrière-bouche s'en écoulent. Ainsi, il est de fait que les efforts pour exciter la respiration sont plus efficaces dans cette dernière position.

Je vous enverrai mon travail aussitôt que je le jugerai digne de vous.

Recherches sur la structure des amygdales et des glandes situées sur la base de la langue.

En résumant les principaux traits de la description qui précède, M. Sappey, auteur de ce travail, se trouve conduit à formuler les trois propositions suivantes :

1° Toutes les glandes situées sur la partie inférieure et sur les parties latérales de l'isthme du gosier présentent une structure identique : toutes sont des glandes en grappes.

2° Ces glandes ont pour caractère commun et distinctif d'être munies d'un réservoir, très petit pour les glandes linguales, très grand et multiple pour les amygdales.

3° Ce réservoir, qui a été considéré jusqu'à présent comme la propriété exclusive des glandes les plus volumineuses ou les plus importantes de l'économie, peut appartenir aussi à des glandes d'un très petit volume et d'une importance secondaire, avec cette différence, toutefois, qu'il est situé en dehors de leur partie périphérique dans les unes et au centre dans les autres.

La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'École de pharmacie de Montpellier a eu lieu le 15 novembre avec le cérémonial accoutumé. Nous n'avons rien à dire de particulier sur cette séance, qui n'a différé des précédentes que par une allocution légèrement anti-vitaliste de notre recteur M. le docteur Donné. — (*Revue thérap. du Midi.*)

— L'Académie de médecine de Belgique, dans sa séance du 24 novembre, a élevé à l'honorariat les membres correspondans français suivans : Delafond, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort; Amussat; le professeur Forget, de Strasbourg; Jobert (de Lamballe); Renault, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort. Dans la même séance, elle a nommé MM. Maisonneuve et Sichel membres correspondans.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 147. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 11 Décembre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An.................. 32 Fr
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les n°s des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20, 27 Septembre, 4, 11, 20, 27 Octobre, 8, 17 et 29 Novembre.)

Quatorzième Leçon (Suite).

Il faut ajouter aux variétés du strabisme fondées sur le degré de la déviation, une espèce assez fréquente, dans laquelle ce degré est variable, de sorte que le strabisme peut être très léger dans certains momens, et très considérable dans d'autres; c'est ce que nous nommerons le strabisme *variable, changeant*, par opposition à celui qu'on peut appeler *égal* ou *uniforme*.

Nature de la lésion musculaire. — Quelle est la lésion musculaire à laquelle se lie la déviation des yeux? Elle est de deux sortes : il y a un strabisme par contraction musculaire, un strabisme par rétraction.

1° *Strabisme par contraction.* — Le strabisme par contraction ne laisse pas de traces sur le cadavre; il est dû à deux états principaux des agens du mouvement : dans un cas, un muscle est plus fort, plus exercé que son antagoniste; il n'y a pas là maladie, à proprement parler, mais une supériorité acquise ou congénitale. Dans l'autre cas, le strabisme est causé par une maladie réelle, une lésion nerveuse, un spasme qui dépend lui-même de causes très multipliées, convulsions, maladies cérébrales, etc.

Je ne parle pas des cas de paralysie musculaire partielle, donnant lieu au strabisme parce que l'œil n'obéit plus qu'à l'action des muscles sains; la déviation n'est alors que symptomatique, et son étude rentre dans celle de la paralysie elle-même. On ne confondra pas d'ailleurs cette affection avec la faiblesse consécutive au strabisme, que peut présenter le muscle opposé au muscle devenu prédominant.

Une autre variété de strabisme résulte des habitudes de l'individu, et de l'usage qu'il doit faire de sa vue : tel est le cas d'une personne dont un œil est myope, l'autre presbyte. Les deux organes ne peuvent servir en même temps; l'un ou l'autre est employé suivant la distance des objets. Qu'arrive-t-il? C'est que le malade porte toute son attention sur l'œil le plus utile, et abandonne au hasard le second œil, qui, n'ayant pas de but déterminé, se dévie à la longue.

On a admis un autre strabisme nécessité par les besoins de la vision. On a dit : lorsqu'il existe un obstacle au passage des rayons lumineux, tel qu'une tache de la cornée, le globe oculaire se tourne de manière à présenter une portion de la membrane cornéenne qui puisse donner accès à ces rayons. J'ai vu peu d'exemples de strabisme dus à cette cause; ordinairement, dans ces cas, c'est plutôt la tête qui se tourne que le globe oculaire.

L'ophthalmie, les troubles de la vision sont indiqués comme pouvant produire le strabisme; ils sont loin d'avoir constamment cet effet. L'ophthalmie peut amener de plusieurs manières la déviation des yeux; elle agit, d'une part, en irritant les muscles et les contracturant, par une action analogue à celle que les inflammations des parties latérales du cou exercent sur les sterno-mastoïdiens; et, d'une autre part, par les efforts qu'elle suscite dans ces mêmes muscles pour soustraire la cornée à l'excitation de la lumière.

Les troubles de la vision contribuent à dévier les axes optiques de leur direction naturelle. Un des yeux sert moins que l'autre; l'attention est moins portée de son côté, et il cesse à la longue d'accompagner son congénère dans ses mouvemens. Si l'un des yeux est entièrement perdu, l'effet est encore plus marqué.

2° *Strabisme par rétraction.* — Le strabisme par rétraction succède souvent au strabisme par contraction. Celui-ci, lorsqu'il a quelque durée, détermine une altération de nutrition du muscle et un raccourcissement permanent. Il faut savoir reconnaître ces deux formes pendant la vie. Dans le strabisme par contraction, si l'on vient à fermer le bon œil, l'autre se redresse et peut alors parcourir tout le champ de l'ouverture des paupières. Ce caractère n'est pourtant pas constant; on observe quelquefois dans le même œil un mélange de contraction et de rétraction. Lorsque la pupille se porte vers l'angle des paupières opposé à celui dont elle se rapproche habituellement, on voit dans cet œil une lutte et une série de saccades, le muscle qui agit alors ne pouvant surmonter que pendant de courts instans la résistance de son antagoniste.

La rétraction du muscle est-elle portée à un haut degré, il y aura fixité du globe oculaire; les mouvemens en seront perdus; je nommerai cette deuxième variété *strabisme fixe*; la première, que j'appellerai *strabisme mobile*, permet, comme son nom l'indique, une assez grande mobilité de l'œil.

Le strabisme fixe pourrait être confondu avec la paralysie; il s'en distingue en ce qu'il s'accompagne encore de quelques mouvemens; on pourrait dire, il est vrai, dans un cas pareil, qu'il s'agit d'une paralysie incomplète; la distinction est difficile, et ne saurait être établie qu'à l'aide des phénomènes concomitans, par exemple, à l'aide des symptômes de la paralysie des autres branches du même nerf.

L'anatomie pathologique confirme ce que je viens de dire; j'ai fait plusieurs autopsies, et j'ai trouvé les muscles raccourcis dans quelques cas, non dans d'autres.

Outre l'appareil musculaire de l'œil, il est un organe qui joue un rôle important dans la production du strabisme par rétraction : c'est la membrane décrite par Ténon sous le nom de *nouvelle tunique de l'œil*. Elle s'attache directement au pourtour de l'orbite en dedans et en dehors, et, dans sa partie moyenne, elle y est fixée par l'intermédiaire des cartilages des paupières. Appliquée exactement sur la moitié postérieure du globe de l'œil, elle est percée de plusieurs trous pour le passage du nerf optique, des muscles droits et obliques, auxquels elle fournit des gaînes fibreuses. Les portions interne et externe peuvent se raccourcir à la manière des ligamens, et contribuer à fixer l'œil dans une position vicieuse.

État de la vision. — Le strabisme ne saurait avoir quelque durée sans influer sur la vision. Ainsi que je l'ai dit précédemment, l'affaiblissement de celle-ci est quelquefois primitif.

On est frappé d'une chose, dans l'œil strabique, c'est que les rayons lumineux ne tombent directement que sur les parties latérales de la rétine, et frappent obliquement sa partie centrale. La vue, dans cet œil, peut être comparée à la vue latérale dans un bon œil, c'est-à-dire qu'elle est très affaiblie. Les ophthalmologistes n'ont, du reste, pas pu apprécier anatomiquement ce qui produit l'altération de la vision; la myopie n'en est pas la cause la plus ordinaire; cette faiblesse pourrait plutôt être rapprochée de l'amblyopie.

L'état de la vue doit aussi être examiné dans les deux yeux à la fois.

La portion du champ de la vision qui appartient à l'œil louche est très bornée.

La diplopie est un symptôme curieux de l'affection dont je m'occupe. Vous savez comment on explique la vue simple avec les deux yeux dans l'état physiologique : les images se peignent

Feuilleton.

L'IMAGINATION ET LA FOLIE.

I.

Je ne discute pas, ô mon cher et savant directeur, je cause, si vous voulez bien le permettre, à ce modeste coin du feu qui s'appelle le feuilleton; je cause et je dis qu'elle est profonde et charmante cette définition : *la folle du logis*, pour qualifier la faculté triste et célèbre qui fait les poètes, les artistes et les novateurs. Il me semble qu'elle en dit plus long qu'elle n'est longue, et que l'on pourrait bien, sans déroger à la philosophie médicale, la méditer un petit peu.

Et d'abord, n'aimez-vous pas cette idée de comparer le corps à un simple logis? Le cerveau en devient la mansarde; oui, c'est bien là qu'habitent le travail, le rêve et l'espérance... Mais n'abusons pas d'une image, même à propos de l'imagination, et revenous à la réalité.

Eh bien, dans le monde, les gens qui font loi font aussi de l'imagination la faculté la plus voisine de la folie. Un homme d'imagination n'inspire pas de confiance généralement : il représente aux yeux du plus grand nombre l'antipode de l'homme sérieux.

Pourquoi cela?

Le préjugé n'a pas de pourquoi; il est, jusqu'à ce qu'un préjugé contraire le remplace; tant qu'il est, il ne rend de compte à personne. Cependant nous ne craignons pas de l'interroger.

Selon nous, le plus grand nombre se défie des hommes d'imagination 1° parce que l'imagination *embrasse plus chaudement et plus continuellement ce qu'elle va quérir que ce que nous touchons*; 2° parce que le commun des mortels a besoin *de choses plus sensiblement intellectuelles, ou plus intellectuellement sensibles* que les choses dont les hommes d'imagination se contentent la plupart du temps. A ceux-ci, on abandonne le domaine des arts et de la littérature, et encore sur ce domaine doivent-ils sacrifier à la routine, à la convention, à la banalité publique s'ils veulent obtenir quelque crédit, s'ils rêvent un peu moins que la gloire, un peu plus que l'hôpital et l'obscurité.

Au point de vue pratique de la vie courante, l'imagination nous apparaît donc comme une faculté suspecte, téméraire en quelque sorte et dangereuse. Nous ne soutiendrons pas, — car nous causons simplement — qu'elle soit le commencement de la folie proprement dite; mais on nous accordera peut-être qu'elle mène à toutes les folies dans les religions et dans la vertu, dans les systèmes et dans le crime.

L'homme d'imagination est semblable à un aéronaute qui se tiendrait sur les limites de l'atmosphère terrestre, respirant un air déjà impossible, et prêt à passer dans un autre monde, si la déchirure de son ballon ne le précipite pas lourdement sur le pavé. Dans la sphère de la haute imagination, en effet, le cerveau humain ne ressent plus la pression grossière, mais utile des réalités; il croit tendre à monter encore; il ne tend qu'à se rompre, — il se rompt.

Ce résultat est surtout remarquable lorsque les efforts de l'imagination s'appliquent à la connaissance de soi-même, aux causes finales, à la nature de l'âme, de la raison, de Dieu, etc., etc. Pour nous — causeur bien entendu — l'homme qui veut se connaître à fond lui-même, tout lui-même, corps, intelligence et âme, ressemble au malheureux qui voudrait se soulever d'une main par les cheveux. C'est la même tentative diversement méritoire, diversement récompensée par les hommes sans doute; mais finalement, c'est presque la même témérité, c'est presque la même folie.

Le cerveau qui se palpe sans cesse, qui se tâte pour ainsi dire, s'échauffe et perd cette fraîcheur indispensable à la découverte de toute vérité simple. L'instinct qui s'épie n'est plus l'instinct, car sa condition *sine quâ non* est la naïveté; l'intelligence qui veut se surprendre, en quelque sorte, et se comprendre à toute heure du jour, meurt à la peine.

D'un autre côté, l'imagination qui se fixe sur un objet devient vite une monomanie, une obsession. L'homme d'imagination ne se possède plus alors; il est possédé de ceci ou de cela..., d'un ange ou du démon, mais il est possédé, encore une fois. Voyez Pascal, voyez Rousseau, et tant d'autres. De l'imagination à la mélancolie, d'ailleurs, l'analogie est comparable à celle des nuages avec la pluie; de l'une à l'autre, la pente est irrésistible, en effet. L'érudition de chacun de nos lecteurs en fournit à chacun d'eux mille preuves. Nous ne voulons citer qu'un fait récent et un grand exemple. Broussais, cet homme d'une imagination intrépide et fougueuse, écrivait (1) : « *La disposition à la mélancolie a pris le dessus dans mon caractère.* » Le génie si doux et si tendre de Raphaël avait bien deviné la vérité que nous formulons ici, d'après l'expérience. Voyez ses Loges, remarquez la *Poésie*, et dites-nous si, malgré sa couronne, ses ailes et ses étoiles, le sentiment de cette figure n'est pas avant tout mélancolique.

Après cela, ce n'est point dans un journal de médecine qu'il faudra établir la filiation de la mélancolie au suicide. Suivant Esquirol, « *Presque tous les aliénés suicides ne veulent pas se tuer pour le plaisir de mourir, mais pour se soustraire à des souffrances le plus souvent* IMAGINAIRES. »

Ainsi s'expliquent modestement par l'imagination bien des faits constatés ou contestés : 1° la guérison plus fréquente, par exemple, au printemps et à l'automne (Esquirol), pendant ces deux saisons, sujet de tant de poèmes, de romances et d'élégies; 2° l'influence de la lune sur les aliénés. Quel homme, s'il n'est voué au culte exclusif des intérêts matériels et des spéculations positives, n'a observé lui-même la réelle modification que la clarté de la lune imprime aux sentimens et aux idées. 3° Le nombre des aliénés plus considérable parmi les femmes que parmi les hommes. L'imagination n'est-elle pas, en effet, une des forces à l'aide desquelles la femme de tous les temps et de tous les pays a lutté et lutte encore contre l'absence d'éducation et de liberté suffisante.

Vous allez nous demander si le but de cette causerie est de faire de la folie une maladie de l'imagination, c'est-à-dire une maladie toute spirituelle, au lieu d'une maladie cérébrale, c'est-à-dire toute matérialiste?

(1) Voir l'UNION MÉDICALE du 17 novembre 1855.

sur des points correspondans, identiques des rétines, c'est-à-dire sur ceux qui seraient en contact si l'on déplaçait latéralement les deux membranes sensitives et qu'on les superposât. Cette condition de la vue simple existe, non pas seulement, comme on l'a dit, pour le point sur lequel se réunissent les axes optiques, mais encore pour tous les points de l'horoptère (de ὅρος, limite, et ὅπτομαι, je vois), surface circulaire qui varie suivant la distance de l'objet fixé, étant déterminée par trois points, savoir, le point de réunion des axes optiques et ceux où les rayons lumineux se croisent dans chaque œil (Müller). Les mêmes conditions n'existent plus dans le strabisme, qui donne lieu par cette raison à la vue double, laquelle peut même être observée dans le strabisme parallèle. Les poisons, l'ivresse, et probablement aussi les autres influences qui donnent lieu à une diplopie passagère, n'agissent habituellement qu'en produisant un strabisme parallèle.

La diplopie ne se produit pas dans toutes les positions de l'œil; quelques-unes la font cesser; elle n'est pas non plus en rapport avec le degré de la déviation. On l'observe principalement quand les deux yeux sont d'égale force, et le strabisme récent; elle est à peu près constante dans la déviation de cause paralytique. Ordinairement passagère, on l'a vue persister jusqu'à un âge avancé.

Les malades que nous allons examiner compléteront ces notions générales sur les caractères du strabisme, en même temps qu'ils établiront ce qui est relatif au diagnostic de cette lésion.

Ier cas. Ce premier malade est un garçon de 11 ans, admis dans une des salles destinées aux affections chroniques, pour y être traité d'une tumeur blanche du genou droit. Il offre un strabisme interne de l'œil gauche, du deuxième degré, *uniforme* dans tous les instans, dont le début remonte à la première enfance et qui est probablement héréditaire; le père, en effet, était strabique dans son enfance et louchait encore il y a quelques années. Aucun nuage, aucune tache n'obscurcit la transparence des cornées. Le malade peut lire avec l'œil gauche des caractères de moyenne grandeur, mais non ceux d'un texte ordinaire; l'œil droit, au contraire, distingue bien les lettres de toutes les dimensions. L'abduction de l'œil gauche s'effectue complétement, sans saccades. Le strabisme n'augmente que très légèrement quand le malade fixe attentivement un objet.

IIme cas. Cette petite fille, âgée de 2 ans, est couchée au n° 23 de notre salle Ste-Geneviève. A un an, elle fut prise d'une maladie fébrile qui dura deux mois, et dont la nature n'a pu être précisée. En même temps s'est déclarée une ophthalmie intense qui maintint les paupières de l'œil gauche fermées pendant quatorze jours. Quand l'enfant recommença à les ouvrir, elle louchait.

Le strabisme est convergent, double, alternatif, c'est-à-dire que la déviation porte alternativement sur les deux yeux. L'œil gauche, toutefois, est le siége habituel de la difformité.

Voici par quel moyen nous constatons la mobilité du strabisme : si l'œil gauche se trouvant dévié, je viens à fermer celui du côté opposé, et qu'en même temps j'engage le malade à fixer un objet, le strabisme cesse immédiatement à gauche, et occupe l'œil droit, même après que celui-ci a été ouvert et jusqu'au moment où, à l'occasion d'un mouvement brusque, d'un regard porté latéralement, la déviation repasse du côté gauche, c'est-à-dire sur l'œil qu'elle occupait d'abord.

Tantôt, dans ces strabismes alternatifs, les deux yeux se dévient avec une égale facilité; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, l'un de ces organes est plus fréquemment et plus habituellement le siége de la direction vicieuse; c'est ce qu'on observe chez notre petite malade. L'abduction, chez cette enfant, est limitée de chaque côté; l'iris ne peut atteindre les angles externes; l'adduction, au contraire, peut être portée très loin, l'iris disparaissant en partie dans le grand angle; c'est un strabisme du deuxième degré.

IIIme cas. Ici, strabisme interne droit, variable, bien marqué au moment où le malade fixe un objet. Nous constatons facilement, en effet, que le degré de la déviation est tout différent suivant que le malade considère des objets plus ou moins volumineux, plus ou moins éloignés.

L'état des yeux date de la première enfance; le malade a éprouvé des convulsions à 2 ans, et louche depuis cette époque; la difformité a été plus prononcée qu'elle ne l'est actuellement. L'abduction est égale des deux côtés. Les cornées sont intactes. L'enfant, âgé de 8 ans, lit avec la même facilité de l'œil droit et de l'œil gauche.

IVme cas. Un cas qui présente de l'analogie avec le précédent, bien qu'il s'en distingue sous un rapport, nous est offert par cette jeune fille, employée comme infirmière dans l'une de nos salles.

Le strasbisme est interne, et occupe l'œil gauche; il date, dit-elle, de l'âge d'un an. Habituellement assez légère, la déviation devient plus forte par moment, et rentre dans le troisième degré quand la malade fixe attentivement un objet, qu'elle essaye, par exemple, d'enfiler une aiguille.

La vision est très faible de l'œil gauche, qui distingue à peine de gros caractères d'imprimerie et nullement ceux d'un texte ordinaire.

Dans le regard à droite, l'iris gauche se cache au quart ou au tiers dans le grand angle de l'œil; l'abduction est assez complète, l'iris atteint l'angle externe.

Vme cas. Autre exemple; c'est un strabisme interne de l'œil droit, et du second degré. Le malade a 6 ans; il a été brûlé à la joue gauche et présente un léger ectropion. Le globe oculaire de ce côté est sain. L'œil droit, affecté de staphylôme ancien, distingue seulement la clarté des ténèbres. Le strabisme augmente lorsque le malade fixe un objet, circonstance d'autant plus remarquable que l'œil louche est à peu près inutile à la vision. Cet œil est le siége de quelques mouvemens de *nystagmus*, c'est-à-dire d'oscillations fréquentes et peu étendues; il paraît jouir d'une abduction complète.

VIme cas. Nous avons l'exemple d'une déviation interne de l'œil gauche du second degré, chez cette jeune fille de 11 ans, devenue strabique il y a cinq ans, à la suite d'une ophthalmie intense. Les cornées, celle du côté droit surtout, présentent des taches légères. L'enfant lit des deux yeux, mais plus facilement de l'œil droit; l'abduction est plus difficile et moins durable à gauche qu'à droite. L'enfant louche par momens des deux yeux; elle fait naître à volonté un strabisme double en regardant son nez ou des objets très rapprochés.

VIIme cas. Chez cette autre enfant du même âge, le strabisme, placé à droite, est divergent, du second degré, et se redresse spontanément lorsque la malade fixe un objet peu éloigné.

VIIIme cas. Le strabisme dont nous sommes témoins chez ce garçon, qui nous vient de la salle Saint-Ferdinand, existe à droite; il est interne, variable et bien marqué seulement lorsque l'enfant fixe quelque objet; il rentre alors dans le second degré. Les cornées sont exemptes de taies. L'œil droit n'aperçoit qu'une ligne noire là où l'œil gauche distingue nettement des caractères d'imprimerie.

Dans le regard ordinaire, le malade louche faiblement; il aperçoit souvent les objets doubles, le doigt, par exemple; la deuxième image est toujours située à sa droite.

Le mouvement d'abduction paraît à peu près égal des deux côtés.

IXme cas. Ce jeune homme est un sujet des plus intéressans, en ce qu'il offre un exemple de strabisme volontaire.

A 9 ans, à l'instigation d'autres enfans de son âge, il se livre à des efforts persévérans pour voir doubles les objets sur lesquels se porte sa vue. Le moyen employé pour atteindre ce but consistait à faire converger fortement les axes visuels, de manière à donner naissance à une double image de ces objets. Dans le principe, les yeux retournaient facilement à leur direction normale après la cessation des efforts de strabisme; mais neuf mois environ après l'époque où l'enfant avait commencé à se livrer à son bizarre exercice, et pendant la nuit, l'œil droit se dévie de lui-même en dedans, et conserve désormais cette direction vicieuse. A son réveil, le malade voit sans peine les objets doubles, et ses efforts pour rendre la vision simple n'aboutissent qu'à faire cesser le strabisme pendant quelques heures. L'œil retourne opiniâtrément à l'attitude nouvelle qu'il a prise. Huit jours après, un médecin, consulté pour cette difformité, fait appliquer un bandeau sur l'œil gauche, espérant par ce moyen ramener l'axe visuel de l'œil droit dans sa direction primitive et naturelle. L'enfant enlève son bandeau au bout de deux jours, et constate que le strabisme persiste à droite. Nouvelle occlusion maintenue pendant quatre jours; la déviation est encore la même. A partir de cette époque, le strabisme s'est trouvé confirmé, et l'enfant n'a pu le faire cesser, même pendant quelques instans.

En raison de la diplopie qui a persisté d'une manière permanente, la lecture est devenue impossible, et le malade a dû se livrer à des occupations ne nécessitant pas une grande netteté dans la vue; toutes les fois que ses travaux ont exigé de la précision dans la vision, il s'est trouvé obligé, pour ne voir qu'une seule image, de maintenir l'œil droit fermé.

Lorsque le malade fixe un objet placé en face de lui, et à la distance visuelle, l'iris du côté droit se porte en dedans, mais reste à 3 millimètres de l'angle interne de l'œil. Dans l'adduction portée au plus haut degré, une partie de l'iris disparaît dans le grand angle, mais la pupille reste encore apparente. Les autres mouvemens, l'élévation, l'abaissement, l'abduction, ont l'amplitude naturelle.

La vue est meilleure à gauche qu'à droite; mais la supériorité visuelle de l'œil gauche est peu marquée. Des deux images qui se forment en même temps, la première, donnant la notion exacte de la situation des objets, prend naissance dans l'œil gauche; la seconde, variable dans sa position, est située à droite de la précédente, et à une distance d'autant plus grande de celle-ci, que l'objet considéré est lui-même plus éloigné des rétines. Ces deux images se rapprochent l'une de l'autre à mesure que l'objet se rapproche des yeux, et elles coïncident enfin lorsqu'il n'est plus distant que de quelques lignes du dos du nez.

Si l'on ferme l'œil gauche, on rend à l'œil opposé sa direction naturelle; mais le strabisme se reproduit aussitôt que l'occlusion vient à cesser.

Em. Bailly,
Interne du service.

(La suite prochainement.)

Non. Nous serions heureux seulement d'avoir retranché l'intervention de l'*âme* dans la question. L'âme est une chose de la foi. L'âme ne peut être malade, car ce qui peut être malade peut mourir, ce qui peut être amoindri peut être aboli. Or, la condition *sine quâ non* de l'âme c'est l'Immortalité.

La médecine de l'âme, c'est exclusivement la prière. Laissons l'âme dans la religion.

En résumé, qu'est-ce que la folie ?

Une chose essentiellement relative d'abord. La preuve en est que si la justice et la loi n'avaient pas imposé des enquêtes et des conditions, tel qui se promène libre avec l'épithète d'original, coucherait ce soir à Charenton, grâce à la sollicitude et aux idées exagérées, en sens contraire, de sa famille.

Les derviches sont au moins fous aux yeux des quakers.

Il y a des cas où la folie est absolue en ce monde, et n'est relative que devant Dieu. Nous n'avons pas besoin de les énumérer.

D'où vient le mal dans ce cas là. Ne dogmatisons pas, causons toujours :

On sait aujourd'hui que la digestion de tous les alimens ne s'accomplit pas tout entière dans l'estomac; cependant l'estomac restera toujours l'*éditeur responsable* de toutes les digestions qu'il n'aura point faites. Il est moins physiquement démontré que toutes les passions, tous les sentimens, toutes les impulsions morales ne viennent point du cerveau; que le caractère, enfin, d'un individu est souvent déterminé par l'état du foie — par exemple — mais le cerveau n'en reste pas moins l'*éditeur responsable* de tous les actes, de toutes les paroles résultant des passions, des sentimens, des idées et du caractère.

Ainsi le veulent l'usage et une certaine raison que les hommes ne peuvent abandonner, pour chercher mieux, sous peine de tomber dans une sorte d'anarchie intellectuelle et morale.

Toujours *éditeur responsable*, le cerveau n'est pas toujours l'auteur. Voilà le fait, selon nous, et l'on a tort de vouloir le prendre toujours en flagrant délit. L'anatomie est souvent forcée de proclamer son innocence.

Mais l'imagination, c'est-à-dire une faculté, peut-elle être malade primitivement à la maladie de l'organe qui lui sert d'instrument immédiat, habituel ?

C'est une question intéressante..... Mais voici le feu éteint, les bougies qui baissent; j'en ai déjà trop dit pour une seule fois, — je vais dormir, je vais *rêver*, je vais vivre pour quelques heures en dehors de toutes les lois divines et humaines, peut-être en dehors de toute raison, de toute vérité, de toute vraisemblance. Et je ne serai pas moins à mon réveil,

Comme devant :

Pierre Bernard.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Dixième liste : MM. Fougeirol, 5 fr.; Fr. Barthez, 10 fr.; Besson, 5 fr.; anonyme, 5 fr.; G. Sée, 20 fr.; anonyme, 10 fr.; Bossion, 5 fr.; anonyme, 10 fr.

— Une foule inaccoutumée se pressait, jeudi dernier, dans la chapelle de l'hôpital des Enfans, rue de Sèvres, pour assister aux funérailles de M. de Chaumont, directeur de cet hôpital, enlevé dans la force de l'âge par une courte maladie. On distinguait, dans l'assistance, les chefs de l'administration de l'assistance publique, les médecins de l'hôpital, les directeurs de la plupart des établissemens hospitaliers de Paris, les religieuses de l'hôpital et d'autres établissemens auxquels avait appartenu M. de Chaumont.

L'éloge du défunt était dans toutes les bouches, et la tristesse profonde qui se peignait sur les visages, le recueillement solennel de l'assemblée, attestaient combien sa perte était vivement sentie. En effet, M. de Chaumont avait mérité l'estime de l'administration, qui appréciait sa capacité pour les affaires et son dévoûment à ses devoirs, ainsi que l'amitié des médecins qui avaient avec lui les relations les plus cordiales, et la reconnaissance des enfans, sur lesquels sa charité active ne cessait de veiller. C'est en allant visiter ceux des enfans malades qui se trouvent actuellement à Forges-les-Bains, qu'il a été atteint de la maladie à laquelle il a succombé si promptement.

Trois discours ont été prononcés sur la tombe, par M. Battelle, au nom de M. le directeur général de l'assistance publique, qu'une indisposition retenait chez lui, par M. Gillette, médecin de l'hôpital, par M. Partout, directeur de l'hôpital St-Louis.

Cette triste cérémonie a été rendue plus douloureuse encore par un grave accident, qui a fortement impressionné les spectateurs. Au moment même où l'on se trouvait rassemblé sur les bords de la fosse, M. Paupert, directeur de l'hôpital Sainte-Eugénie, a été frappé d'une attaque de paralysie. Les secours les plus prompts lui ont été portés et ont amené une amélioration notable.

— Par arrêté de son excellence M. le président du conseil d'État, MM. les docteurs Ambroise Tardieu et Demarquay viennent d'être nommés médecin et chirurgien du conseil d'État.

— Dans sa séance du 6 décembre, la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, qui a pour président honoraire M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, a renouvelé son bureau, et nommé pour 1856 :

MM. Janin, du 3me arrondissement, président;
Labarraque, du 5me, } vice-présidens;
Collomb, du 6me, }
Thibault, du 5me, secrétaire général;
J. Gimelle, du 1er, secrétaire;
Perrin, du 7me, vice-secrétaire;
Ameuilhe, du 3me, secrétaire trésorier;
Machelard, du 11me, secrétaire archiviste.

Conseil d'administration : Nicolas (du 1er); Dufour (du 2me); Payen (du 4me).

La Société tient ses séances le premier mercredi de chaque mois (celui de septembre excepté) à 8 heures du soir, à la mairie du 4me arrondissement, rue Boucher.

Les lettres et communications doivent être adressées à M. Thibault, secrétaire-général, rue du Caire 29.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

REVUE GÉNÉRALE.

Des hémorrhagies par décollement du placenta inséré sur le col de la matrice. — Application de la glycérine au pansement des plaies. — Luxation sous-astragalienne sans fracture des malléoles, facilement réduite au moyen de l'anesthésie. — Les femmes enceintes sont-elles ou non prédisposées au choléra?

D'après la théorie pathogénique actuelle de l'hémorrhagie par décollement du placenta inséré sur le col de la matrice, il est généralement admis que cette hémorrhagie est placentaire et non utérine, et qu'elle est due au décollement croissant du placenta, dont les vaisseaux restent béans, ou bien à une pression exercée sur le placenta par les contractions de l'utérus. Cette théorie, qui ne s'accorde pas beaucoup avec les prescriptions pratiques données en pareil cas, est l'objet d'une appréciation critique de la part de M. Legroux, qui rapporte plusieurs observations en opposition avec elle, observations qui l'ont conduit aussi à indiquer des règles de conduite différentes de celles qui sont généralement prescrites.

M. Legroux a été conduit à professer les opinions suivantes qui sont développées dans son travail :

Quel que soit le point d'insertion du placenta dans l'utérus, toute hémorrhagie due à son décollement a lieu pendant la diastole ou le repos de l'utérus.

La contraction de l'utérus la suspend.

Le sang qui s'écoule au dehors pendant la systole s'était amassé pendant la diastole entre les surfaces décollées et dans le vagin.

L'hémorrhagie serait arrêtée si la contraction était permanente ou si l'on plaçait les surfaces décollées dans une position telle, qu'elles ne puissent s'écarter pendant le mouvement diastolique.

L'hémorrhagie est presque exclusivement utérine; le placenta n'y contribue que dans de faibles proportions qui peuvent avoir action sur la vie de l'enfant, mais non sur celle de la mère; elle devient exclusivement utérine, quand la mort de l'enfant a intercepté la circulation utéro-fœtale.

Comme conséquences pratiques de ces opinions, M. Legroux conseille de :

1° Tamponner, et, autant que possible, avec la vessie-pessaire, qui permet de suivre, sans fatigue pour la femme, la marche de l'accident, les progrès du travail.

2° Maintenir la femme dans une position verticale, en la faisant soutenir s'il en est besoin. Cette position complète le tamponnement; elle suffit à elle seule, si le travail est en activité.

3° S'il y a lieu, provoquer, activer les douleurs à l'aide du seigle ergoté.

4° Perforer les membranes quand les douleurs sont actives et soutenues, quand il y a un certain degré de souplesse et de dilatation du col, quand la présentation est régulière.

5° L'insuffisance du tamponnement et de la position verticale devraient faire recourir au percement prématuré des membranes, qui a pour effet, au moins temporaire, la suspension plus ou moins complète de l'hémorrhagie.

Enfin, si l'hémorrhagie persistait ou se renouvelait, de manière à devenir menaçante pour la femme, malgré les moyens qui viennent d'être indiqués, il faudrait recourir à l'extraction du placenta. — (In *Archives gén. de méd.*, décembre 1855.)

— L'application de la glycérine au pansement des plaies se multiplie. Dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, ce moyen est mis en usage, et jusqu'ici l'expérience répond aux espérances que les communications intéressantes de M. Demarquay ont fait concevoir. Nous voulons reproduire ici le témoignage si autorisé de M. le professeur Denonvilliers qui, dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, a exprimé son opinion en ces termes :

« La glycérine, substance connue depuis assez longtemps, était tombée dans l'oubli lorsque M. Chevreul attira de nouveau sur elle l'attention des chimistes; elle fait partie, comme on sait, des corps gras, et constitue un résidu de la fabrication des bougies stéariques et des savons. La glycérine est un principe immédiat neutre, de la consistance du sirop de gomme, d'une couleur jaune pâle et d'une saveur sucrée; elle est douce au toucher, soluble dans l'eau et inaltérable à l'air. La glycérine était restée à peu près sans emploi, bien qu'on eût essayé à diverses reprises d'en faire usage dans le traitement de quelques maladies. M. Demarquay vient de prouver par des faits irrécusables, selon moi, qu'elle constitue un excellent agent pour le traitement des plaies. Le pansement est, certes, un des éléments les plus importants du traitement des plaies; il doit être varié suivant les circonstances et la nature du mal; aussi les modifications qu'on y a introduites sont-elles fort nombreuses; il me suffira de citer les sutures, les serres-fines, les bandelettes de diachylon, l'eau tiède, etc. Aucune de ces modifications ne me paraît devoir être rejetée, et, pour ma part, je les crois tellement utiles qu'il m'arrive rarement d'amener une plaie à une cicatrisation complète sans avoir changé complétement deux ou trois fois le mode de pansement. Ce n'est donc nullement comme devant remplacer ces divers moyens que je présente la glycérine. Mais il est un pansement général qui vient s'ajouter à la plupart des pansemens spéciaux dont je viens de parler; c'est celui qu'on désigne sous le nom de *pansement à plat*, de *pansement simple*. Ce pansement s'est fait jusqu'ici presque universellement avec le cérat, étendu en couche mince sur un plumasseau de charpie ou sur un linge troué. Or, c'est ma conviction sincère que le cérat a fait son temps et qu'il doit être remplacé d'une manière absolue par la glycérine. Le mode d'emploi de la glycérine est excessivement simple : on verse dans un plateau une certaine quantité de cette substance, dans laquelle on trempe ensuite le linge troué ou la charpie destinés au pansement. On peut aussi faire tomber directement quelques gouttes de glycérine sur la plaie. Ce nouveau mode de pansement offre les avantages suivans : il est plus propre que le pansement avec le cérat, car la glycérine étant soluble dans l'eau, ne graisse ni les doigts ni les habits; il est plus expéditif, puisqu'il suffit de tremper le linge dans un liquide; il s'enlève avec autant de facilité, au moins, que le linge cératé et laisse la plaie très-nette, les bords parfaitement propres, avantage inestimable que ne donne point le cérat.

» La glycérine guérit-elle plus rapidement? Je suis porté à le croire d'après l'impression générale que m'ont laissée les faits de mon observation; mais il serait difficile de le prouver par des statistiques. Toujours est-il que les plaies pansées avec la glycérine n'ont jamais cessé de présenter cet aspect rosé que désire le chirurgien.

» Comment agit la glycérine? Jouit-elle de propriétés spéciales? Fait-elle subir aux plaies des modifications particulières, favorables à la guérison? Je ne le pense pas. La glycérine me semble agir comme une substance complétement inerte; mais elle l'emporte sur le cérat, parce qu'elle ne présente point, comme lui, un inconvénient très-grave, à mon avis. Lorsqu'une plaie a été pansée un certain temps avec des linges cératés, il est rare que sur les bords de la solution de continuité ne s'accumulent pas, malgré les plus grandes précautions, des couches de plus en plus épaisses et dures de matières grasses, qu'on a ensuite beaucoup de peine à enlever; le plus souvent on ne réussit à débarrasser la peau de cette crasse, et à lui donner cette propreté qui me paraît essentielle pour la guérison, qu'en grattant les bords avec une spatule; or, dans cette opération, on enlève toujours, en même temps que le cérat, la couche épidermique la plus superficielle. Mais examinez attentivement une plaie en voie de cicatrisation, et vous verrez que cette couche épidermique se continue avec la pellicule très-mince qui forme le premier pas de la cicatrisation, et qu'on enlève avec elle; il s'en suit que toujours, dans ces cas, on fait saigner la plaie, et qu'on retarde nécessairement la guérison. Avec la glycérine, rien de semblable; les bords de la plaie, quelle que soit la durée de ce mode de pansement, ont toujours la même propreté qu'au premier jour, et la peau saine n'est salie par aucun dépôt de substances étrangères. La glycérine agit donc surtout par la propreté qu'elle entretient sur les bords de la plaie. Aurait-elle d'autres qualités? Je ne saurais le dire; mais il est certain que, depuis six semaines que j'en fais un usage général dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, je n'ai observé aucun de ces accidens, aucune de ces complications qui viennent si souvent retarder la cicatrisation des plaies traitées par la méthode ordinaire. Il me paraît donc démontré, au moins, que la glycérine n'a rien de nuisible, et qu'on peut, en toute sécurité de conscience, engager les chirurgiens à essayer de ce mode de pansement.

» M. Demarquay a cru trouver à la glycérine d'autres applications plus brillantes peut-être, mais non plus utiles assurément que celles que je viens de signaler. Ainsi, il l'a vue produire des effets merveilleux dans des cas de pourriture d'hôpital, pour lesquels il avait employé sans succès les moyens les plus énergiques. Ces faits se sont passés en mon absence, et, sans les contester, je n'affirme rien à cet égard. Dans le pansement des chancres, de ceux surtout qui occupent les côtés du frein, le gland, le prépuce, la glycérine m'a paru donner les meilleurs résultats. Il en est de même des bubons syphilitiques. Injectée dans de vastes clapiers où s'accumule la suppuration, elle a paru imprimer aux parois de l'abcès des modifications avantageuses; mais mon opinion est encore peu faite sur ce point. M. Demarquay dit en avoir tiré de bons résultats dans le traitement des ulcérations du col utérin; je reste également dans le doute à ce sujet. M. Cap a signalé les avantages qu'on pourrait retirer de la glycérine comme excipient des médicamens destinés à l'intérieur. Enfin, quelques expériences faites par M. Demarquay tendraient à faire croire que la glycérine jouit de propriétés conservatrices remarquables sur lesquelles l'avenir nous renseignera.

— Les luxations du pied, sans fracture des malléoles, sont rares. M. Baumers, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a observé un fait de ce genre qui est remarquable par la facilité avec laquelle il a pu en opérer la réduction, grâce à la résolution musculaire obtenue par les inhalations d'éther. L'auteur a accompagné le récit de ce fait de considérations pratiques importantes; elles sont résumées dans les propositions qui suivent :

A — La luxation *sous-astragalienne* du pied sans plaies des tégumens et sans fractures des malléoles est caractérisée par les signes que voici :

1° Rotation en dedans du pied autour de son axe antéro-postérieur;

2° Déplacement en dedans de tout le pied qui ne correspond plus au prolongement de l'axe de la jambe;

3° Abduction forcée de la pointe du pied qui vient toucher le milieu du bord interne du pied voisin;

4° Saillie de la malléole externe au niveau du coude convexe et saillant en dehors, formé par le pied sur la jambe;

5° Saillie de la tête de l'astragale en avant de la malléole externe;

6° Dépression profonde en avant de la malléole interne et en arrière du scaphoïde, due à l'absence de cette même tête osseuse en ce point.

B — Cette luxation, le plus souvent irréductible avant la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther, peut se réduire facilement grâce à la résolution musculaire produite par cet agent.

C — Pour faire la réduction de cette variété de luxation, il faut non-seulement faire une extension énergique et une contre-extension proportionnée, mais encore, tout en reportant le pied en dehors, repousser en dedans la tête de l'astragale pour la remettre en contact avec la cavité articulaire du scaphoïde.

D — Enfin, les luxations les plus graves peuvent n'avoir que des suites d'une extrême simplicité, si elles sont réduites immédiatement après l'accident. — (In *Gaz. méd. de Lyon*, novembre 1855.)

— Les femmes enceintes sont-elles ou non prédisposées au choléra? M. Picard a recueilli sur ce point quelques renseignemens pendant l'épidémie de choléra qui vient de sévir à Soultzmatt. Dans cette localité, le chiffre des femmes enceintes s'élevait à 45, dont 4 seulement ont été atteintes de choléra pendant toute la durée de l'épidémie. Or, le nombre total des femmes de Soultzmatt non enceintes est de 1,480, parmi lesquelles il y a eu 336 cas de choléra. Il résulterait de ces chiffres, que les femmes enceintes, bien loin d'être prédisposées au choléra, seraient moins sujettes que les autres femmes à contracter cette maladie.

Outre que ces chiffres ne paraîtront pas suffisans pour la solution du problème, il nous semble que le chiffre des femmes non enceintes, opposé au chiffre des femmes enceintes n'a peut-être pas toute la signification que lui donne l'auteur. Ne faudrait-il pas tenir compte de l'âge de ces femmes non enceintes et connaître la proportion de celles qui avaient dépassé l'âge de la fécondation?

M. Picard a fait d'autres remarques qui ont de l'intérêt. Des observations qu'il rapporte, il résulte que quand une femme enceinte est atteinte de choléra, l'avortement n'a pas lieu nécessairement; qu'à la suite d'une attaque de choléra, même algide, l'accouchement peut avoir lieu normalement et avoir une issue favorable; enfin que pendant une épidémie de choléra, la parturition et les couches peuvent s'accomplir heureusement chez les femmes bien portantes, sans qu'elles ni leurs enfans ressentent les atteintes du génie épidémique. — (In *Gaz. méd. de Strasbourg*, novembre 1855.)

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Séance du 11 Janvier 1855. — Présidence de M. RENOUARD.

Sommaire. — Introduction dans le canal de l'urètre d'un porte-plume métallique; son extraction. — Transmission de la gale du lion à l'homme; est-elle également transmissible du chameau à l'homme *et vice versâ?* — Du purpura hemorrhagica chez les jeunes enfans; différences qui le séparent du scorbut. — Accouchement spontané s'opérant dans la présentation d'un bras et de la région des reins. — De l'alcool appliqué localement dans les cas d'épanchemens séreux et sanguins.

M. DEMARQUAY rapporte qu'il a naguère été consulté par un homme de 45 ans, qui, dans un but qu'on devinera aisément, s'était introduit dans l'urètre un porte-plume métallique. Notre confrère essaya de l'extraire à l'aide de la pince de Hunter, mais il ne put y parvenir, la membrane muqueuse débordant en avant le corps étranger et s'étant, pour ainsi dire, incrustée dans les rugosités de sa surface extérieure. Après plusieurs tentatives infructueuses, M. Demarquay eut l'idée d'introduire un doigt dans le rectum et de repousser le porte-plume d'arrière en avant. Après l'avoir de la sorte dégagé de la membrane muqueuse, il put le saisir avec la pince de Hunter et l'amena aisément au dehors.

M. RENOUARD fait remarquer qu'il est rare d'observer des faits analogues chez des sujets d'un âge aussi avancé, et pense qu'ils sont plus communs dans l'adolescence.

M. ARNAL soutient au contraire qu'on les observe plus particulièrement vers la fin de l'âge mûr, lorsque les moyens ordinaires ne suffisent plus pour réveiller la sensibilité éteinte. M. Arnal ajoute que M. Demarquay aurait pu peut-être extraire plus facilement le corps étranger, et surtout qu'il aurait moins froissé la membrane muqueuse, s'il avait préalablement introduit une canule, dans l'intérieur de laquelle il aurait fait glisser le corps étranger, et à l'aide de laquelle il aurait pu faire un meilleur usage de la pince de Hunter.

M. GUERSANT approuve l'emploi de la canule et pense qu'avec elle on pourra réussir, dans la majeure partie des cas, mais il est convaincu que parfois on réussira mieux encore en employant la curette articulée de M. Leroy d'Étiolles. On sait que cet instrument consiste en une tige droite qui, lorsqu'elle est parvenue derrière le corps étranger, peut à l'aide d'un mécanisme aussi simple qu'ingénieux se recourber en forme de crochet et l'entraîner avec elle.

M. ARNAL fait remarquer que, dans le cas rapporté par M. Demarquay, le bourrelet formé par la membrane muqueuse aurait mis obstacle à l'introduction de la curette articulée, et que ce moyen n'aurait pu bien réussir que si le porte-plume avait été ouvert à ses deux extrémités, ce qui malheureusement n'avait pas lieu.

M. BOURGUIGNON communique à la société les faits suivants : six lions sont achetés à Marseille. L'un d'eux meurt dans cette dernière ville, un second au Jardin-des-Plantes et un troisième à Alfort, où M. Delafond constate tous les caractères d'une gale invétérée. Eh bien, dit M. Bourguignon, les autres lions étaient également atteints de la gale; mais ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est que non-seulement le propriétaire de ces lions et sa fille étaient atteints d'un prurigo très-intense, ainsi qu'un gardien, mais qu'encore l'éponge qui avait servi à ces lions avait déterminé une éruption croûteuse sur la croupe de plusieurs chevaux. M. Bourguignon s'est assuré, à l'aide du microscope mobile, que ce prétendu prurigo dont il vient d'être question était bien positivement la gale de l'homme, y compris les acares, et que les débris qui existaient à la racine des poils du lion malade, contenaient également des acares en tout semblables aux précédens. Les palfreniers qui avaient donné leurs soins aux chevaux malades n'avaient, eux, qu'un prurigo ordinaire; enfin le gardien du lion du Muséum en a bien positivement contracté la gale et, ajoute M. Bourguignon, le même traitement a rapidement guéri tous les individus atteints. Ces faits démontrent donc clairement que l'homme peut contracter la gale de certains animaux et particulièrement du lion.

M. CHAUSIT fait remarquer, à ce sujet, que les faits qui précèdent témoignent hautement en faveur de ceux de M. Biet qui, il y a quinze ans environ, établirent la réalité de la transmission à l'homme de la gale de l'éléphant, et pourtant, ajoute-t-il, M. Bourguignon s'était élevé plus que personne contre la possibilité de cette transmission.

M. BOURGUIGNON réplique qu'il a analysé, en effet, les observations auxquelles M. Chausit vient de faire allusion et que s'il ne les a pas admises, c'est qu'il ne les a pas trouvées entourées de toutes les garanties d'une démonstration véritablement scientifique, attendu qu'il n'y est pas question du sarcopte et que le sarcopte est, pour lui, le seul signe pathognomonique de la gale; il ajoute qu'il était d'autant plus autorisé à cette négation qu'il est des éruptions simples qui, à leur seul aspect, peuvent en imposer, pour la gale même, à des praticiens très-exercés, et qu'il avait maintes fois déposé par centaines des acares de l'homme sur des chiens, des chats, des lapins, etc., sans jamais pouvoir faire contracter la gale à ces animaux. Encore même aujourd'hui, dit-il, et malgré la preuve évidente que je viens de donner de la possibilité de la transmission de la gale du lion à l'homme, je ne croirai à celle du chameau, que lorsqu'on m'aura démontré expérimentalement que l'acare de ce quadrupède peut vivre et se reproduire sur la peau humaine, car il est très-possible qu'il en soit pour lui, comme pour celui du cheval dont la transmission a été jusqu'à ce jour impossible.

M. Chausit réplique à son tour que le diagnostic de la gale ne repose exclusivement ni sur le sarcopte, ni sur le sillon ; qu'on la reconnaissait bien avant la découverte de ces deux signes dont il admet du reste toute l'importance, et que lorsqu'un homme aussi expérimenté que Biet, déclarait deux éruptions identiques, il fallait le croire, lorsque surtout le même traitement les avait guéries ensemble et rapidement.

M. Piogey partage complétement l'opinion de M. Bourguignon. Il pense, comme lui, que parce que tel acare vit sur un animal, ce n'est pas une raison pour qu'il vive également sur un autre et qu'il en est de lui comme de certains parasites végétaux qui ne réussissent que dans certaines classes, dans certains genres, dans quelques espèces.

Quant au diagnostic de la gale, M. Piogey ne nie pas que des praticiens exercés ne puissent la reconnaître à la simple inspection de l'éruption, mais il soutient qu'ils peuvent plus facilement se tromper que ceux qui ont recours aux moyens d'investigation employés de nos jours. Il pense même qu'il n'y a que deux moyens véritablement infaillibles, c'est le sarcopte constaté à la loupe ou au microscope mobile, et le sillon qui lui sert d'abri, et encore donne-t-il la préférence à ce dernier parce qu'il existe toujours, tandis que l'insecte a pu se transporter ailleurs ou être détruit. Une preuve encore que la vésicule n'est pas un moyen sûr de diagnostic, c'est que la gale existe avant elle, puisqu'elle n'est que le produit souvent retardé de l'irritation déterminée par l'acare, c'est qu'enfin le lendemain d'un traitement qui a détruit tous les insectes et qui, par conséquent, a guéri la gale, on voit plus que jamais les vésicules se produire à la peau.

M. Bourguignon réclame pour lui la priorité de l'idée que M. Piogey vient de développer, touchant l'aptitude que les parasites ont en général de vivre par préférence sur tel ou tel individu ; il croit, en effet, avoir démontré, dans un autre travail, que chaque espèce d'acare, par exemple, demande des conditions particulières de sucs nutritifs et de localité, et il ne doute pas que, dans un temps prochain, l'observation ne démontre qu'il en est qui vivent exclusivement sur les herbivores, d'autres sur les carnivores, etc.

M. Marcotte fait remarquer qu'il reste malheureusement un doute dans la communication intéressante de M. Bourguignon, car, dans l'état des choses, il est impossible de dire lequel, du lion ou du gardien, a communiqué la gale à l'autre.

M. Bourguignon répond qu'en effet il lui serait impossible de dire aujourd'hui si c'est l'acare de l'homme qui existait sur les lions dont il vient d'être question, ou bien un acare propre à ces animaux qu'ils auraient transmis directement aux personnes qui leur donnaient leurs soins, mais qu'il s'occupe actuellement même de l'élucidation de cette question. Déjà, ajoute-t-il, depuis notre dernière réunion, j'ai eu l'occasion d'examiner au microscope les acares d'un chat galeux, et je puis affirmer qu'au volume près ils étaient identiques à ceux du lion. J'aurai soin de les comparer les uns et les autres avec ceux de l'homme.

Séance du 1er février 1855.

M. Archambault rapporte qu'un enfant de 9 ans, d'une forte constitution, généralement bien portant et dans d'excellentes conditions d'hygiène, vient d'être pris, sans symptômes précurseurs, d'un purpura hémorrhagica qui a d'abord envahi le scrotum et s'est rapidement étendu à toute la surface du corps. Malgré des bains salés, un régime fortifiant et une médication tonique à l'intérieur, le jeune malade est allé rapidement s'affaiblissant, si bien qu'aujourd'hui il inspire des craintes sérieuses. En présence d'une marche si exceptionnelle et si rapide, M. Archambault demande à être éclairé et sur la cause, et sur le traitement qui conviendrait le mieux dans une circonstance pareille.

M. Boucher de la Ville-Jossy, cite, à cette occasion, le fait d'un enfant de 13 mois qui, lui aussi, quoi que fort et vigoureux, fut pris subitement de taches de purpura et en eut bientôt le corps tout couvert. Malgré un traitement tonique varié, il ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, M. Boucher constata une hémorrhagie du poumon et de la rate.

M. Marrotte estime qu'il existe une grande différence entre le purpura et le scorbut. Selon lui, en effet, le scorbut est une affection diathésique, avec altération du sang et caractérisée par des taches larges et profondes, tandis que dans le purpura ces taches sont au contraire petites, superficielles et se manifestent avec l'entrain des éruptions exanthémateuses. D'un autre côté, le scorbut se développe ordinairement sous l'influence de causes générales, telles que l'habitation dans les localités froides et humides, le défaut d'insolation, les alimens corrompus ou préparés depuis longtemps ; rien de pareil pour le purpura. Enfin, ajoute M. Marrotte, le traitement lui-même établit une différence entre ces deux affections, car dans le scorbut, on doit particulièrement s'attacher à combattre par les acides l'excès de soude dont le sang est surchargé, tandis que le purpura s'aggrave plus qu'il ne s'améliore sous l'influence de ce moyen, et se trouve mieux de l'emploi des ferrugineux.

M. Piogey partage sans réserve la manière de voir de M. Marrotte touchant ces deux affections, et au point de vue de leurs causes, et au point de vue de leur traitement. Il pense en outre que le purpura est lié à un état anémique particulier, et il assure avoir constaté, sur plusieurs malades, une diminution notable dans les globules sanguins : il déclare aussi s'être bien trouvé de l'association du quinquina avec les préparations ferrugineuses.

M. Briau rend compte du fait suivant : une jeune femme primipare est prise des douleurs de l'enfantement. Le travail marche avec une régularité parfaite, et au bout de quelques heures elle accouche d'un enfant peu volumineux, mais bien portant. Bientôt après de nouvelles contractions utérines se déclarent et le bras d'un autre enfant s'engage hors de la vulve. La sage-femme qui donnait ses soins à cette dame, essaye de faire rentrer le bras et d'opérer la version, mais elle échoue dans ses tentatives. Justement effrayée, elle mande M. Briau, qui constate la situation anormale et se dispose à y remédier. Cependant une contraction plus énergique se déclare tout à coup, et, au grand étonnement de notre confrère, le second enfant est spontanément expulsé, dans la présentation de la région lombaire, le bras restant toujours engagé.

M. Triger, père, pense que les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement et que, pour son compte, il a eu plusieurs fois l'occasion de voir l'accouchement se terminer de lui-même avec un bras sorti de la vulve.

M. Roussel assure qu'il y a 15 ans environ, il assista une femme qui se trouvait dans des conditions en tout semblables à celles dont M. Briau vient de parler. Chez elle, en effet, le second jumeau présentait également un bras qu'on ne put réduire, malgré des tentatives répétées ; mais par suite de ces tentatives mêmes, la matrice surexcitée se contracta si énergiquement qu'elle expulsa l'enfant dans la position anormale dont il vient d'être question.

Dans les trois cas précédents aucun des enfants n'a vécu.

M. Piogey appelle l'attention de la société sur les épanchements de sérosité et de sang qui ont lieu parfois dans le tissu cellulaire souscutané ou dans les cavités naturelles, superficielles et particulièrement dans les articulations des membres. Les topiques les plus variés, dit-il, depuis l'eau jusqu'aux astringens les plus énergiques, ont été employés tour à tour avec des résultats divers, un seul m'a toujours réussi, c'est l'alcool appliqué sur la partie même, siége de l'épanchement. Il cite, à ce sujet, deux malades chez lesquels, en effet, ce moyen a parfaitement réussi. L'un d'eux, âgé de 30 ans, fort et bien constitué, avait fait, sur le genou, une chute qui avait déterminé la rupture de plusieurs ligamens et un épanchement considérable dans l'articulation. Les premiers symptômes inflammatoires furent combattus par des moyens antiphlogistiques appropriés, mais l'épanchement persista dans son volume primitif. M. Piogey pensant alors aux beaux résultats obtenus par M. Nélaton, entoura la partie malade de compresses imbibées d'alcool et au bout de 8 jours la guérison fut complète.

L'autre malade était un vieillard affecté d'une arthrite aiguë du genou. Chez lui les frictions calmantes, les émolliens, les fomentations de même nature, et plus tard les vésicatoires volans furent employés, mais sans le moindre résultat favorable, tandis que les applications de compresses imbibées d'alcool en eurent raison en 15 jours, malgré le grand âge du malade. M. Piogey ajoute, en terminant, le conseil de ne jamais laisser les compresses alcoolisées se sécher sur la partie sur laquelle on les applique.

Le secrétaire général, Arnal.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

EXPOSITION UNIVERSELLE.

Nous empruntons au *Moniteur officiel* la liste suivante des récompenses accordées aux exposans de la XIIme classe, qui contient les principaux produits afférens aux sciences médicales.

XIIme CLASSE.

Hygiène, pharmacie, médecine et chirurgie, hygiène et médecine vétérinaire.

GRANDES MÉDAILLES D'HONNEUR.

452 Arnott (docteur), Londres. Royaume uni.
4041 Auzoux (L.-Ch.), Paris. France.
3993 Charrière (J.-J.), fils, Paris. France.

MÉDAILLES D'HONNEUR.

3932 Aubergier (P.-H.), Clermont. France.
3715 Menier et comp., Paris. France.

MÉDAILLES DE 1re CLASSE.

Albright, Birmingham. Royaume uni.
3976 Béchard (F.-A.), Paris. France.
741 Bell (J.) et comp., Londres. Royaume uni.
3935 Berjot (F.), Caen. France.
3875 Bernard (J.-F.), Paris. France.
Boeck. Norwége.
4042 Bourgogne (J.), Paris. France.
Camaille. France.
4060 Charlier, Reims. France.
3048 Dorvault, Paris. France.
4435 Duplany (P.), Paris. France.
129 Fabrique d'allumettes chimiques de Jonkoping. Suède.
4007 Galante (H.) et comp., Paris. France.
3952 Guillermond (A.-A.), Lyon. France.
784 Hett (A.), Londres. Royaume uni.
3954 Homolle et Quevenne, Paris, France.
744 Kent (J.-H.), Stanton. Royaume uni.
743 Howards et Kent, Stratford, près Londres. Royaume uni.
4016 Lasserre (J.-F.), Paris. France.
3914 Lebobe, Callou et comp., Paris. France,
4044 Lefèvre (A.-A.), Paris, France.
4019 Lüer (J.-G.-A.), Paris, France.
4021 Mathieu (L.-J.), Paris. France.
745 May et Baker, Londres. Royaume uni.
434 Ministère de la guerre, province d'Oran (Algérie). France.
3921 Ozouf (G.-H.), Paris. France.
769 Rein (C.-F.), Londres. Royaume uni.
10098 Richer et comp., Paris. France.
10100 Rogier et Mothes, Paris. France.
10457 Rousseau (L.), Paris. France.
Rouy, France.
3926 Savaresse (Ph.), Paris. France.
Schrœtter. Autriche.
Sautto (de), Cuba. Espagne.
10105 Souplet (Ch.-J.), Troyes. France.
9224 Stahl (J.-B.), Paris. France.
3927 Tabarié (L.-E.), Paris. France.
785 Towne (J.), Londres. Royaume uni.
Tripier (docteur), Algérie. France.
4049 Vasseur (P.-N.), Paris. France.

MÉDAILLES DE 2me CLASSE.

186 Ahlborn (Ch.) et Barsuglia, Stocholm. Suède.
9041 Beau (E.), Paris. France.
3934 Béral (P.-J.), Paris. France.
365 Bittner (F.-L.), Brün. Autriche.
3984 Blanc (J.-B.), Lyon. France.
4044 Boissonneau (A.) père. Paris. France.
296 Bonneels (T.) jeune, Bruxelles. Belgique.
3987 Bougery-Thibert (veuve M.-C), Paris. France.
4056 Bourgoin (L.-J.), Paris. France.
2290 Bouvier (H.), Grenoble. France.
753 Brook (C.), Londres. Royaume uni.
2581 Bufnoir (G.), Lyon. France.
3049 Burat et Loriol, Paris, France.
3938 Burin-Duhuisson (M.-A.-B.), Lyon. France.
3990 Capron jeune (C.-E.), Paris. France.
Charpentier. France.
300 Chevalier fils, Paris. France.
2337 Collas (C.), Paris. France.
782 Collége de l'Université, Londres. Royaume uni.
85 Comba (F.), Turin. Etats sardes.
Della-Suda. Empire ottoman.
742 Davenport (J.-T.), Londres. Royaume uni.
1987 Deyrolle (Ach.), Paris. France.
3910 Fèvre (G.-D.), Paris. France.
48 Fowler et Préterre, New-York. Etats-Unis.
3949 Galfard (P.-A), Aurillac. France.
10073 Gion (Is.-D.), Paris. France.
Gouvernement du Mexique. Mexique.
726 Gray (J.), Dublin. Royaume uni.
777 Grossmith (W.-R.), Londres. Royaume uni.
1999 Guérin (J.-J.-B.), Paris. France.
3953 Halbique (L.-A.), Caen, France.
729 Hammer (J.), Unterdœbling (près Vienne). Autriche.
4012 Junod (Th.), Paris. France.
554 Lamatsch (docteur J.-D.), Vienne. Autriche.
10077 Lamy (A.), Paris. France.
26 Langgard (Otto), Hambourg. Villes hanséatiques.
3955 Lecomte aîné et comp., Reims. France.
Lépine, Pondichéry. Colonies françaises.
341 Linden (J.). Rotterdam. Pays-Bas.
214 Mac-Colloch (veuve), Montréal. Canada.
Magnus. Royaume uni.
Marshall et Paterson. Royaume uni.
501 Martin (L.), Berlin. Prusse.
557 Mastri (Dr A.), Pavie. Autriche.
10084 Mayet (C.-F.), Paris. France.
63 Metz (C.), Heidelberg. Grand Duché de Bade.
234 Mohamed-ben-Chaoula, Alger. France.
559 Moll (A.), Vienne. Autriche.
3918 Mondollot frères (A. et J.-A.), Paris. France.
3919 Moride (E.), Nantes. France.
60 Mouton et fils, la Haye. Pays-Bas.
3920 Niepce (Le Dr). France.
39 Njrop (C.), Copenhague. Danemark.
24 Oberdôfer (A.), Hambourg. Villes hanséatiques.
Oudemans. Pays-Bas.
Quévenne et Miquelard. France.
704 Reis (A.), Vienne. Autriche.
3965 Rogé (L.-H.-M.), Paris. France.
Rogeat. France.
2547 Rose (C.-A.), Vireaux (Yonne). France.
187 Satherberg (H.), Stockolm. Suède.
79 Société médicale de Chambéry, Chambéry. Etats sardes.
13 Société neerlandaise de commerce, Amsterdam. Pays-Bas.
544 Smith (J. et H.), Edimbourg. Royaume uni.
415 Tepping (C.-M.), Londres. Royaume uni.
782 Tuson (University collége), Royaume uni.
288 Tylor et fils (J.). Londres. Royaume uni.
4440 Vedel (St.-Al.), Paris. France.
4040 Wickham et Hart, Paris. France.
45 Wolff et fils (F.-A.), Heilbronn. Wurtemberg.

MENTIONS HONORABLES.

3899 André (L.), et comp., Paris. France.
4111 Arrault (H.), Paris. France.
752 Ash (Cl.) et fils, Londres. Royaume uni.
4448 Baron (J.-B.), Rambouillet. France.
Bègue (L. de), Paris. France.
3148 Bénard (J.-Ph.). Amiens. France.
Benham et Froud. Royaume uni.
4053 Berthé (J.-Ch.-A.), Paris. France.
3979 Bidard (veuve P.), Paris. France.
3981 Biondetti (A.-N.), Paris. France,
3982 Biondetti (H.), père et fils, Paris. France.
3980 Billard et fils, Paris. France.
Blancard. France.
5336 Boissonneau fils, Paris. France.
50 Boss, New-York, Etats-Unis.
3904 Bouis (D.), Perpignan. France.
4057 Brayer-Coiffier, Lyon. France.
3988 Brondet (Mme J.-M.), Paris. France.
4059 Cacan (Ch.), Lille. France.
3875 Caillaud (P.), Guéret. France.
755 Cart (Dr), Dublin. Royaume uni.
3992 Charbonnier (J.-B.), Paris. France.
3994 Mme Chavanne (C.-Ant.-Al.), Paris, France.
Chaussenot aîné. Paris. France.
3907 Chopin de Seraincourt (comte de), Villefranche. France.
298 Clausolles (E.), Madrid. Espagne.
3940 Clairtan et Lavalle, Paris. France.
Clesh et Deroche. France.
3909 Cochaud (Ve), Paris. France.
64 à 68 Collection des eaux minérales du grand-duché de Bade. Bade.
3941 Colmet d'Aage (J.-B.-P.), Paris. France.
3877 Colombe (F.), Paris. France.
46 Comptoir des eaux minérales du duché de Nassau, Niederselters. Grand-duché de Nassau.
210 Croft (H.), Torento, Canada. Colonies anglaises.
3942 Cuenin et fils. France.
3996 Damoiseau (L.), Alençon. France.
3887 Darbo (F.), Paris. France.
71 Dème de Corinthe. Grèce.
Désirabode, Paris. France.
5337 Desjardin de Morinville, Paris. France.
3998 Didier (M.-J.), Paris. France.
3000 Drapier et fils, Paris. France.
4064 Féron. France.
4004 Flechelle (L.-O-X.-B.), Paris. France.
4066 Floury (L.-J.), Paris. France.
François-Villain, Rethel. France.
4003 Flamet (J.-L.), Paris. France.
10070 Gaillard (Ch.-J.-B.) et Dubois (J.-J.), Paris. France.
7467 Galibert (G.-H.), Paris. France.
44 Gallus (M.), Christiana. Norwége.
10072 Gillet (M.-N.), Marseille. France.
4043 Gripouilleau (Arm.), Mouttonie (Indre-et-Loire). France.
4009 Gros-Vivant, Dijon. France.
Guillon (Dr), Paris. France.
Hatschkish. Etats-Unis.
3892 Havard (Ve) et Loyer, Paris. France.
3893 Havard frères, Paris. France.
742 Hogg. Royaume uni.
Huiles de poisson. Norwége.
10075 Imlin. France.
150 Jacobsson (L.-A.), Stockholm. Suède.
Jenneci. Etats-Unis.
45 Jones White et Mac-Curdy, Philadelphie. Etats-Unis.
46 Kingsly (N.-W.), New-York. Etats-Unis.
7825 Kissel (J.) père. Bordeaux. France.
4013 Kœnig (E.), dit *Leroy*, Paris. France.
23 Krahustower (E.-B.), Hambourg. Villes hanséatiques.
4015 Lalement (Th.), Paris. France.
3894 Lamothe (G.), Paris. France.
9992 Lécuyer (F.-J.), Paris. France.
3956 Lefranc (V.), Pontorson (Manche). France.
3915 Lenôtre (L.-J.), Paris. France.
Letho. France.
154 Lewenhaupt (comte C.-M.), Claestorp. Suède.
102 Leymann (W.) et comp., Montréal (Canada). Colonies anglaises.
4017 Lhôpital (Ch.-N.), Paris. France.
93 Losting (J.-L.). Bergen. Autriche.
246 Lucia (J.-R.). Espagne.
Malapert, Poitiers. France.
10083 Mathieu (Ph.-A.), Condillac. France.
3917 Mercader, Vernet-les-Bains. France.
49 Mette (J.), Christiania. Norwége.
701 Mitterbacher (veuve C.), Prague. Autriche.
69 Muerrle (G.-J.), Pforzheim. Gr.-Duché de Bade.
Nicoll. Etats-Unis.
3921 Odon de Pins (marquis). France,
4745 Œuf (Martin), Paris, France.
83 Orsi (A.), Montaleino. Toscane.
90 Paoli frères, Piedicroce (Corse). France.
45 Parola (L.), Coni. Etats sardes.
4024 Pissot (A.), Paris. France.
3885 Poirel (P.-J.), La Ferté-sous-Jouarre. France.
384 Polycarpo (Ant.), Lisbonne. Portugal.
4026 Pouillien (B.), Paris. France.
10094 Rabasse (L.-E.-Em.), Paris. France.
3922 Radouan (A.), Vaugirard (Seine). France.
10095 Réal (L.-H.), Paris. France.
3933 Rey. France.
4029 Robert (Ap.), Paris. France.
3968 Roy (J.-B.-A.), Tonnerre (Yonne). France.
Russel. Etats-Unis.
1966 Sauvé (B.), Paris. France.
493 Schier (O.-K.), Stettin. Prusse.
4032 Schmidt et Gueride, Paris. France.
Schortose. Etats-Unis.
153 Schubach (F.), Diesbach, Berne. Suisse.
771 Sibson (Dr), Londres. Royaume uni.
4033 Sylvan. France.
188 Soc. des médecins suédois, Stockholm. Suède.
80 Société des sources minérales de Valdieri, Turin. Etats sardes.
278 Sœthenay, Dunkerque. France.
729 Stenhouse (Dr). Londres. Royaume uni.
225 Stille (Alb.), Stockholm. Suède.
84 Strozzi (marquis C.), Pontassieve. Toscane.
10108 Thier (P.-L.-T.), Paris. France.
4034 Tollay et Martin, Paris. France.
Valérius, Paris. France.
4036 Venelle (J.-Ch.), Paris. France.
399 Verheyen (le chevalier J.-B.-A.-T.-M.), Bois-le-Duc. Pays-Bas.
4037 Vié (J.-J.), Paris. France.
4038 Villemur (J.-Am. de), Paris. France.
3929 Villiet et comp., Paris. France.
775 Walsh (J.-R.) et comp., Londres. Royaume uni.
10110 Wissner (M.), Lizieux. France.
5 Wolfmuller (L.), Munich. Bavière.
551 Young (J.-A.), Glasgow. Royaume uni.
53 Zeiller (Fanny), Munich. Bavière.
52 Zeiller (Paul), Munich. Bavière.

COOPÉRATEURS, CONTRE-MAITRES, OUVRIERS.

MÉDAILLE DE 2me CLASSE.

Coutant, mécanicien chez M. Charrière, Paris. France.
Delaloy, contre-maître chez M. Charrière, Paris. France.
Guyot, contre-maître chez M. Charrière, Paris. France.
Lemercier (François-Germain), contre-maître chez M. Auzoux, Paris. France.
Pineau (H.-J.), contre-maître de la fabrique de M. Labarraque, Paris. France.
Rigollot (Paul-Jean), contre-maître chef chez MM. Ménier et comp., Paris. France.
Toury, administrateur de la comp. Richer, Paris. France.

MENTIONS HONORABLES.

Cornu (D.), chef d'atelier chez M. Auzoux, Paris. France.
Denis (Jean-François), chef d'atelier de MM. Monier et comp., Paris. France.
Gourain, forgeron chez M. Charrière, Paris. France.
Lemonnier, ouvrier chez M. Charrière, Paris. France.
Michaud, ouvrier chez M. Charrière, Paris. France.
Regnier, ouvrier chez M. Charrière, Paris. France.
Richart (Grégoire), ouvrier chez M. Labarraque, Paris. France.
Taurin (Aug.), chef d'atelier chez M. Auzoux, Paris. France.
Taurin (F.), ouvrier chez M. Auzoux, Paris. France.
Vaillant, chef ouvrier chez M. Charrière, Paris. France.

XXVIme CLASSE.

Dans cette classe, une médaille de 2me classe a été obtenue par MM. J.-B. Baillière et Victor Masson, libraires, pour publications médicales illustrées.

Tome IX. — N° 148. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 13 Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An. . . . . 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le **MARDI**, le **JEUDI** et le **SAMEDI**.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée **LATOUR**, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 12 DÉCEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a tenu hier sa séance annuelle. Le récit de cette solennité est si étendu, qu'il ne nous reste plus d'espace pour les réflexions que nous aurions à présenter. Laissons donc la parole au récit, à M. Dubois (d'Amiens) surtout, dont l'éloge de M. Récamier a été chaleureusement applaudi par une assistance nombreuse, distinguée et toute émaillée de dames.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE DU POUMON PAR LES INSPIRATIONS DE VAPEURS D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Ce moyen préconisé par le professeur SKODA, lui a déjà procuré cinq guérisons. Il fait faire trois fois par jour des inspirations; à cet effet de l'eau bouillante est renfermée dans l'appareil de Mudge, de l'essence de térébenthine est versée à la surface, et le malade se met à l'instant même à respirer pendant 15 à 20 minutes les vapeurs qui se dégagent abondamment. En même temps il lui fait prendre à l'intérieur du sulfate de quinine (probablement à titre de tonique). Cette dernière addition a été blâmée, comme troublant la pureté du résultat de la térébenthine; M. Skoda répond que depuis longtemps on donnait le sulfate de quinine, sans en obtenir des résultats aussi marqués que par son traitement. (Pourquoi alors le donner? Le sulfate de quinine n'est pas un tonique quoi qu'enseignent tous les médecins, professeurs et auteurs; en ce sens il ne peut remplacer le quinquina. Que l'on observe sans prévention et l'on sera embarrassé de découvrir une action tonique, comme celle du quinquina, du quassia. L'amertume de ce sel a mis sur cette fausse voie; mais tous les amers ne sont pas des toniques, les sels de morphine par exemple.)

Le professeur Helm a publié un nouveau cas de guérison de gangrène pulmonaire par le traitement précédent. C'était un homme de 31 ans; les inspirations furent tout à fait bien supportées. Dans la première semaine peu de changements; seulement le pouls devenait plus lent (il était à 108) et l'appétit se montrait. Dans la seconde, le pouls tomba à 80 84; l'appétit augmentait; les crachats avaient encore leur odeur, mais étaient réduits à la moitié, 200 grammes à peu près; percussion toujours mate, mais respiration bronchique plus faible. L'amélioration continua la troisième semaine; état général bien meilleur; crachats toujours d'une odeur nauséeuse fétide, mais moins abondants, ayant perdu de leur aspect purulent, et devenant muqueux. Plus de matité, plus de souffle et de résonnance bronchiques; mais tantôt respiration vague, tantôt gros râles. A la fin de la quatrième semaine presque tous les symptômes morbides avaient disparu; les crachats n'avaient plus d'odeur, et dans la semaine suivante ils avaient même cessé. Le malade a quitté l'hôpital tout à fait guéri.

Le professeur Helm se demande si dans tous les cas qui sont accompagnés de phénomènes de gangrène du poumon, il peut y avoir la même altération anatomo-pathologique et le même état de chimie pathologique. Tout en reconnaissant combien nous savons peu de chose sur ce sujet, il croit devoir admettre au moins deux états distincts; l'un, de gangrène provenant de sang extravasé, ou se décomposant déjà dans les vaisseaux, pénétrant à travers les capillaires, imbibant les tissus et entraînant le tout dans une décomposition en une masse foncée, sale, diffluente, excessivement fétide. L'autre, résultant d'une exsudation qui subit une décomposition purulente, détruit et nécrose le tissu pulmonaire luimême et forme ainsi des cavernes plus ou moins grandes.

L'odeur, quoique donnant peu de renseignements positifs, est cependant d'un grand secours ici. La gangrène sanguine se caractérise par l'odeur putride qu'exhalent les crachats noirâtres, en partie encore mélangés de sang. L'hydrogène sulfuré, l'ammoniaque et le sulfhydrate d'ammoniaque paraissent y dominer. Dans l'autre forme de gangrène, les crachats ne contiennent souvent jamais de sang, l'odeur n'est pas aussi repoussante et paraît provenir d'acides gras volatils qui se dégagent souvent pendant la décomposition de matières protéiques. (L'observation précédente était dans cette catégorie.) Le professeur Skoda a remplacé le camphre par l'essence de térébenthine, comme ayant une action analogue et étant plus facile à manier. M. Helm essaie de prouver cette analogie par la chimie et d'expliquer son action en admettant que, en qualité d'hydrure de carbone, il s'empare de l'oxygène et empêche ainsi la transformation des matières protéiques, en acides gras volatils. Toutefois ce ne sont que des hypothèses, pour la confirmation desquelles il faudrait posséder :

1° Des analyses chimiques exactes des crachats de la gangrène pulmonaire, du contenu des poumons et des cavernes, voire même des poumons;

2° L'analyse de l'air expiré pendant les inspirations de térébenthine et dans leurs intervalles;

3° La détermination de l'état dans lequel la térébenthine se trouve dans l'urine et lui donne l'odeur de violettes. — (*Wochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 27 et 32.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 11 décembre 1855. — Présidence de M. JOBERT.

ORDRE DES LECTURES.

I. M. DEPAUL, secrétaire annuel, lit un rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1855.

II. M. LE PRÉSIDENT proclame les prix décernés et indique les sujets de prix proposés pour 1856, 1857 et 1858.

PRIX DE 1855.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changemens de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie accorde le prix à M. le docteur Jules ROCHARD, chirurgien en chef de la marine impériale à Brest, auteur du mémoire n° 4.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question : Du goître endémique; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie : ses rapports avec le crétinisme.

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie accorde, à titre d'encouragemens :

1° Une somme de 400 fr. à M. le docteur BACH, de Strasbourg, auteur du mémoire n° 1.

2° Une somme de 400 fr. à M. le docteur Louis-François-Charles-Marie MORÉTIN, de Baume-les-Messieurs (Jura), auteur du mémoire n° 3.

3° Une somme de 200 fr. à M. le docteur LE TERTRE VALLIER, médecin militaire à Amiens (Somme), auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : De la catalepsie.

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie a partagé ce prix entre :

M. le docteur Frédéric SABOURAUD, médecin à La Châtaignerale (Vendée), auteur du mémoire n° 1,

Et M. le docteur T. PUEL, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 5.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question relative à l'art des accouchemens. Des morts subites dans l'état puerpéral.

Quatre mémoires ont été adressés à l'Académie; aucun d'eux n'a été jugé digne du prix. L'Académie a décidé que la même question serait remise au concours pour 1857.

Question relative aux eaux minérales. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application.

Ce prix était de la valeur de 1,500 fr.

L'Académie décerne le prix à M. J.-E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon,

Et à M. SOCQUET, médecin du même établissement, auteurs du mémoire n° 3.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur WILLEMIN, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, étant pour cette fois de la valeur de 3,700 fr., doit être décerné au meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

L'Académie a décerné ce prix à M. le docteur VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, pour son *Traité des maladies vénériennes.*

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder (pour le service de 1853) :

1° *Un prix de* 1,500 fr. partagé entre le médecins dont les noms suivent :

M. MASSALOUP, du canton de Mèze (Hérault), signalé à M. le préfet de ce département, comme digne de récompense pour le zèle dont il a fait preuve dans la propagation de la vaccine;

M. LABESQUE, d'Agen (Lot-et-Garonne), qui, après avoir obtenu plusieurs médailles d'argent, s'est surpassé cette fois lui-même dans le nombre des vaccinations qu'il a pratiquées;

M. CARVILLE, chirurgien à Gaillon (Eure), pour les services qu'il a rendus dans le cours de l'épidémie de variole qui a régné dans la maison centrale de Gaillon, et l'excellent rapport qu'il a rédigé sur cette même épidémie.

2° Quatre médailles d'or à :

M. DESCIEUX, docteur-médecin à Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise), pour ses importantes communications au sujet d'une inoculation dont il a signalé les dangers : recommandé par M. le préfet;

M. VERGER, officier de santé à Lagravelle (Mayenne), signalé par M. le préfet de ce département comme un des plus zélés propagateurs de la vaccine;

M. MAIGNE, docteur-médecin à Cubjac (Dordogne), qui, à peine rétabli d'une grave atteinte de suette, a repris sa tâche de vaccinateur et contribué à éteindre la variole qui régnait en même temps que la miliaire;

M. CHARIL, officier de santé à Janzé (Ille-et-Vilaine), pour le zèle qu'il met à remplir ses fonctions, et pour ses nombreuses recherches au sujet de la variole.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles proposées pour MM. les médecins des épidémies et pour MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales.

L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des épidémies et sur le service des eaux minérales, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, elle proposerait à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, d'accorder des médailles à ceux qui auraient envoyé les meilleurs travaux.

En conséquence, elle propose à M. le ministre d'accorder pour le service des épidémies de 1854 :

1° Des médailles d'argent à :

M. KEMMERER, médecin des hospices civils de Saint-Martin;

M. COUTENOT, docteur en médecine à Besançon (Doubs);

M. HOUEIX, médecin des épidémies de l'arrondissement de Ploermel (Morbihan);

MM. VINGTRINIER et DUCLOS, médecin et médecin-adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Rouen (Seine-Inférieure).

2° Des médailles de bronze à :

M. DURAND, médecin des épidémies de l'arrondissement de Chartres (Eure-et-Loir);

M. GESTIN, médecin des épidémies de l'arrondissement de Quimper (Finistère);

M. POULET, docteur en médecine à Planches-les-Mines (Haute-Saône);

M. PONE, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pontarlier (Doubs);

M. SANTON, médecin-adjoint des épidémies de l'arrondissement de Montbéliard (Doubs).

3° Une mention très honorable, avec rappel de la médaille d'argent, à :

M. le docteur LECADRE, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre (Seine-Inférieure).

4° Une mention honorable, avec rappel de la même médaille, pour :

M. le docteur JACQUEZ, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure (Haute-Saône);

M. le docteur PAGÈS, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Alais (Gard).

5° Enfin des mentions honorables à :

M. le docteur VANNAQUE, médecin des épidémies de l'arrondissement de Compiègne (Oise);

M. le docteur Victor GUILLEMIN, médecin des épidémies de l'arrondissement de Thionville (Moselle);

M. le docteur ANTHOUARD, médecin des épidémies de l'arrondissement du Vigan (Gard);

M. le docteur LEMAIRE, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dunkerque (Nord).

L'Académie propose en outre, à M. le ministre, d'accorder, pour le service des eaux minérales (1853) :

1° Des médailles d'argent à :

M. VERNIÈRE, médecin-inspecteur de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme);

M. DE PUISAYE, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien (Seine-et-Oise);

M. LHÉRITIER, médecin-inspecteur des eaux de Plombières (Vosges);

M. RICHOND DES BRUS, médecin-inspecteur des eaux de Néris (Allier);

M. DE LAURÈS, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Néris (Allier);

M. LEBRET, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault);

M. PÉGOT, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc;

M. LEFORT, chimiste à Paris, pour son travail sur les eaux de Châteauneuf (Puy-de-Dôme).

2° Des mentions honorables avec rappel de médaille d'argent à :

M. VILLARET, médecin militaire, chef du service de Bourbonne;

M. BERTRAND fils, médecin-inspecteur des eaux du Mont-Dore (Puy-de-Dôme);

M. DUFRESSE DE CHASSAIGNE, médecin-inspect^r des eaux de Chaudes-Aigues (Cantal).

3° Des médailles de bronze à :

M. MAGNIN, médecin-insp^r-adjoint des eaux de Bourbonne (Haute-Marne);

M. BOUISSON, médecin-inspecteur des eaux de Lamotte (Gard);

M. IZARIÉ, médecin-inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées).

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix de l'Académie. — Faire l'histoire des applications du *microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la saignée dans la grossesse.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1857.

Prix de l'Académie. — Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanens dans le traitement des maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Du vertige nerveux. — Tracer avec soin le diagnostif différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondés par M. le docteur Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchemens :* La question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855, est remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrens que, depuis longtemps, on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites.

Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales :* Caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — De la mélancolie.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

PRIX PROPOSÉ POUR 1858.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1856 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie* du 1er septembre 1838.)

Les concurrens aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont seuls exceptés de ces dispositions.

III. Éloge de M. RÉCAMIER, par M. Fr. DUBOIS, secrétaire perpétuel.

Messieurs,

Ce n'est jamais sans émotion ni sans trouble qu'à chacune de nos solennités je me vois appelé à l'honneur de porter la parole devant vous; mais si je ne puis me défendre de cette inquiétude alors même que j'ai à vous parler d'un de ces laborieux, de ces sages praticiens, qui après s'être soumis à de longues études, et s'être fortifiés par de continuelles et attentives observations, se sont élevés dans les hautes régions de la science, pour y trouver une gloire modeste mais incontestée; de combien de difficultés et d'écueils ne dois-je pas me trouver environné, aujourd'hui que j'ai à vous entretenir d'un de ces rares génies, qui pour accomplir des choses, tantôt grandes et tantôt étranges, ne s'inspirent que d'eux-mêmes, apôtres de vérités et quelquefois d'erreurs, qui semblent obéir à de puissans et mystérieux instincts, et arrivent ainsi à une gloire qui reste éblouissante pour quelques-uns, mais qui, pour d'autres, demeure incertaine, obscure et contestable!

Déjà peut-être vous avez compris, Messieurs, que c'est de M. Récamier que je veux vous parler, de cet esprit supérieur et inégal qui, pendant près d'un demi-siècle, sembla prendre à tâche d'étonner et de déconcerter ses contemporains par l'élévation et l'instabilité de ses théories, par l'éclat et le désordre de sa parole, par la singularité et l'audace de ses médications.

M. Récamier a laissé parmi nous des traces trop profondes et trop personnelles pour que son nom puisse tomber dans l'oubli; il a droit au tribut de louanges qu'exige toute grande célébrité. Je vais donc rappeler quels ont été les fondemens de la sienne; je dirai par quelles vues soudaines et lumineuses, par quels savans et ingénieux procédés se révélait en lui cet heureux don du ciel qu'on appelle *invention;* je montrerai quelle était la prodigieuse, l'inépuisable fécondité de son esprit; mais en même temps je ne pourrai me dispenser de parler de cette *imagination* ardente et fougueuse, qui trop souvent dominait ce grand praticien et le poussait à d'inexprimables hardiesses.

Plus que personne, peut-être, j'aimais et j'admirais ce rare assemblage de brillantes facultés, mais je ne puis oublier qu'ici je parle au nom d'un grand corps, gardien des saines doctrines, et qu'avant tout je dois maintenir les droits de la vérité, de la raison et de la science bien comprise.

M. Récamier, je le dis dès à présent, a été un homme *excessif;* je me hâte d'ajouter qu'il ne l'a été que dans le bien, ou du moins dans ce qu'il croyait être le bien; de sorte que s'il m'arrive d'avoir à déplorer quelques égaremens, je pourrai toujours louer du moins la pureté et l'excellence de ses intentions; aussi, Messieurs, ai-je la conviction que rien de ce qui sortira de ma bouche ne pourra blesser les sentimens de ceux qui ont conservé pour la mémoire de M. Récamier une pieuse estime et une juste vénération.

Né à Cressin, petite commune située près de Bellay, dans le département de l'Ain, le 6 novembre 1774, Joseph-Claude-Anthelme Récamier, appartenait à l'une de ces familles qui sont l'honneur et l'orgueil d'une province.

Son père était un notaire d'un esprit distingué, d'un profond savoir et d'une haute probité.

Son grand-père, le docteur Grossi, proto-médecin des rois de Sardaigne, Victor-Amédée et Charles-Emmanuel, s'était fait en son temps une vaste réputation par l'étendue de ses connaissances et les succès de sa pratique.

L'église avait eu ses représentans dans cette famille, c'est un oncle paternel du futur médecin, l'abbé Récamier, curé de Villebois, qui fut son premier précepteur.

L'esprit et la beauté devaient aussi se mettre de cette parenté, comme pour en rehausser l'éclat; on sait que le célèbre auteur de la *Physiologie du goût*, Brillat-Savarin, appartenait à la famille de M. Récamier, et que plus tard une alliance y fit entrer cette belle personne qui, dans sa retraite de l'Abbaye-aux-Bois, était restée pour ses nombreux amis, comme un type de grâce et de distinction, un symbole d'inaltérable douceur et d'inépuisable bonté.

Mais déjà j'aurais dû dire que c'est à sa mère que M. Récamier donnait la première place dans ses souvenirs d'enfance; c'est sur ses genoux qu'il apprit à lire, et comme c'était une femme d'une grande piété, elle ne s'était point bornée à cultiver ce jeune esprit, elle avait aussi parlé à son cœur et jeté dans son âme les premières semences de ces sentimens religieux si vifs et si profonds qui ont marqué toute sa vie.

Des bras de cette tendre mère, le jeune Récamier avait passé sous la direction du respectable ecclésiastique dont nous venons de parler et qu'on aurait pu appeler le Fénelon de la famille; puis on l'avait envoyé au collége des Joséphistes, à Bellay; les études y étaient fortes et bien dirigées. La bourgeoisie du Bugey et de la Bresse y envoyait presque tous ses enfans. Anthelme Récamier s'y lia d'une étroite amitié avec Anthelme Richerand, fils comme lui d'un notaire du pays, et qu'on citait parmi les élèves les plus distingués.

Richerand était de cinq ans plus jeune que Récamier; celui-ci se montrait plus soumis et plus docile, grâce sans doute aux salutaires enseignemens de sa jeunesse; Richerand, doué d'une merveilleuse facilité, avait plus de goût pour les lettres et donnait plus d'élégance à ses compositions; ces deux jeunes gens devaient se retrouver plus tard à Paris.

En 1792, M. Récamier quitta le collége de Bellay. Il rentrait dans sa famille avec une foi religieuse plus vive encore peut-être et plus ardente qu'aux jours de son enfance. Quand vint le moment de choisir une profession, comme il n'était guidé que par le désir d'être utile à ses semblables, il se décida pour l'art de guérir, et obtint de ses parens la permission d'aller faire de premières études à l'hôpital de Bellay, sous un chirurgien estimé nommé M. Gonet, puis à l'hôpital de Bourg.

Je viens de dire qu'au collége de Bellay le jeune Récamier avait rencontré le futur auteur des *Elémens de physiologie*; à l'hôpital de Bourg il va trouver parmi ses condisciples un timide et gracieux jeune homme, qui devait être une des gloires de la France, Xavier Bichat, à peine âgé de 21 ans.

On était alors en pleine révolution; Bichat dut se rendre à Lyon pour y suivre les leçons de Marc-Antoine Petit, en qualité d'élève de l'Hôtel-Dieu. Récamier, atteint par la réquisition, se fit attacher au service de santé de l'armée des Alpes, comme chirurgien auxiliaire de troisième classe; son corps d'armée devait garder la frontière et repousser les Piémontais; mais la ville de Lyon s'étant mise en pleine révolte contre la Convention, sa division, commandée par le représentant Dubois-Crancé, fut dirigée sur la ville rebelle pour en faire le siége.

Notre jeune chirurgien se trouva ainsi dans les rangs des soldats républicains, pendant que Bichat, enfermé dans la ville, prêtait les secours de son art aux malheureux assiégés.

Mais après la reddition de la place, M. Récamier, pour ne pas être témoin des atroces vengeances que Collet-d'Herbois et Fouché allaient exercer contre ses infortunés habitans, se hâta de quitter sa division pour aller au port de Toulon prendre du service dans la marine militaire.

Cette nouvelle carrière semblait convenir de tout point à M. Récamier; il n'était point de ceux qui avaient pris les armes pour la cause de la liberté politique ou de l'égalité civile, mais il voulait l'indépendance de son pays, et il se sentait heureux d'échapper à la guerre civile, pour aller au devant des ennemis de la France; son âme patriotique en était exaltée.

C'était par la voie du concours que les jeunes chirurgiens obtenaient de l'avancement dans l'armée de mer; après quelques mois passés dans l'hôpital de Toulon, un concours s'étant ouvert, M. Récamier se mit sur les rangs et fut nommé premier aide-major à bord du *Ça ira*, vaisseau de 80 canons.

Il semble que la mer et son rude métier était une école par laquelle devaient passer presque tous les hommes d'avenir; c'est à la même époque et de la même manière que les deux plus grandes illustrations de la médecine et de la chirurgie militaires devaient commencer leur glorieuse carrière.

Larrey, à peine âgé de 21 ans, venait d'être admis à l'hôpital de Brest, et quelques mois de service après, il s'embarquait en qualité de chirurgien-major à bord de la frégate la *Diligente*. Broussais passe également quelques mois dans ce même hôpital de Brest, puis il monte à bord de la corvette l'*Hirondelle*, en qualité de chirurgien de seconde classe; c'était sur l'Océan qu'ils allaient naviguer; M. Récamier, enfant des Alpes, allait faire ses premières campagnes sur la Méditerranée.

Les vaisseaux ennemis couvraient cette mer: une lettre que M. Récamier écrivait à son père, en date du 23 vendémiaire an IV, fait connaître que le *Ça ira*, à peine sorti du port de Toulon, fut attaqué par cinq bâtimens, le chirurgien major fut tué au milieu du combat, M. Récamier recevait à fond de câle les blessés qui, dit-il, descendaient par vingtaines et qui, bientôt, furent au nombre de trois cents! C'était un spectacle affreux, ajoute le jeune chirurgien, mais ce qui nous consolait c'était de voir l'état dans lequel nous avions mis l'escadre de nos ennemis. On était près du golfe de Spezzia; la masse des blessés fut mise à terre, M. Récamier, retenu prisonnier, dut rester avec eux et remplir les fonctions de chirurgien major; transporté ensuite à Olmeta, en Corse, il y organisa tout un service de santé. Une grave épidémie s'était déclarée parmi les prisonniers, lui-même était tombé sérieusement malade; à peine convalescent, on le vit reprendre son service; jeune, plein de zèle, secourable comme il l'a toujours été, on venait de toutes parts le consulter. Quelques paroisses s'étaient même réunies et avaient offert de lui assurer un traitement fixe s'il voulait s'établir dans le pays; mais M. Récamier avait d'autres devoirs à remplir, il se devait à sa famille et il songeait à la science. Témoin d'une épidémie meurtrière, il avait recueilli de nombreuses observations, et bientôt après, ayant été échangé contre un chirurgien major anglais, il soumit son travail au jugement du conseil de salubrité navale de Toulon; ses services venaient de le faire passer de la troisième classe dans la seconde; mais quatre années s'étaient écoulées depuis son départ, il savait que la santé de son père était gravement altérée, cette circonstance le décida à quitter définitivement le service, et, en juillet 1796, il revoyait ses chères montagnes.

M. Récamier ne passa guère plus d'une année chez ses parens; les écoles de santé, instituées par décret de la Convention, à la date du 14 frimaire an III, avaient acquis une grande célébrité; celle de Paris jetait le plus vif éclat. M. Récamier alla s'asseoir sur ses bancs et suivre les leçons de ses professeurs. L'enseignement y était distribué en douze cours à chacun desquels étaient attachés un professeur titulaire et un professeur adjoint. Le nombre des élèves était limité à 300, désignés sous le nom d'*élèves de la patrie*, et divisés en trois classes: *les commençans, les commencés et les avancés.*

M. Récamier se fit inscrire au nombre des élèves vers la fin de frimaire an VI. Il était tout d'abord placé au premier rang des avancés et avait remporté les deux premiers prix décernés en l'an VII. Ses progrès étaient rapides; avant la fin de cette même année, le 18 frimaire, il soutenait avec éclat une excellente thèse pour le doctorat; il est même à remarquer que ce premier travail sorti de sa plume était plein de connaissances pratiques et sobre d'explications; c'était l'œuvre d'un esprit qui savait encore se garder des vaines hypothèses et ne se laissait aller à aucun écart d'imagination.

Le mérite de M. Récamier, comme praticien, était déjà, du reste, si bien apprécié, que, dès l'année de sa réception au doctorat, le 14 pluviôse an VIII, il avait été nommé médecin *suppléant* à l'Hôtel-Dieu. Peu de temps après, le 19 octobre 1803, un arrêté du conseil général des hospices lui conféra le titre de médecin *expectant*, en remplacement de M. Bourdier, nommé médecin ordinaire. Enfin après un stage de trois ans, un nouvel arrêté du conseil, sanctionné par le ministre de l'intérieur, lui conféra le titre définitif de médecin *ordinaire* en remplacement de M. Danié, décédé.

C'était, à cette époque, une très grande position que celle de chef d'un service médical à l'Hôtel-Dieu de Paris. M. Récamier l'a occupé pendant une période de quarante années, c'est-à-dire du 10 décembre 1806 au 1er janvier 1846, époque à laquelle il fut autorisé à prendre sa retraite, en conservant le titre de médecin *honoraire* de l'Hôtel-Dieu.

C'est donc sur ce grand théâtre que nous allons avoir maintenant à suivre M. Récamier, c'est là véritablement que se sont passés les événemens de sa vie médicale; laissant donc de côté les anecdotes relatives à sa personne, nous allons le montrer aux prises avec les doctrines qui, successivement, ont régné dans l'école de Paris. Nous dirons quelles étaient ces doctrines, quel compte M. Récamier en a tenu, jusqu'à quel point il les a admises ou rejetées, comment, enfin, il s'est comporté en face de ces grands mouvemens scientifiques.

M. Récamier ne s'est pas montré, dès les premiers jours, ni même dès les premières années, avec cette vive originalité, cette puissance d'action et ces prodigieuses facultés que nous lui avons vu ensuite déployer; mais déjà il voulait être un grand *guérisseur*, déjà il avait cette foi dans son art qui devait plus tard lui acquérir une si grande réputation: or, l'école de Paris, dans ces premières années, professait une doctrine qui ne devait nullement s'accorder avec les idées du jeune médecin de l'Hôtel-Dieu.

On sait que presque tous les professeurs de l'école de santé avaient été choisis et institués par Fourcroy; c'était la grande époque des sciences physiques et naturelles; les savants régnaient dans les assemblées politiques et dans les écoles; les philosophes s'étaient rangés sous leur bannière; comme eux ils ne voulurent plus reconnaître qu'une seule méthode, l'analyse, et comme eux ils proscrivaient la synthèse; les médecins de leur côté n'avaient d'autres prétentions que celles de faire rentrer les sciences médicales dans l'ordre des sciences naturelles.

Le programme imposé officiellement à l'école de santé de Paris, est un document à citer: ce programme embrassait toutes les parties de l'enseignement, il en déterminait les limites et en indiquait l'esprit. Ainsi pour le cours de clinique médicale ou de médecine proprement dite, il rappelait au professeur que, dans ses leçons, « il devait d'abord *diviser* les maladies en un certain nombre de *classes*, puis qu'après avoir établi les caractères de chaque *classe* de maladies et de ses principales divisions, il devait répéter le même examen sur les *genres* et sur les *espèces;* et ce n'est qu'après avoir ainsi présenté l'*histoire naturelle* de chaque maladie, ajoutait le programme, que le professeur pourrait se mettre à considérer les *changemens* que les remèdes peuvent apporter dans la marche des maladies. »

On voit qu'il était impossible de se placer dans des conditions de plus parfait désintéressement; seulement le professeur n'était plus un médecin: c'était un curieux, un naturaliste dont la première et la plus importante affaire était de *définir* et de *diviser* les maladies en classes, en genres et en espèces, sauf à établir des *variétés* si cela était nécessaire, puis, subsidiairement, et pour agrandir le champ de ses observations, il pouvait se mettre à administrer ce qu'on est convenu d'appeler des remèdes, non pas précisément pour obtenir la guérison des malades, mais, suivant les expressions du programme, pour voir quels *changemens* pourraient survenir dans la marche des maladies!

Voilà quel esprit présidait à l'enseignement de la médecine dans l'é-

cole de Paris, à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci; aussi avait-on trouvé toute naturelle et fort simple la réponse faite par le célèbre auteur de la *Nosographie philosophique* à l'étrange prétention de Pitcairn, qui, un peu plus soucieux de la santé des hommes, s'était avisé de poser à la médecine contemporaine le problème suivant: *une maladie étant donnée, trouver le remède;* Pinel, on le sait, s'étonnait qu'un problème aussi secondaire, aussi peu important, eût pu séduire jusqu'à Fontenelle; pour lui il trouvait la question, sinon tout à fait déraisonnable, du moins prématurée, et il ajoutait qu'il fallait lui substituer le problème suivant: *une maladie étant donnée, trouver sa place dans un cadre nosologique.*

Heureusement, Messieurs, tout cela se passait entre nous et n'est point sorti de nos écoles! le monde railleur n'en a rien su; heureusement, dis-je; qui sait? quelque Aristophane de l'époque se serait peut-être cru en droit de reprendre l'insidieuse question de Molière! « Mais les médecins ne savent donc rien à votre compte? » Et cela pour répondre avec une légère variante: « Si fait, mon frère, ils savent, pour » la plupart, de belles humanités, savent parler en grec et en latin, dé» finir et *diviser* les maladies, mais, pour ce qui est de les guérir, » c'est... chose pour eux prématurée! »

Diviser et classer les maladies, telle était donc l'unique pensée de l'école de Paris, à cette première époque de la pratique de M. Récamier dans les hôpitaux; or, on comprend que, tourmenté comme il l'était par un besoin continuel d'action et par le désir de soulager ses malades, il n'aurait jamais pu se résoudre à considérer des êtres souffrans avec la curiosité impassible du botaniste ou du zoologiste; son compatriote Bichat avait défini la vie *l'ensemble des phénomènes qui résistent à la mort*, lui semblait considérer la maladie comme une des scènes de ce drame où la vie a pour un moment le dessous, et où le médecin a pour unique office de prêter aide et assistance au malade. C'était, à ses yeux, comme un duel imprévu et fatal, dans lequel intervient l'homme de l'art, non comme un témoin impassible réduit au rôle d'observateur, mais comme un noble et courageux soutenant, qui, pour sa part, tient tête à l'ennemi et avec d'autant plus de succès que la science a dû l'armer de toutes pièces.

Mais sur ce terrain difficile, obscur et glissant, de quelle prudence, de quelle circonspection ne doit pas user le médecin, s'il ne veut pas que son intervention devienne plus nuisible qu'utile à ses malades?

M. Récamier, confiant dans son art, fertile en expédiens, plein de ressources, n'était jamais pris au dépourvu; il était près de ses malades comme cette fidèle et dernière espérance qui, d'une main, soutient ces infortunés au moment où ils descendent dans le tombeau, et qui, de l'autre, fait briller à leurs yeux sa lampe consolatrice; mais déjà peut-être avait-il trop de goût pour la médecine active et pour ainsi dire militante que l'on a nommée de nos jours *médecine perturbatrice*.

Il semblait qu'une mission guerrière lui avait été dévolue; les salles de l'Hôtel-Dieu étaient devenues pour lui comme un vaste champ de bataille; c'était, à l'entendre, des combats journaliers qu'il avait à soutenir, combats qui avaient leurs alternatives de craintes et d'espérances, de succès et de revers. S'était-il épris de quelque remède nouveau, d'un de ces agens qu'il appelait *héroïques*, chaque malade en avait une dose, et cela bon gré mal gré, d'un bout de la salle à l'autre. Je demande pardon de l'expression, elle lui appartient, c'était ce qu'il appelait faire feu sur toute la ligne!

Mais si le jeu réel des batailles est, de l'aveu de tout le monde, un jeu plein de hasards et de dangers, de combien de déceptions et de catastrophes ne peut pas être suivie cette autre stratégie qui se fait ainsi au lit des malades, c'est-à-dire dans une sphère à nous presque entièrement inconnue, et dont la pauvre humanité est encore, après tout, l'inévitable enjeu?

N'est-ce point là ce que la plupart des praticiens finissent par reconnaître quand l'âge les a mûris? Et ne reviennent-ils point presque tous à une sage expectation? Mais M. Récamier ne se sentait nullement propre à ce rôle de Fabius; son génie hasardeux et inventif lui faisait au contraire rechercher de préférence les maladies les plus graves et les plus opiniâtres comme pour lutter avec elles; l'agonie elle-même, suprême effort de la nature, n'arrêtait point cet esprit entreprenant; tant qu'il restait un souffle de vie, il soutenait, c'était ses propres paroles, que la partie n'était pas encore perdue! Et c'est alors qu'on le voyait recourir à cette médecine désespérée, à cette thérapeutique d'inspiration et de hasards qui lui faisait opposer la violence du remède à la violence du mal.

Mais je reviens aux doctrines qui se succédaient dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine.

L'école de Paris, paisiblement gouvernée par Pinel, ne voyait rien au delà de son pentateuque médical; les cinq grandes classes de maladies, bien groupées et bien définies, étaient pour elle comme le dernier mot de la science, lorsqu'un simple médecin militaire, laborieux praticien, longtemps confiné au fond du Frioul, dans le petit hôpital d'Udine, s'en vint porter le trouble dans nos écoles et y susciter une véritable révolution. C'était Broussais qui, après s'être timidement essayé dans un obscur amphithéâtre de la rue du Foin, osa élever autel contre autel, doctrine contre doctrine.

Celle qu'il préconisait n'était cependant rien moins que nouvelle; professée dès la plus haute antiquité, sous le nom de *méthodisme*, par Thémison de Laodicée, Thessalus de Tralles et Soranus d'Éphèse, clairement exposée dans les écrits de Cœlius Aurelianus, elle avait été reprise en des temps plus rapprochés de nous, par Baglivi, Frédéric Hoffmann et Brown.

Broussais lui donna le nom de *doctrine physiologique*, mais c'était bien ce dualisme qu'on voit revenir d'âge en âge dans l'histoire de la médecine, ce système tellement simplifié qu'il n'y a plus que deux sortes de maladies et deux sortes de remèdes: des maladies par excès de ton ou de forces, des maladies par défaut de ton ou par faiblesse, des remèdes réputés débilitans et des remèdes dits fortifians.

Restait toutefois une difficulté, un grave sujet de dissidence qui, se reproduisant à chaque époque, plaçait les adeptes dans deux camps opposés; je veux parler de la proportion dans laquelle se trouvent les malades qu'il faut affaiblir, eu égard à ceux qu'il faut fortifier, *et vice versâ*; c'est là qu'était le schisme; les uns prétendaient, avec Brown, qu'il faut presque toujours fortifier; les autres soutenaient, avec Broussais, qu'il faut presque toujours affaiblir; 97 fois sur 100, disait Broussais, il faut affaiblir les malades!

M. Récamier, on doit le prévoir, n'était nullement disposé à accepter les idées des prétendus novateurs; son imagination toujours en travail ne lui aurait jamais permis de s'emprisonner dans les limites d'un pareil système. C'était, on se le rappelle, une sorte de fanatisme: le nouvel enseignement avait pris la forme d'une ardente opposition, et le maître les allures d'un tribun; la jeunesse séduite l'entourait de ses sympathies, et M. Récamier eut à lutter contre ses propres élèves; internes et externes engageaient avec lui de vives discussions: M. Récamier s'y prêtait volontiers et souriait de leur engouement; mais d'un autre côté ne semblait-il pas lui-même prendre plaisir à se perdre dans l'infinie variété de ses individualités morbides? Pour ne parler que des fièvres, qu'on voulait alors supprimer, ne l'avons-nous pas vu, non content des six ordres de Pinel, en imaginer qu'il appelait *biosiques* ou *vitales*, *pepsiques* ou saburrales, *nécrosiques* ou nerveuses, et tant d'autres qui étaient loin de lui suffire, puisque, de son propre aveu, la médecine recommence non seulement pour chaque homme qui l'étudie, mais encore à chaque malade qu'il est appelé à traiter?

On comprend qu'avec de pareilles doctrines M. Récamier ne pouvait rien trouver de fixe et de stable dans la science, et c'est à cela sans doute qu'il faut attribuer ses perpétuelles improvisations, ses étranges méthodes thérapeutiques et les bizarres médications qu'on lui voyait prôner avec enthousiasme et presque aussitôt abandonner.

Sa lutte cependant avec les fougueux partisans de la doctrine physiologique ne fut point de longue durée; ceux-ci, en appelant l'attention des praticiens sur l'état des organes avaient fini par jeter quelques esprits dans un autre excès, celui de ne plus tenir compte des manifestations vitales dans le cours des maladies, et de s'attacher exclusivement à la recherche des lésions dites organiques. De là cette autre doctrine qui voulut aussi se donner comme nouvelle, et qui reçut le nom de *Doctrine organique*. Elle différait du reste essentiellement de la doctrine physiologique; celle-ci en effet avait toujours eu pour principe que dans l'étude des maladies il faut avant tout s'enquérir de la *nature* du mal et secondairement de son *siége;* la doctrine organique soutenait au contraire qu'il faut d'abord se mettre à la recherche du *siége* et s'occuper ensuite de sa *nature*.

Dans la pratique, la différence était encore plus marquée entre les deux écoles: rechercher la nature du mal c'est remonter à ses causes, or la connaissance des causes conduit à celle du traitement; aussi les partisans de la doctrine physiologique avaient-ils la prétention d'être avant tout des praticiens, des guérisseurs; les médecins, au contraire, qui avaient embrassé les principes de la doctrine organique, semblaient avoir repris le rôle de simples observateurs; et quelques-uns raisonnaient absolument comme l'avaient fait en d'autres temps les disciples de Pinel; eux aussi trouvaient secondaire et prématuré le fameux problème de Pitcairn: *Une maladie étant donnée, trouver le remède;* et ils en avaient également un autre à lui substituer, c'était celui-ci: *Une maladie étant donnée, déterminer pendant la vie ses vrais caractères anatomiques, et vérifier à l'ouverture du cadavre si l'on n'a pas commis d'erreur!*

De sorte que ces délibérations posthumes, ces consultations pour un malade qui mourut hier, n'auraient plus même eu pour objet de savoir ce qu'on aurait dû faire pour le guérir; c'est là, Messieurs, ce qu'on a appelé l'*anatomisme* de l'école de Paris, mais hâtons-nous de dire que cette préoccupation n'a véritablement égaré qu'un petit nombre d'esprits; loin de faire de ses recherches et de toutes ses inspections nécroscopiques, une stérile contemplation de la mort, l'école de Paris y a cherché de nouvelles lumières pour le salut des malades; tous ses travaux attestent cette tendance pratique, et je suis heureux de montrer ici que M. Récamier, entré l'un des premiers dans cette voie féconde, en a donné les plus éclatans exemples.

Au lieu de se réfugier, en effet, comme tant d'autres, dans un vitalisme dédaigneux, incompréhensible et stationnaire, M. Récamier a prouvé, par les applications les plus nombreuses et les plus variées, combien sont importantes et fructueuses les recherches d'anatomie pathologique.

On me pardonnera d'entrer ici dans quelques détails; et d'abord personne n'ignore que dès 1806, M. Récamier avait perfectionné et rendu usuel un instrument qui permet à l'œil du médecin de pénétrer jusque dans la profondeur des organes et à la main du chirurgien d'y porter des secours inespérés; mais ceci n'était qu'un simple moyen d'investigation. On va voir comment M. Récamier s'y prenait pour reconnaître la nature du mal et pour en arrêter les progrès; aucun des organes de l'économie n'échappait à ses recherches. Les dégénérescences du foie avaient particulièrement attiré son attention; on sait que parfois il se forme dans l'épaisseur de ce viscère des cavités remplies d'un liquide clair comme de l'eau de roche, que certains animalcules peuvent se développer dans ces poches; mais comment attaquer une semblable maladie? quel remède porter sur un mal de cette nature? et par quelle voie l'atteindre? M. Récamier, par une opération hardie, qu'il qualifiait de simple acupuncture, s'assurait d'abord de l'existence de ces kystes ou sacs accidentels, il en mesurait l'étendue, il en appréciait la structure, puis s'appuyant sur cette belle et lumineuse découverte des propriétés adhésives des inflammations, il ouvrait une large issue au liquide, il inflammait les parois du sac qui le contenait, il empêchait l'air d'y pénétrer, et il amenait ainsi une prompte et radicale guérison.

Mais dans le voisinage du foie, dans les profondeurs de l'abdomen, des inflammations sourdes, latentes et presque toujours méconnues, peuvent donner lieu à de vastes collections purulentes, c'est ce qu'on nomme des *abcès* profonds du ventre; ici encore, par de savantes explorations, M. Récamier remonte à la source du mal, il en éclaire le diagnostic et en fixe le véritable traitement.

Si maintenant nous passons dans la double cavité qui constitue la poitrine, nous y trouvons encore tout un ordre de lésions dont M. Récamier s'est occupé avec le plus grand succès, je veux parler de ces épanchemens qui peuvent se former dans les parties les plus déclives, et que la nature est impuissante à résorber; il faut encore ici, par une ouverture artificielle, donner issue au liquide, c'est l'opération qu'on appelle *empyème*; mais de combien de dangers n'est-elle pas entourée? Si l'air pénètre dans ces cavités, la mort du malade n'en est que plus certaine, et cet air est aspiré par les propres mouvemens de la poitrine. M. Récamier conjure encore ici tous les dangers; associant en quelque sorte les manœuvres du physicien à celles du chirurgien, c'est sous l'eau qu'il pratique son ouverture; puis, donnant à la poitrine le temps de s'affaisser et de revenir sur elle-même, il amène peu à peu l'effacement des cavités anormales, et les poumons ne se dilatent plus que pour recevoir l'air qui doit les vivifier.

Voilà certainement de beaux travaux, d'heureux résultats, mais, nous l'avons déjà dit, à côté de vues droites et saines, d'expériences hardies mais permises, il faut nous attendre à trouver les inspirations les plus étranges et les pratiques les plus hasardées.

Qui ne se rappelle les vaines tentatives, et, il faut le dire, les longues illusions de M. Récamier au sujet d'un mal resté pour lui, comme pour tout le monde, incompréhensible dans ses causes, incoercible dans ses envahissemens, indomptable dans ses récidives, le cancer? Ici du moins M. Récamier attendait tout d'une lente et inoffensive compression. Mais que dire de ce qu'il appelait lui-même ses derniers argumens? Que dire de tant d'opérations que nul n'aurait osé entreprendre, ni même imaginer, et qui montraient qu'en chirurgie M. Récamier était un *oseur*, aussi bien qu'en médecine?

Je sais que des succès inespérés, que des merveilles, si l'on veut, ont parfois couronné ces hardiesses: mais, pour ma part, je l'avoue, je ne pouvais me défendre d'un certain effroi, quand je voyais cette main inexorable s'armer de pinces, de crochets, de curettes, et pénétrer dans la profondeur des entrailles, pour y exercer des dilatations forcées, des énucléations, des raclures, et jusqu'à d'effrayantes extirpations d'organes. Comme pour prouver qu'il était bien de ces médecins dont saint Chrysostome a dit, qu'ils enfonçaient les bras jusqu'au coude dans les plaies saignantes pour les guérir!

Mais je m'aperçois, Messieurs, que je n'ai encore considéré dans M. Récamier que le grand et hardi praticien; il est temps de parler du professeur à la Faculté de médecine de Paris et au Collége de France.

M. Récamier, membre de l'Académie de médecine depuis sa fondation, médecin de l'Hôtel-Dieu depuis le commencement du siècle, avait une réputation déjà considérable, quand la mort de Corvisart, survenue en septembre 1821, laissa vacante à la Faculté de médecine la chaire de clinique médicale. M. Récamier se mit au nombre des aspirans, mais une permutation ayant eu lieu, ce fut M. Fouquier qui passa à cette place, laissant vacante celle dite *de perfectionnement*. M. Récamier n'en persista pas moins dans sa candidature, ses compétiteurs étaient nombreux, MM. Husson et Lherminier se trouvaient sur les rangs. En décembre la Faculté fit sa présentation, deux candidats seulement furent mis sur la liste, M. Récamier en première ligne, M. Husson en seconde, le gouvernement approuva la nomination de M. Récamier, qui resta attaché à son service de l'Hôtel-Dieu.

Cette chaire de clinique de perfectionnement avait été dans l'origine occupée par Cabanis.

Le programme en était vague, indéterminé, le célèbre auteur des *Rapports du physique et du moral de l'homme* y avait exposé les doctrines d'Hippocrate et de Galien. Le professeur pouvait à son gré y disserter sur les maladies les plus rares et les plus obscures, il pouvait s'y livrer à toutes sortes d'essais thérapeutiques; c'était donc une chaire créée, en quelque sorte, tout exprès pour M. Récamier. Mais pour qu'un enseignement, même exceptionnel, ait quelque succès, pour qu'il se soutienne dans une école d'application, comme l'est une Faculté de médecine, il faut que cet enseignement reste essentiellement élémentaire et didactique, il faut que le professeur tienne compte des connaissances acquises, qu'il expose avant tout l'état de la science; or, ce sont là des conditions auxquelles M. Récamier n'a jamais pu se soumettre.

Ses leçons étaient une suite d'improvisations sur toutes sortes de sujets. Des idées tumultueuses, nées, pour ainsi dire, d'elles-mêmes, dominaient sans cesse son esprit et précipitaient sa parole; sa diction était vive, ardente, toujours colorée et comme frémissante; il semblait qu'on pouvait puiser à pleines mains dans cette nature si riche, si exubérante; mais bientôt on reconnaissait que cette belle intelligence se perdait presque toujours en distinctions et en subtilités insaisissables. A plusieurs reprises on a essayé de rédiger les leçons de M. Récamier, de leur donner quelque chose de fixe et de durable; c'était tenter l'impossible; ses admirateurs les plus dévoués, ses interprètes les plus fidèles, n'ont pu rien reproduire de ces brillantes allocutions, qui d'ailleurs n'allaient jamais au delà d'un petit nombre de séances.

Mais ce n'est point tout: comme dans les Facultés les professeurs ne sont pas seulement chargés de dispenser l'enseignement, comme ils doivent encore en constater les résultats dans des actes probatoires, M. Récamier prenait part aux examens de l'École; or, là, comme dans ses leçons, incapable de descendre aux notions élémentaires de la science, à ces principes reconnus de tous et qui doivent former la base de toute instruction médicale, M. Récamier posait des questions qui frappaient de stupeur les récipiendiaires les plus instruits et qui auraient embarrassé ses propres collègues, mais la bonté de son cœur et son extrême bienveillance finissaient bientôt par rassurer les candidats.

Je viens de dire, Messieurs, que dans les Facultés de médecine, l'enseignement, pour être fructueux, doit rester didactique; que si les professeurs veulent être utiles et suivis, ils ne doivent pas sortir des routes connues et fréquentées, mais la France possède un établissement où le génie peut en quelque sorte se donner carrière, où toutes les idées peuvent se faire jour: je veux parler du *Collége de France*. Libre de tout programme et de tout contrôle, le Collége de France ne repousse aucune doctrine: là se sont fait entendre tour à tour d'opiniâtres retardataires et de hardis novateurs; c'est Vidus-Vidius qui y enseigne d'abord la chirurgie, puis c'est Sylvius qui vient y faire des démonstrations anatomiques et qui, en haine de Vésale, y défend jusqu'aux erreurs de Galien. On y vit ensuite Riolan attaquer les belles découvertes de Harvey et de Pecquet; Guy-Patin tonner contre l'antimoine; puis vinrent Astruc, Ferrein, Bouvart et tant d'autres, sans compter Bosquillon, qui, dans des temps plus rapprochés de nous, y professait la langue grecque en même temps que la chirurgie latine à la Faculté.

C'est dans ce grand et libéral établissement qu'une place étant devenue vacante, en 1826, par le décès de Laënnec, une ordonnance royale institua M. Récamier professeur, sur la simple présentation du ministre de l'intérieur, et cela sans tenir compte, je dois le dire, d'une

présentation régulièrement faite par le Collége et par l'Académie des sciences.

C'est à peine s'il reste quelques traces de l'enseignement que fit M. Récamier au Collége de France de 1827 à 1830. Sauf quelques lignes perdues dans les notes de son *Traité du cancer*, il n'a rien écrit à ce sujet; ces quelques lignes ne peuvent donner qu'un faible aperçu du programme de ses leçons, et seulement en ce qui concerne les fonctions des sens dans leurs rapports avec l'entendement humain.

Une fois le tumulte des premières leçons apaisé, il ne lui restait qu'un petit groupe d'auditeurs qui ne s'étaient laissés effrayer ni par le désordre apparent de ses idées, ni par l'imprévu de ses digressions, émerveillés qu'ils étaient des éclairs de génie qui, de temps à autre, semblaient percer les nuages et les obscurités de cet enseignement.

Ici encore, M. Récamier, se plaçant sur un terrain à lui, eut à combattre des idées et des croyances qui répugnaient à ses principes.

Une grande révolution s'était accomplie, il est vrai, dans l'enseignement de la philosophie : des hommes éminens, au sein de l'Université, avaient substitué aux doctrines de Locke, de Condillac, d'Helvétius et de Destutt de Tracy, les doctrines spiritualistes du XVIIme siècle; cette rénovation était alors dans tout son éclat, mais l'opinion n'avait pas marché aussi vite parmi les médecins, la plupart en étaient encore aux doctrines que nous avait léguées le XVIIIme siècle. Pour eux, il n'y avait encore d'autre idéologie que celle qui avait pour point de départ les phénomènes physiologiques, et bon nombre d'entre eux étaient encore disposés à admettre ce que Cabanis a textuellement écrit, à savoir : que le cerveau produit la pensée de même que l'estomac et les intestins opèrent la digestion, de même que le foie filtre la bile ! pour d'autres, enfin, les questions de pure psychologie étaient des questions toutes spéculatives, proposées et agitées par des esprits rêveurs, et de leur nature essentiellement insolubles. On voit qu'au moment où M. Récamier se proposait d'aborder ces hautes questions, il avait à lutter, sinon contre le matérialisme, du moins contre le scepticisme le plus complet.

Son dessein était de faire à la fois des leçons de psychologie et de physiologie, ce qui montre déjà que M. Récamier n'était point de ceux qui, à l'exemple de M. Jouffroy, voulaient qu'on établît une ligne de démarcation infranchissable entre les études des philosophes et celles des médecins; il maintenait l'existence distincte de l'âme et du corps, de l'esprit et de la matière, mais il trouvait une telle communauté d'action et de réaction entre ces deux termes, une telle intimité de relations, qu'à son sens leur histoire ne pouvait être séparée; il ne séparait donc pas les deux domaines qu'on avait voulu leur assigner.

Je pourrais me dispenser d'ajouter que si M. Récamier ramenait ainsi dans la compétence des médecins les faits de pure psychologie, c'est qu'il en reconnaissait l'existence et qu'il était disposé à leur faire la plus large part, tandis que si, à la même époque, M. Broussais niait aussi cette distinction de la psychologie et de la physiologie, c'est que, des deux termes du dualisme cartésien, il en supprimait un, l'âme; d'où il résultait que, tout se réduisant pour lui à un corps, les médecins seuls devaient avoir la parole.

M. Récamier, au contraire, faisait tout dériver de cette étroite association de l'esprit et de la matière, de l'âme et du corps, qui constitue véritablement l'homme. Mais distinguait-il aussi, comme l'ont voulu quelques médecins, deux principes immatériels dans l'économie : l'un qui, sous le nom de principe vital, présiderait à toutes les fonctions organiques; l'autre qui, sous le nom d'âme, présiderait à tous les actes intellectuels. M. Récamier ne reconnaissait qu'un seul et même principe qui, suivant lui, donnerait naissance aux phénomènes physiologiques et aux phénomènes psychologiques. D'où l'on voit qu'en cela il se rattachait à cette grande école de Stahl, qui enseigne que le principe de la vie, ou, en d'autres termes, que l'âme est indivisiblement le principe de la pensée et celui du sentiment, quelle est la maîtresse et la directrice du corps qu'elle habite.

M. Récamier n'était donc pas, en physiologie, un médecin simplement vitaliste; il ne l'était point surtout à la manière d'Hippocrate ou de Galien; Hippocrate et Galien croyaient l'âme mortelle aussi bien que le corps; leur πνεῦμα et leur ψυχὴ s'évaporaient au moment de la mort; opinion, du reste, que partageait presque toute l'antiquité, que Pline enseignait dans ses ouvrages, que Cicéron consignait dans ses livres, que César proclamait en plein sénat, que maintenait Sénèque le philosophe, et que Sénèque le tragique, s'il est distinct du premier, portait sur le théâtre. M. Récamier était donc un médecin essentiellement *spiritualiste*, mais il n'était pas exempt d'un certain mysticisme; il admettait l'immatérialité et l'immortalité du principe de l'âme; mais il affectait de chercher ses définitions dans des images, dans des comparaisons plutôt étranges que justes. Tant que l'association de l'âme et du corps persiste, disait-il, les organes ne sont que les conducteurs ou les *supports* auxquels la lumière interne prête les couleurs de la vie, tout comme la lumière rayonnante extérieure prête aux différens corps des couleurs que ceux-ci perdent dans l'obscurité.

Ainsi, ajoutait M. Récamier, un œil *voyant* cesse de voir tantôt parce que des lésions physiques ont altéré son organisation, tantôt parce qu'il y a privation ou retrait de la lumière vitale, comme en physique un corps coloré devient noir, tantôt parce qu'il a éprouvé des altérations dans sa structure, et tantôt parce qu'il est privé de lumière. De sorte que pour lui l'âme humaine était comme un flambeau allumé par la main de Dieu et destiné à illuminer les organes ! Mais quelle était cette lumière interne, cette lampe mystérieuse qui entretient la vie? Quelle est sa nature, son essence? Est-ce le flambeau de Lucrèce qui passe de générations en générations, semblable à celui que les coureurs des Panathénées se transmettaient de main en main?

Et quasi cursores vitai lampada tradunt.

Ce ne pouvait être là ce qu'entendait M. Récamier; l'âme ainsi comprise n'eût plus été pour lui une force libre, simple, identique à elle-même; c'eût été, comme le veut le poète latin, une lumière empruntée, vacillante et fugitive, qui, à l'heure de la mort, fumerait et s'éteindrait dans l'ombre :

Ceu fumus in altas aeris auras.

Fatale et désolante éclipse que Voltaire lui-même ne pouvait accepter et qui lui inspira ces beaux vers adressés à Genonville :

Est-ce là ce rayon de l'essence suprême
Que l'on nous peint si lumineux !
Est-ce là cet esprit? survivant à nous-même,
Il naît avec nos sens, croît, s'affaiblit comme eux !
Hélas ! périrait-il de même?
Je ne sais, mais j'ose espérer
Que de la mort, du temps et des destins le maître,
Dieu, conserve pour lui le plus pur de notre être,
Et n'anéantit point ce qu'il daigne éclairer !

Mais ce rayon divin, est-il vrai, après tout, qu'il naisse avec nos sens, qu'il croisse et s'affaiblisse comme eux? Question délicate, obscure, difficile, disait M. Récamier, et qui tombe néanmoins dans la compétence des médecins. Ici, ajoutait-il, commence la physiologie, et c'est à elle qu'il appartient de prendre en main cette noble cause, de réfuter cette éternelle objection du matérialisme, ce :

Præterea gigni pariter cum corpore, et una
Crescere sentimus pariterque senescere mentem.

La science bien comprise ne démontre-t-elle pas, en effet, que, loin d'être un produit de l'exercice des fonctions cérébrales, l'esprit est une force qui préside à l'arrangement primordial des organes, qui a le sentiment de leurs altérations et la conscience de leur inévitable destruction? Les plus grands médecins ne se sont-ils pas accordés à reconnaître que l'âme est une force libre, indépendante, indivisible et immortelle? Un principe conservateur, sensible et actif, qui intervient dans toutes nos opérations, qui agit sur tous les rouages de l'organisme, qui semble, dans l'état de maladie, en apercevoir les moindres altérations, qui, sous le nom de nature médicatrice, s'attache à en prévenir comme à en réparer les ruines et qui, par cela même, ne peut être entraîné dans la dissolution des élémens matériels de l'économie?

Telles étaient les idées jetées comme de verve, et un peu au hasard, par M. Récamier; heureux si, dans cet ordre de faits encore, il avait su mettre quelque borne à son imagination ! S'il avait pu se garder de tomber dans de nouveaux excès ! Mais il n'était point dans la nature de ce puissant esprit de savoir s'arrêter. Après avoir longtemps médité sur les propriétés et les effets de ce qu'il appelait la lumière interne ou vitale, après avoir rêvé le rôle de Newton en physiologie; il conçut l'idée de faire une application de ce même système, non plus seulement à l'organisme humain, mais au monde extérieur, à l'univers tout entier, et de là les hypothèses les plus étranges et les plus erronées sur les effets de la lumière solaire dans les espaces célestes.

Idées étranges, je le répète, qui ne pouvaient prendre de consistance que dans un esprit privé de tout contrôle. M. Récamier, en effet, devenu étranger au mouvement réel de la science, vivant comme au sein d'une petite église ; au milieu d'amis fidèles et dévoués, mais trop timorés sans doute pour contester ses suppositions, pouvant croire qu'il est aussi facile de faire des révolutions dans les sciences physiques que dans les sciences médicales; aussi n'avait-il pas hésité à soumettre son système au jugement de l'Académie des sciences. Mais je ne dois pas insister davantage sur des questions qui ne résultaient plus de son enseignement médical.

Les événemens de 1830 avaient, depuis longtemps, mis fin au double professorat de M. Récamier. Ayant refusé de prêter serment au gouvernement de Juillet, il avait été déclaré démissionnaire de sa place de professeur au Collége de France et à la Faculté de médecine.

M. Récamier, comme praticien, ne perdit rien à ce changement de fortune; sa célébrité était acquise quand il fut promu à ces deux places; il la conserva, si même il ne l'augmenta point après sa sortie de l'enseignement officiel.

Cette célébrité avait été un peu mêlée et confondue avec les passions politiques de l'époque, mais en la restreignant à ce qu'elle avait de scientifique et de médical, elle demeura considérable, pure et digne ; M. Récamier resta ce qu'il avait été pendant de longues années, un célèbre médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, un praticien éminent et surtout un homme de bien.

N'étant plus retenu par les devoirs du professorat, il put se livrer plus que jamais à ses sentimens de profonde charité et d'inépuisable bienfaisance; levé avant le jour, il était dès le matin dans son cabinet, prêt à répondre aux malades riches ou pauvres qui le faisaient demander, ou aux jeunes médecins qui voulaient conférer avec lui; il allait ensuite à l'Hôtel-Dieu visiter les malades et faire de temps à autres quelques leçons de clinique médicale. Le reste de la journée était divisé en deux parties, l'une consacrée aux malades de la ville, l'autre aux consultations données dans son cabinet.

Dans la ville c'était moins des visites journalières que des consultations avec des confrères pour des cas très obscurs ou d'une extrême gravité; M. Récamier ne se piquait pas d'une grande exactitude, mais c'est qu'en véritable artiste il oubliait le monde entier, quand il se trouvait en face de quelque belle rareté pathologique. Il s'était arrangé, du reste, pour ne point perdre un seul instant; prenant sans cesse des notes sur chacun de ses malades, et rédigeant ses observations jusque sur la voie publique. Il n'y a pas encore longtemps qu'on voyait circuler dans le noble faubourg, un véhicule beaucoup plus remarquable par l'originalité de sa construction que par son élégance; en avant se tenait un sage cocher qui, placé à l'abri du vent et de la pluie, ne quittait jamais son siége et s'occupait de quelque lecture en attendant son maître à la porte des cliens. Dans le corps même de la voiture était un vieillard qui paraissait supporter merveilleusement le poids des années : il avait l'œil vif et bienveillant presque toujours caché sous d'épais sourcils, le teint ardent et fortement coloré par un riche système sanguin, le front proéminent et sillonné de rides profondes, les mains croisées et appuyées sur la pomme de sa canne; c'était M. Récamier, en face duquel était ordinairement un jeune secrétaire, qui l'accompagnait dans ses visites; celui-ci semblait attendre qu'il plût au maître de lui dicter quelques-unes de ses inspirations.

Chez M. Récamier l'affluence des malades était si grande, que plusieurs pièces pouvaient à peine les contenir. Un profond silence y régnait, on s'y tenait comme dans une sorte de recueillement à la fois scientifique et religieux. Il y avait encore là un jeune homme qui se disait élève et secrétaire de M. Récamier; il paraissait occupé de quelque rédaction médicale et donnait des renseignemens, à voix basse, soit aux nouveaux arrivans, soit à ceux que fatiguait une trop longue attente.

Là, comme partout, il y avait des préférés, des privilégiés : tel arrivait directement dans le sanctuaire et pouvait immédiatement consulter l'oracle, tel autre n'y pénétrait qu'après de longs détours, si même après une attente de plusieurs heures, il n'était pas remis au lendemain. Je m'empresse de dire que ce n'était pas la fortune qui établissait ces différences; les confrères étaient immédiatement reçus avec leurs cliens, puis c'était parfois de pauvres prêtres, ou de bonnes et charitables sœurs qui, n'ayant rien à donner, passaient avant les autres.

L'intérêt personnel n'a jamais guidé M. Récamier, il était d'un rare désintéressement; l'amour de son art et le désir de bien faire occupaient seuls son esprit; une constitution robuste soutint pendant de longues années cette âme de feu; on le voyait mettre au service de ses malades, non seulement toutes ses facultés morales, mais jusqu'à ses forces physiques quand il en était besoin.

Toujours plein de zèle, toujours agissant pendant sa longue carrière, sa santé n'avait jamais trahi ce cœur secourable; c'est à peine si dans sa belle et verte vieillesse il avait éprouvé quelques indispositions; lui-même sentait que pour sortir de ce monde, il n'aurait point à passer par quelque grave maladie : « Vous ne me verrez pas malade, disait-il à ses amis, je serai frappé et voilà tout. » Il mourut en effet comme un soldat sur la brèche dans le plein exercice de toutes ses facultés.

Le 28 juin 1852, après avoir visité comme de coutume de nombreux malades dans la journée, après avoir reçu quelques amis dans la soirée, et s'être longuement entretenu avec son confrère et ami M. Cruveilhier, il fut pris tout à coup d'une mortelle suffocation, et succomba en quelques minutes à une foudroyante attaque d'apoplexie pulmonaire, ayant eu à peine le temps de s'écrier : « Ah ! mon Dieu, ayez pitié de moi ! »

Telle a été, Messieurs, la fin d'un homme qu'on pourrait appeler extraordinaire; ses talents, je l'ai montré, étaient incontestables et de premier ordre, mais l'usage qu'il en a fait n'a pas toujours été réglé par une sage et froide raison; on a dû voir que c'était une de ces natures ardentes et généreuses qui ne peuvent ni se contenir, ni se modérer, mais son caractère était au-dessus de tout éloge ; sa foi religieuse était restée profonde et éclairée, sa piété douce, tolérante et sincère; elles réglaient toutes ses actions dans la vie privée et le soutenaient dans l'exercice de sa profession ; il savait que les lumières de la science sont distinctes de celles de la foi et il se gardait bien de les confondre; quand il avait enfin reconnu l'impuissance de l'art, et force lui était bien parfois de le faire, il tournait ses regards et ses pensées vers le ciel; on l'a vu plus d'une fois, après avoir tout tenté, tout épuisé, se jeter à genoux près d'un moribond, et joindre ses prières à celles de la famille.

La mort de M. Récamier a laissé un grand vide, non dans la science, mais dans la pratique médicale; on était habitué à le considérer, dans les cas désespérés, comme une suprême ressource, comme un dernier instrument de salut; c'était une de ces vocations qu'on ne saurait continuer; tout s'est éteint, tout est descendu avec lui dans la tombe!

Je sais que quelques pieux jeunes gens se disent ses élèves, qu'ils prétendent continuer ses doctrines dans de petits écrits; mais M. Récamier n'a pas laissé, ne pouvait pas laisser d'élèves; pour se dire son élève, pour avoir le droit de porter son manteau, il faudrait tenir de lui ce qui ne se donne pas, ce qui ne s'acquiert pas, à savoir : cette incomparable vivacité d'esprit (*celeritas ingenii*), cette prescience si soudaine et si hardie qui lui faisait deviner et dénoncer les accidens les plus imprévus, cet esprit toujours armé en face du danger; ce glaive de l'invention qui semblait son principal attribut.

Jusque-là, Messieurs, nous maintiendrons que M. Récamier ne s'étant rallié à aucun corps de doctrine, n'ayant établi de son vivant aucune école distincte, n'a laissé dans le monde aucune postérité médicale.

Faut-il le regretter? faut-il s'en applaudir? Nous oserons dire qu'il faut s'en féliciter : M. Récamier était un de ces maîtres dont la parole éblouit et fascine les esprits, plutôt encore qu'elle ne les éclaire et ne les guide; et si aujourd'hui quelques-uns, séduits par les souvenirs de ce grand praticien, nous semblaient disposés à le prendre pour modèle, nous leur dirions volontiers : admirez ce génie si prompt, si résolu; dites quelles étaient son adresse et sa fermeté d'âme; racontez ses hardis coups de main; mais ne comptez pas sur ces soudaines et heureuses inspirations; sur ces voix intérieures qui pourraient vous manquer; sur ce tact qu'on dit inné et qui vous ferait défaut. Honorez le beau caractère de M. Récamier, célébrez sa haute renommée d'honneur et de délicatesse; mais pour les enseignements de la science, allez les demander à des sources toujours vraies, toujours pures, et qui ne tarissent jamais, à la rigoureuse observation des faits présents et aux saines traditions des siècles passés.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Onzième liste : MM. Durwel, à Guebervillers, 5 fr.; Delage, à Lignères, 5 fr.; La *Gazette médicale de Strasbourg*, 20 fr.; Hervez de Chégoin, 20 fr.; Lisle, 20 fr.

— MM. Roussel et Leconte, agrégés à la Faculté de médecine, viennent d'être nommés pharmaciens en chef des hôpitaux, à la suite du concours qui s'est terminé samedi.

M. le docteur J. Regnauld, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé à la place de pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. Quevenne décédé.

— Par suite de la démission de M. Ricord, un décret impérial du 28 novembre a réorganisé comme suit le service de santé du 19e bataillon de la garde nationale de la Seine : chirurgien-major, M. A. Foucart; chirurgiens aides-majors, MM. Poterin-Dumotel et Calvo.

— Par décret impérial du 5 décembre 1855, ont été promus, dans le corps des officiers de santé de la marine,

Au grade de second médecin en chef, M. Baraillier, médecin professeur;

Au grade de second pharmacien en chef, M. Fontaine.

— La petite épidémie de choléra qui vient d'avoir lieu à Lyon a débuté le 12 août, et s'est terminée le 12 novembre, après avoir fait 80 victimes. — (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Pour toutes les nouvelles, Amédée LATOUR.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — Nº 14[illegible]　　NEUVIÈME ANNÉE.　　**Samedi 15 Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Departemens,

1 An	32 Fr
6 Mois	17
3 Mois	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, nº 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

PARALYSIE DES MEMBRES SUPÉRIEURS SEULS; — CONSERVATION DE LA SENSIBILITÉ; — INDURATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, RAMOLLISSEMENT DANS L'ESPACE COMPRIS ENTRE LES 3me ET 6me VERTÈBRES DORSALES;

Mémoire lu à Société médicale des hôpitaux, le 8 août 1855.

Par le docteur Alexandre LABOULBÈNE, interne-lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine et de l'Académie de médecine.

Les diverses affections morbides du système nerveux présentent souvent, dans leurs manifestations, des caractères dont la signification est difficile à préciser. Les affections de la moelle épinière sont aussi ardues, sous ce rapport, que celles des centres nerveux encéphaliques, et parmi elles l'induration de la moelle épinière est une des plus susceptibles de controverses.

J'ai observé l'année dernière, dans le service de M. Rayer, à la Charité, un cas extrêmement remarquable de maladie de la moelle épinière qui semblait, au premier abord, se réduire symptomatiquement à une paralysie du mouvement des membres supérieurs seuls, avec conservation de leur sensibilité. Après être sorti avec une amélioration marquée, le malade est venu mourir à l'hôpital, et l'autopsie a montré une induration médullaire générale, avec un ramollissement siégeant seulement dans l'espace compris entre la troisième et la sixième vertèbre dorsales. Cette observation me paraissant très intéressante, j'avais commencé des recherches pour connaître les faits analogues qui peuvent exister dans la science, mais je ne suis arrivé encore, à ce sujet, à aucun résultat satisfaisant.

J'ai trouvé dans divers ouvrages des observations d'induration de la moelle épinière, mais dont la symptomatologie offre une grande dissemblance; de plus, dans les divers cas de ramollissement de la moelle rachidienne, j'en ai peu trouvé siégeant à l'endroit que j'ai signalé, mais ils ne coïncident pas, le plus souvent, avec une induration. Je me bornerai donc à exposer les détails de l'observation, que je ferai suivre de quelques réflexions générales.

Les ouvrages et mémoires d'Ollivier, d'Abercrombie, de MM. Andral, Gendrin, Prus, Gerdy, Hutin, Albers de Bonn, la thèse de J.-T. Mueller (*De induratione medullæ spinalis*), les travaux de Romberg, les mémoires d'anatomie pathologique de M. Louis, celui de M. Maillot, *sur les fièvres intermittentes*, etc., m'ont offert une mine précieuse; j'ai recueilli les faits très extraordinaires de MM. Maisonneuve et Rullier, cités par M. Longet, car ils se rapportent, quoique d'une manière éloignée, à l'observation actuelle, ainsi que je l'établirai brièvement en essayant de préciser les conséquences physiologiques qu'elle présente.

OBSERVATION.

Le nommé Casse (Étienne), âgé de 44 ans, menuisier, né à Olette (Pyrénées-Orientales), demeurant à Paris, rue de Londres, nº 10, marié, est entré le 15 mars 1854 dans le service de M. Rayer, à la Charité, salle St-Michel, nº 29. Il sort de l'hôpital le 16 juin, et il y rentre le 16 octobre. Mort le 2 novembre.

Cet homme, d'une constitution robuste, brun, est d'une taille élevée; sa force musculaire est habituellement très grande. D'après les renseignemens qu'il fournit avec beaucoup de netteté et de précision, ses parens ont toujours eu une bonne santé. Son père est mort hydropique à 64 ans, sa mère s'est « éteinte de vieillesse » à 68 ans. Il a eu deux sœurs qui sont en parfaite santé. Il n'y a aucune hérédité probable de la maladie actuelle. L'enfance du malade s'est passée très naturellement, sans maladies graves. Il a été vacciné et il a eu plusieurs fièvres éruptives, la rougeole entre autres. Jamais il n'a eu d'adénites sous-maxillaires, ni d'abcès d'aucune sorte.

Il est venu à Paris en 1840, il s'y est marié à l'âge de 42 ans; il a eu une petite fille qui a toujours été bien portante; il a toujours habité dans des appartemens offrant de bonnes conditions de salubrité, secs et bien aérés. Il a toujours eu une bonne nourriture.

En 1843, après des excès de travail répétés, et des veilles prolongés souvent jusqu'après le milieu de la nuit, il a perdu l'appétit. Sa force musculaire, très grande à cette époque, restait toujours la même et ne faiblissait pas d'abord. Cependant, après la répétition des veilles, il ressentit un peu de fatigue, les forces diminuèrent. Il a éprouvé, peu après, des maux de reins, les urines étaient quelquefois difficilement rendues, les alimens lui pesaient sur l'estomac pendant cinq ou six heures après le repas, et souvent il les vomissait sans pouvoir les digérer.

Vers la même époque, il a été à l'Hôtel-Dieu où il fut sondé et voici pour quel motif. Il fut invité à aller pour quelques jours à Chelles, où se trouvaient des compatriotes qui l'engageaient à venir auprès d'eux se reposer et se guérir. Il s'y rendit, mais il y fut pris, après quelques jours, « d'une crise nerveuse très forte pendant laquelle il y eut rétention d'urine. » Il fut ramené à Paris, conduit à l'Hôtel-Dieu, où, ayant été sondé et apprenant qu'il n'avait aucun corps étranger dans la vessie, remis d'ailleurs presque subitement, il sortit le lendemain de son entrée.

Depuis lors, travaillant toujours de son état de menuisier, il a eu, à diverses reprises, quelques douleurs dans la région lombaire, des crampes dans les jambes, le sommeil est devenu plus léger, moins prolongé, il ne dormait guère plus de deux ou trois heures consécutives par nuit. Il était souvent réveillé par des fourmillemens sous la plante des pieds. Ses bras étaient tout à fait libres et dans leur état normal.

En 1849, il a été obligé d'entrer à la Maison de santé du faubourg Saint-Denis, pour s'y faire traiter d'une affection, probablement cérébrale, caractérisée par des douleurs de tête, des migraines, un affaiblissement de la mémoire. La vue était très bonne, ainsi que les autres sens, odorat, ouïe, goût, toucher. Ses jambes étaient encore douloureuses, il avait, par moment, des crampes, et une douleur au bas du dos entourant le corps (douleur en ceinture). En outre, il se rappelle très bien qu'il a plusieurs fois eu de la difficulté à rendre ses urines et qu'il a aussi été tourmenté par une constipation opiniâtre.

En rappelant ses souvenirs, le malade assure qu'il y a eu, cinq ou six ans auparavant (vers 1843 ou 1844), des douleurs de tête avec affaiblissement de la mémoire.

Le traitement, fait à la Maison de santé, consistait en tisanes et en purgatifs. Il ne fut fait aucune médication énergique. Il sortit bien amélioré, et sa mémoire était, peu de temps après, tout aussi nette que dans les meilleurs jours.

Interrogé à plusieurs reprises pour savoir s'il aurait eu la syphilis, Casse affirme de la manière la plus formelle qu'il n'a jamais eu de gonorrhée, ni de chancre, ni de bubon. Il ne présente aucune cicatrice soit sur les parties génitales, soit aux aines, ni aucune tache suspecte sur la peau des autres parties du corps.

En 1851, pendant les mois d'août et de septembre, il a ressenti un peu d'affaiblissement dans la main droite. Le bras droit perdit sa force, il ne pouvait plus s'en servir pour clouer des planches ou pour se livrer à ses occupations habituelles. Il a été obligé d'acheter un marteau plus petit et moins lourd. La mémoire s'est à peu près perdue; il ne se rappelait plus les mesures qu'il venait de prendre quelques instans auparavant. Cet état a duré pendant six mois; la mémoire est revenue lentement. Pendant tout l'hiver de 1851-52, le bras droit est demeuré faible; mais dans le courant de l'été, la force est revenue d'une manière à peu près complète.

En 1853, en octobre, la main droite s'est affaiblie de nouveau, ainsi que la mémoire. La douleur lombaire et les troubles intestinaux avaient disparu. Au mois de décembre, il a cru remarquer « que plus la température devenait froide, et plus la main et le poignet devenaient faibles. » Au moment du froid le plus rigoureux, il « a eu froid sur les deux bras, il lui semblait que la moelle avait froid et était gelée. » Pendant dix jours environ, la force musculaire diminua beaucoup, et le 1er janvier 1854, il n'avait plus aucune force.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Les solennités académiques se suivent et se ressemblent; c'est là leur tort. Un peu d'innovation et d'imprévu dans le programme ne ferait pas de mal. Cependant l'éloge des membres que la mort enlève à la compagnie est un usage pieux auquel il ne faut rien trouver à redire. Une certaine dose de tolérance doit même être accordée à ceux qui se chargent de la tâche toujours difficile et souvent délicate d'honorer la mémoire des morts. D'ailleurs personne n'est trompé ni par l'enseigne, ni par le programme; on sait où l'on va et ce qu'on vient entendre : un *Éloge*, c'est écrit en grosses lettres; on aurait donc mauvaise grâce à jouer l'étonnement ou à se plaindre d'une déception. Tout ce qu'on a le droit d'exiger, c'est que l'orateur qui accomplit ce tour de force littéraire l'exécute avec agrément pour ses auditeurs et pour lui-même. Et la chose n'est pas aisée, à ce qu'il faut croire. Se tenir sans balancier, plus d'une heure durant, sur la corde raide des susceptibilités de famille, des souvenirs de tout genre, des sympathies vivaces, des rancunes que la mort n'a pu éteindre, des enthousiasmes et des répulsions politiques, des affections et des antipathies philosophiques et religieuses, des passions non moins vives de la science, de l'art et de la profession; tout cela exige une agilité d'esprit et une sûreté de coup d'œil que j'admire assurément, mais qui me rend anxieux comme les périlleux exercices du cirque et de l'hippodrome.

M. Dubois (d'Amiens) s'est tiré, avec bonheur, avec adresse, de la mission difficile qu'il s'était imposée. Habilement il a évité tous les écueils de son sujet : l'anecdote attrayante et dont la vie de son héros pouvait fournir une riche moisson; la photographie de Récamier, qui plus elle eût été exacte, plus elle serait devenue périlleuse, car il est des individualités si originales et dont la vie se passe tellement en dehors de la vie commune, que vouloir en prendre le portrait c'est s'exposer à l'accusation d'avoir fait une caricature ou une charge. Le panégyriste s'est montré pieusement discret; il n'a soulevé qu'avec réserve le voile, il n'a fait qu'entr'ouvrir le rideau qui cachait un côté dangereux de la figure de Récamier, pour jeter toute la lumière sur le côté digne et sérieux de cette physionomie si accentuée. C'est là une preuve de sens et de goût dont on doit tenir d'autant plus de compte à M. Dubois, que l'occasion était plus tentante. Rien ne lui eût été plus facile que d'amuser son auditoire; il a préféré l'intéresser et l'instruire.

L'analyse de ce discours, qui a passé tout entier sous les yeux de nos lecteurs, serait superflue; ils en ont remarqué l'exorde heureux, la péroraison brillante, une appréciation équitable du rôle scientifique, de l'enseignement, de la pratique de Récamier; des réflexions très justes sur le danger d'imiter un modèle qui est resté inimitable, qui ne pouvait laisser, qui n'a pas laissé de postérité médicale, et dont les façons d'agir en chaire, à l'hôpital, dans la pratique civile ne sont déjà plus qu'une tradition que le temps effacera de jour en jour.

Ce qui restera surtout de Récamier, c'est le souvenir de son digne et noble caractère, de sa bienfaisance et de sa charité. Fidèle à ses affections politiques, il renonça, quand il n'avait qu'un mot à dire, à deux places éminentes dans l'enseignement. Parcimonieux pour lui-même, il abandonnait tous les ans aux pauvres le dixième de ses recettes, et ses recettes dépassaient cent mille francs. Jamais un confrère malheureux ne frappa vainement à sa porte, et ils sont nombreux les médecins qui doivent à son influence, à son chaud patronage leur position dans le monde. Récamier avait l'ardeur de la foi, foi religieuse, foi politique, foi médicale, et c'est par là qu'il tranchait si vivement sur son époque desséchée et refroidie par le doute. Les hommes de cette trempe traversent leur génération en l'étonnant plus qu'en l'instruisant, et leur voyage fini, le critique cherche en vain les traces de leur passage.

M. Dubois (d'Amiens) a saisi avec convenance et justesse les traits les plus accentués de cette grande figure médicale. Seulement il les a adoucis, et sa brosse pieuse a été, cette fois, plus idéaliste que réaliste. Je ne lui en fais pas un reproche, au contraire, et je m'associe avec plaisir aux chaleureux applaudissemens qu'il a reçus.

Le secrétaire perpétuel a donc, pour sa part, heureusement rempli la portion du programme qui lui incombait. Tout le monde n'a pas été aussi heureux dans cette fête; mais, pour n'affliger personne, je n'insisterai pas sur ce point, dédaignant volontiers, en cette occasion, de prendre ma revanche de mauvais procédés pour lesquels je n'ai pas de rancune, mais desquels je ne peux perdre le souvenir. Je me permettrai de dire seulement aux ordonnateurs de cette fête, que s'ils persistent à vouloir introduire dans l'assistance le gracieux élément féminin, il faut de toute nécessité ou bannir du programme des sujets qui forcent les dames à rougir sous leur mouchoir, ou faire choix d'orateurs qui sachent cacher sous la pudeur de la forme les crudités du fond. Le meilleur, à mon sens, serait de laisser les dames aux respectables occupations du foyer domestique. Quoi qu'on fasse, on ne rendra jamais agréable pour des mères de famille et pour de jeunes demoiselles, des dissertations sur la syphilis ou sur les rétrécissemens de l'urètre. Si vous convoquez à vos séances un public étranger à la médecine, et surtout un public de dames, composez votre programme en conséquence, et veillez à ne blesser aucune susceptibilité. Faites qu'en sortant de ces réunions ce public ne puisse pas dire que les médecins manquent de goût et surtout de politesse, car c'est manquer aux premiers principes de la civilité de faire entendre aux invités un langage qu'ils ne sauraient entendre.

Cela dit, on peut se demander si, par un maigre et insuffisant rapport sur les prix, par un éloge plus ou moins brillant d'un membre de la compagnie, l'Académie, dans sa solennité annuelle, paie un assez large tribut à la science médicale, et montre suffisamment ce qu'elle peut, ce qu'elle fait, les services qu'elle rend et qu'elle peut rendre. On ne peut répondre que négativement à ces questions. Si je ne me trompe, les réglemens de l'Académie imposent à l'un de ses officiers de présenter tous les ans un rapport général sur les travaux de la compagnie. Cette disposition réglementaire est complétement tombée en désuétude. Si j'ai bonne mémoire, le dernier rapport de ce genre a été fait, il y a bien longtemps,

Depuis le 1er janvier, il fut obligé de s'aliter. La paralysie des bras était alors très évidente. Il a eu quelques étourdissemens; mais l'intelligence et la mémoire étaient bien nettes. Les bras ne pouvaient plus se remuer volontairement; ils étaient le siége de fourmillemens et de crampes. Les jambes exécutaient encore des mouvemens volontaires. Il resta au lit pendant six semaines à peu près « raide comme une statue » surtout quant aux bras. Puis il y eut un amendement notable des symptômes de la paralysie; il a pu se lever et marcher; les douleurs ont cessé complétement, même dans les deux bras, mais il ne pouvait absolument leur imprimer le moindre mouvement.

Pendant ce temps, il avait eu de la difficulté à avaler (dysphagie); plus tard, il a eu « une *fringale*, » des envies continuelles de manger. Il pouvait très bien descendre et monter cinq étages, mais ses bras ne bougeaient plus. Il est tombé plusieurs fois, et il s'est fait une plaie sur le sourcil gauche dans une de ses chutes.

On lui a appliqué à deux reprises différentes deux cautères dans le bas de la région dorsale du rachis. Il avait cru ressentir un peu d'amélioration, mais comme elle ne s'est point accrue, il se décide à entrer à la Charité le 15 mars.

État actuel. — 16 mars 1854. Le malade se présente dans l'état général précédemment indiqué. En outre, on remarque au premier abord que les deux membres supérieurs sont atrophiés et pendent le long du tronc. Lorsqu'on les soulève, ils retombent sans opposer la moindre résistance. Tous les muscles de l'épaule sont notablement atrophiés. Les muscles thoraciques ne paraissent pas avoir diminué de volume, non plus ceux des membres inférieurs. Il existe une petite plaie sur le haut du sourcil gauche. Les douleurs rénales et celles marquées autrefois dans les membres sont tout à fait calmées. Les urines, examinées avec soin, sont d'un jaune clair, acides, et ne renferment point trace d'albumine ou de sucre.

M. C. Bonnefin, invité à soumettre les muscles malades à un courant électrique d'induction, nous fait remarquer les phénomènes suivans :

Les deux deltoïdes ne présentent plus qu'une mince couche musculaire, se contractant à peine sous l'influence de l'électricité; volontairement ils ne peuvent donner au bras qu'un léger mouvement d'abduction.

Les muscles du bras, mous, flasques, d'un petit volume, ne dessinent pas le relief qu'ils forment habituellement. Ils sont contractiles des deux côtés.

Les muscles de l'avant-bras, atrophiés surtout dans leur partie postérieure et externe, ne se contractent pas, dans ces deux dernières régions, sous l'influence du courant électrique, le plus fort que puisse supporter le malade.

Les muscles de la partie antérieure se contractent lorsque les deux excitateurs sont appliqués sur les muscles de la région postérieure de l'avant-bras. Ce sont les *fléchisseurs* des doigts et non les extenseurs; les fléchisseurs recevant ainsi l'excitation à travers les couches postérieures.

A la main, les interosseux sont généralement atrophiés, surtout le premier interosseux dorsal. Les éminences thénar et hypothénar sont aplaties.

Les deux mains sont pendantes comme celles des malades atteints de paralysie saturnine. Le poignet ne peut être redressé de manière à ce que la main soit dans la direction de l'avant-bras.

Les doigts sont dans une demi-flexion habituelle, mais sans contracture. Ils ne peuvent s'étendre complétement. La flexion est possible, mais elle a lieu sans beaucoup de force.

Les mains peuvent être portées à la bouche; l'extension de l'avant-bras est incomplète.

Les mouvemens volontaires des membres inférieurs y étaient très faciles et puissans.

Il n'y a en aucun endroit du corps ni abolition, ni diminution notable de la sensibilité.

Le diagnostic porté est : *affection de la moelle épinière*, sans qu'on ose préciser la nature du mal ni le siége exact.

Les voies digestives étant en bon état, le malade reçoit trois portions d'alimens, et il est traité par l'application du galvanisme. Celle-ci est commencée le 16 mars et continuée tous les jours pendant environ dix minutes, puis pendant un quart d'heure.

Quelque temps après son entrée, le malade a pris deux bains sulfureux par semaine.

20 mars. Le séjour de l'hôpital plaît au malade. Les muscles des bras paraissent déjà mieux se contracter sous l'influence de l'électricité, les deux biceps surtout. On ne voit pas encore de contractions dans les muscles postérieurs de l'avant-bras.

30 mars. Le malade a pu porter, avec l'une ou l'autre main, une chaise à une distance d'environ 20 mètres, ce qui lui aurait été impossible il y a quelques jours. Il ne peut pas encore manger seul.

Membre supérieur droit. — Tous les muscles de l'épaule et du bras se contractent sous l'influence de l'électricité; toutefois, les contractions du deltoïde sont très faibles. A l'avant-bras, le rond pronateur, le grand et le petit palmaire, le cubital antérieur et les fléchisseurs des doigts sont contractiles. A la partie externe et postérieure, il n'y a que le long abducteur du pouce qui se contracte. A la main, les muscles de l'éminence thénar se contractent un peu.

Le *membre supérieur gauche* présente les mêmes altérations avec cette seule différence, que les muscles de la partie antérieure de l'avant-bras sont un peu moins contractiles.

6 avril. Le long supinateur des deux côtés se contracte sous l'influence de l'électricité. On prescrit des frictions sèches sur les bras et l'épine dorsale avec de la flanelle.

10 avril. A *droite*, le cubital postérieur se contracte. A *gauche*, on voit aussi quelques contractions fibrillaires du cubital postérieur et de l'extenseur superficiel des doigts, mais qui sont insuffisantes pour déterminer un mouvement d'extension dans le poignet ou les doigts.

14 avril. Contractions un peu plus fortes des mêmes muscles. Il faut y joindre, à gauche, celle de l'extenseur propre de l'index, qui détermine un léger mouvement dans ce doigt. — A *droite*, l'extenseur des doigts ne se contracte pas encore.

16 avril. Ce dernier muscle commence à avoir quelques contractions. Le malade ne peut pas encore manger seul; les mains ne peuvent encore se soutenir dans la direction de l'avant-bras; elles retombent par leur propre poids lorsqu'on les soulève. La droite peut avec peine être portée à la tête, mais non la gauche.

24 avril. Les muscles radiaux externes gauches commencent à avoir quelques contractions. La main droite peut être portée à la tête; la main gauche ne peut pas être élevée à la hauteur du menton.

1er mai. Les extenseurs des doigts se contractent mieux à gauche; mais il n'y a encore de mouvement que dans l'index de ce côté; la main peut se tenir dans la direction de l'avant-bras; elle peut être portée à la bouche. A droite, les extenseurs des doigts se contractent encore très faiblement; la main reste pendante et ne peut se tenir droite comme la gauche; elle peut toujours être portée à la tête.

Les fléchisseurs se contractent également bien des deux côtés. En ce moment, on voit qu'à droite ce sont les muscles de l'épaule et du bras qui ont le plus gagné, tandis qu'à gauche ce sont ceux de la partie postérieure et externe de l'avant-bras.

7 mai. Le malade prend, à partir d'aujourd'hui, 1 gramme d'iodure de potassium en solution, et continue les bains sulfureux deux fois par semaine.

12 mai. Depuis quelques jours, il a pu s'aider de ses mains pour sortir du bain; cette nuit il a pu lui-même prendre le vase renfermant la tisane et boire seul. Un phénomène assez remarquable s'est manifesté du côté des deux mains, qui sont très œdématiées. L'œdème augmente pendant qu'il est levé et devient considérable (1).

13 mai. Le malade n'a pas quitté le lit depuis hier; les mains sont encore enflées. Les urines, très claires, acides, se troublent très légèrement par la chaleur et l'acide azotique.

(1) J'ai déjà noté que le malade a commencé à prendre de l'iodure de potassium le dimanche 7 mai. C'est depuis cette époque qu'a paru le gonflement des mains. Il a cessé d'en prendre le 12; le gonflement avait presque entièrement disparu le 14 au matin. Est-ce là une simple coïncidence?

14 mai. La main droite est presque entièrement désenflée, mais non pas la gauche.

Le malade se trouvant à peu près dans l'état déjà décrit le 12 mai et n'ayant aucune trace d'œdème, sort le 16 juin.

16 octobre 1854. Il rentre au n° 31 de la salle St-Michel.

Depuis sa sortie, il a pris des bains sulfureux à Olette (Pyrénées-Orientales), du 4 août au 26 septembre, sans éprouver d'amélioration bien sensible.

Il nous apprend que, depuis dix jours, il a des douleurs et des fourmillemens le long de la colonne vertébrale. Il n'y a pas d'endroit plus sensible que les autres à la pression des apophyses épineuses des vertèbres.

L'électrisation est recommencée le 17 et continuée jusqu'au 28 octobre, par M. C. Bonnefin. Le malade marche bien dans les salles jusqu'à la fin du mois d'octobre.

29 octobre. Le malade s'est considérablement affaibli; il éprouve de la faiblesse dans les membres inférieurs. A peine peut-il se tenir debout. Les membres supérieurs sont tout à fait immobiles, mais la sensibilité est très nettement conservée. Tristesse profonde. Perte de l'appétit. Douleurs le long du rachis. Coliques qui le tourmentent beaucoup. — Rhubarbe, 60 centigrammes.

La respiration est fréquente et paraît gênée. Le malade est ausculté avec soin, et on ne trouve, par la percussion et l'auscultation, aucune lésion pulmonaire. Le pouls est plein, mou, à 112.

L'auscultation du cœur ne révèle aucun état anormal de cet organe. — Ventouses sur la région précordiale.

Le 2 novembre au soir, après une journée d'angoisses, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et le malade succombe le 3 novembre, à trois heures du matin. Il avait pu marcher, en se faisant aider, le 1er novembre, dans la soirée.

Autopsie le 4 novembre, à 7 heures 3/4 du matin. Temps frais.

Rigidité cadavérique bien marquée. Aucune trace de putréfaction.

Cavité crânienne et rachidienne. — Le crâne et le rachis sont ouverts avec précaution, on constate que les os ne présentent aucune saillie anormale, les vaisseaux des diverses membranes cérébro-rachidiennes paraissent à l'état normal. Il n'existe aucune plaque, ni aucune tumeur dans l'épaisseur de leurs parois, mais, en promenant le doigt sur toute la longueur de la moelle, on sent, au niveau des premières vertèbres dorsales un peu plus de mollesse que dans le reste de son étendue. La dure-mère étant incisée, le cerveau et la moelle sont mis à découvert et on remarque : 1° que le cerveau n'offre aucun aspect anormal. Il n'existe, à l'extérieur, aucune vascularisation augmentée, aucun changement de coloration. Il est soumis à des coupes transversales minces et on ne parvient à découvrir aucune lésion appréciable de sa substance. Il est toutefois résistant et ferme, et peu injecté de sang.

Le liquide céphalo-rachidien était limpide et ne s'est pas montré en très grande abondance.

Les membranes rachidiennes sont fendues et on remarque, au niveau de l'espace compris entre la troisième et la sixième vertèbre dorsale, la consistance très peu marquée de la substance nerveuse médullaire. En cet endroit, la vascularisation est notablement augmentée.

La moelle épinière est examinée ensuite avec le plus grand soin, au moyen de coupes diverses transversales et longitudinales, de la dissection sous l'eau et de l'examen microscopique.

On constate que le tissu de la moelle est très manifestement induré depuis la moelle allongée jusqu'au niveau de la troisième dorsale et depuis la sixième dorsale jusqu'à la queue de cheval. Cette induration est comparée à l'état normal de la moelle d'un autre cadavre, enlevée dans ce but et provenant d'un malade ayant succombé à une maladie aiguë.

Il est difficile de préciser si la moelle était indurée et hypertrophiée tout à la fois; cependant nous devons noter que l'axe nerveux rachidien a paru un peu plus gros que celui provenant du malade déjà signalé, et servant pour la comparaison. Dans le cas où l'hypertrophie serait réelle, elle était peu marquée.

Le tissu propre de la moelle était lisse, luisant à la coupe, rappelant

---

par M. Roche, alors que ce zélé et savant confrère tenait la plume de secrétaire annuel. Tous les académiciens qui ont succédé à M. Roche dans cette fonction, se sont soigneusement abstenus de ce travail, travail difficile sans doute, qui demande un esprit distingué et une plume exercée et que l'Académie n'aurait le droit de demander que si elle faisait toujours un choix intelligent pour son secrétaire annuel. Mais ce travail, s'il était bien fait, serait éminemment utile à la science, et fructueux pour la gloire de l'Académie. On le sait, on le voit, toutes les questions qui agitent l'esprit médical contemporain, viennent retentir à l'Académie; les discussions animées s'y succèdent; ce corps savant reçoit du gouvernement ou des médecins les communications les plus importantes, quel vaste champ pour un esprit bien doué! quel tableau à peindre! Le simple récit, seulement, serait déjà un travail utile; que serait-ce si l'historien était en même temps appréciateur sagace et critique intelligent!

Nous sommes à une époque de plus en plus positive, où les institutions, si anciennes, si élevées soient-elles, ne trouvent leur raison d'être dans l'opinion publique que par les services qu'elles rendent. L'Académie rend des services, la justice et la vérité obligent à le reconnaître, pourquoi donc les cache-t-elle? Pourquoi, dans la seule occasion qui lui est offerte de s'adresser au public, ne fait-elle pas l'exhibition complète de ses travaux, l'appréciation ou du moins l'indication de leur influence sur les progrès de la science et de l'art? Pourquoi, puisqu'elle est aujourd'hui assez richement dotée pour accorder des prix importans, pourquoi pas quelques conseils aux concurrens sur la direction à donner à leurs travaux, sur ce que l'Académie veut et doit surtout récompenser? Pourquoi..... mais je n'en finirais pas si je disais tout ce que l'Académie aurait à faire, à mon sens, pour agir avec efficacité sur l'esprit médical et pour montrer son action sur les progrès de la science et de l'art.

Il est rare que je ne sorte pas un peu attristé de ces solennités académiques, en comparant ce qui pourrait être à ce qui est. Ce n'est pas seulement à l'Académie de médecine que ces réflexions sont applicables. Que de fois ne les ai-je pas faites aussi, à l'occasion des séances de rentrée de la Faculté, séances en général si froides et si stériles pour les élèves. Là aussi, un usage respectable veut qu'on honore la mémoire des maîtres que la mort a ravis à l'enseignement, et personne ne blâme cet usage. Mais à cela, l'intervention de la Faculté, auprès de ses élèves, devrait-elle se borner? Que se passe-t-il dans cette Faculté? Le nombre des élèves augmente-t-il, diminue-t-il? Les études sont-elles en progrès? Les examens sont-ils satisfaisans? Quelle tendance le sujet des thèses indique-t-il? Cette tendance est-elle heureuse ou malheureuse? Y a-t-il eu et combien de thèses remarquables et sur quels sujets? Que de choses à dire dans ces séances! Quels conseils à donner aux jeunes gens! Quels dangers à leur signaler! Sur combien d'écueils élever les phares de l'expérience et d'une autorité douce et paternelle!

S'il faut s'étonner d'une chose, c'est qu'il ne soit pas plus grand, le nombre des élèves qui font fausse route, car toute direction intellectuelle leur fait défaut; sans boussole et sans pilote, il faut qu'ils s'aventurent dans cette mer immense et semée de rescifs des études médicales. Mais si souvent j'ai dit cela, qu'en vérité je suis aussi fatigué de le répéter que mes lecteurs de le relire.

De meilleures nouvelles nous sont données de M. le professeur Bérard; une amélioration très sensible se serait manifestée dans son état, qui n'inspirerait plus aucune inquiétude à ses amis. On est heureux d'avoir à annoncer ce changement. La sympathie publique s'est vivement manifestée en faveur de M. Bérard, dont l'accident était le sujet de toutes les conversations et l'objet de tous les regrets.

On annonce que l'état de souffrance dans lequel se trouve depuis longtemps M. le professeur Gerdy est devenu plus grave.

Enfin nous avons été attristés cette semaine par la nouvelle de la mort si imprévue et si extraordinaire de M. Ernest Cloquet qui, depuis 1846, remplissait les fonctions de médecin du palais du schah de Perse. M. E. Cloquet, fils de M. Hippolyte Cloquet, neveu de M. Jules Cloquet, avait été désigné, par l'Académie de médecine, pour remplir l'emploi qu'il occupait, sur la demande de Mehmet-Shah, dont il avait toute la confiance, et qui lui avait accordé un traitement de 35,000 fr. La mort de ce souverain ne lui avait fait rien perdre de la faveur dont il jouissait, et le nouveau shah l'avait maintenu dans ses fonctions et prérogatives. M. E. Cloquet s'était marié en juillet dernier avec une Arménienne. Il paraît que c'est dans un voyage, et à cent lieues de la capitale, qu'a eu lieu la fatale méprise, cause de sa mort. Il aurait avalé un petit verre de teinture de cantharides en guise d'eau-de-vie. M. E. Cloquet avait fait aimer, honorer et respecter le nom français en Perse. Sa mort est très regrettable à plusieurs points de vue.

Amédée LATOUR.

EMPOISONNEMENT PAR LA HELVELLA ESCULENTA; par le docteur HAMBURGER. — La famille d'un forestier avait mangé à souper, le 19 mai, une grande quantité de morilles, cueillies par le père. Elles avaient été cuites dans de l'eau et frites dans de la graisse. Dans la nuit le père, la mère et six enfants furent pris de tous les symptômes d'empoisonnement par des champignons vénéneux. Malgré tous les soins donnés par deux médecins, un garçon de 3 ans et deux filles de 5 et 6 ans succombèrent le second jour, les autres personnes de la famille furent sauvées après des accidens graves. Le médecin s'est assuré qu'aucune autre cause d'empoisonnement n'a pu agir; la casserole était bien étamée, les morilles étaient fraîches, bien connues du père, la famille en avait d'ailleurs déjà souvent consommé dans les mêmes circonstances. Le médecin se fit montrer l'endroit d'où elles provenaient; c'était une place sablonneuse où il n'existait nul autre champignon que celui-ci, d'ailleurs la forme en est tellement caractérisée, qu'une erreur n'est pas possible, et cette Helvella est mangée en grande quantité dans toute la contrée. En fin de compte, il ne reste à accuser que ce champignon. Et cependant tous les auteurs le regardent comme innocent. Ne faut-il pas en conclure que sous certaines influences, encore inconnues, ces champignons comestibles peuvent devenir vénéneux, et les vénéneux perdre peut-être leur principe toxique. Or cela pourrait expliquer quelques dissidences entre les auteurs et les consommateurs, sur la nocuité de plusieurs champignons, que les uns regardent comme comestibles et les autres comme dangereux. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 31.)

l'aspect de la porcelaine, peu vasculaire, dur, difficile à écraser. La substance grise était elle-même un peu plus ferme que celle de la moelle à laquelle on la comparait. Sa coloration n'était ni plus rosée ni plus pâle que d'habitude. Les racines antérieures et postérieures se détachaient, suivant l'état normal de la portion indurée. Elles ne paraissaient avoir subi aucune altération.

Dans l'espace compris entre la troisième et la sixième vertèbres dorsales, le tissu nerveux médullaire était ramolli, pultacé, ressemblant à une bouillie blanchâtre, un peu rosée, un peu piquetée en quelques points. Sous l'eau, on remarque une sorte de détritus filamenteux, et la majeure partie se détache et forme une émulsion grossière. La substance blanche présente ce genre d'altération; la substance grise paraît, au contraire, avoir conservé sa consistance normale, car dans l'eau, quand la substance blanche s'est dispersée en partie, on la voit encore cohérente à peu près au même degré que dans le reste de la moelle, au moins dans l'espace de la septième à la huitième dorsale, mis à nu pour terme de comparaison.

Examinées au microscope sur des parcelles de tissu prises avant l'immersion dans l'eau, la substance blanche indurée et ramollie, et la substance grise de différentes portions de la moelle ont donné les résultats suivans :

Substance blanche indurée. — Elle a montré à l'examen microscopique les élémens qui suivent :

1° Une grande quantité de matière amorphe, ayant la forme de granulations grisâtres. Les plus petites étaient agitées d'un vif mouvement brownien.

2° Des tubes nerveux à double contour (première variété, Ch. Robin), ayant peu de varicosités et réunis les uns contre les autres au moyen de la substance amorphe. Leur contenu paraît visqueux, homogène.

3° Des vaisseaux capillaires peu nombreux, ayant quelques granulations grisâtres sur leurs parois.

Substance blanche ramollie. — Elle offre les élémens précédens, mais la matière amorphe y est beaucoup plus abondante dans le champ du microscope, ainsi que les vaisseaux capillaires, et il existe des corps granuleux de l'inflammation parmi les tubes nerveux, rares et altérés.

1° Matière amorphe et gouttelettes d'aspect huileux, formant des traînées diffluentes, provenant peut-être des tubes nerveux altérés?

2° Tubes nerveux rares, altérés, ayant tous des varicosités. La plupart renferment une substance ayant l'aspect huileux. Le contenu n'offre plus un aspect homogène : il y existe des granulations.

3° Les capillaires sont plus nombreux dans le champ du microscope que dans la substance blanche indurée. En outre, ils offrent de nombreuses granulations jaunâtres, graisseuses sur leurs parois, où elles sont réunies en petites masses, rarement isolées.

4° Enfin une assez notable quantité de corps granuleux de l'inflammation, d'un diamètre de 0,02 à 0,035 de millimètre. Leur forme est crénelée, arrondie, et dans quelques-uns la masse amorphe réunissant les granules est bien distincte. Les granulations qui les composent deviennent libres par le contact de l'acide acétique, qui dissout la matière amorphe unissante.

Substance grise. — Dans les divers points de la moelle, la substance grise, recueillie sur des coupes transversales, s'est montrée à peu près identiquement composée des mêmes élémens :

1° Une grande quantité de matière amorphe :

2° Des myélocystes ou élémens normaux de la moelle, sous forme de cellules ou de noyaux libres. Ces derniers sont de beaucoup plus abondans, ils sont sphériques, d'un diamètre de 0,005 environ ; les cellules ont 0,010 à 0,015 de millim. Les noyaux sont finement granuleux, sans nucléoles bien nets. L'acide acétique les altère peu, et leurs bords sont nets, foncés. Les cellules ont un rebord pâle.

3° Des tubes nerveux plus nets, moins variqueux que dans la substance blanche pultacée.

4° Des vaisseaux capillaires nombreux paraissant normaux. J'ai trouvé sur les portions de substance grise des cornes, quelques corps granuleux de l'inflammation (dans le voisinage de la substance blanche ramollie), mais ils manquaient au centre même de la moelle.

Les racines des nerfs ne paraissent pas avoir subi d'altération, du moins je n'en ai point trouvé d'autres que des varicosités des tubes. J'ai disséqué avec soin les nerfs des membres supérieurs, et je n'ai pas trouvé leur grosseur moindre à l'œil nu, ni aucune altération microscopique appréciable.

Les muscles des bras atrophiés ne renferment pas de graisse dans leurs faisceaux à l'œil nu ; et un fragment, soumis à l'analyse microscopique, ne montre pas nettement des gouttelettes adipeuses dans le périmysium.

Cavité thoracique. — Les poumons ne sont point emphysémateux. Ils sont partout très crépitans, aérés ; seulement, en arrière, on trouve de la congestion sanguine hypostatique.

Pas de liquide dans les plèvres. Quelques adhérences qui paraissent anciennes vers la partie moyenne du poumon gauche.

Cœur revenu sur lui-même, à cavités un peu diminuées de volume. Valvules saines. Pas d'adhérences du péricarde.

Cavité abdominale. — Foie, rate, pancréas et tube digestif paraissant à l'état normal. Reins un peu petits, mais ne présentant rien de particulier, non plus que les uretères et la vessie.

RÉFLEXIONS.

Je vais résumer brièvement les principaux symptômes offerts par le malade :

Troubles dans l'appareil digestif et faiblesse musculaire apparaissant, en 1843, chez un homme vigoureux, d'une très bonne santé habituelle. Pas de fièvre; céphalalgie, douleurs lombaires vagues, difficulté passagère dans l'émission des urines sans aucun obstacle apparent. Plus tard, réapparition des douleurs lombaires, crampes dans les jambes, insomnie; les membres supérieurs sont libres de douleurs et pleins de force. En 1849, la mémoire se perd, troubles cérébraux, crampes dans les jambes, douleur thoracique en ceinture; constipation, excrétion difficile des urines; puis tous ces phénomènes disparaissent, la santé semble tout à fait revenue. En 1851, affaiblissement graduel du membre supérieur droit, mémoire tout à fait perdue. En 1852, la mémoire est bien fidèle, la force musculaire est revenue dans les bras, mais en octobre 1853, la main droite et le bras droit sont faibles et la mémoire devient infidèle. Au commencement de janvier 1854, le malade prend le lit et il y reste « raide comme une statue » sans éprouver de vives douleurs, mais ne pouvant remuer ni les bras, ni les jambes, ayant de la dysphagie, bientôt suivie d'un appétit vorace et d'une amélioration très grande. Les mouvemens reparaissent dans les membres inférieurs, les membres supérieurs seuls sont paralysés, mais sensibles, comme tout le reste du corps.

Le malade, examiné le 16 mars 1854, a les membres supérieurs paralysés, pendant le long du tronc, la mémoire est très nette et se conserve telle jusqu'à la fin. Sous l'influence du galvanisme, quelques mouvemens reparaissent dans les bras. Les douleurs lombaires et celles des membres n'ont plus lieu ; il sort dans un état bien marqué d'amélioration. Il rentre quatre mois plus tard avec des douleurs le long du rachis. Le 29 octobre, il se sent très affaibli, puis la respiration s'embarrasse et il succombe rapidement.

A l'autopsie on trouve la moelle indurée et un ramollissement siégeant au niveau intermédiaire des troisième et sixième vertèbres dorsales.

Il y a dans cette observation deux ordres de questions. Les plus importantes sont celles qui se rapportent à la pathologie ; les secondes, qu'il faut recueillir à titre de renseignemens précieux, sont les questions physiologiques.

I. *Questions pathologiques.* — Il y a d'abord à se demander : 1° si l'hypertrophie est ici primitive, c'est-à-dire, si elle résulte d'un travail propre d'induration ou bien, 2° si l'induration n'est que le résultat d'un ramollissement antérieur, que son mode particulier d'évolution, ressource naturelle de guérison. Je dois dire que je ne puis que me poser ces questions sans les résoudre; les matériaux me manquent à cet effet. Cependant je serais porté à croire, d'après la symptomatologie et les recherches déjà faites, qu'il a pu y avoir un ramollissement léger de la moelle épinière, suivi d'induration plutôt, ce me semble, qu'une induration médullaire d'emblée.

On peut remarquer l'absence de convulsions, d'exaltation de la sensibilité chez Casse, de même la persistance de la faculté tactile. Il aurait pu prendre de petits objets, s'il avait eu la force de les tenir entre les doigts.

L'existence d'un ramollissement, siégeant au niveau de l'espace situé entre les troisième et sixième vertèbres dorsales, m'avait semblé inexplicable pour comprendre la paralysie des membres supérieurs seuls. On aurait bien mieux pu s'en rendre compte par un ramollissement de la région cervicale. Je suis porté à croire, aujourd'hui, d'après les recherches tant pathologiques que physiologiques auxquelles je me suis livré, que le ramollissement (accompagné de peu de phénomènes inflammatoires) a déterminé la mort en occasionnant la gêne de la respiration. Quant à la paralysie des membres supérieurs seuls, elle doit tenir à l'induration cervicale de la moelle épinière, mais, en pareil cas, comment est-il possible qu'avec une induration semblable, dans la région dorsale inférieure et la région lombaire, cette paralysie, autrefois existante, se soit dissipée? Je signale le fait sans le comprendre.

II. *Questions physiologiques.* — L'observation de Casse aura un grand intérêt pour la physiologie. On sait que tout récemment, un physiologiste d'un grand mérite, M. le docteur Brown-Séquard, a démontré que les cordons postérieurs de la moelle ne transmettent pas la sensibilité comme on le croyait généralement depuis Ch. Bell. M. Brown, en coupant, sur un animal, les cordons postérieurs de la moelle dorsale, a trouvé que le membre inférieur, dont la sensibilité devrait être perdue, est beaucoup plus sensible que le membre antérieur. Dans les cas de section traumatique des cordons postérieurs seuls chez l'homme, il paraît aussi que les membres inférieurs ont une exaltation de sensibilité. Enfin en coupant toute la moelle, moins la substance grise centrale, M. Brown-Séquard a trouvé la sensibilité conservée, tandis qu'elle est perdue quand la substance grise est détruite. Il en a conclu que la substance grise est la partie de la moelle épinière au moyen de laquelle la sensibilité se transmet au cerveau. Dans l'observation actuelle la substance blanche était diffluente, comme je l'ai dit, la substance grise était conservée; or, la sensibilité était intacte. J'ai noté dans mon observation la sensibilité en général, mais je puis assurer à la Société qu'il s'agit réellement des diverses espèces de sensibilité sur lesquelles les observateurs modernes, entre autres MM. Gerdy et Beau, ont appelé l'attention d'une manière particulière. J'ai toujours soin en examinant la sensibilité sur un malade, de piquer, de pincer la peau, de produire, avec les barbes d'une plume ou la pulpe des doigts, la sensation du chatouillement, d'appliquer un corps froid sur l'épiderme, et, dans les cas douteux, d'essayer le courant galvanique pour obtenir la douleur musculaire. Je puis donc affirmer que Casse avait la sensibilité intacte, et je dois dire que la sensibilité paraît s'être conservée chez lui, dans les membres inférieurs, pendant les derniers momens, au moyen de la substance centrale grise de la moelle épinière, puisque le reste de la moelle était en bouillie.

Quant aux mouvemens des membres inférieurs qui ont eu lieu jusqu'à la fin, ils sont plus difficiles à expliquer. J'ai cependant, dans la substance blanche ramollie, trouvée, en avant et en arrière, de la substance grise centrale des tubes nerveux. Ne peut-on pas admettre, jusqu'à démonstration du contraire, qu'ils suffisent pour servir à transmettre le mouvement?

Une dernière question, la plus importante de toutes, se présente en dernier lieu. Casse aurait-il pu guérir et par quel moyen? Je crois que cette observation prouve non la guérison complète, mais la possibilité d'une amélioration marquée. Il est probable que sans le ramollissement ultime dorsal, Casse aurait vécu encore pendant longtemps, vu le bon état des voies digestives et des autres appareils organiques. Peut-être même les membres supérieurs, qui n'offraient pas de lésion autre qu'une diminution des fibres musculaires, auraient pu retrouver leurs mouvemens, puisque la substance de la moelle épinière au niveau du renflement cervical n'offrait pas d'autre altération que celle du renflement lombaire.

Les cautères appliqués sur les lombes avant l'arrivée à l'hôpital, n'avaient pas agi d'une manière bien efficace, et le traitement qui a été employé a produit une amélioration. Ce n'est point à dire qu'il soit utile toujours, mais n'aurait-il pas des chances de succès alors que l'induration de la moelle épinière aurait déterminé l'atrophie simple des muscles? On agirait ainsi en nourrissant le muscle par l'excitation de ses fibres, par des contractions répétées au moyen du galvanisme.

THÉRAPEUTIQUE.

DU CROUP ET DE SON TRAITEMENT PAR LE SULFATE DE CUIVRE;

Par le docteur HONERKOPFF.

Le croup est constitué essentiellement par un spasme des muscles constricteurs de la glotte ; il n'est nullement une affection inflammatoire. La fausse membrane n'est qu'un accessoire de la maladie, elle manque le plus souvent, mais, quand elle existe, elle forme une grave complication. Il en résulte que notre confrère confond en un seul état pathologique l'angine striduleuse et la laryngite pseudo-membraneuse ; la première serait la forme chronique, la seconde la forme aiguë. En France, la distinction est généralement admise, et nous croyons que c'est un progrès; en Allemagne, elle gagne du terrain, et l'on aurait grandement tort de revenir à l'ancien état des choses. Les raisons invoquées par l'auteur ne sont pas valables, et je les discuterais pour d'autres lecteurs que des lecteurs français, qui sont convaincus de cette distinction à faire. Ce préambule nous explique les succès de notre confrère; sur 90 cas traités par le sulfate de cuivre, il obtint 77 guérisons. Il est vrai de dire que, dans plusieurs cas, d'autres médications avaient été mises en usage concurremment, ainsi les affusions froides entre autres ; mais nous bénirions une médication quelconque, qui nous donnerait ces brillans résultats dans le vrai croup.

Le sulfate de cuivre est un véritable spécifique contre cette maladie, ou plutôt il la guérit non comme vomitif, mais par une action spécifique. L'auteur, néanmoins, recherche toujours le vomissement, même coup sur coup, et il nous est impossible de voir sur quoi il base son opinion. Il lave d'abord cet agent de l'accusation d'empoisonnement; jamais il n'a vu le moindre symptôme toxique de quelque gravité ; il n'agit pas comme irritant et déterminant des inflammations ; le vomissement cessait dès la suspension du médicament ; l'appétit et les forces revenaient promptement ; lorsque parfois il déterminait de la diarrhée, celle-ci n'avait aucune gravité et aucune ténacité. On peut donc donner hardiment le sulfate de cuivre. M. Honerkopff en prescrit des solutions de 30 à 40 centig. par 30 grammes d'eau distillée. Selon l'âge et la facilité des vomissemens, on en donne une cuillerée à café à une cuillerée à bouche; si au bout de quelques minutes, il n'y a pas de vomissement, on recommence et même on augmente la dose. Quoique le vomissement contribue au bon résultat par la secousse qu'il imprime au corps, il n'est pas le but, mais la mesure de la dose à laquelle le médicament doit être donné. Plus la maladie est violente, plus il faut rapprocher les prises ; au commencement toutes les dix à quinze minutes, et quatre, six, huit fois, jusqu'à ce qu'il survienne une diminution des symptômes les plus graves. La toux, qui est le symptôme caractéristique, devient plus modéré et plus rare si elle avait été fréquente, la respiration plus facile et l'anxiété moindre. Une seule cuillerée suffit parfois pour obtenir ce résultat. Le timbre croupal se modifie en dernier lieu, ce que l'on reconnaît à l'existence d'une crépitation fine dans la trachée, et quand la toux a cessé, il faut faire tousser ou pleurer les enfans pour s'assurer de la présence de ce timbre. Alors on donne le médicament toutes les vingt ou trente minutes, et peu à peu à des intervalles plus considérables. Dans les cas graves, on fait bien de le continuer toutes les deux heures, parce que parfois, la nuit suivante, il survient une récidive, que l'on traite de nouveau par des doses rapprochées. A mesure que la maladie rétrograde, on diminue également chaque dose partielle, parce que l'estomac devient moins torpide et vomit plus facilement. Dans les cas les plus graves, il peut arriver que tous les symptômes s'amendent dès le commencement, mais le timbre omineux persiste; il ne faut pas se décourager, même pendant douze heures et plus, car l'amélioration peut survenir au moment où l'on s'y attend le moins. Il faut beaucoup d'énergie de la part du médecin ; dans les rechutes, il faut chaque fois agir vigoureusement. Si le sulfate de cuivre ne fait plus ou que peu vomir, c'est un signe des plus mauvais, et il faut cesser le médicament; alors il ne reste que le choix entre la trachéotomie, les affusions froides et le musc. Ces deux derniers moyens font parfois revenir la disposition à vomir, en excitant le système nerveux et spécialement le nerf vague.

Combien de temps faut-il donner le cuivre? Jusqu'à ce que la maladie ait cédé, ou que le médicament refuse son effet. Quant aux doses, on peut aller presque indéfiniment; des cas légers s'enlèvent avec quelques grains, tandis que pour des cas graves, il en faut quelques centaines, avec plus de 80 à 100 vomissemens.

Ce qui ressort le plus clairement de ce mémoire, c'est que le sulfate de cuivre est un excellent vomitif, auquel l'estomac s'accoutume moins

qu'au tartre stibié, qui ne détermine pas aussi facilement de la diarrhée et du collapsus, et que l'on peut donner à haute dose quand il fait vomir. — (*Journal f. kinderkrankh*, 1855, n° 3 et 4.)

Dans tous les cas il est évident que beaucoup des cas dont il est question ici n'auraient pas exigé un traitement aussi violent; mais l'auteur, conséquent avec son système pathologique, de voir le croup dans chaque toux croupale, a été amené à ce traitement. Les idées françaises sur le diagnostic du croup trouvent de nombreux défenseurs en Allemagne, et les deux numéros suivans du même journal en fournissent la preuve. Ils renferment deux mémoires, sur le même sujet, des docteurs Küttner, à Dresde, et Naedelin, à Waiblingen (Wurtemberg). Les deux s'efforcent de différencier le croup d'avec toutes les autres maladies qui le simulent, et voient son caractère spécifique dans la fausse membrane. Le premier trouve dans les vomissemens le meilleur remède, et il les provoque par le tartre stibié ou le sulfate de cuivre. Il ne peut décider si le sel de cuivre exerce, outre l'action vomitive, une action spécifique, mais il lui reconnaît plus de pouvoir vomitif, sans déterminer aussi facilement la diarrhée, que le tartre stibié. Sur 19 enfans à qui des sangsues avaient été appliquées, il n'y eut que 6 guérisons, et 7 sur 17, auxquels on donna le calomel. Il employa en même temps des dérivatifs cutanés, des cataplasmes, des fomentations et des affusions froides, ces dernières dans 3 cas désespérés, qui se terminèrent par la mort.

Le docteur Naedelin rappelle entre autres un symptôme peu connu, mais qu'un de nos confrères de France a déjà signalé il y a quelque temps, il nous semble, dans ce journal; c'est la dysphagie. Il l'attribue à la peur qu'ont les enfans d'avaler de travers, comme on dit. L'épiglotte tuméfiée, ou recouverte par la fausse membrane, ne s'applique pas bien sur le larynx; quand la maladie s'améliore, cette soupape devient plus mobile et les enfans avalent de nouveau. Il nous paraît plus logique d'attribuer cet état à une paralysie, car il continue parfois après la guérison.

M. Naedelin regarde le traitement généralement employé, comme trop violent parfois, et il ajoute que des enfans meurent non du croup, mais de son traitement. Nous pensons qu'il peut avoir raison; mais il est difficile de trouver toujours ce bienheureux juste milieu, et dans une maladie aussi promptement mortelle que le croup, on sera toujours tenté d'agir trop, dans la crainte de faire trop peu. Le traitement commence par un vomitif, émétique ou sulfate de cuivre; sinapisme autour du cou pendant une demi-heure; les pieds tenus chauds; température de la pièce plutôt chaude que fraiche; vapeur d'eau, répandue dans la chambre; boissons chaudes. Si les symptômes ne diminuent pas, émissions sanguines (prohibées par beaucoup de bons auteurs), saignées chez les enfans un peu âgés, sangsues chez les autres. Néanmoins, l'auteur ajoute que l'on ne doit pas se flatter de l'espoir de dominer l'inflammation par ce moyen. Si la maladie continue, sulfate de cuivre à petite dose. La toux est-elle sèche, respiration d'air humide et chaud, en tenant devant la bouche de l'enfant de grandes éponges trempées dans de l'eau chaude et exprimées. Si la membrane est formée, nous ne possédons plus de remède fidèle; quand elle devient un peu libre, on peut la faire rendre par un second vomitif; mais souvent, dans cette période, le vomissement ne se fait plus. C'est contre cet état que l'on a préconisé une foule de médicamens, sur lesquels on ne peut compter.

Nous nous sommes étendu un peu longuement sur ce sujet toujours intéressant, pour faire un peu mieux connaître le sulfate de cuivre, et montrer comment, dans une partie de l'Allemagne, on considère et l'on traite le croup. Il pourra en résulter un enseignement dans l'un ou l'autre cas que nous aurons à traiter, et il fait bon, quand on n'a rien de sûr à sa disposition, de savoir ce que d'autres ont fait. Pour nous, personnellement, nous avons obtenu quelque résultat par les vomissemens répétés, une fois par le calomel et l'alun, une autre fois par l'application réitérée sur le larynx, d'alun calciné, porté sur cet organe au moyen du doigt. Quoique l'on fasse, le croup confirmé est une des affections les plus meurtrières, mais heureusement rare.

Dr Strohl.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Novembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Note sur la structure du système nerveux.

M. Gratiolet adresse à l'Académie la note suivante :

A l'occasion de l'intéressante communication de M. Stilling, je demande à l'Académie la permission de lui faire connaître que j'ai décrit, dès 1852, les prolongemens multiples qui unissent entre elles les cellules multipolaires des axes gris de la moelle. Ces connexions réciproques des cellules ne sont point un fait rare, une exception. Loin de là, elles sont si nombreuses, qu'il en résulte un plexus très-compliqué; ce plexus s'étend dans toute la longueur des axes gris, et son existence est à coup sûr d'un grand secours pour l'explication d'un grand nombre de sympathies. Les cellules y forment deux groupes principaux : l'un vers le tranchant antérieur des axes gris, l'autre en regard de l'arête centrale des cordons latéraux; toutefois on en peut remarquer dans toute l'étendue de la substance spongieuse beaucoup d'autres plus petites, dont les plexus s'avancent jusqu'à la limite des tranchans gélatineux de l'axe. Or, je le répète, aucune de ces cellules n'est isolée, ou du moins elles ne paraissent telles quelquefois, que parce que dans la préparation leurs connexions ont été détruites. On peut aisément constater ces faits dans les grands animaux mammifères tels que le Bœuf. Cette étude est également très facile dans tous les animaux du genre *Félis*.

Une particularité assez intéressante est la relation qu'on observe entre la grandeur maximum des cellules et la taille des animaux. Ainsi, d'une manière générale, elles sont plus grandes dans un plus grand animal. Aussi recommanderai-je plus particulièrement le cheval et le bœuf comme présentant les conditions les plus favorables à l'étude des prolongemens par lesquels s'établissent leurs connexions réciproques.

Outre ces prolongemens, les cellules en émettent beaucoup d'autres qui se divisent en ramifications d'une extrême finesse; parmi ces ramifications, les unes se continuent évidemment avec certaines fibres des racines et des faisceaux antérieurs : mes observations, à cet égard, sont parfaitement conformes à ce que MM. Wagner et Leuckart ont vu dans la substance ferrugineuse; d'autres passent par la commissure blanche au côté opposé de la moelle. J'avais observé tous ces faits dès 1851. Ils ont été le sujet d'une note explicite lue à la Société philomatique de Paris, en 1852, et dont un résumé a été donné dans le journal l'*Institut*, tome xx, 1852, page 272.

Dès cette époque, je soupçonnais l'existence de relations semblables entre les cellules multipolaires, et le système des racines et des faisceaux postérieurs. Mais je n'avais pu réussir à les voir. Dans ces derniers temps, j'ai été plus heureux; en recherchant comment s'opère l'épuisement successif des cordons postérieurs dans la moelle épinière, j'ai vu avec la dernière évidence, dans la moelle du chat, plusieurs prolongemens très grêles des cellules qui sont aux confins de la substance gélatineuse, se continuer avec certaines fibres du cordon postérieur; en sorte que les élémens de la substance grise établissent une relation directe entre le système des cordons postérieurs et celui des racines et des cordons antérieurs : fait qui me paraît avoir une véritable importance pour l'explication des phénomènes du mouvement réflexe. Ces faits nouveaux ont été résumés dans une Note communiquée, dans le courant du mois d'août, à la Société philomatique et insérée dans ses Bulletins. J'ai donné en outre, dans cette note, le résultat de mes recherches sur la signification des petits cordons, désignés sous le nom de *cordons médians postérieurs*.

Les faits que je signale ici peuvent être aisément démontrés sur des moelles extraites immédiatement après la mort de l'animal, et durcies par une immersion de quarante-huit heures environ dans l'alcool à 32 degrés. On pratique en divers sens, sur des moelles ainsi durcies, des tranches minces que l'on rend transparentes, au moyen de l'essence de térébenthine rendue visqueuse par une exposition prolongée à l'air. En observant tous les jours des tranches ainsi préparées, on arrive à saisir un moment où les faits peuvent être vus et démontrés de manière à ne laisser aucun doute.

Séance du 3 Décembre 1855.

Recherches sur la paralysie musculaire atrophique.

M. le professeur Cruveilhier fait, sous ce titre, une lecture, dont nous publions l'extrait suivant :

Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie a pour objet une espèce de *paralysie des mouvemens* confondue jusque dans ces derniers temps avec la paralysie par lésion des centres nerveux, paralysie qui n'a pas reçu de nom définitif dans la science, et qui n'a pas encore sa place dans le cadre nosologique.

Cette paralysie musculaire, tantôt partielle, tantôt générale, est caractérisée *cliniquement* par la paralysie progressive avec atrophie correspondante des muscles soumis à la volonté, paralysie et atrophie qui coïncident avec l'intégrité parfaite du sentiment, l'intégrité parfaite des facultés intellectuelles et affectives, et l'intégrité parfaite des fonctions nutritives autres que la nutrition musculaire. Il n'y a donc, dans cette maladie, qu'une fonction lésée, la myotilité volontaire.

Elle est caractérisée *anatomiquement* par l'atrophie du système musculaire de la vie de relation, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux avec intégrité parfaite des racines postérieures des mêmes nerfs, intégrité parfaite de l'encéphale de la moelle épinière. Il n'y a donc de lésés que les organes de la myotilité volontaire, muscles et nerfs. Aucune maladie n'est plus nettement localisée.

Le hasard a voulu que j'aie été le premier à qui il ait été donné de faire l'anatomie pathologique de cette maladie. C'est là tout le secret de la part que j'ai prise à sa détermination dont, je ne crains pas de le dire hautement parce que c'est la vérité, la priorité ne saurait m'être contestée. Un grand nombre de faits cliniques, qui étaient demeurés stériles faute d'anatomie pathologique, et quatre autopsies ont servi de base à mon travail.

La première observation remonte à 1832 et a pour sujet une femme de 40 ans. Tout l'appareil musculaire a été successivement paralysé, en commençant par les membres supérieurs. La paralysie finit par s'étendre aux muscles de la déglutition, de l'articulation des sons et de la phonation, et au milieu de cette abolition générale de la myotilité, la sensibilité générale et spéciale conserva jusqu'au dernier moment toute son intégrité. L'intelligence et les facultés affectives furent respectées. Les fonctions nutritives s'exécutèrent avec la plus grande régularité. La malade fut trouvée morte dans son lit. A l'autopsie, je m'attendais à trouver une lésion profonde de la moelle épinière; mais cet organe était parfaitement sain, ainsi que le cerveau, le cervelet, l'isthme de l'encéphale.

Dans une deuxième observation, qui a été faite en mars 1848, le malade, âgé de 18 ans, qui présentait traits pour traits les caractères de la paralysie musculaire atrophiée, ayant succombé à la variole, l'autopsie démontra l'intégrité parfaite de la masse encéphalique et de la moelle, comme dans l'observation précédente, et, en outre, l'atrophie à des degrés divers de tous les muscles, depuis l'amaigrissement simple jusqu'à la transformation graisseuse. Qu'il me soit permis de faire remarquer que c'est de cette époque seulement (avril 1848) que date la détermination de cette espèce de paralysie, que je désigne provisoirement sous le titre d'*atrophie musculaire primitive* ou *idiopathique*.

Mais une lacune grave existait dans l'anatomie pathologique de cette maladie, c'était la connaissance de l'état anatomique de la portion périphérique du système nerveux. C'est cette lacune que deux observations avec autopsie ont parfaitement comblée.

Dans les troisième et quatrième observations, l'autopsie de deux sujets morts avec tous les symptômes de la paralysie musculaire atrophique au plus haut degré a présenté : 1° comme dans les deux observations précédentes, l'intégrité parfaite de la masse encéphalique et de la moelle; 2° comme dans la deuxième observation, tous les degrés de l'atrophie musculaire; 3° en outre, l'*atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux*, et à côté de cette exténuation des racines antérieures de ces nerfs, les racines postérieures respectées conservaient tous les caractères de l'état le plus normal.

Conclusion : 1° Il existe une *paralysie musculaire* tantôt partielle, tantôt générale, avec intégrité de toutes les autres fonctions, dont le caractère anatomique est l'*atrophie* des racines spinales antérieures et l'*atrophie* de tous les muscles correspondans.

2° Cette paralysie musculaire atrophique doit être rapprochée non de la paralysie qui a son point de départ aux centres nerveux, mais de celle qui résulte de la section des nerfs affectés aux mouvemens; telle est la section du nerf radial, du nerf cubital ou du nerf médian par rapport aux muscles auxquels ils se distribuent.

3° Les faits relatifs à la paralysie musculaire atrophique sont pleinement confirmatifs du grand théorème de Charles Bell en ce qui touche la distinction des racines des nerfs spinaux en racines antérieures ou *motrices* et en racines postérieures ou *sensitives*. Ces faits pathologiques peuvent être considérés comme la démonstration la plus complète et la plus péremptoire.

4° Ces faits établissent une influence, non soupçonnée par les physiologistes, des racines antérieures des nerfs spinaux sur la nutrition musculaire.

5° Ces observations établissent, en outre, que les racines spinales antérieures sont indépendantes des cordons antéro-latéraux de la moelle; car aux racines atrophiées correspondaient des cordons antéro-latéraux parfaitement sains.

6° Donc l'origine réelle des racines antérieures des nerfs spinaux n'est pas aux cordons antéro-latéraux; donc elle est dans la substance grise centrale de la moelle.

7° C'est donc dans la substance grise qu'il faudra chercher le point de départ de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine.)

De la mensuration de l'angle facial et des goniomètres facianx.

Après avoir indiqué la manière dont on doit faire usage de son appareil, M. Jacquart, auteur de ce travail, le compare à celui du docteur Morton et les apprécie l'un et l'autre :

L'invention de l'instrument du docteur Morton, poursuit-il, a fait faire un pas immense à la mensuration de l'angle facial. Je ne l'ai pas vu fonctionner; je ne le connais que par la figure assez incomplète qu'il en donne dans son ouvrage. J'ai tâché, en la rectifiant un peu dans l'exécution, de la rendre plus intelligible. Son goniomètre ne me paraît avoir été construit que pour des têtes osseuses. La disposition de la pièce du plan facial ne me semble guère susceptible de s'appliquer sur le vivant. De plus, il ne me paraît pas possible d'opérer avec l'instrument, tel qu'il est, sur une tête de fœtus ou d'un petit animal. Pour un animal de forte taille, il serait entièrement à modifier.

Mais je soupçonne, ce qui est plus grave, un vice dans sa construction. En effet, une condition essentielle pour bien établir le plan horizontal, c'est que ce plan prolongé coupe par le milieu, au niveau des orifices externes des conduits auditifs, les pivots qui se fixent dans ces conduits. Or l'auteur garde un silence complet sur ce point. N'aurait-il pas saisi toute l'importance ce cette condition? La face supérieure des coulants n'est pas dans le plan de la base de son goniomètre; on a donc tout lieu de craindre que les pièces qui s'introduisent dans les conduits auditifs ne soient pas avec cette base dans les rapports voulus pour que l'instrument soit exact. Le mien me paraît plus précis et plus simple. Il peut s'adapter sur des crânes d'adultes, des têtes de très-jeunes enfants, et même des têtes de fœtus, ou de petits animaux. Il suffit pour cela d'avoir des coulants de rechange avec des pivots plus longs. Pour qu'il puisse servir sur de grands animaux, il ne faut que lui donner de plus grandes dimensions. Il s'applique sur le vivant, sans aucun inconvénient, en revêtant les pivots auriculaires d'une espèce de fourreau en caoutchouc. La manière la plus commode de procéder dans ce cas, c'est de faire passer le plan horizontal immédiatement au-dessous du nez. Enfin, ce qui me paraît important, il permet de prendre l'angle facial au-dessus de la bosse nasale; ce qui est impossible avec l'instrument du docteur Morton. Il est temps en effet de dégager l'angle facial de cette cause d'erreur, ou, si l'on continue à mesurer cet angle, comme l'auteur précité, en faisant toucher la bosse nasale par le plan facial, qu'on y joigne toujours celui qu'on obtient en plaçant la traverse de la pièce mobile du plan facial de mon instrument à la limite supérieure des sinus, c'est-à-dire à 3 centimètres au-dessus de la suture fronto-nasale.

Maintenant que l'habile ouvrier qui l'a exécuté vient d'y mettre la dernière main et lui a donné toute la précision dont il est susceptible, je me propose de faire connaître les résultats que m'aura fournis son application sur les nombreux crânes et bustes de la galerie anthropologique du Muséum que M. Serres a la gloire d'avoir fondé. (Com. MM. Serres, Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, de Quatrelages.)

— M. Longet prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Magendie.

M. Cruveilhier adresse une semblable demande.

M. Brown-Séquard également.

Les trois lettres sont renvoyées à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

Par décret impérial en date du 29 novembre, M. Cullerier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, a été nommé membre du Conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 150. NEUVIÈME ANNÉE. Mardi 18 Décembre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An........... 32 Fr
6 Mois......... 17
3 Mois......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les n°s des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20, 27 Septembre, 4, 11, 20, 27 Octobre, 8, 17, 29 Novembre et 11 Décembre.)

Quinzième Leçon.

Il résulte de l'examen des malades que j'ai placés sous vos yeux, que pour arriver à un diagnostic complet du strabisme, on ne doit pas se contenter de constater la position relative des yeux dans le regard fixe ; il faut encore observer les yeux dans des positions variées. Il sera souvent bon de fermer l'œil sain, afin de s'assurer de l'état des contractions musculaires dans l'œil affecté. On n'oubliera pas non plus de faire regarder le malade de près et de loin, de lui faire considérer tantôt des corps volumineux, tantôt de petits objets, précautions indispensables pour arriver à la notion complète de l'état de la vision.

Je n'insiste pas sur les moyens de reconnaître l'existence d'un strabisme; le diagnostic se fait ordinairement à la première vue. Cependant on rencontre quatre cas dans lesquels l'esprit du chirurgien peut éprouver quelque incertitude relativement à la véritable nature de la lésion.

1° Dans le premier de ces cas, il s'agit du strabisme variable d'intensité, ou même cessant par momens. Une grande attention est nécessaire pour saisir l'instant où il se produit ou devient plus marqué. On en constate surtout l'existence ou le degré par l'exercice de la vue appliqué à de petits objets. En donnant, par exemple, une aiguille à enfiler à un malade, on fait naître ou on accroît la déviation d'une manière notable.

2° La détermination du strabisme double alternatif peut présenter aussi quelques difficultés; on devra, pour s'éclairer en pareil cas, recourir à l'expérience qui consiste à clore les paupières de l'œil sain, de manière à permettre à l'œil malade de se redresser; s'il conserve encore la situation normale malgré la réouverture de l'autre œil, on en pourra conclure que la déviation existe des deux côtés.

3° Le nystagmus pourrait être confondu avec le strabisme variable ; ce diagnostic demande de l'attention. Dans la première des deux affections, on remarque des oscillations de l'œil plus ou moins rapides, mais toujours très fréquentes. Au contraire, dans le strabisme variable, les mouvemens ont lieu à intervalles éloignés.

4° Le dernier cas embarrassant est la paralysie d'un des muscles latéraux de l'œil. J'ai exposé précédemment les caractères qui la différencient du strabisme. Ces caractères ne suffisent pas toujours pour distinguer d'une véritable paralysie primitive la faiblesse des antagonistes consécutive à la rétraction des muscles affectés.

TRAITEMENT DU STRABISME. — « Le strabisme, a dit Buffon, est non seulement un défaut, mais une difformité qui détruit la physionomie, et rend désagréables les plus beaux visages. » Cette difformité est surtout fâcheuse chez les personnes du beau sexe, où les agrémens extérieurs contribuent puissamment au bonheur de la vie. Il y a plus, comme le dit encore Buffon, « les personnes qui ont la vue courte ou qui sont louches, ont beaucoup moins de cette âme extérieure qui réside principalement dans les yeux; on juge ces personnes défavorablement quand on ne les connaît pas, et quand on les connaît, on a encore de la peine à revenir du premier jugement qu'on a porté contre elles. »

Le strabisme a d'autres inconvéniens : le langage des yeux est en défaut chez les strabiques; la vision est altérée; l'un des yeux devient inutile, et les malades sont pour ainsi dire affectés d'une demi-cécité. Ces inconvéniens sont d'autant plus prononcés que la déviation des axes optiques est plus considérable.

Au premier degré, le strabisme n'est pas sans agrément; c'est ce qu'on appelait autrefois l'*œil de Montmorency* Les anciens attribuent ce léger *trait* dans la vue à la déesse de la beauté : *si pœta est*, dit Ovide, *Veneri similis*. Ce n'est que dans un degré plus avancé que le strabisme a de fâcheux effets et qu'il convient d'y remédier. On a conseillé, dans ce but, l'emploi de divers moyens qu'on peut ranger en quatre ordres : ce sont les moyens, 1° médicaux; 2° orthopédiques proprement dits; bandages, etc.; 3° gymnastiques; 4° chirurgicaux. Les moyens orthopédiques sont peu applicables au traitement du strabisme; on ne peut, en effet, saisir l'œil et le maintenir à l'aide d'un bandage. Toutefois, les fils passés dans la conjonctive oculaire, pour fixer l'œil dans une position déterminée, constituent une sorte de moyen orthophthalmique qui rentre dans cette classe des agens orthopédiques; mais ce n'est que par exception, et surtout après la myotomie, qu'on y a eu recours. Je ne m'arrête donc pas à cet ordre de moyens; j'insisterai sur les autres et d'abord sur les moyens médicaux.

Moyens médicaux. — Quand le strabisme est symptomatique, on peut espérer de le voir cesser en détruisant la cause qui lui donne naissance. Lors même qu'il est essentiel, on emploie avec avantage certains agens dont la médecine fait habituellement usage. L'électricité cutanée ou musculaire a donné quelques succès. On doit y recourir avec de grandes précautions, d'après M. Duchenne de Boulogne, qui a vu des accidens graves résulter du passage d'un courant électrique à travers la rétine. Dieffenbach a fait cesser la difformité en cautérisant la conjonctive avec le nitrate d'argent, vis-à-vis du muscle affaibli.

L'hygiène est elle-même à considérer; elle offre des ressources précieuses dans quelques cas. Chez les enfans louches, il faut user de quelques précautions qui viendront en aide aux efforts instinctifs que la nature leur suggère pour redresser leurs axes optiques déviés. On empêchera qu'ils ne considèrent des objets trop rapprochés, trop brillans ou trop petits, qu'ils ne soient exposés à une lumière latérale; qu'ils ne soient tristes ou ne se mettent en colère; les émotions vives peuvent en effet causer le strabisme ou l'augmenter s'il existe déjà.

L'imitation est aussi une cause de strabisme. Vous avez entendu un malade vous raconter qu'un de ses yeux s'est dévié à la suite d'efforts pour voir les objets doubles; on doit donc empêcher un pareil exercice. Les enfans qui sont élevés par une nourrice ou des parens louches, ont de la tendance à contracter une difformité semblable; il sera donc prudent de les soustraire à la présence de personnes strabiques.

Moyens gymnastiques. — Ce sont les exercices orthophtalmiques; on se propose un double but en les employant : redresser l'œil strabique par l'exercice et rétablir l'action des muscles inactifs. Ces moyens ont été anciennement connus. Paul d'Égine a indiqué, pour le redressement des yeux déviés, les louchettes, qui consistent en un double opercule percé d'un seul petit trou pour le passage des rayons lumineux; on tire parti ici de la direction forcée du regard. Les lunettes à verres prismatiques ou de Donders, celles de Wollaston, les bésicles de Verduc, sont fondées sur le même principe. Tous ces instrumens ont le même inconvénient; c'est que, tandis

Feuilleton.

(La nouvelle édition des *Lettres sur la syphilis* de M. Ricord est en vente dès aujourd'hui. Nous reproduisons ici l'*Introduction* de cet ouvrage par M. Amédée Latour.)

A M. RICORD.

Mon cher ami,

Cette nouvelle édition de vos *Lettres sur la syphilis* peut, à bon droit, être considérée comme la troisième. La première, en effet, a été publiée dans l'UNION MÉDICALE, et a été si recherchée, que les deux volumes qui la renferment manquent à nos collections. La seconde, quoique tirée à un grand nombre d'exemplaires, est complétement épuisée depuis longtemps, et c'est pour céder aux instances réitérées du public, que vous avez consenti à publier cette nouvelle et troisième édition. C'est un des plus beaux succès de notre époque. Ce succès, je l'avais prévu, je l'avais même annoncé à celui de vos contradicteurs dont les articles, publiés aussi dans l'UNION MÉDICALE, ont eu l'insigne honneur de vous faire prendre la plume. Je dis honneur et le mot est légitime. On ne répond pas, en effet, à toutes sortes d'adversaires, et nos imprimeurs savent s'il est facile et commode d'obtenir de vous de *la copie*.

Ce petit volume est la réponse vive, spirituelle et animée aux principales objections qui ont été faites à votre doctrine, et qui, avant de se traduire devant les Académies et les Sociétés savantes, n'avaient encore manifesté leurs prétentions que par la voie de la presse. Afin de rendre cette réponse complète, vous avez joint, comme appendice à vos *lettres*, les discours prononcés par vous à l'Académie de médecine pendant la mémorable discussion sur la Syphilisation et la transmissibilité des accidens secondaires. Ainsi, sous une autre forme que dans vos précédentes publications, dégagée des lenteurs et de la gravité du style didactique, votre doctrine est là néanmoins à peu près toute entière, et s'y montre sous des aspects plus saisissans et plus nets.

Cependant, mon cher et savant ami, malgré ce grand succès littéraire, malgré vos triomphes oratoires, soit à la tribune de l'Académie de médecine, soit plus récemment à celle de la Société de chirurgie, vous aurez la prudence et le bon sens de croire que vous n'avez terrassé ni rendus muets vos adversaires. Une expérience de plus de vingt années, et à défaut de cette expérience l'histoire des sciences vous aura appris que les oppositions doctrinales et systématiques ont la vie très dure ; qu'accablées un instant sous le nombre et la valeur des preuves, elles se relèvent bientôt pour recommencer la guerre avec la même ardeur, pour reprendre les mêmes argumens déjà réfutés, pour remettre en lumière les mêmes faits déjà appréciés, pour jeter les mêmes doutes déjà éclaircis, pour nier enfin ce qui a été déjà affirmé, ou affirmer ce qui a été déjà nié.

Vous n'échappez pas à cette loi et vous la subissez — heureux effet de votre excellente nature — de très bonne grâce, de trop bonne grâce peut-être, mon cher ami, et puisque vous m'y autorisez, je vais vous dire, en peu de mots, les impressions que ces luttes incessantes ont laissées dans mon esprit.

Vous le savez, à côté, et l'on pourrait dire de la propre substance des réformateurs et des propagateurs d'idées, vivent deux sortes de personnes : leurs partisans et leurs contradicteurs.

Les premiers parcourent, en général, deux périodes bien tranchées. Dans la première, ce sont des amis zélés, chauds, ardens, trop ardens quelquefois et poussant leur prosélytisme jusqu'à l'imprudence, compromettant la cause par des exagérations ridicules et obscurcissant la vérité par un enthousiasme intolérant. Mais bientôt arrive la seconde période ; ils se lassent de ce rôle à la suite du maître, ils aspirent à devenir maîtres à leur tour, et, comme une renonciation complète de la doctrine leur serait impossible, ils font seulement scission sur quelques points secondaires; ils font choix, dans la doctrine, d'un petit coin dans lequel ils se blottissent, dans lequel ils se casematent, sur lequel ils élèvent un petit fort qu'ils entourent de petits canons et d'où, à l'occasion, ils tirent de petits coups sur la doctrine et sur le maître qui les ont engendrés, nourris, élevés et sans lesquels ils ne seraient jamais sortis de leur obscurité. Cela s'appelle, mon cher ami, dans ce langage conventionnel et fictif sous lequel se cachent les plus tristes défaillances du cœur humain, de l'indépendance et du courage. On se sépare à regret d'un maître qu'on chérit, c'est les larmes aux yeux qu'on abandonne, sur ce point, une doctrine qui leur sera toujours chère, mais ils ont tout à coup été illuminés comme saint Paul sur le chemin de Damas ; la vérité, l'auguste vérité leur commande cette séparation. Il le fallait !

Vous me direz, mon cher ami, mais tout bas, si je viens de tracer là un tableau de fantaisie.

Les contradicteurs, eux, sont plus francs, plus carrés, il faut le dire, plus sincères. Ils font de l'opposition quand même, cela est vrai, mais parce qu'ils ont compris que sans cette opposition ils n'auraient ni figure ni individualité. Ils ont senti de bonne heure que le domaine pathologique de la doctrine était assez vaste et assez riche pour nourrir en même temps l'affirmation et la négation. Aussi, partout où la doctrine dit oui, ils disent invariablement non. A chaque pas en avant que fait la doctrine, ils se mettent en travers. Aux faits positifs qu'elle produit par centaines, par milliers, ils opposent avec un empressement joyeux et enfantin un, deux, trois faits négatifs, à la recherche desquels ils ont employé toute une armée d'exceptionnistes. Que si la doctrine prouve, montre et démontre par une rigoureuse et savante analyse, que ces prétendus faits négatifs ne paraissent tels que par défaut d'observation, de diagnostic ou de renseignemens, peine perdue, mon cher ami ; ces faits ont reçu droit de cité scientifique, on les maintient, on les propage par la voie des journaux et des livres, on les opposera sans cesse à la doctrine, et la doctrine épuisera ses forces à les réfuter sans cesse.

Dites-moi, mon cher ami, mais dans le tuyau de l'oreille, si je viens de faire là un portrait de convention.

Et parmi les contradicteurs que de nuances, que de variétés !

L'un, honorable et respectable débris de la vieille doctrine que la nouvelle doctrine a renversé, regrette, regrets légitimes, les vagues mais faciles théories dans lesquelles fut élevée sa jeunesse médicale. Il est pénible et dur de faire abandon des idées, des opinions et des pratiques auxquelles on doit réputation, honneurs, fortune. On réagit alors contre le progrès, qui n'apparaît que comme une innovation dangereuse. On ne veut pas de maître devenir élève, et quand on a cru longtemps avoir fixé la science, on considère comme une témérité blâmable d'enseigner une science nouvelle.

L'autre a voué son amour et son culte à tout ce qui est ancien. La doctrine nouvelle lui répugne par cela seul qu'elle est nouvelle. Il n'a de goût que pour les opinions et les pratiques couvertes de la poussière des ans et de la rouille des siècles. Depuis Fernel on n'a rien écrit qui

que l'on croit l'œil louche bien dirigé, il reste dans sa position vicieuse ; on devra donc, quand on les emploiera, visiter souvent les yeux et s'assurer qu'ils ont, au moins par momens, une meilleure direction.

Il est un autre moyen préconisé par Buffon et déduit de la théorie de ce naturaliste sur la cause du strabisme : il consiste à couvrir l'œil sain d'un bandeau afin de le rendre inactif, et de restituer ainsi à l'autre œil sa direction normale en égalisant la puissance visuelle. Mais ordinairement alors la déviation passe du côté opposé, et l'état de la vision reste le même; cependant, dans quelques cas rares, on a réussi de cette manière à rétablir l'équilibre musculaire.

Ces moyens échouent, en général, chez l'adulte ; un de nos maîtres s'est proposé comme exemple d'une guérison due à l'emploi de l'orthophtalmie ; malheureusement il s'est fait illusion ; nous avons été unanimes à reconnaître chez lui la persistance du strabisme, seulement quelque peu diminué.

En s'efforçant de fixer dans un miroir l'image de chaque œil avec l'œil correspondant, on a espéré rendre au globe oculaire sa direction normale. C'est à cet exercice, depuis longtemps décrit par Andry, qu'avait eu recours l'éminent chirurgien dont je viens de parler.

Les moyens qui forcent l'œil à se porter sur un objet peuvent être employés avec avantage. Voici celui que Darwin avait imaginé chez un de ses malades : celui-ci regardait les objets situés en face d'un œil avec l'œil opposé, et offrait, par conséquent, une convergence extrême des pupilles. Darwin plaça en avant du nez un diaphragme noir fixé au front et aux tempes, et formant un obstacle invincible au regard croisé; le malade s'exerçait à considérer en même temps deux objets situés de chaque côté du diaphragme. On pourrait utiliser pour le même objet le stéréoscope, instrument ingénieux à l'aide duquel l'individu peut s'assurer s'il regarde avec un œil ou avec les deux yeux. Un miroir ordinaire, auquel serait adapté un diaphragme, remplirait le même but, mais moins efficacement peut-être.

Moyens chirurgicaux. — Le troisième ordre de moyens doit nous arrêter plus longtemps que les précédens ; il s'agit de la myotomie oculaire. M. Verhæghe, médecin belge opéré par Dieffenbach, a écrit un livre pour engager les personnes affectées de strabisme à se faire opérer. Il dit dans cet ouvrage : « on ne pourrait citer aucune opération en chirurgie qui ait produit plus d'enthousiasme que celle du strabisme. » Cela est vrai ; à peine Dieffenbach, mettant à exécution le projet de Stromeyer, eût-il pratiqué ses premières opérations en 1839 et 1840, que partout on s'empressa de l'imiter. L'engoûment du public fut bientôt à son comble. Des légions de strabiques faisaient queue à la porte des opérateurs, envahissaient leur cabinet pour se soumettre à la myotomie oculaire.

Cette ardeur dura peu, et depuis longtemps elle est remplacée par une indifférence qui a gagné jusqu'aux médecins eux-mêmes.

Disons-le sans détour ; on a procédé, à cette époque, d'une manière peu scientifique et avec une précipitation regrettable. Au lieu d'étudier avec maturité les faits particuliers, avant d'en étendre le cercle, on n'a cherché avant tout qu'une chose ; on ne s'est attaché qu'à multiplier les opérations dans le plus court espace de temps possible, qu'à faire assaut de masse et de vitesse.

Il nous reste aujourd'hui à profiter des erreurs, des fautes commises. Comme les généraux le lendemain d'une bataille, comptons nos pertes, pénétrons-en les causes pour nous assurer à l'avenir un triomphe plus certain, des conquêtes plus durables.

Le point de départ de l'opération du strabisme, à savoir la ténotomie pratiquée dans les autres parties du système musculaire, est en partie vicieux, et a conduit naturellement à des déceptions. On n'a point fait attention que les conditions de l'appareil moteur de l'œil sont toutes différentes de celles qui existent dans le reste de l'économie. Il suffit, dans un membre, de rétablir l'attitude normale, par exemple, de rendre au membre inférieur sa rectitude pour assurer l'exercice à peu près régulier de ses fonctions. Mais dans l'œil, il n'en est pas de même ; la précision des mouvemens est nécessaire à l'exercice régulier de la vision. Le strabisme ne dépend pas seulement de la longueur du muscle, il peut aussi être l'effet d'un degré de contraction spasmodique habituel, que l'opération ne peut pas toujours faire cesser; il faut agir moins profondément dans ce genre de strabisme que dans celui par rétraction.

MM. Bonnet, de Lyon, Amussat et Lucien Boyer, à qui nous devons une connaissance plus complète de l'aponévrose orbito-oculaire, ont aussi indiqué les effets de sa rétraction sur la direction de l'œil. Avant eux, on n'avait pas tenu compte de cette influence; il en est résulté que des déceptions nombreuses ont suivi des opérations de strabismes dont la véritable origine avait été méconnue. Des difformités considérables, produites par les procédés de redressement, ont été vues du public et l'ont effrayé. Les premiers yeux redressés avaient attiré la foule des strabiques; les premiers revers ont éloigné les malades.

L'aponévrose, ai-je dit, joue un grand rôle dans la déviation des yeux : elle se rétracte comme les muscles. Des liens physiologiques l'unissent d'une part au globe oculaire, et de l'autre, aux muscles qui lui empruntent des gaînes et avec lesquels elle fait corps. Suivant que la section porte sur des points du muscle plus ou moins éloignés de son attache antérieure, suivant que l'aponévrose est divisée dans une plus ou moins grande étendue, le résultat est tout différent. Ce sont là des faits, non prévus d'abord, qui expliquent bien des insuccès. Il y en a encore d'autres. Les autres muscles contribuent à produire un strabisme interne ou externe ; MM. Amussat et Lucien Boyer en ont cité des exemples. Les strabismes convergent et divergent ne sont pas maintenus par des liens de même force. L'état du muscle opposé à celui qui produit la déviation est variable : suivant qu'il est fort ou affaibli, la section a des effets très différens.

Plusieurs procédés ont été proposés pour l'opération du strabisme ; je décrirai le plus suivi, celui dans lequel on incise verticalement la conjonctive. Malgré les reproches qu'on lui a adressés, il me paraît encore, comme méthode générale, préférable à tous les autres. L'opération a été divisée en trois temps :

Premier temps. — A l'aide des ophthalmostats, on ouvre l'œil largement en écartant en sens inverse chaque paupière et en évitant de comprimer le globe oculaire avec l'instrument. Suivant M. le docteur Caffe, qui s'est soumis à la strabotomie, la pression des paupières dans ce premier temps lui a causé la plus forte douleur qu'il ait ressentie pendant l'opération. Chez quelques sujets dociles ou peu sensibles, les doigts suffisent pour produire l'écartement des paupières ; on obtient le même résultat en se servant du double ophthalmostat à ressort, lorsque les aides font défaut.

Deuxième temps. — L'œil étant ouvert, on procède à sa fixation. A cet effet, on pique la conjonctive tout près de la cornée avec un crochet très aigu et très fin. Un second crochet semblable saisit la muqueuse oculaire à quelque distance du premier, de manière à former un pli transversal; il est confié à un aide. L'opérateur tient lui-même le crochet qui est implanté près de la cornée, et, à l'aide de ciseaux courbes sur le plat, incise le repli conjonctival. Le muscle sous-jacent est alors mis à découvert et saisi au moyen d'un crochet mousse plus fort que les précédens et introduit de haut en bas, ou de bas en haut, sous la bandelette musculaire.

Troisième temps. — Lorsque le muscle est saisi, on l'incise à l'aide des ciseaux courbes et par petits coups successifs. La section peut porter sur différens points du muscle, en avant ou en arrière du crochet. M. Philippe, de Bordeaux, a conseillé de couper le muscle loin de son attache antérieure ; c'est à tort; la section faite en ce point a des effets fâcheux dont il sera question bientôt. J'établirai, au contraire, en règle générale, qu'il vaut mieux diviser le muscle au devant du crochet à son insertion même à la sclérotique. Avant de faire la section, on devra souvent prendre quelques précautions, telles que de décoller le muscle sur ses bords ou à sa face interne, d'introduire, par exemple, au-dessous de lui, comme je l'ai vu faire à M. Phillips, de Liége, l'extrémité fermée des ciseaux, pour détacher les liens fibreux qui l'unissent au globe oculaire; suivant que la face interne du muscle est dénudée dans une plus ou moins grande étendue, le résultat de l'opération est très différent. On le comprend facilement quand on réfléchit que les adhérences de la portion postérieure du muscle sectionné forment plus tard sa nouvelle insertion à l'œil. La section une fois complète, on aperçoit la teinte blanche de la sclérotique, et on retire les instrumens.

Après l'opération, tout n'est pas fini. Il faut regarder les yeux et s'assurer de leur direction. Il peut arriver que le strabisme persiste au même degré. Si le patient peut tourner son œil en dedans tout autant qu'avant l'opération, celle-ci n'a rien produit. Il faut alors reprendre les instrumens, faire des recherches dans la plaie, dans son fond, à ses angles supérieur et inférieur, et voir s'il ne reste pas quelque portion musculaire non divisée, qu'on incisera à petits coups. S'il en est besoin, on décollera le muscle dans une plus grande étendue, mais en y mettant beaucoup de réserve, et on examinera de nouveau la direction des yeux et l'état de la vision. Une condition essentielle de succès, c'est que le muscle conserve, au moins en partie, son action après l'opération; il faut que le malade puisse diriger son œil en dedans, seulement dans une moindre étendue. S'il y a redressement, avec persistance de la très légère convergence qui constitue l'état normal, le succès est à peu près assuré. Il faut encore que le muscle antagoniste recouvre la plénitude de son action, si elle était diminuée par le fait du strabisme ; c'est ce que vous voyez sur cet opéré, chez lequel le muscle droit externe a retrouvé toute sa puissance.

On procédera de la même manière à l'opération du strabisme externe. Toute la différence dans les conditions anatomiques que présente l'œil du côté externe, relativement à la strabotomie, consiste en ce qu'il est un peu plus couvert par les paupières. Le manuel opératoire présente la même facilité d'exécution dans les deux cas.

Em. BAILLY,
Interne du service.

(La fin prochainement.)

---

vaille. Comment accepterait-il les résultats de l'observation moderne, du diagnostic moderne, de l'expérimentation moderne, lui qui voit l'esprit humain en décadance depuis le XVIme siècle. Quel dommage que l'état pathologique sur lequel la doctrine est fondée, soit en réalité moderne! Sans cela, n'en doutez pas, Hippocrate eût tout vu, tout su, tout dit, tout enseigné. Mais heureusement les médecins de la fin du XVme siècle et ceux du XVIme ont écrit, et leurs œuvres subsistent pour confondre la doctrine nouvelle.

Pour celui-ci, un grave motif d'opposition à la doctrine, c'est que, par l'extension qu'elle a prise, les études qu'elle réclame, le temps d'observation et d'expérimentation qu'elle nécessite, elle constitue comme une branche à part de la pathologie, et que, dans les opinions de ce contradicteur, la pathologie est un tout immense qu'il y a péril à diviser. Cela est très beau en théorie, mais la pratique et ses exigences ont fait crouler la théorie. Demandez d'ailleurs à ce contradicteur lui-même pourquoi il a scindé cette belle encyclopédie médicale, et pourquoi de la pathologie et de la clinique il ne professe et il ne pratique que la pathologie et la clinique dites externes. Mais dans ce dernier royaume sur lequel très légitimement il règne, il ne veut pas de princes suzerains, et pour montrer que pas n'est besoin de spécialités, il faut bien prouver que la spécialité n'a produit qu'une doctrine contestable et souvent erronée.

Demandez à celui-là les motifs qui l'ont poussé dans les rangs des contradicteurs de la doctrine; vous l'embarrasserez fort, car il n'en a pas ; il contredit par besoin, par instinct, par tempérament. La doctrine affirme, et toute affirmation lui est antipathique ; parlez-lui du doute, c'est son affaire, du vague, il est pour lui plein de charmes, de l'incertain et des à peu près, ils sont pour lui remplis de mystérieuses sympathies. La lumière scientifique l'effraie, comme l'oiseau de nuit est effrayé par la lumière du soleil.

Et maintenant ajoutez à ces variétés la cohorte des envieux, de ceux que tout succès inquiète et irrite, que toute célébrité offusque, que toute popularité désespère ; la foule des indifférens, des ignorans et des poltrons, et voyez, cher ami, si les propagateurs d'idées et les vulgarisateurs de doctrines, n'ont pas autre chose et mieux à faire qu'à suivre sans cesse leurs contradicteurs dans leurs incessantes attaques. La vie, les longs et fertiles jours de l'existence s'écoulent, les ressorts de l'intelligence se détendent et se brisent dans ces luttes toujours les mêmes, toujours provoquées à bon escient; parce qu'on sait que, dans une Académie, toutes les variétés des contradicteurs que je viens d'énumérer donneront simultanément et à la fois, que les poltrons se tairont, que les indifférens opineront du bonnet, que la doctrine sortira ainsi de ces stériles débats toujours un peu amoindrie, et surtout comme abandonnée de ses adhérens et comme isolée dans ses convictions et dans sa foi.

Les Académies, les Sociétés savantes! lieux séduisans, mon cher ami, par le retentissement que nous donnons à leurs débats, nous journalistes qui n'y comptons cependant que de rares amis, mais lieux dangereux et perfides, et dans lesquels on ne devrait s'aventurer qu'avec le secours d'un pilote habile et expérimenté. Que d'écueils ! que de rescifs !

Ici, on ne discute guère, on ne discute même pas, surtout les choses de médecine. La tribune y est bien accessible à tout le monde, trop accessible même ; on y laisse bien tout dire, tout présenter, tout soutenir; mais de jugement, d'appréciation, de rapport, il n'y faut pas songer ; aussi les travailleurs sérieux, craignant cette promiscuité avec des hommes qui ne le sont guère, communiquent leurs recherches moins en vue de l'Académie qu'en vue de la commission des récompenses, moins pour obtenir un rapport que dans l'espérance de participer aux largesses d'un bienfaiteur célèbre. Et que de choses à dire sur cette distribution annuelle de cette sorte de budget de la science! Vous pouvez vous citer, mon cher ami, comme un exemple de la fixité et de la pérennité des principes qui guident cette Académie en matière de récompenses. N'en avez-vous pas obtenu une pour vos premiers travaux en syphilographie ? Plus récemment, un de vos principaux contradicteurs n'en a-t-il pas obtenu une autre pour avoir dit précisément le contraire de ce que vous professez? Bizarre contradiction qui me fait dire que, si vous aviez raison alors, cette Académie a eu tort de récompenser votre adversaire, ou que si votre adversaire a raison aujourd'hui, elle a eu tort de vous couronner alors.

Là, on discute beaucoup, trop assurément si l'on fait une équitable supputation du bien général qui résulte de ces longues disquisitions. — Mais au moins peut-on s'y défendre, dites-vous, quand on y est attaqué. — S'y défendre ! oui, le mot est juste, on s'y défend comme un criminel devant ses juges, et ici les juges sont presque toujours prévenus, les accusateurs nombreux, passionnés, les témoins intimidés et les amis muets. Ne l'avez-vous pas vu dans les discussions où vous avez voulu intervenir? Par un seul discours, il vous fallait répondre à plusieurs attaques, faire face à dix orateurs plus ou moins autorisés, vous seul contre tous ; car, parmi tous ces académiciens dont vos travaux ont éclairé la théorie et dirigent la pratique, parmi tous ces praticiens qui cent fois ont eu besoin de vos lumières et qui ont pu apprécier l'utilité de votre intervention, pas un seul n'aura le courage de rendre hommage à la vérité. Ces luttes sont pour eux un spectacle et rien de plus ; ils y viennent admirer la grâce, la force, l'agilité des athlètes; et comme muettes sont toutes les autres tribunes, on vient à la rue des Saints-Pères se dédommager du silence du Luxembourg ou du palais Bourbon. Ce que gagne la doctrine dans ces discussions, vainement je le cherche ; ce qu'elle y perd, je le vois trop clairement; et si, huit jours après la clôture, la discussion se rallumait, vous vous trouveriez encore en présence des mêmes objections, des mêmes faits et des mêmes raisonnemens que vous croyez avoir, huit jours plus tôt, victorieusement combattus.

Ailleurs, c'est pis encore. Une belle église s'était fondée sous un magnifique vocable ; cette église, je le crains, s'est transformée en une petite chapelle, où chacun vient prier pour son saint, c'est-à-dire pour lui-même, c'est-à-dire encore faire hebdomadairement sa petite exhibition de malades, de procédés, et même d'instrumens. Là, mon cher ami, la doctrine se trouve en présence de toutes les variétés de ses contradicteurs; ses contemporains d'abord, dont les uns, presque tous ceux qui ont touché à la même spécialité, sont ses ennemis naturels, car la contradiction a sa logique; les autres qui ne peuvent pas voir avec enthousiasme et reconnaissance sa domination souveraine dans le domaine de la pratique, et qui semblent avoir inscrit sur leur drapeau cette devise : *Je maintiendrai*; les hommes plus jeunes qui portent ces mots écrits sur leur écu : *Je parviendrai* ; et qui, pour se faire de l'espace, ont besoin de démolir et de détruire. Que va faire la doctrine dans cette galère ?

La Presse, ajouterez-vous, prêtera son concours à la science et à la vérité. Sur ce point, mon cher ami, je suis obligé de me réserver; journaliste, je ne peux ni ne dois parler des journalistes. J'aime trop la Presse pour dire, mais aussi j'aime trop la vérité pour taire ses faiblesses. Elle en a eu de grandes à l'égard de la doctrine, surtout dans ces der-

CHIRURGIE.

DES APPAREILS DE GUTTA-PERCHA DANS LES FRACTURES;

par le docteur ULRICH, chirurgien en chef de l'Hôpital général de Vienne.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 8 Décembre 1855.)

II. — APPLICATION D'UN BANDAGE A UN MEMBRE.

Supposons une fracture de la jambe, au tiers inférieur, avec plaie des tégumens, et voyons comment il faudra appliquer l'appareil dans ce cas. Après la coaptation, deux aides tiennent l'extrémité immobile comme pour tout bandage. On recouvre la plaie d'une petite compresse appliquée sans plis, ou d'un gâteau de charpie, et l'on enveloppe le membre d'un bandage roulé en gutta-percha, en commençant par l'endroit de la plaie et descendant vers les orteils, sans s'evertuer à recouvrir le talon et la portion post-malléolaire. La bande est coupée et fixée sur le dos du pied au moyen du sulfure de carbone. On revient au commencement du bandage, on y fixe de la même manière l'extrémité de la bande et l'on remonte les tours jusqu'au genou. Puis on remplit les cavités malléolaires et on y applique des bandelettes étroites, qui s'imbriquent et recouvrent le talon. On les fixe en avant sur les 8 de chiffre de la première bande. La plaie, dont on reconnait facilement la place, est alors circonscrite dans une étendue plus ou moins considérable au moyen d'une corde simple, qui délimite ainsi la future fenêtre. On partage la jambe et le pied en trois cases, en y collant des cordes. L'une comprend la plante du pied, le talon jusqu'aux malléoles et le mollet; la seconde la partie antérieure de l'articulation et le dos du pied; enfin la troisième le reste de la face antérieure et externe de la jambe. On pourrait modifier cette division de toutes les manières et l'adapter à tous les cas possibles; j'observerai seulement qu'aucune corde ne doit jamais suivre la crête du tibia; si l'on veut faire une séparation dans ce sens, il faut la faire porter un peu sur le côté externe garni de muscles. Si le pied et l'articulation ne sont pas le siége d'un gonflement considérable, une simple corde suffit, tandis que pour le gras de la jambe, et en général sur toutes les parties épaisses et fortement enflées, il faut la prendre double ou triple.

A cause de la volatilité du sulfure de carbone, il ne faut humecter à la fois la corde que dans une longueur de un pouce, et l'appliquer immédiatement sur le bandage roulé, manipulation qui se fait très rapidement.

Après cela, on fait apporter l'eau chaude, dans laquelle les morceaux de gutta-percha, convenablement taillés, se ramollissent en quelques instans. Un aide les sort l'un après l'autre, les essuie rapidement et les présente à l'opérateur. Celui-ci remplit d'abord la case postérieure (inférieure), puis les deux cases latérales, en commençant toujours par la corde, contre laquelle il applique le bord coupé droit de la plaque; celle-ci est alors pressée contre le membre avec les doigts ou toute la main. Le morceau suivant ne commence pas le long du bord libre du précédent, mais empiète un peu sur le bord pour s'unir intimement à lui. L'excédant qui dépasse est coupé ou arraché; les lacunes sont comblées; les endroits qui doivent présenter plus de résistance sont doublés d'une seconde couche. L'attelle du mollet doit être la plus épaisse, entre deux et trois lignes, et sa plus grande résistance doit se trouver à la hauteur de la fracture. Une épaisseur de une ligne suffit pour les attelles antérieures. Toute cette manipulation doit se faire vite pour que la matière ne perde pas la propriété de s'agglutiner. Quand le malade est tranquille et docile, on peut laisser la fenêtre libre; dans le cas contraire, on la recouvre également.

Les extrémités des attelles, autour du genou et aux orteils, sont convenablement taillées avec des ciseaux ou un peu recourbées en dehors, aussi longtemps qu'elles sont molles, pour qu'elles ne pressent pas dans la suite.

Enfin on termine le bandage par l'application d'une bande roulée en gutta-percha ou en toile, et on le refroidit au moyen de fomentations glacées fréquemment renouvelées. La jambe est étendue sur un coussin de balle d'avoine, et l'on peut encore continuer les compresses froides sans que les aides tiennent le membre, si après dix minutes la gutta-percha ne paraît pas encore assez raide.

La fenêtre est dénudée plus ou moins tard, selon les indications, en enlevant la bande roulée extérieurement, et les cordes qui la bordent quand on l'avait remplie de gutta-percha, et coupant avec des ciseaux l'enveloppe immédiate du membre. Pour laver la plaie, on tourne le membre vers le côté externe, et l'on garnit d'un peu de charpie l'intervalle entre la peau et les attelles pour empêcher la pénétration de l'eau dans cet espace.

Si dans le cours de la maladie il se présente l'indication de fixer le genou, on prolonge les attelles d'après la même manière. Si, pour une cause quelconque, la pression de l'attelle antérieure n'est pas supportée, on l'enlève, et la gouttière postérieure suffit pour contenir la jambe et le pied, sans qu'on ait besoin de fixer celui-ci par un étrier, etc.

III. — COMPARAISON ENTRE L'APPAREIL AMIDONNÉ, A PLATRE ET A GUTTA-PERCHA.

Ces trois bandages ont pour propriétés communes d'embrasser uniformément le membre, de garantir du décubitus les parties saillantes par leur pression également répartie, et de permettre au malade tous les changemens de position. Pour l'application, l'appareil amidonné exige le plus temps; celui à plâtre et à gutta-percha moins; les deux n'en demandent guère plus que tous les appareils contentifs ordinaires. Celui à gutta-percha se solidifie le plus vite (six à dix minutes); puis vient le plâtre (un quart d'heure à une demi-heure); enfin l'amidon ne leur est pas à comparer; après beaucoup d'heures il cède encore, s'il n'est pas contenu par des attelles solides. Je compte la solidification, du moment où l'appareil est assez raide pour permettre d'imprimer au membre tous les mouvemens, le transport, etc. En considérant l'époque de la plus grande solidité possible, elle tombe chez la gutta-percha entre cinq et dix heures; chez les deux autres, du deuxième au troisième jour. L'appareil à plâtre sec et solide devient cassant, se fendille, prend par là de la mobilité, et s'écaille surtout à ses extrémités. Ces inconvéniens n'existent pas avec l'amidon et la gutta-percha; les deux sont solides; le second solide et tenace comme une cuirasse de cuir; le premier solide et raide comme une cuirasse de carton. Le bandage plâtré est volumineux et difforme; les deux autres sont relativement minces, et on peut leur donner un aspect coquet. Les trois forment une carapace qui n'embrasse exactement les extrémités qu'aussi longtemps que celles-ci n'ont pas modifié leur volume primitif. Si leur volume diminue, les trois sont creux, défaut auquel on ne peut nullement remédier avec le plâtre, mais qui se corrige par la formation d'attelles, facilement avec la gutta-percha, un peu moins aisément avec l'amidon. Cette circonstance rend ces deux applicables jusqu'à la fin du traitement. Les trois bandages peuvent être facilement fenêtrées lors de leur application; les attelles de l'amidon et de la gutta-percha peuvent l'être encore plus tard, les premières avec les ciseaux de Seutin, les autres avec un couteau. L'appareil amidonné se ramollit et pourrit par les liquides, le pus, etc.; les deux autres y résistent. La gutta-percha ne perd rien par son emploi; on peut la laminer de nouveau et l'employer même en morceaux irréguliers, avantage que ne possèdent pas les autres.

Il résulte de cette comparaison que la gutta-percha possède les avantages des deux autres, et en a même quelques-uns despéciaux. L'appareil amidonné est solide, peu volumineux, coquet, divisible en attelles, et propre pour toute la durée d'un traitement sec; mais il se solidifie tard et ne supporte pas l'humidité. L'appareil plâtré est fragile, volumineux, difforme, ne peut être divisé en attelles, et doit être chaque fois appliqué de nouveau, mais se solidifie rapidement et ne se détériore pas par l'humidité. La gutta-percha, au contraire, est solide, mince, coquette, divisible en attelles, peut être employée pour toute la durée d'un traitement, se solidifie le plus vite et résiste à l'humidité.

IV. — INDICATIONS DE L'EMPLOI DU BANDAGE A GUTTA-PERCHA.

Il est des fractures qui guérissent sans bandages; d'autres, au contraire, exigent l'application d'un appareil contentif. Lorsque celles-ci sont simples, par exemple dans le milieu de l'os, qu'il n'y a pas d'indication spéciale à remplir, tous les appareils peuvent être employés.

Les fractures simples des os longs existant dans le voisinage d'articulations, exigeant la fixation d'une ou de plusieurs articulations, une distribution uniforme de la compression; de plus, les fractures des extrémités inférieures, pendant la guérison desquelles la position du membre ou celle du malade doit être souvent et facilement changée, sont traitées le mieux par un des trois appareils inamovibles, d'amidon, de plâtre et de gutta-percha. Très souvent, dans ce cas, le choix de l'un de ces appareils est tout à fait insignifiant; ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles, par exemple quand il s'agit d'obtenir une dessication rapide, ou quand on prévoit un retrait considérable, qu'il y a avantage à en préférer un aux autres.

Il n'en est plus de même quand, aux indications précédentes, il s'en joint encore d'autres; quand le bandage doit résister à l'humidité, quand il faut laisser des places à découvert, la gutta-percha se présente avec ses avantages spéciaux : le plâtre n'est pas amovo-inamovible; l'amidon ne supporte pas l'humidité; la gutta-percha n'a aucun de ces inconvéniens (1).

Je crois que chez nous l'appareil à gutta-percha n'a pas été assez expérimenté; et cependant il me paraît évident que les avantages en sont réels. Il serait intéressant de l'étudier concurremment avec l'appareil à stuc et l'appareil plâtré du docteur Matthysen.

(*Note du traducteur.*)

(1) Extrait de la *Zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien.*, 1855, numéros 5 et 6.

---

niers temps et de la part de journaux d'où elle ne devait pas les attendre. C'est leur affaire et non la mienne. Vous avez eu le bon esprit de ne pas répondre à quelques récens articles où l'agression s'est montrée aussi mal fondée que peu véridique. Je ne peux que vous féliciter de cette abstention. Plus l'attaque est injuste, plus il faut la dédaigner; plus elle est passionnée, plus il faut rester calme. Il a été dit de haut, et je peux bien répéter que, « en définitive, c'est l'opinion publique qui remporte la dernière victoire. » Or, l'opinion publique est pour vous, et la pression, la dérivation que, par la voie de la Presse, on veut opérer sur elle n'aboutiront pas. Que discuteriez-vous, d'ailleurs, par la voie de la Presse que vous n'ayez déjà discuté, élucidé et fait parvenir jusqu'aux confins du monde savant? Ne savez-vous pas que la critique de certaines opinions et de certains hommes est devenue impossible; que ces opinions et ces hommes savent intimider la Presse par le terrible droit de réponse et abriter leurs sottes vanités sous le manteau d'un huissier? Ne vous exposez pas, n'exposez pas vos amis à tomber sur un de ces hommes dont la science est inviolable par droit de papier timbré.

Eh bien! mon cher ami, et voici la signification de ce trop long discours, cette abstention que vous trouvez convenable et nécessaire vis-à-vis de la Presse, permettez-moi de vous la conseiller pour tout autre mode de discussion. Le temps de la polémique est passé pour vous. N'espérez plus convaincre par elle des gens qui ont trop d'intérêt à ne pas être convaincus. Vous le savez, de leurs argumens et de leurs faits, au nombre de trois ou de quatre, ils se servent avec une grande habileté de mise en scène; eux-mêmes peu nombreux, en définitive, savent se produire, se multiplier au point de faire illusion à ceux qui ne sont pas dans le secret de leur petite stratégie. C'est l'armée de Franconi passant et repassant des coulisses sur le théâtre et réciproquement. Cela explique bien des attaques et un grand nombre d'articles de journaux. Mais tout cela n'est ni sérieux ni grave, et quoique j'aie lu l'autre jour que vous étiez à peu près mort, ou que, comme Broussais, vous étiez destiné à survivre à votre doctrine, je suis forcé de reconnaître, et je ne le fais pas sans plaisir, mon cher ami, que c'est là moins un fait qu'un désir, une espérance plus qu'une réalité.

Inconséquens, imprévoyans que nous serions s'il en était autrement! Que, dans ce vaste domaine de la science médicale, vos adversaires, au lieu d'user leurs facultés dans une négation stérile, abordent donc, qui un champ, qui un autre; le préparent, l'ensemencent et y moissonnent comme vous l'avez fait dans le champ de la syphilographie. Pour moi, et je suis heureux de pouvoir le déclarer sans flatterie, sans intérêt, par amour pur et sincère de la science et de la vérité, je ne me sens qu'admiration et reconnaissance pour le laborieux et patient observateur, pour l'ingénieux expérimentateur, pour le théoricien sagace, pour le savant thérapeutiste qui a doté la science médicale de la doctrine nouvelle sur la syphilis. Je l'ai étudiée sans enthousiasme, j'écoute sans préventions les objections qui lui sont faites et je ne me sens ébranlé dans aucune des convictions que j'y ai puisées. Elle satisfait ma raison et l'expérience pratique lui vient en aide. Trouverai-je souvent, en pathologie, des conditions semblables? La science est-elle donc si riche de principes et de faits d'observation aussi bien établis que vos principes et vos faits pour qu'on doive se montrer si empressé d'accueillir tout ce qui semble les contredire? Et parce que, dans une science aussi complète que la médecine, même sur un seul point, il n'aura pas été donné à un seul homme de tout voir, de tout expliquer, de tout élucider; parce que, sur quelques détails, la doctrine paraîtra moins assurée que sur l'ensemble, parce que toutes les pièces de l'édifice ne recevront pas la même abondance de lumière, il faut éteindre cet homme, nier la doctrine et renverser l'édifice!

Jamais cette philosophie ingrate, négative et inféconde n'entrera dans mon esprit. C'est surtout pour protester contre elle que j'ai profité de la liberté que vous m'avez donnée d'ajouter ces quelques pages à votre livre. Je suis honteux, pour mon époque et pour mon pays des mauvais sentimens qui s'agitent autour de votre doctrine, et librement je le dis.

Je les croyais passés sans retour ces tristes temps où il fallait que l'Étranger apprît à la France le degré de gloire que tels hommes et tels travaux jetaient sur la patrie. Que n'êtes-vous mort, mon cher ami, et vous aussi Cl. Bernard, et vous aussi Jobert de Lamballe, et tant d'autres aussi dont quelques contemporains contestent et discutent la valeur! De votre tombe sortirait pure et incontestée l'auréole de gloire promise à vos éclatans travaux, et tel qui se fait aujourd'hui votre contradicteur ajouterait vite à son nom celui de votre élève.

CONCLUSION.

Mon cher ami, vous avez assez fait, par voie de discussion, pour la dissémination de vos idées; quittez les régions agitées de la dispute et rentrez dans l'atmosphère calme et sereine de la science pure. Dieu a voulu que tout, dans ce monde, fût le sujet d'objections et de contradictions : *Tradidit mundum disputationibus eorum.* La contradiction, d'ailleurs, a, dans son temps, ses avantages. C'est le vent d'orage qui jette au loin le pollen fécondant des plantes et qui transporte, en les disséminant, les graines et les germes. Renoncez, puisque, dans ce pays, toute législation impérative blesse et offusque, renoncez à imposer des *lois* à la pathologie; contentez-vous de rechercher et d'instituer des *faits généraux* contre lesquels ne puissent s'élever de rares exceptions, afin que, par leur rareté même, ces exceptions confirment la généralité du fait. Dans le recueillement d'une observation nouvelle, architecte prudent, vérifiez encore une fois la solidité de votre édifice, examinez cliniquement et une à une toutes les objections qui vous sont faites; si le plus léger doute traverse votre esprit, inscrivez sur l'étiquette : *à revoir*, et de cette étude nouvelle sortira, si vous le voulez, le grand ouvrage que vous devez à la science et à l'humanité, à l'édification duquel il faut que vous consacriez, et non plus à de vaines disputes, le temps, les forces et l'intelligence que vous avez encore à dépenser.

Et, pour le reste, laissez dire, laissez faire, et souvenez-vous sans cesse de ces belles paroles d'un savant illustre : « A côté d'une connaissance solide et scientifique des phénomènes, il s'est conservé un » système de prétendus résultats d'observations, d'autant plus difficile » à ébranler, qu'il ne tient compte d'aucun des faits qui le renversent. » Cet empirisme, triste héritage des faits antérieurs, maintient invariablement ses axiomes. Il est arrogant comme tout ce qui est borné; » tandis que la physique, fondée sur la science, doute parce qu'elle » cherche à approfondir, sépare ce qui est certain de ce qui est simplement probable, et perfectionne sans cesse les théories, en étendant le cercle des observations. » (De Humboldt. — *Cosmos*, t. 1er, p. 18.)

Soyez le physicien de la syphilis, mon cher ami; mais, pour cela, observez, observez encore, ne discutez plus.

Votre ami,

AMÉDÉE LATOUR.

Paris, novembre 1855.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 Décembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Mémoire sur les effets de la compression des nerfs.

MM. les docteurs J.-B. BASTIEN et A. VULPIAN présentent, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Pour étudier les effets produits par la compression des nerfs, nous avons fait un très grand nombre d'expériences variées sur nous-mêmes, et nous les avons fait répéter par d'autres personnes. Toutes ces expériences nous ont donné des résultats constans qui nous semblent dignes d'intérêt, résultats que nous développons dans notre mémoire, et dont nous ne pouvons donner ici qu'un court résumé.

I. Nos expériences ont été faites, pour les membres inférieurs, sur le tronc du nerf sciatique, sur le nerf sciatique poplité externe ; pour les membres supérieurs, sur les nerfs radial, cubital et médian réunis, et isolément sur chacun de ces nerfs. Dans notre mémoire, nous avons consigné, avec de grands détails, une observation complète de compression du nerf sciatique, et une observation non moins complète de compression de l'ensemble des nerfs médian, radial et cubital. Ces deux observations peuvent servir de type pour toutes les autres.

II. Les effets de la compression des nerfs se divisent naturellement en deux périodes. La première commence au moment où l'on a établi la compression, et se termine à l'instant où on la cesse : nous la nommons *période d'aller* ou *d'augment ;* la seconde débute au moment où on a cessé la compression, et finit lorsque les parties qui sont sous la dépendance des nerfs comprimés reviennent définitivement à leur état normal : nous la nommons *période de retour* ou *de déclin.*

A. *Période d'augment.* — D'après nos expériences, cette période se subdivise en quatre stades. Ce sont : 1° un stade de fourmillemens; 2° un stade intermédiaire ou de rétablissement momentané de l'état normal; 3° un stade d'hypéresthésie ; 4° un stade d'anesthésie et de paralysie musculaire.

1° *Stade de fourmillemens.* — Ce stade est caractérisé par différens phénomènes, tels que fourmillemens, picotemens, sensation de vibrations, fausses crampes quelquefois, et souvent sensation de chaleur qui se continue pendant toute la période d'augment. La sensibilité tactile et la motilité sont intactes. Ce stade commence quelquefois dès que l'on a comprimé les nerfs ; il dure de deux à dix minutes et au delà.

2° *Stade intermédiaire.* — Les fourmillemens, vibrations, etc., s'évanouissent, et tout semble rentrer dans l'état normal. Durée : de quelques secondes à un quart d'heure.

3° *Stade d'hypéresthésie.* — Les sensibilités de tact, de chatouillement, de température s'exaltent ; tous les autres modes de la sensibilité cutanée participent plus ou moins à cette hypéresthésie. Il n'y a encore rien dans les muscles. Il est impossible d'assigner une durée quelconque à ce stade qui n'est pas limité d'une façon précise et qui se mêle nécessairement, sur sa fin, avec le dernier stade, dont nous ne l'avons séparé qu'à cause de la netteté de ses principaux phénomènes.

4° *Stade d'anesthésie et de paralysie musculaire.* — L'hypéresthésie passe peu à peu des parties superficielles aux parties profondes ; et en même temps les diverses sensibilités qui étaient exagérées se pervertissent (1) les unes après les autres et disparaissent peu à peu ; leur disparition est de même successive. Cette marche propre, successive, et pour ainsi dire isolée que suit chaque mode de la sensibilité dans sa disparition, explique comment, dans ce stade, au moment où la sensibilité tactile est paralysée, la sensibilité à la douleur est pervertie et exagérée souvent à un degré extrême. Cependant les parties profondes sont encore hypéresthésiées : on éprouve dans les muscles de la courbature, des douleurs plus ou moins vagues, quelquefois des crampes ; un peu plus tard les mouvemens deviennent moins faciles et arrivent progressivement à être impossibles. Nous cessons la compression au moment où la paralysie musculaire est devenue complète. Durée variable de quelques minutes à un quart d'heure.

B. *Période de déclin.* — Cette période se divise naturellement, comme la première, en quatre stades, dont les deux premiers, comme les deux derniers de la période d'augment, empiètent l'un sur l'autre et sont peu distincts.

1° *Stade de paralysie de la sensibilité et du mouvement.* — Ce stade n'est que la continuation du dernier stade de la première période. Les douleurs profondes disparaissent ; les paralysies cutanées et musculaires sont encore complètes pendant quelque temps. Durée : de quelques secondes à une, deux minutes au plus.

2° *Stade d'hypéresthésie de retour.* — On peut exécuter quelques mouvemens volontaires peu étendus ; les différentes sensibilités renaissent. Elles sont d'abord perverties ; elles s'exagèrent ensuite, et, pendant que la motilité devient à peu près normale, la sensibilité, dans tous ses modes, sauf celui relatif à la température, rentre complètement dans son état physiologique. Durée de quelques secondes à une minute le plus souvent.

3° *Stade intermédiaire de retour.* — État normal de la motilité et de la sensibilité. La sensibilité à la température est seule encore obtuse dans ce stade qui, de même que les précédens, a une courte durée.

4° *Dernier stade.* — Il est difficile de donner un nom à ce stade qui est très complexe. Une invasion rapide et centrifuge de froid marque le début. A ce froid succède une pesanteur extrême qui immobilise le membre pendant quelques instans. A ce moment, on éprouve un malaise inexprimable, lypothimique chez certaines personnes, et une sorte d'agacement qui semble remonter du membre jusqu'aux centres nerveux. Des contractions spontanées, quelquefois de vraies crampes se montrent dans les muscles ; la volonté, d'abord gênée dans son exercice, reprend son pouvoir, mais incomplètement. Les mouvemens sont indécis et mal réglés. En même temps se montrent des fourmillemens très prononcés ; on sent des vibrations très fortes, tout le membre semble composé de cordes vibrantes. Puis les mouvemens se régularisent, les fourmillemens et les vibrations diminuent, disparaissent peu à peu, et tout rentre dans l'état normal. La sensibilité à la température renaît après toutes les autres. Durée variable de quelques minutes à un quart d'heure.

III. La période d'aller et celle de retour offrent, l'une avec l'autre, une ressemblance frappante ; mais l'ordre des phénomènes est renversé, la marche est inverse. Lorsque, par des circonstances que nous avons cherché à apprécier, quelques phénomènes manquent dans la période d'aller, ils manquent presque toujours aussi dans la période du retour. On peut lever la compression à chacun des stades de la première période, et la seconde période commence par le stade correspondant.

IV. Nos expériences offrent un tableau auquel on peut comparer les diverses paralysies pathologiques, et cette comparaison pourrait faire avancer l'étude de la marche des paralysies. Nous avons déjà recueilli plusieurs cas dans lesquels la marche était, à peu de chose près, la même que dans nos expériences.

On peut arriver aussi, au moyen de ces expériences, à acquérir quelques notions sur la nature et la valeur des phénomènes, si variés, que présente l'étude de la sensibilité dans les maladies nerveuses et principalement dans l'hystérie. Le pronostic des paralysies pourra peut-être tirer quelques lumières de nos observations. Il serait possible de savoir si une paralysie est dans sa période ascendante ou dans celle de déclin, si elle touche à sa fin, etc..... Il ressort de notre travail que la sensibilité est altérée plus rapidement que le mouvement, et que l'anesthésie semble indiquer une atteinte moins profonde du système nerveux que la paralysie du mouvement.

V. Ces expériences présentent un moyen aisé d'étudier physiologiquement sur soi-même la distribution des nerfs des membres, soit dans la peau, soit dans les muscles ; de reconnaître l'effet de la paralysie de certains groupes de muscles sur les mouvemens des muscles congénères ou antagonistes, sur les attitudes du membre.

Plusieurs physiologistes ont établi que la sensibilité cutanée a des modes spéciaux et distincts qui peuvent être altérés et même abolis isolément. Telles sont les sensibilités de toucher, de chatouillemnnt, de température, de douleur, etc. Nos expériences confirment plusieurs de ces distinctions en montrant que ces diverses sensibilités s'hyperesthésient, se pervertissent et s'anesthésient séparément et successivement.

L'étude de la sensibilité muscnlaire peut être faite, par des expériences de cette nature, dans toutes ses modifications : dans sa perversion, dans son hyperesthésie et dans son anesthésie ; dans son influence sur les contractions des muscles ; car les altérations qu'elle subit sont plus ou moins liées aux lésions de la motilité volontaire et ont une marche qui leur est souvent propre.

VI. En résumé : une première et attentive exploration nous a fait voir que l'étude des effets de la compression des nerfs, de ces phénomènes très-connus, mais peu analysés jusqu'à présent, était une mine très riche et pouvait être féconde en résultats applicables à la physiologie et à la pathologie du système nerveux. — (Comm. MM. Serres, Flourens et Rayer.)

(1) Avant de passer de l'hypéresthésie à l'anesthésie, la sensibilité tactile donne des sensations de sable, de gravier ; la sensibilité à la douleur, des sensations très vives de brûlure, sensations excitées aussi par le contact des corps froids quelque temps avant que ce contact cesse d'être perçu.

PRESSE MÉDICALE.

LIEUX D'INSERTION DE QUELQUES CAPSULES ARTICULAIRES, PAR RAPPORT AUX ÉPIPHYSES ; par le docteur SCHWEGEL, prosecteur à Prague. — La capsule de l'articulation scapulo-humérale s'insère à la diaphyse de l'omoplate, c'est-à-dire au-dessus de l'apophyse ; à l'humérus, en dehors ; à l'épiphyse, en dedans, à l'union de l'épiphyse et de la diaphyse. Une fracture de l'épiphyse ne sera donc pas tout à fait intra-capsulaire et équivalente à celle du col anatomique.

La capsule de l'articulation du coude s'insère à la diaphyse de l'humérus, et la fracture épiphysaire est intra-capsulaire. Au radius, elle s'attache au point de jonction de la diaphyse avec l'épiphyse ; au cubitus, à l'épiphyse supérieure ; la disjonction de l'épiphyse sera donc extra-capsulaire.

La capsule de l'articulation radio-carpienne est attachée à l'épiphyse inférieure du radius.

Celle de l'articulation métacarpo-phalangienne s'insère à la diaphyse des métacarpiens et à l'épiphyse des premières phalanges ; celle des articulations inter-phalangiennes, à la diaphyse de la phalange inférieure, et à l'épiphyse de la supérieure.

La capsule de l'articulation coxo-fémorale s'insère au fémur, en dehors, à l'épiphyse, en dedans, au lieu de réunion de l'épiphyse et de la diaphyse.

Celle du genou s'attache à la diaphyse du fémur et à l'épiphyse du tibia.

La capsule de l'articulation entre le tibia et le péroné s'insère aux épiphyses ; celle de l'articulation tibia-astragalienne, aux épyphises du tibia et du péroné.

Les articulations métatarso-phalangiennes et inter-phalangiennes ont, au pied, la même disposition qu'à la main. — (*Wochenbl. d. zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien,* 1855, n° 27.)

NÉCROLOGIE.

NOTICE NÉCROLOGIQUE SUR LE DOCTEUR DELPHIN BERTON.

Le corps médical de Paris vient de faire une perte sensible dans la personne de M. le docteur Delphin-Augustin Berton, médecin du bureau de bienfaisance du 8me arrondissement, médecin honoraire de la Société philantropique, etc., qui vient de succomber à une apoplexie foudroyante, survenue après une chute qui, depuis quatre semaines, le retenait au lit.

C'est de lui qu'on peut dire véritablement qu'il était le fruit de ses œuvres. Né à Champigny, près Richelieu, département d'Indre-et-Loire, il vint à Paris à l'âge de 19 ans, et comme tant d'autres, sans aucune espèce de fortune, pour se vouer à l'enseignement élémentaire ; mais il se sentit bientôt entraîné, comme instinctivement, vers l'étude de la médecine, et malgré les difficultés de toutes sortes qui s'offraient à lui, il parvint, en peu d'années, à être nommé au concours interne des hôpitaux civils. Dans cette nouvelle position, son désir de s'instruire, l'affabilité de son caractère ne tardèrent pas à lui concilier l'affection de ses maîtres ; à l'hôpital Saint-Louis, sous M. J. Cloquet, à la Salpêtrière, sous M. Rostan, à l'hôpital Saint-Antoine, sous le vénérable Lullier-Winslow et le respectable Kapeler, il acquit une instruction solide, qui, dès ses débuts dans la pratique, lui valut une position honorable, guidé par les conseils de ses illustres maîtres, dont l'amitié ne lui fit jamais défaut.

Doué des qualités qui font le praticien et l'homme du monde, il eut bientôt une clientèle importante, qu'il dut surtout à un tact parfait, à une aménité de bon goût et à une parole qui venait du cœur. Ses succès lui donnèrent de l'aisance et plus tard une petite fortune, chose rare de nos jours chez un praticien que ne recommandent à l'attention publique ni les découvertes, ni les ouvrages, ni les concours ou l'enseignement. L'usage qu'il fit de cette aisance fut de satisfaire en secret un des penchans de son âme, en venant en aide à des infortunes cachées, sorte de misères que les médecins ne sont d'ordinaire que trop impuissans à soulager ; et nous connaissons un jeune et aimable confrère de son voisinage, son ami et son confident, qui, bien des fois, a été chargé par lui d'en soulager efficacement quelques-unes, pour lesquelles la discrétion devait doubler le prix de l'offrande.

Le docteur Berton, semblable au médecin de l'ancien temps, était l'ami de ses cliens, l'homme indispensable de la famille, et comme on comptait parmi eux des hommes éminens dans la magistrature, l'administration et l'armée, il eût pu arriver aux dignités ou aux honneurs ; mais simple et modeste, il n'usa du crédit que lui donnaient ses relations, que pour rendre service et obliger ceux qui faisaient appel à son bon cœur.

Vingt-cinq années d'une vie si active et d'occupations incessantes ont suffi pour ruiner une constitution qui demandait des ménagemens ; elles eussent ruiné une constitution robuste. Quelque pressantes que fussent, depuis longtemps, les instances de ses amis pour l'engager à prendre du repos, à diminuer ses fatigues, il ne voulut jamais y consentir, et jusqu'à ses derniers momens, il prodigua ses soins à tous ses cliens, sans distinction de rang ou de fortune, et la mort est venue le frapper à l'âge de 53 ans.

Exempt de cette rivalité presque proverbiale parmi les médecins, sa perte laisse un vide considérable parmi les nombreux confrères qui ont connu sa bienveillance et sa droiture, et le nombre de ceux qui l'ont accompagné jusqu'à sa dernière demeure, témoigne de la haute estime que leur avaient inspirée son caractère et son dévouement.

Quant aux intimes qui se plaisaient à reconnaître en lui l'homme de bon conseil, l'ami sûr et dévoué, leurs regrets seront éternels.

VIDAL, D.-M.,
Ancien interne des hôpitaux.

COURRIER.

L'Académie de médecine consacrera les dernières séances de l'année au renouvellement de son bureau, de son conseil et des commissions permanentes. On ne peut guère compter sur la reprise de la discussion sur la révulsion que pour les premières séances de 1856. M. Bussy, vice-président actuel, sera très-certainement nommé président. Si nous sommes bien renseigné, M. Michel Lévy sera porté à la vice-présidence. L'Académie ne peut mieux faire assurément que de rendre hommage, en la personne de M. Lévy, à la médecine militaire, dont les services, en Orient, sont au-dessus de tout éloge, et d'honorer, en M. Lévy lui-même, le zèle, le dévouement et le talent dont il a fait preuve dans l'organisation du service sanitaire de l'armée.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 151. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Jeudi 20 Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An. . . . . 32 Fr

6 Mois. 17

3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :

Rue du Faubourg-Montmartre, 56,

A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

Libraire de l'Académie de Médecine,

rue Hautefeuille, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS

Chez les principaux Libraires.

Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 DÉCEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Fleurs annuelles, les honneurs académiques finissent avec décembre. Horticulteur vigilant, l'Académie n'attend pas les derniers jours, et hier elle a consacré sa séance à renouveler son bureau. M. Bussy occupera, en 1856, le fauteuil de la présidence, où l'a appelé la presque unanimité de l'assemblée, légitime hommage rendu au caractère digne et bienveillant de l'honorable directeur de l'École de pharmacie. Comme nous l'avions prévu et espéré, la même quasi-unanimité a porté M. Michel Lévy à la vice-présidence, et ce choix, aussi intelligent que juste, a été chaleureusement approuvé. M. Depaul, fleur bis-annuelle, tiendra encore la plume de secrétaire annuel. En sa qualité de perpétuel, M. Dubois (d'Amiens) n'a rien à redouter des caprices du scrutin. Enfin les trois membres sortans du Conseil seront remplacés par MM. Lévy, Roche et Ségalas.

Discussions orageuses, calmez-vous! Tempêtes académiques, apaisez-vous! Laissez au moins les nouveaux pilotes s'habituer à la mer difficile sur laquelle ils doivent guider le vaisseau de l'Académie.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfans-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

(Voir les n°s des 10, 14, 26 Juillet, 2, 14, 23, 30 Août, 6, 13, 20, 27 Septembre, 4, 11, 20, 27 Octobre, 8, 17, 29 Novembre, 11 et 18 Décembre.)

Quinzième Leçon (Suite).

Dans le strabisme externe, il y a moins d'inconvénient, et il peut y avoir plus d'avantage à décoller largement le muscle que lorsque la déviation est interne; on ignorait ce fait il y a quelques années, et c'est en partie de la sorte que s'expliquent les revers des chirurgiens à cette époque.

On a reproché à l'opération du strabisme, telle que nous venons de la décrire, de produire une plaie extérieure, de détruire les liens fibreux de l'œil dans un trop grand espace; de là le procédé sous-conjonctival de M. J. Guérin, qui consiste en une ténotomie cachée, par simple piqûre. Dans un autre procédé, dû à M. L. Boyer, on introduit un crochet mousse à travers une incision horizontale pratiquée à la muqueuse oculaire, on attire le muscle au dehors et on l'incise. Le seul avantage de ces deux méthodes est d'exposer peut-être moins à détacher l'aponévrose du globe de l'œil dans une trop grande étendue. Le même avantage se retrouve dans le procédé de M. Velpeau, qui, au lieu de découvrir le muscle par l'incision préliminaire de la conjonctive, le soulève avec elle à l'aide de pinces à griffes et divise en même temps la membrane et le muscle dans le pli qu'il a formé.

Les suites de l'opération sont généralement simples. Elle est accompagnée d'un écoulement de sang ordinairement insignifiant, mais quelquefois assez abondant, donnant lieu à des ecchymoses considérables, surtout si l'on a eu recours à l'un des deux procédés qui empêchent le sang de s'écouler librement au dehors.

On n'observe point de fièvre en général; il s'en développe cependant dans les cas malheureux où apparaissent des phénomènes inflammatoires, tels que rétinite, ophthalmie intense, etc., qui peuvent entraîner la perte de l'œil. On n'observe guère de pareils accidens que par suite d'imprudences des malades, comme cela a eu lieu chez la comtesse opérée par Dieffenbach, et qui passa, dit-on, une partie de la nuit à écrire après l'opération.

La plaie cachée, sous les paupières, est une fente ou boutonnière qui s'efface en partie par le rapprochement de ses bords, en partie par la formation d'un nouveau tissu muqueux. Il reste assez souvent une légère dépression au grand angle de l'œil, entre cette cicatrice et la caroncule lacrymale. La suppuration est ordinairement à peine sensible. Elle peut s'accompagner de la formation d'un bourgeon cellulo-vasculaire, qu'il faut quelquefois exciser, quand il ne disparaît pas de lui-même.

Il est intéressant de rechercher ce qui se passe dans l'orbite et dans le muscle divisé à la suite de l'opération du strabisme. On sait ce qui arrive après la section sous-cutanée des muscles : un lien fibreux réunit les portions divisées. Les choses se passent différemment dans les muscles de l'œil; il paraît que les deux bouts ne se réunissent jamais; du moins c'est ce qui se trouve démontré par les autopsies de MM. Lenoir, Bonnet, L. Boyer, Hewett, Guersant, et par celle qui m'est propre. Ni ces observateurs, ni moi-même, nous n'avons vu l'union des deux moitiés du muscle; mais nous avons constaté la soudure du bout postérieur à l'œil; ce bout se greffe en quelque sorte à la sclérotique, le tissu cellulo-aponévrotique qui l'unit à cette membrane s'organisant en aponévrose d'insertion. L'extrémité antérieure du muscle se flétrit et disparaît à la longue. On n'a jamais démontré par la dissection la réunion du muscle bout à bout que l'on prétend obtenir dans certains procédés, tels que le sous-conjonctival. Le cas dans lequel M. Bonnet a cru voir cette réunion nous paraît prouver le contraire; et quant aux observations faites sur le vivant lorsqu'on a opéré de nouveau à la suite de la première section, elles ne sauraient établir le fait d'une manière péremptoire. On comprend que le bout antérieur, surtout s'il a une certaine longueur, puisse adhérer à l'œil près de la nouvelle attache du bout postérieur, avec lequel il peut se confondre en apparence; mais cela ne changerait rien au résultat physiologique.

De ces faits découlent des conséquences physiologiques importantes : c'est que plus le muscle s'insère en arrière, plus son action est diminuée; il cesse d'agir si son insertion nouvelle est très rapprochée du nerf optique. Celle-ci a-t-elle lieu dans un point voisin de l'attache normale, le muscle a presque autant d'action qu'avant la section. Les premiers opérateurs ignoraient complétement ces faits. On peut en quelque sorte régler à l'avance le degré de cette action restante du muscle, en agissant sur un point plus ou moins rapproché de son extrémité postérieure.

Les résultats consécutifs et définitifs de la strabotomie résultent d'une espèce de lutte qui s'établit entre le muscle coupé et son antagoniste; si l'opération a été bien faite, l'équilibre succède en général à cette lutte, que l'on a cherché à diriger par des moyens orthophthalmiques, à l'aide d'un bandeau appliqué sur l'œil sain, par exemple, ou bien par un fil de soie passé dans la conjonctive de l'œil opéré. Je ne sais si ces tentatives ont été couronnées de succès; *à priori*, j'y vois quelques inconvéniens au point de vue de l'irritation et de l'inflammation qui peuvent en résulter.

On peut diviser en quatre catégories les résultats définitifs de la strabotomie.

1° L'œil est complétement redressé; ses mouvemens ont leur étendue naturelle; c'est, en un mot, un œil tout à fait normal. Ce résultat parfait s'obtient rarement.

2° On peut dire qu'aujourd'hui le deuxième résultat dont

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Usages de l'appareil de l'aération. Y a-t-il du sang dans les artères? — Érasistrate et Galien. — L'esprit vital de Galien et le principe vital de Barthez. — Observation d'embryogénie. — De la chaleur animale suivant Galien. — De la combustion : Galien, Lavoisier et les chimistes modernes. — Analogies et différences.

XVI (1).

Physiologie de Galien. — Analyse du De usu partium (suite).

Fonctions de l'appareil de l'aération. — Après nous avoir parlé des fonctions de l'appareil de la nutrition, Galien entame l'histoire des usages de l'appareil respiratoire ou de l'aération, c'est-à-dire de l'ensemble des organes par lesquels l'air extérieur pénètre dans le corps vivant. Cet appareil se compose : 1° de l'appareil respiratoire proprement dit : larynx, trachée, bronches, cellules pulmonaires; 2° des veines pulmonaires; 3° du cœur gauche; 4° de l'aorte et de ses dépendances. De cet ensemble, quelques parties, celles qui forment l'appareil respiratoire proprement dit, ne contiennent que de l'air; les autres veines pulmonaires du cœur gauche, aorte et ses dépendances renferment un mélange d'air et de sang. Ce mélange se fait, dans le cœur gauche, à travers la cloison qui sépare les cavités gauches des cavités droites; dans les artères, à travers les porosités des parois contiguës des artères et des veines.

A Galien appartient l'honneur d'avoir introduit, dans la science, le fait de la présence du sang dans le cœur gauche et le système artériel, car, avant lui, on croyait, depuis Erasistrate, que les cavités gauches du cœur, l'aorte et toutes les artères qui en naissent ne contenaient que de l'air. Ce n'est pas tout, le premier, Galien a signalé les différences qui existent entre le sang artériel et le sang veineux. Il dit positivement que, par suite de l'action de l'air sur le sang, ce liquide acquiert une autre coloration et d'autres qualités; de noir, il devient rouge, d'impropre qu'il était à conserver la vie, il devient essentiellement vivifiant. Galien exprime cette propriété vivifiante du sang artériel dans un langage métaphorique qui cache une pensée vraie et exacte, lorsqu'il dit : par le contact de l'air et du sang se produit un principe subtil (esprit, *pneûma*), qui va partout avec l'air et le sang et qui est la cause la plus immédiate de l'entretien de la vie, de telle sorte que si ce pneûma cessait de se former, la vie serait, à l'instant même, anéantie. C'est pour cette raison que Galien donne à ce principe le nom d'*esprit vital*. Il ne faudrait pas, d'ailleurs, s'exagérer, comme on l'a fait, la signification qu'avait, pour Galien, ce mot *esprit vital*, et y voir autre chose qu'un terme métaphorique par lequel l'auteur veut exprimer un changement survenu dans le sang et désigner une propriété nouvelle acquise par ce liquide, par son contact avec l'air. Si l'on compare cet *esprit vital*, ainsi compris, au *principe vital* de Barthez, on trouve que les idées de Galien, sur ce point, se rapprochent bien plus de nous que celles du célèbre professeur de Montpellier. Pour celui-ci, en effet, le *principe vital* a une existence propre, indépendante de la matière des solides et des liquides, c'est un principe surajouté à l'organisation, placé en dehors d'elle; tandis que, dans les idées de Galien, sainement interprétées, l'*esprit vital* n'a pas d'existence isolée de l'organisation, n'est rien autre chose qu'une propriété que possède le sang et qu'il acquiert par son contact avec l'air atmosphérique.

Dans le cœur gauche réside donc, suivant Galien, sous le nom d'esprit vital, la cause nécessaire et immédiate de la vie. Aussi le cœur est-il, pour lui, l'organe le plus important de l'économie animale, et c'est pourquoi, ajoute-t-il, c'est, avec le foie, la partie qui apparaît *la première chez l'embryon*. Cette proposition est-elle le produit d'une idée purement spéculative, ou bien est-elle l'expression d'un fait anatomique observé par Galien, on l'ignore. Quoi qu'il en soit, l'observation moderne a vérifié cette vue de Galien? Dans la pensée de l'auteur, le cerveau est moins nécessaire à la vie que le cœur et le foie et l'on comprend très bien la vie sans l'existence de l'encéphale.

Mais le cœur n'est pas seulement le lieu de formation de l'esprit vital, c'est encore le foyer de la chaleur animale. Avec les idées que Galien avait, touchant l'action de l'air sur le sang, il semble qu'il n'avait qu'un pas à faire pour trouver le mode de formation de la chaleur animale et dérober d'avance à Lavoisier sa belle découverte : il ne l'a pas fait. Il admet simplement que le cœur, dès l'origine de la vie embryonnaire, est doué d'une propriété spéciale, en vertu de laquelle il produit de la chaleur; de ce foyer, cette chaleur rayonne, par le moyen des artères, dans toutes les parties du corps, et, bien loin que l'air soit pour quelque chose dans la production de cette chaleur, ce fluide a pour principale destination d'en tempérer les effets et de rafraîchir le corps.

Ainsi, par un singulier assemblage d'idées, dans le système de Galien, les artères servent à porter à la fois, dans toute l'économie et le principe de la chaleur et le fluide qui doit en tempérer l'action. Pour lui, les artères constituent un système de tuyaux de calorification et de ventilation, tout à la fois. On est habitué de voir en Galien un vitaliste pur. Sans doute, par le fond de ses doctrines, Galien est essentiellement vitaliste, mais c'est, en même temps, le médecin qui a le plus cherché à rapprocher les phénomènes de la vie, de ceux qui se passent au sein des machines ou des appareils créés par l'industrie humaine. Pour lui, l'homme est une machine, mais une machine dont le créateur, qui l'a formée, dirige le fonctionnement.

L'air extérieur arrivé dans le cœur gauche et de là porté par les artères dans toutes les parties du corps, après avoir vivifié le sang et tempéré l'excès de la chaleur animale, cet air doit sortir; le cœur le renvoie en partie aux poumons et les poumons le rendent au monde extérieur. Pourquoi l'air sort-il? Puisqu'il sort, il faut que ce soit dans un but déterminé, car la nature ne fait rien sans raison. Quel est ce

(1) Voir les numéros des 9, 16, 23, 30 Octobre et 29 Novembre 1855.

nous allons parler est la règle; c'est une *quasi-perfection*. Il reste un peu trop d'ouverture des paupières, le pli en dedans est un peu trop marqué, le globe oculaire est un peu plus saillant que son congénère; mais ces différences sont à peine sensibles. Les yeux, vus de face, sont presque normaux; si le malade les porte latéralement, ils sont d'accord dans une grande partie du regard, c'est-à-dire que leurs rapports restent les mêmes dans leurs divers déplacemens.

3° Le strabisme n'est pas redressé, bien que le muscle ait été incisé dans toute sa hauteur. Quelquefois, dans ce cas, quoiqu'on n'ait d'abord obtenu qu'une très légère amélioration, un changement consécutif s'effectue dans l'organe de la vision, et en détermine le redressement. Le contraire peut aussi avoir lieu, c'est-à-dire qu'après un redressement en apparence satisfaisant, le strabisme se reproduit en tout ou en partie.

Les sections multiples auxquelles on a eu recours pour prévenir les résultats de cette troisième catégorie, pour faire cesser le strabisme, lorsqu'il résiste à la section complète d'un seul muscle et à un large débridement de l'aponévrose oculaire, présentent des dangers; elles exposent à l'exophthalmie, à un excès d'écartement des paupières, au strabisme opposé, à la fixité de l'œil. Elles ne seraient guères admissibles que si la vision était presque détruite par un strabisme *horrible*, et qu'on eût l'espoir de rétablir cette fonction en donnant aux yeux une meilleure situation.

4° L'opération produit un strabisme opposé à celui qui existait, le muscle antagoniste attirant trop fortement l'œil de son côté. Cet accident, facile à produire dans le strabisme interne, est excessivement rare dans le strabisme externe. Dans quelques cas, malgré cette déviation nouvelle, les malades éprouvent de l'amélioration; leur vue est meilleure, ou bien le strabisme opposé est moins prononcé que celui qui existait auparavant.

L'immobilité complète du globe oculaire dans le sens du muscle coupé est encore un fâcheux résultat que les chirurgiens ont observé à la suite de la division d'un des muscles de l'œil, dont l'action se trouve perdue par l'effet de quelqu'une des circonstances déjà mentionnées, une section faite trop en arrière, un trop grand décollement de l'aponévrose. Il n'est pas toujours au pouvoir du chirurgien d'éviter ces inconvéniens, d'autant plus qu'ils peuvent se développer après une opération suivie du meilleur résultat immédiat, et par le seul défaut d'équilibration consécutive de l'action musculaire: aussi doit-on se faire une règle de ne pas opérer les strabismes légers, dans lesquels il est plus facile encore de produire la prédominance du muscle antagoniste sur le muscle affecté, trop affaibli par l'opération. On évite ces inconvéniens, a-t-on dit, en opérant par la méthode sous-conjonctivale; j'ai vu des faits qui contredisent cette assertion; ce sont là des prétentions exagérées; vous en trouverez la preuve dans une observation de M. Peyré (*Traité du strabisme*, p. 88, 1842).

On pourrait recommencer l'opération lorsqu'elle a échoué une première fois. Ces opérations nouvelles ont presque toujours des suites fâcheuses; je vous engage à ne pas opérer deux fois le même malade.

Un mot sur les résultats de la ténotomie oculaire relatifs à la vision. Elle s'améliore souvent, en même temps que l'œil se redresse; la rétine retrouve sa sensibilité; la diplopie, qui empêchait la netteté de la vision, diminue et disparaît immédiatement ou avec le temps.

En somme, et malgré la diversité de ses résultats, la strabotomie est une opération qui restera, qui rendra toujours des services incontestables, et l'Académie des sciences a bien jugé en décernant, en 1842, des récompenses à M. Stromeyer et à Dieffenbach pour avoir, l'un proposé, l'autre pratiqué cette opération.

Examinons maintenant un certain nombre de malades soumis à l'opération du strabisme.

1er *cas*. Voici un jeune homme de 25 ans que j'ai opéré en 1851. Il avait un strabisme externe de l'œil droit, qui persiste encore aujourd'hui, mais qui est beaucoup moins prononcé qu'avant l'opération; il est à peine du 2me degré. J'ai peu détaché le muscle abducteur, l'œil me paraissant suffisamment redressé au moment de la section. Vous voyez, dans le mouvement d'abduction, un léger intervalle entre l'iris et l'angle externe de l'œil du côté droit; l'adduction s'exerce parfaitement; il y a accord entre les deux yeux dans ce mouvement. Si j'eusse porté plus loin la section de l'aponévrose et le décollement du muscle, j'aurais obtenu un redressement plus complet du globe de l'œil; mais le mouvement d'abduction, déjà insuffisant, eût été encore plus limité. Dans les cas de ce genre, on se trouve placé entre deux alternatives, et il est presque impossible d'échapper à l'une d'elles. Il est arrivé chez ce malade que l'action du droit interne s'est montrée consécutivement insuffisante pour empêcher le droit externe de reproduire en partie le strabisme.

2e *cas*. Cette jeune fille, âgée de 18 ans, a été opérée aussi en 1851. Ses yeux ont une direction normale; je considère ce résultat comme un succès. Il s'agissait d'un strabisme interne de l'œil gauche du 3e degré. L'autre œil participait à l'affection; il y avait presque strabisme double. Les mouvemens latéraux sont bien d'accord; l'adduction est à peine diminuée; le bord interne de l'iris atteint la caroncule lacrymale. La vue, très faible avant l'opération, s'est beaucoup améliorée.

3e *cas*. Le résultat obtenu chez cette femme, qui a 34 ans, n'appartient pas tout à fait à la deuxième catégorie; il rentre dans la troisième. Nous allons en voir la cause. L'opération a été faite en 1845, à la Pitié; la déviation était interne, droite, congénitale et du deuxième degré. Une sœur jumelle éprouvait la même infirmité. L'incision du muscle droit interne et de l'aponévrose a été trop étendue; il y a affaiblissement du pouvoir adducteur; le bord interne de l'iris n'atteint plus la caroncule lacrymale. L'accord des deux yeux est parfait dans le regard à droite; ils cessent d'être harmoniques lorsqu'ils se portent à gauche, et surtout à la fin de leur course.

4e *cas*. Les deux yeux ont été opérés chez cette autre malade; elle avait un strabisme interne, gauche, du 3e degré, passant souvent à droite et par conséquent double alternatif. Après la section du muscle droit interne gauche à son attache, pratiquée en 1842, le redressement du globe oculaire était presque complet, l'abduction normale, l'adduction conservée ou peu diminuée. Les yeux se trouvaient d'accord, excepté dans des mouvemens extrêmes; la vision avait beaucoup gagné. La seconde opération a nui au résultat. Le muscle droit interne du côté droit, divisé huit jours après la première opération, a perdu son action, et a fait naître un strabisme divergent. Il aurait fallu recourir aux moyens orthophtalmiques, au lieu d'en venir à une deuxième opération, qu'on ne doit appliquer qu'avec beaucoup de réserve.

5e *cas*. La malade que je vous présente occupait un emploi à la Salpêtrière lorsque j'étais médecin de cet établissement, en 1841; elle était sous-surveillante et supportait avec peine une difformité qui excitait les plaisanteries des aliénées. Le strabisme, externe et situé à gauche, appartenait au troisième degré; le bord de l'iris atteignait la commissure externe des paupières. Le mouvement d'adduction avait une étendue presque normale; il existait peu de raccourcissement absolu du droit externe. La vision était un peu affaiblie à gauche. Cette lésion était peut-être congénitale; peut-être aussi était-elle le résultat d'attaques d'épilepsie auxquelles la malade a été sujette jusqu'à 19 ans.

Le 11 août 1841, je pratiquai la section du muscle droit externe sans presque obtenir de changement. Je débridai largement alors, au-dessus et au-dessous de l'insertion du muscle, et j'obtins un redressement satisfaisant; l'abduction était peu diminuée; l'adduction s'exécutait complétement. L'année suivante, on constatait un très léger défaut de convergence des yeux dans le regard vague, un accord dans les mouvemens latéraux droit et gauche, excepté cependant à la fin de ce dernier mouvement; l'abduction de l'œil gauche restait incomplète. Aujourd'hui on ne voit plus, ou difficilement, le défaut de convergence dont je viens de parler; l'abduction paraît complète comme l'adduction.

6e *cas*. Cette malade, qui est âgée maintenant de 39 ans, présentait un strabisme externe, gauche, du 2e degré; elle avait eu une variole à 3 ans; une taie s'était formée sur l'œil et avait été suivie d'une déviation du globe oculaire. Celui-ci, avant l'opération, jouissait encore de mouvemens étendus; mais l'adduction s'arrêtait à 2 millim. de la caroncule lacrymale. En outre l'œil gauche était un peu plus grand que l'œil droit. Le 19 mars 1841, la section du muscle droit externe fut pratiquée sans amener de changement dans l'état de l'œil; de larges débridemens eurent pour résultat son redressement, l'étendue complète de l'adduction, mais aussi une perte de l'abduction, qui se trouve réduite de moitié. La vision, déjà faible avant l'opération, n'a rien gagné depuis.

7e *cas*. Nous avons ici l'exemple d'un strabisme interne gauche du 3e degré. La malade a 10 ans. De 1 à 3 ans, elle fut atteinte de convulsions, avec un strabisme qui apparaissait d'abord seulement pendant les attaques, puis plus tard persistait après qu'elles avaient cessé.

Le mouvement d'abduction était presque normal; il y avait peu de rétraction du muscle droit interne. La vision était affaiblie à gauche.

Au mois de juin 1854, la section du muscle droit interne, pratiquée à son attache antérieure, a produit un redressement satisfaisant de l'œil; l'adduction est peu diminuée. La vision s'est notablement améliorée.

8e *cas*. Le dernier de nos opérés présentait, comme le précédent, un strabisme interne de l'œil gauche, dont la cause nous est inconnue; nous savons seulement que ce jeune homme, âgé aujourd'hui de vingt-cinq ans et militaire, ne louchait pas avant six ans. Quand nous l'avons vu pour la première fois, à neuf ans, les pupilles étaient bien semblables, et l'abduction était complète. Le malade nous disait voir moins bien de l'œil gauche; toutefois la vue, de ce côté, était encore bonne. Quand on couvrait l'œil droit, on observait un redressement subit de l'œil gauche. Les efforts du malade parvenaient à maintenir cet œil redressé après la réouverture des paupières à droite; mais abandonné à lui-même, l'œil gauche retournait à sa position vicieuse.

En lisant, l'enfant ne paraissait regarder que de l'œil droit, l'œil gauche restant toujours dirigé en dedans. Le doigt, placé

---

but? C'est, répond Galien (admirons cette réponse!), c'est de chasser au dehors les parties fuligineuses du sang *brûlées* dans le cœur. Ainsi, suivant Galien, il se fait, dans le cœur, une véritable *combustion* de certains principes du sang, lesquels sont chassés au dehors sous forme de vapeur. Il s'effectue donc, dans le cœur, une nouvelle séparation du sang, dépuration qui fait suite à la série d'élaborations que le suc alimentaire a subies successivement dans l'estomac, l'intestin, le foie, la rate, les reins, etc., et qui se continue dans les artères et les veines. Partout il se fait des séparations de matières, partout on voit des principes qui, par un mécanisme plus ou moins compliqué, sont éliminés du sang dans le triple but: 1° de porter ce liquide à un degré de plus en plus élevé de perfectionnement; 2° de procurer à l'*esprit vital* une libre circulation; 3° de permettre aux diverses forces, facultés ou puissances qui régissent l'économie de se développer et d'agir avec toute leur énergie. C'est là un des grands pivots de la pathologie galénique. En effet, à ces éliminations si nombreuses, si variées, si importantes, mille causes peuvent venir mettre obstacle. Dès que l'une ou l'autre de ces éliminations ne peut plus s'accomplir normalement, il naît une maladie en rapport avec l'espèce d'élimination qui a fait défaut. Il y a maladie, parce qu'il existe, dans le sang, des principes qui n'y devraient pas être et que, pour cette raison, Galien appelle des *hétérogènes*.

Réfléchissez à ces vues développées par Galien, et voyez si derrière ce langage ne se cache pas le germe d'importantes doctrines pathologiques. Ce langage n'est-il pas plus semblable au nôtre que ne l'était celui des pathologistes il y a un certain nombre d'années, alors que, sous l'empire d'un solidisme exclusif, on refusait d'admettre que le sang peut devenir une cause de maladies?

Rapporter un certain nombre d'affections à la présence, dans le sang, de principes hétérogènes qui altèrent la composition de ce liquide, avait semblé alors une conception purement hypothétique et nullement acceptable, tandis que pour nous c'est une vérité incontestable, démontrée par la balance et les réactifs; or, cette conception est toute entière dans Galien.

Allons plus loin dans la recherche de cette similitude entre le langage de Galien et le nôtre. Quoi! direz-vous, y aurait-il, par hasard, à dix-huit siècles d'intervalle, une ressemblance quelconque entre les expressions dont Galien s'est servi et celles dont nous nous servons aujourd'hui. Voyez plutôt: L'*expiration*, dit Galien (c'est textuel), *emporte hors du cœur ce qui a été brûlé dans cet organe*.

L'expiration, disons-nous, emporte au dehors le carbone et l'hydrogène du sang *brûlés* dans les vaisseaux capillaires. N'y a-t-il pas là similitude parfaite? De part et d'autre un même phénomène, la combustion, n'est-il pas invoqué pour expliquer le rejet, par l'expiration, d'un certain nombre de principes combustibles du sang? Chose singulière! nous sommes même, à cet égard, plus près de Galien que n'était Lavoisier, car cet illustre chimiste fait brûler ces principes dans le poumon, tandis que nous, nous plaçons cette combustion dans l'appareil circulatoire, comme Galien. Seulement, chez celui-ci, cette combustion est une hypothèse sans preuves, tandis que, dans nos livres modernes, c'est un fait rigoureusement démontré. Cependant il ne faudrait pas donner à cette phrase de Galien plus de portée qu'elle n'en a réellement. Pour lui, en effet, cette combustion ne produit pas la chaleur animale, car cette chaleur, dans ses idées, commence chez l'embryon et n'est pas le résultat de l'action de l'air atmosphérique sur le sang. Loin de servir à la combustion, l'air intervient, au contraire, pour rafraîchir le sang et tempérer l'intensité trop grande de la chaleur innée. A ce point de vue, il existe entre les idées de Galien et les nôtres une différence énorme.

(La suite à un prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

VENISE, CONSIDÉRÉE COMME SÉJOUR D'HIVER POUR LES POITRINAIRES;

Par le docteur JOSEPH, à Breslau.

Quoique l'eau des lagunes ait la même richesse de sel que celle de l'Adriatique, elle en diffère néanmoins, parce qu'elle est boueuse, souvent très sale, et exhale dans les bas-fonds des miasmes de mauvaise odeur, par une atmosphère calme, chaude et sèche pendant quelque temps. Ces inconvéniens résident encore plus dans les petits canaux, dans lesquels on jette toutes les immondices, qui se décomposent lors des basses eaux. Peu d'endroits, à Venise, sont salubres et peuvent être habités par les malades. Ce sont la *Riva degli Schiavoni*, la *Riva sulle Zattere*, et la *Piazzetta di S. Marco*. La première est une côte bien pavée, exposée au midi, et s'étendant en demi-lune de la *Piazzetta di S. Marco* jusqu'aux *giardini publici*. Elle n'est accessible qu'au vent du Sud et sert de promenade aux malades. Ceux-ci ont seulement à observer la précaution de bien s'envelopper quand, de la Riva chaude, ils entrent dans les petites rues ombragées et plus froides, qui s'y rendent. La *Riva sulle zattere* est moins animée et n'a qu'un petit nombre de maisons habitables pour les étrangers. Sur la place St-Marc, il existe également plusieurs maisons, à façades tournées vers le midi et très convenables. Toutes les autres localités ne doivent pas être habitées par les poitrinaires.

Venise a des hivers, généralement peu rudes, il est vrai, mais le froid y devient parfois très sensible. L'hiver dernier, la neige est restée pendant quinze jours. Décembre et janvier sont les mois les plus froids. Les étés ne sont pas trop chauds, dans tous les cas, moins qu'à Milan. Elle doit cette absence de températures extrêmes à sa situation sur le littoral. La même cause rend également la température plus constante dans les différentes saisons, avec moins de variations journalières par le temps calme, et moins de différence entre la température du jour et de la nuit. Le climat est très humide; l'hygromètre est à une moyenne annuelle de 87,187. Néanmoins les brouillards y sont rares, et la quantité d'eau tombée est moindre que dans beaucoup d'autres localités: 32,09 pouces cubes de Paris. On compte 80 jours de pluie et 122 à Pise. La plupart de ces jours sont en été et en automne; moins au printemps et le moins en hiver. La moyenne des jours sereins y est de 144, à Pise 111, à Naples 90.—(*Günsburg's zeitschr.*, t. VI, n° 4, dans *Allg. med. central. zeit.*, 1855, n° 69.)

L'UNION MÉDICALE vient de recevoir un travail de M. Éd. Carrière, sur les *hivers à Venise*, dont nous commencerons incessamment la publication.

en face des yeux, et de près, était vu double; la deuxième image se trouvait située à gauche de la première: aussi, quand le doigt était porté à gauche, le malade voyait-il la deuxième image devant l'autre. Le doigt, placé à droite, ne donnait pas lieu à la vue double.

Le 12 avril 1842, j'incisai le muscle droit interne gauche à petits coups, près de la cornée, et après l'avoir décollé avec l'extrémité fermée des ciseaux. Immédiatement après l'opération, le malade ne voit plus double; l'œil est bien redressé; mais quelques instans après, le strabisme se reproduit. Le crochet introduit dans la plaie rencontre une bride résistante, probablement formée de fibres charnues, que j'incise. L'œil reste alors bien redressé; l'adduction est étendue: l'iris atteint presque l'angle interne; elle n'en est distante que d'une demi-ligne.

Aujourd'hui, l'état des yeux est satisfaisant; seulement le gauche est un peu plus grand que le droit. L'iris approche très près de l'angle interne dans l'adduction, mais un peu moins près qu'autrefois; elle en reste éloignée de plus d'un millimètre. L'œil gauche est assez bien d'accord avec le droit dans le regard à droite, excepté pourtant à l'extrême adduction. L'harmonie existe d'abord entre les deux yeux dans le regard à gauche, mais elle diminue et cesse en dehors.

La vue est un peu meilleure à droite, et cette différence devient surtout sensible quand le sujet cherche à lire des caractères qu'on maintient éloignés.

En résumant les faits qui viennent d'être soumis à notre observation, nous voyons que la myotomie oculaire a permis d'obtenir un redressement complet de l'œil dans quatre cas, et dans trois de ces cas une amélioration notable de la vision; qu'elle a donné un demi-succès dans deux autres cas; et qu'enfin elle a laissé les yeux dans un état très imparfait chez les deux derniers malades. Ce résultat général, que je ne donne pas comme pouvant fonder à lui seul une statistique qui exigerait des faits plus nombreux, est néanmoins satisfaisant et confirme l'opinion que j'ai exprimée plus haut sur le mérite de cette opération.

Ém. Bailly,
Interne du service.

CHIRURGIE.

OBSERVATION DE LUXATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE DE L'INDEX.

Les auteurs donnent comme fort rares les luxations métacarpo-phalangiennes autres que celles du pouce, c'est ce qui m'engage à communiquer l'observation suivante.

Le 5 octobre, la femme Anon, demeurant à Montmorency, m'amena son enfant âgé de 9 ans, lequel venait de tomber d'une fenêtre élevée environ de 2 mètres au-dessus du sol; la main droite, sur laquelle avait porté la chute, témoignait seule de l'accident.

L'articulation de l'index avec le second métacarpien était, dans ses formes, le siége d'une grave altération. A la partie postérieure, on observait, de bas en haut, une tumeur se continuant en bas avec la première phalange, dont elle était évidemment l'extrémité supérieure, puis un enfoncement très prononcé. A la face antérieure, une disposition contraire, un enfoncement borné supérieurement par une tumeur dure terminant évidemment l'extrémité inférieure du second métacarpien. Les deux os chevauchaient solidement l'un sur l'autre, puisque les deux tumeurs étaient situées l'une devant l'autre, et qu'en ce lieu l'épaisseur antéro-postérieure de l'articulation était considérable; d'ailleurs, par un effort modéré, on ne pouvait imprimer aucun changement à cet état de choses.

L'index était sur un plan postérieur, relativement au plan des autres doigts; les axes du second métacarpien et de la première phalange de l'index étaient à peu près parallèles, mais les deux articulations phalangiennes étaient demi-fléchies l'une sur l'autre.

Aucune hésitation, aucun doute n'était possible sur le genre de lésion auquel on avait affaire; on sentait les têtes osseuses arrondies et libres; il n'y avait aucune crépitation, aucun indice de fracture.

Ayant donc affaire à une luxation métacarpo-phalangienne, je fis mes réserves sur le pronostic; et, m'attendant à une grande difficulté de réduction, je pensais à envoyer quérir un confrère et à chloroformer l'enfant. Mais je voulus faire d'abord une tentative en employant la seconde méthode de M. Gerdy, que je modifiai légèrement.

Je saisis fortement le doigt de la main gauche, appuyant le dos de mon index fléchi sur la tête du métacarpien. J'appliquai le pouce de la main droite sur la tête de la phalange déplacée. Ainsi je tirai fortement le doigt de l'axe de la première phalange déplacée, m'appuyant pour cette extension sur la tête du métacarpien, ce qui donnait la contre-extension; tandis que du pouce de la main droite je poussais vigoureusement suivant l'axe déplacé. Un léger mouvement imprimé au doigt, comme pour le renverser en arrière, facilita aussi la réduction, qui s'opéra en moins de deux minutes, et surprit l'opérateur lui-même.

Dois-je ce facile résultat à la manœuvre un peu modifiée que j'ai employée, ou au peu de résistance que les organes d'un enfant de 9 ans ont opposée, ou enfin au court espace de temps (une demi-heure environ) qui séparait l'accident de la réduction? C'est ce que je ne me permettrai point de décider.

Il me paraît vraisemblable que l'obstacle aurait été beaucoup plus grand si j'avais eu affaire à un homme vigoureusement constitué.

Dr A. Bertillon,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATIONS DE CROUP ET D'ANGINE DIPHTHÉRITIQUE.

Clermont-Ferrand, le 4 Octobre 1855.

Monsieur le rédacteur,

Voici deux observations, l'une de croup, l'autre d'angine diphthéritique, auxquelles vous voudrez bien, je l'espère, donner place dans les colonnes de votre estimable journal.

Le dimanche 23 septembre de cette année, à neuf heures du soir, M. G..., industriel à Clermont, vint me prier de monter à sa fabrique, située à deux kilomètres de la ville, sur la route qui conduit au Puy-de-Dôme, afin d'examiner deux de ses ouvriers malades depuis quelques jours.

En entrant dans une pièce du rez-de-chaussée d'une maison isolée sur le bord de la route, je trouvai, assis sur son lit et respirant à peine, le jeune Lainé (Étienne), âgé de 10 ans.

Cet enfant, brun, d'une forte constitution, a toujours joui d'une bonne santé. Il est fils du contre-maître de la fabrique. Tous les jours il se rend à l'école de la ville et ne revient que le soir pour se coucher.

Le mardi 18, il partit bien portant. Le soir, il avait la voix rauque, mais il fut gai et mangea comme d'habitude.

Le 19, il ne va pas à l'école, où, du reste, il n'y a pas eu d'autre enfant malade. Le soir, il eut du malaise et quelques quintes de toux.

Le 20, il garde le lit où l'on s'efforce de le faire suer. Il change six à sept fois de chemise dans les vingt-quatre heures.

Le 21, la voix est faible, la respiration gênée, la toux comme on ne l'avait plus entendue.

Le samedi 22, il fut conduit à la ville, de son pied, pour consulter un médecin qui ordonna quatre sangsues au cou, potion vomitive, boisson chaude. Sous l'influence de ce traitement, il y eut une amélioration notable. L'enfant dormit paisiblement pendant une grande partie de la nuit. Il avait rendu un petit morceau de peau blanche après le troisième vomissement.

Le dimanche 23, la matinée fut assez bonne; la potion fut supprimée pendant le jour. Le soir, tout allait au plus mal. L'enfant, assis sur son lit, les bras tendus pour prendre un point d'appui, faisait entendre, en respirant, un sifflement aigu; l'agitation était extrême, la voix éteinte, la toux impossible, les yeux brillans, le visage décoloré, les lèvres froides et légèrement cyanosées, le pouls, assez fort, marquait 92. Poumon sain, pas de ganglions engorgés, pas de fausses membranes à l'arrière-gorge; rougeur peu vive sur quelques points seulement.

Je diagnostiquai: croup confirmé; dangers de suffocation par obstruction du larynx. Je proposai la trachéotomie.

L'imminence de la suffocation me faisait un devoir de recourir au plus tôt à cet énergique moyen. La régularité du pouls, l'état sain du poumon, m'assuraient autant que possible le succès. La mère rejeta ma proposition. Je prescrivis alors poudre d'ipécacuanha, 50 centigrammes; émétique, 2 centigrammes, pour une dose. Deux ou trois doses devaient être administrées pendant la nuit, si la première n'avait pas suffi pour obtenir une liberté plus grande de la respiration, afin de donner au bicarbonate de soude le temps d'agir. Dans l'intervalle des vomissemens, le malade devait prendre dans la nuit: bicarbonate de soude, 10 grammes, dans de la tisane de guimauve.

Je me rendis alors au deuxième étage de la même maison, dans une vaste chambre, bien aérée, qui sert de dortoir à sept ou huit ouvriers de la fabrique. Je trouvai là, couché, Goubli (François).

Goubli est âgé de 17 ans, blond, bien développé; il est d'une bonne santé habituelle. Il ne quitte son travail que le soir pour venir prendre ses repas et se coucher chez la mère du premier malade. Il s'est amusé le mardi et le mercredi soir avec le jeune Lainé.

Le jeudi, 20, il lui est impossible de travailler; il se sent faible; il souffre de la gorge, surtout en avalant sa salive; mais il parle assez bien, respire sans peine, et ne tousse pas comme Lainé. Le samedi, il est allé à la ville consulter un de mes confrères qui lui ordonna quatre sangsues aux côtés du cou, de la tisane chaude et des bains de pied. Il se trouve bien mieux depuis l'application des sangsues.

J'examine la gorge, et je constate: à droite, sur l'amygdale et le pilier du palais, des plaques d'un blanc-grisâtre fortement adhérentes à ces parties; le côté gauche ne présente qu'une rougeur un peu vive; la langue est recouverte d'un enduit pâteux blanc-jaunâtre, très épais à la base, diminuant à la pointe et sur ses bords. Du reste, pas de ganglions engorgés, pas d'aphonie, pas de toux rauque, pas de sifflemens laryngés. Pouls à 80.

J'eus grande envie de cautériser, comme je l'avais fait plusieurs fois avec succès dans des cas semblables. Mais mon malade offrait une analogie trop grande avec celui dont l'observation avait été présentée à l'Académie des sciences par M. Marchal (de Calvi), pour m'arrêter à une médication autre que celle qui avait si bien réussi à cet observateur distingué. Je prescrivis donc en toute confiance: bicarbonate de soude, 10 grammes, à prendre pendant la nuit dans de la tisane de guimauve.

Lundi 24. Le jeune Lainé semble respirer avec un peu moins de peine, mais la respiration est toujours rude et sifflante, la voix éteinte, la toux croupale. Il a dormi une heure après les vomissemens. Le curé d'un village voisin a fait placer sur le sternum de notre malade un vésicatoire, auquel les parens, qui croient leur enfant sauvé, ne manquent pas d'attribuer le mieux qui s'est manifesté. Le bicarbonate de soude n'a pas été donné.

Je m'efforce de faire comprendre à ces bonnes gens combien serait funeste leur sécurité. Le mal n'est point détruit. Il faut revenir au vomitif à la moindre gêne de la respiration et administrer avec grand soin 20 grammes de bicarbonate de soude dans les vingt-quatre heures. On me promet de suivre mes prescriptions.

En gravissant les deux étages j'appris, à ma grande satisfaction, que, plus docile et plus convenablement soigné que son camarade, Goubli avait pris les 10 grammes de bicarbonate de soude. Je me réjouissais déjà, comptant sur un succès. Mais ma joie fut courte et grande fut ma surprise, quand, examinant la gorge de mon malade, il me fut impossible de trouver un seul point de la muqueuse post-buccale qui ne fût recouvert d'une fausse membrane plus ou moins épaisse. Le pouls était mou, à 98; la respiration bonne, la voix assez claire, pas de toux. Un seul ganglion sous-maxillaire s'est manifesté au côté gauche.

Devais-je, devant cette aggravation si manifeste du mal, renoncer au sel alcalin? Je ne le pensais pas. D'ailleurs, cette maladie, étant plus ancienne que celle du malade de M. Marchal, ne devait céder qu'à une dose bien plus forte de sel alcalin. Je prescrivis donc: bicarbonate de soude, 20 grammes, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Mardi 25, huit heures du matin, Goubli vient de mourir! Pendant la nuit, il a été pris de suffocations, il ne pouvait plus parler et toussait comme Lainé. La diphthérite avait probablement envahi le larynx.

Lainé, qui a pris les 20 grammes de bicarbonate de soude, se trouve dans un état plus alarmant que la veille: la respiration est moins libre que jamais. Il souffre de la gorge en avalant. Je constate quelques fausses membranes sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais; la voix toujours éteinte, le pouls à 100. Je présente de nouveau la trachéotomie comme la seule ressource qui nous reste. Les parens refusent encore.

Après avoir cautérisé toute l'arrière-gorge avec la pierre infernale, je prescris des frictions sur le cou avec onguent napolitain 2 grammes, toutes les deux heures. Bicarbonate de soude, 10 grammes pour deux litres de tisane.

Le lendemain 26, Lainé mourait à neuf heures du matin. A six heures j'étais une dernière fois près des parens de mon malheureux malade, sans pouvoir obtenir de pratiquer la trachéotomie.

Quel enseignement tirer de ces deux observations si rapidement terminées par la mort? Que penser du bicarbonate de soude à haute dose dans le croup et l'angine diphthéritique après ces deux cas d'insuccès, où la médication a été suivie avec persistance et énergie? Je me garde de toute conclusion, laissant à la haute expérience du savant rapporteur de l'Académie des sciences le soin de fixer la pratique médicale sur ce point important de thérapeutique.

Je note ici en terminant cette communication, déjà trop longue, que, le mardi 25, trois personnes de la même fabrique se présentèrent à mon observation avec les signes incontestables de l'angine couenneuse au début. Ces trois malades furent largement cautérisés avec le nitrate d'argent et soumis pendant quelques jours à l'usage d'un gargarisme fortement chargé d'alun. Aujourd'hui leur santé est parfaite.

Recevez, Monsieur le rédacteur, etc.

A. Babu, d.-m. p.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Décembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

La correspondance officielle comprend:

Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Tarn pendant l'année 1854.

— Trois rapports de MM. les médecins des épidémies de Montbard et Vitteaux, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans les communes de St-Remy, St-Thibault et Bain.

— Rapport final de M. le docteur d'Hennezel, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Regnivelle. (Vosges.) (Comm. des épidémies.)

— Rapport de M. le docteur Racle, médecin-inspecteur des eaux minérales de St-Honoré (Nièvre), sur le service de cet établissement pendant l'année 1855.

— Quatre relevés de M. le docteur Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges, relatifs aux malades qui ont fait usage des eaux de cette localité pendant l'année 1855.

— Un rapport de M. le docteur Barthez, médecin principal de l'hôpital de Vichy, sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cet établissement ont été appliquées pendant l'année 1855. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle se compose des pièces qui suivent:

Une lettre de Mlle Joséphine Brouland, qui fait hommage à l'Académie d'un de ses tableaux destinés à l'instruction des sourds-muets. (M. Guéneau de Mussy, rapporteur.)

— MM. H. Galante et Comp., présentent à l'Académie un appareil destiné à maintenir réduites les hernies inguinales chez les enfans; ils lui donnent le nom de *ceinture herniaire inguinale*.



Cet appareil, en caoutchouc vulcanisé, se compose d'une ceinture qui se place sur l'hypogastre et qui porte, à sa partie antérieure, un coussin rempli d'air, assez allongé pour s'appliquer exactement devant les orifices des canaux inguinaux. Une échancrure est ménagée au milieu pour la verge, des sous-cuisses maintiennent l'appareil dans une position invariable.

La plupart des bandages usités jusqu'à ce jour pour les enfans ne remplissent qu'imparfaitement le but. En effet, ou les ressorts sont trop faibles, et alors ils contiennent mal, ou ils sont trop forts, et ils occasionnent des douleurs, des excavations et quelquefois des accidens plus graves.

Les principaux avantages de la *ceinture inguinale herniaire* que nous proposons, sont de maintenir parfaitement sans jamais causer ni gêne ni douleur, grâce aux qualités de la matière employée. Elle peut être portée longtemps sans inconvénient, soit pour guérir, soit pour prévenir les hernies chez les enfans, en hâtant l'occlusion de la tunique vaginale. — (M. Blache, rapporteur.)

— Des observations sur la broncho-pneumonie puerpérale, avec miliaire et ptyriasis, traitée au moyen de la saignée, du citrate de quinine

et de la gomme ammoniaque, par M. le docteur Thimothée Riboli, de Turin. (M. Grisolle, rapporteur.)

— Note-annexe aux recherches sur la barégine et la glairine des eaux minérales, par le docteur Aulagnier, médecin principal des armées. (Comm. nommée, M. Isidore Bourdon, rapporteur.)

— Un mémoire intitulé : *De pathologia et therapia choleræ asiaticæ*, par M. S. Samuel, de Berlin.

— Un mémoire sur diverses épidémies et sur le choléra observés à l'Hôtel-Dieu d'Arles, en 1855, par M. le docteur Martin. (Comm. du choléra de 1854.)

— Lettre de M. Victor Masson, libraire à Paris, qui fait hommage à l'Académie de plusieurs ouvrages qu'il a édités.

— Une lettre de M. Mathieu, fabricant d'instrumens de chirurgie, relative à une *érigne mobile*, exécutée d'après les indications de M. Robert. Cet instrument est destiné à extraire les gros polypes de l'utérus ou d'autres parties profondes. Les branches de cette pince sont articulées en forceps et peuvent s'introduire isolément. Au moment de l'introduire, l'instrument est mousse, les dards sont redressés, et leur pointe est abritée par une espèce de cadre métallique. Après avoir saisi la tumeur entre les branches, il suffit de faire exécuter un mouvement de rotation aux clefs, placées sur la partie inférieure des branches, pour que les dards basculent et forment des crochets longs et aigus, sur lesquels le chirurgien peut opérer les plus fortes tractions. Si dans la manœuvre il se présente quelques difficultés, le même mécanisme permet de redresser les dards et de rendre l'instrument droit et mousse pour le changer de position ou le retirer complétement.

— Une lettre datée de Rio-Janeiro et dans laquelle se trouvent contestées les observations de M. le docteur Antonio Da Costa, relativement aux maladies du Brésil et à l'état de la chirurgie dans ce pays. L'auteur de cette lettre communique l'extrait de plusieurs journaux politiques, où l'inscription de M. Da Costa parmi des candidats *admissibles* au titre de membre correspondant de l'Académie est annoncée à tort comme une nomination au titre d'académicien.

M. Velpeau demande la parole à propos de la correspondance. Il y a bien des années, dit-il, que j'ai proposé d'abolir l'usage où l'on est, à l'Académie, de mettre, au nombre des conclusions d'un rapport, l'admission des médecins au nombre des *candidats* au titre de membres correspondans. Vous venez de voir quel abus on fait de cette admissibilité, puisque, par erreur peut-être, on la fait valoir comme une nomination. C'est surtout dans les contrées méridionales et dans plusieurs pays étrangers, où l'amour des titres est poussé fort loin, que cette erreur est fréquemment commise. Proposer un candidat admissible est, du reste, parfaitement inutile ; tous les médecins, qu'ils aient ou non soumis leurs travaux à l'Académie, sont candidats, s'il leur plaît, au moment des élections, et nous faire savoir que telle est leur intention.

M. Gibert : Il y a peut-être quelque exagération dans ce que M. Velpeau vient de dire. Que tel médecin proposé pour être inscrit parmi les candidats admissibles aille faire du charlatanisme au Brésil, cela est fâcheux sans doute ; mais, en supprimant les listes que M. Velpeau déclare inutiles, on priverait la commission de documens importans.

M. Velpeau : Si j'invite l'Académie à supprimer la proposition d'admissibilité, c'est que, par là, on n'ajoute aucun titre nouveau à ceux que les candidats possèdent, puisque les correspondans sont toujours choisis parmi les médecins connus.

M. Gibert : Il me paraît impossible qu'au moment des élections de membres correspondans, l'Académie aille compulser ses archives ; il y a donc avantage à ce qu'elle puisse choisir entre des noms recommandés.

M. Dubois (d'Amiens) : Avant que la commission des membres correspondans propose à l'Académie une liste de candidats, il est nécessaire qu'elle statue sur quelques questions de principes. Il s'agit, en effet, d'une part, de limiter le nombre des membres correspondans et, d'une autre part, de rendre l'élection individuelle. M. Bégin présentera prochainement, à l'Académie, un travail sur ce sujet.

— M. Malgaigne dépose sur le bureau un mémoire de M. Langenbeck, de Berlin, *sur les effets du bain local chaud et permanent*.

— Il est procédé au scrutin pour le renouvellement du bureau et de trois membres du conseil de l'Académie.

Élection d'un président.

Nombre des suffrages, 56 ; — majorité, 29.

M. Bussy obtient. . . . . . . 52 voix.
M. Desportes. 1
M. Lecanu. 1
M. Boutron. 1
Billet blanc. 1

En conséquence, M. Bussy est nommé président de l'Académie pour l'année 1856.

Élection d'un vice-président.

Nombre des votans, 51 ; — majorité, 25.

M. Michel Lévy réunit . . . . 45 voix.
M. Chomel. 1
M. Depaul 1
M. Rostan 1
M. Guérard. 1
M. Collineau. 1
Billets blancs. 3

M. Michel Lévy est élu vice-président.

Nomination d'un secrétaire annuel.

Nombre des voix, 46 ; — majorité, 24.

M. Depaul obtient. . . . . 43 voix.
M. Guérard 1
M. Gibert. 1
M. Michel Lévy. 1

M. Depaul est nommé secrétaire annuel.

Ont été élus membres du Conseil de l'Académie :

MM. Michel Lévy, Jolly, Ségalas.

— M. le Président annonce que la dernière séance de décembre et la première de janvier prochain auront lieu non le mardi, mais le mercredi.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 10 Décembre 1855. — Présidence de M. Aug. Mercier.

Après la lecture du procès-verbal, et le dépouillement de la correspondance, M. le Président donne la parole à M. le docteur Homolle, qui lit le rapport suivant, sur la question de prix mise, il y a deux ans, au concours par la Société médico-pratique.

Rapport fait au nom de la commission (1) nommée pour examiner les mémoires adressés à la Société médico-pratique sur la question de prix : *Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux.*

Messieurs,

Choisi, il y a deux ans, pour vous présenter le rapport sur la question : *De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine*, nous avions la bonne fortune de vous signaler des concurrens nombreux, des mémoires importans, et l'honneur de vous proposer, au nom de votre commission, d'accorder, outre le prix, deux médailles d'encouragement et une mention honorable.

Moins heureux aujourd'hui, notre tâche, comme rapporteur de la nouvelle commission des prix, sera moins douce et bien plus courte, car, nous avons le regret de le dire : de deux mémoires seulement que la Société a reçus, aucun ne nous a paru digne de récompense. L'un ne présente que quelques feuillets, qu'une compilation faite à la hâte, sans critique et sans idée originale ; l'autre, beaucoup plus volumineux, trop volumineux même, n'a pas offert à votre commission un travail qui méritât même une mention honorable ; écrit d'un style souvent diffus, d'un français équivoque et peu intelligible, la forme n'en est pas rachetée par le fond, et nous n'avons pu y rencontrer que des banalités trahissant l'inexpérience. Au lieu d'une étude clinique et d'une appréciation physiologique du mode d'action des principaux purgatifs que nous demandions aux concurrens, l'auteur a cru devoir emprunter à la matière médicale la longue kyrielle des purgatifs, dont il donne l'histoire naturelle, entrant sur les caractères botaniques, physiques, chimiques de chacun d'eux, dans des détails superflus, et négligeant le seul point important, à savoir, la spécialité d'action pour répondre aux indications spéciales que le médecin veut remplir. Nous devons cependant, pour être juste, ajouter que ce mémoire a dû coûter beaucoup de travail à son auteur, qu'il a nécessité des recherches nombreuses dans les recueils de médecine, et qu'il fait éprouver le regret d'un travail matériel considérable fait en pure perte ; nous ne voulons donc pas décourager ce concurrent, mais lui montrer l'écueil, pour qu'il puisse l'éviter une autre fois et concentrer sur le point à élucider la somme d'efforts qu'il a si malheureusement gaspillée. Nous l'engageons surtout à ne pas faire abstraction de son jugement et à bien se persuader que l'absence de critique ôte toute valeur aux assertions empruntées sans choix à des œuvres plus ou moins sérieuses.

Votre commission, Messieurs, a pensé qu'à cette appréciation, un peu sévère, ne devait pas se borner sa tâche ; frappée de la stérilité du résultat qu'a présenté, cette fois, son appel aux praticiens, elle s'est demandé si la société ne devait pas s'en accuser la première, et si cette absence de travaux ne devait pas être attribuée à la nature de la question elle-même.

Le sujet de prix ayant été adopté sur l'initiative du rapporteur, il doit en assumer la responsabilité et déduire les raisons qui l'avaient conduit à le proposer, indiquer le point de vue d'où il avait envisagé la question des purgatifs, et rappeler enfin les conditions dans lesquelles, aujourd'hui encore, il persiste à le considérer comme pouvant servir de texte à un travail intéressant.

Nous allons donc vous présenter, en quelques mots, les raisons qui nous engagent à vous proposer de maintenir la question des purgatifs comme sujet de prix pour l'année 1857.

La médication purgative ou évacuante est incontestablement la plus importante de la thérapeutique, par le nombre des indications, directes ou indirectes, qu'elle est incessamment appelée à remplir, soit qu'on la considère au point de vue de la révulsion, soit qu'on y voie une annexe de la médication déplétive, ou bien, enfin, un moyen dépuratif déterminant une modification considérable dans la composition des humeurs et du sang, dans lequel, en résumé, toutes viennent se fondre ou prendre naissance. Mais si cette proposition trouve aujourd'hui peu de contradicteurs, il faut reconnaître que dans l'application nous sommes loin d'être en progrès sur la médecine du siècle précédent. A part quelques expériences de Schwilgué, Bretonneau, Barbier, etc., la médecine moderne présente bien peu de données positives sur le mode d'action des divers purgatifs.

Il faut avouer que sous l'influence des doctrines humorales et surtout à la suite d'observations cliniques suivies longtemps à ce point de vue, les praticiens, qui ont précédé la révolution médicale, inaugurée par Brown et consommée par Broussais, étaient arrivés à des idées plus précises que la génération médicale actuelle sur l'indication spéciale des divers agens purgatifs. Aussi, sans accepter le point de départ de nos devanciers, reconnaissons que les divisions et subdivisions, établies par eux, dans la classe des purgatifs, étaient basées sur une donnée éminemment pratique et dénotent une préoccupation de la spécialité d'action de chacun d'eux et du choix à faire entre eux, que nous ne rencontrons guères aujourd'hui. Bien peu de nous, en effet, lorsqu'ils jugent opportune la médication évacuante ou purgative, consultent autre chose que la convenance du malade, et cependant est-il donc indifférent d'administrer indistinctement la manne ou l'eau de Sedlitz, la limonade purgative ou la scammonée, le séné ou le calomel.

N'y aurait-il pas utilité d'établir expérimentalement que telle substance purgative agit sur telle partie du tube digestif et provoque l'hypersécrétion de tel élément ou de telle annexe de cet appareil ? De déterminer, par l'observation clinique, les cas ou tel agent purgatif devra être préféré, c'est-à-dire de préciser l'indication spéciale de chacun d'eux ? et enfin, pénétrant plus avant par l'analyse physiologique dans l'étude de cette question, de reconstituer, s'il est possible, la synthèse de la médication purgative, en rattachant, à des lois, les conditions si diverses propres à chaque purgatif.

C'est parce que nous sommes convaincu de cette utilité que nous venons vous proposer, au nom de votre commission, d'adopter les conclusions suivantes :

1° La Société médico-pratique décide qu'il n'y a lieu à décerner cette année de prix sur la question : « *Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux.* »

2° Elle maintient cette même question pour sujet de prix et proroge jusqu'au 1er juillet 1857 l'époque à laquelle devront être remis les mémoires adressés par les concurrens.

3° Enfin elle élève à 500 francs, au lieu de 300, le chiffre du prix à décerner.

Le rapporteur, Dr Homolle.

Les conclusions de la commission ayant été adoptées, la Société médico-pratique décernera, en décembre 1857, un prix de 500 francs à l'auteur du meilleur mémoire qui lui aura été adressé en français ou en latin, dans les formes académiques, avant le 1er juillet 1857, sur la question énoncée dans la première conclusion du rapport qui précède.

Les mémoires devront être adressés à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel-de-Ville.

Le secrétaire, Dr Perrin.

(1) Cette commission se composait de MM. les docteurs Ameuille, Aubrun, Charrier, Dreyfus, Perrin, Tessereau, et Homolle rapporteur.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Onzième liste : MM. Duval, d.-m. à Tulle, ancien médecin du premier dispensaire de Paris, 10 fr. ; Macartby, 5 fr. ; Barret, 5 fr. ; Ségalas, 20 fr. ; Mialhe, 20 fr. ; Votrain, au Luc, 2 fr.

MOYEN DE DÉTERMINER LE MAXIMUM DES DOSES D'HUILE DE FOIE DE MORUE, par le docteur Krauss. — Il consiste à examiner les selles des malades, pour voir à quelle dose l'huile est rendue avec elles. En donnant plus de deux cuillerées, et une chez les enfants, ce médecin a vu régulièrement l'huile liquide, mêlée aux matières fécales. (*Med. corr. bl. d. würt. aerztl. ver.* 1855, n° 32.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 152. NEUVIÈME ANNÉE. Samedi 22 Décembre 1855.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An. 32 Fr.
6 Mois. 17
3 Mois. 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;

ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

THÉRAPEUTIQUE.

RÉPONSE AUX OBJECTIONS DE M. BOUVIER CONTRE LE TRAITEMENT EMPLOYÉ PAR PRAVAZ DANS LES LUXATIONS CONGÉNIALES DU FÉMUR.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans les leçons qu'il fait publier dans votre excellent journal, sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur, M. le docteur Bouvier ayant terminé ce qui est relatif aux luxations congénitales du fémur, je vous prie de vouloir bien accueillir quelques observations relatives à l'opinion exceptionnelle et négative, exprimée par notre honorable confrère sur la thérapeutique de cette infirmité. N'est-il pas bien juste d'ailleurs que, dans une question de cette gravité, vos lecteurs entendent le son d'une deuxième cloche?

Je soutiens que certaines luxations coxo-fémorales congénitales sont réductibles et curables. Je n'entends pas dire par là qu'on refait alors une *énarthrose normale ;* heureusement pour la méthode de Pravaz et pour les sujets traités par elle, aucune pièce anatomique n'ayant été produite jusqu'à ce jour, je garde à cet égard la réserve qui a été observée par les commissaires de l'Institut ; mais, comme eux, j'affirme qu'il est possible de rétablir les rapports normaux entre les pièces articulaires et de reconstituer avec elles une diarthrose solide, qui effacera à peu près et le plus souvent complètement l'infirmité.

Établie d'abord par l'étude des documens laissés par Pravaz et par l'examen direct de quelques sujets traités, à des époques plus ou moins anciennes déjà, par cet habile et regrettable confrère, ma conviction s'est fortifiée depuis par la collection de faits nouveaux, qui me sont personnels, et au nombre desquels je dois rappeler l'observation de guérison que j'ai adressée dernièrement à la Société de chirurgie de Paris.

Dans le principe, et pour constater la nature de l'infirmité avant le traitement, Pravaz s'était borné à en appeler au témoignage de Marjolin, de Breschet, de Blandin et d'Auguste Bérard, qui lui avaient adressé ses premiers malades ; plus tard, pour obéir aux exigences de la critique, qui ne trouvait pas assez de garanties soit dans cette manière de procéder, soit dans ces noms, cependant si justement considérés, il dut faire constater régulièrement, par un certain nombre de confrères réunis, l'état de luxation de tout sujet qu'il se proposait de soumettre à l'emploi de sa méthode. A cet effet, il recourut le plus souvent à l'élite des chirurgiens lyonnais, mais, en outre, ses malades furent observés fréquemment par des praticiens distingués et par des professeurs de Paris, de Montpellier ou de Strasbourg. J'ai suivi jusqu'ici scrupuleusement cet exemple ; de sorte que, pour soutenir aujourd'hui l'authenticité soit des faits qui m'appartiennent, soit de ceux de mon honorable prédécesseur et maître, je peux invoquer les noms les plus considérés, tant des trois Facultés de médecine que des écoles de Lyon, de Marseille, etc. J'ai déjà usé de cette faculté dans deux mémoires publiés sur ce sujet (1), et qui sont aujourd'hui entre les mains d'un grand nombre de nos confrères, après avoir été lus à la Société de médecine de Lyon, si bien placée pour apprécier la vérité. Dans ce mémoire, j'ai donc pu, tout en exposant avec sincérité et sans enthousiasme les succès et les échecs de la méthode de Pravaz, accumuler les élémens de certitude les plus frappans et les moins contestables ; et j'ai d'autant plus sujet de m'en applaudir, que mon honorable contradicteur avoue *« que peu d'observations médicales sont aussi bien appuyées. »* (*In* UNION MÉDICALE, p. 551, 1855.)

D'un autre côté, la méthode curative de Pravaz n'est pas restée à l'état d'arcane ; de 1835 à 1847 son auteur, en en publiant plusieurs exposés, l'a soumise au jugement et à l'appréciation des hommes de l'art. Le professeur Nélaton lui a consacré un long article dans son excellent ouvrage ; et dans le récent *Traité des luxations* de M. Malgaigne, elle est considérée comme une méthode sérieuse et efficace. Si d'un côté, l'honorable professeur signale quelques récidives (sans doute celles que j'ai fait connaître dans mon premier mémoire), de l'autre il n'approuve pas les attaques de M. Bouvier. En effet, au su ou au vu de bon nombre de confrères habiles, il existe des sujets (que j'ai ailleurs suffisamment désignés) qui, traités par Pravaz, il y a huit, dix ou douze ans, se posent devant nous comme les affirmations vivantes des succès de sa méthode.

Enfin, ayant sans cesse des sujets en traitement, je peux, par la multiplicité des examens et par l'observation journalière des effets de la cure à ses différentes phases, acquérir une plus grande expérience, et, s'il y avait lieu, corriger un certain jour des illusions nées de la veille. Quant aux confrères qui m'honorent de leur assistance, ou que le désir d'observer attire près de moi, ils jouissent des mêmes facilités qui, au reste, leur sont toujours offertes avec empressement ; et il n'est pas besoin de dire que tous ceux que j'ai désignés dans mes mémoires, sont trop expérimentés et trop soigneux de leur propre considération, pour, étant prévenus, commettre toujours à chaque examen, ainsi qu'ils en sont accusés, la même erreur de diagnostic.

D'une part comme de l'autre, il ne peut donc y avoir eu ni surprise ni erreur ; d'ailleurs eussent-elles existé, qu'il serait presque déraisonnable de leur supposer à l'une ou à l'autre, dans les circonstances que je viens de rappeler, une durée de vingt ans. Parmi tous ces hommes, aussi habiles que consciencieux, qui, à diverses reprises, ont vu plusieurs des infirmes traités par Pravaz ou par moi, n'est-il pas présumable qu'il s'en fût trouvé un au moins qui eût déchiré le voile et mis la vérité à découvert? Loin de là, tous s'accordent à reconnaître l'efficacité de la méthode, et, partant, la possibilité de guérir les luxations originelles du fémur.

Telles sont les conditions de certitude et d'authenticité qui entourent la cause que je soutiens : celle (l'incurabilité des mêmes infirmités) à laquelle M. Bouvier a prêté le secours de son remarquable talent, a-t-elle des appuis plus nombreux ou plus solides? Nullement ; au contraire, M. Bouvier est resté jusqu'ici à peu près seul de son avis. Or, sans lui faire injure, et tout en reconnaissant hautement la grande étendue de son esprit et de son savoir, je refuse de m'incliner devant son autorité, si respectable en d'autres circonstances, mais qui se trouve ici en opposition avec tant d'autres, devenues plus compétentes par des examens plus multipliés et plus prolongés.

En effet, M. Bouvier n'a vu qu'un très petit nombre des sujets traités par Pravaz, deux ou trois tout au plus ; il les a vus un instant, une seule fois peut-être, à une époque très voisine de la réduction, et où le résultat obtenu paraissait encore peu avantageux. Puis, il a perdu de vue ces mêmes sujets, et il n'a pas eu comme nous de fréquentes occasions d'en revoir et d'en examiner un plus grand nombre, lorsque le temps avait consolidé et perfectionné les effets de la cure.

M. Bouvier parle de tentatives infructueuses de réduction

(1) Deux mémoires *sur la curabilité des luxations coxo-fémorales congénitales.* Paris, chez J.-B. Baillière. — Lyon, chez Savy.

Feuilleton.

CAUSERIES.

UNE ORGANISATION ACADÉMIQUE EN PLEIN VENT.

Qui de nous — j'entends de ceux qui aiment et respectent notre science, notre art et notre profession, qui s'intéressent à leur progrès, à leur honorabilité, à leur bien-être ; — qui de nous — je parle de ceux qui n'ont pas laissé se flétrir et se dessécher les idées généreuses au contact des froides préoccupations du métier ; — qui de nous n'a pas fait, au moins une fois, son petit projet d'organisation intellectuelle, morale et professionnelle de la médecine? J'en ai tant vu, tant lu, tant entendu de ces projets, que seulement pour les classer et les attribuer à leurs auteurs véritables, il me faudrait beaucoup de temps. Mais il en est encore d'inédits et qui sont vierges de toute publicité. Tel est celui que m'exposait un confrère de Paris, le mardi 11 décembre dernier, que nous revenions ensemble de la séance annuelle de l'Académie de médecine. Le rapporter dans toute son étendue, m'entraînerait beaucoup trop loin. Il est complet, en effet, et se divise en trois parties :

Organisation et unité de l'enseignement ;
Organisation et unité de la science ;
Organisation et unité de la profession.

Il m'intéressait beaucoup, cet honoré confrère, et je n'eus garde d'interrompre son discours qu'il me débitait avec verve. J'en ai retenu, au moins pour le sens, un petit fragment que je demande la permission de reproduire.

C'est un fragment relatif à l'organisation et à l'unité de la science, et je le provoquai par cette simple interrogation :

— Et l'Académie de médecine, que devient-elle dans votre plan?

— L'Académie, reprit-il avec feu, est destinée à jouer un rôle considérable et d'une importance souveraine. Mais, il est vrai, que j'en change l'organisation, le fonctionnement, la composition. Ce n'est plus seulement une Académie de médecine de Paris, c'est l'Académie de médecine de France, dont le centre et le bureau général sont à Paris, mais qui agit et fonctionne dans tous les grands centres d'instruction de l'Empire, non par des succursales, ce qui entraîne toujours l'idée d'infériorité, mais par de véritables sections résidant à Montpellier, à Strasbourg, à Lyon, à Toulouse, à Bordeaux, etc. ; sections ayant les mêmes droits, les mêmes prérogatives, ayant voix au chapitre, et contribuant de leur vote à la solution des grandes questions qui surgissent spontanément ou par l'initiative du gouvernement.

Spontanément, ce sera rare ; c'est la spontanéité qui rend les discussions confuses et souvent stériles. La science ne s'improvise pas. Aussi, dans mon Académie, il y aura tous les ans un programme des questions à étudier, et l'époque de leur discussion sera arrêtée d'avance. Ces questions seront simultanément discutées dans toutes les sections, et leur solution sera donnée par le nombre des suffrages.

Mon Académie, disais-je, jouera un rôle important. Pour toutes les fonctions médicales en dehors de l'enseignement, l'Académie sera consultée. Elle aura droit de présentation pour les candidats à ces fonctions, mais ce droit de présentation résultera d'épreuves auxquelles les candidats seront soumis et qu'ils devront subir devant les sections d'où dépendent les localités où ces fonctions devront être exercées.

L'Académie se réunit une fois tous les ans en session générale ; tantôt à Paris, tantôt à Lyon, Montpellier, etc. Les dernières séances de cette session sont consacrées au résumé de tous les travaux de l'année, à la distribution des prix et récompenses, et à l'éloge des membres décédés.

Ces fêtes de la médecine auront, vous le voyez, une autre solennité, un autre éclat que la froide cérémonie à laquelle nous venons d'assister. La médecine française tout entière, dans ses plus célèbres représentans, y participera. Les récompenses obtenues en prendront une valeur plus considérable et ne manqueront pas d'être ambitionnées par un plus grand nombre de compétiteurs.

Ces prix, leur valeur, leur forme, leur but, leur signification, leur sujet seront l'objet d'une sévère attention. Tout cela sera discuté et arrêté en session générale de l'Académie. Il est important que, sur ce point, l'élément-Paris soit contrebalancé par l'élément-province, car il n'est pas sans exemple que la province n'ait pas compris la légitimité des récompenses accordées par Paris.

L'organisation, la direction de la science médicale, tel est le but suprême que je donne à l'Académie. Et pour cela, c'est tout autre chose qui se fait aujourd'hui qui sera à faire. Tout en laissant les travailleurs à la liberté de leurs études, à la spontanéité de leur intelligence, l'Académie les dirigera surtout vers les recherches tendant à satisfaire les *desiderata* de la science et de l'art, non seulement par l'appât des prix et des récompenses, mais en tenant compte, et en première ligne, comme titre aux places vacantes dans l'Académie, des progrès réels que ces recherches auront fait faire à l'art et à la science.

Les élections, à mon Académie, seront faites par la compagnie tout entière et par toutes les sections. Une place est vacante dans une section locale, c'est cette section locale qui présente les candidats, et c'est justice, puisqu'elle possède plus que les autres les élémens de renseignemens, et ces élémens seront consignés dans un rapport détaillé et motivé, sur lequel les autres sections auront à voter chacune dans sa localité respective. Dans de pareilles conditions, l'élection faite à la simple majorité relative sera valable.

Peut-être croirez-vous que, pour réaliser mon plan, je proposerai de porter la hache et la cognée sur les institutions existantes. Non ; je suis un révolutionnaire conservateur. Je maintiens tout ce qui vit et fonctionne ; seulement je le transforme. L'Académie actuelle de Paris devient la section de Paris, section centrale, dirigeante et en communication directe avec le gouvernement dont elle transmet les demandes aux sections des départemens. Ces dernières existent, elles sont toutes créées : ce sont les Sociétés de médecine de Montpellier, de Strasbourg, de Lyon, de Bordeaux, de Toulouse, de Nantes, de Tours, etc., qu'il ne s'agit que de transformer en sections de l'Académie impériale de médecine de France. Croyez-vous que les honorables membres qui composent ces Sociétés se plaindront de la transformation? Et l'Acadé-

faites par lui et par d'autres confrères; je ne suis pas en mesure de m'expliquer sur ce sujet; tout ce que je viens de dire, c'est que ces tentatives malheureuses ne peuvent rien contre la méthode de Pravaz, puisque celle-ci n'a pas été mise en usage par les opérateurs.

Donc, sous le double rapport de l'examen direct et de l'expérience, le jugement de M. Bouvier n'a pas été assis sur des élémens suffisans; il n'a pu également être réformé en ce qu'il avait d'imparfait; aussi le retrouve-t-on aujourd'hui tel qu'il était aux premiers jours de la discussion, en 1836. Ainsi cet esprit progressif, même dans son culte pour le passé, a fait sur ce point une halte de près de vingt années.

Trompé par l'inspection de quelques pièces anatomiques, où l'état de la capsule et les dispositions des ligamens croisés *semblaient* ne pas permettre la rentrée de la tête du fémur dans le cotyle, M. Bouvier a conclu tout d'abord et d'une manière absolue à l'irréductibilité et à l'incurabilité des luxations congénitales du fémur. En vain, dans les séances académiques des 10 et 17 septembre 1839, Blandin et M. Gerdy, qui fit à cette occasion un rapport si remarquable, combattirent ses argumens, et lui rappelèrent, d'une part, que cette résistance des faisceaux fibreux qui, sur le cadavre, lui paraissait constituer un obstacle insurmontable, ne pouvait en être un sur le vivant, alors qu'on agissait sur ces ligamens avec lenteur, avec continuité et à l'aide de machines, dont la puissance pouvait être à volonté graduellement élevée;

— Et, d'autre part, que la tension de la paroi inférieure de la capsule ne devait pas être considérée également comme un obstacle à la rentrée de la tête dans le cotyle, puisque, même sur la pièce présentée à l'Académie de médecine par lui, M. Bouvier, la chose était possible à la seule condition de fléchir le fémur sur le bassin.

Ce fut encore en vain que, se réunissant à la commission, M. Velpeau déclara qu'il croyait à la réduction complète de la luxation, parce que, sur le sujet soumis pour la seconde fois à son examen, le succès ne s'était pas démenti depuis deux ans : M. Bouvier résista opiniâtrement à ses adversaires, à qui, néanmoins, le présent donnait alors déjà raison, et dont les affirmations furent plusieurs fois justifiées par la suite.

Aujourd'hui, restant avec son même nombre de faits M. Bouvier conserve les mêmes idées, les mêmes précautions, et, cédant lui-même à l'illusion, dont il croit avoir seul su se préserver, il déclare — qu'une *lecture attentive* de nos observations, et des attestations qui les accompagnent, lui a fourni en partie les moyens d'infirmer nos propositions et de reconnaître que la situation de la tête du fémur n'avait pas été modifiée par le traitement (in UNION MÉDICALE, page 551); — que Pravaz ne croyait les luxations guéries, après l'application de son traitement, que parce qu'il ne savait plus alors en apprécier les signes; — enfin que nous sommes tous, en ces circonstances, les jouets d'un mirage prodigieux, nous et les hommes éminens, au nombre desquels il reconnaît cependant quelques-uns de ses maîtres chéris et vénérés.

Tant il est vrai que, lorsqu'on est profondément imbu d'une idée, on est irrésistiblement porté à en admettre toutes les conséquences, quand même le témoignage des sens protesterait contre ces dernières; tant il est vrai encore que cette disposition d'esprit prend sa principale raison d'être dans une information insuffisante et imparfaite. Mais aussi une discussion, soutenue sur de telles bases, tombe bientôt dans les contradictions, les inexactitudes, les arguties. Telle est un peu, si je ne m'abuse, la situation actuelle de M. le docteur Bouvier. Je ne crains pas de dire qu'il se montre ici inférieur à lui-même; lui, d'ordinaire si judicieux et si habile, on le voit ici faiblir dans sa conviction, manquer d'exactitude dans ses citations, et semer çà et là son argumentation de propositions contradictoires. C'est le sort de ceux qui luttent contre la vérité.

Dans ce qui précède, j'ai déjà offert quelques preuves de ce que je viens d'avancer, je vais en ajouter d'autres que j'aurais pu, sans peine, rendre plus nombreuses.

M. Bouvier croit que lorsqu'il y a luxation il est impossible de constater l'absence de la tête du fémur dans le creux inguinal; il va plus loin, il affirme « *qu'on ne la sent pas davantage dans l'état sain*, » (UNION MÉD., p. 514, 3e col.), et cependant, étudiant les caractères de la luxation chez une petite fille, il dit à ses élèves (page 515, 1re col.): « *Je ne sens plus la tête du fémur dans l'aine.* » S'il est vrai qu'on ne puisse pas l'y sentir dans l'état sain, comment a-t-il pu ne l'y sentir pas dans l'état d'exarticulation? En tout cas, je demanderai quel procédé il a mis en usage pour s'en assurer, celui de Pravaz ne valant rien, au dire de M. Bouvier.

Si on en croit M. Bouvier, dans tous les cas de guérison cités par Pravaz, aussi bien que dans ceux de Humbert, *la luxation persiste telle qu'elle était avant le traitement, sans même que la situation de la tête du fémur ait été modifiée* (*ibid.*, p. 551, 2e col.). Comment concilier cette affirmation avec l'aveu fait par lui-même que dans quelques cas, par exemple dans celui que je viens de publier, le traitement (un traitement par l'extension continue) a paru produire de l'amélioration?

M. Bouvier reconnaît qu'il existe dans certains cas (*ibid.* page 570, 1re et 2e col.), une laxité des ligamens qui a, pour conséquences, « *une liberté trop grande de la tête fémorale dans l'exercice de ses fonctions, et la possibilité du déplacement successif de cette tête sur la face externe de l'os des îles;* » la tête fémorale, dit-il ailleurs, peut décrire des arcs de cercle sur l'ilium; il dit encore (page 550, 3e col.) que, dans quelques cas, la capsule n'est pas resserrée au point d'empêcher le retour de la tête du fémur dans la cavité de l'ilium. Néanmoins, il ne veut pas admettre que nous puissions obtenir la coaptation des pièces articulaires par une extension bien dirigée!

Il nous fait dire : *La capsule résiste, nous l'allongerons* (page 551). Cela n'est pas exact. Quand nous avons parlé d'allonger quelque chose, il était question des faisceaux fibreux, dont M. Bouvier admet, comme nous, la rétraction (page 486, 1re col.); et quant aux parties de la capsule accidentellement allongées, nous croyons, au contraire, en favoriser la rétraction en faisant cesser pour elles les causes d'allongement.

De même, M. Bouvier nous accuse de nier l'existence d'un faible degré de claudication après le traitement (*ibid.* page 570, 1re col.) Encore une inexactitude dont on trouvera la réfutation dans mes deux mémoires. Mais si, un peu de claudication existant après la cure dans quelques luxations originelles unilatérales, nous rapportons la cause de ce fait à l'atrophie déterminée par la luxation, M. Bouvier nous arrête, et, sans tenir compte *du degré* ni *de la nature* de cette claudication, il nous dit : « *Vous avouez qu'il existe encore de la claudication, vous notez du raccourcissement, et la luxation n'existerait plus!* » (Compte-rendu de la séance du 17 octobre 1855, de la Société de chirurgie de Paris.) Or, M. Bouvier reconnaît, comme nous, que l'arrêt de développement causé par le déplacement congénital a, par conséquence, un raccourcissement du fémur, une déformation du bassin, etc.; puisqu'il en est ainsi, comment ne voit-il pas que dans quelques cas la réduction la plus heureuse n'effacera pas complétement l'inégalité de longueur entre les deux membres; et puisqu'un léger raccourcissement doit exister quelquefois indispensablement, pourquoi M. Bouvier s'obstine-t-il donc à considérer la claudication comme une preuve absolue de la persistance de la luxation?

Toutefois, après s'être efforcé de produire et d'accumuler tous les faits qu'il considère comme des preuves de l'incurabilité des luxations coxo-fémorales congénitales, M. Bouvier, dans ces leçons, ne rejette pas complétement l'espérance du succès; la constance des obstacles à la réduction ne lui semble plus prouvée en général et pour tous les cas; il déclare que son incrédulité a des bornes, et il va même *jusqu'à conseiller de céder quelquefois, mais avec prudence, aux désirs des familles, en tentant la réduction dans des cas qui ne présentent pas des conditions formelles d'incurabilité* (pages 550 et 551). Il faut bien le dire, ces concessions arrivent d'une manière inattendue; elles contrastent singulièrement avec l'esprit qui règne dans tout le cours de ces leçons, et surtout avec les assertions émises antérieurement par le même auteur. Assurément, ce n'est pas moi qui me plaindrai de ce changement, et loin de songer à en faire le sujet d'un reproche vis-à-vis de mon honorable confrère, je le constate au contraire comme l'aurore d'une ère nouvelle pour l'œuvre de Pravaz, et comme l'heureux indice de la fin prochaine d'une lutte, dans laquelle, ayant pour adversaire un des plus rudes et des plus habiles jouteurs de l'époque, je crains de n'apporter que des forces inférieures à mon courage et à l'énergie de ma conviction.

Jusqu'ici la vérité n'était pas encore arrivée jusqu'à M. Bouvier; maintenant elle semble poindre à son horizon; donnons lui du large en développant celui-ci. M. Bouvier n'avait pu examiner que deux ou trois cas, peut-être obscurs; qu'il veuille bien en rechercher un plus grand nombre; il en trouvera certainement pour lesquels le doute ne sera pas possible. Il pourra se convaincre alors que cette espérance, qu'il met aujourd'hui dans l'avenir, a été prématurément réalisée par Pravaz et par moi, et alors sa raison supérieure viendra, sans peine et sans effort, à résipiscence. Si pour ces recherches mon concours lui est utile, je le lui offre avec empressement, heureux et fier tout à la fois, si, en lui fournissant la matière d'un examen plus étendu et plus approfondi, je contribue à changer ses croyances et à gagner à la cause de la curabilité des luxations coxo-fémorales congénitales un partisan de cette importance.

Agréez, Monsieur le rédacteur et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués,

GILLEBERT-D'HERCOURT, D.-M. P,
Médecin de l'établissement Pravaz, à Lyon.

Lyon, le 3 décembre 1855.

CHIRURGIE.

DE LA SUTURE PROFONDE;

Par M. le docteur HEURTELOUP.

L'une des grandes nécessités de la chirurgie et l'un de ses plus grands buts, est la réunion des parties molles incisées volontairement ou divisées par des circonstances accidentelles.

---

mie de Paris, qu'aurait-elle à y perdre? J'y vois au contraire pour elle une augmentation de pouvoir et d'action.

Et la science, et l'art, quelles magnifiques destinées pour leur progrès! Au lieu de tous ces efforts disséminés et presque toujours sans retentissement, — je parle surtout pour les départemens — un faisceau unique, une publicité égale pour tous. Vous vous habituez trop, vous autres Parisiens, à ne voir la science, l'étude, le progrès que dans ce petit espace bordé par les collines de Montmartre, de Belleville et de Meudon. C'est une grande et funeste erreur. Moi qui lis tout, je vous déclare que vous n'avez pas eu, à Paris, de rapports aussi élevés, aussi savans, aussi complétement satisfaisans au point de vue scientifique et littéraire que les rapports faits, à Nantes, sur la question de l'avortement provoqué, à Caen sur la question du prix des *bases de la science médicale*, à Bordeaux sur le traitement des anévrysmes par la compression et sur la suette, à Lyon sur un grand nombre de sujets de la plus haute importance, et bien d'autres Sociétés que j'oublie. C'est un véritable malheur pour la science que des travaux de cette valeur ne reçoivent pas une plus grande publicité, et mon projet n'aurait-il que ce seul avantage de les produire à l'égal des rapports de votre Académie de Paris, qu'il faudrait l'encourager et le pousser à sa réalisation.

La province s'exténue en vains efforts et en cris stériles contre la décentralisation. C'est à Paris que ces cris doivent se faire entendre, à Paris qui étouffe de pléthore, et qui sera frappé un de ces jours d'apoplexie intellectuelle foudroyante. Dérivez! révulsez! si vous voulez éviter la catastrophe.

Honorer, protéger, récompenser partout l'étude, le travail et le progrès, tel est le but de mon institution. Je ne l'applique qu'à la science médicale et à l'art médical, parce que c'est là le sujet exclusif de mes préoccupations. D'autres pourront faire les mêmes applications aux autres sciences et aux autres arts. Mais que je serais heureux que ce fût la médecine qui donnât l'exemple!

Tout cela je vous le dis *grosso modo* et en style de conversation. Si j'étais sûr d'avoir un auditoire ou des lecteurs, je développerais ces idées par l'enseignement ou par un livre. Mais qui s'intéresse aujourd'hui à ces questions. Remarquez d'ailleurs que mon Institution académique n'est qu'une branche du grand arbre de l'organisation médicale. Enseignement, science, profession, tout cela est connexe et solidaire. Toucher à l'une de ces choses en négligeant les autres, c'est la plus mauvaise besogne que je puisse imaginer. Corps enseignant, corps savant, corps professionnel, c'est la racine, la tige et les branches du même arbre. Aussi ce qui pourrait vous paraître bizarre ou mal accusé dans mon Institution académique, vous semblerait sans doute harmonique et correct si tout mon système vous était connu.

Ainsi parla mon honorable confrère jusqu'à la hauteur du faubourg que j'habite, et où il eut la bonté de m'accompagner malgré un froid assez piquant. Je l'ai beaucoup engagé non pas à professer, il n'aurait pas d'auditeurs, mais à écrire un livre assez court et substantiel, lui promettant au moins un lecteur.

Et cela me rappelle que j'ai là, sur mes tablettes, un assez grand nombre de brochures relatives à l'organisation médicale, et desquelles je n'ai encore rien dit. Infortunés rénovateurs, je suis plus infortuné que vous encore, car l'administration du timbre, d'un côté, nous fait dire que ce sont là sujets d'économie politique et sociale qui nous sont interdits, vu l'absence de la petite tache noire dont nos feuilles sont vierges, et de l'autre côté le parquet nous menace de ses réquisitoires, à cause d'une petite formalité que nous n'avons pas remplie à la caisse des cautionnements. Il faut se soumettre à la loi. Je le regrette beaucoup surtout pour les deux brochures de M. le docteur Danvin de Saint-Pol, avec qui j'aurais aimé à discuter les grandes idées qu'il a émises, et à rendre hommage à la dignité et à la noblesse des intentions. Je ne suis pas partout de son avis, mais partout j'ai su reconnaître la pureté du but et la hauteur de la pensée.

Amédée LATOUR.

EFFETS DU TABAC FUMÉ, par le docteur RAVOTH. — Un confrère, âgé de 52 ans, était un fumeur passionné, aimant surtout les tabacs forts. Au commencement de la trentaine, il fut pris d'hémorrhoïdes, saignant abondamment par périodes assez régulières dans ces dernières années, accidens gastriques et urticaire. Depuis dix-sept ans à peu près il éprouva les symptômes suivans : d'abord pesanteur, lourdeur de la tête, avec sensation de vacuité; grand abattement; augmentation de cet état, puis, plus ou moins subitement, tout tourne autour du malade, qui est obligé de se tenir à un objet, ou mieux de se coucher sur le dos. Pas de trouble dans les sens et de l'intelligence, à l'exception d'une diminution momentanée de l'énergie. Pas l'accès, qui ne dure ordinairement que trois minutes, mais se répète souvent plusieurs fois par jour, il reste un sentiment de faiblesse surtout dans les jambes, et la démarche devient tellement incertaine, que le malade est obligé de donner le bras à quelqu'un ou de se tenir aux maisons. Cet état est surtout marqué le soir, dans l'obscurité. Les accès cessent parfois pendant des semaines, mais sont devenus plus fréquens et plus intenses depuis 1848, et reviennent parfois la nuit pendant le repos. Notre confrère les attribuait surtout aux hémorrhoïdes, quoique l'écoulement de sang les eût plutôt augmentés que diminués. Les purgatifs eurent le même résultat. Le docteur Ravoth eut alors l'idée d'attribuer cette maladie au tabac, surtout depuis qu'il eût été témoin d'un accès plus fort; pouls petit, faible, régulier, pâleur de la face, tête et mains froides, yeux abattus, peau fraîche, légère sueur. Le malade venait d'essayer plusieurs cigares forts. Il contesta le diagnostic de son ami, mais se résigna cependant à en faire l'épreuve. Il ne fuma plus, et de ce moment les accidens cessèrent et il retrouva une sûreté inusitée dans la marche. Malheureusement la vieille habitude était plus forte, et quelque temps après ce fut un léger cigare ou une petite pipe qui reparut, mais instantanément les prodromes de l'ancien mal surgirent. Vaincu enfin par cette expérience plusieurs fois répétée, le confrère parvint à renoncer à sa funeste habitude et depuis dix-huit mois il jouit de la meilleure santé. (*Allg. med. central-zeit.*, 1855, n° 72.)

Le moyen le plus fréquemment employé pour obtenir cette réunion est la *suture* ou la réunion des parties au moyen de liens qui les rapprochent et les rendent solidaires.

Ces liens s'appliquent aux lèvres des plaies, rapprochent ces lèvres, les affrontent et les maintiennent jusqu'à agglutination.

Parmi ces liens, le plus fréquemment employé est celui que l'on appelle *suture entortillée*, qui consiste à percer avec une épingle les lèvres de la plaie, à peu de distance de ses bords, et à rapprocher ces lèvres au moyen d'un fil qui, embrassant alternativement chacune des extrémités de l'épingle, forme une masse de fils disposés en huit de chiffres.

Cette suture, qui rend journellement de grands services, laisse pourtant, bien souvent, beaucoup à désirer.

1° Affrontant les bords de la plaie sans affronter ses parties profondes, elle est en opposition d'effet avec une des premières lois de la chirurgie, qui est de faire réunir la plaie du fond à la superficie et de la faire cicatriser de dedans en dehors.

2° Elle a donc pour résultat de ne pas mettre en contact les parois du fond des plaies, tout en mettant en contact la partie de ces plaies la plus rapprochée de l'extérieur; de là, imminence de clapiers, de fusées, et retard dans la cicatrisation, si ce n'est plus.

3° N'affrontant que les lèvres de la plaie qui, *dans le cas de perte de substance*, tendent à s'éloigner *avec force* l'une de l'autre, la cicatrice, lorsqu'on enlève les épingles, ce qu'il est de règle de faire après un temps assez court, n'a pas assez de force pour empêcher l'éloignement de ces lèvres, et alors la cicatrice se rompt quelquefois, ou bien, sortie linéaire des mains du chirurgien, elle prend de jour en jour une largeur plus grande, devient plus mince, plus rouge, et prend un aspect moins avantageux.

4° Comme ces points de suture sont séparés et espacés, il s'ensuit que, spécialement dans le *cas de perte de substance*, la réunion se fait au point de contact, mais ne se fait pas dans les intervalles qui, particulièrement dans le cas indiqué, présentent des bouches ouvertes, ne se réunissent pas, s'emplissent d'une suppuration qui les maintient humides et écartées, et ne se réunissent qu'à la longue et par seconde intention. De là, *réunion irrégulière*.

5° Comme les chirurgiens reconnaissent en général la tendance de la suture superficielle à rapprocher les bords des plaies, et à ne rapprocher qu'imparfaitement leur partie profonde, ils veulent combattre cette tendance, génératrice des clapiers, par ces pansemens compliqués, difficiles, très longs, échafaudés, souvent impossibles, très souvent illusoires, dans lesquels la *compresse graduée* joue un si grand rôle.

Ce sont principalement ces cinq inconvéniens, que je sépare pour être méthodique mais qui s'enchevêtrent l'un dans l'autre, qui m'ont engagé à examiner si on ne pouvait pas apporter à la chirurgie, dans le cas de plaies profondes, surtout compliquées de perte de substance, ce qui rend difficile le rapprochement et le contact des parois, un moyen mieux approprié pour obtenir un rapprochement plus prompt, plus sûr, plus immédiat dans le fond des plaies, plus large, moins encombré d'aiguilles et de fils, moins agressif contre les lèvres des plaies, et surtout qui n'ait pas besoin de cet appareil difficile et compliqué de pansement, d'un emploi si difficile *surtout à l'armée*, que l'on cherche à opposer à ces sortes de canaux régénérateurs de clapiers, le désespoir des chirurgiens.

C'est ce que j'ai cherché à obtenir au moyen de la *suture profonde*, moyen de réunion que j'ai cherché à rendre aussi simple et aussi effectif que possible.

Voici en quoi consiste cette suture que j'ai appelée *profonde*, parce que, contrairement aux sutures généralement connues et employées, elle rapproche du fond au sommet et du dedans en dehors, et que, conséquemment, son action doit se passer *profondément*.

Chacun sait que lorsque le chirurgien veut appliquer la suture superficielle, il prescrit à son aide de rapprocher les bords de la plaie, en appliquant les doigts à une distance plus ou moins considérable des bords, afin de rallier les tissus éloignés et de les faire concourir au rapprochement; il n'est personne qui n'ait été frappé de la précision quelquefois extraordinaire avec laquelle les bords venaient s'affronter sous une pression intelligemment faite, et à qui il ne soit arrivé de se dire que si la plaie pouvait être maintenue dans cet état par des mains patientes, elle serait bientôt remise.

Eh bien, ce sont ces mains intelligentes et patientes que j'ai cherché à remplacer, et voici comment.

A l'endroit où pressent les doigts opposés de l'aide, à la base de la montagne que forment les tissus comprimés, ramassés et rapprochés, je passe une aiguille courbe, la concavité regardant l'ouverture de la plaie. Cela fait, je glisse sur les deux extrémités de cette aiguille qui est en argent, deux pièces également en argent, ou mieux en métal inoxydable duquel je vous entretiendrai plus tard. Ces deux pièces, destinées à remplir les fonctions des doigts de l'aide, glissant sur l'aiguille, se rapprochent l'une de l'autre par une pression méthodique opérée sur les tissus et la maintiennent dans la position désirée, munie chacune d'une vis de pression qui agit sur l'aiguille; ces deux pièces sont fixées à volonté à des distances variables, et permettent conséquemment d'obéir à toutes les circonstances qui dérivent de l'augmentation ou de la diminution du volume des tissus.

Cette aiguille ainsi placée, ou ces aiguilles ainsi placées, car on peut en mettre plusieurs, voici quels sont leurs effets, que j'exprime en suivant l'ordre des reproches que j'ai adressés, en commençant, à la suture superficielle :

1° Affrontant les parties profondes de la plaie sans affronter les parties superficielles, la suture profonde est en relation d'effet avec une des premières lois de la chirurgie, qui est de faire réunir la plaie du fond à la superficie et de la faire cicatriser du dedans au dehors;

2° Elle prévient les clapiers et les fusées, accélère la cicatrisation, prévient les accidens de la résorption purulente;

3° Rapprochant sur une large surface des tissus propres, la suture profonde forme des cicatrices vraies ou par première intention dans une *large étendue*, et les réunions qui en dérivent ne sont pas sujettes à se détruire soit par ruptures subséquentes, soit par extensibilité et amincissement du tissu cicatriciel.

4° Affrontant les bords des plaies à distance, ces bords se réunissent d'une manière plus franche et plus immédiate, car elles ne sont pas sillonnées, transpercées et abcédées par des aiguilles et des fils.

5° La suture profonde maintenant le fond des plaies en contact fait éviter la nécessité d'employer tous les appareils imaginés pour arriver à cet important résultat, et peut-être lorsqu'elle sera bien étudiée fera-t-elle éviter une grande partie des pièces de pansement, qui deviennent souvent nécessaires pour obvier aux accidens inflammatoires que produisent des agens de contention trop multipliés et trop agressifs pour les tissus qu'ils transpercent.

Telle est l'idée la plus générale que je puisse donner de la *suture profonde*, idée générale à laquelle je crois devoir borner la présente communication, car on comprendra que ce nouveau mode de contention des plaies devra s'entourer de beaucoup de détails, si l'on considère les cas nombreux où elle pourra être d'un utile emploi, les cas où elle balancera ou assistera les autres moyens de contention, et surtout les circonstances multipliées et complexes qui se présenteront dans l'étude de ce nouveau moyen chirurgical sous les cinq rapports principaux auxquels je viens de toucher d'une manière plus particulière. Tous ces points donneront lieu à des communications subséquentes et séparées.

Je finis cette note préparatoire en faisant remarquer que je n'entends pas, en proposant la suture profonde, renverser ce qui est; j'amène seulement des troupes fraîches pour joindre aux anciennes, sans nier la valeur et les services de ces dernières.

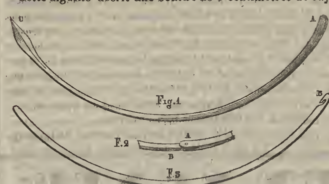
Je ne doute pas que, si elles ont été d'un utile emploi dans mes mains, elles ne triplent de valeur dans les mains plus habiles et plus expérimentées de ceux qui viennent de me faire le grand honneur de m'écouter.

DES INSTRUMENS PROPRES A PRATIQUER LA SUTURE PROFONDE.

Comme je l'ai défini, pour pratiquer la suture profonde, une aiguille courbe de contention se place à la base de la pyramide faite par les chairs rassemblées et réunies par les mains de l'aide. Cette aiguille courbe est constituée par deux parties, une en acier, qui perce les tissus, une autre en argent qui suit la première et qui est destinée à rester dans la plaie pour servir au maintien des chairs. J'appelle la première l'aiguille *conductrice* et la deuxième l'aiguille à *demeure*. Je vais les décrire (planche 1re).

DE L'AIGUILLE CONDUCTRICE (planche 1re, fig. 1).

Cette aiguille décrit une courbe de 6 centimètres de rayon.



Elle a à peu près une longueur entre le tiers et les deux tiers de la circonférence qui résulterait de ce rayon, ce qui lui donne à peu près entre 6 et 12 centimètres de longueur.

Cette aiguille présente trois parties :

La pointe (C), le chas (A) et le corps.

La pointe est lancéolée, très tranchante à son extrémité, comme sur les ailes; elle est plus large que le corps de l'aiguille.

Le corps est large de 3 millimètres, épais d'un millimètre.

Le chas (A) a une disposition particulière; il n'est pas percé suivant son épaisseur, il l'est suivant sa largeur. Percé n'est pas le mot, car ce chas, fendu dans le sens de sa largeur, présente deux languettes séparées par un espace. Ces deux languettes sont percées par un trou dans lequel passe une goupille. Cette goupille sert à accrocher l'aiguille à *demeure* (planche 1re, fig. 2, A).

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Décembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet un mémoire de M. Ch. GIRAULT, sur la vitesse pendant la marche et sur le travail dynamique des contractions musculaires.

L'auteur donne, dans l'extrait suivant, une idée de ce travail :

Dans ce mémoire, M. Girault présente le résultat de plusieurs expériences relatives aux grandeurs diverses par lesquelles passe la vitesse du centre de gravité du corps pendant la marche sur un terrain horizontal, et il en déduit une évaluation approchée du travail des contractions musculaires développées dans l'accomplissement de cet acte.

Appliquant à ses recherches l'appareil à cylindre tournant et à indications continues, au moyen duquel M. Morin vérifie les lois de la pesanteur, il trouve que, dans les conditions ordinaires de la marche, les plus grandes variations de la vitesse atteignent les trois dixièmes de sa valeur moyenne, en sorte que si cette valeur moyenne est de 1m,20 par seconde, la vitesse oscille pendant toute la durée du pas entre 1m,02 et 1m,38 par seconde.

Il remarque ensuite que, sans connaître dans leur nature les actions musculaires, on peut dire qu'elles constituent des forces intérieures distinctes des autres forces intérieures dues aux actions moléculaires, en ce que le travail de ces dernières peut être considéré comme représentant sensiblement les mêmes valeurs quand le corps repasse par les mêmes positions, tandis qu'il n'en est plus ainsi du travail des contractions musculaires.

L'auteur applique à l'homme en marche l'équation du travail, et, faisant certaines hypothèses qui ont pour objet de simplifier la question, il obtient, pour expression approchée du travail musculaire pendant la durée du pas, le double de la force vive gagnée par le corps, lorsque la vitesse passe de sa plus petite à sa plus grande valeur. Il calcule cette force vive au moyen des données que lui ont fournies ses expériences, et il en conclut que l'on peut évaluer à 5,73 kilogrammètres ce travail musculaire, et à 250000 kilogrammètres au moins celui qu'un homme est capable de développer journellement en marchant sans charge sur un terrain horizontal.

Le mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Poncelet, Velpeau, Morin.

Opération du symblépharon.

M. le professeur LAUGIER lit, sous ce titre, la note suivante :

J'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie une note sur une opération nouvelle, que j'ai pratiquée avec succès le 11 octobre dernier, pour corriger une des cicatrices vicieuses les plus difficiles à guérir, celle qui réunit la face interne et le bord des paupières au globe de l'œil, en prenant insertion sur la cornée transparente elle-même. Cette adhérence, connue sous le nom de *symblépharon*, résiste ordinairement aux diverses opérations jusqu'ici pratiquées, ainsi qu'aux moyens mécaniques mis en usage pour en assurer le résultat. On divise les brides cicatricielles avec plus ou moins de facilité, mais on ne connaît aucun moyen sûr de les empêcher de se reproduire, et, en dépit de cautérisations répétées et de l'interposition de plaques d'ivoire ou d'un œil artificiel entre les paupières et l'œil, ces organes, temporairement devenus libres, sont bientôt aussi intimement unis qu'avant l'opération.

De ces difficultés sont nées plusieurs opérations, les unes simples, mais peu efficaces, telles que la section des brides par deux ligatures inégalement serrées, la réunion immédiate par glissement de la tranche oculaire du tissu cicatriciel; les autres très sérieuses et compliquées, sans que le succès en soit plus assuré : je citerai la résection triangulaire de la partie de la paupière qui répond à un symblépharon partiel, inapplicable par conséquent si celui-ci a quelque étendue, et enfin l'opération si grave et si compliquée de Dieffenbach, qui détache toute la paupière et la renverse en dedans, après avoir rasé les cils, la maintient dans cette position jusqu'à cicatrisation de l'excision préalable des brides, et dédouble ensuite la paupière par une nouvelle opération, pour lui rendre, par de nouvelles sutures, sa première position. Cette proposition d'opération qui, je l'espère, n'a jamais été réalisée, montre jusqu'à quelles ressources extrêmes ont pu conduire un habile chirurgien la difformité et l'incommodité du symblépharon.

L'opération que je viens de mettre en usage non seulement est très simple, mais elle convient au symblépharon dans tous les cas. Son principe est de mettre en contact le globe oculaire séparé des brides cicatricielles avec la face muqueuse et non saignante de lambeaux formés de ces mêmes brides, adhérens par leur base aux paupières en renversés en dedans vers les sinus de la conjonctive, où les maintiennent dans cette position des anses de fil dont les chefs traversent les paupières de dedans en dehors et sont noués en dehors sur un petit rouleau de diachylon gommé.

Les brides doivent être détachées le plus près possible de leur insertion au globe oculaire, afin que les lambeaux aient plus de hauteur; elles doivent être disséquées profondément dans la direction des sinus de la conjonctive, où le sommet des lambeaux devra être plongé.

Telle est l'opération que j'ai pratiquée le 11 octobre sur la nommée Victoire Tonpanse, âgée de 20 ans, couchée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, 12, atteinte d'un symblépharon qui unissait près de la moitié externe de la face interne et des bords des paupières droites à la demi-circonférence de la cornée transparente, et qui s'opposait aux mouvemens de l'œil en dedans. Tout mouvement dans ce sens était douloureux et produisait une céphalalgie qui a disparu par l'opération.

Le tissu cicatriciel, constituant une sorte de large pannus, a été partagé en deux lambeaux, dont l'un, le supérieur, fut renversé à la face interne de la paupière supérieure, l'autre renversée à la face interne de la paupière inférieure. Au bout de six jours, les fils ont pu être retirés; la cicatrisation était complète, et l'œil avait repris ses mouvemens qu'il a conservés depuis.

(Renvoyé à la section de médecine et de chirurgie.)

Mémoire sur l'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine.

Sous ce titre, M. MARCHAL (de Calvi) présente un mémoire qui sera publié prochainement dans l'UNION MÉDICALE.

Fait nouveau à l'appui des avantages des injections iodées dans les épanchemens pleurétiques purulens, à la suite de la thoracentèse.

Le sujet de cette observation, dit M. Boinet, est une dame de 34 ans, ordinairement d'une bonne constitution, exempte de tubercules, ayant toujours joui d'une bonne santé et mère de trois enfans.

Dans le courant de janvier 1855, vers le 17, à la suite d'un refroidissement, elle eut une pleurésie aiguë du côté droit, qui amena un épanchement considérable. L'opération de l'empyème étant devenue nécessaire, elle donna issue à 2 litres 1/2 de liquide séreux ; il en résulta un soulagement marqué, mais malheureusement il ne fut que de très courte durée. l'épanchement se reproduisit presque aussitôt. On fut obligé de pratiquer une nouvelle thoracentèse, mais cette fois le liquide avait changé de nature, il était devenu purulent. La médication la plus active ne put encore une fois conjurer le retour de l'épanchement, et des symptômes graves d'oppression, de suffocation, de fièvre hectique, etc., étant venus mettre en danger la vie de la malade, une troisième thoracentèse devint urgente. L'épanchement remplissait toute la cavité droite de la poitrine. C'est à cette époque, le 18 avril 1855, que M. le professeur Trousseau me fit l'honneur de me faire appeler. Voici dans quel état se trouvait la malade : assise sur son séant dans son lit, elle avait la respiration très-gênée, une petite toux sèche, brève, continue, fatigante, sans expectoration. L'oppression était si considérable, que le moindre mouvement l'augmentait; elle ne dormait plus depuis longtemps. L'appétit était nul, le dépérissement considérable: en un mot, tous les symptômes de la fièvre hectique existaient. Le côté droit de la poitrine était bombé, plus développé que dans l'état normal, les espaces intercostaux étaient saillans; de la matité existait dans toute l'étendue de la poitrine jusque sous la clavicule, et en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, si ce n'est en haut vers le sommet de l'omoplate où le son était un peu moins mat. En présence d'un état aussi grave et qui allait toujours croissant malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, mon avis fut d'agir sur-le-champ. Armé d'un gros trocart, de celui dont je me sers pour opérer les kystes des ovaires, je fis une ponction dans l'endroit même où deux fois déjà on avait pénétré dans la poitrine, et retirai 2 litres au moins de pus verdâtre, puant, fétide ; puis, ayant remplacé pendant l'écoulement la canule du trocart par une sonde en gomme élastique, le pus étant entièrement écoulé, je fis plusieurs lavages avec de l'eau tiède que j'injectai dans la cavité pleurale, et terminai par une injection iodée, composée de parties égales de teinture d'iode et d'eau (50 grammes de chaque, avec addition de 2 grammes d'iodure de potassium). Cette injection fut laissée dans la poitrine six ou sept minutes, puis s'écoula par la sonde que je laissai à demeure après avoir pris soin de la boucher avec un fausset. Un bandage médiocrement serré fut placé autour de la poitrine, et la malade put se coucher plus facilement sur le dos. Dès le soir, la fièvre fut moins intense, et le lendemain l'appétit s'annonçait déjà; la nuit qui suivit l'opération fut bonne, et la malade dormit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. L'opération avait été supportée, et l'injection iodée n'avait pas été douloureuse, pas plus que ne le furent celles qu'on pratiqua plus tard. Ces injections furent répétées quatre jours de suite, puis tous les deux ou trois jours, puis tous les cinq ou six jours, et enfin à des époques plus éloignées suivant la qualité de la matière de l'écoulement. Plus tard, la sonde ne fut plus débouchée que matin et soir, et enfin une seule fois dans les vingt-quatre heures. Chaque matin, le pus une fois écoulé, on faisait coup sur coup deux ou trois lavages avec de l'eau tiède simple ou légèrement chlorurée ou iodée, puis on rebouchait la sonde.

Quelques jours s'étaient à peine écoulés après cette opération et ces injections, que la fièvre avait entièrement cessé, que le sommeil et l'appétit étaient revenus, que l'état général de la malade était sensiblement amélioré. Au bout de quinze jours, elle put se lever, et une semaine après elle se promenait dans son appartement. Dans les premiers jours de juin, elle put sortir dans Paris; toutes les fonctions s'exécutaient bien, les forces étaient en partie revenues, avec un certain embonpoint, et au mois de juillet, madame P. était assez bien portante pour faire un voyage de plus de cent lieues, pour aller à la campagne où elle est restée jusqu'au 20 septembre 1855. Aujourd'hui, plus de sept mois après l'opération, elle jouit d'une santé excellente; toutes les fonctions se font bien; elle a pris de la force, de la fraîcheur, un peu d'embonpoint, et tous les jours elle fait pendant plusieurs heures de longues courses à pied sans trop se fatiguer; elle peut monter plusieurs étages sans être trop essoufflée, et peut se coucher dans la position qui lui convient le mieux. Le côté droit de la poitrine est rétréci, revenu sur lui-même, surtout en arrière; la colonne vertébrale offre une légère inflexion dont la concavité est tournée du côté droit. Le poumon a repris en partie ses fonctions, et le bruit respiratoire s'entend parfaitement bien en arrière et en avant.

Cette observation pourrait être l'objet de remarques nombreuses, je me bornerai aux suivantes. Se contenter, dans la thoracentèse, de vider la poitrine du pus qu'elle renferme, comme on le faisait autrefois et comme on le fait encore le plus souvent aujourd'hui, puis pratiquer une seule injection iodée, sans laisser une sonde à demeure pour répéter les injections et permettre au pus de s'écouler continuellement de la poitrine etc., c'est faire une opération incomplète, inutile, dangereuse, c'est s'exposer à hâter la mort des malades. Je sais bon nombre de chirurgiens très habiles et très renommés qui ont perdu leurs opérés, faute d'avoir pris toutes les petites précautions que je recommande, aussi bien pour la thoracentèse que pour les kystes de l'ovaire et les abcès par congestion. — (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Observation d'un fait qui se rattache à cette proposition : « Le cœur bat parce qu'il recule. »

M. A. Commaille, en poursuivant ses recherches sur l'action toxique de l'*atractylis gummifera*, recherches dont il a fait l'objet de plusieurs communications successives, eut occasion d'observer un phénomène qu'il ne chercha pas à rattacher à l'action spéciale du toxique, car il ne se présenta pas une seconde fois dans des circonstances en apparence indentiques, mais qui lui sembla devoir être pris en considération dans les recherches sur les causes des battemens du cœur. Voici le fait :

Voulant examiner, dit l'auteur, les viscères d'un chat empoisonné avec l'*atractylis*, mort déjà depuis plusieurs heures, et qui offrait au plus haut degré la rigidité cadavérique, je fus extrêmement surpris de voir le cœur à nu se contracter avec une énergie à peine inférieure à celle qu'il devait avoir pendant la vie. La systole et la diastole auriculaire et ventriculaire étaient des plus nettes et des plus tranchées; l'animal était sur le dos, les pattes fixées sur une planche, et toutes les parois thoraco-abdominales étant enlevées, il m'était extrêmement facile d'examiner les mouvemens partiels et les mouvemens généraux du cœur. Et, comme je viens de le dire, le cœur, quoique vide de sang, conservait les mouvemens alternatifs propres aux oreillettes et aux ventricules. Quant aux *mouvemens généraux*, il n'y en avait pas la moindre apparence, le cœur était immobile à sa place ; il n'était pas soulevé ; il n'y avait ni pour sa pointe ni pour sa base aucun changement de position. Ce cœur se contractait comme dans l'acte physiologique, mais ce cœur ne battait plus, et la paroi thoraco-abdominale rabattue n'éprouvait pas le moindre choc. Un cœur vide de sang peut donc encore se contracter, mais il ne peut plus battre.

Comment se fait-il, reprend l'auteur, que le cœur battît pendant plusieurs heures après la mort ? Je me l'expliquai en admettant que mon bistouri, au moment où j'enlevais la paroi antérieure de la poitrine, avait dû piquer le cœur, et ce qui me confirma dans cette idée, c'est que, pendant assez longtemps, je pus, au moyen d'une piqûre, réveiller les contractions quand elles s'éteignaient.

(Renvoi à l'examen de la commission déjà nommée pour les travaux concernant la même question, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer, Claude Bernard.)

— M. Laugier prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Magendie.

— MM. Malgaigne et Piorry adressent chacun une semblable demande.

(Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

— La section de médecine, par l'organe de son doyen, M. Serres, présente comme candidats pour la chaire de médecine vacante au Collége de France, par suite du décès de M. Magendie,

Au premier rang. . . . . M. Cl. Bernard.
Au deuxième rang. . . . . . . M. Longet.
Au troisième rang. . . . . . M. Brown-Séquard.

Les titres de ces candidats seront discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

PRESSE MÉDICALE.

Bruit de souffle pulmonaire simulant le souffle cardiaque, par le docteur Roser. — Il n'est pas rare d'entendre dans la région du cœur un bruit de souffle coïncidant avec la systole et moins souvent avec la diastole, sans que cet organe soit lésé. On les regarde comme des bruits cardiaques, mais ils se passent dans les poumons, et voici comment. Lorsque dans le voisinage du cœur ou d'une des grosses artères, il existe une petite excavation soit tuberculeuse, soit provenant d'une dilatation bronchique, il peut se faire que l'ampliation du cœur lors de sa replétion, ou l'augmentation de ses diamètres transverses lors de sa contraction, ou bien la dilatation de l'aorte ou de l'artère pulmonaire comprime cette petite cavité, en chasse l'air, qui s'échappe par une bronche, en produisant un bruit de souffle parfois intense, tout à fait le même que celui qui résulte d'une altération valvulaire. Ce bruit existe dans la région du cœur et s'étend plus ou moins loin et sera donc rapporté à cet organe, si l'on ne connaît pas le fait ici indiqué. Lorsqu'il est produit par la diastole du cœur, il est plus faible et plus doux, parce que la réplétion se fait lentement, tandis que la contraction brusque et instantanée déplace l'air plus rapidement et avec plus de bruit. La caverne doit être petite, renfermant de l'air et communiquer avec les bronches. Ces conditions manquent dans de grandes cavités, et l'impulsion du cœur y produit alors parfois un craquement déterminé par la rupture de bulles, et qui a également l'air de se passer dans le cœur.

L'origine de ce souffle peut être facilement diagnostiquée ; on fait faire au malade une inspiration profonde, et on le fait rester aussi longtemps que possible dans cet état d'inspiration. Si le bruit est pulmonaire, il disparaît; s'il est cardiaque, il continue. Parfois les bruits ne cessent pas dans l'inspiration, il faut alors répéter l'expérience pendant l'expiration profonde et soutenue ; c'est seulement après cette double épreuve qu'on peut se prononcer avec sécurité.

Une autre circonstance peut simuler des bruits cardiaques; c'est lorsque des portions de poumon recouvrent le cœur et sont comprimées pendant la systole entre cet organe qui se durcit et la paroi thoracique. C'est surtout dans l'emphysème pulmonaire que l'on entend ce souffle parfois étendu. Il prend souvent un caractère spécial selon la nature de la respiration ; quand elle est lente, le cœur se contracte ou se dilate (la diastole peut produire le même effet) plusieurs fois pendant l'inspiration ou l'expiration, et le bruit du souffle a lieu deux, trois ou quatre fois pendant l'un ou l'autre des mouvemens respiratoires. Il est soumis à beaucoup de variations selon la rapidité et la profondeur de la respiration, mais a également pour caractère distinctif, de disparaître, quand on fait rester le malade dans l'état d'une inspiration ou d'une expiration profonde.

Enfin, une tumeur, une induration tuberculeuse du sommet du poumon gauche, par exemple, peut comprimer la sous-clavière et y produire un bruit de souffle qui parfois se répand au loin. (*Med. correspondenz. bl. d. würt. aerztl. ver.* 1855, n° 21.)

COURRIER.

Le dîner de cheval, que j'ai raconté dans le numero du 4 décembre, a tenté de nouveaux expérimentateurs. Un dîner semblable a eu lieu à Toulouse, à l'École vétérinaire, et le *Journal de Toulouse*, qui nous en apporte le récit, confirme de tous points les appréciations et les impressions que j'ai fait connaître. Le bouillon a été trouvé excellent et supérieur au bouillon de bœuf; le bouilli, un peu plus sec que le morceau de bœuf, sujet de la comparaison, l'emportait sur lui pour la saveur et pour l'arome. Mais les plus chaleureux éloges sont donnés au filet, véritable morceau de gourmet.

M. J. Gourdon, l'auteur de l'article, fait observer avec raison qu'il périt annuellement un million de chevaux en France ; en admettant, dit-il, qu'un tiers meurent de vieillesse ou par accident, c'est-à-dire dans les circonstances permettant d'en faire usage pour la consommation, et qu'en moyenne chaque tête fournisse 100 kilog. de viande, cela fait quelque chose comme 30 millions de kilog. de viande que l'on perd tous les ans. Une réforme dans nos mœurs qui nous amènerait à utiliser cette masse considérable de matière alimentaire, aurait, ce nous semble, tout le caractère d'un bienfait national.

— A la suite du dernier concours pour l'internat, ont été nommés :

Internes. — MM. Blondet, Péan, Despaignet, Silvestre, Siredey, Maugin, Dumont, Michel, Garnier, Gibert, Tillot, Jaccoud, Heurtaux, Martin (François), Brongniart, Devers, Dayot, Metivier, Dubois, Gellé, Féron (Constant), Ball, Londe, De Saint-Germain (Philippe), Collin (Philippe), Allaux, Mauvais.

Internes provisoires. — MM. Durante, Brullé, Paul, Royer (Anatole), Viaud-Grand-Marais, Dezanneau, Duboué, Mercier (Edmond), Brunet, Raux, Royet, Hardy (Charles), Chatillon, Bonnemaison, Poreau, Alcantara, Meynier, De Saint-Germain (Louis), Lancereau, Schloss, Pasteur Leven, Fauvel.

La séance publique pour la proclamation des nouveaux internes et externes et pour la distribution des prix, aura lieu le 24. A la suite, on procédera au classement des internes de première année.

— Par suite de la démission de M. Bouchardat et du décès de M. Quévenne, les mutations suivantes ont eu lieu parmi les pharmaciens en chef des hôpitaux :

M. Grassi passe de Lariboisière à l'Hôtel-Dieu ;
M. Ducom passe de la Maison municipale de santé à Lariboisière ;
M. J. Régnault passe de l'hôpital des Cliniques à la Charité;
M. O. Réveil passe de Lourcine à l'hôpital des Cliniques ;
M. Leconte (concours terminé le 8 décembre) est nommé à la Maison municipale de santé;
M. Roussel (même concours) est nommé à Lourcine.

— M. le professeur Duportal, directeur de l'École de pharmacie de Montpellier, vient de se démettre de la chaire de botanique qu'il occupait dans cette École.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 153. NEUVIÈME ANNÉE. **Mardi 25 Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An.............. 32 Fr.
6 Mois............ 17
3 Mois............ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA GÉNÉRALITÉ ET DE L'UNITÉ DE LA MALADIE;

Par le professeur FORGET, de Strasbourg.

Parmi les dogmes renouvelés de l'antiquité qui, dans ces derniers temps, ont surgi en opposition à l'organicisme, il en est deux qui, par les apparences de profondeur et de vérité, méritent un sérieux examen. Le premier est celui qui représente la maladie comme constituée primitivement par un état général de l'économie, lequel peut se localiser et se localise souvent sur divers organes dont l'affection, par conséquent, est toujours consécutive; le second enseigne que la maladie est une dans son essence; c'est-à-dire que tous les élémens morbides partent, en rayonnant, d'une source commune, et participent de la nature de leur élément générateur, lequel, précisément, est cet état général, objet du dogme précédent. De sorte que ces deux principes sont étroitement liés en théorie et ne le sont pas moins dans la pratique.

Ainsi, la pneumonie, par exemple, serait l'expression secondaire d'un état général, de la diathèse inflammatoire; et, d'autre part, les symptômes locaux et généraux, primitifs et consécutifs de la pneumonie, seraient réductibles à l'unité, c'est-à-dire reliés entre eux vers le principe général, par cette même diathèse inflammatoire.

On voit que, dans ce système, fort séduisant au premier coup d'œil, l'importance des organes et des lésions locales disparaît pour faire place à l'état général, qui seul mériterait considération.

Poussant plus loin les conséquences, on se demande quel peut être le siége, le support de cet état général; et on trouve que le principe vital, la force vitale, peut seule en être le véhicule; car la vie est le seul élément général de l'organisation; elle seule permet de concevoir cette généralisation des phénomènes. Le sang et les nerfs eux-mêmes, quoique pénétrant dans la généralité et l'intimité des tissus, ne sont que des élémens plus ou moins partiels de l'économie.

En outre, la vie seule peut être la source et l'instrument de cette activité, de ces péripéties, de ces actes enfin qui constituent les maladies, et qui sont étrangers à la matière inerte. Et voilà le vitalisme rationnellement constitué.

On ne saurait se dissimuler, je le répète, ce qu'il y a de grand et de vraisemblable dans cette large conception de la maladie. Cette grandeur et cette vraisemblance sont ce qui assure la pérennité du vitalisme, en tant que doctrine générale.

Mais d'abord, il faut rechercher si cet état général primitif, constituant les maladies, est aussi général et aussi primitif qu'on le suppose, et si les organes, envisagés isolément, ne peuvent pas quelquefois contenir le germe et la raison suffisante de cette généralisation.

Et quant à l'unité de la maladie, il faut voir si cette unité, vraie dans le principe, se maintient pendant toute la durée des maladies; si celles-ci ne projettent pas souvent des rejetons qui, tôt ou tard, constituent des élémens congénères égalant en importance le tronc primitif, ou même se détachant quelquefois de celui-ci pour jouir d'une existence propre et indépendante.

Nous ne parlons pas des cas où deux affections différentes et isolées se produisent à la fois chez le même individu; telles seraient la chlorose et la pneumonie, la gale et la syphilis; cas dans lesquels l'unité morbide est nécessairement rompue.

Ces points de doctrine une fois débattus et résolus, il resterait à se demander en quoi ce système de la généralité et de l'unité de la maladie peut servir la pratique, et si, dans l'application, ne se présentent pas nombre de cas dans lesquels force nous est d'agir comme si ces principes n'existaient pas; et si l'expérimentation thérapeutique n'est pas souvent en faveur de la localisation et du morcellement des maladies, du moins à n'envisager que les résultats curatifs, les seuls, en définitive, qui intéressent l'humanité.

Enfin il y aurait à voir, chemin faisant, ce qui revient légitimement au vitalisme dans la conception et la génération des maladies.

Tel est l'ordre que nous allons suivre dans ce travail.

§ I. — GÉNÉRALITÉ DE LA MALADIE.

Quels sont les cas où la maladie paraît être primitivement générale? Ce sont ceux-là, certainement, où le trouble général, la réaction précède toute localisation apparente, et ceux, sans trouble général ni réaction appréciable, où il existe dans l'habitude extérieure du sujet certaines modifications qui font supposer une affection générale d'emblée. La première catégorie comprend les maladies aiguës, la seconde a trait aux maladies chroniques.

Maladies aiguës.

Ici se présente, tout d'abord, la grande classe des *fièvres*, sur laquelle reposait autrefois et repose encore aujourd'hui la doctrine de la généralisation primitive. Ici, en effet, domine un grand phénomène, le mouvement fébrile qui, semblant affecter toute l'économie, paraît aussi dériver de l'économie toute entière. Cette idée de généralisation primitive dut naturellement s'offrir, de prime-abord, à l'esprit des anciens, ignorans des désordres intérieurs, des altérations intimes des organes. Mais cette idée dut subir des modifications du moment où l'anatomie vint révéler la liaison habituelle de cette généralisation apparente avec certains désordres observés dans la constitution des organes, dans la crase des liquides, etc. Déjà l'hippocratisme, en admettant l'influence des quatre humeurs, posa les bases de la localisation primitive; car il est évident qu'une maladie, dérivant de l'altération du sang, du phlegme, de la bile ou de l'atrabile, n'était plus une maladie primitivement générale, dans la rigueur du mot, et qu'elle ne se généralisait que consécutivement à la diffusion de ces humeurs dans la généralité de l'économie.

Mais parlons du présent et demandons-nous où nous trouverons ces fièvres primitives, essentielles dont on parle aujourd'hui. Supposons le cas le plus simple et le plus favorable, celui où, sous l'influence d'une riche constitution et d'un régime trop nutritif, une fièvre inflammatoire vient à se produire. Est-ce donc là une affection générale, *totius substantiæ*; l'os, le muscle, le cerveau, le poumon, etc., ont-ils primitivement pris part à sa production? Personne n'oserait le dire. Il est évident que le point de départ est dans le sang, sinon dans un viscère quelconque. Et ce grand phénomène général, celui qui cause l'illusion, la fièvre, n'est lui-même que l'expression d'une lésion locale, la stimulation directe, ou du moins le trouble du cœur, sans lequel il n'y a point de mouvement fébrile.

Et la fièvre bilieuse? Ce nom lui-même n'indique-t-il pas que vous-même la faites dériver d'une humeur sécrétée par un organe spécial? Et la fièvre muqueuse? n'est-elle pas dans vos propres idées l'expression d'une altération du mucus, sinon des membranes qui le sécrètent? Et la fièvre putride, ne la faites-vous pas dériver hautement d'une altération du sang?

Feuilleton.

L'IMAGINATION ET LA FOLIE (1).

II.

Toutes nos idées sont des images, a dit un grand philosophe, littérateur et poète du même coup. En ma qualité très précieuse de simple causeur, je dois rabattre de cette proposition et j'avance avec timidité que *presque* toutes nos idées sont des images. Quel rôle important joue donc encore l'imagination dans la vie des hommes qui affectent de n'estimer que le sens commun. Mais il ne faut pas trop leur ouvrir les yeux à cet endroit-là : ils n'auraient plus foi dans leurs propres calculs; passons.

Une personne veut bien m'interrompre et me faire la petite observation suivante : « Mais, Monsieur, *il n'y a pas d'être particulier qui s'appelle l'imagination, la mémoire, le jugement. Nous imaginons, nous nous souvenons, nous jugeons.* » Voilà tout.

— Oh ! répondrai-je, voilà tout, c'est beaucoup dire. Assurément personne ici ne songe à faire de l'ontologie; l'imagination n'est point un être; elle n'est ni *quelqu'un* ni *quelqu'une*, mais c'est *quelque chose*; ce quelque chose, a nom faculté aujourd'hui. Car les demi-dieux, les déesses de l'époque mythologique s'appellent présentement des facultés.

La vie n'est point davantage un être à part, que l'on rencontre dans la rue. Mais il y a quelque chose de connu, sous ce nom-là, par toute la terre. Ce quelque chose de général et d'absolu précède et rend possible ou nécessaire, comme on voudra, cette autre chose particulière, relative, que l'on nomme l'existence d'un individu.

C'est ainsi que l'imagination préexiste et fait les hommes d'imagination, de même que la musique préexiste et forme les musiciens avant que ceux-ci ne songent à écrire une symphonie, à donner un concert.

Nos facultés, relatives et personnelles, procèdent de facultés absolues et générales : ce sont des facultés incarnées, et comme telles, désormais, soumises aux lois et aux vicissitudes de l'organisation humaine. En effet, nous les voyons croître, diminuer, s'exalter, finir en nous et avec nous. Mais leur incarnation est un mystère aujourd'hui.

Locke, au fond, n'a pas dit autre chose dans son fameux axiome : *toutes les idées nous viennent* PAR *les sens.* Ce n'est point là du matérialisme, c'est de la physiologie. Et Voltaire a spirituellement complété Locke en ajoutant : « Nous *savons* très bien que les idées nous viennent *par* les sens, mais nous ignorons toujours d'*où* elles partent. La source de ce *Nil* ne sera jamais découverte. » Un moraliste a écrit : Les grandes pensées viennent du cœur; et cela est assurément plus croyable que susceptible de démonstration.

Cabanis, de son côté, avait quelque raison physiologique et expérimentale de prétendre « *qu'aux différences et aux modifications des organes, correspondent constamment des différences et des modifications dans les idées et les passions.* Soutenir, en effet, que l'esprit, les facultés, le moral d'un individu ne subissent ni accroissement, ni défaillance, ne sont susceptibles ni de progrès, ni d'altération, par le fait de l'accroissement ou de la sénilité des organes, c'est nier d'emblée les âges, les tempéramens, les sexes; c'est sacrifier l'évidence et l'observation scientifique à l'idée religieuse de l'âme, qui n'est pas en cause le moins du monde. Si l'esprit, le moral ne se trouvent jamais abolis par la prédominance d'une altération physique, pourquoi les médecins les plus spiritualistes reconnaissent-ils la folie; pourquoi admettent-ils les monomanies, même la monomanie homicide, c'est-à-dire l'absence de toute responsabilité devant les hommes?

Seulement, Cabanis eût bien fait peut-être de substituer les facultés aux sentiments et aux passions. Sa proposition eût ainsi mieux répondu à ce qui se passe tous les jours. Est-ce que le monde? est-ce que le jury, les juges vous tiennent compte de la différence et de la modification de vos sentiments, de vos passions, lorsqu'ils vous absolvent, dans un cas de folie et de délire? non, ils ont égard à la modification profonde, déterminante, irrésistible de vos facultés. Le monde, le jury et les juges admettent, d'ailleurs, implicitement, que cette modification entraîne celle de vos sentimens et de vos passions; mais c'est le dérangement de vos facultés qu'ils acquittent, et un jury d'évêques rendra son verdict avec une tranquillité de conscience bien plus grande, après la simple déposition d'un anatomiste, ou d'un chirurgien ayant attesté une lésion du cerveau chez l'inculpé.

Au surplus, les spiritualistes les plus décidés eux-mêmes, ne pensent pas autrement que Cabanis, en définitive et au fond. Le médecin, essentiellement spiritualiste, M. Récamier, « maintenait l'existence distincte de l'âme et du corps, de l'esprit et de la matière, mais il trouvait une telle communauté d'action et de réaction entre ces deux termes, une telle intimité de relations, qu'à son sens leur histoire ne pouvait être séparée (1). » *Action* et *réaction :* voilà le livre tout entier de Cabanis, sur les rapports du physique et du moral, résumé en deux mots. Je demande humblement si M. Récamier avait raison ensuite de parler de l'âme libre, indépendante. On n'est ni libre, ni indépendant quand on subit des réactions incessantes. L'âme est une vérité de sentiment et de foi. Quand on voudra en faire une vérité anatomique ou physiologique, on échouera honorablement et toujours. La psychologie, elle-même, meurt à la peine, et la religion seule donne la seule explication possible d'un mystère : elle le fait désirer, aimer et croire.

Ce qui entraîne peut-être bien des personnes dans l'impossible, c'est que l'on prend trop à la lettre cette maxime : *homo duplex*; l'homme en corps et âme, esprit et matière, physique et moral. Rien que cela. Eh! mon dieu! comptez donc bien. Est-ce que le moral et l'intelligence de l'homme ne font pas déjà deux. Chez Mirabeau, par exemple, n'admirez-vous pas l'*intelligence?* — Éprouvez-vous le même sentiment pour le *moral*, je ne parle pas de son physique. Voilà *homo triplex* déjà et je n'aurais pas fini. Tout bien considéré, l'homme est plutôt universel par ses élémens que double, triple, etc. Nous y mettons une parcimonie gênante. L'homme est un composé merveilleux et mystérieux de facultés organiques, animales, intellectuelles, morales, etc. L'âme existe au milieu comme Dieu au milieu du monde, si la

(1) Voir le numéro du 11 décembre.

(1) Éloge de Récamier, par M. Dubois (d'Amiens).

Et la fièvre maligne, ne la proclamez-vous pas comme exprimant une atteinte portée au système nerveux par le sang vicié ou par toute autre cause?

Je ne fais que mentionner, en passant, les fièvres intermittentes où l'altération primitive du sang est si généralement reconnue. Et quant aux fièvres éruptives, c'est encore au contagium introduit dans le sang que vous les attribuez.

Je ne vois donc, jusqu'ici, que des affections primitivement localisées dans un fluide, dans le sang principalement, fluide qui, portant son agression sur tel ou tel organe et spécialement sur le cœur, suscite consécutivement cette apparence générale, ce consensus des principaux viscères troublés dans leurs fonctions, qui feraient croire, en effet, à la généralité primitive de l'affection, si l'analyse la plus élémentaire n'enseignait à débrouiller ce chaos, en révélant la filiation des phénomènes.

Ce n'est pas tout : vos prétendues fièvres générales, essentielles, existent parfois sans fièvre, et même sans trouble notable des organes autres que ceux où, selon vous, la fièvre vient imprimer la localisation. Il est vrai que vous les dissimulez soigneusement ces fièvres essentielles sans fièvre; mais il n'est pas de praticien qui n'en rencontre quelques-unes. Ainsi, vous nieriez vainement la fièvre muqueuse sans fièvre, car vous confessez qu'elle existe assez souvent avec faiblesse et rareté du pouls. Ces derniers caractères ne sont-ils pas aussi ceux de la fièvre adynamique? Vous êtes si convaincus que les exanthèmes sont le produit de la fermentation fébrile qui pousse l'agent toxique à la peau, que vous fermez les yeux sur ces rougeoles bénignes, ces scarlatines légères, ces varioles mitigées, où l'efflorescence cutanée, survenue sans aucun trouble général antécédent, est le premier des phénomènes qui trahisse l'état morbide. Eh bien, où donc, dans tous ces cas, est ce mouvement dépurateur, où donc est cet état général, condition essentielle de la maladie? Ce sont des exceptions, direz-vous, de rares exceptions que, par analogie, vous subordonnez à la règle générale. Mais il ne peut y avoir d'exception quand il s'agit d'un fait fondamental; il ne peut y avoir de fièvre sans fièvre; et quant à l'analogie, c'est l'hypothèse, et l'hypothèse est antipathique à l'esprit de la loi, dans les sciences comme dans la justice.

De cette courte discussion, il résulte que :

1° Les fièvres dites essentielles, loin de militer victorieusement en faveur de la généralité primitive, témoignent, au contraire, d'un point de départ dans un fluide, dans un appareil, sinon dans un viscère;

2° Que les fièvres dites essentielles, pouvant exister sans fièvre, c'est-à-dire sans trouble général apparent, sont loin d'impliquer rigoureusement l'idée de généralité primitive de ce genre de maladies.

Passons aux phlegmasies.

Dans le système des anciens, la fièvre, dans beaucoup de cas, paraissant précéder les localisations inflammatoires, celles-ci n'étaient pour eux qu'un pur accident. Opinion qu'ils formulaient en désignant ces affections sous le nom de fièvres, avec détermination de l'organe affecté. Ainsi la pneumonie était, pour quelques-uns, la *fièvre pneumonique*, l'érysipèle était la *fièvre érysipélateuse*, etc. Telles sont les idées qui tendent à refleurir aujourd'hui.

Mais un des argumens que nous produisions tout à l'heure, au sujet des fièvres essentielles, renverse, de prime-abord, ce fragile échafaudage : c'est que ces mêmes phlegmasies que vous produisez comme un pur effet, un accident de la fièvre, existent fréquemment sans fièvre. Un observateur annonçait naguère à l'Académie la découverte des pneumonies sans fièvre; comme si tout praticien n'était en mesure de produire des faits semblables; témoin ces pneumonies ultimes, si fréquentes au déclin de la plupart des affections chroniques, pneumonies que, si souvent, l'autopsie seule vient révéler. Ce qui est vrai de la pneumonie l'est plus encore de la pleurésie, même d'emblée qui, fréquemment, s'établit d'une manière insidieuse. Cela est également vrai de la péricardite, de l'endocardite, de la péritonite latentes, etc., où la prétendue fièvre génératrice fait complétement faux-bond. Ce sont là des faits d'observation vulgaire. Comment se fait-il donc que des hommes haut placés dans la science et la pratique prennent sous leur patronage de pareilles mystifications!

Les modernes, à l'instar des anciens, admettent que les fluides viciés pénètrent les tissus, les irritent et les enflamment. On conçoit, en effet, que, dans certains cas, les liquides, le sang altéré par le mouvement fébrile ou par toute autre cause, puissent agir de cette manière. Mais d'abord nous avons vu que cela n'était pas, à vrai dire, un état général, puisqu'il n'y a, dans le principe, que lésion d'un fluide; et puis ce n'est là qu'une des faces de l'étiologie des inflammations. On ne conteste pas, en effet, les phlegmasies secondaires; ce que l'on conteste, c'est que toutes les phlegmasies soient secondaires, et secondaires à un état vraiment général.

Il est encore vrai que, dans certains cas, la réaction générale paraît précéder la localisation. Ceci demande examen. Plusieurs cas peuvent être supposés :

1° Il peut y avoir erreur de diagnostic : c'est-à-dire que l'observateur n'ayant constaté la phlegmasie qu'après l'invasion de la fièvre, en conclut que celle-ci a précédé. Ces cas doivent être fréquens. Par exemple : on n'admet guère la pleurésie que lorsqu'on peut constater l'épanchement. Or, il y a une période de la pleurésie qui précède l'épanchement, c'est celle caractérisée par le simple bruit de frottement. La pneumonie centrale ne se révèle à l'auscultation que lorsqu'elle est devenue périphérique. Or, dans l'intervalle, la fièvre a pu, elle a dû se produire. Ou bien la pneumonie occupe un point inexploré, ou bien elle est lobulaire, etc. Toutes causes d'erreur assez communes.

2° Certaines phlegmasies peuvent rester latentes, alors que déjà la fièvre est patente. Personne n'ignore, par exemple, que l'entérite folliculeuse ne se révèle pas toujours et dès le principe, par des signes locaux; de là les difficultés qui souvent accompagnent le diagnostic de la fièvre typhoïde. Ce qui fait que, sur ce terrain, les essentialistes ont si beau jeu.

3° Nous ignorons à quel degré, précisément, la phlegmasie est susceptible d'allumer la fièvre. Il peut se faire qu'un travail intime, une irritation initiale, nerveuse, si l'on veut, provoque la fièvre avant que la rougeur et la tumeur ne se soient produites. Ceci n'est pas une supposition gratuite. Les chirurgiens vous diront que la fièvre traumatique se développe assez souvent avant l'inflammation traumatique, laquelle, cependant, en est considérée comme la cause. Il est une remarque faite, il y a longtemps, par M. Chomel, et qui, dès lors, m'a vivement frappé : c'est que dans l'érysipèle de la face, et avant son apparition, il se produit parfois, dans la région sous-maxillaire, des ganglions dont la présence peut faire diagnostiquer l'invasion prochaine de l'érysipèle, la fièvre existant déjà, de sorte que la fièvre précède bien l'érysipèle, mais elle est elle-même précédée par les ganglions qui peuvent bien l'avoir produite et qui ne sont qu'un symptôme de l'érysipèle, mais symptôme précurseur.

Mais si les phlegmasies fébriles dès le début, peuvent, à toute force, fournir des argumens à la doctrine de la généralisation primitive des phlegmasies, que ferez-vous des phlegmasies où la fièvre est manifestement secondaire? Que ferez-vous surtout, je le répète, de celles qui ne sont nullement fébriles? Ferez-vous de ces trois catégories trois espèces différentes d'essence et de nature? Autant vaudrait dire que le vésicatoire qui produit la fièvre est essentiellement différent de celui qui ne la produit pas.

Pour les besoins de la cause, les essentialistes ont bien soin de distinguer les phlegmasies traumatiques des phlegmasies dites spontanées. Cette division me paraît assez peu philosophique. Je doute fort que la nature use de procédés différens pour le dedans et pour le dehors; je crois, au contraire, on ne peut plus rationnel de conclure du dehors au dedans, et lorsque nous voyons si clairement les phlegmasies externes engendrer la fièvre, nous avons peine à croire qu'il en soit autrement pour les phlegmasies internes. C'est ici, je crois, le cas de dire que « le sublime de la philosophie est de nous ramener au bon sens. » (Cabanis.)

Vous le voyez, les phlegmasies, pas plus que les fièvres, et moins qu'elles encore, ne peuvent guère être invoquées en faveur de la généralité primitive des maladies.

Je ne m'arrêterai guère aux hémorrhagies qui donneraient lieu à des considérations très analogues à celles que nous venons d'établir au sujet des phlegmasies. Certes, il y a des hémorrhagies de cause humorale, sanguine, c'est-à-dire *localisées* dans un appareil avant de l'être dans un organe. Mais que ferez-vous des hémorrhagies par dégénérescence, par ulcération des tissus, par tubercules, par obstacle mécanique à la circulation? etc., etc.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE.

DE LA SUTURE PROFONDE;

Par M. le docteur HEURTELOUP (1).

DE L'AIGUILLE A DEMEURE (planche 1re, fig. 3).

L'aiguille à *demeure* n'est pas à proprement parler une aiguille, c'est une tige plate et large en argent, de même dimension que l'aiguille *conductrice*. Elle est courbe sur le même rayon. Ses lignes sont parellèles d'un bout à l'autre. Un bout est mousse, l'autre bout présente un crochet (fig. 3, B). Ce crochet est plat suivant le plat de l'aiguille. Il est mince également suivant ce plat, et cette *minceur* permet d'introduire le crochet dans le chas de l'aiguille *conductrice* (fig. 2 A).

L'aiguille *conductrice* et l'aiguille à *demeure* courbées, suivant la même circonférence, forment, lorsqu'elles sont accrochées l'une à l'autre un *cercle parfait*. Cette circonférence exacte fait que là où un point du tout a passé, les autres points suivent exactement.

Les deux aiguilles s'accrochent l'une à l'autre avec facilité, en insinuant le crochet de l'aiguille à *demeure* dans le chas de l'aiguille *conductrice*, et en faisant entrer la goupille de celle-ci dans le crochet de celle-là (fig. 2 A).

L'aiguille à *demeure* et l'aiguille *conductrice* peuvent être *droites* suivant les indications.

(1) Voir le numéro du 22 décembre, et le rendu compte de la séance du 4 septembre de l'Académie de médecine, et inséré dans notre du 6 septembre 1855.

---

comparaison est permise et en prenant ce mot de *milieu* comme synonyme de partout.

Après cela ne me demandez pas, n'essayez guères, sans nécessité absolue, de définir une faculté, une essence. Ce serait nous exposer tous à substituer un assemblage de mots à un ensemble de faits. Exemple : consultez mille individus, après un concours, pour savoir si tel ou tel lauréat a ou n'a pas de la mémoire; vous n'attendrez pas longtemps la réponse, une réponse unanime, à moins que vous n'ayez choisi un sujet exprès, sur la limite de la médiocrité. Mais cela fait, demandez une définition de la mémoire, et vous assisterez incontinent à la plus effroyable mêlée de phrases et d'anti-phrases, d'adjectifs capricieux, etc. — Savez-vous pourquoi ces gens, prêts tout à l'heure à s'embrasser sur le fait, vont se quereller sur les termes? C'est qu'en définitive on ne peut donner que ce qu'on a. Or, personne ne peut donner *la* définition, pas plus que *la* vérité. Chacun donne *sa* définition, *sa* vérité.

Indè iræ.

Donc je ne définis pas et je raconte : Un homme s'imagine voir un fantôme la nuit. Il sait qu'il n'y a pas de fantôme, en dehors des contes. Il appelle un de ses sens à son aide, il se lève et va pour *toucher* le fantôme.

Cet homme pense et dit : J'ai cru voir, je n'ai point vu. Mon imagination trompe ma vue.

Le phénomène se reproduit : l'homme fatigué, troublé, n'essaie plus de toucher le fantôme; il dit : *Je vois.*

Enfin, l'état s'aggrave et l'homme affirme : le fantôme existe.

Le pauvre diable est bien fou.

Pascal en reste au premier degré : « Il voyait sans cesse à ses côtés un profond précipice : pour n'en être pas troublé dans ses méditations, il était obligé de dérober cette *image* à ses regards, en interposant un corps opaque entre ses yeux et la place qu'elle occupait par rapport à lui. » *Il voit*, selon Cabanis, mais sa volonté intervient, il met non pas un corps opaque, mais un raisonnement entre l'image et ses yeux. Et le raisonnement le voici : puisque je cache le précipice, je ne dois plus le voir; Pascal se sauvait de l'imagination par la logique. Le remède est rare et les médecins eux-mêmes ne l'ont pas toujours sous la main.

En causant de cette intervention de la volonté, si remarquable surtout chez quelques furieux de monomanie homicide qui vous préviennent de leur accès, je me demande s'il n'y aurait pas, par hasard, la folie animale, la folie organique et la folie humaine, comme il y a la vie animale, la vie organique et la vie humaine. La première possible à étudier, à raisonner, à guérir. La seconde mystérieuse, profonde, obscure et rebelle aux traitemens, etc., etc.

Mais un pareil sujet s'élève de beaucoup au-dessus de mes forces, et je ne me croirais plus, en le traitant, protégé par ces paroles charmantes d'un conteur émérite : « Je m'imagine que je vous parle et tout passe dans la conversation. » Je suis même un peu confus de ce que j'ai osé dire en présence de savans, et je m'esquive pour aller à l'Académie. Il est tard, mais je prendrai le plus long.

Pierre BERNARD.

EXAMEN DU PUS DE COULEUR ORANGE; par le professeur ZEIS, à Dresde. — Quand les plaies commencent à s'absterger, quand, dans certaines plaies il existe encore du tissu cellulaire qui se détache, tandis que, dans d'autres endroits, on trouve déjà un pus de bonne nature; ainsi du quatrième au huitième jour de la blessure, où il ne se fait plus d'exhalation de sang, à cette époque des plaies, il n'est pas rare d'y rencontrer des plaques ayant tout à fait la consistance d'un bon pus crêmeux, mais colorées en orange vif. Le premier coup-d'œil prouve déjà que cette coloration ne provient pas d'un mélange mécanique de sang avec du pus. Cette substance ne couvre jamais la totalité de la surface de la plaie; on peut facilement l'enlever avec une spatule ou une éponge, mais pas en totalité, car il reste toujours des places où elle est intimement adhérente au fond de la plaie, et, le lendemain, elle s'est reproduite avec plus d'abondance. Vers le dixième jour, cette exsudation diminue, et quand la suppuration est en pleine activité, quand le fond de la plaie est complétement détergé et couvert de granulations, elle disparaît tout à fait, pour n'y plus revenir.

M. Zeis croit que la matière en question se produit surtout sur les plaies avec déchirure, et dans celles où des aponévroses sont à nu; il ne se rappelle pas l'avoir jamais rencontrée sur une plaie produite par un instrument bien tranchant et surtout sur une plaie d'opération. Elle ne paraît pas entraîner un pronostic défavorable.

Il y a un peu plus d'un an que M. Zeis a commencé à examiner ce produit; 6 à 8 cas se sont depuis présentés à lui, et voici le résultat de ses investigations; néanmoins, il faut noter que tous ces caractères ne se sont pas montrés à la fois sur chaque échantillon.

A un grossissement de 300 diamètres, on rencontre les substances suivantes : 1° Les corpuscules de pus.

2° Des gouttelettes de graisse renfermant souvent des cristaux blancs, allongés en aiguilles et réunis en faisceaux (de la margarine).

3° Dans ces gouttelettes de graisse, parfois aussi dans le pus, existent des cristaux rhomboédriques, de couleur brune, ainsi que des faisceaux d'aiguilles de la même couleur, ces derniers insérés sur les angles des cristaux ou bien libres. Ces cristaux, qui paraissent être de l'hématoïdine, sont parfois en telle quantité, qu'on les voit par plusieurs centaines dans le champ du microscope.

4° Parfois les gouttelettes de graisse sont rares; par contre, on découvre une masse grenue, amorphe, également brun-rouge, comme les cristaux. D'autres fois, cette masse existe seule, avec absence ou rareté des cristaux. On peut en conclure à la présence d'une même substance chimique, mais tantôt cristallisée, tantôt amorphe.

Quelle que soit l'abondance des cristaux, on a de la peine à s'expliquer par leur moyen la couleur orange de ce pus; c'est dans la masse amorphe qu'il en faut chercher la cause, car elle conserve sa couleur décidée, même sous un fort grossissement.

Il est bien connu que, dans le sang extravasé, il se forme des cristaux d'hématoïdine, mais leur présence dans le pus, à une époque où il ne se fait plus d'hémorrhagies, peut bien ne pas encore avoir été signalée. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 35.)

Manière d'introduire l'aiguille conductrice dans les tissus.

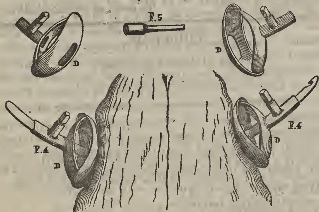
C'est le chirurgien lui-même qui étudie la manière de rapprocher les tissus. Il les met dans différentes conditions de rapprochement pour choisir la meilleure, c'est-à-dire celle qui présentera une chance de réunion plus large, plus exacte et plus profonde. Lorsqu'il a fini son étude, il cherche à maintenir les tissus au moyen de deux doigts *uniques* opposés, et si ces deux doigts opèrent à *eux seuls* un rapprochement convenable, c'est à l'endroit où sont ces deux doigts que l'aiguille conductrice doit être placée. Elle doit entrer par la place occupée par un doigt et sortir par la place occupée par l'autre doigt. Pour cela, l'aide embrasse les tissus avec ses doigts en les posant autre part qu'à la place d'élection, afin de *laisser cette place libre*, et les maintient en position pendant que le chirurgien passe l'aiguille *conductrice*.

Aussitôt que cette aiguille *conductrice* est passée, il accroche l'aiguille à *demeure*, et faisant décrire aux deux aiguilles un cercle parfait, il tire cette dernière qui remplace la première. Il sépare les deux aiguilles en les décrochant, et l'aiguille à demeure reste dans les tissus. C'est alors que, l'aide maintenant toujours les chairs en position, le chirurgien glisse sur les deux extrémités de cette aiguille à *demeure* les deux pièces de contention que je vais décrire. Il fixe ces pièces, et l'aide abandonne les tissus à eux-mêmes.

Des pièces de contention.

J'ai appelé ces pièces, pièces de *contention*, non pas seulement parce qu'elles sont destinées à maintenir les tissus en contact, mais aussi parce que, mobiles, elles peuvent obéir à tous les degrés de pression que le changement de volume des tissus peut exiger. J'emploie deux genres de pièces de *contention*,

(Planche 2e).



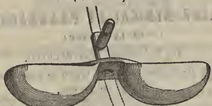
l'une qui presse et contient en agissant sur la ligne même de l'aiguille à *demeure* (planche 2, DDDD), et l'autre qui porte son action à quelque distance de cette aiguille et sur ses deux côtés.

La pièce de *contention* présente trois propriétés : 1° remplaçant les doigts, elle est arrondie et lisse ; 2° tout en prenant son point d'appui sur l'aiguille à *demeure*, elle ne bouche pas cependant le trou fait pour cette aiguille, et 3° elle se fixe à volonté sur un des points de cette aiguille.

La pièce de *contention* qui agit sur la ligne même de l'aiguille à *demeure* présente deux montans qui se continuent avec la gaîne qui reçoit l'aiguille et qui font corps avec la pièce en coquille qui presse sur les tissus. Cette pièce est percée d'un trou par lequel le pus s'écoule facilement, bien qu'il y ait une pression exercée tout près de l'aiguille (DD, fig. 4).

La pièce de *contention* qui porte son action à *quelque* distance de l'aiguille à demeure (planche 3) étend ses deux

(Planche 3e).



coquilles à droite et à gauche. Ces coquilles n'ont pas de trous, car l'espace qu'elles laissent entre elles permet au pus de s'écouler avec facilité. Ces coquilles sont réunies à la gaîne qui glisse sur l'aiguille à *demeure* au moyen d'une traverse qui les rendent solidaires.

Enfin, il est une troisième pièce de *contention* mais qui est exceptionnelle, c'est celle qui, au lieu d'agir sur les parties latérales de l'aiguille à demeure, agit au-dessous de sa convexité ; alors sa coquille est placée dans ce sens. Toutes les coquilles de ces pièces peuvent être allongées, et alors, prenant sur un plus grand espace, elles maintiennent les tissus dans une plus grande longueur, et au moyen de la large contention que ces coquilles permettent, il n'est nécessaire que de poser une aiguille pour réunir une plaie largement béante.

On peut faire des coquilles à rallonges.

J'ai fait faire des coquilles en bois et en caoutchouc comme celles que je vous présente, mais le métal inoxydable vaut mieux ; très poli, très arrondi et se maintenant propre, il est d'un meilleur usage.

Dans le principe, j'avais disposé les pièces de contention avec une vis présentant une tête que pouvaient tourner les doigts, mais cela encombrait ; ces vis projetaient trop et j'ai dû en placer, sur les gaînes, de courtes que je tourne maintenant avec une petite clef ; je vous la présente. Cette clef a une force suffisante pour mouvoir les vis lorsqu'elles sont salies, et c'est un point important (l'extrémité de cette clef est dessinée sur la planche 2, fig. 5).

Lorsque le chirurgien juge que la réunion lui paraît suffisante, il desserre les vis, recule les pièces de *contention* et n'enlève jamais ces pièces et les aiguilles à demeure abruptement ; il desserre un jour, puis un second, puis un troisième et produit l'effet que j'appelle de seconde intention et qu'il ne sera le moment de mettre en lumière que lorsque j'entretiendrai l'Académie des effets de la suture profonde dans les cas où je l'ai mise en usage.

L'idée principale de la *suture profonde* étant publiée, les instrumens qui en permettent l'usage étant décrits, je désire être surpassé par les savans et habiles praticiens qui m'écoutent, car, si ce que je propose est rationnel, je ne doute pas qu'ils n'étudient le sujet plus profondément que celui qui n'a pas assez l'occasion de l'appliquer, et qu'ils ne le fécondent avec l'esprit de perfectionnement qui les distinguent.

J'ai l'espérance, s'ils veulent bien se livrer à cette étude, qu'ils admettront que la *suture profonde* peut être employée seule ou concurremment avec la suture *superficielle*, *et vice versâ*, chacune ajoutant au bien dans la mesure de ses propriétés.

REVUE GÉNÉRALE.

Appareil nouveau pour les fractures. — Simplification du traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine. — La glycérine substituée aux corps gras comme excipient des remèdes antipsoriques.

Simplicité, facilité, économie, trois conditions inestimables dans l'institution de tout traitement médical et chirurgical, quand s'y joint la condition suprême, l'efficacité. La presse ne peut pas toujours garantir cette dernière condition : il serait injuste d'avoir envers elle cette exigence ; mais son devoir est de faire connaître toutes les tentatives faites dans la direction que nous venons d'indiquer, quand ces tentatives se présentent avec l'autorité d'un nom connu et honoré.

C'est à ce titre que nous voulons exposer ici un appareil nouveau de contention de fractures, employé par l'honorable docteur Carret, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry. Cet appareil, en effet, réunit à un haut degré les conditions de simplicité, de construction, de facilité d'application et d'économie. Il laisse bien loin en arrière l'amidon, la dextrine, le plâtre, le stuc, la gutta-percha et tous autres moyens préconisés et employés dans ces derniers temps.

En effet, *un morceau de carton gris et une bande quelconque*, voilà tout cet appareil. Au moyen de ces deux objets, M. Carret a déjà traité avec un plein succès et un assez grand nombre de fois, à l'Hôtel-Dieu de Chambéry, des fractures simples et compliquées de la cuisse, de la jambe, du bras, de l'avant-bras, des doigts ; il a maintenu en parfaite réduction une fracture de la rotule, une aussi de l'olécrane, et deux de ces fractures obliques du tibia, pour lesquelles M. le professeur Malgaigne a proposé, en désespoir de cause, l'implantation dans l'os saillant d'une vis terminée en pointe aiguë. C'est encore au moyen de ces deux objets seuls, carton et bande, qu'il fait sortir du lit et promener, à l'aide de béquilles, les individus atteints de fractures aux membres inférieurs, le lendemain du jour où l'appareil a été appliqué.

Cette application est, en général, dit M. Carret, prompte et facile. On prend un morceau de carton de la longueur du membre et d'une largeur un peu plus que suffisante pour en faire le tour ; on le ramollit en le trempant quelques minutes dans l'eau. La réduction de la fracture étant faite, on dispose bien également le carton mouillé sous le membre que l'on recouvre en entier en appliquant l'une après l'autre les deux moitiés du carton qui viennent se croiser en avant, et, pendant qu'un aide tient le tout en place, on fait par-dessus, avec une bande également mouillée, un bandage roulé ordinaire. Voilà pour l'application en général. Mais il peut être utile, et parfois même nécessaire, de modifier la forme même de cet appareil. A l'avant-bras, par exemple, on place sur les faces antérieure et postérieure, préalablement à l'appareil décrit, une pyramide faite avec deux ou trois attelles de carton mouillé. Pour la fracture de la rotule, il a suffi d'un carré de carton, au milieu duquel on avait pratiqué une ouverture de l'exacte dimension de l'os, et dans laquelle les fragmens rapprochés et logés ont été maintenus au moyen de la bande mouillée. L'auteur a fait à peu près de même pour la fracture de l'olécrane. La cuisse exige que l'on échancre le carton en dedans, pour que, remontant en dehors, il couvre suffisamment la hanche, et, dans ce cas, la bande, arrivée au pli inguinal, doit contourner le bassin par quelques doloires.

L'appareil appliqué, on place le membre dans une position convenable, jusqu'à ce que la dessication soit obtenue ; ce qui demande un temps variable suivant la saison, l'épaisseur du carton, et surtout suivant que cette dessication est abandonnée à elle-même ou que l'on emploie quelque moyen artificiel de calorification. Si le blessé est indocile, s'il manque d'intelligence ou s'il doit être transporté, il est bien de recouvrir l'appareil humide d'un morceau de carton sec.

Lorsque la dessication est complète, on peut, à moins de complications graves et de certaines contre-indications, telles que la pusillanimité, une grande maladresse, permettre au blessé de sortir de son lit et de se livrer à une déambulation prudente, c'est-à-dire avec des béquilles. A plus forte raison, peut-on le faire transporter sans danger, et lui permettre dans son lit à peu près tous les mouvemens.

Pour visiter le membre, on enlève la bande et on ouvre le carton en écartant ses bords l'un de l'autre, et en le décollant de la peau à laquelle il adhère.

La réapplication d'un appareil qui vient d'être visité se fait de la manière suivante : on humecte légèrement avec de l'eau la partie du membre et de l'intérieur du carton à découvert, on rapproche les bords de ce dernier et comme la première fois, c'est-à-dire avec une bande mouillée, on fait par-dessus un bandage roulé ordinaire.

La fracture s'accompagne-t-elle d'une plaie ou de toute autre lésion qui demande un pansement, on pratique une fenêtre au carton au moment de l'application de l'appareil. Mais, dans ce cas, il faut diviser la bande en trois, pour ne pas dire qu'il faut trois bandes, une pour la partie située au-dessous de la plaie, et qui se place la première, une autre pour la partie au-dessus et la troisième pour celle qui lui correspond : celle-ci est naturellement placée la dernière, par la raison qu'elle doit être renouvelée.

Aucun appareil, sous le rapport de la simplicité et sous le rapport de la promptitude de l'application, ne peut être comparé à celui de carton, qui se compose de deux pièces que l'on trouve à peu près partout, et qui se place en moins de cinq minutes pour les fractures les plus compliquées.

L'appareil de carton permet à toute heure l'inspection du membre. Il a cela de commun avec le bandage amovo-inamovible amidonné, c'est vrai, mais il faut à ce dernier une incision préalable, dont le premier se passe ; ce qui n'est pas un médiocre avantage.

L'appareil de carton n'est jamais contre-indiqué. Les accidens primitifs des fractures, tels que l'engorgement inflammatoire, les contusions, les ecchymoses, en réclament plutôt l'emploi. Le carton, dont l'humidité peut être entretenue à volonté est, dans ces cas, un excellent topique, et plus tard par sa dessication lente, graduelle, progressive, il aide puissamment à la résolution de ces diverses complications. En peut-on dire autant des bandages amovo-inamovibles ?

L'appareil de carton, très propre par sa nature, comme nous venons de le voir, à combattre les accidens primitifs des fractures, est très propre aussi par sa structure à en prévenir les accidens consécutifs, tels que la gangrène, le sphacèle, les fusées purulentes. En effet, quoique parfaitement emboîté dans l'appareil de carton, le membre n'éprouve ni douleur, ni engourdissement ; les parties situées au-dessous ne s'œdématient pas ; ce qui prouve que le carton mouillé, puis desséché, contient et ne comprime pas. Cette contention s'exerçant également et uniformément sur tout le membre, ne laisse pas de vide et conséquemment pas de passage au pus pour former au loin des collections et des fusées.

L'appareil de carton joint à tous ces avantages une grande puissance contentive. Cette puissance tient à diverses causes : 1° à la dureté que le carton, appliqué mouillé sur un membre, acquiert par la dessication ; 2° à l'adhérence intime qu'il contracte avec le membre ; 3° à la bande elle-même qui se colle au carton. Ce qui prouve cette puissance, c'est la coaptation parfaite dans laquelle le carton tient les fragmens dans les fractures réputées comme les plus rebelles à être maintenues, telles que les fractures obliques du tibia, etc. Ce qui ne prouve pas moins cette puissance, c'est la faculté que donne cet appareil, de sortir du lit et de se promener le lendemain, et, si l'on y tient, le jour même de son application.

Voilà des assertions bien consolantes et bien tentantes ; c'est aux praticiens qu'il appartient d'en vérifier la réalité.

— Voici encore une simplification dans la thérapeutique. Elle est relative au traitement des fièvres intermittentes, non par un médicament nouveau, car il s'agit du sulfate de quinine, mais par une manière particulière de le doser et de l'administrer.

Cette méthode, que M. le docteur E. Hévin tient de son père, qui la tenait d'un curé de l'Andalousie, se rapproche de celle de Torti, quant au temps de l'administration ; elle en diffère en ce que le médicament, donné à plus forte dose, au lieu d'être pris en une seule fois, est administré à doses fractionnées et croissantes avant l'accès :

« On commence par une dose de sulfate de quinine de 5 centigrammes ; puis, vingt minutes après, 10 centigrammes et enfin, après le même intervalle, la dernière dose de 15 centigrammes. On a ainsi fini de donner les 30 centigrammes qui forment la dose totale, vingt minutes avant l'accès présumé, de sorte qu'un quart d'heure avant le stade de froid, on peut commencer à prendre des boissons chaudes ; en un mot à appliquer le traitement de l'accès.

» Pour diviser facilement le sulfate de quinine, on peut le partager en trois paquets de 10 centigrammes : ne prenant d'abord que la moitié du premier paquet, puis le second paquet entier, enfin, joignant au troisième le restant du premier.

» Chaque dose est prise soit dans du pain azyme sur une gorgée d'eau, soit dans du sirop de groseilles, soit encore et mieux dans un peu de limonade sulfurique. Cette dose suffit, dans le plus grand nombre des cas de fièvre intermittente ordinaire, pour supprimer l'accès, surtout quand l'affection est récente et exempte de complications.

» On revient de la même manière à la médication le jour pyrétique suivant, soit que l'accès précédent ait été supprimé, soit qu'il ait été seulement modifié, afin de marcher vers la guérison ou pour l'assurer; on continue ainsi tant qu'on peut conserver quelque crainte. Ordinairement, on peut considérer la guérison comme assurée au bout de huit jours.

» Quand la fièvre n'a pas été supprimée, on doit prêter la plus grande attention aux changemens qui surviennent dans l'heure du retour, afin de ne pas manquer l'accès, qui pourrait être en retard ou en avance. Il faut avoir soin de faire coucher le malade au moins une heure avant l'accès, quand il ne ressent encore rien; car le moindre refroidissement peut provoquer la brusque apparition de l'accès, qui, sans cette circonstance, n'aurait peut-être pas reparu. Il est entendu que les précautions hygiéniques seront prises pour éviter les rechutes; soustraire le malade à l'influence des causes est une condition essentielle; pendant le traitement, en dehors des accès, une alimentation convenable, proportionnée à l'état du sujet, et qui sera augmentée à mesure qu'avanceront les progrès de la convalescence. » — (In *Revue médico-chirurg. de Paris*, novembre 1855.)

Cette méthode paraît avoir rendu de très grands services à M. Hévin père, qui l'a employée pendant un long exercice de la médecine, soit dans les camps, soit dans la pratique civile. Son fils la préconise surtout à titre d'économie pour les malades. Son intention est excellente, assurément. Notre jeune confrère, après informations prises, a vu que le sulfate de quinine avait en ce moment, en moyenne, une valeur de 250 fr. le demi-kilogramme; soit 50 cent. le gramme. Mais ce prix ne doit s'entendre que du médicament acheté en fabrique; les exigences de l'officine en quadruplent, en quintuplent la valeur; car les pharmaciens vendent, en ce moment, le sulfate de quinine de 2 fr. à 2 fr. 50 le gramme, soit 1,000 à 1,250 fr. ce qui leur coûte de 225 à 250 fr. Voilà la vérité des choses, et ce qui fait que le sulfate de quinine, ce médicament précieux, sera longtemps encore, et jusqu'à ce qu'on ait trouvé le moyen d'exonérer le commerce de la pharmacie des charges qui l'accablent, un médicament très onéreux pour les pauvres gens.

— Trop longtemps dédaignée, la glycérine nous paraît faire très rapidement son chemin dans le monde médical. Voici encore une de ses applications nouvelles. M. le docteur Bourguignon a eu la pensée de la substituer aux corps gras, comme excipient des agens antipsoriques. Voici un extrait d'un travail lu par l'auteur à la Société de médecine de Paris, et dans lequel il expose les divers essais qu'il a tentés et les formules auxquelles il paraît s'être définitivement arrêté :

L'auteur a cherché à guérir la gale par un seul bain; à défaut d'un bain, par une lotion; enfin à défaut d'une lotion, par des topiques privés en partie des inconvéniens attachés jusqu'à ce jour à leur emploi. Des bains concentrés au sulfure de potassium, aux solutions zinco-arsenicale, de bichlorure de mercure, de sulfate de cuivre, etc., etc., n'ayant point donné les résultats désirés, il a employé en lotion les huiles essentielles ou les carbures d'hydrogène, les essences de lavande, romarin, citron, etc., la benzine, les éthers, le chloroforme, qui tous tuent le parasite acarien, soit instantanément, soit au bout de quelques minutes, et avec une énergie qui l'emporte sur l'intoxication de toutes les autres préparations. Ces lotions, efficaces pour faire périr le sarcopte dans son sillon, ont eu l'inconvénient de causer une vive douleur surtout aux parties sexuelles, et de laisser les œufs en état de suivre leur évolution régulière; si bien que des malades, guéris en apparence, ont éprouvé de nouvelles démangeaisons trois semaines après la friction. Les douleurs et la prompte destruction du sarcopte ont été en raison directe de la volatilisation de ces carbures; à cet égard, le chloroforme occupe le premier rang, l'essence de térébenthine le dernier.

Ces huiles essentielles ne pouvant être supportées par le tégument à l'état de pureté, ni détruire les œufs, leurs solutions étendues pour bain n'ayant pu également amener la destruction complète du parasite et de ses générations à venir, force a été de chercher un excipient propre à diminuer l'action irritante de ces essences, et d'y joindre un autre élément propre à détruire les œufs. Comme excipient, la glycérine, qui a toutes les propriétés des corps gras sans en avoir les inconvéniens, car elle est soluble dans l'eau, qui ne tache pas les vêtemens et est bienfaisante pour la peau, fut substituée à l'axonge; et le soufre en poudre, après la constatation de l'effet spécial qu'il produit sur les sarcoptes, analogue, sous quelques rapports, à la prompte intoxication du *Pyrethrum caucasicum* sur nos parasites domestiques, fut ajouté aux essences et à la glycérine. Ce nouveau topique, d'une odeur agréable, moins douloureux que la pommade d'Helmerich, opère, après une seule friction générale non précédée de friction au savon, une guérison définitive. Sa formule est la suivante :

Jaunes d'œufs	n° 2.	
Essence de lavande	5	grammes.
— de citron	5	—
— de menthe	5	—
— de girofle	3	—
— de cannelle	3	—
Gomme adragante	2	—
Soufre bien broyé	100	—
Glycérine	200	—
	323	grammes.

Soit, en y comprenant les jaunes d'œufs, environ 350 grammes.

Mêlez intimement les essences aux jaunes d'œufs, ajoutez la gomme adragante, développez complétement le mucilage, puis versez par petites portions la glycérine et le soufre.

Puisque la glycérine l'emportait par ses avantages sur l'axonge sans coûter plus cher, il était rationnel d'en essayer l'emploi dans la préparation de la pommade des hôpitaux, et de constater l'efficacité de ce nouveau topique : c'est ce que fit M. Bourguignon : il soumit un grand nombre de malades au traitement par la pommade d'Helmerich ainsi modifiée, et obtint des guérisons aussi promptes et aussi définitives qu'avec le topique aux essences. La formule de la pommade d'Helmerich à la glycérine est la suivante :

Gomme adragante	1	gramme.
Sous-carbonate de potasse	50	—
Soufre bien broyé	100	—
Glycérine	200	—
Essences de lavande, citron, menthe, girofle, cannelle. } *àâ*	1	—
	356	grammes.

Faites un mucilage avec la gomme adragante et 30 grammes de glycérine, ajoutez le carbonate de potasse, mêlez jusqu'à dissolution, puis versez le soufre et la glycérine par petites portions. Aromatisez.

Cette nouvelle pommade d'Helmerich reviendrait, d'après l'estimation qu'en a bien voulu faire M. Soubeiran, au même prix que la pommade en usage dans les hôpitaux, soit à 70 centimes les 350 grammes nécessaires à la guérison.

Ce topique, malgré l'augmentation notable du sous-carbonate de potasse et du soufre, est moins douloureux que la pommade sulfuro-alcaline, et il a sur cette dernière l'avantage de ne plus altérer les vêtemens et d'avoir une odeur agréable. — L'auteur en conseille l'emploi pour les hôpitaux civils et militaires.

Des enfans ont été traités à l'hôpital Sainte-Eugénie par les deux topiques formulés, comme des adultes l'avaient été à l'hôpital Saint-Louis.

L'auteur, après ces dernières observations, pense, comme autrefois, que le traitement doit comprendre un bain simple ou savonneux pour les individus dont le corps n'est point dans un état de propreté convenable, puis deux frictions générales d'une demi-heure, faites à douze heures d'intervalle, et suivies, vingt-quatre heures après la dernière friction, d'un bain de propreté non savonneux, la glycérine étant soluble dans l'eau; et pour les personnes qui veulent vaquer à leurs occupations journalières et tenir secret le traitement qui leur est imposé, une friction le soir au moment du coucher, un bain le matin au lever, une seconde friction le soir du second jour, puis un second bain le surlendemain matin : soit deux frictions et deux bains en alternant à vingt-quatre heures d'intervalle, en commençant par la friction, ce qui permet aux malades de n'être soumis à l'action du topique que pendant deux nuits consécutives, et de ne porter le jour aucune trace de médication.

Deux frictions sont conseillées, attendu que les malades, livrés à eux-mêmes, négligent trop facilement la recommandation qui leur est faite de se frictionner suivant une certaine méthode; qu'il en est ainsi dans certains hôpitaux privés d'un personnel qui surveille le traitement, et voire même pour quelques médecins, qui oublient la nécessité de faire frictionner les mains vingt fois plus que les bras, par exemple; car sur cent parasites, quatre-vingts sont aux mains et vingt seulement aux parties génitales ou sur les autres régions du corps.

Les 350 grammes que donnent les formules suffisent aux deux frictions; la première doit absorber 200 grammes et la seconde 150 grammes.

Amédée Latour.

PRESSE MÉDICALE.

De la dégénérescence dite graisseuse du placenta, par le docteur James Cowan. — Par une série d'examens chimiques et microscopiques, ce médecin est arrivé à déclarer que la dégénérescence dite adipeuse du placenta ne présente aucun caractère d'une dégénérescence graisseuse. L'analyse chimique n'a jamais démontré la présence d'une véritable graisse; le placenta ne renferme, d'ailleurs, pas de cellules graisseuses ni dans l'état normal, ni dans l'état pathologique. Voici les résultats de l'examen de cette maladie :

1° Les villosités conservent leur forme naturelle, même dans les degrés les plus avancés de la maladie; elles sont simplement comprimées, moins développées qu'à l'état normal, ce qui s'explique par des causes mécaniques;

2° Dans ces cas, le placenta apparaît dur et condensé; il serait au contraire mou, s'il était le siége d'une dégénérescence graisseuse;

3° Les globules de graisse qu'on rencontre, ne sont qu'à la surface des villosités, ou bien ne pénètrent que très peu dans leur tissu.

Le placenta a un aspect atrophique et anémique. Ces altérations ne s'expliquent que par l'admission d'une masse dense, étrangère, déposée et répandue dans l'intimité de l'organe. Cette lésion est un exemple de décomposition de la fibrine du sang, qui peut se faire dans les conditions les plus diverses, et à son point de départ constant dans une extravasation sanguine, déterminée par une déchirure des vaisseaux utéro-placentaires. Celle-ci peut elle-même être constitutionnelle ou accidentelle (*Edinb. méd. and surg. journ.* n° 199, dans *Allgem. med. central-zeit.*, 1855, n° 63.)

Succédané de la quinine. — Puisse cette préparation du docteur P. Gamberini, avoir un meilleur succès que presque toutes les innombrables précédentes. C'est une *limonade oyalico-martiale*, composée de : sulfate de fer 0, 60; acide oxalique 0, 30; eau distillée 1,500, 00; sucre 45, 00. A bien secouer et prendre pendant plusieurs jours dans l'apyrexie (le mode d'administration n'est pas indiqué d'une manière plus explicite). Les docteurs Leonesi et Bazzi la préfèrent, même de beaucoup, au sulfate de quinine (!) (*Bollet. de scienze med. di Bologna*, février 1855, dans *Allgem. med. central-zeit.*, 1855, n° 63.)

Deux cas de sclérème de la peau, par le docteur Fiedler, à Dresde. — Ils ont été observés sur une fille de 20 ans et un garçon de 13 ans et demi. Ils ne se distinguent pas grandement de tous les autres cas connus, si ce n'est que chez la fille les extrémités inférieures étaient également prises, ce qui est contraire au résumé déduit par M. Gillette, des cas connus. (*Archiv. gén.* Décembre 1854.) La maladie était très-lente à se former et a résisté à tous les moyens de traitement. Le docteur Friedler regarde l'amaigrissement comme primitif; les malades maigrissent, le tissu cellulaire sous-cutané disparaît et la peau est étendue directement sur les muscles et les os; sa nutrition se fait mal, elle devient dure et luisante et aux endroits où elle touche les os, la pression et la tension y déterminent des ulcères. Aussi cette maladie devrait porter le nom d'*atrophie du tissu cellulaire et de la peau*. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 34.)

Nouvel hémostatique; par le docteur Gaupp. — C'est le rhizôme d'une plante appartenant à la famille des filicées et probablement originaire d'Abyssinie, entré dans le commerce depuis dix-huit mois, sous le nom de *pinghwar-har jambi*. Ce médicament a réussi dans des cas d'hémorrhagies internes et externes, dans lesquelles les autres styptiques les plus actifs étaient restés sans effets. L'auteur cite deux cas d'hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde, et deux cas d'hémorrhagies traumatiques. A l'intérieur, il donne un décoctum de 30 sur 180 gram., à prendre en deux heures; à l'extérieur, il applique sur la plaie les filamens du rhizôme. — (*Allg. med. central-zeit.*, 1855, n° 72.)

Par décret impérial, M. le docteur Cl. Bernard, membre de l'Institut, est nommé professeur de médecine au Collége impérial de France, en remplacement de M. Magendie.

— L'Académie de médecine vient encore de perdre un de ses membres. M. le docteur Gaultier de Claubry, aîné, est mort samedi dernier, à l'âge de 70 ans.

— M. le docteur Olliffe vient d'être nommé officier de la Légion d'Honneur.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 154. NEUVIÈME ANNÉE. **Jeudi 27 Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens.

1 An............ 32 Fr.
6 Mois.......... 17
3 Mois.......... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ET DANS LES DÉPARTEMENS Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA GÉNÉRALITÉ ET DE L'UNITÉ DE LA MALADIE (1);

Par le professeur FORGET, de Strasbourg.

Maladies chroniques.

Si maintenant nous passons aux maladies chroniques, la question va s'obscurcir et se compliquer, car les cas sont assez variés; puis, ici, domine un grand fait, celui de l'absence ordinaire de la fièvre, que, par conséquent, on ne peut plus invoquer comme preuve d'un état général. Mais, en revanche, on a les diathèses et leurs conséquences, les cachexies.

Or, la diathèse est-elle toujours un état général? est-ce toujours par le fait d'un vice général que le poumon se tuberculise, que le foie passe à la cirrhose, l'estomac au cancer, le cœur à l'hypertrophie, le rein à l'état granulé, etc.? grandes questions dont quelques-unes sont encore en litige. Il est à remarquer que, tandis que l'esprit de l'époque est aux affections générales, le microscope manifeste des tendances toutes contraires, quoi qu'il soit fort en honneur. Mais alors même que la diathèse et la cachexie sont actuellement généralisées, est-ce à dire qu'elles étaient générales dès le principe? Si vous nous refusez l'origine parfois idiopathique du tubercule et du cancer, ne professez-vous pas, vous-même, qu'elles dérivent de l'altération des liquides, sang ou lymphe? Mais, encore une fois, le sang et la lymphe sont des élémens partiels de l'économie.

Que de choses à dire encore sur cette grande question de la généralité primitive des maladies! Mais force est bien d'abréger, et nous en avons dit assez, je l'espère, pour faire comprendre combien cette doctrine est vulnérable en principe et surtout en application.

Nous n'avons encore rien dit du principe vital comme source et mobile de ce dogme prétentieux. C'est que, chose singulière! tandis qu'on parle beaucoup du principe vital en théorie, il est assez rare qu'on le fasse intervenir dans la pratique. En effet, nous venons de voir la réaction, ce symbole de vitalisme, jouer un grand rôle dans la généralisation des maladies, mais presque toujours sous l'influence d'un agent très matériel, le sang ou le nerf. Ce n'est donc là que du vitalisme secondaire. Nous sommes très volontiers vitaliste à ce prix-là.

On a prétendu, toujours en théorie, que lorsque le principe vital est en jeu, il l'est nécessairement dans son ensemble; que la formation du cal, par exemple, implique une modification générale de la vitalité de toute l'économie. Étrange prétention, que rien n'appuie, que tout contredit, et que nous éprouvons une sorte de honte à discuter. Quoi! dans une plaie légère, dans une fracture simple, dans une phlegmasie circonscrite, dans le furoncle, par exemple, voire même dans certaines grandes phlegmasies apyrétiques; alors que la réaction est nulle, que le malade n'éprouve d'autre incommodité que le malaise mécanique, en quelque sorte, résultant de l'affection locale; lorsque le travail organique est manifestement confiné dans le point lésé, vous venez nous dire que le principe vital est en insurrection dans toute l'économie? Vous ne voyez pas, vous ne voulez pas voir qu'il ne se passe rien ailleurs que dans ce point affecté? Où donc voyez-vous un état général, primitif surtout, dans ces mille accidens locaux qui font dire au malade : enlevez-moi cela et je serai guéri? Vous enlevez et tout est fini... Je sais bien que cela gêne un peu votre mythologie, votre principe vital de toutes pièces, un et indivisible, clairvoyant, protégeant et agissant partout et toujours. Mais à qui la faute, si vous rêvez un vitalisme fantastique, en contradiction avec la vie réelle?

M'est avis qu'indépendamment des tendances réactionnaires de notre époque, il est une circonstance qui, certainement, favorise l'idée de généralité des maladies : c'est que les hommes qui font autorité, qui gouvernent les opinions, les auteurs, en un mot, appartiennent presque tous à la pratique hospitalière, à laquelle ils empruntent, en presque totalité, la matière de leurs élucubrations. Or, les malades n'arrivent guère dans les hôpitaux qu'à une période de la maladie où celle-ci est plus ou moins complétement développée. Dans cet état, tous les appareils sont en jeu et paraissent en souffrance. La première impression est donc que le mal est, en effet, général de sa nature; car c'est ainsi qu'il nous apparaît. Autre motif : lorsqu'ils décrivent les maladies, les auteurs choisissent naturellement les spécimens les plus complets, laissant dans l'ombre, ou au moins sur le second plan, les cas légers, rudimentaires, ceux pourtant qui ont le plus de valeur au point de vue de la genèse des maladies. Car si l'on procédait autrement, si l'on cherchait à saisir le mal à son origine, si l'on s'appliquait à l'étude des cas simples; bref, si l'on étudiait la maladie *dans son germe* au lieu de se complaire à l'étaler dans tout son développement, on arriverait probablement à des conséquences dogmatiques et pratiques toutes différentes. Prenons pour exemple la fièvre typhoïde, ce type vulgaire des affections générales, selon les idées modernes. A côté de ces cas avec fièvre, prostration, subdélire, bouche fuligineuse, etc., que l'on prend pour modèles, on trouverait, en y regardant de près, bon nombre de cas où la prostration fait défaut, surtout au début; puis d'autres où la fréquence du pouls et la chaleur manquent également; on verrait que le délire et les fuliginosités appartiennent à la période avancée; bref, on trouverait des fièvres typhoïdes sans fièvre et sans état typhoïde, c'est-à-dire sans généralisation apparente. Poursuivons : dans les cas modèles, on représente les organes comme envahis tous à la fois : il y a diarrhée, météorisme, coma ou délire, râle sibilant, dyspnée, taches rosées de la peau, rétention d'urine, etc. Mais à côté de ces cas il en est d'autres où la tête n'est pas sensiblement engagée, où le thorax est exempt de lésions, la peau nette, etc., où l'appareil phénoménal se borne à quelques accidens digestifs.

N'est-ce pas un reproche adressé généralement aux observateurs que de confondre souvent de simples embarras gastriques avec la fièvre typhoïde? De toutes les lésions, la plus constante doit certainement être celle du tube digestif, s'il est vrai que la lésion de l'intestin soit aussi le caractère anatomique le plus constant de la fièvre typhoïde. Cela est si vrai que les symptômes intestinaux constituent parfois à eux seuls toute la maladie, ce qui a souvent lieu au début, et parfois dans tout le cours de la maladie. Où donc est la généralité primitive dans ces cas-là? Vous ne pouvez l'établir que par hypothèse, surtout si le mal s'est développé dans des circonstances hygiéniques irréprochables, comme cela se voit tous les jours dans la pratique civile. Et n'allez pas dire que ces faits de pure localisation abdominale n'existent pas : ce serait nier la lumière, ce serait démentir nos maîtres en observation, qui tous vous disent avoir vu des malades languir plus ou moins longtemps dans cet état obscur d'embarras gastrique, puis, sans même que les symptômes généraux aient fait explosion, succomber à des accidens abdominaux suraigus. Et à l'autopsie qu'ont-ils rencontré? De belles perforations occupant les plaques ulcérées de l'intestin.... C'est au point que, pressé

(1) Voir le dernier numéro.

Feuilleton.

LA NOUVELLE ÉDITION DE L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE,

Publié par l'*Union Médicale*.

—

27me ANNÉE (1856).

Il n'y a point de petites choses dans ce monde. A mesure que, par le développement et les progrès de la civilisation, notre vie devient plus compliquée et plus difficile, nous avons besoin d'un plus grand nombre de guides, tenant chacun leur fil d'Ariane devant nos pas, qui, sans eux, se trouveraient à chaque instant arrêtés. Ces guides, quelque peu d'importance qu'on leur accorde, si on les envisage d'une manière absolue, viennent, par les services qu'ils rendent à certains momens donnés, par les pertes de temps qu'ils évitent, par les connaissances qu'ils fournissent toutes faites à l'esprit, se placer à côté des produits les plus intéressans de l'intelligence et de l'industrie humaine. Tout ce qui est utile est grand.

Telle était, sans aucun doute, la pensée de feu M. Hubert, honorable et habile employé de la Faculté de médecine de Paris, lorsqu'il créa, il y a quelque vingt-sept ans, la première édition de son *Almanach général de médecine pour la ville de Paris.* Le succès couronna cette ingénieuse publication, comme il couronne toujours ce qui est bien fait et arrive à propos. Il y avait une place à prendre, l'*Almanach général de médecine* s'en est emparé, l'a remplie chaque année d'une manière de plus en plus complète; et depuis vingt-sept ans, malgré quelques compétiteurs plus ou moins réussis, malgré les emprunts qui lui ont été faits sans trop de façon, il l'occupe encore avec tant de zèle et d'aisance, qu'on voit clairement qu'il est chez lui et qu'il ne craint point d'être supplanté.

Certes, c'était une bien humble production que cet *Almanach.* Et pourtant, que de services ne rend-il point aux médecins, aujourd'hui obligés de l'avoir constamment sur leur bureau, et de le consulter à chaque instant, soit pour avoir l'adresse d'un confrère, soit pour prendre connaissance d'une disposition législative sur l'enseignement ou l'exercice de la médecine! Le corps médical de Paris existait, il est vrai, avant que ce petit livre eût été imaginé, de même que les myopes vivaient tant bien que mal avant la découverte des lunettes qui leur permettent de voir comme tout le monde; mais avant lui, dans un grand nombre de circonstances, les médecins devaient perdre un temps précieux en longues recherches, en demandes et en attente de renseignemens, et même quelquefois se trouver arrêtés tout net. Nous le disons donc, l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* est un petit livre, un bien petit livre, comme livre; comme objet d'utilité, c'est une publication importante, et qui mérite toute l'attention de ceux à qui il s'adresse.

L'UNION MÉDICALE, en devenant propriétaire-éditeur de l'*Almanach général de médecine*, s'engageait implicitement, par le fait même de son acquisition, à ne pas laisser tomber ou même s'abaisser un livre qui s'était si bien soutenu pendant vingt-trois ans. L'UNION MÉDICALE améliore et perfectionne tout ce qu'elle touche. L'opuscule qu'elle a pris sous son patronage était le fruit d'une pensée ingénieuse, il avait été habilement conçu, ses éditeurs l'avaient entouré de soins tout paternels. L'UNION MÉDICALE a trouvé à l'améliorer encore, et elle se propose de lui prodiguer de nouveaux soins chaque année. Cette fois, nos confrères s'apercevront qu'il a été l'objet d'un travail considérable au point de vue de l'arrangement et de la coordination des matières. Qu'il nous soit permis, en rappelant à nos lecteurs les principaux renseignemens qu'ils peuvent trouver dans l'*Almanach général de médecine*, de leur faire connaître l'ordre adopté dans la nouvelle édition.

L'*Almanach général de médecine et de pharmacie*, ainsi que son nom l'indique, s'adresse aux médecins et aux pharmaciens. Le corps de l'ouvrage se trouve donc divisé en deux grandes parties, la MÉDECINE et la PHARMACIE. Jusqu'à présent, ces deux parties étaient restées mêlées ensemble et tellement enchevêtrées l'une dans l'autre, qu'il n'était pas toujours facile de reconnaître et de consulter les renseignemens qui regardaient d'une manière spéciale l'une ou l'autre de ces deux grandes branches de l'art de guérir. Maintenant, les documens relatifs à la médecine et ceux qui appartiennent en propre à la pharmacie sont nettement séparés, de manière à former comme deux ouvrages distincts. Là, le médecin est seul chez lui; ici, le pharmacien se trouve libre dans ses allures, sur son terrain.

La première partie, LA MÉDECINE, présente un assez grand nombre de divisions, que nous allons passer en revue rapidement. — Premièrement, nous avons la *législation*, c'est-à-dire le recueil de toutes les lois que le médecin doit avoir constamment sous les yeux. Ces lois sont classées méthodiquement et précédées d'un sommaire qui indique, en peu de mots, l'objet de chacune d'elles. Ces lois forment d'ailleurs deux groupes distincts, le premier, qui renferme les lois plus spécialement destinées à faire des médecins; le second, où l'on trouve les dispositions législatives ou réglementaires qui se hérissent, presque à chaque instant, devant les pas du praticien. — Secondement, l'ENSEIGNEMENT. Cette division est considérable; on y trouve tout ce qui concerne le personnel et l'enseignement des sciences médicales dans les trois Facultés de médecine de la France, et dans toutes les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie; la distribution des cours, les examens de fin d'année, les examens de réception, etc. Pour Paris, l'école pratique, l'école d'accouchement destinée aux élèves sages-femmes, les prix, l'enseignement libre, etc. — Troisièmement, le HAUT ENSEIGNEMENT PUBLIC DES SCIENCES ET DES LETTRES, c'est-à-dire le tableau de l'enseignement qui se fait au Muséum d'histoire naturelle, au collége de France, à la Faculté des sciences et à la Faculté des lettres; les heures d'étude dans les bibliothèques publiques. — Quatrièmement, l'ASSISTANCE PUBLIQUE : conseil de surveillance, bureau central d'admission, hôpitaux et hospices, secours à domicile. Ces derniers comprennent deux importantes institutions, les bureaux de bienfaisance, institution officielle, et la société philanthropique, institution charitable libre. — Cinquièmement, les CORPS SAVANS, *associations, académies et sociétés médicales.* Là, on trouve l'association des médecins de la Seine, l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, puis quinze sociétés médicales scien-

par les faits de cette espèce, M. Louis a créé la fièvre typhoïde *latente*, comme si la fièvre et l'état typhoïde pouvaient être latens! Telles sont les inconséquences où conduit forcément le défaut d'analyse.

Arrivons à la question de l'unité des maladies.

§ II. — Unité de la maladie.

Ces mots *généralité* et *unité* des maladies paraissent, de prime-abord, s'exclure réciproquement. Car, se dit-on, si la maladie est dans tous les organes, il est difficile qu'elle soit une, c'est-à-dire bornée. Mais nous avons eu soin d'établir, en débutant, que l'unité ne s'entend point ici de l'étendue, mais bien de l'essence, laquelle est une, quoique répartie dans l'ensemble de l'économie, et que l'unité est comme le corollaire obligé de la généralité; ce qui nous a imposé l'obligation de rapprocher ces deux dogmes congénères, quoique très distincts en apparence.

Le dogme de l'unité morbide est bien réellement, lui, une tradition de l'école de Cos, laquelle s'instituant en opposition avec celle de Gnide (car rien n'est nouveau sous le soleil), construisait, non pas des maladies de nom déterminé, mais des ensembles de symptômes qui, pour Hippocrate, constituaient des états morbides, les seuls dignes d'intérêt, les seuls que nous devions combattre (1).

Mais, depuis Hippocrate, les élémens du problème clinique ont singulièrement changé, et l'intervention de l'anatomie pathologique a profondément modifié les termes de la question. Néanmoins, ce qui était vrai du temps de l'oracle de Cos l'est encore aujourd'hui. Ainsi, il est bien vrai que l'ensemble des phénomènes constituant ce que nous appelons l'état inflammatoire, l'état adynamique, ataxique, scrofuleux, scorbutique, etc., constitue des élémens positifs, comportant des indications réelles, indépendantes, jusqu'à un certain point, du siége primitif, des localisations concomitantes. Pourquoi cela? C'est que ces états constituent, en effet, des essences pathologiques, si je puis dire, dont aucun praticien, quelle que soit son école, ne méconnaît l'importance; mais sans préjudice des indications accessoires, parallèles, ou même contradictoires qui peuvent surgir des élémens adjoints à ces essences morbides générales et unitaires.

En effet, le problème, je le répète, n'est pas aussi simple, en application, qu'on se l'imagine en théorie, et du point de vue hippocratique. Ainsi, à côté du symptôme ou élément fonctionnel, le seul à peu près que connût l'auteur des *aphorismes* et du *pronostic*, surgit aujourd'hui le symptôme ou l'élément organique. Il y a plus : c'est que ces groupes de symptômes, construits assez arbitrairement par le divin vieillard, se compliquent, se succèdent, et entraînent à des combinaisons diagnostiques et thérapeutiques qu'il paraîtrait n'avoir pas prévues, ou dans le détail desquelles il ne voulait ou ne pouvait entrer.

L'unité morbide des anciens est donc l'unité symptomatique; il en est une autre créée par les modernes, dit-on, c'est l'unité organique, non moins vicieuse dans son exclusivisme que la précédente. Il est très faux que Broussais ou même Morgagni en soit le père. Galien lui-même ne fit que l'illustrer. Son origine se perd dans la nuit des temps, car on en trouvait déjà des indices dans les *Sentences de Gnide*, au dire des érudits. Quoi qu'il en soit, l'école physiologique a mis cette unité en relief, en localisant la plupart des maladies et en faisant dériver tout l'appareil morbide de l'altération même des organes, altération qu'il suffisait de combattre pour dissiper le mal. Et, comme circonstance aggravante, cette école vit à peu près partout l'inflammation, et exagéra singulièrement le rôle de l'estomac. De là cette violente réaction qui dure encore, et dont la restauration du vitalisme est la conséquence extrême. Or, l'unité organique n'a rien de plus absolu que l'unité symptomatique, quoique plus rationnelle, en principe. Car la lésion anatomique, outre qu'elle est très variable dans ses modes et dans ses nuances, suscite des phénomènes très variés, très complexes, engendre des complications, des lésions secondaires survivant à la lésion primitive, etc., toutes circonstances nécessitant des médications variées et multiples, incompatibles avec l'idée d'unité morbide.

Donc le dogme hippocratique place toute la maladie dans les symptômes, et le dogme organicien dans la lésion d'organes. L'étroitesse de vues des organiciens est aujourd'hui l'objet de critiques amères, et les organiciens, à leur tour, renvoient le sarcasme aux hippocratistes. Que conclure de là, si ce n'est que les deux points de vue sont incomplets, et qu'ils se complètent l'un par l'autre? Arrivons aux faits.

L'unité morbide est l'apanage réel et légitime des cas simples. Il est évident que lorsque symptômes et lésions concordent dans leur ensemble, la maladie est une, et la thérapeutique doit être une et concrète aussi bien que le diagnostic. Mais, de l'aveu de tous les observateurs, les cas véritablement simples sont peut-être les plus rares. Prenons un exemple vulgaire, la pleurésie dite simple : il y a point de côté, dyspnée, toux sèche, fièvre; puis matité thoracique, absence de bruit respiratoire, égophonie; voilà le groupe symptomatique, unitaire de l'état aigu. L'indication est également unitaire : combattre la phlegmasie. Mais dans cet état même de simplicité surgissent parfois des incidens qui déjà viennent rompre l'unité et morceler tout à la fois le diagnostic et la thérapeutique. Si, par exemple, le point de côté est extrêmement douloureux, vous voilà forcé de l'envisager individuellement et de le combattre par des moyens spéciaux : ventouses, vésicatoire, opium. S'il y a menace d'asphyxie par excès de l'épanchement, vous voilà, oubliant le groupe et l'indication unitaires, entraîné à solliciter les émonctoires, voire même à pratiquer la paracentèse. Passons au groupe organique : il ne se compose guère que de deux élémens : phlegmasie, épanchement. Dans la première période, vous combattez l'inflammation, et souvent vous avez la satisfaction de voir disparaître l'épanchement avec elle. Mais souvent aussi l'élément inflammation étant dissipé, l'épanchement subsiste seul, considérable, opiniâtre. Voilà de nouveau votre groupe unitaire rompu, et des indications différentes qui surgissent : révulsifs, onctions mercurielles, diurétiques, purgatifs, empyème enfin, dirigés non plus contre l'inflammation, mais contre ses suites. Qu'est devenue, dans tout cela, votre unité morbide ?

Autre exemple : Vous avez pour groupe symptomatique : fièvre, prostration, bouche fuligineuse, diarrhée, coma mêlé de subdélire. Voilà l'unité morbide hippocratique. Poussant vos investigations dans le sens moderne, vous découvrez une des lésions suivantes : entérite folliculeuse, pneumonie, tuberculisation aiguë, péritonite, méningite, intoxication miasmatique (typhus), résorption purulente ou quelqu'une des vingt autres affections qui peuvent revêtir l'aspect typhoïde. Quelle est donc cette singulière unité qui se traduit par tant de lésions diverses? Quelle est l'indication unitaire qui pourra répondre également à tant d'affections différentes?

Prenons une de ces lésions, l'entérite folliculeuse. Voilà une unité morbide bien précise. Et pourtant, quel est le praticien qui prétendrait que toujours l'indication est une dans la fièvre typhoïde? Ici, il y aura une fièvre intense, là, dépression du pouls; ici, diarrhée, là, constipation, ici, coma, là, délire violent, etc., etc. Voilà votre unité confondue, votre indication unitaire impossible.....

Et cette variole, qui a suscité naguère tant d'orages à l'Académie de médecine; c'est, il faut en convenir, une belle unité! Passons de l'Académie dans un hôpital; nous y trouvons : ici, variole bénigne, éruption et fièvre modérée; — là, variole confluente, fièvre forte, suppuration générale de la peau; — plus loin, variole adynamique, pouls faible, peau froide, pustules livides et avortées; — ailleurs, variole ataxique, pouls vif, irrégulier, délire intense; — par ici, ophthalmie pustuleuse menaçant de cécité; — par là, diathèse purulente, abcès multiples; — puis encore, entérite chronique, pneumonie ultime, etc., etc..... Voilà ce que la nature a fait de votre unité morbide; voyez ce que vous voulez faire de votre unité thérapeutique.

Ou je suis moi-même frappé de vertige, ou de pareils exemples dessilleraient les yeux des unitaires les plus endurcis.

Sommes-nous donc destinés à rentrer par la voie de l'unité dans ce bourbier du nominalisme nosologique, dont nous paraissions vouloir sortir par la voie de l'analyse? Naguère encore la maladie se définissait par son nom, et à ce nom nous nous efforcions d'appliquer des remèdes univoques. Le bon sens s'est soulevé contre une pareille négation de la science et de l'art. On s'en est pris d'abord à l'exclusivisme broussaisien; puis, comme toujours, la réaction a dépassé les limites : un organisme excessif a dissous l'unité morbide, a dispersé les membres de la maladie de manière à les détacher de tout lien réciproque; et voilà que, pour mettre un frein à ce nouvel abus, nous rentrons par l'unité morbide dans l'excès que nous avions frappé d'anathème! Il ne saurait en être ainsi. La France médicale s'ennuyait, elle avait besoin d'une petite révolution; mais déjà les idées pratiques ont repris leur cours, à en juger par les publications que la presse continue de nous transmettre. C'est qu'en définitive, force est bien d'en revenir à la réalité, c'est-à-dire aux nécessités de la pratique, ce *criterium* ultime de toute théorie.

En effet, c'est que, ramenés sur le terrain de la pratique, vitalistes et organiciens paraissent faire trève à leurs dissentions; car nous ne voyons pas que leurs méthodes diffèrent essentiellement les unes des autres. Il y a plus, c'est que les deux partis se courroucent également, lorsqu'ils viennent à s'accuser l'un l'autre de méconnaître ou de négliger, l'un l'indication vitale, l'autre l'indication organique. Chacun d'eux prétend savoir manier les armes de l'autre, plus les siennes propres. Toujours est-il que tous les deux puisent au même arsenal. Quel est l'organicien qui ne se croie obligé de tenir compte des forces générales, de la fièvre, de la douleur, de la variable activité des fonctions, bref, de tout ce qui constitue le bagage du vitalisme? Quel est le vitaliste qui ose nier les tumeurs, les ulcères, le tubercule, le cancer, la palpation, l'auscultation, etc., c'est-à-dire le substratum de l'organicisme? L'organicien ne saurait ignorer qu'en modifiant les organes il doit tenir compte de la vitalité; le vitaliste est obligé de reconnaître que, pour modifier la vitalité, il lui faut, de nécessité,

(1) Voyez le développement de cette idée dans les belles considérations annexées par M. Littré au traité du *pronostic* (œuvres d'Hippocrate).

---

tifiques, sans compter les sociétés médicales des douze arrondissemens de Paris, qui ont plus particulièrement pour objet de leurs délibérations les questions professionnelles. — Sixièmement, les ADMINISTRATIONS avec lesquelles les membres du corps médical peuvent avoir des rapports : les *ministères*, la *préfecture de la Seine*, la *préfecture de police*, les *tribunaux*. Dans ce cadre on a réuni, avec soin, toutes les indications qui, au besoin, pourraient guider les membres du corps médical dans leurs relations avec les hommes du pouvoir. A toutes les administrations qui viennent d'être citées se rattachent des institutions médicales, et ces institutions possèdent quelquefois un personnel médical nombreux, dont la liste exacte a été donnée, pour chacune, en son lieu et place. — Septièmement, enfin, le SERVICE DE SANTÉ DES AUTORITÉS ET ADMINISTRATIONS. Cette septième division renferme la liste nombreuse des médecins officiels, et termine la première partie ou partie *médicale* proprement dite.

La seconde partie de notre *Almanach*, la PHARMACIE, comportait naturellement les mêmes divisions que la médecine : la *législation*, l'*enseignement*, le *haut enseignement public des sciences et des lettres*, l'*assistance publique*, les *corps savans*, les *administrations avec lesquelles les pharmaciens peuvent avoir des rapports*, le *service de santé des autorités et administrations*. En effet, les études des médecins et des pharmaciens ont des points nombreux d'analogie et de rapprochement; partout où se trouve un médecin, soit dans les Sociétés savantes, soit dans l'exercice de l'art, à côté de lui le pharmacien a sa place; dans toutes les circonstances, en un mot, où la médecine a un rôle à jouer, celui de la pharmacie n'a pas moins d'importance. — Ici, comme pour la médecine, la *législation* forme deux groupes, l'un pour les lois organiques, l'autre pour les lois de pratique. Parmi ces dernières, nous signalerons, par exemple, les lois et décrets sur la *vente des poisons*, sur la *vente des remèdes secrets*, etc. — Dans la division de l'*enseignement*, on lira avec intérêt tout ce qui concerne les études pharmaceutiques, les inscriptions, les examens, les prix, les cours, à l'*École supérieure de pharmacie* de Paris. On y trouvera aussi le personnel des *Écoles supérieures de pharmacie* de Montpellier et de Strasbourg. Les *Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie* avaient été données déjà dans la seconde division de la MÉDECINE. — Dans la cinquième division, *Corps savans*, viennent se placer de droit la *Société de pharmacie* et la *Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine*, etc., etc.

Tel est le cadre, trop rapidement et trop sèchement tracé, de ce que nous avons appelé le corps de l'ouvrage dont nous cherchons à donner une idée à nos lecteurs. Nous allons dire maintenant quelques mots d'une partie qui est de la plus haute importance pour l'ensemble des praticiens, nous voulons parler des listes.

Ces listes sont présentées dans l'ordre suivant : 1° liste par ordre alphabétique, pour tout le département de la Seine; 2° liste par rues, pour Paris seulement. — La liste alphabétique se divise comme suit : 1° *Docteurs en médecine et en chirurgie*, de Paris, de l'arrondissement de Saint-Denis, de l'arrondissement de Sceaux. 2° *Officiers de santé*, de Paris, de l'arrondissement de Saint-Denis, de l'arrondissement de Sceaux. 3° *Pharmaciens*, de Paris, de la banlieue. 4° *Sages-femmes*, de Paris. — La liste par rues n'offre, pour cette année, que les médecins et les pharmaciens; dans la prochaine édition, les sages-femmes y seront comprises. — L'exécution de ces listes offre de grandes difficultés, et l'on peut dire que, jusqu'à présent, il a été impossible de les faire parfaites. Toutefois, ces difficultés ne nous paraissent point insurmontables. On a reproché à nos précédentes éditions de renfermer des erreurs; et il ne pouvait guère en être autrement. Mais ce n'est point d'une manière absolue, c'est comparativement, qu'on doit juger un travail de cette nature. Or, nous avons examiné tous les recueils, annuaires ou agendas, qui donnent comme nous la liste du corps médical de Paris, et nous avons constaté qu'il n'en est pas un seul qui puisse se dire mieux renseigné que nous, pas un seul qui ne renferme autant, sinon plus, d'erreurs que notre Almanach. Mais sur ce point, l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* est bien loin d'avoir dit son dernier mot dans la présente édition. Nous avons commencé un vaste travail d'enquête et de statistique, qui se poursuit, et qui déjà nous a permis d'introduire dans nos listes de nombreuses rectifications. Grâce à ces recherches, nous arriverons à former nos listes d'adresses avec un degré d'exactitude qu'elles n'ont encore atteint dans aucune publication.

L'*Almanach général de médecine et de pharmacie* est passé, depuis longues années, dans les mœurs et dans les besoins du corps médical de Paris. C'est une raison suffisante, assurément, pour que les éditeurs de l'UNION MÉDICALE y consacrent toute leur sollicitude et s'efforcent de le rendre de plus en plus digne de leurs confrères. Mais c'est une raison aussi pour que tous les membres du corps médical de Paris viennent en aide aux nouveaux éditeurs de cet *Almanach*, soit par leurs reproches, s'il y a lieu, car, en définitive, un reproche indique toujours une erreur à corriger, soit surtout par leurs renseignemens et leurs conseils. Ces renseignemens et ces conseils, nous les attendons de l'amitié et de l'estime de nos confrères et collègues; nous les recevrons toujours avec bonheur et reconnaissance.

Histoire naturelle générale des règnes organiques, principalement étudiée chez l'homme et les animaux (première partie du tome II), par M. Isidore GEOFFROY SAINT-HILAIRE. Un vol. grand in-8 de 272 pages. — Prix : 4 fr.

Paris, Victor Masson, libraire.

De la lithotritie considérée au point de vue de son application, par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine. Brochure in-8, Paris, 1855, aux bureaux de l'*Union Médicale*, et chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. — Prix : 2 fr.

Traité pratique des maladies des yeux, par W. MACKENZIE, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville; traduit de l'anglais avec notes et additions, par S. LAUGIER, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et G. RICHELOT, docteur en médecine. — Un fort vol. in-8°.

Traité d'anatomie pathologique générale, par J. CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, président perpétuel de la Société anatomique. In-8, tome III. — Prix : 9 fr.

Les tomes I, II, III, Paris, 1849-1856, prix : 26 fr.

Histoire de la médecine grecque depuis Esculape jusqu'à Hippocrate exclusivement; par HOUDART, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris, 1856. Un vol. in-8 de 320 pages. — Prix : 6 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, 19, rue Hautefeuille.

modifier les organes. Peu importe, après cela, que pour l'un la vitalité soit la cause, et pour l'autre l'effet. Sources ou instrumens de la vie, les organes sont les leviers obligés de notre puissance, et le vitalisme exclusif ne pourra prétendre à régenter uniquement les praticiens que du jour où il aura produit un traité de thérapeutique à lui propre et composé de modificateurs essentiellement distincts de ceux en usage; c'est-à-dire qui n'agissent que sur le principe vital, sans toucher aux organes.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE.

FRACTURE DE NEUF COTES ET DU BASSIN; LÉSION DU POUMON, DE LA VESSIE, ET LUXATION DE L'ÉPAULE GAUCHE; MORT.

Par M. le docteur ROYER, médecin à Joinville (Haute-Marne).

Le sieur Guillaume, cultivateur à Mandres, âgé de 39 ans, jouissant d'une bonne santé, d'une constitution sanguine, fort et robuste, le 28 avril 1850, étant venu à Thomance chercher du vin, en mit sur son chariot trois pièces et demie, puis il dîna; mais se trouvant ivre au moment de partir, il courut après son cheval attelé au chariot et qui se sauvait; au moment où il allait saisir la bride du cheval, il heurta contre un mètre de pierres, tomba et roula sur le dos, lorsqu'une des roues de son chariot (du poids d'environ 500 kilogrammes, chargement compris) arriva sur lui et lui passa longitudinalement sur le corps.

Aussitôt on le transporta sur un lit et on vint me chercher; j'arrivai près du blessé deux heures après l'accident (quatre heures du soir), et je le trouvai dans l'état suivant :

Couché sur le côté droit, il répondait difficilement aux questions qu'on lui faisait : il était encore sous l'influence de l'ivresse, et il répandait une forte odeur de vin; il pouvait à peine se remuer, et il se plaignait de douleurs dans le bas-ventre. Après l'avoir déshabillé, je le mis sur son dos, et je remarquai :

1° Sensibilité de tout l'abdomen, surtout à la région hypogastrique et dans le pli de l'aine droite; cette partie, qui était très sensible à la pression, n'offrait pas de gonflement, ni plaie; seulement il y avait une excoriation légère à la face antérieure de l'abdomen, et deux autres plus fortes sur la verge.

Le malade ne pouvait dire ce qu'il éprouvait, ni où il souffrait.

Soupçonnant une fracture du bassin, j'essayai de produire de la mobilité ou de la crépitation entre les fragmens, mais je ne sentis rien.

2° Le pouls était petit et à peine sensible, le corps refroidi, et le malade était dans un état de somnolence difficile à dissiper; il se plaignait à peine; il avait des nausées, de la soif, et demandait de l'eau fraîche.

Je réchauffai le malade à l'extérieur avec des serviettes et des briques chaudes, et à l'intérieur je lui donnai une infusion d'arnica; j'appliquai des compresses résolutives sur l'abdomen et l'aine, et je serrai le bassin avec un bandage de corps.

A dix heures du soir, le malade n'est plus sous l'influence de l'ivresse; il répond aux questions qu'on lui pose; la réaction se fait; la chaleur est revenue et le pouls se relève. Il se plaint beaucoup de douleurs dans le ventre et au pli de l'aine, et du besoin d'uriner, auquel, dit-il, il ne peut satisfaire; il me parle aussi de douleur et de gêne qu'il éprouve dans le côté gauche de la poitrine; enfin il ne peut remuer le bras de ce côté. En examinant ces régions je reconnus :

3° Une luxation en bas et en arrière de l'épaule gauche, avec gonflement considérable.

4° La poitrine est sonore également des deux côtés, mais la respiration est courte, gênée; on remarque à sa partie antérieure deux bosselures, que le toucher me fit de suite reconnaître pour être produites par des fragmens de plusieurs côtes. En effet, je constatai la fracture de cinq de ces os (3°, 4°, 5°, 6° et 7°); il y avait une crépitation très facile à sentir et une grande mobilité des fragmens; ces fractures étaient multiples et irrégulières, c'est-à-dire que les unes avaient lieu en avant, d'autres en arrière, et l'extrémité des fragmens formait des saillies et des enfoncemens.

Je commence par pratiquer le cathétérisme avec une sonde en gomme élastique, et j'arrive sans difficulté dans la vessie, de laquelle il sort environ 150 grammes d'urine d'un rouge foncé et mélangée de sang; dans le trajet qu'a parcouru la sonde, je n'ai rencontré ni difficulté ni obstacle qui pussent m'indiquer qu'il y avait lésion ou déchirure dans le canal urétral; dans la vessie, la sonde ne rencontre pas non plus de fausse route.

Ensuite, je procède à la réduction de l'épaule. Le malade étant couché sur le dos, un aide maintient l'omoplate en plaçant une main au-dessus et l'autre au-dessous de cet os, pendant que des deux mains je saisis le bras, puis je le tirai en bas et en avant, et, au premier effort, je sentis un mouvement brusque qui m'indiqua que la luxation était réduite; j'appliquai des compresses résolutives sur cette articulation, et je plaçai le bras étendu à côté du tronc, sans le maintenir avec un bandage.

Enfin, j'essayai de réduire le mieux possible les fractures de côtes en comprimant sur les saillies, et en relevant les endroits enfoncés par une compression éloignée; je soutins le tout par un bandage de corps médiocrement serré, sous lequel je plaçai des compresses résolutives.

Je prescrivis du sirop de groseilles et de la limonade pour boisson, et je fis appliquer 12 sangsues au pli de l'aine; j'attendais la réaction pour saigner.

Le 29 au matin, le malade souffre davantage; la respiration est plus gênée et plus fréquente; le pouls est plein, fréquent; la soif grande; un peu d'urine s'est écoulée par la sonde que j'avais laissée dans la vessie; cette urine est encore sanguinolente, mais moins que la veille; l'abdomen est tendu, sonore et très sensible; une teinte ictérique se montre à la peau et aux sclérotiques.

Saignée de 500 grammes; 20 sangsues sur l'hypogastre; 40 centig. de calomel; eau fraîche et infusion de feuilles d'oranger pour boisson.

Le soir, le malade a rendu peu d'urine par la sonde; craignant que celle-ci ne soit bouchée, je la retire pour la nettoyer, puis je la réintroduis aussitôt sans la moindre difficulté, et j'obtiens à peine une cuillerée d'urine rougeâtre; le ventre est plus tendu; il n'y a pas eu d'évacuations alvines; il y a quelques nausées; pouls fréquent.

Prescription : Quinze nouvelles sangsues sont appliquées à l'hypogastre; frictions à haute dose d'onguent napolitain belladoné; boissons acidules et eau fraîche.

Le 30, un confrère est appelé en consultation. Nous trouvons le malade dans une position plus grave : depuis minuit, il est survenu des régurgitations (vomissemens non pénibles) fréquentes, chaque cinq à dix minutes, qui rejettent des boissons mélangées de mucosités gastriques et de bile. Le pouls est plus fréquent (120), sans être développé; la respiration est aussi plus gênée et plus fréquente; tout le côté gauche de la poitrine est très douloureux et sensible; il n'y a pas d'emphysème. Le malade a expectoré un crachat sanguinolent. Toujours pas de selles.

Vingt sangsues à l'hypogastre et au pli de l'aine, où il y a une grande sensibilité; lavement purgatif; mêmes boissons et frictions; cataplasmes sur le ventre.

La soir, les régurgitations continuent, et elles sont plus fréquentes; le liquide rejeté est plus coloré, il est brunâtre; le malade se plaint d'une grande gêne dans l'estomac; la respiration est petite et très fréquente; le pouls également. Il y a un peu de surexcitation cérébrale, sans délire cependant; le ventre est moins tendu et moins sonore; il y a aussi un peu de matité du côté gauche de la poitrine; une grande quantité d'urine rougeâtre s'est écoulée par la sonde. Le premier lavement purgatif n'ayant pas produit d'effet, on en administre un second plus actif. Glace et eau fraîche pour boisson.

La position du malade s'aggravant de plus en plus, il succombe à minuit.

Autopsie vingt heures après la mort. Un examen attentif me fait reconnaître :

1° Une teinte ictérique générale très prononcée, surtout à la face.

2° A l'épaule gauche, je remarque une déchirure à la partie inférieure de la capsule articulaire, avec une luxation réduite, mais facile à reproduire.

3° Le côté gauche de la poitrine présente :

a. A l'extérieur, des inégalités et des craquemens que l'on produit aisément par la compression avec les mains sur cette cavité; on sent qu'il y a un grand nombre de côtes de fracturées et que quelques-unes ont des fractures multiples. Ayant dépouillé toutes les côtes des parties molles qui les recouvrent, je constate :

b. La fracture des neuf côtes moyennes du côté gauche (moins les 1re, 11e et 12e) dont deux (les 3e et 4e) sont fracturées à deux endroits, à leur extrémité antérieure et à leur partie moyenne; trois (5e, 6e et 7e) sont fracturées dans leur milieu; les fragmens de celles-ci ont traversé la plèvre costale, et ils font une saillie considérable dans la poitrine; deux côtes (6e et 7e) ont de plus *piqué et embroché* (par leurs fragmens postérieurs) *le bord inférieur du poumon, auquel il est encore maintenu*, et par lesquelles il est entraîné en dehors contre la plèvre costale. Les fragmens ont poussé devant eux la plèvre pulmonaire dans le tissu du poumon; mais ils ne pénètrent pas eux-mêmes dans ce tissu, c'est-à-dire qu'ils ne l'ont pas déchiré pour passer au travers. Les 9e et 10e côtes sont fracturées à leur extrémité postérieure, et les fragmens font saillie au dehors.

c. Le poumon gauche est sain, et il ne présente aucune autre trace de lésions que celles produites par les côtes; il offre deux déchirures légères à sa partie inférieure et externe. Le tissu pulmonaire est souple, résistant, et il n'offre aucun signe d'hépatisation ni d'inflammation; le poumon droit est tout à fait sain et exempt d'adhérences comme le gauche.

d. La plèvre costale présente trois déchirures produites par les fragmens postérieurs des côtes (5e, 6e et 7e) qui l'ont traversée; on remarque dans les endroits qui correspondent aux fractures des autres côtes des nuances marbrées sur cette membrane, résultant de sang épanché entre elles et les côtes.

e. Il y a dans cette plèvre gauche environ un demi-litre de liquide d'un rouge foncé, sang à peu près pur.

Le cœur et le diaphragme ne présentent aucune trace de lésion.

4° *Abdomen.* — Après avoir enlevé la paroi antérieure du ventre, j'observe :

a. Une injection et une rougeur prononcées de l'épiploon et de l'intestin grêle; la rougeur tire sur le violet.

b. Il y a dans le péritoine seulement un peu de sérosité jaunâtre, mais pas de sang ni de pus, et pas de traces d'adhérences. L'estomac est vide et n'offre rien de particulier à noter; le foie est un peu volumineux, mais sans lésions; sa vésicule est d'un volume ordinaire.

c. La vessie renferme un peu d'urine de couleur normale : elle n'offre aucune lésion à l'intérieur; sa muqueuse est cependant rougeâtre. Mais à l'extérieur, elle est entièrement isolée, décollée en avant du bassin, en arrière et en haut du péritoine, comme si on l'eût disséquée et séparée avec un bistouri jusqu'à son col; elle est enflammée, ramollie.

d. Le péritoine est non seulement décollé, séparé de la vessie, mais il l'est aussi en avant et en arrière du bassin; à gauche, il l'est du rectum et des muscles psoas et iliaque, en remontant jusqu'au rein, qui est sain.

e. Un liquide épais très abondant, mélangé de sang et de pus, occupe tout ce vaste décollement, et se trouve surtout accumulé dans le petit bassin, autour de la vessie, et jusque sous l'arcade pubienne; ce décollement n'a aucune communication intérieure, soit dans le péritoine, soit dans l'intestin, soit dans la vessie; il n'a pas non plus de communication extérieure.

f. Au pli de l'aine droite, il y a une légère infiltration sanguine, avec ecchymose de la peau.

g. Enfin, le bassin présente *une fracture de la branche horizontale du pubis droit*; au-dessus du trou ovalaire, à 3 centimètres de la symphyse, il y a un léger écartement entre les fragmens, mais pas de mobilité bien sensible. La branche descendante du pubis ou ascendante de l'ischion n'étant pas fracturée, je ne puis produire de crépitation.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est très remarquable par la nature et les nombreux désordres produits sur un individu par une roue de voiture passant obliquement sur la face antérieure du tronc, de l'aine droite à l'épaule gauche.

Pouvait-on, pendant la vie, reconnaître toutes ces lésions? Je ne le pense pas, et cela eût été bien difficile, du moins pour quelques-unes. Examinons successivement chacune d'elles.

1° La luxation de l'épaule était facile à reconnaître, par la douleur, la difformité, la tête de l'humerus qui était sentie au-dessous de l'aisselle, et l'impossibilité au malade de se servir de son membre, etc. Il n'y avait pas de crépitation, ce qui éloignait l'idée d'une fracture.

2° La fracture des côtes fut aussi facile à constater, par la douleur et la crépitation, mais je ne reconnus d'abord la fracture que de cinq de ces os au lieu de neuf qui étaient fracturés, parce que la poitrine étant très sensible sur tout ce côté, et la respiration très gênée, je n'ai pas cru, pour éviter de la douleur au malade, devoir faire des recherches très minutieuses, d'autant plus que cela ne devait en rien changer le traitement qu'il y en ait eu cinq ou neuf; seulement, le pronostic devait être plus grave.

3° Mais ce que je n'ai pas reconnu pendant la vie, c'est la lésion du poumon par deux côtes, dont les fragmens sont restés enfoncés et pénétrés dans le poumon. Comme je l'ai déjà dit, la gêne de la respiration, la sensibilité de la poitrine, plus l'embonpoint du malade et le gonflement des parois thoraciques, m'empêchèrent de palper suffisamment la poitrine et de m'assurer si certaines côtes n'étaient pas plus enfoncées que d'autres et ne devaient pas faire saillie dans l'intérieur de la poitrine. S'il y avait eu expectoration de plusieurs crachats sanguinolens, de suite mon attention eût été éveillée sur la source de ce sang, mais la garde malade m'a dit n'en avoir observé *qu'un seul*, et cela deux jours après l'accident; on pouvait se demander si ce sang, mêlé à un seul crachat, venait d'une lésion du poumon. L'auscultation, non plus, n'a pu m'être d'aucune utilité pour reconnaître cette lésion, parce que la respiration par les lésions costales était trop gênée.

4° Quant à reconnaître si le poumon restait *embroché, fixé dans les côtes*, j'étais loin de m'en douter, car c'est un accident fort rare et dont les auteurs ne parlent pas dans les articles concernant la fracture de ces os. Cependant pouvait-il y avoir et y avait-il des symptômes qui pussent me faire reconnaître cet accident? Les symptômes qui pouvaient exister étaient d'abord : 1° la lésion du poumon; 2° crachement de sang; 3° puis absence ou presque absence du bruit respiratoire (le poumon étant retenu fixé ne pouvait jouer); 4° un bruit de frottement plus ou moins prononcé; 5° vive douleur, fixe et profonde, augmentant pendant les mouvemens inspiratoires, mais il eût été difficile de reconnaître et distinguer cette douleur de celle des parois thoraciques si sensibles; de même le bruit de frottement pouvait être confondu avec un bruit se passant entre les fragmens des côtes, enfin le bruit respiratoire devait être diminué aussi, parce que la sensibilité des parois pectorales empêchait l'inspiration d'être complète, et ensuite parce qu'il y avait un épanchement dans la plèvre de ce côté.

Si pendant la vie on soupçonnait, et surtout si on reconnaissait cette lésion du poumon embroché, comme complication de fracture de côtes, que devrait-on faire?

N'ayant rien trouvé dans les auteurs qui signale cet accident, je n'ai rien vu non plus concernant les moyens d'y remédier, et Boyer regarde comme ridicule l'*idée que les côtes peuvent s'enfoncer et celle de les relever*. (*Malad. chirurg.*, t. III, p. 152.)

L'indication à remplir dans ce cas, c'est de dégager le poumon; mais comment y parvenir? Voilà le difficile. Je pense qu'on pourrait essayer : *a.* De grandes et brusques inspirations. *b.* Des éternumens provoqués par des poudres sternutatoires; mais chez mon malade ces moyens n'eussent pas été possibles, parce que la respiration était trop pénible par suite de la grande sensibilité des parois pectorales. *c.* On pourrait peut-être plus sûrement parvenir à dégager le poumon, si pendant l'expiration on maintenait avec un instrument, crochet, tire-fond ou autre, l'extrémité de la côte fracturée, de manière à l'empêcher de suivre le mouvement du poumon. *e.* On pourrait encore, en pratiquant une incision sur la côte pénétrant dans la poitrine, glisser un instrument mousse le long de cette côte et suivre son trajet pour aller dégager le poumon. *f.* Enfin on pourrait réséquer l'extrémité de celle-ci, mais cette opération ne ferait-elle pas d'une plaie pénétrante moins grave, une plaie pénétrante beaucoup plus grave en exposant à l'emphysème et surtout au pneumo-thorax.

5° L'épanchement de sang dans la plaie, et celui en dehors de cette membrane avaient été produits, je crois, par les artères inter-costales divisées par les fragmens de côtes, car la partie du poumon lésée ne présentait pas, dans cet endroit, des vaisseaux assez gros pour fournir tout le sang épanché; d'ailleurs, les fragmens de côtes fermaient les plaies en faisant broche dans le tissu pulmonaire, et s'opposaient ainsi au passage du sang du poumon dans la plèvre. Cet épanchement fut reconnaissable pendant la vie, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, car il y avait diminution du bruit respiratoire et matité dans la partie déclive, matité qui changeait avec la position du malade.

Il n'y a pas eu d'épanchement d'air dans la plèvre (pneumo-thorax) ni d'emphysème des parois pectorales. D'abord, l'air ne pouvait venir directement de l'extérieur puisqu'il n'y avait

pas au dehors de plaie par laquelle il pût s'introduire, mais il pouvait venir du poumon en passant par les plaies de celui-ci; cela eût pu se faire si, pendant la respiration, le poumon n'eût pas été maintenu immobile dans sa partie lésée, par les fragmens de côtes qui fermaient les plaies et s'opposaient à la sortie et à l'épanchement de l'air, et celui-ci pouvait d'autant moins sortir du poumon que, pendant l'inspiration, cet organe, en se dilatant, s'appliquait avec une certaine force sur les fragmens de côtes, ce qui formait un double obstacle à la sortie et à l'épanchement de l'air.

J'arrive maintenant aux lésions abdominales.

6° La fracture du bassin ne pouvait être constatée d'une manière positive, puisqu'il n'y avait pas de crépitation ni de mobilité entre les fragmens, mais elle pouvait être soupçonnée par suite de la douleur, fixe et forte, qu'éprouvait le malade sur cette région, douleur non en rapport, pour l'intensité, avec la contusion légère qu'il y avait; elle augmentait par la pression, il n'y avait pas de gonflement sensible.

7° L'urine sanguinolente retirée de la vessie par le cathétérisme, me fit d'abord penser que cet organe était lésé, mais n'ayant pas trouvé, avec la sonde, de fausse route dans cet organe ni dans l'urètre, je soupçonnai une forte contusion, avec éraillure de ses parois. Mais l'autopsie fit voir non seulement qu'elle avait été contuse, mais aussi qu'elle était entièrement décollée, isolée des parties qui l'entourent, ce qui explique son état d'inertie paralytique, et peut-être même se serait-elle rompue, si au moment de l'accident elle avait été distendue par de l'urine.

S'il n'y avait pas de plaie dans l'urètre ni la vessie, qui ait pu fournir le sang sorti par la sonde, d'où pouvait-il donc provenir? Il pouvait encore venir des urétères ou des reins, mais ces parties n'offraient aucune lésion qui ait pu donner lieu à un écoulement de sang. Alors, je suppose que la vessie qui a été très fortement comprimée et contuse, et sans offrir de déchirure, a pu subir dans son intérieur une éraillure ou déchirure de petits vaisseaux qui pouvaient bien, au moment de l'autopsie, trois jours après l'accident, ne pas laisser de trace de leur division.

8° Le décollement considérable du péritoine et de la vessie ne pouvait être reconnu, pas plus que l'épanchement produit en dehors de ces parties décollées; la sensibilité du ventre ne permettait pas de le palper suffisamment pour sentir et reconnaître ces désordres. D'ailleurs, eussent-ils été reconnus que le traitement eût été le même.

9° Enfin, l'ictère et les vomituritions doivent être attribuées à un commencement de péritonite générale.

OBSTÉTRIQUE.

DE L'OBTURATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE, COMME CAUSE DES MORTS SUBITES APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

Par le docteur HECKER, à Berlin.

Ce médecin, après s'être étonné du silence que les traités d'accouchemens gardent sur ce sujet, rappelle brièvement les cas publiés dans différens journaux et ceux communiqués à la Société de chirurgie par M. Robert, en 1852; puis il raconte les deux suivans dont il avait été témoin.

Obs. I. — Une primipare de 31 ans, accouchée naturellement, après dix-neuf heures de travail, le 12 octobre 1851, fut prise, le troisième jour, d'une phlébite crurale gauche des plus intenses, suivie d'œdème du membre. La digitale à l'intérieur, des frictions mercurielles, 30 gr. en quatre jours, l'enveloppement de la cuisse dans de la ouate et une diète sévère ne furent pas sensiblement actifs, et ce fut une application de ventouses scarifiées qui détermina un changement favorable. Un bandage compressif avait également diminué l'œdème, au point que la malade put quitter le lit le vingtième jour; à la marche, elle ne se plaignit que de faiblesse et d'engourdissement du pied. Elle passa ainsi huit jours, le plus souvent hors du lit. Un matin, en voulant prendre un objet sur le poêle, elle s'affaissa subitement; connaissance complète, énorme anxiété, face pâle, nez pointu, respiration haletante, très fréquente, pouls petit, déprimé, extrémités froides. Malgré tous les soins médicaux, la mort est survenue au bout de trois quarts d'heure, le vingt-neuvième jour après l'accouchement. Autopsie faite dix heures après la mort. Foie considérablement augmenté de volume, rein gauche d'un rouge plus foncé que le droit, dans sa substance corticale et les pyramides. Rien dans la matrice. La veine crurale gauche et tous ses afférens totalement bouchés par des caillots fibrineux fortement adhérens. Ceux-ci se prolongeaient dans la veine iliaque commune gauche, mais n'y adhéraient que légèrement, et s'étendaient dans la veine cave, dans une longueur de 1 à 1 pouce 1/2; ce dernier caillot était tout à fait libre et se terminait par une pointe conique. La veine hypogastrique était également bouchée, mais on ne put déterminer dans quelle longueur. Rien dans les veines du côté droit. Poumons libres et crépitans, un peu hypérémiés dans leurs portions inférieures. Les incisions qui y furent faites, laissèrent voir des caillots fibrineux pendre de tous les vaisseaux et boucher complétement leur lumière. On cessa alors les sections pour ouvrir l'artère pulmonaire dans toute sa longueur; ses deux branches étaient pleines d'un coagulum fibrineux qui les remplissait entièrement et se propageait jusque dans les ramifications fines. Ce caillot n'adhérait nulle part intimément aux parois du vaisseau, et avait le même aspect que celui de la veine crurale, il était donc d'une date plus ancienne. Pas de lésion dans le cœur. Cerveau un peu dense, sans autre altération.

Le docteur Hecker, ayant présent à la mémoire les beaux travaux de Virchow sur l'oblitération de l'artère pulmonaire, n'hésita pas à attribuer la mort à l'imperméabilité de cette artère, déterminée par un fragment d'un caillot, détaché par le courant sanguin, entraîné dans le cœur droit et de là dans ce vaisseau. La mort subite trouverait son explication, en admettant qu'un nouveau caillot, venu du coagulum de la veine cave, aurait achevé l'occlusion complète de l'artère, dans laquelle la circulation n'aurait été qu'entravée auparavant. Le premier point paraît hors de doute, car les recherches de Virchow ont prouvé que le courant veineux pouvait entraîner des corps d'une pesanteur spécifique plus considérable que celle du sang veineux. Il a pu même établir la loi que chaque fois que l'on rencontre dans l'artère pulmonaire, de vieux caillots primitifs, on en trouvera l'origine dans les veines. Le second point ne put guères être démontré d'une manière stricte; car dans les faits cliniques de Virchow, la mort n'est pas arrivée aussi subitement que dans le cas actuel; mais ces faits étaient beaucoup plus compliqués et la mort était souvent précédée de symptômes respiratoires analogues, qui ne trouvaient pas leur explication dans des altérations pulmonaires assez étendus. Les expériences sur les chiens ne donnent non plus un résultat identique; la mort arrivait lentement et dépendait de lésions étendues des poumons. Ce second point reste donc à l'état d'hypothèse.

Obs. II. — Une femme de 30 ans, robuste, accoucha facilement d'une fille. Bientôt après il survint une métrorrhagie abondante, déterminée par une adhérence intime du placenta avec la matrice. Cette anomalie avait déjà existé au précédent accouchement, qui était le troisième, et le placenta n'avait pu être enlevé que par fragmens. Plusieurs médecins ne purent, cette fois, extraire l'arrière-faix, car la femme rapprochait tellement les cuisses, qu'on ne parvenait pas à introduire la main dans le vagin. Dix heures après l'accouchement, la malade fut transportée dans un établissement, et la délivrance ne put être faite que par l'emploi du chloroforme. État très satisfaisant les premières trente-six heures; puis frisson violent, qui se prolongea jusque vers la matinée du 3 octobre, et fut suivi de forte chaleur. Matrice sensible à la pression, surtout à droite et en avant (lieu d'implantation du placenta); peau chaude, sèche, pouls 120; anxiété, faiblesse et céphalalgie violente. Rien de particulier au toucher; lochies normales. Cataplasme abdominal. Les jours suivans la sensibilité de la matrice n'augmenta pas, mais les autres symptômes s'aggravèrent; pouls à 136-140. On diagnostiqua une lymphangite utérine probable. Le 6 octobre, hémorrhagie peu abondante de la matrice; cet organe était moins sensible à la pression, seulement il ne se rétractait pas. Les jours suivans la maladie locale parut rétrogader, et il n'y avait plus que l'énorme fréquence du pouls qui inspirât des craintes sérieuses. Le 8 octobre, la femme se sentit très bien, après avoir passablement dormi la nuit. Après midi, malgré les fréquentes recommandations de rester tranquillement couchée, elle se leva, mais s'affaissa immédiatement à terre, se releva très péniblement et fut trouvée, à une heure et demie, assise sur le bord de son lit. A quatre heures, elle était comme mourante; pouls filiforme, difficile à compter, respiration très fréquente, 60 à 64 inspirations, figure froide, bleuâtre, portant l'expression de la plus grande anxiété, extrémités froides. Plus tard, il survint de l'apathie et un demi sommeil, et la mort eut lieu à dix heures et demie du soir.

Autopsie faite trente-quatre heures après la mort et dans des conditions défavorables. Putréfaction avancée; abdomen fortement distendu par du gaz. Matrice plus volumineuse qu'elle n'aurait dû être, dense extérieusement; muqueuse recouverte d'une couche épaisse, poisseuse, d'un gris d'ardoise; suffusion sanguine dans le col; dans le fond de la matrice, en avant et à droite, il y avait encore quelques restes du placenta et des parties tendineuses qui marquaient l'adhérence antérieure. Dans les parois existaient des vaisseaux, dont les uns étaient caractérisés comme des lymphatiques, par leur contenu purulent et leurs dilatations sinueuses, tandis que les autres étant remplis de caillots fibrineux, ne pouvaient donc être que des veines. L'examen des vaisseaux du bassin ne put être fait convenablement; on trouva seulement que la veine hypogastrique droite était complétement bouchée par des caillots, s'étendant un peu dans l'iliaque commune. Poumons crépitans, un peu œdemateux; cœur normal; le tronc de l'artère pulmonaire était bouché par un trombus, s'étendant dans ses deux branches et pouvant être suivi assez loin dans les ramifications.

Obs. III, par le docteur Levy. (*Hosp. Meddetelser*, t. VI, 1853). — Le 19 février 1853, une primipare accoucha facilement et se portait bien à l'exception d'une toux catarrhale. Le 20, douleurs dans le côté droit de la matrice, qui disparurent après une application de douze sangsues. Le 22, ces douleurs revinrent avec fièvre intense et gonflement tympanique du bas-ventre. Le 24, après plusieurs émissions sanguines locales, la sensibilité n'existait plus qu'à une pression assez vive et la fièvre avait diminué. Le soir, accès de dyspnée violente, avec constriction épigastrique douloureuse, anxiété, toux sèche, accélération du pouls. L'auscultation ne fit découvrir que des rhonchus muqueux des deux côtés. Une saignée fit disparaître ces accidens. Les jours suivans la sensibilité hypogastrique disparut, la toux et la fièvre diminuèrent, l'appétit et le sommeil revinrent; la malade se sentait faible et n'avait pas encore l'expression vive habituelle de la face. Ces symptômes cédèrent à l'administration de la quinine et la convalescence parut assurée, quand le 3 mars, après le souper, il survint subitement une vive douleur, avec pression, à l'épigastre, respiration anxieuse et laborieuse, et la mort y mit fin au bout de quelques minutes. A l'autopsie on ne trouva rien dans le cerveau et dans les poumons, à l'exception d'un peu d'œdème de ces derniers; extérieurement rien au cœur; les deux cavités droites, et surtout l'artère pulmonaire jusque dans ses petites divisions, remplies d'une quantité de caillots sanguins de différentes grandeurs, les uns fraîchement formés, mous et noirs, d'autres plus consistans, d'un gris rougeâtre, plus ou moins décolorés; d'autres enfin, contenaient une masse grisâtre, faiblement grenue, à apparence purulente. Les parois de l'artère étaient légèrement imbibés. Rien dans le cœur gauche; l'aorte était garnie de quatre valvules régulières, insuffisantes. Le veines de la matrice renfermaient du pus concret, surtout vers les ligamens larges (1).

En l'absence de toute autre lésion pouvant expliquer la mort, n'est-on pas en droit d'attribuer ce résultat à l'oblitération de l'artère pulmonaire, survenue subitement ou plus ou moins lentement? L'un ou l'autre des cas, publiés en France, ne pourrait-il pas se ranger dans la même catégorie? Nous ne savons encore rien sur la symptomatologie de cette lésion; mais il n'est pas impossible d'y rattacher la dyspnée violente, avec anxiété et fréquence du pouls, surtout marquées dans le cas de Levy. Ce serait là le commencement de l'obturation qui ne deviendrait pas mortelle, tant que le vaisseau est encore perméable, mais entraînerait une mort rapide, quand un nouveau coagulum viendrait à boucher complétement la lumière. Il faudrait des autopsies nombreuses pour se prononcer sur la valeur de cette hypothèse. Finalement rappelons encore l'observation importante de Virchow, qui, ayant vu par des secousses imprimées au cadavre, l'extrémité libre de caillots se briser dans les veines, donne le conseil judicieux de manier doucement les malades ayant de ces coagulums, pour ne pas déterminer le même accident pendant la vie.

Dr STROLH.

PRESSE MÉDICALE.

CAS DE TÉTANOS CHEZ UNE FEMME ENCEINTE, observé dans le service du docteur MIKSCHIK, à Vienne. — Fille de 16 ans, (?) gantière, réglée à 15 ans; deux accouchemens il y a deux et trois ans; actuellement enceinte de huit mois. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, sans cause connue, sans avoir travaillé plus qu'à l'ordinaire, il survint une crampe très douloureuse des doigts et des orteils et dans la main et le pied droits. 1er mars 1855. Cette crampe ressemble à celle des cordonniers; l'avant-bras droit fléchi, se laisse étendre, mais revient de suite à sa position antérieure; douleurs continues dans les mains, parfois avec exacerbations; le contact des doigts fléchis est douloureux. Pas de fièvre, pas de céphalalgie, toutes les fonctions sont normales; bruit placentaire et bruit fœtal distincts. Huit sangsues à la nuque. Le 2, la crampe du pied droit à complétement cessé; huit sangsues; frictions avec huile chloroformée. Le 3, jusqu'au soir, à part un peu de tension dans les doigts, les crampes ont complétement cessé. Le 4, dans la nuit, l'ancien état est revenue et le soir, l'extrémité inférieure gauche, jusque-là libre, est également prise. Le 5, même état; un peu de tension dans les muscles masticateurs. Le soir, accès tétanique d'un quart d'heure, non soulagée par la chloroformisation. Du 6 au 10, les accès tétaniques reviennent plus violents et plus souvent, et le 10, la mort est survenue pendant une attaque. L'opération césarienne donna un enfant mort. Les muscles de l'abdomen n'ont pas participé au tétanos. Pas d'albumine dans l'urine. A l'autopsie on n'a rien trouvé de visible dans le cerveau et la moelle. Aucune trace de lésion sur le corps. (*Wochenbl. d. zeitschr d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 33.)

POUR LE TAMPONNEMENT DU VAGIN, le docteur KONITZ, de Varsovie, se sert exclusivement d'ouate ou de coton cardé. Cette substance se trouve partout, n'est pas chère et arrête l'hémorrhagie mieux que tous les autres corps employés dans le même but. Il en forme des boulettes de la grosseur d'une noix, trempées dans l'huile et soigneusement introduites dans le vagin; vingt-cinq à trente suffisent pour le vagin le plus large. Le tamponnement est maintenu au moyen d'un essuie-mains, plié dans sa longueur; la malade se couche sur un bout, l'autre est ramené entre les cuisses, de manière à fermer l'ouverture vaginale et retenu sur le ventre par la garde ou par la malade elle-même, jusqu'à ce que, dans un cas d'implantation du placenta, sur le col, par exemple, le travail soit bien engagé. Trois minutes suffisent pour introduire les tampons et autant pour les sortir. Ce moyen a toujours réussi au docteur Konitz. — (*Wochenbl. d. zeitschr d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 33.)

SOUSCRIPTION EN FAVEUR D'UN CONFRÈRE MALHEUREUX.

Un médecin de Seine-et-Oise, 10 fr.; M. Fontan, à Luchon, 50 fr.

(1) Extrait du *Deutsche Klinik*, 1855, n° 36.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome IX. — N° 155. **NEUVIÈME ANNÉE.** **Samedi 29 Décembre 1855.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An........ 32 Fr.
6 Mois........ 17
3 Mois........ 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*

ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

AVIS.

Nos souscripteurs des départemens, pour six mois et pour un an, sont prévenus qu'une traite leur sera présentée, sans frais, à leur domicile, dans le cours du mois de janvier. En cas d'absence, et pour éviter à l'administration des frais de retour, ils sont priés de donner des ordres pour le paiement de cette traite.

Nos souscripteurs pour trois mois et nos abonnés de l'étranger sont priés de faire parvenir à l'administration le montant de leur abonnement, soit par la voie de la poste, soit par un mandat sur Paris, soit par la voie des libraires.

Les quittances seront présentées au domicile de nos souscripteurs de Paris.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

A partir du 1er janvier 1856, l'UNION MÉDICALE devient l'organe officiel de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Le siége de la Société est transféré quai Malaquais, n° 3. Les séances auront lieu désormais les premier et troisième lundis de chaque mois, à trois heures.

La première séance se tiendra le 7 janvier.

Le secrétaire général, DURAND-FARDEL.

PARIS, LE 28 DÉCEMBRE 1855.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est M. Piorry qui a dû rouvrir la discussion sur la révulsion et les exutoires. Il faut le reconnaître, M. Piorry a été un peu sacrifié. La séance ayant eu lieu le mercredi au lieu du mardi, il y avait très peu de monde. Pendant que l'honorable professeur lisait son discours, les urnes circulaient pour l'élection des membres des commissions permanentes; de là des distractions et un léger tumulte qui nuisaient singulièrement à l'audition. M. Piorry niait, en ce moment, la révulsion et la dérivation ; hélas! ce qui se passait dans la salle aurait dû lui montrer qu'il existe au moins des dérivations intellectuelles peu propices aux orateurs.

Nous connaissions d'avance le discours de M. Piorry, non certes que communication nous en eût été faite, mais bien parce que les situations ont leurs exigences fatales et qu'il était impossible que M. Piorry soutînt d'autres opinions que celles qu'il a défendues. Ce discours est une nouvelle manifestation aussi accentuée que possible de l'organicisme. Notre compte-rendu de la séance donnera, à nos lecteurs, une idée suffisante de cette oraison ; l'espace nous manque aujourd'hui pour dire nos impressions. L'occasion nous sera prochainement offerte de revenir sur cette discussion.

M. Leblanc a exposé dans un discours substantiel les résultats de sa longue pratique de médecine vétérinaire sur l'emploi du séton. Il a convié M. Malgaigne à un programme d'expériences; ce serait, en effet, le seul moyen de vider la question particulière soulevée par le mémoire de M. Bouvier.

Amédée LATOUR.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA GÉNÉRALITÉ ET DE L'UNITÉ DE LA MALADIE (1);

Par le professeur FORGET, de Strasbourg.

Nous avons vu combien il est difficile de démontrer en fait la généralité primitive de la maladie; mais admettons, pour un instant, que les maladies, primitivement générales, existent; reconnaissons pour telles l'inflammation, l'adynamie, l'ataxie, le scorbut, les scrofules, le cancer, etc. En quoi, je le demande, le vitalisme a-t-il avancé ou même modifié la thérapeutique de ces maladies? Ses procédés, ses médications, son mode d'administration sont ceux qu'emploie l'organicisme. La différence est uniquement dans l'interprétation. Le vitalisme prétend que la saignée, le quinquina, l'opium, le musc, le régime substantiel impressionnent directement la vitalité dont sont animés les organes (ce que, pour ma part, je n'ai jamais pu comprendre); l'organicisme, à son tour, prétend que ces modifications impressionnent d'abord les organes, qui régissent la vitalité. Chacun reste avec ses convictions; mais qu'importe, si le malade guérit!

Relativement à l'unité de la maladie, la question de doctrine a plus d'importance. Les moyens usités par les deux écoles sont bien encore les mêmes; mais le choix et surtout la combinaison peuvent différer considérablement, l'unité morbide étant admise, la thérapeutique, pour être conséquente, sera une et inflexible comme l'indication unitaire. Heureusement qu'en pratique les partisans de l'unité sont moins exclusifs et plus tolérans qu'en théorie. Déjà nous avons vu qu'en présence des faits, il leur est impossible de nier la variabilité des phénomènes. Aussi se résignent-ils de bonne grâce à suivre les évolutions et les péripéties du mal, afin de varier leurs moyens et même de les combiner, selon l'occurrence, tout comme si l'unité n'existait pas. Car le vitalisme, lui aussi, professe la religion de l'opportunité en application, sauf à se mettre en contradiction avec la doctrine.

Cependant le vitalisme, c'est-à-dire le dogme de l'unité, se montre un peu rebelle à l'endroit des élémens positifs. Il a bien, lui aussi, sa doctrine des élémens, mais différente de la nôtre, quant au nombre et aussi à l'espèce de ces élémens, qui sont bien moins multipliés et souvent fort hypothétiques. Néanmoins, il admet aussi, dans quelques cas, la combinaison, la complexité de ses élémens, sauf à donner une entorse au principe de l'unité. Mais nous l'avons dit : le vitalisme praticien ne vit pas en grande intimité avec le vitalisme doctrinaire. Il ne s'agit donc, en définitive, entre lui et l'organicisme, que du plus ou du moins en application. Ceci posé, nous ne désespérons pas de les voir, non pas se réconcilier, mais se tolérer réciproquement. Voyons un peu.

L'unité morbide la mieux déterminée, la plus généralement acceptée est certainement celle qui découle d'une cause spécifique bien constatée, qui occasionne la maladie, l'entretient, l'accompagne et constitue, comme on dit, sa raison d'être. Telles sont les maladies virulentes et miasmatiques, lesquelles affectent des formes, une marche, des terminaisons à peu près déterminées. Mais d'abord ces affections virulentes et miasmatiques n'affectent pas toujours les mêmes caractères, comme nous l'avons vu pour la variole, comme on peut le voir pour la syphilis, constituée, çà et là, par la blennorrhagie, les chancres, les bubons, les syphilides, l'exostose, la carie, etc., qui, certes, rompent l'unité du traitement, même en supposant l'infaillibilité du spécifique, du mercure, que nous savons aujourd'hui n'être applicable qu'à certaines formes et à certaines périodes.

On range complaisamment, parmi les spécificités, certaines maladies où le principe spécifique est loin d'être démontré, telles que le rhumatisme, les scrofules, etc., ce qui porte atteinte à l'unité, c'est-à-dire à la spécificité supposée du traitement, et, en fait, ces maladies guérissent par des moyens assez variés.

Enfin, la réalité du virus étant concédée, nous ignorons presque toujours sa nature et le spécifique nous fait défaut, ce qui nous force d'agir comme si le virus n'existait pas. Ainsi de la variole, de la scarlatine, du typhus, du choléra, etc.; ce qui diminue beaucoup de la valeur de l'unité étiologique, en tant qu'indication d'un traitement unitaire approprié à la cause.

De tout cela résulte qu'au point de vue pratique, l'unité morbide, constituée par la spécificité de la cause, a vraiment peu d'influence sur le traitement. Ce qui fait qu'en définitive, vitalistes et organiciens en sont réduits, dans la plupart de ces cas, comme dans les autres affections, à combattre la maladie dans ses manifestations symptomatiques, ne pouvant s'attaquer à la cause elle-même. C'est ce que tous nous faisons pour la variole, la scarlatine, le typhus, le choléra que, de guerre lasse, il faut nous résigner à traiter symptomatiquement. Que de peines, de sagacité, de génie perdus à la recherche des spécifiques ! Tant de labeur se réduit à la découverte, encore fortuite, nous dit-on, de la vaccine, qui prévient mais ne guérit pas la variole; du mercure, qui ne convient que dans certains cas de syphilis, manque souvent son effet et produit parfois de graves accidens; du quinquina, qui guérit bien les fièvres paludéennes, mais n'est pas non plus sans défaillances et sans inconvéniens. Pour tout le reste, néant, ou du moins ressources illusoires ou précaires. Donc, l'unité spécifique elle-même est, pour tous les praticiens, passible du morcellement thérapeutique.

Un autre forme d'unité dérive, avons-nous dit, de certains groupes de symptômes constituant des états particuliers, dont l'état inflammatoire et l'état adynamique sont les plus importans et les plus remarquables, eu égard à leur antagonisme apparent. Or, il faut vraiment n'avoir jamais vu de malades, pour affirmer la simplicité, la pureté constantes de ces unités symptomatiques; car rien n'est plus commun, au contraire, que la promiscuité de ces prétendus unités, et notamment des états inflammatoire et adynamique. Les vitalistes eux-mêmes ne vous disent-ils pas, dans leurs manifestes, que l'inflammation est loin d'être toujours semblable à elle-même, que, dans mainte circonstance, elle appelle les stimulans, les altérans, les spécifiques? Quant à l'adynamie, n'ont-ils pas accepté ses distinctions en directe et indirecte, essentielle et symptomatique? Voilà donc déjà nos unités catégorisées, dichotomisées. Et quant aux associations d'unité, mots qui hurlent de se trouver ensemble, puisque l'idée d'association détruit celle d'unité, nous n'avons que l'embarras du choix pour en produire des exemples, ne serait-ce que cette grande classe des phlegmasies typhoïdes dont nous parlions à l'instant. Nos docteurs unitaires ne se sont-ils donc jamais trouvés dans cette cruelle et fréquente perplexité du praticien placé en face d'une phlegmasie avec débilité générale, et n'ont-ils jamais dû aviser aux moyens de combattre à la fois ces deux élémens antagonistes? Est-ce qu'un rhumatisant, un goutteux, un dartreux, un scrofuleux, etc., ne peuvent pas être atteints de vingt autres affections ou unités d'espèces différentes? Est-ce que le rhumatisme ne se complique pas souvent de belles phlegmasies, bien fixes, bien franches, suivies elles-mêmes de l'unité anévrysme du cœur, puis de l'unité hydropisie, etc.? Mais, direz-vous, tout cela découle de l'unité rhumatisme, tout cela est rhumatismal! Essayez donc de guérir la péricardite, les épaississemens valvulaires, l'anasarque, etc., par vos antirhumatismaux, si vous en connaissez? Plus sensés que vos doctrines, vous comprenez, vous aussi, la nécessité de combattre toutes ces unités par les moyens qui leur sont propres.

Je suis las de ressasser si longtemps les mêmes argumens, et malgré mon attention à varier les exemples, je crains de fatiguer aussi mes lecteurs, en multipliant les preuves d'un fait aussi flagrant que la nécessité de morceler les maladies, au point de vue thérapeutique. Cependant, il me reste encore une remarque à produire, c'est celle relative à la divisibilité de l'unité symptomatique elle-même. Car vos unités sont bien moins concrètes que vous ne les supposez; et d'abord, l'observation démontre tous les jours qu'elles se démembrent d'elles-mêmes, c'est-à-dire qu'elles ne se présentent pas toujours avec les mêmes élémens constituans : rien n'est variable d'aspect comme l'unité inflammatoire, l'unité typhoïde, l'unité rhumatisme, scrofule, scorbut, etc. Puis la pratique a constaté que l'on pouvait attaquer partiellement, avec chance de succès, chacun des élémens de vos unités symptomatiques. De combien de manières n'attaque-t-on pas l'inflammation, je parle de l'inflammation franche? Saignées, contro-stimulans, astringens, sédatifs, substitutifs, révulsifs, etc., sans parler des modifications nécessitées par les formes, les périodes, les terminaisons, etc. Voyez encore par combien de faces on attaque les unités ou états typhoïde, rhumatismal, cholérique, etc. C'est même là l'objet de nos interminables débats.

J'en ai fini avec ce fastidieux plaidoyer qui, j'aime à le croire, est inscrit dans le sens intime de tout praticien doué de l'intelligence la plus vulgaire; et si le public médical ne voyait que des banalités superflues dans toute cette argumentation, il devrait s'en prendre à l'esprit de vertige qui, depuis quelque temps, s'est emparé de certaines intelligences dont les prédications trouvent à faire d'assez nombreux prosélytes parmi les hommes superficiels et avides d'impressions nouvelles :

Il nous faut du nouveau, n'en fût-il plus au monde.

Ce qui nous met dans l'obligation de rouler sans cesse notre rocher de Sisyphe.

Une grande moralité scientifique ressort, néanmoins, de ces discussions sans cesse renaissantes : c'est que la vérité puise des forces dans les combats qu'il lui faut soutenir. La vérité, ici, c'est la sanction nouvelle que reçoit de ces débats la doctrine lumineuse et féconde des élémens positifs. Car si l'on veut y réfléchir, c'est elle qui est en cause, et c'est elle qui triomphe dans ce faisceau de preuves que nous venons d'apporter en sa faveur. De notre travail, en effet, il résulte que les dogmes de la généralité et de l'unité de la maladie ne sauraient se défendre au tribunal de la pratique; que le morcellement de l'unité maladie est indéclinable en application. On a feint de ne pas nous entendre, mais on a déjà tacitement

(1) Voir le dernier numéro.

accepté nos principes. On critiquera la multiplicité de nos élémens; mais quiconque mettra la main à l'œuvre sentira la nécessité de les admettre; car cette multiplicité n'est, après tout, que la systématisation de cette infinie variété d'indications, grandes ou petites, que comporte le traitement attentif, éclairé, consciencieux de toute maladie; importantes minuties sur lesquelles insistent tous nos traités de médecine pratique.

THÉRAPEUTIQUE.

RÉPONSE DE M. BOUVIER A M. GILLEBERT-D'HERCOURT AU SUJET DE LA RÉDUCTION DES LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR.

(Voir l'UNION MÉDICALE du samedi 22 décembre 1855.)

« Lorsqu'on est profondément imbu d'une idée, dit M. le docteur Gillebert-d'Hercourt, on est *irrésistiblement porté* à en admettre toutes les conséquences, QUAND MÊME *le témoignage des sens protesterait contre ces dernières.* » On ne peut pas mieux dépeindre la disposition d'esprit dans laquelle j'ai constamment trouvé Pravaz, lorsqu'il s'agissait d'apprécier l'état des sujets qu'il avait traités pour des luxations fémorales congénitales. Mon estimable confrère, M. Gillebert-d'Hercourt, autant que j'en puis juger par ses écrits, semble, à cet égard, ne le céder en rien à son honorable prédécesseur. C'est la même fermeté de conviction, la même ténacité d'affirmation, *quand même*..... Mais passons sur ces questions personnelles imprudemment soulevées par M. Gillebert-d'Hercourt, et qui ne peuvent que médiocrement intéresser les lecteurs de l'UNION MÉDICALE. Arrivons aux faits.

« M. Bouvier, dit M. Gillebert-d'Hercourt, affirme qu'*on ne sent pas* la tête du fémur à l'aine dans l'état sain, et en étudiant les caractères de la luxation chez une petite fille, il dit à ses élèves : *Je ne sens plus la tête du fémur dans l'aine*, »

Si mon honorable confrère avait été moins à court d'argumens, il eût conçu des doutes sur l'exactitude de cette dernière rédaction, dont, on voudra bien ne pas l'oublier, je ne puis être entièrement responsable; et effectivement, en revoyant cette leçon pour un tirage à part, j'ai fait imprimer, il y a plus d'un mois, au lieu de la phrase ci-dessus, celle-ci : « *La tête du fémur ne soulève plus les parties molles de l'aine*; « ce qui n'est nullement en opposition avec ce que j'ai dit de la *dépression de l'aine*, comme signe de la luxation.

« Si on en croit M. Bouvier, dit M. Gillebert-d'Hercourt, *la luxation persiste* (après le traitement) *telle qu'elle était* auparavant. Comment concilier cette affirmation avec l'aveu fait par lui-même que, dans quelques cas, le traitement a paru produire de l'amélioration ? »

L'affirmation et l'*aveu* dont il est ici question se concilient parfaitement, quoi qu'en dise M. Gillebert-d'Hercourt. J'ai donné moi-même l'explication de ces améliorations *apparentes* qu'on peut observer après le traitement des luxations congénitales, sans que, pour cela, la situation de la tête du fémur soit en rien modifiée (v. l'UNION MÉDICALE, p. 570).

« M. Bouvier admet, dans certains cas, une *trop grande* laxité des ligamens..... Il dit que, dans quelques cas *très rares*, la capsule n'est pas resserrée au point d'empêcher le retour de la tête du fémur dans la cavité de l'ilium. Néanmoins, il ne *veut pas admettre* que nous *puissions* obtenir la coaptation des pièces articulaires pour une extension bien dirigée ! »

Il n'y a pas un mot, *dans mes leçons*, de l'opinion que me prête cette dernière phrase. Oui, sans doute, *anatomiquement*, la coaptation est *possible dans certains cas*; mais on n'a pas encore prouvé qu'on l'ait jamais obtenue sur le vivant.

« Il n'est pas exact de nous faire dire : *la capsule résiste, nous l'allongerons*; nous n'avons parlé que d'allonger les faisceaux fibreux rétractés; nous croyons, au contraire, favoriser la rétraction des parties de la capsule accidentellement allongées. »

Il est clair qu'on n'a besoin d'allonger que ce qui résiste, et les détails anatomiques que j'ai donnés sur la disposition de la capsule montraient suffisamment qu'elle ne résistait pas *toute entière*. Il n'y a donc rien d'*inexact* dans les paroles que j'ai prêtées aux partisans de la *réduction*. Nul doute que l'abaissement du fémur, en relâchant les parties allongées, ne *favorise*, à la longue, *leur rétraction*, pourvu que l'on commence par démontrer que l'on produit véritablement cet abaissement et qu'on le produit d'une manière durable.

« M. Bouvier nous accuse de nier la persistance d'un certain degré de claudication après le traitement : *encore* une inexactitude...... ».

Cette prétendue *inexactitude* n'est pas plus réelle que la précédente. Il est malheureusement *trop vrai* que d'habiles et consciencieux observateurs, qui ont cru voir des *réductions* dans des luxations *non réduites*, se sont fait illusion au point de méconnaître la *claudication* qu'ils avaient sous les yeux, et qu'au lieu de lui donner son nom propre, comme ils l'auraient fait dans toute autre circonstance, ils l'ont qualifiée de *faiblesse musculaire*, de *raideur du membre*, de *simple effet de l'inattention du sujet*, etc. En veut-on une nouvelle preuve? On pourra la trouver dans le petit fait que voici :

Il y a peu de temps qu'une nouvelle observation de *réduction* d'une luxation congénitale du fémur fut adressée à une société médicale. « *Il n'existe plus de claudication*, disait l'auteur en soulignant ces mots; néanmoins la démarche n'est pas régulière; elle tient un peu de celle des enfans du premier âge, qui marchent en écartant les jambes et en *balançant* légèrement le tronc. Ces caractères disparaîtront, ajoutait ce praticien; ils sont la conséquence *de la faiblesse actuelle des muscles et d'un défaut d'assurance* bien naturel encore chez cette enfant. » Une commission nommée se montra, par l'organe de son rapporteur, peu disposée à croire à cette réduction sans avoir examiné l'enfant. Elle dit qu'il était difficile « de ne pas voir dans ce *balancement* du tronc, mentionné plus haut, *un degré quelconque de claudication*. » Quelques mois après, une lettre du médecin transmettait de nouveaux renseignemens sur les suites de cette *guérison*; on y lisait ces mots : « La démarche a perdu le caractère qu'elle avait; elle offre *aujourd'hui* celui d'une *légère claudication*. » Pour moi, elle avait *toujours* eu ce dernier caractère, assez peu marqué d'abord pour donner le change à un observateur porté à voir les choses du meilleur côté. Je laisse au lecteur à choisir entre cette interprétation et celle de M. Gillebert-d'Hercourt, auteur de cette observation, dont j'étais moi-même le rapporteur.

« Lorsque nous rapportons, dit encore mon honorable confrère, à l'atrophie du membre la cause de ce *peu* de claudication persistant après la cure... pourquoi M. Bouvier s'obstine-t-il à considérer la claudication, le raccourcissement, comme *une preuve absolue* de la persistance de la luxation, puisqu'il reconnaît lui-même la réalité de l'arrêt de développement en longueur, que la réduction ne peut effacer? »

Où M. Gillebert-d'Hercourt a-t-il vu que je diagnostiquais une luxation par le seul raccourcissement du membre? Ce n'est pas dans mes leçons assurément, ni même dans le procès-verbal de la séance de la Société de chirurgie du 17 octobre, procès-verbal qu'il a cité à sa guise. Ce que j'ai dit, et je le maintiens, c'est qu'une *réduction* qui laisse subsister en tout ou en partie le raccourcissement et la claudication, a d'autant plus besoin d'être sérieusement vérifiée, et que, pour ma part, il m'est bien permis de me montrer quelque peu exigeant sous ce rapport, après les erreurs sans nombre dont j'ai été témoin.

Après ces courtes explications, on ne comprendra guère, sans doute, que M. Gillebert-d'Hercourt se soit cru autorisé à dire qu'on me voyait *ici* « *faiblir* dans ma conviction, *manquer d'exactitude* dans mes citations, et semer çà et là mon argumentation de *propositions contradictoires*. »

M. le docteur Gillebert veut bien m'offrir son concours pour la recherche de nouveaux faits. Je l'en remercie; il me verra toujours empressé à contribuer de tous mes efforts à la découverte de la vérité. Je ne le serais pas moins à proclamer des succès évidens, s'il m'était donné de me convaincre de leur réalité; mais jusque-là, je me crois en droit de conserver et d'exprimer des doutes fondés relativement à des faits entourés des mêmes circonstances que ceux que j'ai reconnus *positivement erronés*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Décembre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

La correspondance non officielle comprend :

Lettre de M. le docteur CADET, de Maintenon (Eure-et-Loir), sur le mode de traitement du choléra. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

— L'état des vaccinations pratiquées en 1853, par M[lle] LEMÉNAGER, institutrice communale à Lapeuty, dont le préfet de la Manche signale le zèle pour la propagation de la vaccine. (Com. de vaccine.)

— Lettre dans laquelle le sieur MAIGNÉ présente des observations sur les causes de l'apoplexie foudroyante. (M. Rostan, rapporteur.)

— La recette d'un produit alimentaire de semoule ferrugineuse du docteur MATHIEU, présentée par M. Faure, pharmacien à Châlons-sur-Marne. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivans :

Une lettre de M. le docteur PONS, de Ber, près le Vigan, qui adresse un second mémoire sur les aphorismes d'Hippocrate.

— Une lettre de M. le docteur LIÉGEY, qui prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats au titre de membre correspondant, et adresse la liste de ses travaux. (Future commission des correspondans nationaux.)

— Un mémoire sur le bain local chaud et permanent, par M. B. LANGENBECK, professeur de clinique chirurgicale à Berlin. (Com. MM. Bégin et Larrey.)

— Un mémoire sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde, par M. le docteur RIBARD, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Pontoise. (Comm. MM. Grisolle et Blache.)

— L'état des vaccinations faites gratuitement à Bayonne dans le courant de l'année 1853, par M. N. HOURSOLLE, chirurgien à Bayonne. (Comm. de vaccine.)

— Un paquet cacheté adressé par M. le docteur DIDAY, et contenant des observations sur le traitement de la syphilis sans mercure.

— Un essai statistique sur les grossesses multiples observées à Calais de 1800 à 1852, par M. le docteur J.-B. BÉLENGER. (Comm. M. Baillarger.)

— M. CHARRIÈRE fils fait plusieurs présentations, que nous ferons connaître dans notre prochain numéro.

— M[me] la baronne RICHERAND fait hommage à l'Académie du buste de son mari, par Gayrard père.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. C. Gaultier de Claubry, membre de l'Académie.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. H. Gaultier de Claubry, qui informe l'Académie du désir exprimé par son frère, parmi ses dernières volontés, qu'aucune députation ne se joignît à son cortége.

M. O. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport au sujet de l'eau de Labarthe de Hesle (Hautes-Pyrénées).

Les propriétés spéciales attribuées à cette eau ne sont nullement justifiées par la présence de principes minéralisateurs actifs, en quantité suffisante. La commission émet, en conséquence, l'avis qu'il y a lieu d'attendre, pour régulariser l'exploitation de la source, qu'un travail complet, fait sur les lieux mêmes, et des observations médicales nouvelles permettent de se prononcer avec certitude.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. O. HENRY donne lecture d'un second rapport sur l'eau minérale de la Herse (Orne). Cette eau minérale appartient à la classe des eaux calcaires ferrugineuses proto-carbonatées, sensiblement arsénicales. L'analyse chimique y révèle une quantité assez faible de principes minéralisateurs; mais les documens anciens et toutes les observations nouvelles tendent à prouver l'efficacité de cette eau. La commission propose, en conséquence, de répondre au ministre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation médicale de l'eau minérale de la Herse. (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton. — La parole est à M. Piorry.

M. PIORRY : Je n'avais pas d'abord l'intention de prendre la parole dans la discussion relative à l'utilité du séton et qui, plus tard, ainsi que cela arrive souvent, a fini par prendre l'importance d'une question doctrinale. La contrariété que me causait la dissidence où je me trouvais, au point de vue pratique, soit avec des hommes dont j'estime bien haut la valeur et les opinions, soit avec un excellent ami dont j'apprécie les hautes connaissances, m'engageait à écouter et à entendre plutôt qu'à parler. Mais enfin, ne pouvant partager la manière de voir des honorables collègues dont vous avez entendu les discours, et, d'ailleurs, dans la persuation où je suis qu'il ne s'agit pas seulement ici d'un simple débat scientifique, mais de questions humanitaires, je ne crois pas pouvoir me dispenser de soumettre à l'Académie les réflexions qui vont suivre sur la dérivation et la révulsion, et sur les moyens artificiels de provoquer et d'entretenir de longues suppurations.

Il faut, avant tout s'entendre sur la valeur, le sens et la portée des mots : or, on se sert des expressions révulsion et dérivation, sans avoir assez précisé ce qu'ils signifient.

Revulsio est dérivé de *revellere* qui exprime cette idée : *tirer fortement à soi ; arracher avec effort : Revulsio* désigne l'action dont il s'agit, actuellement en exercice.

Conséquence rigoureuse : il y a *révulsion* quand on arrache une épine, une flèche, un corps étranger quelconque du lieu où il se trouve.

Dérivation est encore l'action qu'exprime le verbe *derivare :* détourner un ruisseau, une rivière, et, au figuré, porter vers un lieu ou dans un sens ce qui se trouvait dans un autre. Certes ces deux manières sont différentes en principe, mais on ne peut dériver une chose vers un point sans ôter, sans enlever d'un autre lieu cette même chose. Par conséquent, il n'y a pas de dérivation sans révulsion, et, comme on ne peut guères enlever la chose supposée d'un lieu sans la faire passer ailleurs, il en résulte que presque toute révulsion est, en quelque sorte, compliquée de dérivation.

Ainsi, en entrant tout d'abord par l'étymologie au fond de la question, on voit que les distinctions entre la dérivation et la révulsion sont arbitraires et qu'une science exacte et sévère doit éviter de les adopter dans son langage.

Qu'Hippocrate, Galien et les Arabes, que Fernel et les modernes aient admis ou non une théorie sur la révulsion, sur la dérivation, cela importe assez peu, et ce qu'il est résulté de meilleur de ces vieilles idées, ce sont les spirituels discours et les savantes recherches que vous avez entendus.

Sous le nom de *révulsifs*, on a réuni la plupart des agens thérapeutiques connus. La saignée ôte du sang et à coup sûr elle est révulsive pour ce liquide; heureux le malade quand elle exerce la révulsion sur le mal ! Lisfranc se complaisait a dénommer ainsi les petites saignées qu'il faisait pratiquer à la plupart de ses malades femmes.

Les ventouses, les sangsues qui font perdre peu ou beaucoup de sang, sont, au point de vue précédent, tout aussi révulsives; et pour le moment où elles sont appliquées, les ventouses Junod, les stases sanguines obtenues par la pesanteur, les ligatures, les bains locaux très chauds, etc., sont dans le même cas. Dans toutes ces médications, c'est tout simplement du sang que, définitivement ou momentanément, on enlève aux organes; on révulse donc le liquide qui se trouve dans les vaisseaux : ainsi, tous les évacuans sanguins agiraient par révulsion.

Les purgatifs doivent être partagés en plusieurs classes suivant qu'ils évacuent, les fécès (scorrhéiques), les mucosités (blenrhéiques), la sérosité du sang (hydrorrhéiques). Dans ces trois cas ils opèrent une révulsion; ici, des matières stercorales; là, de mucus; là de serum; et dans les deux dernières circonstances, comme les matériaux des sécrétions gastro-entériques proviennent des vaisseaux et du liquide qu'ils contiennent, évidemment ils agissent encore par une sorte de révulsion sur l'appareil circulatoire qu'ils désemplissent.

Les moyens portés vers la peau, les vésicatoires, par exemple, qui opèrent une évacuation abondante de sérosité, déterminent encore de la même façon une action révulsive.

On pourrait en dire autant des diurétiques, des sialalogues, de tous les moyens, enfin, qui font perdre des liquides contenus dans l'appareil circulatoire ou *angiême*.

Ailleurs une médication toute différente est produite : on applique un épispastique qui cause de la douleur; on brûle la peau, on y applique un sinapisme, on l'électrise, etc., et dans tout ceci on a pour but de produire une vive souffrance, dont le résultat serait une action générale sur le système nerveux. On suppose que le sentiment pénible que l'on détermine dans un point du corps, va enlever, revulser le mal qui existe dans une autre partie.

Mais supposant la présence de pus, de virus, de vices spéciaux, de matières puantes dans les liquides, voici qu'ailleurs on cherche à les enlever, à les extraire au moyen de l'écoulement du pus provoqué par des vésicatoires à demeure, par des cautères, des moxas, des sétons, etc.; et l'on prétend révulser ainsi les agens morbides qui, déterminant telle diathèse ou telle cachexie, s'écouleraient par ces *fonticules*, comme on l'a dit, expression qui assimilait à une petite fontaine le hideux et fétide écoulement ainsi provoqué.

Est-il logique de comprendre, sous une dénomination identique des médications si diverses? Dira-t-on, pour sortir du vague, que parmi ces médications, celles qui entraînent une perte considérable de liquides, sont révulsives, et conservera-t-on le nom de dérivatives pour celles qui agissent plutôt en déterminant un afflux, une excitation? Mais il serait souvent impossible d'assigner la limite entre ces deux manières d'agir.

Donc, étymologiquement et théoriquement, les termes de révulsion et de dérivation doivent être rejetés. Quand on recherche d'où nous

vient cette logomachie, on en trouve la source dans les théories de Galien et des Arabes sur les humeurs, et dans les écrits des modernes qui ont théorisé sur le principe vital, sur les propriétés vitales. Comme si le principe vital était susceptible de se déplacer, d'être promené d'un lieu à un autre! Comme si les propriétés vitales n'étaient pas inhérentes aux parties qui vivent!

Une excitation *douloureuse* peut modifier le système nerveux, soit par une action périphérique, soit par une action qui porte sur telle ou telle portion de l'axe nerveux, soit par une action réflexe (action réflexe sur l'importance de laquelle j'ai insisté dès 1833, par conséquent bien avant les travaux de Marshal-Hall). Mais, je le demande, le partisan le plus déclaré de la révulsion et de la dérivation ira-t-il faire à l'une des jambes une brûlure pour guérir la brûlure de l'autre jambe, au lieu de chercher à guérir cette brûlure? où irriter l'une des mains pour calmer l'inflammation qu'une épine enfoncée dans un doigt a provoquée du côté opposé? Non, il fera tous ses efforts pour enlever cette épine. Eh bien, cette épine, plus ou moins évidente selon l'état de la science, c'est la lésion qui provoque l'état inflammatoire, et c'est à cette lésion qu'il faut s'adresser. L'inflammation n'existe pas, à proprement dire, et ne se nourrit pas d'irritation ; ce qui existe, c'est un tissu enflammé, et pour faire cesser sa souffrance, il y a tout autre chose à faire qu'à dériver les propriétés vitales. — L'aphorisme *De duobus doloribus*, etc., consacre une vérité vraie, si on l'applique à la douleur dans l'acception propre de ce mot; mais on ne peut, sans tomber dans l'erreur, prendre le mot *dolor* pour synonyme de *labor*, maladie. Hippocrate n'a probablement pas eu cette pensée, ou s'il l'a eue, la faute en était au temps où il vivait et au peu de progrès de la science médicale à son époque.

Lorsqu'on tire du sang, on désemplit les vaisseaux, on ôte ce qui est trop, on établit dans le système circulatoire une tendance au vide, et l'on favorise ainsi la résolution. Les stases artificielles, les petites soustractions de sang agissent de la même façon, et à cette médication, le nom de *évacuative* conviendrait mieux que celui de révulsive. Quant à l'action prétendue *attractive* de certaines saignées, celle du pied, par exemple, elle ne peut être sérieusement soutenue aujourd'hui, que nous connaissons la circulation harvéienne : le sang de la saphène ou celui de la médiane céphalique sortent du même angiême, et il n'y a aucune raison anatomique ou physiologique pour préférer l'ouverture de l'une de ces veines à celle de l'autre. Dira-t-on que les petites plaies, les morsures déterminent facilement des fluxions sanguines? Quels démentis la pratique ne donne-t-elle pas à une pareille théorie! J'ai quelques milliers de fois essayé de rappeler les règles par des sangsues appliquées à la vulve, ou par des sangsues à l'anus les hémorrhagies attribuées au vice ou au génie hémorrhoïdal, comme on dit, — et j'ai presque constamment échoué. L'amélioration qu'on obtient en cas pareil me semble due à peu près exclusivement à la perte du sang.

Dans les bronchorrhées abondantes, où l'obstruction de l'angiaire menace le malade de mort par défaut d'oxygène, on emploie journellement les vomitifs et les purgatifs, et l'on s'explique leurs bons effets par l'hydrorrhée qu'ils provoquent et qui peut être utile en effet ; mais ces mêmes agens sont encore efficaces d'une autre façon : en favorisant l'expulsion des crachats, en faisant de la place dans l'abdomen et en permettant ainsi au diaphragme de se contracter plus facilement. Le fait suivant est la preuve de l'importance qu'il faut attacher à cette circonstance : Un artiste fort avancé en âge, fut pris pour la cinquième fois d'une laryngite, avec crachats épais et abondans, et les vomitifs furent cette fois insuffisans pour les guérir ; il allait étouffer, lorsque, ayant constaté un épanchement abdominal, je donne issue, par la ponction, à neuf litres de sérosité ; l'expectoration devint plus facile, le râle de la mort, qui avait commencé à se faire entendre, cesse, et cet excellent vieillard est depuis deux mois dans un état supportable de santé. Ici la ponction a donc agi à la manière d'un purgatif, en évacuant l'abdomen et en restituant au diaphragme la liberté de ses mouvemens.

Ces considérations peuvent être appliquées aussi aux diurétiques (s'il en existe), aux halogogues, tous moyens qui agissent en *désemplissant*.

Les révulsifs cutanés peuvent être distingués en plusieurs classes. Nous avons d'abord les diaphorétiques dont je ne dirai rien parce que leur action ne me semble nullement démontrée ; puis, les moyens qui provoquent de la douleur et dont l'influence tantôt s'exerce en faisant oublier au malade une douleur plus légère contre laquelle on les dirige, tantôt en modifiant son moral ; puis viennent des moyens qui agissent sur la circulation des parties voisines du lieu où on les applique ou sur les centres nerveux par action réflexe ; puis encore ceux où, à la douleur produite par un vésicatoire, on fait succéder l'absorption d'un médicament narcotique ; puis, enfin, les vésicatoires qui par endosmose font fluer à l'extérieur le liquide épanché dans les parties profondes, car il n'est personne qui n'ait vu quelquefois, par une médication de ce genre, diminuer les collections liquides des cavités séreuses. On ne saurait comprendre sous une même catégorie une série de moyens dont le mode d'action est à ce point différent!

La cautérisation de la peau produit également des résultats très divers : elle est douloureuse, elle modifie la circulation des parties voisines par l'afflux du sang qu'elle détermine, elle donne lieu à la formation d'une escarre, enfin à la chute de celle-ci succède une suppuration plus ou moins abondante. La formation d'une escarre est le seul caractère commun aux moxas, cautères, etc. ; est-ce donc un moyen de dériver la vie que de l'éteindre dans un point? Les vésicatoires, les ulcères qui suivent la chute d'une escarre, les fistules que l'on entretient sous le nom de séton, sont destinés à enlever le mal, à éliminer du sang les élémens morbides qu'il renferme. Ont-ils réellement cette action? C'est là une question de premier ordre. La *pyémie* (pus dans le sang), la *phymémie* (matière tuberculeuse dans le sang), celle-ci surtout où l'on donne le conseil de ne pas laisser cicatriser les fistules anales, ne sont nullement modifiées par l'usage de ces exutoires ; c'est ce que m'apprend l'observation journalière.

Leur inefficacité n'est mise en doute par personne dans les cas de cancer, de mélanose, de tumeurs colloïdes. Eh bien, selon nous, elle n'est pas plus grande quand il s'agit de combattre quelque autre lésion, ramollissement, endurcissement, etc., et que les exutoires n'agissent sur ces lésions que si on les appliquait sur la jambe de bois proverbiale. Que l'application d'un bouton de feu au voisinage des os malades soit quelquefois utile, c'est ce que je n'oserais nier, quand A. Paré, Pott, Percy, Boyer, Roux, M. Velpeau et M. Larrey nous l'affirment; cependant je ne puis non plus rejeter les résultats de mon expérience personnelle. Et j'ai appliqué des cautères par centaines contre les tubercules, les maladies du rachis, de la hanche, contre des névralgies de toutes sortes, des gastro et hépato-carcinies, des splénopathies, et toujours il m'a semblé que l'amélioration, quand elle s'est manifestée, était moins l'effet de ces cautères que du temps, du repos, du régime, des autres moyens employés concurremment. Aussi ai-je depuis longtemps renoncé à l'emploi des *suppuratifs* ; bien des fois chez des malades à qui on les avait prescrits je les ai enlevés, et les malades s'en sont bien trouvés. Il est bien entendu que je n'ai pas renoncé aux larges vésicatoires pour combattre les hydro-pleuries, soit pour dépouiller le sang d'une sérosité fibrineuse, soit pour obtenir directement la diminution du liquide épanché.

L'orateur adjure les médecins de se montrer très sobres de ces exutoires, cruels dans leur application, incommodes et même dangereux quelquefois par la continuité de leur action, parce qu'ils déterminent des écoulemens fétides qui affaiblissent les malades, qui peuvent occasionner la pyémie ; parce qu'ils deviennent souvent la cause d'érysipèle, d'abcès ; parce qu'enfin ils laissent sur la peau des marques indélébiles. Puis il termine par le résumé suivant :

Les mots de dérivation et de révulsion doivent être bannis de la science.

Les moyens dits dérivatifs ou révulsifs agissent, le plus souvent, en produisant soit une évacuation, soit une congestion, soit une douleur.

Les moyens qui provoquent une vive douleur ou une suppuration prolongée doivent être réservés pour les cas où il est possible d'en employer d'autres.

La parole est à M. Leblanc.

M. Leblanc : Plus la discussion, à laquelle a donné lieu la communication de M. Bouvier, sur le séton, se prolonge, plus elle prend des proportions considérables. Je suis de l'avis de ceux qui pensent qu'on s'est peut-être trop éloigné du point de départ ; aussi, vais-je chercher à m'en rapprocher. Je ne m'arrêterai donc guère qu'à la question du séton, question qui ne me paraît pas encore épuisée sous certains rapports.

En prenant part aux débats, je n'ai pas l'intention d'occuper longtemps les momens de l'Académie. Je ne chercherai ni à faire l'histoire du séton vétérinaire, ni à parler de la révulsion ou de la dérivation, ni enfin, à expliquer comment agit le séton. Vous avez déjà entendu de beaux, de bons et d'amusans discours sur ces questions. Mais, en dehors de ces questions, il en existe une autre que je crois pouvoir aider à résoudre, et ce n'est pas la moins importante : c'est celle qui est relative à l'utilité ou à la non utilité du séton considéré comme agent thérapeutique. Mes moyens consisteront purement et simplement dans l'exposé de nombreuses observations, ou plutôt dans le résumé de ces observations. Je suivrai ainsi la voie indiquée par M. Malgaigne, comme la seule bonne.

Il faut d'abord que je dise à l'Académie ce que j'entends par le mot séton ; car, on vous a dit qu'il y avait de très grands et de très petits sétons, et j'ajouterai qu'il y a des sétons simples et des sétons médicamenteux. Or, les diverses sortes de sétons produisent des effets bien différens, sous le rapport de leur intensité surtout. Je désire que l'Académie sache bien que, toutes les fois que je prononcerai le mot séton, je voudrai parler d'un bout de ruban de fil ou de laine ordinaire, sans aucune préparation, placé dans le tissu cellulaire sous-cutané à l'aide d'une aiguille aplatie qui perce successivement la peau à deux endroits, aux limites de la longueur du séton. La partie du ruban, engagée dans la peau, a à peu près de 30 à 40 centimètres de long sur trois centimètres de large pour les grands animaux, et, pour les petits, les dimensions du ruban sont réduites des deux tiers. Ces proportions peuvent évidemment changer selon les régions où le séton est appliqué, mais elles doivent varier le moins possible.

Le séton, considéré comme agent thérapeutique, ne consiste pas seulement dans le corps étranger, il faut, pour qu'il mérite ce nom, que le ruban ait produit de la douleur, de la tuméfaction et un travail consécutif de suppuration. Je regarde ces trois effets comme ayant chacun leur influence favorable. M. Malgaigne ne reconnaît, jusqu'à présent, que l'utilité du premier. C'est la preuve de l'action bienfaisante du dernier effet qu'il demande depuis le commencement de la discussion ; c'est donc cette action que je vais chercher à lui démontrer. Toute la question à résoudre me paraît être là, aujourd'hui, pour M. Malgaigne.

Je m'abstiendrai de parler de faits relatifs à l'action du séton médicamenteux, afin d'éviter toute objection qui pourrait venir de l'influence de la substance ajoutée au ruban de fil ou de laine. J'entends, du moins, parler des faits qui me sont particuliers ; car, je ne pourrais rien affirmer de bien formel à cet égard pour les faits constatés par d'autres vétérinaires qui auraient pu animer les sétons sans mentionner cette circonstance dans la relation de leurs observations.

Des vétérinaires contemporains, des vétérinaires anglais, notamment, ont modifié, comme M. Bouvier l'a fait pour le séton de l'homme, la mèche du séton des animaux et l'instrument qui sert à l'introduire. Ils ont rendu la mèche cylindrique, d'un petit diamètre, et l'ont imprégnée de substance inaltérable. Je n'ai vu employer ces sétons que sur des chiens ; j'ai remarqué qu'ils ne produisaient pas une suppuration assez abondante et qu'ils ne produisaient pas tout l'effet attendu. Il ne sera donc pas question ici de ces sortes de séton.

Les vétérinaires emploient aussi quelquefois la fontanelle, la rouelle comme exutoire, pour remplir l'indication du séton. Cet exutoire, qui consiste en une rondelle en cuir, percée à son centre et engagée dans le tissu cellulaire sous-cutané par une seule ouverture de la peau, est loin d'avoir les avantages du séton ; il fournit beaucoup moins de pus, et il laisse des traces très manifestes. Il n'est guère appliqué que lorsqu'on a l'intention d'entretenir une suppuration de très longue durée et peu abondante. Il ne remplit pas le but que je me propose en employant un séton, but qui consiste à agir le plus vite et le plus énergiquement possible.

Quand je parle d'une action prompte et énergique, je n'entends pas la limiter à quelques heures, ni à quelques jours même, à cinq à six jours, par exemple. Pour que, dans l'immense majorité des cas, un séton produise tout l'effet favorable qu'on en espère, il faut qu'il suppure de dix à vingt jours dans le cas de maladies aiguës, de trente à quarante jours pour les affections chroniques. En principe, sa durée doit être en rapport avec la marche de la maladie qu'il est appelé à combattre. Si, après le terme extrême écoulé, la maladie n'a pas disparu, ou si, après s'être améliorée, elle reste stationnaire, ou bien si elle s'aggrave, je place un nouveau séton à côté de l'ancien, que je supprime, parce que l'expérience m'a appris qu'un séton de longue date n'a plus la même influence thérapeutique qu'un séton passé récemment. Cela paraîtrait prouver que l'élément douleur entre pour beaucoup dans l'effet curatif du séton ; car c'est au début du séton que la douleur est la plus forte ; mais l'expérience m'a aussi appris que, dans la grande majorité des cas, pour les maladies chroniques ou d'une durée de plus d'une quinzaine de jours, la suppuration était une condition nécessaire et d'un grand effet.

Si je préfère renouveler le séton plutôt que de l'animer, c'est qu'il m'a semblé que l'excitation produite par les substances médicamenteuses ou par des mèches plus grosses ou neuves, n'était pas très marquée sur les sétons très anciennement passés, et qui, ainsi que vous l'a dit M. Boulay, finissent souvent par se tarir. Cela tient très probablement au changement de texture et d'organisation, en général, du tissu qui entoure la mèche du séton.

Je sais bien que la recommandation que je viens de faire à l'égard du renouvellement de sétons ne serait guère applicable à l'homme, dans beaucoup de cas ; mais je ferai une autre recommandation qui pourrait fort bien être utile en chirurgie, c'est de ne pas attendre, pour les combattre par le séton, que les maladies qui peuvent devenir graves en persistant, soient passées à un état chronique de trop longue date. C'est, du reste, pour les vétérinaires, le meilleur moyen d'éviter de laisser les sétons très longtemps en place, attendu qu'il est de remarque que la maladie se guérit d'autant plus vite que le séton est employé plus tôt.

En médecine vétérinaire on conseillait, comme on conseille peut-être encore, de ne pas passer de séton trop près de l'invasion des maladies aiguës, afin d'éviter les irradiations inflammatoires de voisinage dont a parlé M. Gerdy, et ses effets sympathiques ou de réaction de l'inflammation développée autour du séton. Sans nier ces conséquences, je déclare que, chez les animaux, je ne les ai que très rarement constatées, et qu'elles ne m'ont pas paru graves. Je ne parle pas, bien entendu, des phénomènes morbides locaux, dangereux, qui surviennent quelquefois sur le trajet du séton, et qui se terminent par la gangrène dans certains cas. D'ailleurs, ces phénomènes n'apparaissent souvent qu'après que la suppuration est établie, et ne proviennent pas uniquement de l'inflammation causée par les sétons. La manière dont l'opération du séton a été pratiquée y est fréquemment pour quelque chose. M. Renault a très bien expliqué ce résultat fâcheux dans son travail sur la gangrène traumatique. Ces accidens coïncident aussi avec certaines constitutions médicales.

La réaction générale que M. Bouley a mis au nombre des principaux effets du séton, n'est habituellement pas assez intense chez les animaux pour qu'elle puisse être à redouter au début d'une maladie aiguë. D'ailleurs, le séton ne *prend* pas, comme on l'a dit, quand la maladie est très grave ; or, s'il ne *prend* pas, c'est-à-dire s'il ne détermine pas une forte inflammation, il n'y a pas de réaction possible, et s'il *prend*, cela prouve, comme M. Bouley l'a rappelé, que la maladie est maîtrisée, et alors l'effet de la réaction n'est guère à craindre.

Les sétons à demeure et d'une très longue durée, de six mois, d'une ou plusieurs années, ont bien l'inconvénient que M. Malgaigne leur a attribué. On ne les supprime pas sans danger, a-t-il dit. Je suis enchanté de me trouver d'accord sur ce point avec mon collègue. J'en éprouve d'autant plus de satisfaction, que le fait qui a été constaté par M. Malgaigne lui-même, et par conséquent, bien constaté, est une des meilleures preuves de l'action du séton suppurant. En effet, si la suppression d'un séton qui suppure depuis très longtemps peut provoquer une maladie dangereuse, une maladie qui dure depuis longtemps a donc toutes sortes de chances d'être modifiée avantageusement ou guérie par un séton ; c'est, du reste, ce qui arrive assez souvent. M. Malgaigne a évidemment démontré lui-même l'action et l'utilité du séton.

Je n'ai jamais beaucoup multiplié le nombre des sétons sur le même animal. J'en ai placé trois ou quatre à la fois dans le cas de certaines maladies très graves, comme des pleuro-pneumonies, par exemple ; mais je ne les laissais pas tous suppurer le même temps. Le dernier n'était supprimé que lorsque la convalescence était bien décidée. J'évitais ainsi d'être dans la nécessité d'avoir recours au moyen qu'a conseillé M. Bouley pour remédier aux très grandes déperditions causées par une suppuration trop abondante, à savoir : à une alimentation réparatrice assez copieuse. Je préférais prévenir cette déperdition excessive.

Je bornerai là les quelques considérations générales dont j'ai cru utile d'entretenir l'Académie, et qui résument complétement les faits dont j'ai été témoin pendant une longue pratique, faits sur lesquels je reviendrai, d'ailleurs, après avoir rappelé brièvement les groupes d'observations qui appartiennent à d'autres vétérinaires, et qui démontrent avec évidence que le séton récent et le séton d'une certaine durée, d'une durée qui tient le milieu, pour ainsi dire, entre le séton de quelques jours et le séton à demeure, ou, au moins, d'une très longue date.

En remontant à une époque qui ne va pas à un siècle, à une époque où l'on pourrait déjà consulter avec fruit les travaux des vétérinaires d'un grand mérite, très capables de discerner, autant qu'il est possible de le faire en médecine, l'influence des agens thérapeutiques qu'ils employaient, je pourrais déjà conclure à l'utilité du séton. Les vétérinaires qui sont venus plus tard et jusqu'au moment où j'ai pu observer moi-même, c'est-à-dire jusqu'à il y a à peu près quarante ans, me fourniraient encore de nouvelles preuves en faveur de l'utilité du séton.

Ces dernières preuves, et à plus forte raison celles que j'irais chercher dans les traditions, quelquefois si instructives, des temps plus reculés, ne seraient certainement pas acceptées par M. Malgaigne, qui veut qu'on ne croie personne sur parole, pas même lui. Je ferai en sorte de lui en fournir d'autres qu'il ne rejettera pas bien certainement, car elles auront pour elles, je l'espère, le témoignage même de M. Malgaigne, le seul qu'il admette.

En disant que certaines traditions des temps anciens peuvent être prises en considération pour confirmer l'utilité des moyens de guérir, j'ai entendu parler de celles qui ont rapport à des cas pathologiques si nettement déterminés, qu'à aucune époque les personnes qui les ont décrites n'ont dû se tromper sur leur existence, car je suis un peu difficile aussi à l'endroit des preuves que l'on va chercher dans les vieux livres, où les descriptions des maladies et des moyens curatifs sont, le plus souvent, mal faites et incomplètes, où l'on trouve des expressions dont la signification n'est plus la même pour les lecteurs de nos jours ; j'ai entendu parler, dis-je, de traditions comme celles que je vais rappeler, en conservant à peu près le langage qui a servi aux auteurs pour nous les transmettre. Si ce langage n'est pas très précis, ni le même que celui qui serait employé aujourd'hui pour décrire des faits analogues, il ne peut cependant laisser aucun doute, pour beaucoup de monde, sur le caractère de la maladie qui a été observée. L'erreur n'est pas possible, non plus pour ce qui regarde le moyen curatif qui, dans cette circonstance, sera toujours le séton. Il ne pourrait y avoir qu'incertitude sur les dimensions du séton et sur quelques ingrédiens dont on enduisait peut-être la mèche.

Je limiterai mes citations aux exemples les plus frappans, à ceux que je considère comme les meilleures preuves de l'influence et de l'utilité du séton.

Premier exemple. — Un cheval a les paupières d'un œil tuméfiées ; des larmes coulent en abondance en dehors des paupières ; la conjonctive est rouge et épaissie ; la cornée est obscurcie à son pourtour ; l'humeur aqueuse du globe oculaire se trouble ; une matière d'un blanc jaunâtre se précipite à la partie inférieure et postérieure de la cornée, pour disparaître après quelques jours. Pareille succession de symptômes se présente de nouveau chez le même cheval, plusieurs fois, à des intervalles variables, au même œil, ou alternativement à un œil et à l'autre du même cheval ; les paupières, au bout de plusieurs accès, se rident ; le globe oculaire diminue de volume ; l'iris devient de nuance feuille morte ou se détruit en partie ; le cristallin perd sa transparence ; la cécité arrive. Tout le monde reconnaîtra évidemment, dans cette narration, la maladie si connue appelée, par les vétérinaires, *fluxion périodique des yeux, ophthalmie intermittente*. Si au début des accès, des premiers surtout, on passe un séton, soit à la joue, soit sur la face latérale de l'encolure, cet accès est *beaucoup plus court* que lorsqu'on néglige d'employer ce moyen ; il ne parcourt pas ses phases ordinaires, et cela, sans l'usage d'aucun astringent thérapeutique auxiliaire vraiment actif. Les exemples de cette sorte sont très nombreux.

Deuxième exemple. — Un ou les deux yeux d'un chien deviennent larmoyans ; les paupières se tuméfient et restent presque toujours closes ; les conjonctives sont rouges et épaissies ; la cornée s'obscurcit ; une grande quantité de chassie s'accumule à la face interne ou sur le bord des paupières ; un ou plusieurs ulcères existent sur la cornée. Ces symptômes ou ces lésions existent depuis un certain temps ; divers

moyens médicamenteux ont été employés infructueusement pour les combattre, ou aucun traitement n'a encore été entrepris. On passe un séton en arrière de la nuque. Au bout de quelques jours, et dès que le séton est tuméfié et suppure, les paupières s'ouvrent, le larmoiement diminue, la cornée s'éclaircit; les ulcères se cicatrisent avec ou sans le secours d'agens médicamenteux; alors qu'un autre animal présentant, autant que cela est possible, le même état morbide, et n'ayant pas de séton, ne guérit pas, ou au moins guérit plus lentement. Des faits analogues sont racontés à chaque instant, et toujours on dit que le succès a été d'autant plus assuré, que l'époque à laquelle le séton a été passé s'est trouvée plus rapprochée du début de la maladie.

TROISIÈME EXEMPLE. — Un écoulement de matière blanche, opaque, a lieu par les narines d'un cheval; l'animal tousse beaucoup depuis un assez long temps. On passe un séton au poitrail du cheval; dès que les tissus qui entourent la mèche du séton se tuméfient et suppurent, l'écoulement et la toux diminuent ou cessent, sans l'usage d'autres moyens. Ceci est d'observation vulgaire.

QUATRIÈME EXEMPLE. — Un chien secoue souvent la tête; il crie dès qu'on comprime la base de l'une ou de l'autre oreille; il s'écoule du fond de la conque de l'oreille un liquide sanieux, d'une odeur très désagréable. Cet état de choses dure depuis longtemps, souvent depuis plusieurs mois. Un séton est placé en arrière de la nuque, et, au bout de très peu de jours, les symptômes ci-dessus indiqués diminuent et finissent par cesser, et cela encore sans que l'on ait employé d'autre médication. Si la suppuration du séton se tarit vite ou si l'on supprime le séton trop tôt, la sécrétion de l'oreille recommence. Un second séton succède au premier; la sécrétion diminue de nouveau.

CINQUIÈME EXEMPLE. — Un cheval a les parties inférieures d'un ou de plusieurs membres très engorgés depuis un temps plus ou moins long; l'engorgement est indolent, œdémateux ou non; l'animal n'a pas de symptômes de maladies graves, comme le farcin, la morve, le charbon, par exemple; son appétit est bon. On passe un ou deux sétons à la région supérieure des membres, l'engorgement diminue ou disparaît aussitôt que les sétons sont en activité et suppurent. Si l'engorgement est accompagné d'un suintement à la surface externe de la peau, le suintement s'arrête. Chez un autre animal malade de la même manière, on use de tous les autres moyens connus, comme : des purgatifs, des diurétiques, les topiques les mieux appropriés, on n'obtient qu'un succès très incertain, très tardif, et souvent aucun succès, ni même aucune amélioration. C'est dans ces cas surtout qu'une suppuration assez prolongée est indispensable.

J'ose à peine vous rappeler les succès du séton contre certaines claudications sans causes bien déterminées dont vous a parlé M. Bouley, succès qui sont évidens pour moi, comme pour mon collègue; j'ai peur de provoquer, de la part de M. Malgaigne, des remarques analogues à celles qu'il a faites à l'occasion du discours de M. Velpeau, qui était venu présenter des preuves à peu près semblables, et assurément d'une certaine valeur pour les praticiens. Quant à moi, la coïncidence que j'ai constatée entre l'application du séton et la disparition des boiteries très anciennes qui avaient résisté à toute autre médication, m'a donné la plus grande confiance dans ce genre de preuves.

Je pourrais multiplier ces exemples; je me bornerai à ajouter qu'il existe encore un grand nombre de faits que l'on trouve dans les livres des vétérinaires français et étrangers, où les descriptions sont telles, qu'il n'est guère possible de ne pas y reconnaître des maladies que nous observons journellement, comme la gourme, les pneumonies, les pleurésies aiguës et chroniques, etc., etc. Eh bien, ces vétérinaires ayant affirmé, ou mieux, raconté que, dans le cours si connu de ces maladies, ils avaient prévenu, par des sétons, des terminaisons fâcheuses, on peut les croire, principalement lorsqu'ils disent qu'il y a eu coïncidence entre l'application du moyen et la cessation des symptômes.

C'est surtout sur cette coïncidence que je désire appeler l'attention de M. Malgaigne, non pas seulement pour les faits qui nous ont été laissés par nos devanciers, mais bien pour toutes les preuves que je chercherai à lui offrir en faveur du séton : M. Bouley n'a pas manqué de signaler cette circonstance si importante pour notre cause, et que M. Malgaigne aurait bien dû chercher à expliquer; il n'aurait guère pu invoquer le hasard, ou la seule influence médicatrice de la nature; le hasard n'est jamais aussi heureux, et la force curative de la nature aussi puissante, ni aussi active.

J'arrive maintenant à une série de faits plus rapprochés de notre époque et du moment où M. Malgaigne pourra, s'il le veut, les constater lui-même.

Offrir à M. Malgaigne des preuves prises dans les résultats pratiques de nos contemporains, et même dans l'observation de notre collègue, M. Renault, que M. Malgaigne nous dit être très peu enthousiaste du séton, je serais probablement encore repoussé. J'en suis fâché, car j'ai la conviction que l'expérience de M. Renault serait favorable à mon opinion; elle condamnerait l'abus du séton, il est vrai, mais elle justifierait infailliblement l'usage de ce moyen énergique. Or, c'est cet usage seulement que je défends, usage qui l'emporte beaucoup, je ne saurais trop le répéter, sur toute autre médication dans des cas donnés, que le savoir et l'expérience peuvent très bien déterminer à l'avance.

Enfin j'hésite à présenter à M. Malgaigne, en faveur de l'utilité du séton, ma propre expérience. Cependant je veux dire à l'Académie ce que j'ai constaté pendant une longue suite d'années. Si M. Malgaigne persiste dans son incrédulité, mes autres collègues pourront peut-être tirer quelque parti des faits que je leur déclarerai être exacts.

J'aurais cependant bien désiré convaincre M. Malgaigne, et je crois que j'y parviendrai plus tard. Pour cela, je le sais, il n'y aura qu'un moyen : ce sera de le prier d'assister à des expériences et à des cures qu'il ne pourra guère s'empêcher d'attribuer au séton seul. Je dirai tout à l'heure comment j'instituerai les expériences auxquelles je le convierai. J'espère qu'elles rempliront les conditions qu'il a imposées à toute observation, sinon concluante pour un esprit trop sceptique, du moins d'une valeur telle, que M. Malgaigne l'acceptera très probablement comme aussi exacte que possible, et, partant, utile.

Les principaux exemples des faits qui me sont propres, les exemples les plus frappans, les plus convaincans, ont la plus grande analogie avec ceux que j'ai déjà dit nous avoir été communiqués par tradition et que M. Bouley a aussi très sommairement rappelés. Les mêmes faits se reproduisent donc toujours, ce qui est d'une grande importance. Plus on les observe à une époque rapprochée du moment où nous discutons, plus leur valeur devient grande, attendu qu'ils sont recueillis à une époque où l'on apporte plus de soin, plus de sévérité dans l'examen, à une époque qui est favorisée par des moyens d'investigation plus nombreux, plus exacts.

Je pourrais entrer ici dans de longs détails sur les faits qui me sont particuliers: je pourrais préciser ces faits qui sont en très grand nombre, les accompagner de descriptions minutieuses qu'on ne trouve pas dans ceux qui nous sont venus par traditions, ni quelquefois même dans beaucoup de ceux qui se trouvent dans les auteurs contemporains, parce que ces auteurs ne les ont pas jugé utiles à l'éclaircissement de la démonstration qu'ils se proposaient de faire. J'affirmerai seulement à M. Malgaigne, et c'est tout ce que je veux et ce que je puis faire pour lui, aujourd'hui, en raison de la disposition d'esprit qu'il a manifestée dans la discussion, qu'un grand nombre m'ont paru concluans, parce qu'ils sont purs, ou à peu près, de toute médication auxiliaire du séton, notamment pour ce qui a rapport aux maladies chroniques. Pour ceux qui sont relatifs aux maladies aiguës, aux pleurésies, aux pneumonies, par exemple, les moyens auxiliaires ont été la saignée et la diète, mais, je crois qu'il est possible de déterminer jusqu'à un certain point, qu'elle a été l'influence due aux sétons et celle due aux saignées. A cette occasion, je dois raconter ce que j'ai observé. Tout d'abord, à l'époque où la médecine physiologique régnait en maîtresse, surtout parmi les jeunes vétérinaires, et j'appartenais à cette catégorie à ce moment, je pratiquais des saignées très copieuses, très répétées et continuées plusieurs jours. Je ne passais des sétons que tardivement, et quelquefois je négligeais de le faire. Plus tard, dans une occasion où j'avais eu à traiter un grand nombre de pleurésies et de pneumonies, les résultats que j'avais obtenus des saignées copieuses et fréquentes et de l'usage assez rare et surtout tardif des sétons, ne m'ayant pas semblé très satisfaisantes, je faisais bien encore des saignées copieuses, mais je les répétais moins souvent et à des intervalles moins éloignés; puis, je passais toujours des sétons, et tout au début de la maladie. Je ne tardai pas à constater que mes succès étaient infiniment plus nombreux et plus complets sous le rapport de la durée de la maladie et de la convalescence. J'ai suivi cette pratique depuis ce moment, et je m'en suis très bien trouvé. Je n'exagère certainement pas en disant que le second mode de traitement a doublé le nombre des succès. Je dois dire, cependant, que je ne suis pas en droit d'attribuer entièrement ce résultat au séton seul, car il m'est arrivé d'avoir recours simultanément au séton et au sinapisme ou au vésicatoire; mais rarement au sinapisme et au vésicatoire sans séton, et c'était dans les cas dont j'ai déjà parlé, lorsque la constitution médicale me faisait craindre des accidens gangréneux.

J'ai souvent constaté l'heureux effet du séton chez des animaux pour lesquels je n'étais consulté que tardivement, lorsque les bronchites, les pneumonies, les pleurésies dataient d'assez longtemps pour être qualifiées de maladies chroniques. C'est surtout dans ces cas que j'ai reconnu la supériorité du séton suppurant sur les autres moyens curatifs. J'ai étudié comparativement l'influence de ces autres moyens, comme les vésicatoires, les sinapismes, les frictions ammoniacales, émétisées; parmi les agens réputés dérivatifs, les préparations antimoniales; aucun d'eux ne peut, selon mon observation particulière, complétement remplacer le séton d'une certaine durée.

Je reviens à l'énumération des maladies contre lesquelles j'ai constaté l'utilité du séton. La gourme, affection générale, erratique, très curieuse à étudier, est une des maladies où l'efficacité du séton, surtout du séton suppurant, employé seul, est la plus facile à constater. Cette maladie est rarement mortelle, mais elle est souvent d'une assez longue durée, quand elle est abandonnée aux efforts de la nature. L'observation prouve d'une manière irréfragable que par l'usage du séton, à l'exclusion de tout autre agent thérapeutique, on abrége singulièrement la durée et prévient les quelques dangers auxquels elle expose. Il guérit même les lésions qui ont été le résultat de la négligence avec des soins bien entendus.

Quant aux observations qui prouvent l'utilité du séton contre les otites, les catarrhes auriculaires du chien, les ophthalmies externes ou internes, récentes ou anciennes du cheval et du chien, les engorgemens froids et anciens des rayons inférieurs des membres du cheval, de l'âne et du mulet, avec ou sans suintement d'un liquide sanieux à la peau, avec ou sans œdème, les claudications anciennes sans causes apparentes dont j'ai déjà parlé, et que j'attribue, pour des raisons très plausibles, à des lésions articulaires, à des arthrites chroniques notamment, que j'ai trouvées si fréquemment à l'autopsie des animaux, j'ai pu recueillir de ces observations à chaque instant de ma pratique. Elles sont si communes, qu'on ne se donne guère la peine de les enregistrer.

Je veux encore vous communiquer un résultat d'observation qui m'a singulièrement frappé. Vous savez sans doute que l'exercice de la médecine vétérinaire n'est réglementé par aucune loi. Ce défaut de réglementation fait que le nombre des empiriques qui traitent les animaux est extrêmement grand. J'ai remarqué qu'il existait parmi cette classe de prétendus guérisseurs deux catégories assez distinctes : l'une fait un usage immodéré du séton; elle se compose ordinairement des empiriques des villes, des maréchaux-ferrans. L'autre, que j'appellerai la catégorie à recettes, habite les campagnes, où je l'ai vue à l'œuvre assez de temps pour la juger. Le grimoire et les livres à recettes sont ses armes habituelles, comme l'aiguille à séton est celle des empiriques des villes. Les deux catégories font de la médecine vétérinaire d'une manière pitoyable; mais j'ai constaté que la catégorie à séton faisait beaucoup moins de mal que l'autre, et qu'un assez grand nombre d'animaux guérissaient, quand les empiriques de cette catégorie se bornaient à passer des sétons. Les empiriques à recettes administraient des remèdes insignifiaus; des *simples*, comme ils disent, et laissaient mourir les animaux; ou ils donnaient des substances très actives, à des doses énormes et empoisonnaient. Ces remarques paraîtront probablement puisées à une source trop vulgaire; je n'en suis pas moins convaincu qu'il existe, là, quelque enseignement pour la solution de la question du séton.

D'après tout ce qui précède, il n'y a point de doute pour moi que le séton contribue, d'une manière très marquée, à la guérison de beaucoup de maladies, et rien ne m'étonne moins que les cures fréquentes qui lui ont été attribuées par M. Bouley, et que M. Malgaigae trouve trop fréquentes pour devenir des preuves de l'efficacité du séton. Je répéterai que, dans des cas donnés, et bien connus des vétérinaires, aucun autre agent thérapeutique ne peut remplacer complétement le séton.

J'aurais bien désiré dire aussi quelque chose en faveur d'autres dérivatifs ou révulsifs très usités en médecine vétérinaire : les trochisques, les sinapismes, les vésicatoires, les préparations ammoniacales ou émétisées, l'huile de croton tiglium, l'essence de térébenthine, etc., etc.; mais comme ces agens agissent d'une manière complexe, c'est-à-dire par leur pouvoir irritant, en qualité de corps étrangers, et par leur vertu dynamique médicamenteuse, je m'en tiendrai au séton simple qui n'a d'action que celle d'un corps étranger inerte introduit dans le tissu cellulaire. La question en restera plus nette.

Il y a bien un autre révulsif dont l'action est presque aussi simple que celle du séton, c'est la cautérisation avec le fer rouge ou avec des matières incandescentes; mais je me tairai à leur égard, d'abord parce que mon but a été de vous parler du séton seulement; puis, parce que la cautérisation est très rarement employée comme moyen de révulsion en médecine vétérinaire; elle laisse des traces trop évidentes, inconvénient qui est beaucoup moindre pour le séton bien pansé, bien entretenu et d'une durée moyenne; enfin, parce qu'elle n'est suivie que d'une suppuration d'une très courte durée.

Si, comme l'a supposé M. Bouillaud, avec beaucoup de probabilité, le séton agit de la même manière et sur l'homme et sur les animaux, M. Malgaigne, une fois convaincu de l'utilité du séton chez les animaux, ne sera probablement pas le dernier à rétablir la réputation du séton en médecine, réputation qu'il a cherché si énergiquement à détruire.

Il ne me reste plus, pour compléter mes preuves en faveur du séton, qu'à convier M. Malgaigne à une série d'expériences qui exigeront peut-être un peu de temps, parce qu'il faudra attendre des occasions qu'on ne peut pas faire naître à volonté, et parce que les observations, pour être complètes et concluantes, devront être assez nombreuses et bien authentiques. Je ferai en sorte qu'elles remplissent ces conditions.

Je choisirai de préférence, pour sujets d'expériences, des animaux atteints des maladies bien caractérisées, bien évidentes, que j'ai citées tout à l'heure pour exemple, parce qu'elles peuvent fournir le plus manifestement la preuve de l'influence utile du séton.

Je pourrai, du reste, soumettre aux expériences des animaux atteints de maladies très variées. Le plus difficile sera de trouver, pour chaque maladie, deux animaux aussi exactement malades que possible. J'espère que j'y arriverai; si ce n'est pas pour tous les exemples, ce sera au moins pour quelques-uns, et il y a tout lieu de croire qu'un esprit aussi perspicace et aussi clairvoyant que M. Malgaigne n'aura pas besoin d'une démonstration trop prolongée.

Ces animaux seront traités sous les yeux de M Malgaigne, s'il veut bien se donner la peine de venir les voir.

On emploiera comparativement le séton et les moyens qu'il plaira à notre collègue d'indiquer; ou l'on se bornera à appliquer des sétons sur certains animaux et à abandonner les autres à la providence.

Je désire bien que M. Malgaigne accepte ce programme. Je suis prêt, d'ailleurs, à suivre tout autre qu'il jugera convenable de m'indiquer.

Je compte sur M. Bouley pour me seconder dans ma démonstration expérimentale; les hôpitaux d'Alfort lui en fourniront facilement les moyens.

— M. LE PRÉSIDENT proclame le nom des membres désignés par les suffrages de l'Académie à faire partie des commissions permanentes :

Commission des épidémies : MM. Chomel, Ferrus.

Commission de vaccine : MM. Blache, Depaul.

Commission des eaux minérales : MM. Chevallier, Mêlier.

Commission des remèdes secrets : MM. Robinet, Boullay.

Comité de publication : MM. Rostan, Grisolle, Malgaigne, Bouley, Henry.

— MM. Malgaigne, Desportes, Bousquet, Parchappe, sont inscrits pour prendre la parole dans la prochaine séance.

L'abondance des matières nous force à renvoyer au prochain numéro le compte rendu de l'Académie des sciences et le statut relatif à l'organisation de l'agrégation dans les Facultés et Écoles de pharmacie, publié par le *Moniteur universel* de ce jour.

— Par décret en date du 22 décembre, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon est réorganisée. Nous publierons ce décret dans un prochain numéro.

— Le corps médical de Lyon vient de faire une grande perte par la mort de M. le docteur Viricel. Ses obsèques ont eu lieu mercredi dernier. Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe par MM. Bonnet, de Polinière, etc.

— Le titre et la table des matières du tome IX (1855) de l'UNION MÉDICALE seront distribués *mardi* à nos souscripteurs.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME NEUVIÈME (1855).

DE L'UNION MÉDICALE.

Nota. Les chiffres romains indiquent le Numéro, les chiffres arabes la Page.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

W

PARIS. — Imp. FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

